



**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN JUVENIL PARA ADICTOS
AL CONSUMO DE DROGAS EN EL DISTRITO DE
BELLAVISTA, CALLAO**

**PRESENTADA POR
RODOLFO FRANCISCO MARTIN MONTOYA MARTINEZ**

**ASESOR
LUIS RICARDO CONSIGLIERE CEVASCO**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO**

**LIMA – PERÚ
2020**



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE
INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

**CENTRO DE REHABILITACIÓN JUVENIL PARA ADICTOS AL
CONSUMO DE DROGAS EN EL DISTRITO DE BELLAVISTA,
CALLAO**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO

PRESENTADA POR

MONTOYA MARTINEZ, RODOLFO FRANCISCO MARTIN

LIMA, PERÚ

2020

Dedico esta tesis a mis padres y hermana, que es gracias a ellos que soy la persona quien soy hoy en día y por todo su apoyo en mi educación y en mi vida en general y contar con su incondicional apoyo a través del tiempo.

Agradezco a la Universidad y mis asesores que con su orientación fue posible la realización de esta investigación

A mi familia y amigos que fueron de gran apoyo para lograr superarme de manera profesional y como persona.

ÍNDICE GENERAL

| | Pagina |
|--|---------------|
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | v |
| INTRODUCCIÓN | vi |
| CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Planteamiento del problema. | 1 |
| 1.2 Identificación del problema. | 12 |
| 1.3 Definición del problema. | 16 |
| 1.4 Planteo del problema | |
| 1.4.1 General | 19 |
| 1.4.2 Específicos | |
| 1.5 Objetivos de investigación | |
| 1.5.1 Objetivo General | 19 |
| 1.5.2 Objetivo Especifico | 20 |
| 1.6 Justificación | 21 |
| 1.7 Limitaciones | |
| 1.8 Viabilidad | 22 |
| CAPITULO II MARCO HISTÓRICO | |
| 2.1 Reseña Histórica del Consumo de Drogas | 23 |
| 2.1.1 Centros de Rehabilitación en el Exterior | 26 |
| 2.1.2 Centros de Rehabilitación para Adictos en el Perú | 33 |
| 2.2 Marco teórico | 38 |
| 2.2.1 Bases Teóricas en Torno al Consumo de Drogas | |
| 2.2.2 Procesos para el tratamiento y rehabilitación por adicciones al consumo de drogas | 47 |
| 2.3 Marco conceptual | 64 |
| 2.4 Marco legal | 66 |
| 2.5 Hipótesis de trabajo | 68 |

| | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----|
| CAPITULO III | ÁREA DE ESTUDIO Y EL TERRENO | |
| 3.1 | Análisis urbano de la zona de estudio | 69 |
| 3.2 | Características | 72 |
| 3.2.1 | Localización y ubicación del terreno | |
| 3.3 | Diagnóstico | 73 |
| 3.3.1 | Estructura ecológica | |
| 3.3.2 | Equipamiento | 74 |
| 3.3.3 | Socio-económico | 77 |
| CAPITULO IV | ESTUDIO PROGRAMATICO | |
| 4.1 | Estudio programático | 82 |
| 4.1.1 | Estudio de Masa Crítica | |
| 4.1.2 | Estudio Ergonómico | 87 |
| 4.2 | Programa arquitectónico | 89 |
| 4.3 | Determinantes de diseño | 96 |
| 4.4 | Organigramas espaciales | 97 |
| 4.5 | Organigrama funcional | 100 |
| 4.5.1 | Análisis de organigrama funcional | 101 |
| 4.6 | Propuesta volumétrica | 104 |
| 4.7 | Relación de planos | 107 |
| | CONCLUSIONES | 108 |
| | RECOMENDACIONES | 109 |
| | ANEXOS | 110 |
| | FUENTES DE INFORMACIÓN | 133 |

INDICE DE GRÁFICOS

| TABLAS | Página |
|---|---------------|
| Tabla N°1: Principales indicadores del consumo de drogas en Lima Metropolitana | 2 |
| Tabla N°2: Principales indicadores del consumo de drogas en el Callao | 3 |
| Tabla N°3: Consumidores de drogas en el último año en Lima Metropolitana | 4 |
| Tabla N°4: Consumidores de drogas en el último año en el Callao | 4 |
| Tabla N°5: Promedio de inicio de consumo de drogas por edades en Lima Metropolitana | 5 |
| Tabla N°6: Promedio de inicio de consumo de drogas por edades en el Callao | 5 |
| Tabla N°7: Víctimas directas por el consumo de drogas en Lima Metropolitana | 6 |
| Tabla N°8: Víctimas directas por el consumo de drogas en el Callao | 7 |
| Tabla N°9: Percepción sobre la necesidad de orientación en Lima Metropolitana | 8 |
| Tabla N°10: Percepción sobre la necesidad de orientación en el Callao | 8 |
| Tabla N°11: Solicitud de servicios de orientación según institución en Lima Metropolitana | 9 |
| Tabla N°12: Solicitud de servicios de orientación según institución en el Callao | 10 |
| Tabla N°13: Instituciones que ejecutan programas de prevención en Lima Metropolitana | 10 |
| Tabla N°14: Instituciones que ejecutan programas de prevención en el Callao | 11 |
| Tabla N°15: Entorno de inicio del consumo de drogas en Lima Metropolitana | 12 |
| Tabla N°16: Entorno de inicio del consumo de drogas en el Callao | 13 |

| | |
|--|----|
| Tabla N°17: Facilidad de acceso de drogas en Lima Metropolitana | 14 |
| Tabla N°18: Facilidad de acceso de drogas en el Callao | 14 |
| Tabla N°19: Comparativa de disponibilidad de camas hospitalarias para adicciones | 18 |
| Tabla N°20: Concepto de Tolerancia | 40 |
| Tabla N°21: Consecuencias del Síndrome de Abstinencia | 41 |
| Tabla N°22 Afectación de la Neuroadaptación a las drogas | 42 |
| Tabla N°23: Consecuencias del metabolismo cerebral por consumo de drogas | 43 |
| Tabla N°24: Principales modelos de tratamiento para adicciones | 45 |
| Tabla N°25: Principios básicos para la realización de tratamientos para adicciones | 46 |
| Tabla N°26: Población de la Provincia del Callao según Distrito | 77 |
| Tabla N°27: Población de la Provincia del Callao según grupo género y grupo de edades. | 78 |
| Tabla N°28: Población de la Provincia del Callao según grupo de edad. | 78 |
| Tabla N°29: Tipo de Vivienda en la Provincia del Callao. | 79 |
| Tabla N°30: Tipos de materiales utilizados en vivienda en la Provincia del Callao | 79 |
| Tabla N°31: Población económicamente activa en la Provincia del Callao | 80 |
| Tabla N°32: Población económicamente activa en la Provincia del Callao | 81 |
| Tabla N°33: Prevalencia de consumidores de drogas en el Perú | 82 |
| Tabla N°34: Prevalencia de consumidores de drogas en el Perú | 82 |
| Tabla N°35: Población total del Callao y Lima | 83 |
| Tabla N°36: Población total del Callao y Lima | 83 |
| Tabla N°37: Prevalencia de consumidores de drogas de entre 19 a 29 años de edad | 84 |
| Tabla N°38 Prevalencia de consumidores de drogas en el Callao | 84 |

| IMAGENES | Página |
|---|---------------|
| Imagen N°1: Zonas de micro comercialización de drogas en el Perú | 15 |
| Imagen N°2: Comedor del House of Freedom | 27 |
| Imagen N°3: Auditorio del House of Freedom | 28 |
| Imagen N°4: Capilla del House of Freedom | 28 |
| Imagen N°5: Dormitorios del House of Freedom | 29 |
| Imagen N°6: Dormitorio personal del House of Freedom | 29 |
| Imagen N°7: Área de recreación del House of Freedom | 30 |
| Imagen N°8: Área de estar del House of Freedom | 30 |
| Imagen N°9: Terraza exterior del House of Freedom | 31 |
| Imagen N°10: Patio de recreación del House of Freedom | 31 |
| Imagen N°11: Chanca deportiva del House of Freedom | 32 |
| Imagen N°12: Gimnasio del House of Freedom | 32 |
| Imagen N°13: Localización del Hospital Larco Herrera | 33 |
| Imagen N°14: Análisis de vías del interior del Hospital Larco Herrera | 34 |
| Imagen N°15: Departamento de Consulta Externa del Hospital Larco Herrera | 35 |
| Imagen N°16: Departamento de Niños del Hospital Larco Herrera | 35 |
| Imagen N°17: Departamento de Rehabilitación del Hospital Larco Herrera | 36 |
| Imagen N°18: Departamento de Emergencias del Hospital Larco Herrera | 36 |
| Imagen N°19: Departamento de Farmacodependencia del Hospital Larco Herrera | 37 |
| Imagen N°20: Departamento de Psicología y Psiquiatría del Hospital Larco Herrera | 37 |
| Imagen N°21: Análisis vial urbano del Callao | 70 |
| Imagen N°22: Análisis del entorno del terreno propuesto | 72 |
| Imagen N°23: Vista de fachada del terreno propuesto | 72 |
| Imagen N°24: Gestión de áreas verdes | 73 |
| Imagen N°25: Equipamiento de educación | 74 |

| | |
|---|-----|
| Imagen N°26: Equipamiento de comercio | 75 |
| Imagen N°27: Equipamiento de salud | 76 |
| Imagen N°28 Modulo de consultorio para terapias | 87 |
| Imagen N°29 Modulo de habitaciones para internos | 88 |
| Imagen N°30: Organigrama estructural de los Centros de Salud mental Comunitarios | 100 |
| Imagen N°31: Vista de volumétrica frontal (propuesta) | 104 |
| Imagen N°32: Vista de volumétrica posterior (propuesta) | 104 |
| Imagen N°33: Vista de fachada (propuesta) | 105 |
| Imagen N°34: Vista de fachada interior (propuesta) | 105 |
| Imagen N°35: Vista de fachada interior (propuesta) | 105 |
| Imagen N°36: Vista de biblioteca (propuesta) | 106 |
| Imagen N°37: Vista de consultorio de psicología (propuesta) | 106 |
| Imagen N°38: Vista de habitaciones (propuesta) | 106 |

RESUMEN

La presente tesis titulada “Centro de Rehabilitación Juvenil para adictos al consumo de drogas”, se propuso con la finalidad de diseñar una infraestructura para jóvenes de entre 19 a 29 años de edad con problemas de adicción, los cuales por causa del consumo de dichas sustancias requieren un tratamiento adecuado para su reinserción a la sociedad y tener una mejor calidad de vida.

Para ello, en este proyecto de tesis se propondrá una infraestructura que brinda confort y una cartera de servicios tales como; áreas de terapias, recreaciones pasivas, como talleres, biblioteca, áreas de deporte y recreaciones, los cuales desarrollaran las habilidades cognitivas y sociales de los pacientes, es decir diseñar un centro óptimo para la rehabilitación de jóvenes adictos para lograr una recuperación exitosa.

Siendo de este modo crear una consciencia social sobre la importancia de la prevención y tratamiento al consumo de drogas.

ABSTRACT

This thesis entitled "Youth Rehabilitation Center for drug addicts", was proposed in order to design an infrastructure for young people between 19 and 29 years of age with addiction problems, which due to the consumption of said substances they require adequate treatment for their reintegration into society and obtain a better quality of life.

For this, in this thesis project we propose an infrastructure that provides comfort and a portfolio of services such as; Therapy areas, passive recreation, such as workshops, library, sports and recreational areas, which will develop the cognitive and social skills of the patients, that is, to design an optimal center for the rehabilitation of young addicts to achieve a successful recovery.

Being in this way to create a social conscience about the importance of the prevention and treatment of drug use.

INTRODUCCIÓN

El tema de este proyecto de tesis surge del gran índice de la población del Perú con problemas de consumo de drogas, esto se debe a la micro comercialización existente en el país y que día a día va en aumento, esto supone un gran problema a nivel personal del adicto, puesto afecta la salud física y mental del individuo hasta un grado irreversible si no es tratado a tiempo, y social que afecta su círculo social más cercano como familia y amigos, así como también de la comunidad en general, puesto que la persona adicta es propensa a la violencia y cometer actos delictivos con el fin de obtener recursos con el cual alimentar su adicción.

Por lo que, el presente proyecto arquitectónico busca plantear un Centro de Rehabilitación Juvenil para Adictos al Consumo de Drogas en el distrito de Bellavista en la Provincia Constitucional del Callao, con el fin tratar casos de adicciones en jóvenes, por lo que se implementaría una infraestructura que cuente con el equipamiento adecuado que garantice una rehabilitación exitosa y ambientes que generen confort, puesto que es clave para mejorar el rendimiento emocional en las terapias.

Además, implementar programas de prevención e información sobre el problema con el abuso de drogas y capacitación a los pacientes para mejorar sus estilos de vida al finalizar el tratamiento. En otras palabras, esta propuesta busca impulsar la reinserción de jóvenes adictos y la prevención de consumo de drogas y el abuso de drogas legales, como el alcohol y el tabaco.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de drogas es un problema que viene siendo una constante en la población del Perú, debido a la fácil accesibilidad que se puede llegar a tener de estas sustancias en la sociedad y los efectos provocados en el organismo de la persona y que lo lleva a un estado de dependencia, desarrollando a su vez problemas en la salud del individuo, así como problemas interpersonales, familia, trabajo, etc. Llegando a un punto donde la vida e identidad de la persona no vuelven a ser las mismas.

Según, “I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013” publicado por “La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA”, el cual realizó una encuesta a nivel de Lima Metropolitana y Callao para determinar las dinámicas por las cuales la población se ve inmersa y propensa a la influencia del consumo de drogas, desde aspectos tales como la micro comercialización de estas mismas, hasta su venta y repercusión en la seguridad ciudadana.

En dicho estudio se toma como área de influencia todos los distritos que comprenden Lima Metropolitana y La Provincia constitucional del Callao, siendo estas 18 562 y 3 187 personas respectivamente entre las edades de 12 y 65 años.

a. MAGNITUD DE CONSUMO

Para poder conocer la magnitud de influencia que tienen las drogas en la población, primero se debe de conocer los tipos de drogas las cuales la población tiene acceso o son más comunes en todo el Perú y su prevalencia de consumo respecto a esta. Por lo que, DEVIDA (2013) en su estudio nos presenta 3 categorías para poder determinar dicha prevalencia, los cuales son los siguientes:

- Prevalencia de vida: se refiere a la proporción de personas que consumieron una droga determinada alguna vez en la vida.
- Prevalencia de año: se refiere a la proporción de personas que consumieron una droga determinada alguna vez en el último año.
- Prevalencia de mes: se refiere a la proporción de personas que consumieron una droga determinada alguna vez en el último mes.

Tabla 2: Principales indicadores del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, Lima Metropolitana, 2013

| Tipo de droga | Prevalencias de consumo | | |
|-----------------------------------|-------------------------|------|------|
| | Vida | Año | Mes |
| Drogas legales | 85.6 | 61.2 | 37.5 |
| Tabaco | 56.8 | 20.8 | 13.3 |
| Alcohol | 84.3 | 59.4 | 34.5 |
| Drogas ilegales | 7.7 | 1.4 | 0.6 |
| Marihuana | 6.6 | 1.2 | 0.5 |
| PBC | 1.1 | 0.1 | 0.0 |
| Cocaína | 1.9 | 0.2 | 0.1 |
| Éxtasis | 0.1 | 0.0 | 0.0 |
| Inhalantes | 0.2 | 0.1 | 0.0 |
| Otras drogas | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| Drogas médicas | 5.1 | 1.5 | 0.6 |
| Tranquilizantes sin receta médica | 5.0 | 1.5 | 0.6 |
| Estimulantes sin receta médica | 0.3 | 0.1 | 0.0 |

TABLA N°1: Principales indicadores del consumo de drogas en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Tabla 19: Principales indicadores del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, Callao, 2013

| Tipo de droga | Prevalencias de consumo | | |
|-----------------------------------|-------------------------|------|------|
| | Vida | Año | Mes |
| Drogas legales | 84.4 | 59.3 | 39.9 |
| Tabaco | 54.9 | 23 | 15.5 |
| Alcohol | 83.2 | 57.1 | 36.1 |
| Drogas ilegales | 7.9 | 1.3 | 0.6 |
| Marihuana | 6.8 | 1.1 | 0.5 |
| PBC | 1 | 0.1 | 0 |
| Cocaína | 2.2 | 0.3 | 0.3 |
| Éxtasis | 0.1 | 0 | 0 |
| Inhalantes | 0.1 | 0 | 0 |
| Otras drogas | 0 | 0 | 0 |
| Drogas médicas | 4.6 | 1.9 | 0.7 |
| Tranquilizantes sin receta médica | 4.4 | 1.8 | 0.7 |
| Estimulantes sin receta médica | 0.2 | 0.1 | 0 |

TABLA N°2: Principales indicadores del consumo de drogas en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

De acuerdo con lo que se indica en las tablas, existe una mayor prevalencia en el consumo de drogas catalogadas como “Drogas Legales”, el cual ante la población suele verse normalizado su consumo, puesto que su consumo está muy generalizado para fines festejo u ocio, por lo que las personas demandan su consumo como complemento fundamental para dichas actividades. Sin embargo, la misma población no considera lo perjudicial que aún siguen siendo este tipo de drogas, debido a que su consumo en exceso puede traer enfermedades, adicciones, daño al sistema cardiovasculares y violencia, todo esto destacado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su comunicado de prensa sobre “El consumo novicio de alcohol...”, esto es problema muy grave, puesto que no se suele considerar los riesgos de estas sustancias a pesar de considerarse legal, su exceso es negativo en la salud y bienestar general del individuo llevándolo a crear cuadros de dependencias en el organismo.

En el siguiente cuadro se puede reflejar el grado de dependencia en los distintos tipos de drogas que se encuentran en el Perú:

Tabla 3: Consumidores de último año de alcohol, tabaco y otras drogas, con signos de dependencia, Lima Metropolitana 2013

| | % | N expandido |
|-----------|------|-------------|
| Alcohol | 8.7 | 281,934 |
| Tabaco | 16.1 | 181,315 |
| Marihuana | 26.6 | 17,661 |
| Cocaína | 20.5 | 2,744 |
| PBC | 26.3 | 1,235 |

TABLA N°3: Consumidores de drogas en el último año en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Tabla 20: Consumidores de último año de alcohol, tabaco y otras drogas, con signos de dependencia, Callao, 2013

| Tipo de droga | % | N expandido |
|-----------------|------|-------------|
| Drogas legales | | |
| Alcohol | 10.8 | 36,682 |
| Tabaco | 15.2 | 20,676 |
| Drogas ilegales | | |
| Marihuana | 48.5 | 3,065 |
| Cocaína | 8.6 | 142 |
| PBC | 24.3 | 108 |

TABLA N°4: Consumidores de drogas en el último año en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

Lo que demuestran estas tablas es un mayor grado de dependencia a las drogas ilegales, los cuales tienen un mayor efecto adictivo en el organismo y estas suelen ser, en algunos casos, la consecuencia derivativa del consumo de drogas legales, debido a que la persona al no encontrar satisfacción o forma de saciar su adicción en las drogas legales, puede llegar a consumir sustancias más fuertes y por lo tanto más dañinas.

b. EDAD DE INICIO DE CONSUMO

Este punto refiere a la edad en la que una persona tiene su primer acercamiento al uso o consumo de sustancias.

Tabla 6: Promedio de la edad de inicio del consumo de drogas de la población general de 12 a 65 años, Lima Metropolitana, según grupos de edad, 2013

| Grupos de edad (años) | Tranquilizantes | Estimulantes | Marihuana | PBC | Cocaína | Éxtasis | Inhalantes |
|-----------------------|-----------------|--------------|-----------|-----|---------|---------|------------|
| 12 - 18 | 15 | 17 | 15 | 16 | 16 | 16 | 12 |
| 19 - 29 | 20 | 20 | 17 | 17 | 19 | 21 | 19 |
| 30 - 40 | 27 | 29 | 20 | 20 | 21 | 22 | 18 |
| 41 - 50 | 33 | 32 | 19 | 21 | 22 | | 14 |
| 51 - 65 | 40 | 34 | 20 | 21 | 24 | 30 | 28 |

TABLA N°5: Promedio de inicio de consumo de drogas por edades en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Tabla 23: Promedio de la edad de inicio de consumo de drogas de la población general de 12 a 65 años según grupos de edad, Callao, 2013

| Grupos de edad (años) | Tranquilizantes | Estimulantes | Marihuana | PBC | Cocaína | Éxtasis | Inhalantes |
|-----------------------|-----------------|--------------|-----------|-----|---------|---------|------------|
| 12 - 18 | 14 | | 15 | 15 | 16 | | 17 |
| 19 - 29 | 21 | | 17 | 17 | 19 | 24 | 22 |
| 30 - 40 | 27 | 27 | 19 | 22 | 19 | 20 | |
| 41 - 50 | 36 | 40 | 18 | 19 | 24 | | 20 |
| 51 - 65 | 40 | 31 | 20 | 22 | 23 | 20 | |

TABLA N°6: Promedio de inicio de consumo de drogas por edades en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

En estos cuadros se puede apreciar un mayor índice de consumo de entre jóvenes adultos que ya vienen teniendo un grado de inmersión en la sociedad, sin embargo también se percibe un preocupante grado de consumidores entre menores de edad y adolescentes, los cuales son más influenciados al consumo de drogas. Esto algo negativo, puesto que desde muy temprana edad la población va teniendo un acercamiento peligroso a las drogas, lo cual los lleva a desarrollar malos hábitos de vida que afectan de forma significativamente negativa a su salud, estudios trabajos, relaciones intrapersonales y seguridad, tanto como familiares como ante la sociedad.

c. SEGURIDAD CUIDADANA

Si bien las adicciones tienen un impacto negativo en la salud de la persona afecta, esta problemática también se ve reflejada en el ámbito social, como se puede apreciar en el siguiente cuadro donde se determina una serie de actos delictivos provocados a por adictos.

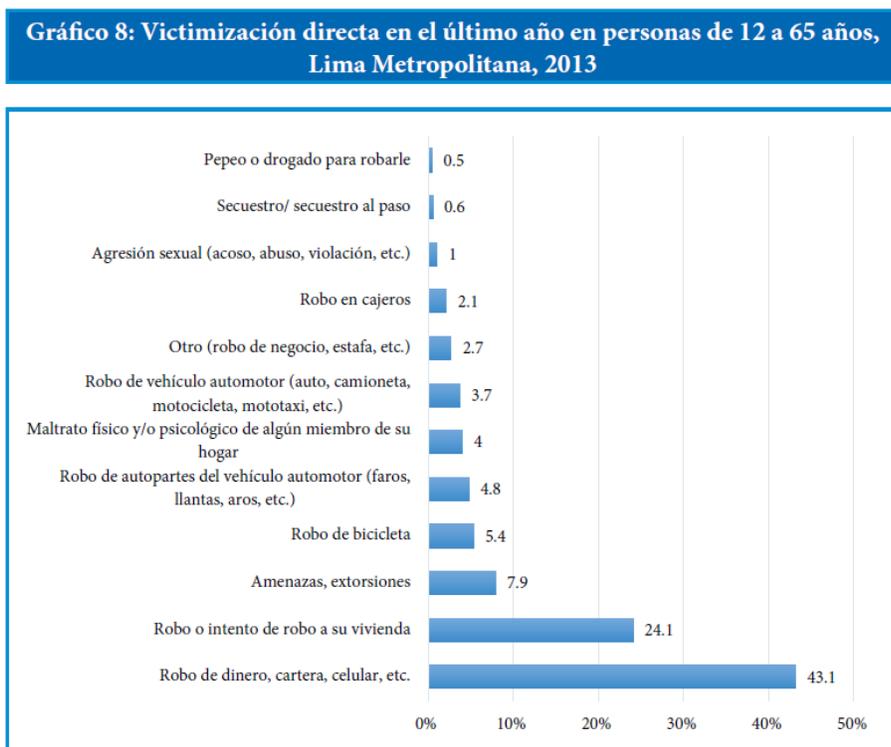


TABLA N°7: Víctimas directas por el consumo de drogas en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Gráfico 23: Victimización directa en el último año en personas de 12 a 65 años, Callao, 2013

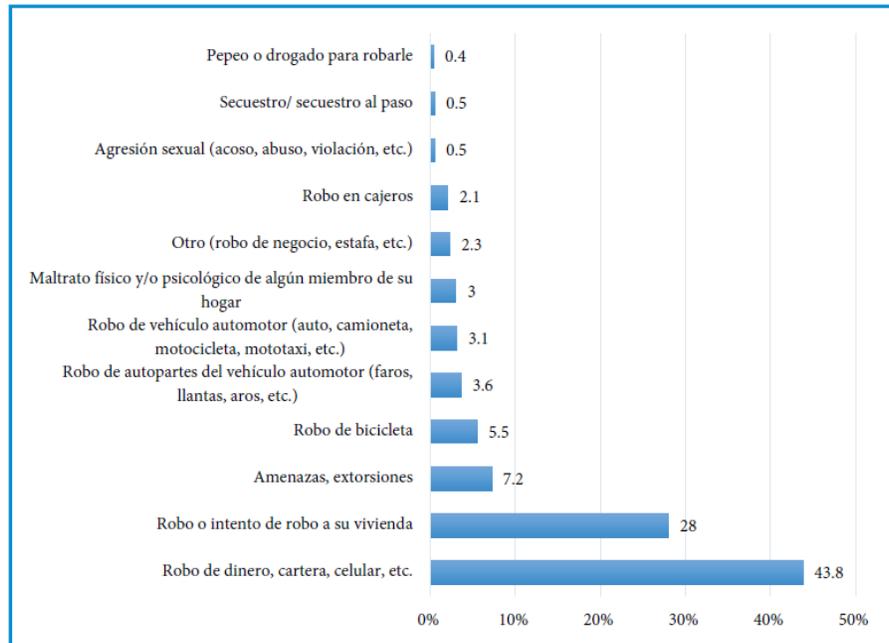


TABLA N°8: Víctimas directas por el consumo de drogas en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

El mayor índice de criminalidad se encuentra en los delitos cometidos al paso, los cuales representa la modalidad de robo más común a nivel nacional, esto se debe a que el adicto busca los medios para seguir saciando su adicción, por lo que busca la manera más rápida y sencilla de obtener los medios.

d. TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, se debería proceder a la orientación, prevención y tratamiento a casos de adicciones, sin embargo en el Perú, existen un desconocimiento y desentendimiento a estas medidas, ya que en su mayoría los mismos adictos reniegan a aceptar que tienen un problema y rehúsan cualquier tipo de ayuda u orientación.

Tabla 12: Percepción sobre la necesidad de orientación sobre el tema de alcohol, tabaco y otras sustancias, Lima Metropolitana, 2013

| | % | N expandido |
|--|------|-------------|
| Sí necesito | 33 | 1,796,292 |
| No necesito porque me considero bien informado | 55.9 | 3,041,484 |
| No necesito porque no me interesa | 11 | 595,769 |
| NS/NC | 0.1 | 2,793 |
| Total | 100 | 5,436,337 |

TABLA N°9: Percepción sobre la necesidad de orientación en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Tabla 29: Percepción sobre la necesidad de orientación sobre el tema de alcohol, tabaco y otras sustancias, Callao, 2013

| | % | N expandido |
|---|------|-------------|
| Sí necesito | 30.5 | 180,511 |
| No necesito, porque me considero bien informado | 60.3 | 356,862 |
| No necesito porque no me interesa | 9.2 | 54,765 |
| Total | 100 | 592,138 |

TABLA N°10: Percepción sobre la necesidad de orientación en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

Como se puede apreciar en los anteriores cuadros, más de la mitad del porcentaje de personas encuestadas no aceptan o no consideran que necesiten algún tipo de orientación porque apelan que su conocimiento sobre el temas es adecuado, sin embargo esto puede llegar a ser un error porque al no tener un

conocimiento amplio sobre lo que implica las drogas, su consumo y sus posteriores consecuencias provoca que en casos de que la persona quiera experimentar por curiosidad y pensar que lo tiene bajo control, causar un cuadro de dependencia.

Por otro lado, hay que observar también el lugar de donde la persona va a buscar información u orientación en caso de que requiera ayuda alguna.

