



**FACULTAD DE INGENIERÍA, ARQUITECTURA  
Y URBANISMO**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ARQUITECTURA**

**TESIS:  
PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE  
ARQUITECTO**

**“CENTRO DE DESINTOXICACIÓN,  
REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PARA  
JOVENES Y ADULTOS DROGODEPENDIENTES  
EN EL DISTRITO DE CHICLAYO.”**

**AUTORES:  
GUERRERO MENDOZA DIANA CAROLINA  
GUZMÁN YAJAHUANCA BLANCA HIBEET**

**ASESOR ESPECIALISTA:  
ARQ. CARLOS SAID VILLACREZ**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
EQUIPAMIENTO COMUNAL  
ARQUITECTÓNICO**

**Pimentel - Perú  
2017**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por el incansable apoyo moral y económico; por ser mi motivo para continuar cumpliendo mis metas.

Guerrero Mendoza Diana C.

A mi hermano pues es la principal motivación para la construcción de mi vida profesional; a mis padres y mi hijo por ese amor y apoyo incondicional que me motiva a seguir por el camino de la superación.

Guzmán Yajahuanca B. Hibeet

## **AGRADECIMIENTO**

Al arquitecto Carlos Said por guiarnos con su metodología para poder lograr una buena investigación dando como resultado el éxito de nuestra tesis; a los arquitectos Eduardo Itabashi y David Sosa, por la orientación y ayuda que nos brindaron para la realización del proyecto.

A los compañeros por ponernos la valla y el nivel de superación y a nuestros padres por el incondicional sustento en todo el largo camino universitario.

## RESUMEN

La drogodependencia es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido de manera multidisciplinaria. Actualmente esta enfermedad está atacando principalmente a los jóvenes; el 42% de la población urbana peruana considera que el problema de las drogas es el tercero en importancia para el país.

Las instalaciones para atender a estos enfermos con las que cuenta actualmente Chiclayo, revelan la poca importancia que se le ha dado al tema. Existen 12 comunidades terapéuticas, las cuales no fueron diseñadas para esta función y no cuentan con las instalaciones adecuadas u óptimas para tratar este tipo de enfermedad, ya que funcionan en lo que fueron casas particulares y ahora están adaptadas o readecuadas para funcionar como un centro de tratamiento o una clínica de rehabilitación.

Es por ello que la presente investigación es de tipo experimental – descriptiva; y se enfoca en cuestionar ¿De qué manera un Centro de Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción proyectada con instalaciones adecuadas puede contribuir a la recuperación de drogodependientes jóvenes y adultos en el distrito de Chiclayo?, proponiendo una solución arquitectónica adecuada; con una infraestructura de salud que aloje a médicos, psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y terapeutas certificados que puedan brindar un tratamiento efectivo y personalizado ajustándose a las reales necesidades y características de cada usuario, valorando a la persona y brindándole un plan de tratamiento profesional y humano.

Palabras Claves: Drogodependencia, comunidades terapéuticas, centro de desintoxicación - rehabilitación y reinserción, drogodependientes, infraestructura de salud.

## ABSTRAC

Drug dependence is a multifactorial disease that affects the individual physically, mentally and socially, whereby the patient must be attended in a multidisciplinary way. Currently, this disease is attacking mainly young people; the 42% of the Peruvian urban population considers that the problem of drugs is the third in importance for the country.

The facilities to care for these patients that currently has the city of Chiclayo, reveal the small importance that was given to the subject. There are 12 therapeutic communities, which weren't designed for this function and don't have adequate or optimal facilities to treat this type of disease, because they work in what were once private homes and actually are adapted or retrofitted to function as a treatment center or a rehabilitation clinic.

for this reason the present investigation is experimental – descriptive on questioning ¿ How a Detoxification, Rehabilitation and Reinsertion Center designed with adequate facilities can contribute to the recovery of young and adult drug dependents in the district of Chiclayo? proposing a suitable architectural solution; with a health infrastructure that hosts doctors, psychiatrists, psychologists, nutritionists and therapists certified that can provide an effective and personalized treatment adjusting to the real needs and characteristics of each user, valuing the person and providing a professional and human treatment plan.

Keywords: Drug dependence, therapeutic communities, Detoxification - rehabilitation and reinsertion center, drug dependents, health infrastructure.

## INTRODUCCIÓN

Muchas personas no comprenden cómo o por qué algunos se vuelven dependientes a las drogas. A menudo se asume de manera equivocada que los dependientes no tienen principios morales o suficiente voluntad y que ellos podrían dejar de consumir drogas si sólo estuvieran dispuestos a cambiar su comportamiento. En realidad, la drogodependencia es una enfermedad compleja y el dejar de consumir drogas no se da con la simple intención o la firme decisión de hacerlo. De hecho, debido a que las drogas cambian al cerebro de tal manera que fomentan su abuso compulsivo, dejar de consumirlas es difícil, aun para aquellos que están dispuestos a hacerlo. Gracias a los avances científicos, ahora sabemos con mucha más exactitud cómo las drogas trabajan en el cerebro y también sabemos que la drogodependencia sí se puede tratar exitosamente, ayudando así a que el adicto deje de consumir drogas y vuelva a tener una vida productiva. Según el libro “El abuso de drogas y drogadicción. (Diciembre del 2012).

El problema de la drogodependencia en el país es muy complejo, y para solucionarlo, se han llevado a cabo múltiples esfuerzos que destacan el trabajo que el individuo, la familia y la comunidad pueden realizar para reducir los factores de riesgo que intervienen en el consumo de drogas y promover los factores de protección para prevenirlo.

En la actualidad se ha demostrado y catalogado a la dependencia como una enfermedad multifactorial que debe tratarse de manera multidisciplinaria, y las instalaciones para atender a este tipo de casos con las que cuenta actualmente la provincia de Chiclayo , revelan la poca importancia que se le ha dado al tema. Existen 12 centros de este tipo, los cuales no fueron diseñados para esta función y no cuentan con las instalaciones adecuadas u óptimas para tratar este tipo de enfermedad, ya que funcionan en lo que fueron casas particulares y ahora están adaptadas o readecuadas para funcionar como un centro de tratamiento o una clínica de rehabilitación. Estos son insuficientes para el alto 5 % de casos de adictos que se registra y de este el 1,2% de reincidentes existen actualmente en la ciudad de Chiclayo, por lo que las personas que desean rehabilitarse o las que reinciden deben recurrir a centros privados, los cuales no ofrecen un tipo de atención especializada para el tratamiento de esta enfermedad.

Es por ello que el presente trabajo de investigación surge a raíz de estas consecuencias ocasionadas por los factores mencionados y que, llevándolos a nuestra realidad, cuya causa principal es la falta de establecimientos con la infraestructura adecuada, nos

formulamos el problema ¿De qué manera un Centro de Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción proyectada con instalaciones adecuadas puede contribuir a la recuperación de drogodependientes jóvenes y adultos en el distrito de Chiclayo?.

Donde posteriormente planteamos como objetivo general: Analizar como un Centro de Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción para Drogodependientes puede contribuir a un mejor desarrollo de las actividades de tratamiento Y rehabilitación en el distrito de Chiclayo.

Y como objetivos específicos: Analizar cuantitativamente los índices actuales de drogodependientes en la provincia de Chiclayo, para argumentar que en el distrito existe un grado considerable de dependencia a las drogas; determinar los programas de tratamiento para analizar las estancias requeridas en el proceso de rehabilitación; definir según los programas de tratamiento el tiempo de internamiento del usuario, para determinar las áreas de cada zona; identificar el usuario , según los tipos de este , sus necesidades de cada de uno de ellos , los tiempos que permanecerán en dichos ambientes y las diferentes funciones que se desarrollaran en dichas instalaciones; establecer cuantitativamente los profesionales según sus especialidades y horarios laborales; analizar los estados actuales en las que se encuentran las comunidades terapéuticas de la Provincia de Chiclayo, para comprobar si estas cumplen con los ambientes adecuados en el desarrollo del proceso de rehabilitación.

Establecemos límites de estudio, justificación y una hipótesis: Si se propone un Centro de Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción se podrá lograr un mejor desarrollo de las actividades del tratamiento de drogodependientes en el distrito de Chiclayo.

Seguido de una metodología de trabajo, así como un listado de definición de términos básicos utilizados en el documento, acompañado del marco normativo y un desarrollo de contenidos.

El trabajo de investigación consta de 5 capítulos, los cuales describiremos:

Capítulo I. Consumo de drogas – Capítulo II. Puntos críticos de Consumo – Capítulo III. Infraestructura de Servicio – Capítulo IV. Tratamiento de Drogodependencia – Capítulo V. Usuario

Para finalizar se presentara las conclusiones y recomendaciones respetivas y referencias bibliográficas.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	00
<b>I.- PROBLEMA DE INVESTGACIÓN</b>	
<b>1.1.-SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b>	
1.1.1. Situación del Problema.....	17
a) A Nivel Mundial / Internacional.....	17
b) A Nivel Nacional.....	20
c) A Nivel Departamental.....	26
d) A Nivel Distrital.....	27
1.1.2. Formulación del Problema.....	29
1.1.3. Justificación e Importancia.....	29
1.1.4. Limitaciones de Estudio.....	20
<b>1.2.-HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
1.2.1. Variable Independiente.....	31
1.2.2. Variable Dependiente.....	31
1.2.3. Hipótesis.....	31
<b>1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.3.1. Objetivo General.....	32
1.3.2. Objetivo Específicos.....	32
<b>II.-MARCO TEÓRICO</b>	
<b>2.1.-CONCEPTOS Y DEFINICIONES</b>	
2.1.1. Definición de la Terminología.....	34
<b>2.2.-BASES TEÓRICAS</b>	
2.2.1. Droga y Drogas de Abuso.....	38
2.2.2. Uso, Hábito y Dependencia.....	38
2.2.3. Formas de Consumo de Drogas.....	40
2.2.5. Consecuencias generales de las Drogodependencias.....	41
2.2.6. Tratamiento.....	42



## **2.3.-BASES HISTÓRICAS**

2.3.1. Evolución Histórica de las Adicciones.....	43
2.3.2. Antecedentes Históricos de las Adicciones.....	44
2.3.3. Evolución Tipológica de la Comunidad Terapéutica.....	45

## **III.-MARCO REFERENCIAL**

<b>3.1.- TESIS REFERENCIADAS.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2.-REFERENCIAS PROYECTUALES.....</b>	<b>50</b>
3.2.1. Tecnológico.....	51
3.2.2. Programa.....	52
3.2.3. Constructivo.....	53
3.2.4. Conexión.....	54
<b>3.3.- CUADRO RESUMEN DE APORTES.....</b>	<b>55</b>

## **IV.-MARCO NORMATIVO**

### **4.1.- REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES**

4.1.1. Norma A 030: Hospedaje.....	57
4.1.2. Norma A 050: Salud.....	58

### **4.2.- NORMA TECNICA PARA ESTABLECIMIENTOS**

#### **DE SALUD EN EL PERU**

4.2.1. Principales Núcleos De Un Establecimiento De Salud Cartera De Servicios Por Atención Ambulatoria.....	59
---	----

### **4.3.- REGLAMENTO DE LA LEY N° 29765**

4.3.1. Centros de atención para dependientes que operan bajo La modalidad de comunidades terapéuticas.....	63
---	----

### **4.4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....**

63

## **V.- DESARROLLO DE CONTENIDOS**

### **5.1.- SUB CAPÍTULO I: CONSUMO DE DROGAS**

5.1.1. Uso.....	66
5.1.2. Abuso.....	67
5.1.3. Dependencia.....	67
5.1.3.1. Origen de la Drogodependencia.....	70
5.1.3.2. Situación Actual de la Drogodependencia.....	78
5.1.3.3. Etapas de la Drogodependencia.....	82
5.1.3.3.1. Población Dependiente.....	83

<b>5.2.- SUB CAPÍTULO II: PUNTOS CRITICOS DE CONSUMO</b>	
5.2.1. Distrito de Chiclayo.....	87
5.2.1.1. Chiclayo y sus sectores.....	88
5.2.1.2. Pueblo Joven Cruz de la Esperanza.....	90
<b>5.3.- SUB CAPÍTULO III: INFRAESTRUCTURA DE SERVICIO</b>	
5.3.1. Comunidad Terapéutica.....	93
5.3.1.1. Metodología de una Comunidad Terapéutica.....	93
5.3.2. Comunidades Terapéuticas en Chiclayo.....	96
5.3.2.1. Comunidades Terapéuticas Urbanas.....	104
5.3.2.2. Comunidades Terapéuticas Semirurales.....	105
5.3.2.3. Relación Población / Infraestructura.....	105
5.3.2.4. Infraestructura de las Comunidades Terapéuticas en el Proceso de Rehabilitación.....	107
<b>5.4.- SUB CAPÍTULO IV: TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIA</b>	
5.4.1. Programa de Evaluación y Acogida.....	113
5.4.1.1. Evaluación.....	113
5.4.1.2. Acogida.....	113
5.4.2. Programa de Desintoxicación.....	114
5.4.2.1. Síndrome de Abstinencia.....	115
5.4.2.2. Programa de Desintoxicación en un ambiente Controlado.....	116
5.4.2.3. Indicadores de Eficiencia.....	118
5.4.2.4. Duración.....	118
5.4.2.5. Entorno Terapéutico.....	118
5.4.3. Programa de Rehabilitación o Prevención de Recaídas.....	119
5.4.3.1. Interacciones Psicosociales.....	120
5.4.3.2. Duración.....	122
5.4.4. Programa de Reinserción Social.....	122
<b>5.5.- SUB CAPÍTULO V: USUARIO</b>	
<b>5.5.1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.....</b>	<b>126</b>
5.5.1.1. Necesidades y Ambientes Del Usuario Directo.....	127
5.5.1.2. Necesidades y Ambientes Del Usuario Indirecto.....	129

## **VI.- PROGRAMA ARQUITECTONICO**

### **6.1.-SUB CAPÍTULO I: ANÁLISIS ESPACIO FUNCIONAL**

6.1.1. Organigrama Funcional.....	132
6.1.2. Tramas de Interacción.....	136
6.1.3. Flujogramas de Diseño.....	138
6.1.4. Organigrama.....	142
6.1.5. Diagrama de Organización.....	145
6.1.6. Cuadro de Necesidades según tipo de Usuario.....	155

### **6.2.-PROGRAMA DE ÁREAS.....158**

### **6.3.-PROPUESTA ARQUITECTÓNICA**

6.3.1. Introducción.....	160
6.3.2. Estrategias Proyectuales.....	162
a) Análisis Macro.....	162
b) Análisis Micro – Ubicación.....	162
c) Modulación.....	163
d) Circulaciones.....	164
e) Emplazamiento.....	165
f) Relación con el entorno.....	166
g) Edificio y Espacio Público.....	167
h) Relaciones Funcionales.....	168
i) Criterio Estructural.....	169
j) Pavimentos.....	170
k) Mobiliario Urbano.....	171
l) Vegetación.....	172
6.3.3. Proyecto.....	173

### **CONCLUSIONES.....178**

### **RECOMENDACIONES.....179**

### **ANEXOS.....181**

### **BIBLIOGRAFIA.....221**

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Sustancia de mayor consumo por edades y sexo.....	20
<b>Tabla 2:</b> Prevalencia de Consumo de drogas por edades.....	31
<b>Tabla 3:</b> Factores Socioculturales.....	73
<b>Tabla 4:</b> Factores familiares e interfamiliares.....	76
<b>Tabla 5:</b> Factores Individuales.....	77
<b>Tabla 6:</b> Tipos de Drogas Consumidores de Chiclayo.....	79
<b>Tabla 7:</b> Prevalencia de Consumo de drogas por Edades en el distrito de Chiclayo.....	81
<b>Tabla 8:</b> Etapas de Drogodependencia.....	82
<b>Tabla 9:</b> Comunidades Terapéuticas de Chiclayo.....	83
<b>Tabla 10:</b> Módulos de DEVIDA en Chiclayo.....	84
<b>Tabla 11:</b> Pueblos Jóvenes con mayor consumo de Drogas.....	89
<b>Tabla 12:</b> Pueblos Relación de Operativos Ejecutados.....	90
<b>Tabla 13:</b> Comunidades Terapéuticas en Chiclayo.....	97
<b>Tabla 14:</b> Comunidad Terapéutica “Dama Rena Morand”.....	98
<b>Tabla 15:</b> Comunidad Terapéutica “Comunidad en Dialogo”.....	99
<b>Tabla 16:</b> Comunidad Terapéutica “Hogar del buen Samaritano”.....	100
<b>Tabla 17:</b> Comunidad Terapéutica “Mi Buen Pastor”.....	101
<b>Tabla 18:</b> Comunidad Terapéutica “Forma tu Vida”.....	102
<b>Tabla 19:</b> Centro “Aprender a Vivir”.....	103
<b>Tabla 20:</b> Relación Población/ Infraestructura.....	106
<b>Tabla 21:</b> Áreas y Ambientes Utilizados en el Proceso de Rehabilitación.....	107
<b>Tabla 22:</b> Beneficios de la Terapia Física.....	121
<b>Tabla 23:</b> Descripción de la Reinserción Social.....	123
<b>Tabla 24:</b> Necesidades y Ambientes del Usuario Directo.....	127
<b>Tabla 25:</b> Necesidades y Ambientes del Usuario Indirecto.....	129
<b>Tabla 26:</b> Cuadro de Necesidades Zona Administrativa.....	155
<b>Tabla 27:</b> Cuadro de Necesidades Zona Complementaria.....	156
<b>Tabla 28:</b> Cuadro de Necesidades Zona Medica.....	157
<b>Tabla 29:</b> Cuadro de Necesidades Zona Residencia.....	157
<b>Tabla 26:</b> Cuadro de Necesidades Zona Educativa.....	157

<b>Tabla 27:</b> Programa de Áreas Zona Administrativa.....	158
<b>Tabla 28:</b> Programa de Áreas Zona Complementaria.....	158
<b>Tabla 29:</b> Programa de Áreas Zona Medica.....	159
<b>Tabla 30:</b> Programa de Áreas Zona Residencia.....	159
<b>Tabla 31:</b> Programa de Áreas Zona Educativa.....	159

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Porcentaje de Personas entre 15 y 64 años que consumieron en el último año.....	18
<b>Figura 2:</b> Porcentaje de Personas entre 15 y 64 años que consumieron en el último año.....	19
<b>Figura 3:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015 (Marihuana).....	21
<b>Figura 4:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015 (Pasta Básica de Cocaína).....	22
<b>Figura 5:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015 (Clorhidrato de Cocaína).....	23
<b>Figura 6:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015 (Éxtasis).....	24
<b>Figura 7:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015 (Opio).....	24
<b>Figura 8:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015 (Heroína).....	25
<b>Figura 9:</b> Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015.....	26
<b>Figura 10:</b> Limitación de Zonas de Estudio.....	30
<b>Figura 11:</b> Desarrollo de la Dependencia.....	39
<b>Figura 12:</b> Ciclo de la Dependencia.....	68
<b>Figura 13:</b> Distrito de Chiclayo donde predomina el Consumo de Drogas.....	80
<b>Figura 14:</b> Mapa del Distrito de Chiclayo.....	87
<b>Figura 15:</b> Etapas del proceso de Rehabilitación.....	112
<b>Figura 16:</b> Proceso de Acogida y Evolución del Paciente.....	119
<b>Figura 17:</b> Tipos de Pacientes.....	127
<b>Figura 18:</b> Vista Aérea del proyecto.....	161
<b>Figura 19:</b> Mapa del Distrito de Chiclayo.....	162
<b>Figura 20:</b> Pueblo Joven Cruz de la Esperanza.....	162
<b>Figura 21:</b> Modulación del Proyecto.....	163
<b>Figura 22:</b> Circulaciones Pública y Privada.....	164
<b>Figura 23:</b> Plan general del Proyecto.....	165
<b>Figura 24:</b> Plan general del Proyecto - Entorno.....	166

<b>Figura 25:</b> Edificio – Espacio Público.....	167
<b>Figura 26:</b> Zonificación por Niveles.....	168
<b>Figura 27:</b> Corte Constructivo.....	169
<b>Figura 28:</b> Pavimento – Vista Posterior del Proyecto.....	170
<b>Figura 29:</b> Mobiliario Urbano.....	171
<b>Figura 30:</b> Vegetación.....	172
<b>Figura 31:</b> Vista Aérea.....	173
<b>Figura 32:</b> Vista Posterior.....	173
<b>Figura 33:</b> Vista Cafetería.....	174
<b>Figura 34:</b> Vista Cafetería .....	174
<b>Figura 35:</b> Vista inicio de Trayectoria.....	175
<b>Figura 36:</b> Vista ingreso plaza principal.....	175
<b>Figura 37:</b> Vista interna patio principal.....	176
<b>Figura 38:</b> Vista interna – bandejas.....	176

**I**

**PROBLEMA DE  
INVESTIGACIÓN**



## **1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

### **1.1.1.- Situación del Problema**

La enfermedad de la dependencia es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido en una infraestructura con los ambientes y espacios adecuados; donde se realicen con total éxito el desarrollo de las diversas actividades de rehabilitación; infraestructura que existen en la actualidad pero no cumplen con los requisitos establecidos para lograr ejercer dichas actividades, y por consiguiente no llegar a la rehabilitación total o parcial del paciente.

#### **a) A nivel Mundial / Internacional.**

La prevalencia del consumo de drogas sigue siendo estable en todo el mundo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito -UNODC-. Se estima que el 5% de personas mayores de 15 a 64 años en todo el mundo - consumieron una droga ilícita en 2013. Un 2,5% de personas son consumidores problemáticos de drogas, casi la mitad de los cuales son personas que se inyectan drogas. Los hombres son tres veces más propensos que las mujeres a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más propensas a abusar de los opioides con prescripción médica y de los tranquilizantes.

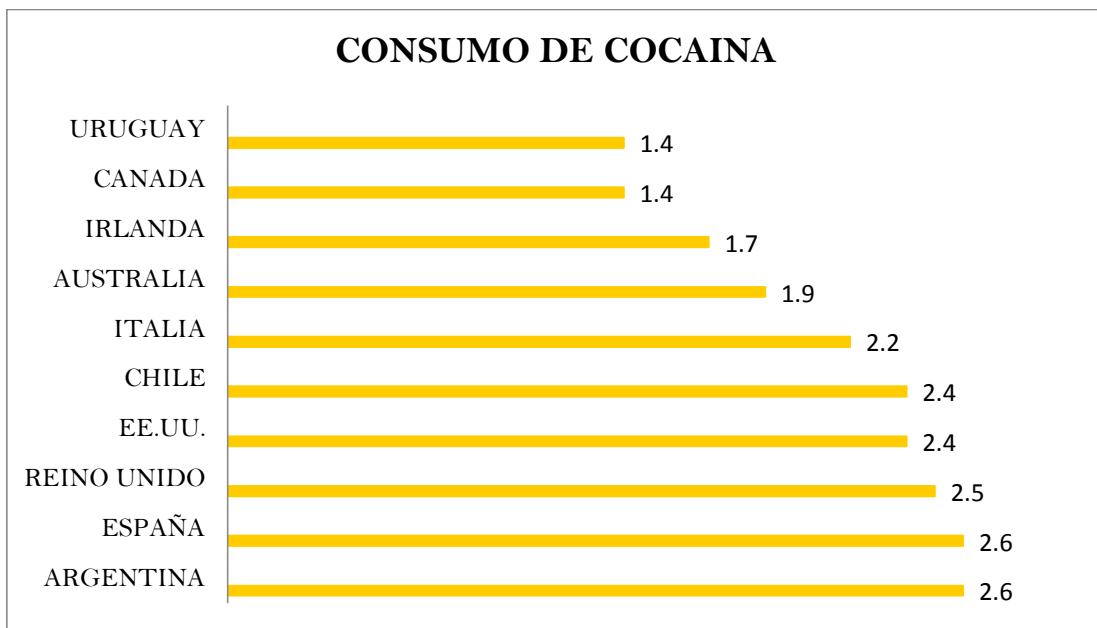
Hablando sobre el Día Internacional contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, el director ejecutivo de UNODC, Yury Fedotov, señaló que, aunque el consumo de drogas es estable en todo el mundo, solo uno de cada seis consumidores problemáticos de drogas tiene acceso a tratamiento. "Las mujeres en particular parecen enfrentar barreras para el tratamiento, mientras que uno de cada tres consumidores de drogas a nivel mundial es una mujer, sólo uno de cada cinco consumidores de drogas en tratamiento es mujer". Adicionalmente, el Sr. Fedotov dijo que se necesitaba más trabajo por hacer para promover la importancia de comprender y abordar la drogodependencia como una enfermedad crónica que, al igual que otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, requiere tratamiento a largo plazo y atención prolongada. "No hay un remedio rápido y sencillo para la drogodependencia y tenemos que invertir en el largo plazo en soluciones basadas en pruebas médicas."

Argentina y España son los dos países en los que más cocaína se consume en el mundo. En ambos, el 2,6% de las personas de entre 15 y 64 años reconoció haber

tomado al menos una vez en el último año, según estadísticas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

En tercer lugar está Reino Unido, con 2,5%, y luego aparecen Estados Unidos y Chile, con 2,4 por ciento. El otro sudamericano entre los primeros es Uruguay, que está en el décimo puesto junto a Canadá, con una proporción de consumo de 1,4%.

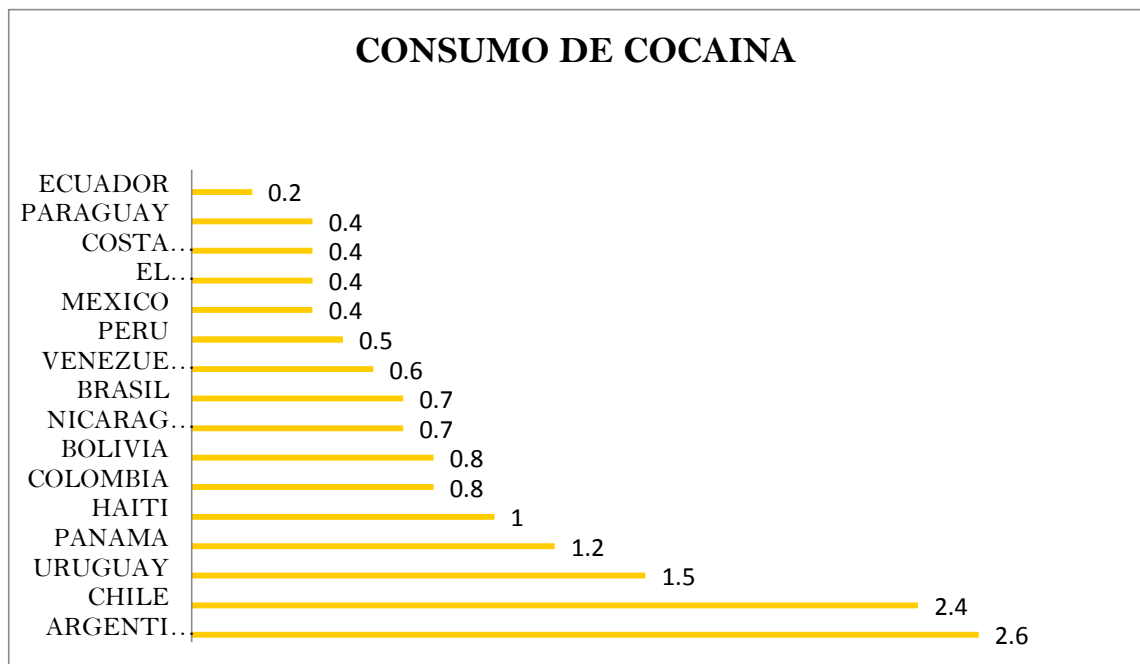
Si se considera América Latina, el otro que llega a un dígito es Panamá, con 1,2%. El resto tiene niveles bajos, desde el 0,9% de Haití, hasta el 0,2% de Guatemala. (UNODC, 2016)



**Figura 1: Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que consumieron en el último año.**

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

El Perú ocupa el octavo puesto a nivel de países Latino Americanos en consumo de cocaína.



**Figura 2: Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que consumieron en el último año.**

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

## b) A nivel Nacional.

El estudio epidemiológico realizado por CEDRO [2015] recogió información sobre diversos indicadores que reflejan la magnitud del consumo de drogas legales e ilegales a nivel nacional en población urbana entre los 12 y los 65 años.

Por otro lado, debe considerarse que, el instrumento empleado en este estudio no tiene la sensibilidad suficiente para identificar casos de adicción. En realidad el diagnóstico de adicción debe ser hecho por un profesional calificado, trabajando en un ambiente clínico apropiado, empleando pruebas y métodos sofisticados que establezcan con claridad la condición de cada paciente.

El estudio mostró que las drogas más consumidas en el Perú son las legales. En lo relativo a las drogas ilegales también muestra un alto índice de consumo, es mucho mayor en los varones en comparación con las mujeres; pero sin un patrón claramente definido en el caso de la variable edad. (CEDRO, 2016)

Tabla 1:  
Sustancias de mayor consumo por edades y sexo

CARACTERISTICAS	MARIHUANA[%]	PASTA BASICA DE COCAINA [%]	CLORHIDRATO DE COCAINA [%]
SEXO			
Hombre	13.8	5.3	4.1
Mujer	2.2	0.8	0.9
EDAD			
12 – 18 años	4.0	1.8	0.6
19 – 24 años	10.5	1.9	2.8
25 - 29 años	9.4	3.1	2.0
30 – 39 años	8.2	3.3	3.6
40 – 49 años	5.9	3.4	2.4
50 a más	7.3	3.5	2.3

Nota: Se identificó que los hombres tienen mayor consumo de marihuana entre las edades de 19 a 24 años.

Fuente: Tomado (CEDRO, 2016)

- **MARIHUANA:**

Al revisar los indicadores epidemiológicos del presente estudio sobre el consumo de marihuana en el ámbito nacional se destacan varios aspectos.

Un primer elemento es que se confirma una vez más que la cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el país con una prevalencia de vida de 7.5%, indicando que 940,602 peruanos admitieron haber consumido marihuana al menos una vez en la vida. Además, se apreció que las tasas más altas de prevalencia de vida, prevalencia anual y uso actual se encuentran en personas con edades entre los 19 y 24 años; siendo estos indicadores menores en los demás grupos etáreos. (UNODC, 2016)

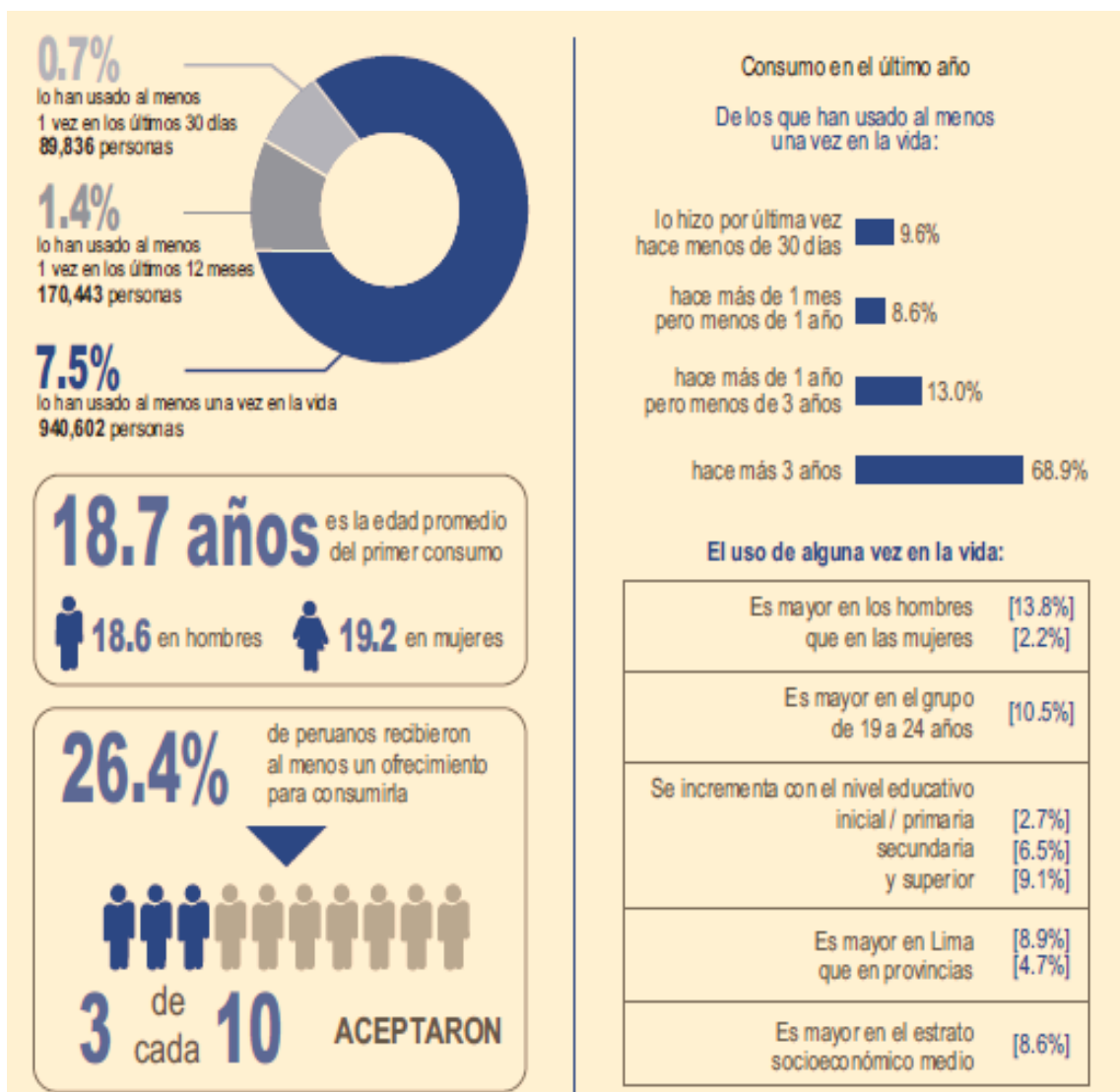


Figura 3: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

- **PASTA BÁSICA DE COCAÍNA:**

Al revisar los principales indicadores epidemiológicos del consumo de PBC en el Perú se destaca que el 2.9% de la población peruana residente en las grandes ciudades del país (357,805 personas) admitieron haber consumido PBC alguna vez en su vida. La prevalencia de vida, se incrementa en relación directa con la edad, y es mayor en varones (5.3%) que en mujeres (0.8%).

La prevalencia de último año y el uso actual son mayores en el grupo de 25 a 29 años (2.3%). (UNODC, 2016)

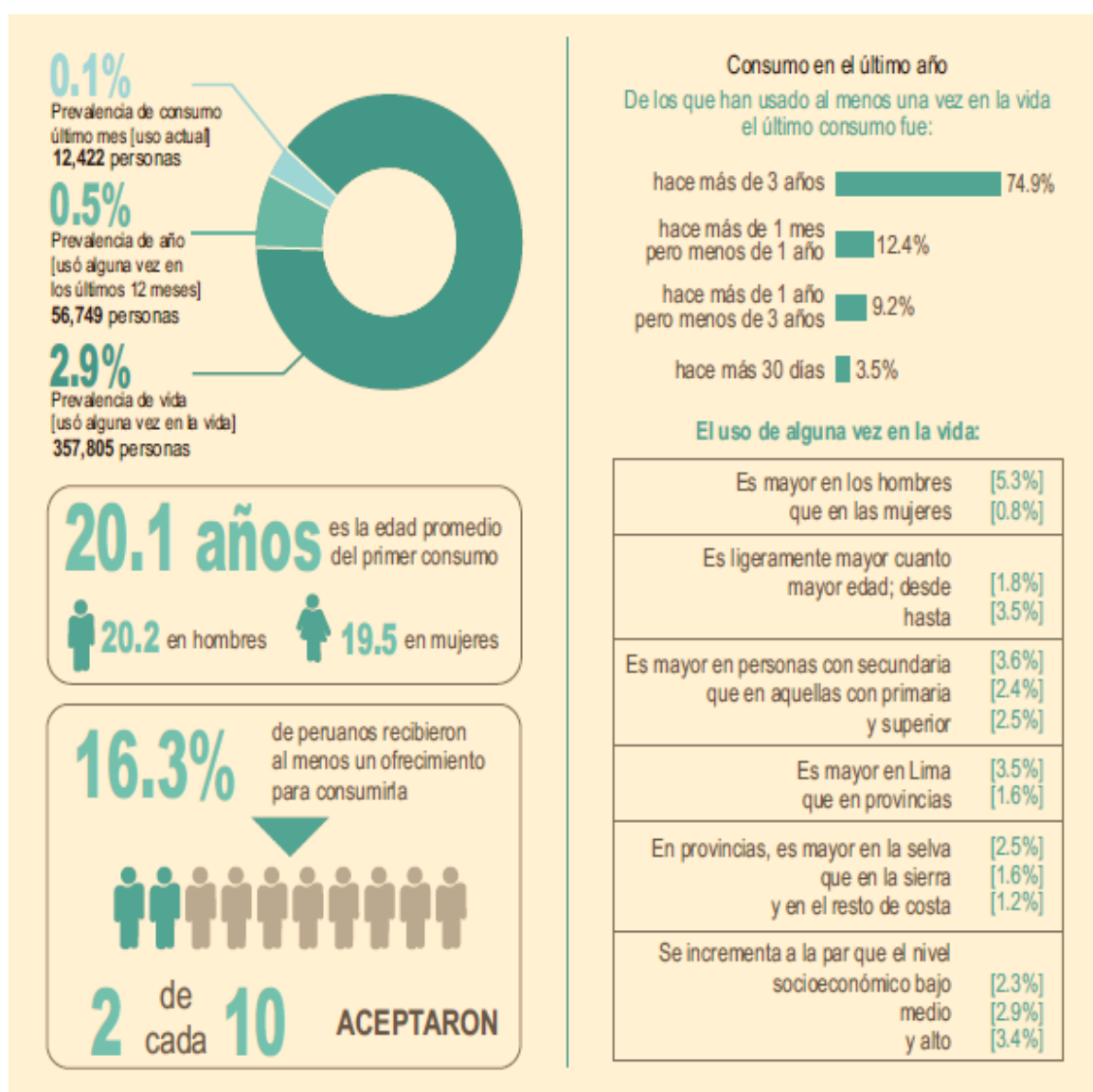


Figura 4: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015

Fuente: (UNODC, 2016)

- **CLORHIDRATO DE COCAÍNA:**

Dentro de los indicadores epidemiológicos del consumo de clorhidrato de cocaína obtenidos en el presente estudio, se destaca que el 2.4% de la población peruana residente en las grandes ciudades del país (296,426 personas) admitieron haber consumido clorhidrato de cocaína alguna vez en su vida. Por otro lado, al igual como se observa en otras drogas ilegales, la prevalencia de vida es mayor en varones (4.1%) que en mujeres (0.9%) registradas en las diferentes ciudades estudiadas en el presente estudio.

En relación a la edad, La prevalencia de último año fue mayor en el grupo de 19 a 24 años (0.5%) y el uso actual son mayores en el grupo de 25 a 29 años (0.2%). (UNODC, 2016)

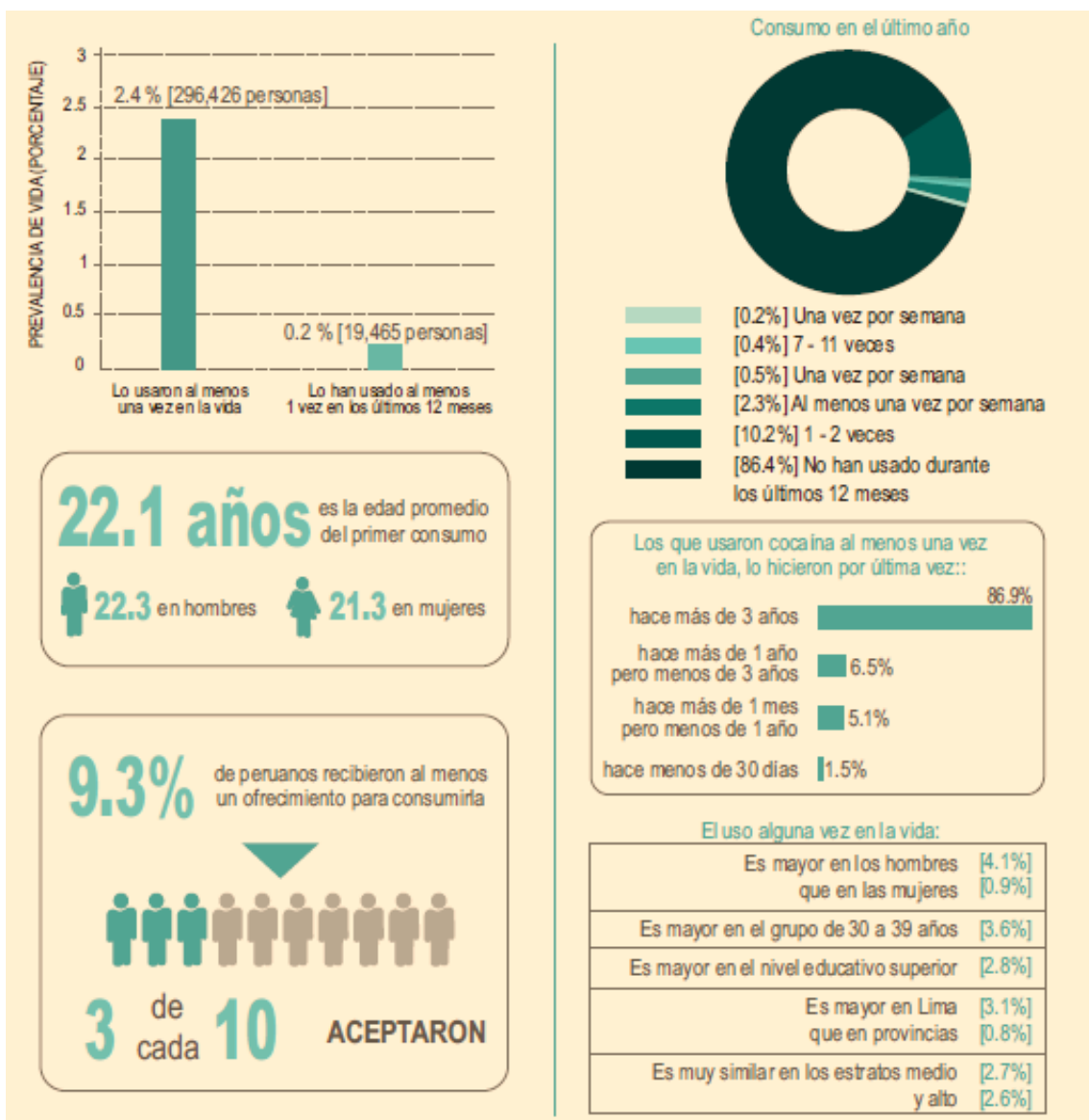


Figura 5: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

- **ÉXTASIS:**

Por otro lado, la prevalencia de vida del consumo de éxtasis en la población encuestada obtuvo una tasa del orden del 0.4%, siendo ligeramente superior la prevalencia en varones (0.5%) que en mujeres (0.3%); observándose del mismo modo, que el consumo se circunscribe mayoritariamente en los adolescentes de 12 a 18 años (0.4%) y jóvenes (1.4%). (UNODC, 2016)



Figura 6: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

- **OPIO:**



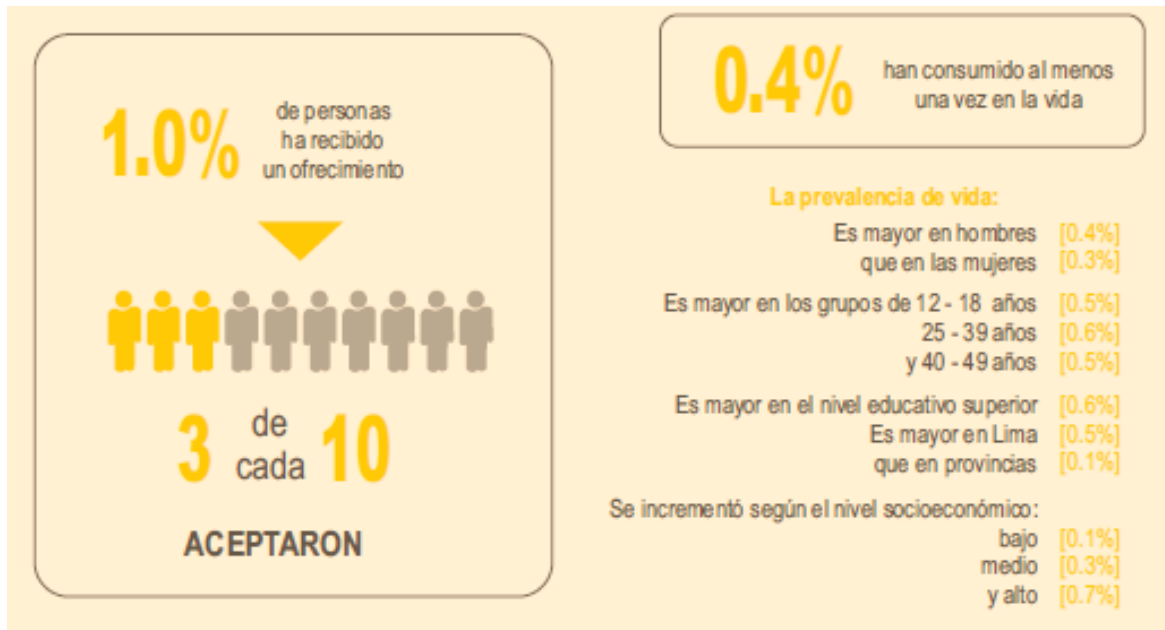
Figura 7: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

- **HEROÍNA:**



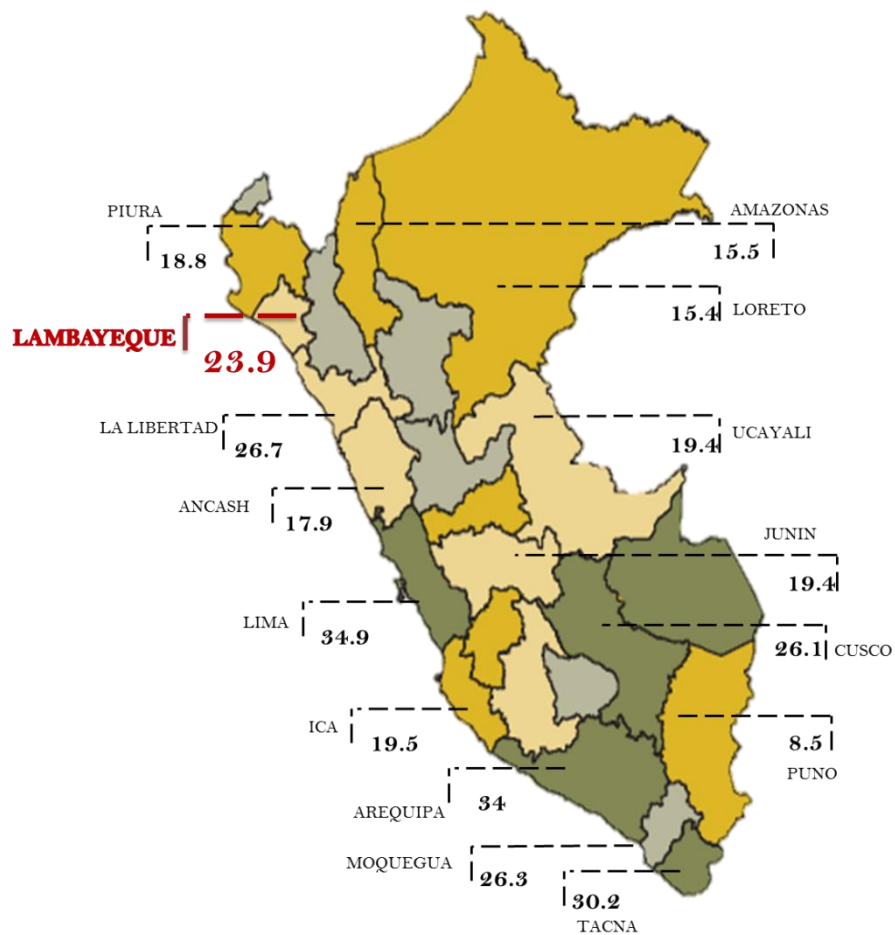
En cuanto a la prevalencia de vida del consumo de heroína, el indicador fue de 0.4% en la población general destacando ligeramente el reconocimiento de consumo en los varones (0.4%) sobre las mujeres (0.3%). Por los datos presentados, el grupo que reporta mayor consumo de heroína es el de 25 a 29 años (0.6%), seguido por los grupos de adolescentes de 12 a 18 años de edad y de adultos de 40 a 49 años de edad, ambos con 0.5% respectivamente. (UNODC, 2016)



**Figura 8: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015**

Fuente: Tomado (UNODC, 2016)

c) A Nivel Departamental.



