

UNIDAD I

1.- METODOLOGIA

DESARROLLO HUMANO





1.1.- INTRODUCCIÓN

“No es la discapacidad lo que hace difícil la vida, sino los pensamientos y acciones de los demás.”

1.2.- LA IDEA DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad la arquitectura social se ha enfocado en nuestro país únicamente en la construcción de viviendas; es urgente que como arquitectos generemos arquitectura que se relacione con las **necesidades actuales de la población**, también se requiere de una diversificación y ampliación de las problemáticas que constituyen el origen de las necesidades humanas.

Es necesario que los arquitectos nos cuestionemos el hecho de que la arquitectura social no es solo construir viviendas; ni la única necesidad, o mejor dicho el único PRO-BLEMA.

Si nuestro campo de acción es la ciudad, entonces la ciudad debe enfocarse a la búsqueda de una arquitectura que se amplíe necesariamente a un equipamiento orientado a la cultura como un todo; esto significa proyectar desde la vivienda en el barrio, luego a la comuna y por último y como principio a las necesidades Humanas.

Actualmente la vida en general presenta problemas de alcoholismo y drogadicción que sin duda los factores de mayor preocupación a nivel global dentro de la sociedad en que vivimos.

Existen otros tipos de problemas en nuestra sociedad que son muy poco enfocados como es el caso de enfermedades psiquiátricas, cognitivas y mentales.

Dentro de las enfermedades mentales encontramos la más frecuente en el caso de las enfermedades psíquicas-congénitas conocida como, y es aquí donde nos detendremos.

En la actualidad no existe entidad pública que se haga cargo de investigar las causas, los efectos ni el desarrollo de las personas que padecen el Síndrome.



Ninguna familia está preparada para recibir una noticia como estas. Son raros los casos en los que saben previamente que va a nacer un niño con Síndrome de Down. La mayoría nos enteramos cuando llega el “bebe”.

El nacimiento de un bebé con Síndrome de Down es una situación que provoca un gran impacto emocional en los padres (shock o bloqueo emocional), seguido de una fase de incredulidad. Los padres no quieren aceptar la inesperada noticia, y asuelen recurrir a la negación de esta realidad como mecanismo de defensa. Van asumiendo la realidad y surge entre ellos los sentimientos de culpabilidad (acusaciones mutuas y propias de lo ocurrido), frustración y miedo (al qué dirán, a cómo cuidar al niño....etc.).

Se debaten entre la alegría y la tristeza.

Están viviendo un periodo de duelo en el que necesitaran el máximo apoyo de familiares, amigos, profesionales y asociaciones (además de la ayuda mutua que deben prestar el uno al otro como pareja) para llegar a la comprensión y asimilación de la discapacidad.

Los primeros años de vida de un niño con Síndrome de Down son cruciales, ya que en este periodo es donde se debe poner más énfasis en potenciarlos, ya sea a nivel conductual como psicomotriz ya que este último factor es el área donde más pueden explotar sus capacidades, las cuales le podrán dar auto valencia y mejores proyecciones a futuro. Si bien esto está sujeto de manera personal en cada individuo según su rango de limitancia. Que puede ser desde leve a grave.

Loa padre asumen la condición de tener un hijo con Síndrome de Down, las expectativas que uno posa sobre el niño son superiores a las que estos podrían entregar debido a sus límites mentales, es por estas expectativas en donde se busca integrar al niño.

En Bolivia existen centros para los niños con Síndrome de Down que funcionan como fundaciones no lucrativas, ayudando a estos niños y jóvenes en la inserción educativa e inserción laboral a pequeña escala.



1.3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en la ciudad de Tarija se da importancia a la educación especial poco o menos que años antes, ya que las instituciones y fundaciones que trabajan con niños con condiciones físicas y mentales excepcionales, no reciben el respaldo eficaz y eficiente por parte de las autoridades competentes, y se ve reflejado en la carencia de infraestructura arquitectónica para poder educar y cuidar de este grupo de la sociedad que a lo largo del tiempo maestros, doctores y voluntarios han tenido que trabajar en las condiciones mínimas requeridas realizando malabares para una “enseñanza saludable”.

Es cierto que es un gran grupo de la población que no afecta negativa ni positivamente en el desarrollo económico de la ciudad pero es parte del desarrollo socio-poblacional-cultural por la cual la gobernación trabaja y crece económicamente, por esta razón este grupo no debe ser menos importante que cualquier otro sector de la población por la cual se deba invertir para una mejor gestión, y calidad de vida ambiental.

EL PROBLEMA RADICA EN QUE EXISTE UNA INTERFACE ENTRE EDUCACIÓN – INSERCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

- EL PROPOSITO de la presente investigación apunta a definir un análisis sobre las necesidades presentes en la calidad de vida de las personas; relacionando con las enfermedades de Discapacidad mental.
- Esto para ver dentro de los Centros existentes cómo vivir a nivel de barrio y como abordan en familia la presencia de una discapacidad.
- Entender como la sociedad contemporánea asume esta nueva realidad, poniendo especial énfasis en la determinación del efecto que provocan la falta de espacios físicos a nivel de barrio para insertar a este tipo de personas con algún tipo de dificultad en su diario vivir.



1.3.1.- RAZONES FUNDAMENTALES:

Formular un razonamiento colectivo de responsabilidad social frente al tema de la NO EXISTENCIA DE ESPACIOS FISICOS PARA INTEGRAR A ESTAS PERSONAS en nuestra sociedad como personas normales.

“El intento de corregir la segregación cultural que afecta el país por la vía de disposiciones que crean una conveniencia social forzadas es algo que está inevitable condenado al fracaso”

¿Por qué se está haciendo este estudio?

La razón fundamental es lograr potenciar las zonas periféricas donde no existen barrios con predominancia cultural; para propiciar una mejor calidad de vida a las personas con Síndrome de Down; donde los usuarios tengan una inserción propia al todo con la sociedad, generando una unificación y un equilibrio social a nivel de Región.

Sentido:

Darle un sentido de CONCIENCIA SOCIAL RESPECTO A TEMAS DE INTERES QUE URGEN SEAN ANALIZADOS a nivel global como país; para que cuando nos referimos a cultura lo hagamos teniendo conocimiento de causa, expandiéndola como entidad a las zonas más alejadas de la urbe.

Beneficio:

De manera de otorgar a la ciudad “Cultura en Movimiento”, para poder obtener ganancias culturales; poder otorgar las herramientas necesarias para que las personas se puedan desarrollar y crecer para tener un completo “funcionamiento” de sus capacidades.





1.3.2.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

- A. INEXISTENCIA DE OPORTUNIDADES, para las personas después de la época de escolaridad, solo las personas con estabilidad económica pueden aspirar a una continua potencialización.

El ministerio de educación NO apoya ni subvenciona ninguna institución que educa o potencie a las personas con síndrome de Down después de los 24 años.

- B. Después de la etapa de escolaridad de las personas con discapacidad mental (hasta los 24 años y 30 con permiso ministerial), no existe una verdadera integración social ni mucho menos laboral.

Solo el 10% de las personas logra la inserción laboral. El 90% restante permanece en sus casas, (algunos asisten a talleres artísticos-deportivos, pero solo gracias al apoyo económico de sus familias).

