

EL HABITAR

EN
CENTROS

DE
REHABILITACIÓN

DE
SUSTANCIAS
PSICOTRÓPICAS

Rodrigo Gacitúa Vergara
Profesora guía: Alicia Campos

Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

Seminario de Investigación
Teoría y Crítica

Semestre primavera 2022

Resumen

El presente Seminario de Investigación de arquitectura buscará comprender y compartir a través de una mirada cualitativa exploratoria como es el “Habitar” en los centros de tratamiento y rehabilitación de sustancias psicotrópicas en Chile. Para poder realizar esta investigación se estableció un marco teórico que considera el estado del arte de esta área de la salud, junto con aproximaciones a la palabra “Habitar”, a través de la crítica y la teoría de la arquitectura. Se trabajó mediante la recolección de datos, entrevistas y la investigación en profundidad de dos casos de estudio, Talita Kum y CRAD_CALAMA, con el objetivo de teorizar acerca de las implicancias del diseño arquitectónico en la rehabilitación.

Palabras clave

Centro de tratamiento y rehabilitación
Consumo problemático de sustancias
Diseño arquitectónico
Habitar

Agradecimientos

A mis papas Jorge Gacitúa y María Angelica Vergara, por su apoyo incondicional y aporte a este seminario, visitando y contactando centros de rehabilitación en Santiago.

A toda mi familia, por creer siempre en mí.

A mi pareja, mis amigos y amigas, que con sus mensajes de apoyo y conversaciones me ayudaron a mantenerme motivado en la realización de este seminario.

A mi profesora guía Alicia Campos, que desde el primer día me apoyó con mi problema de investigación.

A todos mis profesores y profesoras, quienes con sus enseñanzas y conocimientos me han permitido llegar hasta acá.

A todas las personas entrevistadas y/o que colaboraron en la realización de este seminario de investigación.

No hubiera podido ser capaz de realizar este seminario sin ustedes, mis más sinceros agradecimientos.

“Estas construcciones albergan al hombre. Él mora en ellas, y sin embargo no habita en ellas, si Habitar significa únicamente tener alojamiento. En la actual falta de viviendas, tener donde alojarse es ciertamente algo tranquilizador y reconfortante; las construcciones destinadas a servir de vivienda proporcionan ciertamente alojamiento. Hoy en día pueden incluso tener una buena distribución, facilitar la vida práctica, tener precios asequibles, estar abiertas al aire, la luz y el sol, pero: ¿Albergan ya en sí la garantía de que acontezca un **Habitar**?”

-Martin Heidegger 1951

1.0 Introducción

Para comprender de que trata esta investigación es importante hablar del contexto en que como país nos encontramos respecto al consumo de sustancias. En los últimos años Chile ha seguido presentando un alto consumo de drogas, tanto licitas como ilícitas en su población, y aunque algunas han tendido a bajar un poco, como es el caso de la marihuana y el alcohol, lo cierto es que los números de consumo siguen siendo altos, y en general todas las drogas han visto un aumento en ser consumidas al menos una vez en la vida (Observatorio Nacional de Drogas, 2020), lo que podría traducirse en una mayor disponibilidad de drogas, junto con un mayor riesgo de caer en un consumo problemático de la sustancia. No solo eso, sino que el país también presenta, de manera lamentable, el primer lugar en consumo de tabaco, marihuana, cocaína (figura 01), pasta base y tranquilizantes de estudiantes de las Américas (CICAD & OEA, 2019), con una edad de inicio en el mundo de las drogas de aproximadamente 14 años (Fuentes, 2021).

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión

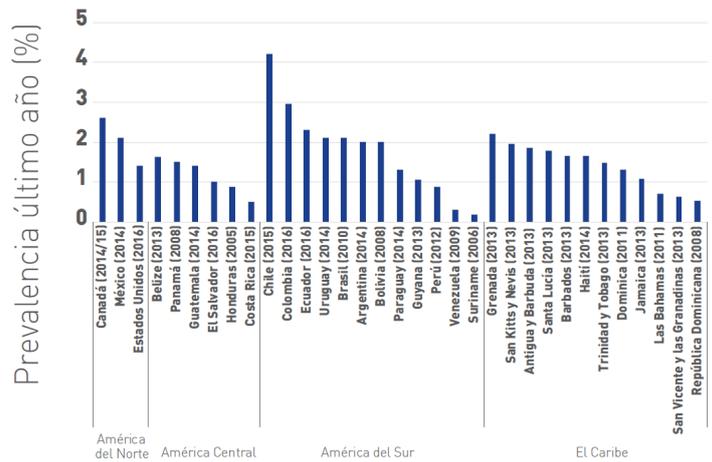


Figura 01. Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión [Gráfico]. CICAD & OEA. (2019). Pp. 154. <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>.

Sumado a eso, en Chile llega a existir una “cultura del consumo de drogas”, lo que significa una aceptación y promoción de estupefacientes. Esto, a través de distintos momentos de ocio y/o reunión que se llegan a vivir durante la vida y que uno como individuo puede llegar a verse expuesto desde la juventud (Bravo, 2018). Incluso hay algunos que consideran la presencia del alcohol, como parte de nuestra cultura (TVN, 2017) lo que llega a verse reflejado en situaciones festivas donde se llega a señalar un fomento y normalización en el consumo de drogas para todas las edades (Catalán, 2021).

2.0 Consecuencias del consumo problemático de sustancias psicotrópicas en Chile

Desde el lado de la salud son varios los estudios que señalan la posibilidad de desarrollar un consumo problemático de drogas, es decir una adicción y/o dependencia, además, de los distintos efectos dañinos que su consumo puede provocar en el organismo de las personas. Por dar solo algunos ejemplos, el ensayo “Marihuana, consensos y evidencias sobre su impacto en la salud” busca generar una reflexión crítica sobre el consumo de la marihuana y señalar los efectos perjudiciales que puede provocar (SOPNIA, 2016); existe un reporte de investigación sobre el consumo de cocaína del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), el cual junto con advertir sobre lo adictivo de esta droga, señala sus riesgos fisiológicos y cardiovasculares (NIDA, 2021a); por último, mencionar documentos como “Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes”, y el texto “Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030” en los cuales se expone los efectos adversos de algunas sustancias como alcohol, marihuana, cocaína y pasta base, tanto en aspectos físicos como psicológicos de la persona (Ministerio de Salud, 2015) (SENDA, 2021).

Por el lado económico, un estudio hecho por SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol) y la Pontificia Universidad Católica de Chile, estimó cual era el costo económico y social, que solo el consumo de alcohol representaba para el país, arrojando que: 12.360 personas murieron a causa del consumo de esta sustancia el año 2014, y llegando al resultado aproximado de un costo económico atribuible de 1,5 billones de pesos chilenos (\$1.488.776.225.023 pesos) el año 2017 (Facultad de Medicina PUC, 2018) (SENDA, 2019). Además, con el valor de las drogas al alza cada año, esto puede terminar perjudicando a quienes tienen un consumo problemático, considerando que en general las personas llegan a gastar más del 20% de sus ingresos autónomos per cápita del hogar en seguir consumiendo, al menos en un principio (Paz, 2015).

Por último, a nivel social el consumo problemático de sustancias puede llevar a una marginación del individuo, debido a que los consumidores presentan conductas de exclusión en sus ambientes laborales y/o educativos, problemas con sus parejas y familias, además de que a nivel social existe un estigma y discriminación hacia los consumidores de estupefacientes. Todo esto combinado coloca a la persona en una situación de vulnerabilidad de la cual es difícil salir y muchas veces termina por requerir de un tercero que la ayude en su situación (SENDA, 2021).

3.0 Problema de investigación

Actualmente en Chile el consumo problemático de sustancias psicotrópicas es considerado un problema de salud pública, para lo cual el estado busca hacerle frente a esta situación país a través del “Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol” (SENDA), organismo gubernamental que tiene como misión:

Ser responsable de elaborar y ejecutar políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol; Ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol; Elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol. (SENDA, 2022b)

Si una persona se encuentra en un consumo problemático, y de forma voluntaria quiere recibir tratamiento, esta puede optar a una rehabilitación que la lleve a una reintegración en la sociedad, una alternativa importante para poder realizar esto es acudir a un centro de tratamiento y rehabilitación. Al respecto el decreto N°4 del Ministerio de Salud establece que:

Artículo 1°.- Se entenderá por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a sustancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol.

(Ministerio de salud, 2010, pp. 1)

El año 2017, de acuerdo con una serie de entrevistas realizadas a pacientes, se llegó a que los centros de rehabilitación son fundamentales para brindar una recuperación en cuanto a las consecuencias que el consumo problemático de sustancias puede causar en las personas (SENDA, 2018), presentándose, así como la mejor opción para el tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias. Es tal su importancia que el gobierno destina tanto recursos humanos como económicos para el funcionamiento de estos lugares, por dar un ejemplo, solo el año 2017 SENDA utilizó el 67% de su presupuesto anual en los programas de tratamiento y rehabilitación de drogas, ascendiendo a \$42.977.380.000 pesos el dinero destinado. Al respecto es importante señalar que el mismo estudio establece que los programas que mejores resultados mostraron a largo plazo en cuanto a la rehabilitación de los pacientes son los centros de tratamiento residenciales (DIPRES & ISUC, 2020).

Sin embargo, en el transcurso de la presente investigación se evidenció que, aun cuando los tratamientos residenciales son los que mejores resultados arrojan existe poca disponibilidad de este tipo de centros a lo largo del país, existiendo en su mayoría los de tipo ambulatorio, la página web “Mapa laboratorio de Gobierno”, junto con presentar una lista de todos los centros de tratamiento y rehabilitación registrados en SENDA, expone la ubicación exacta de cada uno de ellos, más los requisitos que se piden para acceder. Solo por dar una aproximación, si vemos la región con más habitantes de Chile, es decir la región Metropolitana, nos encontraremos que existen al menos 158 centros de tratamiento y rehabilitación, de los cuales 128 son Ambulatorios (81%), 29 son Residenciales (18% aprox.) y 1 solo registra ser “Mixto” (menos del 1%), es decir que cuenta con ambas modalidades (SENDA, 2022a).

Por otro lado, la mayoría de las veces la rehabilitación residencial ocurre en viviendas privadas adaptadas para cumplir la función terapéutica de tratamiento por consumo problemático de sustancias, lo que se aprecia en la información de libre acceso que circula por redes de información. Es decir, lo que se logra evidenciar es la carencia de un diseño arquitectónico propio para los centros de tratamiento y rehabilitación en Chile.

En cuanto al funcionamiento del SENDA se ha podido concluir que este organismo estatal solo funciona como un “Mediador” entre el estado, el sistema de Salud y los centros de rehabilitación. Ya que en lo que respecta a los establecimientos como tal, SENDA se encarga únicamente de prestar recursos económicos, técnicos y normativos a través de licitaciones, “aun con la inestabilidad que eso implica” (C.G. Ñancupil, comunicación personal, 3 de octubre del 2022). Y es que, si bien SENDA cuenta con recursos, su trabajo se centra principalmente en hacer estudios, informar, prevenir y establecer líneas de contacto entre pacientes y centros de tratamiento. Sumado a eso, en sus documentos informativos, si bien se plantea que se trabajará en políticas para el tratamiento y rehabilitación, nunca se menciona la construcción de edificios de este estilo, eso es porque hasta la fecha ningún organismo público ha podido construir un centro de rehabilitación con un diseño arquitectónico propio. Y es que, en Chile de acuerdo con Marcela Lara, Jefa de Tratamiento e Intervención del SENDA (M. Lara, comunicación personal,

7 de junio del 2022), en temas de diseño arquitectónico para centros de rehabilitación “no tenemos nada”, y solo algunos centros de rehabilitación privados se han podido proyectar desde cero con un diseño arquitectónico original, además, que SENDA no se encarga de establecer o proyectar infraestructura para tratamiento y rehabilitación, de eso se encarga el Ministerio de Salud y al respecto la única normativa relacionada a la infraestructura de los centros de tratamiento es la autorización sanitaria, es decir el Decreto N°4 que establece ciertos criterios de construcción.

Sin embargo, esta normativa no ha sido actualizada en los últimos 12 años y sus artículos respecto a la proyección de centros de tratamiento no parecen ser suficientes, dejando varias ideas a criterio del lector. Solo por dar una suerte de aproximación, el párrafo II trata del local y sus instalaciones y el artículo 5° sección b) dice: “Al menos una sala por cada 15 usuarios, que garantice mantener entrevistas en forma privada con los usuarios y/o sus familiares” (Ministerio de salud, 2010, pp. 3). ¿Como debe ser esta sala? ¿Qué ocurre con la ventilación, la iluminación y la conectividad con el resto de programas por ejemplo?, es en esta ambigüedad donde cabe cuestionarse si estos criterios básicos de diseño fueron pensados para que ocurra realmente un “Habitar”.

Al respecto un artículo titulado “Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud” hace un llamado a tener una consideración especial hacia la proyección y el diseño de centros de salud, ya que son establecimientos que se enfrentan a necesidades que van cambiando constantemente, y por otro lado, existe una relación entre el ambiente físico arquitectónico y efectos tranquilizadores en la recuperación de los pacientes. El texto reconoce que el arquitecto se ve enfrentado a dos problemas al momento de proyectar un edificio de la salud, por un lado debe concebir un proyecto que sea capaz estructuralmente de sostenerse, pero por otra parte, debe ser capaz de contemplar la creación de espacios físicos “humanizados” capaces de albergar a los pacientes y al personal del establecimiento de salud. (Cedrés de Bello, 2000).

Bajo el punto de vista del “Habitar” propuesto por Heidegger, se puede considerar el artículo N°4 y sus normativas de criterios mínimos de construcción, elementos que no necesariamente fueron pensados para el desarrollo de un diseño arquitectónico que permita un habitar, y es que habitamos en un edificio no solo por ser capaces de dormir o comer en él, habitamos cuando en este lugar podemos encontrar intimidad, sentirnos seguros, plenos y dispuestos a seguir desarrollándonos como personas (Heidegger, 1951). Todo esto trae como consecuencia cuestionarse el rol que el Estado le ha dado al “Habitar” en los centros de tratamiento y rehabilitación de sustancias psicotrópicas, edificios de gran valor pero que han sido poco explorados aun cuando es aquí a donde se destinan más de la mitad de recursos del SENDA.