**Figura 9: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015**

Fuente: Tomado (CEDRO, 2016)

A nivel departamental Lambayeque se ubica en el 9no lugar del promedio nacional con un 23.9% que tiene mayor prevalencia de consumos de drogas.

Las drogas que se consumen en el departamento son básicamente dos: la cocaína, que llega al consumidor tanto en pasta básica de cocaína como en clorhidrato de cocaína, y la marihuana.

Asimismo, señaló que tanto la cocaína y sus derivados no se producen ni cultivan en la región, sino que provienen de la zona Nororiente del Perú, como son las ciudades de Bagua, Imaza y Condorcanqui. Mientras que la marihuana, pese a que hay un pequeño sector de la población que la siembra en algunos lugares de la región como es el distrito de Olmos, en su mayoría la traen de las ciudades de Huarmaca, Piura y Trujillo.

- **Comunidades Terapéuticas**

En el departamento de Lambayeque existen 12 Comunidades Terapéuticas de las que en su totalidad son de tipo privado [con una mensualidad no mínima a 200.00 soles mensuales], solo una de ellas recibe el apoyo de una ONG extranjera de Sacerdotes Dominicanos y las otras aparte de la mensualidad que pagan los usuarios, manifiestan que reciben apoyo de familias por medio de víveres.

**d) A Nivel Distrital**

- **Prevalencia de Consumo**

Según las cifras que maneja el Departamento Antidrogas (DEPANDRO), la población diariamente activa para el consumo de drogas en el Distrito de Chiclayo es de 20 mil personas. En su mayoría adquieren la pasta básica de cocaína (PBC) y marihuana.

Lamentablemente, los cinturones (alrededores) que tiene la ciudad son los más golpeados por el consumo de PBC, porque es ahí donde encuentran su mejor disfraz o cubierta.

La PBC inunda la zonas de extrema pobreza en la ciudad de Chiclayo, mientras que el clorhidrato solo lo encuentras en zonas exclusivas, como en las discotecas y/o zonas residenciales, mientras que la marihuana es una droga que la consumen ambos estratos sociales, ya que no es tan agresiva y muy cómoda”.

La dimensión del consumo de drogas en el último año de la población general de consumidores es de un 9% en inhalantes, marihuana y cocaína y un 3,5% en drogas medicas [tranquilizantes y estimulantes].

- **Programas de Rehabilitación Ambulatoria en Puestos de Salud**

Chiclayo presenta 3 Centros de Salud [ Cruz de la Esperanza , 9 de Octubre, Cerropón] en los cuales se brindan los programas de rehabilitación y tratamiento de forma ambulatoria, estos programas son de tipo gratuito y van enfocado a personas de bajos recursos que no cuentan con los medios económicos necesarios de poder solventar el costo de una Comunidad Terapéutica.

Cabe recalcar que los resultados de una rehabilitación al 100% dicha, son de 20 casos presentados 3 son rehabilitados en su totalidad, es decir, en su mayoría no culminan con el tratamiento por más que este es de forma gratuita.

Los profesionales que llevan este programa a cargo, manifiestan que los casos rehabilitados son aquellos que recién están iniciándose en el rubro del consumismo, y los casos que en su mayoría no culminan dicho programa ya llevan de uno a dos años consumiendo y ya se ha creado no un simple consumismo sino ya una dependencia; ósea ya está en el punto más crítico de la drogadicción.

### **1.1.2.- Formulación del Problema**

¿De qué manera un Centro de Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción proyectada con instalaciones adecuadas puede contribuir a la recuperación de drogodependientes jóvenes y adultos en el distrito de Chiclayo?

### **1.1.3.-Justificación e Importancia**

La libertad, desinformación, tolerancia y consumo de sustancias ilícitas, son factores predisponentes al consumo por parte de los jóvenes. Estas enfermedades pueden arruinar una vida y devastar a la familia, sin distinción de edad, sexo ni posición social; son progresivas y sin un debido tratamiento muchos mueren. Es por ello que la siguiente investigación tiene como prioridad formular un diagnóstico de las Comunidades Terapéuticas existentes, ya que no proporciona las condiciones adecuadas para los internos careciendo de espacios apropiadas para las actividades que se realizan. De las 12 Comunidades Terapéuticas que existen en la región Lambayeque el 90% de estos no cumplen con las normativas, además de que los internos no reciben el trato adecuado, o sirven de albergue para maleantes fugitivos. Estos tipos de sustancias psicoactivas representa un verdadero problema que ataca a la sociedad por lo que es necesaria la implementación de un centro de desintoxicación, rehabilitación y reinserción para jóvenes y adultos drogodependientes en el distrito de Chiclayo

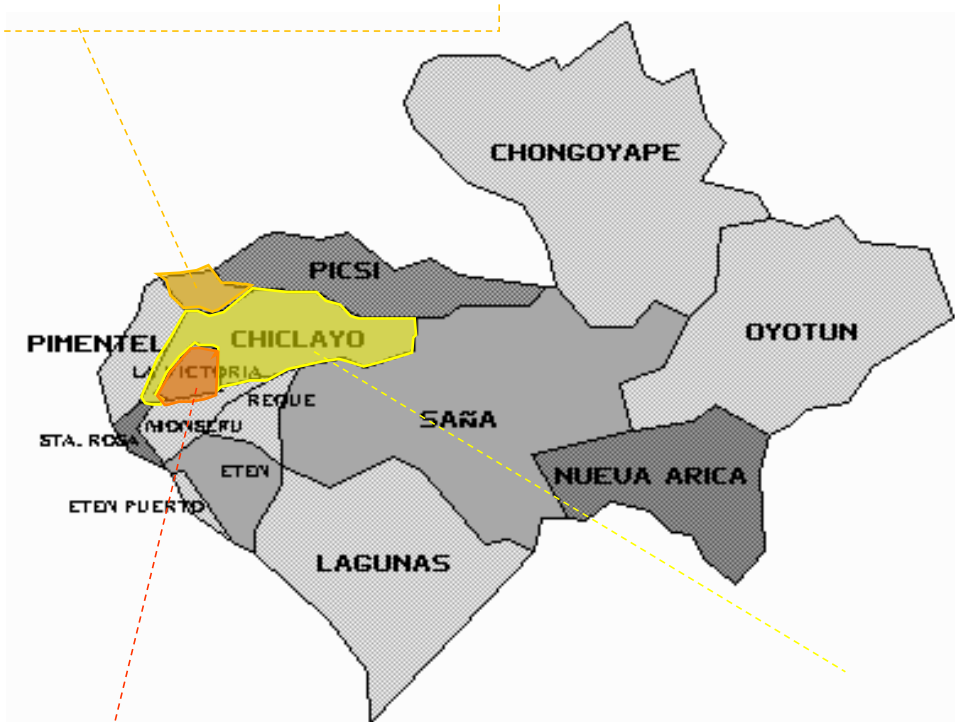
### 1.1.4.-Limitaciones del Estudio

- **Limitación de Zona de Estudio**

Según los índices de estudio, se tomaron los 3 distritos de mayor porcentaje en drogodependencia de la provincia de Chiclayo siendo José Leonardo Ortiz, La Victoria y Chiclayo.

#### José Leonardo Ortiz

<b>POBLACIÓN</b>	<b>%</b>	<b>193232</b>
<b>CONSUMIDORES</b>	5.56 %	10 730
<b>DEPENDIENTES</b>	2.2%	236.06



#### Chiclayo

<b>POBLACIÓN</b>	<b>%</b>	<b>291 777</b>
<b>CONSUMIDORES</b>	9.00%	19 694
<b>DEPENDIENTES</b>	3.4%	690

#### La Victoria

<b>POBLACIÓN</b>	<b>%</b>	<b>90 546</b>
<b>CONSUMIDORES</b>	8.64%	7823
<b>DEPENDIENTES</b>	2.6 %	203

Figura 10: Limitación de zona de estudio

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

De los tres distritos, Chiclayo es el que presenta mayor índice de consumo y dependencia a sustancias psicoactivas con un 9% [19 694 hab.] de la población general.

- **Limitación de Usuario:**

Dentro del cuadro de consumo en el Distrito de Chiclayo encontramos tres edades en las que definen los índices de consumo en cada una de ellas.

Tabla 2:  
Prevalencia de consumo de drogas por edades

<b>EDAD</b>	<b>%</b>	<b>POBLACIÓN</b>
12 – 17 años	10	1969 hab.
18 – 39 años	70	13785 hab.
40 a más años	20	3938 hab.

Nota: Encontramos que la edad con mayor índice de consumidores es la de 18 a39 años, es por ello que esta será nuestra edad promedio de estudio.

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

## **1.2. HIPOTESIS Y VARIABLES**

### **1.2.1. Variable Independiente (VI)**

*CENTRO DE DESINTOXICACIÓN, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN*

### **1.2.2. Variable Dependiente (VD)**

*DROGODEPENDIENTES*

### **1.2.3. Hipótesis**

Si se propone un Centro de Desintoxicación, Rehabilitación y Reinserción se podrá lograr un mejor desarrollo de las actividades del tratamiento de drogodependientes en el distrito de Chiclayo.

### **1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **1.3.1 Objetivo General.**

Proyectar un centro de desintoxicación, rehabilitación y reinserción que guarde relación con su entorno considerando la normativa vigente a través de la investigación en el distrito de Chiclayo.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos.**

- Analizar cuantitativamente los índices actuales de drogodependientes en la provincia de Chiclayo, para argumentar que en el distrito existe un grado considerable de dependencia a las drogas.
- Determinar los programas de tratamiento para analizar las estancias requeridas en el proceso de rehabilitación.
- Identificar según los programas de tratamiento el tiempo de internamiento del usuario, para determinar las áreas de cada zona.
- Identificar el usuario , según los tipos de este , sus necesidades de cada de uno de ellos , los tiempos que permanecerán en dichos ambientes y las diferentes funciones que se desarrollaran en dichas instalaciones
- Analizar cuantitativamente los profesionales según sus especialidades y horarios laborales.
- Analizar los estados actuales en las que se encuentran las comunidades terapéuticas de la Provincia de Chiclayo, para comprobar si estas cumplen con los ambientes adecuados en el desarrollo del proceso de rehabilitación.



# **II**

# **MARCO TEÓRICO**

## 2.1.- CONCEPTOS Y DEFINICIONES

### 2.1.1.- Definición de Terminología

**Droga:** *“Compuesto químico que puede alterar la estructura y la función del cuerpo. En algunas traducciones los utilizan como sinónimo de fármaco y en otras como sustancia que afecta la función del cerebro, cuyo uso y posesión puede ser ilegal y producir adicción”* (Campo, 2007)

**Uso/Consumo de Drogas:** *“Contacto esporádico con las drogas, donde el consumidor circunstancial esta condiciones de abandonarla cuando lo desee. Tanto la libertad de acción como de elección estarán condicionadas por el tipo de droga y por la personalidad del consumidor. Desde el punto de vista toxicológico; es la utilización de una misma droga frente a un mismo estímulo, pero sin regularidad en el tiempo”* (Campo, 2007)

**Abuso:** *“El uso repetido de drogas ilegales para producir placer, aliviar el estrés y/o alterar o evitar la realidad. Es aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno”* (Escobar, 1995)

**Dependencia:** *“Estado de subordinación compulsiva, psicológica o física a la droga, ocasionado por su uso crónico, periódico o continuo. Ciertos autores lo denominan uso compulsivo de droga”* (Escobar, 1995)

**Adicción:** *“Se define como una intoxicación Crónica originada por el abuso prolongado de una droga. Su supresión provoca desfavorables síntomas y signos, acompañadas por un deseo irresistible de utilizarlo. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad”* (Campo, 2007)

**Drogodependencia/Farmacodependencia:** *“Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por el deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio”* (Escobar, 1995)

**Drogadicción:** *“Una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas”* (Escobar, 1995)

**Psicoactivo:** *“Que posee la capacidad de alterar los estados de ánimo, la ansiedad o angustia, el comportamiento, los procesos cognoscitivos o la tensión mental; se aplica generalmente a agentes farmacológicos”* (Giralt, 1978)

**Alucinógenos:** *“Sustancias sintéticas o derivados de plantas que induce estados psicológicos muy complejos, como experiencias trascendentales, ensoñación, alucinaciones; entre ellos se encuentra la marihuana, ácido lisérgico, mezcalina”* (Giralt, 1978)

**Inhalables:** *“Sustancias volátiles a temperatura ambiente que se inhalan voluntariamente con el fin de alcanzar un estado alterado de conciencia. Bajo este nombre se incluyen los disolventes orgánicos industriales y algunos gases”* (Escobar, 1995)

**Estupefacientes:** *“Clasificación, que desde el punto de vista legal, se le da a las drogas en estado natural”* (Escobar, 1995)

**Estimulantes:** *“Sustancias que aceleran la transmisión nerviosa, producen estados de exaltación y sensación de apetito e inhiben la fatiga, entre estas sustancias tenemos a la cocaína y el anfetaminas”* (Campo, 2007)

**Depresión:** *“Un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Presencia de síntomas afectivos- esfera de los sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida”* (Washton, 2008)

**Alucinaciones:** *“Percepción subjetiva aparente y a menudo muy firme de un objeto o hecho sin existencia real. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras que otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente”* (Escobar, 1995)

**Abstinencia:** *“Es una renuncia voluntaria de complacer un deseo o un apetito de ciertas actividades corporales que se experimentan extensamente como placenteras”* (Campo, 2007)

**Síndrome de Abstinencia:** *“Consiste en el conjunto de síntomas (síndrome), físicos y psíquicos, ocasionado por la carencia, interrupción, retirada o sustitución de la droga. Depende del tipo de droga, del grado de tolerancia y de la dependencia física que crea”* (Giralt, 1978)

**Desintoxicación:** *“Proceso de abandono gradual del consumo de drogas mediante la administración de dosis decrecientes de la misma sustancia o de otra que sea de una tolerancia distinta. El mismo objetivo puede alcanzarse con la administración de otros de estupefacientes o sin ninguna clase de drogas (desintoxicación a secas) siempre debe tenerse en cuenta el estado físico de los pacientes, y en particular de los reincidentes”* (Giralt, 1978)

**Internamiento:** *“Se prescribe este tipo de tratamiento cuando las condiciones adictivas del paciente se toman muy difíciles para una asistencia ambulatoria. En primer lugar, se empieza por la desintoxicación del paciente, a manera de limpieza general, considerando toda precaución y medios de mitigar una probable agitación agresividad o angustia extrema que pueda llegar al pánico.*

*Durante su estancia se tratara de que el adicto reordene su conducta y cumpla actividades a fin de sentirse útil y capaz de vivir en una comunidad, aprenderá oficios menores, practicara deportes, logrando así una autovaloración de sí mismo. El periodo de este internamiento oscila entre 3 y 18 meses dependiendo de la institución, desarrollándose obligatoriamente un trabajo multidisciplinario”* (Washton, 2008)

**Rehabilitación en Drogodependientes:** *“Proceso por el cual una serie de terapias logran curar al toxicómano de su dependencia a alguna droga.*

*Su objetivo principal es de proporcionar al individuo un conjunto de herramientas para superar su adicción y lograr de esta manera que este se integre a la sociedad”* (Rossi, 2013)

**Tratamiento:** *“Puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social”* (Rossi, 2013)

**Terapia:** *“Parte de la medicina que se ocupa de los tratamientos contra las enfermedades y de su forma de aplicación. Existen distintos de terapia, dependiendo de la enfermedad a tratar, estas pueden ser de diferente índole”* (Washton, 2008)

**Tolerancia:** *“Adaptación biológica a determinada sustancia que obliga a la ingestión de dosis cada vez mayores para obtener el mismo efecto. Esta es eminentemente física; no todas las drogas la causan, pero la dependencia presupone la tolerancia”* (Rossi, 2013)

**Recaída:** *“Es el retorno al consumo de drogas, y al consecuente estilo de vida, después de un periodo de abstinencia y de cambio en la manera de subsistir. Esta situación obedece a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contribución específica de cada uno de estos elementos, en un individuo concreto, dependerá de una historia de aprendizaje, su estado físico, situación psicológica y su entorno. Las recaídas forman parte de la propia evolución del drogadicto en su intento por mantenerse abstinentes”* (Rossi, 2013)

**Centro de rehabilitación:** *“Es una institución de salud mental especializada en la readaptación de drogadictos, en la que se utiliza un enfoque social y psicológico para la rehabilitación de toxicómanos, cuyo objetivo no es lograr que el adicto deje de consumir drogas, sino – y sobre todo- lograr su desarrollo personal, lo cual implica un cambio significativo en la filosofía y estilo de vida”* (Gustavo Malagón, 2000)

**Comunidad terapéutica:** *“Una comunidad terapéutica es un modelo institucional que se basa en la creación de un micro sociedad, donde la vida y dinámica de grupo se utiliza para el análisis del comportamiento individual. Su escenario característico es una residencia basada en la comunidad, en donde los farmacodependientes aprenden un estilo de vida constructivo, llegando estos a asumir responsabilidades y acciones protagónicas dentro del proceso terapéutico, no solo en relación consigo mismo sino también con los demás pacientes”* (Gustavo Malagón, 2000)

**Hospitales, clínicas y otros:** *“En los hospitales y clínicas más que un servicio de rehabilitación de drogadictos se lleva a cabo las tareas convenientes a la desintoxicación de estos. Esto se debe a que estas instituciones no se da específicamente un tratamiento de rehabilitación de drogadictos, por ello en estas instituciones se internaran los pacientes que eventualmente han sufrido algún tipo de trastorno en su organismo como consecuencia del uso de drogas, por ejemplo el caso de enfermedades como cirrosis, paros cardiacos, intoxicaciones ,etc”* (Gustavo Malagón, 2000)

## **2.2.- BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1.-Droga y Drogas de Abuso:**

Según *M. Martín del Moral* y *P. Lorenzo Fernández* declaran como droga de abuso a toda “aquella de uso no medico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada”.<sup>1</sup>

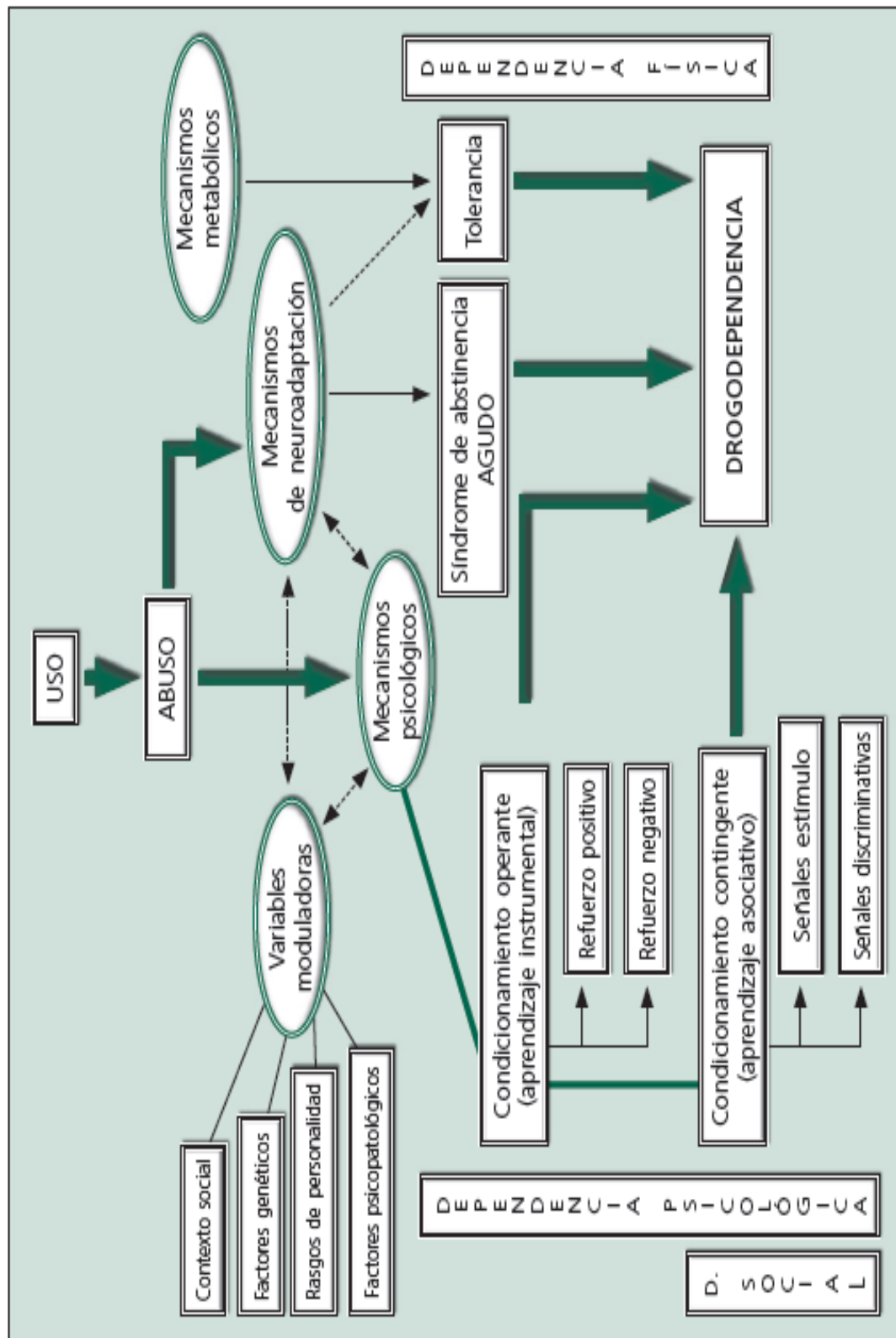
Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para definir a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de este (carácter psicótroto o psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
4. No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por tanto, en el contexto que nos ocupa, el termino droga se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicorgánico y de conducta social”. (Fernández, 1999)

### **2.2.2.-Uso, Hábito, Abuso y Dependencia:**

La delimitación de los conceptos de uso, hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida. Desde una perspectiva cultural, no cabe ninguna duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera como abuso; mientras que fumar hachís se acepta<sup>2</sup>. En definitiva, parece que no podemos apartarnos de la pesada losa de siglos de historia que hace que nos sintamos, a la vez próximos y lejanos ante estas sustancias, teniendo cada pueblo una con la que se identifica más y que está profundamente enraizada en sus costumbres.



**Figura 11: Desarrollo de la dependencia**

Fuente: Tomado (Campo, 2007)

- **Dependencia Física o Fisiológica:**

La dependencia física, que recibe hoy en día la denominación de neuro adaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. <sup>2</sup>

- **Dependencia Psicológica:**

La dependencia psicológica es el deseo Irresistible de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

Hay dos síndromes de abstinencia que parecen estar relacionados más directamente con la dependencia psicológica:

a) **El síndrome de abstinencia tardío.**- puede aparecer a los pocos días o semanas de haber abandonado el consumo de la droga, bien después del síndrome de abstinencia agudo o bien, a veces, en su lugar. Las manifestaciones de este síndrome pueden durar meses, incluso años.

b) **El síndrome de abstinencia condicionado.**- se caracteriza por la aparición de una sintomatología típica del síndrome de abstinencia agudo en un drogodependiente que lleva meses o años sin consumir. El cuadro se puede desencadenar cuando la persona vuelve a exponerse a los estímulos ambientales donde tenía lugar su consumo o bien los estímulos del entorno en que se encuentra son similares a aquellos. Se trataría, pues, de un mecanismo psicológico. (Campo, 2007)

### **2.2.3.- Formas de consumo de drogas:**

a) **Experimental:** es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir.



**b) Ocasional:** es un consumo intermitente de cantidades, a veces, importantes, cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición persona.

**c) Habitual:** es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicorgánico que la persona padece (dependencia psicológica y/o física) y, por otro, el mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína).

**d) Compulsivo:** es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales (perdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). (Escobar, 1995)

#### **2.2.4.- Consecuencias Generales de las drogodependencias:**

La drogodependencia es una situación patológica en sí misma, ya que el consumo de sustancias sin indicación médica, a dosis inadecuada y con capacidad de generar dependencia, produce alteraciones no deseables de la homeostasis psicofisiológica. Además, el drogodependiente puede “enriquecer” su dependencia con las siguientes consecuencias relacionadas con ella.

- **Reacciones antisociales:** el drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla sin que existan para las barreras morales. Así son frecuentes los hurtos, el incremento de la agresividad, el tráfico ilegal, los homicidios, la prostitución y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc.
- **Síndrome de déficit de actividad:** con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, etc.
- **Infecciones y disminución de las defensas:** debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y nicóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, etc.

- **Peligro de sobredosificación:** este peligro existe, especialmente, en los drogodependientes a opiáceos (heroína) por vía endovenosa, cuando se inyecta la dosis máxima de una fase anterior, después de un periodo de abstinencia.
- **Riesgo de escalada:** cuando se realizan consumos abusivos y/o frecuentes de alcohol y/o se comienza a consumir derivados de cannabis, indebidamente denominados, por algunos, drogas blandas, existe el riesgo ampliamente contrastado de iniciarse en consumos de otras drogas como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.
- **Riesgo de recaída:** cada vez hay más consenso en relación a que el consumo de cannabis durante periodos de abstinencia de otras drogas, tras una desintoxicación, es un factor de riesgo de recaída importante. (Fernández, 1999)

#### 2.2.5.- Tratamiento:

El Proceso De Tratamiento De Las Adicciones: Modelo General las fases de un tratamiento para una persona con una adicción constan de las etapas de demanda del tratamiento:

- Tratamiento: dentro del tratamiento, se distinguen seis fases: o Desintoxicación o mantenimiento.

- Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia.
- Normalización, cambio de estilo de vida y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción.
- Prevención de recaídas; programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo.
- En la dependencia de la heroína, programa de juego controlado o programas de reducción de daños.

- Seguimiento: este seguimiento debe basarse en un análisis realizado en la evaluación para determinar qué tipo de tratamiento y por en se seguimiento requiere cada paciente, por ejemplo si es necesario un internamiento o un tratamiento externo periódico. (Pichot, 1995)

## **2.3.- BASES HISTÓRICAS**

### **2.3.1.- Evolución Histórica de las Adicciones:**

#### **De la Salud a la Adicción**

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 lleva la industrialización de variados compuestos y a su consumo masivo por el ser humano. El abuso de sustancias adictivas no se hizo común sino hasta eras más recientes; en gran medida debido al tráfico intenso para el consumo en todo el mundo.

Los griegos y los romanos conocían ya sus aspectos benéficos y recurrían sobre todo al alcohol, dado que el opio, a pesar de conocer sus efectos, solo se aplicó con fines curativos. Los conceptos de dependencia y abuso no se acuñaban aun en esa época, y el consumo de cannabis, por ejemplo, sólo fue propiciado en Asia menor entre los asirios.

En la actualidad, el uso, abuso y dependencia de drogas es un problema de salud pública mundial, y es importante conocer la historia de las sustancias a las que más se recurre por su efecto en la sociedad y en las diversas culturas como el uso de la hoja de coca en los países andinos.

- **Cocaína**

Desde el imperio inca (1200-1553 d.C.) el uso de las hojas de coca masticadas era parte de los rituales religiosos y sociales. Los efectos euforizantes producidos por su ingesta eran vistos como un regalo de su dios el Sol. Con la conquista española y la destrucción del imperio por Pizarro, estas costumbres pierden su sentido y su uso común se propaga a las clases inferiores. La introducción a Europa de la coca se le atribuye a Nicolás Monardes hacia el año de 1580; sin embargo, las hojas traídas por este no generaron los síntomas deseados, posiblemente porque perdían parte de su efecto durante el traslado en los medios de transporte de ese tiempo. Durante los siguientes siglos el uso de la coca no ejercía gran influencia en las comunidades, excepto en los países andinos, donde la seguían utilizando. Para 1859 se aísla el principal alcaloide de la coca y se le da el nombre de cocaína.

- **Marihuana**

El origen de la palabra marihuana se desconoce, aunque existen dos versiones acerca de sus raíces: la variante mexicana la deriva de María Juana, y la otra, de origen

portugués, de marigu-ano que significa intoxicado. Es una de las plantas de la que mayor tiempo ha usado y abusado la humanidad. Proviene del Cannabis especies, del que existen muchas variedades distribuidas en todo el mundo. A partir del cannabis se han producido dos grandes derivados: la marihuana propiamente dicha y el hachís, que se obtiene como resina. El empleo del cannabis se conoce desde aproximadamente 3000 años a.C. Los chinos la utilizaban como complemento alimenticio, y durante los siguientes siglos el cáñamo fue utilizado para la elaboración de textiles y finas prendas. La aplicación del cannabis con propósitos medicinales apareció por primera vez en la farmacopea china alrededor del año 2727 a.C. Desde esa fecha y hasta la actualidad se han realizado numerosos trabajos que describen sus efectos en el tratamiento de diversos padecimientos. Sus propiedades curativas se reservan en los textos sagrados hindúes del Atharvaveda, en los que se le considera como hierba sagrada y es usado en los rituales dedicados al dios Shiva. Entre los años 700 y 600 a.C., la marihuana se consideraba como un buen narcótico, y así fue registrado en los textos persas del Zoroastrismo Zend-Avesta. En los siguientes siglos los escitas asocian el cannabis con la muerte y entierran a sus muertos con bolsas de cuero y semillas de la planta. (Villalta, 2001)

### **2.3.2.- Antecedentes Históricos de las Adicciones:**

- **Las drogas en el siglo XIX y principios de los 1940**

A mediados del siglo XIX, en las boticas de América y Europa, había 70.000 remedios de fórmula secreta (casi todos con drogas psicoactivas).

En ese momento las drogas dejaron de ser vegetales mágicos, ligados a ritos y sacramentos. El siglo XIX fue prolífico en el descubrimiento de fármacos puros, muchos de ellos derivados de drogas ya conocidas desde siglos atrás.

Por un lado las dos sustancias más conocidas y utilizadas en el entorno geográfico seguían consumiéndose y empezaban, o seguían en muchos casos empezando a producir problemas. Nos estamos refiriendo evidentemente al alcohol y el tabaco. Por otro, y a partir del opio, la coca, o el café entre otras plantas con efecto psicótropo o bien en laboratorios químicos, se sintetizaron la Morfina (1805), codeína (1832), Atropina (1833), Cafeína (1841), Cocaína (1860), Heroína (1874), Mezcalina (1888) y los Barbitúricos (1903).

Tanto unas sustancias como otras tuvieron en un principio un uso más médico y no se atendía en ningún caso a su posible capacidad adictiva, de hecho esta se ignoraba o

se minimizaba, resaltando las virtudes a veces como presuntas panaceas obviando los inconvenientes.

Probablemente por este motivo su uso se fue extendiendo, popularizándose y expendiéndose en las farmacias, droguerías, herboristerías, comercios de especias, abacerías y ultramarinos sin ningún tipo de control, hasta bien entrado el siglo XX. (Torres, 2009)

### **2.3.3.-Evolución Tipológica de la Comunidad Terapéutica:**

Los primeros indicios de ayuda grupal para superar problemas de comportamiento los encontramos en los antiguos papiros egipcios, pero recién se hacía notoria esta práctica en las primeras comunidades cristianas sometidas a una inhumada persecución en los tiempos del imperio romano. En pequeños grupos, sus miembros confesaban públicamente sus pecados y recibían diversos consejos y ayuda, así como la penitencia pertinente.

De estos primeros antecedentes históricos nos trasladamos a Inglaterra donde en 1900 se forma el grupo Oxford de características religiosas. Sus miembros se reunían para leer la biblia y aplicarla con el objetivo de mantener un buen comportamiento. Ellos identificaron que en un 25% de sus participantes eran alcohólicos y que varios de ellos se recuperaron mediante el cumplimiento estricto de los consejos enmarcados de las lecturas bíblicas. En este grupo encontramos las bases más próximas a las comunidades terapéuticas actuales. En 1935 inspirados en la experiencia de Oxford, un grupo de alcohólicos fundan Alcohólicos Anónimos, una fundación de autoayuda que propicia el apoyo mutuo entre iguales para la recuperación sin intervención profesional.

En 1950, T. Main es quien por primera vez utiliza el concepto de “Comunidad Terapéutica” para calificar las intervenciones de ayuda a soldados que presentan manifestaciones psicopatológicas en un hospital de la marina inglesa. Fue Maxwell Jones quien en el año 1952 sistematizó este modelo democrático de convivencia constructiva en el cual todos los miembros de una institución participan activamente para influirse activamente con el objetivo de extinguir los comportamientos inadaptativos e incorporar conductas adaptativas que provoquen un cambio positivo en la vida de los miembros de ese grupo.

En 1958 en California se conforma un tipo de comunidad terapéutica para personas dependientes de sustancias tóxicas bajo la modalidad de familia prolongada, logrando que algunas personas abandonen el consumo de drogas.

Se funda así SYNANOM, reconocida como la primera comunidad terapéutica para drogodependientes, cuyos métodos fueron sumamente directos y con una connotación mística. Luego, en 1963 se funda Daytop con el fin explícito de conseguir un cambio en el carácter y en el estilo de vida de los adictos que sirvieran para prevenir las recaídas, y paralelamente en Italia se inicia el proyecto Hombre otra modalidad de tratamiento de rehabilitación que influye a diferentes comunidades del mundo.

Finalmente, en el Perú, el primer intento por establecer una comunidad terapéutica fue liderada por el Dr. Humberto Rotondo, que aplicó los principios de la comunidad terapéutica democrática (modelo establecido por Maxwell Jones), en la cual los pacientes, empleados y profesionales participan en un conjunto de transacciones interpersonales favorecidas por un cambio de actitudes para que el acercamiento mutuo sea auténtico y se manifieste la colaboración conjunta en las actividades del hospital.

En 1975, se fundó en el Hospital Hermilio Valdizan, “la unidad de análisis y modificación del comportamiento”, en la que se trataron pacientes en terapias individuales y grupales. A finales de los setenta, se hicieron los primeros reportes de tratamiento y seguimiento de casos; y se inicia el proyecto para desarrollar la comunidad terapéutica de Ñaña, siendo la primera comunidad terapéutica del Perú.

En 1986, irrumpen en el Perú las primeras comunidades terapéuticas de modelo tradicional que, adaptaron el proyecto Uomo de Italia y Daytop y su principal inconveniente consiste en que se da por supuesto que la extrapolación cultural puede ser indiscriminada ya que una modalidad de comunidad terapéutica diseñada para la población anglosajona no debería ser trasplantada a una población latina.

En el país existen dos tipos de comunidad terapéutica: las comunidades terapéuticas profesionales que cuentan con equipos multidisciplinarios constituidos por profesionales de la medicina: psiquiatría, psicología y, terapeutas encargados de dirigir el proceso de cambio que conduce al desarrollo personal y las comunidades terapéuticas tradicionales (o no profesionales), dirigidas por personas adictas recuperadas.

En 1988, en la ciudad Chiclayo se funda Dama Rena Morand, promovida por el cura canadiense Daniel Morand Lectuweal, esta institución no profesional estuvo a cargo de los primeros casos de drogodependencia en la ciudad de Chiclayo. Actualmente en la

región Lambayeque existen treinta comunidades terapéuticas de modelo tradicional que presentan carencias a nivel tanto organizacional como de infraestructura, dificultando así un adecuado tratamiento de rehabilitación de pacientes drogodependientes. (Carballeda, 1991).

# **III**

# **MARCO REFERENCIAL**



### **3.1.- TESIS REFERENCIADAS**

3.1.1.- CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ALCOHÓLICOS, JALAPA.  
[Universidad De San Carlos De Guatemala]

3.1.2.- DISEÑO ARQUITECTÓNICO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADICTOS A SUBSTANCIAS ESTUPECIENTES Y PSICOTRÓPICAS. [Universidad Tecnológica Equinoccial]

3.1.3.- CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN CHOSICA.  
[Universidad Tecnológica del Perú]

3.1.4.- CENTRO DE DESARROLLO PARA ADOLESCENTES SAN JUAN DE LURIGANCHO. [Universidad Nacional de Ingeniería]

3.1.5.-PROPUESTA ARQUITECTONICA DE UN CENTRO DE REHABILITACION PARA DROGADICTOS EN LA CIUDAD DE CHICLAYO. [Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]

3.1.6.- CENTRO DE REHABILITACION GROOT KLIMMENDAAL.

Koen Van Velsen [Arnhem – Holanda]

3.1.7.- RESIDENCIA Y CENTRO DE DIA PARA DISMINUIDOS PSIQUICOS.

Aldayjover Arquitectura [Barcelona – España]

## **3.2.- REFERENCIAS PROYECTUALES**

### **3.2.1.-Tecnológico**

a) CAMPUS COORPORATIVO PARA QUALAMEX S.A. MARQUESA MEXICO  
[2014] – ARQ. MAURICIO ROCHA, ARQ. GABRELA CARRILLO

### **3.2.2.-Programa**

a) RESIDENCIA Y CENTRO DE DIA PARA DISMINUIDOS PSIQUICOS  
BARCELONA [2009] – ARQ. ALDA Y JOVER

### **3.2.3.-Constructivo**

a) VILLA OLIMPICA  
BUENOS AIRES [2014] – CENTRAL DE ARQUITECTOS

### **3.2.4.-Conexión**

a) ESCUELA DE ARQUITECTURA ZURICH  
SUIZA [2009] – ARQ. GUSTAVO VITORES

## **3.2.- REFERENCIAS PROYECTUALES**

### **3.2.1.-Tecnológico**

- a) CAMPUS COORPORATIVO PARA QUALAMEX S.A. MARQUESA MEXICO  
[2014] – ARQ. MAURICIO ROCHA, ARQ. GABRELA CARRILLO

### **3.2.2.-Programa**

a) RESIDENCIA Y CENTRO DE DIA PARA DISMINUIDOS PSIQUICOS

BARCELONA [2009] – ARQ. ALDA Y JOVER

### **3.2.3.-Constructivo**

a) VILLA OLIMPICA

BUENOS AIRES [2014] – CENTRAL DE ARQUITECTOS

### **3.2.4.-Conexión**

a) ESCUELA DE ARQUITECTURA ZURICH  
SUIZA [2009] – ARQ. GUSTAVO VITORES

### **3.3.- CUADRO RESUMEN DE APORTES**

# **IV**

## **MARCO NORMATIVO**



## **4.1.- REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES**

### **4.1.1.-NORMA A 030: HOSPEDAJE**

El proyecto está enfocado a un programa de rehabilitación de tipo residencial, donde los pacientes deben permanecer internados el tiempo de duración del tratamiento, lo que nos conlleva a proyectar una infraestructura que cuente con los requisitos necesarios con el fin de cumplir y brindar las instalaciones adecuadas.

Es por ello que tomamos en cuenta que las edificaciones destinadas a hospedajes, donde se podrán ubicar en los lugares de Desarrollo Urbano, dentro de las áreas urbanas, de expansión urbana, en zonas vacacionales o en espacios y áreas naturales protegidas en cuyo caso deberán garantizar la protección de dichas reservas.

La norma A030 define como establecimientos de hospedaje a las que presten servicio temporal de alojamiento, a personas y, que debidamente, clasificados y/o categorizados, cumplen con los requisitos de infraestructura y servicios señalados en la legislación vigente sobre la materia.

Estas a partir del cuarto nivel, deberán contar con ascensores de pasajeros y de montacargas independientes. El número y capacidad de los ascensores de pasajeros se determinará según el número de ocupantes.

Y si suministran comida a sus huéspedes, deberán contar con un ambiente de comedor y otro a cocina. La cocina estará provista de ventilación natural o artificial, y acabada con revestimientos que garanticen una fácil limpieza.

CAPITULO I: Aspectos Generales

CAPITULO II: Condiciones De Habitabilidad Y Funcionalidad

CAPITULO III: Características De Los Componentes

CAPITULO IV: Dotación De Servicios

CAPITULO V: Infraestructura Mínima Para Establecimiento De Hospedaje

#### **4.1.2.- NORMA A.050: SALUD**

La norma de Salud es la segunda norma que forma parte de la infraestructura del proyecto, el proceso de rehabilitación tiene un primer programa de desintoxicación el cual implica tener una zona medica; por donde el paciente es tratado de manera física y psicológica .

La presente norma se complementa con las directivas de los reglamentos específicos sobre la materia, promulgadas por el Ministerio de Salud y tiene por objeto establecer las condiciones que deberán tener las edificaciones de Salud en aspectos de habitabilidad y seguridad, en concordancia con los objetivos de la Política Nacional de Hospitales Seguros Frente a Desastres.

### **SUB CAPITULO III**

#### **PUESTO DE SALUD**

Establecimiento de primer nivel de atención. Desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales.

El puesto de Salud estará conformado básicamente por las siguientes unidades:

Unidad de Atención , compuesta de Sala de Uso Múltiple , consultorio, tópico , ambiente de reposo para dos camas , botadero , servicios higiénicos (02) , admisión, archivo, botiquín, deposito, despensa y almacén.

Unidad de Vivienda

La altura libre de los ambientes de un puesto de salud, deberá ser como mínimo de 2.60.

CAPITULO I: Aspectos Generales

CAPITULO II: Condiciones De Habitabilidad Y Funcionalidad.

Sub Capitulo III: Puesto De Salud

CAPITULO III: Condiciones Especiales Para Personas Con Discapacidad

## **4.2.- NORMA TÉCNICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PERÚ**

Los establecimientos de salud deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable, de acuerdo a la función, mobiliario, equipo y condiciones climáticas de la región; con materiales y distribución adecuados para su adaptación al medio ambiente.

Los materiales de construcción se elegirán de acuerdo a la disponibilidad de recursos de cada región, cautelando que estos garanticen seguridad e higiene para el establecimiento, pudiendo ser de adobe reforzado, ladrillo, cemento, madera, quincha, prefabricado.

Todos los ambientes del establecimiento deberán contar con iluminación natural pero evitando que los rayos del sol ingresen en forma directa, para lo cual es necesario considerar el grado de asoleamiento de la zona. Están exceptuados los servicios higiénicos y los ambientes de limpieza.

### **4.2.1.-PRINCIPALES NÚCLEOS DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

#### **CARTERA DE SERVICIOS POR ATENCIÓN AMBULATORIA**

##### **Consultorio de Psiquiatría:**

Es el ambiente donde se efectúa la entrevista del médico al paciente, cuya peculiaridad es que no se requiere exploración orgánica. El área será igual al Consultorio de medicina.

##### **Consultorio Externo de Enfermería - CRED - Inmunizaciones:**

Es el ambiente donde se atiende a pacientes niños ambulatorios que requieren de control durante su desarrollo pre escolar y las vacunas correspondientes. Contará con un área de trabajo donde se dispondrá de un mueble fijo de fácil limpieza y un lavadero con escurridor.

##### **Consultorio de Psicología:**

Es el ambiente donde el profesional en psicología efectúa la entrevista al paciente, explorando conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la

emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente. La Psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento.

Es un consultorio igual al de Medicina General.

### **Consultorio de Nutrición:**

Es el ambiente donde se evalúa el estado nutricional de individuos que requieren planes de alimentación para el cuidado de su salud. Las actividades van desde la prevención, el tratamiento, el control, la rehabilitación y hasta la investigación. El área del desempeño del nutriólogo se ubica para atender las necesidades nutricias demandadas por individuos sanos, en riesgo o enfermos.

### **Hall Público e Informes:**

- Son los ambientes primarios que permiten la recepción de los pacientes y público en general, donde se les proporciona información verbal y escrita de acuerdo a su solicitud y, asimismo, sobre las actividades que realiza el establecimiento de salud.
- Tendrá relación inmediata con el Ingreso Principal y próxima a la Sala de Espera de Consulta Externa.
- Dispondrá de un mueble fijo, abierto y con acceso de cableado para cómputo.
- Se considerará un área para estacionar camillas y sillas de ruedas de acuerdo a la demanda estimada en el establecimiento de salud y en razón de:
  - 2.00 m<sup>2</sup> por cada camilla.
  - 0.50 m<sup>2</sup> por cada silla de ruedas.

### **Admisión, Citas y Registro:**

- Es el ambiente que procesa la admisión de nuevos pacientes, continuadores y a la espera de los pacientes a ser atendidos.
- Tendrá relación inmediata con el Ingreso Principal y próxima a las UPSS de Consulta Externa e Internamiento.

### **Sala de Espera:**

- Es el ambiente destinado a la permanencia temporal de los pacientes antes de ser atendidos en los consultorios externos.
- Tendrá relación directa con los ambientes de Admisión y el área de consultorios.
- Para el dimensionamiento de la Sala de Espera se debe considerar un área estimada en razón de: - 10 personas por cada consultorio médico a 1.20 m<sup>2</sup> por persona. - 0.5 personas con discapacidad por consultorio médico a 1.50 m<sup>2</sup> por persona.
- Tanto la Sala de Espera como los corredores internos de circulación deberán tener contra zócalo sanitario para permitir la antisepsia del paciente ambulatorio.