- C. La inserción laboral es limitada, se reduce a actividades monotemáticas, aseo, comida rápidas. Esta inserción solo se otorga a personas con discapacidad LEVE.
- D. Los niñ@s con Síndrome de Down, no cursan un periodo escolar normal, ya que no existe política alguna por parte de las autoridades educativas a nivel nacional y departamental.
- E. Los niñ@s con Síndrome de Down, son encerrados en su domicilio, por miedo a la discriminación y sobreprotección, quedando al margen la orientación a los padres.
- F. Las personas con Síndrome de Down, obviamente son desertadas para llevar a cabo cualquier proyecto de desarrollo ya que permiten que tengan un



espacio para lograr con algunos objetivos educativos en un local de una superficie de 72m². Ocultado de la sociedad.

G. Estas personas no tienen una vida "normal" debido a factores políticos, sociales, culturales, educativos y familiares, quedando al margen el lema lanzado por el gobierno "VIVIR BIEN".

1.4.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Las razones que se motivan es justamente el problema SOCIAL que nadie ve.

Estamos insertos en una sociedad que avanza a pasos agigantados, ajetreados, viviendo el día a día corriendo y no somos capaces de darnos cuenta que las necesidades sociales están inmediatamente a nuestro derecho.

El tema de la discriminación hacia las personas que sufren algún tipo de la discapacidad ya sea física, auditiva, mental o cognitiva está latente en el día a día y no somos capaces de frenarlos sino mas bien aumentamos esta discriminación de una manera conciente-inconciente.

Son cifras y números que reflejan el porcentaje de la educación especial en nuestro territorio que justifican el desarrollo del proyecto para llevar a la realidad.

Los niños con necesidades educativas especiales necesitan disponer de determinados servicios y/o apoyo pedagógico, para lo cual se dispone de un conjunto de recursos educativos a fin de facilitar a estos niños el alcance de estos fines.

En el año 2002 se atendió a 6.891 niños en los diferentes centros de educación especial en todo el país, 48,3% mujeres y 51,7% varones (Cuadro 1). Se aprecia que más de dos terceras partes de los niños atendidos se concentraron en las áreas de dificultades de aprendizaje (38,3%) y discapacidad mental (30,6%).

No todos los alumnos de educación especial pueden ser integrados a la educación formal, sólo aquellos que presentan problemas de discapacidad mental leve y algunos



otros con discapacidades sensoriales o motoras. Sin embargo, “en la práctica no se ha consolidado ni generalizado un proceso de integración en espacios educativos, laborales y productivos, para personas con necesidades educativas especiales” (Guevara, 1997).

1.5.- PLANTEAMIENTOS DE OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Potenciar la Arquitectura Social como una actividad colectiva familiar y como herramienta para la prevención de mayor disgregación cultural respecto a personas con Discapacidad Mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear salas de estimulación específicamente para cada edad.
- Diseño de aulas para cada edad basadas en los principios de educación de APRENDER A “HACER” Y APRENDER A “SER”
- Crear áreas de esparcimiento conectadas con la naturaleza.

OBJETIVOS URBANOS.

-Que el proyecto se transforme en un hito del sistema de rehabilitación especial, con el fin de que sea tomado como un ejemplo a igualar en el resto del país.

-El área de intervención urbana se planteará mediante las políticas y normas desarrolladas en base a un desarrollo sostenible - ambiental.

-Responder de manera respetuosa con respecto al tipo de suelo del lugar y a su personalidad logrando una arquitectura ecológica.



-Potencializar a la zona y al barrio para que se incrementen proyectos similares para darle vida y movimiento urbano.

1.6.- HIPOTESIS

La concepción y construcción de un espacio arquitectónico como el CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DOWN que posea espacios físicos establecidos y saludables, adecuados para realizar actividades recreativas y con la naturaleza que estimulan el aprendizaje rápido y eficaz, favoreciendo en el desarrollo integro de cada niñ@.

1.7.- VISION

Reunir en un solo centro la posibilidad de rehabilitación tradicional y complementaria reconocido médicamente.

1.8.- MISION

Otorgarle a la persona con Síndrome de Down un nuevo centro que resuelva los problemas actuales de falta de espacios para desarrollo psicomotor, tanto de programas específicos como integrales.

1.9.- ALCANCES Y DELIMITACIÓN DEL TEMA

El Centro de desarrollo integral DOWN forma parte importante de la educación saludable y sostenible de proyectos que proporcionara espacios adecuados para el desarrollo integro de cada individuo.

El municipio de cercado de la ciudad de Tarija se constituirá como referente para el desarrollo integro de la educación especial a través de la implementación de tecnología ecológicamente avanzada y sostenible favoreciendo para su participación en la sociedad.

La infraestructura del centro va a cubrir las necesidades, requerimientos y condiciones indispensables para el desarrollo enseñanza saludable y recreacional,



quedan identificadas desde la metodología ecológica seis categorías de espacio educativo (físico, social, temporal, psicológico, institucional-aula, institucional-centro)

La organización educativa como estudio de ecosistema, se refiere reiteradamente, con diversas connotaciones, al concepto de espacio, entendido como soporte de unas formas determinadas de vida (biotopo) y al concepto de la comunidad de organismos vivientes instalados en un espacio en concreto (biocenosis). Trasladando estos conceptos al ámbito educativo tendremos:

- a) Un biotopo educativo, infraestructura material.
- b) Una biocenosis educativa, comunidad de educadores y educandos.
- c) Una relación entre ambos o ecosistema educativo (Colom, 1986)

La territorialización educativa como planificación escolar, de acuerdo con las características del hábitat, considerando a esta como un ecosistema amplio en el que se sitúan los ecosistemas educativos, y el diseño educativo como diseño o creación de espacios para favorecer la acción pedagógica en sus diversos niveles.

Se trata del espacio psicológico, ámbito de las relaciones transaccionales que constituyen la infraestructura humana y personal (la importancia de la interacción individual y grupal del factor humano) tal es la situación del espacio aula que representa sin duda, el lugar de trabajo y el entorno ecológico natural en el cual el profesor desarrolla sus funciones que ha de tomar decisiones interactivas, siendo la nueva perspectiva principalmente de conjugar las variables “ comportamiento y condiciones ambientales”

La infraestructura del centro va a cubrir las necesidades, requerimientos y condiciones indispensables contemplando áreas para:

- Áreas de enseñanza
- Área de investigación
- Área administrativa



- Área de recreación
- Área de servicios

De tal manera lograremos el desarrollo integro para cada niñ@ dentro del centro.

1.10.- ASPECTOS DE LA DEMANDA SOCIAL

Área favorecida: Inspirado y dirigido exclusivamente para los niños con SINDROME DE DOWN, que albergados asisten a las instalaciones de las diferentes fundaciones que se encuentran dentro del radio urbano de la ciudad de Tarija que no cuentan con las condiciones óptimas para su desarrollo integro, y ser parte de nuestra sociedad sin distinción alguna.

Condicionantes.-

- Predisposición de los involucrados con el proyecto
- Predisposición de las autoridades a reforzar y mejorar el cumplimiento de las normativas medioambientales y educativas.
- Inversión pública y/o privada

1.11.- CONCLUSIONES

“Ante este problema es necesario dar una respuesta realizando una intervención arquitectónica, mediante una propuesta con normativas que satisfagan las necesidades para la educación especial ecológica para la salud.”