4.0 Pregunta de investigación

¿Cómo es el Habitar en los centros de tratamiento ambulatorio y/o residencial, y que elementos del diseño arquitectónico contribuyen a la rehabilitación?

5.0 Objetivo general

Comprender el funcionamiento de los centros de rehabilitación para personas tóxico-dependientes y las variables del diseño arquitectónico que inciden en la rehabilitación.

6.0 Objetivos específicos

- Entender el comportamiento y las necesidades espaciales de las personas tóxico dependientes que se encuentran en rehabilitación.
- Comprender las configuraciones del espacio arquitectónico que tienen una influencia en el tratamiento y rehabilitación de las personas.
- Identificar casos de estudio que permitan establecer una relación entre el Habitar y la espacialidad de los centros de rehabilitación.

7.0 Marco teórico, Consideraciones de investigación

El presente seminario de investigación al estar enmarcado en la especialidad de Teoría y Crítica buscará relacionar conceptos específicos de la arquitectura que aporten sustancialmente al problema referido en esta investigación sobre el habitar en centros de rehabilitación de sustancias psicotrópicas.

7.1 El problema Epistemológico

“¿Qué es Epistemología?” es un texto en donde en base a se revisan distintas definiciones y reflexiones que distintos autores le han dado a la palabra “Epistemología” a lo largo de los años, al respecto se señalan dos autores.

- Jean Piaget respecto a que considera por epistemología, “Es el estudio del pasaje de los estados de menor conocimiento a los estados de un conocimiento más avanzado” (Cortés & Gil, 1997).
- Lo que Ricardo Teodoro Ricci entiende por epistemología, “Ese punto de vista desde el cual me relaciono con las cosas, con los fenómenos, con los hombres y eventualmente con lo trascendente” (Ricci, 1999).

Por último, de acuerdo con el texto el investigador de un problema epistemológico debe ser alguien consciente de lo que ocurre a su alrededor, ya que eso conforma su humanidad vital, vuelve a un ser humano limitado en alguien capaz de producir y comprender fenómenos que pueden llegar a ser ilimitados (Jaramillo, 2003), en ese sentido la presente investigación corresponde a un problema de tipo epistemológico y no práctico.

7.2 La crítica en la arquitectura

“Arquitectura y Crítica” es un texto donde se explica la crítica como un juicio personal que debe considerar lo estético y lo ético, debe estar hecha a partir de fundamentos y presentar una trayectoria que entregue un resultado final que le llegue a hacer sentido a cualquier persona. En ese sentido la crítica sitúa entre dos extremos ilusorios, el exceso racionalista metodológico, que busca expresarse de forma ilusoria a través de interpretaciones totalmente fiables, demostrables y únicas; y el exceso irracionalista, que es arbitrario, bárbaro y que alega constantemente contra la función de la crítica y el arte. En el caso de la crítica en la arquitectura el juicio se presenta sobre la medida en que la obra arquitectónica

ha alcanzado lo que el autor define como “sus finalidades: Funcionalidad distributiva y social, belleza y expresión de símbolos y significados, adecuado uso de los materiales y las técnicas, relación con el contexto urbano, el lugar y el medio ambiente” (Montaner, 1999). Junto con eso el autor establece dos condiciones para que pueda ocurrir la crítica:

1. Solo existe la crítica cuando existe una teoría, se necesita una base teórica que justifiquen y sustenten las interpretaciones, por consecuente, toda crítica es la puesta en práctica de una teoría.
2. La crítica necesita de visiones contrapuestas, es decir una diversidad de posibilidades y opiniones, para el autor la crítica surge a partir de una diversidad de interpretaciones y del pluralismo que se genera.

Finalmente, el autor concluye que la crítica debe hacerle frente al olvido y la amnesia colectiva de la sociedad contemporánea, la crítica debe desvelar las raíces y antecedentes, las teorías, los métodos y las posiciones implícitas que giran en torno al objeto.

7.3 El espacio en la arquitectura

¿Qué se entiende por espacio en la arquitectura? El libro “Existencia, Espacio y Arquitectura” de Christian Norberg-Schulz discute el significado de esta palabra, exponiendo que el ser humano y el “espacio” tienen raíces existenciales, debido a que la relación entre ambos nace de una necesidad de la persona por tener relaciones vitales con el ambiente que le rodea. En este ambiente la mayoría de nuestras acciones ocurren en un contexto “espacial” conformado por los objetos orientadores que pueden estar distribuidos a nuestro alrededor y forman puntos de referencia, tales como: interior, exterior, lejos, cerca, separado, continuo y discontinuo. Para que el ser humano entienda a que se refieren estas orientaciones en su entorno debe ser capaz de analizar y comprender la relación espacial descrita y unificarla en un “concepto espacial”.

Sin embargo, con el pasar de los años el concepto de espacio fue dividido en dos definiciones; por un lado, están los espacios físicos concretos como micro, ordinario y macro; y en otro extremo están los espacios matemáticos abstractos, un tipo de espacio inventado por el ser humano para describir los espacios físicos concretos con distintos niveles de aproximación que pueden ser más o menos acertados. El hecho de cuantificar la experiencia espacial resultó en que ahora vivimos en un mundo “cognoscitivo” dominado por relaciones abstractas que no siempre responden a las necesidades básicas y ordinarias de las personas, lo que ha resultado en nuestra casi pérdida de afectividad con el espacio.

El espacio arquitectónico también se ha visto afectado por la espacialidad física y matemática, dando como resultado un “ingenuo realismo”, ya que los nuevos proyectos de arquitectura están muchas veces maquillados por estudios de percepción arquitectónica o de geometría tridimensional que intentan convencernos de que esa y no otra, es la mejor espacialidad que un proyecto arquitectónico pueda tener, omitiendo el problema básico del espacio existencialista como parte de la dimensión humana. El autor plantea la posibilidad de que la arquitectura caerá en espacialidades “vacías” e iguales en todos lados, sin un sentido de pertenencia que ofrecer debido a ser demasiado complejas para lo que en

realidad como seres humanos necesitamos. La tarea del arquitecto entonces es ayudar a las personas a encontrar una espacialidad existencial donde puedan establecerse, desarrollarse e imaginar fantasías, elementos básicos del ser humano (Schulz, 1975).

7.4 proyectando el diseño arquitectónico

El capítulo III del libro “La mente en la arquitectura: Neurociencia, corporeidad y el futuro del diseño”, escrito por J. Pallasmaa, expone una suerte de comparativa entre la arquitectura con el arte y su búsqueda por evocarnos nuestros sentimientos y recuerdos más primitivos. La arquitectura con su diseño y espacialidades es compleja y multisensorial, esto porque tiene la particularidad de permitirnos vivir entre épocas, por un lado, nuestra presencia en un edificio nos hace vivir el presente, sin embargo, el edificio en si encapsula historias y un contexto de épocas pasadas. Esto, debido a que el arquitecto diseña a partir de experiencias personales previas de su vida, en donde además debe sumarle factores externos del contexto histórico en el que se enmarca el proyecto, como resultante la arquitectura como producto es una materialización del espacio de la mente y a la vez nuestro espacio de la mente está estructurado por la arquitectura (Robinson & Pallasmaa, 2015).

La experiencia previa en el diseño arquitectónico resulta fundamental, ya que es a partir de ella que las personas terminaran por habitar un edificio, “La formación de profesionales reflexivos, Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones” es un libro de Donald A. Schön donde a través del estudio de correcciones de taller entre estudiante y profesor en una escuela de arquitectura el autor logra evidenciar distintas etapas del diseño arquitectónico que son necesarias para elaborar un proyecto de arquitectura. Es así como logra evidenciar que el estudiante para poder realizar ideas y seguir mejorando su proyecto debe recurrir a evocar experiencias pasadas para hacerle frente a la situación y salir adelante con la entrega (Schön, 1992).

7.5 Sobre el Habitar en la arquitectura

“Construir, Habitar, Pensar” es una serie de reflexiones hechas por Martin Heidegger en 1951, en una época donde Alemania estaba sufriendo una crisis de viviendas. Es en este contexto donde para el autor el concepto de habitar va de la mano con la construcción, ya que es a través de esta acción básica del ser humano que buscamos intervenir nuestro entorno con el fin de hacer que este sea un refugio para nosotros, es decir, que sea “Habitable”. Sin embargo, aun cuando en nuestros tiempos existen más construcciones que nunca, no todas ellas son realmente “habitables”, podemos vivir en un lugar, pero no por eso necesariamente “habitamos” ahí. Habitar implica que las personas puedan crecer entendiéndose a ellas mismas y a lo que las rodea, y para que eso se dé, lo construido tiene que cuidar a las personas y permitirles establecer una relación segura entre el ser humano, el medio y la naturaleza. En cierto sentido la arquitectura se vuelve un elemento indispensable para vivir, es por eso que, si un proyecto de arquitectura desde su diseño y construcción no está pensado para ser habitado entonces está fallando en su elemento más básico (Heidegger, 1951).

Juhani Pallasmaa se suma en cierto sentido a la definición dada por Heidegger, pero desde una mirada más personal. Aquí se establece que un proyecto de arquitectura resguarda una espacialidad que puede o no ser “habitabile”, la diferencia estará en si el diseño arquitectónico del proyecto desde sus orígenes fue pensando en que la persona pueda lograr tener una intimidad tal que se le permita un encuentro con sus valores más carnales, de no ser así percibiremos a través de nuestros sentidos la espacialidad y la atmosfera negativa que trae consigo, una que no nos dejará sentirnos plenos en el espacio, en la arquitectura y por ende en el Habitar (Pallasmaa, 2019).

8.0 Marco teórico, Procesos clínicos y Estado del Arte

En esta parte del marco teórico se indagará sobre los orígenes, el estado actual, las variables y procesos que inciden en los centros de tratamiento y rehabilitación por consumo problemático de drogas.

8.1 Sobre el comportamiento de las personas con consumo problemático de sustancias

“Las drogas, el cerebro y la conducta” es un texto publicado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), en donde se expone que la adicción hacia las drogas corresponde a un problema médico, ya que el consumo problemático de sustancias psicotrópicas provoca cambios biológicos en el cerebro de los consumidores y por consecuencia en el comportamiento de las personas (NIDA, 2021b).

Para los **bebés**, la exposición a sustancias estando en el vientre de la madre puede llevar a un nacimiento prematuro, problemas de peso y puede presentar efectos a largo plazo en su capacidad para aprender, controlar sus emociones y comportamiento. Además, en el caso de drogas más fuertes el bebé puede nacer con dependencia a la droga que su madre consumía, condición llamada síndrome de abstinencia neonatal.

El consumo de drogas en **niños y adolescentes** puede llevar a un mal comportamiento social hacia sus cercanos y a un bajo rendimiento académico, elementos que pueden llevar al abandono de los estudios. Sumado a eso, debido a que en este rango etario el cerebro se encuentra en pleno desarrollo, el consumo de sustancias podría tener un efecto negativo a largo plazo en el usuario, junto con un aumento en el riesgo de desarrollar una adicción.

Para los **adultos**, el uso de drogas puede deteriorar el cerebro y afectar la capacidad para pensar claramente, prestar atención y recordar. Además, pueden ver empobrecida sus capacidades para sociabilizar, su desempeño en el trabajo y en las relaciones amorosas. En el caso de adultos con familia se ha visto que el uso problemático de sustancias puede significar situaciones de estrés, vulnerabilidad y abuso para sus integrantes.

Biológicamente, las partes del cerebro que se ven afectadas por el consumo problemático de sustancias son los Ganglios Basales, Amígdala extendida y la corteza prefrontal (Figura 02), áreas que en conjunto tienen implicancia en: la motivación de la persona para realizar acciones; controlar sentimientos como la ansiedad y la irritabilidad; controlar

impulsos, resolver problemas y pensar claramente. Se puede revisar el anexo para más detalles.

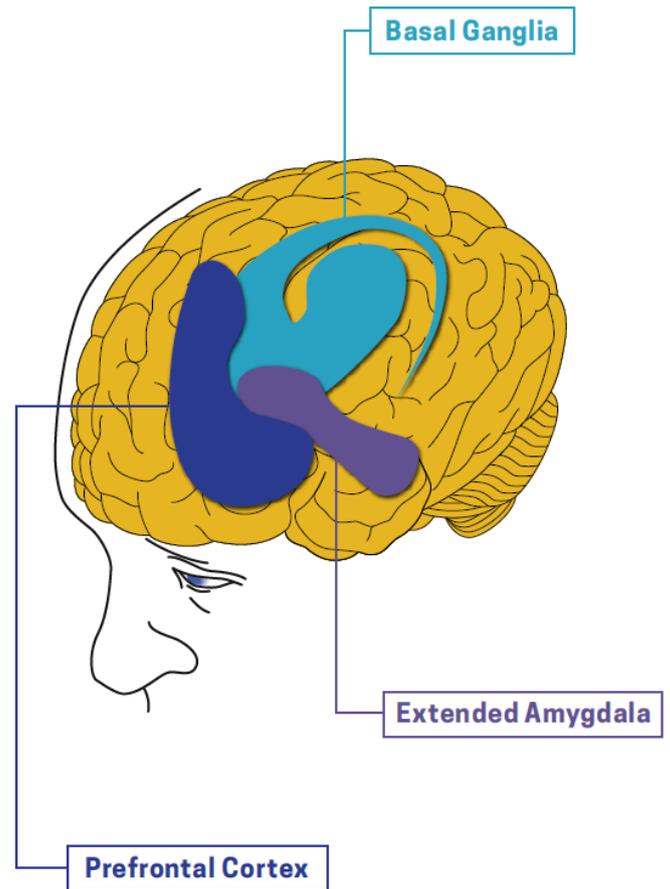


Figura 02. ¿Qué partes del cerebro son afectadas por el consumo de drogas? [Ilustración]. NIDA. (2021). Pp. 16. https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf.