Gráfico 6: Instituciones en las que recibieron orientación sobre el tema de drogas las personas que solicitaron este tipo de servicios, Lima Metropolitana, 2013

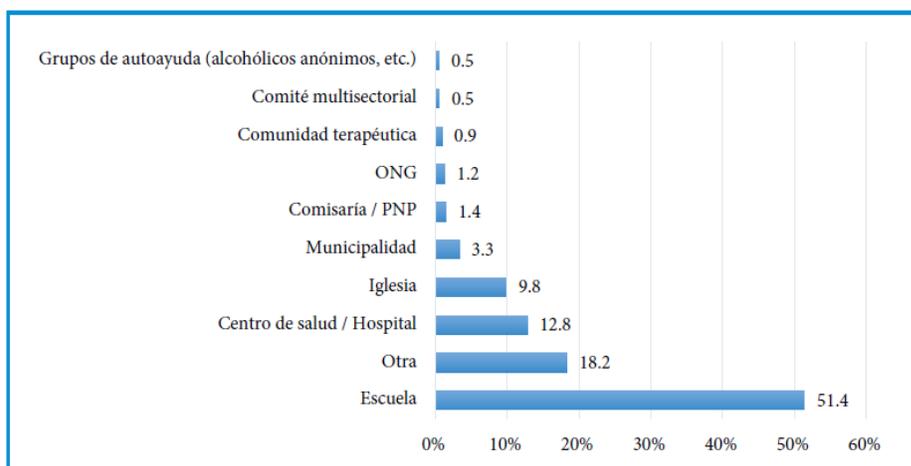


TABLA N°11: Solicitud de servicios de orientación según institución en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Gráfico 21: Instituciones en las que recibieron orientación sobre el tema de drogas las personas que solicitaron este tipo de servicios, Callao, 2013

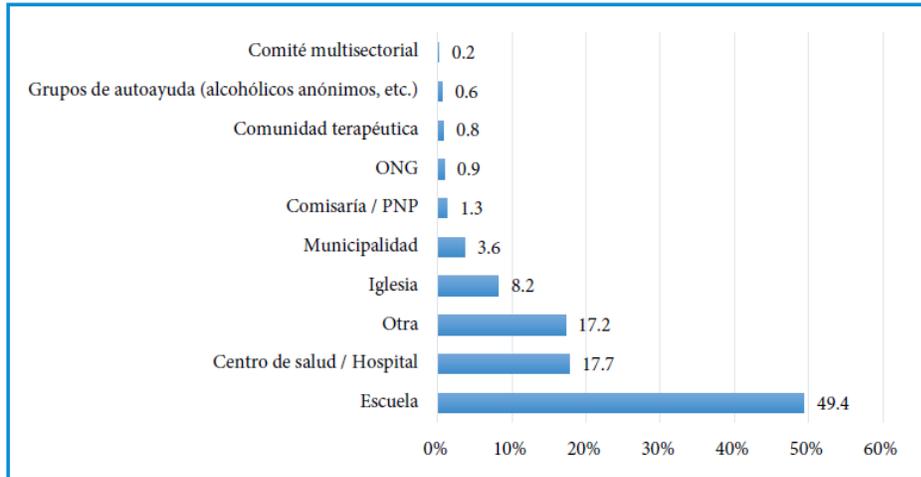


TABLA N°12: Solicitud de servicios de orientación según institución en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

Gráfico 7: Reconocimiento de instituciones que ejecutan programas o acciones de prevención en el ámbito local en personas de 12 a 65 años, Lima Metropolitana, 2013

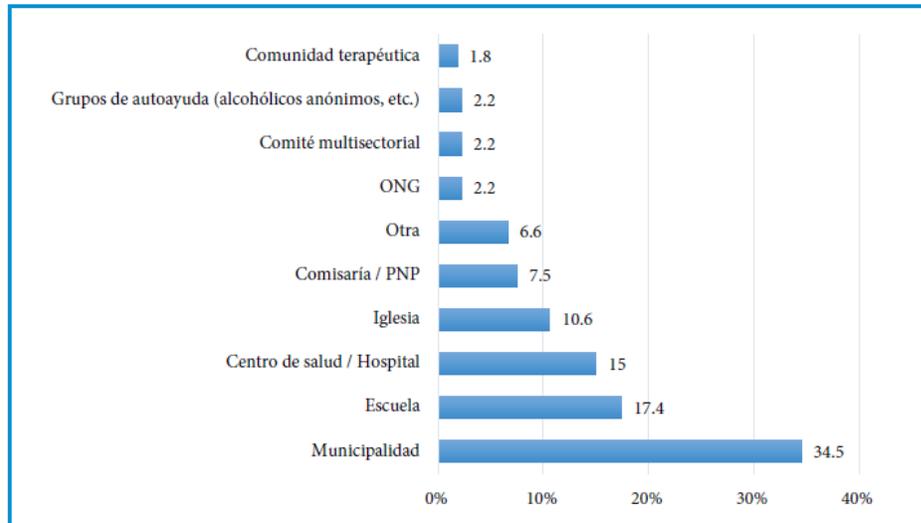


TABLA N°13: Instituciones que ejecutan programas de prevención en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Gráfico 22: Reconocimiento de instituciones que ejecutan programas o acciones de prevención en el ámbito local en personas de 12 a 65 años, Callao, 2013

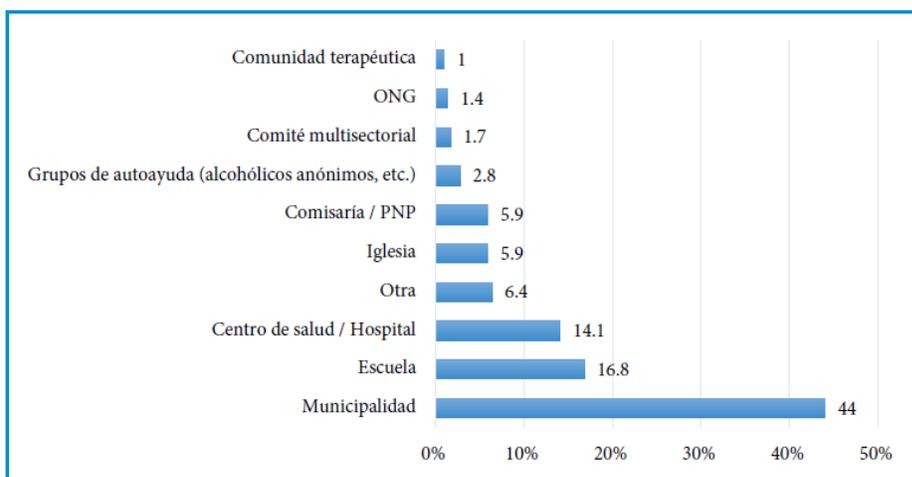


TABLA N°14: Instituciones que ejecutan programas de prevención en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

En los cuadros anteriores se presencia un mayor índice que recurrencia a la escuela y las municipales como medio de orientación y reconocimiento de programas de prevención respectivamente, lo cual de cierto modo no está mal, puesto que la escuela debería ser el primer filtro que deben tener los jóvenes para no caer en las adicciones y las municipalidades en velar por la salud y bienestar de su población. Sin embargo no considerar las comunidades terapéuticas como parte importante o relevantes en la orientación y promoción de prevención y tratamiento no vendría siendo lo adecuado, puesto que estas instituciones vienen trabajando con casos contra la lucha del consumo de drogas por años y su trabajo y propuestas para estas deberían ser tomadas en consideración para el planteamiento de tratamientos.

Además, ha de resaltar que en la informalidad de centros de ayuda o rehabilitación, suelen perjudicar el intento que ellos hacen para poder superar la adicción, puesto que no cuentan con las condiciones adecuadas para el tratamiento y mucho menos la infraestructura, como se puede leer en la nota de prensa “Centros de rehabilitación: informalidad, muerte y motines”, publicado por diario “El Comercio en su página web”, se nos muestra casos en la que centros, tanto en su informalidad y falta de capacitación para su funcionamiento,

han acabado tomando la vida de personas por su mal funcionamiento por lo que es fundamental la regularización de un reglamento que habilite y capacite centros para el tratamiento de adicciones.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Para poder determinar la causa del por la que la población cae en adicciones a las drogas, debemos identificar cuáles son los contextos e influencias por las que una personas puede llegar a estas, siendo esto clave para la prevención de nuevas adicciones y la concienciación de la población de los peligros de estas sustancias.

a. ENTORNO

Bajo este punto podemos interpretar contextos sociales tales; como la familia, los estudios, trabajo o amistades, en las que una persona desarrolla su vida cotidiana y pueda que esta de inicio al consumo de drogas, de acuerdo a:

| Tabla 7: Entorno de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, Lima Metropolitana, 2013 | | | | | | | |
|--|------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|
| Tipo de droga | Solo | Con compañeros de estudios | Con compañeros de trabajo | Con mis amigos del barrio | Con mis padres y/o hermanos | Con otros familiares | No recuerda |
| Drogas legales (%) | | | | | | | |
| Tabaco | 5.7 | 31.7 | 8.3 | 38.9 | 3 | 10.8 | 1.6 |
| Alcohol | 1.1 | 25 | 7 | 28.8 | 15.2 | 21.7 | 1.3 |
| Drogas ilegales (%) | | | | | | | |
| Marihuana | 0.8 | 32.2 | 7 | 55.6 | 0.1 | 2.1 | 2.1 |
| PBC | 0 | 6.5 | 7.7 | 79.3 | 0 | 1.2 | 5.3 |
| Cocaína | 1.1 | 17.8 | 12.6 | 64.4 | 0 | 1.7 | 2.4 |
| Éxtasis | 0 | 16.5 | 9.1 | 66.4 | 0 | 8.1 | 0 |
| Inhalantes | 4.9 | 24.1 | 0 | 34.4 | 16.2 | 19.7 | 0.8 |

TABLA N°15: Entorno de inicio del consumo de drogas en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Tabla 24: Entorno de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años, Callao, 2013

| Tipo de droga | Solo | Con compañeros de estudios | Con compañeros de trabajo | Con mis amigos de barrio | Con mis padres y/o hermanos | Con otros familiares | No recuerda |
|---------------------|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|
| Drogas legales (%) | | | | | | | |
| Tabaco | 5.1 | 27.1 | 8.8 | 42 | 2.5 | 11.2 | 3.2 |
| Alcohol | 0.6 | 22.6 | 8.1 | 29.5 | 11.9 | 24 | 3.1 |
| Drogas ilegales (%) | | | | | | | |
| Marihuana | 3 | 23.9 | 7.7 | 62.8 | 0 | 1.4 | 1.3 |
| PBC | 3.2 | 3.8 | 24.9 | 64.1 | 0 | 3.9 | 0 |
| Cocaína | 3.7 | 7.5 | 11.5 | 77.3 | 0 | 0 | 0 |
| Éxtasis | 0 | 0 | 14.6 | 85.4 | 0 | 0 | 0 |
| Inhalantes | 28 | 28.3 | 0 | 43.7 | 0 | 0 | 0 |

TABLA N°16: Entorno de inicio del consumo de drogas en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

Como se puede observar en los anteriores cuadros, existe un gran porcentaje de consumo de drogas legales por parte de un ambiente social académico, lo cual puede estar influenciado por la curiosidad e intriga por la edad, ya que los estudiantes suelen estar entre adolescente y jóvenes adultos. Sin embargo no hay que olvidar que siendo legales, no dejan de ser drogas a final de cuenta y estas también suelen tener su grado de dependencia, aunque en la actualidad se ha normalizado su consumo por ámbitos recreativos o festejo, consumo excesivo genera una obsesión que las personas no suelen percibir que como se ha comentado anteriormente, se normaliza dichas conductas y no se reconoce el problema.

Este pensamiento está arraigado en el desconocimiento de las personas al considerar hasta cierto punto inofensivas y tienen el control de su consumo, no obstante, esta mentalidad provoca que se vuelvan susceptibles al consumo de sustancias más fuertes y adictivas.

Tabla 9: Facilidad de acceso a drogas ilícitas entre las personas de 12 a 65 años, Lima Metropolitana, 2013

| | Marihuana | PBC | Cocaína | Éxtasis |
|-----------------------------|-----------|------|---------|---------|
| Me sería fácil | 27.5 | 20.5 | 20.2 | 12.5 |
| Me sería difícil | 12.7 | 13.9 | 14.3 | 15.3 |
| No podría conseguir | 18.6 | 20.2 | 20.5 | 22.1 |
| No sé si es fácil o difícil | 41.2 | 45.4 | 45 | 50 |

TABLA N°17: Facilidad de acceso de drogas en Lima Metropolitana
Fuente: DEVIDA (2013)

Tabla 26: Facilidad de acceso a drogas ilícitas entre las personas de 12 a 65 años, Callao, 2013

| Facilidad de acceso | Marihuana | PBC | Cocaína | Éxtasis |
|-----------------------------|-----------|------|---------|---------|
| Me sería fácil | 29.8 | 22.5 | 23.9 | 13.4 |
| Me sería difícil | 9.4 | 11.2 | 10.7 | 12.5 |
| No podría conseguir | 15.2 | 17.5 | 17.3 | 19.3 |
| No sé si es fácil o difícil | 45.6 | 48.8 | 48.2 | 54.8 |

TABLA N°18: Facilidad de acceso de drogas en el Callao
Fuente: DEVIDA (2013)

Otro aspecto a tener en cuenta es la facilidad que puede tener la población de conseguir drogas ilícitas, sientas estas las que son más propensas en generar adicciones más graves en el organismo

Esto también se debe al micro comercialización de dichas sustancias, como se puede apreciar en el siguiente mapa realizado por el Centro de Información y educación para la prevención del abuso de Drogas (CREDO, 2017):



IMAGEN N°1: Zonas de micro comercialización de drogas en el Perú
Fuente: CEDRO (2017)

Es en Lima Metropolitana y La Provincia Constitucional del Callao los puntos donde mayor concentración de comercio de drogas existe en el Perú, aumentando las posibilidades de influencia de esta en la sociedad.

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Como se puede apreciar en los puntos anteriores el tráfico, consumo y la falta de asistencia médica, son los factores que más se tocan en cuento a los problemas de adicciones y la salud del individuo que lo padece, puesto que las drogas afecta de gran medida en la salud de la persona tanto física y mental, lo cual al pasar del tiempo y más prolongado sea el consumo de estas sustancias, degradará progresivamente el bienestar de la persona llegando a un estado en la que puede ser casi imposible su recuperación, por lo que es fundamental una intervención temprana para que el afectado cuente con mejores posibilidades de recuperación y atención adecuada según su necesidades.

Sin embargo, de acuerdo al estudio Estado de la Oferta Pública de Tratamiento de las Adicciones por parte de DEVIDA (2017), podemos encontrar una deficiencia en cuanto a atención a problemas de adicciones. En el cual, dicho estudio afirma que en el país los centros destinados a la atención de consumo y adicción son insuficientes y cuenta con brechas de calidad, destacando las siguientes características.

- Dificultad de acceso a los servicios de atención, por el lado geográfico, como con la accesibilidad y distancia que se encuentran dichos centros para que la población pueda atenderse en ellos. Puesto a ser ubicados en lugares no muy accesibles, el traslado y el horario de atención no posibilita que el paciente pueda cumplir o se desanime en seguir el tratamiento.
- Existe una desigualdad en los servicios para las adicciones en centros especializados. Siendo que en algunos centros brindan ciertos programas o servicios para el tratamiento que otros, por su infraestructura o falta de capacitación, no brindan al público.

- Hay un déficit en cuanto a profesionales calificados para casos de adicciones, que cuenten con formación y experiencia adecuada.
- El presupuesto destinado para el tratamiento es muy limitado
- No se cuenta con mecanismos adecuados para el control de calidad y eficiencia en los servicios brindados para el funcionamiento de los centros.
- La atención de los pacientes se basa en la modalidad de tratamiento voluntaria.
- El servicio de tratamiento hospitalario se encuentra solo en la provincia de Lima.

Además, el estudio indica que según estadísticas sanitarias mundiales, el Perú solo dispone para la atención hospitalaria con solo 15 camas por cada 10,000 habitantes a nivel general. Siendo por otro lado, que el sector psiquiátrico solo dispone con un total de 1,052 camas a nivel de Lima, lo cual marca un déficit muy bajo para la atención y hospitalización de personas que recurran a este servicio.

En el caso de centros principales que ofrecen los servicios de rehabilitación para adicciones son el Hospital Larco Herrera, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán, de los que solo cuentan con capacidad de 169 camas para la hospitalización de pacientes entre los tres.

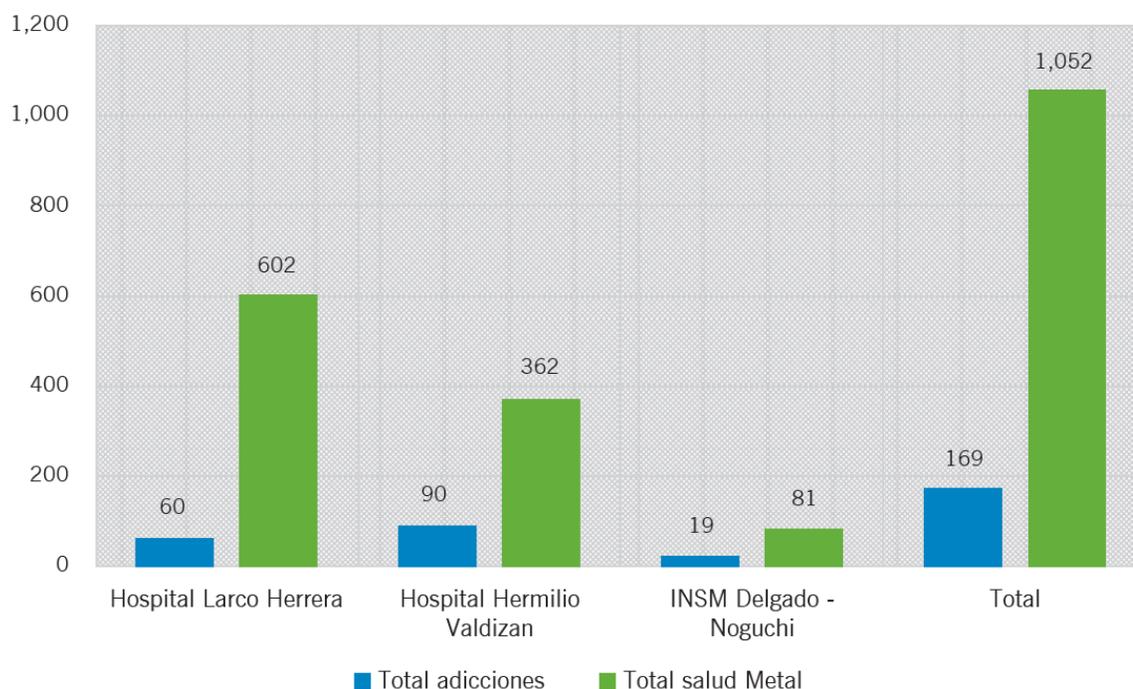


TABLA N°19: Comparativa de disponibilidad de camas hospitalarias para adicciones
Fuente: DEVIDA (2017)

En la tabla N° 17 se aprecia una comparativa de entre la cantidad de camas destinadas para los casos de adicciones en comparación a otros servicios brindados en los centros de salud, lo cual denota un claro margen de diferencia y que deja en claro que para los casos de adicciones no existe mucha disponibilidad para tratamientos de internamiento por la falta de accesibilidad por parte de los centros de salud.

Es por ello que por parte de DEVIDA y en concordancia del MINSA, las direcciones o gerencias regionales de Salud (DIRESAS/GERESAS), el ministerio de justicia y el INPE en la implementación de Módulos de Atención en Adicciones, el cual es una propuesta por implementar tratamientos de forma ambulatoria en diversos centros de salud en el Perú que traten los problemas de la población con respecto a las adicciones. Sin embargo estas medidas si bien han ayudado a brindar el servicio de tratamiento contra las adicciones, siguen siendo limitadas y no logra implementar más actividades para la rehabilitación del paciente.

1.4 PLANTEO DEL PROBLEMA

1.4.1 PROBLEMA GENERAL

La drogadicción en el Perú es una problemática que va en aumento y por lo visto anteriormente se puede observar que una gran parte de la población que es propensa a su consumo son jóvenes, que por factores sociales, fácil acceso a la misma y otros, es por lo que muchos jóvenes van generando cuadros de adicción a estas sustancias.

Además, la falta de centros especializados para el tratamiento de este tipo de condiciones es un problema fundamental que limita la recuperación de los pacientes, puesto que en el Perú no se destina los recursos necesarios para la rehabilitación de este tipo de problemas de salud, siendo relegado en su mayoría de casos compartir recursos con otras ramas de la medicina.

1.4.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

Existe una carencia de centros de rehabilitación que cuenten con los recursos, ambientes y tratamientos adecuados, lo que conlleva a que el paciente no sea diagnosticado y tratado correctamente y empeorar sus situaciones. Por lo que es fundamental la inversión en mejores las condiciones donde se realizará las actividades correspondientes y ampliar la capacidad de las infraestructuras para cubrir la demanda de tratamiento.

1.5 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una arquitectura adecuada para el tratamiento de personas que sufran problemas de adicción a drogas y que se encuentren certificado por la Superintendencia Nacional de Salud, obteniendo como resultado la desintoxicación, rehabilitación y reinserción de la persona en la sociedad y la mejoría de sus condiciones y la de su familia.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **De la Investigación:**
 - a). Conocer las causas que llevan a una persona al consumo de drogas y posteriormente a la adicción.
 - b). Indagar en procesos y tratamientos adecuados para el tratamiento de una persona con adicciones.

- **Del proyecto:**
 - a). Diseñar una infraestructura que cumpla con lo previsto por el Ministerio de Salud para garantizar el trabajo que debe realizarse con el mejor desempeño posible.
 - b). Diseñar ambientes adecuado que genere estabilidad emocional y confort para el internado, con la intención de crear un lugar en el cual se sienta en libertad y pueda llevar de la mejor manera su recuperación. Además promover la prevención del consumo de drogas mediante asesorías a la familiares y actividades para la comunidad.
 - c). Emplear un equipamiento adecuado para internos en casos que puedan causar algún problema o riesgo tanto para personal como para otros internos.
 - d). Diseñar espacios y equipamiento para el desarrollo de las actividades complementándose con espacios de recreación, talleres y deportivas.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El país no cuenta con el servicio e infraestructura para poder llevar a cabo el tratamiento para gente que sufra de adicciones a dichas sustancias, por lo general recurren a centros de ayuda que en su mayoría son informales y no garantizan la recuperación del afectado, sino que puede llegar a empeorar su situación.

Por ello, contar con un centro especializado especialmente en el tratamiento de dicho problema garantizará enormemente el éxito de la recuperación, apoyado por un plan de tratamientos normalizados tanto por el MINSA y entidades conectoras de este tipo caso y sus aportes en el tratamiento de los afectados.

1.7 LIMITACIONES

- a) El presente proyecto tomará como área de estudio la Provincia del Callao, siendo esta con un de los índices de micro comercialización y consumo de drogas en Lima
- b) Se tomará como limitante el rango de edad para el internamiento de los pacientes al centro, siendo el rango de edades de entre los 19 a 29 años. Esto se llevó a cabo gracias al estudio realizado por CEDRO llamado “Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana”, el cual determina que este rango de edad es la mayor consumidora de drogas en todo el país.
- c) Se consultará otras normativas para el planteamiento arquitectónico del proyecto, debida a la poca información que brinda la ley peruana para el diseño arquitectónico de este tipo de edificaciones en el Perú.
- d) Se tomará como población objetiva para la modalidad de internamiento a varones, de acuerdo al Reglamento de la Ley N° 29765, artículo 12°, donde

determina que las comunidades terapéuticas solo admitirá a pacientes mayores de edad y del mismo sexo.

1.8 VIABILIDAD

- a) El Callao es uno de los sectores de Lima que más trabajos y campañas realiza contra el problema de las drogas. Por ello, el contar con un Centro de Rehabilitación especializado a tratar este tipo de problemas, ayudará en la rehabilitación de una mayor cantidad de personas de la comunidad.
- b) Se contará con el apoyo de la Dirección Regional de Salud del Callao, el cual año a año promueve la prevención y tratamiento del consumo de drogas. Y además es la entidad encargada del programa presupuestal para el tratamiento de este tipo de casos.
- c) El Ministerio de la Salud, es el ente que debe velar y regularizar el tratamiento para personas con problemas de adicciones
- d) Las personas que padecen este tipo de adicciones por lo general suelen ser marginados por la sociedad, lo que los lleva a perderse aún más en el mundo de las drogas, sin las posibilidades de poder conseguir ayuda o por desconocimiento no encuentran centros capacitados para realizar su rehabilitación y recurren a informalidades que empeoran su condición.

CAPITULO II

MARCO HISTÓRICO

2.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL CONSUMO DE DROGAS

Gracias a al estudio realizado CEDRO (2017), nos brinda una breve reseña histórica del consumo de drogas en la historia y en el cual nos cuenta que a través del tiempo el hombre siempre ha buscado la manera de consumir sustancias, los cuales alteran su sistema como fines recreativos, siendo el alcohol y los opiáceos las primeras sustancias psicoactivas en utilizarse alrededor del 5,000 A.C. y que el cáñamo, el antecesor que da origen a la marihuana fue cultivada en un origen en China hace unos 4,000 años.

También se infiere que por diversos historiadores que entre los siglos XIX al XX, diversas sustancias psicoactivas, por medio de los avances realizados en la química, se produjo aislar los alcaloides y posterior venta. Siendo estas que en principio fueron usados con fines terapéuticos, terminaron siendo utilizados para fines recreativos, por lo que su propagación genero problemas a niveles sociales que se promovió medidas para controlar su uso.

En este punto, en mayor grado se ha empleado el uso de sustancias producidas de forma natural de plantas para poder obtener dichas sensaciones psicoactivas en el organismo, teniendo a la marihuana que como se ha mencionado anteriormente tiene sus orígenes en china, derivándose del cannabis. El cual a su vez en la Europa Medieval era usado con propósitos recreativos y medicinales. Sin embargo, debido a la inestabilidad de su consumo en el organismo fue descartado y paso a ser solo su comercialización para grupos culturales y religiosos.

El opio, que es derivado del jugo de un tipo de amapola, el cual produce en el cuerpo una sensación como la morfina, que adormece el cuerpo, produce júbilo y reduce las aflicciones, el cual tiene registrado su consumo aproximadamente en 3.000 A.C.

En el Perú, la utilización de sustancias se remonta en tiempos incaicos, en los cuales se empleaba las hojas de coca para fines analgésicos y energizante para las labores requeridas en ese tiempo. Además, se empleares para fines religiosos, esto que en un estado donde se inhala dicha planta, puede causar los mismos síntomas y dicha costumbre ha aun trascendido a nuestros tiempos actuales.

El consumo de la hoja de coca, tiene sus orígenes muy antiguos como en los casos de la marihuana y el opio, datándose un aproximado de 5,000 A.C.

La hoja de coca es una planta que en un inicio crecía de forma silvestre, el cual posteriormente ha sido domesticado para su producción y consumo, en ceremonias y rituales. Y actualmente, se usa por parte de los campesinos que viven en lugares de grandes alturas para poder mitigar los efectos que produce vivir en dichos lugares.

En los años de 70 del siglo pasado, debido a su alta producción de la hoja, se empezó la comercialización de la cocaína, por parte de países como Colombia, Perú y Bolivia, exportándolas a Europa occidental y Estados Unidos.

Sin embargo, no solo las drogas que derivan su origen de forma natural mediante plantas son las únicas que han sido propensas en su consumo en tiempos pasado, el alcohol, que deriva su existencia de la fermentación de algún fruto o de la miel, que dio paso a la creación del primer vino, empezó a formar parte del consumo frecuente en la vida humana, llevándola de este modo a sea visto por socialmente de forma normal su consumo, y no fue hasta se le relaciono su consumo desmedido a problemas de la salud tanto física como mental. Llevando de esta manera que en el siglo XIX aparecieran legislaciones para el control de las mismas.

Habiéndose conocido los orígenes de las drogas más comunes desde tiempos remotos, se es importante también conocer a las sustancias alucinógenas y anfetaminas, las cuales tienen un papel más activo en la sociedad actual mundial. De los cuales el más conocido es el ácido lisérgico, el cual es catalogado como droga sintética, lo cual significa un gran problema para la prevención del consumo de drogas, puesto a su fácil fabricación, esto permite que se extienda su comercialización a todo el mundo.

Además, con el desarrollo de la tecnología, que técnicamente conecta a cada persona con todo el mundo y tiene acceso libre al comercio por internet, el acceder a drogas se ha vuelto más fácil, por lo que la prevención es más difícil y existen más casos de adicciones.

2.1.1 CENTROS DE REHABILITACION EN EL EXTERIOR

HOUSE OF FREEDOM

House Of Freedom es un centro que se especializa en la rehabilitación de personas que sufren adicciones. Fue fundado por el pastor Esteban Morales en el año de 1991 en Florida.

El centro cuenta con 52.000 m², en los que brinda servicios de tratamiento ambulatorio y de hospitalización, de los que se puede encontrar lo siguiente:

- Pruebas de Neurotransmisores
- Acondicionamiento Físico
- Programa Nutricional
- Terapia Recreativa
- Apoyo Familiar
- Tratamiento Residencial
- Terapia Espiritual
- Pruebas de Sueño
- Tratamiento Ambulatorio
- Desarrollo Educativo y Profesional

Para lo cual cuenta con una buena infraestructura para el desarrollo de dichas actividades, en las que tenemos:

- **Áreas Comunes**

En cuanto a áreas comunes, nos referimos a todo aquel ambiente que sirve para el desarrollo de las actividades de los pacientes para el internamiento y tratamiento que realicen.

Entre los ambientes tenemos, área de comedores, en cual está dirigido para los pacientes que siguen el tratamiento hospitalario.



IMAGEN N°2: Comedor del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom

El centro también cuenta con un auditorio, el cual está dirigido para promover la prevención de los riesgos del consumo de drogas y la adicción y también para actividades que se realicen en conjunto a los pacientes. También se realizan actividades con fines religiosos, como ceremonias o misas.



IMAGEN N°3: Auditorio del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom

Así como también contar con capillas, en donde los paciente encuentran un refugio o apoyo religioso para llevar a cabo su tratamiento, dándoles las fuerzas que requieren para continuarlos, debido a que este requiere mucho de la participación del paciente, es fundamental brindarle los espacios requeridos para elevar su dedicación.

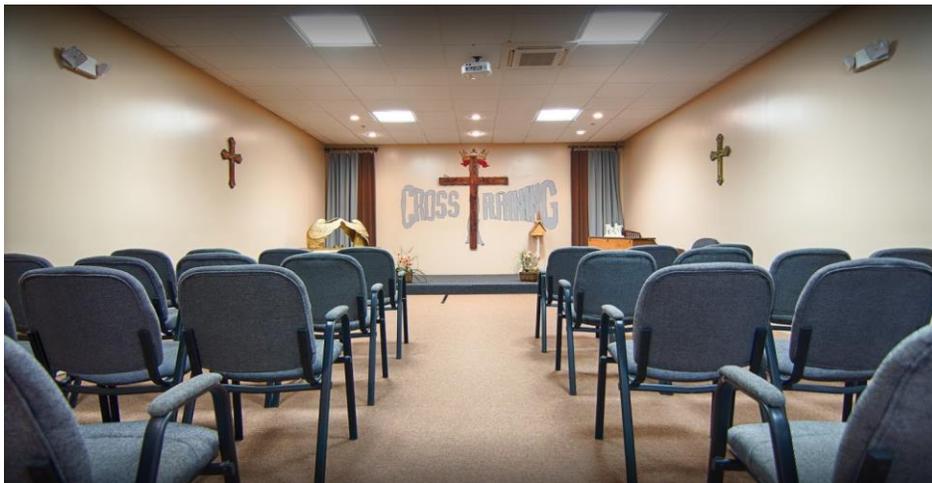


IMAGEN N°4: Capilla del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom

- **Área de Residencia**

El área de residencia cuenta tanto con dormitorios múltiples, en los cuales se hospeda una gran cantidad de pacientes en un mismo ambiente, siendo estos que descansan en camarotes y disponen de una batería de baños común.



IMAGEN N°5: Dormitorios del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom

Además se cuenta con dormitorios individuales, los que son designados a los pacientes que muestran una mejoría al tratamiento, por lo que se les brinda mayor comodidad y en casos de que existan pacientes que requiera seguir el tratamiento de forma más privada.



IMAGEN N°6: Dormitorio personal del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom

- **Área de Recreación**

Una de las prioridades del centro es brindarle a los pacientes comodidades para que sientan en el centro un ambiente cálido y confortable para relacionarlo de forma positiva el tratamiento, lo cual aumenta las garantías de éxito en la recuperación de la persona, puesto que depende mucho del paciente para lograr la rehabilitación. Por lo que cuenta con espacios como, áreas de descanso, juegos de mesa que incentiva la relación entre los paciente y brindarse apoyo en el tratamiento y las terapias grupales. Y además, tener espacios de educación y lectura, para promover el aprendizaje y desarrollo de sus actividades cognitivas.



IMAGEN N°7: Área de recreación del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom



IMAGEN N°8: Área de estar del House of Freedom

Fuente: Centro House of Freedom

También el centro cuenta con espacios de esparcimiento al aire libre para que exista una conexión entre el paciente y la naturaleza, diseñando espacios donde abunda el área verde junto con mobiliario donde puedan disfrutar y relajar contemplando el lugar.



IMAGEN N°9: Terraza exterior del House of Freedom
Fuente: Centro House of Freedom



IMAGEN N°10: Patio de recreación del House of Freedom
Fuente: Centro House of Freedom

Entre otras actividades que se realiza con las físicas, en las que se implementas espacios tales como gimnasios y chancas de deporte al aire libre para el ejercicio físico y buena salud del paciente



IMAGEN N°11: Chanca deportiva del House of Freedom
Fuente: Centro House of Freedom



IMAGEN N°12: Gimnasio del House of Freedom
Fuente: Centro House of Freedom

2.1.2 CENTROS DE REHABILITACION PARA ADICTOS EN EL PERÚ

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Fundado el 1 de enero de 1918 bajo el nombre del Asilo Colonia de la Magdalena, siendo posteriormente llamado en el año 1930 como Hospital Víctor Larco Herrera, en homenaje del filántropo del mismo nombre, quien brindo aporte tanto económico como personal en la fundación del hospital especializado para la salud mental.

El hospital está ubicado en la Av. Del Ejército, en el distrito de Magdalena del Mar. Cuenta con un terreno de 211,721.74 m².

