

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA Y
URBANISMO



**“CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON
ADICCIÓN AL ALCOHOL - JAYLLIHUAYA”**

TESIS

PRESENTADA POR :

KAROL JOSELYN APAZA TAPIA

NINFA SARAZA AGUILAR

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

ARQUITECTO

PUNO-PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

“CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON ADICCIÓN AL ALCOHOL - JAYLLIHUAYA”

TESIS PRESENTADO POR:
KAROL JOSELYN APAZA TAPIA
NINFA SARAZA AGUILAR



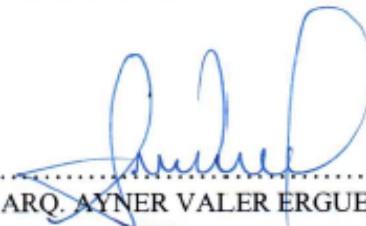
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
ARQUITECTO

APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE : 
ARQ. SERGIO JAVIER CASAPIA OCHOA

PRIMER MIEMBRO : 
ARQ. JORGE ADAN VILLEGAS ABRILL

SEGUNDO MIEMBRO : 
ARQ. KATHERINE FELICITA HARVEY RECHARTE

DIRECTOR DE TESIS : 
ARQ. AYNER VALER ERGUETA

ASESOR DE TESIS : 
ARQ. JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ BARRIONUEVO

TEMA: Infraestructura de Rehabilitación
ÁREA: Diseño Arquitectónico
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Arquitectura Social, Teoría y Crítica
FECHA DE SUSTENTACIÓN: 14 DE DICIEMBRE DEL 2018

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a nuestro creador por darme fortaleza para terminar este proyecto de investigación, a mis padres por apoyarme y tenerme paciencia, a mis hermanos por el entusiasmo que me brindan y aquellos que buscan amparo en el espacio arquitectónico para redimirse.

Karol Joselyn APAZA TAPIA

El trabajo de fin de carrera lo dedico en especial a mis hijos Kelly y Sandrú por saber entenderme y por la paciencia que me tuvieron, a mi esposo Elard, a mi madre, hermanita Eva y hermano Jhonny por su apoyo que me brindaron cuando los necesitaba; que por ellos hice todo lo posible para lograr alcanzar mi objetivo y que sin la comprensión de ellos nada hubiera sido posible.

Ninfa SARAZA AGUILAR

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos levantarnos después de caer y continuar a pesar de las circunstancias, a mis docentes de la carrera profesional de arquitectura cuya enseñanza contribuyo a mi formación. Debo dar gracias también a los que colaboraron con la realización de esta tesis amigos, familiares y encuestados en especial a Ninfa.

Karol Joselyn APAZA TAPIA

Le doy Gracias sobre todo a Dios por permitirme seguir adelante quien ha estado guiándome cada uno de mis pasos, a los Docentes Arquitectos por inculcarme toda la enseñanza necesaria que me dieron durante el tiempo que estuve en la Universidad, a mi familia, compañeros de aula, que no dejaron que me rinda.

Ninfa SARAZA AGUILAR

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	19
PALABRAS CLAVE:	19
ABSTRACT	20
KEY WORDS:.....	20
INTRODUCCIÓN	21
CAPITULO I.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	22
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.1.1 Antecedentes	22
1.1.2 Causas	22
1.1.3 Factores de Riesgo	24
1.1.4 Consecuencias del Alcohol	27
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	31
1.2.1 Pregunta General.....	31
1.2.2 Pregunta Específica.....	31
1.3 JUSTIFICACIÓN	31
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	32
1.4.1 Objetivo General	32
1.4.2 Objetivos Específicos.....	32
CAPÍTULO II	33
MARCO TEÓRICO.....	33
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
2.1.1 Internacional.....	33
2.1.2 Nacional	37
2.1.3 Local.....	46

2.2 SUSTENTO TEÓRICO.....	49
2.2.1 Teoría de la Gestal	49
2.2.2 Teoría del Poder Michel Foucault.....	50
2.2.3 Teoría del alcoholismo William Wilson (Bill W.).....	51
2.2.4 Teoría de la Arquitectura Hospitalaria.....	53
2.2.5 Teoría de la Arquitectura Paisajista	54
2.3 MARCO CONCEPTUAL	55
2.3.1 El alcoholismo.....	55
2.3.2 Tipos de bebedores.....	55
2.3.3 Fases de tratamientos	56
2.3.4 Servicios y tratamiento.....	56
2.3.5 Centro de Rehabilitación.....	57
2.3.6 Centro de Tratamiento Residencial	59
2.3.7 Terapia Conductual	59
2.3.8 El Contexto.....	60
2.3.9 Psicología Ambiental	61
2.3.10 El Diseño y su Influencia	62
2.4 MARCO NORMATIVO	63
2.4.1 Reglamento Nacional de Edificaciones	63
2.4.2 Reglamento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.....	77
2.4.3 Reglamento de la ley N°29765	80
2.5 HIPÓTESIS	82
2.5.1 Hipótesis General.....	82
2.5.2 Hipótesis Específica.....	82
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	82
2.6.1 Variable Independiente	82

2.6.2 Variable Dependiente.....	82
2.6.3 Propuesta.....	82
CAPÍTULO III.....	85
DISEÑO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN	85
3.1 METODOLOGÍA.....	85
3.2 PREMISAS DE DISEÑO.....	86
3.2.1 Datos generales de la Provincia Puno	86
3.2.2 Datos según el INEI (Perú: Enfermedades no transmisibles y Trasmisibles).....	88
3.2.3 Datos de la Municipalidad Provincial de Puno en convenio con DEVIDA.....	92
3.2.4 Datos del Diario los Andes	95
3.2.5 Datos del Hospital Manuel Núñez Butrón	99
3.2.6 Datos de la Encuesta realizada.....	100
3.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	101
3.2.1 Motivo por el cual se inicia a consumir Bebidas Alcohólicas	101
3.2.2 Entorno en el que se inicia a consumir bebidas alcohólicas	102
3.2.3 Motivo por el cual se consume bebidas alcohólicas	103
3.2.4 Edad promedio en el que se inicia el consumo de bebidas alcohólicas	104
3.2.5 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas.....	105
3.3.6 Tipos de bebedores.....	107
3.3.7 Zonas de consumo.....	108
3.3.8 Promedio de personas que salieron de la enfermedad	112
3.4 ÁMBITO DE ESTUDIO	113
3.3.1 Ámbito de estudio provincial.....	113
3.3.2 Ámbito de estudio distrital.....	115
3.5 ANÁLISIS DEL TERRENO.....	117
3.4.1 Características del terreno para la propuesta.....	117

3.4.2 Análisis del terreno	122
3.4.3 Premisas de diseño	129
CAPÍTULO IV	133
PROGRAMACIÓN ARQUITECTÓNICA	133
4.1 ZONIFICACIÓN	133
4.1.1 Zona de Servicio General	133
4.1.2 Zona Administrativa	134
4.1.3 Zona de Tratamiento	135
4.1.4 Zona de Internamiento	136
4.1.5 Zona de Servicios Complementarios	137
4.1.6 Zona de Recreación	138
4.1.7 Zona de Mantenimiento	139
4.2 DIAGRAMA DE ZONIFICACIÓN	140
4.3 DIAGRAMA DE CIRCULACIÓN	144
4.4 FUNDAMENTO TEÓRICO- CONCEPTUAL	147
4.4.1 Idea Generatriz	147
4.5 PROGRAMACIÓN CUANTITATIVA	149
CONCLUSIONES	153
SUGERENCIAS	153
BIBLIOGRAFÍA	154
ANEXOS	157

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1 Categoría de los Establecimientos de Salud	63
Tabla 2 Número total de estacionamientos accesibles requeridos	74
Tabla 3 Cuadro comparativo de servicios de seguridad.....	76
Tabla 4 Operalización de variables	83
Tabla 5 Variables de la Propuesta.....	84
Tabla 6 Población de consumidores y no consumidores de bebidas alcohólicas	92
Tabla 7 Según el tipo de droga.....	93
Tabla 8 Ubicación de los Centros de Diversión Nocturna.....	94
Tabla 9 Tabla de tratamiento y rehabilitación.....	94
Tabla 10 Motivos para Consumir Alcohol.....	95
Tabla 11 Principales Motivos para Consumir Alcohol	95
Tabla 12 Consumo de alcohol en la provincia de Puno	96
Tabla 13 Parámetros de la muestra	100
Tabla 14 Población mayor a 15 años	101
Tabla 15 Resumen de los datos obtenidos	107
Tabla 16 Resumen de los tipos de bebedores.....	108
Tabla 17 División política de esta provincia.....	114
Tabla 18 Proyección de la población	115
Tabla 19 División política Jayllihuaya.....	118
Tabla 20 Cuadro valorativo.....	122
Tabla 21 Programa arquitectónico zona de servicios generales.....	134
Tabla 22 Programa arquitectónico zona administrativa.....	134
Tabla 23 Programa arquitectónico zona de tratamiento.....	135
Tabla 24 Programa arquitectónico zona de internamiento.....	136
Tabla 25 Programa arquitectónico zona de servicios complementarios	138
Tabla 26 Programa arquitectónico zona recreación	139
Tabla 27 Programa arquitectónico zona de mantenimiento.....	139
Tabla 28 Programa arquitectónico zona de servicios generales.....	149
Tabla 29 Programa arquitectónico zona administrativa.....	150
Tabla 30 Programa arquitectónico zona de tratamiento.....	150
Tabla 31 Programa arquitectónico zona de internamiento.....	151



Tabla 32 Programa arquitectónico zona de servicios complementarios	152
Tabla 33 Programa arquitectónico zona de recreación	152
Tabla 34 Programa arquitectónico zona de mantenimiento	153

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 Consumo de bebidas alcohólicas en Puno (fuente: propia)	29
Figura 2 Alcoholismo en Puno (fuente: propia).....	29
Figura 3 Exterior del hospital Moncloa (fuente: web)	33
Figura 4 Interior del hospital Moncloa (fuente: web)	33
Figura 5 Planta del hospital Moncloa (fuente: web)	33
Figura 6 Equipo Médico hospital Moncloa (fuente: web)	33
Figura 7 Sede central del exterior del Tavad (fuente: web)	34
Figura 8 Admisión de la sede (fuente: web)	34
Figura 9 Planta de Tavad (fuente: web)	34
Figura 10 Interior del Tavad (fuente: web)	34
Figura 11 Sala de terapias familiares (fuente: web).....	35
Figura 12 Camilla de desintoxicación de Tavad (fuente: web).....	35
Figura 13 Sala de terapias individuales (fuente: web)	35
Figura 14 sala de terapias grupales (fuente: web).....	35
Figura 15 Trastorno cerebral (fuente: web)	36
Figura 16 Diagrama del tratamiento del Tavad (fuente: propia).....	37
Figura 17 Exterior de la fundación manantiales (fuente: web)	39
Figura 18 Interior de la fundación manantiales (fuente: web)	39
Figura 19 Terapia cognitiva (fuente: web).....	39
Figura 20 Trabajo de la terapia cognitiva (fuente: propia)	39
Figura 21 Terapia cognitiva grupal (fuente: web).....	39
Figura 22 Trabajo de la terapia cognitiva grupal (fuente: propia)	40
Figura 23 Trabajo de la terapia cognitiva pareja y familia (fuente: propia)	40
Figura 24 Terapia cognitiva pareja y familia (fuente: web).....	40
Figura 25 Trabajo de la terapia motivacional (fuente: propia)	41
Figura 26 Terapia motivacional (fuente: web).....	41
Figura 27 Terapia grupales (fuente: web)	41
Figura 28 Trabajo de la terapia grupales (fuente: propia).....	41
Figura 29 Exterior del Centro de Tratamiento Andenes (fuente: web).....	42
Figura 30 Interior del Centro de Tratamiento Andenes (fuente: web).....	42
Figura 31 Clases de yoga (fuente: web).....	44

Figura 32 Interior de los Andenes (fuente: web)	44
Figura 33 Diagrama del tratamiento los Andenes (fuente: propia).....	44
Figura 34 Diagrama del tratamiento del Centro los Andenes (fuente: propia)	45
Figura 35 Diagrama de la infraestructura del Centro los Andenes (fuente: propia) ..	45
Figura 36 Grupo Titicaca de A.A. (fuente: propia).....	48
Figura 37 Grupo Transmitiendo de A.A. (fuente: propia)	48
Figura 38 Diagrama del tratamiento de Alcohólicos Anónimos (fuente: propia).....	48
Figura 39 Diagrama de infraestructura de A.A. (fuente: propia).....	48
Figura 40 Diseño metodológico de la investigación (fuente: propia)	85
Figura 41 Censos de Población 2007 y 2017 (fuente: INEI)	87
Figura 42 Censos de Población 1993, 2007 y 2017(fuente: INEI)	88
Figura 43 Edad promedio de inicio de consumo (Fuente: INEI)	89
Figura 44 Consumo de alcohol en el área urbana y rural (Fuente: INEI)	89
Figura 45 Edad de inicio de consumo según el nivel de educación (fuente: INEI) ..	90
Figura 46 Edad promedio de inicio de consumo de bebida alcohólica según región	90
Figura 47 Incremento anual de personas que consumen alcohol (Fuente: INEI)	91
Figura 48 Consumo de alcohol por áreas (Fuente: INEI)	91
Figura 49 Personas que consumen y no consumen alcohol (Fuente: INEI)	92
Figura 50 Consumo de bebidas alcohólicas en Puno (fuente: Diario los Andes)	96
Figura 51 Accidentes de tránsito en estado de ebriedad (Fuente: Propia)	97
Figura 52 Intoxicación (Fuente: Propia)	97
Figura 53 Hipotermia (Fuente: Propia)	98
Figura 54 Muerte de personas en estado de ebriedad (Fuente: Propia)	98
Figura 55 Grescas en estado de ebriedad (Fuente: Propia)	98
Figura 56 Incidentes en estado de ebriedad (Fuente: Propia)	99
Figura 57 Incremento en el consumo de alcohol 2015 y 2016 (Fuente: Propia)	99
Figura 58 Formula para el tamaño de la muestra (Fuente: web).....	100
Figura 59 Motivos de inicio de consumo por géneros (Fuente: Propia).....	101
Figura 60 Motivo de inicio de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia) ..	102
Figura 61 Entorno en el que se inicia a consumir por género (Fuente: Propia).....	102
Figura 62 Entorno en el que se inicia a consumir (Fuente: Propia)	103
Figura 63 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas por género (Fuente: Propia)	103
Figura 64 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)	104
Figura 65 Edad promedio en la que se inicia el consumo (Fuente: Propia).....	104

Figura 66 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)	105
Figura 67 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas hombres (Fuente: Propia) ..	105
Figura 68 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas mujeres (Fuente: Propia)....	106
Figura 69 Frecuencia de consumo de hombres y mujeres (Fuente: Propia)	106
Figura 70 Zonas de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)	108
Figura 71 Zonificación de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia).....	109
Figura 72 Mapa de riesgo por alcoholismo (Fuente: Propia).....	109
Figura 73 Zonas de concentración de alcohólicos (Fuente: Propia)	110
Figura 74 Lugares frecuentes donde liban alcohol (Fuente: Propia)	110
Figura 75 Alcohólicos que están libando barrio Laykakota (Fuente: Propia)	111
Figura 76 Alcohólicos que están libando barrio Bellavista (Fuente: Propia)	111
Figura 77 Personas que han salido de la enfermedad (Fuente: Propia)	112
Figura 78 Personas que les gustaría obtener más información (Fuente: Propia)	112
Figura 79 Ubicación de Puno (Fuente: web).....	114
Figura 80 Mapa de ubicación del terreno (Fuente: Propia).....	119
Figura 81 Mapa de ubicación del terreno (Fuente: Propia).....	121
Figura 82 Mapa de ubicación del terreno 2 (Fuente: Propia).....	121
Figura 83 Ubicación del terreno Jayllihuaya (Fuente: Propia)	123
Figura 84 Vías del terreno (Fuente: Propia).....	123
Figura 85 Vías de acceso directo al terreno (Fuente: Propia)	124
Figura 86 Entorno del terreno (Fuente: Propia)	125
Figura 87 Tipología del terreno (Fuente: Propia)	125
Figura 88 Vías del terreno (Fuente: Propia).....	126
Figura 89 Vientos (Fuente: Propia).....	127
Figura 90 Vientos y humedad (Fuente: Propia)	127
Figura 91 Asoleamiento (Fuente: Propia)	128
Figura 92 Corte topográfico 1 (Fuente: Web).....	128
Figura 93 Orientación del terreno (Fuente: Propia)	132
Figura 94 Diagrama de relación de zonas (Fuente: Propia).....	140
Figura 95 Diagrama de zonas (Fuente: Propia).....	140
Figura 96 Diagrama de zonas de servicios generales (Fuente: Propia)	141
Figura 97 Diagrama de zonas zona de administrativa (Fuente: Propia)	141
Figura 98 Diagrama de zonas de tratamiento (Fuente: Propia).....	141
Figura 99 Diagrama de zonas de internamiento (Fuente: Propia).....	142

Figura 100 Diagrama de zonas de servicios complementarios (Fuente: Propia)	142
Figura 101 Diagrama de zonas de recreación (Fuente: Propia)	143
Figura 102 Diagrama de zonas mantenimiento (Fuente: Propia).....	143
Figura 103 Diagrama de circulación 1er nivel (Fuente: Propia).....	144
Figura 104 Diagrama de circulación 2do nivel y tercer nivel (Fuente: Propia).....	145
Figura 105 Diagrama del personal (Fuente: Propia)	146
Figura 106 Fundamento conceptual (Fuente: web).....	147
Figura 107 Idea generatriz (Fuente: web)	148
Figura 108 Geometrizacion de la idea generatriz (Fuente: propia).....	148
Figura 109 Enfoque de la idea generatriz (Fuente: propia).....	149

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS:

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

DEVIDA: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas

AA: Alcohólicos Anónimos

OMS: Organización Mundial de la Salud

RNE: Reglamento Nacional de Edificaciones

SENAMHI: Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de Proponer y Diseñar un centro de rehabilitación para la recuperación y tratamiento de personas con adicción al alcohol en la provincia de Puno en donde se va a prevenir, desintoxicar y rehabilitar a población. Para la elaboración del diagnóstico se recolectaron los datos descriptivos socioeconómico, sociocultural y la observación de la población. Los datos estadísticos fueron tomados del INEI censo de población 2017, la Municipalidad Provincial de Puno en convenio con DEVIDA y se realizó una encuesta a 455 personas de la población de Puno mayor a 15 años. El alcoholismo es la enfermedad causada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito. Este fenómeno es parte de nuestras costumbres. Puno se caracteriza por los eventos culturales, actos de carácter religioso, festivo que tienen sus raíces en tradiciones católicas y elementos simbólicos de la cosmovisión andina. Este problema se esconde bajo el disfraz de la tolerancia; según nuestra investigación tenemos los siguientes datos el 17.06% no consume, 62.99% consume ocasionalmente, el 19.69% consume con frecuencia, y el dato más alarmante es 0.26% que consume de forma diaria esto representa 273 adictos al alcoholismo que podemos observar a diario en las vías públicas y son los causantes indirectos de la mayoría de los factores negativos que aquejan a la sociedad en su conjunto y su desarrollo. Según las necesidades encontradas el centro de rehabilitación se divide en 7 zonas la zona Administrativa, la zona de Tratamiento, la zona de Internamiento, la zona de Servicios Complementarios, la zona de Recreación, la zona de Servicios Generales y la zona de Mantenimiento acondicionada con áreas de rehabilitación como bosques, áreas verdes y espejos de agua; espacios de meditación, relajación, recogimiento y recuperación.

PALABRAS CLAVE:

Arquitectura, Rehabilitación, Diseño, Tratamiento, Recuperación.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of Propose and Design a rehabilitation center for the recovery and treatment of people with alcohol addiction in the province of Puno where the population will be prevented, detoxified and rehabilitated. For the elaboration of the diagnosis, the socio-economic, socio-cultural descriptive data and the observation of the population were collected. The statistical data were taken from the INEI population census 2017, the Provincial Municipality of Puno in agreement with DEVIDA and a survey was conducted to 455 people of the population of Puno over 15 years. Alcoholism is the disease caused by the excessive consumption of alcoholic beverages and by the addiction that this habit creates. This phenomenon is part of our customs. Puno is characterized by cultural events, acts of a religious, festive nature that have their roots in Catholic traditions and symbolic elements of the Andean cosmovision. This problem is hidden under the guise of tolerance; According to our research we have the following data: 17.06% do not consume, 62.99% consume occasionally, 19.69% consume frequently, and the most alarming data is 0.26% that consumes daily. This represents 273 addicts to alcoholism that we can observe daily in public roads and are the indirect causes of most of the negative factors that afflict society as a whole and its development. According to the needs found, the rehabilitation center is divided into 7 administrative areas, the Treatment area, the Internment area, the Complementary Services area, the Recreation area, the General Services area and the Maintenance area equipped with rehabilitation areas such as forests, green areas and water mirrors; spaces for meditation, relaxation, meditation and recovery.

KEY WORDS:

Architecture, Rehabilitation, Design, Treatment, Recovery.

INTRODUCCIÓN

Debido a la situación que hay en el Perú por el incremento de personas adictas al alcohol sobre todo se ve que va incrementándose en los menores de edad y jóvenes que están formándose, y están siendo clara y conscientemente expuestos al consumo de alcohol y al conflicto socio cultural que se va generando y en el seno familiar se observa consecuencias negativas como violencia, suicidios, riñas, divorcios donde es una preocupación latente para la sociedad, donde el consumidor de la bebida no se da cuenta que la costumbre de beber es una enfermedad.

Puno no es ajeno a esta problemática porque se caracteriza por sus fiestas costumbristas durante todo el año y no se concibe realizar una celebración sin un alto consumo de bebidas alcohólicas para todos los participantes y, por ello, se ve como algo normal algo que se puede replicar y poner en práctica, esto colabora al aumento de índice de personas que se vuelven adictas al consumo de alcohol para ello se necesitan la información para la prevención y el tratamiento para la desintoxicación y la rehabilitación. Para disminuir estos incrementos las personas que son adictas, así como sus familiares necesitan recuperarse y reintegrarse a la sociedad.

Los estudios preliminares nos darán los datos necesarios para la elaboración de nuestra propuesta un proyecto de un Centro de Rehabilitación para personas con adicción al alcohol, donde la infraestructura contribuirá en la prevención y el tratamiento del paciente y/o población recurrente cumpliendo con todas las normas técnicas, con espacios adecuados para que lo ayuden a liberarse y adaptarse con buena iluminación con el objetivo de realizar sus actividades en las condiciones apropiadas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Latino América representa la segunda región con mayor consumo de alcohol, seguido de Europa donde el Perú ocupa el sexto lugar en consumo de alcohol especificó en rueda de prensa Shakhar Saxena, director del departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS. El consumo de alcohol, es aceptado como una bebida que ayuda a la socialización y viabilización de las relaciones sociales, aunque a veces se da en exceso y como resultado hay efectos negativos. (El Comercio, 2014)

(Chacón, 2013). En la sociedad puneña, el consumo de alcohol es básicamente la cerveza, y es cinco veces más alto que el promedio nacional; en toda actividad, celebración, costumbre se consume cerveza; por ejemplo, en matrimonios se llega a consumir entre 1,000 a 2,000 cajas de cerveza, los regalos y presentes se hacen en gran parte con cajas de cerveza, cuyas cantidades son registradas para ser devueltas en ocasiones futuras la misma cantidad; esto es considerado como un ayni. De manera similar en las fiestas religiosas que citaremos algunas como la fiesta de la Virgen de la Candelaria en Puno, Tata Pancho en la provincia de Yunguyo, la fiesta de las Cruces, paradas Universitarias, etc. también en actividades Deportivas, estas son las ocasiones para un gran consumo de alcohol, cerveza en nuestra sociedad Puneña. Según Los Andes El consumo de alcohol se correlaciona muy bien con toda clase de conductas de expresión violentas: asaltos, violaciones, homicidios, agresión en el seno de la familia, suicidios, riñas, prácticas de sexo sin medios de protección, abandono familiar, abandono laboral y crímenes de todo tipo.

1.1.2 Causas

Durante las últimas décadas, muchos estudios se han centrado en las causas y factores de riesgo asociados al alcoholismo. Aunque no existe una fórmula exacta para describir los hábitos de consumo de una persona, los datos han demostrado que el abuso

de alcohol está influenciado por una variedad de factores. Sin embargo, el alcoholismo es una enfermedad que no discrimina y que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, género, origen étnico, tipo de cuerpo o creencias personales. La dependencia del alcohol puede desarrollarse de forma rápida y agresiva, o puede surgir a lo largo de un período de tiempo más extenso. A continuación, se muestra un desglose sobre qué papel juega cada uno de estos factores en el desarrollo del abuso de alcohol:

A. Causas Biológicas.

Diversos estudios han demostrado un estrecho vínculo entre el alcoholismo y factores biológicos, en particular la genética y la fisiología. Mientras que algunas personas pueden limitar la cantidad de alcohol que consumen, otros sienten un fuerte impulso de seguir bebiendo. Para algunos, la bebida desprende sentimientos de placer, alentando al cerebro a repetir ese comportamiento. Un comportamiento repetitivo como este puede hacer que una persona sea más vulnerable a desarrollar una adicción al consumo de bebidas alcohólicas. También hay ciertas sustancias químicas en el cerebro que pueden hacer que alguien sea más susceptible al abuso de alcohol. Por ejemplo, los científicos han indicado que la dependencia del alcohol puede estar asociada con hasta 51 genes en varias regiones cromosómicas. Si estos genes son transmitidos a través de generaciones, los miembros de la familia son mucho más propensos a desarrollar problemas de consumo.

B. Causas Sociales

Los factores sociales pueden contribuir a las opiniones de una persona sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Su cultura, religión, familia y trabajo influyen en muchos de sus comportamientos, incluyendo beber alcohol. La familia juega el papel más importante en la probabilidad que tiene una persona de desarrollar alcoholismo. Los niños que están expuestos al abuso de bebidas alcohólicas desde una edad temprana tienen un mayor riesgo de seguir ese peligroso patrón de consumo. Comenzar la universidad o un nuevo trabajo también puede hacer que una persona sea más susceptible de desarrollar una adicción a la bebida. Durante esas facetas de la vida, la persona busca hacer nuevos amigos y desarrollar relaciones con sus compañeros. El deseo de encajar y ser querido puede hacerle participar en actividades en las que normalmente no participaría. Esto se ve

acentuado en personas jóvenes, donde aún se está formando la personalidad y se siente la necesidad de pertenecer a grupos. Los factores sociales son una de las principales causas del alcoholismo en los jóvenes durante la adolescencia.

C. Causas Psicológicas

Existen diversas causas psicológicas del alcoholismo, cada persona gestiona las situaciones en su propia manera única. Sin embargo, la forma de lidiar con estos sentimientos puede disparar ciertos rasgos conductuales. Por ejemplo, las personas con alto nivel de estrés, ansiedad, depresión y otras condiciones de salud mental son más vulnerables a cualquier tipo de adicción.

En estas circunstancias, beber se utiliza a menudo para suprimir sentimientos y aliviar los síntomas de trastornos psicológicos. Con el tiempo, beber puede convertirse en habitual y derivar en una adicción. Cuanto más recurra a la bebida para aliviar sus sentimientos de dolor y frustración, más tolerante al alcohol se hará su cuerpo y más dependiente será de sus efectos. El abuso de alcohol simultáneo a condiciones de salud mental, como depresión, bipolaridad y esquizofrenia, pueden causar una serie de graves efectos secundarios. A fin de superar estos problemas, cada condición debe ser tratada por separado por un especialista médico.

D. Causas Medio Ambientales

Han surgido muchos estudios que relacionan la adicción a la bebida con el entorno de las personas. Muchos de ellos concluyen que factores como: la proximidad de la vivienda a bares, el nivel de ingresos o la publicidad influyen en desarrollar patrones de consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

1.1.3 Factores de Riesgo

Hay muchos factores de riesgo involucrados en un potencial desarrollo de una dependencia al consumo de bebidas alcohólicas. Los factores de riesgo no determinan que se desarrolle un problema de alcoholismo. No obstante, sirven como medida de prevención. Si tiene uno o más factores, se aconseja consultar con un profesional de la salud sobre las señales de advertencia ligadas al alcoholismo y los recursos de prevención existentes. Entre los factores de riesgo en relación al abuso de alcohol se incluyen:

A. Beber a una Edad Temprana

Experimentar con el consumo de bebidas alcohólicas a una edad temprana puede conducir a problemas en el futuro, especialmente cuando se tienen veinte o treinta y tantos años. Esta posibilidad es aún más elevada cuando los adolescentes participan en borracheras frecuentes. Aunque comenzar a beber a una edad temprana puede aumentar la probabilidad de desarrollar problemas a posterior, esta enfermedad puede afectar a cualquier persona y a cualquier edad.

B. Historial Familiar

Crecer rodeado de familiares y parientes cercanos que sufren alcoholismo aumenta el riesgo de abuso en el consumo de bebidas alcohólicas en las generaciones venideras. Cuando se está rodeado de personas que beben en exceso, se puede entender el consumo de alcohol de manera diferente y caer víctima de malos hábitos.

C. Altos Niveles de Estrés

Beber en un esfuerzo por reducir el estrés puede volverse un problema antes de que se dé cuenta. Aquellos profesionales que tienen más probabilidades de enfrentarse a altos niveles de estrés debido a largas horas de trabajo y tareas agotadoras incluyen médicos, enfermeras, trabajadores de rescate de emergencia, trabajadores de la construcción y militares. Es importante que los profesionales de cualquier industria encuentren otras formas de eliminar el estrés laboral a fin de prevenir la adicción a la bebida.

D. Consumo Habitual Durante un Largo Periodo de Tiempo

Cuando beber demasiado se convierte en un hábito, sus posibilidades de desarrollar un problema relacionado con el alcohol aumentan considerablemente. Cuanto más bebe, su cuerpo desarrollará una mayor tolerancia.

Esta tolerancia significa que necesitará consumir más para sentir los mismos efectos que solía sentir con menos cantidad. (Centros de Desintoxicación, 2018). Dentro de los efectos se reconoce dos tipos de intoxicación debido al consumo de alcohol, entre otros factores que intervienen.

E. Intoxicación alcohólica Aguda

Son los efectos inmediatos al consumo del alcohol, que se presentan en una secuencia de etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo a la cantidad y tipo de bebida ingerida, influye también el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el peso corporal de la persona, etc. Se aprecian las siguientes etapas:

1° El sujeto se ve relajado, se torna comunicativo, sociable. 2° Presenta problemas de juicio y existe dificultad para las coordinaciones musculares, así como trastornos de la visión. 3° El individuo presenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble, reacciones variables de su comportamiento como: pánico, agresividad y llanto. Por otra parte, tiene dificultad para la coordinación, para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que dice. 4° Incapacidad para sostenerse de pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor (pérdida de la conciencia). 5° Inconsciencia, ausencia de reflejos, estado de coma que puede llegar a la muerte por parálisis respiratoria.

F. Intoxicación alcohólica Crónica

Provocada por intoxicaciones agudas repetidas ó excesivas y continuas consumo de alcohol. El beber frecuentemente y en forma sostenida con el transcurso del tiempo las personas presentan síntomas como:

Tolerancia al alcohol

Las personas que beben grandes cantidades de alcohol de forma repetida adquieren cierta tolerancia a sus efectos.

Dependencia Física

Las personas dependen del alcohol e incluso tienen que tomar para poder realizar sus actividades.

Síndrome de abstinencia

Son una serie de síntomas y signos que acompañan a la retirada del alcohol comenzando generalmente de 12 a 48 horas tras el cese de la ingesta. El síndrome de abstinencia leve incluye temblor, astenia, sudación, síndromes

gastrointestinales, algunos pacientes pueden sufrir convulsiones tipo epilepsia. El síndrome de abstinencia en la fase grave presenta alucinaciones.

Delirium Tremens

Es un síndrome grave, potencialmente letal, que ocurre en aproximadamente el 5% de los pacientes que siendo alcohólicos incurren en abstinencia súbita de alcohol. Su aparición es generalmente a las 72 horas de haber tomado la última copa de licor. Posteriormente presenta una especie de locura donde el paciente ve imágenes espantosas y alucinantes, entra en un estado de delirio, psicosis, luego presenta fiebre, sudoración, taquicardia. El tratamiento de estas personas se realiza en centros hospitalarios a base de Diazepán (tranquilizante)

1.1.4 Consecuencias del Alcohol

Accidentes y violencia

El alcohol juega una función mayor en más de la mitad de todas las muertes automovilísticas.

Problemas médicos

El alcoholismo puede dañar al cuerpo en tantas maneras como: Problemas cardiacos. Predisposición al cáncer. Trastornos mentales y neurológicos como depresión, insomnio, etc. Problemas gastrointestinales como: diarreas, gastritis, daño hepático.

Problemas Psíquicos

Enfermedades mentales graves como las psicosis, demencia por el alcohol, suicidio, celotipia: la persona se vuelve tan insegura que empieza a desconfiar de su pareja y a tener celos sin un fundamento real.

Problemas Sociales

Otro de los aspectos más afectados en la vida del alcohólico y que le generan problemas en su entorno familiar es el descuido y la mayoría de las veces la pérdida del trabajo. Una persona que toma por lo general van a tener una baja en la productividad dentro de su empleo, puede darle un mal uso o destruir el material que utiliza incluso puede que se en accidentes de tipo laboral, así como una gran cantidad de ausencias o

tardanzas. La pérdida del trabajo puede llevar a un alcohólico a robar para poder costear su ingesta de alcohol, mala higiene, agresiones, violencia, cárcel, soledad, dolor a la familia y a uno mismo.

Problemas Familiares

La víctima directa del alcohol es el alcohólico, los afectados indirectamente son sus familiares, pero toda la familia sufre las consecuencias de esta enfermedad. Se describe que la mayor cantidad de maltratos físicos y psicológicos a la mujer o a los hijos, se dan bajo efectos del alcohol; por tanto, la violencia familiar y la disfunción de todos los componentes de la familia tienen en algunos casos relación con problemas de alcoholismo como la separación.

Problemas en el Embarazo y el Desarrollo Infantil

Estudios muestran que las mujeres embarazadas alcohólicas tienen problemas con sus bebés puede correr el riesgo de ser alcohólico también, es retardo en el crecimiento, malformación cardíaca, hepática, renal y en la vista, pero el más grande mal aparece en el sistema nervioso central, y además él bebe nace antes de los 9 meses, su organismo no se desarrolla bien y es difícil que él bebe viva.

La adicción al alcohol es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido de manera multidisciplinaria, el primer paso para la recuperación, es la desintoxicación y/o estabilización que consiste en el proceso de la eliminación del alcohol del cuerpo, segundo la rehabilitación, y la prevención para asegurar la estabilidad física del paciente.

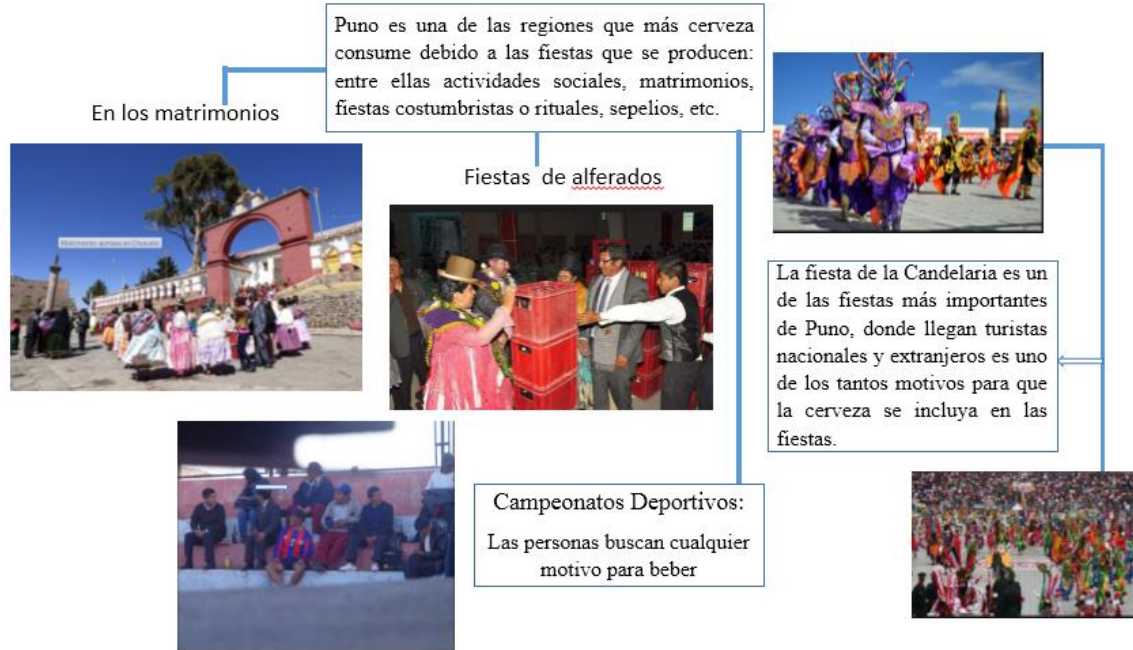


Figura 1 Consumo de bebidas alcohólicas en Puno (fuente: propia)



Figura 2 Alcoholismo en Puno (fuente: propia)

Cerca de 25% de la población total padece del síndrome de la dependencia al alcohol. El alcoholismo es el causante aproximadamente de 70% de los accidentes automovilísticos. Cerca de 75% de los divorcios se asocian al alcoholismo.

Aproximadamente 65% de los suicidios se vinculan con el consumo excesivo de alcohol. Se tiene registrado que cerca de 40% de los homicidios se comete bajo la influencia del consumo de bebidas alcohólicas.

Existen algunos centros que ayudan a la rehabilitación de esta adicción los cuales no fueron diseñados para esta función y no cuentan con las instalaciones adecuadas u óptimas para tratar este tipo de enfermedad, ya que funcionan en lo que fueron casas particulares y están adaptadas o readecuadas para funcionar como un centro de tratamiento.

Estos son insuficientes para el alto porcentaje de casos de alcoholismo que se registra actualmente en nuestra provincia de Puno, por lo que las personas que desean rehabilitarse deben recurrir a hospitales privados, los cuales no ofrecen este tipo de atención, o a centros de rehabilitación en el extranjero; de no ser así, deben recurrir a instituciones de ayuda extranjeras o gubernamentales, las que les brindan ayuda gratuitamente, pero tampoco cuentan con las instalaciones e infraestructura adecuada o están enfocadas hacia una religión específica y a quienes no se apeguen a sus creencias no pueden continuar su tratamiento y su rehabilitación ó algunas veces no son aceptados.

Esto lleva a la necesidad de darle una solución arquitectónica adecuada a este problema; con una infraestructura que aloje a médicos, psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y terapeutas certificados para poder brindar un tratamiento adecuado, así como una recuperación a estas personas, evitando que quienes deseen rehabilitarse y cuenten con las posibilidades para hacerlo tengan que recurrir a centros de rehabilitación en el extranjero.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Pregunta General

¿Qué tipo de propuesta arquitectónica contribuirá al conflicto socio cultural debido al alto índice de consumo de alcohol en la provincia de puno?