Por su parte el “Informe de investigación sobre Comorbilidades comunes con los trastornos por consumo de sustancias” señala que muchas personas que desarrollan un consumo problemático de drogas, la mayoría de las veces también presentan enfermedades mentales que son difíciles de predecir, tales como: ansiedad, ataques de pánico, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, entre otras. Cuando una persona presenta dos trastornos o enfermedades se le llama “comorbilidad” y si bien es cierto que una persona puede desarrollar trastornos mentales independiente de si consume o consumió drogas, la verdad es que las sustancias psicotrópicas por su capacidad de cambiar la química del cerebro pueden llegar a desencadenar trastornos mentales permanentes en las personas (NIDA, 2020).

En conclusión, la dependencia a sustancias puede ir de la mano con diversos problemas mentales, coincidiendo en que al comienzo de una rehabilitación el primer paso es contener a la persona que viene en un estado poco predecible y compulsiva, para posteriormente hacerla parte de un tratamiento donde deba volver a recuperar sus capacidades sociales y encontrar placer en elementos y acciones cotidianas de la vida. Respecto a estas consecuencias por consumo problemático de sustancias, Marcela Lara (M. Lara, comunicación personal, 7 de junio del 2022) definió como “Compromiso Biopsicosocial” cuando el consumo problemático de sustancias psicotrópicas llega a afectar a la persona en sus distintas dimensiones de su vida, como puede ser el ámbito biológico, social y psicológico.

8.2 Acerca del SENDA

“Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030”, es un texto hecho por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), en donde se expone el rol del SENDA en el país, distintos diagnósticos por el consumo de sustancias en Chile y estrategias de intervención para lograr metas planteadas para el 2030. SENDA realmente nació el año 1990 con el nombre “Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes” (CONACE), una organización que se encargaba principalmente de prevenir y controlar la producción y tráfico ilícito de estupefacentes en Chile. No fue hasta el año 2011 que a través de la ley N° 20.502 CONACE pasó a ser SENDA, organismo estatal público con dependencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (SENDA, 2021). De acuerdo con SENDA son distintos los perfiles y las necesidades que la población necesita, por lo que se ofrecen distintos programas de tratamiento para las personas que declaran tener un consumo problemático de sustancias y quieren hacer un cambio en su vida, los programas están detallados en el anexo y acá solo se mencionaran elementos claves:

- **Programa de tratamiento para población general:** Tratamiento para hombres y mujeres mayores de 18 años que presentan un consumo problemático de sustancias. Modalidades de atención: Plan ambulatorio básico, Plan ambulatorio intensivo y Plan Residencial.
- **Programa de tratamiento para población específica de mujeres:** Tratamiento exclusivo para mujeres mayores de 18 años que presentan un consumo problemático de sustancias. En el caso de un tratamiento residencial se puede asistir con el hijo. Modalidades de atención: Plan ambulatorio intensivo y plan residencial.
- **Programa de tratamiento para población adulta en situación de calle:** Este programa otorga a hombres y mujeres mayores de 18 años que se encuentren en situación de calle. El programa de tratamiento se ofrece en modalidad ambulatoria comunitaria con intervenciones en terreno y en un “dispositivo” de tratamiento.
- **Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N° 20.084 con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental:** Programa de tratamiento y rehabilitación exclusivo para jóvenes que presentan un consumo problemático de sustancias psicotrópicas y que además han infringido la ley. Ofreciendo las modalidades: Plan Ambulatorio Intensivo Medio Libre; Plan Residencial Medio Libre; Plan Ambulatorio Intensivo Privado de Libertad; Plan Ambulatorio Intensivos en Psiquiatría; Medio Libre; Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría y Privados de Libertad.
- **Programa para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas:** Disponibilidad de tratamiento dirigido a población infanto-adolescente que presenta un consumo problemático de sustancias complejo. Se presenta en modalidades de: Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial.

8.3 Como saber el tipo de modalidad que se necesita

El Dr. Carlos Ibáñez (C. Ibáñez, comunicación personal, 16 de agosto del 2022) explica que para determinar la modalidad de tratamiento de un paciente se puede consultar la “The ASAM criterio assessment interview guide”, cuestionarios hechos por la ASAM (American Society of Addiction Medicine) que reconocen el consumo problemático de sustancias como un compromiso biopsicosocial y que permite conocer al paciente en 6 dimensiones personales a través de diferentes preguntas (Figura 03). Posterior a eso, los resultados del “Ranking de severidad” que cada dimensión pueda arrojar en un rango del 0 al 4 (donde 0 es nada severo y 4 muy severo) se puede interpretar que tratamiento y modalidad requiere el paciente (ASAM & UCLA, 2022). Las 6 dimensiones de ASAM son:

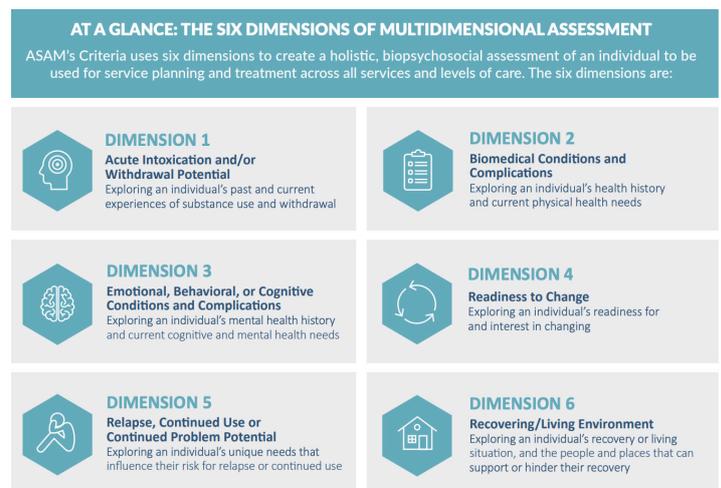


Figura 03. At a Glance: The six dimensions of multidimensional assessment [Ilustración]. ASAM & UCLA. (2022). Recuperado el 9 de Noviembre del 2022, de: <https://www.asam.org/asam-criteria/about-the-asam-criteria>.

1. Intoxicación aguda o potencial de abstinencia

En esta dimensión están todas las preguntas respecto a que drogas se han consumido en el último tiempo y con qué frecuencia.

2. Condiciones biomédicas y complicaciones

Son preguntas que buscan saber el historial médico de la persona y cuáles son sus actuales carencias/necesidades en cuanto a salud se refiere.

3. Condiciones y complicaciones emocionales, conductuales o cognitivas

Busca comprender principalmente en qué estado mental se encuentra el paciente al momento de la entrevista y si ha presentado complicaciones de salud mental alguna vez.

4. Disposición al cambio

Dimensión enfocada en saber cómo el consumo problemático de sustancias ha afectado la vida personal del paciente y cuáles son sus intereses por cambiar eso.

5. Recaída, consumo continuado o potencialmente problemático

Preguntas que exploran las necesidades personales que el paciente puede presentar por dejar de consumir drogas, el objetivo de esta dimensión es saber que puede provocar una recaída.

6. Recuperación / Entorno del paciente

Dimensión cuyas preguntas buscan comprender si el lugar donde vive la persona representa un apoyo o una dificultad para el paciente durante su tratamiento y rehabilitación.

De acuerdo con el Dr. Carlos Ibáñez las 3 primeras dimensiones determinan si la persona requiere tratamiento, mientras que el resto de las dimensiones muestran que programa de tratamiento y modalidad de atención necesita. Todas estas dimensiones deben ser consideradas de alguna forma en el diseño arquitectónico de un centro de tratamiento y rehabilitación, pues son estas dimensiones las que la persona debe “recuperar” en su vida a través de estos establecimientos.

8.4 Modalidades de atención para Planes de tratamiento y rehabilitación para población general

“Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas” es una serie de normativas hecha por el SENDA y el MINSAL con el objetivo de orientar algunos de los programas de tratamiento y rehabilitación que se ofrecen en Chile, y donde cada uno de estos planes comprende distintos objetivos terapéuticos que se irán desarrollando durante todo el procedimiento (SENDA & MINSAL, 2012). En este seminario se hablará del plan ambulatorio básico y el plan residencial.

Plan de tratamiento y rehabilitación ambulatorio básico

Plan ambulatorio con una duración aproximada de 6 meses, enfocado para aquellas personas que presentan un compromiso biopsicosocial moderado por consumo de sustancias y siguen presentando soporte familiar y una actividad ocupacional. Se establece que para este tratamiento son 9 los objetivos terapéuticos a los que se debe llegar con el paciente, los cuales serán desarrollados a través de 4 etapas progresivas. Los centros de salud donde se realiza el plan de tratamiento y rehabilitación ambulatorio básico son:

- **Establecimientos públicos de Salud:** Establecimientos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM).
- **Establecimientos privados asociados a la red de salud:** Se refiere a aquellos establecimientos con convenio SENDA tales como; Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, centros de tratamiento y rehabilitación, sociedades de profesionales u otros.

Todo centro de salud sin importar si es público o privado debe contar con espacios para trabajo individual y grupal, con “adecuada” ventilación, iluminación, aislamiento, climatización y sistemas de seguridad.

Plan de tratamiento y rehabilitación residencial

Plan residencial con una duración aproximada de 12 meses enfocado en personas que presentan un compromiso biopsicosocial severo por consumo de drogas. Al igual que en el plan ambulatorio se establecen 9 objetivos terapéuticos, los cuales serán desarrollados a través de las 4 etapas progresivas. Los establecimientos de salud donde se puede implementar este tipo de tratamiento son:

- **Establecimientos públicos:** Deben contar con una infraestructura que garantice intervenciones individuales, familiares y grupales, estos centros además deben contar con “hotelería” adecuada, es decir dormitorios, baños, espacios de recreación etc.
- **Establecimientos privados:** Corresponden a todos los centros de tratamiento y rehabilitación residencial, a las comunidades terapéuticas u otros centros que hayan sido autorizados por la autoridad sanitaria regional. Debe contar con una infraestructura de hotelería que garantice las intervenciones individuales, familiares y grupales.

8.5 Las 4 etapas del tratamiento y rehabilitación

A pesar de ser planes de tratamiento distintos, ambos comparten las mismas 4 etapas del tratamiento y los tipos de egreso.

1ra etapa: Acogida y contención emocional del paciente que llega presentando complejidades en su vida personal a causa de un consumo problemático de sustancias, en esta etapa es importante que el paciente se sienta cómodo en el establecimiento y se pueda conocer que áreas de su vida han sido afectadas por el consumo de drogas, junto con los aspectos personales pueden ser usados para motivar el tratamiento y la rehabilitación.

2da etapa: Busca comprender en profundidad los factores que llevan a la persona a consumir drogas, se busca apoyar los procesos de desintoxicación a mediano y largo plazo junto con evaluar estrategias para la prevenir recaídas.

3ra etapa: Corresponde a una etapa denominada “incorporación”, en donde se prepara al paciente para su egreso del tratamiento a través de la profundización de estrategias reales para su reintegración a la sociedad.

4ta etapa: Es un periodo de seguimiento que dura por lo menos un año, en donde posterior al alta terapéutica se realizan intervenciones que se distancian progresivamente a medida que avanzan los meses.

8.6 Egreso de un programa de tratamiento y rehabilitación

El egreso corresponde al término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento, no a una completa rehabilitación. Sin importar el programa y la modalidad del tratamiento hay 4 formas de egresar de un establecimiento.

- **Alta terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos. Evaluación realizada por equipo tratante de acuerdo con la persona.
- **Alta administrativa:** decisión del equipo tratante de egresar del programa a la persona en tratamiento, por no cumplimiento del contrato terapéutico.
- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** pérdida de contacto por parte de la persona en proceso terapéutico, con el programa de tratamiento por un tiempo igual o mayor a dos meses

8.7 Sobre la infraestructura de los centros de rehabilitación, aproximación al diseño arquitectónico

El único documento que da una aproximación acerca del diseño arquitectónico de los centros de tratamiento y rehabilitación en Chile es el “Reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”, es decir el Decreto N°4 del 2009 hecho por el Ministerio de salud de Chile (M. Lara, comunicación personal, 7 de junio del 2022). A continuación, se mencionará los puntos relevantes de todo el párrafo II “Del local y sus instalaciones”, para más detalle, revisar anexo (Ministerio de salud, 2010).

El **Artículo 4°** del Párrafo II establece que los centros de tratamiento y rehabilitación, tanto ambulatorios como residenciales, deberán contar con infraestructura libre de riesgos estructurales, tanto para los usuarios como para el personal que trabaja en ellos, esto se verificará en todo lo que son elementos estructurales y superficies, además, es necesario contar con instalaciones sanitarias, iluminación natural y artificial.

Por su parte el **Artículo 5°** expone que para el tratamiento ambulatorio y/o residencial el edificio debe contar con condiciones para los siguientes programas: baños, salas de entrevistas/reuniones y sala de estar. Además de eso se menciona que el establecimiento debe contar con: un patio, sala para la basura, espacio para útiles de aseo y cocina. Por último, en caso de contar con programa de tratamiento para mujeres con hijos, el establecimiento debe presentar espacios y condiciones necesarias para poder recibir a ambos.

El **artículo 6°** corresponde únicamente a exigencias para centros de tratamiento y rehabilitación residencial, al respecto se mencionan nuevas condiciones para la capacidad del comedor, dormitorios y baño. Además, se consideran requisitos para la cocina, un lavadero y espacios de recreación. Por último, el **artículo 7°** establece que, si el centro de tratamiento es mixto (ambulatorio y residencial), el establecimiento deberá contar con más de un espacio de reunión para trabajo terapéutico, y uno de ellos debe tener la capacidad para recibir a todos los usuarios de forma simultánea.

8.8 Comunidades terapéuticas en Chile

El término “Comunidad terapéutica” se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50, sin embargo, no fue hasta una década más tarde que en Norteamérica el término “comunidad terapéutica” empezó a usarse para nombrar a determinados tratamientos residenciales, por consumo problemático de sustancias, que tenían como fin ofrecer un espacio libre de drogas en el cual se pudiera encaminar al paciente hacia una rehabilitación. Más tarde esto derivó en la existencia de dos modelos de comunidades terapéuticas (Llorente del Pozo & Gómez, 1999). En el anexo se profundiza más sobre la historia de las comunidades terapéuticas en el mundo.