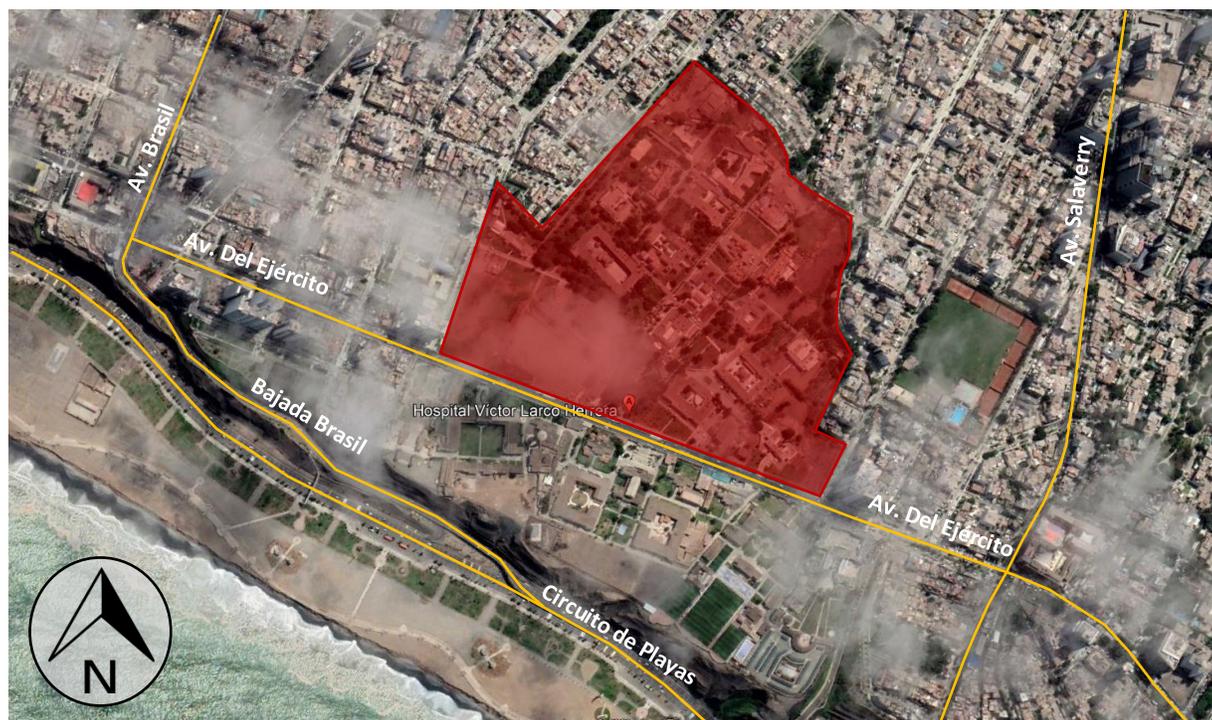


IMAGEN N°13: Localización del Hospital Larco Herrera
UBICACIÓN DEL HOSPITAL LARCO HERRERA
Fuente: Google Earth

La arquitectura del hospital se compone mediante pabellones articulados mediante un eje vial principal en dos tramos, del cual se ramifican vías secundarias a los pabellones, siendo estas vías destinadas para el tránsito tanto vehicular, como para personal y visitas.



IMAGEN N°14: Análisis de vías del interior del Hospital Larco Herrera

LEYENDA:

- Eje Vial Principal
- - - Vías Secundarias
- Pabellones
- ➔ Ingreso

UBICACIÓN DEL HOSPITAL LARCO HERRERA
Fuente: Google Earth



En cuando a los pabellones, estos ejercen distintas funciones de acuerdo a los tipos de servicios o departamentos que se le es encargado para la rehabilitación de persona con problemas de salud mental, los cuales tenemos los siguientes:

- **Departamento de Consulta Externa**

Este departamento se encarga del tratamiento de personas de forma ambulatoria, dando atención de psiquiatría, psicológica, terapia familiar y servicios médicos complementarios.



IMAGEN N°15: Departamento de Consulta Externa del Hospital Larco Herrera
Fuente: Hospital Larco Herrera

- **Departamento de Niños**

Se ocupa de la atención psiquiátrica, psicología, terapia de lenguaje y aprendizaje ocupacional para niños y adolescentes.

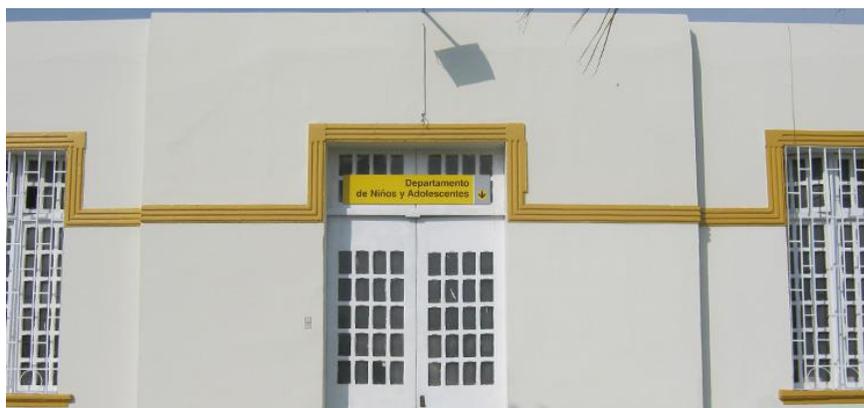


IMAGEN N°16: Departamento de Niños del Hospital Larco Herrera
Fuente: Hospital Larco Herrera

- **Departamento de Rehabilitación**

Se encarga de la atención en psiquiatría integral y psicoterapia para pacientes que sufren en el desempeño biopsicosocial.



IMAGEN N°17: Departamento de Rehabilitación del Hospital Larco Herrera
Fuente: Hospital Larco Herrera

- **Departamento de Hospitalización**

Se encarga del cumplimiento de políticas, objetivos y procedimiento del complejo. Y en la propuesta de nuevos métodos para la eficiencia del tratamiento.

- **Departamento de Emergencias**

Se encarga de la atención médica al público las 24 horas del día.



IMAGEN N°18: Departamento de Emergencias del Hospital Larco Herrera
Fuente: Hospital Larco Herrera

- **Departamento de Farmacodependencia**

Se encarga de la asistencia y tratamiento de pacientes con adicciones.



IMAGEN N°19: Departamento de Farmacodependencia del Hospital Larco Herrera
Fuente: Hospital Larco Herrera

- **Departamento de Psicología y Psiquiatría**

Se encarga del diagnóstico y tratamiento de diversos problemas mentales que padecen las personas, entre ellos tenemos la depresión, ansiedad y trastornos diversos.



IMAGEN N°20: Departamento de Psicología y Psiquiatría del Hospital Larco Herrera
Fuente: Hospital Larco Herrera

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 BASES TEÓRICAS EN TORNO AL CONSUMO DE DROGAS

Para poder lograr exitosamente la rehabilitación de una persona son necesarios tener conocimiento sobre todos los aspectos que conlleva el tema del consumo de drogas. La entidad CEDRO (2017), nos permite conocer ampliamente conceptos sobre los tipos de drogas existentes y los efectos que estos provocan en el organismo.

2.2.1.1 Tipos y conceptos sobre las drogas de abuso

Las drogas son sustancias que se usan para fines psicoactivos en el organismo, los cuales producen sensaciones de bienestar y relajación a las personas, sin que estas sean conscientes de las consecuencias a su bienestar, puesto que son de uso no médico, no están certificados como óptimos para las personas y por sus componentes adictivos las hacen más perjudiciales.

Es indispensable conocer la diferencia entre drogas y medicamentos, ya que las drogas no cuentan con criterios básicos que resguarden la salud de la persona y sus componentes adictivos crean reacciones de dependencia en el organismo. En otro caso, los medicamentos son recetados mediante un profesional para tratar algún problema en específico, y de forma controlada, de tal modo que no cause cuadros de dependencia o adicciones.

Las drogas suelen categorizarse de 2 maneras, siendo estas:

- **Drogas Legales**

Son aquellas en las que está permitido su comercialización al público por el Estado, tales como el alcohol y el tabaco. Sin embargo, el abuso de estas puede llegar a provocar problemas en la salud de las personas.

- **Drogas Ilícitas**

Son todas aquellas drogas que se comercializan de manera ilegal, siendo penado su distribución y consumo, estas llegan a tener un efecto mucho más perjudicial en las personas, llevando consigo problemas de dependencias a estas sustancias, hasta problemas físicos y mentales. Estas suelen ser fabricados en laboratorios clandestinos, en su mayoría pertenecen a derivados de las anfetaminas. Suele ser distribuido de tal forma que su aspecto sea llamativo para la persona, que al verse intrigado por la sustancia procede a consumirlo.

Una vez teniendo conocimiento sobre los tipos de drogas existentes, es importante conocer los efectos de dichas drogas en el organismo y como llegan a presentar un daño tanto físico y mental en la salud de la persona.

- **Tolerancia**

Según CEDRO, la tolerancia es la capacidad de cada persona de asimilar o resistir los efectos de la droga en el organismo; siendo en casos que una persona haya tenido en un periodo prolongado al consumo de drogas, esto generara en su organismo dependencia a seguir consumiendo tales drogas, llevándola a que cada vez más necesitará consumirla en mayores cantidades, puesto que el organismo se adapta a la droga de deja de producir los síntomas de éxtasis y relajación que proporcionaba en un comienzo, llevando a incrementar la dosis para lograr satisfacer dicha necesidad y libido del adicto.

En el siguiente cuadro se puede observar en que consiste la tolerancia y como esta puede verse afectada siendo influenciada por el consumo de sustancias ilícitas.



TABLA N°20: Concepto de Tolerancia

Fuente: CEDRO (2017)

- **Síndrome de Abstinencia**

El síndrome de abstinencia se presenta cuando una persona con problemas a la adicción de drogas de un modo u otro (ya sea por falta de recursos o estar en tratamiento de rehabilitación), no mantiene un constante consumo de la droga a la cual es adicta, llevando de este modo a que su organismo responda de tal forma que pide desesperadamente la administración de esta al cuerpo, llevando a que la persona presente cuadros de estrés, ira y desesperación que pone en peligro tanto su bienestar como a las personas que lo rodean, ya que en ese estado de desenfreno, el adicto no es del todo consciente de sus acciones y más movido por sus instintos sin la menor capacidad de raciocinio en las consecuencias.

Los síntomas que se presentan mediante este síndrome son los siguientes, los cuales suelen presentarse en 4 fases:

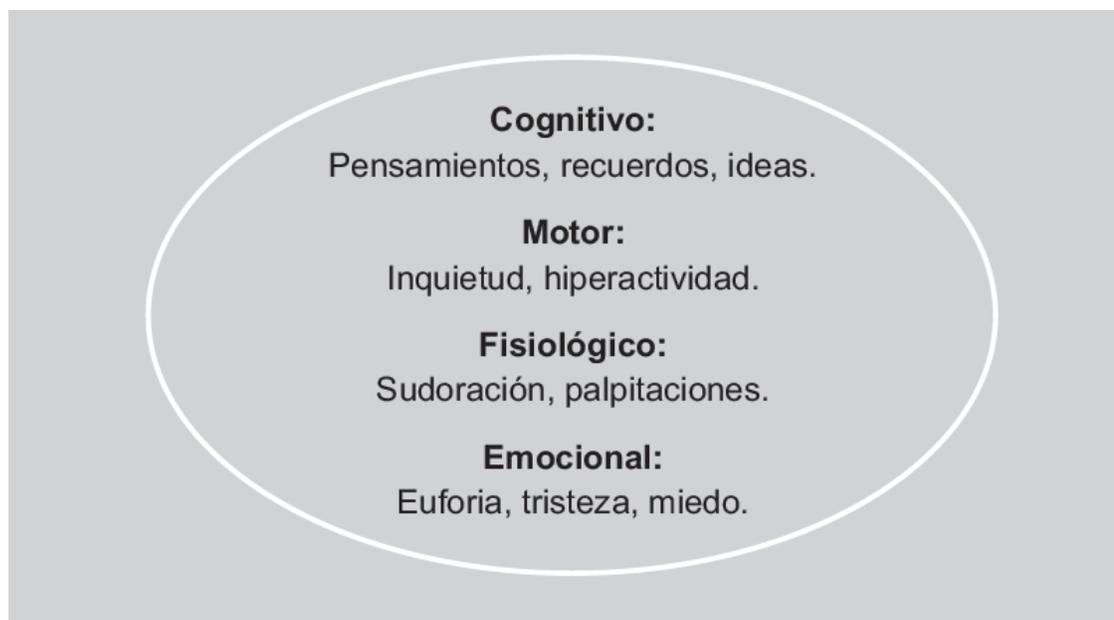


TABLA N°21: Consecuencias del Síndrome de Abstinencia
Fuente: CEDRO (2017)

Siendo de este modo, que el adicto al presentar este síndrome, es fundamental que los centros que rehabilitación estén totalmente capacitados para el tratamiento y manejo de estas situaciones, puesto que el paciente puede llevar a presentar cuadros de depresión que atenten contra su propia vida el personal y la infraestructura debe garantizar el bienestar sus pacientes y estar preparado en caso de los inconvenientes que se presenten.

- **Neuroadaptación**

Debido al continuo consumo de drogas, estas causen daños severos en el cerebro del adicto, ocasionando que diversos neurotransmisores del cerebro y receptores en el tejido sean dañados y por consiguiente alterando rasgos de la personalidad y estilo de vida del afectado.

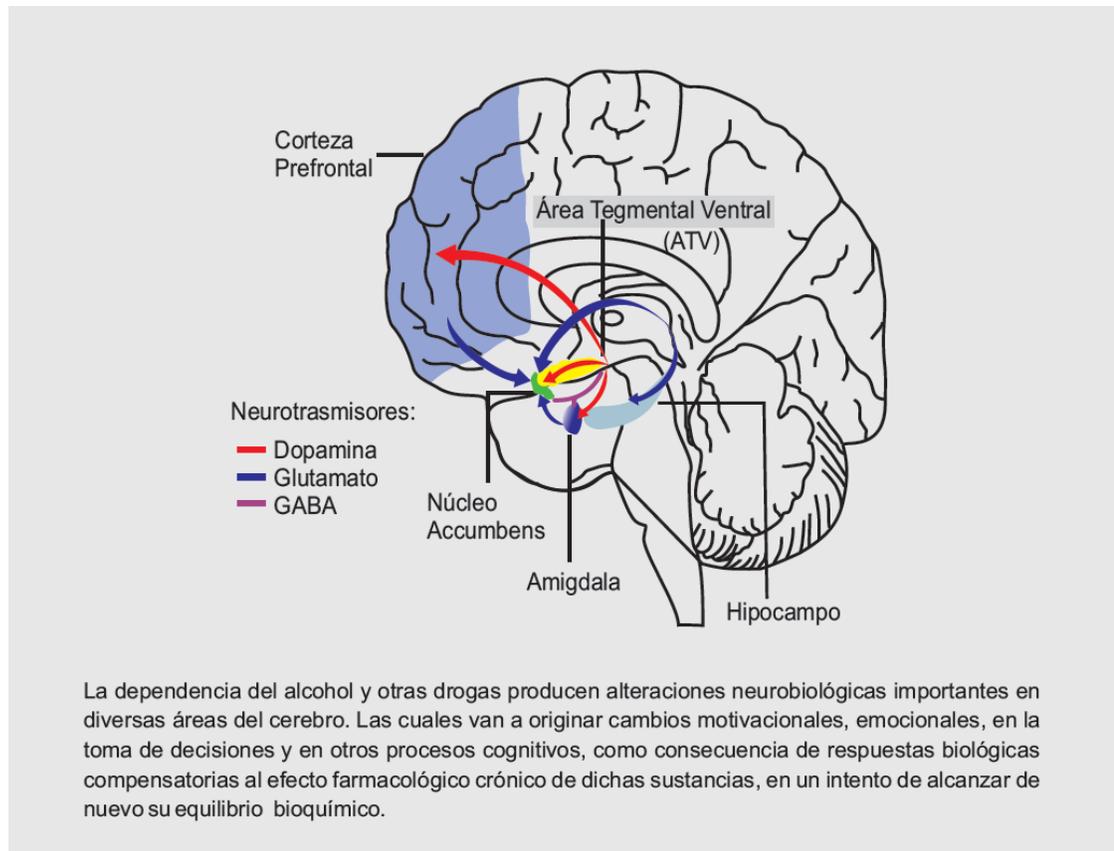


TABLA N°22: Afectación de la Neuroadaptación a las drogas
Fuente: CEDRO (2017)

- **Poli consumo**

Se refiere a que una persona puede presentar dependencia a más de una droga. Este término ha sido referido para catalogar diagnósticos por el DSM IV R (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales)

- **Adicción**

La adicción es la consecuencia final y más perjudicial que se llega al tener un periodo prolongado al consumo de drogas, puesto a su consumo, la pérdida de la tolerancia del cuerpo y la neuroadaptabilidad del sistema a la sustancia, genera en la persona un vicio, el cual es muy difícil que salga puesto que los efectos en el cuerpo son muy fuerte y tienen lugar en el sistema nervioso, esto lleva a un deterioro a tanto físico y mental.

Por lo que, la persona pone en peligro su integridad y el de los demás para seguir saciando su adicción.

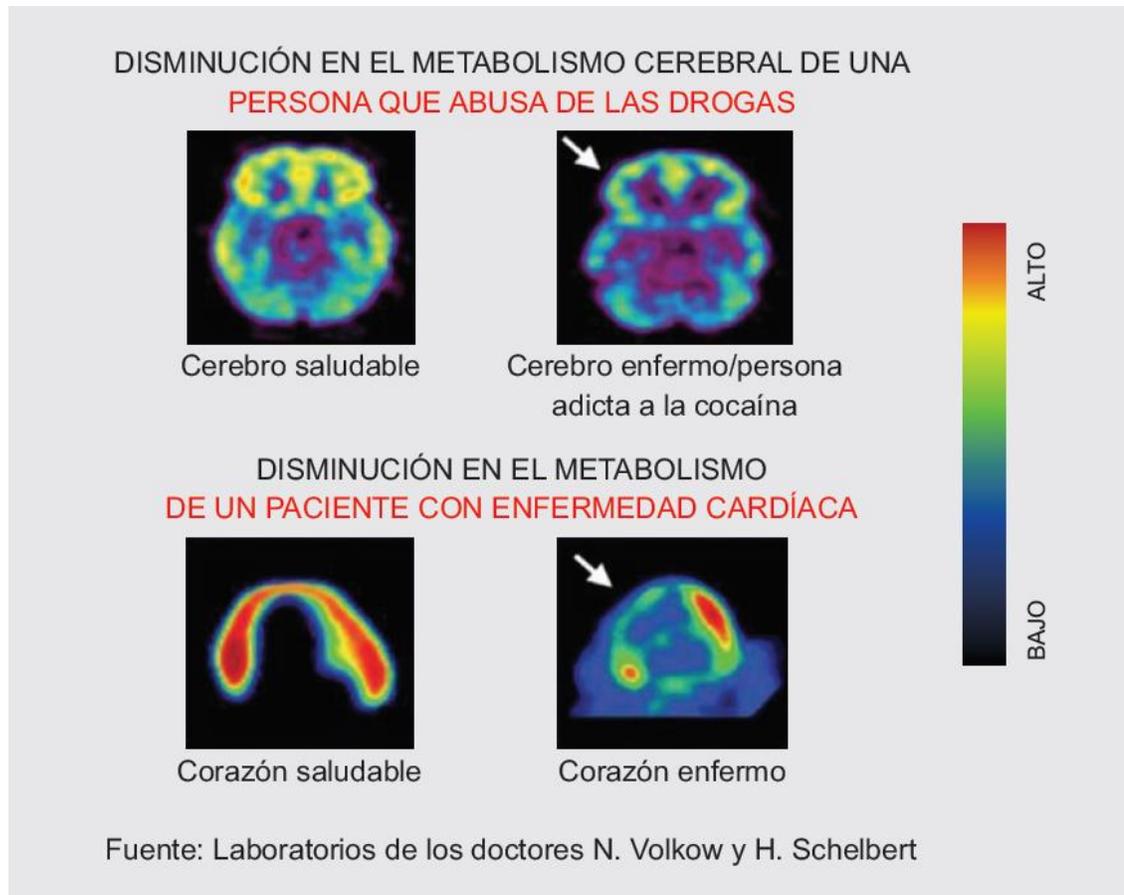


TABLA N°23: Consecuencias del metabolismo cerebral por consumo de drogas
Fuente: CEDRO (2017)

2.2.1.2. Aspectos generales para el tratamiento en casos de adicciones

Es importante ofrecer tratamiento y rehabilitación para casos de adicciones lo más pronto posible para evitar que la salud del paciente se vea más afectada.

Sin embargo, como lo expresa el mismo estudio de CEDRO (2017) existen características importantes que se deben considerar para el planteamiento de un tratamiento adecuado y garantice el éxito de esta, como son los siguientes:

- La educación por sí sola no es suficiente para la corrección de la adicción, puesto que no en todos los casos educar a una persona que ya se encuentra en un grado crónico de la adicción, sea suficiente y se requiera otros métodos.
- Sin embargo, no se debe desmerecer la importancia de la educación, puesto que el conocer las consecuencias y la gravedad del consumo de drogas, puede llegar a desmotivar a personas que aún no sean dependientes y promover la prevención.
- En caso de que adictos que hayan cometido un delito, el confinamiento o correctivo, no evitará que las personas al finalizar su sentencia no vuelva a recaer o sea curado de su adicción.
- La desintoxicación no solo suele ser suficiente para el tratamiento, puesto que, igual que en caso del correctivo, el afectado suele recaer al consumo de drogas.
- Para realizar una rehabilitación con mejores resultados, se debe hacer un conjunto de acciones, los cuales abarca terapias, tratamiento médico y seguimientos psicológicos y socio familiares constantes, de tal modo tener constantemente una evaluación de la recuperación del paciente.

Uno de las terapias que más se aplica para el tratamiento de adicciones es la farmacológica, la cual es fundamental para restar adicción y tratar los síntomas producidos por la desintoxicación, como el síndrome de abstinencia y los efectos que este caer consigo.

En el Perú, para obtener un mejor tratamiento para afrontar las adicciones, los centros que ofrezcan servicios para este fin deben regirse por los siguientes modelos y tratamientos fundamentales, que se expresan en la siguiente tabla, los cuales deben aplicarse para cada paciente.

TABLA 4.12: PRINCIPALES MODELOS Y CENTROS DE TRATAMIENTO EN DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN EL PERÚ

Si el diagnóstico del paciente es el de dependencia de sustancias (alcohol u otras drogas), el abordaje terapéutico inicial depende del cuadro clínico, a saber:

- Tratamiento de la intoxicación.
- Tratamiento del síndrome de abstinencia.
- Tratamiento farmacológico de las complicaciones producidas por la droga.
- Evaluación y diagnóstico, médico, psicológico y psiquiátrico.
- Tratamiento de la dependencia propiamente.
- Cognitivo-conductual.
- Gestáltico.
- Rogeriano-Humanista.
- Dinámico.
- Entrevista y psicoterapia motivacional.
- Análisis transaccional.
- Médico psiquiátrico, con enfoque farmacológico.
- Consejo profesionalizado.
- Medicina natural.
- Terapias centradas en la familia.
- Sistémico familiar.
- Conductual familiar.
- Centros de tratamiento.
- Centros de información y consejo profesionalizado.
- Tratamiento ambulatorio.
- Tratamiento con internamiento / hospitalización.
- Clínica de día, de fin de semana, de noche.
- Comunidad terapéutica.
- Clínicas psiquiátricas.
- Grupos de autoayuda.

TABLA N°24: Principales modelos de tratamiento para adicciones

Fuente: CEDRO (2017)

Además, gracias a las investigaciones del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) plantea principios básicos que deben estar presentes en todo el proceso de rehabilitación que se realice.

TABLA 4.13: PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO, SEGÚN EL NIDA

- No existe un tratamiento único válido para todos los dependientes a sustancias.
- El tratamiento debe estar disponible permanentemente.
- El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del paciente. No se focaliza solo en el consumo de drogas.
- Un plan de tratamiento y de servicio individual debe ser continuamente evaluado y modificado para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
- Permanecer en tratamiento durante un período razonable de tiempo es fundamental para la efectividad del tratamiento.
- La consejería profesionalizada (individual y grupal) y otras terapias comportamentales son componentes gravitantes en el tratamiento efectivo.
- La medicación es un componente importante del tratamiento, especialmente cuando se combina con la consejería profesionalizada y otras terapias conductuales.
- Los pacientes que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deben tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
- La desintoxicación médica es sólo el primer estadio de una intervención terapéutica y del tratamiento integral dado a largo plazo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitoreado continuamente.
- Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como la consejería que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que los expone a otros riesgos de infección.
- La recuperación de la dependencia a sustancias es un proceso de largo plazo. Por tanto, requiere varios momentos de intervención terapéutica.

TABLA N°25: Principios básicos para la realización de tratamientos para adicciones
Fuente: CEDRO (2017)

En conclusión, para poder tener mejores resultados en el tratamiento de adicciones, es importante tener en cuenta los siguientes puntos.

- El tratamiento debe llevarse bajo la supervisión profesional constante para que garantizar que se lleven a cabo todas las indicaciones previstas y evitar recaídas del paciente.
- Se debe contemplar a la familia como parte de la rehabilitación, ya que ellos suelen ser vistos como parte positiva para que el paciente pueda encontrar un estímulo positivo y la familia sepa cómo actuar en estas circunstancias.
- Es preferible que el tratamiento se realice en centros capacitados y evitar centros de ayuda informales, ya que estos no cuenta con personal calificado pueden llegar a empeorar la condición del paciente

- Es importante el estímulo positivo para el paciente, desarrollando en la terapia actividades que refuercen su creatividad y habilidades personales. Desarrollando a si mismo sus capacidades cognitivas y físicas.

2.2.2. PROCESOS PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN POR ADICCIONES AL CONSUMO DE DROGAS

TRATAMIENTOS PARA CASOS DE ADICCIONES EN EL PERÚ

En el Perú el diagnóstico y tratamiento para el problema de consumo y adicciones a sustancias psicoactivas se basa en emplear el modelo propuesto por el MINSA y DEVIDA (2007) en el documento llamado “Guía de Práctica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicótropas”, el cual plantea diversos niveles de tratamiento de acuerdo a la complejidad del diagnóstico del paciente.

- **Nivel I-1**

Objetivos:

- Identificar casos de consumo de consumo y dependencia de sustancias en distintos casos, tales como:
 - Casos directos, donde el paciente muestra signos de intoxicación
 - Casos indirectos, donde hubo accidentes, maltrato y violencia
- Promover y prevenir sobre los problemas que conlleva el consumo de drogas.
- Motivar a los pacientes para aceptar el programa de tratamiento.
- Control de los casos referidos por el nivel superior.
- Referencia de casos a nivel de mayor complejidad.

- Programa para reducir el nivel de daño, que consiste en evitar contagios parentales, análisis de descartes de ETS/VIH, tuberculosis, realizar planificaciones en conjunto a la familia y prevención de violencia dentro de la familia y suicidio.

Modalidades de Atención:

- Mediante consejería individual y grupal
- Realizar conversaciones informativas y psicoeducativas.

- **Nivel I-2, 3 y 4**

Este nivel cuenta con la participación de profesionales de salud, exceptuando médicos psiquiátricos.

Objetivos:

- Identificar de manera inmediata de los casos.
- Motivar a los pacientes para aceptar el programa de tratamiento.
- Realizar un programa de desintoxicación para casos leves y moderados.
- Manejar de manera individual y grupal los casos de abuso de sustancias.
- Referencia de casos de mayor complejidad a un tratamiento mayor.
- Programa para reducir el nivel de daño.

Modalidades de Atención:

- Uso de psicofármacos para tratar la desintoxicación.
- Es opcional el uso de tranquilizantes de manera ocasional para casos de urgencia.
- Es recomendable el uso de antidepresivos, en particular de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRD).
- Es viable el uso de medicamentos disuasivos, en pacientes que sean contrarreferidos de niveles superiores.
- Realización de psicoterapia a nivel de consejería tanto individual, grupal y familiar.

Criterios de referencia:

- Pacientes que causan complicaciones durante el proceso terapéutico.
- Pacientes con diversas recaídas durante el proceso terapéutico.
- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica.
- Pacientes que presenten comorbilidad médica que no es posible de tratar a este nivel.

- **Nivel II-1**

Este nivel cuenta con la participación de profesionales de salud, exceptuando médicos psiquiátricos.

Objetivos:

- Identificar de manera inmediata de los casos de adicción.
- Recurrir a programas para la motivación.

- Realizar un programa de desintoxicación y deshabituación para casos leves, moderados y de poca severidad.
- Implementación de programa de intervención breve para abusadores, teniendo un promedio 3 a 6, acompañadas con un mínimo de 12 sesiones.
- Realización de seguimientos y control para casos referidos de niveles de mayor complejidad.
- Programa para reducir el nivel de daño.

Modalidades de Atención:

- Uso de psicofármacos, tranquilizantes menores con medidas de monitoreo y control constante durante el periodo requerido.
- Utilización de tranquilizantes mayores para casos de urgencia, tales como cuadros psicóticos o embriaguez patológica.
- Es recomendable el uso de antidepresivos en preferencia IRSS, para casos que no presenten complicación según se requiera.
- Es viable el uso de medicamentos disuasivos, en pacientes que sean contrarreferidos de niveles superiores.
- Es recomendable la evolución del uso de estabilizadores del ánimo a dosis terapéuticas, esencialmente para casos de alcoholismo.
- Realización de evaluaciones de laboratorio de acuerdo a los criterios de monitorización.
- Realizar psicoterapia individual, grupal, familiar y consejería.

Criterios de referencia:

- Pacientes que presentan una desfavorable evolución en su tratamiento.
- Pacientes que presentan complicaciones con el uso de psicofármacos.
- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica.
- Pacientes con disfuncionalidad familiar

- **Nivel II-2**

Este nivel cuenta con la participación de profesionales de salud y servicios de psiquiatría.

Objetivos:

- Detección y selección de casos para la incorporación del programa.
- Recurrir a programas para la motivación.
- Realizar un programa de desintoxicación y deshabitación con internamiento.
- Implementación de programa de tratamiento y rehabilitación para casos de adictos no complicados.
- Realización de programas de seguimiento.

Modalidades de Atención:

- Uso de psicofármacos para casos de síndrome de abstinencia, en casos en el cual ser presenten apetencia de consumo, en casos de comorbilidad psiquiátrica, alcoholismo y adicción a la nicotina.
- Realización de tratamientos médicos integral.
- Psicoterapia individual, teniendo como énfasis la motivación, la personalidad y la conducta adictiva
- Psicoterapia grupal, siendo dirigida a generar grupos de autoayuda.
- Psicoterapia familiar y generar redes de soporte social.
- Realización de programas de prevención de recaídas y seguimiento individual, grupal y familiar.
- Realizar redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos.
- Todos los programas contarán con evaluación de indicadores de progreso, resultado e impacto de forma periódica, siendo semestral, anual y hasta finalizar.

Etapas de Intervención:

- Desintoxicación y deshabitación.
- Manejo en casos del síndrome de abstinencia.
- Buscar la estabilización y rehabilitación emocional, comportamental y cognitiva, con una duración de aproximadamente 6 meses.