Art. 1: Flujos De Circulaciones

Art. 2: Principales Núcleos De Un Establecimiento De Salud

Art. 3: Tipos De Flujos De Circulaciones

Flujos De Circulación Externa

Flujos De Circulación Interna

Flujos De Circulación Horizontal

Flujos De Circulación Vertical

- Escaleras, Rampas, Montacargas, Ascensores

Art. 4: CALCULO DE SALIDA DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

### **4.3.-REGLAMENTO DE LA LEY N° 29765, LEY QUE REGULA EL ESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES, QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

Definición de Comunidad Terapéutica. Para los efectos del presente Reglamento, se entenderá como Comunidad Terapéutica, a un centro de atención de salud para personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias, que se establecen en ambientes residenciales debidamente estructurados, en un marco ético y

moral bien definido, y operan en un clima altamente afectivo como un modelo adecuado de tratamiento alternativo, bajo cualquier forma societaria o asociativa establecida en nuestra legislación, cuya finalidad es la rehabilitación y reinserción en la sociedad de la persona dependiente a sustancias psicoactivas.

Tipos de Comunidades Terapéuticas. Las Comunidades Terapéuticas serán clasificadas por la Autoridad de Salud, que emita su autorización de funcionamiento, de acuerdo al tipo de prestación que brindan.

El proyecto está dentro de la 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. Estructura básica: Comunidad Terapéutica Tipo I.

- a) Dirección General de la Comunidad Terapéutica Tipo I estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en adicciones
- b) Dirección Administrativa.-es ejercida por una persona natural que acredite formación en el área de administración y conocimientos básicos sobre dependencia a sustancias psicoactivas y no tener antecedentes penales.
- c) Dirección Médica El Director Médico debe ser un médico cirujano capacitado y/o con experiencia mínima de un (01) año en tratamiento de usuarios con dependencia a sustancias psicoactivas
- d) Equipo Terapéutico Multidisciplinario Estará integrado por profesionales de la salud, como mínimo con un psicólogo y una enfermera; técnicos y consejeros capacitados en adicciones, debidamente acreditados, que participarán en el programa terapéutico. La Comunidad Terapéutica garantizará la presencia de un integrante del equipo terapéutico multidisciplinario en forma permanente durante las veinticuatro (24) horas del día. (Mínimo 1 integrante por cada 30 usuarios).

### **4.3.1.- DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

CAPITULO I: Generalidades

CAPÍTULO II: De La Estructura Organizacional

CAPÍTULO III: De La Consejería En Dependencia A Sustancias Psicoactivas

CAPÍTULO IV: De La Admisión E Internamiento De Usuarios

CAPÍTULO V: Del Alta O Egreso

CAPÍTULO VI: De Los Derechos Y Deberes De Los Usuarios

CAPÍTULO VII: De Las Responsabilidades Y Prohibiciones De Las Comunidades Terapéuticas

CAPITULO VIII: Del Local Y Sus Instalaciones

### **4.4.-CONCLUSIONES**

- Se concluye que toda edificación que cumpla con la función de albergar de manera transitoria a un individuo es de carácter residencial.
- Establece las condiciones que deberán tener las edificaciones de salud en aspectos de habitabilidad y seguridad.
- El proyecto está dentro de la 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.

### **4.5.- RECOMENDACIONES**

- Cada habitación que albergara a distintos usuarios debe contar con un servicio higiénico y un closet y su área de uso fuera de muros y estructuras es de 6.00 m2 mínimo y de servicios de 2.00 m2.
- Debe estar ubicada en los lugares de desarrollo urbano y en zonas vacacionales o en espacios y áreas naturales.

- Debe contar con una recepción, consultorios, tópico, ambiente de reposo para dos camas, botadero, servicios higiénicos (02), admisión, archivo, botiquín, depósito, despensa y almacén.



**V**

**DESARROLLO DE**

**CONTENIDOS**

**SUB CAPÍTULO I: CONSUMO DE DROGAS**

## 5.1.- CONSUMO DE DROGAS

Acto voluntario de ingerir con cierta frecuencia alguna sustancia que tiene la capacidad de alterar por algún tiempo los procesos naturales de la inteligencia, de la voluntad libre, de la afectividad y de la percepción, realizando con el fin de obtener las sensaciones y vivencias novedosas y placenteras que le son propias.

La comunidad científica distingue tres tipos de comportamientos de consumo: **uso, abuso y dependencia o adicción**. No todos los consumos entrañan los mismos riesgos, éstos también dependen de la vulnerabilidad del consumidor, del tipo de sustancia, de la cantidad consumida, de la frecuencia y del contexto de consumo.

### 5.1.1.-Uso

Por uso entendemos aquella modalidad en la que se consume de vez en cuando, sin que aparezca ningún síntoma de tolerancia. Los riesgos son menores, pero pueden existir, incluso ser graves, ante determinadas drogas.

- **Experimental:** Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer.
- **Recreativo:** El consumo empieza a presentarse de manera más regular y enmarcada en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza. El objetivo de este tipo de consumo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. El consumo no es la única actividad en el tiempo libre, no es un “escape” o una “solución”. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.
- **Habitual:** Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras) y un gusto por la sensación que produce. La frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la droga, la persona puede desarrollar una dependencia física o psicológica.

### **5.1.2.-Abuso:**

Cuando el uso de sustancias psicoactivas se vuelve compulsivo, se depende de la droga y del contexto y estilo de vida en torno a ella. Es probable que ese “estilo de vida” no se refiera únicamente al consumo, sino al círculo social de la persona, el reconocimiento y la aceptación dentro de un grupo. Ello puede también desarrollar un consumo solitario y asilado. En este tipo de uso, la razón del consumo es la necesidad y muchas veces, para evitar sentirse mal física o psicológicamente. Es decir, la vida se organiza en torno a esa necesidad particular. De igual forma, existe un uso o consumo problemático que está determinado por el impacto que el consumo tiene sobre la salud (consecuencias visibles, enfermedades crónicas) y la aparición de consecuencias de tipo social con una connotación negativa (deterioro, aislamiento, conductas problemáticas). Se caracteriza por el uso de una o varias drogas en situaciones que pueden significar peligro: pérdida de velocidad de respuesta y reflejos, dificultades o incapacidad para cumplir con las responsabilidades laborales, académicas o familiares. En este sentido, se considera que existe abuso de una sustancia cuando se observa un patrón que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico

### **5.1.3.-Dependencia:**

La dependencia, puede darse de manera abrupta o progresivamente, según la(s) sustancia(s) que se esté(n) usando. Hay dependencia cuando no se puede dejar de consumir pues al hacerlo se presentan síntomas físicos y/o psicológicos desagradables. La vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo de la sustancia y se entra en el círculo vicioso de conseguir–consumir–conseguir. El deseo de consumir se vuelve irresistible, hay en la persona dependiente una sensación de pérdida de control, siente una fuerte ansiedad al bajar el efecto, que sólo se alivia al consumir de nuevo. Hay dos tipos de dependencia: física y psicológica. La física implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados. Al dejar de consumir el cuerpo reacciona con síndromes de abstinencia o retirada. Sin embargo, no todas las sustancias producen dependencia física. En cambio, la dependencia psicológica ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, irritabilidad y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que “no se puede vivir” sin consumir y

todo lo que ello implica. Este tipo de dependencia es producida por todas las sustancias a excepción de los hongos psicodélicos y sustancias alucinógenas similares como la mezcalina o el ácido lisérgico. En cambio, la dependencia física sólo es producida por algunas drogas.



Figura 12: Ciclo de la dependencia

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

Clásicamente, se han descrito dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad se añade un tercer tipo: la social.

Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por unas causas específicas que se exponen más adelante. No obstante, las tres tienen en común la conducta final del dependiente: “obtener y consumir la droga” y no pueden considerarse como parcelas separadas, sino complementarias e interactuantes en una misma persona.

- **Dependencia Física.-** que recibe hoy en día la denominación de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. No obstante, se debe saber que algunos aspectos de la tolerancia no son de tipo neuroadaptativo.
- **Dependencia Psicológica.-** La dependencia psicológica es el deseo Irresistible (estado de ansia o anhelo [craving]) de repetir la administración de una droga para: a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o b) evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.
- **Dependencia Social.-** Este tercer tipo de dependencia está determinado por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono del consumo de la sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis de relación capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable.

### 5.1.3.1.-ORIGEN DE LA DROGODEPENDENCIA:

#### a) FACTORES.

Los factores de riesgo y protección son características o circunstancias que al estar presentes, aumentan o disminuyen la probabilidad de que una persona consuma algún tipo de drogas.

- **FACTORES DE PROTECCIÓN:** Hacen referencia a características individuales, familiares o sociales que disminuyen la posibilidad de uso o abuso de drogas.
- **FACTORES DE RIESGO:** Se refieren a características individuales, familiares o sociales que aumentan la posibilidad de uso o abuso de drogas. Un factor de riesgo por sí sólo no necesariamente significa que una persona va a consumir, pero al estar presente junto a otros, aumenta la posibilidad de que lo haga, por ello es importante descubrir qué cosas pueden estar siendo factores de riesgo para los niños y los jóvenes, y una vez que las hemos identificado definir cómo actuar para disminuir su impacto.
- En un momento con el actual, en el que se acepta la multi causalidad del fenómeno y la necesidad de realizar programas que aborden los distintos factores de riesgo y protección en sus diversos ámbitos, deben ejecutarse planes globales, que integren proyectos distintos dirigidos a los diversos sectores (educativo, sanitario, laboral) organizados en un sector concreto de la población, es decir en una determinada comunidad, y en la que todos los actores se impliquen y formen parte activa de dicho plan.
- En este camino, es importante también, señalar la influencia que tienen determinados contextos cuya característica básica es el conglomerado urbano, que lejos de facilitar el contacto y la comunicación entre las personas, provocan la aparición de vínculos impersonales y el aislamiento del individuo. Situaciones de este tipo pueden propiciar con frecuencia el abuso de sustancias psicoactivas de diverso origen, uso y resultados, que para el usuario, tienen la utilidad de disminuir las sensaciones desagradables, que provocan la soledad o la falta de calidez de las relaciones con sus semejantes.

- De este modo, al pensar en el diseño de un programa o de un proyecto, orientado a prevenir el consumo abusivo del alcohol y otras drogas, implica entre otras cosas considerar la situación de la persona frente al problema de la despersonalización social, uno de los responsables de la dimensión epidémica del problema. En consecuencia la formulación de la estrategia tendrá mucho que ver, con los vínculos vecinales y con el trabajo dentro de un eje comunitario que incluya, todas las fortalezas y oportunidades existentes en el tejido social de una comunidad o una ciudad.
- Pero, la impersonalidad y la falta de calidez en las relaciones, que además con dificultad puede establecer el ser humano en escenarios como los señalados, es solo uno de los factores que podrían poner a una persona en contacto con las drogas y posibilidad que las consuma.

Hay otros factores, relacionados también con el medio ambiente y que a continuación se señalan:

- Según un estudio realizado a nivel nacional la disponibilidad de drogas tiene el 17% de fácil accesibilidad a ellas y su bajo costo constituyen factores de riesgo claves, en relación a su consumo. A mayor disponibilidad de sustancias mayor consumo.
- El alto grado de exclusión social en la que se desenvuelven numerosas comunidades, en las que sus integrantes no tienen acceso y si lo tienen es bastante limitado, a servicios básicos relacionados con la salud, la educación, la salubridad, el empleo, etc. Las convierten en zonas generadoras de factores de riesgo relacionados al consumo de drogas, en las cuales además la delincuencia forma parte de la vida diaria, y que por lo tanto deben constituirse en áreas de actuación prioritaria. El riesgo tanto de consumo de drogas como de conductas delictivas es en ellas mucho mayor. Pero no hay que confundir exclusión social, depravación social y económica con pobreza. La pobreza, si no es extrema, no es un factor de riesgo del consumo de drogas.
- En estos ambientes existen además pocas expectativas de mejora. No obstante, pese a las difíciles condiciones de vida que deben afrontar sus integrantes, no todos tienen problemas con las drogas ni con actos delictivos. Estas personas

residentes, constituyen un foco importante del estudio de los factores de protección.

- Las comunidades desorganizadas (7%), en las cuales los recursos sociales son escasos, pero que además no son utilizados por desconocimiento o por la nula valoración que las personas les conceden, donde además son escasos los lazos sociales entre sus integrantes, son comunidades de alto riesgo, y por lo tanto zonas de actuación prioritarias.
- El fortalecimiento de las organizaciones comunales, debería constituirse entonces en uno de los objetivos a tener en cuenta en un programa de prevención, pero además de ello, facilitar el contacto entre estas y la población, de tal manera que esta perciba la importancia que significa contar con este tipo de recursos y que de manera pueden aliviar las dificultades ahí presentes.
- La baja percepción del riesgo provocado por el consumo de sustancias (16 %), va a facilitar y extender más su consumo. Este factor asociado a otros, definitivamente viene provocando la extensión del consumo de ciertas drogas en la actualidad. Los estudios señalan que cada vez hay más jóvenes que minimizan los peligros de consumir sustancias, como por ejemplo derivados de cannabis y otras sustancias como las de síntesis, por ser percibida como inocuas. Por otro lado cuanto más se haya generalizado el consumo de sustancias en un determinado contexto, menos es el grado de peligrosidad que se adjudica a las mismas.

Cuando las normas que regulan las relaciones dentro de una comunidad son permisivas en relación al uso de drogas, actúan como factores de riesgo entre sus integrantes. Esta es una de las razones, para que muchos programas de prevención que se dirigen a los colegios o a la comunidad, contemplen entre sus objetivos la creación de normas que limiten el uso de drogas. Cuando estas normas no existen, o incluso cuando no son claras, el riesgo de abuso se incrementa.



Tabla 3.

Factores Socioculturales

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTORES PROTECTORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facilidad de acceso a drogas en el ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja disponibilidad y difícil acceso a drogas en el ambiente en el que se vive.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sociedades segregadas, sin redes de apoyo. Marginación de los sistemas de inclusión social como el ámbito escolar y laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad de buenas redes sociales de apoyo y contención en la comunidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de compromiso comunal con las problemáticas propias de sus integrantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunidades eficientes en la solución de sus problemáticas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajas expectativas de desarrollo e inserción social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buenas expectativas de desarrollo para los miembros de la comunidad. Oportunidades educacionales y laborales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de espacios para recrearse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Espacios de recreación y participación.</li> </ul>

Fuente: Tomado (Corporación la esperanza: Tu vida libre de drogas, s.f.)

## **b) OTROS FACTORES DE RIESGO**

Además de los factores señalados líneas arriba y que tienen que ver con el ambiente, existen otros relacionados con espacios más inmediatos y cercanos, como son la familia, la escuela, el grupo y también las características de personalidad.

- La inexistencia de normas y reglas claras al interior de los hogares, pero también la rigidez o los excesos de disciplina, acompañadas de la excesiva implicación de uno de los padres acompañada del desentendimiento o permisividad del otro, son factores asociados al uso indebido de drogas. Aparecen características comunes en los padres de adolescentes que abusan de las drogas. Aparecen características comunes en los padres de adolescentes que abusan de las drogas: comunicación familiar inadecuada, normas incoherentes, límites poco claros y expectativas poco realistas sobre sus hijos. La poca exigencia hacia el éxito y las bajas expectativas académicas de los padres hacia sus hijos predicen el inicio en el consumo. Más bien el interés permanente por parte de los padres, el fortalecimiento del autocontrol y la adecuada forma de decisiones por parte de los hijos son factores de protección.
- El consumo de alcohol y la presencia de problemas de alcoholismo en las familias (15%), suele aparecer como un factor predictor del abuso de drogas.
- Las actitudes permisivas y en algunos casos alentadoras de los padres hacia el uso de diversas sustancias, entre ellas el uso indiscriminado de medicamentos, aparecen asociadas al uso indebido de drogas por parte de los hijos, en numerosas investigaciones.
- El uso de drogas en el hogar es uno de los mejores predictores de la aparición de conductas en niños y adolescentes, ligadas al consumo.
- Las relaciones difíciles entre los miembros de una familia (23%), pueden predecir problemas de conducta. Además, la débil solidez de los lazos familiares y el bajo compromiso afectivo de la madre hacia sus hijos, pueden constituir antecedentes en el inicio del uso de sustancias.
- La influencia de la presión de grupo (5%), constituyen factores bastantes asociados con el uso de drogas. En la elección del grupo de amigos influyen una

serie de variables de diferente índole, como por ejemplo el tipo de valoración de los padres hacia los amigos. Así mismo, las creencias que tienen los integrantes significativos del grupo en relación a las drogas, la percepción del consumo por parte de los compañeros y las presiones de los iguales son altamente predictivos. Entonces corregir las creencias erróneas del consumo de drogas de los compañeros, debe ser uno de los objetivos de las intervenciones preventivas con adolescentes y jóvenes.

- Existen rasgos de personalidad que pueden parecer a edades muy tempranas de la infancia y que unidos a otros factores pueden ser predictores del uso de drogas. Por ejemplo, la agresividad temprana y sobre todo si se da en niños tímidos, lo que no sucede con la misma frecuencia tratándose de niñas. La hiperactividad, la rebeldía, escaso autocontrol, la búsqueda de sensaciones nuevas y arriesgadas, la dificultad para relacionarse, el aislamiento, la conducta antisocial en la adolescencia, la búsqueda de placer y disconformidad con las normas son, entre otros, características que pueden constituirse como antecedentes del uso de drogas y de otros problemas de conducta como la violencia y la delincuencia. Estas conductas problemáticas, generalmente aparecen asociadas. Los programas de prevención deben detectar precozmente estas situaciones para lograr intervenciones exitosas. (Corporación la esperanza: Tu vida libre de drogas, s.f.)

Tabla 4.

Factores Familiares e Interfamiliares

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTORES PROTECTORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inestabilidad y mal comportamientos en el grupo familiar. Violencia y maltrato verbal o físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familias, especialmente figuras cuidadoras, estables, donde se sabe qué esperar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familias desligadas, individualista y con estilos comunicacionales disfuncionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buena comunicación entre los miembros de la familia, caracterizada por la validación del aporte de cada miembro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disciplina familiar muy autoritario, inconsistente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disciplina familiar caracterizada por normas claras, pero flexible y consistente en el tiempo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaciones de sobreprotección, desligadas o rechazadoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La familia constituye un núcleo con vínculos basados en la ternura y el intercambio afectivo. Existe espacio para la gratificación y contención emocional</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presencia de la problemática de uso y abuso de sustancias por parte de familiares o personas cercanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familias con costumbres saludables, sin miembros que consuman drogas o abusen del alcohol. Reglas claras de rechazo ante el consumo.</li> </ul>

Fuente: Tomado (Corporación la esperanza: Tu vida libre de drogas, s.f.)

Tabla 5.

Factores Individuales.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTORES PROTECTORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una baja autoestima y expectativas de logro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confianza en uno mismo, en el logro de los desafíos propuestos y valorar los resultados del propio quehacer. (Autoestima y Autoeficacia).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificultades para comunicarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ser asertivo y poseer un estilo comunicacional abierto, con capacidad de escucha, negociación y entendimiento con los otros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de proyectos de vida, de expectativas y de seguridad en las propias capacidades para lograr metas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tener expectativas de desarrollo, proyectos personales y sociales, junto a la confianza en los propios logros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensación de vacío, intrascendencia y fracaso. Posturas de rebeldía y actitud positiva frente al consumo de drogas con baja percepción de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida.</li> </ul>

Fuente: Tomado (Corporación la esperanza: Tu vida libre de drogas, s.f.)

### 5.1.3.2.- SITUACION ACTUAL DE DROGODEPENDENCIA

#### a) Índice a nivel Nacional:

A nivel nacional el consumo de sustancias ilegales en los dominios regionales, Lambayeque se ubica en el 9 lugar del promedio nacional que tiene mayor prevalencia de consumos de drogas.

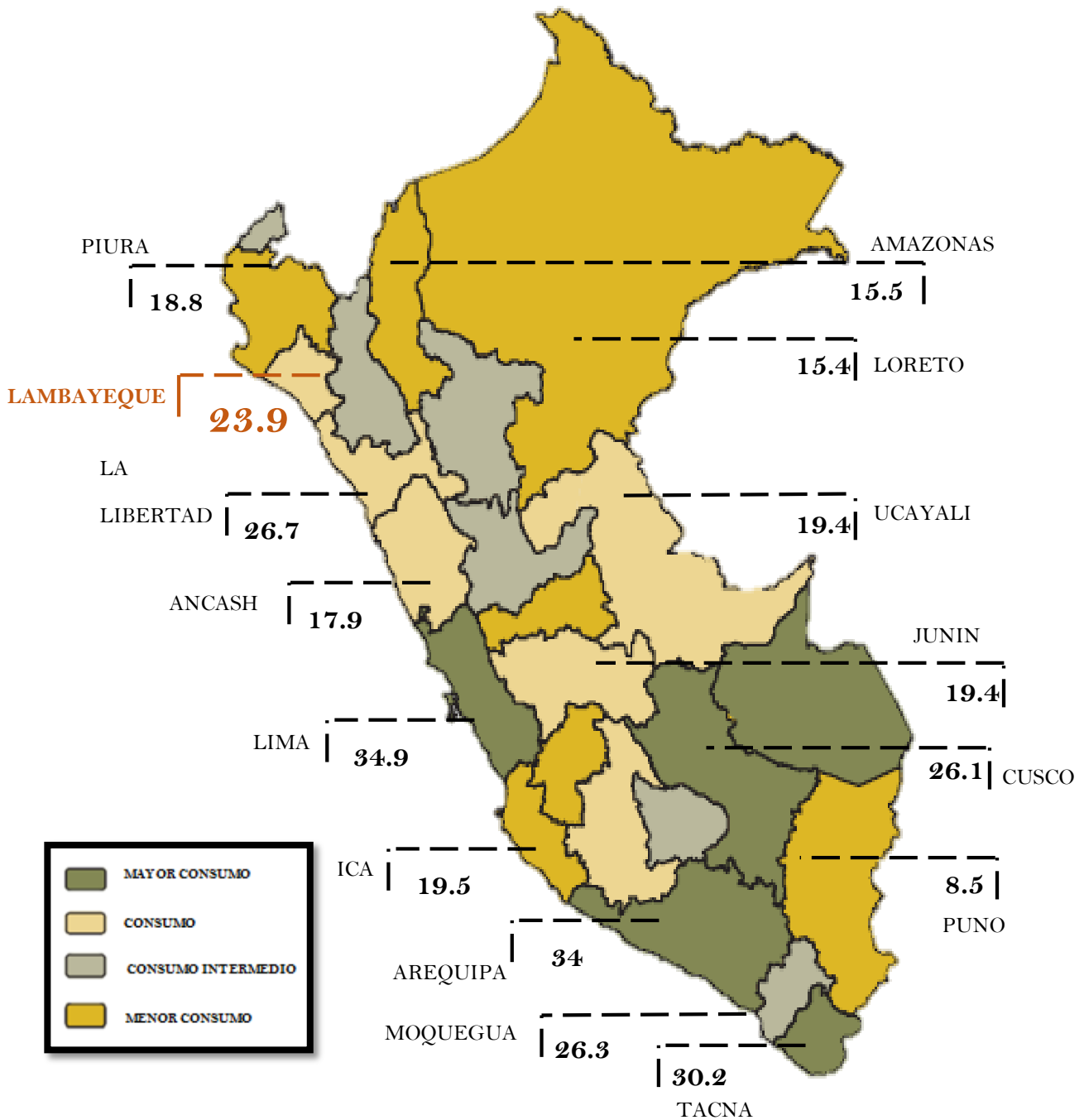


Figura 9: Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2015

Fuente: Tomado (CEDRO, 2016)

## b) Índice a nivel Local:

Todo hace indicar que la ciudad de Chiclayo es un buen mercado para la venta de droga, pues durante los últimos años el consumo de los narcóticos ha aumentado y propiciado otros problemas sociales.

Según las cifras que maneja el Departamento Antidrogas (DEPANDRO) de Chiclayo, la población activa para el consumo de drogas es de **9%** que hacen unas 19 694 mil personas. En su mayoría adquieren la pasta básica de cocaína (PBC) y marihuana. Las drogas que se consumen en la región son básicamente son dos: la cocaína, que llega al consumidor tanto en pasta básica de cocaína como en clorhidrato de cocaína, y la marihuana.

Tabla 6.

Tipos de Drogas consumidas en Chiclayo

DROGA	DOMINIO		
	CONSUMO	CHICLAYO	
		N°	%
Marihuana	Menos de 30 días	40	<b>7.0</b>
	Más de un mes y menos de un año	20	3.5
	Hace más de un año	109	19.1
	Nunca he probado	403	70.5
PBC	Menos de 30 días	19	3.3
	Más de un mes y menos de un año	7	1.2
	Hace más de un año	73	12.8
	Nunca he probado	471	82.6
Cocaína	Menos de 30 días	8	1.4
	Más de un mes y menos de un año	0	0
	Hace más de un año	48	8.4
	Nunca he probado	515	90.2

Fuente: Tomado (UNESCO, 2010)

Otros de los dos distritos que le siguen en índices de consumos de drogas al distrito de Chiclayo son el distrito de La Victoria con un **5.56%** que hacen 5867 hab. y José Leonardo Ortiz **8.64%** que hacen 8057 hab.

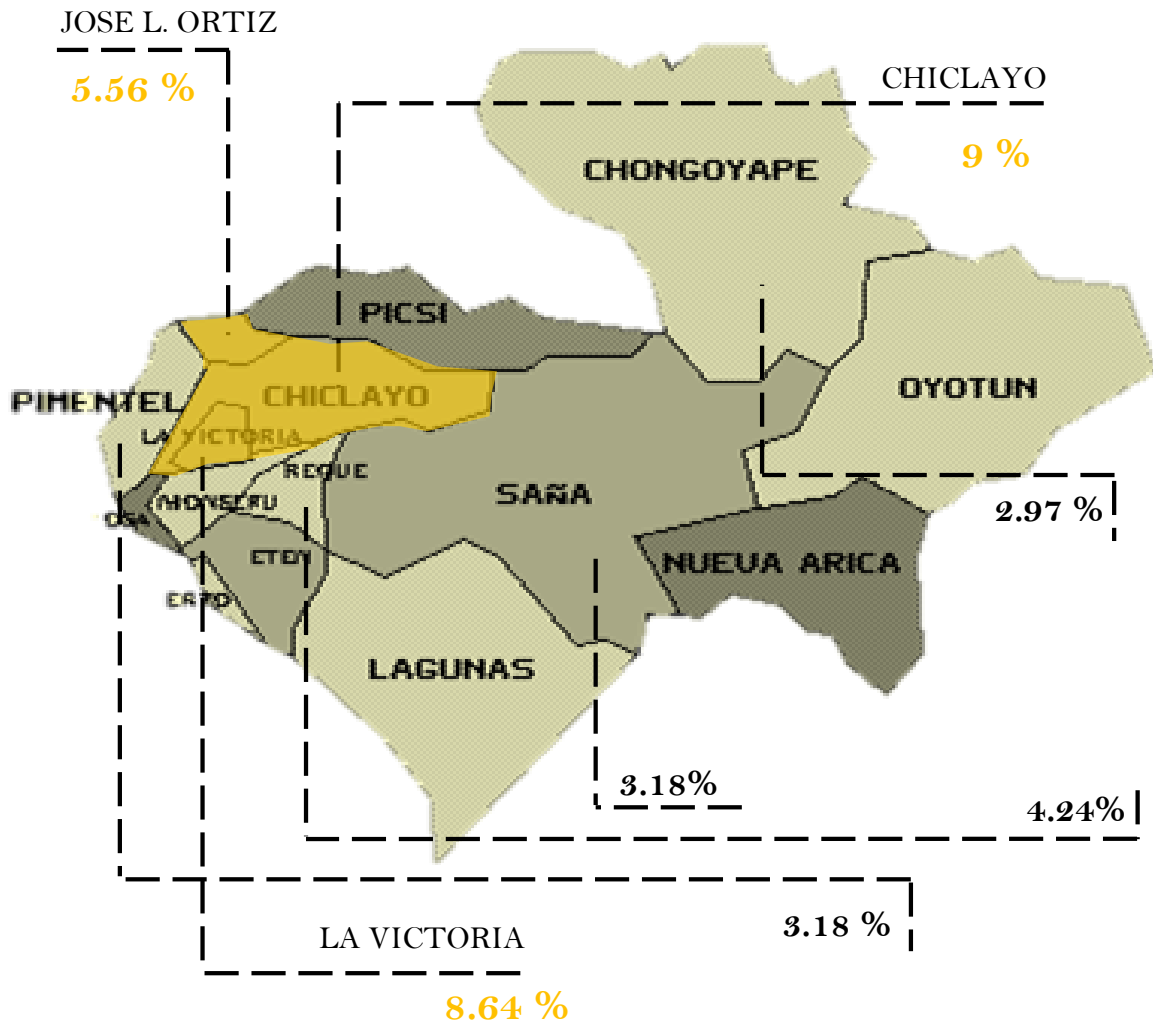


Figura 13: Distritos de Chiclayo donde predomina el consumo de drogas

Fuente: Adaptado (DEPANDRO, 2016)



- **Prevalencia de Consumo de Drogas por Edades en el Distrito de Chiclayo.**

El total de consumidores en Chiclayo es de 19694 hab. [100%] de los cuales se han clasificado en tres rangos de edad:

- 12 a 17 años [10% del total]
- 18 a 39 años [70% del total]
- 40 a más [20% del total]

La edad en la que prevalece el mayor índice de consumidores es la de 18 a 39 años, donde la sustancia de mayor consumo es la de cocaína con un 50% [6892 hab.] seguida por la marihuana [30%] y un 20% de PBC.

Tabla 7.

Prevalencia de consumo de drogas por edades en el distrito de Chiclayo

TIPO DE DROGA	EDAD					
	12 – 17 años		18 – 39 años		40 a más	
	%	Hab.	%	Hab.	%	Hab.
Marihuana	85	1558	30	4135	25	984
Cocaína	10	190	50	6892	50	1969
PBC	5	95	20	2757	25	984

Fuente: Tomado (DEPANDRO, 2016)

### 5.1.3.3-ETAPAS DE LA DROGODEPENDENCIA:

Toda persona que consume drogas y abusa de ellas, termina tarde o temprano en una adicción que lo hace depender de estas, marcándose claramente tres etapas: el uso , abuso y dependencia .

- **EN EL DISTRITO DE CHICLAYO:**

De la población de Consumidores de 19 a 39 años existen 13 785 hab. [100%] de los cuales 13 095 hab. [95%] usan las drogas, 690 hab. [5%] son dependientes.

Tabla 8.

Etapas de Drogodependencia

---

<b>ETAPAS DE DROGODEPENDENCIA</b>		
TOTAL DE CONSUMIDORES:	%	POBLACION
19 694 [100%]		
USO	<b>95</b>	13095 Hab.
DEPENDENCIA	<b>5</b>	690 Hab.

---

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

### 5.1.3.3.1.- POBLACION DEPENDIENTE

#### a) POBLACIÓN EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Existen 12 comunidades terapéuticas de rehabilitación de pacientes con problemas de adicción en el departamento de Lambayeque, donde realizan procesos reeducativos o terapéuticos que les permite transformar su existencia, replanteando o fortaleciendo sus sentimientos, pensamientos, comportamientos y posibilitando su reinserción. Tomaremos en cuenta la población de las 12 comunidades existentes a nivel local, lo que hace un total de 339 pacientes internados que actualmente se encuentran en rehabilitación.

Tabla 9.

Comunidades Terapéuticas de Chiclayo

<b>COMUNIDADES TERAPEUTICAS</b>	<b>N° PACIENTES</b>
Comunidad Terapéutica Dama Rena Morand	35
Comunidad Cristiana Bethel	25
C.T. Casa Hogar Nueva Vida	42
C.T. Mi Buen Pastor (1)	40
C.T. Cetedro Aprender a Vivir	23
C.T. Encuentro Divino	25
C.T. Casa Hogar Forma tu Vida	45
C.T. Mi Buen Pastor (2)	18
C.T. Hogar del Buen Samaritano	14
Centro de Rehabilitación Comunidad en Dialogo	7
C.T. Volver a Vivir [1] – Lambayeque	33
C.T. Los Pastores del Perú	32

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

## **b) POBLACIÓN TRATADOS EN CENTROS DE SALUD**

El servicio que ofrecen los centros de salud es atender de manera ambulatoria a pacientes adictos al alcohol, drogas y otras dependencias, que tiene por objetivo brindar un programa donde favorecer la recuperación del paciente adicto para reinsertarlo a su medio familiar y socio laboral.

Actualmente Chiclayo presenta un 25 % [172 habitantes] de la población dependiente, que han sido atendidos en los diferentes módulos de DEVIDA establecidos en el mismo distrito.

Tabla 10.

Módulos de DEVIDA en Chiclayo

<b>MODULOS DE DEVIDA</b>	<b>Nº PACIENTES ATENDIDOS</b>
Hospital Regional Docente Las Mercedes	45
Centro de Salud Cerropón	39
Centro de Salud Cruz de La Esperanza.	35
Centro de Salud Toribia de Castro.	22
Centro de Salud José Olaya.	31

Nota: Módulos de DEVIDA instalados en Centros De Salud de Chiclayo Del Año 2016

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

## **c) POBLACIÓN CON PROBLEMAS ECONÓMICOS**

El distrito de Chiclayo no es ajeno a este mal social ya que se manifiesta como uno de los principales agentes del inicio de consumo de drogas [por falta de educación, analfabetismo, etc.].

La pobreza en nuestra ciudad marca el inicio de la pérdida de un drogadicto, puesto que el 10% [69 hab.] manifestaron no tener los recursos necesarios para poder solventar el costo de una comunidad terapéutica.

Otros afirmaron no tener conocimiento de las existencias de módulos DEVIDA que se encuentran en las distintas postas o centro de salud de Chiclayo; mientras que otros manifestaron si haber asistido a este tipo de programas ambulatorios, pero, no haber tenido éxito en el proceso.

#### **d) POBLACIÓN QUE SE RESISTE A TRATAMIENTO**

Es muy común que un adicto pueda sentirse tan sin esperanza sobre la recuperación de la adicción, que se resista a los esfuerzos de cualquiera para ayudarlos.

Esta conducta en la mayoría de estos individuos es sintomática e indica por si misma ya un problema de adicción.

En Chiclayo existe un 5% [34 hab.] de la población dependiente que se rehúsa a iniciar algún programa de desintoxicación y posteriormente ser tratado y reinsertado a la sociedad , porque en definitiva muchos de ellos manifestaron que su problema de adicción ya no tiene ninguna salida ni un tratamiento que pueda sacarlos del “hoyo” en el que dicen estar.

#### **CONCLUSIONES**

- El distrito de Chiclayo es el que presenta mayor prevalencia en consumo de drogas, la edad promedio es de 18 años a más y la droga de mayor consumo es la marihuana.
- De la población general de consumidores [19694 hab.] existen un 5% que presenta problemas de dependencia.
- La población dependiente que presentan las 12 comunidades terapéuticas es de 339 pacientes registrados y de pacientes tratados en algún puesto de salud [módulo de DEVIDA] es de 172 pacientes.

**V**

**DESARROLLO DE**

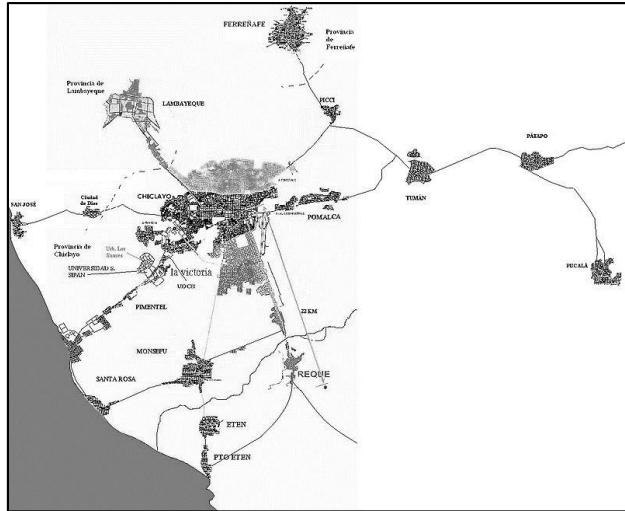
**CONTENIDOS**

**SUB CAPITULO II: PUNTOS CRITICOS DE CONSUMO**

## 5.2.- PUNTOS CRITICOS DE CONSUMO

### 5.2.1.- DISTRITO DE CHICLAYO

El crecimiento de las actividades económicas y comerciales que se registran en el Distrito de Chiclayo, asociados a otros factores socio económicos, originan que en esta importante ciudad se incremente la delincuencia en todas sus formas, una de ellas es la venta y consumo de drogas originando una sensación de inseguridad en toda la ciudadanía.



**Figura 14: Mapa del Distritos de Chiclayo**

Fuente: Tomado (GO2PERU, s.f.)

Ante esta situación la Policía Nacional del Perú ha intensificado la ejecución de diversos operativos; no obstante la Seguridad Ciudadana continua siendo preocupación para todas las autoridades en general.

El consumo y venta de drogas, es una actividad ilícita, que moviliza millones de dólares con ingentes ganancias ilegales a sus agentes, a pesar que cada año se decomisan cantidades de drogas, especialmente de cocaína y látex de opio.

Por sus características geográficas, particularmente las localidades de Chiclayo y Cajamarca, favorecen a los traficantes para cultivar, elaborar, transportar y comercializar drogas ilícitas con tendencias al incremento de estas actividades por su alta rentabilidad económica que generan un álgido problema policial – social.

Chiclayo estaría considerada como una zona de tránsito terrestre y marítimo para la comercialización de drogas tóxicas, como son PBC, marihuana, clorhidrato de cocaína y látex de opio. Los consumidores de droga de este distrito, son abastecidos por una multitud de micro comercializadores que usualmente administran cantidades que no exceden unas decenas de gramos. Los micro comercializadores o también llamados “paqueteros”, a su vez son proveídos por traficantes mayoristas que suelen manejar entre 10 y 20 kilogramos de droga como máximo.

Estos han encontrado su campo de acción desde hace un buen tiempo en AAHH, PPJJ y zonas periféricas de las principales ciudades del ámbito jurisdiccional.

Dentro del contexto de la micro comercialización, existe una serie de mecanismos para distribuir las mismas. La venta callejera es la modalidad más tradicional; siendo la venta a domicilio (“delivery”) una de las modalidades que en los últimos tiempos se ha intensificado.

Lo que nos conlleva a corroborar que si existen diversos comercializadores; existen diversos consumidores; consumidores que en los últimos años han ido incrementando en un 3.5% de la población total de consumidores del distrito.

#### **5.2.1.1.- CHICLAYO Y SUS SECTORES**

El crecimiento de los sectores que comprende el distrito Chiclayo [urbes] trae consigo cambios sociales que se denotan en el crecimiento demográfico y las manifestaciones conductuales de la población.

Los denominados "círculos de pobreza", que se desarrollan en las zonas externas de la ciudad, son los principales focos de enajenación que devienen en comportamientos violentos y acciones delincuenciales, propios de las necesidades latentes, la carencia de valores y falta de educación.

“Ricardo Bambaren Senmanche, jefe de inteligencia del Departamento Antidrogas, indica que mediante diversas operaciones se detectó que dentro de los 130 Pueblos Jóvenes que tiene Chiclayo la mayor incidencia de consumo y venta de drogas se concentra entre los principales que son San Antonio, Fanny Abanto, Jorge Chávez, Campodónico, Atusparia, Cruz de la Esperanza y Urrunaga.

También figuran el pueblo joven 9 de octubre, 19 de septiembre, José Carlos Mariátegui, San Sebastián, entre otros”.



Tabla 11.

Pueblos Jóvenes con mayor consumo de drogas

<b>PP.JJ. CON MAYOR CONSUMO DE DROGAS</b>	
San Antonio	0.5%
Fanny Abanto	0.98%
Jorge Chávez	0.76%
Campodónico	0.8%
Cruz de la Esperanza	2.8%
Urrunaga	0.3%
9 de Octubre	1.2%
José Carlos Mariátegui	0.76%
Atusparia	0.9%

Nota: Es por ello que el 9% de consumidores de la población general de Chiclayo, están divididos entre estos sectores, en el cual definimos que el Pueblo Joven Cruz de la Esperanza es que el presenta mayor prevalencia con 2.8% en consumo y venta de algún tipo de droga.

Fuente: Tomado (CODISEC, 2016)

### 5.2.1.2.-PUEBLO JOVEN CRUZ DE LA ESPERANZA



El pueblo joven Cruz de la Esperanza, que fue declarado como zona roja en Chiclayo, hoy en día se encuentra con más problemas de consumo y venta de drogas.

Cuenta con una población de 5309 habitantes donde 2743 son mujeres y 2566 son hombres, un centro de salud que lleva por nombre el mismo del pueblo joven, donde se manifiesta haber atendido 35 casos durante el último año en el módulo de DEVIDA que se encuentra ubicado dentro de este mismo.

De los cuales solo 6 de estos casos terminaron el programa completo de rehabilitación, en cuanto a sus actos delictivos en referencia a la venta de droga que camina de la mano con el consumo de esta misma, la comisaria Del Norte que es la abarca este sector por su radio de acción manifiesta haber recibido 825 casos de los cuales 273 son del Pueblo Joven Cruz de la Esperanza.

Tabla 12.

Pueblos Relación de Operativos Ejecutados

OPERATIVOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
COMISARÍA PNP. "CÉSAR LLATAS C."	34	34	62	81	93	125	112	71	64	88	83	72	919
COMISARIA PNP. "EL PORVENIR"	68	60	65	52	44	72	88	77	66	82	87	87	848
COMISARÍA PNP. "CAMPODÓNICO"	25	24	28	28	44	68	80	57	45	45	42	21	507
COMISARIA PNP. "DEL NORTE"	48	41	36	55	60	83	91	88	85	90	72	76	825
<b>TOTAL OPERATIVOS</b>	<b>175</b>	<b>159</b>	<b>191</b>	<b>216</b>	<b>241</b>	<b>348</b>	<b>371</b>	<b>293</b>	<b>260</b>	<b>305</b>	<b>284</b>	<b>256</b>	<b>3099</b>

Fuente: Tomada (Policia Nacional Del Perú Región Lambayeque)

Se concluye que el pueblo joven Cruz de la Esperanza es donde se encuentra la mayor incidencia de venta y consumo de drogas, lo que nos conlleva a una reflexión de que en qué sector debemos situar el proyecto donde no solo este destinado a un solo uso; sino que a través de este se pueda reactivar diversas zonas con la única finalidad de acabar con este concepto de delincuencia y temor de población. (Policia Nacional Del Perú Región Lambayeque)

## **CONCLUSIONES**

- Dentro de los 130 Pueblos Jóvenes que tiene el distrito de Chiclayo la mayor incidencia de consumo de drogas se concentra en San Antonio, Fanny Abanto, Jorge Chávez, Campodónico, Atusparia, Cruz de la Esperanza y Urrunaga, Pueblo Joven 9 de octubre, 19 de septiembre, José Carlos Mariátegui, San Sebastián.
- Según el estudio de todos los pueblos jóvenes ya mencionados el Pueblo Joven Cruz de la Esperanza es el que presenta mayor porcentaje de consumo en drogas.

**V**

**DESARROLLO DE**

**CONTENIDOS**

**SUB CAPITULO III: INFRAESTRUCTURA DE SERVICIO**

## **5.3.- INFRAESTRUTURA DE SERVICIO**

### **5.3.1.- COMUNIDAD TERAPEUTICA**

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

#### **5.3.1.1-Metodología De Una Comunidad Terapéutica**

La metodología de la Comunidad Terapéutica se caracteriza por una serie de rasgos y componentes, entre los que he seleccionado los más relevantes o significativos, siguiendo en esquema propuesto por Maxwell Jones (Jones, 1963; Jones, 1968 y Jones, 1976) y con las aportaciones de los últimos años.

1.-La permanencia en el centro tiene una duración determinada, definida de antemano con criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre con un límite temporal máximo. En general se considera que los periodos de estancia demasiado largos son contraproducentes y reflejan la falta de eficacia metodológica, por lo que en los últimos decenios la disminución de la duración de los programas (manteniendo unos mínimos) se considera un criterio de calidad. Ciertos dispositivos (por ejemplo centros de menores u otro tipo de internamientos obligatorios) implican un tiempo de estancia obligatorio, en ocasiones muy prologado, lo que obliga a reforzar los vínculos sociales de los internos, por ejemplo mediante programas educativos o de otra naturaleza en instituciones externas. (Corporación la esperanza: Tu vida libre de drogas, s.f.)

2.-Cada Comunidad Terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto y preestablecido, sólo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro. Se describen varios “tipos” de Comunidad Terapéutica, cada uno de los cuales se refiere a un determinado perfil de posibles residentes. La idea básica es que en un centro residencial con metodología de Comunidad Terapéutica no pueden (y no deben) convivir perfiles variopintos. ¿Cómo se delimita un perfil? Pues con variables sociológicas que identifican a determinados colectivos, que de forma selectiva, se han ido segmentando y diferenciando según criterios psicoterapéuticos.

3.- El ingreso es voluntario, sin que puedan utilizarse medidas ni estrategias de retención que atenten contra los derechos individuales. Este rasgo presenta algunas dificultades cuando los residentes, están en el dispositivo como consecuencia de una obligación o un emplazamiento judicial, como es el caso de los menores procedentes de la justicia de menores, los tratamientos judiciales alternativos en el caso de drogas o los tratamientos obligatorios para enfermedades mentales. En tales casos la Comunidad debe adaptarse a estas situaciones, lo que no siempre es fácil, aunque se han adoptado algunas estrategias útiles. Algunos autores también han sostenido que para estos casos no debería aplicarse la metodología de la Comunidad Terapéutica, pero esto constituiría un acto de discriminación frente al derecho de igualdad de trato

4.- Una Comunidad terapéutica exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar, con un fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos. Una diferencia esencial entre la metodología de la Comunidad Terapéutica y otras metodologías de intervención se refiere al hecho de que todas las figuras que conforman la vida del centro, desde todo tipo de monitores y personal auxiliar, hasta los responsables de la hostelería (cocina, limpieza, lavandería), recepción, transporte, mantenimiento y por supuesto el personal administrativo, forman parte de este equipo técnico (Clark, 1964; Jones, 1952) y deben actuar desde dicha perspectiva.

5.- La vida en la Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir una vida cotidiana real, en la que todas las figuras mencionadas en el párrafo anterior y los residentes, cumplen con sus roles reales, interaccionan y a través del desarrollo de sus papeles en esta micro-sociedad, lo cual produce intensos (y positivos) efectos sobre los residentes. Para lograr tales efectos la Comunidad Terapéutica debe tener un número limitado de plazas, de tal manera que se produzca un conocimiento personal compartido

de todos los residentes y miembros del equipo. Por este motivo el número de plazas más frecuente se sitúa en una horquilla entre 20-40, dependiendo de la complejidad y los problemas asociados al perfil de los residentes. En caso de tratamientos obligatorios, por ejemplo menores con problemas de comportamiento, el número de plazas aún puede ser más reducido.