- **Modelo Norteamericano**, más enfocado en las normativas y la estructuración, además presenta bases teóricas ligadas al movimiento de la autoayuda y a la modificación de la conducta que la persona pueda presentar debido al consumo de sustancias.

- **Modelo Europeo**, fuertemente ligado a la psiquiatría comunitaria y al aprendizaje social entre pares.

En Chile el tratamiento para la rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicotrópicas ocurre principalmente a través de comunidades terapéuticas con fuerte influencia del modelo Norteamericano, y tuvo sus orígenes a finales de los 60’, cuando se empezaron a ver las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria en la ciudad de Santiago y Temuco, como es el caso del “Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago”, creado el año 1968 con la participación de la Universidad de Chile y del Servicio Nacional de Salud y la Comunidad (Soto, 2011).

Las comunidades terapéuticas se caracterizan por ser similares a una comunidad religiosa o un grupo militarizado, esto debido a que cuentan con elementos en común tales como: un propósito general, una estructura organizacional, requieren de que gente se afilie a los programas y se mantenga leal a estos, cuentan con reglas formales, normas implícitas, valores y creencias particulares. Además, dentro de una comunidad terapéutica juega un rol clave el hecho de que se puedan compartir experiencias de vida entre personas, lo que se conoce como “modelos de rol”, algo que da paso a la motivación y aceptación personal, permitiendo que el paciente pueda reaprender aquellas responsabilidades, autocontrol y sociabilización que perdió por el consumo problemático, algo mencionado en el texto como “Remediar, rehabilitar o curar” (Soto, 2011).

8.9 Funcionamiento interno de las Comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas consisten en una serie de intervenciones terapéuticas y de rehabilitación que se realizan en un establecimiento que funciona como un “hogar psicológico”, algo así como una micro sociedad donde todos los pacientes junto con el personal desempeñan roles en el establecimiento. Por ello es que se sigue un régimen diario de actividades estructuradas y planificadas en su totalidad, esto con el fin de hacer que la comunidad funcione, se beneficie mutuamente y a un nivel individual, cambiar el estilo de vida que los pacientes con consumo problemático presentan, el cual debido a los cambios químicos que ha hecho la droga en sus cerebros suelen ser estilos de vida desorganizados y que presentan vulnerabilidades para el individuo u otros (Soto, 2011).

Un día “normal” en un centro de rehabilitación para tóxicos dependientes con enfoque de comunidad terapéutica consideraría:

Estructura organizacional

- Equipo terapéutico (profesionales y técnicos de la salud)
- Supervisor (residente con mayor crecimiento en la comunidad)
- Responsables del centro de rehabilitación
- Responsable de cocina
- Residentes

Jornada (Conformada por las siguientes actividades, no necesariamente en este orden)

- Recreo
- Reuniones con grupos terapéuticos
- Reuniones individuales
- Reuniones mañana y tarde
- Seminarios, clases, talleres
- Tareas laborales, actividades
- Tiempo personal

Actividades

- Cocina
- Lavandería
- Parcela
- Huerto
- Acondicionamiento físico
- Limpieza y mantención
- Otros (propios del centro)

8.10 Centros de rehabilitación internacionales

“Architecture of Drug Addiction Rehabilitation” (Alameri, 2018) es una tesis de arquitectura que investiga casos de estudio que no necesariamente reflejan como debe ser un centro de rehabilitación para toxico dependientes, ya que en algunos casos ni siquiera corresponden a este programa, el autor expone que más bien son casos de estudio por el impacto que su diseño puede tener en las personas.

- **Centro de rehabilitación, Groot Klimmendaal.** Proyecto del año 2011 ubicado en la ciudad de Arnhem, Países bajos. Es un centro de rehabilitación residencial y ambulatorio para discapacidades físicas.

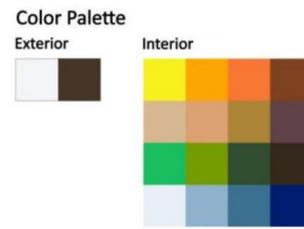
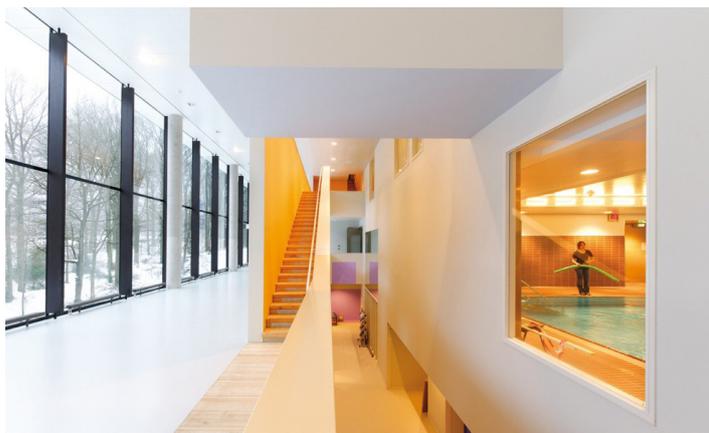


Figura 04 y 05. Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal [Fotos]. Velsen, K. V. (2011). Recuperado el 26 de Octubre del 2022, de: <https://www.archdaily.com/126290/rehabilitation-centre-groot-klimmendaal-koen-van-velsen>.

Figura 06. DETOX: Architecture of drug addiction rehabilitation [Paleta de colores]. Alameri, S. (2018). Pp. 13. Obtenido de: <https://issuu.com/smalameri/docs/thesis>.

- **Prisión Storstrøm.** Construido el año 2017, ubicado en las cercanías de la ciudad de Gundslev, Dinamarca. Corresponde a una prisión de máxima seguridad con un enfoque distinto, ya que en su proyección se tuvo en mente que fuera un proyecto menos institucionalizado.

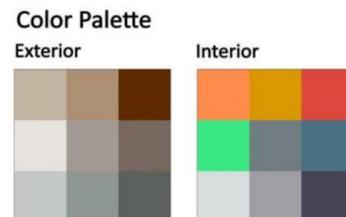


Figura 07 y 08. Storstrøm Prison [Fotos]. Møller, C. (2017). Recuperado el 26 de Octubre del 2022, de: <https://www.archdaily.com/885376/storstrom-prison-cf-moller>.

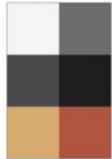
Figura 09. DETOX: Architecture of drug addiction rehabilitation [Paleta de colores]. Alameri, S. (2018). Pp. 27. Obtenido de: <https://issuu.com/smalameri/docs/thesis>.

- **Centro de tratamiento para adicciones “Sister Margaret Smith”.** Proyecto del año 2009 ubicado en la ciudad de Thunder Bay, Canadá. El proyecto corresponde a un Centro de rehabilitación residencial para personas con consumo problemático de sustancias.



Color Palette

Exterior



Interior



Figura 10 y 11. Edificio Hermana Margaret Smith. Kuch Stephenson Gibson Malo Architects and Engineer + Montgomery Sisam Architects. (2011). Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre [Fotos]. Recuperado el 26 de Noviembre del 2022, de: <https://www.archdaily.com/109414/sister-margaret-smith-addictions-treatment-centre-montgomery-sisam-architects>.

Figura 12. DETOX: Architecture of drug addiction rehabilitation [Paleta de colores]. Alameri, S. (2018). Pp. 40. Obtenido de: <https://issuu.com/smalameri/docs/thesis>.

- **Hospital psiquiátrico Vejle.** Proyecto del año 2017 ubicado en la ciudad de Vejle, Dinamarca. Corresponde a un hospital psiquiátrico ambulatorio con énfasis en la libertad y comodidad de los pacientes



Color Palette

Exterior



Interior



Figura 13 y 14. Vejle Psychiatric Hospital [Fotos]. Arkitema. (2018). Recuperado el 26 de Octubre de 2022, de: <https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects>.

Figura 15. DETOX: Architecture of drug addiction rehabilitation [Paleta de colores]. Alameri, S. (2018). Pp. 47. Obtenido de: <https://issuu.com/smalameri/docs/thesis>.

Luego de analizar bajo una misma tabla de criterios Saad concluye una lista de elementos que tienen una importancia para la proyección de un centro de rehabilitación, por la implicancia que tiene en los pacientes, el personal y como de cierta forma tienen una incidencia en el proceso de rehabilitación.

- a. Minimización de la apariencia institucional del edificio para no estigmatizar a sus usuarios.
- b. Que cuente con instalaciones recreativas accesibles a la comunidad para reintegrar a los pacientes.
- c. Presenta talleres y salas de clase para ayudar a los pacientes en su proceso de reintegración.
- d. Integra luz natural del día a través del diseño arquitectónico.
- e. Implementa la espiritualidad como una parte del proceso de sanación.
- f. Uso de colores, elementos naturales y arte para reducir la angustia de los pacientes.
- g. Acomodar a los pacientes en habitaciones privadas para reducir su angustia y respetar su privacidad.
- h. Dividir las habitaciones de los pacientes en pequeñas unidades para reducir hechos de violencia.
- i. Posicionar el área del personal de una forma que se maximice la vigilancia.
- j. Minimizar esquinas en punta para reducir el riesgo de autolesiones.
- k. Usar materiales con una alta durabilidad y fácil de mantener en el tiempo.

(Alameri, 2018. Pp. 50-51)

9.0 Síntesis del Marco teórico

Como se vio en “Procesos clínicos y Estado del arte” (8.0) son varios los factores a considerar para proyectar un centro de rehabilitación, ya que son varios los procesos que las personas deben afrontar antes y durante el tratamiento, por otro lado, acerca del diseño arquitectónico y el espacio que se propone en cada proyecto, habitar significa un proceso no solo para la persona sino también para el arquitecto y su diseño a través de experiencias previas. Habitar cobra una gran importancia para los centros de tratamiento, ya que es a través de este concepto que logramos sentirnos en un estado estable y de intimidad que nos permite desarrollarnos e interactuar con otros, elementos básicos del tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias psicotrópicas.

10.0 Metodología

El presente Seminario de investigación se establece a través de la mirada de una investigación cualitativa (Groat & Wang, 2013). Este tipo de investigación, además de ser multi metódica, permite poner a prueba características y/o cualidades de diversos elementos a través de sus “entornos naturales”, es decir que aquello que se investiga no se elimina ni altera del lugar donde existe, la investigación por ende debe involucrarse en el contexto real.

Por otro lado, al estar este problema de investigación inserto en un área vagamente explorada y no establecida del todo, es que este seminario corresponde además a una investigación de carácter exploratoria (Sampieri, 2014), este tipo de estudios se realiza cuando se investiga algo poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas, o derechamente no existe in-

formación al respecto, y donde el objetivo es dejar una base de conocimiento para una próxima investigación.

Para comprender las características espaciales, arquitectónicas y su parcial o intuitiva aplicación a centros de tratamiento y rehabilitación en Chile, se propone utilizar la siguiente metodología:

10.1 Recopilación y análisis de información de datos

Sobre centros de rehabilitación en Chile, funcionamiento de organismos gubernamentales y patologías que personas tóxicas dependientes pueden llegar a presentar, todo esto relacionado con aspectos y características formales que competen a la teoría y el diseño de la arquitectura. La recopilación de información incluye visitas a terreno junto con la búsqueda de material gráfico y escrito.

10.2 Análisis de casos de estudio

Se propone que sean proyectos en situaciones o con programas distintos, tales como: tipo de modalidad para el tratamiento, ubicación y arquitectura. Esto con el fin de generar una suerte de comparativa entre ambos. Tomando como punto de partida las conclusiones de los centros de rehabilitación internacionales (Alameri, 2018), se propone que los principales elementos a analizar sean:

1. Ubicación y minimización de la apariencia institucional del edificio para no estigmatizar a sus usuarios.
2. Proceso de diseño arquitectónico del establecimiento para saber si corresponde a un establecimiento adaptado o construido desde cero.
3. Que cuente con instalaciones recreativas accesibles a la comunidad para reintegrar a los pacientes.
4. Presenta talleres y salas de clase para ayudar a los pacientes en su proceso de reintegración.
5. Integra luz natural del día a través del diseño arquitectónico.
6. Uso de colores, elementos naturales y arte para reducir la angustia de los pacientes.
7. Acomodar a los pacientes en habitaciones privadas para reducir su angustia y respetar su privacidad.
8. Posicionar el área del personal de una forma que se maximice la vigilancia.
9. Forma y uso de materiales con una alta durabilidad y fácil de mantener en el tiempo.

10.3 Estudio y revisión de centros de rehabilitación internacionales

Búsqueda de información vía remota, bibliográfica o presencial de establecimientos internacionales para entender sus distintas estrategias de diseño.

10.4 Consultas con expertos

Entrevistas realizadas a profesionales que trabajaron o trabajan en el área.

- **Marcela Lara**, Jefa de tratamiento e intervención del SENDA. Fue entrevistada para tener información sobre el rol de la institución y su impacto en el diseño archi-

tectónico de los centros de tratamiento y rehabilitación (M. Lara, comunicación personal, 7 de junio del 2022).

- **Dr. Carlos Ibáñez**, Jefe de la Unidad de Adicciones de la Clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile. Se realizó una entrevista en persona para poder tener criterios de diseño respaldados para la selección de casos de estudio (C. Ibáñez, comunicación personal, 16 de agosto del 2022).
- **Mario Pérez de Arce Ovalle**, Arquitecto. Se le contacto para saber sobre planimetría del centro Talita Kum (M. Pérez de Arce, comunicación personal, 8 de septiembre del 2022).
- **Alejandro Aguirre**, ex Director regional SENDA de Antofagasta. Se le entrevisto para obtener información del centro CRAD_CALAMA (A. Aguirre, comunicación personal, 30 de septiembre del 2022).
- **Sara Rivera**, Directora del centro de rehabilitación Talita Kum y **Carmen Gloria Ñancupil** Asistente social y asesora del programa adolescente en Talita Kum. La entrevista se realizó para conocer acerca del funcionamiento del centro de tratamiento y rehabilitación Talita Kum (S. Rivera & C.G Ñancupil, comunicación personal, 3 de octubre del 2022).
- **Jorge Marsino**, Arquitecto. La entrevista se realizó para conocer sobre el proceso de diseño del centro de tratamiento CRAD_CALAMA (J. Marsino, comunicación personal, 7 de octubre del 2022).
- **Isaac Bustos**, Jefe unidades de adicciones Hospital San José de Maipo. Se entrevistó para conocer sobre el funcionamiento del centro de tratamiento del Hospital San José (I. Bustos, comunicación personal, 21 de octubre del 2022).
- **Rafel Alday**, Prevencionista de riesgo Hospital San José de Maipo. Se contactó para conocer sobre la planimetría del recinto (R. Alday, comunicación personal, 28 de octubre del 2022).
- **Rodrigo Fernández**, Técnico en rehabilitación de la comunidad Alfa Adicciones. Se entrevistó para conocer sobre el funcionamiento del centro de tratamiento y rehabilitación (R. Fernández, comunicación personal, 1 de noviembre del 2022).