- Reinserción social laboral con una duración de 2 a 4 meses y seguimiento para evitar casos de recaídas de entre 2 o 5 años

Referido para los siguientes tipos de pacientes:

- Pacientes que presentan etapa de abuso y dependencia precoz.
- Pacientes que presentan motivación al tratamiento.
- Pacientes que cuenten con residencia permanente en la jurisdicción.
- Pacientes que muestren disposición ser tratados de manera ambulatoria.
- La existencia de redes de apoyo como familiar y social.

Criterios de exclusión y separación para los siguientes tipos de pacientes:

- Pacientes que presenten complicaciones psiquiátricas y médicas severas.
- Pacientes que presentan más de tres recaídas severas durante el tratamiento.
- Pacientes que incumplan lo establecido en el contrato terapéutico.
- Pacientes que muestren conducta delictiva.

Criterios de referencia:

- Pacientes que presenten complicaciones psiquiátricas o médicas severas.
- Si de acuerdo al criterio del médico, considera que requiere una atención mayor como internamiento prolongado o comunidad terapéutica.

- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica severa limitante.

- **Nivel III**

En este nivel se contemplan la atención mediante Hospitales Especialidades e Instituciones Especializados.

Objetivos:

- Generación de modalidades de atención especializada del más alto nivel terapéutico y de complejidad.
- Fungir como referente para los niveles menores de complejidad.
- Servir de apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.
- Realización de investigaciones en nuevas modalidades de psicoterapia y farmacoterapia.

Modalidades de Atención:

- Mediante la internamiento prolongado bajo las modalidades clínica y de comunidades terapéuticas.
- Programas que implementan una modalidad intermedia que consiste en tratamientos ambulatorios y de internamiento parcial.

Etapas de intervención, tratamiento y rehabilitación corresponderán a:

- Modelo específico adoptado por cada institución.
- Criterios de género, etarios y comorbilidad asociada.
- Tipo de sustancia del cual es expuesto el paciente abordado por el programa específico.

Requerimientos:

- Deben contar con un equipo inter y multidisciplinario, con entrenamiento y/o especialización en trastornos adictivos.
- En su infraestructura contar con ambientes hospitalarios adecuados y apropiados para psicoterapia, terapia recreativa y terapia ocupacional.
- En cuanto equipamiento deben contar con camas clínicas, laboratorios y servicio de nutrición y apoyo logístico.

Criterios de Alta Clínica:

- Finalizar el programa terapéutico.
- Que el paciente se mantenga en abstinencia entre 2 y 5 años.

Criterios de Alta Administrativa:

- El paciente haya abandonado el tratamiento.
- Que exista un incumplimiento del contrato terapéutico.
- El paciente haya tenido múltiples recaídas durante el tratamiento.

TRATAMIENTOS PARA CASOS DE ADICCIONES EN EL EXTRANJERO

Para poder tener un entendimiento más completo de los procedimientos en los tratamientos para casos de adicciones, se va a optar por estudiar la normativa de Chile que regula los el funcionamiento de este tipo de tratamientos, el cual se denomina “Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas” realizado por el Ministerio de Salud Chile (MINSAL) y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, teniendo como prioridad el logro de los siguientes objetivos:

- Apoyar y fortalecer al paciente para motivar el cambio.
- Tener como prioridad la problematización de los factores que permiten la accesibilidad y mantienen el consumo.
- Reforzar los factores protectores que permitan el éxito del proceso de cambio.
- Fomentar las estrategias de prevención de recaídas.
- Ayudar el desarrollo de habilidades sociales
- Guiar y apoyar los procesos para la integración social y el cambio en el estilo de vida.
- Dar todas las facilidades para la preparación del egreso del paciente de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar un seguimiento constante posterior al egreso del paciente.

Esta norma para el tratamiento en adicciones completa una variedad de servicios, que este mismo resalta como indispensables y que no pueden estar ausentes en todos los planes propuestos para lograr el éxito de los objetivos terapéuticos, siendo estas:

- Consulta medica
- Consulta psiquiátrica
- Consulta de salud menta
- Intervención psicosocial de grupo
- Consulta psicológica
- Psicoterapia individual y grupal
- Visitas domiciliarias
- Exámenes de elaboración pertinentes y medicación según corresponda

- **Plan de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio Básico**

En este plan de tratamiento se presentan un conjunto de intervenciones que favorezcan el logro de los objetivos terapéuticos para pacientes con problemas de adicción moderada, donde se remarca la existencia de actividades ocupacionales (laboral o educacional) por parte del paciente para su participación parcial o total al plan en conjunto del soporte de la familia.

La duración del procedimiento estará estimada de acuerdo a las necesidades del paciente. Sin embargo, gracias a expertos se tiene una

estimación de aproximadamente 6 meses con frecuencia de visitas de 2 veces por semana, con tiempo de 2 a 4 horas de sesiones.

- **Plan de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorio Intensivo**

En este plan de tratamiento se presentan un conjunto de intervenciones que favorezcan el logro de los objetivos terapéuticos para pacientes con problemas de adicciones moderadas o severas, donde exista la posibilidad de tener comorbilidad psiquiátrica o somática leve y que el paciente no presente actividades ocupacionales y apoyo familiar.

La duración del procedimiento estará estimada de acuerdo a las necesidades del paciente. Sin embargo, gracias a expertos se tiene una estimación de aproximadamente 8 meses con frecuencia de visitas de 5 veces por semana, con tiempo de 4 a 6 horas de sesiones.

- **Plan de Tratamiento y Rehabilitación Residencial**

En este plan de tratamiento se presentan un conjunto de intervenciones que favorezcan el logro de los objetivos terapéuticos para pacientes con problemas de adicciones severas, donde las condiciones suele ser que el paciente haya llevado múltiples tratamientos previos sin éxito, nulo apoyo familiar o social, notorio grado de deterioro, trastornos psiquiátricos severos y una precepción de autoeficiencia inexistente.

La duración del procedimiento estará estimada de acuerdo a las necesidades del paciente. Sin embargo, gracias a expertos se tiene una estimación de aproximadamente 12 meses con permanencia indefinida, con una jornada de terapia de 5 a 7 horas diarias.

Estos 3 planes de tratamiento contemplan en su periodo de terapia 4 etapas que deben evaluar y trabajar de manera progresiva con el fin de garantizar que el paciente haya tenido éxito en su recuperación, los trabajos que se realizará en cada etapa estará sujeto al diagnóstico del médico encargado de acuerdo a las necesidades del paciente y del plan que se someterá.

- **1° Etapa:**

Comienza con la acogida del paciente, abordando su condición emocional y el diagnóstico integral de su problema, se deberá tener plena consideración de todas las áreas de su vida personal y como ha sido afectado por el consumo de sustancias.

Posteriormente se intervendrá con el proceso de desintoxicación y en apoyar motivacionalmente al cambio y pasará a una evaluación de su inserción social, sus intereses, competencias y habilidades para reintegrarse a la sociedad.

Esta etapa contempla en su programa la evaluación del estado de salud general, salud mental y psiquiátrico del paciente,

- **2° Etapa:**

Está enfocado en abordar profundamente en los factores que intervienen al inicio y propenso consumo de drogas, apoyar con programas de desintoxicación a mediano y largo plazo, y apoyar el desarrollo de las habilidades, intereses y competencias socioeconómico, trabajar en las experiencias traumáticas, implementar de estrategias que prevengan recaídas y restablecer vínculos y actitudes saludables.

- **3° Etapa:**

En esta etapa se lleva a cabo la preparación para el egreso del paciente y es donde se fortalecen los cambios habidos durante terapia y se busca profundizar en los aspectos como alternativas de integración, con énfasis en concretar redes de apoyo.

- **4° Etapa:**

Se corresponde a realizar un seguimiento al egresado, siendo en un periodo de tiempo no menor de un año, sin embargo, se continúan realizando intervenciones individuales, familiares o grupales con una frecuencia en la cual progresivamente cumpla el periodo del año establecido, esto se aplica para poder evaluar que los objetivos hayan sido logrados y en caso de dificultades brindar el apoyo adecuado.

CONCLUSIONES

Analizando ambos planes de tratamiento, se puede observar un gran parecido en los procedimientos para abordar la rehabilitación de un paciente con adicciones. Sin embargo, se puede resaltar en la norma del Perú que existe una gran diversión de niveles de diagnóstico, que si bien se puede considerar favorable debido a que se analiza y diagnostica de acuerdo a la gravedad del paciente. Sin embargo, los primeros niveles no abarcan aspectos que son fundamentales como la intervención de profesionales médicos y psiquiátricos, como en la normativa chilena. Se debe remarcar que la adicción es un problema también emocional, ya que una persona llega a la adicción por influencia de conocidos, curiosidad a la misma o por problemas emocionales, siendo esta última que debe ser abordada desde una primera instancia por profesionales médicos, psicológicos y psiquiatras y de este modo ofrecer un mejor tratamiento acorde a las necesidades del paciente y que estimulen el cambio en su estilo de vida. Además de la implementación actividades recreativas que fomenten en desarrollo de nuevas capacidades y aptitudes del paciente favorecerán que abandonen el consumo de sustancias y un enfocar su tiempo en actividades que lo beneficie.

Por lo que se procederá trabajar en una modalidad de tratamiento en base a la información obtenida y aplicando, a su vez, normas y modelos establecidos por Las Naciones Unidas y La Organización Mundial de la Salud en su manual llamado “Normas Internacionales para el tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas”, en el cual tendremos las siguientes modalidades de tratamiento:

- **Tratamiento Ambulatorio**

En esta modalidad de tratamiento se trabajara de manera que el paciente puede realizar su tratamiento de forma paralela a sus actividades cotidianas, como trabajos u otra actividad de suma importancia.

Características y metodologías a seguir:

- El plan de tratamiento a seguir se realizará bajo la supervisión de un profesional médico, el cual evaluará la situación del paciente y determinará el proceso a seguir.
- Tratamiento de desintoxicación, la cual será asistida por el medico
- Involucración de familiares y/o personas cercanas al paciente en el tratamiento.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psiquiátrico y psicosocial.

Duración:

El plan de tratamiento a seguir se realizará por un periodo de 6 meses, con periodos de 3 veces por semana y de 4 a 6 horas. Siendo en casos intensivos se ampliarán a 8 meses.

Una vez finalizo el periodo de tratamiento, se realizará un seguimiento de por lo menos 2 años para evitar recaídas.

- **Tratamiento Residencial**

En esta modalidad de tratamiento va enfocado para pacientes cuya adicción es diagnosticada de manera intensa o crónica, siendo que, para obtener un mejor resultado en la recuperación del paciente, una rehabilitación y observación constante por un equipo médico especializado en estos casos.

Características y metodologías a seguir:

- El plan de tratamiento a seguir se realizará bajo la supervisión de un profesional médico, el cual evaluará la situación del paciente y determinará el proceso a seguir.
- Tratamiento de desintoxicación, la cual será asistida por el medico
- Involucración de familiares y/o personas cercanas al paciente en el tratamiento.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psiquiátrico y psicosocial.
- Se realizarán actividades que promuevan aptitudes positivas que el paciente pueda aplicar en su día a día una vez dado de alta

Duración:

El plan de tratamiento a seguir se realizará por un periodo de 3 o 6 meses, dependiendo el grado de intensidad que presente el paciente, donde se trabajará la adicción mediante terapias cognitiva conductual, actividades complementarias.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Tratamiento ambulatorio**

Este tipo de tratamiento se enfoca en que el paciente recibe el tratamiento en el centro pero no es internado para la observación continua de su proceso, si no que el paciente es libre de regresar a su hogar y llevar las indicaciones que se le es encomendado bajo su propia responsabilidad de este mismo seguirla y el éxito del tratamiento.

- **Tratamiento Hospitalario**

El tratamiento hospitalario consiste en que el paciente es internado en el centro donde realizará su tratamiento para las adicciones, siendo de este modo que recibe un constante observación por parte de los médicos y profesionales para evaluar el progreso de su rehabilitación, teniendo a su disposición, las actividades y recursos que el centro brinda.

- **Confort**

El confort un determinante para que el paciente sienta agradable su estadía mientras realiza su rehabilitación. Este concepto puede aplicarse en cuatro aspectos:

- **Confort Visual:**

Se es más recomendable la utilización de la luz natural, puesto que esta da una sensación más natural a los sentidos que la luz artificial. Asimismo, se tendrá en cuenta el asoleamiento del terreno, donde se busca una buena orientación para que el sol forme parte de la terapia, mas no sea un fastidio.

- **Confort Acústico**

El centro debe funcionar con terapias que lleven al paciente en un momento de paz y serenidad, por ello los ruidos externos son una problemática que se debe tener muy en cuenta, por ello la arquitectura debe responder creando espacios donde el paciente se aislé virtualmente de lo que ocurre en el exterior.

- **Confort Climático**

El paciente debe sentirse en libertad en plena terapia y el clima es un factor que juega a favor para poder desarrollar un sentido de paz. El aire fresco para el usuario puede representar un estado de relajación. Se deberá evitar de este modo la concentración de malos olores o contaminantes, para ello se debe considerar la circulación del aire y la iluminación natural para generar un confort más natural.

- **Confort Espacial**

Es importante que la persona no se sienta aprisionado en el completo, por ello crear espacios en la que el paciente siente que se puede desenvolver en el lugar, lograra que se sienta acogido por esta y no creara un sentimiento de rechazo por esta.

• **Espacio interno**

Es un elemento que usualmente a fin en la recreación de las personas en una ciudad. Para la propuesta se buscará crear espacios públicos en los cuales los residentes puedan recrearse y puedan sentir el lugar como un lugar de esparcimiento y se sientan identificados en ella.

2.4. MARCO LEGAL

Para implementar medidas para la prevención y tratamiento para las adicciones al consumo de drogas, es importante basarnos en medidas y normas que guíen y den a conocer métodos y lineamiento adecuados para conocer aspectos generales que conforman la problemática y bases básicas para su implementación en el proyecto arquitectónico.

Siendo en el caso que nos encontramos ahora, la problemática sobre el consumo de drogas y su rehabilitación, podemos encontrar las siguientes drogas, las cuales son dictadas para el control del consumo y prevención de drogas.

- Ley N° 28681: promulgado el 05/03/2006 esta ley regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas, teniendo las municipalidades el prever su venta en cercanía de instituciones educativas.
- Ley N° 29517: promulgado el 02/04/2010 que modifica la Ley N° 28705 para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo de Tabaco. Adecuándose al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco.
- D. Ley N° 22095: promulgado el 21/02/1978, Ley de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas. Donde evalúan el problema de las drogas enfocado en la salud pública y como está relacionado con su consumo y adicción.
- Constitución Política de 1979: promulgado el 12/07/1979, Ley que establece al Estado como responsable de combatir y sancionar el Tráfico Ilícito de Drogas.

- D. Leg. N° 753: Promulgado el 08/11/1991, Ley de Bases de la Estrategia de Desarrollo Alternativo para Erradicar el Tráfico Ilícito de Drogas con la participación de la población.
- D. S. N° 82-94-PCM: Promulgado el 03/10/1994. Decreto que aprueba el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas.
- D. S. N° 0.13-97-PCM: Promulgado el 03/04/1997. Decreto que aprueba el Reglamento de la Comisión de Lucha contra el Consumo de Drogas.
- D. S. N° 0.33-2012-PCM: Promulgado el 27/03/2012. Decreto que aprueba la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012 - 2016

Además, es fundamental también conocer las leyes y reglamentos que dispongan las medidas para el tratamiento de personas con adicciones, enfocado en un aspecto de salud.

- Ley N° 29737: Promulgado el 06/07/2011. Esta ley modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, que es Ley general de salud referido a la salud mental; y regula los procedimientos de internamiento de las personas con trastornos mentales.
- D. S. N° 006-2012-SA: Promulgado el 23/07/2011. Decreto que aprobó el Reglamento de la Ley 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.

Teniendo como base estas leyes se procederá a la realización del proyecto arquitectónica para garantizar una eficiente funcionalidad de ambientes y servicios.

2.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Por lo tanto, teniendo toda esta información se puede llegar a deducir que la falta de información respecto a la prevención de consumo de drogas puede llegar a aumentar el índice de consumidores que tenemos hoy en día. Esto puede deberse al hecho de que estos temas suelen verse como tabús en las familias, teniendo los jóvenes su primer acercamiento por terceros y no teniendo control sobre sus acciones.

CAPITULO III

ÁREA DE ESTUDIO Y EL TERRENO

3.1 ANÁLISIS URBANO DE LA ZONA DE ESTUDIO

Para determinar la zona de estudio, nos apoyaremos del Plan Regional de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de la Región Callao 2017 – 2021, en el que propone una serie de estrategias para la prevención y rehabilitación para personas con adicciones, entre los que tenemos los siguientes objetivos.

- Promover el fortalecimiento de la articulación de los establecimientos que prestan servicios de atención y tratamiento del consumo de drogas, garantizando una atención óptima.
- Gestionar con la Dirección de Salud (DIRESA) para garantizar la calidad de la atención para el tratamiento de personas con adicciones.
- Promover estrategias de prevención del consumo de drogas que permita la integración socio laboral de las personas con drogodependencia y su reinserción a la sociedad.
- Generar acciones que fortalezcan los programas de prevención del consumo de drogas tanto legales como ilegales, mediante el ámbito educativo, consejería familiar y social.

Siendo que el Callao tiene un fuerte deseo y planeamiento con la labor de la lucha con las drogas, este proyecto de tesis opta por apoyarse y guiándose en lo expuesto en su plan regional para lograr un centro adecuado que brinde los servicios y el personal calificados necesarios para su atención.

Teniendo a la Provincia Constitucional del Callao como zona de estudio, se procederá de determinar los lugares más óptimos y cumplan los requerimientos adecuados para acentuar el proyecto, que garantice la seguridad y vialidad, entre otros muchos factores, tanto para los usuarios, profesionales que trabajen en el centro y pacientes que recurran a realizar sus terapias o actividades diversas.



IMAGEN N°21: Análisis vial urbano del Callao
Fuente: Google Earth

| PONDERACION | | | | | |
|------------------------|---------------|-----------|------------|---------------|----------|
| | Accesibilidad | Movilidad | Topografía | Uso de Suelos | Tenencia |
| Terreno 1 (La Perla) | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Terreno 2 (Bellavista) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Terreno 3 (Callao) | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 |

| INDICADOR | | | | | |
|------------------------|---------------|-----------|------------|---------------|----------|
| | Accesibilidad | Movilidad | Topografía | Uso de Suelos | Tenencia |
| Terreno 1 (La Perla) | 100% | 100% | 100% | 100% | 75% |
| Terreno 2 (Bellavista) | 100% | 100% | 100% | 100% | 75% |
| Terreno 3 (Callao) | 75% | 75% | 100% | 100% | 75% |

| CLASIFICACIÓN | |
|---------------|---------|
| 3 | BUENO |
| 2 | REGULAR |
| 1 | MALO |

| RESULTADO | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|---------------|-----------|------------|---------------|----------|-------|-----|
| | Accesibilidad | Movilidad | Topografía | Uso de Suelos | Tenencia | | |
| Terreno 1 (La Perla) | 3 | 3 | 3 | 2 | 2.25 | 12.25 | 49% |
| Terreno 2 (Bellavista) | 3 | 3 | 3 | 3 | 2.25 | 14.25 | 57% |
| Terreno 3 (Callao) | 0.75 | 1.5 | 3 | 1.5 | 3 | 9.75 | 39% |

- Se deberá considerar la accesibilidad y movilidad de los usuarios como elemento esencial para que puedan localizar de manera más fácil y segura a realizar sus terapias. Por lo cual es recomendable la cercanía a una vía pública que permita una accesibilidad más fluida
- La topografía es un factor a tener en consideración, puesto que esta juega un papel importante al momento del planteamiento de soluciones para accesibilidades y tránsito en el mismo proyecto, más específico en recorrido de sus ambientes y la conexión de estas mismas, debido a que es una infraestructura de salud, en este caso mental y física, existirán pacientes con problemas de adicciones suelen tener problemas motrices por el abuso de sustancias no favorables para el cuerpo humano, por lo cual debe ser lo más llano posible.
- El terreno según su tipo de uso deberá tener las condiciones adecuadas para su uso de acuerdo a la zonificación correspondiente a salud u otros usos.
- Así mismo, se debe considerar la accesibilidad a la tenencia del terreno.

3.2 CARÁCTERÍSTICAS

3.2.1 LOCALIZACIÓN Y UBICACIÓN DEL TERRENO

El terreno se ubica en el distrito de Bellavista, colindando con la Ca. Colina, Ca. Maranga y Jr Zarumilla, el cual se encuentra baldío con un área aproximada de 22 92 m², con un entorno de residencias y talleres.



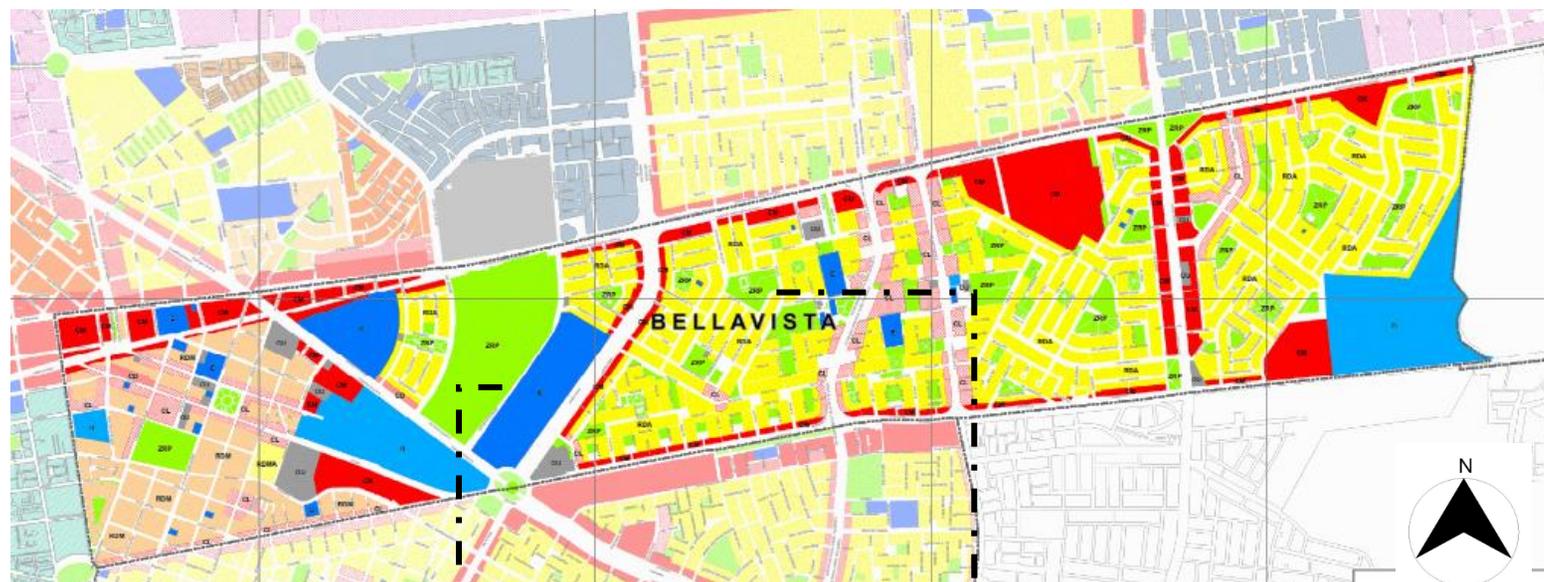
IMAGEN N°22: Análisis del entorno del terreno propuesto
PROPUESTA DE TERRENOS Y ENTORNO
Fuente: Google Earth



IMAGEN N°23: Vista de fachada del terreno propuesto
PROPUESTA DE TERRENOS Y ENTORNO
Fuente: Google Earth

3.3 DIAGNÓSTICO

3.3.1 Estructura ecológica



VILLA DEPORTIVA REGIONAL DEL CALLAO



PARQUE DE CANES GIGI



**3.82 m² /
hab.**

IMAGEN N°24
GESTIÓN DE ÁREAS VERDES
Fuente: Municipalidad de Bellavista – Google Earth

3.3.2 Equipamiento

a) Equipamiento de Educación

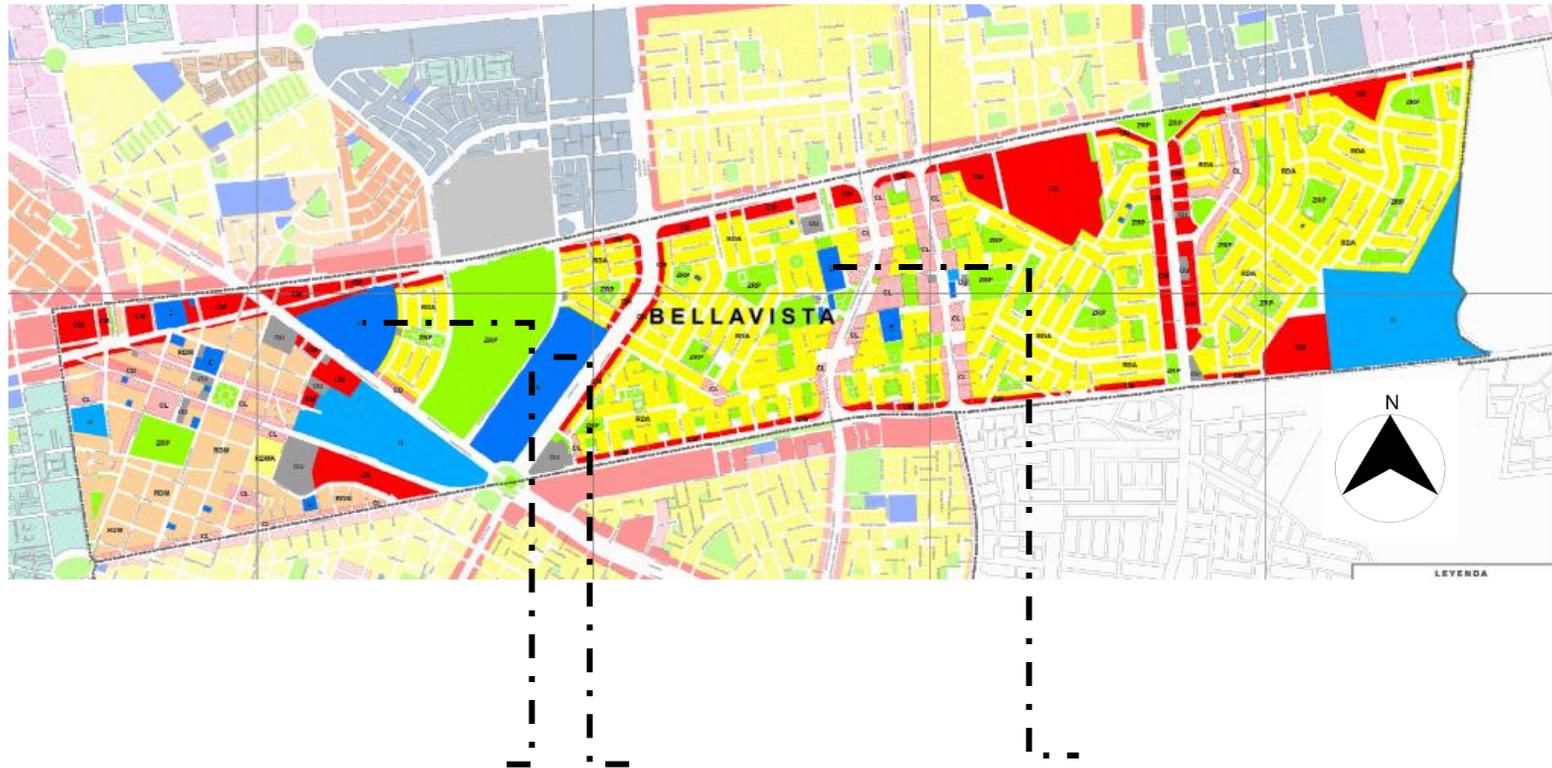
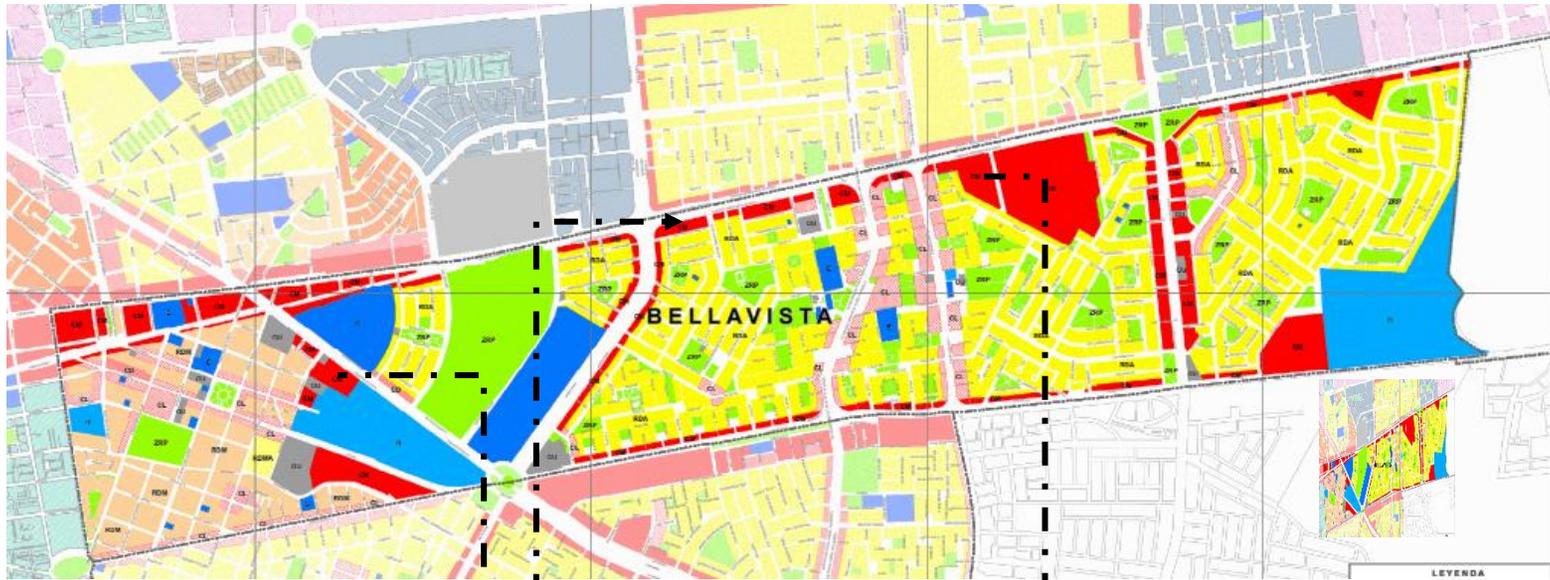




IMAGEN N°25
EQUIPAMIENTO DE EDUCACION
Fuente: Municipalidad de Bellavista – Google Earth

b) Equipamiento de Comercio



CLUB DE TIRO DE BELLAVISTA



BAZAR COLONIAL



IMAGEN N°26

EQUIPAMIENTO DE COMERCIO

Fuente: Municipalidad de Bellavista – Google Earth

c) Equipamiento de Salud

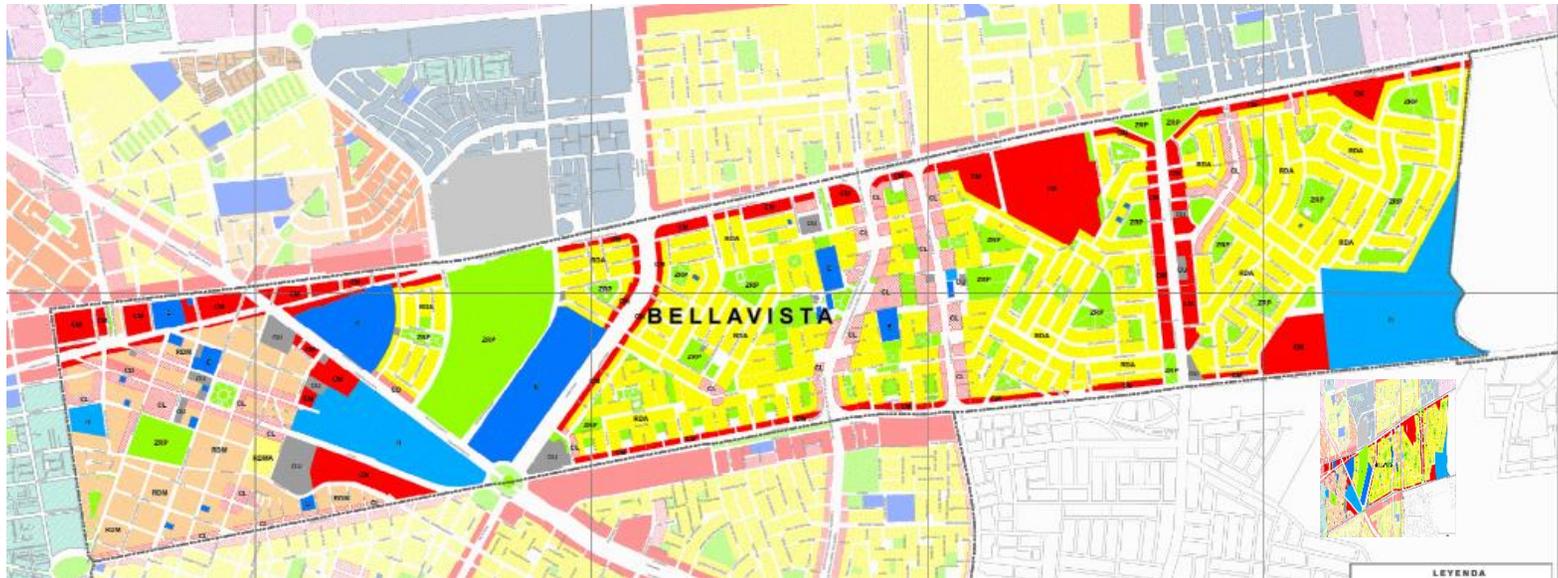


IMAGEN N°27
EQUIPAMIENTO DE SALUD
 Fuente: Municipalidad de Bellavista – Google Earth

3.3.3 Estructura Socio-económica Espacial

La información a continuación corresponde a la Provincia Constitucional del Callao, a los últimos censos realizados por la INEI, en su compendio Estadístico 2019 para la Provincia.