1.2.2 Pregunta Específica

- ¿Cuál es el perfil cuantitativo y cualitativo de la población que tiene adicción al alcohol en la provincia de Puno?
- ¿Cuáles son las demandas espacio, forma y función que se deberá considerar en la propuesta arquitectónica para rehabilitación de las personas con adicción al alcohol?
- ¿De qué manera influye la relación hombre-naturaleza en la recuperación de una persona adicta al alcohol considerando el contexto natural?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la adicción del alcohol es una enfermedad multifactorial en el desarrollo de esta adicción donde influyen varios factores: de tipo genético hereditario, el estrés o problemas propios que tiene la persona que lo ingiere, afectando estas la salud física y mental.

La idea de tratar el tema de rehabilitación es por la carencia de infraestructura necesaria y adecuada, la desinformación, la tolerancia y las consecuencias del mismo que tienen graves repercusiones dentro de la sociedad. Es lo que nos llevó a realizar un estudio

acerca de los problemas causados por la dependencia en el consumo del alcohol y proyectar un centro de rehabilitación.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Proponer y Diseñar un centro de rehabilitación para la recuperación y tratamiento de personas con adicción al alcohol en la provincia de Puno.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Plantear las diferentes modalidades de tratamiento que se determinara de acuerdo al perfil cualitativo y cuantitativo de la población con adicción al alcohol en la provincia de Puno.
- Diseñar un centro de rehabilitación con características espacio-funcionales y formales para la recuperación de las personas con adicción al alcohol.
- Proponer un centro de rehabilitación donde el contexto natural contribuya a la recuperación de una persona adicta al alcohol.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Internacional

2.1.1.1 Centro de desintoxicación TAVAD en la sede central de Madrid

Situado En el corazón de Madrid el Hospital Moncloa, a poca distancia de la Estación del Norte y la Ciudad Universitaria, este centro de desintoxicación es la sede central del Tavad, (HOSPITAL MONCLOA, 2015)



Figura 3 Exterior del hospital Moncloa (fuente: web)



Figura 4 Interior del hospital Moncloa (fuente: web)



Figura 5 Planta del hospital Moncloa (fuente: web)



Figura 6 Equipo Médico hospital Moncloa (fuente: web)

Cuando un paciente entra en contacto con nuestra red hospitalaria tiene a disposición lo siguientes servicios:

Coordinación Red Nacional Terapeutas TAVAD.

Departamento de Administración

Departamentos de Investigación Clínica.

Departamento de Psicoterapia.

Departamento de Recursos Humanos.

Departamento de Servicios Terapéuticos Especializados.



Figura 7 Sede central del exterior del Tavad (fuente: web)



Figura 8 Admisión de la sede (fuente: web)

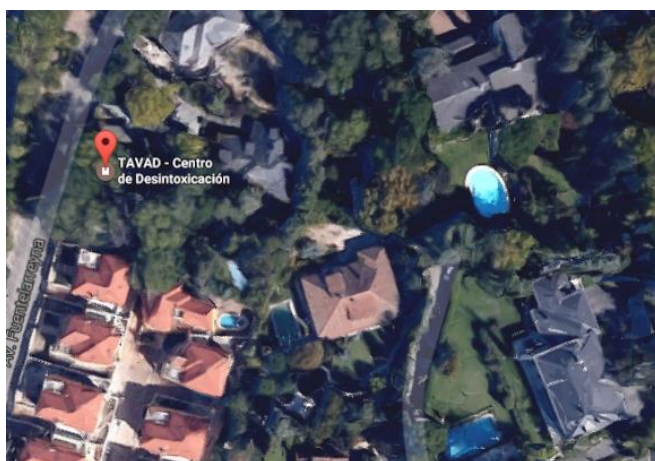


Figura 9 Planta de Tavad (fuente: web)



Figura 10 Interior del Tavad (fuente: web)



Figura 11 Sala de terapias familiares (fuente: web)



Figura 12 Camilla de desintoxicación de Tavad (fuente: web)



Figura 13 Sala de terapias individuales (fuente: web)



Figura 14 sala de terapias grupales (fuente: web)

Cuenta con unas infraestructuras modernas y todo tipo de servicios para el paciente y sus acompañantes. Desde laboratorios clínicos, imágenes de resonancia magnética, pasando por la unidad de cuidados intensivos, son algunos de los servicios especializados más utilizados por el centro. Según el Tavad el Tratamiento del Alcoholismo:

El consumo de alcohol daña conexiones y funciones de las células del cerebro, tal y como coinciden científicos, especialistas e instituciones de todo el mundo.

Estas alteraciones, que pueden conducir a la encefalopatía de Wernicke, dificultan que el consumidor pueda tomar decisiones adecuadas y con entera libertad. Por ello

continúa consumiendo alcohol a pesar de la magnitud de las pérdidas personales, familiares, laborales y sociales que este acto le supone.

El tratamiento del alcoholismo de Tavad potencia la recuperación de dichas alteraciones en el hospital, con la aplicación de la farmacología más avanzada y las más modernas técnicas de psicoterapia, capaces de determinar y neutralizar aquellos factores que pudieran conducir a una nueva lesión. psicoterapia, capaces de determinar y neutralizar aquellos factores que pudieran conducir a una nueva lesión.



Figura 15 Trastorno cerebral (fuente: web)

Esta plasticidad la mantiene el cerebro a lo largo de toda la vida y se fundamenta en una capacidad de reorganización de sus conexiones, así como en producción de nuevas neuronas. Plasticidad neuronal y pérdida funcional en la edad adulta.

Mejora de la memoria en adultos sanos utilizando un programa de entrenamiento basado en la plasticidad neuronal. Regulación de la neurogénesis en adultos por estrés, alteración del sueño y ejercicio. (Tavad, 2017).

Cuadro de descripción del tratamiento según el Tavad

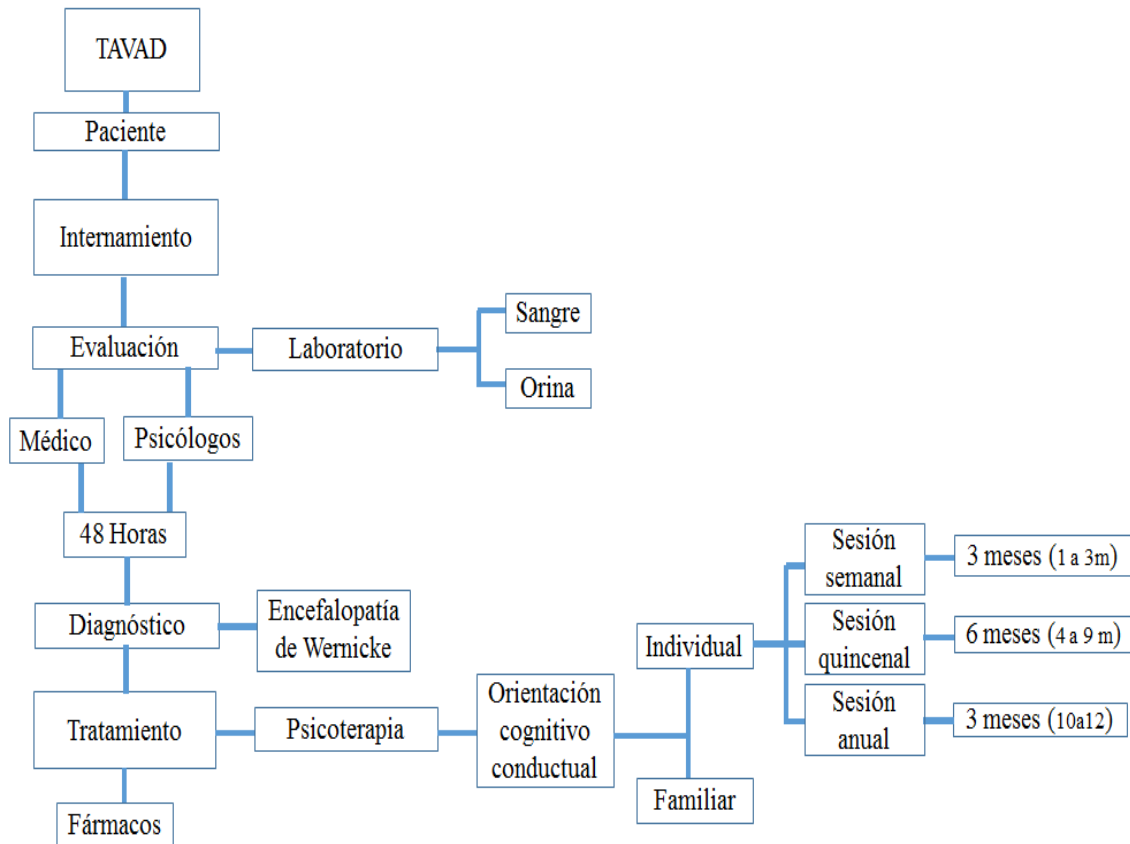


Figura 16 Diagrama del tratamiento del Tavad (fuente: propia)

2.1.2 Nacional

2.1.2.1 Centro de Rehabilitación Fundación Manantiales

Los Centros de rehabilitación alcoholismo incluyen diversos métodos de terapia de grupo o psicoterapia para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia. Se puede asimismo apoyar el programa con terapias que inciten al paciente a repugnar el alcohol mediante fármacos como el disulfiram, que provoca fuertes y repentinas resacas siempre que se consuma alcohol.

Los centros de rehabilitación alcoholismo, en muchos casos, incluyen, la terapia nutricional. Muchos alcohólicos tienen síndrome de resistencia a la insulina, un desorden metabólico debido al cual el cuerpo no regula correctamente el azúcar causando un suministro inestable a la circulación sanguínea. Aunque este desorden se puede tratar con

una dieta hipoglucemia, esto puede afectar a su comportamiento y su estado anímico. Estos síntomas son efectos secundarios que se observan a menudo en alcohólicos sometidos bajo tratamiento de desintoxicación. Los aspectos metabólicos del alcoholismo a menudo se pasan por alto dando como resultado tratamientos de dudosos resultados.

En el tratamiento del alcoholismo es muy importante la motivación del paciente y del terapeuta para conseguir la abstinencia, y en ella se pueden describir varias fases. La primera fase es la de contacto inicial, en la que es fundamental conseguir una buena relación para un favorable desarrollo del tratamiento. En la segunda se realiza el tratamiento del síndrome de abstinencia (mal llamada “fase de desintoxicación”). La última fase es la de consolidación y mantenimiento de la abstinencia o de deshabitación, y es precisamente en esta fase cuando las técnicas psicoterapéuticas se utilizan de manera preponderante.

Tratamientos del Alcoholismo.

Existen distintos tipos de tratamientos de acuerdo a las necesidades de cada persona ya que cada uno es un ser diferente.

El Método de Fundación Manantiales

Es un tratamiento de avanzada y superador del modelo Minnesota basado en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). Básicamente es una síntesis de estos aportes, más los desarrollos de Comunidades Terapéuticas profesionales, las terapias cognitivas- conductuales, las terapias grupales, el psicodrama, la terapia familiar sistémica, la PNL, el análisis transaccional, la terapia gestáltica y los aportes de las neurociencias y psiquiatría, fusionándolos y mejorándolos, lo que nos permite obtener uno del porcentaje de recuperación más alto de Latinoamérica. Por eso, cada tratamiento es planeado tomando en cuenta estas necesidades y los recursos disponibles para cada caso.

Es fundamental lograr un equilibrio entre el ambiente y los tipos de tratamientos, y los problemas y necesidades particulares de cada individuo. De este modo, será posible para cada persona que viene en busca de ayuda tener éxito y regresar a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad. (FUNDACION MANANTIALES, 2018)



Figura 17 Exterior de la fundación manantiales (fuente: web)



Figura 18 Interior de la fundación manantiales (fuente: web)



Figura 19 Terapia cognitiva (fuente: web)

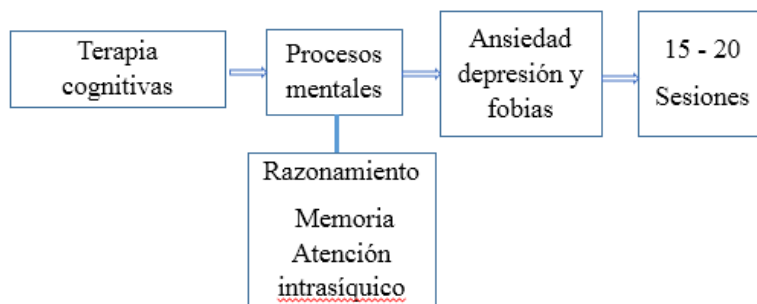


Figura 20 Trabajo de la terapia cognitiva (fuente: propia)



Figura 21 Terapia cognitiva grupal (fuente: web)

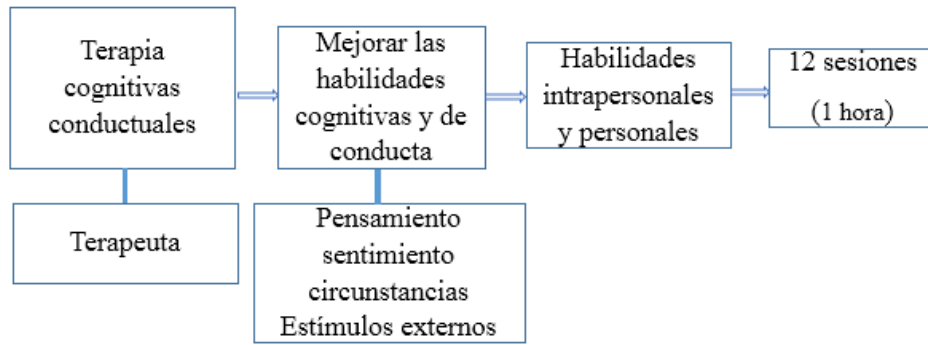


Figura 22 Trabajo de la terapia cognitiva grupal (fuente: propia)

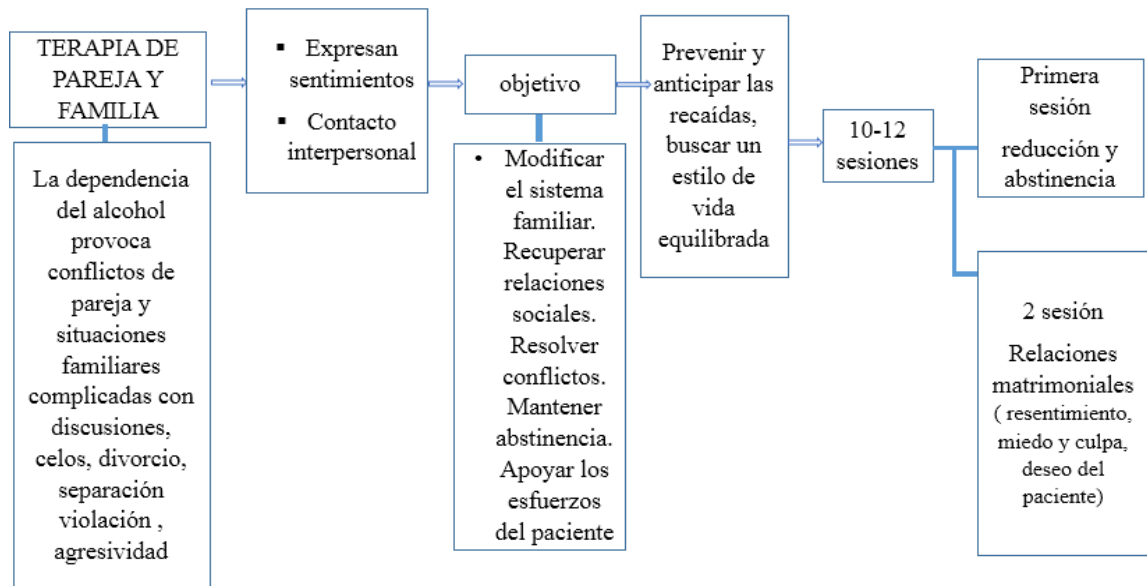


Figura 23 Trabajo de la terapia cognitiva pareja y familia (fuente: propia)



Figura 24 Terapia cognitiva pareja y familia (fuente: web)

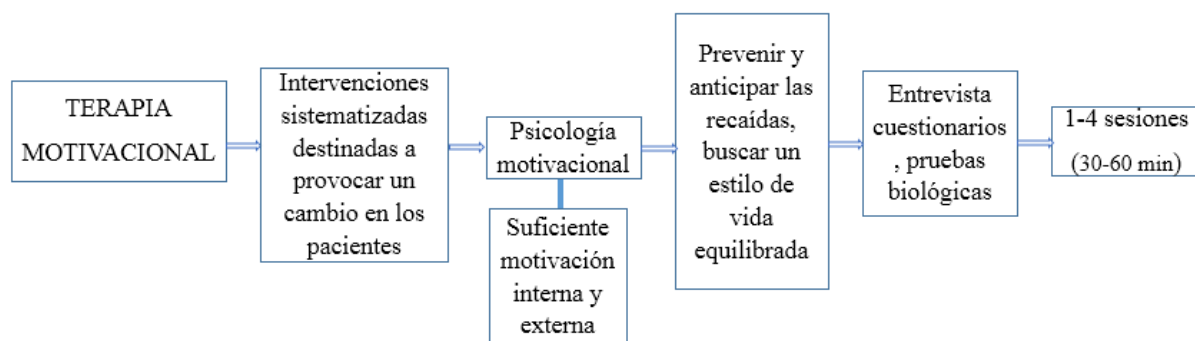


Figura 25 Trabajo de la terapia motivacional (fuente: propia)



Figura 26 Terapia motivacional (fuente: web)



Figura 27 Terapia grupales (fuente: web)

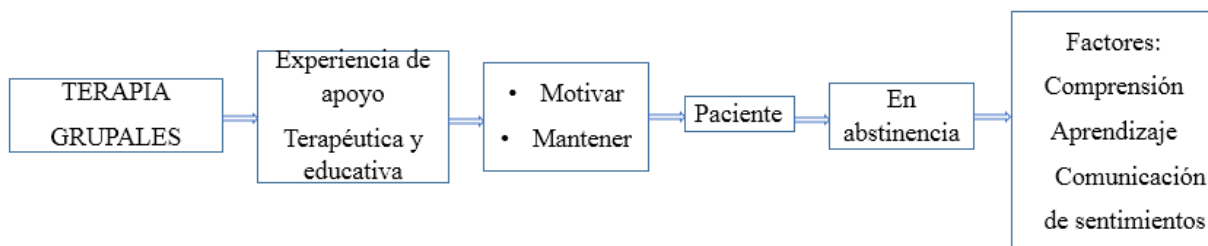


Figura 28 Trabajo de la terapia grupales (fuente: propia)

2.1.2.2 Centro de Tratamiento los Andenes

Andenes es un centro de tratamiento que se encarga de apoyar la recuperación de personas que sufren de distintos tipos de adicción o dependencias tales como el alcoholismo, la ludopatía (adicción al juego) Andenes es la primera institución en el medio que ha desarrollado e implementado un innovador tratamiento basado en la reestructuración del proceso cerebral para llegar a cambios en el comportamiento y en el proceso de toma de decisiones teniendo como eje central el objetivo de la tranquilidad de las personas y sus familias. Andenes ha desarrollado un modelo único que permite recuperar al 75% de las personas y sus familias que acuden en busca de nuestra ayuda para el tratamiento de las adicciones, emociones y comportamientos compulsivos nuestro sistema se enfoca en el cambio de la manera de pensar del paciente y dado que el modelo es personalizado, Andenes limita el número de pacientes para poder mantener el foco en el paciente y su familia. Nunca, más de dos pacientes son atendidos simultáneamente por el mismo médico, psicólogo o algún otro profesional. (ANDENES, 2013)



Figura 29 Exterior del Centro de Tratamiento Andenes (fuente: web)



Figura 30 Interior del Centro de Tratamiento Andenes (fuente: web)

Ubicada en una zona central de San Antonio, Miraflores, con ambientes que nos permiten dar tratamiento individual tanto a los pacientes como a familiares. También contamos con ambientes cómodos, amplios y agradables para los seguimientos grupales, reuniones multifamiliares, reuniones de grupos de mujeres, mixtos y de hombres en recuperación, meditación, capacitación y otras actividades que se realizan en nuestra institución. Nunca, más de dos pacientes son atendidos simultáneamente por el mismo médico, psicólogo o algún otro profesional. (ANDENES, 2013).

Tratamiento con el Programa Andenes

El Programa Andenes está basado médicamente en la definición de la adicción como una enfermedad del cerebro. Si bien es cierto que se inició bajo los parámetros del Modelo Minnesota, diseñado en los años 40 en los hospitales de Estados Unidos para la recuperación de pacientes que sufren cualquier tipo de adicción, al poco tiempo, en el año 2001, Andenes lo comenzó a modificar con la aplicación de la práctica, del estudio y de los últimos avances en la neurofisiología para lograr los niveles de recuperación deseados.

En los años que han transcurrido en la historia de Andenes, paralelamente al tratamiento de los pacientes, se han desarrollado esquemas eficientes dirigidos a las familias, adolescentes y niños, parejas, con resultados sumamente exitosos. Esto nos ha llevado a crear departamentos especializados para cada una de estas áreas, que brindan sus servicios en forma constante y paralela al tratamiento del paciente. Asimismo, este original modelo de tratamiento nos ha permitido crear nuevos esquemas de tratamiento eficientes para insomnio, stress, déficit de atención, hiperactividad, divorcios, entre otros, lo cual permite a Andenes atender mucho más ampliamente y con más seguridad diversas dolencias que padecen las familias en su totalidad.

Confiabilidad, 75% de nuestros pacientes son recuperados.

Brevidad, cuatro semanas de tratamiento intensivo con tres de internamiento.

Tratamiento personalizado, cada caso es tratado individualmente.

Consejería intensiva, 60 o más horas a la semana.

Cambio de estilo de vida, alcanzando una mejor calidad de vida.

Respeto a la persona, actitud humanista que promueve el respeto a la persona.

Con el modelo Minnesota se comenzó a comprender que las adicciones no eran defectos vergonzosos ni señal de debilidad moral, sino que son enfermedades que pueden ser tratadas con ayuda profesional. Brevidad (28 días):

El tratamiento intensivo incluye tres semanas de internamiento al inicio y seguidamente una semana ambulatoria a tiempo completo de 8:30 am a 6:00pm. La fase de seguimiento ambulatorio es por horas hasta completar el año. Entendemos que todos tenemos obligaciones, ya sean referidas a estudios, trabajo o familia, que no nos permiten dejarlas de lado por mucho tiempo. Por ello el tratamiento Andenes se ajusta a las necesidades de cada persona.

Resumen del Tratamiento y por qué funciona

Se trabaja el cambio en las vías cerebrales, es decir el cambio en la manera de pensar. Al estar el cerebro más tranquilo y lúcido reflexiona mejor y cambia su manera impulsiva a reflexiva. La persona llega a estar más consciente de donde está, que hace, que le conviene hacer y a donde va y así vivir en paz y tranquilidad. Esta enfermedad afecta las áreas emotivas, de interacción social, áreas psíquica y espiritual de la persona. Con el tratamiento la persona recuperada es más segura y deja de ser voluble a las diferentes situaciones que se presentan en su vida. El trabajo durante la primera fase del tratamiento tiene una intensidad de hasta 12 horas diarias efectivas con sus descansos coordinados. Lo personalizado del tratamiento no permite más de dos pacientes con una persona del staff. La brevedad del tratamiento, solo 28 días de tratamiento intensivo, parte del cual es ambulatorio. El seguimiento se hace por todo un año totalmente ambulatorio.



Figura 31 Clases de yoga (fuente: web)



Figura 32 Interior de los Andenes (fuente: web)

Diagrama de la infraestructura del centro de tratamiento los Andenes

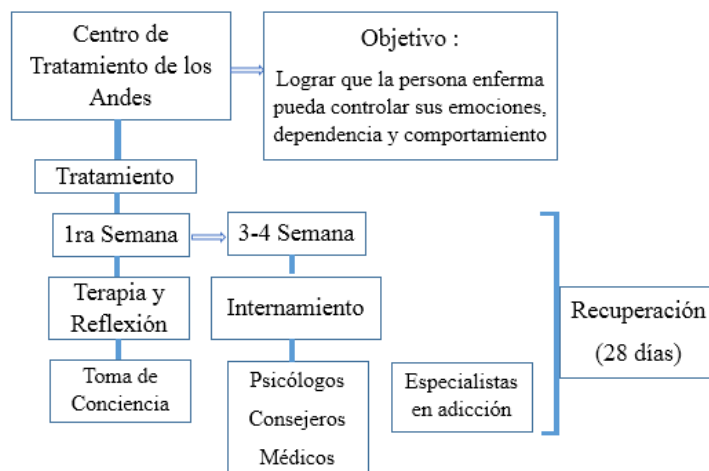


Figura 33 Diagrama del tratamiento los Andenes (fuente: propia)

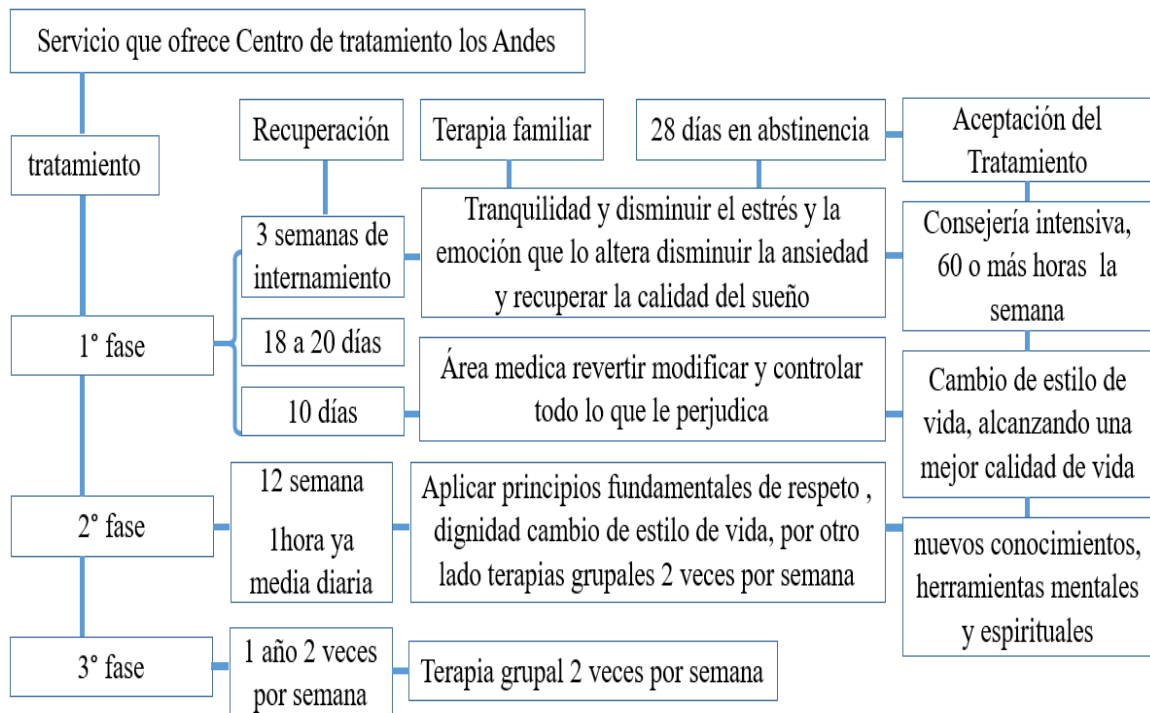


Figura 34 Diagrama del tratamiento del Centro los Andenes (fuente: propia)

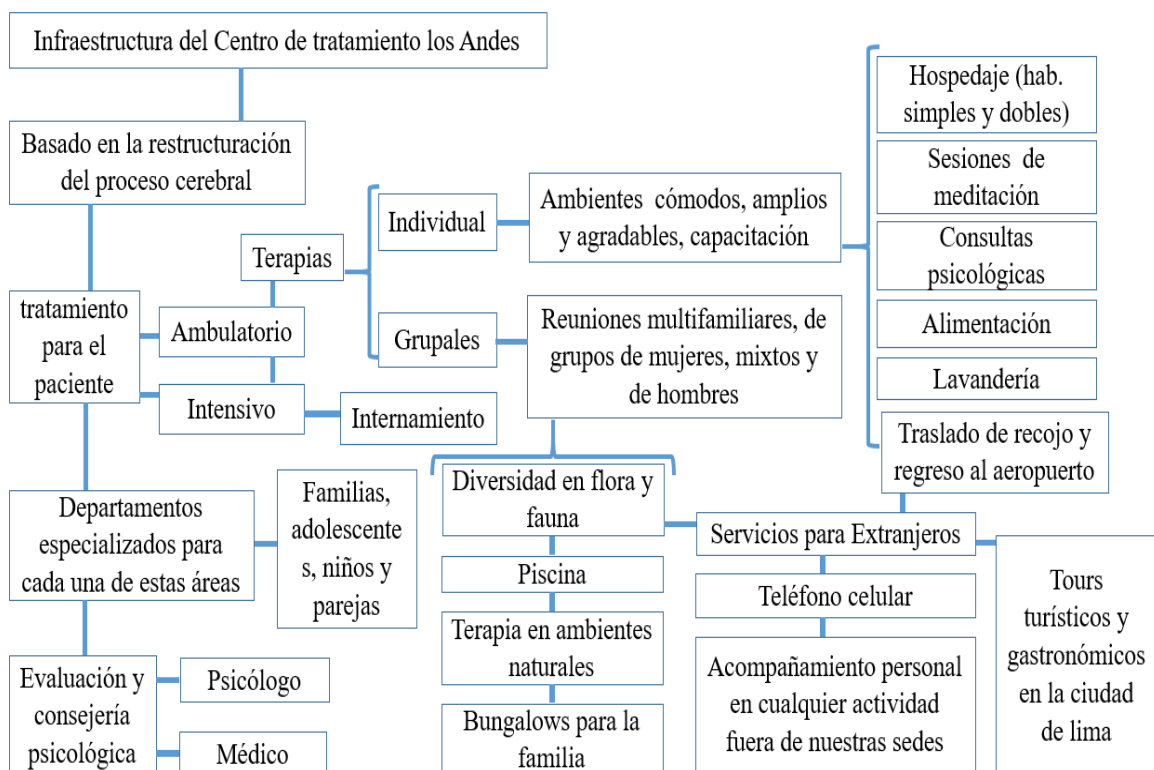


Figura 35 Diagrama de la infraestructura del Centro los Andenes (fuente: propia)

2.1.3 Local

2.1.3.1 Alcohólicos Anónimos (A.A.)

Los Alcohólicos Anónimos es una organización mundial de hombres y mujeres que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y que comparten la experiencia de su recuperación con otros que pueden tener problemas con la bebida. Los A.A. tienen el propósito de motivar, ayudar a cualquier alcohólico para recuperarse, pueden hacerse miembros de A.A. hombres y mujeres de todo tipo y condición desde adolescentes hasta nonagenarios de todas las religiones o sin afiliación religiosa alguna con tan solo decidir que SON ALCOHOLICOS.

Para los A.A. el alcoholismo es una enfermedad donde el alcohólico no puede controlar su forma de beber porque están enfermos de cuerpo y mente (o de las emociones), sino dejan la bebida, el alcoholismo casi siempre empeora. Los miembros de A.A se dirigen a alcohólicos que deseen ser ayudados, aunque también pueden ayudar hacer trámites para la hospitalización. Las oficinas de A.A. a menudo saben que hospitales ofrecen tratamiento para el alcoholismo, aunque A.A. no está afiliado a ninguna institución de tratamiento. Los miembros están dispuestos a compartir sus experiencias con cualquier persona que esté interesada, conversaciones informales o en reuniones familiares.

Los participantes no pagan honorarios para ser miembros y los miembros no pagan cuotas, son autónomos, pero se necesita el dinero para algunos gastos como alquiler de la sala de reuniones, comprar libros, folletos, revistas de A.A. por lo tanto hacen colectas en la reunión y los miembros contribuyen dinero a voluntad.

Normalmente los grupos son democráticos y servidos por un comité directivo de corto tiempo de duración, así ningún grupo tiene líderes permanentes. Cada grupo celebra regularmente sus reuniones en los cuales los miembros se relatan mutuamente sus experiencias generalmente relacionadas con los “Doce Pasos” sugeridos para la recuperación y con los “Doce Tradiciones” sugeridas para las relaciones dentro de la Agrupación y con la Comunidad.

Doce Pasos

Primer Paso: “Admitimos que éramos Impotentes ante el alcohol. Que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.”

Segundo Paso: “Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos al santo juicio.”

Tercer Paso: “Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos”.

Cuarto Paso: “Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos”.

Quinto Paso: Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos”.

Sexto Paso: Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios los liberase de nuestros defectos”.

Séptimo Paso:” Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos”.

Octavo Paso: “Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos”.

Noveno Paso: “Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto el hacerlo implicando perjuicio para ellos o para otros”.

Decimo Paso: Continuamos haciendo nuestros inventarios personales y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente”.

Undécimo Paso: “Buscamos a través de la oración y la meditación mejorara nuestros contactos conscientes con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiendo solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y diese la fortaleza para cumplirla”.

Duodécimo Paso: “Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos”.

Doce Pasos son pasos que se ha diseñado para la recuperación de cientos de miles de alcohólicos han obtenido su sobriedad en A.A., no obstante, los miembros se dan cuenta de que su programa no siempre es eficaz para todos los alcohólicos y que algunos pueden requerir asesoramiento o tratamiento profesional.

A.A exclusivamente se interesa en la recuperación personal y la sobriedad continua de los alcohólicos individuales que recurren a la Comunidad para obtener ayuda. Los días de reuniones son de lunes a viernes de 7: 30 pm a 9.30 pm.



Figura 36 Grupo Titicaca de A.A. (fuente: propia)



Figura 37 Grupo Transmitiendo de A.A. (fuente: propia)

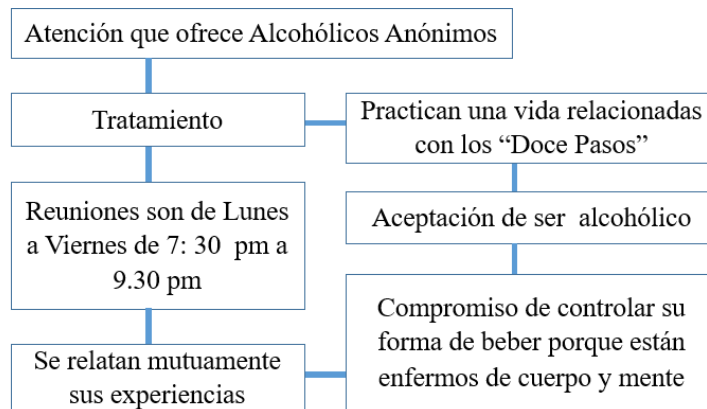


Figura 38 Diagrama del tratamiento de Alcohólicos Anónimos (fuente: propia)

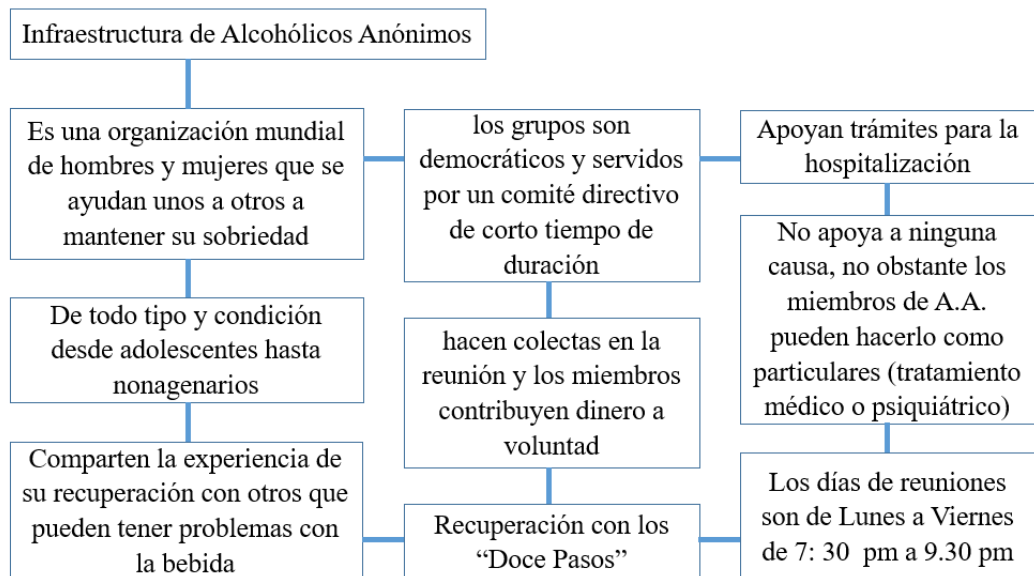


Figura 39 Diagrama de infraestructura de A.A. (fuente: propia)

2.2 SUSTENTO TEÓRICO

2.2.1 Teoría de la Gestal

Fritz Perls

La teoría de la Gestalt apareció como reacción a la psicología conductivista que rechazaba la consideración de los estados subjetivos de conciencia a la hora de investigar sobre el comportamiento de las personas y ponía énfasis en los efectos que el contexto familiar y por extensión social y cultural, tienen sobre nosotros.

La teoría de la Gestalt se preocupaba básicamente por estudiar los procesos mentales que por aquella época se consideraban algo fundamentalmente invisible al no existir herramientas (métodos) para llegar a conocer bien lo que ocurrirá en el cerebro. La teoría nos acerca a una concepción del ser humano caracterizado por su papel activo a la hora de percibir la realidad y tomar decisiones. En el caso de la psicología Humanista dentro de la cuál encontramos un tipo de Terapia muy conocido como la TERAPIA GESTALT. Es un tipo de Terapia psicológico que se enmarca en la categoría de la Psicología Humanista en el sentido de que asume la manera en la que el pensamiento humanista concibe al ser humano, sus metas y su abanico de necesidades y potencialidades Recoge los principios teóricos de la psicología de la Gestalt y los utiliza para proponer una forma de Psicoterapia. Restaurar las partes perdidas de nuestra personalidad; una guía que permite a la conciencia analizar y superar progresivamente los sentimientos y conductas negativas para volvernos autónomos, crecer, y aprovechar nuestros vastos potenciales.

Principios de la Teoría de la Gestalt

Se puede desplegar en tres principios teóricos: la experimentación del “aquí y ahora” la toma de conciencia y la responsabilidad. “Aquí y ahora” Desde la terapia Gestalt se asume que los seres humanos percibimos todo lo que nos ocurre como una experiencia unificada. Esto significa entre otras cosas que nuestra idea de lo que es en futuro y el pasado no son más que proyecciones de cómo vivimos el presente.

Toma de conciencia en la teoría Gestalt es imprescindible tomar nota de lo que ocurre a uno mismo solo a partir de ese modo se podrán detectar nuevas formas de formular la experiencia del” aquí y el ahora” en términos que nos acerquen más a la

autorrealización. Responsabilidad tomar conciencia de los propios actos y estilos de experimentan las cosas implica asumir las consecuencias de esas opciones. A partir de la aceptación de los errores y la hipotetización de los riesgos se gana autonomía esto abre el abanico de opciones y de concepción de sentidos en los que se puede actuar desde una perceptiva dio a su método de análisis. Legó a la humanidad un método estructurado y selectivo para conocer y restaurar las partes perdidas de nuestra personalidad; una guía que permite a la conciencia analizar y superar progresivamente los sentimientos y conductas negativas para volvernos autónomos, crecer, y aprovechar nuestros vastos potenciales. Escrito en su primera parte por Patricia Baumgardner, destacada discípula de Perls, este libro muestra un panorama claro y preciso de las bases y fundamentos que sustentan la teoría y práctica de la Terapia Gestalt. El lector conocerá el contenido de grabaciones y filmaciones inéditas y otros temas que le permitirán incorporar este método a su proceso de desarrollo. La teoría de la Gestalt pone énfasis en la manera en la que las cosas que se experimentan son formuladas mentalmente, más que preocuparse por el contenido de lo que ocurre.