UNIDAD II

MARCO CONCEPTUAL GENERAL

2.-ENCUADRE

Respecto al concepto discapacidad y su vínculo con educación y la salud es necesario indagar como y donde se desarrollan las personas con discapacidad.

Considero relevante, para tener como marco, como la concepción sobre las personas con discapacidad ha ido variando a lo largo de la historia y especialmente el vínculo con la escuela y los educadores, para ello realizaré una breve reseña histórica.



Profesor auxiliar ayudando a un alumno en el jardín escolar

2.1.- RESEÑA HISTÓRICA HASTA EL SIGLO XX

En la época romana y, a través de la Edad Media, el vínculo que primaba era el de la incomprensión y la crueldad, ya que se planteaban situaciones límites que iban desde el abandono a las fieras hasta vincular con los demonios y el exorcismo.

Hacia el siglo XVI se produce un cambio ideológico más positivo hacia estas personas ya que, por ejemplo, surge, gracias a Ponce de León, la enseñanza a los sordos. Otro aporte fue realizado por Cardano y Paracelso, quienes realizaron las primeras contribuciones desde el área de las ciencias médicas, acerca de la interpretación del comportamiento de los deficientes mentales.



A partir de esto las ideas acerca del origen sobrenatural de las personas diferentes, dio un vuelco definiendo a este sujeto desde la enfermedad.

En 1798 en Francia, en un bosque de Aveyron, apareció un chico de 11-12 años que se asemejaba en sus costumbres a los animales. Fue encontrado por cazadores y llevado a París donde J. Itard estableció un programa de enseñanza a pesar de que el niño fue declarado como "**idiota incurable**". En este siglo el clima ideológico de los enciclopedistas franceses, el pensamiento de Rousseau y Locke, hizo que el hombre pasase a ser visto como un ser naturalmente bueno. A partir de ello, la tarea con las personas diferentes, fue encarada desde una visión más humanitaria, abriendo nuevas posibilidades a estos sujetos.

Siguiendo esta línea de análisis, se puede decir que el año 1800 marca la etapa de las instituciones. Predominaba una ideología que entendía que había personas con necesidades especiales que precisaban un abordaje profesional para su educación; aunque eran consideradas personas enfermas, no plenas y, en el caso del retardo mental, **como niños eternos**.

Surge de esta manera el internado, proporcionando cuidados y asistencia a los sujetos pero manteniéndolos desvinculados de la comunidad. Estos internados alojaban personas con discapacidades heterogéneas no habiendo distinción entre el retardo mental y la enfermedad.

Surgen diferentes modelos para analizar a las personas institucionalizadas:

- como enfermo se lo ubica en una jerarquía médica, implicando supervisión de su rutina diaria aún en aspectos no médicos, entendiendo como su lugar de residencia el hospital y, denominándolos, como pacientes, teniendo una historia clínica y recibiendo tratamientos terapéuticos.

- como sujeto no pleno, se refleja en normas de conducta donde no existen decisiones mínimas que toman los seres humanos en sus casas; por ejemplo el apagado de la luz en un horario fijo, etc.



- tampoco se les da la posibilidad de apreciar la belleza y se los separa sexualmente dentro de los internados, como niños eternos, organizando los programas a ser abordados desde un aspecto infantil y evitando situaciones conflictivas que favorezcan el aprendizaje.

Hacia mediados del siglo XIX se esboza un proceso de des institucionalización reflejado en campañas para promover la educación de los ciegos en escuelas ordinarias. A pesar de los buenos resultados de estos establecimientos, esta propuesta no se generalizó durante este siglo; teniendo que esperar hasta el siglo XX.

2.2.- RESEÑA HISTÓRICA ESCOLAR SIGLO XX Y XXI

A fines del siglo XIX, y a comienzos del XX, queda claramente delimitado el perfil del escolar futuro ciudadano. A nuestros particulares sujetos pedagógicos, sólo los individualizamos bajo el signo contradictorio y confuso de: "civilización/barbarie", limitado a sectores subalternos y ocultados. Después de los 80', había que afinar mecanismos de distinción y reclasificación de los sujetos sociales. Dos fechas claves aparecen en nuestra serie signifiicante:

- 1905 momento de creación del Centro

Médico Escolar con el discurso médico positivista de la época. A partir del cual, se comienza a caracterizar a los sujetos de acuerdo a la expresión de su deficiencia o enfermedad. Ahora los límites entre educables e ineducables se expresan en términos de anormalidad-normalidad

- 1929, la creación de clases diferenciadas para Retardo Mental en escuelas comunes, absorbidas luego por las escuelas especiales. Especialistas y educadores se instalan en políticas educativas clasificatorias, que dan lugar a la fractura y segmentación del sistema educativo. Esta es una huella contundente en el montaje de tradiciones sociales discriminatorias, donde el sistema educativo es "actor" en los procesos de discriminación.



A partir de los avances médicos y la acelerada escolarización, se hace más evidente la existencia de minorías de niños con dificultades y surge el circuito de la educación especial. Paralelamente se popularizan los tests de inteligencia y el cociente intelectual. Se oficializa el modelo de que los niños, con bajo cociente intelectual, deben asistir a escuelas especiales surgiendo la figura del profesional en educación especial.

Esta profesionalización se refuerza debido a las actitudes de los docentes de la escuela ordinario que manifiestan, sentirse incapacitados para atender estas problemáticas, desatender sus tareas habituales, y, además sostener, que la presencia del niño diferente en el aula común era nocivo para el grupo escolar, por lo tanto, debían ser separados.

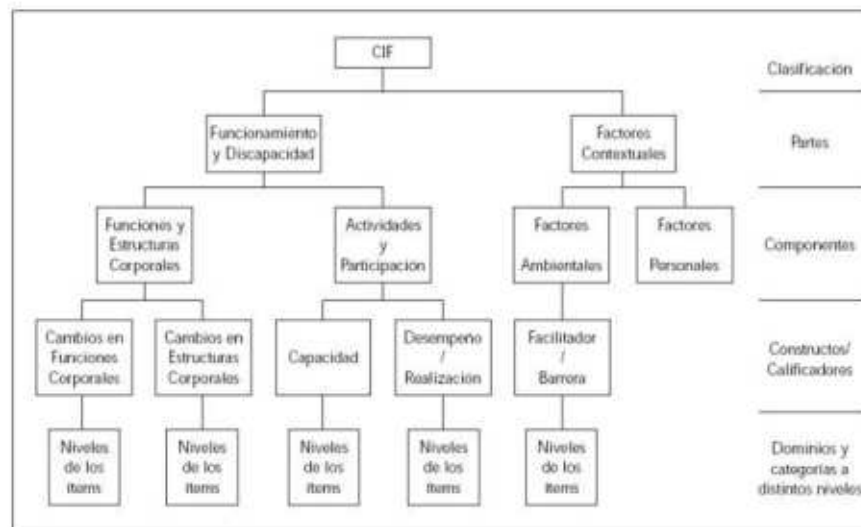
En la segunda mitad del siglo XX, el mundo científico y educativo comienza a transformar sus enfoques, por ejemplo, la discapacidad se presenta ahora como un problema pluridimensional, se acude a otras ciencias: sociología, pedagogía, antropología para solucionar problemas existentes en la educación especial. Aparece la necesidad de una escuela abierta a la diversidad. Posteriormente en diferentes décadas de este siglo XX, se fueron abriendo nuevos conceptos: normalización, integración, inclusión, pedagogía de la diversidad.