6.- El equipo técnico debe desarrollar una serie de procedimientos, que facilitan el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas sobre los residentes, para que toda esta complejidad no le desborde o convierta a la Comunidad en un espacio caótico y poco terapéutico. Los procedimientos tradicionales para gestionar la complejidad, tienen que ver con prácticas como: 1) los historiales comunes e integrados de todos y cada uno de los residentes, 2) las reuniones (especializadas o generales) del equipo técnico para seguir la evolución de los casos y tomar decisiones, 3) la existencia de “diarios de acontecimientos” de declaración y consulta obligatoria, 4) la información cruzada entre los profesionales y 5) la existencia de organigramas claros, en los cuales las responsabilidades están bien definidas. Esta exigencia debe aplicarse tanto en el equipo como con los residentes. Esto último exige además la firma de “contratos terapéuticos” (o de autorizaciones informadas), la existencia de un Reglamento de Régimen Interno exhaustivo y bien conocido, así como mecanismos de información que notifiquen sobre horarios, actividades y tareas. Incluyen las guardias del equipo. Como consecuencia de todas estas exigencias la presencia de conflictos, más o menos graves pero no resueltos, así como otras situaciones de incomunicación en el equipo técnico son incompatibles con la metodología, lo que implica que en estas circunstancias el centro dejaría de ser una Comunidad Terapéutica para convertirse en una mera “residencia controlada” (Jones, 1988).

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

8.- En una Comunidad Terapéutica los residentes no son sujetos pasivos que “reciben una ayuda profesional” sino que adoptan progresivas y crecientes responsabilidades asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los ingresos más recientes a integrarse.

Asumir tales responsabilidades supone, a la vez, contribuir a la mejora de aquellos que las asumen y “prepararse” para la incorporación a una vida normalizada.

A través de este proceso se desarrolla además un potente entorno de autoayuda que contribuye de una forma muy intensa al desarrollo y a la mejora personal. Una parte de las Comunidades Terapéuticas refuerzan este aspecto, integrando en el equipo profesional a personas con una historia superada de problemas similares al perfil de los residentes. Para ello se exige que estas personas ya no sean residentes, “hayan vuelto” a la sociedad y estén realizando sus tareas como otro profesional del equipo (Bion, 1962).

9.- La metodología de la Comunidad Terapéutica exige la práctica de la evaluación continua, en al menos tres niveles:

1) la evaluación de los casos individuales por parte del equipo técnico,

2) la evaluación de los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo técnico y si es posible con supervisores externos,

3) la evaluación de los resultados (si es posible con estudios de seguimiento) para producir conocimiento e incorporar a las Comunidades Terapéuticas en el ámbito de la producción científica (García, 1995; Rodríguez, 1998; Comas, 1995; Fernández, 1998).

### **5.3.2.-COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN CHICLAYO**

Actualmente en Chiclayo no existe una tipología de Centro de Rehabilitación, las instituciones encargadas de la rehabilitación, las llamadas Comunidades Terapéuticas presentan serias deficiencias a nivel de infraestructura.

Existen 12 comunidades terapéuticas de rehabilitación de pacientes con problemas de adicción, de las cuales hablaremos y analizaremos de 06 del total de comunidades [infraestructura, población, tratamiento y observaciones que se levantan de estas].



Tabla 13.

Comunidades Terapéuticas en Chiclayo

N°	COMUNIDADES
01	Comunidad Terapéutica Dama Rena Morand
02	Comunidad Cristiana Bethel
03	C.T. Casa Hogar Nueva Vida
04	C.T. Mi Buen Pastor (1)
05	C.T. Cetedro Aprender a Vivir
06	C.T. Encuentro Divino
07	C.T. Casa Hogar Forma tu Vida
08	C.T. Mi Buen Pastor (2)
09	C.T. Hogar del Buen Samaritano
10	Centro de Rehabilitación Comunidad en Dialogo
11	C.T. Volver a Vivir [1] – Lambayeque
13	C.T. Los Pastores del Perú

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

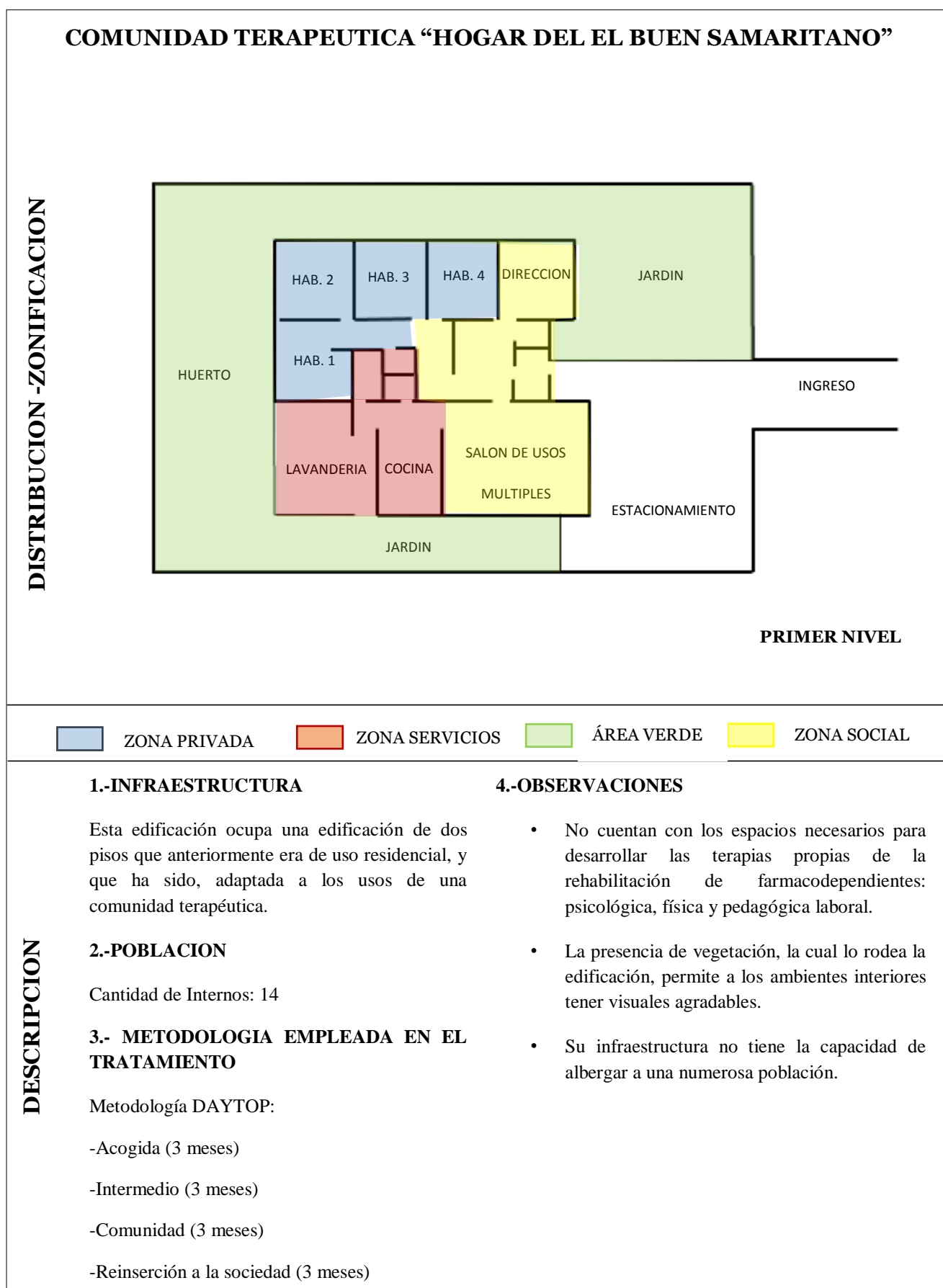
Tabla 14.Comunidad Terapéutica “Dama Rena Morand”

<b>COMUNIDAD TERAPÉUTICA “DAMA RENA MORAND”</b>		
<b>DISTRIBUCIÓN -ZONIFICACIÓN</b>		<b>SEGUNDO NIVEL</b>
		<b>TERCER NIVEL</b>
		<b>CUARTO NIVEL</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<p><b>1.-INFRAESTRUCTURA</b></p> <p>Esta institución cuenta con un edificio de 4 pisos, en cual el primer nivel hace menos de un mes fue desocupado por falta de ingreso económico; solo quedando los otros tres niveles de uso de la comunidad terapéutica.</p> <p><b>2.-POBLACIÓN</b></p> <p>Cantidad de Internos: 28</p> <p><b>3.- METODOLOGIA EMPLEADA EN EL TRATAMIENTO</b></p> <p>Metodología DAYTOP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Acogida (3 meses)</li> <li>-Intermedio (3 meses)</li> <li>-Comunidad (3 meses)</li> <li>-Reinserción a la sociedad (3 meses)</li> </ul>	<p><b>4.-OBSERVACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe una organización espacial ordenada, las zonas de servicio, de dormitorios y la sala de usos múltiples se superponen.</li> <li>• Carecen de áreas libres, áreas verdes.</li> <li>• Una institución de este tipo no debería compartir la infraestructura con uso residencial.</li> <li>• No cuentan con los espacios necesarios para desarrollar las terapias propias de rehabilitación de farmacodependientes: psicológica, física y pedagógica laboral.</li> <li>• Su infraestructura no tiene la capacidad de albergar a una numerosa población.</li> </ul>

Tabla 15. Centro de Rehabilitación “Comunidad En Dialogo”

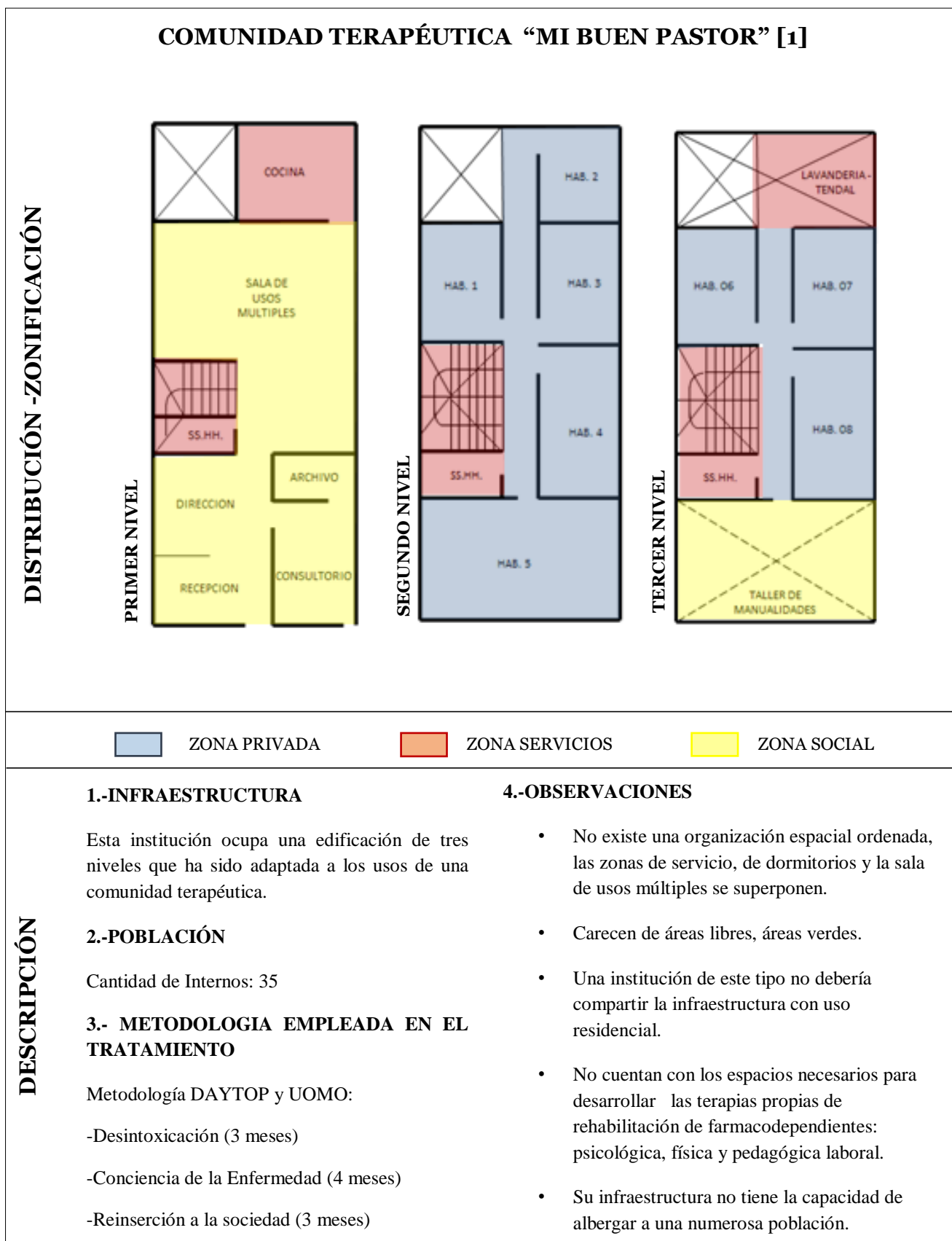
<b>CENTRO DE REHABILITACION”COMUNIDAD EN DIALOGO”</b>			
<b>DISTRIBUCION -ZONIFICACION</b>	<p style="text-align: right;"><b>PRIMER NIVEL</b></p>		
<p> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ZONA PRIVADA               <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: #FF6347; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ZONA SERVICIOS               <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ÁREA VERDE               <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 10px; background-color: #FFFF00; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> ZONA SOCIAL         </p>			
<b>DESCRIPCION</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p><b>1.-INFRAESTRUCTURA</b></p> <p>Ocupa una ex quinta que conforme a las necesidades propias de la rehabilitación ha sido hábilmente adecuada, presenta extensas áreas libres en las que los internos pueden realizar diversas actividades: deportivas, de cultivo, de crianza de animales, panadería y carpintería.</p> <p><b>2.-POBLACION</b></p> <p>Cantidad de Internos: 07</p> <p><b>3.- METODOLOGIA EMPLEADA EN EL TRATAMIENTO</b></p> <p>En la comunidad en dialogo se emplea la metodología de los diez principios, se basan en la oración y la meditación.</p> <p>Ocupan su mente en diferentes actividades.</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p><b>4.-OBSERVACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con el área libre favorable para el desarrollo de actividades: deportivas, carpintería, panadería, de crianza de animales y de cultivo.</li> <li>• Pese a que tiene el espacio y área de albergar una mayor cantidad de pacientes; opta por solo atender a un grupo mínimo ya que son del pensar que mientras menos son mayor es el logro de rehabilitación.</li> <li>• Los ambientes y áreas libres no presentan un orden y jerarquía, presentándose de manera desordenada.</li> <li>• No cuentan con las estancias necesarias para desarrollar la terapia psicológica y pedagógica laboral.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p><b>1.-INFRAESTRUCTURA</b></p> <p>Ocupa una ex quinta que conforme a las necesidades propias de la rehabilitación ha sido hábilmente adecuada, presenta extensas áreas libres en las que los internos pueden realizar diversas actividades: deportivas, de cultivo, de crianza de animales, panadería y carpintería.</p> <p><b>2.-POBLACION</b></p> <p>Cantidad de Internos: 07</p> <p><b>3.- METODOLOGIA EMPLEADA EN EL TRATAMIENTO</b></p> <p>En la comunidad en dialogo se emplea la metodología de los diez principios, se basan en la oración y la meditación.</p> <p>Ocupan su mente en diferentes actividades.</p>	<p><b>4.-OBSERVACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con el área libre favorable para el desarrollo de actividades: deportivas, carpintería, panadería, de crianza de animales y de cultivo.</li> <li>• Pese a que tiene el espacio y área de albergar una mayor cantidad de pacientes; opta por solo atender a un grupo mínimo ya que son del pensar que mientras menos son mayor es el logro de rehabilitación.</li> <li>• Los ambientes y áreas libres no presentan un orden y jerarquía, presentándose de manera desordenada.</li> <li>• No cuentan con las estancias necesarias para desarrollar la terapia psicológica y pedagógica laboral.</li> </ul>
<p><b>1.-INFRAESTRUCTURA</b></p> <p>Ocupa una ex quinta que conforme a las necesidades propias de la rehabilitación ha sido hábilmente adecuada, presenta extensas áreas libres en las que los internos pueden realizar diversas actividades: deportivas, de cultivo, de crianza de animales, panadería y carpintería.</p> <p><b>2.-POBLACION</b></p> <p>Cantidad de Internos: 07</p> <p><b>3.- METODOLOGIA EMPLEADA EN EL TRATAMIENTO</b></p> <p>En la comunidad en dialogo se emplea la metodología de los diez principios, se basan en la oración y la meditación.</p> <p>Ocupan su mente en diferentes actividades.</p>	<p><b>4.-OBSERVACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con el área libre favorable para el desarrollo de actividades: deportivas, carpintería, panadería, de crianza de animales y de cultivo.</li> <li>• Pese a que tiene el espacio y área de albergar una mayor cantidad de pacientes; opta por solo atender a un grupo mínimo ya que son del pensar que mientras menos son mayor es el logro de rehabilitación.</li> <li>• Los ambientes y áreas libres no presentan un orden y jerarquía, presentándose de manera desordenada.</li> <li>• No cuentan con las estancias necesarias para desarrollar la terapia psicológica y pedagógica laboral.</li> </ul>		

Tabla 16. Comunidad Terapéutica “Hogar Del El Buen Samaritano”



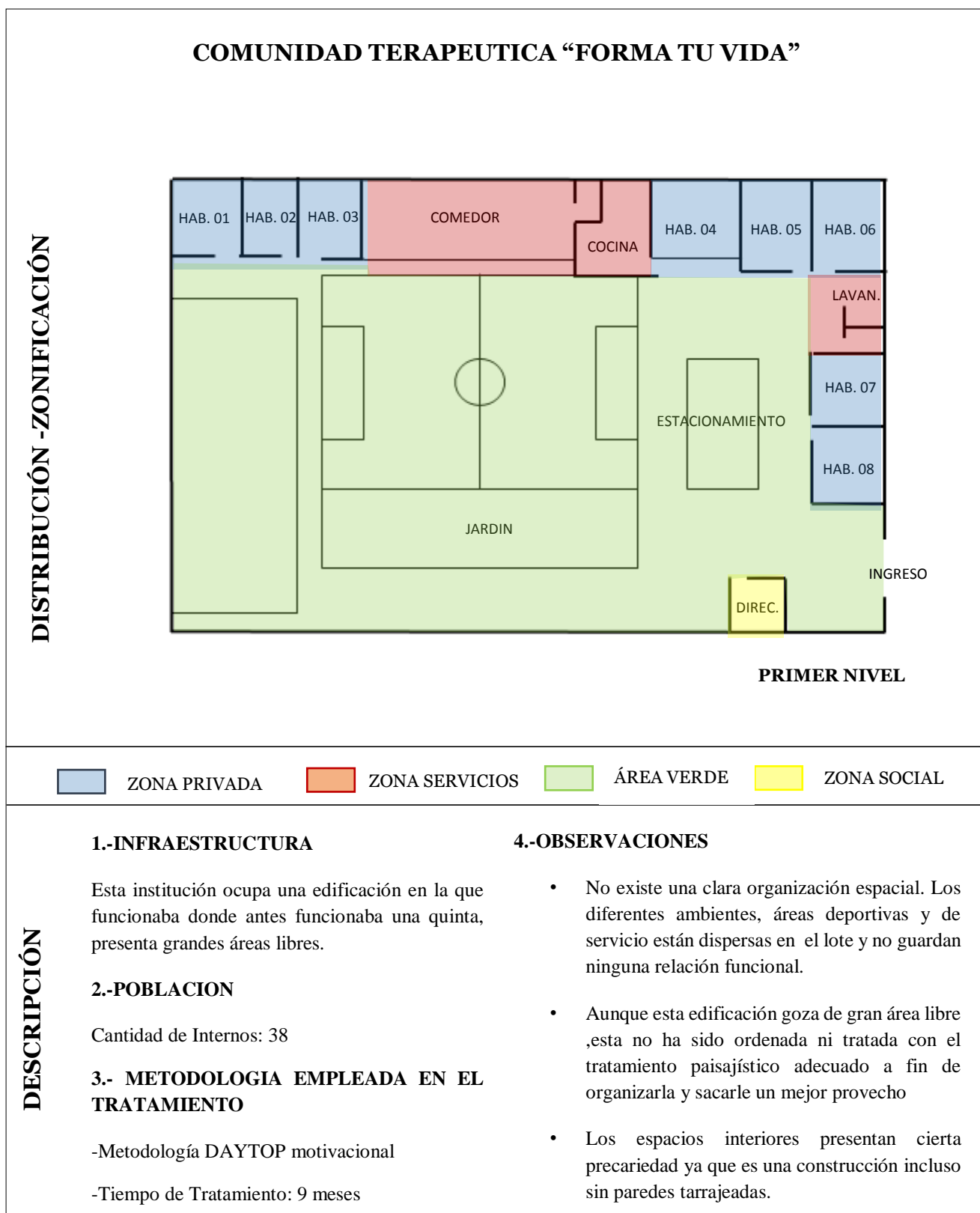
Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

Tabla 17. Comunidad Terapéutica “Mi Buen Pastor” [1]



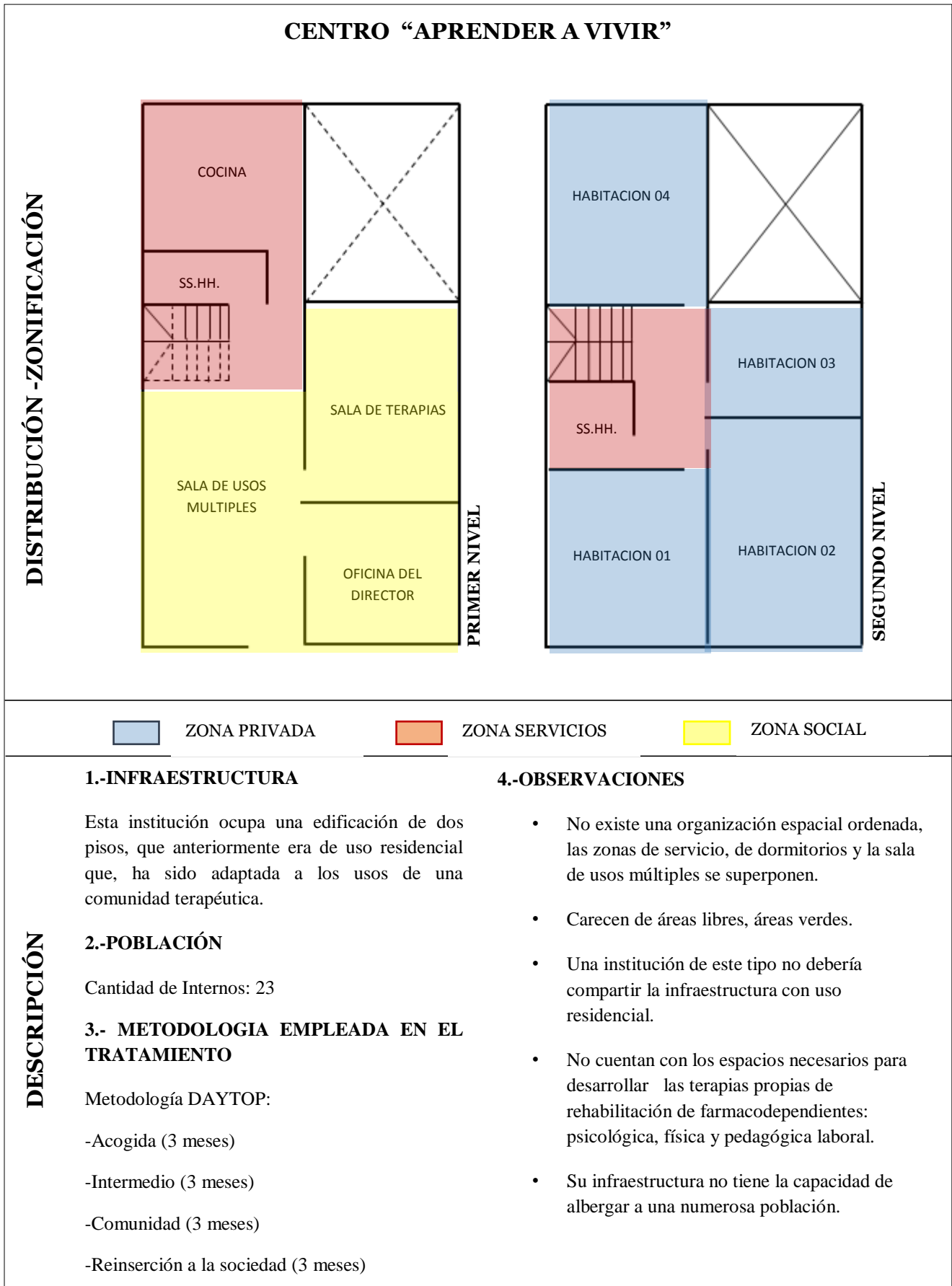
Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

Tabla 18. Comunidad Terapéutica “Forma Tu Vida”



Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

Tabla 19. Centro “Aprender A Vivir”



Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

Las comunidades terapéuticas que existen en Chiclayo presentan serias deficiencias a nivel de infraestructura básicamente por dos razones:

- Porque estas no han sido proyectadas o remodeladas por un arquitecto.
- Porque las infraestructuras en donde actualmente funcionan las comunidades terapéuticas has sido mal adaptadas.

Si bien es cierto existen comunidades terapéuticas que cuentan con espacios y áreas necesarias para un equipamiento como un Centro de Rehabilitación de fármaco dependientes; están carecen de una organización espacial y funcional coherente.

Según la infraestructura que ocupan podemos decir que en Chiclayo existen dos tipos de tipologías de comunidades terapéuticas: la primera, es aquella que se adapta a la infraestructura de una vivienda, y se ubica en la ciudad; y, la segunda es aquella que se adapta a la infraestructura de una casa de campo o quinta, que se ubica en las afueras de la ciudad, cercana a predios de uso agrícola.

Teniendo en cuenta la ubicación de las comunidades terapéuticas las podemos clasificar en Comunidades Terapéuticas Urbanas y Comunidades Terapéuticas Semirurales.

#### **5.3.2.1.- Comunidades Terapéuticas Urbanas:**

Se caracterizan por la proximidad y facilidad de acceso a los centros de reinserción social, además como su propio nombre lo dice, reinsertamos en la sociedad y dentro de ella es como logran mejores resultados. Los especialistas que apoyan esta posición, la sustentan que el drogadicto debe seguir viviendo en la sociedad, debe seguir teniendo contacto con la gente, ya que consideran que no deben huir de su realidad; lo que pretenden básicamente con esto es enseñarle al paciente a vivir junto a las tentaciones que el síndrome de la abstinencia le producen.

Esta tipología por contar con una infraestructura de uso de vivienda carece de áreas de recreación, necesarias en el proceso de rehabilitación, así mismo al ser una estructura de dimensiones reducidas, esta no puede crecer ni ampliar sus espacios para brindar un mejor servicio. Por ello muchos espacios de esta tipología de comunidades terapéuticas son usados para diferentes actividades.



Por ejemplo en la comunidad Dama Rena Morand, el ambiente de terapias, cumple también la función de comedor y área de capacitación.

El hacinamiento es una característica presente en todas las comunidades terapéuticas investigadas, la mayoría de estas cuentan con habitaciones de reducidas dimensiones en las cuales pernoctan 4 a 5 internos en una habitación en la que, debido a sus dimensiones, solo podrían compartir dos internos.

#### **5.3.2.2.-Comunidades Terapéuticas Semirurales:**

Son aquellas que se caracterizan por emplazarse en las afueras de la ciudad, en entornos naturales con agradable clima y paisaje bucólico. Según esta ubicación muchos especialistas opinan que es la mejor, debido a que aleja al individuo drogadicto fuera de la ciudad de tal modo que permite al drogadicto encontrarse en un lugar con una atmosfera de paz y tranquilidad y esto puede favorecer positivamente en el paciente y este puede vencer los síntomas provocados por la abstinencia.

Esta tipología de comunidad terapéutica, a diferencia de la anterior, se caracteriza principalmente por tener áreas de recreación asimismo tiene la posibilidad de crecer debido a que cuentan con el área suficiente como para poder tener futuras ampliaciones.

Con respecto a estas dos ubicaciones de Comunidades Terapéuticas se ha generado un debate. Pero los especialistas están de acuerdo en el que el lugar óptimo para desarrollar este tipo de tratamiento, son los lugares realmente alejados de la ciudad, ya que los efectos favorables que contribuyen con el tratamiento de rehabilitación.

#### **5.3.2.3.-Relacion Población / Infraestructura**

En las diferentes comunidades terapéuticas en la ciudad de Chiclayo tenemos que, específicamente en aquellas que se han adecuado a una infraestructura de una vivienda urbana, cuya área y dimensiones son propias de una vivienda ocupada por una familia, no cuentan con los espacios con las dimensiones adecuadas para poder albergar un elevado número de internos.

Las habitaciones son ocupadas por los pacientes en el caso menos dramático a razón de 4 personas por habitación y en algunos casos extremos llegando hasta 6 personas por habitación. Los internos pernoctan en camarotes de hasta tres niveles o sobre un

colchón tirado en el piso. Asimismo, los espacios destinados a comedor, sala de usos múltiples no tienen la capacidad para soportar tal número de internos.

Todas estas evidencias nos muestran el claro estado de hacinamiento en el que se encuentran los pacientes drogadictos en proceso de rehabilitación.

Tabla 20.

Relación Población / Infraestructura

<b>COMUNIDAD TERAPEUTICA</b>	<b>INTERNOS</b>	<b>HABITACIONES</b>	<b>INTERNOS POR HABITACION</b>
DAMA RENA MORAND	35	06	5 a 6 p/hab.
COMUNIDAD CRISTIANA BETHEL	25	05	5 p/hab.
CASA HOGAR NUEVA VIDA	42	09	5 P/Hab.
MI BUEN PASTOR ( 1)	40	08	5 a 6 p/hab.
CETEDRO APRENDER A VIVIR	23	04	5 a 6 p/hab.
ENCUENTRO DIVINO	25	05	5 p/hab.
CASA HOGAR FORMA TU VIDA	45	07	6 a 7 p/hab.
MI BUEN PASTOR (2)	18	04	4 a 5 p/hab.
HOGAR DEL BUEN SAMARITANO	14	04	4 p/hab.
COMUNIDAD EN DIALOGO	07	04	2 p /hab.
VOLVER A VIVIR	33	06	6 p/hab.
LOS PASTORES DEL PERU	32	05	6 p/hab.

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

### 5.3.2.4.-Infraestructura de las Comunidades Terapéuticas en el Proceso de Rehabilitación

Tabla 21.

Áreas y ambientes utilizados en el proceso de rehabilitación

COMUNIDADES TERAPEUTICAS	ÁREAS Y AMBIENTES UTILIZADOS EN EL PROCESO DE REHABILITACION										DIRECCION	
	AMBIENTE PARA TERAPIAS	AREA DEPORTIVA	AMBIENTE PARA LITURGIAS	AMBIENTE PARA TALLERES	AMBIENTE PARA CONSULTORIO	AREA DE PRODUCCION	SALA DE USOS MULTIPLES	AREAS VERDES	AREA DE INTERNO			
CC.IT. DAMARENA MORAND												
CC.IT. CETEDRO												
CC.IT. ENCUENTRO DIVINO												
CC.IT. MI BUEN PASTOR (1)												
CC.IT. BETHEL												
CC.IT. NUEVA VIDA												
CC.IT. HOGAR FORMA TU VIDA												
COMUNIDAD EN DIALOGO												
CC.IT. MI BUEN SAMARITANO												
CC.IT. MI BUEN PASTOR (2)												
VOLVER A VIVIR												
LOS PASTORES DEL PERU												
	100%	20%	30%	30%	10%	10%	100%	40%	100%	100%		

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

- **Ambiente para Terapias (100%).**- En la que se desarrollan los diferentes tipos de terapias ya sean grupales o individuales.
- **Área Deportiva (20%).**- Son aquellos áreas destinadas a desarrollar la llamada terapia física, muy importante en el proceso de rehabilitación.
- **Ambiente para Liturgia (30%).**- Destino al desarrollo de ceremonias religiosas y /o espirituales.
- **Área de Talleres (30%).**- Destinadas al desarrollo de actividades culturales y económicas productivos.
- **Consultorio (10%).**- Destinado a la atención de pacientes, estos pueden ser medicina general, psicológicos, psiquiátricos.
- **Sala de Usos Múltiples (100%).**- Comprende un área que , debido a sus dimensiones es flexible, por ello en estas se puede desarrollar diferentes actividades que congreguen un numero considerando de usuarios.
- **Áreas Verdes (40%).**- Áreas destinadas a básicamente dos cosas a recreación pasiva y a actividades productivas relacionadas al cultivo de parcelas agrícolas.
- **Área de Internado (100%).**- Área destinada a acoger a los pacientes drogodependientes. Esta área está compuesta por habitaciones dobles, triples y múltiples.
- **Dirección (100%).**- Ambiente destinado al encargado de la institución, el cual planificada, gestiona y administra la Comunidad Terapéutica.
- **Área de producción y capacitación (10%).**- Área destinada a diferentes actividades relacionadas a la capacitación y aprendizaje de conocimientos a fin de generar fuentes de trabajo para los internos.

## **CONCLUSIONES**

- Chiclayo presenta 12 comunidades terapéuticas de las cuales 6 se encuentran en el distrito de Chiclayo.
- De todas estas ninguna cuenta con una infraestructura adecuada; todas han sido habilitadas o modificadas para poder realizar de alguna manera el programa de rehabilitación.
- Dentro de las comunidades que se encuentran en el distrito ninguna cuenta con un área de recreación o área verde; la mayoría de estas, son viviendas de uno hasta cinco niveles con pequeños patios que son los ductos de ventilación.

**V**

**DESARROLLO DE**

**CONTENIDOS**

**SUB CAPITULO IV: TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIA**

#### **5.4.- TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIA**

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Drogodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.” En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito) titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms se añade: “Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con éste”.

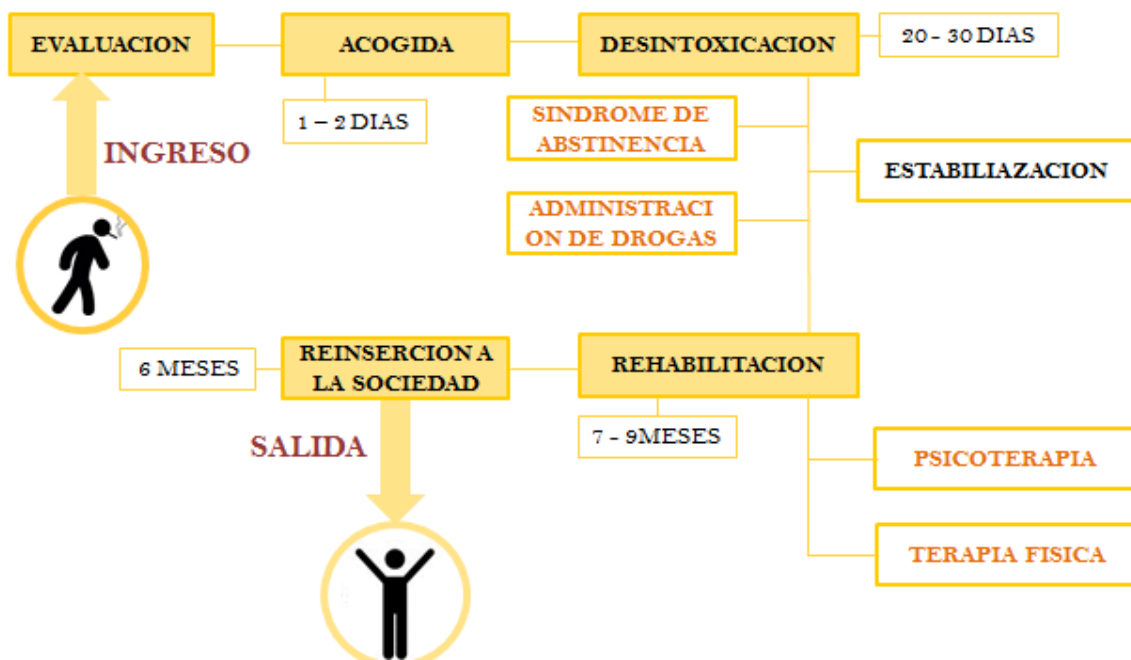
El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo.

Si bien los planes estratégicos de tratamiento del abuso de drogas varían, tienen ciertas características comunes. En particular, la mayoría de ellos permite:

- Determinar y describir los grupos afectados por el abuso de drogas y el carácter y la magnitud de los problemas que se han de tratar;
- Detallar los tipos concretos de tratamiento que se deben elaborar o ampliar y las actividades correspondientes que han de desarrollarse;

- Determinar los recursos financieros y humanos con que se contará;
- Establecer resultados viables que puedan esperarse del tratamiento y los métodos para determinar si se han obtenido;
- Indicar de qué manera se supervisará y revisará la ejecución de la estrategia y se darán a conocer y considerarán el desarrollo y las repercusiones de ésta en el país.

En el proceso de tratamiento se tomaran 4 programas estratégicos: Programa de Evaluación y Acogida, Programa de Desintoxicación, Programa de Rehabilitación y el Programa de Reinserción Social.



**Figura 15: Etapas del Proceso de Rehabilitación**

Fuente: Tomado (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2003)



## **5.4.1.-PROGRAMA DE EVALUACION Y ACOGIDA**

### **5.4.1.1.- EVALUACIÓN:**

Esta es la primera etapa que consiste en recabar y reunir información acerca del estado de salud del paciente, mediante la exploración física y mental del usuario, auxiliares de diagnóstico.

Para que la evaluación inicial de la persona con trastornos de uso o abuso de sustancias, pueda lograr hacer las anteriores determinaciones, la misma debe de ser inter o multidisciplinaria e incluir, como mínimo, los siguientes servicios:

1. Examen médico: El cual incluye la administración de pruebas de laboratorios clínicos y toxicológicos.
2. Evaluación psicosocial: La cual evaluará el funcionamiento psico-social del paciente en todas las áreas: intelectual, emocional, educativo, laboral, familiar, social, legal, religioso, económico y adictivo.
3. La evaluación psiquiátrica del paciente, aunque deseable, sólo es mandataria cuando los síntomas y signos del paciente son sugestivos de que en adición a su trastorno adictivo, la persona padece de otros trastornos mentales.

### **5.4.1.2.- ACOGIDA.**

Primera toma de contacto paciente/familia – profesionales. Este el momento de los primeros contactos con la institución. El adicto puede llegar a la misma por propia voluntad, o presionado por factores externos, como por ejemplo: familia, juez, etc.... (No es importante el motivo por el cual llega, sino el trabajar con el mismo la motivación y aceptación de la enfermedad). Una vez admitido el residente se adaptara con mayor o menor facilidad, o con mayor o menor rapidez. Será esta una adaptación superficial.

- Aceptará las normas de la comunidad terapéutica; actuara "como si", lograra cambios importantes en todos los aspectos externos como el lenguaje, las compañías, su conducta, el aseo, etc....
- Comenzará a familiarizarse con los valores y filosofía de la comunidad terapéutica.

- La imagen externa se dejara de lado así como los viejos amigos y la antigua manera de hablar, empieza a cuidarse en los aspectos físicos.
- Retomara la olvidada costumbre de dormir de noche y vivir de día, comer comidas normales, llegar a hablar como un ser humano civilizado.
- Producidos estos cambios y una vez que el residente haga muestra de estar consustanciado con la filosofía, integrado al grupo y dispuesto a tolerar y sufrir, se lo incluye en la etapa siguiente.

#### **5.4.2.-PROGRAMA DE DESINTOXICACIÓN**

Adicción a las drogas desintoxicación es el proceso por el cual un adicto pasa tiempo en desintoxicar su cuerpo de los fármacos actuales en su sistema. Este es un paso crítico en el proceso de curación porque los adictos necesitan pasar el tiempo la eliminación de las toxinas con el fin de mejorar.

Algunos programas de desintoxicación adicción a las drogas pueden ser completados por separado de un sistema de tratamiento completo y por lo tanto esto hace que sea un proceso que lleva tiempo y consume menos atractivo para la persona adicta. La desintoxicación de adicción a la droga es realmente donde la persona se pone en marcha sin embargo, porque en este punto se hace imprescindible para el usuario para mantenerse limpio y sobrio.

Las personas a menudo creen equivocadamente que una desintoxicación con el retiro simple puede ser suficiente sin tener que hacer algún trabajo de seguimiento para asegurar. Este es el principal atractivo para hacer un tratamiento de rehabilitación completo en lugar de sólo pasar por un programa de desintoxicación.

La desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa común período de estabilización, esto puede suponer la estancia del paciente durante un período indeterminado, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un período que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. Se pueden utilizar determinados medicamentos para evitar el síndrome de abstinencia. En ese período se puede alentar al paciente a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios de apoyo. El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible.

Después del período de desintoxicación, y en marcha la recuperación es muy importante el seguimiento terapéutico. Puede someterse al paciente a diversos métodos de terapia de grupo o psicoterapia para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia.

**La desintoxicación por sí misma no cura la adicción a las drogas. Sólo es el primer paso en el largo camino del proceso de tratamiento de la adicción.**

El objetivo principal de cualquier tipo de desintoxicación de drogas es eliminar cómoda y seguramente los fármacos del organismo y preparar al individuo para su ulterior rehabilitación. La mera desintoxicación no está diseñada para resolver los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales de la adicción. En caso de que no sean tratados todos estos componentes de la adicción, la recaída es muy posible.

**Los métodos de desintoxicación de drogas pueden ser muy diferentes e incluir cierto número de estrategias de intervención. Sin embargo, el propósito de todos los métodos es el mismo - limpiar el organismo de las sustancias adictivas.**

En el proceso de desintoxicación según la droga a la cual ha sido adicto se va presentando síntomas o síndromes propios de la adicción a esta, uno de los síndromes más sonados que aparece ante la ausencia o el retiro del consumo de dicha droga es el síndrome de abstinencia.

#### **5.4.2.1.- SÍNDROME ABSTINENCIA:**

Los síntomas producidos por las diferentes drogas durante el síndrome de abstinencia no son los mismos, aunque sí se puede decir que existen ciertos trastornos que en mayor o menor medida se dan en todo tipo de drogas: ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño y sobre todo ‘craving’ o el deseo de consumir la droga (síntoma psicológico).

La intensidad de los síntomas es variable dependiendo de la cantidad de droga que se consuma, la frecuencia de los consumos, la vía de administración, la pureza de la droga, etc.

Hay que reseñar que aunque el síndrome de abstinencia está muy ‘mitificado’ entre los dependientes a drogas (piensan que es muy difícil de superar), éste no entraña

peligro para el sujeto, excepto en el del alcohol y los barbitúricos, dónde es imprescindible la ayuda farmacológica para superarlo.

#### **TIPOS DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA:**

- a. Síndrome de Abstinencia Agudo:** conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los restantes grupos. La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.
- b. Síndrome de abstinencia tardío:** puede describirse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.
- c. Síndrome de abstinencia condicionado:** consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser re expuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra.

#### **5.4.2.2.- PROGRAMA DE DESINTOXICACIÓN EN UN AMBIENTE CONTROLADO**

- a. Desintoxicación Hospitalaria:** En esta modalidad de tratamiento se prestan servicios internos de desintoxicación a personas con Síndrome de Retirada Moderado o Severo dentro de un escenario hospitalario. Generalmente se ofrecen en unidades psiquiátricas hospitalarias, pero también pueden ser ofrecidas en

unidades médico quirúrgicas hospitalarias por motivos de seguridad contra posibles complicaciones de naturaleza clínica o por la falta de disponibilidad de servicios en otro sitio. Los servicios se proveen mediante un programa médico/clínico estructurado siguiendo un conjunto de políticas y procedimientos, conocidos como protocolos de desintoxicación. Esta modalidad de servicios es clínicamente indicada en aquellas situaciones en las que el paciente presenta signos y síntomas de retirada suficientemente severos como para requerir un cuidado bajo 18 supervisiones de 24 horas. Por lo general, la duración del tratamiento en esta modalidad no debe ser menor de cinco (5) días consecutivos.

- b. Desintoxicación Residencial:** En esta modalidad de tratamiento se ofrecen servicios residenciales a pacientes intoxicados en alto riesgo de recaída y/o sufriendo un síndrome de retirada que requirieren de un ambiente terapéutico altamente estructurado y con supervisión clínica continua, las 24 horas al día. Los servicios son prestados por un equipo médico/clínico adecuadamente entrenado en los procesos de desintoxicación asistida con el uso de fármacos. Todos los programas a este nivel deben tener establecidos protocolos clínicos para determinar cuando los pacientes necesitan servicios médicos más allá de la capacidad de la facilidad y sepan cuando transferir al paciente a un nivel de cuidado más apropiado. La duración del proceso de desintoxicación en esta modalidad, por lo general, no debe ser menor de cinco (5) días consecutivos.
- c. Estabilización Interna:** Esta modalidad es clínicamente indicada en aquellas situaciones en la que luego de evaluar multidisciplinariamente al paciente, se le diagnóstica un trastorno de dependencia a opiáceos, una pobre prognosis de recuperación, unido al haber estado consumiendo esta sustancia por un año o más, entre otros criterios, y se determina que la modalidad de tratamiento más indicada es la de tratamiento de mantenimiento con Metadona. En tales casos, el primer paso hacia la recuperación del paciente, no puede ser la desintoxicación a sustancias, sino la estabilización del paciente<sup>20</sup>. Esta modalidad de servicios, persigue aliviar los síntomas de retirada, reducir el deseo urgente del uso de opiáceos y normalizar el balance bioquímico del cuerpo y las funciones fisiológicas.

#### **5.4.2.3.- INDICADORES DE EFICACIA:**

Los objetivos principales de esta etapa son tratar sin riesgos las complicaciones médicas, lograr la abstinencia y motivar al paciente para que adopte estrategias cognitivas que favorezcan el cambio de comportamiento, estrategias éstas en que posteriormente se centrarán los esfuerzos de rehabilitación.

#### **5.4.2.4.- DURACIÓN:**

La estabilización de los problemas agudos de abstinencia se logra normalmente en 20 a 30 días pero quizás exija un período más prolongado cuando se trate de pacientes con problemas médicos y psiquiátricos, o con dependencia fisiológica de las drogas y de otros sedantes.