11.0 Casos de estudio

Se consideró como primer criterio de selección aquellos centros de tratamiento cuyo diseño de los espacios integran varias personas trabajando de manera conjunta, contemplan áreas verdes y siguen la idea de que el trabajo en comunidad es lo que recupera (C. Ibáñez, comunicación personal, 16 de agosto del 2022).

11.1 Comunidad terapéutica Alfa Adicciones

Ubicado en la comuna de Paine, región Metropolitana. Establecimiento con modalidad residencial para hombres. El edificio consiste en una casona adaptada. No presenta planimetría.



Figura 16. Alfa Adicciones [Fotografía original]. Fernández, R. (2022). Elaboración propia del autor.

11.2 Comunidad Cuyuncaví

Se encuentra en la comuna de Curacaví, región Metropolitana. Es de los pocos centros residenciales en Chile que no ocupa el modelo de tratamiento de Comunidad terapéutica. No se pudo contactar con lugar.



Figura 17. Establos y arquitectura orgánica [Fotografía]. Comunidad Cuyuncaví. (2022). Recuperado el 26 de Noviembre del 2022, de <https://comunidadterapeuticaDecuyuncavi.cl/index.php/galeria>.

11.3 Talita Kum

Ubicado en la comuna de Conchalí, Santiago región Metropolitana. Corresponde a un centro de tratamiento y rehabilitación ambulatorio “semipúblico”. Cuenta con entrevista y planimetrías.



Figura 18. Fachada Talita Kum [Fotografía original]. (2022). Elaboración propia.

11.4 Hospital Sanatorio San José de Maipo

Ubicado en la comuna de San José de Maipo, región Metropolitana. Cuenta con modalidad residencial para hombres y mujeres. Se quiso agregar a la investigación un centro de rehabilitación residencial completamente público, fue difícil pero la profesora Alicia Campos dio con este establecimiento. No cuenta con planimetría actualizada.



Figuras 19 y 20. Pabellones [Fotografías originales]. Bustos, I. (2022). Elaboración propia del autor.

11.5 CRAD_CALAMA

Centro de tratamiento y rehabilitación que nunca concluyó su construcción. Fue proyectado el año 2016 para la ciudad de Calama, región de Antofagasta. Iba a ser el primer y único “centro modelo”, una comunidad terapéutica administrada por la municipalidad de Calama, con programa ambulatorio, residencial y completamente público de Chile. Cuenta con entrevista y planimetrías.



Figura 21. Fachada CRAD_CALAMA [Render original]. Marsino, J. (2022). Elaboración propia del autor.

11.6 Casos de estudio Troy, NY.

Centros de tratamiento y rehabilitación residenciales ubicados en el Estado de Nueva York, Estados Unidos.

- St. Peter’s Health Partners/Internal Medicine (Figura 22), hospital ubicado en la ciudad de Troy.
- St. Peter’s Addiction Recovery Center (SPARC) ubicado en la localidad de Guiderland, NY.
- Conifer Park, en East Glenville, NY.



Figura 22. St. Peter’s Health Partners [Fotografía original] (2022). Elaboración propia.

A diferencia de Chile, en Estados Unidos las normativas de privacidad y seguridad rigen de forma más estricta, razón por lo cual ningún establecimiento accedió a compartir planimetrías, permitir una visita a terreno y/o compartir fotografías. Además, SPARC fue el único centro que mostró disposición a realizar una entrevista, pero esto no fue posible debido a que se perdió la comunicación con el lugar. Debido a la nula información sobre los establecimientos en sí, es que este seminario no muestra, a modo de comparativa, cómo y dónde se trata esta enfermedad en Estados Unidos.

12.0 Análisis casos de estudio seleccionados

Los casos de estudio seleccionados para su análisis son el centro Talita Kum y CRAD_CALAMA. Existiendo dos criterios finales para la selección.

1. Disponibilidad de material sobre el establecimiento, estos fueron los únicos dos casos que pudieron contar tanto con la entrevista como con la planimetría actualizada.
2. Diferencias y diversidad, Talita Kum corresponde a un centro ambulatorio construido, mientras que CRAD_CALAMA correspondería a un establecimiento ambulatorio y residencial proyectado, debido a que aún no está construido.

A ambos centros de tratamiento y rehabilitación se les aplicarán los doce criterios establecidos en análisis casos de estudio, metodología (10.2), complementándolo con información recopilada.

12.1 Talita Kum



Figura 23. Talita Kum [Fotografía original]. Pérez de Arce Ovalle, M. (2007). Elaboración propia del autor.

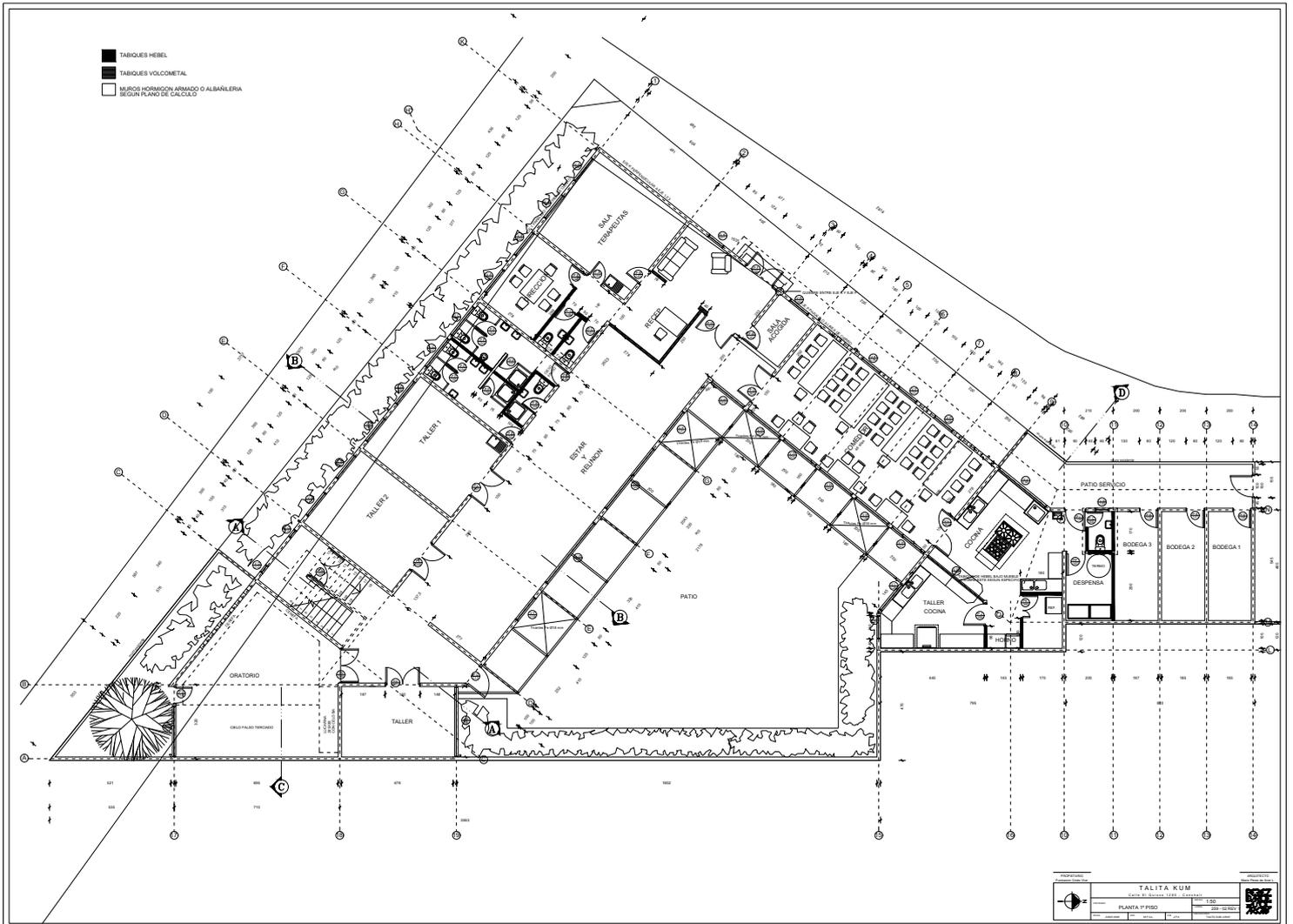


Figura 24. 1er piso Talita Kum [Planimetría original]. Pérez de Arce Ovalle, M. (2006). Elaboración propia del autor.



Figura 25. 2do piso Talita Kum [Planimetría original]. Pérez de Arce Ovalle, M. (2006). Elaboración propia del autor.

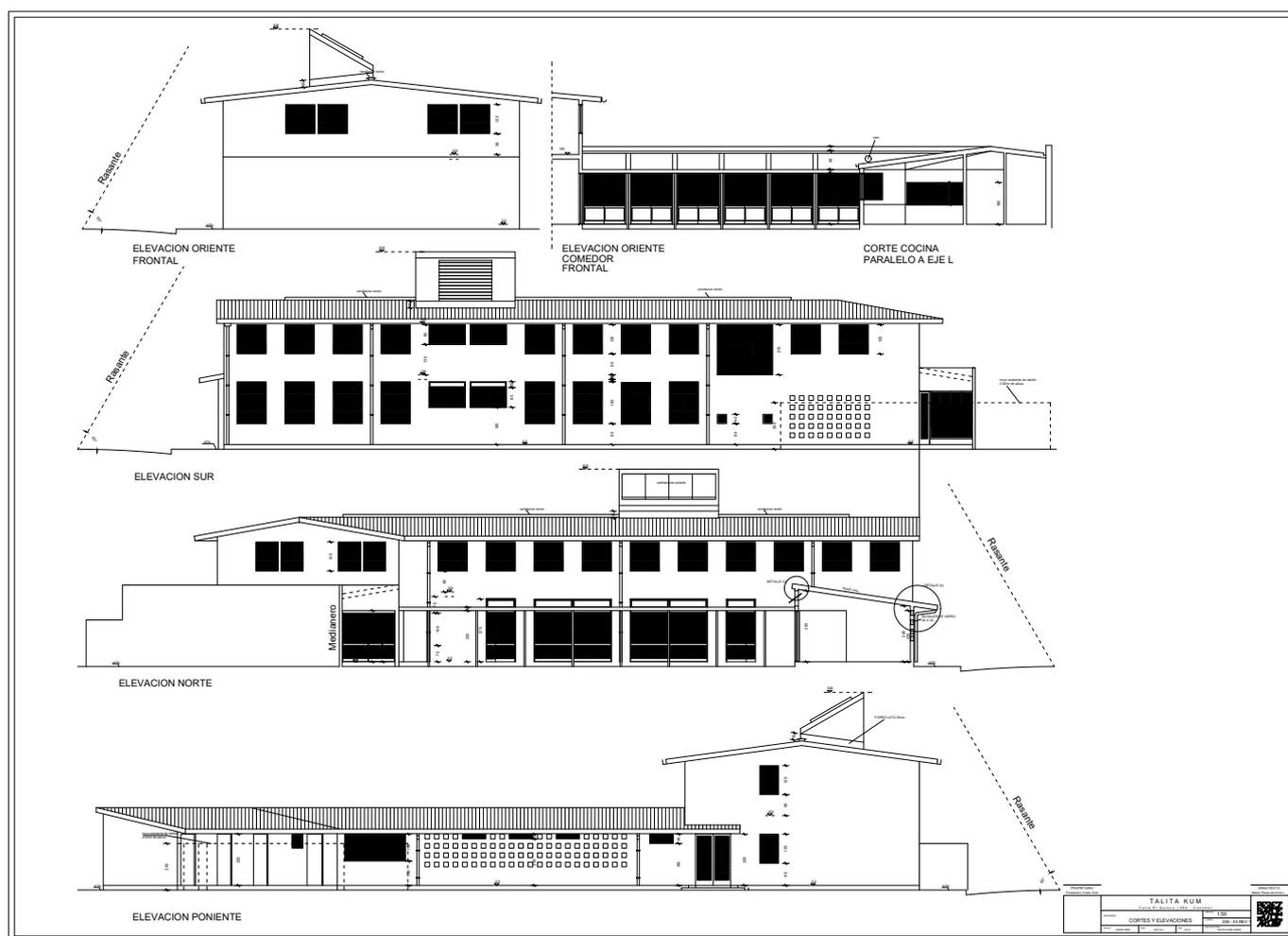


Figura 26. Elevaciones Talita Kum [Planimetría original]. Pérez de Arce Ovalle, M. (2006). Elaboración propia del autor.

1- Ubicación y minimización de la apariencia institucional del edificio para no estigmatizar a sus usuarios

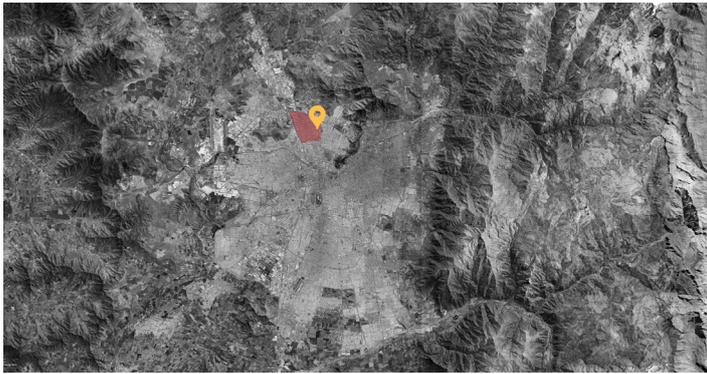


Figura 27. Santiago [Imagen original]. (2022). Elaboración propia a partir de Google Earth Pro.