2.2.2 Teoría del Poder Michel Foucault

Foucault estudió al cuerpo como un eje principal en sus reflexiones, para él, el cuerpo es un texto donde se escribe la realidad social. Bajo esta inclinación, gran parte de sus investigaciones pasaron por examinar las formas de gobierno encaminadas a vigilar y orientar el comportamiento individual, a través de distintas instituciones; la medicina, la escuela, la fábrica, el ejército, etc. Y cómo a través de estas entidades se dota al individuo, de estrictas normas corporales; de una manera de actuar y de obedecer que, de ser exitosa, es un garante del orden social.

El poder se encuentra en el hombre mismo, no es algo externo que lo oprima o esclavice. El poder es la capacidad de conducir las conductas, de hacer circular a la gente por un camino determinado, sin por ello ejercer algún tipo de violencia. El poder es una fuerza que en esencia es productiva, puede conseguir la conversión del espíritu y el encauzamiento de la conducta de los individuos.

“La disciplina ‘fabrica’ individuos; es la técnica específica de un poder que se da a los individuos a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio” (Ibid: 175).

Por tanto, la disciplina busca fiscalizar y controlar la conducta, sus comportamientos, sus aptitudes, sus preferencias, a través de diferentes formas. La crítica foucaultiana coloca al desnudo las estrategias y las tácticas de las relaciones de poder y de saber, con sus continuidades y desplazamientos, en el intento de fabricar un tipo de individualidad, de crear ciertas prácticas, valores, normas, etc. En consecuencia, uno de los problemas que el autor francés buscó demostrar es que el hombre para Foucault está sujeto: sujeto a su conciencia y a su propia voluntad.

2.2.3 Teoría del alcoholismo William Wilson (Bill W.)

Bill Wilson era un hombre, que de pequeño sufrió el abandono de sus padres y fue criado con los abuelos y refugios de todo tipo. A los 22 años tomó su primera copa y sintió que su vida cambiaba y le permitía ser popular y triunfar en los negocios hasta que se volvió un adicto al alcohol como su padre. Lois Bomham su esposa trató de apartarlo de su adicción, pero no pudo, así que decidieron sus familiares ingresarlo en el Hospital de Manhattan para desintoxicarse. Al lograr abandonar la bebida y entró en contacto con grupos esotéricos y con las teorías de filósofos como Carl Jung y William James. Tras la terapia volvió al trabajo, tras un fallido en el negocio tuvo las ganas de tomar un trago. En ese momento, todas las teorías de las que se había empapado en el hospital volvieron en su cabeza “SOLO SI AYUDO A OTROS ALCOHÓLICOS PODRÉ SALVARME” se dijo.

En Akron Bill W. se puso en contacto con un médico de esta localidad, el Doctor Bob Smith que tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron otros. Así Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, en Estados Unidos, el 10 de junio en 1935.

En 1939, con la publicación del libro -Alcohólicos Anónimos-, del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero. Poco a poco Wilson fue modelando su terapia que consiste en los

DOCE PASO que el alcohólico sigue para superar la enfermedad, y el único requisito para estar allí es el deseo de dejar la bebida. Su sello de identidad sigue siendo el mismo: "Hola, me llamo Bill y soy alcohólico". Gracias a Wilson, muchos han dejado de beber para siempre. En la actualidad la Comunidad funciona a través de más de 115.000 Grupos locales en la mayoría de países del mundo. (AA-PERU, 2017)

Wilson (1939) "Hay, sin embargo, una gran cantidad de diversión de todo esto. Supongo que algunos serían impactados por nuestra mundanalidad aparente y ligereza. Pero debajo hay muy en serio. La fe tiene que trabajar 24 horas al día a través de nosotros o perecemos".

"Mi compañero de colegio me visitó, y tengo total conocimiento con mis problemas y deficiencias. Hemos hecho una lista de las personas que había herido o hacia quien me sentía resentimiento. Expresé toda mi voluntad de acercarse a estos individuos admitiendo mi mal.

"Al finalizar aquel frío mes de noviembre, estaba sentado en mi cocina de mi casa bebiendo. Con cierta satisfacción pensé que tenía escondida suficiente ginebra oculta en casa para que me llevara a través de la noche y el día siguiente. Mi esposa estaba en el trabajo. Me preguntaba si me atrevía esconder una botella de ginebra cerca de la cabecera de nuestra cama. La necesitaría antes del amanecer".

Cuando descubras a un candidato para alcohólicos anónimos, averigua todo lo que puedas sobre él. Si no quiere dejar de beber, no pierdas el tiempo tratando de persuadirlo. Puedes echar a perder una oportunidad posterior. Este consejo es también para la familia. Deben tener paciencia, dándose cuenta de que están tratando con una persona enferma.

"Pero por cada hombre que bebe otros están involucrados -. La esposa que tiembla de miedo del próximo libertinaje, la madre y un padre que ver a su hijo fuera perdiendo". "Debido a nuestro parentesco en el sufrimiento, nuestros canales de contacto siempre han sido acusados con el lenguaje del corazón."

Las discusiones y el encontrar defectos deben evitarse a toda costa. Esto es algo muy difícil de lograr en muchos hogares. Las personas más incompatibles descubren que tienen una base sobre la cuál puede estar de acuerdo. Poco a poco, la familia puede ver

sus propios defectos y admitirlos. Estos pueden discutirse entonces en un ambiente de ayuda y amistad. Mientras estuve en el hospital me vino la idea de que había miles de alcohólicos desahuciados que estarían felices de tener lo que tan gratuitamente se me había dado. Tal vez podría ayudar a algunos de ellos. Ellos a su vez podrían trabajar con otros. Mi amigo había hecho hincapié en la absoluta necesidad de demostrar estos principios en todos los actos de mi vida. Era particularmente imperioso trabajar con otros, tal como él lo había hecho conmigo.

Siempre había creído en un poder superior a mí mismo. Yo no era ateo. Pocas personas lo son en realidad, porque esto significa tener una fe ciega en la extraña proposición de este universo que se originó de la nada y que marcha raudo, sin destino. Como podría haber leyes tan perfectas e inmutables sin que hubiera una Inteligencia. Sencillamente, tenía que creer en un Espíritu del Universo que no sabe de limitaciones. Allí me ofrecí puse incondicionalmente a su cuidado y bajo su dirección. Por primera vez admití que por mí mismo no era nada; sin él estaba perdido. sin ningún temor encaré mis pecados y estuve dispuesto a que mi recién encontrado amigo humildemente a Dios, tal como lo concebía entonces, para que se hiciera en mí su voluntad; me los quitara de raíz. Desde entonces no he vuelto a beber ni una sola copa.

2.2.4 Teoría de la Arquitectura Hospitalaria

Cuando se habla de arquitectura hospitalaria, es necesario hacer notar que se trata de una especialización dentro del campo de la acción de la arquitectura, como profesión dedicada a la generación de espacios y su resolución técnica, estética y funcionalmente apropiados. Conceptualmente en la actualidad se entiende por hospital al establecimiento público o privado, legalmente autorizado destinado a la atención de las personas enfermas o lesionadas, personas discapacitadas y que además cuenta con las instalaciones y la infraestructura necesarias para el diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas. En la producción de edificios hospitalarios han estado en constantes transformaciones a lo largo de este tiempo. Benito Bails en su tratado De la arquitectura Civil: El edificio hospitalario debe tener en cuenta los factores externos que actúan sobre la salud de los enfermos: aire puro, aguas salubres abundantes, asistencia, fácil limpieza y, por todo ello, propone situar el hospital fuera del recinto de las ciudades. (Manuel Lopez Mihura- Sonia Romero 2015)

“La función de la Arquitectura debe resolver el problema material sin olvidarse de las necesidades espirituales del hombre” (Luis Barragán el gran maestro mexicano) (Definiciones de Arquitectura, 2018)

"El edificio no será, en adelante, un bloque de materiales de construcción elaborado desde fuera, como una escultura. El ambiente interno, el espacio dentro del cual se vive, es el hecho fundamental del edificio, ambiente que se expresa al exterior como espacio cerrado". (Frank Lloyd Wright)

"Pensamos en la arquitectura de los templos, en espacios introvertidos y silenciosos, en lugares que miran hacia adentro, de luz tenue y cambiante. (...) Pensamos en el espacio que necesitamos para poder mirarnos hacia adentro". DX Arquitectos, sobre su proyecto 'AYC' en Santiago de Chile.

2.2.5 Teoría de la Arquitectura Paisajista

La arquitectura paisajista se refiere al arte, planeamiento, diseño, administración, preservación, y rehabilitación de la tierra y el diseño de construcciones hechas por el hombre. El alcance de estos profesionales incluye el diseño arquitectónico, planeamiento del sitio, desarrollo del estado, restauración del medio ambiente, planeamiento urbano o del pueblo, diseño urbano, parques y planeamiento de recreación, y preservación histórica. Un profesional en el campo de la arquitectura paisajista se le denomina arquitecto paisajista. Los arquitectos paisajistas se desenvuelven en todo tipo de espacios externos: pequeños o grandes, rurales o urbanos y con diferentes tipos de materiales y con propiedades ecológicas o hidrológicas.

Estos profesionales pueden desempeñarse en la formación y escala de nuevos desarrollos, diseño civil e infraestructura pública, diseño de escuelas, universidades, hospitales, hoteles, parques públicos, áreas verdes, campos de golf, parques de entretenimiento, complejos deportivos, carreteras, puentes y corredores. No obstante, también es muy común verlos trabajar con paisajes boscosos, turísticos o históricos, proyectos industriales, en asesorías ambientales y de paisajes, y en desarrollos costeros. Arquitectura del Paisaje. (Patricia Navas Iannin)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 *El alcoholismo*

Según Gaceta Parlamentaria, el artículo 218 de la Ley General de Salud (2013). En la actualidad y desde hace mucho tiempo, la disposición de bebidas alcohólicas para la sociedad se ha relajado tanto que hoy en día adquirir una de estas bebidas es sumamente fácil; y por ende el desarrollo de este importante sector, ha permitido la existencia de una variedad de bebidas que atienden necesidades específicas de ocasión y gusto individual. El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en todo el mundo, está representando un problema económico, social y de salud pública. Al grado de que en fechas recientes la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una recomendación para todos los países que solicita incluir en sus políticas, planes de prevención y control del consumo de este tipo de bebidas, enfocándose principalmente en la población joven.

2.3.2 *Tipos de bebedores*

- **Bebedor social:** Tiene capacidad de control, dominio de su autoestima y amor propio toma uno a tres vasos de vez en cuando.

- **Pre alcohólico**

Primera fase: Consume diariamente un poco y ocasionalmente en grandes cantidades para ser parte del grupo, sentirse bien y desconectarse

Segunda fase: Es casi imposible de controlarse toma seguido; cada fin de semana pierde totalmente el control, pero aun así cumple con sus responsabilidades.

Tercera fase: Quiere dejar de beber, pero no tiene control, se ha vuelto una adicción, empieza a empeñar sus cosas, vender y robar. Pierde interés con sus relaciones amorosas, laborales y sociales pierde las ganas de vivir.

- **Alcohólico:** Desahuciado se encuentra fuera de la sociedad pierde el trabajo, no tiene autoestima, no se baña y vive para consumir.

2.3.3 Fases de tratamientos

Las fases de un tratamiento (Moya, 2012) para una persona con una adicción constan de las etapas de demanda del tratamiento:

- Evaluación: La evaluación se hace no solo en base al tipo de adicción ya que esta determina tanto síntomas como cuidados requeridos, sino que se toma en cuenta la personalidad y el entorno social del paciente.
- Tratamiento: Dentro del tratamiento, se distinguen seis fases:
 - Desintoxicación o mantenimiento.
 - Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia.
 - Normalización, cambio de estilo de vida y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción.
 - Prevención de recaídas; programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo.
 - En la dependencia de la heroína, programa de juego controlado o programas de reducción de daños.
 - Seguimiento: este seguimiento debe basarse en un análisis realizado en la evaluación para determinar qué tipo de tratamiento y por ende el seguimiento requiere cada paciente, por ejemplo, si es necesario un internamiento o un tratamiento externo periódico.

2.3.4 Servicios y tratamiento

Necesitan un tratamiento específico y estructurado en base a una investigación de las necesidades que estos pacientes poseen. Es así, que se hace necesario diferenciar el tratamiento de la siguiente manera:

- Internado: En este tipo de tratamiento los pacientes se mantienen internos, durante una temporada de que puede durar 24 horas hasta 3 meses según se establezca en la

valoración. De esta manera el paciente accede a cada una de las terapias y actividades del centro, lo que incluye: terapias individuales y grupales, conferencias, valoraciones físicas y psicológicas, terapias ocupacionales, lecturas, videos, terapias especializadas en caso de requerirlas (violencia, ira, traumas, problemas de autoestima, dificultades de adaptación etc.) y actividades físicas y artísticas.

- Externo: Este tipo de programa se acomoda a los horarios del paciente, y está diseñado para pacientes cuyo internamiento no es necesario o ya lo han culminado, y que necesitan un tratamiento intenso y periódico, en su mayoría son personas que han superado sus adicciones. Esto permite a los pacientes realizar sus actividades de manera normal y continuar con su tratamiento.

2.3.5 Centro de Rehabilitación

Es un lugar donde se ofrece un Tratamiento Intensivo y personalizado al paciente, tranquilo, coordinado, con cálida disciplina, extremadamente sostenida, donde se focaliza el crecimiento espiritual, la dignidad y la libertad del individuo y donde el concepto de enfermedad que no tiene cura, llega a la recuperación a través de un cuidado continuo diario alcanzando la más alta efectividad de recuperarse en los plazos breves de internación con ayuda de un equipo terapéutico. En un centro de rehabilitación, al ingreso el paciente pasa primero por el consultorio médico para determinar si está bien diagnosticado y tratado. Los centros de rehabilitación alcoholismo incluyen diversos métodos de terapia de grupo o psicoterapia para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia. Se puede asimismo apoyar el programa con terapias que inciten al paciente a repugnar el alcohol mediante fármacos como el disulfiram, que provoca fuertes y repentinas resacas siempre que se consuma alcohol.

Los centros de rehabilitación alcoholismo, en muchos casos, incluyen, la terapia nutricional. Muchos alcohólicos tienen síndrome de resistencia a la insulina, un desorden metabólico debido al cual el cuerpo no regula correctamente el azúcar causando un suministro inestable a la circulación sanguínea. Aunque este desorden se puede tratar con una dieta hipoglucemia, esto puede afectar a su comportamiento y su estado anímico.

Estos síntomas son efectos secundarios que se observan a menudo en alcohólicos sometidos bajo tratamiento de desintoxicación. Los aspectos metabólicos del alcoholismo a menudo se pasan por alto dando como resultado tratamientos de dudosos resultados. En los años 1990, los centros de rehabilitación alcoholismo han incluido grupos de consultas de autoayuda. Los cuales fueron adquiriendo notoriedad por sus logros, como lo ha sido el movimiento de Alcohólicos Anónimos. Está asociada a la rama de la medicina enfocada a enseñar a tratar diversas enfermedades y a afrontar el tratamiento en sí mismo. Existen múltiples tipos de terapia. las terapias grupales, por ejemplo, que pueden ser fundamentales para que las personas enfermas no se sientan solas o únicas en el mundo de forma negativa. En estos grupos se reúnen quienes padecen patologías similares, comparten sus vivencias y encuentran un espacio donde identificarse, intentando comprender su existencia y salir adelante, apoyándose en la contención que reciben por parte de los demás. Suelen ser sumamente positivas para salir de la adicción al alcohol o ciertas drogas, para enfrentar enfermedades terminales o incluso para resolver traumas de tipo social. La psicoterapia, por otra parte, consiste en un procedimiento basado en la comunicación entre un psicoterapeuta y un paciente, donde éste último acude en busca de ayuda para resolver afecciones mentales de variados tipos e intensidad. La terapia cognitiva es una modalidad de intervención psicoterapéutica centrada en las distorsiones cognitivas, que son los patrones de pensamiento que provocan efectos negativos sobre la conducta. Mediante esta clase de terapia, se busca una reestructuración de dichos patrones para mejorar la calidad de vida del paciente. Cabe destacar que los terapeutas cognitivos consideran que los pensamientos son la causa de las emociones, a diferencia de los psicoterapeutas, que siguen el orden inverso. Por eso, la terapia cognitiva trata de identificar los pensamientos irracionales que causan sufrimiento para determinar su parte ilógica. (Definición, 2016).

Centro rehabilitación de alcohólicos pueden ayudar a las personas a permanecer lejos de la bebida. Estos programas generalmente ofrecen asesoría, apoyo psicológico y asistencia médica. La terapia involucra educación acerca del alcoholismo y sus efectos. Muchos de los miembros de un centro rehabilitación de alcohólicos son alcohólicos en proceso de recuperación y sirven como modelos. Los programas pueden darse como paciente hospitalizado, donde los pacientes viven en los centros durante el tratamiento, o como paciente ambulatorio, donde los pacientes asisten al programa, pero viven en sus casas.

2.3.6 Centro de Tratamiento Residencial

Comunidad Terapéutica es el centro de tratamiento residencial par personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias que se establece en ambientes debidamente estructuradas, dentro de un marco ético y moral bien definido, y opera en un clima altamente afectivo como un modelo adecuado de tratamiento alternativo, bajo cualquier forma societaria o asociativa establecida en nuestra legislación, cuya finalidad es la rehabilitación y reinserción en la sociedad de la persona dependiente. La comunidad terapéutica debe contar con la siguiente estructura básica o funcionamiento:

Dirección general

Dirección administrativa.

Dirección médica.

Equipo Terapéutico multidisciplinario

2.3.7 Terapia Conductual

Las terapias conductuales es el asesoramiento o consejería sobre el alcohol. Se trata de trabajar con un profesional de la salud para identificar y ayudar a cambiar los comportamientos que conducen a su consumo excesivo de alcohol.

La Terapia Cognitivo Conductual

Ayuda a identificar los sentimientos y situaciones que pueden conducir a un consumo excesivo de alcohol. Enseña habilidades para enfrentarlo, incluyendo cómo manejar el estrés y cómo cambiar los pensamientos que le llevan a querer beber. Usted puede recibir la terapia uno-a-uno con un terapeuta o en grupos pequeños

La Terapia de la Mejora Motivacional

(O terapia de estímulo de la motivación) Ayuda a construir y fortalecer la motivación para cambiar su hábito de beber. Incluye alrededor de cuatro sesiones en un corto período de tiempo. La terapia comienza con la identificación de los pros y los contras de buscar tratamiento. Luego, usted y su terapeuta trabajan en la creación de un

plan para cambiar su hábito. Las próximas sesiones se centran en aumentar su confianza y desarrollar las habilidades que necesita para poder cumplir con el plan.

La Consejería Matrimonial y Familiar

Incluye a los cónyuges y otros miembros de la familia. Puede ayudar a reparar y mejorar sus relaciones familiares. Los estudios demuestran que un apoyo familiar fuerte a través de esta terapia puede ayudarle a mantenerse lejos del alcohol.

Las Intervenciones Breves

Son sesiones de consejería cortas, individuales o en grupos pequeños. Incluyen entre una a cuatro sesiones. El consejero le entrega información sobre su patrón de consumo y riesgos potenciales. El consejero trabaja con usted para establecer metas y proporcionar ideas que pueden ayudarle a hacer un cambio.

2.3.8 El Contexto

Es el conjunto de factores, geográficos, físicos, culturales, sociales e históricos que caracterizan un lugar determinado, el contexto lo tenemos que ver como un TODO, que abarca todas las circunstancias que configuran un lugar. La arquitectura no puede ser, sin un contexto, ya que el diseño nos demanda algunos requerimientos que nos son dados por el dicho contexto.

Contexto social: Está directamente relacionado con la posición del arquitecto frente a la sociedad factores culturales, económicos y religiosos.

Contexto cultural: Son los significados y valores asignados a los hechos arquitectónicos.

Contexto histórico: La historia que confiere a la identidad de la ciudad.

Contexto natural: Dentro de este concepto entran:

El clima, la geografía, hidrografía, topografía, vegetación, suelos, asoleamientos, y todo aquello de la dimensión ambiental de la arquitectura.

Contexto urbano: Equipamiento Urbano

Entre los fundamentos de la Arquitectura Contextual se destacaron los siguientes:

- Respetar el entorno
- Ensamblar el diseño como un todo
- Crear un orden armónico
- Buscar la integración del paisaje.

2.3.9 Psicología Ambiental

Puede definirse como Psicología Social ambiental (Canter, 1988; Pol, 1993) si la entendemos como la aplicación de la psicología al estudio de la interacción de las personas con su entorno socio-físico. Pero la psicología ambiental no parte de los supuestos psicosociales, sino parte de sus orígenes y de la perspectiva adoptada en sus inicios está vinculada a la psicología individual y de la perspectiva biológica y fisiológica. Los Psicólogos ambientales han comprobado que el ambiente afecta al comportamiento de las personas, aunque éstas no son conscientes de su influencia. Podríamos decir que, al que el pez es el último en enterarse de que vive en el agua, los psicólogos han ignorado a favor de las dimensiones intrapersonales y sociales, el contexto físico en donde se realiza toda conducta. El psicólogo ambiental trata de ser, como gráficamente lo ha descrito Sommer (1990), “el pez que estudia el agua”. Podemos concluir que el objeto de estudio característico de la psicología ambiental es la INTERACCION entre las personas y sus entornos, y que esta interacción se enmarca necesariamente dentro de un CONTEXTO SOCIAL (o de interacción social) por lo que los “productos” de esta interacción entre persona y entorno (incluyendo a la propia persona y al entorno) han de ser considerados antes que nada como productos “psico-socio-ambientales”. Es en estos términos que la cuestión planteada permite reconsiderar la psicología ambiental como PSICOLOGIA SOCIAL AMBIENTAL. (VIDAL MORANTA & POL URRUTIA, 2005)

Fiset señala dos estudios, uno hecho en Pennsylvania donde se demuestra que la vista desde la ventana de los cuartos de hospitalización influye en la recuperación, y otro en Canadá en un hospital remodelado y ampliado donde las enfermeras reportaron que los pacientes ubicados en el edificio nuevo, que contiene patios internos espaciosos y con tratamiento paisajístico, estaban usando 40% menos cantidad de analgésicos y píldoras para dormir, y se están recuperando más rápidamente que los pacientes ubicados en el viejo hospital. (Canadiense, 1990)

2.3.10 El Diseño y su Influencia

El efecto del ambiente en el comportamiento humano, es un tema que ha sido enfatizado por los psicólogos ambientalistas. Al momento de proyectar instituciones para la recuperación de pacientes con problemas psiquiátricos uno de los principales problemas es aplacar el sentimiento de separación y aislamiento de la sociedad y el entorno familiar; para esto se realizan estudios en los hospitales para relacionar los efectos del ambiente en la recuperación de pacientes. Fiset señala dos estudios, uno hecho en Pennsylvania donde se demuestra que la vista desde la ventana de los cuartos de hospitalización influye en la recuperación, y otro en Canadá en un hospital remodelado y ampliado donde las enfermeras reportaron que los pacientes ubicados en el edificio nuevo, que contiene patios internos espaciosos y con tratamiento paisajístico, estaban usando 40% menos cantidad de analgésicos y píldoras para dormir, y se están recuperando más rápidamente que los pacientes ubicados en el viejo hospital. (Canadiense, 1990)

- Otro estudio del arquitecto Guffanti proyectista del Instituto Europeo de Oncología, se enfoca en la investigación de los aspectos de humanización de la estructura hospitalaria, representada en algunos de los siguientes conceptos:
- Eliminación del dramatismo del volumen construido, a través del tratamiento de fachadas e incorporación de patios y corredores alrededor, así como una ubicación en un área suburbana, rodeada de campos y mucha vegetación, lo cual se aprovecha para la vista desde el interior y para realizar una construcción de baja altura.
- Utilización de materiales residenciales, como ladrillo, concreta obra limpia, madera y vinyl.

Se ha demostrado además que el 95% de los pacientes, empleados y familiares obtienen beneficios terapéuticos de los jardines y espacios abiertos. Los pacientes cuyas habitaciones poseen vistas de paisaje natural muestran una mejoría notable con respecto a quienes poseen vista a otros edificios, necesitando incluso menos medicamentos. El estrés provocado por la desorientación dentro del hospital produce un incremento en la presión arterial, fatiga, dolores de cabeza y el sentimiento de desamparo. (Leibrock, 2005).

2.4 MARCO NORMATIVO

2.4.1 Reglamento Nacional de Edificaciones

2.4.1.1 Infraestructura de Salud

Tabla 1

Categoría de los Establecimientos de Salud

CATEGORÍAS DEL SECTOR	MINISTERIO DE SALUD
SALUD	
I - 1	Puesto de Salud
I - 2	Puesto de Salud con Médico
I - 3	Centro de Salud sin Internamiento
I - 4	Centro de Salud con Internamiento
II - 1	Hospital I
II - 2	Hospital II
III - 1	Hospital III
III - 2	Instituto especializado

Datos obtenidos de la Categorías de los establecimientos de salud de acuerdo a las instituciones del sector salud
(Fuente: web) RNE, 2017

2.4.1.2 Norma A.50

SALUD

CAPITULO I

A. ASPECTOS GENERALES

Artículo 1.- Se denomina edificación de salud a toda construcción destinada a desarrollar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, a los cuales se les reconoce como instalaciones esenciales. La presente norma se complementa con las directivas de los reglamentos específicos sobre la materia, promulgadas por el Ministerio de Salud y tiene por objeto establecer las condiciones que deberán tener las edificaciones de Salud en aspectos de habitabilidad y seguridad, en concordancia con los objetivos de la Política Nacional de Salud.

Artículo 2.- Están comprendidas dentro de los alcances de la presente norma los siguientes tipos de edificaciones.

Hospital: Establecimiento de salud destinado a la atención integral de consultantes en servicios ambulatorios y de hospitalización, proyectando sus acciones a la comunidad.

Centro de salud: Establecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: Promoción, Prevención y Recuperación. Brinda consulta médica ambulatoria diferenciada en los Consultorios de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Odontología, además, cuenta con internamiento, prioritariamente en las zonas rurales y urbano – marginales

CAPITULO II

Artículo 17.- De acuerdo a la oferta de servicios, los Centros de Salud pueden ser de 2 tipos:

Tipo I: Centro de Salud sin Unidad de Internamiento y con Unidad de Ayuda al Diagnóstico.

Tipo II: Centro de Salud con Unidad de Internamiento y con Unidad del Centro Obstétrico y Quirúrgico, con énfasis en la atención madre - niño.

Artículo 18.- Los componentes asistenciales y administrativos que conforman el Centro de Salud, son:

- a) Unidad de Administración
- b) Unidad de Consulta Externa
- c) Unidad de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento d) Unidad de Internamiento
- e) Unidad de Centro Obstétrico y/o Quirúrgico
- f) Unidad de Servicios Generales
- g) Unidad de Vivienda

CAPÍTULO II

B. CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONALIDAD

Artículo 4.- Toda obra de carácter hospitalario o establecimiento para la salud, se ubicará en los lugares que expresamente lo señalen los Planes de Acondicionamiento Territorial y Desarrollo Urbano, evitando los lugares de peligro alto y muy alto según los Mapas de Peligros. En caso que no cuente con esta información, se deberá elaborar estudios de microzonificación. Los terrenos para las edificaciones de salud se construirán sobre terrenos con las siguientes características:

En cuanto al tipo de suelos:

1. Ubicarse preferentemente en suelos rocosos o suelos secos, compactos y de grano grueso.
2. De encontrarse suelos de grano fino, arcillas, arenas finas y limos, debe proponerse una nueva solución de acuerdo a estudios de sitio establecida en la Norma E. 030.

En cuanto a su ubicación

1. Ser predominantemente planos.
2. Estar alejados de zonas sujetas a erosión de cualquier tipo (aludes, huaycos, otros similares).
3. Estar libres de fallas geológicas.
4. Evitar hondonadas y terrenos susceptibles de inundaciones.
5. Evitar terrenos arenosos, pantanosos, arcillosos, limosos, antiguos lechos de ríos y/o con presencia de residuos orgánicos o rellenos sanitarios.
6. Evitar terrenos con aguas subterráneas (se debe excavar mínimo 2.00 m. detectando que no aflore agua).
7. Estar a suficiente distancia del borde de océanos, ríos, lagos y lagunas o estar a suficiente altura para evitar que sean inundados.

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

1. Abastecimiento de agua potable adecuada en cantidad y calidad. Debe contar con abastecimiento permanente de agua potable y con un sistema de reserva.
2. De no contar el núcleo urbano con servicios de desagüe, las aguas servidas previamente tratadas se usarán preferentemente para el riego de áreas verdes, y los residuos o lodos producto del tratamiento deberán tratarse de acuerdo a su composición y se evacuarán hacia pozos sépticos y/o de percolación.
3. Energía eléctrica y/o grupos electrógenos.
4. Comunicaciones y Red Telefónica.
5. Un plan de manejo de residuos sólidos considerando los espacios necesarios para la clasificación previa al tratamiento antes de su disposición final, prevista para los residuos de establecimientos de atención de salud. Los Residuos sólidos provenientes de establecimientos de salud no serán dispuestos junto con los residuos sólidos domiciliarios.
6. Sistema de protección contra incendios, de acuerdo a lo indicado en la Norma A-130, Requisitos de Seguridad.
7. Sistema de drenaje de aguas pluviales.
8. Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado para los servicios críticos del hospital.

En cuanto a su accesibilidad:

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

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

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

Áreas de servicio ambulatorios y diagnóstico	6.00 m2 por persona
Sector de habitaciones (superficie total)	8.00 m2 por persona
Oficinas administrativas	10.00 m2 por persona
Áreas de tratamiento a pacientes internos	20.00 m2 por persona
Salas de espera	0.8 m2 por persona
Servicios auxiliares	8.00 m2 por persona
Depósitos y almacenes	30.00 m2 por persona

SUB CAPÍTULO I

Artículo 9.- En un hospital existen siete tipos de flujos de circulación, en función del volumen, horario, confiabilidad y compatibilidad:

- a) Circulación de pacientes ambulatorios
- b) Circulación de pacientes internados
- c) Circulación de personal
- d) Circulación de suministros
- e) Circulación de ropa sucia
- f) Circulación de desechos

Artículo 11.- Las áreas de estacionamiento de vehículo deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Estar separadas para personal del Hospital, visitantes y pacientes ambulatorios.
- c) Establecer espacios reservados exclusivamente para los vehículos de las personas con discapacidad.
- d) La superficie destinada a este tipo de estacionamiento no debe ser menor del 5% del total, y estar situado lo más cerca posible del ingreso principal y de preferencia al mismo nivel que esta.

Artículo 13.- Los pasajes de circulación deberán tener las siguientes características:

- a) Para pacientes ambulatorios un ancho mínimo de 2.20 metros.
- b) Los corredores Externos y auxiliares destinados al uso exclusivo del personal de servicio y/o de cargas deben tener un ancho de 1.20 metros

- c) Los corredores dentro de una Unidad deben tener un ancho de 1.80 metros.
- d) la circulación hacia los espacios libres deberá contar con protecciones laterales en forma de baranda y deberán estar protegidos del sol y las lluvias.

Art. 14.- La circulación vertical de pacientes a las Unidades de Hospitalización se hará mediante escaleras, rampas y ascensores.

a) Escaleras:

Las escaleras de uso general tendrán un ancho mínimo de 1.80 metros entre parámetros y pasamanos a ambos lados.

En Unidades de Hospitalización la distancia entre la última puerta del cuarto de pacientes y la escalera no debe ser mayor de 25.00 metros.

Las escaleras de servicio y de emergencia tendrán un ancho mínimo de 1.50 metros entre parámetros y tendrá pasamanos a ambos lados.

El paso de la escalera debe tener una profundidad entre 0.28 m y 0.30 m. y el contrapaso entre 0.16 y 0.17 m.

Art. 16.- Los espacios constituyentes de un hospital deberán estar organizados de manera de reducir al mínimo las interferencias entre las diferentes unidades que lo conforman. Se reconocen 12 unidades cuyas características principales se describen a continuación:

- a) Unidad de Administración: Estará situada cerca a la entrada principal, no debiendo ser un pasaje hacia otras Unidades.
- b) Unidad de Consulta Externa: Deberá contar con un acceso directo e independiente. Estará ubicado en el primer nivel y separada de la unidad de Hospitalización. Los consultorios deben ubicarse agrupados en consultorio Generales y Consultorios Especializados.

2.4.1.3 Norma A 0.90

SERVICIOS COMUNALES

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

Artículo 1.- Se denomina edificaciones para servicios comunales a aquellas destinadas a desarrollar actividades de servicios públicos complementarios a las viviendas, en permanente relación funcional con la comunidad, con el fin de asegurar su seguridad atender sus necesidades de servicios y facilita el desarrollo de la comunidad.

Artículo 2.- Están comprendidas dentro de los alcances de la presente norma los siguientes tipos de edificaciones:

Servicios de Seguridad y Vigilancia

Compañías de Bomberos

Comisaría policial

Estaciones para Serenazgo

Protección Social:

Asilos

Orfanatos

Juzgados

Servicios Cultos:

Servicios Culturales:

Museos

Galerías de arte

Bibliotecas

Salones Comunales

Gobierno:

Municipales

Locales Institucionales

Cementerios

Templos

CAPITULO II

CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONALIDAD

Art.11.- El cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras se hará según la siguiente tabla de ocupación:

Ambientes para oficina administrativas	10.00 m2 por persona
Asilos y orfanatos	6.00 m2 por persona
Ambientes de reunión	1.00 m2 por persona
Área de espectadores de pie	0.25 m2 por persona
Recintos para Culto	1.00 m2 por persona
Salas de exposición	3.00 m2 por persona
Bibliotecas área de Libros	10.00 m2 por persona
Bibliotecas. Salas de Lectura	4.5 m2 por persona
Estacionamientos de uso general	16.00 m2 por persona

CAPITULO IV

DOTACION DE SERVICIOS

Art. 15.- Las edificaciones para servicios comunales, estarán provistas de servicios sanitarios para empleados, según el número requerido de acuerdo al uso:

Número de empleados	Hombres	Mujeres
De 1 a 6 empleados	1L, 1u, 1I	
De 7 a 25 empleados	1L, 1u, 1I	1L, 1I
De 26 a 75 empleados	2L, 2u, 2I	2L, 2I
De 76 a 200 empleados	3L, 3u, 3I	3L, 3I
Por cada 100 empleados adicionales	1L, 1u, 1I	1L, 1I

En los casos que existan ambientes de uso por el público, se proveerán servicios higiénicos para público, de acuerdo con lo siguiente:

De 0 a 100 empleados	1L, 1u, 1I	1L, 1I
De 101 a 200 empleados	2L, 2u, 2I	2L, 2I
Por cada 100 personas adicionales	1L, 1u, 1I	1L, 1I

2.4.1.4 Norma A.120

ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 1.- La presente Norma establece las condiciones y especificaciones técnicas de diseño para la elaboración de proyectos y ejecución de obras de edificación, y para la adecuación de las existentes donde sea posible, con el fin de hacerlas accesibles a las personas con discapacidad.

Artículo 2.- La presente Norma será de aplicación obligatoria, para todas las edificaciones donde se presten servicios de atención al público, de propiedad pública o privada.

Artículo 3.- Para los efectos de la presente Norma se entiende por:

- a. Persona con discapacidad: Aquella que, temporal o permanentemente, tiene una o más deficiencias de alguna de sus funciones físicas, mentales ó sensoriales que implique la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales.
- b. Accesibilidad: La condición de acceso que presta la infraestructura urbanística y edificatoria para facilitar la movilidad y el desplazamiento autónomo de las personas, en condiciones de seguridad. Que conecta los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación.
- c. Barreras arquitectónicas: Son aquellos impedimentos, trabas u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimiento de personas con discapacidad.
- d. Señalización: Sistema de avisos que permite identificarlos elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación, para orientación de los usuarios.
- e. Señales de acceso: Símbolos convencionales utilizados para señalar la accesibilidad a edificaciones y ambientes.
- f. Servicios de atención al público: Actividades en las que se brinde un servicio que pueda ser solicitado libremente por cualquier persona. Son servicios de atenciónal público, los servicios de salud, educativos, recreacionales, judiciales, de los gobiernos central, regional y local, de seguridad ciudadana, financieros, y de transporte.

Artículo 4.- Se deberán crear ambientes y rutas accesibles que permitan el desplazamiento y la atención de las personas con discapacidad, en las mismas condiciones que el público en general. Las disposiciones de esta Norma se aplican para dichos ambientes y rutas accesibles.

Artículo 5.- En las áreas de acceso a las edificaciones deberá cumplirse lo siguiente:

- a) Los pisos de los accesos deberán estar fijos y tener una superficie con materiales antideslizantes.
- b) Los pasos y contrapasos de las gradas de escaleras, tendrán dimensiones uniformes.
- c) El radio del redondeo de los cantos de las gradas no será mayor de 13mm.

- d) Los cambios de nivel hasta de 6mm, pueden ser verticales y sin tratamiento de bordes; entre 6mm y 13mm deberán ser biselados, con una pendiente no mayor de 1:2, y los superiores a 13mm deberán ser resueltos mediante rampas.
- e) Las rejillas de ventilación de ambientes bajo el piso y que se encuentren al nivel de tránsito de las personas, deberán resolverse con materiales cuyo espaciamiento impida el paso de una esfera de 13 mm.
- f) Los pisos con alfombras deberán ser fijos, confinados entre paredes y/o con platinas en sus bordes.
- g) Las manijas de las puertas, mamparas y paramentos de vidrio serán de palanca con una protuberancia final o de otra forma que evite que la mano se deslice hacia abajo. La cerradura de una puerta accesible estará a 1.20m. De altura desde el suelo, como máximo.

Artículo 6.- En los ingresos y circulaciones de uso público deberá cumplirse lo siguiente:

- a) El ingreso a la edificación deberá ser accesible desde la acera correspondiente. En caso de existir diferenciado por nivel, además de la escalera de acceso debe existir una rampa.
- b) El ingreso principal será accesible, entendiéndose como tal al utilizado por el público en general. En las edificaciones existentes cuyas instalaciones se adapten a la presente Norma, por lo menos uno de sus ingresos deberá ser accesible.
- c) Los pasadizos de ancho menor a 1.50 mts deberán contar con espacios de giro de una silla de ruedas de 1.50mts x 1.50 mts, cada 25 mts. En pasadizos con longitudes menores debe existir un espacio de giro.

Artículo 7.- Las circulaciones de uso público deberán permitir el tránsito de personas en sillas de ruedas.

Artículo 8.- Las dimensiones y características de puertas y mamparas deberán cumplir lo siguiente:

- a) El ancho mínimo del vano con una hoja de puerta será de 0.90 mts.
- b) De utilizarse puertas giratorias o similares, deberá preverse otra que permita el acceso de las personas en sillas de ruedas.

- c) El espacio libre mínimo entre dos puertas batientes consecutivas abiertas será de 1.20m.