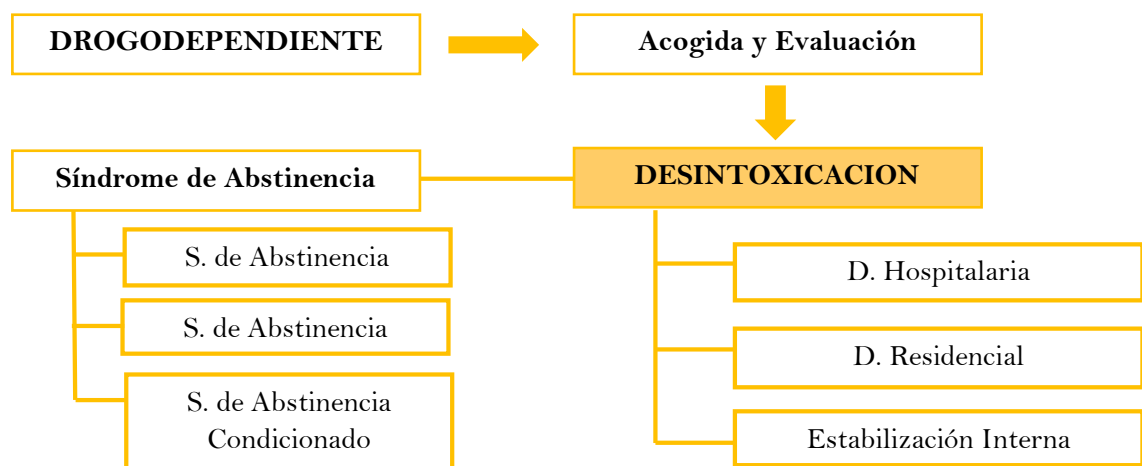
En cuanto a la metadona, el análisis del grupo de Gowing parece indicar que, cuando la desintoxicación dura más de 21 días, el porcentaje medio de pacientes que terminan el tratamiento es del 31%, en comparación con el 58% cuando el tratamiento dura 31 días como máximo.

Los autores observan que, en cierta medida, esto puede reflejar los efectos del entorno en el que se administra el tratamiento, ya que el 89% de los estudios sobre los tratamientos de desintoxicación de mayor duración fueron realizados en un entorno comunitario.

#### **5.4.2.5.- ENTORNO TERAPÉUTICO:**

Mucho se ha debatido y estudiado acerca de la eficacia relativa del tratamiento de desintoxicación con hospitalización o en otros entornos residenciales, o en régimen ambulatorio o estructuras comunitarias. Por lo general los entornos residenciales se relacionan con los porcentajes más elevados de pacientes que terminan el tratamiento, pero en la mayoría de los países se acostumbra estabilizar a todos los pacientes, excepto los más gravemente afectados, en forma ambulatoria. Por ejemplo, existe una amplia bibliografía sobre los cocainómanos que abandonan prematuramente el tratamiento ambulatorio durante los primeros 14 a 21 días y que presentan tasas de deserción del 27 al 47% en las primeras semanas de tratamiento. Suele considerarse que la desintoxicación es particularmente adecuada para los pacientes que presentan problemas médicos y psiquiátricos agudos. Los estudios de programas ambulatorios de reducción de agonistas

de corta duración generalmente han dado malos resultados, ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento y pocos logran la abstinencia. Sin embargo, aquellos pacientes que tengan menos complicaciones médicas, problemas menos graves y una situación familiar estable que les ofrezca apoyo, posiblemente podrán completar la desintoxicación en la comunidad. En pocos estudios se examinó el entorno adecuado para la estabilización de los signos y síntomas fisiológicos y psiquiátricos vinculados al uso de psicoestimulantes; no obstante, suele necesitarse un entorno médico residencial en el caso de que el paciente presente síntomas psiquiátricos agudos y trastornos emocionales.



**Figura 16: Proceso de Acogida y Evolución del Paciente**

Fuente: Tomado (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2003)

#### **5.4.3.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN O PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psicosociales.

### **5.4.3.1.- INTERVENCIONES PSICOSOCIALES**

Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. El plan se suele configurar en función de las necesidades de cada participante con arreglo a un método de gestión de casos.

El método está basado en la determinación inicial y continua, por parte de un clínico o una persona especializada, de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes.

En muchos países, la mayoría de los consejeros utilizan técnicas cognitivo conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tratamiento cuya duración oscila entre una intervención breve de una a tres sesiones y un programa estructurado de varios meses de duración. En los programas más intensivos se espera que los participantes asistan cuatro o cinco días por semana varias horas por día.

Se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas con miras a mitigar las consecuencias negativas de éste y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento y educación individuales y en grupo pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, el apoyo en materia de vivienda y asuntos jurídicos

- **PSICOTERAPIA**

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre el psicoterapeuta y el paciente, donde se busca propiciar cambios de conducta y actitudes de la persona que acude en búsqueda de ayuda.

La Psicoterapia es un tipo de enfoque terapéutico que puede ser individual, grupal o familiar, dependerá de la formación profesional del terapeuta quien considerando una de las tres posiciones frente al tratamiento adopte un planeamiento propio.

La imagen del terapeuta es muy importante, pues significa el apoyo durante todo el día y significa una “puerta abierta” en la cual el paciente ingresara cuando lo necesite, principalmente durante un proceso de “crisis”. La psicoterapia se lleva a cabo en consultorios, y salas de terapias.



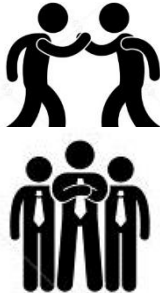



- **TERAPIA FÍSICA**

La actividad física, deporte y recreación representan importantes herramientas para contribuir a la rehabilitación del drogodependientes, ya que a través de los múltiples beneficios físicos, psicológicos y sociales que genera sobre el organismo, va a permitir la re-inserción social, laboral y familiar de una manera más efectiva, es decir, que la puesta en práctica de un programa deportivo recreativo va a contribuir al mejoramiento significativo de las habilidades psicomotoras y socio-afectivas del paciente farmacodependiente. La terapia física es recomendada para los pacientes en proceso de rehabilitación, ya que esta tiene los siguientes beneficios:

Tabla 22.

Beneficios de la Terapia Física

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genera en el paciente una oxigenación</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crea un efecto poderoso sobre el estado emocional y ansioso del sujeto, es uno de los métodos relajantes, convirtiéndose en un excelente ansiolítico no farmacológico.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante esta terapia se evalúa la capacidad que tiene la persona para establecer relaciones sociales y problemas en general, realizando un diagnóstico al paciente, orientándolo y ayudándolo a aprender a reaccionar coherentemente ante cualquier circunstancia.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los espacios utilizados en la terapia física son las losas deportivas, los gimnasios, entre otros.</li> </ul>

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

### 5.4.3.2.- DURACIÓN

El programa de rehabilitación o prevención de recaídas tiene un tiempo de duración de 7 a 9 meses según el proceso evolutivo de cada paciente.

### 5.4.4.-PROGRAMA DE REINSERCIÓN SOCIAL

En esta etapa del tratamiento el usuario después de un abordaje terapéutico integral de obtener un plan de vida personal y un proyecto de vida social asume responsabilidades como estudio y trabajo viviendo en la estructura para mantener una red de mantenimiento y de soporte en esta etapa.

Muchos investigadores consideran fundamental para desarrollar o consolidar las habilidades adquiridas en el proceso de tratamiento y rehabilitación. El objetivo fundamental consiste en alcanzar un mayor nivel de autonomía antes de que el sujeto se regrese a su comunidad de origen.

En el proceso de reinserción se presentan momentos de avance y de retroceso: desintoxicarse, abstenerse de consumir sustancias y concluir con un tratamiento ambulatorio o residencial, no garantiza que la mejoría sea definitiva.

La reinserción constituye un desafío de gran envergadura. Se trata de una renovación consigo mismo, con quienes lo rodean, con el mundo laboral y con su comunidad. Es una confrontación con **Otra Realidad** en el orden simbólico y promueve, en muchos casos, la emergencia de dificultades en el contexto social.

La reinserción social en casos de dependencia a sustancias va más allá de una simple etapa de transición, de trabajo, de mantenimiento de logros alcanzados o de prevención de recaídas. Es un trabajo conjunto, corresponsable, debe considerar la vulnerabilidad de las personas, adaptar el proceso a su singularidad y sustentarse en los recursos disponibles.

Así pues, la reinserción social se ha dirigido como el componente estratégico más relevante de un tratamiento y rehabilitación exitosos.

La reinserción social comprende dos áreas fundamentales para el desarrollo de estas: autonomía y participación social

- a. **Autonomía.-** entendida como la posibilidad de la persona para decidir sobre sí misma, para lo cual ha de tener recursos y habilidades que le permitan la participación social. No hay inserción social si la persona no participa de la sociedad, si no forma parte de ella.

- b. Participación Social.-** es básico trabajar, no en el número de años, sino en los cimientos, en lo que constituye la persona, es decir, salud, educación, desarrollo personal, convivencia familiar, convivencia social, búsqueda de empleo, estabilidad laboral; sólo así se pueden tener garantías de que la persona vaya alcanzando autonomía y estabilidad afectiva, laboral y familiar.

Tabla 23.

Descripción de Reinserción Social

<b>Descripción de Reinserción Social</b>	<b>Participación Social</b>
Expectativas sobre la reinserción	Mantenimiento de la Abstinencia
	Relaciones con el entorno
	Proyecto de vida (empleo, pareja)
Redes Sociales	Perdida de redes sociales(amigos ,usuarios o familiares)
	Restablecimiento de redes familiares deterioradas durante el consumo
	Construcción de nuevas redes formales e informales
Riesgo de Recaída	Riesgos Percibidos
	Estrategias para hacer frente a situaciones de riesgo
Estigmatización	En la familia y la comunidad
	Dentro del grupo de usuarios
Exclusión y aislamiento	Autoimpuesto
	Por parte del entorno

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

Dentro del programa de reinserción encontramos diferentes actividades o talleres que se realizarán en todo el proceso de dicho programa; estos son dos de los talleres más representativos:

**a. Talleres creativos**

Arte terapia con los pacientes, talleres terapéuticos, pedagógicos, laborales, con temas ajenos a la adicción en sí misma que los conecte nuevamente con la vida por ej. Taller literario, pintura, dibujo, artesanías, etc. Así el paciente a través de la pintura y el dibujo expresan frustraciones, emociones y sentimientos. También hay otros como teatro, musicoterapia, huertas. Cada uno de estos espacios grupales tiene como objetivo final brindar a los pacientes la oportunidad de desarrollar, mejorar, adquirir o recuperar habilidades motoras, cognitivas sensoriales, necesarias para el desempeño funcional y social requerido, como así también los hábitos para desempeñar las actividades de producción y la utilización adecuada del tiempo libre o momentos de ocio.

**b. Talleres laborales**

Los mismos tienen como objetivo desarrollar en los pacientes las habilidades laborales necesarias para su desempeño en sociedad como sujetos productivos, adquiriendo los conocimientos básicos de cada oficio, a través de clases teóricas y prácticas, siendo estos talleres opcionales, según los deseos vocacionales de cada paciente en particular.

## **CONCLUSIONES**

- Existen 4 programas dentro del proceso de rehabilitación, cada uno de estos debe cumplirse en el tiempo y los ambientes adecuados para poder lograr con éxito dicho proceso.

**V**

**DESARROLLO DE**

**CONTENIDOS**

**SUB CAPITULO V: USUARIO**

## 5.5.- USUARIO

### 5.5.1.- IDENTIFICACION DEL USUARIO

Para poder tener un concepto más claro y preciso es necesario hacer un estudio de usuario, donde se clasifiquen los tipos de este, identificando sus necesidades de cada uno de ellos, los tiempos que permanecerán en dichos ambientes y las diferentes funciones que se desarrollaran en dicha instalación. Con el fin de contribuir a que el usuario se sienta satisfecho con los ambientes requeridos.

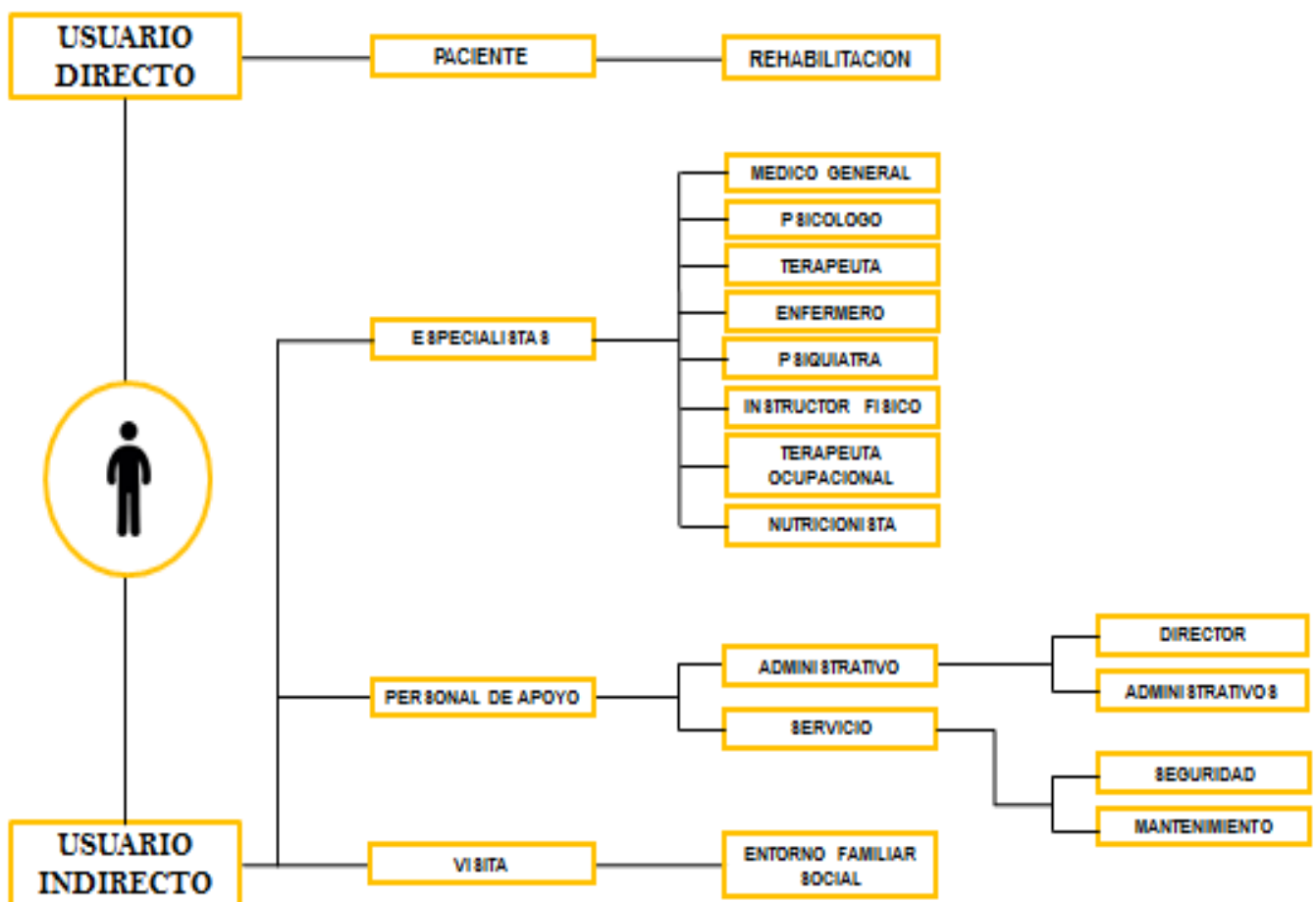


Figura 17: Tipos de Pacientes

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

### 5.5.1.1.- NECESIDADES Y AMBIENTES DEL USUARIO

Tabla 24.

Necesidades y Ambientes del Usuario Directo

USUARIO DIRECTO				
FUNCION	DESCRIPCION	ACTIVIDADES	OBJETIVO	AMBIENTES
Evaluación y Acogida	Consiste en reunir información acerca del estado de salud del paciente, mediante la exploración física y mental del usuario.	Chequeo Clínico	Servir profesionalmente con la valoración clínica del paciente.	Tópico de Chequeo
		Cuidado Personal	Satisfacer las necesidades básicas del individuo.	Dormitorios, sanitarios, sala de estar.
Desintoxicación	Administración de medicamentos a los drogodependientes bajo supervisión médica.	Desintoxicación	Supervisar el proceso de desintoxicación y la aplicación de medicamentos.	Habitaciones de desintoxicación.
		Nutrición	Proporcionar la alimentación adecuada para su recuperación.	Consultorio de control nutricional, comedor y cocina.
Rehabilitación y Prevención de Recaídas	Habilitar al individuo para cambiar el comportamiento dependiente de las sustancias.	Terapia Individual	Corrección de hábitos desordenados y adquisición de nuevas conductas, trabajando la conducta por medio de entrevistas psicológicas individuales	Consultorio de consultas psicológicas
		Talleres de Recreación	Ayudar al individuo a superar la adicción, brindando actividades de recreación que permitan el apoyo para la creación de nuevas conductas.	Plataforma deportiva y gimnasio
		Talleres de Reflexión	Fortalecer el espíritu de paz consigo mismo y con los demás.	Aulas de sesiones, capillas de reflexión.

		Terapia de Grupo	Adquirir habilidad social y la formación básica necesaria, para nuevas conductas por medio de una comprensión de grupo.	Talleres de terapias en grupo.
Reinserción Social	Adquisición de hábitos de conducta social, que permita una preparación básica para la actividad y tiempo libre.	Talleres de orientación laboral	Asignación de las tareas con la intención de mejorar su capacidad de hacerle frente a sus situaciones de la vida, controlar el comportamiento y reemplazar el consumo.	Aulas de Talleres.

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)



Tabla 25.

Necesidades y Ambientes del Usuario Indirecto

<b>USUARIO INDIRECTO</b>			
<b>PROFESIONAL</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FUNCION ESPACIAL</b>	<b>AMBIENTES</b>
Médico General	Tratamiento de desintoxicación y evaluación clínica del enfermo al momento del ingreso y durante el proceso evolutivo de recuperación.	Atención médica y de primero auxilios como parte del proceso de desintoxicación y rehabilitación del paciente	Consultorio medico
Enfermero	Auxiliar de atención médica.	Orden y control para el tratamiento clínico.	Puesto de control
Nutricionista	Establecer la alimentación adecuada del paciente como apoyo a la recuperación.	Escritorio profesional, sillas, camilla, equipo médico, archivo.	Consultorio de nutricionista.
Psicólogo	Proporcionar el tratamiento psicológico que permita corregir lo hábitos desordenados y adquirir mejores niveles de conducta.	Desarrollo de terapias psicológicas individuales y en grupo	Consultorio de psicología y aula de sesiones.
Técnicos Terapistas	Auxiliar de atención psicológica planificando y desarrollando sesiones terapéuticas.	Apoyo al desarrollo de actividades psicológicas.	Consultorio y sala de terapias.
Técnico Operacional	Enseñanza de tareas laborales.	Programación y enseñanza de actividades laborales.	Talleres Técnicos.
Guía Espiritual	Enseñanza de actividades para el fortalecimiento del área espiritual.	Atención Espiritual	Aula de sesiones y capilla.
Director	Administrar las actividades que se desarrollan en el centro.	Dirección del centro de rehabilitación.	Oficina de dirección.

Subdirector	Apoyo al control y administración de las actividades que se desarrollan.	Administración del centro de rehabilitación.	Oficina de administrativa.
Secretaria	Auxiliar en las actividades administrativas.	Integración del proceso de información y programación administrativa.	Secretaria
Cocineros y Meseros	Preparar, almacenar y preparar alimentos.	Proporcionar los servicios necesarios para alimentación de los pacientes.	Cocina, despensa, bodega y comedor.
Agente de control – Guardianía	Control de ingreso, salidas y seguridad del centro.	Control y seguridad del centro.	Garita de control, guardianía.
Persona de Mantenimiento y Limpieza	Aseo y cuidado de las instalaciones del centro.	Mantenimiento a la infraestructura del centro.	Servicios generales.

Fuente: (Elaboración Propia, 2016)

## CONCLUSIONES

- Identificamos dos tipos de usuarios; el directo que el paciente y el indirecto que son los diversos profesionales [médicos, terapeutas, psicólogos, etc.] , el personal de apoyo [administrativos y de servicio] y las visitas de los pacientes.

**VI**

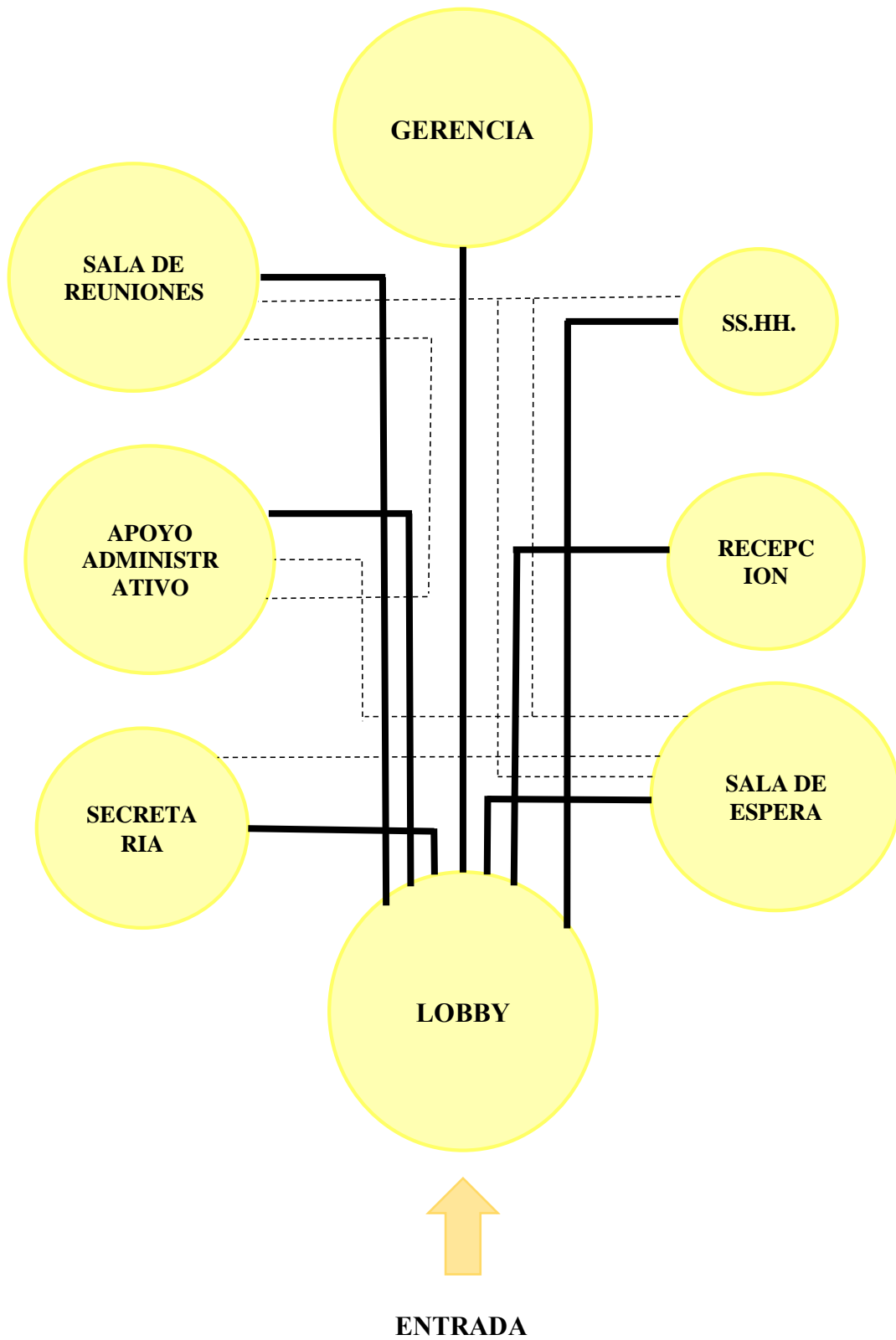
**PROGRAMA**

**ARQUITECTÓNICO**

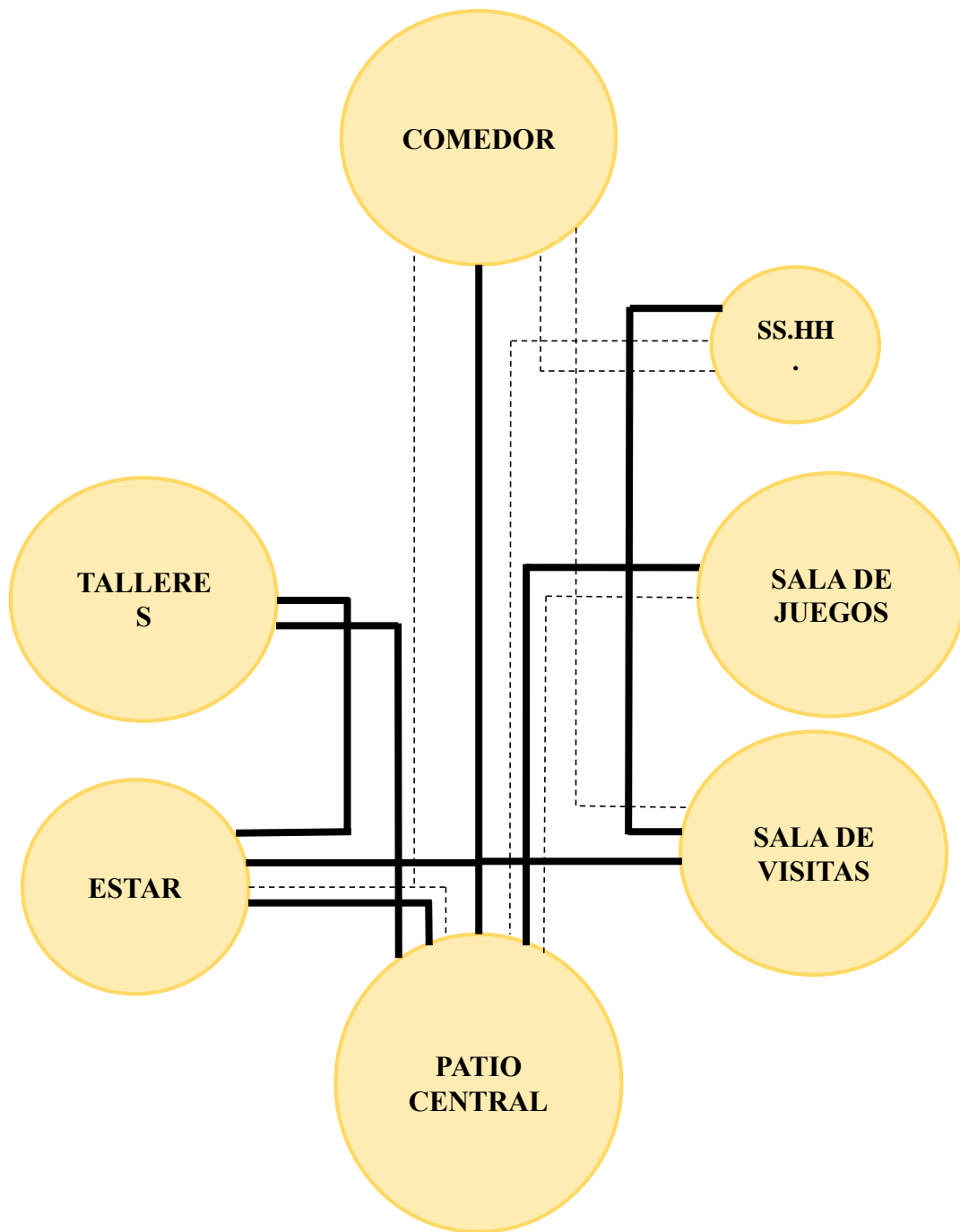
**SUB CAPITULO I: ANALISIS ESPACIO FUNCIONAL**

## 6.1.1.- ORGANIGRAMA FUNCIONAL

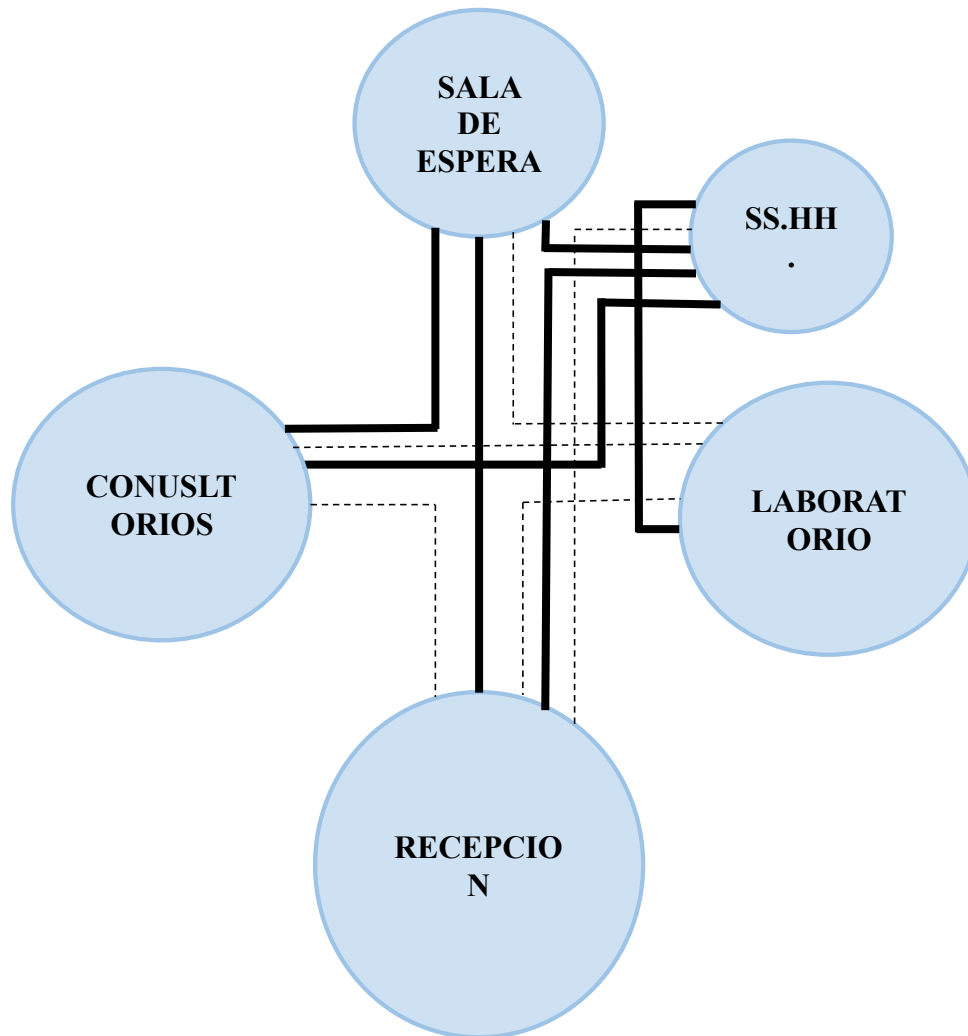
### 6.1.1.1.- ZONA ADMINISTRATIVA



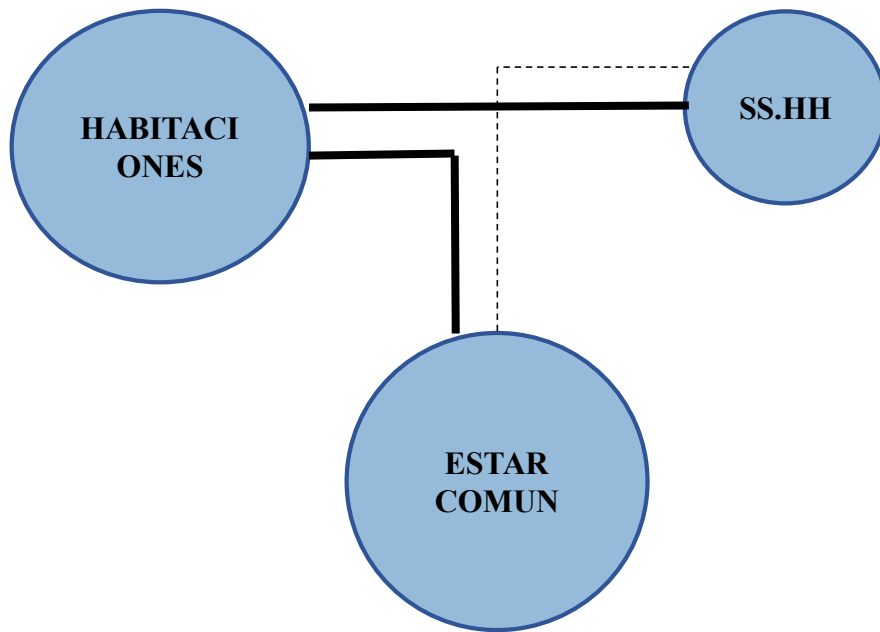
### 6.1.1.2.- ZONA COMPLEMENTARIA



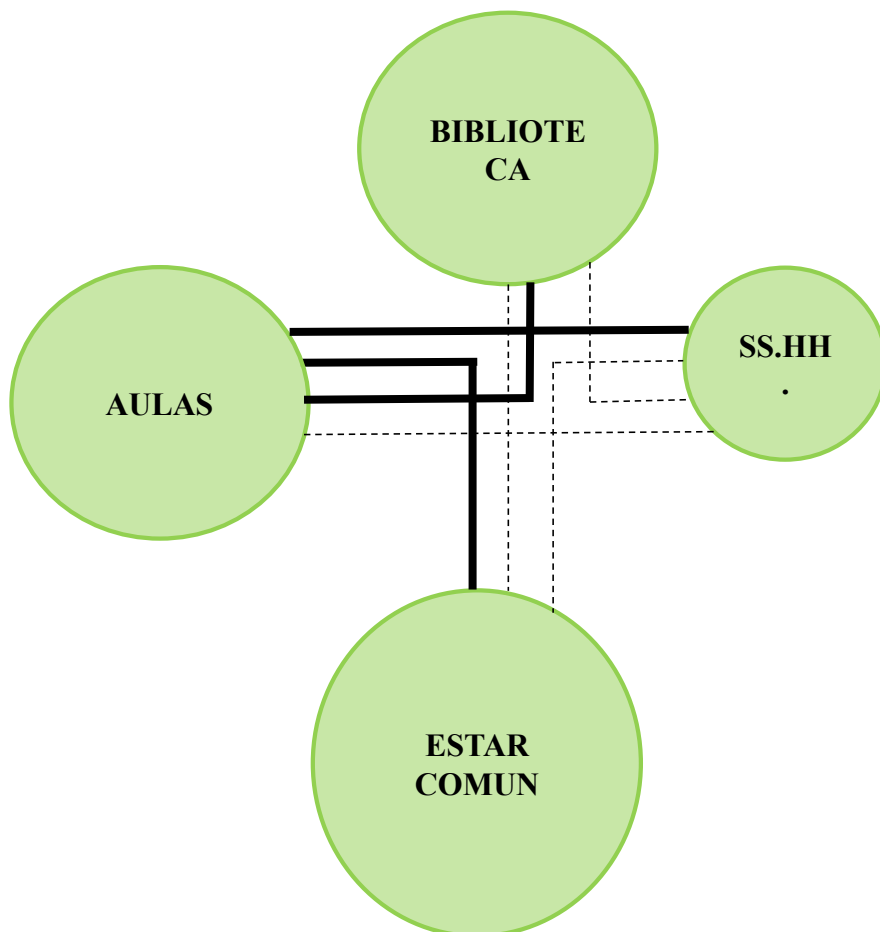
### 6.1.1.3.- ZONA MÉDICA



#### 6.1.1.4.- ZONA RESIDENCIAL



#### 6.1.1.5.- ZONA EDUCATIVA



### 6.1.2.- TRAMAS DE INTERACCIÓN

ZONA ADMINISTRATIVA	Lobby	
	Recepción	D
	Sala de Espera	D D
	Apoyo Administrativo	I I D
	Secretaria	D D I I D
	Gerencia	D D D I I
	Sala de Reuniones	D I D
	SS.HH.	D

ZONA COMPLEMENTARIA	Patio Central	
	Sala de Visitas	D
	Comedor	I I I N I
	Estar	I N N N I I
	Talleres	D D D I
	Sala de Juegos	N D
	SS.HH.	I

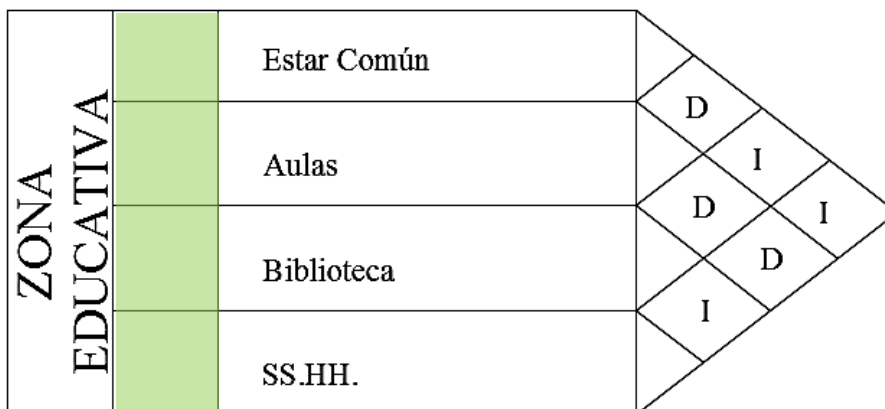
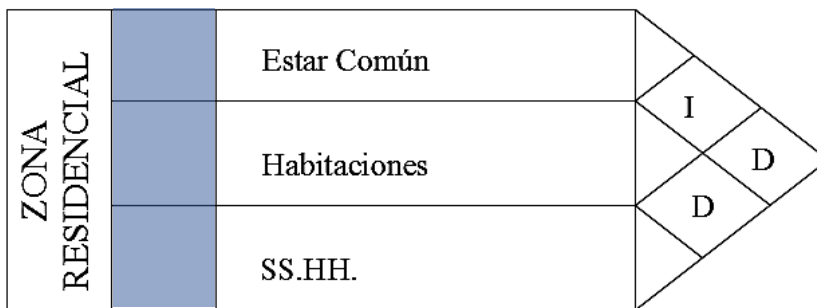
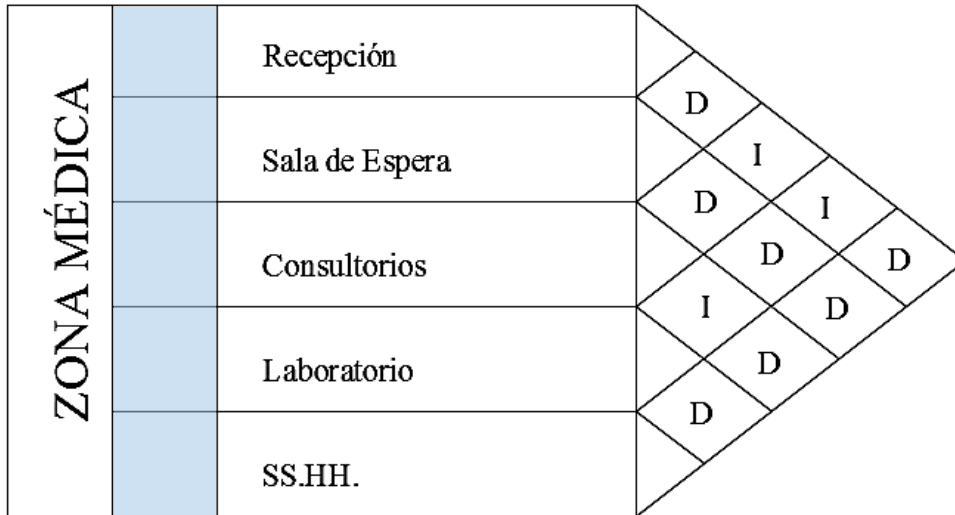
**LEYENDA**