En el año 1980 la OMS, ofrece un aporte constructor de otra nueva noción, perspectiva o enfoque para considerar la discapacidad desde un punto de vista “relacional”, un producto en el cual una limitación funcional, en cualquier área del funcionamiento humano, queda sancionada por la sociedad, como un desvío de escaso valor social; aunque utilicemos términos como capacidades diferentes, o pensemos que en algún sentido todos “somos discapacitados”, no todas estas limitaciones funcionales representan una desventaja social, ni son minoritarias.

La existencia de la limitación funcional, aunque sea minoritaria, no alcanza para producir una discapacidad si no existe un mecanismo social que la sancione como minusválida.

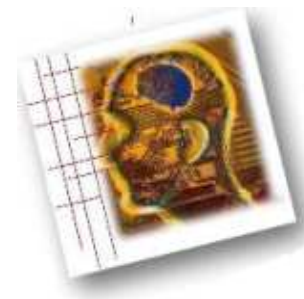
En el año 2000 se reconsidera el concepto de discapacidad desde la CIF, ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de funcionamiento (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), discapacidad (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

Abandona el enfoque primitivo de «consecuencias de la enfermedad» para enfocar el objetivo hacia «la salud y los estados relacionados con la salud». Se trata de ir más allá del campo «médico-sanitario» e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios.



2.3.- CONCEPTOS BÁSICOS

Personas discapacitadas, personas con incapacidades físicas o mentales. Entre las discapacidades o minusvalías físicas más comunes se encuentran la ceguera, la sordera y la parálisis, mientras que entre las mentales se encuentran el autismo y los efectos del síndrome de Down, entre otras. Las discapacidades pueden revestir diferentes grados. Así, entre dos personas con el síndrome de Down, una puede estar muy limitada en términos de actividad, mientras que la otra (sólo ligeramente afectada) puede ser capaz de realizar un trabajo y ser casi autosuficiente



- **Discapacidad:** “Es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”.
- **Persona con discapacidad:** Persona o gente (grupo de individuos) con una deficiencia o condición de salud que se enfrenta a una situación de discapacidad o es percibida como discapacitada.

Discapacidad Sensorial del tipo Visual: Personas con disminución en la capacidad visual que considera, entre otras, las siguientes enfermedades: Glaucoma, Cataratas, Astigmatismo, Distrofia y Leucoma Corneal, Retinopatías, Retinosis Pigmentosa, Ceguera.

Discapacidad Sensorial de Tipo Auditiva: Alteración de la Audición, Sordera Congénita, Presbiacusia, Síndrome de Ulsher, Hipoacusia.

Discapacidad Física: Personas con pérdida en la capacidad física. Las principales enfermedades asociados son: Parálisis Cerebral, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Paraplejia, Tetraplejia, Hemiplejia, Secuelas de Poliomielitis, Displasia, Distrofia Muscular, Espina Bífida, entre otras.



Discapacidad Mental: Personas con dificultades en el plano intelectual. Algunas enfermedades asociadas son: Síndrome de Down, Síndrome de Prader Willi, Autismo, Síndrome de X Frágil, Fenilcetonuria, Alzheimer, entre otros.

Discapacidad Psíquica: Personas con trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanente. Algunas enfermedades asociadas son: Psicosis Orgánica, Paranoia, Esquizofrenia, Depresión Bipolar, entre otras.

Discapacidad Leve: Personas que presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es muy independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.

Discapacidad Moderada: Personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno.

Discapacidad Severa: Personas que ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requerimiento del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras de su entorno.

Exclusión Social: Proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven (Fundación Europea, 1995). Dificulta el acceso a trabajos formales, vivienda digna, servicios de salud adecuados, educación de calidad, y al sistema de justicia, y de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada.

Participación: Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad, respecto al funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida.

Restricción de la Participación: Problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Viene determinada por la comparación de la participación de una persona con un determinado estado de salud, con la



participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo.

Factores Contextuales: Constituyen el trasfondo total de una personas y su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en su condición humana y de salud.

Factores Ambientales: Ambiente físico, social y actitudinal en que las personas viven y conducen sus vidas. Son externos a la persona e interactúan de manera positiva o negativa en el desempeño/realización del ser humano como miembro activo de la sociedad, en su capacidad o en sus estructuras y funcionales corporales.

Factores Personales: Relacionados con la vida de una persona y su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, otros estados de salud, la forma física, estilos de vida, hábitos, estilos de enfrentarse a los problemas y tratas de resolverlos, el trasfondo social, la educación, profesión, experiencias, personalidad.

Condición de Salud: Toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud con servicios comunitarios/sociales de ayuda.

Dichas condiciones pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, o incluso reflejar otros estados relacionados con la salud, tales como el embarazo o la edad.

La segregación...

“Implica una separación de funciones y grupos que se difieren unos a otros”



Fuente: Libro **“La humanización del espacio Urbano”**

“La discriminación se puede producir debido a diferentes factores, así también puede ser el resultado indirecto de procesos de desarrollo, ya sea por el hecho de seguir



ciertos de una, por una precaria situación económica, o bien en algunos casos se produce cuando la sociedad responde a los intereses de un minoritario que ejerce el poder. La privación o dificultad para la satisfacción de ciertas necesidades secundarias e incluso algunas de las necesidades básicas es característica común en todos los grados y tipos de discriminación.

2.4.- CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA TEMÁTICA SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIAS

- **PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS**
 - Es la anticipación de acciones programáticas integrales que actúen sobre los factores de riesgo multifactoriales desde antes, durante y después de la concepción, la gestación, el nacimiento y durante la vida de las personas.
- **REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (OMS-OIT-UNESCO)**
 - Es la estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad.
- **EQUIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
 - Equidad es proceder con justicia teniendo en cuenta las diferencias entre personas y grupos en el ejercicio de derechos y acceso a bienes y servicios, compensando a quienes por cualquier circunstancia social, política, cultural, económica o biológica padezca los efectos de la discriminación o la exclusión social. Una sociedad que aplique la igualdad de manera absoluta será una sociedad injusta, ya que no tiene en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos. Y, al mismo tiempo, una sociedad donde las personas no se reconocen como iguales, tampoco podrá ser justa.



- IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
 - Proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno jurídico, social, cultural y acceso a bienes y servicios, que faciliten a las personas con deficiencias la inclusión, convivencia y participación en la vida social en idénticas condiciones que todas las personas.
- DISCRIMINACIÓN
 - Es la negación o la limitación en el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales y en el acceso a bienes y servicios por parte de las personas con deficiencias, sin otra razón o argumento que esa condición humana, en el contexto de una sociedad que los invisibiliza y excluye implícita o explícitamente de la vida social.
- VIDA INDEPENDIENTE
 - El término “vida independiente” no hace referencia a las capacidades funcionales, no significa “hacer todo sin ninguna ayuda humana externa”. En términos generales se emplea para indicar que las personas con diversidad funcional (discapacidad) tienen control sobre sus vidas, pueden acceder a las mismas oportunidades y enfrentarse a las mismas elecciones en la vida diaria, de la misma manera que las personas sin diversidad funcional tienen estos hechos garantizados. Las personas funcionalmente diversas tienen derecho a pensar y hablar por sí mismas sin la interferencia de otros.