Artículo 9.- Las condiciones de diseño de rampas son las siguientes:

- a) El ancho libre mínimo de una rampa será de 90cm.entre los muros que la limitan y deberá mantener los siguientes rangos de pendientes máximas:

Diferencias de nivel de hasta 0.25 mts. 12% de pendiente

Diferencias de nivel de 0.26 hasta 0.75 mts 10% de pendiente

Diferencias de nivel de 0.76 hasta 1.20 mts 8% de pendiente

Diferencias de nivel de 1.21 hasta 1.80 mts 6% de pendiente

Diferencias de nivel de 1.81 hasta 2.00 mts 4% de pendiente

Diferencias de nivel mayores 2% de pendiente

- b) Los descansos entre tramos de rampa consecutivos, y los espacios horizontales de llegada, tendrán una longitud mínima de 1.20m medida sobre el eje de la rampa.
- c) En el caso de tramos paralelos, el descanso abarcará ambos tramos más el ojo o muro intermedio, y su profundidad mínima será de 1.20m.así como las escaleras, deberán tener parapetos o barandas en los lados libres y pasamanos en los lados confinados por paredes y deberán cumplir lo siguiente:

Los bordes de un piso transitable, abiertos o vidriados hacia un plano inferior con una diferencia de nivel mayor de 30 cm., deberán estar provistos de parapetos o barandas de seguridad con una altura no menor de 80cm. Las barandas llevarán un elemento corrido horizontal de protección a 15 cm. sobre el nivel del piso, o un sardinel de la misma dimensión.

Artículo 16.- Los estacionamientos de uso público deberán cumplir las siguientes condiciones:

Se reservará espacios de estacionamiento para los vehículos que transportan o son conducidos por personas con discapacidad, en proporción a la cantidad total de espacios dentro del predio, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 2

Número total de estacionamientos accesibles requeridos

Estacionamientos accesibles requeridos	
De 0 a 5 estacionamientos	ninguno
De 6 a 20 estacionamientos	01
De 21 a 50 estacionamientos	02
De 51 a 400 estacionamientos	02 por cada 50
Más de 400 estacionamientos	16 más 1 por cada 100 adicionales

Datos obtenidos de accesibilidad para personas con discapacidad (Fuente: web) RNE, 2017

- b) Los estacionamientos accesibles se ubicarán lo más cerca que sea posible a algún ingreso accesible a la edificación, de preferencia en el mismo nivel que éste; debiendo acondicionarse una ruta accesible entre dichos espacios e ingreso. De desarrollarse la ruta accesible al frente de espacios de estacionamiento, se deberá prever la colocación de topes para las llantas, con el fin de que los vehículos, al estacionarse, no invada esa ruta.
- c) Las dimensiones mínimas de los espacios de estacionamiento accesibles, serán de 3.80 m x 5.00 m.
- d) Los espacios de estacionamiento accesibles estarán identificados mediante avisos individuales en el piso y, además, un aviso adicional soportado por poste o colgado, según sea el caso, que permita identificar, a distancia, la zona de estacionamientos accesibles.

2.4.1.5 Norma A.130

REQUISITOS DE SEGURIDAD

GENERALIDADES

Artículo 1.- Las edificaciones, de acuerdo con su uso y número de ocupantes, deben cumplir con los requisitos de seguridad y prevención de siniestros que tienen como objetivo salvaguardar las vidas humanas y preservar el patrimonio y la continuidad de la edificación.

CAPITULO I

E. SISTEMAS DE EVACUACIÓN

Artículo 2.- El presente capítulo desarrollará todos los conceptos y cálculos necesarios para asegurar un adecuado sistema de evacuación dependiendo del tipo y uso de la edificación. Estos son requisitos mínimos que deberán ser aplicados a las edificaciones.

Artículo 3.- Todas las edificaciones tienen una determinada cantidad de personas en función al uso, la cantidad y forma de mobiliario y/o el área de uso disponible para personas. Cualquier edificación puede tener distintos usos y por lo tanto variar la cantidad de personas y el riesgo en la misma edificación siempre y cuando estos usos estén permitidos en la zonificación establecida en el Plan Urbano.

SUB CAPITULO I

PUERTAS DE EVACUACION

Artículo 5.- Las salidas de emergencia deberán contar con puertas de evacuación de apertura desde el interior accionadas por simple empuje. En caso que por razones de protección de los bienes, las puertas de evacuación deban contar con cerraduras con llave, estas deberán tener un letrero iluminado y señalizado que indique” Esta puerta deberá permanecer sin llave durante las horas de trabajo”

CAPITULO II

SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD

Artículo 37.- La cantidad de señales, los tamaños, deben tener una proporción lógica con el tipo de riesgo que protegen y la arquitectura de la misma. Las dimensiones de las señales deberán estar acordes con la NTP399.010-1 y estar en función de la distancia de observación.

Artículo 38.- Los siguientes dispositivos de seguridad no son necesarios que cuenten con señales ni letreros, siempre y cuando no se encuentren ocultos, ya que de por si constituyen equipos de forma reconocida mundialmente, y su ubicación no requiere de señalización adicional. Como son:

- a) Extintores portátiles
- b) Estaciones manuales de alarma de incendios

- c) Detectores de incendio
- d) Gabinetes de agua contra incendios
- e) Válvulas de uso de Bomberos ubicadas en montantes
- f) Puertas cortafuego de escaleras de evacuación
- g) Dispositivos de alarma de incendios

CAPITULO VIII

SALUD

Artículo 81.- Las edificaciones de Salud deberán cumplir con los siguientes requisitos mínimos de seguridad los cuales aplican a todas las áreas internas de la edificación como cafetería, tienda de regalos, sala de reuniones y/o áreas complementarias.

Tabla 3

Cuadro comparativo de servicios de seguridad

Tipo de edificación	Señalización e iluminación de emergencia	Extitores portátiles	Sistema de rociadores	Sistema contra incendios	Detección y alarma centralizado
Hospital (400 camas a mas)	obligatorio	obligatorio	obligatorio	obligatorio	obligatorio
Hospital (150 a 399 camas)	obligatorio	obligatorio	obligatorio	obligatorio	obligatorio
Hospital (50 a 149 camas)	obligatorio	obligatorio	obligatorio	obligatorio	obligatorio
Hospital (menos de 50 camas)	obligatorio	obligatorio	-	obligatorio(1)	obligatorio
Centro de salud	obligatorio	obligatorio	-	Obligatorio(1)	Obligatorio(2)
Puesto de salud	obligatorio	obligatorio	-	-	-
Centro hemolador	obligatorio	obligatorio	-	-	-

Datos obtenidos de requisitos de seguridad (Fuente: web) RNE, 2017

1. Obligatorio cuando la edificación tiene 3 niveles o más
2. Obligatorio cuando las edificaciones tienen 2 o más niveles

Artículo 82.- Todo local de salud tipo hospital deberá tener al menos una división resistente al fuego por piso de hospitalización que genere áreas de refugio de acuerdo con:

De 3 niveles o menos = mínimo 1 hora de resistencia contra fuego

De 4 niveles o más = mínimo 2 horas de resistencia contra fuego

Cada área de refugio generada deberá tener como mínimo una salida o escalera de evacuación.

Para estimar el área mínima de refugio deberá considerarse:

En hospitales o lugares de reposo = 2.8 m² por persona

En instalaciones con pacientes en silla de ruedas =1.4 m² por persona

En los pisos que no alberguen pacientes internados ni pacientes en camilla = 0.5 m² por persona.

Artículo 84.- Todo local de salud de 2 o más niveles deberá contar con teléfono para bomberos y un sistema de evacuación por voz.

Artículo 87.- Las dimensiones de las puertas y escaleras de evacuación deberá cumplir lo establecido en la norma de requisitos de Seguridad. El ancho mínimo de una puerta de evacuación ubicado en un pasadizo será de 1.20 m. cuando conduzca en un solo sentido a un área de refugio y de 2.40 m cuando divida el área en dos zonas de refugio. En este último caso, las hojas de las puertas deberán abrir en sentidos opuestos.

2.4.2 Reglamento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo

TITULO I DISPOSICIONES GENERALES (MINSA, 2011p.3)

Artículo 7° - Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda.

Artículo 9°.- Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que contraten a terceros para la provisión de un servicio, son solidariamente responsables de garantizar la calidad de éste y de las consecuencias que las fallas o deficiencias que los servicios contratados ocasionen.

Artículo 10°.- Los locales, las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben mantenerse en buenas condiciones de conservación, higiene y funcionamiento.

Artículo 11°.- Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que manejen sustancias estupefacientes, psicotrópicas, precursores de uso médico y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria, así como medicamentos que las contienen deben contar con un responsable encargado de vigilar que se cumplan las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.

Artículo 12°.- Todo establecimiento de salud y servicio médico de apoyo tendrá organizado y debidamente equipado su sistema de seguridad interna, concordante con el sistema de Defensa Civil.

Artículo 13°.- Queda prohibido el comercio ambulatorio en el perímetro exterior de locales de los establecimientos de salud con internamiento, así como en el área adyacente a las puertas de ingresos y salidas de los mismos. Asimismo, no podrá instalarse a menos de 200 metros de establecimientos de salud con internamiento, locales destinados a juegos de azar, bingos, discotecas y otros de concurrencia masiva que generen ruidos molestos y alteren la tranquilidad de los mismos.

Artículo 14°.- Dentro de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, se podrá desarrollar actividades de docencia y de investigación. La participación de pacientes en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósito de investigación, debe ser voluntaria, expresada en la forma de un consentimiento informado.

CAPITULO I: GENERALIDADES

Artículo 15°.- Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

CAPITULO II: DEL LOCAL

Artículo 28°. En los locales destinados a establecimientos de salud no se deberá realizar ningún tipo de actividad distinta a la prestación del servicio de atención al paciente. Si el establecimiento cuenta con ambientes destinados a vivienda del personal, éstos deberán estar separados e independizados de las áreas de atención.

Artículo 31°.- Los establecimientos deben contar con iluminación y ventilación naturales preferiblemente. Cuando ello no sea posible se contará con iluminación y/o ventilación artificial garantizando ésta última una temperatura, humedad relativa y frecuencia de renovación de aire ajustado a las necesidades de cada área.

CAPITULO III: DEL PERSONAL

Artículo 34°.- Los establecimientos de salud funcionan bajo la responsabilidad de un director médico o un responsable de la atención clínica, a excepción de los consultorios médicos y de otros profesionales de la salud.

CAPITULO V: DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE INTERNAMIENTO

Artículo 49°.- Son considerados establecimientos de internamiento aquellos que brindan atención integral, general o especializada al paciente agudo o crónico, y que para realizar atenciones o procedimientos clínicos o quirúrgicos, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, incluidos los de cirugía estética, requieran colocar al paciente en cama por su grado de dependencia o riesgo.

Artículo 50°.- Son establecimientos de internamiento:

- Hospitales o clínicas de atención general.
- Hospitales o clínicas de atención especializada.
- Centros de Salud con camas.
- Centros de atención geronto-geriátrica.
- Institutos de salud especializados con camas.
- Centros de atención para dependientes a sustancias psicoactivas.

2.4.3 Reglamento de la ley N°29765

LEY QUE REGULA EL ESTABLECIMIENTO Y EJERCICIO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES, QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (EL PERUANO NORMAS LEGALES , 2012)

TÍTULO PRIMERO: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Objeto

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

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

Artículo 2°.- Aplicación

El presente Reglamento será de aplicación para las Comunidades Terapéuticas, en todo el territorio nacional.

Artículo 3°.- Funcionamiento

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

Artículo 4°.- Obligatoriedad Las Comunidades Terapéuticas están obligadas a garantizar la calidad de la atención que ofrecen a sus usuarios, a protegerlos integralmente contra riesgos; proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda.

Artículo 5°.- Condiciones

Las Comunidades Terapéuticas deben establecer condiciones igualitarias en la calidad de las prestaciones que brinden, independientemente de las condiciones económicas, sociales, de género y de creencias de los usuarios.

CAPITULO II: DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES QUE OPERAN BAJO LA MODALIDAD DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Artículo 17°.- Estructura de la comunidad terapéutica

La Comunidad Terapéutica, según el tipo de prestación que brinda, deberá contar con la siguiente estructura básica:

COMUNIDAD TERAPÉUTICA TIPO I

DIRECCIÓN GENERAL

La Dirección General de la Comunidad Terapéutica Tipo I estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en adicciones en instituciones debidamente acreditadas, quien es el responsable legal ante cualquier autoridad. Es responsable de:

- Dirección; conducción de todos los procesos de la gestión de la Comunidad Terapéutica.
- Planeamiento; conducción en el diseño del funcionamiento de la Comunidad Terapéutica y la planificación de las acciones asistenciales y administrativas que se desarrollarán, incluidas en el Plan Operativo Anual de la Comunidad Terapéutica.
- Organización; conducción a fin de garantizar el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, tanto en el área administrativa como asistencial, Además realiza la estandarización de la práctica clínica y de los procedimientos psicoterapéuticos.
- Control; conducción en el diseño e implementación de las acciones que lo vinculan.

2.5 HIPÓTESIS

2.5.1 Hipótesis General

El proyecto arquitectónico de centro de rehabilitación contribuye al conflicto socio cultural y en la recuperación de la persona con adicción al alcohol. En la provincia de Puno.

2.5.2 Hipótesis Específica

- Conociendo el perfil cualitativo y cuantitativo determinamos la población adicta al alcohol en la provincia de Puno.
- La propuesta arquitectónica contribuye a la demanda espacio forma y función en la rehabilitación de personas con adicción al alcohol.
- La relación hombre naturaleza interviene en la recuperación de la persona adicta al alcohol.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.6.1 Variable Independiente

- Población objeto
- Recursos socio-económico
- Integración con el entorno
- Elementos climáticos

2.6.2 Variable Dependiente

- Infraestructura Arquitectónica

2.6.3 Propuesta

- Físico espacial
- Social

Tabla 4
Operalización de variables

TIPO	VARIABLE	INDICADOR	OPERALIZACION	ESCALA
Variables Independientes	Población objetivo	Totalidad de la Población	En referencia a la población de la Puno	Nominal
		Población atendida	En referencia a la población atendida	Nominal
	Recursos socioeconómicos	Nivel de ingreso económico	En referencia de sus recursos económicos	Razón
		Nivel de cultura	En referencia a su nivel de cultura	Ordinal
		Integración con el entorno	Perfil urbano	En referencia a las viviendas aledañas
	Elementos climáticos	Estaciones	En referencia a los cambios climáticos	Razón
Variables Dependientes	Infraestructura arquitectónica	Tipologías de diseño	En referencia a las necesidades	Nominal

Elaboración propia

Tabla 5
Variables de la Propuesta

Elaboración propia

TIPO	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	
Físico Espacial	Contexto	Localización		
		Topografía	Pendiente	
		Accesibilidad		
	Clima	Tipología de la construcción		Material
				Nº niveles
		Temperatura	°C	
		Vientos		Km/h
				Orientación
		Asoleamientos	Tiempo x día	
	Espacial	Organización espacial	Área	M2
				Radial
				Lineal
			Agrupada	
			Trama	
			Diagrama de recorridos	
Funcional	Circulación		Circulación Externa	
			Circulación Interna	
	Flujos	Diagrama de Flujos		
	Organización	Organigrama		
social	Usuario	Miembros	Nº ítem	
			Nº de atenciones diaria	
		frecuencia	Nº de atenciones anual	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN

3.1 METODOLOGÍA

Se recopilarán y analizarán diversas fuentes de información, La población de estudio fue tomada por datos estadísticos del INEI datos del 2014 al 2017, la Municipalidad Provincial de Puno mediante el programa DEVIDA, el Hospital Manuel Núñez Butrón, Diario los Andes y A.A.

También se realizará una encuesta a la población mayor a 15 años a 455 encuetados esto nos permitirá un mayor contacto con la realidad donde se indagará el problema con las causas y efectos que conlleva esta problemática.

El marco teórico, conceptual y referencial nos ayudará a enfocar la evolución y desarrollo de diversos modelos de tratamiento, las características locales en el país, américa latina y el resto del mundo, y se analizaran sus tendencias evolutivas, para llegar a la propuesta del anteproyecto arquitectónico, a continuación, se describirá los pasos que se va a seguir en el siguiente gráfico.

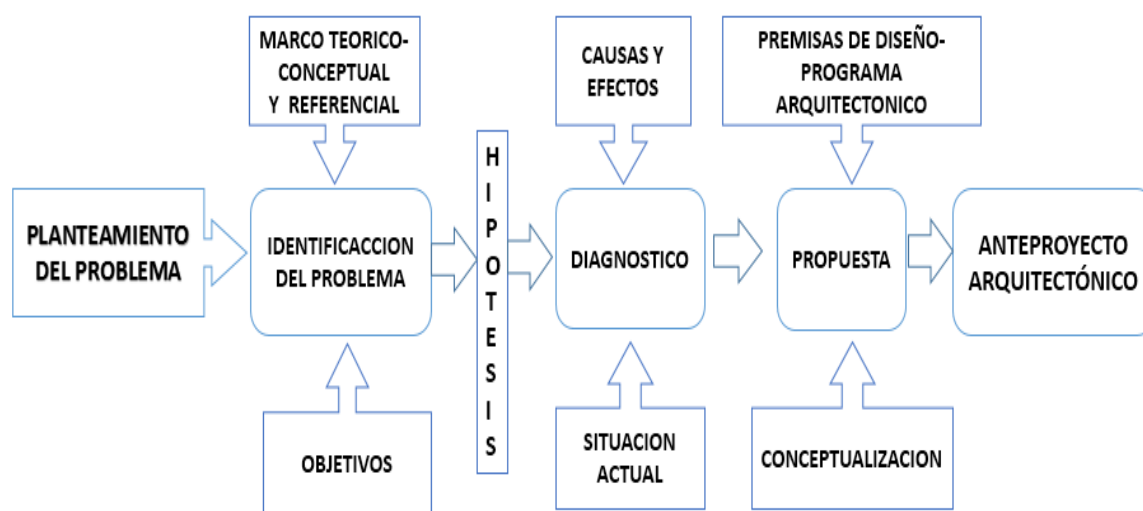


Figura 40 Diseño metodológico de la investigación (fuente: propia)

3.2 PREMISAS DE DISEÑO

3.2.1 Datos generales de la Provincia Puno

Los siguientes datos los analizamos del censo realizado el 2017 a nivel nacional por el INEI.

a. Tendencia del crecimiento poblacional.

De acuerdo con los resultados del censo 2017, la provincia que concentra el mayor número de habitantes es San Román, con 307 mil 417 personas, agrupando poco más de la cuarta parte de la población del departamento (26,2%). Le sigue la provincia de Puno, que alberga 219 mil 494 habitantes (18,7%), mientras que la provincia de Moho es la menos poblada, con 19 mil 753 habitantes (1,7%).

b. Composición de la población por sexo y por edad

La evolución de la población se refleja en la forma de una pirámide poblacional. En décadas anteriores, esta población presentaba una base ancha y vértice angosto. Desde el censo 2007, la base se ha ido reduciendo y mostrando un ensanchamiento progresivo. El censo 2017 presenta una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en los centros, que da cuenta de un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Asimismo, se observa mayor proporción en la población adulta mayor. Al comparar los censos 2007 y 2017, decrece la población comprendida en el grupo de edad de 0 a 24 años, esta reducción se aprecia principalmente en la población de 0 a 4 años mostrando una marcada reducción de la natalidad. Se observa también un decrecimiento considerable en el grupo de edad de 10 a 14 años. Mientras que el grupo de 25 a 29 años de edad presenta similar proporción en la estructura. A partir del grupo de 30 a 34 años de edad, se observa un incremento progresivo de la población, tanto de hombres como de mujeres, lo que indica que existe un aumento de las personas en edad de trabajar. En el grupo comprendido de 50 a 54 años, el incremento tanto de hombres como el de mujeres es ligeramente mayor al de los demás grupos.

c. Composición de la población por sexo

La evolución de la población se refleja en la forma de una pirámide poblacional. En décadas anteriores, esta población presentaba una base ancha y vértice angosto. Desde

el censo 2007, la base se ha ido reduciendo y mostrando un ensanchamiento progresivo. El censo 2017 presenta una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en los centros, que da cuenta de un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Asimismo, se observa mayor proporción en la población adulta mayor. Al comparar los censos 2007 y 2017, decrece la población comprendida en el grupo de edad de 0 a 24 años, esta reducción se aprecia principalmente en la población de 0 a 4 años mostrando una marcada reducción de la natalidad. Se observa también un decrecimiento considerable en el grupo de edad de 10 a 14 años. Mientras que el grupo de 25 a 29 años de edad presenta similar proporción en la estructura. A partir del grupo de 30 a 34 años de edad, se observa un incremento progresivo de la población, tanto de hombres como de mujeres, lo que indica que existe un aumento de las personas en edad de trabajar. En el grupo comprendido de 50 a 54 años, el incremento tanto de hombres como el de mujeres es ligeramente mayor al de los demás grupos.

2007 Y 2017								
Grupos de edad	Población censada						Índice de masculinidad	
	Total		Hombre		Mujer		2007	2017
	2007	2017	2007	2017	2007	2017		
Total	1 268 441	1 172 697	633 332	578 383	635 109	594 314	99,7	97,3
Menores de 1 año	20 781	15 907	10 588	8 201	10 193	7 706	103,9	106,4
1 a 4 años	100 975	73 755	51 641	37 158	49 334	36 597	104,7	101,5
5 a 9 años	133 848	97 800	67 948	50 291	65 900	47 509	103,1	105,9
10 a 14 años	148 454	104 816	76 491	53 206	71 963	51 610	106,3	103,1
15 a 19 años	130 358	104 463	66 343	52 100	64 015	52 363	103,6	99,5
20 a 24 años	114 931	102 337	57 307	50 462	57 624	51 875	99,4	97,3
25 a 29 años	101 802	94 402	50 166	46 467	51 636	47 935	97,2	96,9
30 a 34 años	87 137	88 465	42 471	43 050	44 666	45 415	95,1	94,8
35 a 39 años	81 137	82 850	39 116	40 351	42 021	42 499	93,1	94,9
40 a 44 años	70 839	77 327	35 395	37 569	35 444	39 758	99,9	94,5
45 a 49 años	59 533	66 987	29 347	32 372	30 186	34 615	97,2	93,5
50 a 54 años	49 646	60 954	24 652	29 956	24 994	30 998	98,6	96,6
55 a 59 años	41 337	50 385	20 398	24 639	20 939	25 746	97,4	95,7
60 a 64 años	35 584	42 711	17 309	20 870	18 275	21 841	94,7	95,6
65 a 69 años	28 382	35 492	13 575	17 282	14 807	18 210	91,7	94,9
70 a 74 años	24 248	29 278	11 683	13 967	12 565	15 311	93,0	91,2
75 a 79 años	18 619	20 337	9 202	9 300	9 417	11 037	97,7	84,3
80 a 84 años	10 398	14 281	4 832	6 598	5 566	7 683	86,8	85,9
85 y más años	10 432	10 150	4 868	4 544	5 564	5 606	87,5	81,1

Figura 41 Censos de Población 2007 y 2017 (fuente: INEI)

Composición de la población por edades

Según el censo 2017, el 24,9% de la población es menor de 15 años de edad, que en cifras relativas ha venido disminuyendo con respecto a los censos anteriores. En 1993,

este porcentaje fue 39,5% y en 2007, el 31,9%. La población de 15 a 64 años, que constituye la fuerza potencial de trabajo, aumentó de 54,4% en 1993, a 60,8% en el 2007 y a 65,8% en el 2017.

Asimismo, la población del grupo de 65 y más años de edad se incrementó en las últimas dos décadas, de 6,1% en 1993 pasó a 7,3% en el 2007 y a 9,3% en el 2017. Por sexo, desde el censo de 1993, la tendencia de la composición de la población por edad es similar al total del departamento.

PUNO: POBLACIÓN CENSADA, POR AÑOS CENSALES, SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 1993, 2007 Y 2017
(Absoluto y porcentaje)

Sexo y grupos de edad	1993		2007		2017	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	1 079 849	100,0	1 268 441	100,0	1 172 697	100,0
0 a 14 años	426 974	39,5	404 058	31,9	292 278	24,9
15 a 64 años	587 385	54,4	772 304	60,8	770 881	65,8
65 y más años	65 490	6,1	92 079	7,3	109 538	9,3
Hombre	535 830	100,0	633 332	100,0	578 383	100,0
0 a 14 años	218 818	40,8	206 668	32,6	148 856	25,7
15 a 64 años	285 959	53,4	382 504	60,4	377 836	65,4
65 y más años	31 053	5,8	44 160	7,0	51 691	8,9
Mujer	544 019	100,0	635 109	100,0	594 314	100,0
0 a 14 años	208 156	38,3	197 390	31,1	143 422	24,1
15 a 64 años	301 426	55,4	389 800	61,4	393 045	66,2
65 y más años	34 437	6,3	47 919	7,5	57 847	9,7

Figura 42 Censos de Población 1993, 2007 y 2017(fuente: INEI)

3.2.2 Datos según el INEI (Perú: Enfermedades no transmisibles y Trasmisibles)

3.2.2.1 Datos a nivel Nacional

Según los datos del INEI en el Libro Perú: Enfermedades no transmisibles y Trasmisibles (INEI, 2017) A nivel nacional en el Perú, una gran proporción de personas inicia tempranamente el consumo de bebidas alcohólicas. En escolares de secundaria, la edad promedio del primer consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años de edad.

En las personas de 15 y más años de edad, la edad promedio de inicio de consumo de al menos un vaso o copa de bebida alcohólica fue de 19,0 años. Según sexo, la edad

promedio de inicio entre hombres es de 17,9 años, mientras que en las mujeres el inicio de este patrón de consumo ocurre en promedio a los 20,0 años de edad.

Gráfico Perú: edad

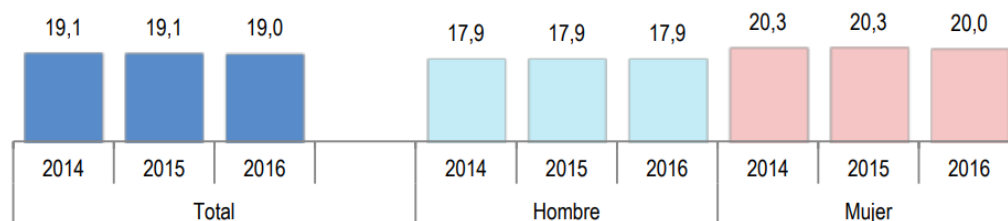


Figura 43 Edad promedio de inicio de consumo (Fuente: INEI)

Según ámbito de residencia, la edad promedio de inicio es bastante similar en el área urbana (18,7 años) y rural (19,5 años).

Cuadro comparativo de consumo 2014-2016

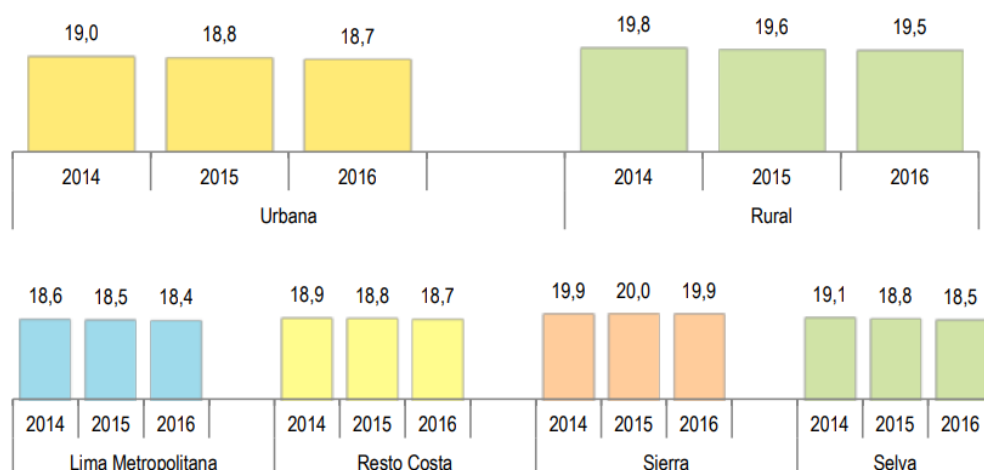


Figura 44 Consumo de alcohol en el área urbana y rural (Fuente: INEI)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. La edad de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica tiende a ser más tardía entre aquellos con educación primaria o menos (20,7 años), así como entre los pertenecientes al quintil inferior de bienestar (19,7 años).

Cuadro comparativo de inicio de consumo según el grado de instrucción 2014-2016

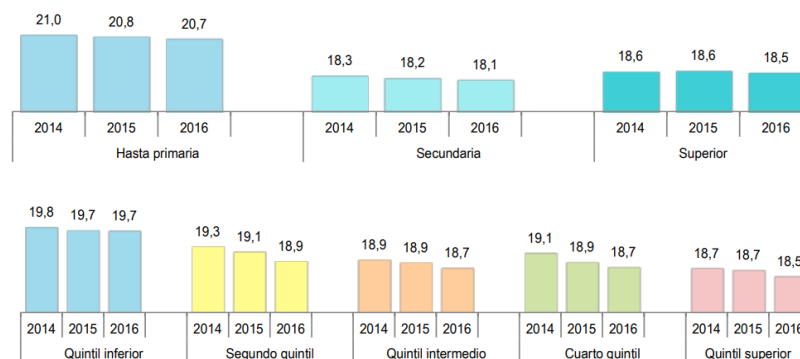


Figura 45 Edad de inicio de consumo según el nivel de educación (fuente: INEI)

Por regiones, la edad promedio de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica fue más tardía en Puno (21,5 años), Huancavelica (20,5 años), Ayacucho (19,9 años), Cajamarca, Huánuco y Áncash (19,5 años en cada caso). En contraste, el inicio temprano de este patrón de consumo ocurre en promedio a los 17,9 años de edad en Piura.

Cuadro comparativo de inicio de consumo a nivel de regiones del Perú por edad

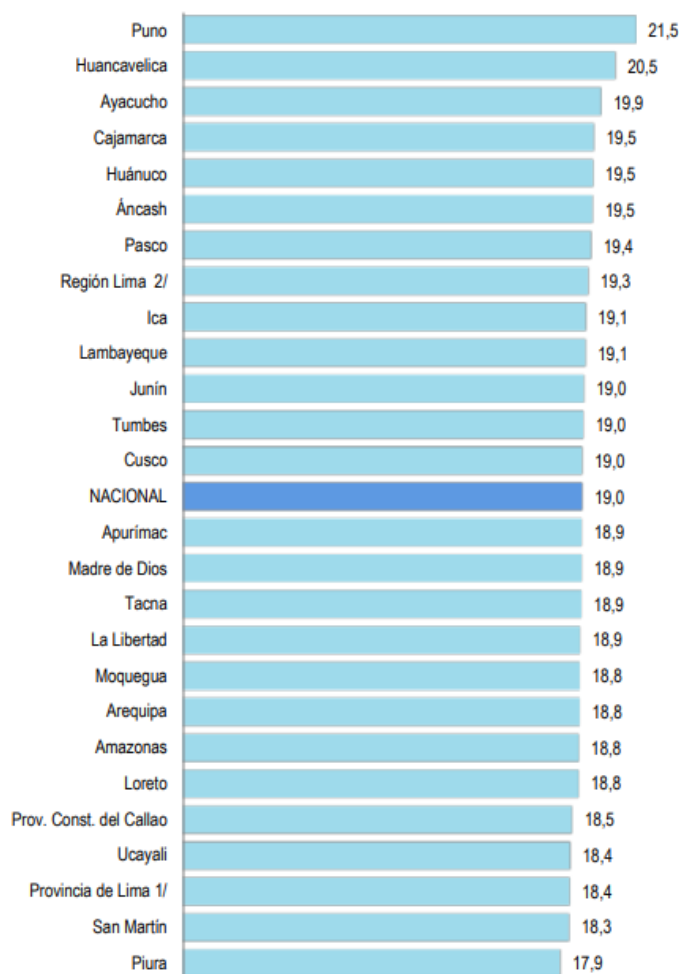


Figura 46 Edad promedio de inicio de consumo de bebida alcohólica según región

En las estadísticas a nivel regional, Puno consume la cuarta parte de la cerveza, que se consume en el todo el Perú, nuestra región consume unas 900 mil cajas de cerveza en forma mensual, que, multiplicadas por 12 botellas y 620 centímetros cúbicos, luego dividido entre el millón 250 mil habitantes que tiene Puno, hacen un consumo de 8 botellas, ó 5.35 litros de cerveza por persona, mensuales. Si la población nacional bordea los 30 millones de habitantes (100%), y la región Puno tiene un millón 250 mil habitantes (4%), en promedio cada habitante de Puno consume 5 veces más cerveza que el resto de habitantes del Perú.

3.2.2.2 Datos a nivel Provincial

Gráfico del incremento en el consumo de bebidas alcohólicas en la provincia, según los datos del INEI, se registró el siguiente en el año 2014,2015 y el 2016

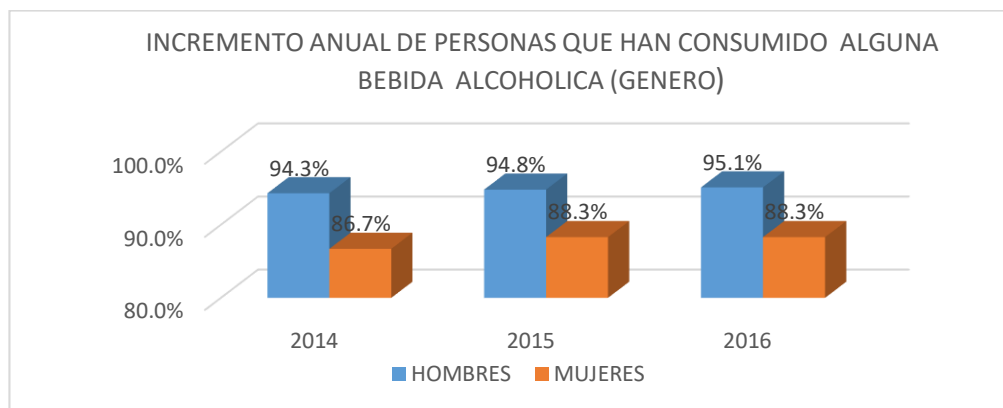


Figura 47 Incremento anual de personas que consumen alcohol (Fuente: INEI)

Esta grafica representa el incremento de anual por genero de las personas mayores a 15 años que dicen haber consumido alguna bebida alcohólica, alguna vez en su vida.

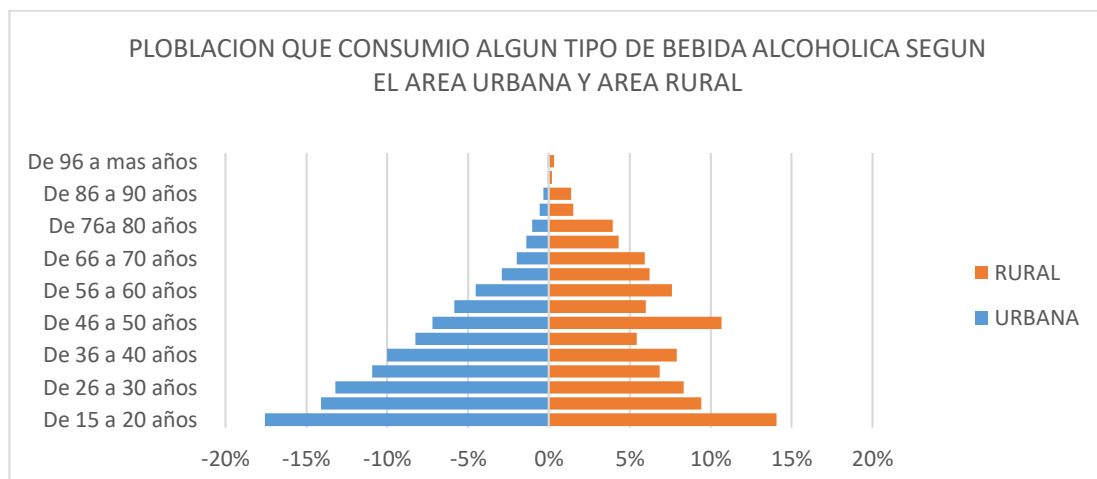


Figura 48 Consumo de alcohol por áreas (Fuente: INEI)

En esta grafica podemos ver los resultados y las diferencias en el consumo de alcohol por edades en la zona urbana y en la zona rural de personas que dicen haber consumido alguna bebida alcohólica.

Grafico por áreas urbano y rural de la población que ha consumido algún tipo de bebidas alcohólicas y las que no han consumido algún tipo de bebidas alcohólicas.

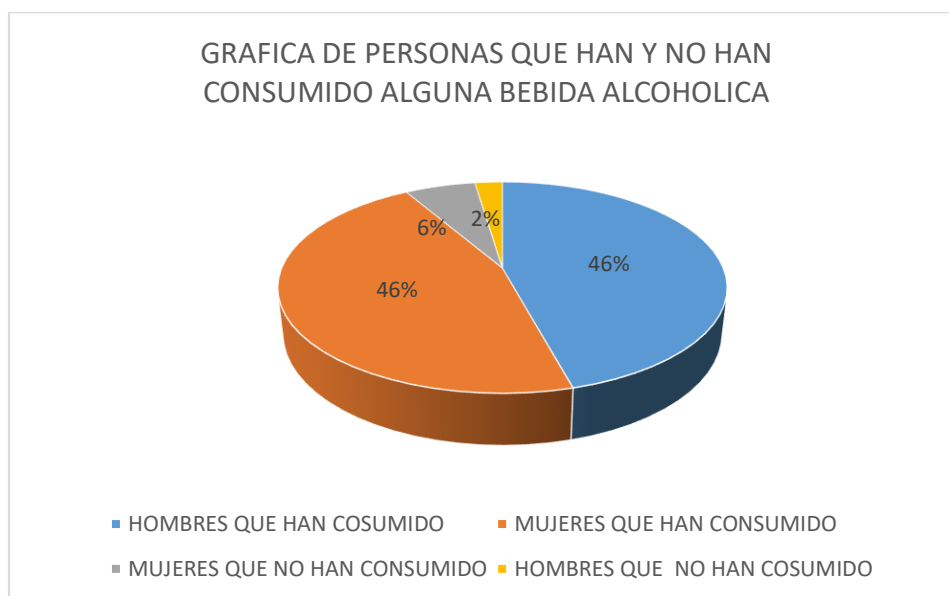


Figura 49 Personas que consumen y no consumen alcohol (Fuente: INEI)

Tabla 6

Población de consumidores y no consumidores de bebidas alcohólicas

	POBLACIÓN	
	HOMBRES	MUJERES
Población que ha consumido	47,901	47,498
Población que no ha consumido	2,468	6,294
Población total 2017	50,369	53,792

Resultados de personas mayores de 15 años analizados por consumidores y no consumidores (Fuente: INEI)

3.2.3 Datos de la Municipalidad Provincial de Puno en convenio con DEVIDA

La Municipalidad para trabajar en el ámbito comunitario, también para dar oportunidad, asesoría y atención a los jóvenes que no tienen acceso a la a los servicios básicos con el Programa DEVIDA hizo una encuesta sobre el consumo de Drogas Legales

e Ilegales donde se le considera al alcoholismo uno de los Problemas que a continuación se detalla. Según el diagnóstico sobre el consumo de drogas en el distrito de Puno a cargo de la municipalidad de Puno en convenio con DEVIDA realizado el 2016 obtuvieron la siguiente información:

3.2.3.1 Casos Registrados de Consumo por Tipo de Droga

Según el tipo de drogas que mayor prevalencia de consumo tiene la población antes descrita vemos que el alcohol como droga social es la que tiene mayor incidencia con el 74% seguida de los inhalantes con el 22% y por ultimo está el consumo de marihuana, así mismo como ya lo habíamos mencionado la iniciación del consumo de drogas es a muy temprana edad y la droga de mayor consumo es el alcohol, esto debido a la existencia de factores múltiples que empujan a la población juvenil y adolescente a entrar en este círculo de consumo y porque no hay quien vigile el expendio del mismo a menores de edad.