**D:** Directo

**I:** Indirecto

**N:** Nulo





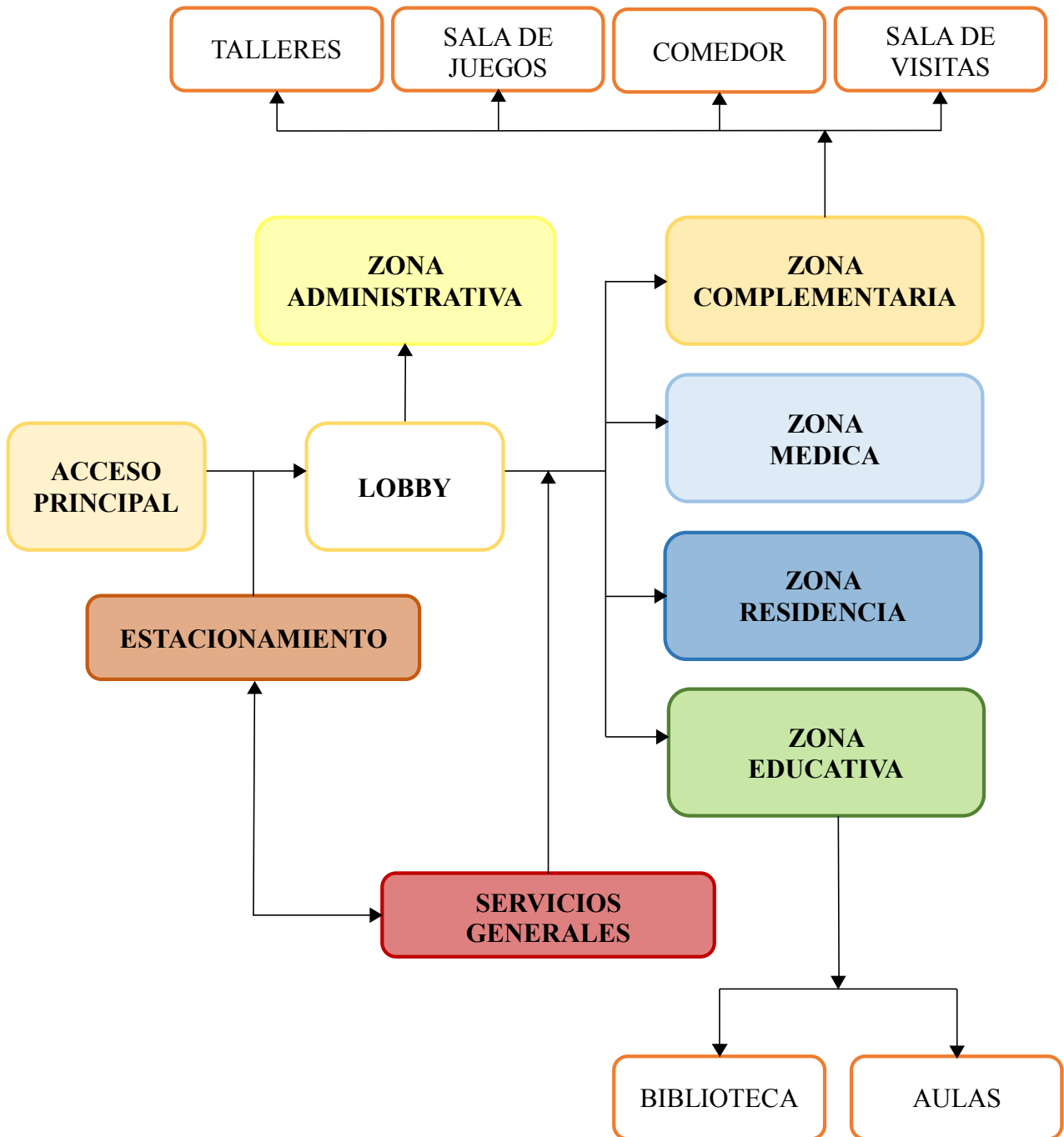
**LEYENDA**

**D:** Directo

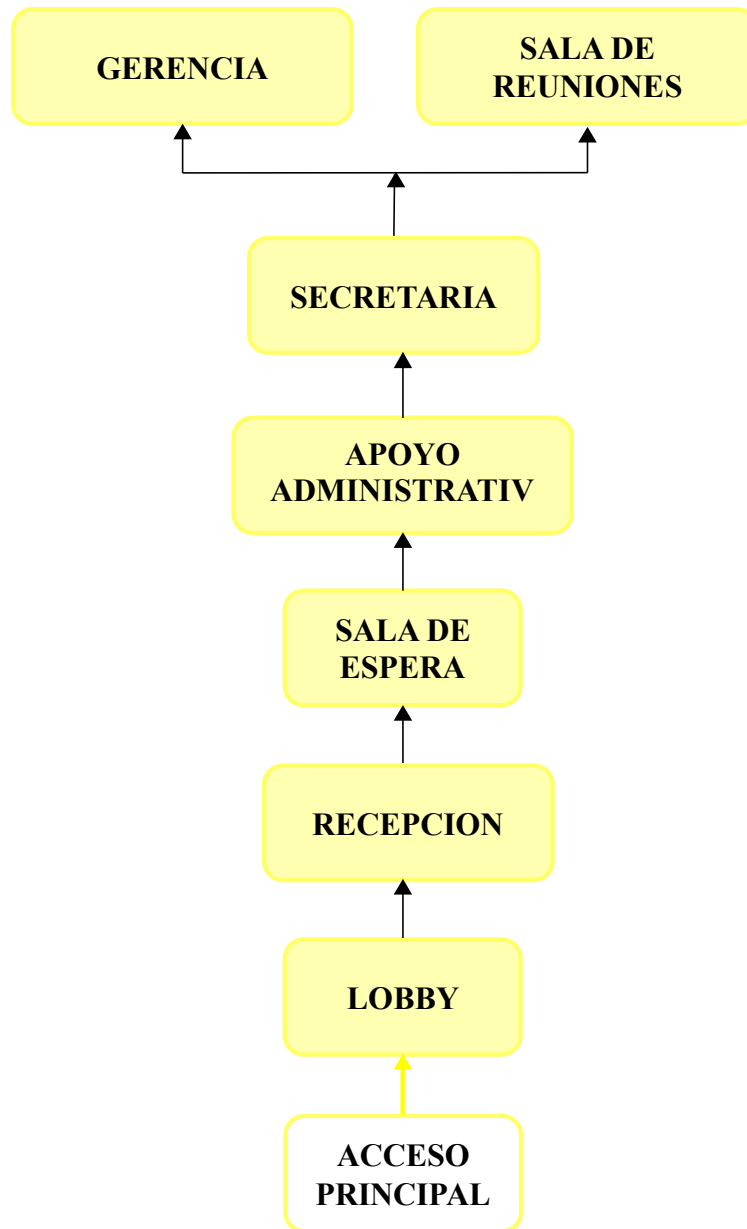
**I:** Indirecto

**N:** Nulo

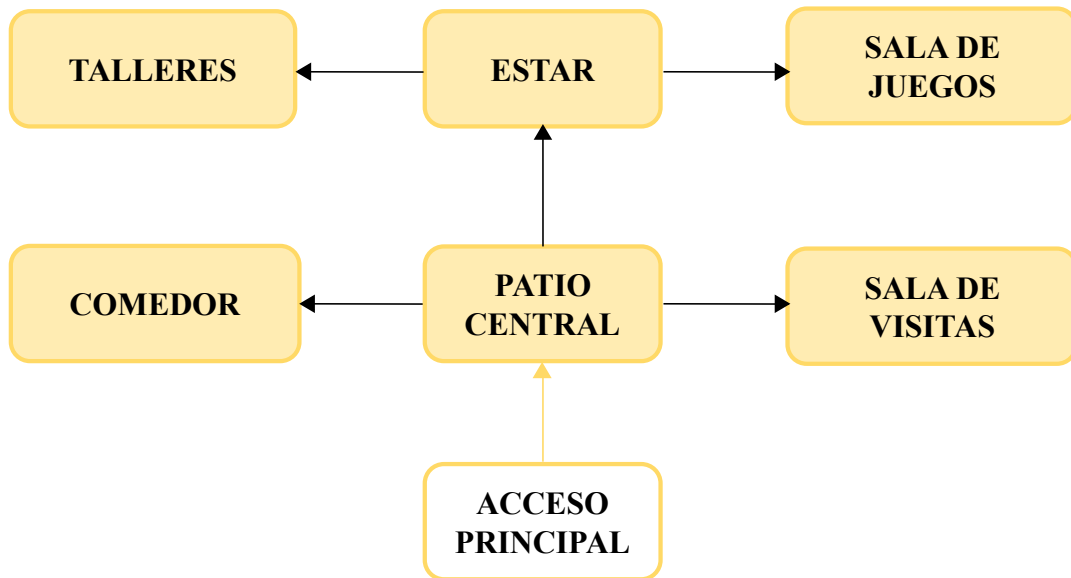
### 6.1.3.- FLUJOGRAMAS DE DISEÑO



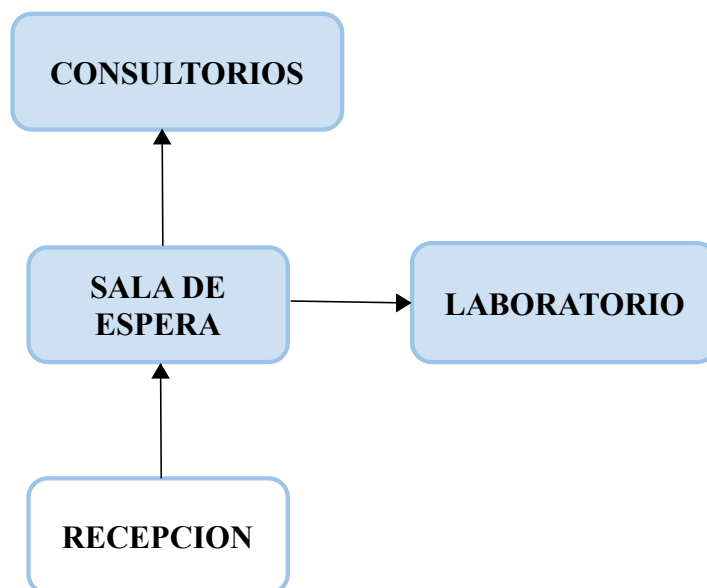
### 6.1.3.1.- ZONA ADMINISTRATIVA



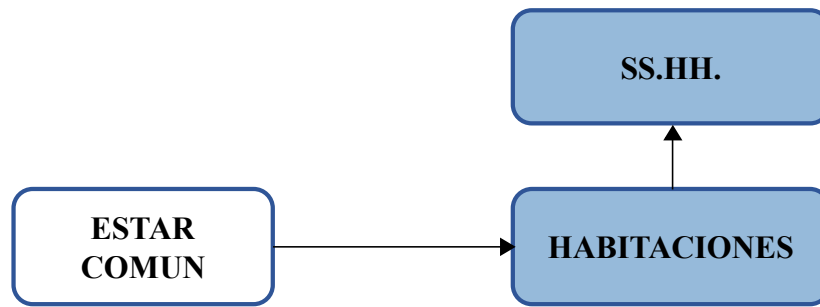
### 6.1.3.2.- ZONA COMPLEMENTARIA



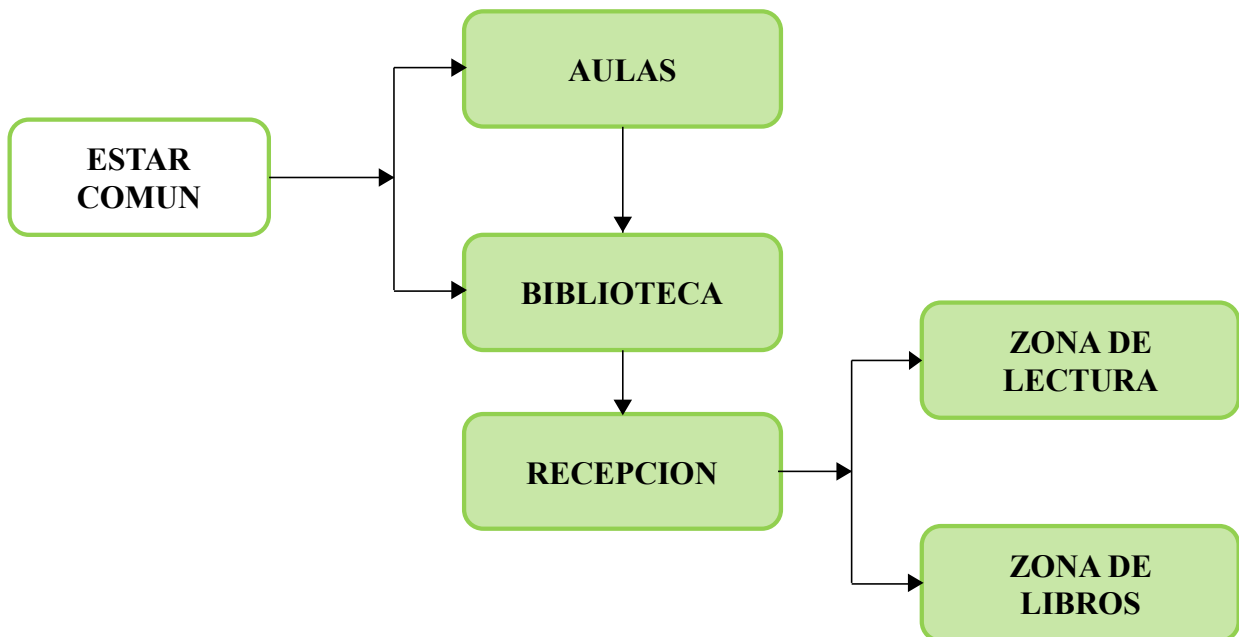
### 6.1.3.3.- ZONA MÉDICA



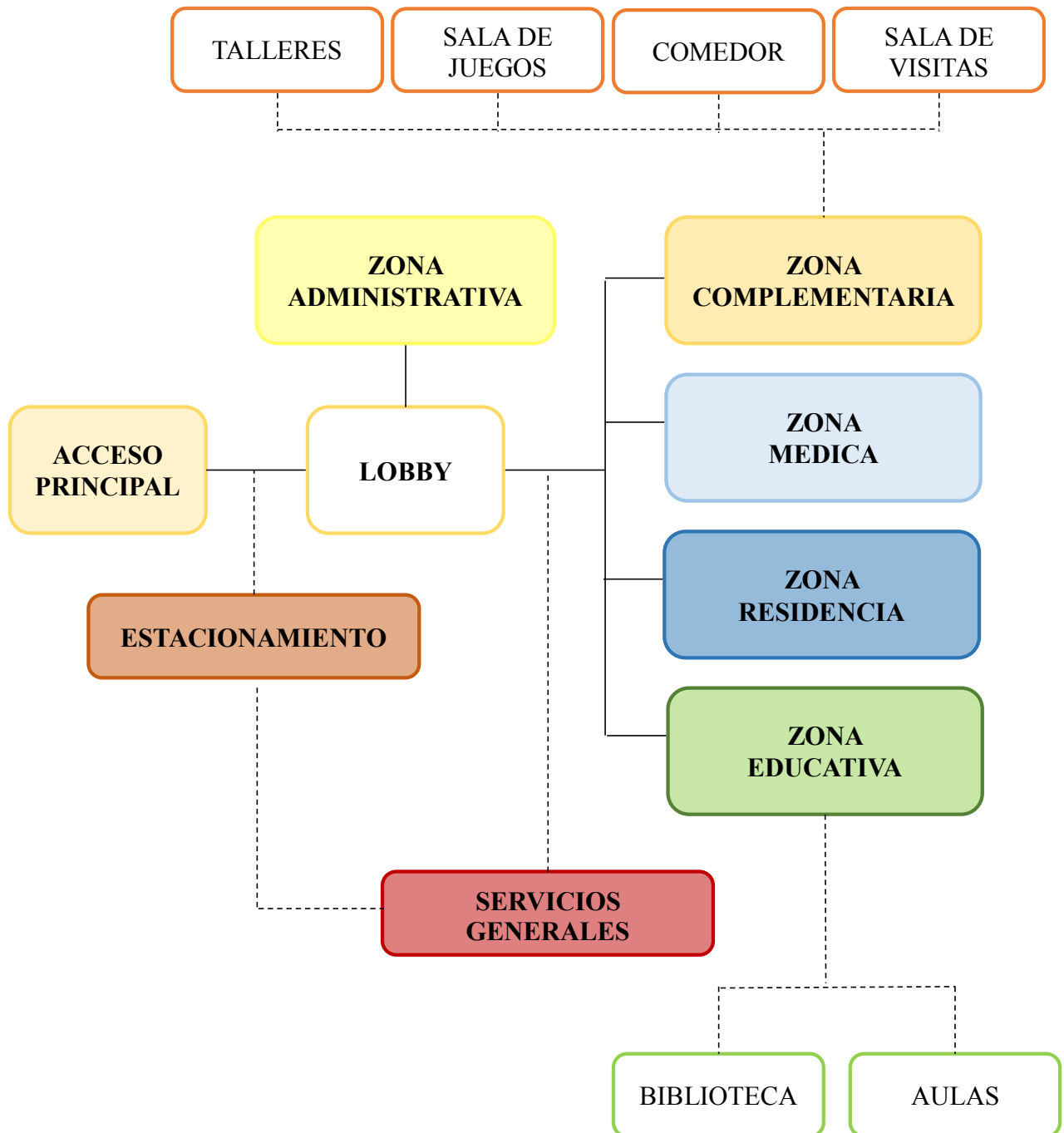
#### 6.1.3.4.- ZONA RESIDENCIAL



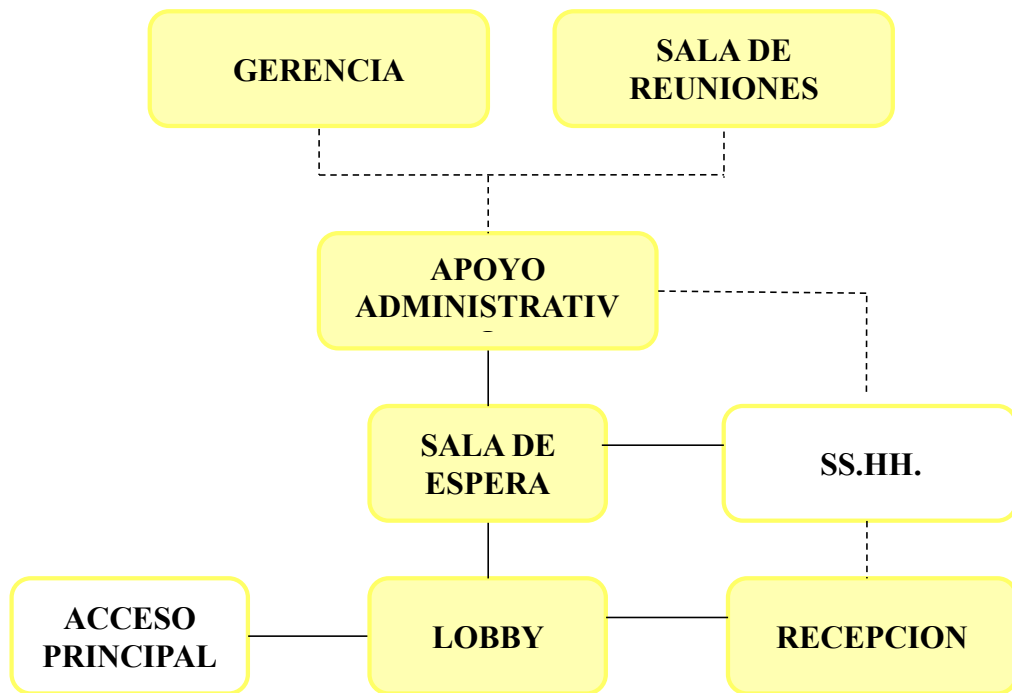
#### 6.1.3.5.- ZONA EDUCATIVA



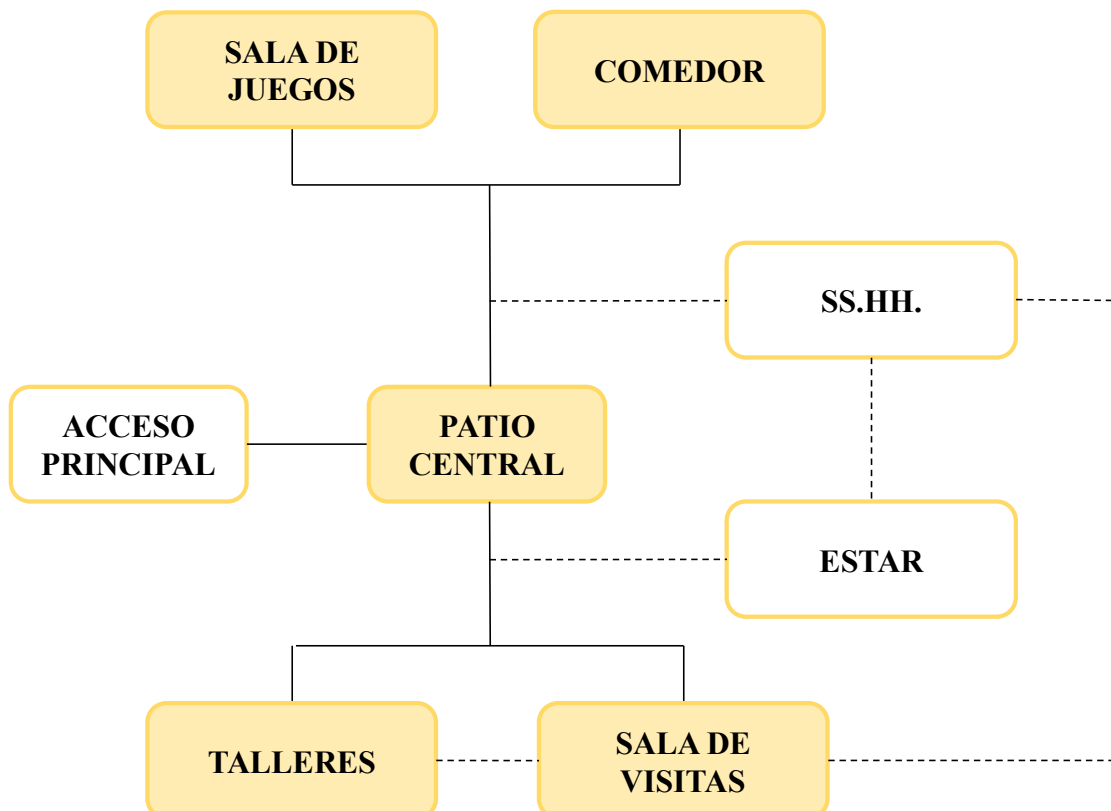
### 6.1.4.- ORGANIGRAMA



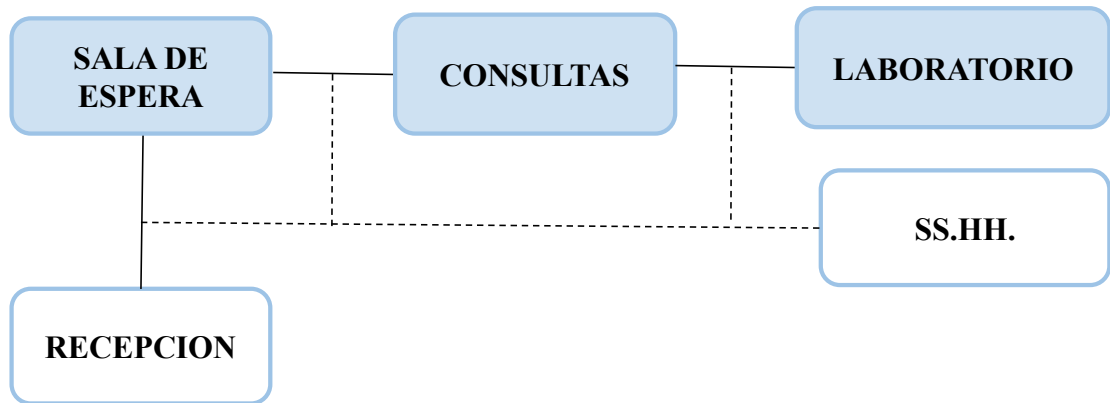
#### 6.1.4.1.- ZONA ADMINISTRATIVA



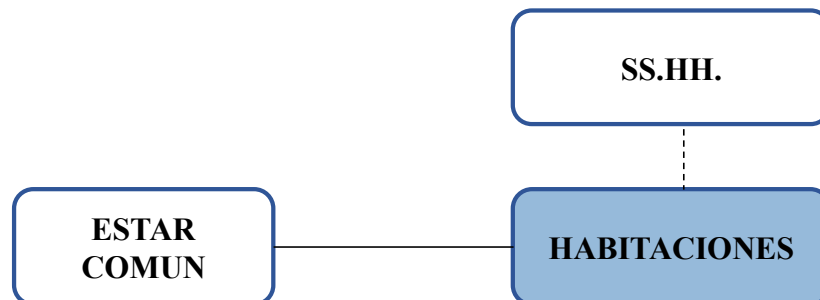
#### 6.1.4.2.- ZONA COMPLEMENTARIA



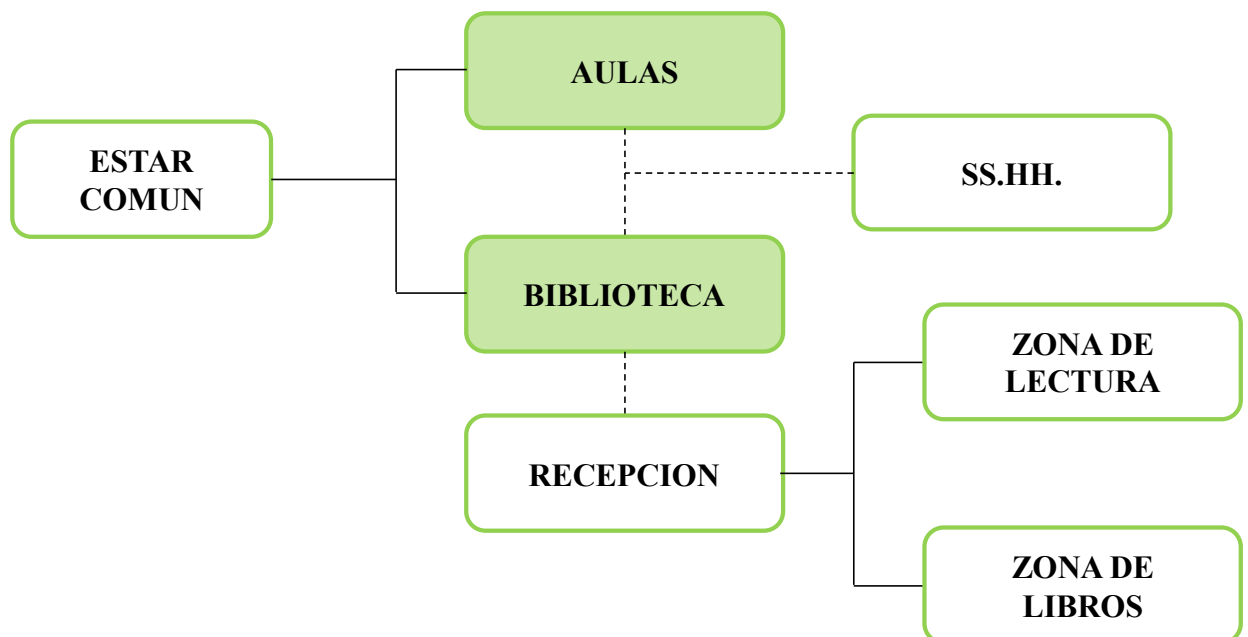
#### 6.1.4.3.- ZONA MÉDICA



#### 6.1.4.4.- ZONA DE RESIDENCIA



#### 6.1.4.5.- ZONA EDUCATIVA





### 6.1.5.- DIAGRAMA DE ORGANIZACIÓN

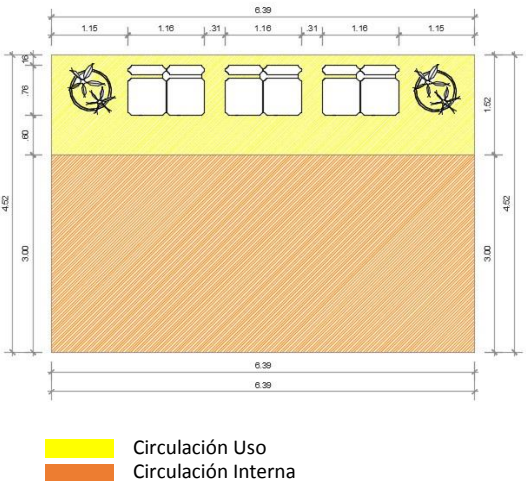
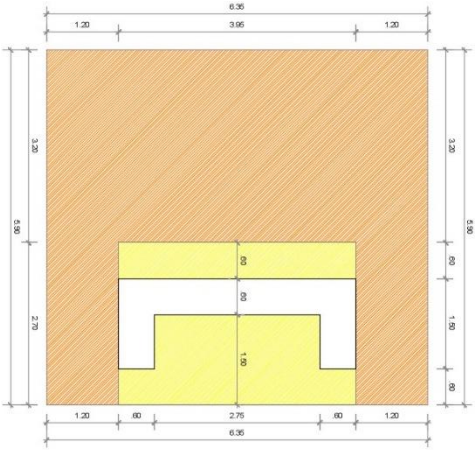

ZONA ADMINISTRATIVA			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
LOBBY	<p>RECEPCIÓN</p> <p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna         </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 01</b> personas adultas</p>	<p><b>37.46</b></p>
	<p>SALA DE ESPERA</p>		

ZONA ADMINISTRATIVA			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
OFICINA DE GERENCIA Y SALA DE REUNIONES	<p><b>GERENCIA</b></p> <p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 01</b> personas adultas</p>	<p><b>55.65</b></p>
	<p><b>SALA DE REUNIONES</b></p> <p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>		

ZONA ADMINISTRATIVA			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
APOYO ADMINISTRATIVO	<p>APOYO ADMINISTRATIVO</p> <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 04</b> personas adultas</p>	<p><b>55.65</b></p>
	<p>SALA DE ESPERA</p> <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>		

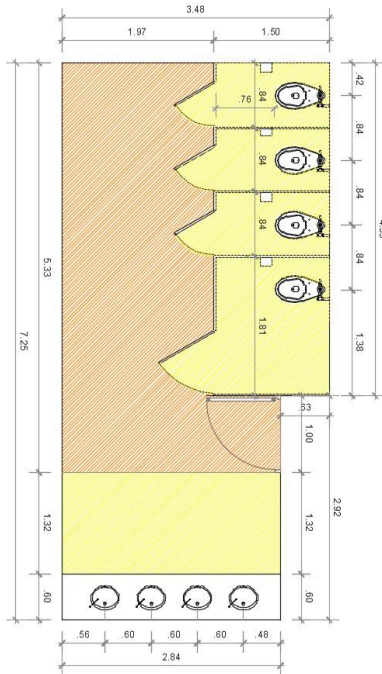
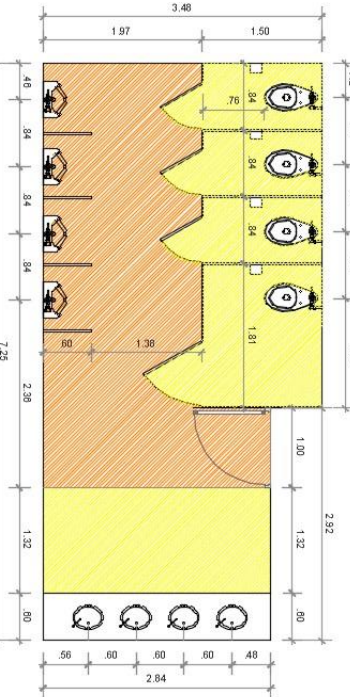
ZONA COMPLEMENTARIA			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
<b>TALLERES</b>	<p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna         </p>	<b>Cantidad de Usuario: 25 personas adultas</b>	<b>52.24</b>
<b>ESTAR COMÚN</b>	<p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna         </p>	<b>Cantidad de Usuario: 06 personas adultas</b>	<b>28.86</b>

ZONA COMPLEMENTARIA			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
<b>SALA DE VISITAS</b>	<p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 16</b> personas adultas</p>	<b>65.93</b>
<b>COMEDOR</b>	<p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 04</b> personas adultas</p>	<b>14.5</b>

<b>ZONA MÉDICA</b>			
<b>Ambiente</b>	<b>Matriz</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Área</b>
<b>SALA DE ESPERA</b>		<b>Cantidad de Usuario: 06</b> personas adultas	<b>28.86</b>
<b>RECEPCIÓN</b>		<b>Cantidad de Usuario: 01</b> personas adultas	<b>37.46</b>
<b>SS.HH. DISCAPACITADO</b>		<b>Cantidad de Usuario: 01</b> persona discapacitada	<b>8.28</b>

ZONA RESIDENCIAL			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
<b>HABITACIÓN + SS.HH.</b>	<p>The diagram shows a floor plan for a residential unit. It features a central yellow area representing 'Circulación Uso' (User Circulation) and an orange hatched area representing 'Circulación Interna' (Internal Circulation). The plan includes a bathroom at the top with a toilet and sink, a kitchen area with a sink and stove, and two bedrooms with beds. Dimensions are provided for various sections: overall width 3.43, overall height 7.50, and various sub-section widths and heights such as 1.70, 2.58, 2.06, and 5.80.</p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 02</b> personas adultas</p>	<p><b>25.7</b></p>

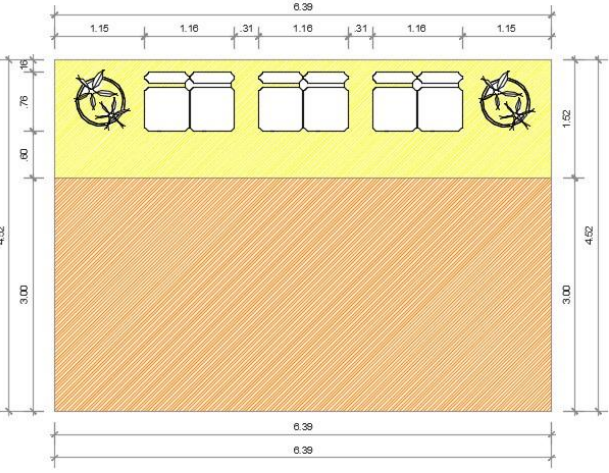
**ZONA COMPLEMENTARIA**

Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
<p><b>SS.HH. MUJERES</b></p>	 <p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna                 </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 03 personas + 01 persona discapacitada</b></p>	<p><b>23.34</b></p>
<p><b>SS.HH. HOMBRES</b></p>	 <p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna                 </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 03 personas + 01 persona discapacitada</b></p>	<p><b>23.34</b></p>

**ZONA EDUCATIVA**



ZONA MÉDICA			
Ambiente	Matriz	Frecuencia	Área
CONSULTORIO + SS.HH.	<p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: orange; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p><b>Cantidad de Usuario: 02</b> personas adultas</p>	26.53
	Ambiente		

<p style="text-align: center;"><b>AULAS</b></p>	 <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e67e22; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p style="text-align: center;"><b>Cantidad de Usuario: 18</b> personas adultas</p>	<p style="text-align: center;"><b>52.5</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>ESTAR COMÚN</b></p>	 <p style="text-align: center;"> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></span> Circulación Uso  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #e67e22; border: 1px solid black;"></span> Circulación Interna </p>	<p style="text-align: center;"><b>Cantidad de Usuario: 06</b> personas adultas</p>	<p style="text-align: center;"><b>28.86</b></p>

**6.1.6.- CUADRO DE NECESIDADES SEGÚN TIPO DE USUARIO**

Tabla 26.

Cuadro de Necesidades Zona Administrativa

Zona	Espacio	Sub Espacio	Cantidad Mobiliario	Descripción	
<b>ADMINISTRATIVA</b>	Lobby	Recepción	1	Atención	
			1	Silla	
		Sala de Espera	SS.HH.	20	Mueble
				4	Urinario
				8	Inodoro
				8	Lavatorio
	Apoyo Administrativo	Apoyo Administrativo	4	Escritorio	
			4	Silla	
		Estar	SS.HH.	5	Mueble
				1	Inodoro
				1	Lavatorio
	Sala de Reuniones	Secretaria	1	Escritorio	
			1	Silla	
		Estar	Sala de Reuniones	5	Mueble
				1	Mesa
				8	Silla
		Gerencia	Secretaria	1	Inodoro
				1	Lavatorio
	Estar		Gerencia	10	Mueble
				1	Escritorio
				3	Silla
	SS.HH.	SS.HH.	1	Inodoro	
			1	Lavatorio	

Tabla 27.

Cuadro de Necesidades Zona Complementaria

Zona	Espacio	Sub Espacio	Cantidad Mobiliario	Descripción	
<b>COMPLEMENTARIA</b>	Sala de Visitas	Estar	5	Mueble	
			1	Escritorio	
			1	Silla	
	Sala de Visitas	SS.HH.	64	Mueble	
			2	Urinario	
			4	Inodoro	
			4	Lavatorio	
			4	Lavatorio	
	Comedor	Comedor	20	Mesa	
			80	Silla	
	Talleres	Estar	21	Mueble	
			90	Mesa	
		Talleres	SS.HH.	379	Silla
				19	Escritorio
				19	Estante
				6	Urinario
				12	Inodoro
				12	Lavatorio
	Estar Común	Estar	176	Mueble	
			2	Escritorio	
			4	Mesa	
			16	Silla	
	Sala De Juegos	Sala De Juegos	4	Mesa de Billar	
			6	Mesa de Ajedrez	
12			Silla		
2			Mesa de Ping Pon		
3			Mesa de Futbol de Mano		

Tabla 28.

Cuadro de Necesidades Zona Médica

Zona	Espacio	Sub Espacio	Cantidad Mobiliario	Descripción	
<b>MÉDICA</b>	Consultorios	Consultas	6	Escritorio	
			17	Silla	
			6	Camilla	
		SS.HH.		6	Inodoro
		SS.HH.		6	Lavatorio
	Recepción	Sala de Espera	18	Mueble	
			1	Atención	
		Recepción		1	Silla
		SS.HH.		2	Inodoro
		SS.HH.		2	Lavatorio

Tabla 26.

Cuadro de Necesidades Zona Residencia

Zona	Espacio	Sub Espacio	Cantidad Mobiliario	Descripción	
<b>RESIDENCIA</b>	Habitaciones	Dormitorio	60	Cama	
			90	Mesa de Noche	
			30	Closet	
		SS.HH.		30	Inodoro
		SS.HH.		30	Lavatorio
	Estar Común	Estar	32	Mueble	

Tabla 27.

Cuadro de Necesidades Zona Complementaria

Zona	Espacio	Sub Espacio	Cantidad Mobiliario	Descripción	
<b>EDUCATIVA</b>	Aulas	Aula	144	Mesa Individual	
			152	Silla	
			8	Escritorio	
	Estar Común	Estar	40	Mueble	
	Biblioteca	Área de Lectura	10	Mesa	
			60	Silla	
		Área de Libros		8	Estand
		Recepción		1	Atención
Recepción		2	Silla		

## 6.2.- Programa de Áreas

Tabla 29.

Programa de Áreas Zona Administrativa

Zona	Ambiente	Sub Ambiente	Nº de Usuario	Área Subtotal + Circulación	Cant.	Total de Área	Total de Zona
<b>ADMINISTRATIVA</b>	Lobby	Recepción	1	274.54	1	274.54	<b>478.57</b>
		Sala de Espera	20				
		SS.HH.	8				
	Apoyo Administrativo	Apoyo Administrativo	4	102.55	1	102.55	
		Estar	5				
		SS.HH.	1				
	Sala de Reuniones	Secretaria	1	50.74	1	50.74	
		Estar	5				
		Sala de Reuniones	8				
		SS.HH.	1				
	Gerencia	Secretaria	1	50.74	1	50.74	
		Estar	5				
		Gerencia	1				
		SS.HH.	1				

Tabla 30.

Programa de Áreas Zona Complementaria

Zona	Ambiente	Sub Ambiente	Nº de Usuario	Área Subtotal + Circulación	Cant.	Total de Área	Total de Zona
<b>COMPLEMENTARIA</b>	Sala de Visitas	Estar	5	324.87	1	324.87	<b>2722.9</b>
		Sala de Visitas	65				
		SS.HH.	8				
	Comedor	Comedor	80	241.85	1	241.85	
	Talleres	Trabajo	17	54.04	19	1026.76	
	SS.HH.	SS.HH.	3	18.71	4	74.84	
	Estar Común	Estar	10	54.25	15	813.75	
	Sala de Juegos	Sala de Juegos	30	240.81	1	240.81	

Tabla 31.

Programa de Áreas Zona Médica

Zona	Ambiente	Sub Ambiente	N° de Usuario	Área Subtotal + Circulación	Cant.	Total de Área	Total de Zona
<b>MÉDICA</b>	Consultorio	Consultas	3	25.42	6	152.52	<b>311.49</b>
		SS.HH.	1				
	Recepción	Sala de Espera	18	158.97	1	158.97	
		Atención	1				
		SS.HH.	2				

Tabla 32.

Programa de Áreas Zona Residencia

Zona	Ambiente	Sub Ambiente	N° de Usuario	Área Subtotal + Circulación	Cant.	Total de Área	Total de Zona
<b>RESIDENCIA</b>	Habitaciones	Dormitorio	2	27.49	30	824.7	<b>1152</b>
		SS.HH.	1				
	Estar Común	Estar	11	109.09	3	327.27	

Tabla 33.

Programa de Áreas Zona Educativa

Zona	Ambiente	Sub Ambiente	N° de Usuario	Área Subtotal + Circulación	Cant.	Total de Área	Total de Zona
<b>EDUCATIVA</b>	Aulas	Aula	2	54.21	8	433.68	<b>935.32</b>
	Estar Común	Estar	14	109.09	3	327.27	
		Biblioteca	Área de Lectura	60	174.37	1	
		Área de Libros	2				
		Recepción	2				

### 6.3.-PROPUESTA ARQUITECTONICA

#### 6.3.1.- INTRODUCCIÓN

El proyecto está constituido, principalmente, por dos grandes mazas [volúmenes prismáticos] que emergen de una plataforma. En cada volumen, se desarrollan actividades tanto públicas como privadas. En el volumen principal [más grande] se realizan las actividades propiamente de rehabilitación y en el volumen secundario [pequeño] actividades de comercio [venta de productos elaborados por los pacientes]. Si hablamos de espacialidad ambos volúmenes cuentan con un criterio a modo de bandejas desfasadas generándose entre ellas estancias a dobles alturas con espacios visualmente agradables.

Si bien es cierto el proyecto es de una jerarquía de rehabilitación propiamente dicha, es por ello que debe de contar con ambientes que cumplan con este criterio; realizar una rehabilitación es un espacio abierto pero controlado [para evitar fugaz por medio de pacientes].

Hemos logrado generar ambos criterios, espacios literalmente abiertos pero controlados; y de qué manera hemos controlamos mediante su cerramiento.

Contamos con un cerramiento que permite el ingreso de luz y aire, le da una estética y belleza al proyecto sin romper el criterio al cual pertenece [rehabilitación]; son una celosías de aluminios en forma horizontal con una separación mínima que permita el ingreso de las dos condicionantes ya mencionadas.

## **APORTE A NUESTRA SOCIEDAD**

Sabemos que en la actualidad existe una diversidad de edificaciones que embellecen por fuera una ciudad, pero en el proceso de la construcción de estas es donde se pierde esta belleza, por la cantidad de desechos que puede emitir, es por ello que tomando en cuenta la realidad de nuestra ciudad planteamos y proyectamos una edificación que aparte de pertenecer al sector ofrezca una mejor calidad de vida, el mayor confort posible, al habitante sin continuar depredando su hábitat.

El “aporte” de nuestra propuesta a la sociedad es netamente sustentable - sostenible, una arquitectura verde desde el exterior hasta el interior, una arquitectura que satisfaga rangos de confort el cual no quede limitado sólo a cuestiones térmicas; también debe existir confort lumínico. acústico. olfativo. visual o psicológico: una arquitectura



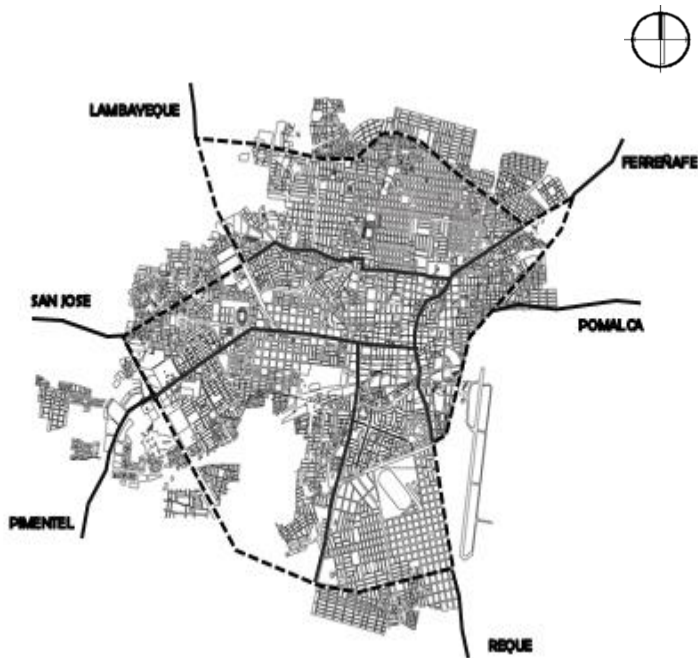


**Figura 18: Vista Área del Proyecto**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

### **6.3.2.-ESTRATEGIAS PROYECTUALES**

#### **a) Análisis Macro – Conexión Espacio Público**



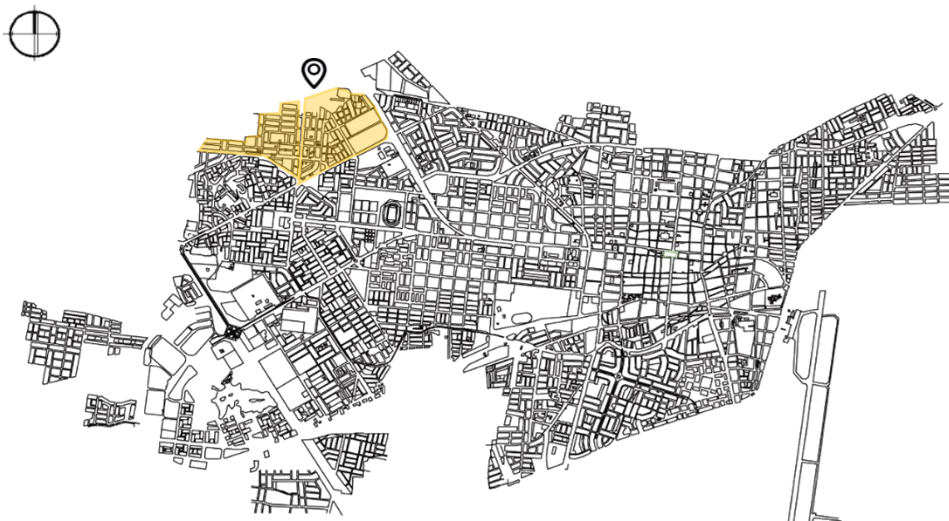
Es una ciudad del noroeste peruano, capital de la provincia homónima y del departamento de Lambayeque. Chiclayo, con una extensión de 50.35 m<sup>2</sup>, bajo la administración del Gobierno Regional de Lambayeque, en el Perú. Limita por el norte con los distritos de Pisci, José Leonardo Ortiz y Lambayeque; por el sur con Zaña, Reque y La Victoria; por el este con Zaña; y, por el oeste con Pimentel y San José.

**Figura 19: Mapa del Distrito de Chiclayo**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

### b) Análisis Micro – Ubicación

El proyecto se encuentra ubicado en el pueblo Joven “Cruz de la Esperanza”, que se encuentra en el sector número 5 del Distrito de Chiclayo, relativamente cerca al Hospital Regional de Lambayeque ; en la prolongación de la Avenida Zarumilla.

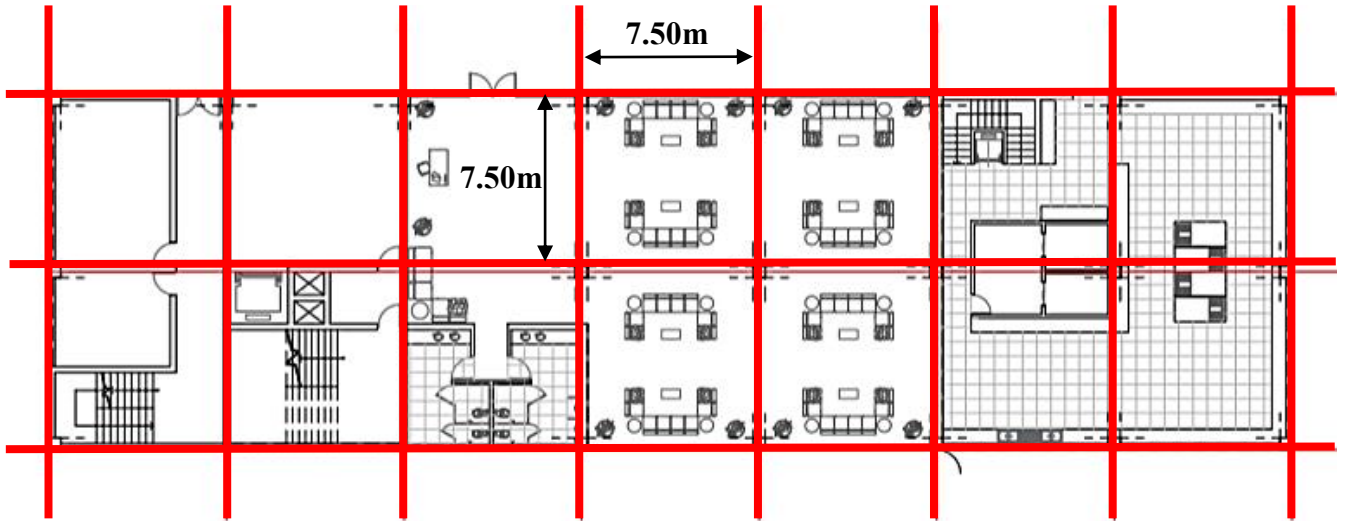


**Figura 20: Sector 6 – Pueblo Joven Cruz de la Esperanza**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

### c) Modulaci3n

La modulaci3n que utilizamos es de 7.50 metros por 7.50 metros con la finalidad de generar espacios limpios y libres de estructura.



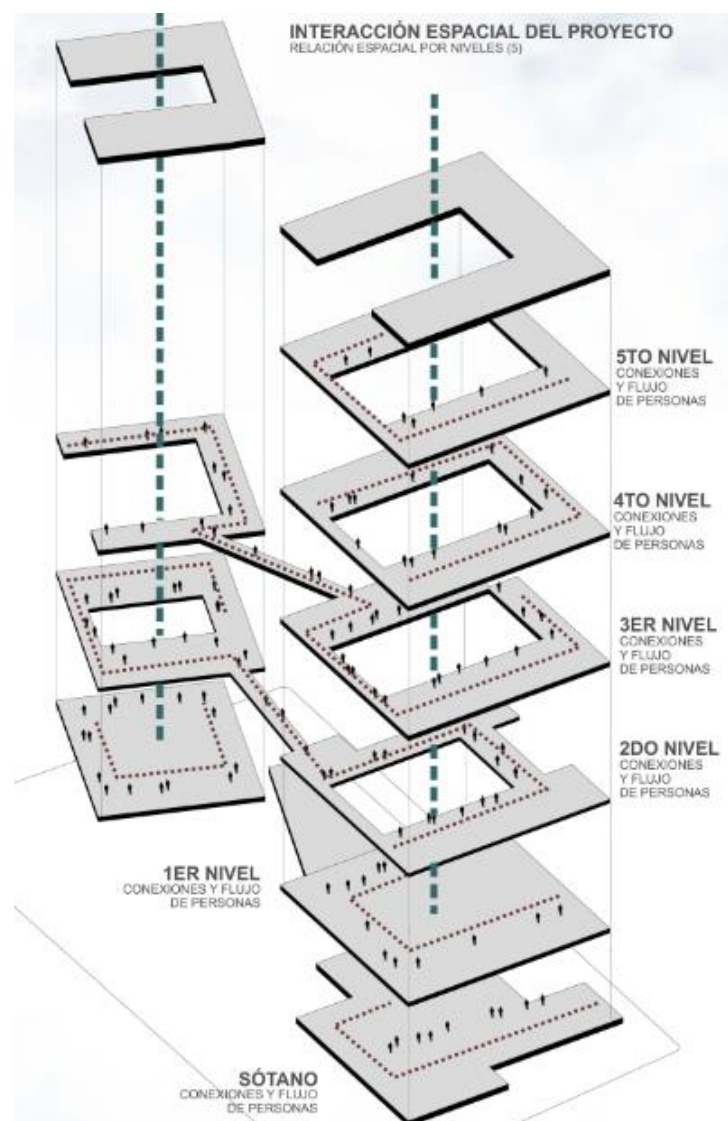
**Figura 21: Modulaci3n del proyecto**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

#### **d) Circulaciones**

El objetivo del proyecto es de realizar un programa de Rehabilitación; el cual necesita tener zonas, espacios y equipamiento con el que puedan desarrollar toda esta diversidad de actividades; sobre todo que el personal que se encargue de hacer que estas actividades se lleven a cabo de la manera más sencilla y requerida; por ello planteamos un tipo de circulación diferenciada según la zona ; que tanto paciente, profesional y personal de limpieza realicen sus actividades sin que uno tenga que interferir con el otro.

Contamos con una zona médica [porque el programa así lo requiere]; donde cumplimos con marcar la diferencia de circulaciones tanto médico – paciente.



**Figura 22: Circulaciones Pública y Privada**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

## e) Emplazamiento

Cuando hablamos de emplazamiento, partimos de condicionantes propiamente existentes en el terreno. La primera es nuestra huella humana [marca de pasos de las personas que caminan por el terreno para comunicarse de un lado a otro], la cual nos crea una trayectoria, por la que iniciamos tomando como eje principal a la hora de emplazar el proyecto.