Figura 28. Conchalí [Imagen original]. (2022). Elaboración propia a partir de Google Earth Pro.



Figura 29. Talita Kum vista aérea [Imagen original]. (2022). Elaboración propia a partir de Google Earth Pro.

Ubicado en la comuna de Conchalí, sector norte de la ciudad de Santiago, entre la ruta 5 y la autopista Vespucio Norte, el centro de tratamiento y rehabilitación Talita Kum (Figura 29, destacado en rojo, número 1 en amarillo) se encuentra en la calle el Quisco, entre avenidas zapadores y Cardenal José María Caro. En un sector residencial, y al lado de la escuela básica “Sol Naciente” (Figura 29, número 2, indicador verde), elementos que definitivamente le bajan el carácter institucional al edificio y lo vuelven parte del barrio.

2- Proceso de diseño arquitectónico del establecimiento para saber si corresponde a un establecimiento adaptado o construido desde cero

El edificio fue construido el año 2007 y fue diseñado por el arquitecto y premio nacional de arquitectura del año 1989, Mario Pérez de Arce Lavín (1917-2010). Fue un diseño en

conjunto, donde Sara y Carmen Gloria aportaron con la experiencia previa sobre que necesitaba un edificio de esta índole, ya que la fundación “Cristo Vive” venía trabajando desde el año 2000 en un convento que había sido habilitado para ser centro de tratamiento y rehabilitación, sin embargo, debido a la necesidad de expansión se encargó un nuevo edificio. Dentro del encargo se pidió que el establecimiento pueda ser vivido desde la experiencia en comunidad terapéutica, entendiéndose que es parte de la vida de las personas y es fundamental que se sientan parte del proyecto. Para ello en el diseño arquitectónico del proyecto hubo una especial consideración en la iluminación, la presencia de un patio interior, espacios amplios y multiusos que puedan albergar a la comunidad, sus reuniones y necesidades (S. Rivera & C.G. Ñancupil, comunicación personal, 3 de octubre del 2022).

3- Que cuente con instalaciones recreativas accesibles a la comunidad para reintegrar a los pacientes

Talita Kum cuenta con un gran comedor donde se realizan distintas actividades, con y para la comunidad, con distintos fines (Figura 30, color naranja). Además de eso el centro cuenta con salas donde los familiares también pueden ir como acompañantes a una sesión de tratamiento.

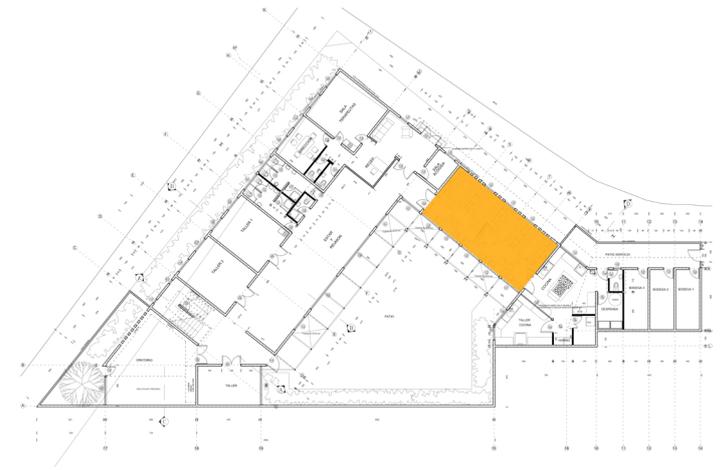


Figura 30. Instalación R Talita Kum [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría 1er piso Talita Kum.

4- Presenta talleres y salas de clase para ayudar a los pacientes en su proceso de reintegración

El establecimiento cuenta con salas de talleres, con iluminación natural (Figura 31), ubicados en el primer nivel (Figura 32 en color rojo).



Figura 31. Taller [Fotografía original]. (2022). Elaboración propia.



Figura 32. Talleres Talita Kum [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría 1er piso Talita Kum.

5- Integra luz natural del día a través del diseño arquitectónico

El edificio en su diseño arquitectónico tuvo un especial cuidado con la iluminación natural en sus espacios, lo que permite sentir el avance del día desde su interior.

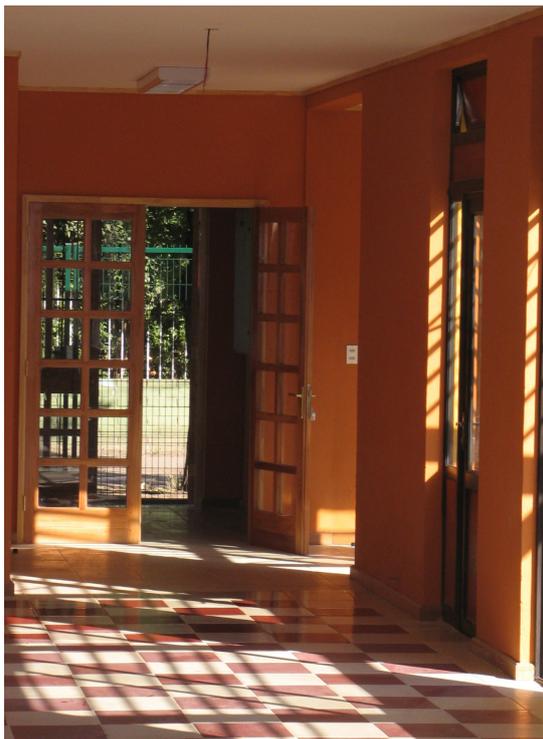


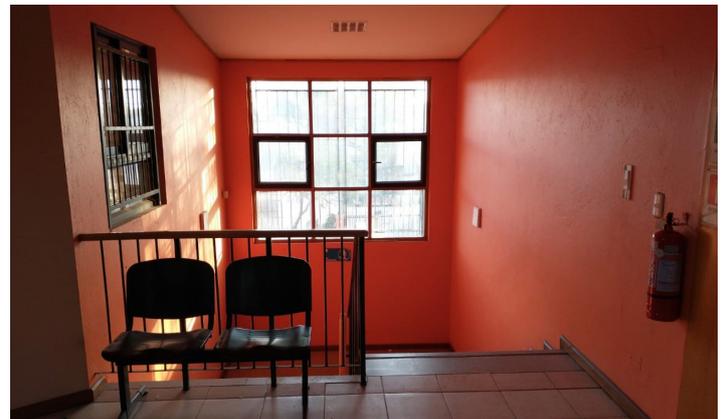
Figura 33 y 34. Luz Natural Talita Kum [Fotografías originales]. Pérez de Arce Ovalle, M. (2007). Elaboración propia del autor.

6- Uso de colores, elementos naturales y arte para reducir la angustia de los pacientes

En el proyecto destaca su color amarillo exterior; relacionado a la diversión, amabilidad, optimismo y entendimiento. Y su naranja interior; propio de la diversión y la sociabilidad (Heller, 2008). Presenta además jardines y un patio interior central (Figura 35 en verde).



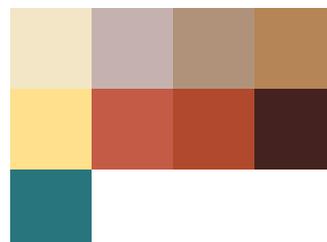
Figura 35. Patios Talita Kum [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría 1er piso Talita Kum.



Figuras 36-37. Exterior e interior [Fotografías originales]. (2022). Elaboración propia.

PALETA DE COLORES TALITA KUM

INTERIOR



EXTERIOR



Figura 38. colores [Imagen original]. (2022). Elaboración propia. **19**

7- Acomodar a los pacientes en habitaciones privadas para reducir su angustia y respetar su privacidad

Al ser un centro ambulatorio no cuenta con habitaciones para pernoctar, por lo que los espacios que presenta estén pensados para ser consultas donde terapeuta y pacientes puedan trabajar por unas horas al día.



Figura 39. Pieza Talita Kum [Fotografía original]. (2022). Elaboración propia.

8- Posicionar el área del personal de una forma que se maximice la vigilancia

En ambos pisos el área del personal (zona azul) se encuentra en extremos donde tienen un fácil acceso a puntos importantes. En el primer piso se encuentra en el acceso norte, desde donde tienen visibilidad al patio interior, pasillo que da a la cocina y pasillo que da a las salas de talleres y escalera (Figura 40). En el segundo piso se encuentra en la esquina sur, al lado de la escalera, desde donde se tiene acceso y visibilidad al pasillo que da al norte donde se encuentran las salas de tratamiento grupal, box de atención y baños (Figura 41).

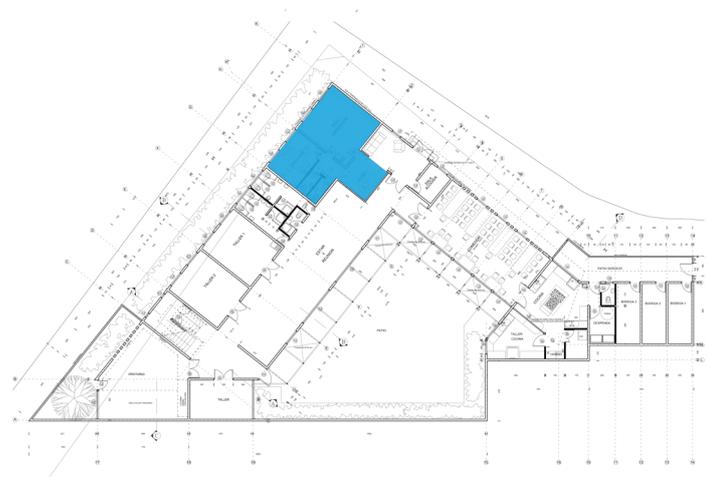


Figura 40. Personal 1er piso [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría 1er piso Talita Kum.

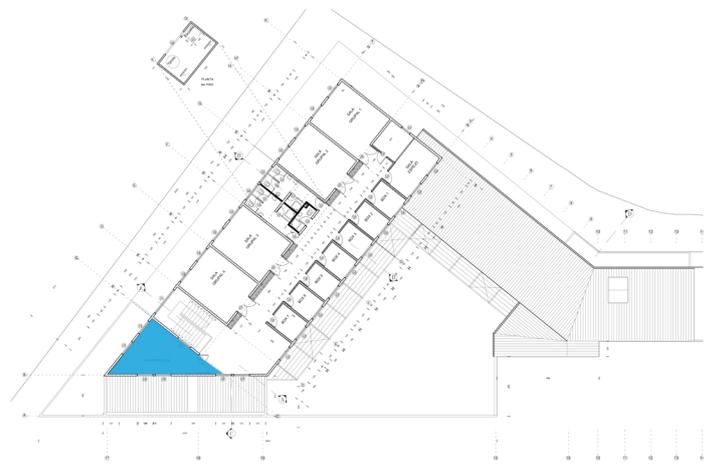


Figura 41. Personal 2do piso [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría 2do piso Talita Kum.

9- Forma y uso de materiales con una alta durabilidad y fácil de mantener en el tiempo

En cuanto a la forma el edificio gira en torno a un patio central, adaptándose al terreno disponible entre las viviendas y la escuela básica “Sol Naciente”. Con una forma similar a una “L”, cuenta con pasillos y accesos claros, que facilitan el recorrido y orientación de los pacientes. Por el lado de los materiales destaca el hormigón armado por su fácil acceso y resistencia a los sismos que el país tiene constantemente, cuenta además con detalles en madera para muebles principalmente.

12.2 CRAD_CALAMA



Figuras 42. Vista Río Loa [Render original]. Marsino, J. (2022). Elaboración propia del autor.



Figura 43. Planta nivel calle CRAD_CALAMA [Planimetría original]. Marsino, J. (2019). Elaboración propia del autor.



Figura 44. Planta nivel zócalo CRAD_CALAMA [Planimetría original]. Marsino, J. (2019). Elaboración propia del autor.



Figura 45. Cortes CRAD_CALAMA [Planimetría original]. Marsino, J. (2019). Elaboración propia del autor.

1- Ubicación y minimización de la apariencia institucional del edificio para no estigmatizar a sus usuarios



Figura 46. Ciudad de Calama [Imagen original]. (2022). Elaboración propia a partir de Google Earth Pro.



Figura 47. Zoom in Calama [Imagen original]. (2022). Elaboración propia a partir de Google Earth Pro.

La ubicación del proyecto iba a aprovechar el hecho de que en sus cercanías se encuentra el Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama (A) y el Hospital del Cobre (B) (Figura 47).



Figura 48. Cercanías CRAD_CALAMA [Imagen original]. (2022). Elaboración propia a partir de Google Earth Pro.

El proyecto se iba a insertar entre medio de un barrio residencial, a un lado tenía el Río Loa y su vegetación, cercanías a puentes peatonales y originalmente en el sector se iba a construir un (1*) Jardín infantil JUNJI y el (2*) Colegio Construyendo un sueño, además de eso en el sector existe un (3*) Centro Teletón, lo que iba a determinar un área de diversos servicios como parte del barrio (Figura 48).

2- Proceso de diseño arquitectónico del establecimiento para saber si corresponde a un establecimiento adaptado o construido desde cero

Para Marsino son dos las tipologías arquitectónicas importantes que se consideraron para la proyección del CRAD_CALAMA, la arquitectura de la salud y la arquitectura habitacional, tipologías que en conjunto establecen programas nuevos para un país en vías de desarrollo como Chile. Por esta razón fue necesario contar con distintos consultores y documentos del ministerio de salud de Chile, debido a que existían elementos que no se sabían con certeza, por lo que aun con el material que entregaba la licitación era necesario complementar con otras fuentes (J. Marsino, comunicación personal, 7 de octubre del 2022). Además, el proceso de diseño consideró la opinión de los residentes, lo que implicó un proceso de comprensión e información. Lamentablemente debido al cambio de gobierno el 2018, el proyecto no pudo pasar la última etapa jurídica, lo que provocó que quedará en pausa y sin conocimientos hasta la fecha si esta situación cambiará (A. Aguirre, comunicación personal, 30 de septiembre del 2022).