Tabla 7

Según el tipo de droga

DROGAS	Año 2015		DROGAS	Año 2016	
	FRECUENCIA TOTAL	%		FRECUENCIA TOTAL	%
Marihuana	1	3%	Marihuana	1	4%
Inhalantes	0	0%	Inhalantes	5	22%
Pasta Básica	0	0%	Pasta Básica	0	0%
Clorhidrato de Cocaína)	0	0%	Clorhidrato de Cocaína)	0	0%
Otros (Alcohol)	31	97	Otros (Alcohol)	17	74%

Fuente: MPP Diagnóstico sobre el consumo de drogas en el distrito de Puno a cargo de la municipalidad de Puno en convenio con DEVIDA realizado el 2016.

3.2.3.2 Presencia de Centros de Diversión Nocturna

Frente a la presencia de locales de diversión nocturna el 40.2% refiere que si existen centros de diversión nocturna en sus zonas mientras que el 53.6% menciona que no. Así mismo se muestra los centros de diversión nocturna y sus ubicaciones.

Tabla 8

Ubicación de los Centros de Diversión Nocturna

Centros de diversión	Ubicación
Discotecas, Salsodromos y Pubs	Av. Floral av. Simón bolívar, Jr. Los claveles, av. Costanera, Jr. Villa el sol, jr. Los cipreses, Jr.JMM, JR AYACUCHO, Av. Ejército, Jr. Carlos Dreyer, Av. Costanera, Av. Panamericana, Jr. Jorge Basadre Jr. Abolera, Jr. Melgar
Cantinas	Jr. Cañete, Av. Costanera, Jr. Villa el sol, Jr. Villa del lago, Av. Circunvalación, Av. Juliaca, Jr. Lima Jr. Breña, Barrio Manto, Ubr. Santa Rosa, Jr. Ciudad de la paz, Av. Santa Rosa, Jr. Chacarilla, Jr. Nazca, Jr. 4 de Noviembre, Jr. Leoncio Prado, Av. Floral, Jr. Alto Alianza, Av. La torre
Nigth Clubs	Jr. Cañete, Jr. Ayacucho, Av. Floral. Jr. Cañete, Jr. Ayacucho, km. Cuatro y medio, Km. Cinco y medio salida a desagadero
Lugares de venta de Alcohol	Jr. Los cipreses, Av. Circunvalación, Barrio Huáscar, Av. El Ejército, Jr. Breña, Jr. América, Jr. Machupicchu, Jr. Viru, Av. Ejército, Jr. Leoncio Prado, Jr. Cristóbal Colon, Jr. 4 de Noviembre, Jr. Carlos Dreyer , Jr. Huancayo, Av. floral, Av. La Torre, Jr. 1 de Mayo, Parque Cesar Vallejo, Jr. José Antonio Encinas, Alrededores de Barrio, Jr. Huancayo, Jr. Bellavista, Jr. Jorge Basadre, Cristóbal colon, Jr. Carlos Dreyer, Jr. José de San Martín, Jr. Huancayo, Jr. José Antonio Encinas, Jr. Huancayo

Fuente: MPP Encuesta sobre Percepción del Consumo de Alcohol

3.2.3.3 Presencia de Centros de Tratamiento y Rehabilitación en la zona

En relación a la existencia de centros de rehabilitación y tratamiento el 92.2% dan como respuesta la no existencia de estos centros y el 7,8% menciona que si, como se observa el nivel de conocimiento sobre centros de rehabilitación o tratamiento es muy bajo esto debido a la falta de difusión de los centros que tiene la labor de prevención.

Tabla 9

Tabla de tratamiento y rehabilitación

RESPUESTA	CASOS	FRECUENCIA	
		TOTAL	%
Si	1027	80	7,8%
No	1027	947	92,2%

Fuente: MPP, Encuesta sobre Percepción del Consumo de Alcohol

3.2.3.4 Motivos por lo que una Persona Consume Alcohol

En cuanto a las causas del consumo de alcohol el 52.4% responde que la principal causa es por problemas familiares, estos se pueden entender como el abandono familiar, violencia familiar entre otros, mientras que el 21% mención como posible causa las decepciones amorosas, el 16.7% refiere que los problemas sociales son otra causa y finalmente el 9.4% una causa poco notada es la curiosidad.

Tabla 10

Motivos para Consumir Alcohol

MOTIVOS DE CONSUMO DE ALCOHOL	CASOS	FRECUENCIA	
		TOTAL	%
Problemas Familiares	1027	538	52,4%
Decepción	1027	216	21,0%
Problemas Sociales	1027	171	16,7%
Curiosidad	1027	97	9,4%

Fuente: MPP, Principales motivos de Consumo de Alcohol

3.2.3.5 Motivos por lo que una Persona No Consume Alcohol

Entre las principales causas o motivos por lo que una persona no consumiría el alcohol se encuentra una buena educación con el 29.7%, luego con el 26.7% se encuentra el buen entorno familiar, el 21.5% refiere que no consumirán por los daños a la salud que estas provocan y finalmente el 7.6% menciona haber sido orientado en cuanto a prevención.

Tabla 11

Principales Motivos para Consumir Alcohol

MOTIVOS DE NO CONSUMO DE DROGAS	CASOS	FRECUENCIA	
		TOTAL	%
Buena Educación	1027	305	29,7%
Buen Entorno Familiar	1027	274	26,7%
Prevención de Consumo	1027	78	7,6%
Daño a la Salud	1027	221	21,5%

Fuente: MPP, Principales motivos de No Consumo de Alcohol

3.2.4 Datos del Diario los Andes

Según una encuesta hecha por el diario los Andes el 81% de los varones entrevistados consumen alcohol de manera excesiva, mientras que el 77% de las mujeres también

consumen alcohol de manera excesiva. Asimismo, el estudio revela que el 65.98% de la población entrevistada señaló beber alcohol rara vez, mientras que el 21.36% señaló que su consumo de alcohol es poco frecuente. Un 3.79% dijo consumir alcohol con frecuencia, el 0.17% dijo hacerlo de forma diaria, mientras que el 8.70% dijo no haber consumido nunca alcohol.

Por otro lado, en el 2015 el diario los andes desarrollo una encuesta de la cual obtuvimos los siguientes resultados.

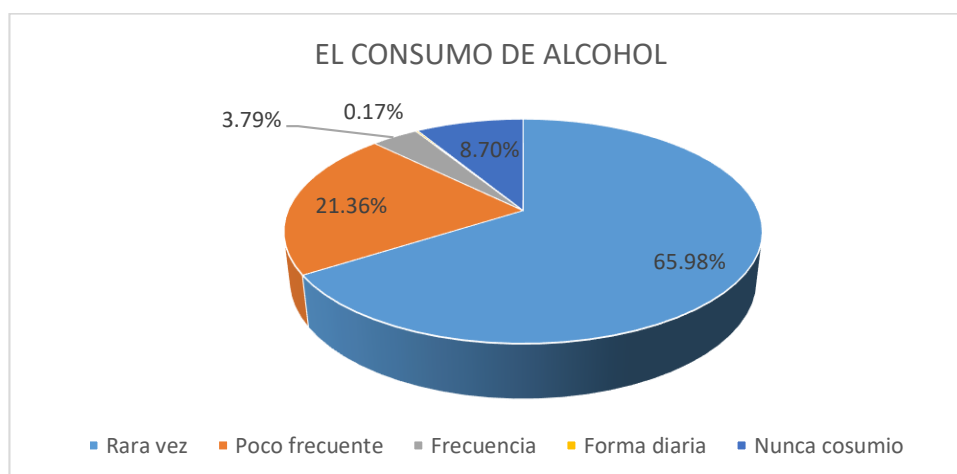


Figura 50 Consumo de bebidas alcohólicas en Puno (fuente: Diario los Andes)

Tabla 12

Consumo de alcohol en la provincia de Puno

PROVINCIA DE PUNO	TOTAL	Diario los Andes				
		Rara vez	Poco frecuente	Frecuencia	Forma diaria	Nunca consumió
EDADES		66.0%	21.4%	3.8%	0.2%	8.7%
De 15 a 20 años	14,469	9,547	3,091	548	25	1,259
De 21 a 27 años	17,937	11,835	3,831	680	30	1,561
De 28 a 60 años	58,220	38,414	12,436	2,207	99	5,065
De 61 a más años	13,535	8,930	2,891	513	23	1,178
Población total 2017	104,161	68,725	22,249	3,948	177	9,062

Fuente: Diario lo Andes, representación del consumo de alcohol

El 70% de los entrevistados varones dijo haber iniciado el consumo de alguna bebida alcohólica desde los 12 años de edad, mientras que en el caso de las mujeres el 50% dijo haber iniciado el consumo de alcohol a los 20 años. Mientras que, en la ciudad de Puno en festividades como la de la Virgen de la Candelaria, las tiendas, calles y cantinas, están repletas de personas que ingieren bebidas alcohólicas, siendo vistos por

los niños, jóvenes como algo normal algo que es parte de nuestra costumbre. A continuación, realizamos los gráficos de los casos según las noticias relacionadas al consumo excesivo de alcohol en el 2017 tales como accidentes de tránsito, intoxicaciones, hipotermia, casos de muerte por intoxicación:

Grafica de accidentes de tránsito por personas en estado de ebriedad

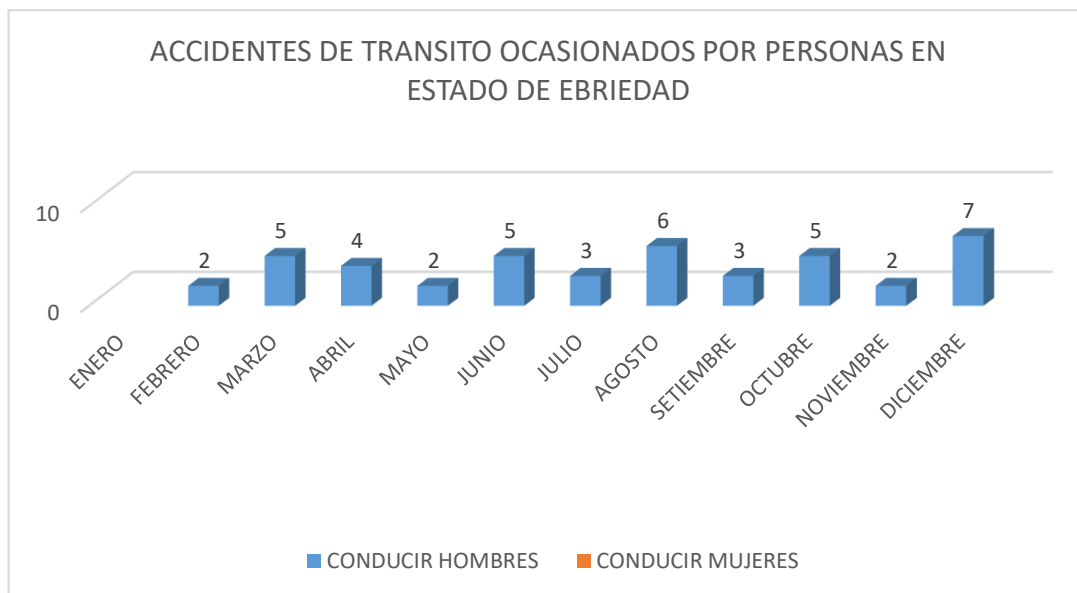


Figura 51 Accidentes de tránsito en estado de ebriedad (Fuente: Propia)

Grafica de intoxicación de personas en estado de ebriedad

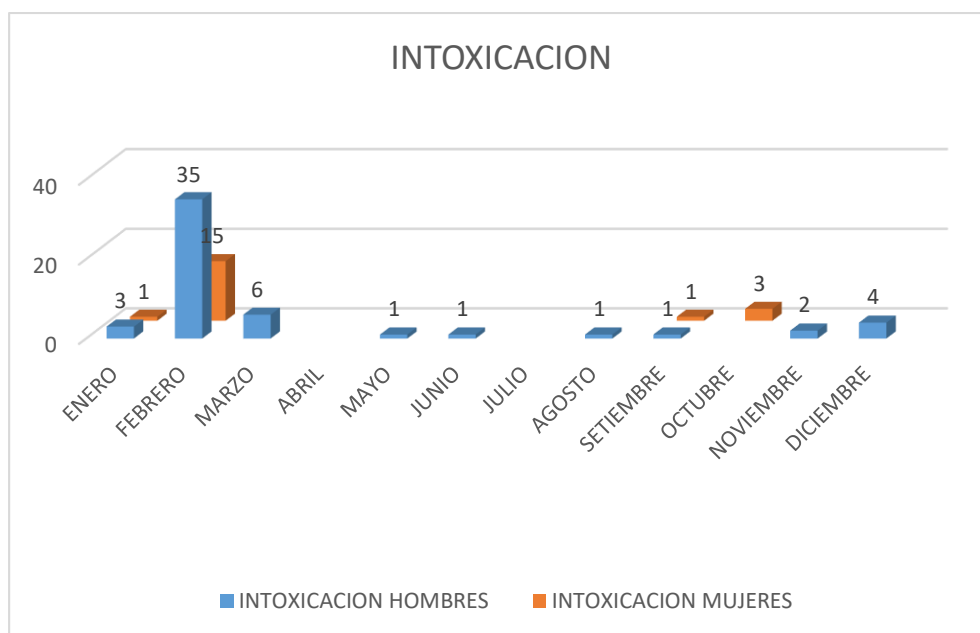


Figura 52 Intoxicación (Fuente: Propia)

Grafica de hipotermia de personas en estado de ebriedad

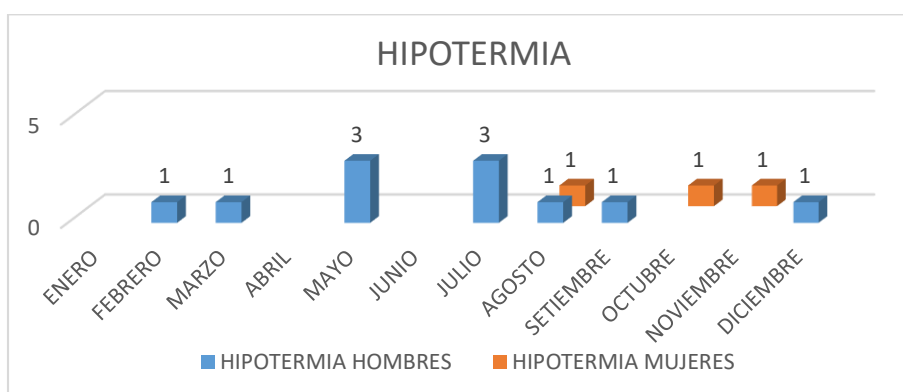


Figura 53 Hipotermia (Fuente: Propia)

Grafica de muertes de personas en estado de ebriedad

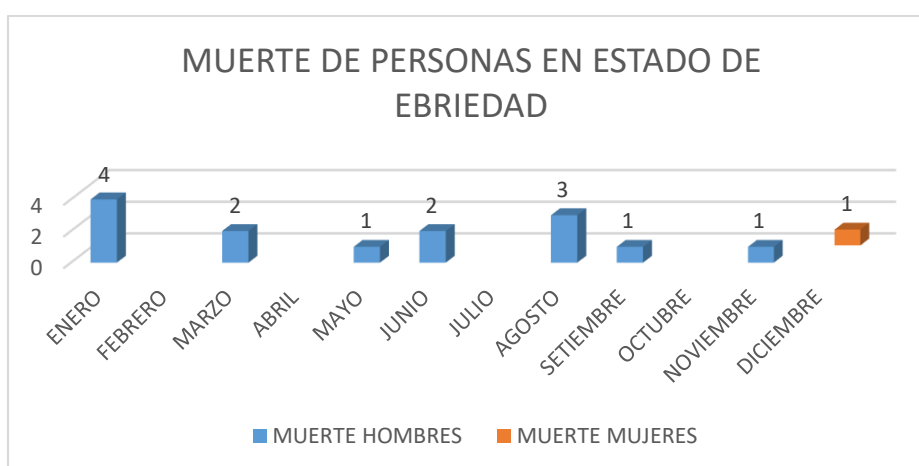


Figura 54 Muerte de personas en estado de ebriedad (Fuente: Propia)

Grafica de grescas de personas en estado de ebriedad

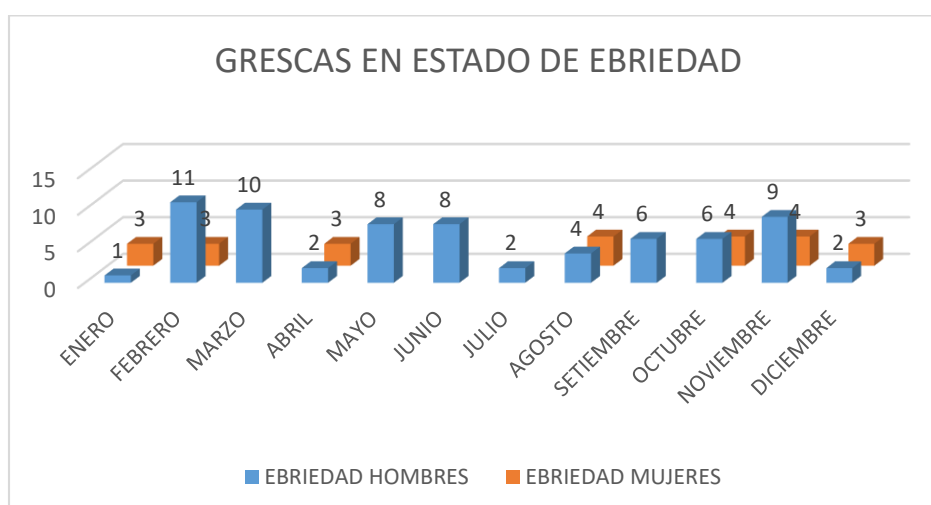


Figura 55 Grescas en estado de ebriedad (Fuente: Propia)

Grafica de incidentes de personas en estado de ebriedad

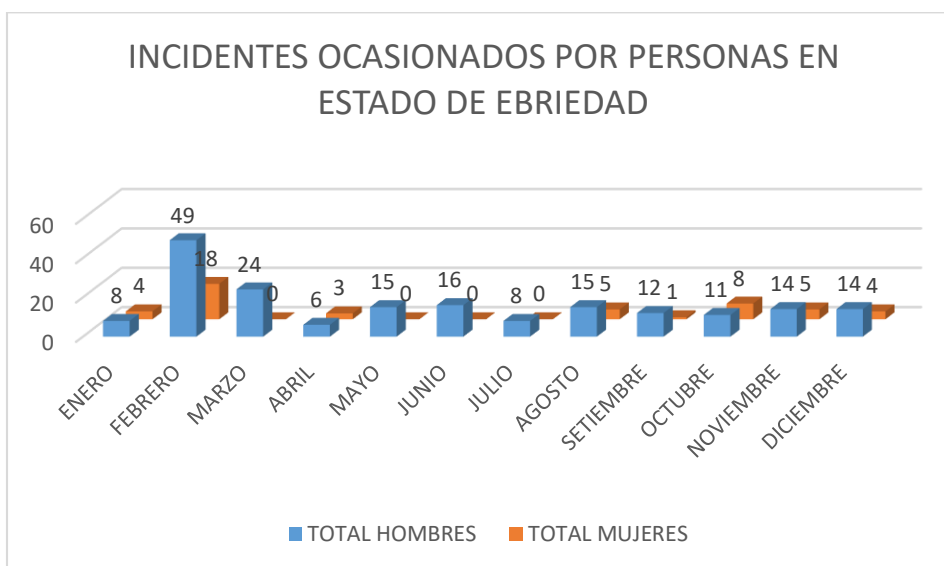


Figura 56 Incidentes en estado de ebriedad (Fuente: Propia)

Esto nos muestra cómo nos estamos dejando llevar por aquello que ya parece una costumbre que no se necesita un motivo para tomar, sino que ya es costumbre excederse con el alcohol.

3.2.5 Datos del Hospital Manuel Núñez Butrón

Otros datos para ver en qué mes es que se consume más bebidas alcohólicas obtuvimos los datos facilitados por el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” por los casos de trastorno de consumo de alcohol que se presentaron en el 2015 y el 2016

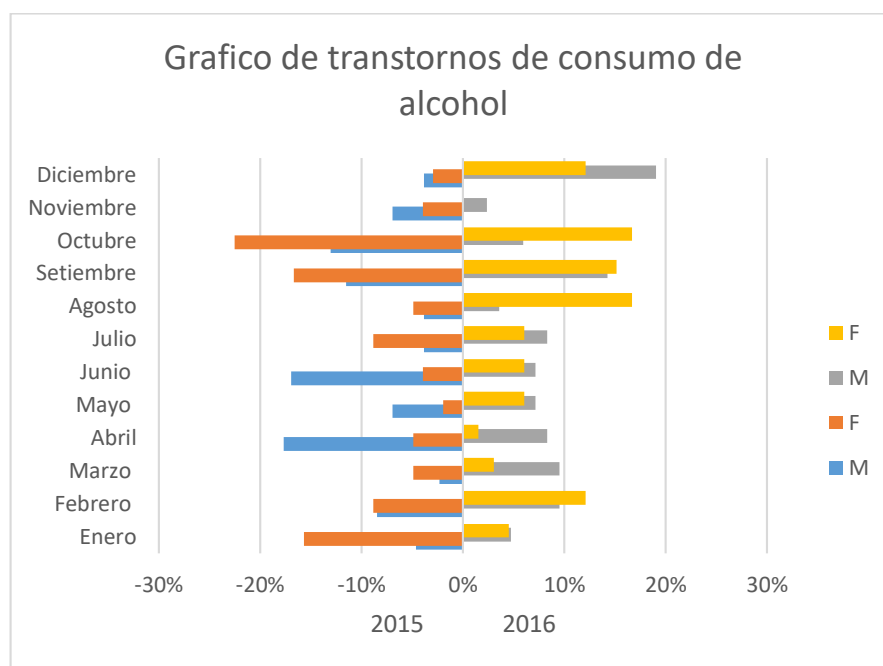


Figura 57 Incremento en el consumo de alcohol 2015 y 2016 (Fuente: Propia)

A lo largo del año se consume bebidas alcohólicas y se registran incidentes relacionados al consumo de alcohol en su mayoría casos de violencia, ingesta y accidentes de tránsito. Esto nos muestra cómo nos estamos dejando llevar por aquello que ya parece una costumbre que no se necesita un motivo para tomar, sino que ya es costumbre excederse con el alcohol y llegar incluso a dar espectáculos vergonzosos.

3.2.6 Datos de la Encuesta realizada

La encuesta fue realizada a personas mayores de 15 años. Consideramos las siguientes preguntas.

Para realizar nuestra encuesta consideramos la siguiente fórmula para determinar la cantidad de encuestados

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- n** = Tamaño de muestra buscado
- N** = Tamaño de la Población o Universo
- Z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)
- e** = Erro de estimación máximo aceptado
- p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)
- q** = (1 - p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z _{alfa}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Figura 58 Formula para el tamaño de la muestra (Fuente: web)

Tabla 13

Parámetros de la muestra

Parámetro	Valor
N	104,161
Z	1.280
P	50.00%
Q	50.00%
e	3.00%

Fuente: web, Parámetros y valores para la muestra

Calcular el tamaño de la muestra para una población de 104161 consumidores de bebidas alcohólicas “x” donde la investigación asigna un nivel de confianza al 95% y un

margen de error del 3% donde se desconoce la probabilidad “p” del evento. Donde obtuvimos como resultado “n” = 453 muestras y realizamos 455 encuestas.

3.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Población de la provincia de Puno, según el INEI que realizó el censo del 2017 tenemos la siguiente población mayor a 15 años.

Tabla 14

Población mayor a 15 años

DISTRITO DE PUNO EDADES	TOTAL	POBLACIÓN		TOTAL	URBANA		TOTAL	RURAL	
		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
De 15 a 20 años	14,469	7,299	7,170	14,011	7,068	6,943	458	231	227
De 21 a 27 años	17,937	8,978	8,959	17,391	8,710	8,681	546	268	278
De 28 a 60 años	58,220	27,550	30,670	56,209	26,571	29,638	2,011	979	1,032
De 61 a más años	13,535	6,542	6,993	12,395	6,019	6,376	1,140	523	617
Población total	104,161	50,369	53,792	100,006	48,368	51,638	4,155	2,001	2,154

Fuente: INEI, Población mayor a 15 años

3.2.1 Motivo por el cual se inicia a consumir Bebidas Alcohólicas

Grafico del motivo por el cual se inicia a consumir bebidas alcohólicas. En la encuesta que realizamos obtuvimos los siguientes resultados:



Figura 59 Motivos de inicio de consumo por géneros (Fuente: Propia)

Grafico del motivo por el cual se inicia a consumir bebidas alcohólicas del total de la población.

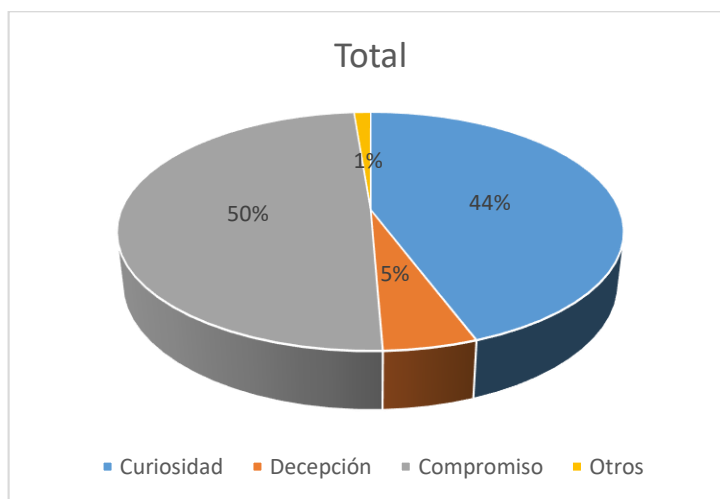


Figura 60 Motivo de inicio de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)

3.2.2 Entorno en el que se inicia a consumir bebidas alcohólicas

Grafico del entorno en el que se inicia a consumir bebidas alcohólicas por género según la encuesta que realizamos.

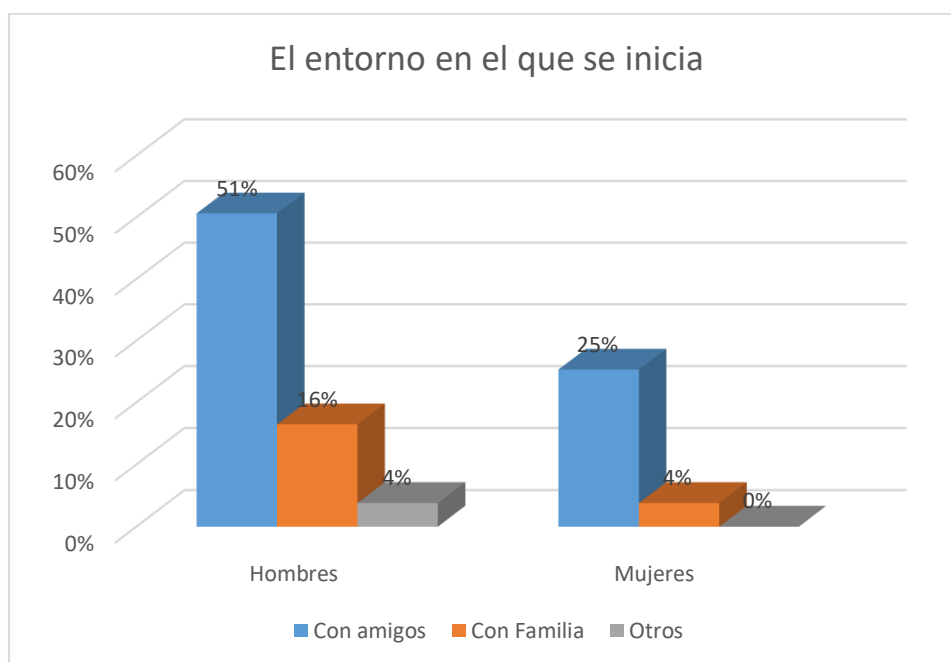


Figura 61 Entorno en el que se inicia a consumir por género (Fuente: Propia)

Grafico del entorno en el que se inicia a consumir bebidas alcohólicas del total de la población.

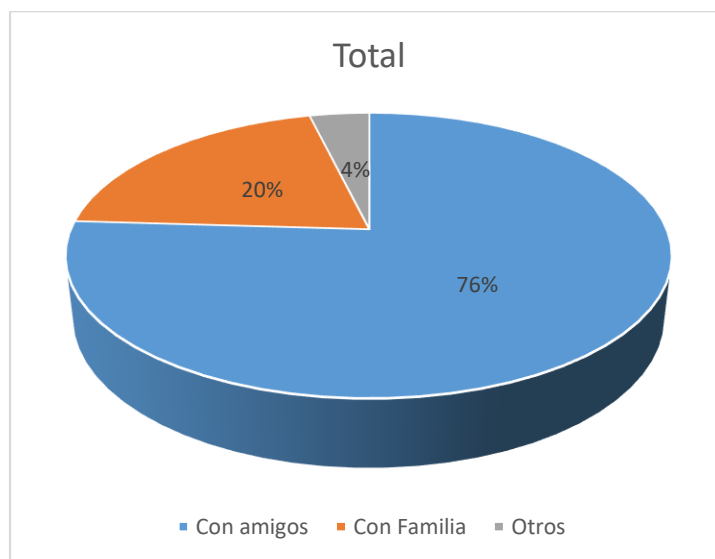


Figura 62 Entorno en el que se inicia a consumir (Fuente: Propia)

3.2.3 Motivo por el cual se consume bebidas alcohólicas

Grafico del motivo de consumo de bebidas alcohólicas por genero según la encuesta que realizamos.

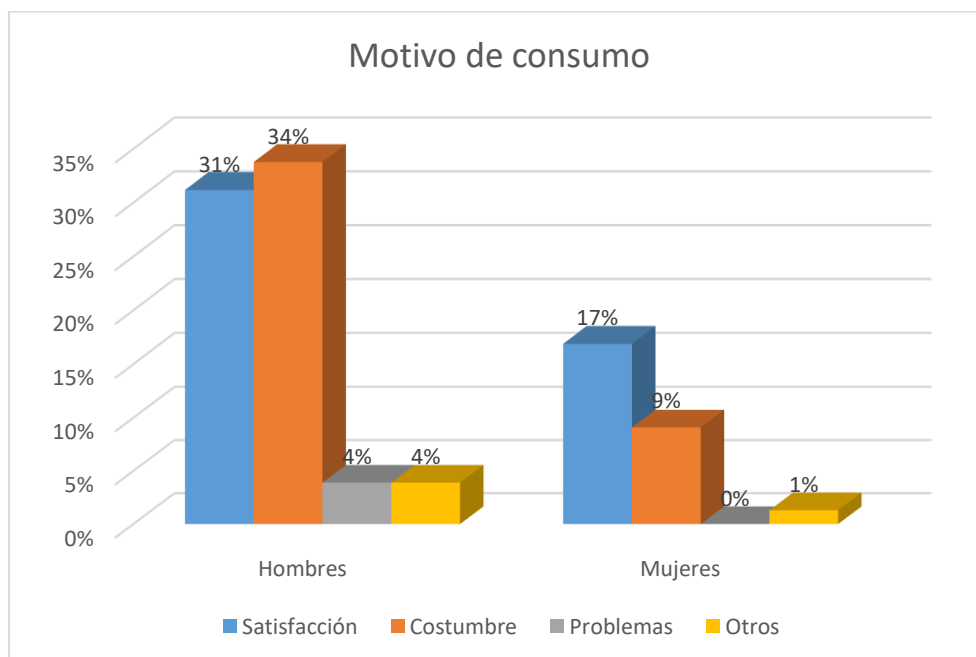


Figura 63 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas por género (Fuente: Propia)

Grafico del motivo de consumo de bebidas alcohólicas.

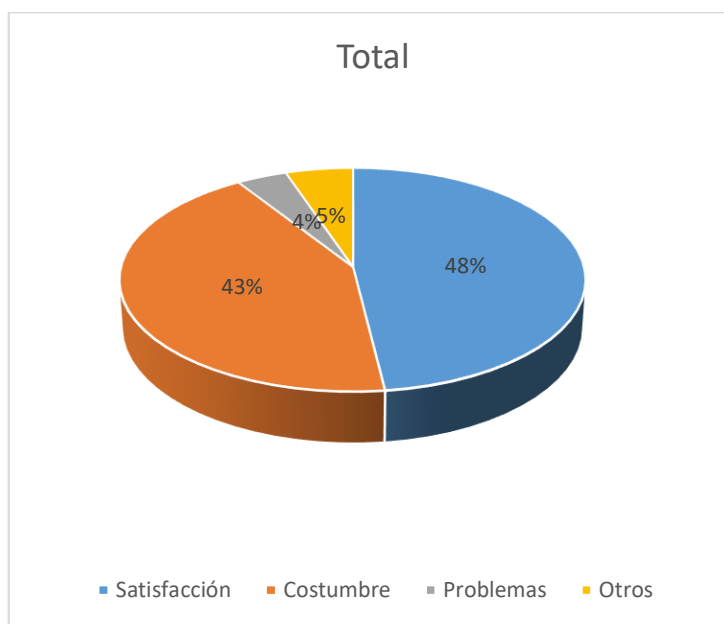


Figura 64 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)

3.2.4 Edad promedio en el que se inicia el consumo de bebidas alcohólicas

Gráfico de la edad promedio en la que empiezan a consumir bebidas alcohólicas por genero según la encuesta que realizamos.

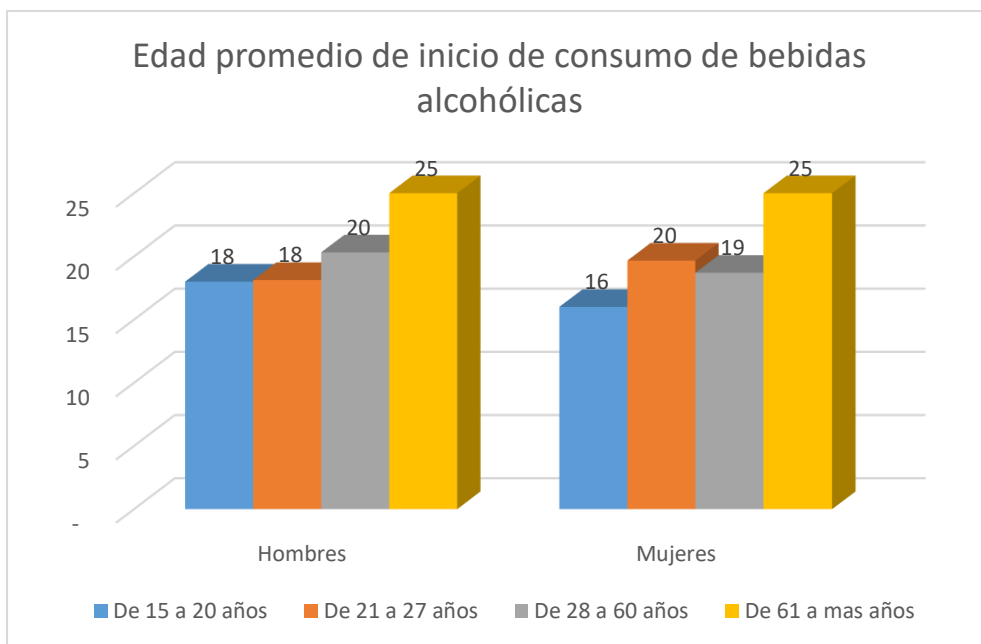


Figura 65 Edad promedio en la que se inicia el consumo (Fuente: Propia)

3.2.5 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Gráfico del motivo de consumo de bebidas alcohólicas por genero según la encuesta que realizamos.

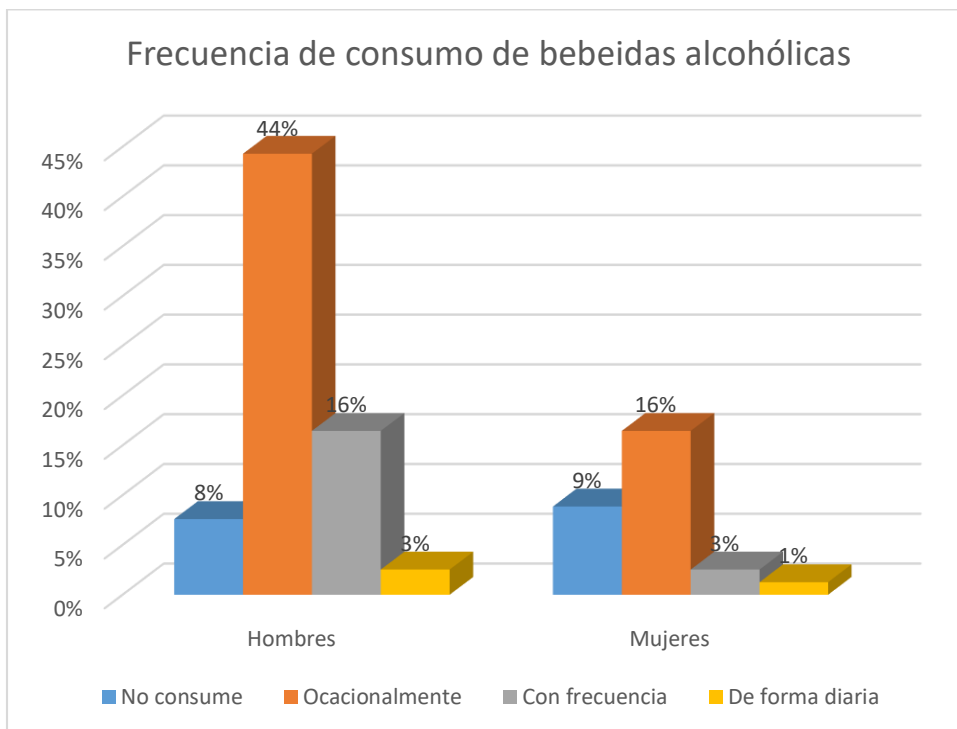


Figura 66 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)

Gráfico del motivo de consumo de bebidas alcohólicas hombres.