3.3.3.1 Socio-económico

a). Población según edades y genero

De acuerdo a los datos brindados por la INEI en el 2017, la Provincia del Callao obtuvo un población total de 9994 494 habitantes, teniendo el distrito de Bellavista un 7.5% del total de la población

1.1 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: DENSIDAD POBLACIONAL Y POBLACIÓN CENSADA, SEGÚN DISTRITO, 2017

| Distrito | Densidad Poblacional (Hab./Km2) | Población Censada 2017 |
|----------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Total | 6 815,80 | 994 494 |
| Callao | 9 885,21 | 451 260 |
| Bellavista | 16 414,69 | 74 851 |
| Carmen de la Legua Reynoso | 19 924,53 | 42 240 |
| La Perla | 22 333,45 | 61 417 |
| La Punta | 5 105,33 | 3 829 |
| Ventanilla | 4 513,08 | 315 600 |
| Mi Perú 1/ | 17 975,00 | 45 297 |

TABLA N°26: Población de la Provincia del Callao según Distrito.
Fuente: INEI (2017)

Además, con lo expuesto en la siguiente tabla, se observa una gran parte de la población se encuentra en entre las edades de 15 a 64 años, de los cuales el 18% es de jóvenes con el rango de edad de 18 a 29 años. Siendo, a su vez que las mujeres constituyen una mayoría en el distrito

3.2 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: POBLACIÓN CENSADA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD, SEGÚN DISTRITO Y SEXO, 2017

| Distrito y sexo | Grandes grupos de edad | | | |
|-----------------------------------|------------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| | Total | 0 a 14 años | 15 a 64 años | 65 y más años de edad |
| Total | 994 494 | 243 225 | 666 350 | 84 919 |
| Hombre | 485 782 | 123 657 | 322 432 | 39 693 |
| Mujer | 508 712 | 119 568 | 343 918 | 45 226 |
| Callao | 451 260 | 102 435 | 305 758 | 43 067 |
| Hombre | 221 758 | 52 025 | 149 152 | 20 581 |
| Mujer | 229 502 | 50 410 | 156 606 | 22 486 |
| Bellavista | 74 851 | 13 941 | 50 042 | 10 868 |
| Hombre | 35 673 | 7 113 | 23 718 | 4 842 |
| Mujer | 39 178 | 6 828 | 26 324 | 6 026 |
| Carmen de la Legua Reynoso | 42 240 | 9 108 | 28 818 | 4 314 |
| Hombre | 20 586 | 4 600 | 14 023 | 1 963 |
| Mujer | 21 654 | 4 508 | 14 795 | 2 351 |
| La Perla | 61 417 | 11 464 | 40 709 | 9 244 |
| Hombre | 29 085 | 5 832 | 19 187 | 4 066 |
| Mujer | 32 332 | 5 632 | 21 522 | 5 178 |
| La Punta | 3 829 | 539 | 2 400 | 890 |
| Hombre | 1 756 | 267 | 1 145 | 344 |
| Mujer | 2 073 | 272 | 1 255 | 546 |
| Ventanilla | 315 600 | 92 732 | 208 257 | 14 611 |
| Hombre | 154 802 | 47 299 | 100 516 | 6 987 |
| Mujer | 160 798 | 45 433 | 107 741 | 7 624 |
| Mi Perú | 45 297 | 13 006 | 30 366 | 1 925 |
| Hombre | 22 122 | 6 521 | 14 691 | 910 |
| Mujer | 23 175 | 6 485 | 15 675 | 1 015 |

TABLA N°27: Población de la Provincia del Callao según grupo género y grupo de edades.
Fuente: INEI (2017)

3.3 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: POBLACIÓN CENSADA, POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN DISTRITO, 2017

| Distrito | Total | 0 a 5 años (Primera infancia) | 6 a 11 años (Niños) | 12 a 17 años (Adolescentes) | 18 a 29 años (Jóvenes) | 30 a 59 años (Adultos) | 60 y más años (Adultos mayores) |
|----------------------------|----------------|----------------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Total | 994 494 | 95 419 | 99 467 | 93 604 | 201 040 | 381 807 | 123 157 |
| Callao | 451 260 | 40 217 | 41 675 | 39 720 | 89 493 | 177 500 | 62 655 |
| Bellavista | 74 851 | 5 075 | 5 836 | 6 016 | 13 502 | 29 913 | 14 509 |
| Carmén de la Legua Reynoso | 42 240 | 3 482 | 3 768 | 3 784 | 8 575 | 16 708 | 5 923 |
| La Perla | 61 417 | 4 218 | 4 872 | 4 757 | 10 576 | 24 670 | 12 324 |
| La Punta | 3 829 | 176 | 228 | 278 | 554 | 1 448 | 1 145 |
| Ventanilla | 315 600 | 36 992 | 37 854 | 34 216 | 68 027 | 115 143 | 23 368 |
| Mi Perú | 45 297 | 5 259 | 5 234 | 4 833 | 10 313 | 16 425 | 3 233 |

TABLA N°28: Población de la Provincia del Callao según grupo de edad.
Fuente: INEI (2017)

b) Población según condiciones de vida

La población del Callao para el año 2017, cuenta con total de 281 882 viviendas censadas, de las cuales el 7.3% corresponde al distrito de Bellavista, donde el 75.9% cuentan con su propia vivienda independiente, los cuales se prevalece la utilización de materiales en base a concreto y ladrillo en su infraestructura.

4.12 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: VIVIENDAS PARTICULARES POR TIPO, SEGÚN DISTRITO, 2017

| Distrito | Tipo de vivienda | | | | | | |
|----------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------|---|
| | Total | Casa independiente | Departamento en edificio | Vivienda en quinta | Vivienda en casa de vecindad | Vivienda improvisada | Local no destinado para habitación humana |
| Total | 281 882 | 236 498 | 34 948 | 5 805 | 3 125 | 1 157 | 348 |
| Callao | 119 033 | 90 789 | 21 726 | 3 967 | 2 153 | 188 | 209 |
| Bellavista | 20 578 | 15 620 | 3 899 | 739 | 298 | 11 | 11 |
| Carmen de la Legua Reynoso | 11 222 | 9 233 | 1 616 | 153 | 207 | 2 | 11 |
| La Perla | 18 526 | 12 656 | 4 830 | 759 | 253 | 4 | 24 |
| La Punta | 1 462 | 878 | 455 | 113 | 16 | - | - |
| Ventanilla | 99 166 | 95 612 | 2 338 | 74 | 180 | 874 | 88 |
| Mi Perú | 11 895 | 11 710 | 84 | - | 18 | 78 | 5 |

TABLA N°29: Tipo de Vivienda en la Provincia del Callao.

Fuente: INEI (2017)

4.14 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: VIVIENDAS PARTICULARES CON OCUPANTES PRESENTES, SEGÚN MATERIAL PREDOMINANTE EN LA ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA, POR DISTRITO, 2017

| Material predominante en la estructura de la vivienda | Distrito | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|---------------|----------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | Total | Callao | Bellavista | Carmen de la Legua Reynoso | La Perla | La Punta | Ventanilla | Mi Perú |
| En las paredes exteriores de la vivienda | 244 820 | 107 471 | 19 073 | 10 520 | 16 547 | 1 171 | 79 693 | 10 345 |
| Ladrillo o bloque de cemento | 183 084 | 94 469 | 18 305 | 10 295 | 15 787 | 999 | 36 794 | 6 435 |
| Piedra o sillar con cal o cemento | 1 206 | 582 | 100 | 43 | 57 | 10 | 370 | 44 |
| Adobe | 4 443 | 1 689 | 322 | 61 | 396 | 13 | 1 920 | 42 |
| Tapia | 62 | 37 | 1 | 1 | 3 | - | 18 | 2 |
| Quincha (caña con barro) | 2 802 | 2 499 | 76 | 3 | 47 | 111 | 59 | 7 |
| Piedra con barro | 176 | 35 | 2 | 12 | 4 | - | 111 | 12 |
| Madera (pona, tornillo etc.) | 50 477 | 7 691 | 219 | 76 | 214 | 38 | 38 696 | 3 543 |
| Triplay / calamina / estera | 2 569 | 468 | 48 | 29 | 39 | - | 1 725 | 260 |
| Otro material 1/ | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| En los techos de la vivienda | 244 820 | 107 471 | 19 073 | 10 520 | 16 547 | 1 171 | 79 693 | 10 345 |
| Concreto armado | 156 937 | 82 980 | 16 948 | 9 253 | 14 773 | 938 | 27 165 | 4 880 |
| Madera | 22 180 | 13 738 | 917 | 291 | 893 | 198 | 5 594 | 549 |
| Tejas | 1 682 | 459 | 63 | 40 | 38 | 4 | 1 006 | 72 |
| Planchas de calamina, fibra de cemento o similares | 55 766 | 7 453 | 842 | 729 | 580 | 18 | 41 693 | 4 451 |
| Caña o estera con torta de barro o cemento | 2 823 | 1 386 | 194 | 103 | 175 | 12 | 860 | 93 |
| Triplay / estera / carrizo | 4 861 | 1 337 | 94 | 99 | 80 | 1 | 2 984 | 266 |
| Paja, hojas de palmeras y similares | 570 | 117 | 15 | 5 | 8 | - | 391 | 34 |
| Otro material 2/ | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| En los pisos de la vivienda | 244 820 | 107 471 | 19 073 | 10 520 | 16 547 | 1 171 | 79 693 | 10 345 |
| Parquet o madera pulida | 19 108 | 7 558 | 5 001 | 587 | 4 667 | 402 | 775 | 118 |
| Láminas asfálticas, vinílicos o similares | 7 670 | 4 570 | 1 203 | 209 | 988 | 68 | 584 | 48 |
| Losetas, terrazos, cerámicos o similares | 68 020 | 37 405 | 8 089 | 3 971 | 6 645 | 424 | 10 064 | 1 422 |
| Madera (pona, tornillo, etc.) | 4 076 | 2 010 | 157 | 54 | 113 | 157 | 1 446 | 139 |
| Cemento | 131 969 | 53 225 | 4 586 | 5 636 | 4 090 | 120 | 56 509 | 7 803 |
| Tierra | 13 962 | 2 688 | 37 | 63 | 44 | - | 10 315 | 815 |
| Otro material 3/ | 15 | 15 | - | - | - | - | - | - |

TABLA N°30: Tipos de materiales utilizados en vivienda en la Provincia del Callao
Fuente: INEI (2017)

c) Población económicamente activa

De acuerdo al INEI, en la Provincia del Callao, en el año 2018, existe una gran parte de la población económicamente activa ocupada, principalmente en actividades labores correspondientes a transportes y comunicaciones.

7.2 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA E INACTIVA, 2009 - 2018
(Miles de personas)

| Condición de actividad | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Población económicamente activa | 496,0 | 506,6 | 517,5 | 521,4 | 526,1 | 535,9 | 538,1 | 562,5 | 570,2 | 571,3 |
| Ocupada | 468,7 | 480,0 | 482,3 | 487,5 | 504,1 | 504,2 | 512,1 | 529,0 | 533,5 | 531,2 |
| Desocupada | 27,3 | 26,6 | 35,2 | 33,9 | 22,0 | 31,7 | 26,0 | 33,5 | 36,8 | 40,1 |
| Población económicamente inactiva | 212,3 | 215,2 | 217,6 | 226,8 | 235,2 | 238,6 | 250,0 | 239,3 | 245,7 | 258,8 |

TABLA N°31: Población económicamente activa en la Provincia del Callao
Fuente: INEI (2017)

7.5 PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO: POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA OCUPADA, SEGÚN PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS, 2009 - 2018

| Principales características | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Total (Miles de personas) | 468,7 | 480,0 | 482,3 | 487,5 | 504,1 | 504,2 | 512,1 | 529,0 | 533,5 | 531,2 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Hombre | 271,0 | 270,4 | 274,2 | 278,7 | 286,8 | 291,5 | 302,6 | 300,6 | 307,8 | 307,0 |
| Mujer | 197,7 | 209,6 | 208,1 | 208,8 | 217,3 | 212,7 | 209,5 | 228,5 | 225,7 | 224,2 |
| Grupo de edad (Porcentaje) | 100,0 |
| 14 a 24 años | 17,8 | 16,5 | 16,2 | 16,1 | 16,6 | 15,2 | 16,1 | 14,6 | 16,0 | 14,2 |
| 25 a 59 años | 75,4 | 75,7 | 74,9 | 75,3 | 74,8 | 76,4 | 75,1 | 75,8 | 73,6 | 75,0 |
| 60 a 64 años | 4,2 | 4,6 | 5,1 | 4,8 | 5,1 | 5,0 | 4,5 | 5,2 | 5,8 | 5,3 |
| 65 y más | 2,5 | 3,1 | 3,8 | 3,9 | 3,6 | 3,3 | 4,3 | 4,3 | 4,6 | 5,4 |
| Nivel educativo (Porcentaje) | 100,0 |
| A lo más primaria 1/ | 12,0 | 12,8 | 14,0 | 12,5 | 11,2 | 9,7 | 11,0 | 9,5 | 10,0 | 10,1 |
| Educación secundaria | 48,6 | 50,0 | 51,0 | 48,7 | 49,7 | 53,0 | 55,9 | 50,9 | 50,8 | 51,6 |
| Superior | 39,4 | 37,1 | 35,0 | 38,8 | 39,1 | 37,3 | 33,1 | 39,4 | 39,2 | 38,2 |
| No especificado | - | 0,1 | - | - | - | 0,1 | - | 0,2 | - | - |
| Tamaño de la empresa (Porcentaje) | 100,0 |
| De 1 a 10 trabajadores | 54,7 | 56,2 | 58,2 | 56,8 | 52,4 | 50,9 | 51,0 | 54,5 | 55,0 | 54,8 |
| De 11 a 50 trabajadores | 11,3 | 11,5 | 11,0 | 10,7 | 13,2 | 11,6 | 11,9 | 11,8 | 11,9 | 10,5 |
| De 51 a más | 32,4 | 30,2 | 26,7 | 30,4 | 32,8 | 35,4 | 35,1 | 31,6 | 33,1 | 34,5 |
| No especificado | 1,5 | 2,1 | 4,1 | 2,2 | 1,6 | 2,1 | 1,9 | 2,1 | 0,0 | 0,2 |
| Rama de actividad económica (Porcentaje) | 100,0 |
| Agricultura y pesca | 0,9 | 1,1 | 1,2 | 0,8 | 1,1 | 0,4 | 1,0 | 0,9 | 1,2 | 0,7 |
| Minería | 0,3 | 0,9 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 0,7 | 0,6 | 1,0 | 0,5 | 0,5 |
| Manufactura | 15,6 | 16,3 | 15,3 | 15,7 | 15,8 | 13,4 | 16,4 | 14,1 | 15,4 | 13,2 |
| Construcción | 6,4 | 7,7 | 8,0 | 6,6 | 7,2 | 8,2 | 8,4 | 6,9 | 6,8 | 7,5 |
| Comercio | 20,2 | 21,5 | 20,9 | 23,7 | 21,6 | 20,4 | 19,6 | 20,7 | 20,7 | 21,4 |
| Transportes y comunicaciones | 14,2 | 11,4 | 12,7 | 11,8 | 11,9 | 13,0 | 13,4 | 13,6 | 14,7 | 14,5 |
| Administración pública, defensa, planes de seguridad social | 6,0 | 5,4 | 5,9 | 5,8 | 3,9 | 5,3 | 4,8 | 4,6 | 5,7 | 5,5 |
| Hoteles y restaurantes | 8,2 | 8,4 | 8,3 | 7,3 | 6,7 | 7,8 | 6,7 | 7,5 | 7,3 | 7,2 |
| Inmobiliarias y alquileres | 9,0 | 6,4 | 9,0 | 9,6 | 9,7 | 10,2 | 9,6 | 10,7 | 9,0 | 10,4 |
| Enseñanza | 5,7 | 6,0 | 4,9 | 5,6 | 6,3 | 5,9 | 5,5 | 6,2 | 4,9 | 5,3 |
| Otros servicios 2/ | 13,3 | 14,9 | 13,5 | 12,8 | 15,2 | 14,6 | 14,0 | 13,8 | 14,0 | 13,7 |
| Categoría de ocupación (Porcentaje) | 100,0 |
| Empleador/patrono | 4,6 | 4,1 | 5,1 | 4,9 | 5,2 | 3,2 | 3,7 | 4,3 | 3,0 | 3,1 |
| Trabajador independiente | 27,5 | 26,4 | 27,5 | 27,7 | 24,8 | 24,5 | 24,0 | 26,3 | 28,2 | 29,0 |
| Asalariado 3/ | 61,0 | 61,7 | 59,2 | 60,7 | 63,1 | 65,7 | 66,3 | 63,1 | 62,9 | 62,2 |
| Trabajador familiar no remunerado | 3,3 | 3,0 | 3,9 | 2,9 | 2,7 | 3,2 | 2,5 | 2,2 | 2,5 | 2,1 |
| Trabajador del hogar | 3,5 | 4,8 | 4,1 | 3,7 | 4,2 | 3,4 | 3,5 | 3,9 | 3,2 | 3,6 |
| Otros | 0,2 | - | 0,2 | - | 0,1 | - | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Principales ocupaciones (Porcentaje) | 100,0 |
| Fuerzas armadas y policiales | 0,9 | 1,5 | 1,9 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 1,4 | 1,3 | 1,5 | 1,3 |
| Miembros poder ejecutivo y directores empresas | 0,3 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,2 |
| Profesionales, científicos e intelectuales | 7,1 | 7,2 | 7,0 | 7,0 | 6,4 | 7,7 | 6,4 | 7,4 | 6,9 | 7,9 |
| Técnicos y trabajadores asimilados | 14,4 | 12,2 | 12,6 | 11,4 | 11,9 | 11,2 | 10,5 | 13,0 | 11,0 | 11,5 |
| Jefes y empleados de oficina | 10,5 | 11,0 | 8,0 | 11,1 | 13,4 | 12,6 | 12,1 | 11,2 | 14,1 | 10,7 |
| Trabajadores calificados de servicios personales | 6,6 | 8,0 | 7,2 | 6,4 | 6,0 | 6,5 | 6,6 | 8,1 | 6,9 | 7,5 |
| Comerciantes y vendedores | 9,3 | 10,3 | 10,5 | 11,5 | 10,5 | 10,9 | 9,6 | 9,4 | 11,0 | 10,5 |
| Agricultores trabajadores calificados agropecuarios | 0,5 | 0,7 | 0,7 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Obreros de manufactura y minas | 11,2 | 9,6 | 11,6 | 9,9 | 9,8 | 10,0 | 11,8 | 10,6 | 10,7 | 9,7 |
| Obreros de construcción y choferes | 10,7 | 11,1 | 11,9 | 12,5 | 12,6 | 12,7 | 14,2 | 12,5 | 12,0 | 13,0 |
| Vendedores ambulantes | 6,1 | 5,3 | 6,2 | 6,3 | 5,2 | 5,8 | 4,7 | 5,7 | 5,0 | 5,5 |
| Trabajadores no calificados de servicios personales | 22,4 | 22,5 | 22,3 | 22,6 | 22,9 | 20,9 | 22,3 | 20,1 | 20,5 | 21,5 |

TABLA N°32: Población económicamente activa en la Provincia del Callao
Fuente: INEI (2017)

CAPITULO IV

ESTUDIO PROGRAMÁTICO

4.1 ESTUDIO PROGRAMÁTICO

4.1.1 ESTUDIO DE MASA CRÍTICA

Para poder obtener un cálculo aproximado de la población con la que trabajaremos, primero tomaremos como base el estudio brindado por CEDRO (2015), del cual nos brinda la prevalencia del consumo de drogas en todo el país.

| Sustancia | Indicador | 1986 | 1988 | 1992 | 1995 | 1997 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2010 | 2013 | 2015 |
|-----------|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Alcohol | Prevalencia de vida | 87.2% | 83.5% | 92.0% | 84.6% | 87.2% | 86.0% | 87.9% | 87.6% | 85.0% | 87.8% | 82.1% | 86.2% |
| | Población estimada (*) | 6,467,372 | 7,094,046 | 8,842,370 | 8,781,692 | 9,451,467 | 11,452,451 | 12,192,862 | 12,651,823 | 12,780,073 | 11,584,775 | 10,233,557 | 11,094,925 |
| Tabaco | Prevalencia de vida | 67.4% | 57.2% | 66.0% | 62.1% | 60.5% | 63.4% | 63.4% | 67.4% | 63.4% | 56.7% | 54.8% | 58.5% |
| | Población estimada (*) | 4,998,863 | 4,859,634 | 6,343,440 | 6,446,136 | 6,557,497 | 8,443,196 | 8,794,397 | 9,734,393 | 9,532,431 | 7,481,284 | 6,830,681 | 7,530,667 |

TABLA N°33: Prevalencia de consumidores de drogas en el Perú
Fuente: CEDRO (2015)

| Sustancia | Indicador | 1986 | 1988 | 1992 | 1995 | 1997 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2010 | 2013 | 2015 |
|-----------|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|
| Marihuana | Prevalencia de vida | 8.3% | 5.3% | 7.8% | 6.4% | 8.0% | 6.1% | 10.3% | 11.9% | 8.1% | 5.6% | 7.5% | 8.0% |
| | Población estimada (*) | 615,587 | 450,281 | 749,679 | 664,336 | 867,107 | 812,023 | 1,428,743 | 1,718,684 | 1,217,866 | 738,892 | 934,856 | 1,033,249 |
| PBC | Prevalencia de vida | 4.0% | 2.8% | 5.6% | 3.1% | 4.7% | 2.4% | 4.1% | 3.7% | 2.2% | 2.1% | 2.9% | 2.5% |
| | Población estimada (*) | 296,668 | 237,884 | 538,231 | 321,788 | 509,425 | 319,484 | 568,723 | 534,381 | 330,778 | 277,085 | 361,478 | 318,583 |
| Cocaína | Prevalencia de vida | 2.6% | 1.3% | 2.0% | 1.9% | 3.2% | 2.0% | 3.9% | 3.4% | 1.7% | 1.5% | 2.4% | 2.3% |
| | Población estimada (*) | 192,834 | 110,446 | 192,225 | 197,225 | 346,843 | 266,237 | 540,980 | 491,052 | 255,601 | 197,918 | 299,154 | 290,380 |

TABLA N°34: Prevalencia de consumidores de drogas en el Perú
Fuente: CEDRO (2015)

Del cual, tomaremos los porcentajes de prevalencia para extrapolar dichos porcentajes a la población total en sus respectivos años según lo indicado por parte de Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2017), para estimar el crecimiento del consumo de drogas en la población, de manera más exacta, a través de los años.

| Departamento | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 23 926 300 | 24 348 132 | 24 767 794 | 25 182 269 | 25 588 546 | 25 983 588 | 26 366 533 | 26 739 379 | 27 103 457 | 27 460 073 | 27 810 540 | 28 151 443 | 28 481 901 | 28 807 034 | 29 132 013 | 29 461 933 |
| Amazonas | 364 367 | 368 989 | 373 384 | 377 553 | 381 505 | 385 241 | 388 720 | 391 938 | 394 959 | 397 848 | 400 668 | 403 428 | 406 087 | 408 629 | 411 043 | 413 314 |
| Áncash | 1 012 624 | 1 020 185 | 1 027 624 | 1 034 960 | 1 042 206 | 1 049 379 | 1 056 484 | 1 063 510 | 1 070 450 | 1 077 295 | 1 084 038 | 1 090 637 | 1 097 098 | 1 103 481 | 1 109 849 | 1 116 265 |
| Apurímac | 405 285 | 408 178 | 411 061 | 413 928 | 416 771 | 419 585 | 422 361 | 425 104 | 427 826 | 430 539 | 433 256 | 436 000 | 438 761 | 441 507 | 444 202 | 446 813 |
| Arequipa | 996 389 | 1 014 592 | 1 032 861 | 1 050 860 | 1 068 260 | 1 084 725 | 1 100 094 | 1 114 590 | 1 128 454 | 1 141 933 | 1 155 267 | 1 168 238 | 1 180 683 | 1 192 932 | 1 205 317 | 1 218 168 |
| Ayacucho | 551 374 | 555 410 | 558 895 | 562 399 | 566 491 | 571 739 | 578 465 | 586 290 | 594 733 | 603 311 | 611 542 | 619 437 | 627 317 | 635 167 | 642 972 | 650 718 |
| Cajamarca | 1 334 659 | 1 349 077 | 1 363 643 | 1 378 011 | 1 391 834 | 1 404 767 | 1 416 728 | 1 427 948 | 1 438 547 | 1 448 651 | 1 458 379 | 1 467 758 | 1 476 708 | 1 485 188 | 1 493 159 | 1 500 584 |
| Callao | 697 345 | 715 875 | 734 634 | 753 291 | 771 511 | 788 961 | 805 478 | 821 283 | 836 622 | 851 739 | 866 877 | 882 066 | 897 144 | 912 065 | 926 788 | 941 268 |
| Cusco | 1 108 235 | 1 121 838 | 1 135 342 | 1 148 596 | 1 161 451 | 1 173 757 | 1 185 457 | 1 196 650 | 1 207 423 | 1 217 862 | 1 228 055 | 1 237 955 | 1 247 503 | 1 256 770 | 1 265 827 | 1 274 742 |
| Huancavelica | 416 976 | 420 621 | 424 270 | 427 948 | 431 681 | 435 491 | 439 405 | 443 404 | 447 455 | 451 519 | 455 562 | 459 598 | 463 651 | 467 700 | 471 720 | 475 693 |
| Huánuco | 696 505 | 707 069 | 717 572 | 727 873 | 737 833 | 747 309 | 756 187 | 764 559 | 772 600 | 780 483 | 788 380 | 796 330 | 804 220 | 811 989 | 819 578 | 826 932 |
| Ica | 607 707 | 617 871 | 627 872 | 637 745 | 647 528 | 657 255 | 666 976 | 676 667 | 686 254 | 695 663 | 704 822 | 713 692 | 722 321 | 730 767 | 739 087 | 747 338 |
| Junín | 1 136 690 | 1 149 842 | 1 162 447 | 1 174 637 | 1 186 547 | 1 198 307 | 1 209 950 | 1 221 386 | 1 232 569 | 1 243 455 | 1 253 996 | 1 264 050 | 1 273 648 | 1 283 003 | 1 292 330 | 1 301 844 |
| La Libertad | 1 385 811 | 1 413 698 | 1 441 138 | 1 468 049 | 1 494 352 | 1 519 967 | 1 544 794 | 1 568 885 | 1 592 392 | 1 615 464 | 1 638 251 | 1 660 535 | 1 682 213 | 1 703 617 | 1 725 075 | 1 746 913 |
| Lambayeque | 995 240 | 1 013 605 | 1 032 162 | 1 050 444 | 1 067 983 | 1 084 317 | 1 099 245 | 1 113 080 | 1 126 116 | 1 138 651 | 1 150 982 | 1 163 003 | 1 174 519 | 1 185 684 | 1 196 655 | 1 207 589 |
| Lima | 7 007 548 | 7 163 136 | 7 317 254 | 7 469 612 | 7 619 920 | 7 767 873 | 7 913 690 | 8 057 558 | 8 199 172 | 8 338 208 | 8 474 342 | 8 605 145 | 8 730 820 | 8 855 022 | 8 981 440 | 9 113 684 |
| Loreto | 765 047 | 781 289 | 798 068 | 814 951 | 831 502 | 847 288 | 862 190 | 876 497 | 890 388 | 904 035 | 917 618 | 931 218 | 944 717 | 957 992 | 970 918 | 983 371 |
| Madre de Dios | 73 984 | 76 874 | 79 832 | 82 847 | 85 913 | 89 018 | 92 185 | 95 420 | 98 690 | 101 962 | 105 205 | 108 412 | 111 604 | 114 791 | 117 981 | 121 183 |
| Moquegua | 139 375 | 142 028 | 144 672 | 147 263 | 149 762 | 152 129 | 154 339 | 156 420 | 158 407 | 160 334 | 162 237 | 164 090 | 165 871 | 167 616 | 169 365 | 171 155 |
| Pasco | 255 005 | 257 492 | 259 936 | 262 367 | 264 808 | 267 286 | 269 807 | 272 355 | 274 919 | 277 491 | 280 061 | 282 660 | 285 291 | 287 913 | 290 483 | 292 955 |
| Piura | 1 496 436 | 1 520 193 | 1 543 671 | 1 566 529 | 1 588 428 | 1 609 027 | 1 628 074 | 1 645 795 | 1 662 570 | 1 678 777 | 1 694 797 | 1 710 456 | 1 725 502 | 1 740 194 | 1 754 791 | 1 769 555 |
| Puno | 1 151 214 | 1 166 008 | 1 180 672 | 1 195 215 | 1 209 640 | 1 223 955 | 1 238 294 | 1 252 654 | 1 266 832 | 1 280 629 | 1 293 843 | 1 306 226 | 1 317 911 | 1 329 272 | 1 340 684 | 1 352 523 |
| San Martín | 585 402 | 600 856 | 616 685 | 632 454 | 647 721 | 662 052 | 675 190 | 687 427 | 699 146 | 710 732 | 722 567 | 734 689 | 746 844 | 758 974 | 771 021 | 782 932 |
| Tacna | 237 762 | 244 089 | 250 458 | 256 791 | 263 009 | 269 033 | 274 878 | 280 596 | 286 166 | 291 563 | 296 767 | 301 728 | 306 461 | 311 038 | 315 534 | 320 021 |
| Tumbes | 166 138 | 169 886 | 173 637 | 177 385 | 181 130 | 184 866 | 188 601 | 192 336 | 196 063 | 199 771 | 203 452 | 207 125 | 210 798 | 214 439 | 218 017 | 221 498 |
| Ucayali | 339 182 | 349 431 | 360 004 | 370 561 | 380 760 | 390 261 | 398 941 | 407 027 | 414 704 | 422 158 | 429 576 | 436 967 | 444 209 | 451 284 | 458 177 | 464 875 |