3- Que cuente con instalaciones recreativas accesibles a la comunidad para reintegrar a los pacientes

El proyecto consideraba un área común central cercana a la calle, donde se encontrarían salas de reuniones y terrazas donde familiares podrían reunirse con los pacientes durante un tiempo (Figura 49 en verde).



Figura 49. Sectorización [Planimetría]. Masino.cl. (2022). Recuperado de <http://marsino.cl/centro-de-rehabilitacin-de-consumo-de-alcohol-y-drogas>.

4- Presenta talleres y salas de clase para ayudar a los pacientes en su proceso de reintegración

CRAD_CALAMA presupuestó salas de talleres laborales en sus programas, entendiendo que las personas deben apuntar a una reintegración en la sociedad. Estas salas se encuentran a nivel de calle en ambas esquinas superiores, diferenciado por hombres y mujeres (Figura 50 en rojo).



Figura 50. Talleres nivel calle CRAD [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría CRAD_CALAMA.



Figura 51. Taller laboral [Render original]. Marsino, J. (2022). Elaboración propia del autor.

5- Integra luz natural del día a través del diseño arquitectónico

El proyecto cuenta con una especial consideración por los “espacios intermedios”, zonas sombreadas que sirven para hacerle frente a las altas oscilaciones térmicas del desierto andino (J. Marsino, comunicación personal, 7 de octubre del 2022).



Figura 52. Patio sombreado [Render original]. Marsino, J. (2022). Elaboración propia del autor.

Hay cinco consideraciones sobre los espacios intermedios en la arquitectura:

- (1) Su carácter esencial está dado por la permanencia y circulación de sus habitantes durante el día en sus actividades y labores;
- (2) La iluminación debe ser controlada por una techumbre que deja pasar rayos del sol;
- (3) La orientación norte está a 45° con respecto a la geometría ortogonal que ordena la vivienda y el predio;
- (4) Presencia de distintas alturas en las viviendas que rematan en un patio;
- (5) Las pendientes de los techos se inclinan levemente hacia las calles-exteriores (Kapstein, 2015).

6- Uso de colores, elementos naturales y arte para reducir la angustia de los pacientes

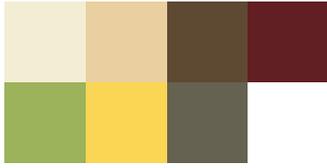
El proyecto consideraba en su exterior colores marrones; que se relacionan a lo acogedor. En su interior destaca el uso del color blanco de lo limpio y esterilizado, que es acompañado de otros colores como amarillo de la felicidad y verde de la esperanza (Heller, 2008). En cuanto a su relación con elementos naturales, el proyecto además de proponer trabajos de paisajismo iba a aprovechar su condición de borde río (Figura 42), adaptándose a la topografía y la capacidad de “oasis” del río Loa, dejando una visibilidad importante hacia su flora y fauna (Figura 43 y 44, vegetación en verde).



Figuras 53-54-55. Vistas CRAD_CALAMA [Renders originales]. Marsino, J. (2022). Elaboración propia del autor.

PALETA DE COLORES CRAD_CALAMA

INTERIOR



EXTERIOR

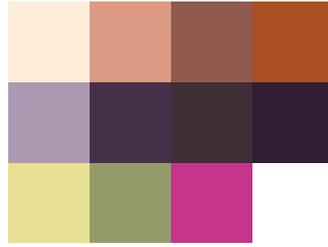


Figura 56. Paleta de colores CRAD [Imagen original]. (2022).
Elaboración propia.

7- Acomodar a los pacientes en habitaciones privadas para reducir su angustia y respetar su privacidad

El proyecto consideraba box de atenciones y salas de reuniones para tratamiento ambulatorio, además de eso contaba con habitaciones dobles separadas por hombre y mujer para el tratamiento residencial.



Figura 57. Habitación CRAD_CALAMA [Render original].
Marsino, J. (2022). Elaboración propia del autor.

8- Posicionar el área del personal de una forma que se maximice la vigilancia

El personal (en azul) se iba a encontrar en una “isla” central, desde la cual tendrían fácil acceso a cualquier lugar del establecimiento, además de permitir una vigilancia “pasiva”, elementos que eran fundamentales para el diseño arquitectónico de este establecimiento (Figuras 58 y 59).



Figura 58. Vigilancia nivel calle CRAD_CALAMA [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría CRAD_CALAMA.



Figura 59. Vigilancia nivel zócalo CRAD_CALAMA [Imagen adaptada]. (2022). Elaboración propia a partir de planimetría CRAD_CALAMA.

9- Forma y uso de materiales con una alta durabilidad y fácil de mantener en el tiempo

El proyecto iba a consistir en 4 edificios, hombres, mujeres, ambulatorio mixto y el edificio para personal que además cumpliría como programa común (Figura 49). Para ello en el terreno se establecieron ejes transversales que dividen los programas de hombres y mujeres, unidos por el edificio del personal al cual los pacientes pueden acudir rápidamente si ocurre algo. En cuanto a los materiales destaca el hecho de que estos iban a ser locales, considerando elementos ecológicos la madera iba a tener un gran protagonismo en el proyecto y respondía a una escala urbana, facilitando su mantención.



Figura 60. Patio Hombres [Render original]. Marsino, J. (2022).
Elaboración propia del autor.

13.0 Resultados

Los resultados arrojan que los casos de estudio investigados contaron en su proyección con un diseño arquitectónico que tuvo como objetivo el habitar de los pacientes. Ambos centros cumplieron en su mayoría los puntos establecidos en la metodología (10.2) y presentaron una arquitectura única donde la iluminación, los espacios multiusos, la conexión con la naturaleza, la presencia de una vigilancia pasiva, el entendimiento previo de las necesidades de los pacientes y del lugar, son elementos que terminan por incidir en la rehabilitación y comportamiento de las personas, junto con conformar una tipología arquitectónica única para estos establecimientos.

14.0 Discusión de resultados

Los dos casos de estudio; Talita Kum y CRAD_CALAMA, uno construido y otro en estado de proyecto respectivamente; demuestran que los establecimientos que cuentan con un diseño arquitectónico que consulta a profesionales clínicos logran un sentido de habitar que contribuye a los procesos de recuperación de los pacientes. Por este motivo se constituyen como casos referenciales en el diseño de centros de tratamiento y rehabilitación por consumo problemático de sustancias psicotrópicas para Chile y el mundo entero. Porque si bien los arquitectos podían contar con una idea de diseño para estos recintos, fue gracias al apoyo de profesionales clínicos que llegaron a un resultado que cumpliera en su mayoría los puntos establecidos en la metodología (10.2).

15.0 Alcances

Originalmente el Seminario tenía contemplado entrevistar no solo a expertos clínicos, funcionarios, arquitectos y directores, sino también a pacientes de los centros de rehabilitación. Sin embargo, esto no fue posible debido a la dificultad que presenta coordinar una entrevista de este tipo, por temas de salud y privacidad. Para un próximo trabajo en torno a esta área, sería fundamental poder entrevistar a un paciente, en orden de poder tener un testimonio de primera fuente sobre la comprensión de los espacios y la incidencia del diseño arquitectónico en las personas.

16.0 Reflexiones finales

Este seminario se realizó buscando poder ampliar los conocimientos de un área donde la arquitectura en Chile ha sido poco visibilizada, es así como se llegó a estudiar los centros de tratamiento de rehabilitación de sustancias psicotrópicas, edificios de gran valor para nuestra sociedad pero que muchas veces son ignorados. A nivel mundial la situación no es distinta, el problema del consumo de drogas es una realidad que afecta a todos los países, y con cada año cambiando las necesidades de las personas y apareciendo nuevas drogas, la búsqueda de un habitar que vaya de la mano con el tratamiento y rehabilitación pareciera volverse más complejo e inexplorado. Se espera que esta situación cambie y se les dé un valor a estos espacios por su incidencia en las personas y su rehabilitación, además de que exista un mayor interés desde la arquitectura hacia estos lugares, ya que como arquitectos debemos servir y actuar en función de ser un aporte para la sociedad.

17.0 Referencias bibliográficas

- Alameri, S. (10 de December de 2018). DETOX: Architecture of drug addiction rehabilitation. Obtenido de ISSUU: <https://issuu.com/smalameri/docs/thesis>.
- ASAM & UCLA. (2022). The ASAM criteria assessment interview guide. Recuperado el 9 de Noviembre del 2022, de : https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/quality-science/asam-paper-criteria---editable-final-form.pdf?sfvrsn=5b7e2a32_11.
- Bravo, S. (2018). Culturas de consumo de alcohol y cocaína: prácticas y sentidos de la experiencia femenina juvenil metropolitana. *Ultima década*, vol. 26 n° 49, pp. 36-58. Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362018000200036>.
- Catalán, M. (13 de Septiembre de 2021). Experto sobre consumo de alcohol de jóvenes en Fiestas patrias. ADN Radio. <https://www.adnradio.cl/nacional/2021/09/13/consumo-de-alcohol-de-jovenes-en-fiestas-patrias.htm>.
- Cedrés de Bello, S. (2000). Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, volumen 23 N° 1, pp. 19-23. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000100004&lng=es&tlng=es.
- CICAD & OEA. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington, D.C.: OEA.
- Cortés, F. & Gil, M. (1997). El constructivismo Genético y las Ciencias Sociales: Líneas Básicas para una Reorganización Epistemológica. En: *La epistemología genética y la ciencia contemporánea*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- DIPRES & ISUC. (2020). Informe Final: Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, SENDA. Santiago: Instituto de sociología UC.
- Facultad de Medicina PUC. (2018). Estudio del costo económico y social del consumo de alcohol en Chile. Santiago: Departamento de Salud Pública.
- Fuentes, C. (2021). Cuenta Pública 2021. Santiago: SENDA.
- Groat, L. N., & Wang, D. (2013). *Architectural Research Methods*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Heidegger, M. (1951). *Construir, habitar, pensar*. Recuperado a partir de <https://www.fadu.edu.uy/estetica-diseno-ii/files/2013/05/Heidegger-Construir-Habitar-Pensar1.pdf>.
- Heller, E. (2008). *Psicología del color, como actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
- Jaramillo, L. G. (2003). ¿Qué es Epistemología?. *Cinta de Moebio*, (18). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10101802>.
- Kapstein, G. (2015). *Espacios intermedios: respuesta arquitectónica al medio ambiente*. Santiago: Ediciones ARQ.
- Llorente del Pozo, J. M., & Gómez, F. (1999). *Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de*

- futuro. Adicciones, 11(4), págs. 329-336.
- Ministerio de salud. (2010). Decreto 4 Reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. Obtenido de BCN Ley Chile: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1010082&f=2010-01-13>.
 - Ministerio de Salud. (2015). Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>.
 - Montaner, J. M. (1999). *Arquitectura y Crítica*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
 - NIDA. (13 de junio de 2021a). What are the short-term effects of cocaine use? <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/cocaine/what-are-short-term-effects-cocaine-use>.
 - NIDA. (3 de agosto de 2021b). Drugs, Brains, and behavior: The science of addiction. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>.
 - NIDA. (Abril de 2020). Introduction, Common Comorbidities With Substance Use Disorders Research Report. Recuperado el noviembre de 2022, de: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/introduction>.
 - Observatorio Nacional de Drogas. (2020). Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile . Santiago: SENDA.
 - Pallasmaa, J. (2019). *HABITAR*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.
 - Paz, M. (2015). Precios y gasto de drogas ilícitas en Chile. Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%208%20Precios%20y%20gasto%20de%20drogas%20il%C3%ADcitas%20en%20Chile.pdf>.
 - Ricchi, R. (1999) Acerca de una Epistemología Integradora. *Revista Cinda de Moebio*. N° 5. Pp. 2-5. <http://www.moebio.uchile.cl/05/ricci.html>.
 - Robinson, S. & Pallasmaa, J. (2015). *Mind in Architecture: Neuroscience, Embodiment, and the Future of Design*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
 - Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: Interamericana Editores.
 - Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos, Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Ediciones Paidós.
 - Schulz, C. N. (1975). *Existencia, Espacio y Arquitectura*. Barcelona: Editorial Blume.
 - SENDA & MINSAL. (2012). *Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas*. Santiago: Convenio de colaboración técnica y financiera.
 - SENDA. (2018). *Entrevistas a usuarios de centros de tratamiento para diseño de Programa de Reducción del Estigma en Consumidores de Drogas*. Obtenido de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/07/2018_apuntes05.pdf.
 - SENDA. (2019). *Estudio de costos económicos y sociales del consumo de alcohol en Chile*. Obtenido de: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/07/2019_apuntes07-Abril.pdf.
 - SENDA. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030*. Santiago: SENDA
 - SENDA. (24 de Octubre de 2022a). *Mapa laboratorio de Gobierno*. Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/mapacentros/>.
 - SENDA. (24 de Octubre de 2022b). ¿Cuál es la misión del SENDA?. [senda.gob](https://www.senda.gob.cl/senda/quienes-somos/). Obtenido de <https://www.senda.gob.cl/senda/quienes-somos/>.
 - SOPNIA. (2016). *Marihuana: Concensos y evidencias sobre su impacto en la salud*. Santiago: Forja editorial.
 - Soto, C. G. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas, ¿Posible o imposible?* Obtenido de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105858>.
 - TVN. (3 de Junio de 2017). *Perdidos en el alcoholismo [Video]*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=bRjAAe2Ek8E>.



UNIVERSIDAD
DE CHILE

ANEXO: EL HABITAR EN CENTROS DE REHABILITACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

Rodrigo Gacitúa Vergara

Profesora guía: Alicia Campos

Diciembre 2022

El presente anexo tiene como función ampliar aquellas ideas que no pudieron aparecer en el texto del seminario de investigación.