“NADA ACERCA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SIN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”



- EDUCACIÓN ESPECIAL
 - Conjunto de servicios, programas, orientación y recursos educativos especializados puestos al servicio de las personas con deficiencias.
- NECESIDADES ESPECIALES EDUCATIVAS
 - Se dice que un estudiante tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de sus compañeros para acceder a los aprendizajes establecidos en el currículo que le corresponde por su edad y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/ o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículo.
- ADAPTACIONES CURRICULARES
 - Son estrategias educativas, generalmente implementadas para estudiantes con necesidades educativas especiales, consistentes en la adecuación del currículum y/o del entorno educativo de un determinado nivel con el objetivo de hacer que determinados objetivos o contenidos sean más accesibles a un alumno o un determinado tipo de personas o bien eliminar aquellos elementos del currículum que les sea imposible alcanzar por su deficiencia
- INTEGRACIÓN ESCOLAR
 - Es la presencia de un estudiante con deficiencias en aulas regulares luego de recibir apoyo profesional especializado en una institución de educación especial, o que continuará recibiendo apoyo especializado durante el proceso de inclusión escolar.
- INCLUSIÓN SOCIAL
 - Visión de una sociedad cohesionada que ha erradicado la pobreza, adoptando un modelo de desarrollo humano sustentable, brindando a



todos y cada uno de sus ciudadanos equidad e igualdad de oportunidades para el acceso a bienes y servicios, respetando su identidad, su cultura, su dignidad y derechos humanos, y sus conocimientos, en un marco de exigibilidad de derechos y cumplimiento responsables de obligaciones

2.5.-NORMALIZACIÓN - INTEGRACIÓN

La normalización; definida como la posibilidad de ofrecer a las personas con necesidades especiales la posibilidad de vivir en condiciones normales todo lo que sea posible. Esta idea o noción de normalización confluye hacia la integración, definida como una estrategia pedagógica a utilizar en la etapa del desarrollo del sujeto, denominado con necesidades educativas especiales, así hay un corrimiento de la problemática desde las características del sujeto a las condiciones del medio, especialmente las escolares.

El término integración viene del ámbito de la educación especial. “Su meta es la creación de una escuela común que ofrezca una educación diferenciada a todos en función de sus necesidades y en un marco único y coherente de planes de estudio” (UNESCO). La concepción legal de este concepto de integración se inspira en las “Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.”[1983-1992].

El término necesidades educativas especiales, refiere a todos los niños u jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o sus dificultades de aprendizaje (Declaración de Salamanca). Esta línea impulsa una nueva concepción, evitando la referencia al déficit, y situando a la escuela como una de las instituciones responsables del progreso de estos alumnos.

Y siguiendo los planteamientos de la Declaración de Salamanca [1994], se ha expandido en América Latina a partir de la educación especial, que ha orientado la oferta educativa hacia la educación regular, creando oportunidades para la educación secundaria, superior y para el trabajo.



Asimismo se producen distintos intentos individuales, asociaciones de padres, e instituciones no gubernamentales con proyectos de integración de personas con n.e.e. (necesidades educativas especiales). El mundo, celebra acuerdos de consensos producidos por organismos internacionales, en defensa de la no discriminación, respeto a la diferencia e igualdad educativa para todos. “La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (Nueva York 1989).

En nuestro país, desde el marco normativo Ley de Educación, la misma retoma los términos normalización e integración escolar. Esta última se ha desarrollado como concepto y actividad a partir de la educación especial, pues es ésta la que orienta la oferta educativa hacia la educación regular, creando oportunidades para continuar con educación.

A partir de la “Declaración Mundial sobre la Educación para Todos. Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje” aprobada en Jomtien, [Tailandia 1990], en ella se declara a la educación como un derecho fundamental de todos, y da lugar a la generalización del término “inclusión”, como apertura de la escuela regular hacia la diversidad, generando estrategias para las necesidades educativas de los alumnos/as, en cumplimiento del espíritu de esta reunión de Jomtien.

2.6.- DIAGNOSTICO DE LA DISCAPACIDAD EN BOLIVIA

Las personas con discapacidad de Bolivia han vivido y viven en situación de exclusión, debido a que todos los procesos de desarrollo económico social no han tomado en cuenta a esta población, lo que genero a su vez una desigualdad en la distribución de la riqueza del país. Así mismo, la población no reconoce a la persona con discapacidad como persona, esto lo podemos comprobar cuando se ve la discapacidad antes que a la persona, por eso es común escuchar: “discapacitado, deficiente, paralítico, etc.” en vez de “persona con discapacidad”, esta situación nos lleva constantemente a la vulneración de los derechos humanos y genera una mayor discriminación en diferentes ámbitos como la educación, la salud, el trabajo, etc.



Desde hace muchos años atrás hasta la actualidad, el modelo de atención medico/asistencialista ha contribuido a la desvalorización de la persona con discapacidad, ya que esta no toma la decisión de su propia vida, en muchos centros de rehabilitación es el “especialista” o “el experto” quien dice lo mejor para la persona con discapacidad, además siempre se asocia a la discapacidad con la enfermedad, esta situación indica la ausencia de una autentica protección social.

Bajo este análisis podemos afirmar que el tema de discapacidad: o No ha superado la visión desvalorizadora, reduccionista y medico/asistencialista. o La normativa legal es desconocida por los diseñadores de políticas, autoridades y actores sociales. o No ha logrado convertirse en tema de agenda pública, que sea prioritaria en la agenda estatal.

La aprobación, como política pública, del Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (PINEO) y la inclusión de la población con discapacidad como beneficiarios del Plan Nacional del País, son intentos de revertir la situación arriba mencionada, sin embargo su ejecución está supeditada a la voluntad de los Ministerios, Prefecturas y Alcaldías.

2.6.1.- DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD:

CENSO 2001.- Oficialmente, Bolivia cuenta con datos estadísticos, producto del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, donde se empadronaron 1.977,665 hogares particulares de los cuales se registro la presencia de al menos una PCD física, sordomuda y ciega en 61.145 hogares, lo que representa a 3,09% de hogares. No se tomo en cuenta a la población con discapacidad intelectual y la pregunta se incluyo en el rubro de hogares y no así en el rubro de personas. Estos resultados fueron muy criticados por la población con discapacidad, debido a que no representa realmente a la cantidad de esta población.

OPS/OMS.- Otras referencias que se toma en cuenta es la de la OPS/OMS, quienes manifiestan que en países en desarrollo, el 10% de la población presenta una