TABLA N°35: Población total del Callao y Lima
Fuente: INEI (2017)

| Departamento | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Total | 29 797 694 | 30 135 875 | 30 475 144 | 30 814 175 | 31 151 643 | 31 488 625 | 31 826 018 | 32 162 184 | 32 495 510 |
| Amazonas | 415 466 | 417 508 | 419 404 | 421 122 | 422 629 | 423 898 | 424 952 | 425 829 | 426 566 |
| Áncash | 1 122 792 | 1 129 391 | 1 135 962 | 1 142 409 | 1 148 634 | 1 154 639 | 1 160 490 | 1 166 182 | 1 171 714 |
| Apurímac | 449 365 | 451 881 | 454 324 | 456 652 | 458 830 | 460 868 | 462 791 | 464 584 | 466 228 |
| Arequipa | 1 231 553 | 1 245 251 | 1 259 162 | 1 273 180 | 1 287 205 | 1 301 298 | 1 315 528 | 1 329 802 | 1 344 026 |
| Ayacucho | 658 400 | 666 029 | 673 609 | 681 149 | 688 657 | 696 152 | 703 629 | 711 058 | 718 408 |
| Cajamarca | 1 507 486 | 1 513 892 | 1 519 764 | 1 525 064 | 1 529 755 | 1 533 783 | 1 537 172 | 1 540 004 | 1 542 362 |
| Callao | 955 385 | 969 170 | 982 800 | 996 455 | 1 010 315 | 1 024 439 | 1 038 706 | 1 053 029 | 1 067 320 |
| Cusco | 1 283 540 | 1 292 175 | 1 300 609 | 1 308 806 | 1 316 729 | 1 324 371 | 1 331 758 | 1 338 898 | 1 345 801 |
| Huancavelica | 479 641 | 483 580 | 487 472 | 491 278 | 494 963 | 498 556 | 502 084 | 505 498 | 508 751 |
| Huánuco | 834 054 | 840 984 | 847 714 | 854 234 | 860 537 | 866 631 | 872 523 | 878 199 | 883 644 |
| Ica | 755 508 | 763 558 | 771 507 | 779 372 | 787 170 | 794 919 | 802 610 | 810 213 | 817 700 |
| Junín | 1 311 584 | 1 321 407 | 1 331 253 | 1 341 064 | 1 350 783 | 1 360 506 | 1 370 274 | 1 379 937 | 1 389 349 |
| La Libertad | 1 769 181 | 1 791 659 | 1 814 276 | 1 836 960 | 1 859 640 | 1 882 405 | 1 905 301 | 1 928 197 | 1 950 956 |
| Lambayeque | 1 218 492 | 1 229 260 | 1 239 882 | 1 250 349 | 1 260 650 | 1 270 794 | 1 280 788 | 1 290 617 | 1 300 270 |
| Lima | 9 252 401 | 9 395 149 | 9 540 986 | 9 689 011 | 9 838 251 | 9 989 369 | 10 143 003 | 10 298 159 | 10 453 874 |
| Loreto | 995 355 | 1 006 953 | 1 018 160 | 1 028 968 | 1 039 372 | 1 049 364 | 1 058 946 | 1 068 132 | 1 076 937 |
| Madre de Dios | 124 404 | 127 639 | 130 876 | 134 105 | 137 316 | 140 508 | 143 687 | 146 856 | 150 015 |
| Moquegua | 172 995 | 174 859 | 176 736 | 178 612 | 180 477 | 182 333 | 184 187 | 186 036 | 187 876 |
| Pasco | 295 315 | 297 591 | 299 807 | 301 988 | 304 158 | 306 322 | 308 465 | 310 578 | 312 652 |
| Piura | 1 784 551 | 1 799 607 | 1 814 622 | 1 829 496 | 1 844 129 | 1 858 617 | 1 873 024 | 1 887 210 | 1 901 032 |
| Puno | 1 364 752 | 1 377 122 | 1 389 684 | 1 402 496 | 1 415 608 | 1 429 098 | 1 442 930 | 1 456 989 | 1 471 160 |
| San Martín | 794 730 | 806 452 | 818 061 | 829 520 | 840 790 | 851 883 | 862 822 | 873 593 | 884 179 |
| Tacna | 324 498 | 328 915 | 333 276 | 337 583 | 341 838 | 346 013 | 350 105 | 354 158 | 358 218 |
| Tumbes | 224 895 | 228 227 | 231 480 | 234 638 | 237 685 | 240 590 | 243 362 | 246 050 | 248 701 |
| Ucayali | 471 351 | 477 616 | 483 708 | 489 664 | 495 522 | 501 269 | 506 881 | 512 376 | 517 771 |

TABLA N°36: Población total del Callao y Lima
Fuente: INEI (2017)

Por lo que pasaremos realizar un filtro de edades de entre las edades de 19 a 29 años como población objetivo, y procederemos a estimar el porcentaje de prevalencia de consumo en esos rangos de edades en la población general, dándonos los siguientes resultados.

| Sustancia | Indicador | 1986 | 1988 | 1992 | 1995 | 1997 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2010 | 2013 | 2015 |
|-----------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alcohol | Prevalencia de vida | 90.74% | 86.89% | 95.74% | 88.04% | 90.74% | 89.49% | 91.47% | 91.16% | 88.45% | 91.36% | 85.43% | 89.70% |
| Tabaco | Prevalencia de vida | 71.37% | 60.57% | 69.89% | 65.76% | 64.07% | 67.14% | 67.14% | 71.37% | 67.14% | 60.04% | 58.03% | 61.95% |
| Marihuana | Prevalencia de vida | 10.58% | 6.76% | 9.95% | 8.16% | 10.20% | 7.78% | 13.13% | 15.17% | 10.33% | 7.14% | 9.56% | 10.20% |
| PBC | Prevalencia de vida | 5.92% | 4.14% | 8.29% | 4.59% | 6.96% | 3.55% | 6.07% | 5.48% | 3.26% | 3.11% | 4.29% | 3.70% |
| Cocaina | Prevalencia de vida | 4.07% | 2.03% | 3.13% | 2.97% | 5.01% | 3.13% | 6.10% | 5.32% | 2.66% | 2.35% | 3.76% | 3.60% |

TABLA N°37: Prevalencia de consumidores de drogas de entre 19 a 29 años de edad
Fuente: CEDRO (2015)

Una vez obtenido los porcentajes de prevalencia de consumo por edades a nivel nacional, se continuará a realizar a determinar la población en la Provincia del Callao, apoyándonos de estudio realizado por DEVIDA (2013) conocemos los porcentajes de consumidores por edades en la región del Callao, por lo que se extraerá dicho porcentaje de la tabla anterior para obtener los datos de consumidores y estimar la población actual con problemas de adicciones.

| Sustancia | Indicador | 1986 | 1988 | 1992 | 1995 | 1997 | 2001 | 2003 | 2005 |
|-----------|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Alcohol | Prevalencia de vida | 76.90% | 73.63% | 81.13% | 74.60% | 76.90% | 75.84% | 77.51% | 77.25% |
| | Poblacion estimada | 473,969 | 463,088 | 520,605 | 520,252 | 564,915 | 610,868 | 648,505 | 669,664 |
| Tabaco | Prevalencia de vida | 41.82% | 35.49% | 40.95% | 38.53% | 37.54% | 39.34% | 39.34% | 41.82% |
| | Poblacion estimada | 257749 | 223191 | 262765 | 268681 | 275756 | 316841 | 329092 | 362506 |
| Marihuana | Prevalencia de vida | 2.77% | 1.77% | 2.60% | 2.13% | 2.67% | 2.03% | 3.43% | 3.97% |
| | Poblacion estimada | 17053 | 11111 | 16684 | 14877 | 19590 | 16378 | 28724 | 34386 |
| PBC | Prevalencia de vida | 0.14% | 0.10% | 0.19% | 0.11% | 0.16% | 0.08% | 0.14% | 0.13% |
| | Poblacion estimada | 850 | 607 | 1239 | 745 | 1191 | 667 | 1183 | 1106 |
| Cocaina | Prevalencia de vida | 1.08% | 0.54% | 0.83% | 0.79% | 1.33% | 0.83% | 1.63% | 1.42% |
| | Poblacion estimada | 6677 | 3407 | 5347 | 5521 | 9795 | 6712 | 13595 | 12281 |

| 2005 | 2007 | 2010 | 2013 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 77.25% | 74.96% | 77.43% | 72.40% | 76.02% | 77.9% | 79.8% | 81.7% | 83.8% | 81.4% |
| 669,664 | 664,980 | 728,791 | 711,547 | 767,997 | 802,520 | 838,594 | 876,291 | 915,682 | 908,189 |
| 41.82% | 39.34% | 35.18% | 34.00% | 36.30% | 37.6% | 39.0% | 40.4% | 41.9% | 41.0% |
| 362506 | 348965 | 331127 | 334152 | 366700 | 387631 | 409757 | 433147 | 457871 | 457611 |
| 3.97% | 2.70% | 1.87% | 2.50% | 2.667% | 2.9% | 3.2% | 3.6% | 3.9% | 3.7% |
| 34386 | 23953 | 17570 | 24570 | 26942 | 30266 | 34000 | 38195 | 42907 | 40970 |
| 0.13% | 0.08% | 0.07% | 0.10% | 0.09% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.2% | 0.1% |
| 1106 | 673 | 682 | 983 | 871 | 1056 | 1281 | 1554 | 1885 | 1579 |
| 1.42% | 0.71% | 0.63% | 1.00% | 0.96% | 1.1% | 1.2% | 1.3% | 1.5% | 1.4% |
| 12281 | 6284 | 5883 | 9828 | 9682 | 10998 | 12493 | 14191 | 16119 | 16162 |

TABLA N°38: Prevalencia de consumidores de drogas en el Callao
Fuente: CEDRO (2015)

De acuerdo al análisis obtenido mediante el cuadro anterior podemos determinar un promedio de 1 373,553 personas con problemas de adicciones al

consumo de drogas legales, y 60,911 en cuanto a drogas ilegales, dando un total de 1,434,464 personas. Además gracias a la información obtenida por CEDRO, se sabe que existe una prevalencia en aumento de consumo anual de 2%, se estima que la población afectada en 15 años sería de 1 930 599.

Una vez obtenido un aproximado de la población con problemas de consumo de drogas, se tomará como punto de referencia el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (2018) del Minsa, en el cual dispone promedio de 6.5 camas por cada 100 000 habitantes, dato obtenido por Organización Panamericana de la Salud, teniendo de este modo una cantidad de 125 camas.

Una vez obtenido el número de camas del que dispondremos, podemos determinar el alcance de atención de pacientes:

| Tipo de Consulta | Tiempo | N° de camas | N° de pacientes atendidos por año |
|-------------------------|---------|-------------|-----------------------------------|
| Internamiento Moderado | 3 meses | 125 | 500 |
| Internamiento Intensivo | 6 meses | 125 | 250 |

Para calcular el número de personal de enfermería seguiremos de la siguiente formula del Manual de Procedimientos Planificación y Programación de Recursos Humanos del Minsa (2010):

ESTIMACIONES DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

| <i>Variables a considerar</i> | <i>Símbología</i> | <i>Valores</i> |
|--|-------------------|---------------------------------------|
| Número de camas en funcionamiento | C | # de Camas Existentes |
| Horas de atención directa al paciente | D | 4.4 Horas Promedio de Atención |
| Horas de contratación diaria por enfermera | h | 8 Horas |
| Horas contratación semanal | S | 40 Horas |
| Horas de contratación al año | A | 2,920 Horas |
| Número de personal de enfermería por adscribir (fijas) | N | Total de Enferm. Necesarias (E).110) |
| Total de personal de enfermería para hospitalización | TEh | Total Enfermería fijas y de relevo |
| Relevos | r | 0.65 |
| Días libres al año | d.l. | 145 |
| Días laborales por semana | d.s | 5 días |
| Hora efectiva de trabajo diario/año | 0.175 | constante |
| Período de trabajo en días | M | 5 Semana, 220 Anual |

1. CALCULO DE PERSONAL DE ENFERMERIA EN BASE AL NÚMERO DE CAMAS.

a) Personal fijo (p.f) :

$$\text{Método I} = \frac{C \times D \times M}{S} = N \quad \frac{200 \times 4.4 \times 5}{40} = 110 \text{ Enfermeras}$$

$$\text{Método II} = \frac{C \times D}{h} = N \quad \frac{200 \times 4.4}{8 \text{ Horas}} = 110 \text{ Enfermeras}$$

(simplificado)

Donde aplicando las formulas a los datos ya obtenidos, nos da un total de 68 enfermeras, de las cuales las actividades realizadas por el personal médico son las siguientes:

- Actividad Asistencial 70% 48
- Actividad Docente e Investigativa 20% 14
- Actividad Administrativa 10% 6

Para el cálculo de personal psiquiátrico y psicológico se tomará de acuerdo a las horas y cantidad de pacientes tratados.

| Nº de profesional psiquiátrico | Horas diarias | Horas x paciente | Total de atención al día | Total de atención semanal |
|--------------------------------|---------------|------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 profesional psiquiátrico | 8 h. | 2 a 4 h. | 4 a 2 personas | 20 a 10 personas |
| 6 profesional psiquiátrico | 48 h. | 12 a 24 h. | 24 a 12 personas | 120 a 60 personas |

Donde obtenemos que a la semana se trate un total de pacientes equivalente al número de internados, lo cual es idea cubrir la demanda.

4.1.2 ESTUDIO ERGONOMÉTICO

Este proyecto nace del interés de querer ayudar al tratamiento y rehabilitación de las personas con estos problemas de adicciones y no negarle su reinserción a la sociedad, siendo de hecho que personas que buscan lugares donde puedan llevar a cabo estos tipos de tratamiento pero que no encuentran una ayuda satisfactoria o un mal tratamiento.

Además, se buscará implementar actividades que ayuden a la recreación del paciente, fuera de las actividades físicas y terapias que realizan, tales como áreas de actividades pasivas que incentiven su educación y desarrollo cognitivo y actividades activas, los cuales brindará una mejor salud física.

a) Módulo de consultorio para terapias

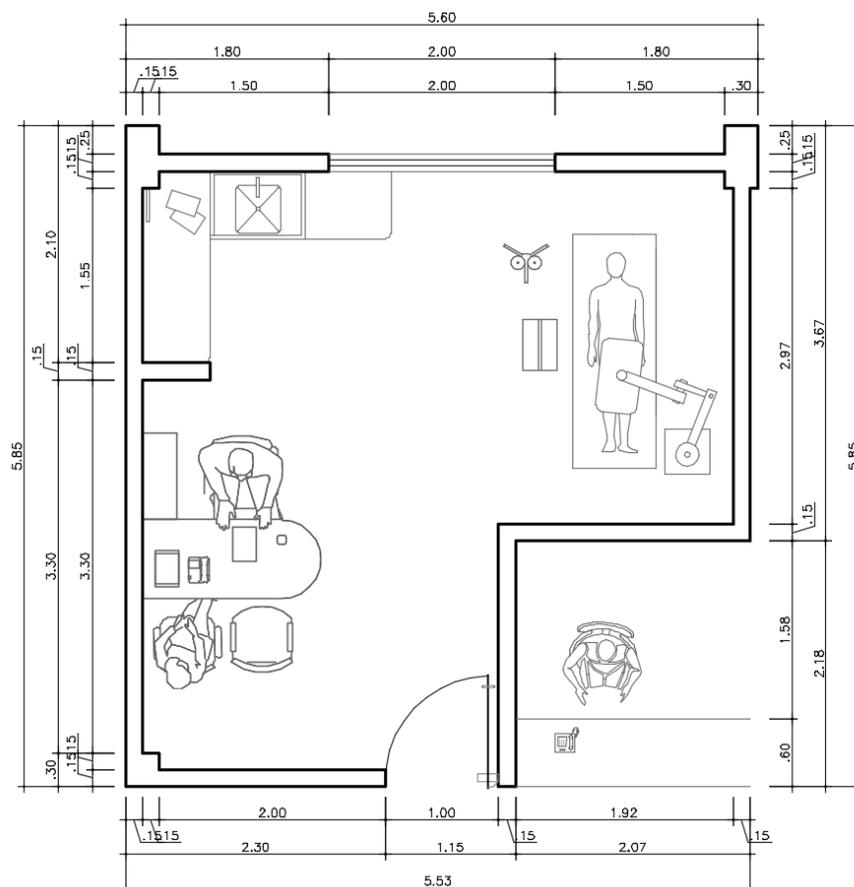


IMAGEN N°28: Módulo de consultorio para terapias

Fuente: Elaboración Propia

b) Módulo de habitaciones para pacientes en hospitalización

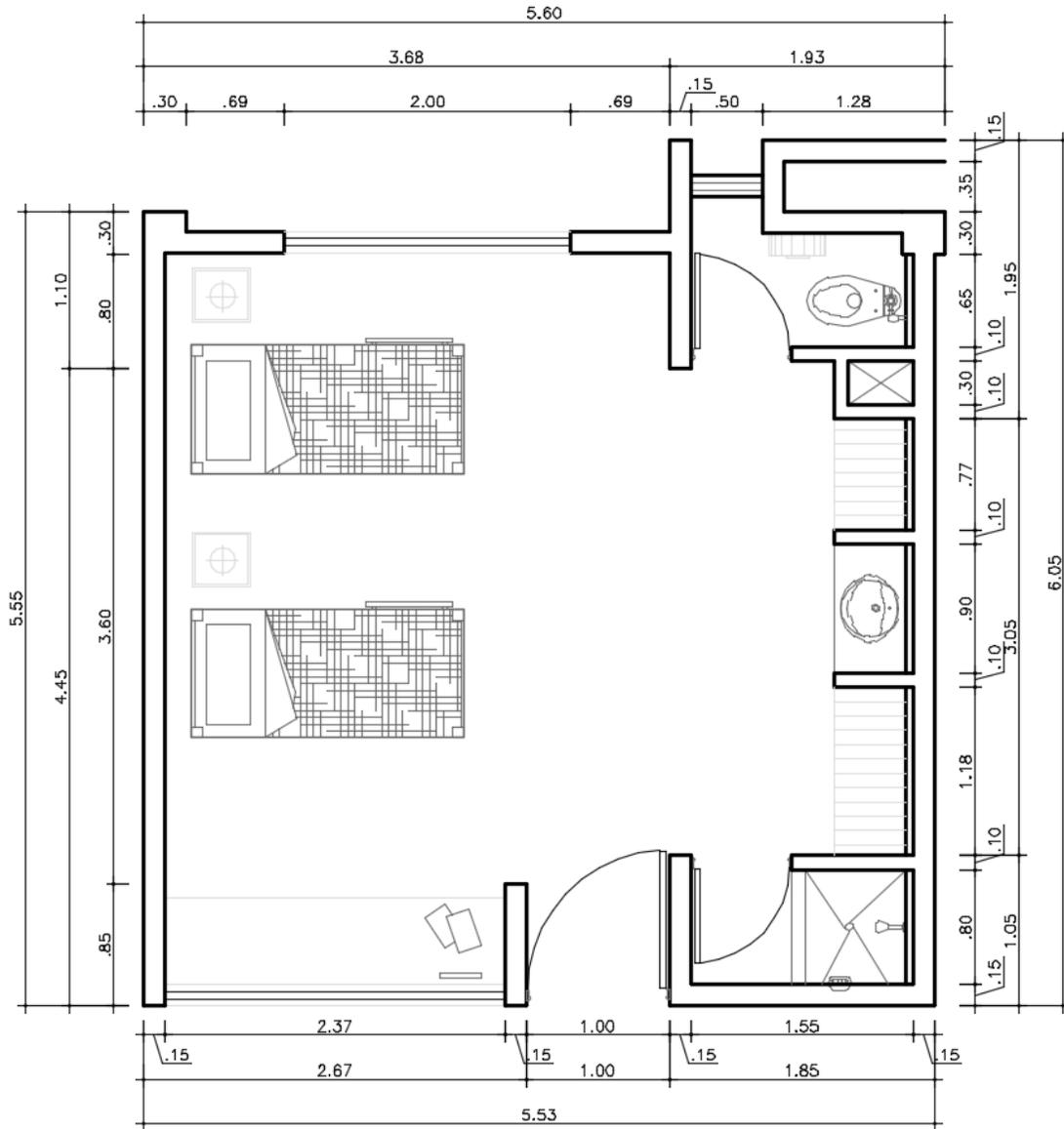


IMAGEN N°29: Módulo de habitaciones para internos
Fuente: Elaboración Propia

4.2 PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

CENTRO DE REHABILITACIÓN JUVENIL PARA ADICTOS AL CONSUMO DE DROGAS EN EL DISTRITO DE BELLAVISTA, CALLAO

| 1 | Área Admirativa | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
|-----------------------------------|--|---------|----------|-------|
| Ingreso | | | | |
| | Hall de ingreso | 1 | | 100 |
| | Área de Espera | 1 | | 25 |
| | SS.HH Público | | | |
| | Hombres | 1 | | 32.00 |
| | Mujeres | 1 | | 32.00 |
| Dirección General | | | | |
| | Oficina del Director General | 1 | 1 | 12.00 |
| | Secretaría | 1 | 1 | 9.00 |
| | SS.HH del Director General | 1 | 1 | 2.50 |
| | Archivo | 1 | 1 | 12.00 |
| Oficinas Administrativas | | | | |
| | Oficinas Ejecutivas de Área Administrativa | | | |
| | Oficina de Logística | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Personal | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Economía | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Servicios Generales | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Estadística e Informática | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Epidemiología | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Asesoría Jurídica | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Gestión de Calidad | 1 | 1 | 9.00 |
| | Archivo | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Enfermería | | | | |
| | Oficina del Jefe de Departamento | 1 | 1 | 9.00 |
| | Secretaría del Departamento | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina del jefe de Capacitación | 1 | 1 | 9.00 |
| | Oficina de Supervisión | 1 | 1 | 9.00 |
| | Archivo | 1 | 1 | 12.00 |

| | | | | |
|--|--|---|---|-------|
| Departamento de Servicios Médicos | | | | |
| Oficina del Jefe del Área de Servicio Medica Interna | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina del Jefe de Odontoestomatologia | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Rehabilitación Mental | | | | |
| Oficina del Jefe del Área de Terapia Ocupacional | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina de Trabajo Social | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina del Terapeuta Ocupacional | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina de Técnicas en Rehabilitación | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Promoción de la Salud Mental | | | | |
| Oficina del Jefe del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Apoyo al Diagnostico | | | | |
| Oficina del Jefe del Área de Diagnostico | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina del Jefe del Área de Diagnostico Psicológico | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Salud Mental para Jóvenes | | | | |
| Oficina del Jefe del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Salud Mental en Familia | | | | |
| Oficina del Jefe del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina de Trabajadora Social | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Análisis de Modificación del Comportamiento | | | | |
| Oficina del Jefe del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Oficina del Coordinador General | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |
| Departamento de Adicciones | | | | |
| Oficina del Jefe del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Secretaria del Departamento | | 1 | 1 | 9.00 |
| Archivo | | 1 | 1 | 12.00 |

| Sub Total | | 1 034.00 | | |
|--|---------------------------------|----------|----------|--------|
| 2 | Área de Consulta Externa | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
| Ingreso | | | | |
| | Hall de ingreso | 1 | | 100.00 |
| | Área de Espera | 1 | | 25.00 |
| | SS.HH Público | | | |
| | Hombres | 1 | | 32.00 |
| | Mujeres | 1 | | 32.00 |
| | Tópico | | | 25.00 |
| | Triaje | 1 | | 25.00 |
| Área de Consultorios y Terapias | | | | |
| | Consultorio de Médica General | 2 | 3 | 40.00 |
| | Consultorio de Traumatología | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Odontología | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Nutrición | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Toxicología | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Psicología | 2 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Psiquiatría | 2 | 3 | 20.00 |
| | Sala de Terapia Familiar | 1 | 3 | 20.00 |
| | Área de Orientación a Familias | 1 | 3 | 20.00 |
| | Grupos de Apoyo | 2 | 3 | 40.00 |
| Área de Farmacia | | | | |
| | Área de Caja y Entrega | 1 | 2 | 15.00 |
| | Oficina del Medico Farmacéutico | 1 | 1 | 20.00 |
| | Almacén de Medicamentos | 1 | 1 | 50.00 |
| Área de Médicos | | | | |
| | Estar para Médicos | 1 | 5 | 35.00 |
| | SS.HH. Médicos | 1 | | 25.00 |
| | Hombres | | 1 | 2.50 |
| | Mujeres | | 1 | 2.50 |
| | Kitchenette | 1 | 5 | 15.00 |
| Área de Laboratorio | | | | |
| | Área de Recepción | 2 | 3 | 15.00 |
| | Área de Espera | 1 | 3 | 15.00 |
| | Sala de Muestras | 1 | 3 | 25.00 |
| | Laboratorio | 1 | 3 | 25.00 |
| | Laboratorio para Bacterias | 1 | 3 | 25.00 |
| | Almacén de Equipos | 2 | 3 | 25.00 |
| | Cuarto de Desechos Peligrosos | 2 | 3 | 25.00 |
| | Almacén de muestras | 1 | 3 | 25.00 |
| Sub Total | | 939.00 | | |

| 3 | Área de Internamiento | | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
|--|-----------------------------------|---------|---------|----------|---------------|
| Ingreso | | | | | |
| | Hall de ingreso | | 1 | | 100.00 |
| | Área de Espera | | 1 | | 25.00 |
| | SS.HH Público | | | | |
| | | Hombres | 1 | | 32.00 |
| | Tópico | | | | 25.00 |
| Área de Consultorios y Terapias | | | | | |
| | Consultorio de Médica General | | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Traumatología | | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Odontología | | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Toxicología | | 1 | 3 | 20.00 |
| | Consultorio de Psicología | | 3 | 3 | 60.00 |
| | Consultorio de Psiquiatría | | 3 | 3 | 60.00 |
| | Terapias Grupales | | 5 | 3 | 125.00 |
| Área de Médicos | | | | | |
| | Estar para Médicos | | 1 | 5 | 35.00 |
| | SS.HH. Médicos | | 1 | | 25.00 |
| | | Hombres | | 1 | 2.50 |
| | | Mujeres | | 1 | 2.50 |
| Sub Total | | | | | 622.00 |
| 4 | Área de Actividades Ocupacionales | | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
| Ingreso | | | | | |
| | Hall de ingreso | | 1 | | 100.00 |
| | Área de Espera | | 1 | | 25.00 |
| | SS.HH Público | | | | |
| | | Hombres | 1 | | 25.00 |
| Área de Talleres | | | | | |
| | Taller de Música | | 1 | 3 | 25.00 |
| | Taller de Baile | | 1 | 3 | 25.00 |
| | Taller de Teatro | | 1 | 3 | 25.00 |
| | Taller de Pintura | | 1 | 3 | 25.00 |
| | Taller Textil | | 3 | 3 | 75.00 |
| Área del Personal | | | | | |
| | Estar para Docentes | | 1 | 5 | 35.00 |
| | SS.HH. Personal | | 1 | | 25.00 |
| | | Hombres | | 1 | 2.50 |
| | | Mujeres | | 1 | 2.50 |
| Sub Total | | | | | 390.00 |

| 5 | Área Residencial | | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
|--------------------------------|--------------------------------|---------|---------|----------|---------------|
| Ingreso | | | | | |
| | Hall de ingreso | | 1 | | 100.00 |
| | Área de Control | | 1 | | 25.00 |
| | SS.HH Público | | | | |
| | | Hombres | 1 | | 25.00 |
| Área de Dormitorios | | | | | |
| | Habitaciones Grupales + SS.HH | | 38 | 4 | 950.00 |
| Área de Enfermeras | | | | | |
| | Recepción | | 3 | 2 | 45.00 |
| | Cuarto para Enfermeras | | 3 | 2 | 75.00 |
| | SS.HH Personal | | 3 | 1 | 7.50 |
| Área de Servicios | | | | | |
| | Depósito de Ropa Limpia | | 1 | 1 | 25.00 |
| | Depósito de Ropa Sucia | | 1 | 1 | 25.00 |
| | Cuarto de Limpieza | | 1 | | 5.00 |
| | | | | | 1 |
| | Sub Total | | | | 282.50 |
| 6 | Área Social | | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
| Cafetería (Público) | | | | | |
| | Hall de Ingreso | | 1 | | 50.00 |
| | Área de Mesas | | 1 | | 50.00 |
| | Cocina de la Cafetería | | 1 | | 30.00 |
| | Almacenes | | 1 | | 25.00 |
| | Depósitos | | 1 | | 5.00 |
| | SS.HH. Publico | | 1 | | |
| | | Hombres | 1 | | 32.00 |
| | | Mujeres | 1 | | 32.00 |
| Comedor (Internamiento) | | | | | |
| | Hall de Ingreso | | 1 | | 25.00 |
| | Área de Mesas | | 1 | | 310.00 |
| | Cocina | | 1 | | 75.00 |
| | Depósitos | | 1 | | 25.00 |
| | Cocina Fría | | 1 | | 20.00 |
| | Cocina Caliente | | 1 | | 20.00 |
| | Oficina del Chef/Nutricionista | | 1 | | 20.00 |
| | Almacén para Carnes | | 1 | | 20.00 |
| | Almacén para Verduras | | 1 | | 20.00 |
| | Almacén para Pescados | | 1 | | 20.00 |

| | | | | |
|----------------------|---------|---|--|---------------|
| Almacén para Lácteos | | 1 | | 20.00 |
| Depósito de Menaje | | 1 | | 20.00 |
| Depósitos de Basura | | 1 | | 20.00 |
| SS.HH. Publico | | 1 | | |
| | Hombres | 1 | | 25.00 |
| Sub Total | | | | 864.00 |

| 7 | Área Recreativa | | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
|--------------------------|-------------------------|---------|---------|----------|---------------|
| Área de Gimnasio | | | | | |
| | Área de Maquinas | | 1 | | 70.00 |
| | Área de Spinning | | 1 | | 50.00 |
| | Área de Baile | | 1 | | 50.00 |
| | SS.HH. con Vestidores | | 1 | | 50.00 |
| | Cuarto de Mantenimiento | | 1 | | 25.00 |
| Área de Deportiva | | | | | |
| | Losa Polideportiva | | | | 800.00 |
| | SS.HH. con Vestidores | | | | 50.00 |
| | Cuarto de Mantenimiento | | | | 25.00 |
| Área de Personal | | | | | |
| | Estar para Personal | | 1 | 1 | 25.00 |
| | SS.HH. Personal | | 1 | | |
| | | Hombres | | 1 | 2.50 |
| | | Mujeres | | 1 | 2.50 |
| | Sub Total | | | | 150.00 |

| 8 | Área Complementaria | | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
|-------------------------|----------------------------|---------|---------|----------|--------|
| Biblioteca | | | | | |
| | Hall de Ingreso | | 1 | | 50.00 |
| | Recepción + Control | | 1 | | 25.00 |
| | SS.HH. Publico | | | | |
| | | Hombres | 1 | | 25.00 |
| | Área de Lectura | | 1 | | 200.00 |
| | Salas de Lecturas Grupales | | 2 | | 50.00 |
| | Hemeroteca | | 1 | | 25.00 |
| | Fonoteca | | 1 | | 25.00 |
| | Depósito de Libros | | 1 | | 25.00 |
| | Sala de Computo | | 1 | | 50.00 |
| | Sala de Audiovisual | | 2 | | 100.00 |
| Área de Personal | | | | | |
| | Estar para Personal | | 1 | 1 | 25.00 |
| | SS.HH. Personal | | 1 | | |
| | | Hombres | | 1 | 2.50 |
| | | Mujeres | | 1 | 2.50 |

| 9 | Zona de Servicios Generales | N° Amb. | N° Usua. | m2 |
|---|-----------------------------------|---------------|----------|--------|
| Área del Personal | | | | |
| | Hall de Ingreso | | | 25.00 |
| | Comedor | | | |
| | | Kitchenette | | 20.00 |
| | | Área de mesas | | 50.00 |
| | SS.HH. con Vestidores | | | |
| | | Hombres | | 36.00 |
| | | Mujeres | | 36.00 |
| Área de Carga y Descarga | | | | |
| | Zona de Control | | | 15.00 |
| | Área de Carga y Descarga | | | 100.00 |
| | Patio de Maniobras | | | 25.00 |
| Área de Maquinas de Agua | | | | |
| | Cisterna de Agua | | | 50.00 |
| | Cisterna de Agua contra Incendios | | | 50.00 |
| | Bomba de Agua | | | 50.00 |
| Área de Instalaciones Eléctricas | | | | |
| | Grupo Electrónico | | | 20.00 |
| | Subestación Eléctrica | | | 20.00 |
| | Cuarto de Tableros | | | 20.00 |
| | Cuarto Central Telefónico | | | 20.00 |
| | Cuarto de Comunicaciones | | | 20.00 |
| | Cuarto de Fuerza | | | 20.00 |
| Área de Mantenimiento | | | | |
| | Taller de Mantenimiento | | | 40.00 |
| | Deposito General | | | 100.00 |
| | Depósito de Limpieza | | | 50.00 |
| | Área de Contenedores | | | 15.00 |
| Área de Seguridad | | | | |
| | Área de Monitoreo | | | 25.00 |
| | Módulo de Vigilancia | | | 20.00 |
| | SS.HH. | | | 2.50 |
| Área de Lavandería | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|------------------|
| Área de Lavado y Secado | | | | 60.00 |
| Área de Planchado | | | | 50.00 |
| Cuarto de Ropa Limpia | | | | 30.00 |
| Cuarto de Ropa Sucia | | | | 30.00 |
| Área de Estacionamiento | | | | |
| Estacionamiento | | | | 2 470.00 |
| Sub Total | | | | 3 926.50 |
| Sumatoria de Sub Totales | | | | 10 795.00 |
| 30% Circulación y Muros | | | | 2 360.40 |
| Total | | | | 14 033.50 |