Otra de ellas es la traza urbana existente [entorno] en el sector, la cual también es tomada en cuenta a la hora de colocar los volúmenes con la que va de la mano la orientación de estos mismos [asoleamiento, vientos].

Por último la viabilidad o accesibilidad al proyecto, es otro criterio que destacamos a la hora de emplazar, puesto que el único fin es el de proyectar una edificación que pertenezca al lugar, generar estancias o lugares de esparcimiento tanto para el uso propio del edificio como para sus alrededores.



**Figura 23: Plan General del Proyecto**

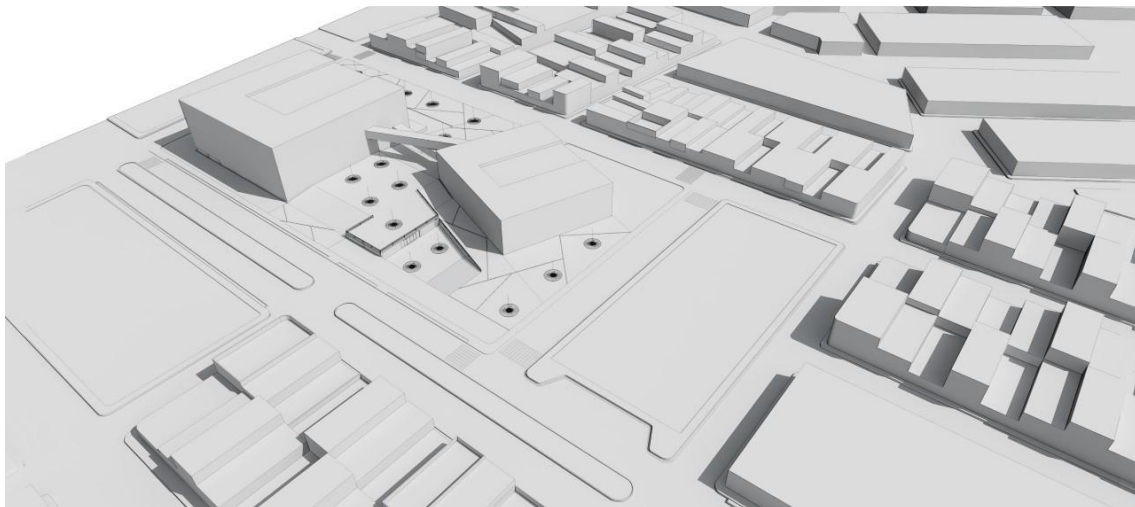
Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

## **f) Relación con el Entorno**

En su entorno existen manzanas que en su mayoría comprenden de una a dos viviendas en cada una de ellas, ninguna manzana presenta todas las viviendas construidas, tiene una intención de generar áreas verdes con previos retiros en una que otra vivienda.

El hospital regional de Lambayeque es una de las entidades del sector salud que se encuentra cerca, lo que genera un beneficio al proyecto puesto que este también pertenece a dicho sector y cualquier tipo de emergencia mayor que presente dentro de las instalaciones del centro de rehabilitación , será derivado al hospital a la brevedad posible.

En cuanto a la intervención urbana que se planteó en el sector donde se encuentra ubicado el proyecto [entorno], se propuso una comisaria y áreas de recreación, que en un futuro se presentara también como entorno.



**Figura 24: Plan General del Proyecto - Entorno**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

### **g) Edificio y Espacio Público**

Si bien es cierto el Proyecto está enfocado a cumplir con el principio de rehabilitación y sobre todo de cubrir con las diversas necesidades de los usuarios; usuarios que no solo habiten dentro del edificio sino también a los que lleguen de visita o los que vivan en sus alrededores.

La idea principal es de generar espacios de recreación fuera del edificio; para poder cumplir con el principio edificio-espacio público; el que nos permitirá desarrollar diversas actividades de integración y recreación a la población; con el único fin de hacer ese vínculo con el entorno haciendo que el proyecto sea parte del sector.



**Figura 25: Edificio – Espacio Publico**

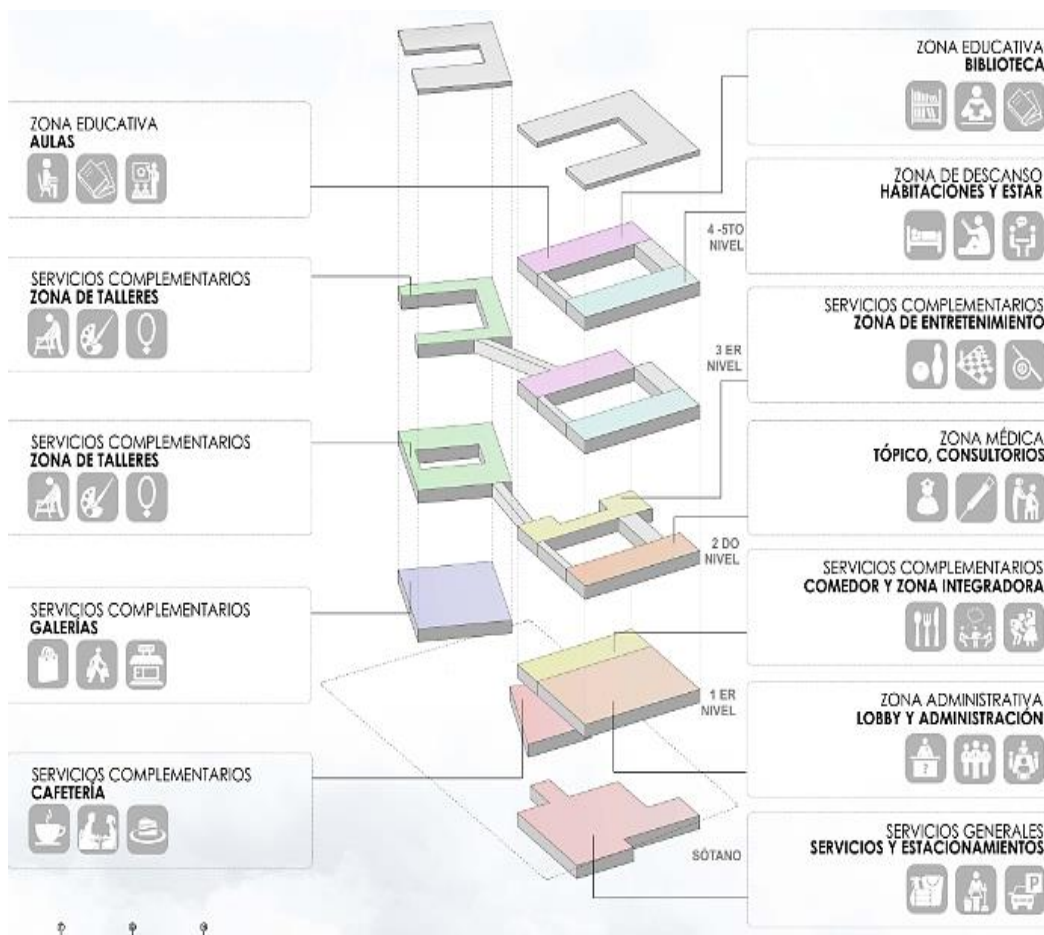
Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

## **h) Relaciones Funcionales**

Si bien es cierto el proyecto es de una jerarquía de rehabilitación propiamente dicha, es por ello que debe de contar con ambientes que cumplan con este criterio; realizar una rehabilitación es un espacio abierto pero controlado [para evitar fugaz por medio de pacientes].

Si hablamos de relaciones funcionales ambos volúmenes cuentan con un criterio a modo de bandejas desfasadas generándose entre ellas estancias a dobles alturas con espacios visualmente agradables.

El proyecto comprende dos volúmenes, cada volumen, desarrolla actividades tanto públicas como privadas. En el volumen principal [más grande] se realizan las actividades propiamente de rehabilitación y en el volumen secundario [pequeño] actividades de comercio [venta de productos elaborados por los pacientes].



**Figura 26: Zonificación por Niveles**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



## i) Criterio Estructural

Se buscó un sistema constructivo que nos permita espacios limpios y de grandes luces; por lo que se utilizó un sistema estructural dual ya que es un sistema estructural que tiene un pórtico espacial resistente a momentos y sin diagonales, combinado con muros estructurales o pórtico con diagonales.

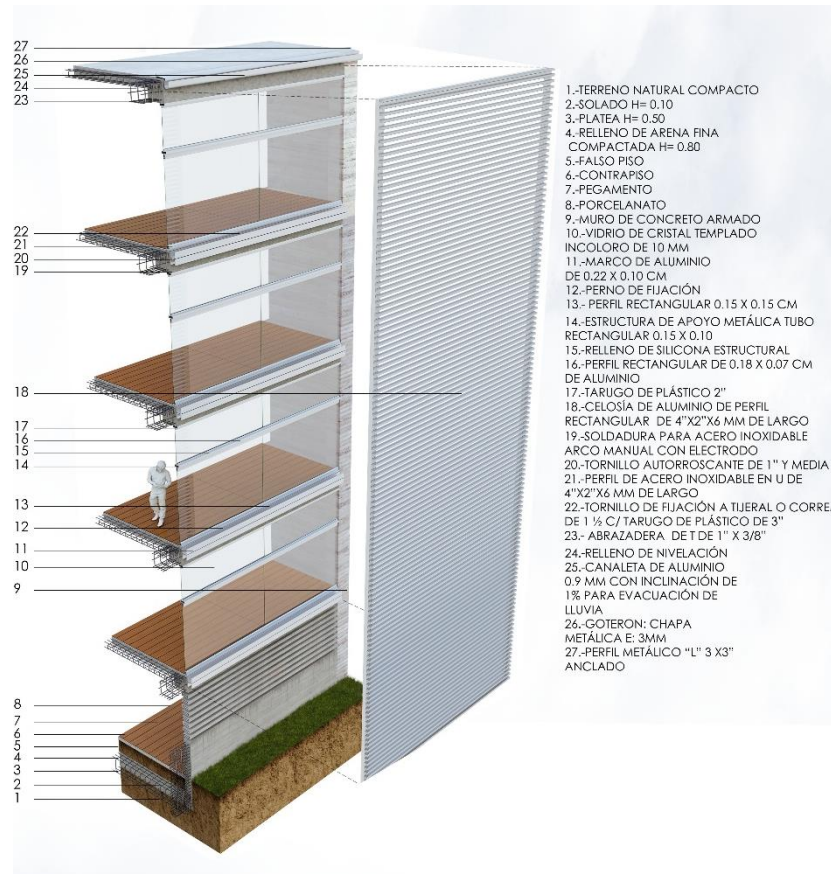


Figura 27: Corte Constructivo

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

## j) Pavimentos

Se utilizó adoquines de concreto con dos tipos de diseño: Uno para marcar la trayectoria del peatón y la otra para las estancias. Las cualidades que tienen los adoquines de concreto.

- Es Durable E Impermeable.
- Fácil Instalación.
- Asume con facilidad las formas, colores y texturas en cualquier tipo de proyecto.
- No requiere de acabados adicionales puesto que este material presenta características antideslizantes que le otorgan durabilidad y resistencia.

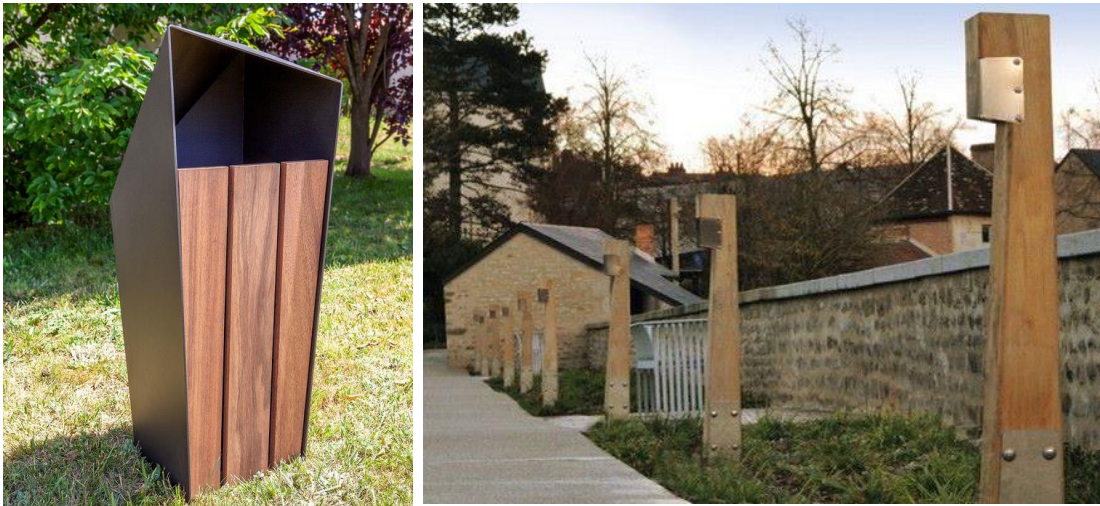


**Figura 28: Pavimento – Vista Posterior del Proyecto**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

## **k) Mobiliario Urbano**

Para el mobiliario urbano se reutilizo la madera del encofrado de columnas y placas del edificio.



**Figura 29: Mobiliario Urbano**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

## **1) Vegetación**

Tradicionalmente la vegetación en arquitectura se ha utilizado como elemento decorativo o para recrear fragmentos de naturaleza de una manera controlada, sin embargo, pensamos que la utilidad de la vegetación va mucho más allá, puesto que esta cumple con varios requisitos que son suman mayor importancia al proyecto [filtro de contaminantes del aire, como sistema de refrigeración, protección térmica y solar, control de vientos].

El centro presenta dos tipos de árboles [algarrobo y almendro] que serán plantados en nuestras áreas verdes dentro y fuera del edificio, también tendremos jardines verticales que constituyen una pantalla de enredaderas, además la elevada evapotranspiración que se genera crea una barrera adicional contra el calor en verano.



**Figura 30: Árboles de Almendro - Jardines Verticales y Áreas Verdes**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

### 6.3.3.- PROYECTO



**Figura 31: Vista Aérea**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



**Figura 32: Vista Posterior**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



**Figura 33: Vista desde la Cafetería**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



**Figura 34: Vista desde la Cafetería**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



**Figura 35: Vista inicio de trayectoria**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



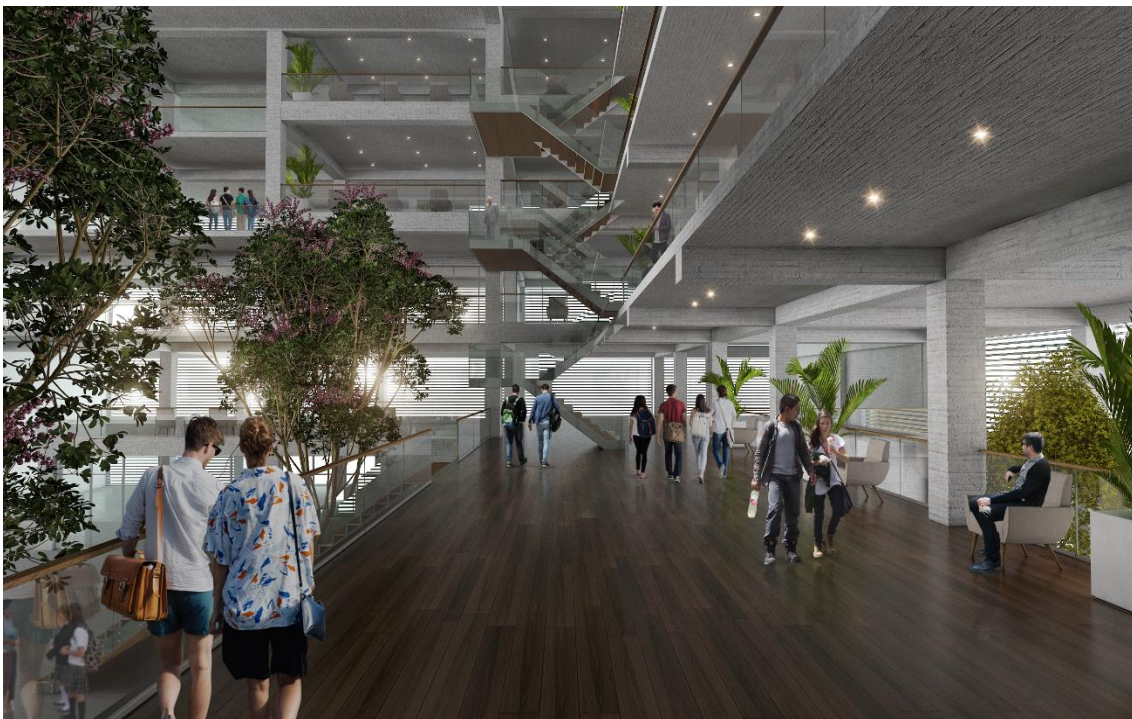
**Figura 36: Vista Ingreso Plaza Principal**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



**Figura 37: Vista Interior Patio Principal**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)



**Figura 38: Vista Interior - Bandejas**

Fuente: (Elaboracion Propia, 2017)

*Los planos están anexados en el cd*



**VI**

**CONCLUSIONES Y**

**RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- El índice de dependencia en el distrito de Chiclayo, es relativamente elevado y se presenta con una mayor acogida entre los 18 – 39 años edad, de los cuales el 5% de jóvenes y adultos muestran dependencia por algún psicoactivo.
- El 3.4% de la población dependiente muestra que solo el 49% recibe algún tipo de tratamiento en un establecimiento “comunidad terapéutica”, el 25% se hace tratar en algún puesto de salud de manera ambulatoria, otro 10% presenta problemas económicos por lo que no recibe ningún tipo de tratamiento, y un 5% muestra resistencia al tratamiento.
- Se determinó que el proceso de tratamiento estará constituido por 4 programas claves en este procedimiento: Programa de Evaluación y Acogida [10%], Programa de Desintoxicación [33%], Programa de Rehabilitación [52%], Programa de Reinserción [35%].
- Según el estudio de las necesidades se estableció que existen dos tipos pacientes: Directo [paciente mismo] e Indirecto [especialistas, personal de apoyo y los visitantes].
- El distrito de Chiclayo comprende hasta la actualidad 12 comunidades terapéuticas de las cuales solo 4 trabajan de manera formal porque si se encuentran registradas y el resto trabajan de manera informal.
- Ubicamos que existen dos tipos de comunidades: Urbanas que es el 60% del total y Semiurbanas que es un 40%.
- El 100% de las comunidades terapéuticas no cumplen con la infraestructura e instalaciones adecuadas para el tratamiento de drogodependientes, algunas de ellas tienen áreas más completas que otras pero no están organizadas espacialmente.

## RECOMENDACIONES

- Proyectar una infraestructura con el área necesaria para poder albergar la cantidad de dependientes sin tratamiento y otros que tengan la necesidad de emigrar por diferentes factores a este establecimiento.
- Plantear un establecimiento de tipo social [del estado], puesto que en el distrito de Chiclayo solo existen comunidades terapéuticas de tipo privado y programas gratuitos en puesto de salud pero solo de manera ambulatoria.
- Se recomienda especialistas para atender cierto porcentaje de usuario delimitados por cada programa de tratamiento.
- Proyectar el porcentaje de área de cada zona teniendo en cuenta el tiempo de internamiento de cada paciente según el programa de tratamiento.
- Plantear una infraestructura con las estancias, ambientes, áreas donde se desarrollen las diversas actividades de los programas de tratamiento.

# **ANEXOS**

## **MARCO NORMATIVO**

### **I.- NORMA A. 030 HOSPEDAJE**

#### **CAPITULO I ASPECTOS GENERALES**

**Artículo 1.-** La presente norma técnica es de aplicación a las edificaciones destinadas a hospedaje cualquiera sea su naturaleza y régimen de explotación.

**Artículo 2.-** Las edificaciones destinadas a hospedaje para efectos de la aplicación de la presente norma se definen como establecimientos que prestan servicio temporal de alojamiento a personas y que, debidamente clasificados y/o categorizados, cumplen con los requisitos de infraestructura y servicios señalados en la legislación vigente sobre la materia.

**Artículo 3.-** Para efectos de la aplicación de la presente norma, las edificaciones destinadas a hospedaje son establecimientos que prestan servicio y atención temporal de alojamiento a personas en condiciones de habitabilidad.

**Artículo 4.-** Las edificaciones destinadas a hospedaje, deben cumplir con los requisitos de infraestructura y servicios señalados en el “Reglamento de Establecimientos de Hospedajes”, aprobado por la autoridad competente según haya sido clasificada y/o categorizada.

**Artículo 5.-** En tanto se proceda a su clasificación y/o categorización, se deberá asegurar que la edificación cumpla las siguientes condiciones mínimas:

- a)** El número de habitaciones debe ser de seis (6) o más;
- b)** Tener un ingreso diferenciado para la circulación de los huéspedes y personal de servicio;
- c)** Contar con un área de recepción;
- d)** El área de las habitaciones (incluyendo el área de clóset y guardarropa) de tener como mínimo 6 m<sup>2</sup>;

- e) El área total de los servicios higiénicos privados o comunes debe tener como mínimo 2 m<sup>2</sup>;
- f) Los servicios higiénicos deben ser revestidos con material impermeable. En el caso del área de ducha, dicho revestimiento será de 1.80 m;
- g) Para el caso de un establecimiento de cinco (5) o más pisos, este debe contar por lo menos con un sensor;
- h) La edificación debe guardar armonía con el entorno en el que se ubica;
- i) Los aspectos relativos a condiciones generales de diseño, requisitos de seguridad y accesibilidad para personas con discapacidad, deberán cumplir con las disposiciones contenidas en el presente Reglamento.

**Artículo 6.-** Los establecimientos de hospedaje se clasifican y/o categorizan en la siguiente forma:

**a) Hotel**

Establecimiento que cuenta con no menos de 20 habitaciones y que ocupa la totalidad de un edificio o parte del mismo completamente independizado, constituyendo sus dependencias una estructura homogénea. Los establecimientos de Hotel se caracterizan de 1 a 5 estrellas.

**b) Apart-Hotel**

Establecimiento de hospedaje que está compuesto por departamentos que integran una unidad de explotación y administración. Los Apart-Hotel pueden ser categorizados de 3 a 5 estrellas.

**c) Hostal**

Establecimiento de hospedaje que cuenta con no menos de 6 habitaciones y que ocupa la totalidad de un edificio o parte del mismo completamente independizado, constituyendo sus dependencias una estructura homogénea.

## **II.- NORMA: A.050: SALUD**

### **CAPITULO II: CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONALIDAD.**

ARTICULO 4: Toda obra de carácter hospitalario o establecimiento para la salud, se ubicara en los lugares que expresamente lo señalen los Planes de Acondicionamiento Territorial y Desarrollo Urbano.

Los terrenos para las edificaciones de salud se construirán sobre terrenos con las siguientes características:

En cuanto a su ubicación:

- a. Ser predominantemente planos.
- b. Estar alejados de zonas sujetas a erosión de cualquier tipo (aludes, huaycos, otros similares).
- c. Estar libres de fallas geológicas.
- d. Evitar hondonadas y terrenos susceptibles de inundaciones.
- e. evitar terrenos arenosos, pantanosos, arcillosos, limosos, antiguos lechos de ríos y/o con presencia de residuos orgánicos o rellenos sanitarios.
- f. Evitar terrenos con aguas subterráneas (se debe excavar mínimo 2.00 m. detectando que no aflore agua).

En cuanto a la disponibilidad de los servicios básicos deberán contar con:

- a. Abastecimiento de agua potable adecuada en cantidad y calidad.
- b. De no contar el núcleo urbano con servicio de desagüe, las agua servidas previamente tratadas se usaran preferentemente para el riego de áreas verdes, y los residuos y lodos producto del tratamiento deberán tratarse de acuerdo a su composición y se evacuarán hacia pozos sépticos y/o de percolación; para luego derivar los residuos a través de colectores a ríos, riachuelos u otros.
- c. Energía eléctrica y/o grupos electrógenos.
- d. Comunicaciones de Red Telefónica.

- e. Un plan de manejo de residuos sólidos considerando los espacios necesarios para la clasificación previa al tratamiento antes de su disposición final prevista para los residuos de establecimientos de atención de salud. Los residuos sólidos provenientes de establecimientos de salud no serán dispuestos junto con los residuos sólidos domiciliarios.
- f. sistema de protección contra incendios, de acuerdo a lo indicado en la Norma A-130: requisitos de Seguridad.

En cuanto a su accesibilidad:

- a. los terrenos deben ser accesibles peatonal y vehicularmente, de tal manera que garanticen un efectivo y fluido ingreso al establecimiento de pacientes y público, así como de vehículos del Cuerpo de Bomberos.
- b. Se evitará su proximidad a áreas de influencia industrial, establos, crematorios, basurales, depósitos de combustible e insecticidas, fertilizantes, morgues, cementerios, mercados o tiendas de combustible, grifos depósitos de combustible, cantinas, bares, lugares de espectáculos y en genera lugares que puedan impactar negativamente el funcionamiento de la edificación de salud.

En cuanto a su orientación y factores climáticos:

- a. Protección de vientos dominantes y temperaturas extremas.
- b. Resistencia a precipitaciones pluviales y granizadas intensas.
- c. Capacidad para lograr iluminación y ventilación natural.

Artículo 5.- las edificaciones se salud deberán mantener área libre suficiente para permitir futuras ampliaciones y para el uso de funciones al aire libre.

Los terrenos deberán ser preferentemente rectangulares con lados regulares y delimitados por dos vías.

Artículo 6.- El número de ocupantes de la edificación de saludo para efectos del cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras, se determinará según lo siguiente:



Áreas de servicios ambulatorios y diagnóstico	6.00 m2 por persona
Sector de habitaciones ( superficie total)	8.00 m2 por persona
Oficinas administrativas	10.00 m2 por persona
Área de tratamiento de pacientes internos	20.00 m2 por persona
Salas de espera	0.80 m2 por persona
Servicios auxiliares	8.00 m2 por persona
Depósitos de almacenes	30.00 m2 por persona

### III.- NORMA TÉCNICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PERÚ

Los Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de Atención se organizan de acuerdo a la normatividad vigente en las siguientes categorías:

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
PRIMER NIVEL DE ATENCION	1er. Nivel de Complejidad	I-1	Establecimiento de Salud con Profesional No Médico-Cirujano
	2do. Nivel de Complejidad	I-2	Establecimiento de Salud con Profesional Médico-Cirujano
	3er. Nivel de Complejidad	I-3	Establecimiento de Salud con Staff Profesional Médico-Cirujano sin UPSS Hospitalización
	4to. Nivel de Complejidad	I-4	Establecimiento de Salud con Staff Profesional Médico-Cirujano con UPSS Internamiento
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	5to. Nivel de Complejidad	II-1	Establecimiento de Salud con capacidad resolutive de atención ambulatoria, emergencia e internamiento
		II-E	Establecimiento de Salud especializado con capacidad resolutive de atención ambulatoria, emergencia e internamiento
	6to. Nivel de Complejidad	II-2	Establecimiento de Salud con capacidad resolutive de atención ambulatoria, emergencia, internamiento y cuidados intensivos

#### 1.- FLUJOS DE CIRCULACIONES:

- En el planeamiento y diseño de Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención, es necesario contar con los flujos de circulaciones, que permitan movimientos fáciles del personal y pacientes en el interior del Establecimiento de Salud.
- La finalidad primordial de los estudios de los flujos de circulaciones, es la obtención de una vía óptima de relación entre las UPSS del establecimiento.
- Mediante la zonificación adecuada de cada UPSS permitirá reducir al mínimo el flujo de circulación.

#### 2. PRINCIPALES NÚCLEOS DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

- Núcleo de Pacientes internados: Donde residen los pacientes internados durante el período de recuperación y tratamiento.

- Núcleo de Pacientes ambulatorios: Donde acuden los pacientes para consulta y evaluación física o mental.
- Núcleo de Ayuda al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento: Donde acuden los pacientes internados y ambulatorios, a fin de realizar exámenes de muestreo invasivos y no invasivos que permitan el diagnóstico y tratamiento más acertado y efectivo.
- Núcleo de Servicios Generales: Donde se brinda el soporte técnico y mecánico a las diferentes unidades del establecimiento para su funcionamiento integral.
- Núcleo de Administración: Zona destinada a la Dirección y Administración General del establecimiento. Núcleo de Emergencia: Donde acuden los pacientes en situación donde se pone en riesgo su vida. Núcleo de Atención y Tratamiento: Donde se ubican las Unidades de Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico.
- Núcleo de Confort Médico y Personal: Donde se ubica la residencia para el personal médico, vestidores, comedores entre otros.

### **3. TIPOS DE FLUJOS DE CIRCULACIONES:**

En un establecimiento de salud existen siete tipos de flujos de circulación, en función del tipo, volumen, horario, confiabilidad y compatibilidad:

1. Circulación de pacientes ambulatorios
  2. Circulación de pacientes internados
  3. Circulación de personal
  4. Circulación de visitantes
  5. Circulación de suministros
  6. Circulación de ropa sucia
  7. Circulación de desechos.
- La finalidad primordial del análisis de los flujos de circulación es la obtención de una vía óptima de relación entre las unidades de atención de un establecimiento

de salud. El mayor volumen de circulación lo constituyen los pacientes ambulatorios y los visitantes.

- Las circulaciones de los pacientes hospitalizados y ambulatorios debe planearse con la finalidad que en lo posible se mantenga la diferenciación entre estos pacientes y que permitan el movimiento eficaz de suministros y servicios en todo el establecimiento.
- Es necesario precisar que el tráfico de pacientes ambulatorios no acceda más allá de lo necesario y que los pacientes internados no deben mezclarse con el tráfico hospitalario.
- Dado el tráfico de visitantes que acuden al establecimiento, en el diseño se debe tener presente la necesidad de apartar en lo posible el tráfico de visitantes de las funciones cotidianas del establecimiento.

### **3.1.- FLUJOS DE CIRCULACIÓN EXTERNA:**

Es necesario considerar los ingresos y salidas, independientes para pacientes, visitantes, personal, materiales y servicios hacia las UPSS de Emergencia, UPSS Consulta Externa, UPSS Hospitalización, UPS Servicios Generales y también la salida de Cadáveres. Además se deberán tener en cuenta:

- Las zonas de estacionamiento vehicular para servidores (personal del establecimiento), visitantes, y pacientes ambulatorios entre otros.
- Para el cálculo del área de estacionamiento vehicular, se considerará un vehículo por cada cama arquitectónica proyectada.
- Debe destinarse zonas de estacionamiento reservado para pacientes y personal discapacitado de acuerdo a norma. La superficie destinada a este tipo de estacionamiento estará situada lo más cerca posible del ingreso principal y de preferencia al mismo nivel que esta.

### **3.2.- FLUJOS DE CIRCULACIÓN INTERNA:**

En los flujos de Circulación Interna se debe considerar:

- a. Considerar los procedimientos según las normas de bioseguridad para evitar el cruce simultáneo de lo limpio y sucio.
- b. La zonificación que permita ubicar los ambientes de acuerdo a su funcionalidad y secuencia de procedimiento.
- c. Evitar el cruce continuo del personal del establecimiento (interno, médico, enfermeras, técnicos) con el usuario temporal (visitante, acompañante, servidores), que vaya en contra de las normas de bioseguridad hospitalaria.

### **3.2.1.- FLUJOS DE CIRCULACIÓN HORIZONTAL:**

- Los corredores de circulación para pacientes ambulatorios e internos, personal médico y técnico y personal de servicio, tendrán un ancho mínimo de 2.20 m. para permitir el paso de las camillas y sillas de ruedas. En el caso de la UPSS Emergencia tendrá un ancho mínimo de 2.80 m.
- En los corredores deberán evitarse ubicar las cabinas telefónicas, extinguidores, bebederos, gabinete contra incendio, que obstruyan el tráfico y reducen el área de circulación.
- Los corredores externos y auxiliares, destinados al uso exclusivo del personal de servicio y/o de cargas deben tener un ancho mínimo de 1.20 metros; los corredores dentro de una Unidad deben tener un ancho de 1.80 metros y son para uso de personal.
- La circulación hacia los espacios libres, deberán contar con protecciones laterales en forma de baranda y deberán estar protegidos del sol y las lluvias.

### **3.2.2.- FLUJOS DE CIRCULACIÓN VERTICAL:**

La circulación vertical entre Unidades Asistenciales y de Soporte será a través del uso de escaleras, rampas y/o ascensores.

#### **a. Escaleras:**

- Las escaleras de uso general tendrán un ancho mínimo de 1.80 metros entre paramentos y estará provista de pasamanos.

- En las UPSS de Hospitalización, la distancia entre la última puerta del cuarto de pacientes y la escalera no debe ser mayor a 25.00 metros lineales.
- Las escaleras de Servicio y Emergencia tendrán un ancho mínimo de 1.50 metros entre paramentos y tendrá pasamanos a ambos lados.
- El paso de las escaleras tendrá una profundidad de 30 cm. y el contrapaso no será menor de 16 cm. ni mayor de 17 cm.
- Las escaleras no deberán tener llegada directa hacia los corredores y/o elevadores. Para ello, se prevé un vestíbulo que cuyo retiro mínimo será de 3.00 m. medido desde el primer contrapaso.
- Las escaleras de seguridad y evacuación se especifican en la Norma A.130 Requisitos de Seguridad indicada en el RNE.

**b. Rampas:**

- Los criterios de diseño para rampas serán aquellos considerados en la Norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad del RNE.

**c. Montacargas:**

- El traslado de limpio y sucio debe realizarse por vía separada de preferencia mediante el uso de montacargas mecánicos independientes.

**d. Ascensores (ver especialidad mecánica):**

- Su uso es obligatorio en edificaciones de establecimientos a partir de dos niveles, a excepción de aquellos cuyo segundo nivel sea de uso técnico o administrativo.
- En los accesos con áreas de circulación y salidas deberán evitarse los cruces de elementos sucios y limpios, así como de pacientes internados y ambulatorios.
- Como en el caso de las escaleras, los ascensores no deberán tener llegada directa hacia los corredores y/o escaleras. Para ello, se prevé un vestíbulo que cuyo retiro mínimo será de 3.00 metros lineales.

### **3.2.3 CALCULO DE SALIDA DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA:**

El número de ocupantes de una edificación de salud para efectos del cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras, se determinará según lo estipulado en la norma A.130 Requisitos de Seguridad indicadas en el RNE.

### **CARTERA DE SERVICIOS POR ATENCION AMBULATORIA**

#### **Consultorio de Psiquiatría:**

- Es el ambiente donde se efectúa la entrevista del médico al paciente, cuya peculiaridad es que no se requiere exploración orgánica. El área será igual al Consultorio de medicina.

#### **Consultorio Externo de Enfermería - CRED - Inmunizaciones:**

- Es el ambiente donde se atiende a pacientes niños ambulatorios que requieren de control durante su desarrollo pre escolar y las vacunas correspondientes. Contará con un área de trabajo donde se dispondrá de un mueble fijo de fácil limpieza y un lavadero con escurridor.

#### **Consultorio del Adulto Mayor:**

- Es el ambiente donde se evalúa, diagnostica y prescribe el tratamiento de pacientes de la tercera edad que requieren la atención de especialistas médicos.
- Es un consultorio igual al de Medicina General.

#### **Consultorio de Psicología:**

- Es el ambiente donde el profesional en psicología efectúa la entrevista al paciente, explorando conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente. La Psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento.
- Es un consultorio igual al de Medicina General.

#### **Consultorio de Nutrición:**

- Es el ambiente donde se evalúa el estado nutricional de individuos que requieren planes de alimentación para el cuidado de su salud. Las actividades van desde la prevención, el tratamiento, el control, la rehabilitación y hasta la investigación. El área del desempeño del nutriólogo se ubica para atender las necesidades nutricias demandadas por individuos sanos, en riesgo o enfermos.

AMBIENTES COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS CONSULTA EXTERNA	
ZONIFICACION	AMBIENTE
Admisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hall Público e Informes</li> <li>• Admisión, Citas y Registro</li> <li>• Archivo de Historias Clínicas (Activas)</li> <li>• Caja</li> <li>• Oficina de Servicio Social</li> <li>• Oficina de Seguros</li> <li>• Oficina del RENIEC</li> <li>• Oficina de Referencia y Contrarreferencia</li> </ul>

#### **Hall Público e Informes:**

- Son los ambientes primarios que permiten la recepción de los pacientes y público en general, donde se les proporciona información verbal y escrita de acuerdo a su solicitud y, asimismo, sobre las actividades que realiza el establecimiento de salud.
- Tendrá relación inmediata con el Ingreso Principal y próxima a la Sala de Espera de Consulta Externa.
- Dispondrá de un mueble fijo, abierto y con acceso de cableado para cómputo.
- Se considerará un área para estacionar camillas y sillas de ruedas de acuerdo a la demanda estimada en el establecimiento de salud y en razón de:
  - 2.00 m2 por cada camilla.
  - 0.50 m2 por cada silla de ruedas.

#### **Admisión, Citas y Registro:**

- Es el ambiente que procesa la admisión de nuevos pacientes, continuadores y a la espera de los pacientes a ser atendidos.



- Tendrá relación inmediata con el Ingreso Principal y próxima a las UPSS de Consulta Externa e Internamiento.

### **Sala de Espera:**

- Es el ambiente destinado a la permanencia temporal de los pacientes antes de ser atendidos en los consultorios externos.
- Tendrá relación directa con los ambientes de Admisión y el área de consultorios.
- Para el dimensionamiento de la Sala de Espera se debe considerar un área estimada en razón de: - 10 personas por cada consultorio médico a 1.20 m<sup>2</sup> por persona. - 0.5 personas con discapacidad por consultorio médico a 1.50 m<sup>2</sup> por persona.
- Tanto la Sala de Espera como los corredores internos de circulación deberán tener contra zócalo sanitario para permitir la antisepsia del paciente ambulatorio.
- Se debe tener en cuenta que debe existir una Espera privada para pacientes con enfermedades transmisibles.
- En Hospitales con menos de 50 camas sólo se consideran el consultorio para el médico jefe y en hospitales con más de 50 camas se considera un ambiente para el Jefe de la Unidad de Consulta Externa.
- Por cada 20 consultorios se tendrá un closet para guardar material médico.
- Tanto la Sala de Espera como los corredores internos de circulación, deberán tener contra zócalo sanitario para permitir la antisepsia del paciente ambulatorio.

<b>Para uso público:</b>					
<b>N° de Consultorios</b>	<b>Hombres</b>			<b>Mujeres</b>	
	<b>Inod.</b>	<b>Lav.</b>	<b>Urin.</b>	<b>Inod.</b>	<b>Lav.</b>
Hasta 4 consultorios	1	1	1	1	1
De 4 a 14 consultorios	2	2	2	2	2
Por cada 10 consultorios adicionales	1	1	1	1	1

<b>Para uso de personas con discapacidad y/o gestantes:</b>					
	<b>Hombres</b>			<b>Mujeres</b>	
	<b>Inod.</b>	<b>Lav.</b>	<b>Urin.</b>	<b>Inod.</b>	<b>Lav.</b>
Servicio Higiénico	1	1	1	1	1

## **CRITERIOS BASICOS ARQUITECTONICO, SEÑALETICA Y SEGURIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD II-1 Y II-E**

La infraestructura física de todo establecimiento de salud, deberá garantizar la confiabilidad y continuidad de la operación de sus servicios. Para la optimización de los espacios y el adecuado equipamiento, se debe tener en cuenta lo siguiente:

### **1. CRITERIOS ARQUITECTONICOS**

#### **Diseño y Funcionalidad:**

- Los establecimientos de salud deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable, de acuerdo a la función, mobiliario, equipo y condiciones climáticas de la región; con materiales y distribución adecuados para su adaptación al medio ambiente.
- Los proyectos deben ser modulares y flexibles, con posibilidades de adaptación y crecimiento acordes a las necesidades de los establecimientos de salud. La interrelación eficiente de espacios y áreas debe optimizar tiempos y movimientos.
- No debe haber elementos arquitectónicos que puedan causar lesiones a los usuarios.
- Las áreas de espera deben proporcionar comodidad y seguridad al paciente y su acompañante.
- Los servicios sanitarios deben estar en la proporción que requiera la demanda de pacientes y acompañantes, cumpliéndose con lo establecido en el Reglamento Nacional de Edificaciones.

### **Tecnologías Constructivas:**

- En la medida de lo posible, se deberá incorporar tecnologías que propicien las mejores condiciones de habitabilidad y confort.
- Se utilizarán sistemas constructivos e instalaciones tendientes a garantizar la integridad del inmueble y sus usuarios, así como el diseño de estructuras con una visión a futuro.
- Los materiales de construcción se elegirán de acuerdo a la disponibilidad de recursos de cada región, cautelando que estos garanticen seguridad e higiene para el establecimiento, pudiendo ser de adobe reforzado, ladrillo, cemento, bloqueta, madera, quincha, prefabricado.
- En el caso que la única alternativa sea la construcción en adobe, este será de adobe reforzado y se basará en la Norma Técnica de Edificación E.080, Adobe (Reglamento Nacional de Edificaciones).

### **Accesibilidad – Ingresos - Circulación:**

- Se deberá facilitar el ingreso y salida al establecimiento, del personal, pacientes y visitantes, y en especial, de aquellas personas con algún grado de discapacidad, mediante el empleo de elementos arquitectónicos.
- Los corredores de circulación para pacientes ambulatorios e internados ubicados deben tener 2.20 m. de ancho, mientras que los corredores de servicio serán de 1.80 como mínimo, a fin de permitir el desplazamiento de sillas de ruedas y camillas.
- El paso de la escalera debe tener una profundidad de 30 cm. y la altura de la grada (contrapaso) no será mayor de 15 cm. Los pisos de las gradas deben estar revestidos con material antideslizante.
- El flujo de circulación propuesto en el diseño deberá evitar el cruce de las zonas limpias y sucias y el de los pacientes internados con los ambulatorios.

### **Área Libre:**

- En el diseño de nuevos establecimientos, se deberá considerar un área libre no menor al 50% del área total del terreno, el cual se distribuirá de la siguiente manera:
  - i. 35% para áreas verdes, estacionamientos y patios de ventilación e iluminación.
  - ii. 15% para futuras ampliaciones.

#### **Climatización - Orientación:**

- La Climatización preferentemente debe ser por medio de sistemas pasivos, considerando la orientación solar, vientos dominantes y el estudio y análisis de los materiales de construcción.
- Las alturas libres interiores no podrán ser inferiores a 2.70 m. considerados desde el nivel de piso terminado al cielorraso o falso cielorraso (según el caso). En zonas cálidas y/o tropicales, las alturas podrán incrementarse de acuerdo a las características ambientales de cada región.

#### **Ventilación e Iluminación:**

- El establecimiento de salud deberá contar preferentemente con ventilación e iluminación naturales (no forzadas o artificiales), para lo cual se debe considerar el óptimo dimensionamiento y la orientación de las ventanas.
- Los ingresos, zonas de atención y espera de los pacientes, público y visitas, deben tener luz y ventilación naturales adecuadas.
- Una buena consideración de la orientación de los vientos evita la contaminación con olores y humos especialmente en las áreas de internamiento.
- Todos los ambientes del establecimiento deberán contar con iluminación natural pero evitando que los rayos del sol ingresen en forma directa, para lo cual es necesario considerar el grado de asoleamiento de la zona. Están exceptuados los servicios higiénicos y los ambientes de limpieza.

### **Precipitación Pluvial:**

- En zonas donde cae la lluvia constantemente, se debe considerar la magnitud de la precipitación pluvial para efecto del diseño de los techos y cubiertas en cada establecimiento, asimismo se debe tener en cuenta los microclimas existentes en cada zona para proponer un sistema adecuado de evacuación pluvial y su canalización correspondiente y normativa.
- Con la finalidad de disminuir los efectos ocasionados por las lluvias y las inundaciones, se dotará a la edificación de un sobrecimiento de altura adecuada, según la inundación más probable.

De la parte exterior del establecimiento de salud:

- En todas las edificaciones se deben considerar veredas perimetrales que protejan los muros de la humedad ocasionada por el agua de lluvia y/o de riego de áreas verdes. Esta protección además considerará contrazócalos de cemento pulido e impermeabilizado, con una altura mínima de 0.50 m.

### **Flujo de circulación horizontal:**

- Las veredas deben tener, cuando lo requiera, una canaleta de evacuación de aguas pluviales.
- Los corredores externos y auxiliares destinados al uso exclusivo del personal de servicio deben tener un ancho mínimo de 1.20 m.
- Los pacientes ambulatorios no deben acceder a las zonas de los pacientes internados, durante su desplazamiento a los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- La circulación hacia los espacios libres contará con protecciones laterales y deben estar protegidos del sol y las lluvias. No se ubicará cabinas telefónicas, extintores, bebederos, coches u otros artefactos en los corredores que reduzcan el área de circulación.
- En caso existan desniveles entre pisos terminados de 15 cm. o más, es preferible proponer una rampa que una los dos niveles.

**Rampas:**

- El ancho de rampa será variable pero nunca menor de 1.00 m. entre paramentos para pacientes y de 1.50 m. para servicio.
- La pendiente de la rampa no debe ser mayor al 6% (mínimo 1:12).
- El acabado del piso debe ser antideslizante y/o bruñado cada 10 cm. y deberá tener barandas a ambos lados.
- En caso de existir desniveles entre las unidades se debe usar rampas. Las rampas a ser usadas como medio de evacuación deben tener un ancho mínimo 1.20 m., inclinación máxima de 6% y longitud de descansos de 1.80 m.

**Flujo de circulación vertical:**

- Las escaleras de uso de pacientes y visitantes deben tener un ancho mínimo de 1.80 m. entre pasamanos y estos deben estar a una altura de 90 cm. del piso en ambos lados.
- Las escaleras destinadas para uso exclusivo de personal tendrán 1.20 m. de ancho mínimo.
- Los pasamanos deben diseñarse de modo que resistan una carga mínima de 75 Kg/m aplicada en cualquier dirección y sobre cualquier punto de los pasamanos. Asimismo, el diseño deberá tener al menos un elemento intermedio longitudinal a la mitad de la altura desde el nivel de piso hasta el nivel del pasamano.

**Montacargas:**

- Se emplearán solo para el traslado de carga limpia y deberán abrirse hacia un ambiente techado, nunca hacia pasadizos.

**De los materiales de acabado:**

- **Pisos:** Se deben utilizar materiales antideslizantes, lisos, durables y de fácil mantenimiento (limpieza) y teniendo en cuenta su uso por ambientes.

- **Enchape de muros:** Se debe emplear materiales lisos que no acumulen polvo, que permitan una limpieza fácil, asimismo, los materiales deben ser de acuerdo al uso de los ambientes.

### **De las Puertas:**

La altura del vano de la puerta no será menor a 2.10 m.; asimismo, con el objeto de favorecer la ventilación e iluminación de los ambientes, se podrá colocar sobre luz, que puede ser tipo persiana de madera, vidrio o malla.