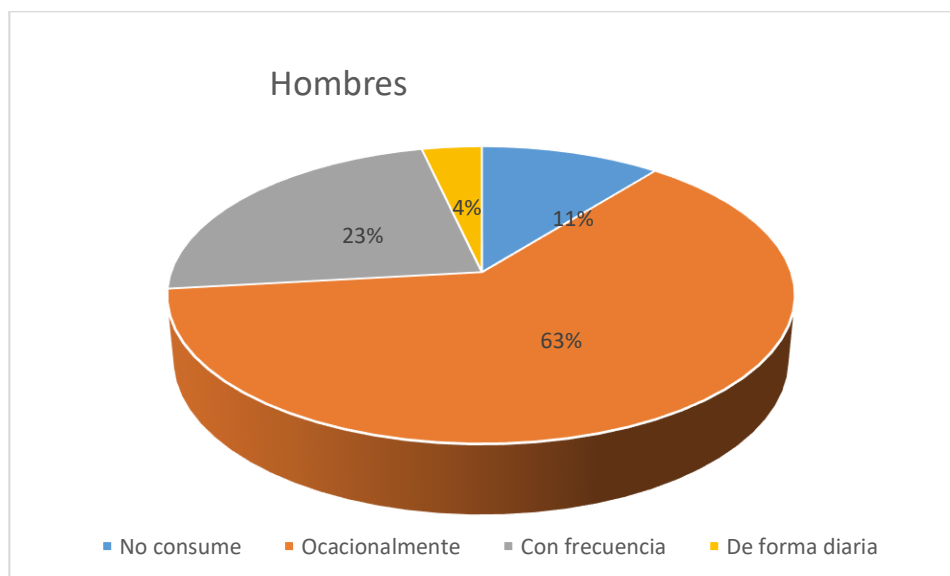


Figura 67 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas hombres (Fuente: Propia)

Gráfico del motivo de consumo de bebidas alcohólicas mujeres.

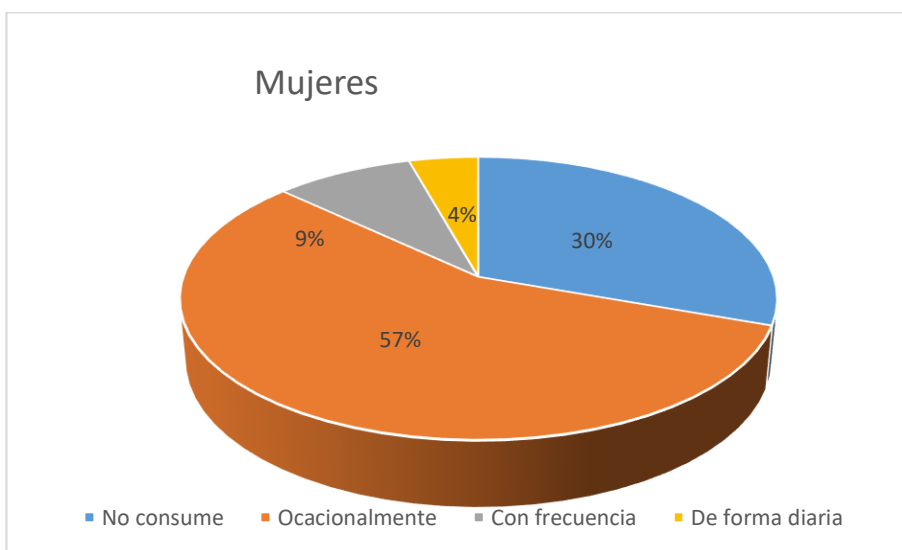


Figura 68 Motivo de consumo de bebidas alcohólicas mujeres (Fuente: Propia)

Gráfico del motivo de consumo de bebidas alcohólicas.

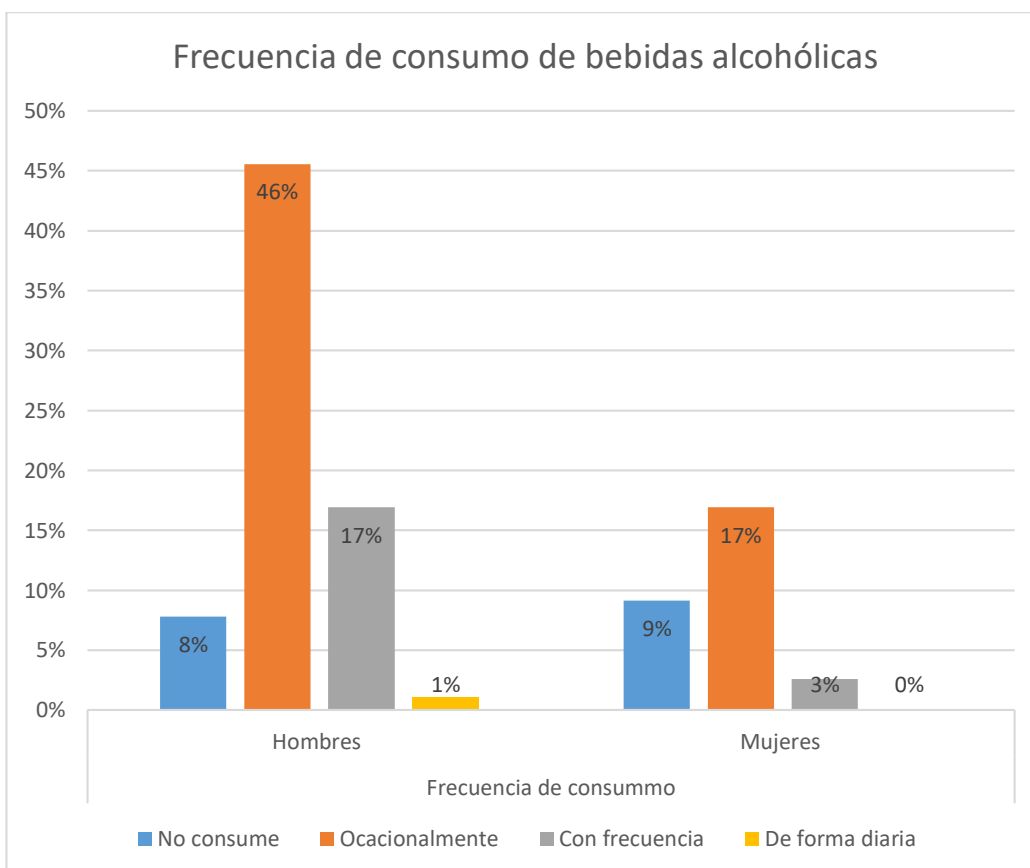


Figura 69 Frecuencia de consumo de hombres y mujeres (Fuente: Propia)

Tabla 15

Resumen de los datos obtenidos

Provincia de Puno	Total	Datos de la encuesta			
		No consume	Ocasionalmente	Con frecuencia	De forma diaria
Edades		17.06%	62.99%	19.69%	0.26%
De 15 a 20 años	14,469	2,468	9,114	2,848	38
De 21 a 27 años	17,937	3,060	11,299	3,531	47
De 28 a 60 años	58,220	9,933	36,674	11,461	153
De 61 a más años	13,535	2,309	8,526	2,664	36
Población total	104,161	17,770	65,613	20,504	273

Fuente: Propia, datos obtenidos de la investigación

En base a la encuesta el 62.99% consume alguna bebida alcohólica ocasionalmente, el 19.69% consume con frecuencia, 17.06% no consume y el 0.26% consume de forma diaria esto representa a 273 alcohólicos. De los resultados antes mencionados se ha considerado para la programación se han considerado tres áreas, la primera zona es la de prevención según nuestra encuesta al 99% le gustaría tener información sobre el alcoholismo y sus consecuencias, la segunda área es la de desintoxicación según nuestra encuesta el 45% ha estado bajo la influencia del alcohol en una situación en la que podría haber causado un accidente u otro daño y la tercera zona es la zona de rehabilitación, según nuestra encuesta el 18% conoce a personas que consumen de forma diaria.

3.3.6 Tipos de bebedores

Visitando los centros de apoyo en la ciudad de Puno encontramos 2 asociaciones formadas que trabajan de forma constante los Alcohólicos Anónimos lo cuales se reúnen de 2 a 6 personas en su mayoría hombres por lo que nos contaron rara vez asiste una mujer y entre las personas que deciden ir es porque han tocado fondo, han perdido todo lo que han tenido y dejan esa vida atrás en su mayoría son las personas que no recaen y logran salir de la enfermedad, por otro lado hay personas que son obligadas por la familia a rehabilitarse en su mayoría estas recaen y siguen en el vicio. Las edades entre los miembros de alcohólicos anónimos fluctúan entre 28 a 70 años. Son muy poco los casos de adolescentes.

Tabla 16

Resumen de los tipos de bebedores

Tipos de bebedores			
Bebedores sociales		0 a 3 vasos por mes	
	1° Fase	3 a 18 vasos por mes	
Pre alcohólicos	2° Fase	19 a 31 vasos por mes	8 botellas 5.35 litros
	3° Fase	32 a más vasos por mes	
Alcohólicos		vive para consumir	

Datos obtenidos de la Investigación (Fuente: Propia)

3.3.7 Zonas de consumo

Gráfico de zonas de consumo de bebidas alcohólicas según la encuesta realizada.

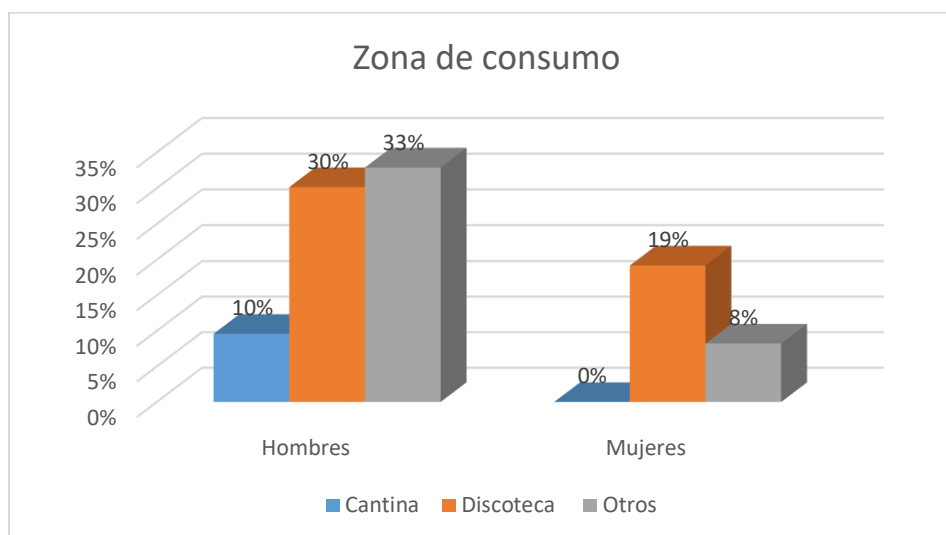


Figura 70 Zonas de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)

Asimismo, salimos a las calles y buscamos zonas donde encontramos mayor concentración de personas alcohólicas. En estas zonas se registra la mayor cantidad de consumo de alcohol en la provincia de Puno durante el día y la noche ya que estas cantinas informales atienden las 24 horas y expenden bebidas a menores. Las noches se tornan peligrosas hay robos, asaltos y los vecinos cansados de ser testigos de espéttalos bochornosos, peleas callejeras protagonizadas por sujetos de dudosa reputación en muchos casos alcohólicos que son delincuentes. Estas cantinas informales en la mayoría de casos los encontramos disfrazados de tiendas o restaurantes, estas zonas. Se ubican en el siguiente grafico a fin de ilustrar con mayor precisión los resultados antes mencionados.

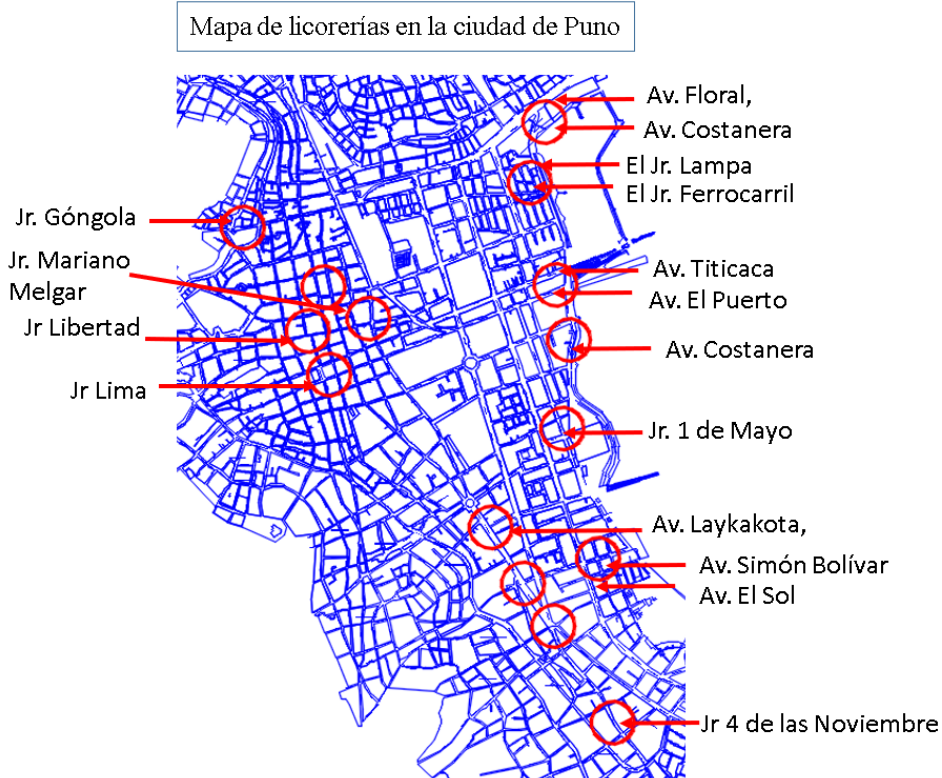


Figura 71 Zonificación de consumo de bebidas alcohólicas (Fuente: Propia)

Así mismo se muestra el siguiente grafico donde se registra mayor riesgo por personas que están libando alcohol.

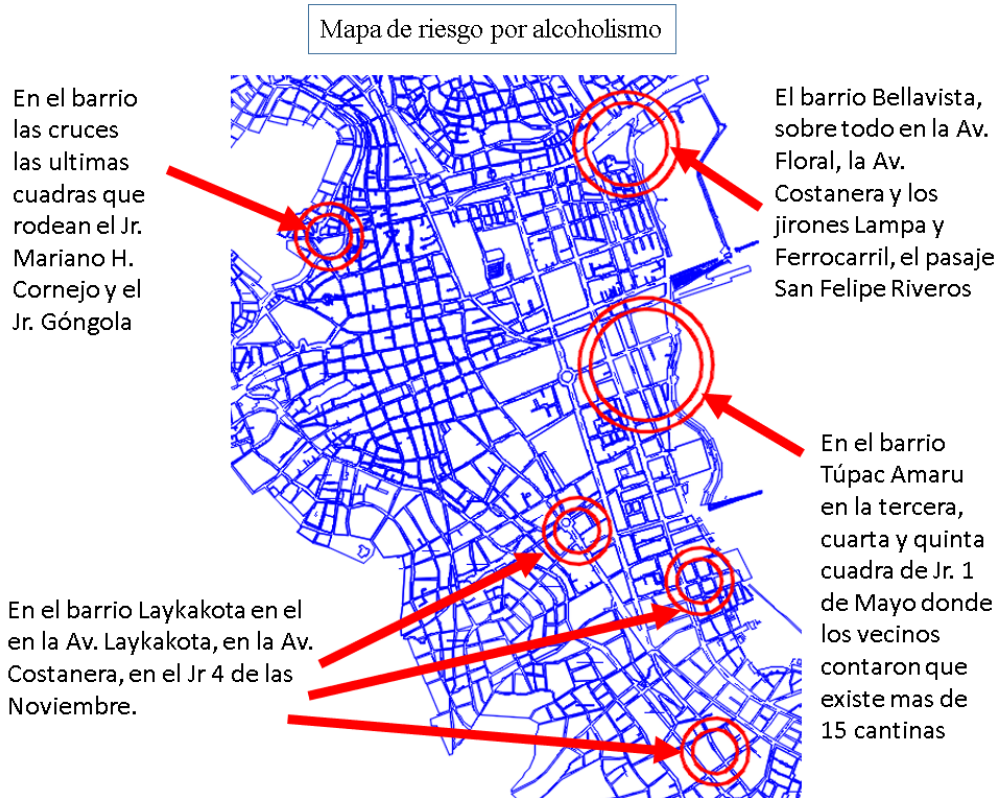


Figura 72 Mapa de riesgo por alcoholismo (Fuente: Propia)

Gráfico de las zonas donde se concentran las personas alcohólicas que están libando alcohol a vista y paciencia de la población.

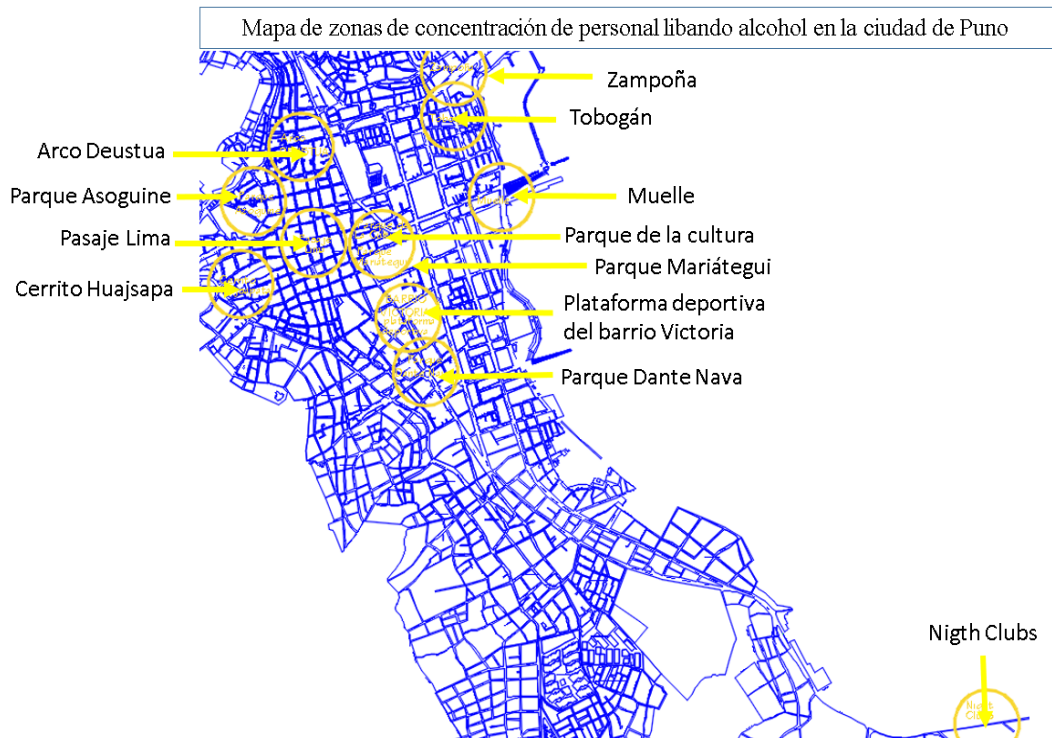


Figura 73 Zonas de concentración de alcohólicos (Fuente: Propia)

Gráfico del promedio de alcohólicos que podemos encontrar libando de un día.

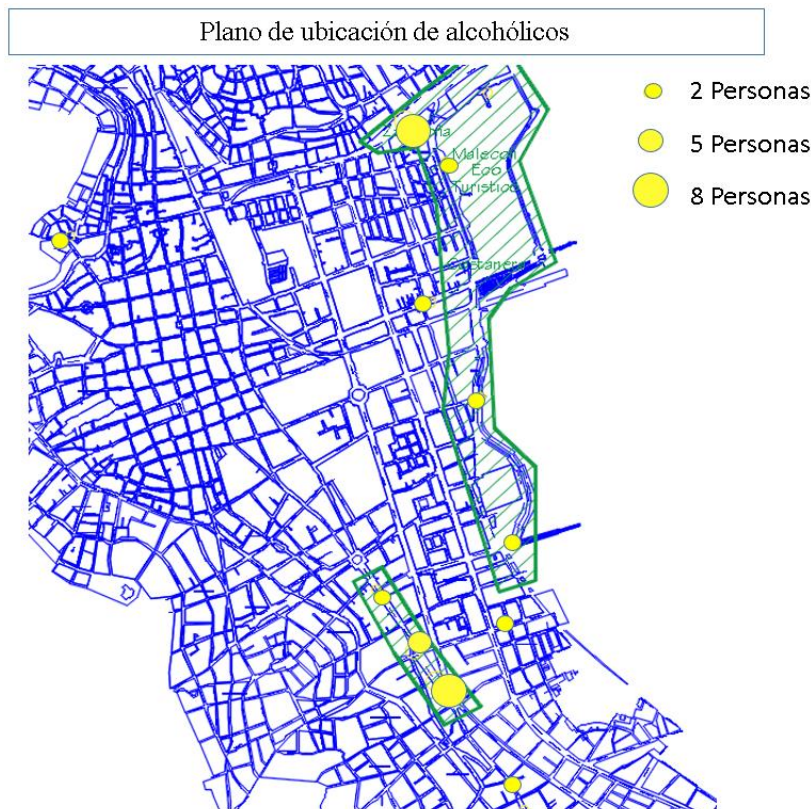


Figura 74 Lugares frecuentes donde liban alcohol (Fuente: Propia)

Imágenes de personas que siempre están constantemente bebiendo licor



Figura 75 Alcohólicos que están libando barrio Laykakota (Fuente: Propia)



Figura 76 Alcohólicos que están libando barrio Bellavista (Fuente: Propia)

Eventualmente tenemos un conjunto de actividades a lo largo del año festividades costumbristas algunas con carácter religioso, aniversarios de todo tipo de instituciones, celebraciones a nivel familiar y también tenemos las reuniones de fin de semana en algunos casos durante la semana donde prima el consumo de alcohol y afecta el equipamiento urbano, entre ellos tenemos:

- Arco Deustua.
- Cerrito de Huajsapata.
- Mirador Kuntur Wasi.
- Mirador Puma Uta.
- Malecón Ecoturístico Bahía de los Incas.
- Parque Manuel Pino.
- Cerró Cancharani.
- Parque de la Madre

- Parque de las Aguas
- Parque José Carlos Mariátegui
- Parque del Periodista
- Ovalo Ramón Castilla
- Parque San Román

3.3.8 Promedio de personas que salieron de la enfermedad

Gráfico de promedio de personas que han salido de la enfermedad en grupo y de forma individual

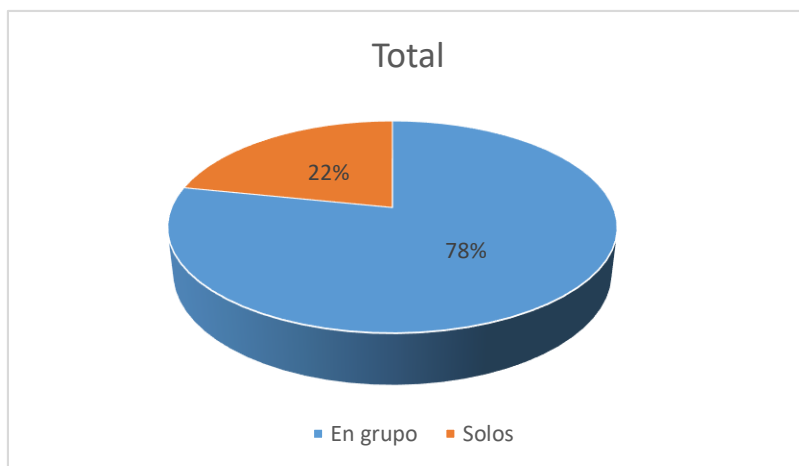


Figura 77 Personas que han salido de la enfermedad (Fuente: Propia)

Gráfico de promedio de personas que les gustaría un centro de rehabilitación y le gustaría obtener más información

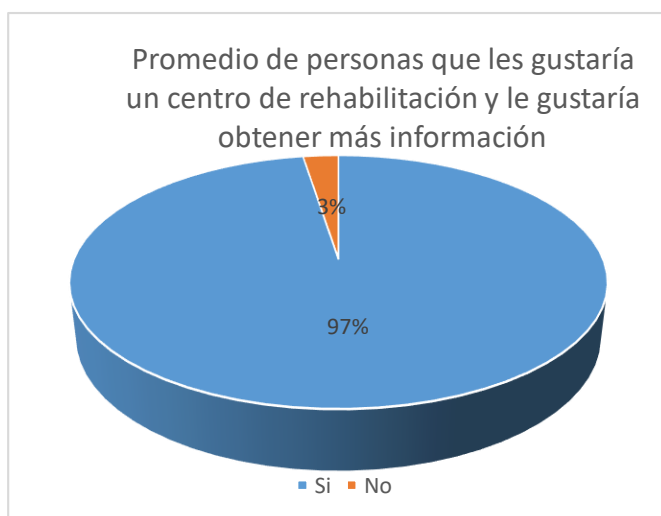


Figura 78 Personas que les gustaría obtener más información (Fuente: Propia)

3.4 ÁMBITO DE ESTUDIO

3.3.1 *Ámbito de estudio provincial*

3.3.1.1 Ubicación y límites

La provincia peruana de Puno es una de las 13 provincias que conforman el Departamento de Puno, perteneciente a la Región Puno.

Límites.

- Por el norte con el Lago Titicaca y las provincias de Huancané y San Román
- Por el este con la provincia de El Collao
- Por el sur con la Región Tacna
- Por el oeste con la Región Moquegua.

3.3.1.2 Geografía y Clima

La región Puno presenta una geografía básicamente plana debido a que buena parte de su territorio se encuentra en la meseta del Collao.

Hacia el norte se levanta la cordillera de Carabaya y hacia el sur la cordillera Marítima o Volcánica.

La ciudad de Puno descansa a orillas del lago Titicaca y es de clima frío y semiseco. La temporada de lluvias se inicia en octubre y concluye en abril. La temperatura media anual máxima es 14°C (58°F) y la mínima 3°C (37°F).

3.3.1.3 Extensión y división política

Su extensión Territorial es de 6492.60 Km² esta superficie incluye 14.50 km² del área insular lacustre de las islas

División política esta provincia tiene un área de 6.494,76 kilómetros cuadrados y se divide en quince distritos:

Tabla 17

División política de esta provincia

Distritos		
-Acora	-Coata	-Plateria
-Amantani	-Huata	-Puno
-Atuncolla	-Mañazo	-San Antonio
-Capachica	-Paucarcolla	-Tiquillaca
-Chucuito	-Pichacani	-Vilque

Datos obtenidos de la Investigación (Fuente: Web)

Ubicación de Puno

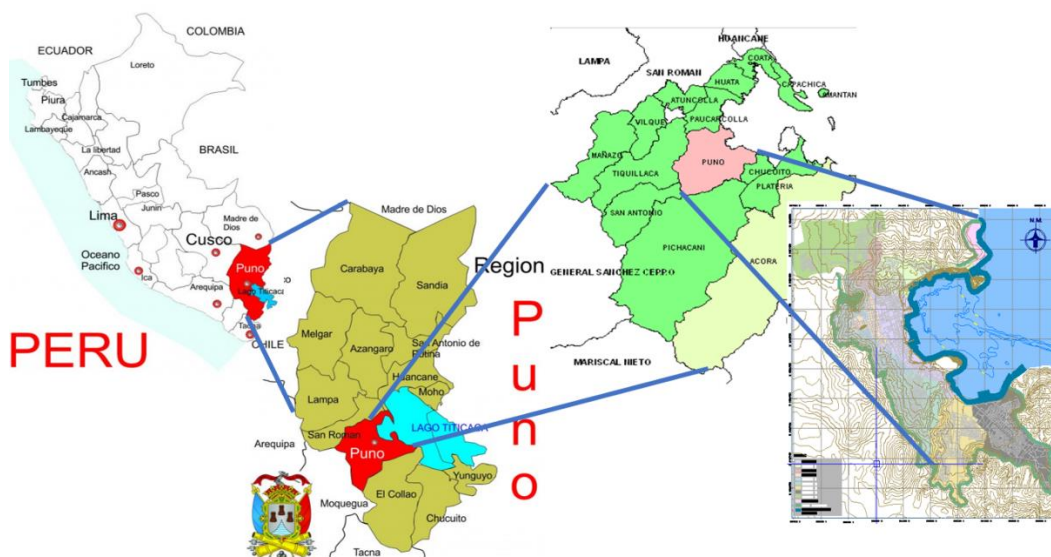


Figura 79 Ubicación de Puno (Fuente: web)

3.3.1.4 Población de la provincia de Puno

Tendencia del crecimiento poblacional.

La población total estimada de la provincia de Puno es de 229 236 habitantes (según información del censo 2007), que representa el 17.85 % de la población departamental resultando como la segunda provincia con más población del departamento de Puno. En el cuadro se puede ver según censo por distrito del año 1981 al 2005. El distrito de Acora después de Puno cuenta con el mayor número de población de 29,083 habitantes y el distrito de San Antonio de Esquilache con la menor población de 1613 habitantes. Así mismo la tasa de crecimiento calculada por el INI para el año 2010-2015 es de 1.0% cifra que va disminuyendo. La población rural en la provincia de Puno, corresponde a 98.485 mil habitantes, que respecto al total provincial representa el 44.18% y la población urbana es de 124. 412 habitantes que representa el 55.85 % respectivamente.

Tabla 18

Proyección de la población

DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO	2012			2014			2015		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
PUNO	1.377.122	689.813	687.309	1.402.496	702.934	699.562	1.415.608	709.705	705.903
PUNO	244.692	120.685	124.007	247.151	121.773	125.378	248.377	122.313	126.064
PUNO	137.256	67.018	70.238	139.816	68.087	71.729	141.064	68.603	72.461

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

3.3.2 Ámbito de estudio distrital**3.3.2.1 Ubicación y límites**

El Distrito de Puno está ubicado a orillas del Lago Titicaca a 3827 m.s.n.m., lago más alto del mundo, se encuentra ubicada entre las coordenadas geográficas 15° 50' 15'' de latitud sur, 70° 01' 18'' de longitud oeste del meridiano de Greenwich Su extensión abarca desde el centro poblado de Uros Chulluni al noreste, la zona urbana del distrito de Paucarcolla al norte, la urbanización Ciudad de la Humanidad Totorani al noroeste (carretera a Arequipa) y se extiende hasta el centro poblado de Ichu al sur y la comunidad Mi Perú al suroeste (carretera a Moquegua), sus límites son:

- Norte: Distrito de Paucarcolla
- Sur: Distrito de Pichacani
- Este: Lago Titicaca y el Distrito de Chucuito
- Oeste: Distritos de Tiquillaca y San Antonio

3.3.2.2 Extensión y división política

Extensión:

Ocupa una extensión de 1,566.64 Has., que representa el 0,24% del territorio de la Provincia de Puno.

División Política:

Centros poblados.

- Alto Puno
- Collacachi
- Ichu
- Jayllihuaya
- Salcedo
- Uros chulluni

3.3.2.3 Clima

Temperatura:

La temperatura máxima y mínima de las zonas próximas al lago no son tan altas ni tan bajas como las zonas más alejadas de sus riveras, en Puno la temperatura media es de 8.5°C, oscilando entre 10°C a 12°C, variación máxima de 15°C y variación mínima de -2°C, la temperatura de sensación ambiental es 18°C mayor a las temperaturas ambiental de su entorno inmediato. (Fuente: SENAMHI).

Precipitaciones:

El promedio anual de precipitaciones es de 650 mm. En 120 días al año, se identifican en 4 periodos: periodo de altas precipitaciones de 4 meses (diciembre, enero, febrero y marzo) con el 74% del total; Periodo transitorio (abril); Periodo seco de 4 meses (mayo, junio, julio y agosto) con el 4% del total y periodo transitorio de 3 meses (septiembre, octubre y noviembre) con el 22% del total incluyendo abril. (Fuente: SENAMHI)

Asoleamiento:

Es de 515 calorías/cm² día y un total anual que es de 6,183 calorías/cm², es positivo como fuente de energía y es negativo por su alta incidencia de rayos ultravioletas. (Fuente: SENAMHI).

Vientos:

Tiene una velocidad promedio de 3.2 m/s, la mayor frecuencia es de E y del NE, la velocidad y la dirección son muy variables y se presentan desde calmas absolutas hasta vientos huracanados. (Fuente: SENAMHI)

3.3.2.4 Densidad demográfica

Alberga una población de 125,663 según el censo de INEI 2007, sin embargo, de acuerdo a la tasa de crecimiento proyectado según indicadores del INEI para el año 2015 la población del distrito es de 143.048, en cuanto a la densidad poblacional el año 2007 es de 272.81 hab/km² y para el año 2015 es de 310.55/Km² según se observa el cuadro, índice de crecimiento poblacional es de 1,63.

3.5 ANÁLISIS DEL TERRENO

3.4.1 Características del terreno para la propuesta

3.4.1.1 Análisis del terreno

Ubicación y límites:

El centro poblado de Jayllyhuaya se desarrolla a 6Km al sur de la ciudad de Puno en la región Puno, se encuentra emplazada en una micro cuenca ubicada en la región andina de sierra. Se encuentra entre las cordilleras siguientes: Norte 8243774 y Este 392948 a una latitud de 3825msnm.

Políticamente el CP. Jallihuaya se encuentra ubicado al extremo sur de la ciudad de Puno tiene los siguientes límites:

- Por el este: Con el Centro Poblado de Ichu.
- Por el Oeste: Con el Centro Poblado de Salcedo.
- Por el Norte: Con la Ciudad de Puno.
- Por el Sur: Con el Centro Poblado de Collacachi.

Extensión y división política:

Extensión

El centro poblado de Jayllyhuaya tiene una extensión de 2311.18 Has

Políticamente el CP. Jallihuaya se encuentra ubicado al extremo sur de la ciudad de Puno tiene los siguientes límites:

División política:

El Centro Poblado cuenta con una total de 13 sectores como se muestra en el cuadro a continuación.

Tabla 19

División política Jayllihuaya

	División política
1	Alto Jayllihuaya
2	Sasani
3	Central Chacullo
4	Incapugio
5	Alto Yanamire
6	Sallihuani
7	Pantine
8	Pueblo
9	Nueva Esperanza
10	Viscachani
11	Yauruyo
12	Urbanización Aziruni (I-II Y III Etapa)
13	Vallecito Kelleyani

Datos obtenidos de la Investigación (Fuente: C.P. Jayllihuaya)

Jayllihuaya tiene una conformación urbana lineal, cuyo crecimiento está condicionado fundamentalmente por su topografía: de una parte, la bahía del Lago Titicaca el ingreso es por la panamericana este. Se caracteriza ser una zona paisajista apta para el área residencial también se hallan actividades turística, pecuarias y recreativas, por otro lado se encuentra rodea de cadenas de cerros que te generan la sensación de cobijo, también hay la presencia de micro cuencas y ojos de agua que generan un hábitat tranquilo rodeado de la naturaleza que produce armonía y confort, el centro poblado menor que se ubica en la parte sur este, es una zona que también está en proceso de consolidación y es principalmente residencial y vivienda huerta, también existen bastantes áreas de uso agrícola y ganadería.

Las poblaciones con apoyo de las instituciones prestadoras de servicio han impulsado la ampliación de servicios básicos a casi todos los lotes y es que las condiciones físicas que en un inicio no parecían alentadoras, ahora ven con un gran porvenir el desarrollo de este sector. La Planificación Urbana que se ha hecho presente en este lugar ha creado las condiciones para que diversas actividades entre ellas salud, tomando también en consideración que la alcaldía de Jayllihuaya y el estudio de Uso de Suelo entre otros usos proponen Salud.

También es importante promover la descentralización de servicios y equipamiento, para tener una ciudad más dinámica. El conjunto servirá principalmente a las personas de ingresos económicos mediano y bajo, por lo que su ubicación estará localizada en áreas de ingresos económicos heterogéneos.

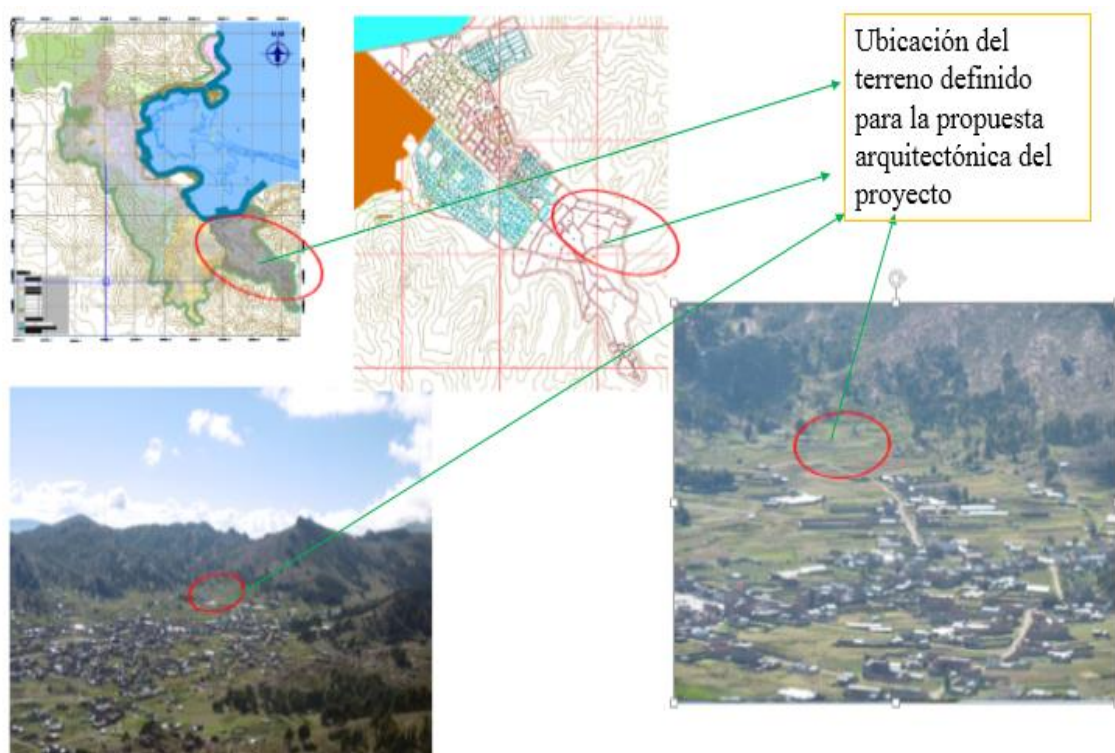


Figura 80 Mapa de ubicación del terreno (Fuente: Propia)

Para la elección del terreno en el cual se desarrollará la propuesta arquitectónica del Centro de Rehabilitación para personas con Adicción al alcohol se eligió que será en el Centro Poblado de Jayllihuaya por las siguientes condiciones que reúne el lugar que a continuación se detallará:

Localización:

- Se evitará la proximidad a áreas insalubres e inseguros.
- El terreno debe estar localizado en zona alejada, con influencia paisajista.
- Debe evitarse cercanías o colindancias cercanas a bares, cantinas, locales de espectáculos.

Topografía:

- El terreno debe ser predominante plano y accesible.
- El terreno debe estar alejado de zonas sujetas a erosiones de cualquier tipo ya sea huaycos, aludes, etc.
- Libres de fallas geológicas.
- El terreno no debe tener hondonadas y no debe ser susceptibles a inundaciones.
- Se debe evitar terrenos de aguas subterráneas.

Clima:

Asoleamiento, temperatura y vientos predominantes.

Accesibilidad:

El terreno debe ser accesible para uso peatonal y vehicular de tal manera que garantice un efectivo y fluido ingreso al establecimiento de pacientes y público en general.

Área:

Es necesario que el terreno sea de extensión grande para aprovechar las áreas libres en un gran porcentaje.

Servicios públicos:

El terreno debe tener la disponibilidad de los servicios básicos, como luz, agua desagüe, o con posibilidad de acceder a estos servicios.