4.3 DETERMINANTES DE DISEÑO

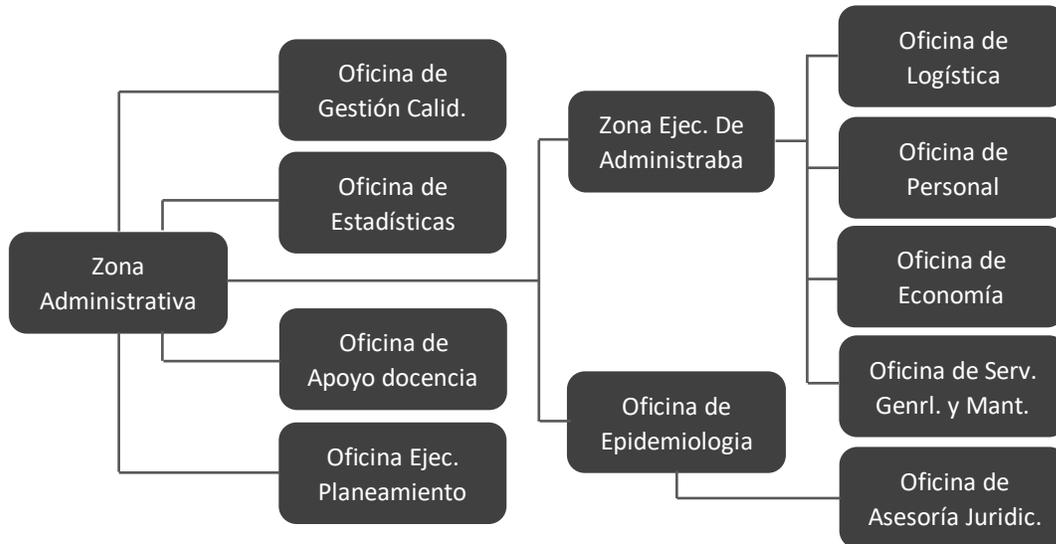
Como base para determinar las dimensiones y áreas propuestas para el proyecto, se tomará como guía la Norma Técnica de Salud “Infraestructura y Equipamiento de Salud del Primer Nivel de Atención” del Ministerio de Salud, en el cual determina de acuerdo a los coeficientes de cálculo indicados en el Art.º 3.1 de Norma A.130 Requisitos de Seguridad del RNE, nos dice lo siguiente:

- Zona de servicio ambulatorio y diagnóstico 6.00 m2/pers.
- Zona habitacional 8.00 m2/pers.
- Zona de tratamiento de pacientes externos 20.00 m2/pers.
- Sala de espera 0.80 m2/pers.
- Servicios Auxiliares 8.00 m2/pers.
- Depósitos y almacenes 30.00 m2/pers.

Teniendo esta información, determinamos un estándar para los módulos de consultorios, donde tendremos un máximo de 3 ocupantes (médico, paciente y posible acompañante que sea necesario para la rehabilitación) que nos daría 18 m²; por lo cual hemos decidido redondear a 20 m² lo cual nos da nuestro fractal de consultorios expuestos en el punto de Estudio Ergonómico, así mismo aplicado en los demás ambientes.

4.4 ORGANIGRAMAS ESPACIALES

- **Administración**

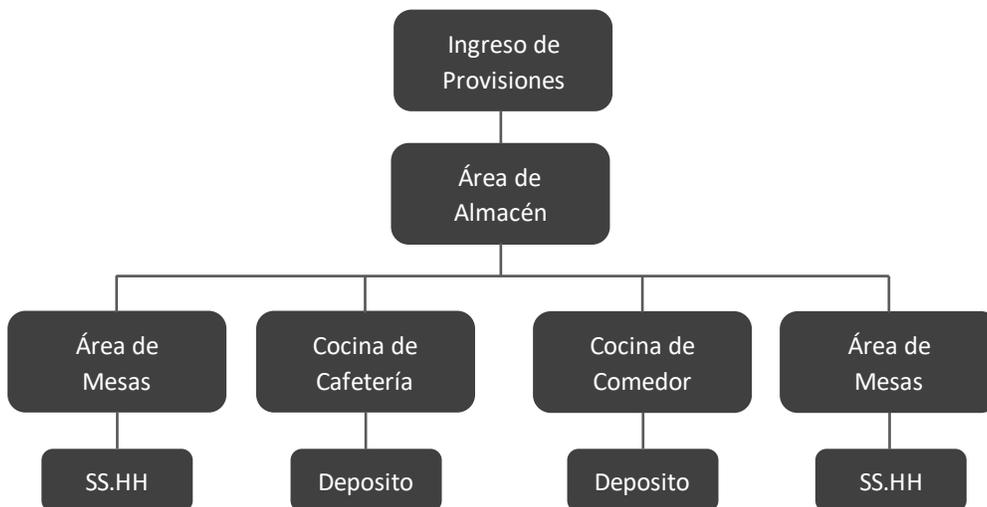


ORGRANIGRAMA N°01
Fuente: Elaboración Propia

- **Área Social**

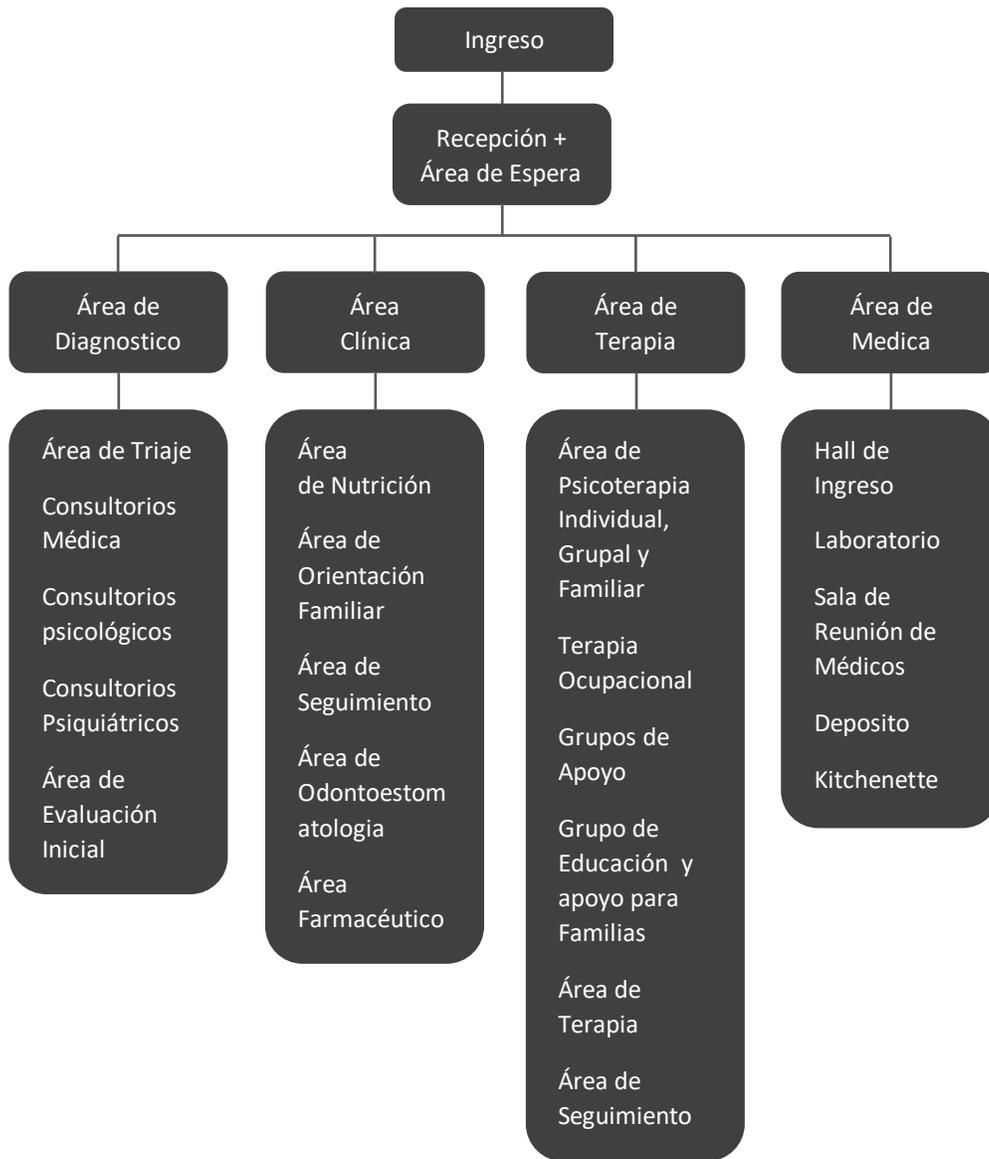
Área Publica (Cafetería)

Área Privada (Comedor)



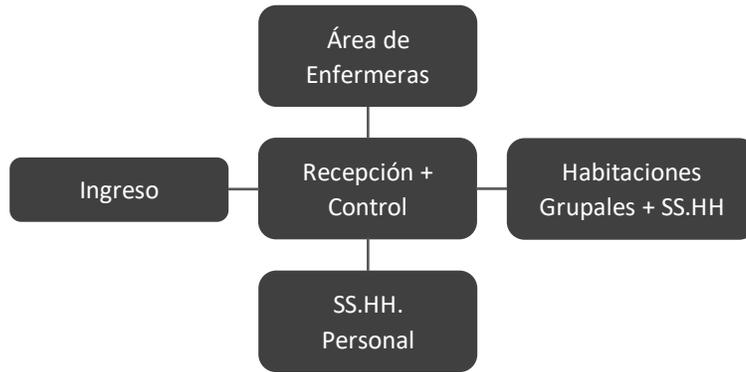
ORGRANIGRAMA N°02
Fuente: Elaboración Propia

- **Área Médica**



ORGRANIGRAMA N°03
Fuente: Elaboración Propia

- **Área Residencial**



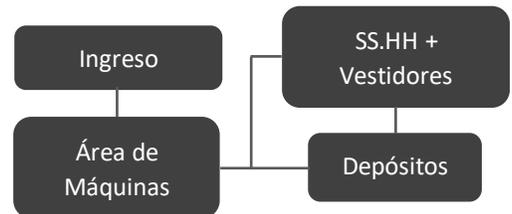
ORGRANIGRAMA N°04
Fuente: Elaboración Propia

- **Área de Deportiva**

- **Área de Coliseo**

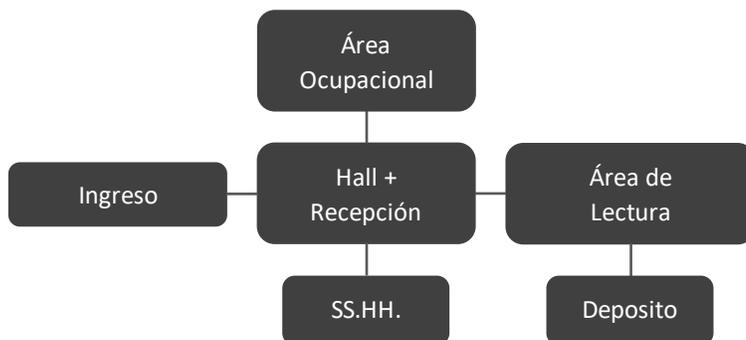


- **Área de Gimnasio**



ORGRANIGRAMA N°05
Fuente: Elaboración Propia

- **Área de Biblioteca**



ORGRANIGRAMA N°06
Fuente: Elaboración Propia

4.5 ORGANIGRAMA FUNCIONAL

Organigrama estructural de los Centros de Salud Mental Comunitarios

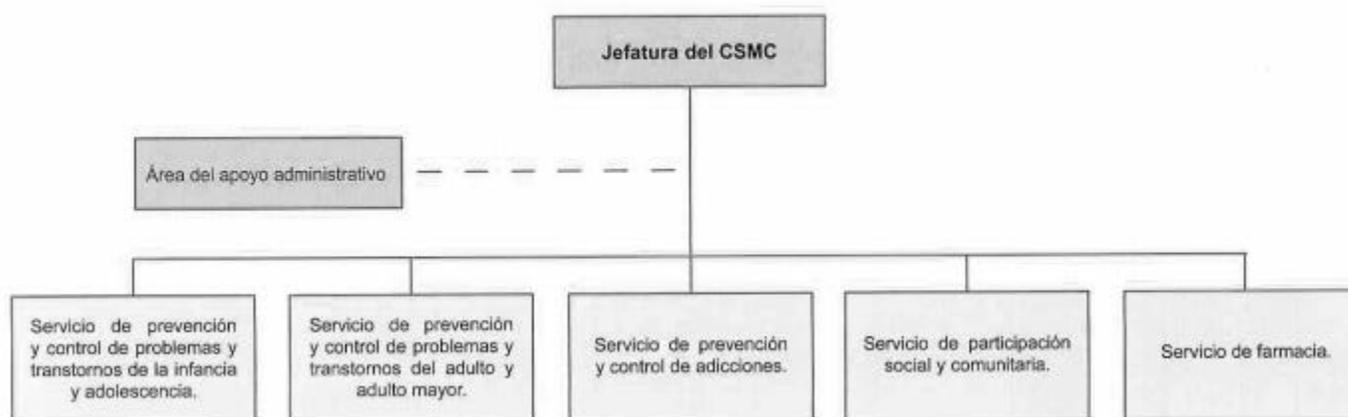


IMAGEN N°30: Organigrama estructural de los Centros de Salud mental Comunitarios
Fuente: Ministerio de la Salud (2017)

4.5.1 ANÁLISIS DEL ORGANIGRAMA FUNCIONAL

- **Jefatura del CSMC**

Está a cargo de un profesional de la Salud que además cuente con estudios en gerencia o gestión de servicios de salud, es quien dispone y tiene el manejo del establecimiento de salud, administrar los recursos para el funcionamiento del CSMC, supervisar y evaluar las actividades programas en las unidades que contempla el centro, gestionar la asignación monetaria para los programas que se presenten y recursos humanos.

- **Área de apoyo administrativo**

En esta área se encuentra otras oficinas que complementan y ayudan con la administración del centro de salud, de las cuales tenemos; área de logística, economía, asesoría jurídica, recursos humanos, etc.

- **Servicios de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia**

Hace parte del trabajo de la prevención y tratamiento de la salud mental en menores y adolescentes, en los cuales dispone de los siguientes profesionales:

- Médico psiquiatra.
- Psicólogo (con conocimientos en psicoterapia infantil, adolescentes y familiares).
- Enfermera con competencias en salud mental.
- Tecnólogo médico especialista en terapia de lenguaje.
- Tecnólogo médico especialista en terapia ocupacional.
- Trabajadora social.
- Técnico de enfermería.

- **Servicios de prevención y control de problemas y trastornos del adulto y adulto mayor**

Hace parte del trabajo de la prevención y tratamiento de la salud mental en adultos y adultos mayores, en los cuales dispone de los siguientes profesionales:

- Médico psiquiatra con competencias en medicina familiar y comunitaria.
- Psicólogo con formación psicoterapéutica.
- Enfermera con competencias en salud mental, psiquiátricas y/o salud pública.
- Tecnólogo médico especialista en terapia de lenguaje.
- Tecnólogo médico especialista en terapia ocupacional.
- Trabajadora social.
- Técnico de enfermería.

- **Servicios de prevención y control de adicciones**

Hace parte del trabajo de la prevención y tratamiento de la salud mental en pacientes con problemas de adicciones, en los cuales dispone de los siguientes profesionales:

- Médico psiquiatra con competencias en adicciones.
- Psicólogo clínico formación psicoterapéutica.
- Enfermera con competencias en salud mental, psiquiátricas y/o salud pública.
- Tecnólogo médico especialista en terapia de lenguaje.
- Tecnólogo médico especialista en terapia ocupacional.
- Trabajadora social.
- Técnico de enfermería.

- **Servicios de participación social y comunitaria**

Hace parte del trabajo la fomentación a nivel territorial la importancia de la salud mental, así mismo su prevención y rehabilitación de casos ya preexistentes. También en elaborar mecanismos que promuevan la coordinación institucional para la promoción de la salud mental, además de desarrollar estrategias de comunicación social contra la lucha de los estigmas en la comunidad.

- Médico psiquiatra con competencias en medicina familiar y comunitaria.
- Psicólogo social o comunitario o sociólogo o trabajador social.
- Enfermera con competencias en salud pública o salud comunitaria.

- **Servicios de Farmacia**

Tiene como objetivos los siguientes:

- Hace parte del trabajo la adquisición de medicamentos requeridos para el tratamiento de los diversos programas que se efectuaran.
- Se encarga de programar, recepcionar, el almacenamiento y distribución de los productos fármacos e insumos médicos.
- Realizar seguimientos fármaco-terapéutico.
- Realizar asistencia técnica sobre el uso racional de psicofármacos.

4.6 PROPUESTA VOLUMÉTRICA

- **Vistas Volumétricas**



IMAGEN N°31: VISTA DE VOLUMETRICA FRONTAL (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia



IMAGEN N°32: VISTA DE VOLUMETRICA POSTERIOR (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia

- **Vistas Exteriores**



IMAGEN N°33: VISTA DE FACHADA (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia



IMAGEN N°34: VISTA DE FACHADA INTERIOR (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia



IMAGEN N°35: VISTA DE FACHADA INTERIOR (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia

- **Vistas Interiores**



IMAGEN N°36: VISTA DE BIBLIOTECA (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia



IMAGEN N°37: VISTA DE CONSULTORIO DE PSICOLOGIA (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia



IMAGEN N°38: VISTA DE HABITACIONES (PROPUESTA)
Fuente: Elaboración Propia

4.7. RELACIÓN DE PLANOS

| RELACION DE PLANOS | | | | | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|----------|-----------------|---------|----|
| 1 | Plano de Ubicación | | | 1/10000 – 1/500 | U-01 | A2 |
| 2 | Plano Topográfico | | | 1/500 | PT-01 | A1 |
| 3 | Plano de Linderos | | | 1/500 | PP-01 | A1 |
| 4 | Plano de Trazado | | | 1/500 | PTL-01 | A1 |
| 5 | Plot Plan | | | 1/500 | A-01 | A1 |
| 6 | General | Plantas | | 1/250 | A-02/06 | A1 |
| | | Cortes | | 1/250 | A-07 | A1 |
| | | Elevaciones | | 1/250 | A-07 | A1 |
| 7 | Sector | Plantas | | 1/100 | A-08/10 | A1 |
| | | Cortes | | 1/100 | A-11 | A1 |
| | | Elevaciones | | 1/100 | A-12 | A1 |
| 8 | Bloque | Plantas | | 1/50 | A-13/18 | A1 |
| | | Cortes | | 1/50 | A-19/20 | A1 |
| | | Elevaciones | | 1/50 | A-21-22 | A1 |
| 9 | Detalles | Escaleras | Plantas | 1/25 | A-23 | A1 |
| | | | Cortes | 1/25 | A-24 | A1 |
| | | Baños | Plantas | 1/25 | A-25 | A1 |
| | | | Cortes | 1/25 | A-26/30 | A1 |
| | | Obra Civil | Detalles | 1/15 | A-31 | A1 |
| 10 | Plano de Vanos | Planta y Elevaciones | | 1/20 | A-32 | A1 |
| | | Detalles | | 1/5 | A-33/34 | A1 |
| 11 | Seguridad | Evacuación | | 1/100 | A-35 | A1 |
| | | Señalización | | 1/100 | A-36 | A1 |
| | | Equipamiento | | 1/100 | A-37 | A1 |
| 12 | Instalaciones | Inst. Agua | | 1/25 | IS-01 | A1 |
| | | Inst. Desagüe | | 1/25 | IS-01 | A1 |
| | | Inst. Eléctrica | | 1/25 | IE-01 | A1 |

CONCLUSIONES

1. El problema de las drogas no solo viene por el hecho de consumirla o su comercialización. Sino también la informalidad que pretenden ser centros de rehabilitación o de escucha terminan perjudicando la salud de pacientes que verdaderamente necesitan una terapia eficaz.
2. Es importante priorizar la seguridad y la eficacia de los ambientes a proponer para la recuperación y confort del paciente, debido a que el centro se volverá como su hogar temporal y es importante que tengan una sensación de comodidad para no sufrir recaídas o depresión y estimular sensaciones positivas.
3. La ubicación de la edificación es importante para poder llegar tratar a la mayor cantidad de personas posibles, ubicándolo en un lugar que permita su fácil acceso y seguridad al transeúnte.

RECOMENDACIONES

1. Si bien existen normativas para el funcionamiento de centros de terapia para el consumo de drogas, estas no contemplan todo el panorama que comprende el tratar a un paciente con dichos problemas. Por ello, es indispensable el mejorar las condiciones actuales en las que se encuentran los centros de rehabilitación para poder llegar a más personas y mejorar la calidad de trabajo.
2. Es importante la orientación a las familias para prevenir el peligro que las drogas pueden causar a sus hijos e iniciar actividades u eventos que fomentan una vida sin drogas.

ANEXOS

| | Página |
|---|---------------|
| Anexo N°1: Memoria Descriptiva | 111 |
| Anexo N°2: Especificaciones Técnicas | 129 |
| Anexo N°3: Cuadro de acabados | 131 |
| Anexo N°4: Metrados y presupuestos | 132 |

ANEXO N°1

MEMORIA DESCRIPTIVA

GENERALIDADES

El proyecto denominado Centro de Rehabilitación Juvenil para adictos al consumo de drogas, busca solucionar y tratar un problema que es muy serio en el Perú que son las adicciones. Por lo que se busca diseñar e implementar las condiciones adecuadas para su tratamiento.

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROYECTO

Centro de Rehabilitación Juvenil para Adictos al Consumo de Drogas en el distrito de Bellavista, El Callao - Perú.

CONSIDERACIONES GENERALES

Gracias a los programas de prevención y tratamiento del consumo de drogas de la región del callao, es que se busca mejorar la calidad de personas que sufren de adicciones y de este modo poder reinsertarlos a la sociedad y mejorando en gran medida la seguridad del lugar.

DESCRIPCION DEL PROYECTO

UBICACIÓN: Ca. Colina con el cruce del Jr. Zarumilla, Bellavista, Callao - Perú

PROPIETARIO ACTUAL: Terreno abandonado

AREA DEL TERRENO; 22 922.11 m²

PERIMETRO: 611.44 m

FRENTE Y LINDEROS:

- **Por el norte:** Ca. Colina
- **Por el sur:** Ca. Maranga
- **Por el este:** Propiedad de terceros
- **Por el oeste:** Jr. Zarumilla

TOPOGRAFÍA

El terreno en el cual se trabajará posee una ligera pendiente del 2%. Siendo que entre cada desnivel posee 0.50 m. Desde el norte hasta el sur.

CRITERIOS DE DISEÑO

ZONIFICACIÓN:

Las zonas que conforman la arquitectura son:

- Zona de Tratamiento Ambulatorio
- Zona de Tratamiento para Internos
- Zona de Talleres
- Zona de Alojamiento para Internos
- Zona de Comedor
- Zona de logística
- Zona de Deportes

ÁREA TECHADA:

El proyecto tiene una área techada de 20 775.92 m²

SECTORES:

- Sótano: 3 539.75 m²
- Primera Planta: 8 246.07 m²
- Segunda Planta: 5681.62 m²
- Tercera Planta: 3 308.48 m²

TIPOLOGIA DE EDIFICACIÓN:

Centro de Salud Mental.

El centro de rehabilitación está especializado para el tratamiento de personas con adicciones, el cual por su condición requieren tratamiento tanto física como psicología para su rehabilitación.

PLOT PAN:

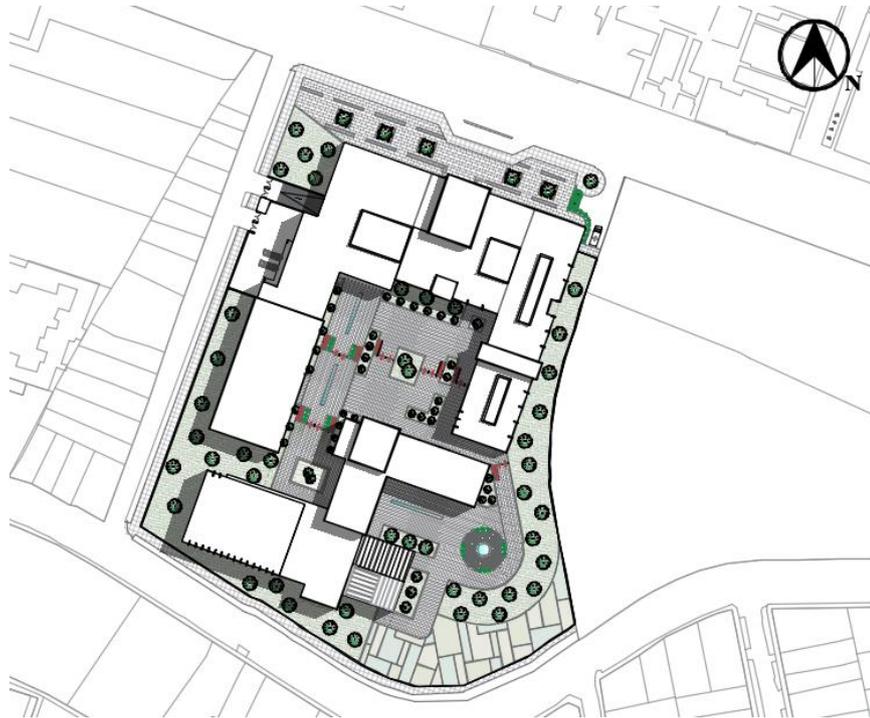


Imagen N °1: Plot Plan del proyecto arquitectónico

ÁREA Y PERIMETRO DEL TERRENO:

El terreno cuando con un área de 22 919.12 m² y un perímetros de 611.44 m. Ubicado en una zona Urbana.