Los anchos mínimos de las puertas serán:

- Puerta Principal de ingreso al establecimiento (2 hojas) 1.80 m.
- Puerta Principal para vehículos 3.00 m.
- Puerta de Ingreso de Control de Personal 1.00 m.
- Puerta de Admisión - Archivo de Historias Clínicas 1.00 m.
- Puerta de Tópico 1.20 m.
- Puerta de Consultorios, Farmacia 1.00 m.
- Puerta de Caja 0.90 m.
- Puerta de Oficinas, Laboratorios 1.00 m.
- Puerta de Rayos X 1.20 m.
- Puerta de Ecografía 1.00 m.
- Puerta de Internamiento 1.20 m.
- Puerta de Pase entre corredores (2 hojas) 1.80 m.
- Puerta de Sala de Partos (2 hojas) 1.80 m.
- Puerta de Sala de Operaciones (2 hojas) 1.80 m.
- Puerta de Neonatos 1.00 m.
- Puerta de Esterilización 1.00 m.

- Puerta de Cadena de Frio 1.00 m.
- Puerta de Almacén General (2 hojas) 1.80 m.
- Puerta de Oficina de Saneamiento Ambiental 1.00 m.
- Puerta de Caseta del Grupo Electrógeno 1.20 m.
- Puerta Cuarto de Bomba de Agua 1.00 m.
- Puerta de SS.HH. Públicos 0.90 m.
- Puerta de SS.HH. Pacientes 0.80 m.
- Puerta de SS.HH. Personal (Individual) 0.80 m.
- Puerta de SS.HH. Personal (Colectiva) 0.90 m.
- Puerta de SS.HH. Personal (Colectiva) 0.90 m.
- Puerta de SS.HH. Discapacitado y/o Gestante 1.00 m.

#### **De las Ventanas:**

- Todos los ambientes deberán tener ventanas que abran hacia el exterior, patio o ductos de ventilación. No debe considerarse abrir ventanas hacia los corredores y pasajes cubiertos de circulación interna.
- El área mínima de iluminación será de 20% del área del ambiente. El área mínima de ventilación de las ventanas será el 50% del área de la ventana.

## **2. SEÑALETICA**

- La identificación exterior del establecimiento de salud y la orientación e información al interior del establecimiento se basara en la Norma de Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud.
- Se recomienda eliminar las barreras de acceso, especialmente las físicas para las personas que tiene algún grado de discapacidad, y contar con sistemas de circulación fluidos y bien señalizados incorporando medidas especiales para la fácil lectura de las señales por los adultos mayores.



### **3. SEGURIDAD Y PREVISION DE SINIESTROS**

- Para el diseño del acápite de criterios técnicos de seguridad se tendrá en cuenta lo establecido en la NTE A.130 Requisitos de Seguridad, Título III del Reglamento Nacional de Edificaciones y la Norma Técnica de Salud N° 037-MINSA/OGDN-V.01.

#### **IV.- REGLAMENTO DE LA LEY N° 29765, LEY QUE REGULA EL ESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES, QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS TÍTULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1°.-** Objeto. El presente Reglamento, establece los requisitos y las normas para la organización y funcionamiento de los Centros de Atención para Dependientes que operan bajo la modalidad de Comunidades Terapéuticas, en adelante: Comunidades Terapéuticas, orientadas a garantizar los derechos de los usuarios, la calidad de las prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación del cumplimiento del presente Reglamento.

**Artículo 2°.-** Aplicación. El presente Reglamento será de aplicación para las Comunidades Terapéuticas, en todo el territorio nacional.

**Artículo 3°.-** Funcionamiento. Las Comunidades Terapéuticas, funcionan bajo la responsabilidad de un Director General, siendo corresponsables en el ámbito de sus competencias: el Director Administrativo, el Director Médico y el Equipo terapéutico multidisciplinario.

**Artículo 4°.-** Obligatoriedad. Las Comunidades Terapéuticas están obligadas a garantizar la calidad de la atención que ofrecen a sus usuarios, a protegerlos integralmente contra riesgos; proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda. **Artículo 5°.-** Condiciones. Las Comunidades Terapéuticas deben establecer condiciones igualitarias en la calidad de las prestaciones que brinden, independientemente de las condiciones económicas, sociales, de género y de creencias de los usuarios.

**Artículo 6°.-** Registro de las Comunidades Terapéuticas. Una vez constituidas, las comunidades terapéuticas cuentan con un plazo de treinta (30) días calendario para registrarse ante la autoridad de salud. El procedimiento será de la siguiente manera: 1. Inscripción en la Página Web del Ministerio de Salud, ingresando la información al Registro Nacional de Comunidades Terapéuticas, del cual obtendrá un Código Provisional. Esta inscripción tendrá el carácter de Declaración Jurada. 2. Con el impreso del registro en la Web, presentará ante la autoridad de salud de la jurisdicción la

documentación que sustente los datos registrados en el Registro Nacional de Comunidades Terapéuticas. La autoridad sanitaria correspondiente verificará la autenticidad del contenido de dicha declaración, procediendo a realizar su registro y generando un código único del prestador, con lo cual quedará registrada la Comunidad Terapéutica.

**Artículo 7º.-** Documentación para el registro. Para la emisión de la autorización señalada en el artículo 6º del presente Reglamento, las Comunidades Terapéuticas, deberán presentar la siguiente información: 1. Copia autenticada del Testimonio de la Escritura Pública de Constitución, que contendrá el nombre del representante legal. 2. Copia simple de la Ficha de Registro Único del Contribuyente, RUC. 3. Nombre, dirección y croquis de ubicación geográfica. 4. Copia del Certificado o constancia de Zonificación y/o Certificado de Compatibilidad de Uso del lugar donde funcionará la Comunidad terapéutica, otorgado por la municipalidad de la jurisdicción. 5. Copia autenticada del título de propiedad del inmueble, contrato de arrendamiento o cesión de uso. 6. Programa Terapéutico que especificará como mínimo: a) el objetivo; b) el rango de edad y sexo de la población objetivo; c) servicios a ofertar; d) horario de atención; e) el programa de rehabilitación: describirá las actividades terapéuticas y otras que se vayan a ejecutar, las que incluirán laborterapia y talleres. 7. Manual de Procedimientos: deberá describir los procesos que seguirá la Comunidad Terapéutica desde el ingreso hasta el alta del usuario, conforme al programa terapéutico y de rehabilitación. 8. Reglamento Interno: deberá especificar las reglas de funcionamiento de la Comunidad Terapéutica. 9. Copia del formato de "Contrato Terapéutico" que suscribirá la Comunidad Terapéutica con el usuario o tutor o curador o mandatario judicial; y del familiar, ascendientes o descendiente, cónyuge o hermano(a), u otra persona designada por el usuario que apoye el tratamiento comunitario a recibir. 10. Relación del personal que laborará en la Comunidad Terapéutica para su funcionamiento y atención, especificando sus responsabilidades y/o cargos asignados. 11. Copia autenticada del título profesional, copia simple del Documento Nacional de Identidad - DNI, y habilitación profesional del Director General y Director Médico. 12. Copia autenticada del título profesional, DNI y habilitación profesional de los integrantes del equipo multidisciplinario y, los registros de especialistas en el caso que corresponda. 13. Copia del DNI y documentación del personal técnico y administrativo que acredite su idoneidad para el ejercicio del cargo asignado. 14. Certificado negativo de antecedentes penales de todo el personal de la Comunidad

Terapéutica. 15. Certificado de capacitación de los Consejeros extendido por instituciones públicas o privadas. 16. Certificado de salud mental de los Consejeros otorgados por dependencias especializadas del Ministerio de Salud. 17. Copia simple de la inscripción ante el Registro Nacional de Consejeros del Ministerio de Salud.

**Artículo 8°.-** Verificación y autorización de funcionamiento. Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, verificarán la información presentada en el artículo 7° y además constatarán lo siguiente: 1. Infraestructura: que los ambientes para dormitorio cumplan como mínimo con un área de 8 m<sup>2</sup> en unipersonales y 7.20 m<sup>2</sup> por cama cuando se trata de cuartos múltiples, con separación de 1.0 m entre cada cama. Solo se podrá disponer de camarotes de 2 niveles. 2. Relación de medicamentos que contendrá el botiquín de emergencia, de acuerdo a la normativa aplicable. Una vez efectuada la verificación, en un plazo de treinta (30) treinta días, las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, emitirán la resolución que autorice el funcionamiento como Comunidad Terapéutica Tipo I o Comunidad Terapéutica Tipo II, conteniendo el Registro de Código Único de Comunidad Terapéutica. En caso de Observaciones realizadas en la visita de verificación, las Comunidades Terapéuticas levantarán dichas observaciones en un plazo que no excederá a 30 (treinta) días calendario.

**Artículo 9°.-** Condiciones de funcionamiento. Se requerirá autorización de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces para implementar modificaciones de las plantas físicas o de los objetivos y campos de acción de la Comunidad Terapéutica, sin perjuicio de los requisitos exigidos por el gobierno local respectivo. Todo cambio o modificación de la información declarada por el interesado, así como cierres temporales o definitivos de la Comunidad Terapéutica o su reapertura, deben ser comunicados a las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario posteriores, de ocurrido el hecho que motiva la comunicación, sin perjuicio de la comunicación que deberá efectuar al gobierno local respectivo. La documentación comprobatoria de la información suministrada para su autorización de funcionamiento deberá conservarse en el local de la Comunidad Terapéutica y estará a disposición de la autoridad de salud para su revisión cuando ésta lo solicite. Las Comunidades Terapéuticas tendrán organizado y debidamente

equipado su sistema de seguridad interna, en concordancia con lo establecido por el Sistema Nacional de Defensa Civil (SINADECI), debiendo contar con un Libro de Ocurrencias, debidamente foliado y donde se consignarán las acciones, hechos o hallazgos que hayan tenido lugar. Toda comunidad Terapéutica deberá contar con un libro de ingresos y un libro de altas o egresos de los usuarios.

**Artículo 10°.-** Vigencia de la Autorización. La autorización de funcionamiento de la Comunidad Terapéutica tendrá una vigencia de tres (03) años. La renovación de la autorización se solicitará tres (03) meses antes del vencimiento de la autorización vigente, debiendo cumplir con los mismos requisitos establecidos en el artículo 7° y 8° del presente Reglamento.

## **TÍTULO SEGUNDO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

### **CAPÍTULO I GENERALIDADES**

**Artículo 11°.-** Definición de Comunidad Terapéutica. Para los efectos de presente Reglamento, se entenderá como Comunidad Terapéutica, a un centro de atención de salud para personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias, que se establecen en ambientes residenciales debidamente estructurados, en un marco ético y moral bien definido, y operan en un clima altamente afectivo como un modelo adecuado de tratamiento alternativo, bajo cualquier forma societaria o asociativa establecida en nuestra legislación, cuya finalidad es la rehabilitación y reinserción en la sociedad de la persona dependiente a sustancias psicoactivas.

**Artículo 12°.-** Población objetivo de la Comunidad Terapéutica. Las Comunidades Terapéuticas solo admitirán a usuarios mayores de edad y del mismo sexo. En el caso de menores de edad su admisión estará sujeta a lo dispuesto en la normativa legal aplicable.

**Artículo 13°.-** Tipos de Comunidades Terapéuticas. Las Comunidades Terapéuticas serán clasificadas por la Autoridad de Salud, que emita su autorización de funcionamiento, de acuerdo al tipo de prestación que brindan, en: 1. Comunidad Terapéutica Tipo I Es un Centro de Atención de salud, donde se desarrollan actividades de tratamiento y rehabilitación de personas con dependencia a sustancias psicoactivas sin comorbilidad o con comorbilidad clínica y/o psiquiátrica leve. 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. 2. Comunidad Terapéutica Tipo II Es un Centro de Atención de salud donde se desarrollan actividades de tratamiento y rehabilitación de personas con dependencia a sustancias psicoactivas sin comorbilidad o con comorbilidad clínica y/o psiquiátrica leve, moderada o severa que requieren una atención de salud de mayor complejidad y especialización. En los casos de comorbilidad clínica solamente podrán internarse los usuarios con tratamiento establecido por médico tratante para esa comorbilidad.

**Artículo 14°.-** Otras actividades de las Comunidades Terapéuticas. Las Comunidades Terapéuticas podrán realizar acciones de prevención, promoción, investigación, capacitación y docencia en el ámbito de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y problemas asociados, con las autorizaciones de las autoridades competentes, cuando corresponda.

**Artículo 15°.-** La Historia Clínica. Todas las atenciones que reciban los usuarios de las Comunidades Terapéuticas deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica. La historia clínica es el documento médico legal en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del usuario, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de la salud brindan al usuario. Incluye los siguientes elementos: 1. Hoja médica. 2. Hoja psicológica, 3. Hoja de socio aprendizaje (donde se considera el trabajo de los consejeros, dinámicas de grupos, encuentros matutinos, etc.), 4. Hoja familiar, 5. Las fichas legales, de ser pertinente. Deberá elaborarse con letra legible y sin enmendaduras. Cada anotación que se efectúe debe contar con fecha, hora, nombre, firma del responsable y número de colegiatura si correspondiera. Al inicio o pie de cada folio se debe consignar la identidad del usuario, el número de la historia clínica, de acuerdo a lo normatividad vigente. Todo diagnóstico registrado en una historia clínica debe consignarse utilizando términos de uso corriente en la literatura científica, los que serán tabulados o codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

**Artículo 16°.-** El archivo de Historias Clínicas La Comunidad Terapéutica está obligada a organizar, mantener y administrar un archivo de historias clínicas adoptando medidas que garanticen la seguridad y confidencialidad de los usuarios.

## **CAPÍTULO II DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

**Artículo 17°.-** Estructura de la comunidad terapéutica. La Comunidad Terapéutica, según el tipo de prestación que brinda, deberá contar con la siguiente estructura básica: I. Comunidad Terapéutica Tipo I.

a) Dirección General La Dirección General de la Comunidad Terapéutica Tipo I estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en adicciones en instituciones debidamente acreditadas, quien es el responsable legal ante cualquier autoridad. Es responsable de: - Dirección; conducción de todos los procesos de la gestión de la Comunidad Terapéutica. - Planeamiento; conducción en el diseño del funcionamiento de la Comunidad Terapéutica y la planificación de las acciones asistenciales y administrativas que se desarrollarán, incluidas en el Plan Operativo Anual de la Comunidad Terapéutica. - Organización; conducción a fin de garantizar el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, tanto en el área administrativa como asistencial, Además realiza la estandarización de la práctica clínica y de los procedimientos psicoterapéuticos. - Control; conducción en el diseño e implementación de las acciones que permitirán verificar el cumplimiento de las actividades administrativas y asistenciales programadas, con participación del personal y en coordinación con el área de calidad o su equivalente, orientadas a la mejora permanente de la calidad de atención.

b) Dirección Administrativa La Dirección Administrativa es ejercida por una persona natural que acredite formación en el área de administración y conocimientos básicos sobre dependencia a sustancias psicoactivas y no tener antecedentes penales. Es responsable de: - La parte contable, financiera y logística del Centro, en coordinación con el Director General, sin intervención en los aspectos terapéuticos. - Remitir a la autoridad de salud, las modificaciones que se presenten concernientes a la información y documentación consignada en la solicitud inicial de autorización, para su evaluación y aprobación, en caso fuera procedente. - Cuidar que en la Comunidad Terapéutica se coloque y se exhiba en el área de ingreso y en lugar visible, la licencia de funcionamiento expedida por la municipalidad y la autorización otorgada por la autoridad de salud correspondiente. - El cumplimiento de las obligaciones administrativas y tributarias que correspondan a la Comunidad Terapéutica. - Coordinar con el Director General para el cumplimiento del

Reglamento Interno de la Comunidad Terapéutica y lo establecido en el presente Reglamento. - La seguridad de la Comunidad Terapéutica de acuerdo al Plan de Seguridad, aprobado por Defensa Civil. c) Dirección Médica El Director Médico debe ser un médico cirujano capacitado y/o con experiencia mínima de un (01) año en tratamiento de usuarios con dependencia a sustancias psicoactivas. Es responsable de: - El manejo asistencial de las comunidades terapéuticas. - Participar en la planificación, ejecución y evaluación conjuntamente con el equipo terapéutico multidisciplinario del proceso de tratamiento terapéutico. - Elaborar el registro y notificación oportuna para la autoridad de salud, en base a los conceptos determinados por la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, OPS-OMS, para favorecer el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica, entre otros. d) Equipo Terapéutico Multidisciplinario Estará integrado por profesionales de la salud, como mínimo con un psicólogo y una enfermera; técnicos y consejeros capacitados en adicciones, debidamente acreditados, que participarán en el programa terapéutico. La Comunidad Terapéutica garantizará la presencia de un integrante del equipo terapéutico multidisciplinario en forma permanente durante las veinticuatro (24) horas del día. (Mínimo 1 integrante por cada 30 usuarios) II. Comunidad Terapéutica Tipo II.

a) Dirección General La Dirección General de la Comunidad Terapéutica II estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en adicciones en instituciones debidamente acreditadas, quien es el responsable legal ante cualquier autoridad. Es responsable de: - Dirección; conducción de todos los procesos de la gestión de la Comunidad Terapéutica - Planeamiento; conducción en el diseño del funcionamiento de la Comunidad Terapéutica y la planificación de las acciones asistenciales y administrativas que se desarrollarán, incluidas en el Plan Operativo anual de la Comunidad Terapéutica. - Organización; conducción a fin de garantizar el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, tanto en el área administrativa como asistencial, Además realiza la estandarización de la práctica clínica y de los procedimientos psicoterapéuticos. - Control; conducción en el diseño e implementación de las acciones que permitirán verificar el cumplimiento de las actividades administrativas y asistenciales programadas, con participación del personal y en coordinación con el área de calidad o su equivalente, orientadas a la mejora permanente de la calidad de atención. b) Dirección Administrativa La Dirección Administrativa es ejercida por una persona natural que acredite formación en el área de administración y conocimientos básicos sobre dependencia a sustancias



psicoactivas. En caso de ser ex-consumidor rehabilitado, deberá acreditar haber permanecido en abstinencia durante los últimos cinco años, mediante certificado de un centro acreditador del Ministerio de Salud y no tener antecedentes penales. Es responsable de: - La parte contable, financiera y logística del Centro de Atención, en coordinación con el Director General, sin intervención en los aspectos terapéuticos. - Remitir a la autoridad de salud, las modificaciones que se presenten concernientes a la información y documentación consignada en la solicitud inicial de autorización, para su evaluación y aprobación en caso fuere procedente. - Cuidar que en la Comunidad Terapéutica se coloque y se exhiba en el área de ingreso y en lugar visible, la licencia de funcionamiento expedida por la municipalidad y la autorización otorgada por la autoridad de salud correspondiente. - El cumplimiento de las obligaciones administrativas y tributarias que correspondan a la Comunidad Terapéutica. - Coordinar con el Director General para el cumplimiento del Reglamento Interno de la Comunidad Terapéutica y lo establecido en el presente reglamento. - La seguridad de la Comunidad Terapéutica de acuerdo al Plan de Seguridad, aprobado por Defensa Civil. c) Dirección Médica El Director Médico debe ser un médico psiquiatra con experiencia acreditada mínima de dos (02) años en tratamiento de usuarios con dependencia a sustancias psicoactivas. Es responsable de: - La aplicación del Programa Terapéutico. - Participar en la planificación, ejecución y evaluación del todo el proceso de tratamiento terapéutico, conjuntamente con el equipo terapéutico multidisciplinario. - Elaborar el registro y notificación oportuna para la autoridad de salud, en base a los conceptos determinados por la OPS-OMS para favorecer el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica, entre otros. - Presidir la comisión de evaluación de la Comunidad Terapéutica para el alta terapéutica de los usuarios. - La atención, tratamiento y seguimiento de los usuarios de la Comunidad Terapéutica. d) Equipo Terapéutico Multidisciplinario Estará conformado por profesionales capacitados en el tratamiento y rehabilitación de usuarios dependientes a sustancias psicoactivas y contará, como mínimo, con un médico, un psicólogo y un enfermero. Además, podrá estar integrado por trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores o psicopedagogos, otros profesionales; y técnicos capacitados y consejeros en adicciones que participarán en el programa terapéutico. La Comunidad Terapéutica garantizará la presencia de personal de salud y consejeros del equipo terapéutico multidisciplinario en forma permanente durante las veinticuatro (24) horas del día. (Mínimo 1 profesional de salud por cada 20 usuarios) Artículo 18°.- El instrumento de registro de información. Las Comunidades Terapéuticas deberán contar con instrumentos de registro de información

confiables que permitan la generación de indicadores de acuerdo a la normatividad vigente del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), conforme al Anexo N°1: Ficha de Notificación (RIDET) del presente Reglamento.

### **CAPÍTULO III DE LA CONSEJERÍA EN DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**Artículo 19°.-** Definición de la consejería en adicciones. La consejería es una modalidad de intervención de ayuda al usuario para esclarecer y entender auto declaraciones y concepciones distorsionadas sobre sus vidas, la emisión de conductas des adaptativas y dificultades en las relaciones interpersonales, mediante el incremento de las expectativas de auto eficacia y sobre todo de la solución de problemas, utilizando el principio de la ayuda mutua, el modelamiento, así como el cambio o flexibilización de los esquemas mentales des adaptativos. Contribuye al logro de estilos de vida más satisfactorios y con calidad a través del desarrollo personal. La consejería en adicciones puede ser brindada por profesionales de la salud. En caso de consejeros no profesionales deben estar inscritos en el Registro Nacional de Consejeros del Ministerio de Salud.

### **CAPÍTULO IV DE LA ADMISIÓN E INTERNAMIENTO DE USUARIOS**

**Artículo 20°.-** Admisión de internamiento. La admisión de internamiento de los usuarios se efectuará: 1. A solicitud de la persona, previo consentimiento informado. 2. A solicitud del tutor, en caso de menor de edad. 3. A solicitud del curador, en caso de interdicto. 4. Por mandato judicial.

**Artículo 21°.-** Ingreso. El usuario sólo o acompañado de familiares solicita su ingreso a la Comunidad Terapéutica. Una vez ingresado, es registrado en el libro de registro de admisión y se le practica la evaluación inicial que se consigna en la nota de ingreso, y la evaluación integral. Además, suscribirá un contrato terapéutico en el que se definirá el programa terapéutico que se le aplicará. En los casos de menores de edad, interdictos, por mandato judicial o por familiares, el ingreso será solicitado por el tutor o curador o mandatario judicial o familiares y se procederá en forma similar al párrafo precedente.

**Artículo 22°.-** Evaluación inicial. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de ingresado el usuario, se le asignará una nota de ingreso en la que se consignará: 1. Datos de filiación.

2. Motivo de Ingreso. 3. Examen físico y mental. 4. Diagnóstico preliminar. 5. Plan de trabajo.

**Artículo 23°.-** El Libro de Registro de Admisión. Las Comunidades Terapéuticas están obligadas a llevar un Libro de Registro de Admisión de Internamiento de usuarios, debidamente foliado, donde constará obligatoriamente la siguiente información: 1. Apellidos y Nombres del usuario. 2. Número del Documento Nacional de Identidad o del pasaporte, en caso que sea extranjero. 3. Estado civil. 4. Domicilio. 5. Fecha de ingreso a la institución. 6. Motivo de ingreso. 7. Diagnósticos asociados. 8. Apellidos, nombres y número del Documento Nacional de Identidad del familiar, ascendientes o descendiente, cónyuge o hermano(a), u otra persona designada por el usuario que apoye el tratamiento comunitario a recibir por el usuario. 9. Cuando corresponda, apellidos, nombres y número del Documento Nacional de Identidad de tutor o curador o mandatario judicial.

**Artículo 24°.-** El Contrato Terapéutico. Los usuarios o tutores o curadores o mandatarios judiciales o casos excepcionales que soliciten el ingreso a la Comunidad Terapéutica, suscribirán un Contrato Terapéutico, en el que se especificará lo siguiente: 1. Consentimiento informado. 2. Compromiso de responsabilidad. 3. Condiciones económicas de estadía. 4. Derechos y obligaciones del usuario y de la Comunidad Terapéutica. 5. Compromiso del familiar o persona designada por el usuario a participar en la rehabilitación, de acuerdo al Programa Terapéutico y de Rehabilitación, incluyendo el compromiso de no abandono al usuario durante su tratamiento. 6. Síntesis del Programa Terapéutico y de Rehabilitación que recibirá. 7. Límite de reingresos, que será determinado por la Comunidad Terapéutica, luego de una alta voluntaria. 8. Causas por las que puede ser excluido del programa terapéutico. 9. Régimen de contacto con el exterior. 10. Reglamento Interno de la Comunidad Terapéutica, conteniendo todas las normas y sanciones por transgresión al mismo. El Contrato Terapéutico debe ser firmado por el usuario o tutor o curador o mandatario judicial; el Director General de la Comunidad Terapéutica; y un familiar o persona designada por el usuario, o tutor o curador o mandatario judicial, garantizándose el respeto de la voluntad y del consentimiento informado, establecido por Ley. En los casos excepcionales en los que no se cuente con el consentimiento informado de la persona que presenta la adicción, el Contrato Terapéutico será suscrito por un familiar adjuntando el Informe de la Junta Médica que indicó el internamiento.

**Artículo 25°.-** Evaluación integral. Dentro de los diez (10) días calendario de ingresado el usuario, el Equipo Terapéutico multidisciplinario deberá realizar una evaluación integral (médica, psicológica y social) de la persona dependiente que ingresa a la Comunidad Terapéutica, para priorizar las intervenciones que se realizarán en el Programa Terapéutico y de Rehabilitación. En dicha evaluación se consignará el diagnóstico multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento, de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La evaluación integral incluirá además: 1. Examen clínico para detectar complicaciones físicas o neurológicas, apoyado en exámenes de gabinete y de laboratorio priorizando la detección de enfermedades transmisibles. 2. Pruebas toxicológicas para la identificación rápida de la(s) droga(s) u otras sustancias tóxicas presentes en los fluidos corporales (orina y sangre).

**Artículo 26°.-** Del programa terapéutico. Toda Comunidad Terapéutica deberá contar con un Programa Terapéutico y de Rehabilitación. El enfoque terapéutico debe ser concordante con el tipo de Comunidad Terapéutica, según la clasificación del artículo 13° del presente reglamento. El Programa Terapéutico y de Rehabilitación deberá: 1. Incorporar programa de actividades diarias y de intervenciones terapéuticas con bases científicas, aplicado por cada uno de los integrantes del equipo terapéutico multidisciplinario. 2. Ser de conocimiento de todos los miembros de la Comunidad Terapéutica, así como de los familiares y usuarios.

Garantizar programas de participación familiar así como acciones para la reinserción familiar, académica/ laboral y social. El programa terapéutico deberá ser evaluado constantemente por el equipo multidisciplinario a fin de garantizar su eficacia.

**Artículo 27°.-** Interdicción En caso de interdicto, adicionalmente se deberá presentar a su ingreso a la Comunidad Terapéutica, la indicación de la Junta Médica Especializada, de un establecimiento de salud inscrito en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES En caso de tutela se sujetará a lo dispuesto en la Tercera Disposición Complementaria Transitoria del presente Reglamento.

## **CAPÍTULO V DEL ALTA O EGRESO**

**Artículo 28°.-** Comisión de Evaluación del Alta. Las Comunidades Terapéuticas deben conformar una Comisión de Evaluación del Alta, la misma que debe estar compuesta por

el Director Médico y dos profesionales miembros del Equipo Terapéutico Multidisciplinario.

**Artículo 29°.-** Alta o Egreso. Cumplido el Programa Terapéutico, la Comisión de Evaluación del Alta de la Comunidad Terapéutica emitirá un Informe Técnico que justificará el Alta Terapéutica, si fuera el caso, discriminando si se trata de una alta médica definitiva, alta médica transitoria o alta administrativa. Los egresos pueden darse por: 1. Alta médica, 2. Retiro voluntario, 3. Defunción, 4. Traslado a otro establecimiento, 5. Fuga, 6. Abandono de tratamiento o 7. Alta administrativa. Por cada tipo de egreso se debe generar un informe del caso que se archivará en la respectiva Historia Clínica del usuario.

**Artículo 30°.-** Libro de Registro de Altas. Las Comunidades Terapéuticas deben contar con un Libro de Registro de Altas de los usuarios, debidamente foliado, donde se registrará, como mínimo, la siguiente información: 1. Diagnósticos de ingreso y egreso. 2. Tratamiento recibido. 3. Recomendaciones Terapéuticas (incluye seguimiento, frecuencia y tipo de controles, y asistencia a grupos de autoayuda).

**Artículo 31°.-** Plan de Seguimiento y Plan de Monitoreo. Cumplido el Programa Terapéutico, y otorgada el alta correspondiente, las Comunidades Terapéuticas deben elaborar un plan de seguimiento y un programa de monitoreo periódico de abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas del usuario, por un periodo comprendido entre tres y cinco años, posteriores al alta.

## **CAPÍTULO VI DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS**

**Artículo 32°.-** Derechos. Los usuarios de las Comunidades Terapéuticas, tienen derecho a conocer el Reglamento Interno del mismo, así como la naturaleza y contenido del Programa Terapéutico y de Rehabilitación. Ambos documentos deben ser exhibidos públicamente al interior de la Comunidad Terapéutica. Adicionalmente, los usuarios de las Comunidades Terapéuticas tienen derecho a: 1. Ser tratados con dignidad y respeto, 2. Recibir atención oportuna con calidad y calidez, científica y técnicamente adecuada, 3. Recibir información adecuada respecto a los procedimientos a utilizarse en su tratamiento, 4. Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido informado, 5. Que se garantice la confidencialidad de su atención e historia clínica, 6. Recreación, debiendo la Comunidad Terapéutica contar con espacios definidos en el

Programa Terapéutico y de Rehabilitación, 7. Un régimen de visitas, establecido en el Contrato Terapéutico, como mínimo una vez al mes. En caso de suspensión del régimen de visitas, ésta no deberá exceder los treinta (30) días calendario, 8. Manifestar su disconformidad con la forma como se lleva a la práctica el Programa Terapéutico y de Rehabilitación, usando los canales establecidos en el Reglamento Interno de la Comunidad Terapéutica, 9. Mantener en reserva su condición de dependiente a sustancias psicoactivas fuera del Programa Terapéutico y de Rehabilitación.

**Artículo 33°.-** Deberes. Los Usuarios de las Comunidades Terapéuticas, tienen los siguientes deberes: 1. Firmar el contrato terapéutico y los consentimientos informados en caso corresponda, 2. Realizar labores que beneficien su proceso terapéutico, 3. Cumplir el Programa Terapéutico y de Rehabilitación de la Comunidad Terapéutica, 4. Cumplir las normas y reglas internas de la Comunidad Terapéutica, 5. Cumplir con las indicaciones de prevención, tratamiento y recuperación brindadas por el equipo terapéutico multidisciplinario, 6. Mantener buenas relaciones interpersonales en el marco de la convivencia y respeto de los derechos personales.

## **CAPÍTULO VII DE LAS RESPONSABILIDADES Y PROHIBICIONES DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

**Artículo 34°.-** Responsables solidarios. El Director General de la Comunidad Terapéutica y los representantes de la forma societaria o asociativa, son legalmente responsables solidarios con el Director Médico y el Director Administrativo de: 1. Garantizar la integridad física de los usuarios; 2. Respetar los derechos fundamentales de los usuarios; 3. Cumplir todas las disposiciones contenidas en el presente Reglamento; 4. Vigilar el cumplimiento de las actividades terapéuticas en la Comunidad Terapéutica; 5. Asignar correctamente los recursos humanos y financieros para optimizar el funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos de la Comunidad Terapéutica.

**Artículo 35°.-** Responsabilidad del Director Administrativo. El Director Administrativo es responsable de la marcha administrativa de la Comunidad Terapéutica, según lo establecido en el presente Reglamento.

**Artículo 36°.-** Responsabilidad del Director Médico. El Director Médico es responsable de las actividades clínicas realizadas en la Comunidad Terapéutica, así como del cuidado general de la salud de los usuarios y la medicación que se les administre.

**Artículo 37°.-** Responsabilidad por condiciones de seguridad. El Director General de la Comunidad Terapéutica y los representantes de la forma societaria o asociativa, son responsables legalmente de brindar las condiciones de seguridad necesarias para salvaguardar la integridad física de los usuarios, en caso de producirse un incendio, sismo o cualquier otro desastre.

**Artículo 38°.-** Prohibiciones. Las Comunidades Terapéuticas, se encuentran prohibidas de obligar al usuario a realizar actividades que impliquen manejo de dinero, publicidad u otras que beneficie intereses de la Comunidad Terapéutica.

## **CAPITULO VIII DEL LOCAL Y SUS INSTALACIONES**

**Artículo 39°.-** Requisitos mínimos. Para el adecuado desarrollo de sus funciones técnicas, administrativas, terapéuticas y de servicios generales, la infraestructura de las Comunidades Terapéuticas, deben contar con los siguientes requisitos mínimos: 1. Garantizar la confidencialidad y atención digna de las personas, asegurando espacio físico, mobiliario, servicios sanitarios y condiciones de bioseguridad favorables, 2. Señalización externa que permita identificación a distancia, 3. Áreas y ambientes, según lo dispuesto en el presente Reglamento, 4. Ambientes con iluminación y ventilación natural y artificial, 5. Suministro de agua segura, suficiente y permanente para cubrir sus necesidades, 6. Instalaciones sanitarias en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente y desagüe), 7. Instalaciones eléctricas y cableado, protegido y en buen estado, 8. Vías de acceso al establecimiento y circulación dentro del mismo que faciliten el ingreso, desplazamiento y evacuación de personas, 9. Mobiliario, utensilios y menaje operativos y en buen estado de conservación y limpieza, 10. El ingreso debe estar libre de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso de personas con discapacidad, debiendo contar con una rampa de acceso. Asimismo, se contemplarán las normas reglamentarias para personas con discapacidad.

**Artículo 40°.-** Disposiciones sobre seguridad. Las condiciones de seguridad de las instalaciones se regirán por las disposiciones del Sistema Nacional de Defensa Civil (SINADECI). Toda Comunidad Terapéutica, debe contar con señales de emergencia y evacuación que deben asegurar la información de acceso a lugares seguros en caso de producirse un incendio, sismo o cualquier otro fenómeno destructivo natural y/o artificial, aunque se produzca el corte del suministro eléctrico. Para fines de evacuación, deben

contar con señales indicativas de dirección de los recorridos (ruta de evacuación), que deben seguirse desde el origen de evacuación hasta un punto de reunión.

**Artículo 41°.-** Manejo de Residuos Sólidos. Toda Comunidad Terapéutica, debe asegurar el manejo y tratamiento adecuado de los residuos sólidos y de los biocontaminantes según corresponda.

**Artículo 42°.-** Áreas y servicios. La Comunidad Terapéutica debe contar como mínimo con las siguientes áreas: 1. Para consulta, evaluación, diagnóstico y terapia individual. 2. Tópico de atención de enfermería. 3. Cocina 4. Comedor 5. Almacenamiento de alimentos de acuerdo a las normas establecidas. 6. Dormitorios, respetando los estándares establecidos en el presente Reglamento y en el Reglamento Nacional de Edificaciones. 7. Usos múltiples (terapia grupal, familiar, ocupacional y recreativa). 8. Administrativa. 9. Personal. 10. Espera y control de visitas. 11. Depósito de equipos y materiales. 12. Depósito de materiales de limpieza. 13. Lavandería, y servicios. 14. Servicios higiénicos para el personal. 15. Servicios higiénicos completo para los usuarios (1 por cada 6 usuarios)

### **TÍTULO TERCERO DE LA VERIFICACIÓN SANITARIA**

**Artículo 43°.-** Definición. Se entenderá por verificación sanitaria la diligencia de carácter técnico administrativo que ordena la autoridad de salud competente, de oficio o a pedido de parte, con el objeto de comprobar que las Comunidades Terapéuticas cumplen con lo dispuesto en el presente Reglamento y en las normas sanitarias vigentes.

**Artículo 44°.-** Autoridad competente. La verificación sanitaria de la Comunidad Terapéutica corresponde exclusivamente al Ministerio de Salud a través de las Direcciones de Salud de Lima, y a las Autoridades Sanitarias Regionales o las que hagan sus veces, según corresponda. La verificación sanitaria, se realizará a través de inspecciones que podrán ser ordinarias o extraordinarias, efectuadas por personal calificado.

**Artículo 45°.-** Inspección ordinaria. Las inspecciones ordinarias son aquellas cuya frecuencia periódica o programada es ordenada por la autoridad de salud, como mínimo dos veces por año, con la finalidad de promover y asegurar la calidad de la atención.



**Artículo 46°.-** Inspección extraordinaria. Las inspecciones extraordinarias se practican en cualquier momento, con la finalidad de prever o corregir cualquier circunstancia que ponga en peligro la salud.

**Artículo 47°.-** Deberes de los inspectores. Los inspectores deberán portar la credencial que los identifique como tales y una carta de presentación suscrita por el titular del órgano responsable de la verificación sanitaria, en la que se debe indicar el nombre completo y el número del Documento Nacional de Identidad del inspector. Una copia de dicha carta debe quedar en poder del establecimiento objeto de inspección.

**Artículo 48°.-** Procedimiento de Inspección. Los inspectores están facultados a solicitar información respecto a las actividades médicas y terapéuticas desarrolladas por la Comunidad Terapéutica en el marco de sus actividades de inspección. Seguirán los siguientes procedimientos: a) Evaluación de las instalaciones, equipamiento, recurso humano y organización: Esto implica solicitar la exhibición del reglamento interno, de normas, manuales, protocolos, guías, programas, historias clínicas, según corresponda. b) Acta de Inspección: Una vez concluida la verificación, levantarán el acta correspondiente por duplicado, con el detalle de las deficiencias encontradas y las recomendaciones formuladas, así como los plazos para subsanarlas, de ser el caso. c) Descargos: En el acta deben constar los descargos, de ser el caso, y la firma del Director General o del Director Administrativo o de quien asuma dicha responsabilidad en el momento de la inspección. En caso que se negaran a hacerlo se dejará constancia del hecho, sin que ello afecte la validez del acta.

**Artículo 49°.-** Medidas de seguridad. Ante una situación que ponga en riesgo la salud de la población, el inspector podrá disponer la aplicación de una medida de seguridad según sea el caso, conforme a la clasificación establecida en los artículos 130° al 132° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud. Esta medida deberá estar debidamente motivada en el acta de inspección. Una vez impuesta la medida de seguridad, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas de realizada la inspección, el acta deberá ser remitida al titular del órgano encargado de la verificación sanitaria a fin de que éste ratifique, modifique o suspenda la medida adoptada. Esta decisión será comunicada formalmente a los interesados.

**Artículo 50°.-** Facilidades para la inspección. El Director General, Director Administrativo, Director Médico, o quien asuma dicha responsabilidad en el momento de

la verificación sanitaria, están obligados a prestar a los inspectores todas las facilidades para el desarrollo de su función.

#### **TÍTULO CUARTO DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES**

**Artículo 51°.-** Del procedimiento sancionador. El informe de inspección podrá recomendar el inicio del procedimiento administrativo sancionador, adjuntando el acta de inspección que identifica la posible comisión de la infracción. Las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas o quien haga sus veces en las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, iniciarán el procedimiento administrativo sancionador, de considerarlo pertinente. La decisión que ponga fin a la instancia podrá ser apelada ante el titular de las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces. El procedimiento administrativo sancionador se regirá en lo que corresponda, por las disposiciones del procedimiento sancionador contempladas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

**Artículo 52°.-** De las infracciones. Constituyen infracciones a las disposiciones contenidas en el presente Reglamento las siguientes: 1. No contar con los documentos de gestión técnico administrativos que exige el presente Reglamento. 2. No cumplir con efectuar las comunicaciones en los plazos establecidos o incumplimiento de los requisitos establecidos sobre el contenido de la información del presente Reglamento. 3. No contar con la documentación técnica relativa al local e instalaciones. 4. Incumplir las disposiciones relativas a planta física, equipamiento, instalaciones, mobiliario, saneamiento de los locales y medidas de seguridad dispuestas en el presente Reglamento. 5. Impedir u obstaculizar la realización de las verificaciones sanitarias señaladas en el Título Tercero del presente Reglamento. 6. Incumplimiento con las disposiciones referidas al manejo de las historias clínicas. 7. Funcionar sin el equipo mínimo requerido señalado en el Capítulo II: De la estructura organizacional básica de los centros de atención para dependientes que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas. 8. No contar con el consentimiento informado del usuario para la aplicación del programa terapéutico. 9. Incumplimiento del Artículo 12° del presente Reglamento, referido a la población objetivo de la comunidad terapéutica. 10. Incumplimiento del Artículo 20° del presente Reglamento, referido a la Admisión de Internamiento de los usuarios. 11.

Incumplimiento de los plazos otorgados por la autoridad de salud para la subsanación de las observaciones realizadas en los procesos de verificación sanitaria.

**Artículo 53°.-** De las sanciones. La autoridad sanitaria podrá aplicar las siguientes sanciones a las infracciones establecidas en el Anexo N° 2, del presente Reglamento: 1. Amonestación escrita. 2. Multa comprendida entre 0.05 a 2.0 UIT. 3. Suspensión temporal de la Comunidad Terapéutica. 4. Cierre definitivo de la Comunidad Terapéutica.

**Artículo 54°.-** Denuncias. Los usuarios de las Comunidades Terapéuticas, sus familiares o la persona designada por el usuario, podrán denunciar las infracciones al presente Reglamento ante la autoridad sanitaria o a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud, quien las remitirá para su atención o trámite correspondiente a las dependencias responsables, haciendo el seguimiento correspondiente.

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL Única.-** De la Autorización de Funcionamiento. Conforme a lo dispuesto en la Séptima Disposición Final, Transitoria y Complementaria de la Ley N° 28976, Ley Marco de Licencia de Funcionamiento, inclúyase dentro de la relación de autorizaciones sectoriales que deben ser exigidas como requisito previo para el otorgamiento de la licencia de funcionamiento expedida por las municipalidades, a la autorización de funcionamiento de la Comunidad Terapéutica emitida por la autoridad de salud. Hasta tanto se emita el decreto supremo correspondiente, la autoridad de salud queda facultada a evaluar y autorizar el funcionamiento de dichas comunidades, conforme a los requisitos y condiciones previstos en el presente reglamento, el cual servirá de requisito previo para la licencia de funcionamiento municipal.

**DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS**

**Primera.-** Incorporación de Médicos Psiquiatras. La incorporación de médicos psiquiatras como parte del Equipo Terapéutico Multidisciplinario, se realizará progresivamente considerando las capacidades de oferta de dichos profesionales.

**Segunda.-** Adecuación de las Comunidades Terapéuticas. Las Comunidades Terapéuticas que se encuentren en funcionamiento dispondrán de un plazo de hasta ciento veinte (120) días, para adecuarse a lo dispuesto en el presente Reglamento, a partir de su entrada en vigencia. Las instituciones que no son Comunidades Terapéuticas, pero que albergan personas con dependencia a sustancias psicoactivas, se adecuarán a las normas del presente Reglamento en un plazo de hasta ciento veinte (120) días a partir de su entrada en vigencia. Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, son responsables de velar por el estricto

cumplimiento de la presente disposición, en coordinación con los gobiernos locales que corresponda y el Ministerio Público, de ser el caso. Tercera.- Elaboración de normativa. El Ministerio de Salud elaborará la normativa que regule el internamiento de menores de edad en Comunidades Terapéuticas, en el plazo de noventa (90) días. Cuarta.- Implementación del Registro Nacional de Consejeros. En el plazo de sesenta (60) días el Ministerio de Salud elaborará e implementará el Registro Nacional de Consejeros en Dependencias a sustancias psicoactivas. Para el proceso de certificación de los Consejeros, el Ministerio de Salud coordinará con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Quinta.- Registro Nacional de Comunidades Terapéuticas. En el plazo de quince (15) días contados a partir de la publicación del presente Reglamento, el Ministerio de Salud implementará el Registro Nacional de Comunidades Terapéutica.

## REFERENCIAS

- Calleja, P. C. (s.f.). Trastornos y problemas relacionados con salud mental. *Alcoholismo y Drogodependencias*.
- Campo, S. L. (2007). *Los efectos de las drogas de sueño y pesadillas*. Trillas.
- Carballeda, A. J. (1991). *La fármaco dependencia en América Latina: su abordaje desde la atención y salud*. Washington.
- CEDRO. (2016). *Epidemiología de drogas en población urbana peruana 2015*.
- CODISEC. (2016). *Plan local de seguridad ciudadana* .
- Congreso de la República. (s.f.). Legislación y atención de la calidad. En *Ley N° 29765*.
- Corporación la esperanza: Tu vida libre de drogas*. (s.f.). Obtenido de <http://www.corporacionesperanza.cl>
- DEPANDRO. (2016). *DEVIDA*. Obtenido de <http://www.devida.gob.pe>
- DEVIDA. (2013). *IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*.
- DEVIDA. (2015). *Reporte estadístico sobre consumo de drogas en el Perú prevención y tratamiento 2014*.
- DEVIDA. (s.f.). *Políticas regionales para la prevención y tratamiento del consumo de drogas de la región Lambayeque*.
- Elaboración Propia. (2016).
- Elaboracion Propia, E. (2017).
- Escobar, R. T. (1995). *El crimen de la droga*. Universidad.
- Fernández, M. M. (1999). *Drogodependencias, capítulo I conceptos generales en drogodependencia*. Médica Panamericana.
- Giralt, F. (1978). Los Marginados. En *Los Drogadictos* (pág. 43). Dopesa.
- GO2PERU. (s.f.). *Mapas de Chiclayo*. Obtenido de <http://www.go2peru.com>
- Gustavo Malagón, R. G. (2000). *Administración hospitalaria*. Médica panamericana.
- Instituto nacional sobre el abuso de drogas*. (s.f.). Obtenido de Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU.
- Ministerio de vivienda construcción y saneamiento. (2006). *Reglamento nacional de edificaciones*.

- Miquel, E. B. (1976). Asociación española de estudios en drogodependencias. *Revista española de drogodependencias*.
- National Institute on Drug Abuse. (s.f.). Obtenido de [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)
- Oficina contra las drogas y delito. (s.f.). *Manual sobre tratamiento de abuso de drogas*.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: Tratamiento y rehabilitación*.
- Pichot, P. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico*.
- Policia Nacional Del Perú Región Lambayeque. (s.f.).
- Quevedo, R. (2010). Salud Mental . *Análisis comparativo de las publicaciones sobre drogodependencias en las revistas de psicología clínica y psiquiatría iberoamericanas indexadas en el Journal Citation Reports*.
- Rossi, L. P. (2013). *Conductas toxicas*. Planeta.
- Torres, M. Á. (2009). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*.
- UNESCO. (2010). *Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual*.
- UNODC. (2016). *Informe mundial sobre las drogas 2015*.
- Villalta, M. A. (2001). *Evolución historias de las adicciones*.
- Washton, A. M. (2008). *Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica psicoterapéutica*. Manual Moderno.