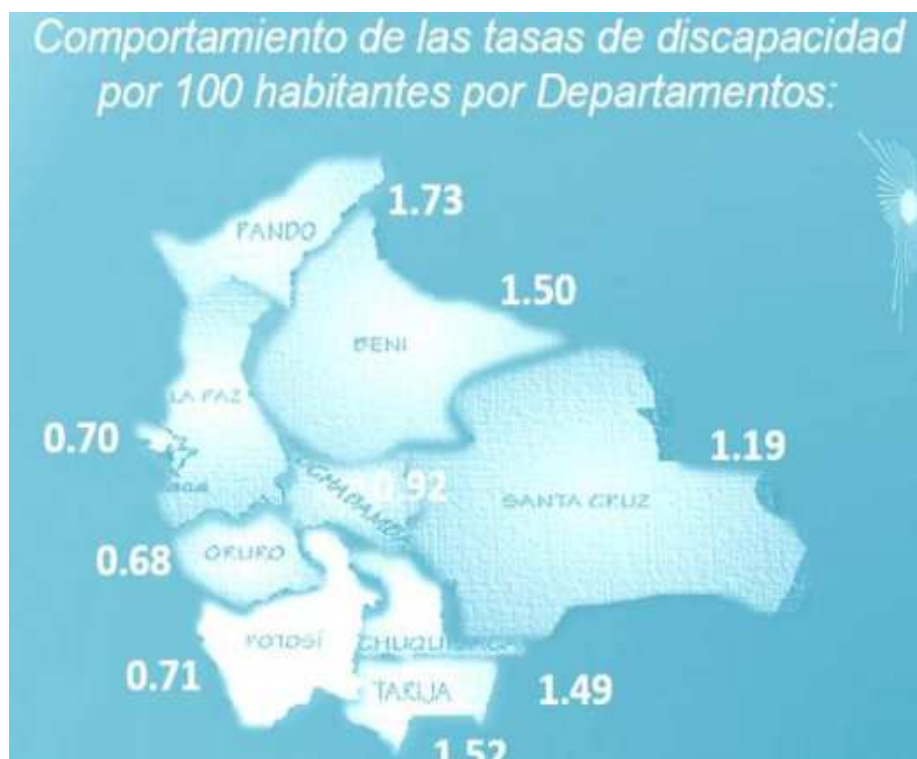


discapacidad, en ese sentido, existirían aproximadamente 800.000 personas con discapacidad, distribuidos de la siguiente manera:

- 30% personas con discapacidad intelectual.
- 30% personas con discapacidad física
- 35% personas con discapacidad sensorial (visual y auditivo)
- 0,5% personas con otras discapacidades.

REGISTRO UNICO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.- De acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud y Deportes se logro calificar entre 12.000 a 15.000 personas a nivel nacional, de las cuales 7.500 fueron registrados en la base de datos y solamente 1.200 recibieron su carnet de discapacidad.





2.6.2.- EDUCACIÓN:

Actualmente la educación de las personas con discapacidad en edad escolar, en su generalidad esta proporcionado por la educación especial, se tiene referencias de integración escolar al aula regular, cuyos resultados deben ser analizados. Esta población no tiene muchas opciones de acceso a la educación y constantemente reclaman el respeto de su derecho a la educación.

La aprobación de la nueva Ley de Educación “Avelino Siñani”, cuyo proceso esta marcha, es excluyente con la población con discapacidad, aunque uno de sus principios básicos es la “inclusión”, decimos excluyente por que nuevamente se encarga de la educación de esta población en el área de educación alternativa, en realidad no se observa cambio alguno. Podemos decir incluso que esta nueva Ley es más discriminatoria que la vigente debida a que en la ley vigente, dentro del área de educación regular existía una encargada de integración escolar y en la nueva no existe.



2.6.3. -SALUD:

Las políticas de salud tienen un acceso inequitativo, porque, en su generalidad, los asegurados a la Caja Nacional de Salud son los que hacen su aporte laboral y muchas personas con discapacidad no cuentan con un trabajo. La población con discapacidad recibe este servicio a través de los hospitales populares, centros de salud, fundaciones, etc.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) con la cobertura de aproximadamente 58% de los partos desde el 2002, técnicos de ministerio de salud afirman que el SUMI ha prevenido el nacimiento de niños con discapacidad, sin embargo no existen datos sobre esta situación.

Actualmente el Seguro Universal de Salud (SUS) no cubre la atención de enfermedades específicas de discapacidad, como de los niños con síndrome de down (cardíacas), la RED EQUIDAD (entidad conformada por varias entidades públicas, asociaciones de personas con discapacidad y ONGs de La Paz) viene trabajando en este tema para ampliar la cobertura de atención.

Por otra parte el Ministerio de Salud y Deportes viene promoviendo la ejecución de los siguientes proyectos: 1. Conocer las causas de discapacidad, por lo que se hará una investigación en el Municipio de Achacachi y Caquiavivi, este proyecto se encuentra en proceso. 2. Proyecto de Banco de Prótesis, prótesis y ayudas técnicas. 3. Creación de un Instituto Nacional de Rehabilitación Modelo. 3. Proyecto de Servicios Higiénicos accesibles para PCD, con lo que construirán un baño accesible (modelo) para personas con discapacidad en el Instituto Nacional de Salud Ocupacional y 4. Rehabilitación

Basada en la Comunidad como una estrategia de atención a la población con discapacidad. De acuerdo a informes del Ministerio de Salud y Deportes la mayoría de estos proyectos se encuentra en su fase de análisis y aprobación.



Finalmente, el Ministerio de Salud y Deportes se encarga de la implementación del registro único nacional de personas con discapacidad, para lo que vienen capacitando a los equipos calificadores de los Servicios Departamentales de Salud.

2.6.4.- TRABAJO:

El Decreto Supremo #27477, habla de la inserción laboral de personas con discapacidad en un 4% del total de sus empleados, su implementación no tuvo mucho éxito por diferentes factores: falta de voluntad política, falta de formación laboral de personas con discapacidad y otros, este instrumento legal fue modificado el 18 de junio de 2008 a través del decreto supremo No. 29608, cuyo art. 4, ratifica que todas las entidades públicas (sean de carácter descentralizado, desconcentrado, autárquico o de cualquier otra naturaleza); las Fuerzas Armadas; Policía Nacional; Prefecturas de

Departamento; así como, los Gobiernos Municipales, Universidades Públicas, las instituciones, organismos y empresas de los gobiernos nacional, departamental y local deben cumplir con lo establecido y reportaran bimestralmente las planillas de su personal permanente al Ministerio de Trabajo.

Para que las personas con discapacidad puedan gozar de este beneficio deberán contar con el Certificado Único de Discapacidad, documento que será emitido por el Ministerio de Salud y Deportes. Actualmente el Ministerio de Trabajo se encuentra elaborando el reglamento específico, estableciendo las respectivas sanciones.

Por otra parte, el Ministerio de salud ha implementado un proyecto piloto de capacitación en confección textil, cuyos resultados no fueron satisfactorios por que fueron dos personas con discapacidad inscritas.

2.6.5.- MARCO LEGAL INTERNACIONAL

- Declaración de los Derechos Universales del Hombre (1948).
- Convención Internacional sobre los Derechos de la Niñez (1989).



- Normas Uniformes de las Naciones Unidas (1993).
- Declaración de Salamanca (1994).
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999).