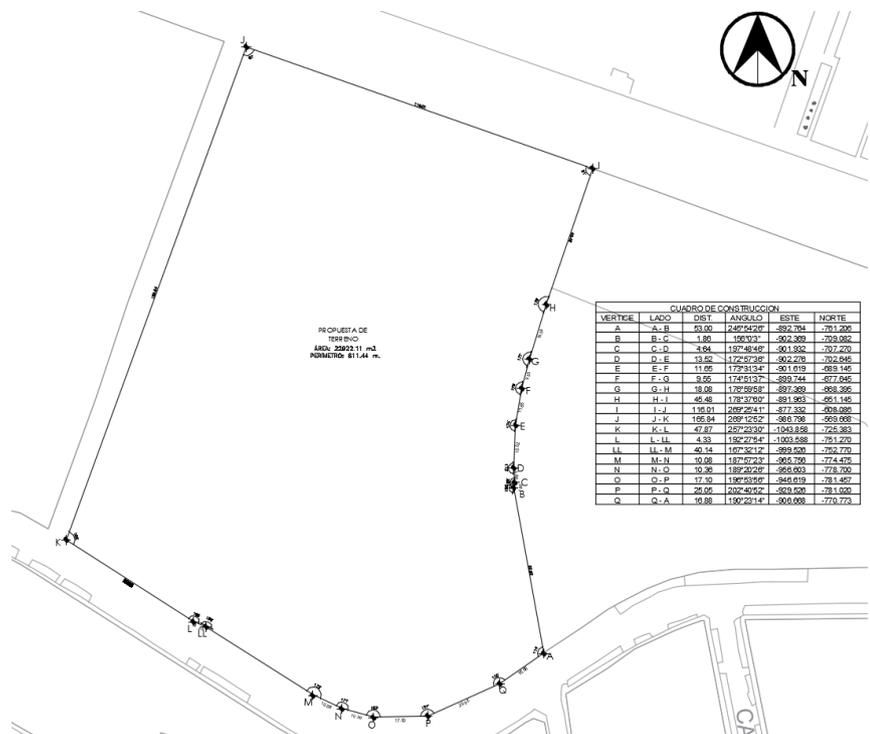


Imagen N °2: Plano de perímetro del terreno

PREMISAS DE DISEÑO

1. Análisis de Vías

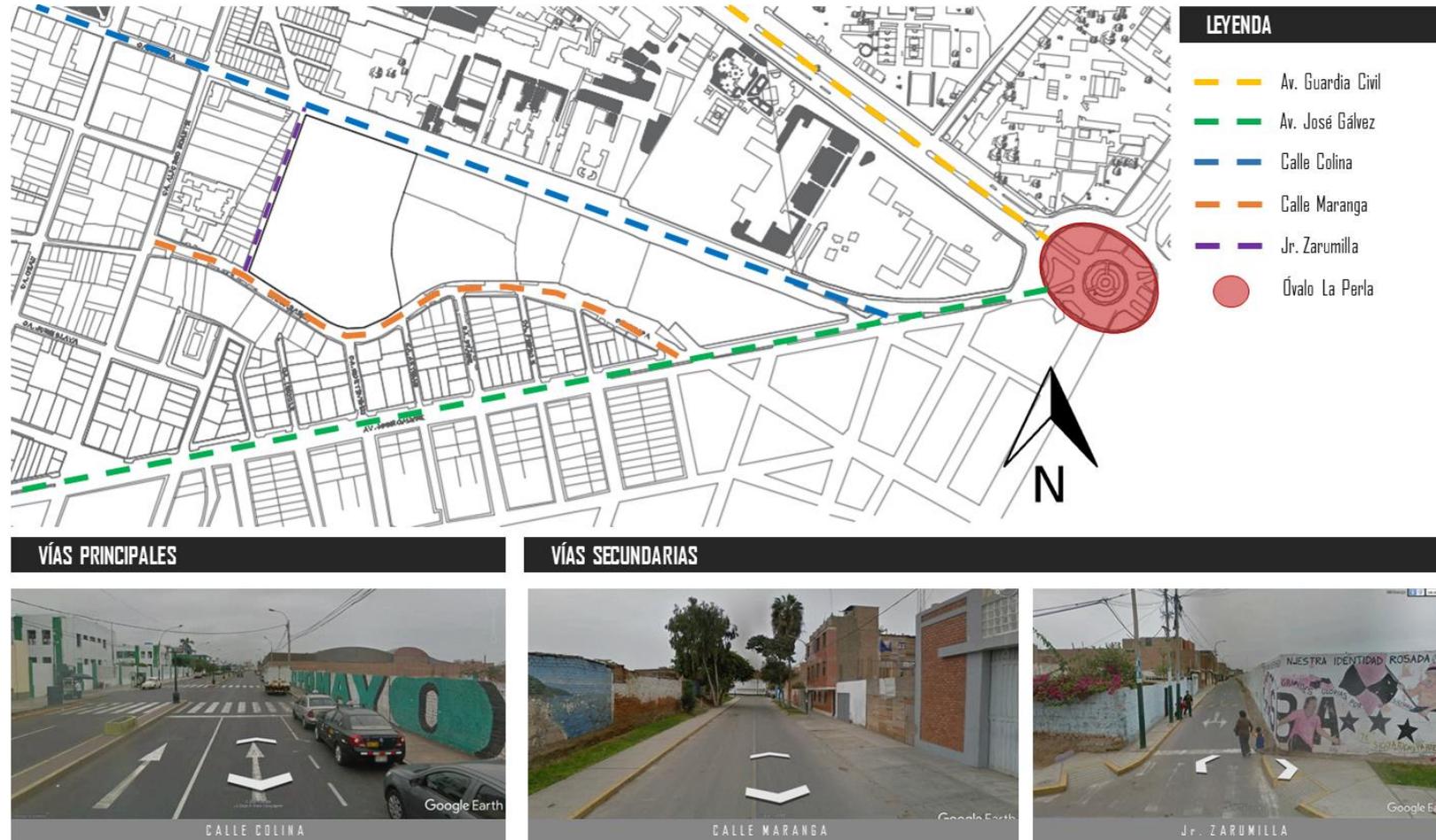


Imagen N °3: Análisis de Vías

El terreno a trabajar está ubicado cerca de un nodo de circulación que conecta varias vías principales, siendo este el Óvalo La Perla, además de estar rodeada por 2 vías con gran flujo vehicular y peatonal como la Av. Guardia Civil y Av. José Gálvez. Por lo que su calle Principal, Calle Colina, tampoco esta exenta de un gran flujo, puesto esta cuenta con 3 carriles vehiculares en cada sentido y el tránsito de vehículos particulares y públicos es constante por lo que la accesibilidad es garantizada.

Además se cuenta con vías secundarias que permitirán el uso para actividades complementarias a las funciones del centro, como accesos secundarios al área de logística y acceso de suministros

2. Relación de Espacios

Una vez definido el flujo y características de las vías que comprende el terreno, pasaremos a dictaminar los accesos a la misma, por lo que se tomará como ingreso principal por la Calle Colina, para el ingreso de peatonal y llega de buses y taxis; y el Jr. Zarumilla como ingreso secundaria para el acceso tanto de personal, estacionamiento y vehículos de suministros.

Una vez definido estos ingresos, se realizará diferenciar la ubicación de espacios según su nivel de privacidad al público, teniendo de estas 3 categorías con las siguientes áreas:

ESPACIOS PUBLICOS

- Área Administrativa
- Área de Consulta Externa
- Área de Social (Cafetería)

ESPACIOS SEMI PRIVADOS

- Área de Servicios Generales

ESPACIOS PRIVADOS

- Área de Internamiento
- Área Residencial
- Área Social (Comedor)
- Área Recreativa
- Áreas Complementarias (Biblioteca)
- Área de Actividades Ocupacionales



Imagen N °4: Relación de Espacios

3. Organigrama Funcional

Teniendo una idea cercana de la disposición de los espacios en el terreno, vamos a realizar un esquema en el cual se va a plasmar las áreas que componen el centro de salud y ver su relación entre ellas de forma directa o indirecta y/o agrupación de acuerdo a funciones.

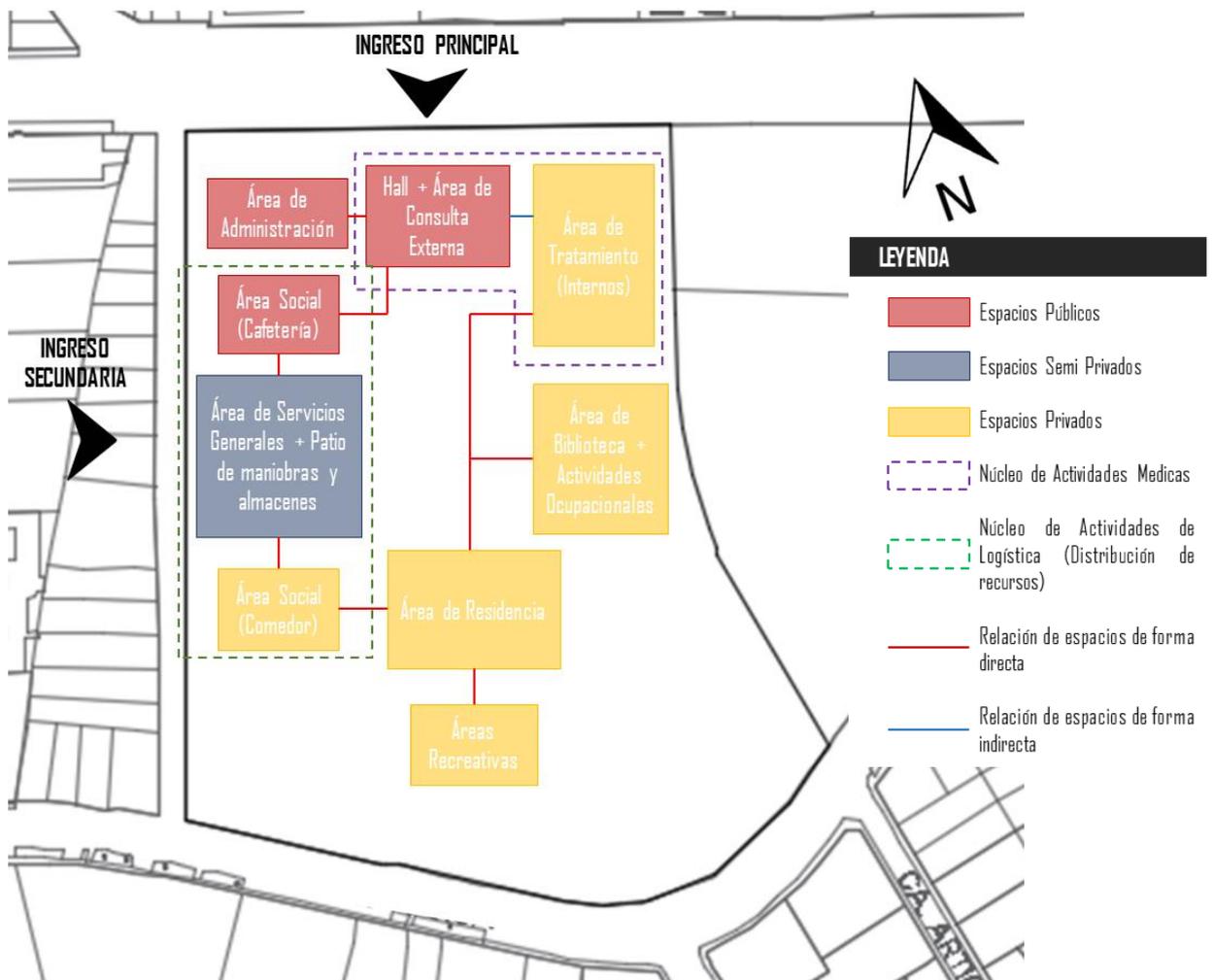


Imagen N °4: Organigrama Funcional

Como se puede observar en la imagen anterior, existen núcleos que son importantes a tener en cuenta a la hora del diseño arquitectónico, puesto que estos representan una misma función aparte de estar en distintas categorías de privacidad de uso.

Teniendo en el núcleo de actividades médicas las áreas de consultas externas, que son dirigidas al público en general y el área de tratamiento de internos, el cual ya requiere un control y privacidad dado a que se trabaja con pacientes que se encuentra en un periodo de internamiento. Sin embargo, esta zona comprende la actividad médica en todo momento, por lo que es importante mantener este núcleo para el mejor desplazamiento del personal médico y suministros, lo que si será importante es otorgar mediante la arquitecta la división entre lo público y privado.

De igual modo tenemos en el caso del área de servicios generales, el cual funge como núcleo para la distribución de suministros tanto al área de social de cafetería del espacio público y el área social de comedor para el espacio de internamiento, siendo imprescindible para tener un flujo limpio a la hora de realizar las actividades requeridas.

ESTRUCTURAS

Para la construcción de la edificación se tomará en cuenta lo planteado por el Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) para cumplir con los requerimientos necesarios tales como, la capacidad del terreno, cargas que ejercerán estas sus cimientos y luces de los ambientes. Por lo que se empleará el sistema de albañilería confinada, el cual consiste en estructuras aporricadas de concreto armado con reforzamiento de aceros y sistemas estructuras de acero, como vigas de acero para áreas con grandes luces según se requiera.

1. Estructura

1.1. OBRAS PRELIMINARES

1.1.1. TRAZO Y REPLANTEO

DESCRIPCION

El trazado consiste en llevar al terreno los puntos de los ejes que componen el proyecto arquitectónico para delimitar e identificar los puntos necesarios para la excavación, modelado de tierras y levantamiento de la edificación.

Este proceso deberá ser llevado por el contratista encargado, el cual junto al supervisor que cumplirá el trabajo de vigilar y delegar todo el proceso guiándose en lo planteado en los planos correspondientes.

MATERIALES Y EQUIPO

- Equipamiento para la medición y teodolitos
- Listones de madera para estacas
- Yeso o tiza

PROCEDIMIENTO CONSTRUCTIVO

El proceso empezará con la fijación de las marcas de los ejes principales utilizando los equipos de medición requerido y las estacas de madera para delimitar los puntos y a continuación

mediante poleas delimitar el trazado de la edificación con el yeso o la tiza.

1.2. MOVIMIENTO DE TIERRAS

1.2.1. EXCAVACION PARA ZANJAS

DESCRIPCION

La excavación de las zanjas permitirá la colocación del material para la los cimientos que sostendrá la construcción en el terreno. Los materiales para la utilización de dicho material, en caso sea propio se utilizara el mismo de las excavaciones realizadas.

Para excavación debe ser fundamental la extracción de todo material vegetal u orgánico, puesto que dichos materiales no son propios para la estabilidad del terreno y del proyecto.

MATERIALES Y EQUIPOS

- Se empleara maquinaria necesaria para la remoción y excavación de la tierra y su posterior transporte.

PROCEDIMIENTO CONSTRUCTIVO

Una vez realizado el trazado de la edificación, se procederá con la excavación donde se vaciaran el material para los cimientos, en el cual se asentará la edificación en el suelo.

Para ello se empleará los materiales, tales como picos y palas los cuales serán utilizados por los mismos obreros. Y de maquinarias pesadas como excavadoras, los cuales deben ser manejados por los operarios respectivos y certificados para el manejo de dichas maquinarias.

1.2.2. LIMPIEZA DEL TERRENO

DESCRIPCION

En esta parte se realizara la limpieza del terreno de todo material o restos que no sean relevantes para la construcción.

MATERIALES Y EQUIPOS

- Se empleara herramientas de limpieza según se requiera.

PROCEDIMIENTO CONSTRUCTIVO

La limpieza del terreno será hecho por los mismos obreros, los cuales deberá, remover cada rastro de material orgánico y posteriormente revisar por el supervisor encargado para la continuación de los siguientes trabajos.

1.3. OBRAS DE CONCRETO SIMPLE

1.3.1. CONCRETO PARA SOLADO

DESCRIPCION

El solado está ubicado en las zapatas como base donde se asentará la zapata. Este debe tener un espesor no mayor a los 20 cm.

MATERIALES

- Cemento: se empleará cemento tipo V
- Piedra: se empleará piedra de canto rodado
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE MEZCLA

La mezcla del solado debe llevar una proporción de 1:12 para garantizar la durabilidad del mismo

1.3.2. CONCRETO PARA CIMIENTO CORRIDO

DESCRIPCION

El cimiento corrido es aquello que sostiene todos los muros de la edificación.

MATERIALES

- Cemento: se empleará cemento tipo V
- Hormigón: será recolectado de los rios
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE MEZCLA

La mezcla del cimiento corrido debe llevar una proporción de 1:10 para garantizar la durabilidad del mismo. Además contará con una estructura de acero para aumentar su resistencia a cargas portantes.

1.3.3. CONCRETO PARA FALSO PISO

DESCRIPCION

El falso piso se utilizara una mezcla simple de concreto sin armadura de acero, similar al solado, se utilizara como capa protector en donde se colocara una estructura metálica.

MATERIALES

- Cemento: se empleará cemento tipo V
- Piedra: se empleará piedra de canto rodado
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE MEZCLA

La mezcla del falso piso debe llevar una proporción de 1:10 para garantizar la durabilidad del mismo

1.3.4. ENCOFRADO PARA SOBRECIMIENTO

DESCRIPCION

Para armar el encofrado para el sobrecimiento donde se hará el vaciado del concreto, se deberá tener en consideración su resistencia, de modo que se encuentre rígida en todo momento para evitar que por la fuerza de empuje del material se rompa y se filtre.

MATERIALES

- Madera de 1" y herramientas para el anclado de esta, tales como clavos y martillos.

PROCESO DE MEZCLA

El encofrado para el sobrecimiento debe ser armado de tal forma que evite la filtración del material, por lo que debe estar totalmente sellado y que resista el empuje de esta, para ello se con emplearán pequeños tabiques los cuales servirán de soporte del mismo encofrado.

1.3.5. CONCRETO PARA SOBRECIMIENTO

DESCRIPCION

El sobrecimiento se extiende del mismo cimiento corrido, de donde se hará la colocación de los ladrillos que conformarán el muro. Además de servir como protector del mismo muro en casos que haya presencia de humedad en el piso y no dañe la estructura.

MATERIALES

- Cemento: se empleará cemento tipo V
- Hormigón
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE MEZCLA

La mezcla del concreto para el sobrecimiento deberá ser de concreto simple, con una de proporción de 1:8, de modo que se garantice su resistencia y durabilidad.

1.3.6. CURADO DEL CONCRETO

DESCRIPCION

El curado del concreto ayuda a que el concreto gane la resistencia adecuada para que soporte las cargas que trabajaran en ellas.

MATERIALES

- Agua y equipo de aspersión

PROCESO DE MEZCLA

El proceso de curado para el concreto se realizara vertiendo agua en el concreto periódicamente de forma continua. También la utilización del equipo de aspersión permitirá la mantención del agua

1.4. OBRAS DE CONCRETO ARMADO

1.4.1. ZAPATAS

DESCRIPCION

Las zapatas son los elementos donde servirán como soporte de la estructura principal de la edificación, siendo estas las columnas, las cuales transmitirán todas las cargas del edificio hacía la zapata y esta al terreno.

MATERIALES

- Barras de acero corruga y alambre negro
- Vibradores para concreto
- Cemento: se empleara cemento tipo V
- Piedra
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE CONSTRUCCION

Para el armado de la zapata primero deberá empezar con armar la armadura de acero de la misma, la cual estará hecha por las barras de acero corrugado, los cuales serán doblados y amarrados entre sí mediante alambres negro y los estribos, también de acero corrugado.

Posteriormente del armado de la armadura, esta se asentará sobre el solado y fijado de tal forma que al verter el concreto no exista algún desplazamiento no deseado. Además se utilizaran vibradores para que existan espacios huecos en la zapata, puesto que estas bajaran la resistencia de la misma.

1.4.2. COLUMNAS

DESCRIPCION

Las columnas son los elementos arquitectónicos los cuales sostiene la edificación y transmite las cargas del edificio de forma vertical hacia el suelo. Para lo cual las columnas contarán con una estructura interior de acero corrugado el cual le brindará mayor resistencia.

MATERIALES

- Barras de acero corruga y alambre negro
- Vibradores para concreto
- Cemento: se empleara cemento tipo V
- Piedra
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE CONSTRUCCION

Para el armado de la columna primero deberá empezar con armar la armadura de acero de la misma, la cual estará hecha por las barras de acero corrugado, los cuales serán doblados y amarrados entre sí mediante alambres negro y los estribos, también de acero corrugado.

Posteriormente del armado de la armadura, esta se asentará sobre la zapata, de la cual sobresaldrán aceros de los cuales se fijará la armadura de la columna mediante alambres negros.

Una vez fijado la armadura de acero, se empezará con el armado del encofrado, el cual será hecho de madera de 1" de espesor, utilizando pernos de anclaje para su sujeción y listones de madera como soporte de la misma para evitar su desarme a la hora del vaciado del concreto

Ya hecho el encofrado, se verterá el concreto, el cual deberá tener una resistencia de $f_c = 210 \text{ kg/cm}^2$. El cual una vez vertido se deberá emplear los vibradores por el interior y exterior del encofrado para evitar espacios huecos que disminuya la resistencia de la columna.

Por los siguientes días se deberá realizar el curado de las columnas, con la utilización de agua potable y máquinas de aspersión.

1.4.3. VIGAS

DESCRIPCION

Las vigas son los elementos arquitectónicos los cuales tienen la función de amarre de las columnas, teniendo de este modo una armadura rígida que permitirá la estabilidad y rigidez de la edificación. Además, transmite las cargas del edificio de forma horizontal hacia las columnas. Para lo cual las vigas contarán con una estructura interior de acero corrugado el cual le brindará mayor resistencia, recuadro por concreto.

MATERIALES

- Barras de acero corruga y alambre negro
- Vibradores para concreto
- Cemento: se empleará cemento tipo V
- Piedra:
- Agua: el agua que se utilizará debe ser potable y limpia

PROCESO DE CONSTRUCCION

Para el armado de la viga primero deberá empezar con armar la armadura de acero de la misma, la cual estará hecha por las barras de acero corrugado, los cuales serán doblados y amarrados entre sí mediante alambres negro y los estribos, también de acero corrugado.

Posteriormente del armado de la armadura, esta se asentará sobre las columnas, de la cual sobresaldrán aceros de los cuales se fijará la armadura de la viga mediante alambres negros.

Una vez fijado la armadura de acero, se empezará con el armado del encofrado, el cual será hecho de madera de 1" de espesor utilizando pernos de anclaje para su sujeción y listones de madera

funcionaran como columnas de madera que sostendrá el encofrado que se extenderá por todo el techo del ambiente.

Ya hecho el encofrado, se verterá el concreto, el cual deberá tener una resistencia de $f'c = 210 \text{ kg/cm}^2$. El cual una vez vertido se deberá emplear los vibradores por el interior y exterior del encofrado para evitar espacios huecos que disminuya la resistencia de la viga.

Por los siguientes días se deberá realizar el curado de las columnas, con la utilización de agua potable y máquinas de aspersion.

2. INSTALACIONES SANITARIAS Y ELECTRICAS

2.1. INSTALACIONES DE AGUA

2.1.1. ABASTECIMIENTO DE AGUA

Se abastecerá de agua al complejo por medio de la red pública, el cual derivara el agua potable a la cisterna para la utilización de las actividades que se requiera y otra porción a la cisterna contraincendios.

2.1.2. DESCRIPCION DEL SISTEMA DE AGUA POTABLE

2.1.2.1. AGUA FRIA

El agua fría se abastecerá mediante tuberías de PVC de 1 ½ “ de diámetro, el cual se conectara directamente a la cisterna, el cual mediante un sistema de bombeo distribuirá el agua a todos los niveles de la edificación.

2.1.2.2. AGUA CALIENTE

Del mismo modo que con el agua fría, se empleara tuberías de PVC blancas respectiva para agua caliente de 1 ½” de diámetro. El cual conectará con el área de residencia del proyecto y contara con su calentador electrónico

3. INSTALACIONES DE DESAGUE

Las tuberías que se emplearan tendrán un diámetro de 4” y 2”, los cuales por medio de la gravedad serán llevadas a la caja de registro para su posterior desecho hacia los colectores públicos.

4. INSTALACIONES ELECTRICAS

El abastecimiento de corriente eléctrica será por parte de la subestación del sector, el cual brindará la energía a través de los tableros generales para su control.

ANEXO N°2

ESPECIFICACIONES TECNICAS

GENERALIDADES

Las siguientes especificaciones técnicas corresponden al área del sector del Centro de Rehabilitaciones Juvenil, indicado en los planos de arquitectura.

El área de sector corresponde al área de tratamiento y talleres para internos del centro.

1. REVESTIMIENTO DE PISOS

1.1. PISO DE CERAMICO DE 0.45 x 0.45 m.

- Cerámico Atenas gris / marca Celima
- Cerámico Ciment gris / marca Celima

1.1.1. PROCESO DE COLOCACION

Los cerámicos serán colocados según lo especificado en el cuadro de acabados. No obstante para su fijación será mediante mortero para cerámicos, siendo en los planos de arquitectura la forma y el lugar de donde se empezará el arranque de la colocación y deberán ser según el diseño que en ellos se constata.

Posteriormente del asentamiento de las baldosas se empezara con el fraguado de las mismas, en el que se introducirá la fragua en las juntas entre cada cerámico.

Al final todo este proceso se realizara la limpieza general, desechando material sobrante y manteniéndolo limpio y protegido hasta la entrega final de la edificación.

1.2. PISOS LAMINADOS

- Piso laminado Roble 10 mm / marca Holztek

1.2.1. PROCESO DE COLOCACION

Debido a que los pisos laminados al ser de madera, son propensos a la absorción de humedad, por lo que suele extenderse y contraerse en sí mismo. Lo cual sería más recomendable no fijarlos al suelo, en todo caso se buscará la colocación de estas sobre la superficie previamente limpia sin ningún tipo de suciedad o imperfección, donde se colocara una película de polietileno el cual protegerá el piso laminado de la humedad. Una vez colocado la lámina, en empezará el asentamiento de los tablones de madera con una separación de 10 mm. Para su extensión y contracción.

1.3. PISOS DE TERRAZO PULIDO

1.3.1. PROCESO DE COLOCACION

El piso de terrazo pulido será colocado in situ, utilizando trozos de piedra de diversas medidas, en los se verterá el mortero. Se deberá además añadir bruñas metálicas para generar un entramado de que se deberá respetar a la hora del vaciado como se especifica en los planos de arquitectura correspondiente.

2. REVESTIMIENTO DE MUROS INTERIORES

2.1. TARAJEADO Y PINTADO

- Pintura latex estándar base accent blanco / marca Kolor

2.1.1. PROCESO DE COLOCACION

Para proceso de revestimiento de los muros se deberá primero tener una superficie totalmente lisa en los muros, por lo que se utilizara mortero de cemento para el tarajeo y dejar el muro listo para el proceso de pintado.

La pintura que se empleara debe ser de latex, resistente a la intemperie y la humedad.

Para la aplicación de la pintura, primero se deberá pasar una mano de esta como base, dejando un periodo de 6 horas de secado para posterior mente pasar otra mano de pintura.

2.2. CONTRAZOCALO

- Se empleara contrazocalos tipo rodon de madera pino de 3/4

2.2.1. PROCESO DE COLOCACION

Los contrazocalos se colocaron alrededor del borde de los ambientes, siendo fijados con mortero mezclado con un aditivo pegamento para mayor fijación.

ANEXO N°3

CUADRO DE ACABADOS

| CUADRO DE ACABADOS | | | | | | | | |
|------------------------|---|----------------------|-------------------------|-----------|------------------|-------|-----------------------|-----------------|
| ACABADOS | | AMBIENTES | | | | | | |
| | | ÁREA DE TRATAMIENTO | | | HALL DE INGRESO | | BIBLIOTECA Y TALLERES | |
| | | CIRCULACIÓN/PASILLOS | CONSULTORIOS Y TERAPIAS | DEPOSITOS | HALL Y RECEPCION | BAÑOS | CIRCULACIÓN/PASILLOS | AREA DE LECTURA |
| PISOS | CERAMICO CELIMA ATENAS GRIS 0.45 X 0.45 | | | | | ● | | |
| | CERAMICO CELIMA CLIMENT GRIS 0.45 X 0.45 | | | | | ● | | |
| | PISO LAMINADO DE MADERA | | ● | | | | ● | ● |
| | PISO DE TERRAZO PULIDO | ● | | ● | ● | | ● | |
| CONTRAZOCALO Y ZOCALOS | CONTRAZOCALO RODON DE MADER DE PINO | | ● | | | | ● | ● |
| | CERAMICO CELIMA ATENAS GRIS 0.45 X 0.45 | | | | | ● | | |
| | CERAMICO CELIMA CLIMENT GRIS 0.45 X 0.45 | | | | | ● | | |
| | CONTRAZOCALO DE TERRAZO | ● | | ● | ● | | ● | |
| MUROS | PINTURA LATEX ESTANDAR BASE ACCENT BLANCO | ● | ● | ● | ● | | ● | ● |
| CARPINTERIA | PUERTA DE MADERA | | | ● | | ● | | ● |
| | PUERTA DE VIDRIO CON ESTRUCTURA DE ALUMINIO | ● | ● | | ● | | ● | |
| | VENTANA DE ALUMINIO Y VIDRIO | ● | | | | | | |

ANEXO N°4

METRADO Y PRESUPUESTO

Cuadro de Valores Unitarios Oficiales de Edificaciones

Resolución Ministerial N° 351-2019-VIVIENDA - Fecha publicación en Diario El Peruano: 30-oct-2019

Resolución Jefatura N° 034-2020-INEI- (01-febrero-2020) - IPC del mes de julio del 2020: 0.05%

| VALORES POR PARTIDAS EN NUEVOS SOLES POR METRO CUADRADO DE ÁREA TECHADA | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|--|
| CATEGORÍA | ESTRUCTURAS | | ACABADOS | | | INSTALACIONES ELÉCTRICAS Y SANITARIAS | |
| | MUROS Y COLUMNAS | TECHOS | PISOS | PUERTAS Y VENTANAS | REVESTIMIENTO | | BAÑOS |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| | B | A | D | D | F | C | B |
| | Columnas, vigas y/o placas de concreto armado y/o metálicas. | Losa aligerada de concreto armado con luces mayores de 6m. Con sobrecarga mayor a 300 kg/m². | Parquet de 1ra., cerámica nacional, loseta veneciana 40x40 cm, piso laminado. | Ventanas de aluminio, puertas de madera selecta, vidrio tratado transparente (3). | Tarrajeo frotachado y/o yeso moldurado, pintura lavable. | Baños completos nacionales con mayólica o cerámico nacional color. | Sistemas de bombeo de agua potable (5), ascensor, teléfono, agua caliente y fría, gas natural. |
| 329.21 | 310.13 | 95.31 | 82.70 | 62.47 | 53.17 | 216.29 | |

Σ DE VALORES: 1, 149.28

COSTO TOTAL: 1, 149.28 X Área Techada Total: 1, 520, 704.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2017). *El Problema de las Drogas*. Lima: CEDRO

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2015). *Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana*. Lima: CEDRO

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2013). *I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao*. Recuperado de

http://www.devida.gob.pe/documents/20182/96750/I_Estudio_Lima_Callao_completo.pdf/339bf21c-b05a-4c01-a39c-0f87d3b2f572

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2013), *I Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Adolescentes infractores del poder judicial*, Recuperado de

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/I_ENCUESTA_NACIONAL_CONSUMO_DE_DROGAS_INFRACTORES.pdf

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2017), *Estado de la oferta pública de tratamiento de las adicciones*, Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/319434318_Estado_de_la_oferta_publica_de_tratamiento_de_las_adicciones_Peru

Dirección Regional de Salud del Callao (2017), *Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas*, Recuperado de

https://www.devida.gob.pe/documents/20182/102090/POA_Dir_Reg_Salud_Callao02.pdf

Gobierno Regional del Callao (2017), *Plan Regional de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas de la Región Callao 2017 – 2021*, Recuperado de

<http://prototipo.regioncallao.gob.pe/contenidos/contenidosGRC/filesContenido/file62667.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2017), *Hábitat humano y salud ambiental*, Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1416/cap05.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas e (2019), *Compendio Estadístico 2019 de la Provincia Constitucional del Callao*, Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1696/libro.pdf

Ministerio de la Salud (2010). *Manual de Procedimientos Planificación y Programación de Recursos Humanos*. Recuperado de

https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=401-manual-de-procedimientos-de-planificacion-y-programacion-de-recursos-umanos&category_slug=sistemas-de-servicios-de-salud-y-tecnologia&Itemid=235

Ministerio de la Salud (2017). *Normas Técnicas de Salud Centros de Salud Mental Comunitarios*. Recuperado de

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>

Ministerio de la Salud y Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2007). *Guía de Práctica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicótropas*. Recuperado de

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2907.PDF%20>

Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas*. Recuperado de

https://www.unodc.org/docs/treatment/Review_S.pdf

Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (2013). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación.*
Recuperado de

https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (2017) *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas.*
Recuperado de

https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

SENDAL - MINSAL (2012). *Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas.* Recuperado de

https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTécnicas_CentrosdeTratamiento.pdf