El Centro Poblado cuenta con una total de 13 sectores como se muestra en el cuadro a continuación.

3.4.1.2 Identificación de los posibles terrenos

Terreno número 01: El terreno se encuentra localizado en la zona Sur Este del Centro.

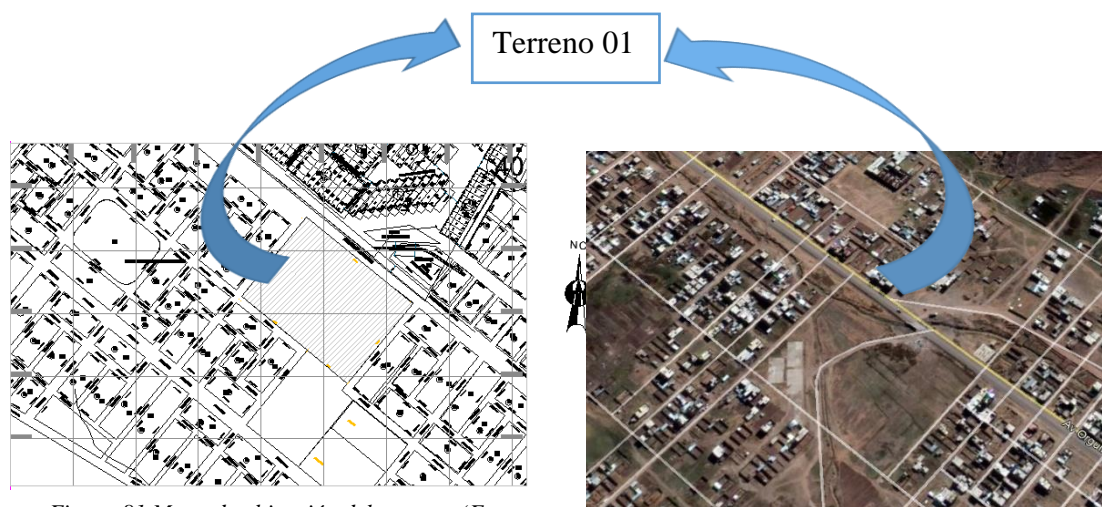


Figura 81 Mapa de ubicación del terreno (Fuente: Propia)

Terreno número 02: El terreno se encuentra localizado en la zona Sur Este del Centro Poblado de Jayllihuaya.



Figura 82 Mapa de ubicación del terreno 2 (Fuente: Propia)

3.4.1.3 Cuadro valorativo para la elección del terreno

La población total del centro poblado de Jayllihuaya es de 1839 habitantes, que representa el 0.14% de la población departamental de Puno y el 0.80% respecto a la provincia de Puno. Para llevar a cabo la evaluación de los terrenos propuestos para el Centro de Rehabilitación para personas con Adicción al Alcohol, se han considerado por puntaje en escala de 0 a 4, los cuales se muestran en la tabla.

En la tabla 20 se dan a conocer los criterios de selección del terreno con respecto a los parámetros establecidos por el ministerio de salud, en sus cédulas normativas de ubicación urbana y selección del predio.

Tabla 20

Cuadro valorativo

Características	Terreno 1	Terreno 2
Localización	4	4
Topografía	4	4
Clima	3	4
Accesibilidad	4	4
Área	3	4
Servicios Públicos	4	3
Total	22	23

Datos obtenidos de la Investigación (Fuente: Propia)

Valor

- 0 = No cumple
- 1 = Cumple regularmente
- 2 = Cumple parcialmente
- 3 = Cumple
- 4 = Cumple óptimamente

0: carece de las cualidades y características para un diseño adecuado.

1: constituye inconvenientes para un diseño adecuado.

2: tiene bondades, pero no es óptimo para un diseño.

3: tiene buena disposición para el diseño

4: es óptimo para el diseño

3.4.2 Análisis del terreno

A través del análisis realizado, vemos que el terreno 2, es el terreno que presenta las mejores condiciones para la propuesta del “CENTRO DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON ADICCION AL ALCOHOL-JAYLLIHUAYA”

3.4.2.1 Análisis del terreno

El terreno se encuentra ubicado al extremo sur en el centro poblado de Jayllihuaya sus coordenadas geográficas son: Latitud: 15°52'46.34” S y Longitud: 69°57'56.74” O

El terreno tiene un área de 20 000m² está orientado 45° al norte se encuentra en faldas de la cadena cerros, al sur se encuentra la pampa en la que se desarrolla el Cp de Jayllihuaya

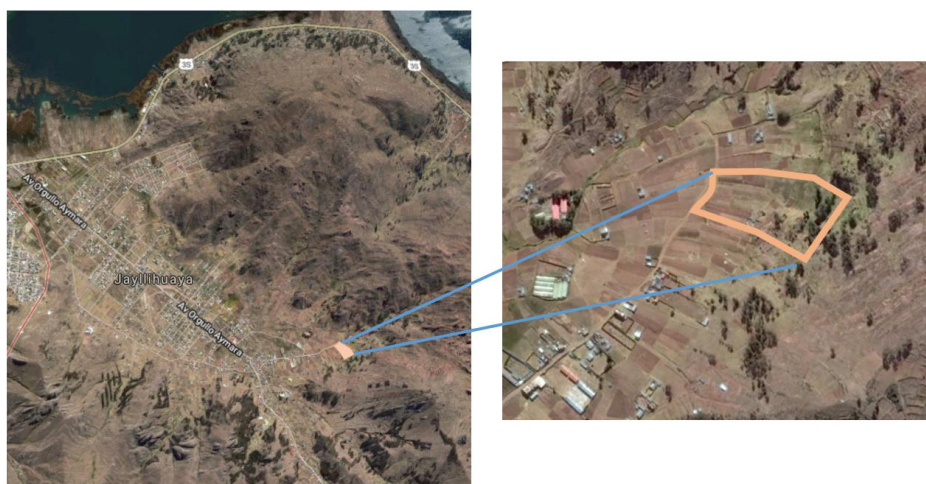


Figura 83 Ubicación del terreno Jayllihuaya (Fuente: Propia)

3.4.2.2 Vías de acceso

El terreno está conectado a una vía secundaria que tiene un ancho de calzada de 14m y es el desvío de la vía principal Orgullo Aymara de Jayllihuaya y esta a su vez conectada a la Panamericana sur de la ciudad de Puno.



Figura 84 Vías del terreno (Fuente: Propia)

3.4.2.3 Entorno

El sector se caracteriza por ser una zona paisajista que está en proceso de consolidación. La forma espacial del lugar, da la sensación de cobijo por la presencia de los cerros que rodean toda la zona, la presencia de micro cuencas al lado izquierdo entrando al terreno, la vegetación existente y arbolizada en la parte superior da la sensación de refugio y armonía, al lado nor-oeste se encuentra la Zona Residencial del Centro Poblado de Jayllihuaya, también Viviendas con huertos, áreas de uso agrícola y ganadero este nos ofrece un paisaje natural y agradable. Un entorno periurbano sin bullicio en proceso de desarrollo.

La Planificación Urbana que se ha hecho presente en este lugar ha creado las condiciones para el proyecto que realizamos.



Figura 85 Vías de acceso directo al terreno (Fuente: Propia)

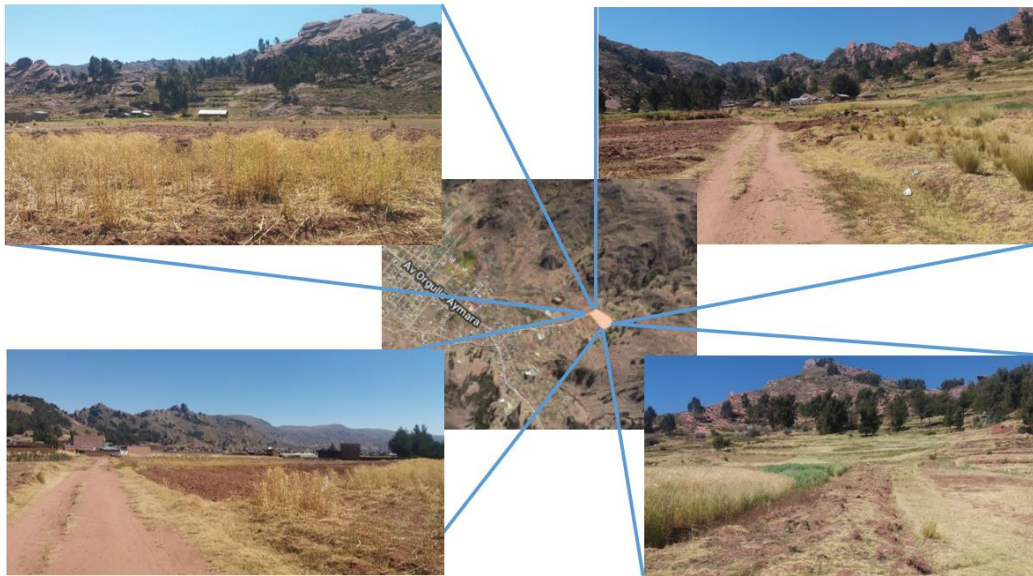


Figura 86 Entorno del terreno (Fuente: Propia)

3.4.2.4 Tipología de la construcción

La urbanización donde está ubicado el terreno se encuentra en desarrollo, por este motivo no cuenta con un prototipo de edificación definida en su entorno más cercano en su mayoría son construcciones de adobe es de un solo nivel con techos a dos aguas, también hay construcciones de material noble, por lo que todavía no se ha consolidado la zona al estar en la periferia del ámbito urbano.



Figura 87 Tipología del terreno (Fuente: Propia)

3.4.2.5 Vegetación

En el área del terreno únicamente se encuentra la presencia de eucalipto, ciprés, ichu, mala hierba, pasto natural, césped de puna.



Figura 88 Vías del terreno (Fuente: Propia)

3.4.2.6 Clima

Temperatura:

La temperatura máxima y mínima de las zonas próximas al lago no son tan altas ni tan bajas como las zonas más alejadas de sus riveras, en Puno la temperatura media es de 8.5°C, oscilando entre 10°C a 12°C, variación máxima de 15°C y variación mínima de -2°C, la temperatura de sensación ambiental es 18°C mayor a las temperaturas ambiental de su entorno inmediato. (Fuente: SENAMHI).

Precipitaciones:

El promedio anual de precipitaciones es de 650 mm. En 120 días al año, se identifican en 4 periodos: periodo de altas precipitaciones de 4 meses (diciembre, enero, febrero y marzo) con el 74% del total; Periodo transitorio (abril); Periodo seco de 4 meses (mayo, junio, julio y agosto) con el 4% del total y periodo transitorio de 3 meses (septiembre, octubre y noviembre) con el 22% del total incluyendo abril. (Fuente: SENAMHI).

Iluminación:

Es de 515 calorías/cm² día y un total anual que es de 6,183 calorías/cm², es positivo como fuente de energía y es negativo por su alta incidencia de rayos ultravioletas. (Fuente: SENAMHI)

Vientos:

Tiene una velocidad promedio de 3.2 m/s, la mayor frecuencia es de E y del NE, la velocidad y la dirección son muy variables y se presentan desde calmas absolutas hasta vientos huracanados. (Fuente: SENAMHI)



Figura 89 Vientos (Fuente: Propia)

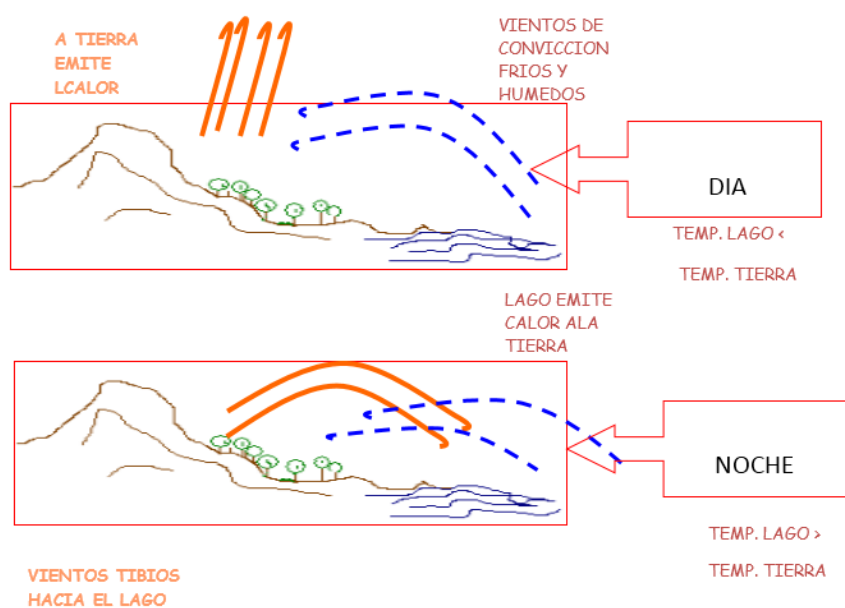


Figura 90 Vientos y humedad (Fuente: Propia)

Asoleamiento:

Se caracteriza por tener un clima cálido y tiene un asoleamiento directo al mediodía y las tardes el asoleamiento es mayor, conteniendo una inclinación promedio de 30°norte.



Figura 91 Asoleamiento (Fuente: Propia)

Topografía

El terreno presenta un desnivel de 16m con una inclinación máx. de 35° y una inclinación promedio de 22.3° en la parte más baja que está ubicada en la pista tiene 3866msnm y en la parte más alta la parte posterior del terreno es de 3918m.

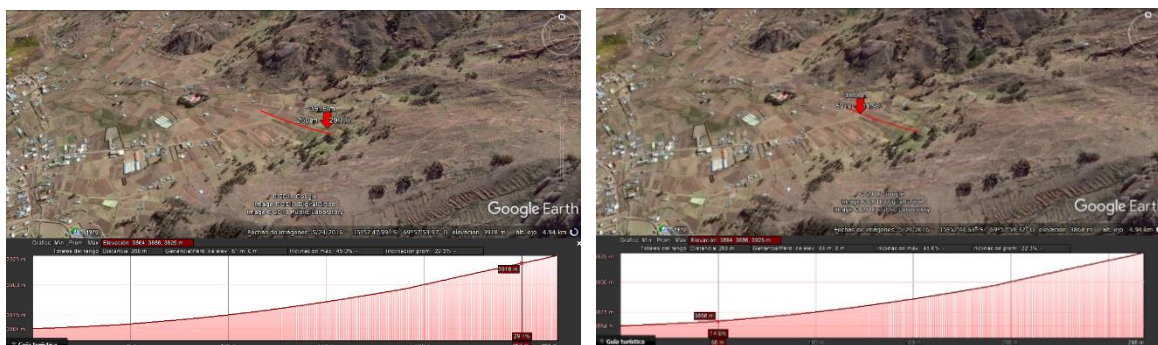


Figura 92 Corte topográfico 1 (Fuente: Web)

Análisis de peligros en la zona del terreno

Jayllihuaya está ubicada en una Región Alto-andina por lo tanto es vulnerable a las fuertes precipitaciones pluviales que aquejan a la Región. Las heladas son también un peligro natural que aquejan a esta zona en los meses de mayo-julio. Otro factor que consideraremos como un peligro latente son los fuertes vientos que se dan por la presencia del lago Titicaca que se intensifican en los meses de agosto, Setiembre.

3.4.3 Premisas de diseño

Las premisas de diseño se enfocarán bajo cinco criterios fundamentales, los cuales ayudaran a determinar aspectos de forma, función, sistemas constructivos etc, que a continuación enumeran:

3.4.3.1 Funcional

Se analiza el tipo de relación y función que habrá en cada uno de los ambientes de la propuesta arquitectónica y con su entorno. Se tomará en cuenta en el diseño los mobiliarios necesarios para el buen funcionamiento de los ambientes. Se optimizará tiempos y flujos de desplazamiento se considerará una organización central, radial y lineal porque necesitamos un espacio organizador y jerarquizado.

La circulación horizontal en el interior de la infraestructura debe ser mediante pasillos, hall y en el exterior deben conectadas mediante caminarias para poder interconectarse con las áreas libres. En todos los ambientes se proporcionará comodidad espacial.

3.4.3.2 Ambientales

Se analizan los factores ambientales de la región, la dirección de los vientos, la topografía, el tipo de uso de suelo, el asoleamiento. Se contará con iluminación y ventilación natural para esto se tomará en cuenta el dimensionamiento óptimo y la orientación de las ventanas. Tendrá una orientación adecuada con respecto a los vientos locales, a fin de evitar la concentración de malos olores y humos especialmente de las áreas de internamiento.

- Las salas de internamiento observación o recuperación tendrán iluminación y ventilación natural adecuada, procurando evitar que el asoleamiento ingrese de forma directa a dichos ambientes
- La ubicación de ambientes que conforman los servicios generales se consideraran al sentido de los vientos.

3.4.3.3 Tecnológicos

- Se propone en el uso de cubiertas inclinadas y techos planos para poder integrarse con el entorno paisajista.
- Sistema de energía renovable que será incorporado dentro de la infraestructura del establecimiento para garantizar la eficiencia de recursos renovables mediante un sistema eficiente, económico y ecológico.
- Instalaciones mecánicas
- Climatización (ventilación mecánica inyección y extracción de aire).

3.4.3.4 Morfológicos

- Se analizan formas y proporciones para el objeto arquitectónico individualmente y en conjunto, según la concepción andina, esta simbología de nuestros antepasados nos servirá como idea conceptual y geometrizada para la concepción de nuestro diseño.
- Se utilizará proporción de doble altura se propondrá e distintas áreas donde no afecten la percepción de individuo y sean necesarias que propone buscar el bienestar psicológico del usuario.

3.4.3.5 Urbanas

Se analiza la integración del objeto arquitectónico al sector, a si es que el mismo es una arquitectura contrastante, también se analizan los espacios, vías, etc. El proyecto se enfoca en la priorización de la atención pública. Y la importancia de cómo esta estructura afectara a la integración de este paisaje natural y urbano del entorno. Para ellos se plantea una estructura innovadora combinado con los respetos áreas verdes.

3.4.3.6 Arquitectura

En el proceso de elaboración de la Propuesta arquitectónica del Centro de Rehabilitación se ha tomado en cuenta: la topografía del terreno, siendo una condición a respetar las características geotécnicas del mismo, ubicación, accesibilidad, orientación del sol, vientos y el tipo de construcciones existentes en la zona para que nuestra infraestructura se integre al entorno existente sin ningún problema, las dimensiones de

los ambientes planteados será de acuerdo con el mobiliario a equipar, por las dimensiones normadas por el Reglamento Nacional de Edificaciones del Perú, Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, criterios de seguridad, guías para Centros de Rehabilitación, comunidades Terapéuticas, Establecimientos de salud y por criterios establecidos visualmente que fueron alcanzados para desarrollar una propuesta que esté acorde a las necesidades y condiciones de uso, para que el usuario se desenvuelva dentro de ello con la confianza y comodidad necesaria para que contribuya con el tratamiento y recuperación del paciente.

La propuesta de diseño del establecimiento de salud, considera generar en los ambientes con un clima adecuado y el confort idóneo para que el usuario permanezca realizando sus actividades cotidianas, con el mayor empeño posible y la concentración debida; la iluminación, ventilación y asoleamiento irán de acuerdo a la necesidad que cada ambiente demande reflejada en alturas del mismo, tamaño de las ventanas, tipo de vidrios, orientación de las mismas, materiales utilizados en paredes pisos y techos, así como en los servicios higiénicos, etc.

Con estas premisas de diseño se busca lograr una mejor calidad de atención. La orientación del terreno y sus características topográficas nos da una referencia clara y se muestran como una condicionante a ser tomada en cuenta, para lo cual el planteamiento de la zonificación entre los ambientes y espacios a plantear y diseñar sean funcionales respetando la secuencia y relación entre estas, se manejarán elementos y características de una infraestructura descongestionada y ordenada, fluida y visualmente agradable, ornamentada y enriquecida por espacios tratados con áreas verdes y jardines, iluminación adecuada, natural y artificial durante las horas de asoleamiento y nocturnas; Los patios y áreas de circulación serán cubiertas con paneles translucidos, que protejan a los usuarios de las lluvias y el intenso asoleamiento de la zona.

Se planteará un lenguaje Arquitectónico homogéneo y un perfil regular en sus frentes. Con esta renovada infraestructura se busca dotar de un nuevo lenguaje a las edificaciones para los establecimientos de salud, conseguir un conjunto arquitectónico con armonía donde el manejo de materiales conjugue ese lenguaje armónico con la utilización de colores y texturas, apreciadas en los alzados y perfiles.

3.4.3.7 Concepción arquitectónica

La presente propuesta responde a la búsqueda de un hecho arquitectónico que se integre formal y espacialmente a la arquitectura más rescatable del centro poblado de Jayllihuaya y a la ciudad de Puno y tenga un carácter de un Centro de Rehabilitación, es por ello que se proponen Bloques Simples y de fácil lectura, intersecados y diferenciados por el uso del material y la forma, otra de las características importantes que se han manejado para la presente propuesta es la del usuario de estar en continuo contacto directo con la naturaleza.

3.4.3.8 Asoleamiento

La propuesta de diseño considera generar en los ambientes hospitalarios, estares un clima adecuado para que el usuario paciente, visitante y personal trabajador cuente con calidad espacial y confort, para ello se hace uso de la orientación de la infraestructura respecto a la traslación solar, proponiendo para esto áreas bioclimáticas, con el fin de crear un efecto termorregulador.

3.4.3.9 Ventilación

La Infraestructura del Centro cuenta con vanos para su ventilación establecidos por las Normas Técnicas de establecimientos de Salud, los cuales están ubicados tomando en cuenta la dirección de los vientos.

Orientación del terreno



Figura 93 Orientación del terreno (Fuente: Propia)

CAPÍTULO IV

PROGRAMACIÓN ARQUITECTÓNICA

El programa arquitectónico es crear espacios físicos de acuerdo a la necesidad que requiera el Centro de Rehabilitación en función al análisis y estudio de la situación real estos espacios se tienen que basar en lo siguiente:

Estudio de la reglamentación y normatividad vigente

Dimensionamiento de los espacios tomando en cuenta el mobiliario necesario para el funcionamiento de cada ambiente.

Usos funciones y cualidades de los espacios.

Accesos y circulaciones.

Equipamiento necesario.

4.1 ZONIFICACIÓN

Los espacios serán zonificados considerando la interrelación funcional y los flujos de circulación, de acuerdo a las actividades que se desarrollan.

Zona de Servicios Generales

Zona Administrativa

Zona de Tratamiento

Zona de Internamiento

Zona de Servicios Complementarios

Zona de Recreación

Zona de Mantenimiento

4.1.1 Zona de Servicio General

Son espacios de uso públicos y privado al ingreso al centro de rehabilitación.

Tabla 21

Programa arquitectónico zona de servicios generales

ZONA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	ESPACIO	EQUIPAMIENTO	USUARIO
Servicios generales	Estacionar vehículo	Estacionar y mantenimiento	Estacionamiento de servicio	Vehículo	Personal y de servicio
	Estacionar vehículo	Estacionar, parquear	Estacionamiento general	Vehículo	Público
	Seguridad	Cuidar	Caseta de Control	Escritorio, silla	Público
	Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.h.	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Paciente

Elaboración Propia Zona de servicios generales

4.1.2 Zona Administrativa

Es el área encargada de administrar el funcionamiento, la organización y la planificación; control de los recursos humanos y materiales. Su ubicación será cercana al ingreso del establecimiento. Comprende lo siguiente:

Tabla 22

Programa arquitectónico zona administrativa

Elaboración Propia Zona administrativa

ZONA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	ESPACIO	EQUIPAMIENTO	USUARIO
ADMINISTRACIÓN	Administrar	analizar, gestionar, direccionar	Jefatura	Silla, escritorio, estante, archivero	Personal
	Apoyo a la gerencia	Redactar, controlar, recibir documentación, registrar, organizar	Secretaría	Silla, escritorio, archivero, armario de oficina, computadora	Personal
	Control económico	Presupuestos, informes financieros	Contabilidad	Coordinar, atender	Personal
	Recaudar ingresos	Recibir dinero, cobrar	Caja	Silla, escritorio, caja fuerte	Personal
	Información	Informar,, controlar, registrar	Recepción	Módulo de atención	Personal
	Toma de decisiones	Intercambio de opiniones	Sala de juntas	Sillas, mesa grande, proyector, pizarra	Personal
	Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H.	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Público
	Espera	Conversar, esperar, descansar	Sala de espera	Muebles, mesita, papelera	Público
Registro	Registrar	Archivo	Silla, escritorio, estante	Personal	

4.1.3 Zona de Tratamiento

Es el área que consiste en diversos procedimientos para determinar el estado de salud del paciente mediante una evaluación y diagnóstico para iniciar su tratamiento.

Tabla 23
Programa arquitectónico zona de tratamiento

ZON A	NECESIDAD	ACTIVIDAD	ESPACIO	EQUIPAMIENTO	USUARIO
TRATAMIENTO	Atención	Diagnosticar, evaluación	Consultorio general	Mueble silla giratoria, escritorio, estante, camilla, escalinata de 2 peldaños, papeleras.	Médicos
	Atención	Diagnosticar, evaluación	Tópico	Mueble silla giratoria, escritorio, estante, camilla, escalinata de 2 peldaños, papeleras.	Médicos
	Atención nutricional	Diagnosticar, evaluación alimentación	Consultorio de nutrición	Mueble silla giratoria, escritorio, estante, camilla, escalinata de 2 peldaños, papeleras.	Paciente
	Tratamiento	Técnicas de tratamiento, cuidados	Terapia grupal	Silla, escritorio, archivero, armario de oficina	Personal
	Tratamiento	Técnicas de tratamiento, cuidados	Terapia familiar	Silla, escritorio, archivero, armario de oficina	Personal
	Tratamiento psicológico	Técnicas de tratamiento, cuidados	Consultorio de Psicología	Silla, escritorio, archivero, armario de oficina	Personal
	Medicamentos	Proporcionar medicamentos	Farmacia	Silla, escritorio, archivero, armario	Personal
	Análisis	Recibir muestras	Laboratorio	Closet para insumos, sillón, refrigeradora	Personal
	Información	Informar, controlar, registrar	Admisión	Módulo de atención	Público
	Toma de decisiones	Intercambio de opiniones	Sala de reuniones	Sillas, mesa grande, proyector, pizarra	Personal

Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H.	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Público
Espera	Conversar, esperar, descansar	Sala de espera	Muebles, mesita, papelera	Público
Relajación	Meditar, concentración, renovar energía	Sala de meditación	Colchoneta, manta, espacio libre	Paciente
Reflexionar	Concientizar, pensar	Reflexión	Al aire libre, paisaje	Paciente
Registro	Registrar	Archivo	Silla, escritorio, estante	Personal

Elaboración Propia Zona de tratamiento

4.1.4 Zona de Internamiento

Es el área destinado a la atención del paciente que requiere la permanencia en el establecimiento para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento en ambientes anexos requeridos para trabajo de enfermería; controlado el avance de la recuperación del paciente minuciosamente, donde el control es las 24 horas del día, para lo cual el profesional debe de monitorear al paciente, el cual contará con su residencia. Su ubicación será en la zona de mayor tranquilidad, debe estar en la zona menos expuesta a vientos y ruidos externos e internos del establecimiento, la vista y el entorno de las habitaciones deben ser paisajísticas. Las camas deben estar orientadas en forma paralela a las ventanas con la finalidad que el sol no moleste a los pacientes.

Tabla 24

Programa arquitectónico zona de internamiento

ZONA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	ESPACIO	EQUIPAMIENTO	USUARIO
Internamiento	Descanso	Descansar, pernoctar, recuperar	Habitaciones de pacientes	Mueble, cama, mesa de noche, closet, papelera.	Paciente
	Descanso	Descansar, pernoctar, recuperar	Habitaciones de médicos	Mueble, cama, mesa de noche, closet, papelera.	Paciente

Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H.	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Paciente
Espera	Conversar, esperar, descansar	Sala de Estar	Muebles, mesita, papelería	Paciente
Control	controlar, registrar	Estación de Enfermería	módulo de registro y control, silla	Personal
Alimentarse	Ingerir alimentos	Comedor	Mesas, sillas	Paciente
Limpieza	Guardar utensilios de limpieza	Cuarto de Limpieza	Escoba, tachos, recogedor, etc.	personal
Lavar, planchado y secado	Lavar, planchar y secar ropa	Lavandería, planchado y secado	Lavadora, plancha, tabla de planchar	Personal
Guardar ropa	Guardar ropa limpia	Cuarto de Ropa limpia	estanterías	Personal
Cocinar	Cocinar alimentos	Cocina	Cocina, lavatorio, refrigerador	Personal
Almacenar	Almacenamiento de productos	Depósito	Estantes	Personal
Vestirse	Vestir	Vestidores damas	Percheros	Personal
Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H. damas	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Personal
Vestirse	Vestir	Vestidores varones	Percheros	Personal
Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H. varones	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Personal
Desintoxicarse	Desintoxicarse	Sauna	Ducha, bancas, vestidor	Pacientes

Elaboración Propia Zona de internamiento

4.1.5 Zona de Servicios Complementarios

Es el espacio público al que asiste a escuchar y/u observar un evento o presentación cultural, o de temática educativa, para servir de apoyo al tratamiento del paciente en forma grupal para interactuar con otras personas.

Tabla 25

Programa arquitectónico zona de servicios complementarios

ZONA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	ESPACIO	EQUIPAMIENTO	USUARIO
Servicios complementarios	Interacción	Relacionarse con personas	Auditorio	Butacas,	Público
	Leer	Lectura	Biblioteca	Libros, estanterías sillas, mesas.	Paciente
	Habilidad musical	Desarrollar su habilidades	Taller de música	Carpetas, instrumentos musicales	Paciente
	Habilidad pintura	Desarrollar su habilidades	Taller de pintura	Carpetas, instrumentos de arte	Paciente
	Habilidad	Desarrollar su habilidades	Taller de manualidades	Carpetas, instrumentos	Paciente
	Exposición de Habilidad	Manifestación de habilidades	Área de exposición	Carpetas,	Paciente
	Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H.	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Paciente
	oración	Lugar de culto	Capilla	Bancos de madera, pulpito para altar, mesa de altar	Paciente Público
	Beber, tomar	Ingerir bebidas calientes, fríos, postres	Cafetería	Mesas, sillas, barra de atención	Publico
	Alimentarse	Ingerir alimentos	Restaurant	Mesas, sillas	Publico

Elaboración Propia Zona de servicios complementarios

4.1.6 Zona de Recreación

Son zonas públicas que están acondicionadas para proporcionar servicios básicos para el uso recreativo de las áreas libres para también contribuir con el tratamiento.

Tabla 26

Programa arquitectónico zona recreación

ZONA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	ESPACIO	EQUIPAMIENTO	USUARIO
Recreación	Hacer deporte	Jugar	Canchas de Vóley	Plataforma Deportiva	Paciente
	Hacer deporte	Jugar	Canchas de fútbol	Plataforma Deportiva	Paciente
	Hacer deporte	Jugar	Canchas de básquet	Plataforma Deportiva	Paciente
	Necesidad individual	Necesidades fisiológicas	S.H.	Lavatorio, inodoro, bidet, tacho	Paciente
	Distracción	Atracción y educación	Parque temático	Al aire libre	Paciente
	Recreación	Divertirse, entretener y alegrar	Estar	Bancas, jardinería	Paciente

Elaboración Propia Zona de recreación

4.1.7 Zona de Mantenimiento

Es el área donde se encarga de proporcionar oportuna y eficientemente, los servicios que requiera el centro en materia de mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones, así como los técnicos y el personal de mantenimiento se encargan del montaje, ajuste, revisión, acondicionamiento y reparación de las instalaciones y maquinaria del establecimiento.

Tabla 27

Programa arquitectónico zona de mantenimiento

ZONA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	AMBIENTE	EQUIPAMIENTO	USUARIO
Mantenimiento	Control instalación de servicios	Controlar las instalaciones	Cuarto de máquinas	Maquinas	Personal autorizado
	Abastecer de agua	Abastece de agua	Caseta de Bombeo	Tanques	Personal autorizado

Almacenamiento	Depositar, guardar	Área de Residuos solidos	Depósitos	Personal autorizado
Incineración de residuos	Incinerar	Incineración	Incinerador	Personal autorizado

Elaboración Propia Zona de mantenimiento

4.2 DIAGRAMA DE ZONIFICACIÓN

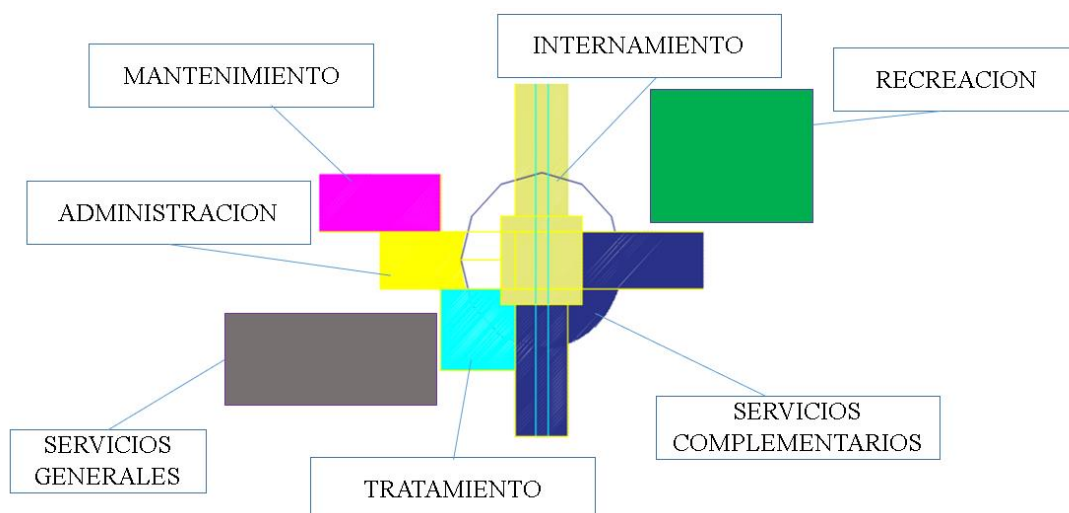


Figura 94 Diagrama de relación de zonas (Fuente: Propia)

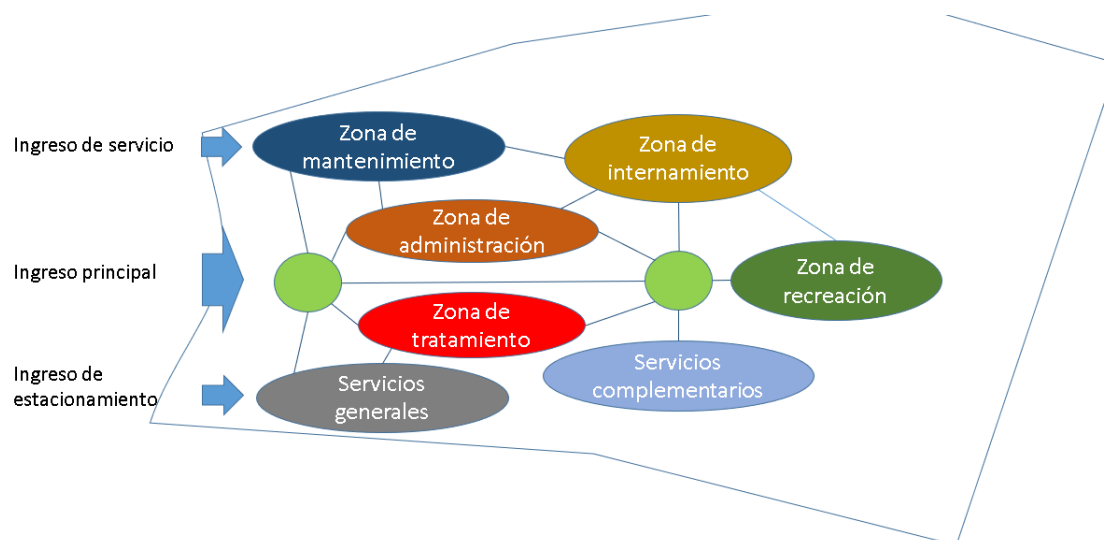


Figura 95 Diagrama de zonas (Fuente: Propia)

Zona de servicios generales

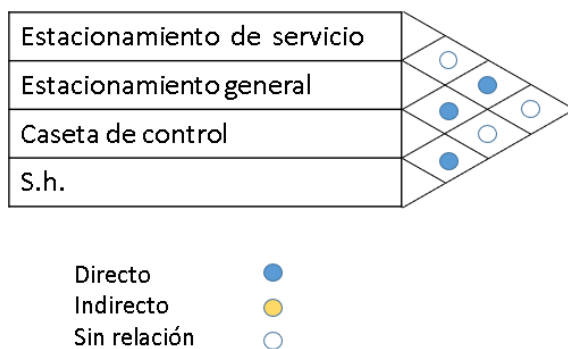


Figura 96 Diagrama de zonas de servicios generales (Fuente: Propia)

Zona de administración

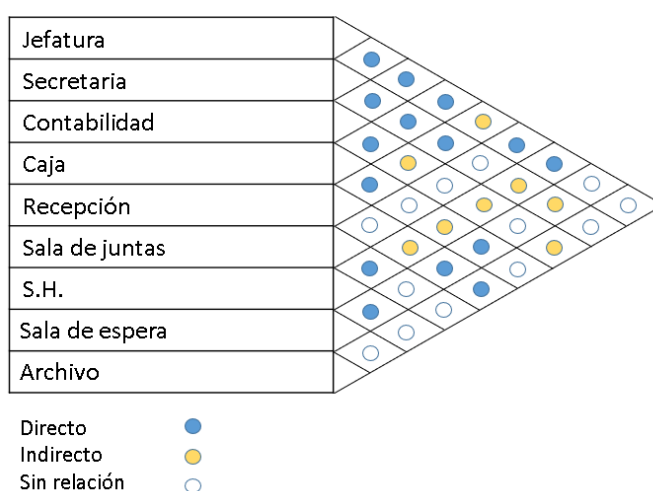


Figura 97 Diagrama de zonas zona de administrativa (Fuente: Propia)

Zona de tratamiento

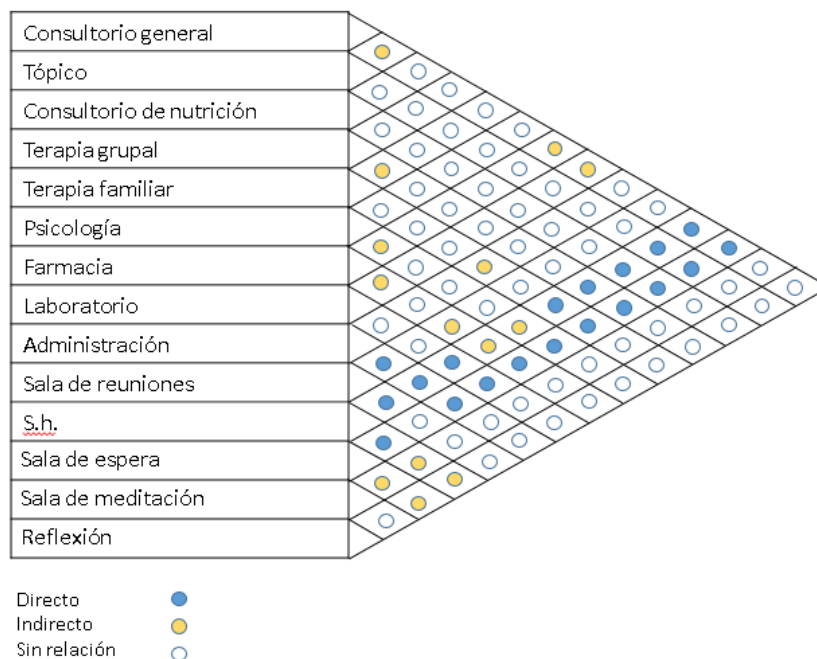


Figura 98 Diagrama de zonas de tratamiento (Fuente: Propia)