8.1 Sobre el comportamiento de las personas con consumo problemático de sustancias / Pp. 6

Ganglios Basales: Juegan un rol importante en la motivación personal y en aquello que consideramos como estímulos positivos, tales como: comer; sociabilizar y tener relaciones sexuales con otras personas. Esta área del cerebro también conocida como el “circuito de recompensa” tiene implicancia en la capacidad de la persona para formar hábitos y rutinas, el consumo de sustancias sobre estimula esta zona del cerebro lo que hace sentir al usuario altas sensaciones de placer y satisfacción personal, pero con el consumo prolongado ocurre un deterioro de los ganglios basales, quienes se acostumbran a la sobre estimulación, lo que termina por provocar que el usuario solo sienta placer y satisfacción con el consumo de la droga, llegando a ser capaz de dejar todo de lado por seguir consumiendo.

Amígdala extendida: Tiene una gran incidencia en los sentimientos como la ansiedad, la irritabilidad y malestares generales. El consumo problemático de sustancias psicotrópicas vuelve esta zona extremadamente sensible, por lo que cuando una persona deja de consumir drogas puede presentar ansiedad, irritabilidad e incluso puede llegar a sentir que se está muriendo, síntomas típicos de la llamada abstinencia, es por esta razón que los adictos recurren nuevamente (a veces de forma desesperada) a consumir sustancias solo para encontrar un alivio para estos sentimientos negativos.

La corteza prefrontal: Se encarga de la habilidad para pensar, planear, resolver problemas, tomar decisiones y la capacidad para controlar impulsos. Es además la última parte del cerebro en desarrollarse, por lo que niños y adolescentes son los que más pueden verse afectados si empiezan el consumo de drogas a temprana edad.

8.2 Acerca del SENDA / Pp. 7

-Programa de tratamiento para población general

Programa que ofrece tratamiento a hombres y mujeres de mayores de 18 años que cuentan con el Fondo Nacional de Salud (FONSA) que entrega el ministerio de salud y que presentan un consumo problemático de sustancias o problemas relacionados a estos. El programa hecho por el SENDA en conjunto con el Ministerio de Salud (MINSAL) presenta un convenio de colaboración técnica y financiera que se le otorga a los centros de rehabilitación en orden de que puedan atender pacientes, sin importar si son públicos o privados y donde dependiendo del nivel de complejidad del consumo problemático es que se ofrecen distintas modalidades a las cuales pueden acceder a las personas, es aquí donde aparece: Plan ambulatorio básico, Plan ambulatorio intensivo y Plan Residencial. Planes de tratamiento de los cuales hablaré más adelante en este mismo capítulo del seminario de investigación.

-Programa de tratamiento para población específica de mujeres

Oferta de tratamiento enfocado exclusivamente para mujeres mayores de 18 años, beneficiarias de FONASA y que presentan un consumo problemático de sustancias, además de presentar condiciones de vulnerabilidad, ser gestante y/o púérperas, en donde se otorga una atención especial tanto a la madre como al recién nacido. Desde SENDA manifiestan que este programa está hecho desde una perspectiva de género, lo que permite una atención específica para mujeres

y en el caso de tratamiento residencial que puedan asistir con sus hijos o hijas, los cuales preferentemente deben ser menores de 5 años, además, este programa forma parte del convenio de colaboración técnica y financiera SENDA-MINSAL. Por lo que se ofrecen los siguientes planes de tratamiento: Plan ambulatorio intensivo y plan residencial.

-Programa de tratamiento para población adulta en situación de calle

Este programa otorga tratamiento para el consumo problemático de sustancias psicoactivas a hombres y mujeres mayores de 18 años, que se encuentran en situación de calle, que busquen cambios en su conducta de consumo y quieran lograr una situación de bienestar general, además de eso deben ser usuarios del programa “Calle” del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO). El programa se realiza con la participación del MIDESO, quien se encarga de otorgar soporte psicosocial a las personas, y de SENDA quien efectúa una atención integral con el fin de cambiar conductas de consumo problemático de sustancias en las personas en situación de calle. El programa de tratamiento se ofrece en modalidad ambulatoria comunitaria con intervenciones en terreno y en un “dispositivo” de tratamiento.

-Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N° 20.084 con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental

Programa de tratamiento y rehabilitación que se enmarca en la ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente, por lo que es exclusivo para jóvenes que presentan un consumo problemático de sustancias psicotrópicas y que además han infringido la ley. Este programa se sustenta a través de un convenio de colaboración técnica hecho por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), el SENDA y el MINSAL y Gendarmería de Chile (GENCHI), en donde se ofrecen las siguientes modalidades: Plan Ambulatorio Intensivo Medio Libre (PAI ML), Plan Residencial Medio Libre, Plan Ambulatorio Intensivo Privado de Libertad, Plan Ambulatorio Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), Medio Libre, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) y Privados de Libertad.

-Programa para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas

Disponibilidad de tratamiento dirigido a población infanto-adolescente (menores de 20 años) que presenta un consumo problemático de alcohol y otras drogas, y que por su grado de complejidad no es cubierto por el programa de patologías Garantizadas de la superintendencia de Salud (GES) ni por el Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por la Ley N° 20.084. El programa es respaldado por un convenio de colaboración técnica entre SENDA, SENAME Y MINSAL, lo que permite ofrecer las siguientes modalidades de atención: Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial.

8.7 Sobre la infraestructura de los centros de rehabilitación, aproximación al diseño arquitectónico / Pp. 9

Párrafo II

Del local y sus instalaciones

Artículo 4º.- Los Centros de Tratamiento y Rehabilitación, tanto ambulatorios como residenciales, deberán contar con infraestructura libre de riesgos estructurales, tanto para los usuarios como para el personal que trabaja en ellos.

Estas condiciones se verificarán en:

- Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención.
- Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones.
- Instalaciones sanitarias, incluyendo artefactos y grifería en buen estado de conservación y de operación.
- Iluminación natural y artificial.

- Mecanismos de calefacción seguros para los usuarios y el personal del centro.
- Plan de mantención del equipamiento y de las instalaciones del Centro.

Artículo 5º.- Las instalaciones deberán contar con los siguientes elementos, independientemente del programa terapéutico residencial o ambulatorio que se aplique:

- a) Servicios higiénicos en una relación de a lo menos 1 taza y 1 lavatorio por cada 10 usuarios simultáneos en el caso de programas ambulatorios. En el caso de tener programas para hombres y mujeres, deberá disponerse de servicios higiénicos separados para ellos.
- b) Al menos una sala por cada 15 usuarios, que garantice mantener entrevistas en forma privada con los usuarios y/o sus familiares.
- c) Sala de estar o de usos múltiples que en conjunto tenga capacidad para incluir a todos los usuarios en forma simultánea con iluminación natural y artificial, para ser usadas en terapias de grupo y/o actividades recreativas.
- d) Zonas exteriores para recreación, patio, terraza o jardín.
- e) Contenedor hermético de almacenamiento transitorio de basura, con períodos de aseo definidos.
- f) Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en uso en condiciones de limpieza.
- g) Dependencia para la preparación de alimentos cuando sea necesario.

El establecimiento deberá cumplir con las disposiciones del Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo, decreto supremo N° 594 de 1999, del Ministerio de Salud, según corresponda.

El Centro deberá contar con un Botiquín, autorizado conforme a lo dispuesto en el Título V del decreto supremo N° 466 de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento respectivo, a cargo del Director Técnico del recinto, para la custodia de los medicamentos destinados al tratamiento terapéutico que externamente haya sido indicado al usuario y para el almacenamiento y administración de aquellos que sean prescritos como parte del tratamiento otorgado en el Centro, en el que se apliquen los resguardos adecuados a aquellos productos farmacéuticos sujetos a controles especiales.

En el caso de ejecutar programas de tratamiento y/o rehabilitación para mujeres con hijos menores de cuatro años, el establecimiento podrá incorporar o facilitar la incorporación de ellos a sistemas de cuidado, alimentación, higiene y alojamiento que sean adecuados para atender a sus necesidades y para facilitar el vínculo madre-hijo.

Artículo 6º.- En el caso de corresponder a un Centro residencial, a los requisitos señalados en los artículos precedentes, se deberán agregar las siguientes exigencias:

- a) Comedor o comedores suficientes para el uso simultáneo de al menos el 50% de los residentes.
- b) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural. Cada dormitorio debe contar con un espacio mínimo de 1,5 metros entre cada borde de cama, con espacio para veladores individuales, que facilite un tránsito expedito.
- c) Guardarropa o clóset con espacio adecuado para cada uno de los usuarios.
- d) Un baño con ducha, una taza y un lavamanos por cada cinco residentes.
- e) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, adecuada al número de raciones a preparar. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor, debiendo incluir estanterías, mesones, lavaplatos y contenedores con tapa para depósito transitorio de residuos sólidos.
- f) Dependencia interna o a lo menos techada para lavadero con implementación

para el lavado, secado y planchado de la ropa.

g) Medios de comunicación con el mundo exterior, tales como televisor o teléfono y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.

Artículo 7º.- Aquellos Centros que dentro del mismo establecimiento ofrezcan tratamiento en la modalidad ambulatoria y residencial, deberán disponer de más de un espacio de trabajo terapéutico individual, grupal y de estar, y uno de ellos de superficie suficiente para contener simultáneamente a todos los usuarios en tratamiento y rehabilitación.

(Ministerio de salud, 2010, pp. 4-6)

8.8 Comunidades terapéuticas / Pp. 9

Historia

“Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro” es un artículo escrito por J. Llorente del Pozo y C. Fernández publicado el año 1999 por la revista española “Adicciones”, en donde si bien el enfoque del texto es el de señalar la necesidad de una adaptación del tratamiento que las comunidades terapéuticas ofrecen en España, es destacable e importante señalar que también se nos da un contexto sobre que significa este tipo de tratamiento.

Al respecto el texto señala que el término “Comunidad terapéutica” se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los 50. Sin embargo, no fue hasta una década más tarde, por los años 1960 que en Norteamérica el término “comunidad terapéutica” empezó a usarse para nombrar a determinados tratamientos residenciales cuyo fin era ofrecer un espacio libre de drogas, enfrentar el abuso y dependencia de estas mismas, encaminar al paciente hacia una rehabilitación y buscar su reintegración hacia la sociedad. Por aquellos años esto implicaba una alternativa novedosa a los tratamientos convencionales para el consumo problemático de sustancias, ya que utilizaba como concepto base el modelo de la autoayuda y fue desarrollado por personas que también se encontraban en situación de dependencia hacia drogas, por lo que el factor de “igual a igual” y entender por lo que pasa la otra persona era y es clave. Sumado a esto se menciona la existencia de distintos modelos de intervención de las comunidades terapéuticas, algo así como variantes, entre las cuales pueden basarse más en ideologías pseudo científicas o religiosas. En el caso del modelo de comunidad terapéutica Norteamericano, este cuenta con un modelo más enfocado en las normativas y la estructuración, además presenta bases teóricas ligadas al movimiento de la autoayuda y a la modificación de la conducta que la persona pueda presentar debido al consumo de sustancias. Por otro lado, está el modelo de intervención “Europeo”, que se basa fuertemente en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social entre pares (Llorente del Pozo & Gómez, 1999).

De acuerdo con el texto, no fue hasta 1985 que en España apareció el termino centros comunitarios para el tratamiento de consumo problemático de sustancias, lugares enfocados en el internamiento para toxico dependientes con la finalidad de una reinserción social, además fue necesario usar un nuevo nombre para estos lugares pues se buscaba distinguirse de los centros de tratamiento y rehabilitación que trabajaban a través de la exclusión y control de sus pacientes. Sin embargo, los autores hacen una reflexión en un momento del texto, y es sobre el hecho de que no todas las comunidades terapéuticas contemporáneas se han adaptado a las necesidades de las personas, lo que ha provocado que se vuelvan un concepto más bien genérico, poco claro y con poca visibilidad, y es que se hace mención de que la mayoría de los centros de tratamiento, con modelo de comunidad terapéutica tradicional siguen el método Norteamericano, pero son las más “profesionalizadas” las que han adaptado este modelo a los nuevos factores y necesidades de nuestros días, para ello han combinado el modelo con postulados de la atención en la salud mental y los servicios de asistencia que las comunidades ofrecen, esto hace mucho sentido si consideramos que es en los últimos años que se ha visto una relación entre el consumo problemático de sustancias y enfermedades mentales, la llamada comorbilidad que ya ha sido mencionada en este texto y que termina por representar un condición al momento de realizar un tratamiento para la rehabilitación de personas toxico dependientes.

10.4 Consultas con expertos / Pp. 12

Ficha de elaboración propia para entrevistas de los centros de tratamiento y rehabilitación

Que se necesita de cada centro: Entrevista con director y/o arquitecto; planimetría; Permiso de edificación; fotos del lugar.

Objetivo de las entrevistas: Conocer si existen o no decisiones de diseño en el centro de rehabilitación, que implicancias tienen en los pacientes estas decisiones y de donde nacen.

Tipo de fotos que se necesitan: Una de exterior (fachada acceso), pasillos, zonas de convivencia, talleres, zona del personal, patios (ahí si es posible una desde el patio hacia el edificio) y una de detalle de iluminación. Dejo a tu criterio si crees que otras fotos puedan servir.

Preguntas para la entrevista:

1. Preguntar si está de acuerdo con que esta información pueda ser usada en el seminario + Si es posible grabar la conversación.
2. ¿Cómo nace este centro (año de construcción, arquitecto)?
3. ¿Es un centro residencial o ambulatorio?, que significa esto
4. ¿Qué modalidad usan? Centro comunitario u otro
5. ¿Es un centro gratuito? ¿Cómo funciona?
6. ¿Tiene un convenio con el SENDA? ¿Cómo funciona?
7. ¿Qué diseño arquitectónico existe en el centro? ¿Qué determina que un espacio es para un programa específico (talleres, por ejemplo)? Esta pregunta apunta a que expliquen si el centro fue pensado especialmente para la rehabilitación o es una vivienda adaptada, y en caso de ser adaptada que consideraciones hubo, la idea es que se expliquen y hablen de tamaños, iluminación, materiales, etc.
8. ¿Tiene el permiso de edificación y planimetrías del centro? (Conseguirlos ya que son necesarios para el seminario)
9. ¿Cuál es el índice de alta terapéutica y cuantos pacientes atiende?
10. ¿Ha cambiado algo por la pandemia? (índice de éxito, perfil de egresados, etc.)