2.6.6.- MARCO LEGAL NACIONAL

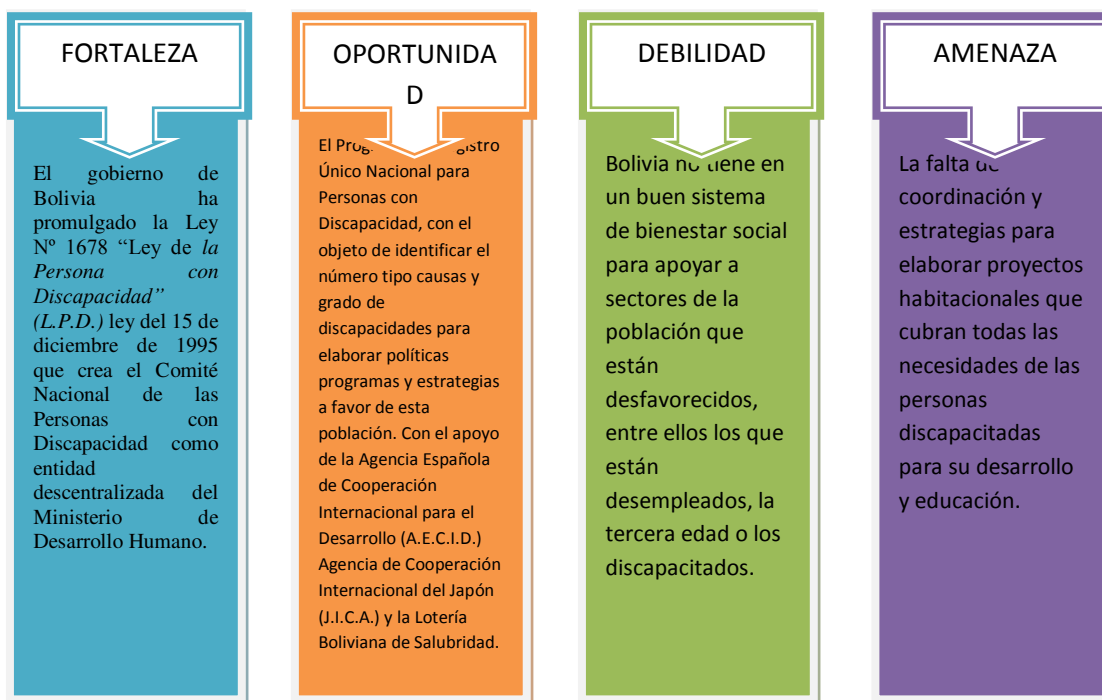
- Ley 2026. Código Niño, Niña Adolescente y decreto reglamentario 27443.
- Política de Prevención en Salud y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad (1995).
- Ley 1678 Personas con Discapacidad y D.S. 24807.
- D.S. 27477. Incorporación Laboral de PCD.
- Ley 1654 Descentralización Administrativa y D.S. 25282.
- Ley 1551 Ley de Participación Popular (modificada y ampliada por Ley 1702)
- D.S. 28671. Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

2.6.7.-CONCLUSIONES

Las personas con discapacidad están haciendo un poderoso cambio en nuestro sistema. Ellos piden que los aceptemos en nuestros hogares, nuestro vecindario, nuestro sistema político, nuestro lugar de trabajo y nuestras vidas.

“NO ESTAN PIDIENDO UNA ACTITUD PROTECCIONISTA SINO DIGNIDAD Y CONSIDERACION COMO SERES HUMANOS”

2.6.8.-FODA



2.7.- DIAGNOSTICO DE LA DISCAPACIDAD EN TARIJA

El departamento de Tarija tiene un estimado aproximado de 2873 PCD, en sus distintas provincias y municipios.

Municipio	N° Registrados	N° Carnetizados
Cercado	1322	1214
Padcaya	256	215
Bermejo	152	148
Yacuiba	387	374
Carapari	171	154
Villa montés	24	13
Uriondo	152	139
Yunchara	83	65
San Lorenzo	282	249



El Puente	113	76
Entre Ríos	260	190
Totales	3202	2837

A la fecha, según datos del Sistema del Programa de Registro Único Nacional de las Personas con Discapacidad (SIPRUNPCD), solo se considera como universo poblacional a un total de 2724 carnetizados.

Personas con Discapacidad Calificadas	2696
Personas con Discapacidad Registrados	3118
Personas con Discapacidad <u>Carnetizados</u>	2724

Fuente: SIPRUNPCD
Elaboración propia

De esta población se determina la Población Beneficiaria Directa, que son las Personas con Discapacidad muy grave, que representan el 30% del total de carnetizados, es decir 817 Personas con Discapacidad muy grave en todo el Departamento de Tarija.

Personas con Discapacidad <u>Carnetizados</u>	2724	100%
Personas con Discapacidad muy Grave	817	30%
TOTAL BENEFICIARIOS DIRECTOS	817	

Fuente: SIPRUNPCD
Elaboración propia

2.7.1.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La ley N° 1678 de la persona con Discapacidad del 15 de Diciembre de 1995, su Decreto Supremo (Reglamentario) N° 24807, Artículo 2° regula los derechos, deberes y garantías de las Personas con Discapacidad, estantes y habitantes del territorio de la República.



Tiene como finalidad de normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social, con seguros de corto y largo plazo.

En la actualidad el Departamento de Tarija cuenta con diferentes organizaciones orientadas a apoyar a las Personas con Discapacidad, especialmente en lo que es la rehabilitación física y la educación de las mismas. Sin embargo, en el Comité Departamental de la Persona con Discapacidad, se siguen registrando denuncias de abusos de distinto tipo (especialmente sexuales).

La población discapacitada del Departamento de Tarija continuamente es blanco de diferentes tipos de abusos (sexuales, físicos y/o patológicos) por parte de la sociedad civil y hasta institucional, ya que la vulnerabilidad de su condición los convierte en presa fácil de aquellos cuya conciencia de nobleza social, es por completo escasa.

Las Personas con Discapacidad tienen los mismos derechos que la población en general, sin embargo cuentan con mucho menos oportunidades en sus vidas, por lo que es menester proyectar todas las perspectivas posibles orientadas a desarrollar oportunidades de igualdad social.

2.7.2.-MARCO LEGAL

El Comité Departamental de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS-TARIJA), fue creado el 20 de enero de 1997 por la Prefectura del Departamento, como un organismo ejecutor y máximo orientador, coordinador, controlador y asesor de políticas y acciones en beneficio de las personas con discapacidad de todo el Departamento de Tarija.

La prefectura del Departamento de Tarija hace reconocimiento de la creación y funcionamiento de CODEPEDIS –TARIJA y desde el 1° de mayo del 1998 en cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 1678 de la Persona con Discapacidad mediante asignación del presupuesto correspondiente de manera paulatina y dotación



de ambientes para que la institución brinde atención a las personas con discapacidad, conforme a lo establecido en los parágrafos II) y III) del Art. 5 del D.S. 24807.

La población cuenta con valiosos documentos legales del Estado Boliviano y que se pretenden proteger su integridad física y social, pero estos documentos no siempre se utilizan por diferentes factores. Por eso, es necesario recordar la vigencia de Leyes, Códigos, Decretos y otros Documentos.

Son Normas bien diseñadas que deberían sancionar, proteger, promocionar todos los derechos de los grupos vulnerables, pero esto no sucede por diferentes causas, como la falta de recursos humanos en procesos de prevención, promoción y protección, la falta de planes, programas y actividades integrales y la falta de recursos económicos.

A continuación se analizara algunos documentos legales que están relacionados con el proyecto y a favor de grupos vulnerables como lo son las personas con discapacidad.

2.7.3.-LEY DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (LEY N° 1678)

La Ley de la Persona con Discapacidad, tiene como objetivo principal regular los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad.

Promulgada el 15 de Diciembre de 1995, la Ley de la Persona con Discapacidad, contempla 26 art

Su objetivo principal es regular los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, estantes y habitantes en el territorio de la República. Tiene la finalidad de normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social.

El Decreto Supremo N° 1678, dejando sin efecto la terminología de cualquier otro cuerpo legal que sea despectiva, discriminatoria o que ocasionen confusión en su uso.