Zona de internamiento

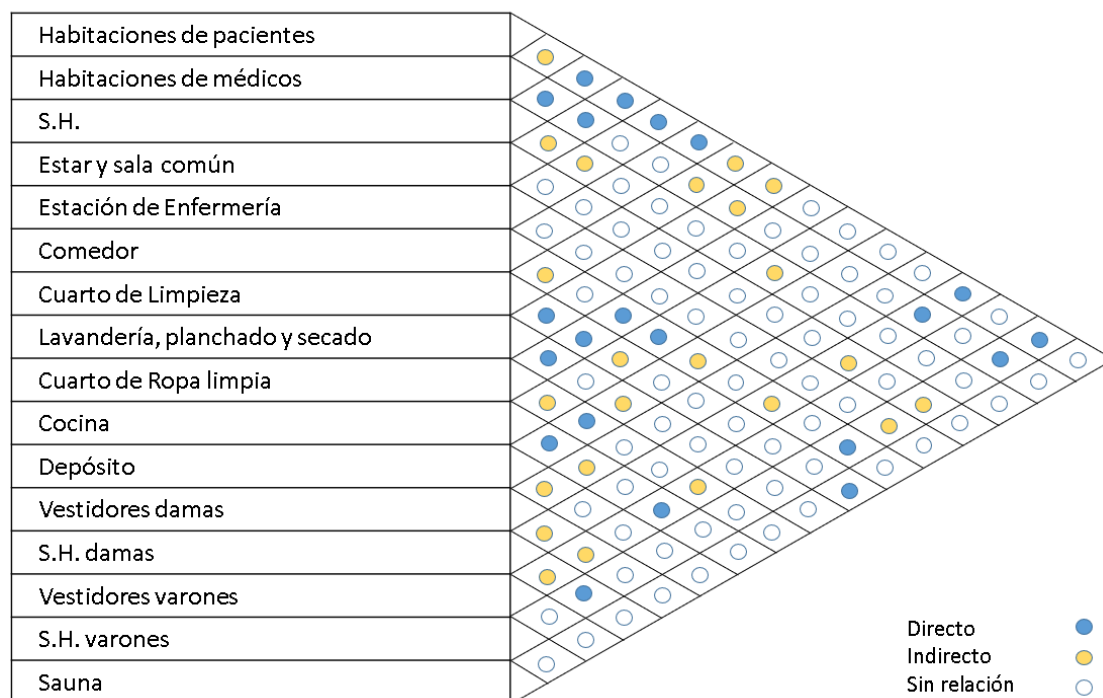


Figura 99 Diagrama de zonas de internamiento (Fuente: Propia)

Zona de servicios complementarios

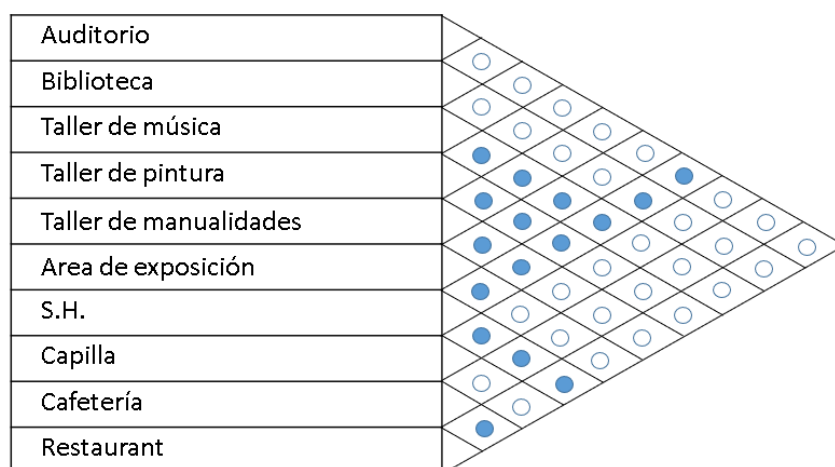


Figura 100 Diagrama de zonas de servicios complementarios (Fuente: Propia)

Zona de recreación

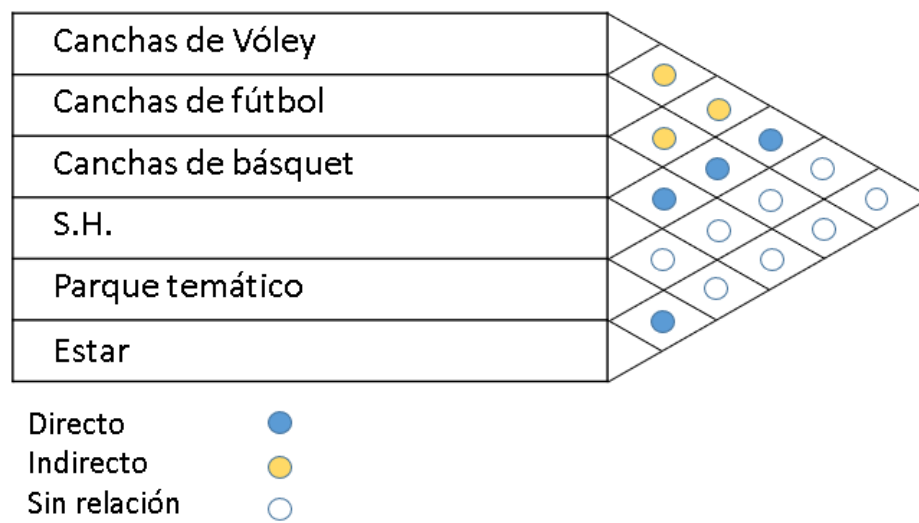


Figura 101 Diagrama de zonas de recreación (Fuente: Propia)

Zona de mantenimiento

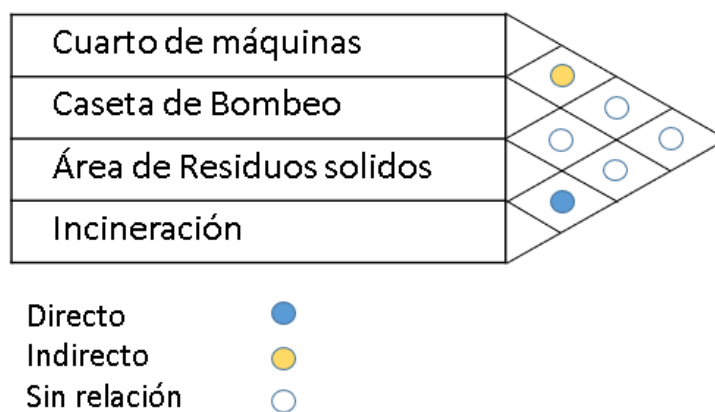


Figura 102 Diagrama de zonas mantenimiento (Fuente: Propia)

4.3 DIAGRAMA DE CIRCULACIÓN

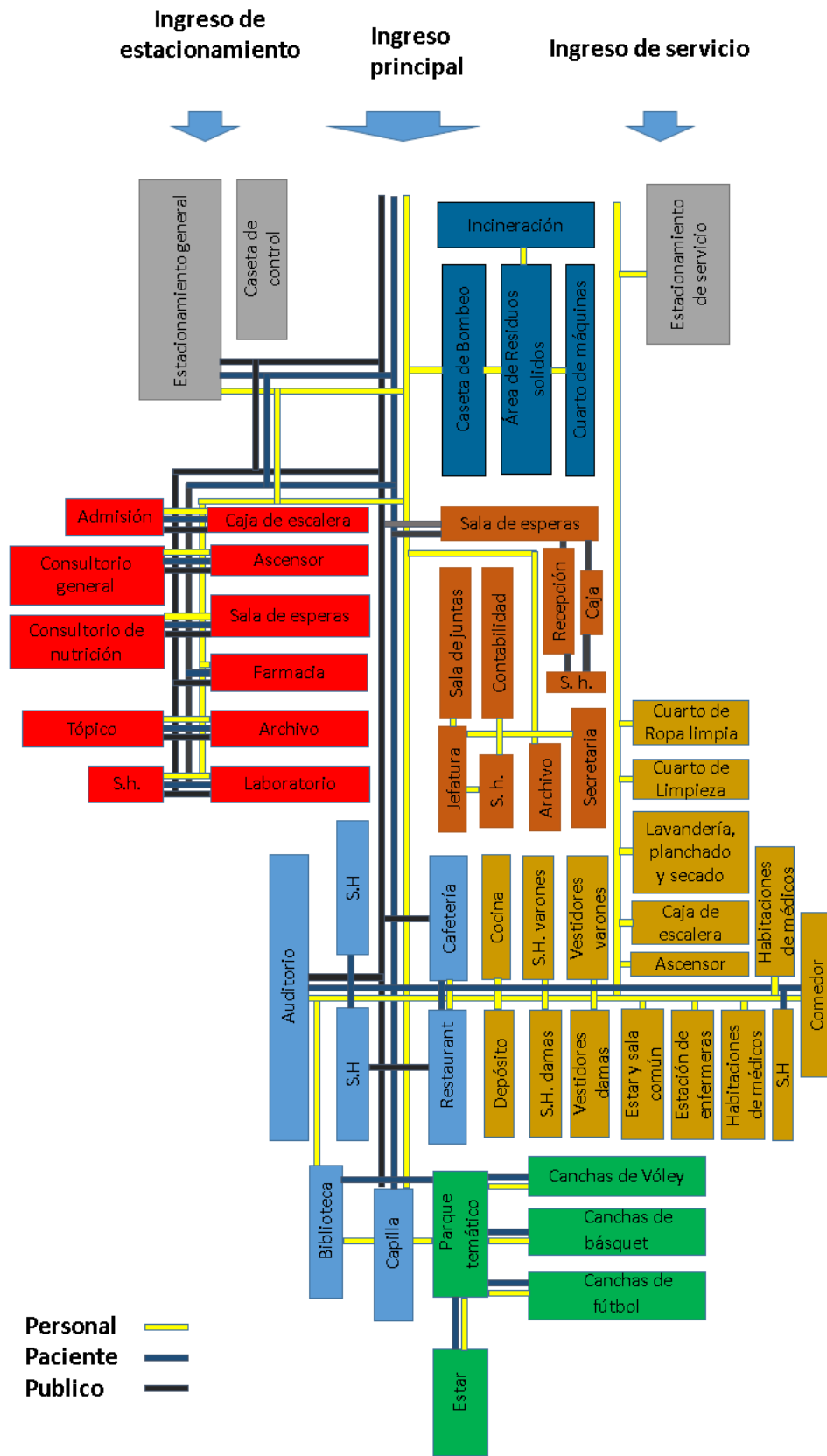


Figura 103 Diagrama de circulación 1er nivel (Fuente: Propia)

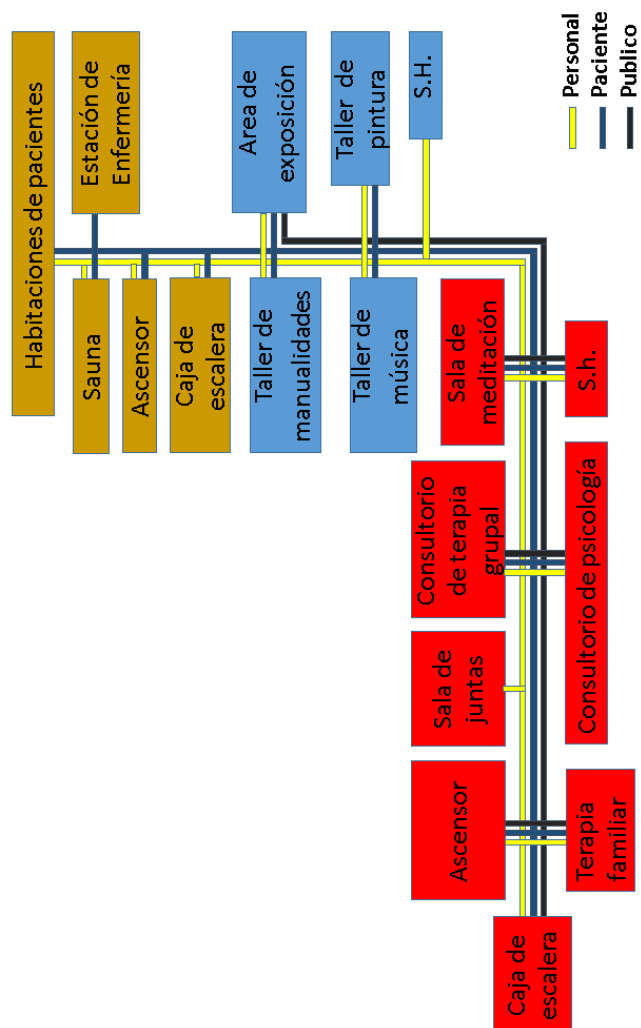


Diagrama del segundo nivel

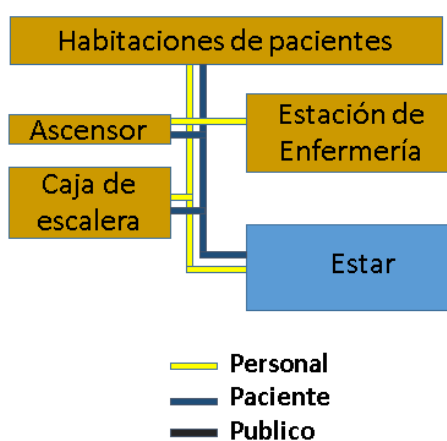


Diagrama del tercer nivel

Figura 104 Diagrama de circulación 2do nivel y tercer nivel (Fuente: Propia)

Diagrama del personal

Con un capacidad max de 200 personas, 40 internos varones, 10 internas y 12 en terapia

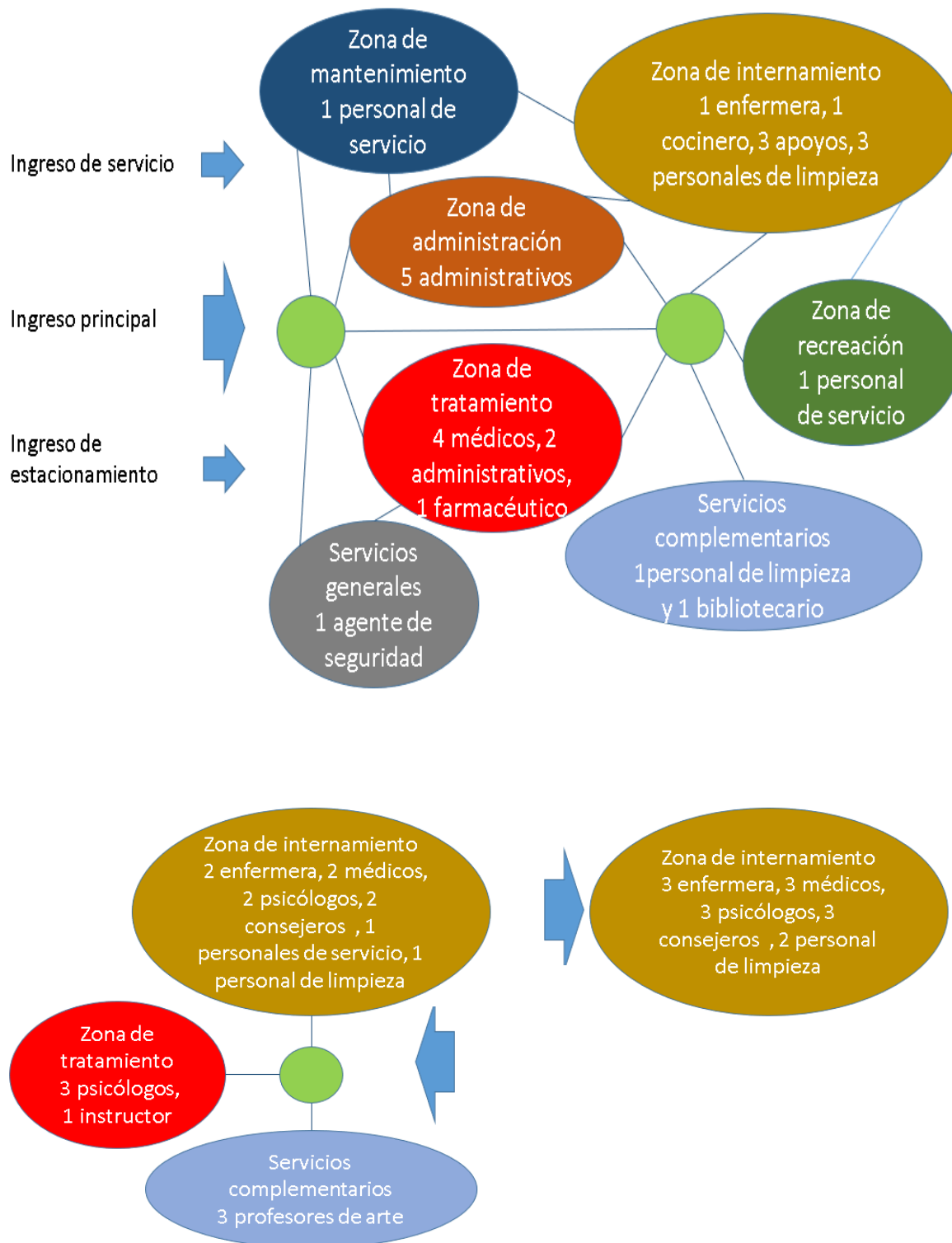


Figura 105 Diagrama del personal (Fuente: Propia)

4.4 FUNDAMENTO TEÓRICO- CONCEPTUAL

4.4.1 Idea Generatriz

La chacana es el nombre con que se conoce al símbolo polisémico (varios significados) más importante y antiguo de la cultura Andina; es una figura Geométrica que fue usada como ordenador de los conceptos matemáticos y religiosos, filosóficos, sociales, etc del mundo de nuestros antepasados.

En Quechua quiere decir algo así como “escalera de ascenso y descenso” o “puente hacia arriba y hacia abajo” que unía simbólicamente al Kay Pacha (mundo terrenal) con el Hanan Pacha (mundo de los dioses) y el Uku Pacha (mundo de los muertos). La chakana es el símbolo más importante de la cultura andina donde encierra una profunda relación del hombre en armonía con la naturaleza y el mundo espiritual permitiendo ordenar los pensamientos del hombre para encontrarse con su yo espiritual y la dualidad del hombre- mujer y así poder determinar los espacios habitacionales. En cada pueblo se puede distinguir por la forma en que se relacionan los hombres con el mundo.

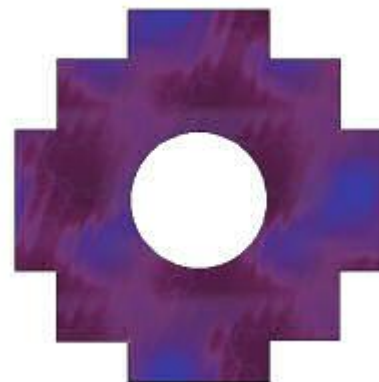
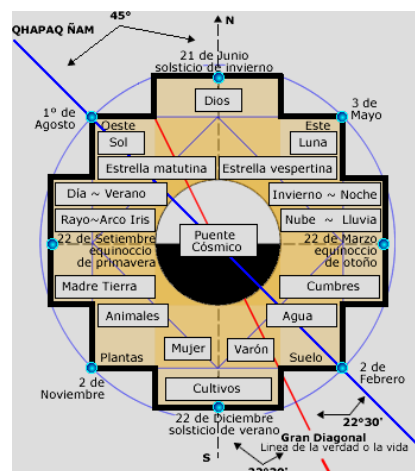


Figura 106 Fundamento conceptual (Fuente: web)

En el universo andino existen mundos simultáneos, paralelos y comunicados entre sí, en los que se reconoce la vida y la comunicación entre las entidades naturales y espirituales. El espacio andino se percibe en tres planos que son el vertical, el horizontal y el virtual, este espacio tiene una “kancha” o lugar en común conocido como el “kay pacha” o núcleo, este espacio como el Ordenador de Vida es el eje de los planos horizontal, vertical y aureolar y que por ende tiene un valor energético que influencia el pensamiento de los RUNAS (gente del mundo andino). La chacana representa, además,

las cuatro dimensiones necesarias para la vida en una comunidad: espiritual, social, política y económica.

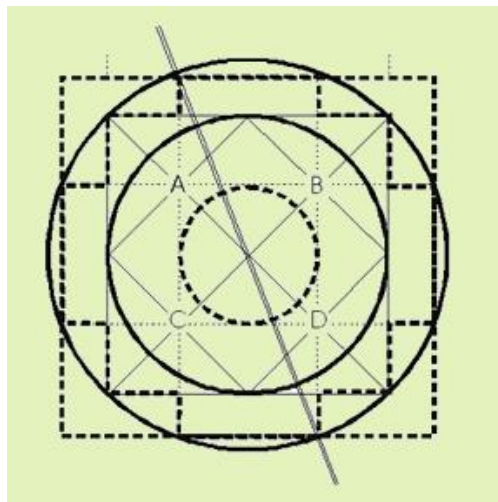


Figura 107 Idea generatriz (Fuente: web)

Los peldaños externos superiores corresponden a la representación del “Mundo ideal”

Los escalones inferiores e internos corresponden al mundo Real, así entonces, la escala de la izquierda comprende las normas de conducta y los principios básicos de la relación humana y la escala derecha significa el orden jerárquico inalterable de la relación política, social y religiosa. (Revista Digital de Arquitectura, 2012)

El proyecto se basa en la reflexión personal enfocado a la psicología, medicina y espiritualidad gracias a un proceso mental.

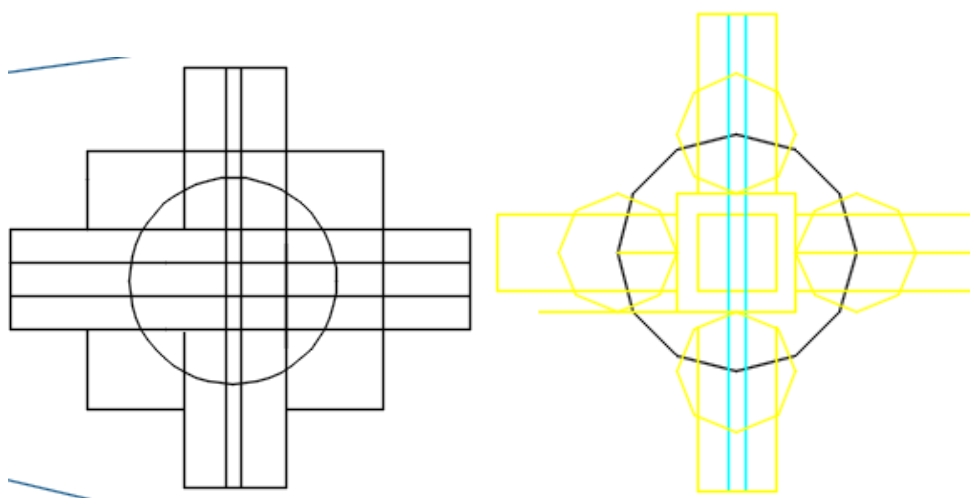


Figura 108 Geometrización de la idea generatriz (Fuente: propia)

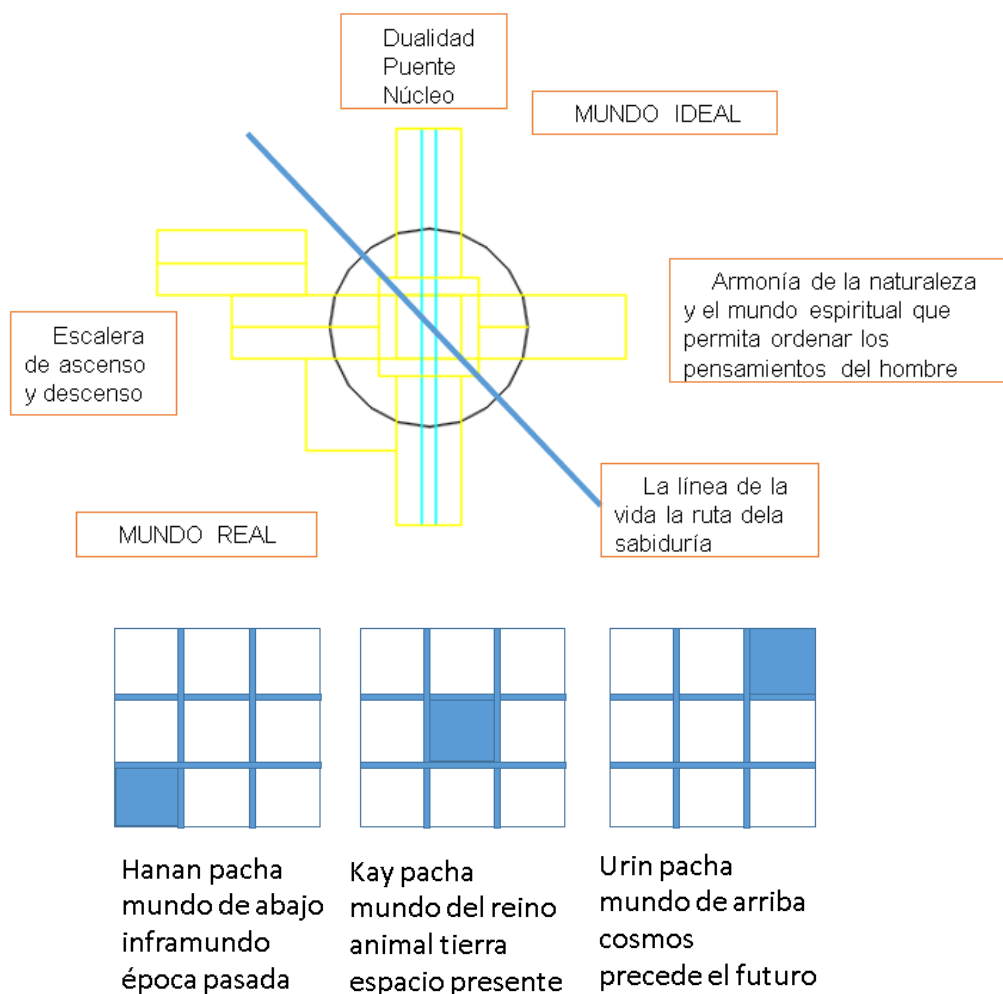


Figura 109 Enfoque de la idea generatriz (Fuente: propia)

4.5 PROGRAMACIÓN CUANTITATIVA

ZONA DE SERVICIOS GENERALES

Tabla 28

Programa arquitectónico zona de servicios generales

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Estacionamiento de servicio	6	30	380
Estacionamiento general	17	25	660
Caseta de Control	1	6	6
Servicios Higiénicos	1	2.50	2.25

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

ZONA ADMINISTRATIVA

Tabla 29

Programa arquitectónico zona administrativa

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Jefatura	1	12.00	12.00
S.H. de Jefatura	1	2.5	2.5
Secretaria	1	12.00	12.00
Contabilidad	1	18.00	18.00
Caja	1	6.20	6.20
Recepción	1	10.00	10.00
Sala de Juntas	1	24.00	24.00
Servicios Higiénicos damas	1	5.00	5.00
Servicios Higiénicos varones	1	5.00	5.00
Sala de espera	1	19.40	19.40
Archivo	1	12.00	12.00

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

ZONA DE TRATAMIENTO

Tabla 30

Programa arquitectónico zona de tratamiento

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Consultorio medicina general	1	20.50	20.50
Tópico	1	12.00	12.00
Consultorio de Nutrición	1	12.00	12.00
Consultorio terapia grupal	1	12.00	12.00
Consultorio terapia familiar	1	12.00	12.00
Consultorio psicología	1	12.00	12.00
Farmacia	1	12.00	12.00
Laboratorio	1	12.00	12.00
Admisión	1	10.00	10.00

Sala de reuniones	1	12.00	12.00
Servicios Higiénicos damas	3	5.00	15.00
Servicios Higiénicos varones	3	5.00	15.00
Sala de espera	1	12.00	12.00
Sala de meditación	1	50.00	50.00
Reflexión	1	20.00	20.00
Archivo	1	12.00	12.00

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

ZONA DE INTERNAMIENTO

Tabla 31

Programa arquitectónico zona de internamiento

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Habitaciones varones	20	17.00	34.00
Habitaciones damas	5	17.00	85.00
Servicios Higiénicos varones	10	5.00	50.00
Servicios Higiénicos damas	2	5.00	10.00
Habitaciones simples médicos	5	15.00	75.00
Servicios higiénicos médicos	2	5.00	10.00
Estación de enfermería	3	15.00	45.00
Comedor	1	100.00	100.00
Cocina más deposito	1	30.00	30.00
Cuarto de Limpieza	2	15.00	30.00
Lavandería	1	15.00	15.00
Cuarto de ropa limpia	1	15.00	15.00
Vestidores damas + S.H	1	15.00	15.00
Vestidores varones + S.H.	1	15.00	15.00
Estar	2	15.00	30.00
Sauna	1	60.00	60.00

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Tabla 32

Programa arquitectónico zona de servicios complementarios

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Auditorio	1	330.00	330.00
biblioteca	1	185.00	185.00
Taller de música	1	34.00	34.00
Taller de pintura	1	33.00	33.00
Taller de manualidades	1	26.00	26.00
Área de exposición	1	75.00	75.00
Capilla	1	220.00	220.00
Cafetería	1	30.00	30.00
Restaurant	1	43.00	43.00
Servicio higiénico varones	3	5.00	15.00
Servicio higiénicos damas	3	5.00	15.00

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

ZONA DE RECREACION

Tabla 33

Programa arquitectónico zona de recreación

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Canchas de Voley	1	9.00x18.00	162.00
Canchas de Futbol	1	20.x14.00	280
Canchas de Basquet	1	15.00x28.00	420
Servicios Higiénicos	2	5.00	10.00
Parque Temático	1	50.00	50.00
Estar	5	20.00	100.00

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

ZONA DE MANTENIMIENTO

Tabla 34

Programa arquitectónico zona de mantenimiento

AMBIENTE	CANTIDAD	AREA PARCIAL	AREA TOTAL
Cuarto de máquinas	1	12.00	12.00
Caseta de Bombeo	1	12.00	12.00
Área de residuos solidos	1	45.00	45.00
Incineración	1	10.00	10.00

Datos obtenidos de la Investigación elaboración propia

CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo como objetivo proponer y diseñar un centro de rehabilitación para la recuperación y tratamiento de personas con adicción al alcohol en la provincia de Puno. Esto quiere decir que en nuestra provincia carece de centros de rehabilitación solo existen programas preventivos que abarcan poco; también tenemos la parte de desintoxicación que no se abastece por el incremento desmedido de consumidores de bebidas alcohólicas, ante este escenario es una necesidad un centro de rehabilitación para personas con adicción al alcohol para ello se analizó el contexto de los alcohólicos en la zona y se estableció un programa arquitectónico para el diseño del proyecto. Así como crear una relación entre los pacientes, el centro y la comunidad que les brindaran espacios de terapia, esparcimiento, meditación y relajación.

SUGERENCIAS

Para el diseño arquitectónico de un proyecto es necesario iniciar con un análisis del tema, conociendo a fondo de que se trata cada uno de los subtemas del mismo, lo cual nos da una pauta referencial que nos permite ampliar nuestras alternativas de diseño. El análisis de referentes diversos como los locales, nacionales e internacionales nos permite comprender la realidad del medio en el que vivimos y dentro del que implantaremos el proyecto, es importante además conocer el entorno y analizar cada una de las características del mismo, causando así el menor impacto posible en la zona. Además, se debe crear proyectos con una base sólida fundamentada en el estudio de cada característica, la conceptualización, y las necesidades del grupo social.

BIBLIOGRAFÍA

- AA-PERU. (27 de MARZO de 2017). *Alcohólicos Anónimos*. Obtenido de <https://aaosg.wixsite.com/aaosg>
- Adicciones.org. (20 de 05 de 2015). *Adicciones*. Obtenido de Tratamiento y Recuperacion : <http://www.adicciones.org/recuperacion/txyrecup.html>
- ANDENES . (28 de 01 de 2013). *CENTRO DE TRATAMIENTO ANDENES*. Obtenido de <http://www.andenes.org/>
- C.A.T Barcelona. (17 de AGOSTO de 2017). *Cede de Aasistenci Terapiutica Barcelona*. Obtenido de <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-sindrome-de-abstinencia>
- Canadiense, M. F. (1990). *TheArchitecture and the Art of Healing*. Canada.
- Centros de Desintoxicacion . (25 de septiembre de 2018). *Alcoholismo* . Obtenido de Causas del Alcoholismo: <https://www.centrosdedesintoxicacion.es/alcoholismo/causas>
- Chacón, A. Q. (22 de setiembre de 2013). *Los Andes* . Obtenido de <http://www.losandes.com.pe/Sociedad/20130922/74948.html>
- Clinica de la Universidad de Navarra. (15 de Julio de 2017). *Diccionario Medico* . Obtenido de <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/dependencia-psiquica-psicologica>
- Consultorior de Rehabilitacion Integral. (15 de 08 de 2015). *Rehabilitacion Integra*. Obtenido de <http://consultoriorehabilitacionintegral.blogspot.pe/>
- Defincion. (02 de 05 de 2016). *DEFINICION DE*. Obtenido de <https://definicion.de/terapia/>
- Definiciones de Arquitectura. (18 de Enero de 2018). *Arquitectura hospitalaria* . Obtenido de Blog de Arquitectura: <http://definicionesdearquitectura.blogspot.com/Arquitectura>
- Diario el Correo . (26 de Junio de 2014). *Correo Puno*. Obtenido de <http://diariocorreo.pe/ciudad/puno-desde-los-12-anos-inician-consumo-de-a-23040/>
- Educacion Discucion e Intercambio. (15 de agosto de 2017). *Educacion Discucion e Intercambio*. Obtenido de Teoria de la Gestalt: <http://educacion.relacionarse.com/146304/>
- El Comercio. (12 de Mayo de 2014). *El Comercio*. Obtenido de <http://elcomercio.pe/economia/peru/peru-sexto-pais-mayor-consumo-alcohol-region-noticia-1728867>

- EL PERUANO NORMAS LEGALES . (Martes de Junio de 2012). *EL PERUANO NORMAS LEGALES* . Obtenido de Reglamento de la ley N°29765:
file:///E:/normas%20borrador/aprueban-reglamento-de-la-ley-n-29765-que-regula-el-establ-decreto-supremo-n-006-2012-sa-797195-5.pdf
- FUNDACION MANANTIALES. (15 de SEPTIEMBRE de 2018). *ORG MANANTIALES*. Obtenido de ALCOHOLISMO MANANATIALES :
http://www.manantiales.org/alcoholismo_tratamientos.php
- Gaceta Parlamentaria. (5 de Diciembre de 2013). *El artículo 218 Bis a la Ley General de Salud.mx*. Obtenido de Gaceta de Diputados :
<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2013/dic/20131205-VIII/Iniciativa-1.html>
- Gutierrez, F. (16 de setiembre de 2013). *Diario La Republica*. Obtenido de <http://larepublica.com.pe>
- H. Díaz Moreno, R. O. (2007). *Enfermedades psiquiátricas (III)*. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, ISSN 0304-5412, Serie 9, N°. 86.
- Hauer, D., & Middleton, S. (Dirección). (1971). *Mi Nombre es Bill* [Película].
- HOSPITAL MONCLOA. (06 de Mayo de 2015). *HOSPITAL UNIVERSITARIO MONCLOA*. Obtenido de <http://www.hospital-moncloa.es/inicio.aspx>
- INEI. (2017). *PERÚ: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y TRASMISIBLES*. Lima: Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú .
- Leibrock, A. C. (2005). Designing hospitals for health and healing. *Toronto Rehab*.
- Moya, S. A. (2012). *DISEÑO ARQUITECTÓNICO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADICTOS A SUBSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS*. Quito: Tabacundo, Cantón Pedro Moncayo.
- NARCONON . (15 de 09 de 2014). *REHABILITACIÓN DE DROGAS Y PREVENCIÓN DE DROGAS*. Obtenido de <http://espanol.narconon.org/>
- Neuropsi. (1 de Agosto de 2017). *Neuropsi.com*. Obtenido de Neuropsi.com:
<https://neuropsi.com/guias-y-articulos/adicciones/que-es-la-dependencia-fisica/>
- Pachamama. (21 de Octubre de 2015). *Noticias destacadas de Pachamama* . Obtenido de Convencion de A.A. cede Juliaca: <http://www.pachamamaradio.org/17-10-2012/juliaca-sera-sede-de-la-tercera-convencion-de-alcoholicos-anonimos.html>
- Revista Digital de Arquitectura. (23 de Ocubre de 2012). Apuntes de revista. *Apuntes Revista Dijital de Arquitectura* , 05-06.
- Tavad . (2016). *TAVAD*. Obtenido de <http://www.tavad.com/tratamiento-alcoholismo/>

- Tavad. (28 de Marzo de 2017). *Centro De Rehavilitacion TAVAD*. Obtenido de <http://www.tavad.com/recuperacion-neuronal-tratamiento/>
- Universidad la Salle. (2010). Boletin Informativo . *Estar Bien*, 1.
- VIDAL MORANTA , T., & POL URRUTIA, E. (2005). Anuario de la Psicologia . En T. VIDAL MORANTA, & E. POL URRUTIA, *Anuario de la Psicologia* (págs. 281-297). BARCELONA .
- Wilson, B. (2008). *Historia de Bill Wilson* . Estados Unidos: Libro Grande.
- ZOMOBO. (06 de 09 de 2000). *centro de salud*. Obtenido de proyectos arquitectonicos : <http://zomobo.net/arquitectura-centro-de-salud>

ANEXOS

Encuesta de estudio

1. ¿Qué edad tienes? ()

2. ¿sexo? Femenino () Masculino () ¿Trabajas?() ¿Estudias?()

3. ¿Qué grado de instrucción tienes? Primaria () Secundaria () Superior ()

4. ¿Conoces alguien que consuma alcohol? Si () No()...¿Con que frecuencia?
Diario () Semanal () Quincenal () Mensual () ¿Te gustaría que deje de
beber? Si () No ()

5. ¿Consumes bebidas alcohólicas? No consume () Ocasionalmente () Con
frecuencia () De forma diaria () ¿Donde? Cantina () Discoteca ()
Otro.....()
Si ()...¿Por qué? Satisfacción () Costumbre () Problemas () Otro.....()
No ()...¿Por qué? Decisión propia () Daño a la salud () Religión ()Otro...()

6. ¿A qué edad iniciaste a consumir bebidas alcohólicas? () años
Si () ¿Por qué?... Curiosidad () Decepción () Compromiso ()...Con amigos ()
Con Familia ()
No ()...¿Por qué? Buena Educación () Miedo () Otro.....()

7. ¿Con que frecuencia consumes bebidas alcohólicas? Diario () Semanal()
Quincenal () Mensual()

8. ¿Has estado bajo la influencia del alcohol en alguna situación que podría haberte
causado un accidente u otro daño? Si () No ()

9. ¿conoce algún centro de rehabilitación? Si () No()...Cual A.A ()
Otro()