El presente reglamento regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, así como la participación y obligaciones de las



instituciones públicas y privadas para la integración de las personas con discapacidad.

Desde la promulgación de esta Ley, las personas con discapacidad cuentan con un instrumento legal que defiende sus derechos, indica cuáles son sus deberes y las garantías que tienen en Bolivia. Tienen todos los derechos y garantías establecidos en la Constitución Política del Estado, de otras leyes y de esta Ley especial.

En Bolivia, al igual que en todos los países del mundo, existen personas con diferentes tipos de discapacidad que nacen, se desarrollan y trabajan, favoreciendo el crecimiento de nuestro país. Para hacerlo, deben vencer muchas dificultades, porque nuestra sociedad no comprende que reconocer sus derechos quiere decir: ofrecerles oportunidades iguales al resto de la población.

B Ley N° 3691

A través de esta Ley en su Art. 1 se autoriza a la Prefectura del Departamento a la Creación de un “FONDO INTEGRAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD”, y programar los recursos necesarios en sus presupuestos anuales, para el funcionamiento de un Sistema de Seguridad y Asistencia Médica a la Persona con Discapacidad en el Departamento de Tarija.

En su Art. 2 el “Fondo Integral para la Persona con Discapacidad”, servirá para beneficiar a todas las personas individuales y Centros de Rehabilitación Física, Sensorial o Intelectual. Del área urbana y rural, con personal, infraestructura y medios técnicos adecuados, de acuerdo a las directrices elaboradas por el Comité Departamental de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS).

2.8.-CUADROS DE PORCENTAJES

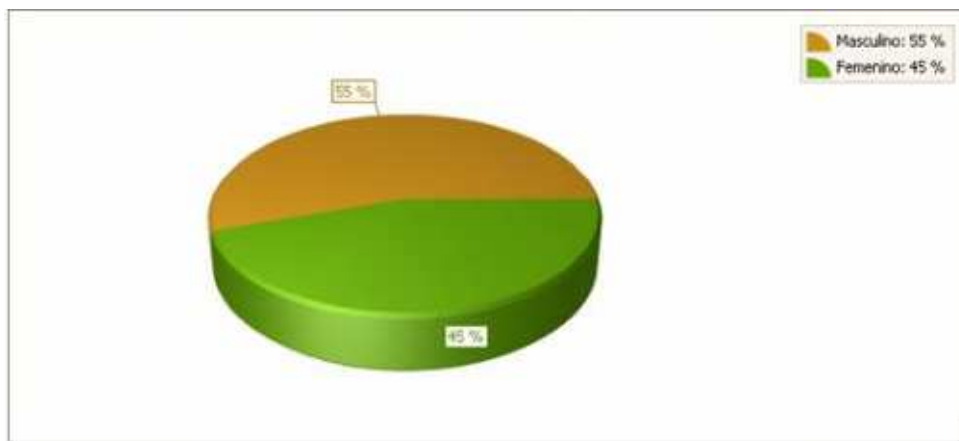
Población con Discapacidad según grupo etareo

En la población con discapacidad del Departamento de Tarija se tiene la siguiente distribución de acuerdo al grupo etareo: los jóvenes-adultos entre 21 y 59 años

representan el 57% de la población con discapacidad, los adolescentes de 10 a20 años el 24%, los escolares de 5 a 9 años el 10%, los adultos mayores de 60 o más años son el 6%, los preescolares de 1 a4 años el 3% y los lactantes de menos de 1 año representan el 1%.

Población con Discapacidad según sexo

La distribución porcentual según sexo de la población con discapacidad del Departamento de Tarija es del 55% de sexo masculino y el 45% de sexo femenino.

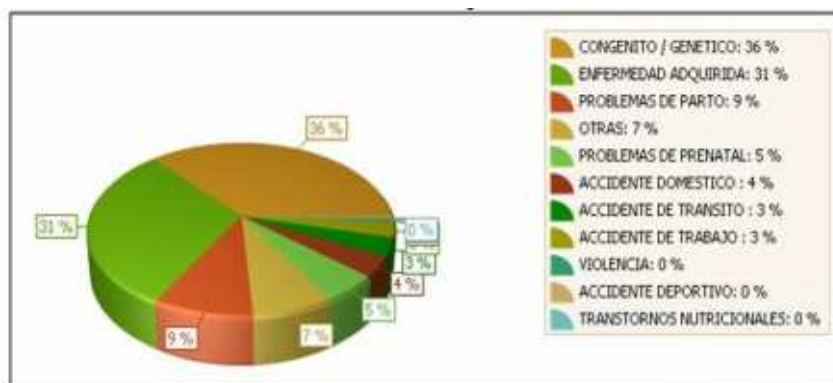


Fuente: SIPRUNPCD

Fecha: Abril de 2011

Población con Discapacidad según causas que producen discapacidad

En el Departamento de Tarija, las principales causas que producen discapacidad en las personas están: por causa congénita o genética es un 36%, por enfermedad adquirida el 31%, por problemas presentados en el parto 9%, otras causas 7%, problemas en la etapa prenatal, accidentes domésticos 4%, accidentes de tránsito 3%, accidentes de trabajo 3%, accidentes de trabajo 3%, violencia 0%, accidente deportivo 0%, trastornos nutricionales: 0%.

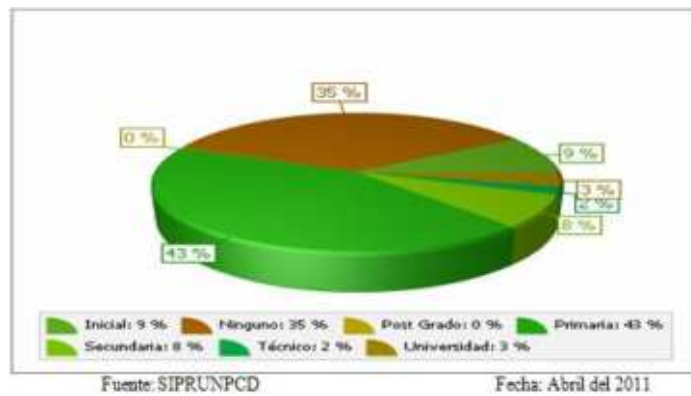


Fuente: SIPRUNPCD

Fecha: Abril de 2011

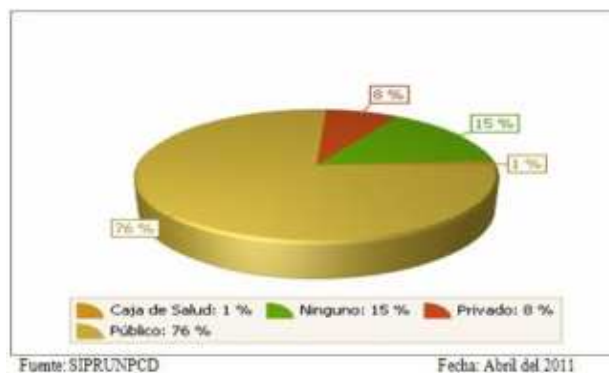
Población con Discapacidad con acceso a educación

En el Departamento de Tarija el acceso a educación que tiene la población con discapacidad es: con ningún tipo de instrucción educacional el 35% de la población con discapacidad del Departamento de Tarija, con instrucción primaria el 43%, con instrucción secundaria el 8%, con de instrucción técnica el 2% y con de instrucción universitaria el 3%. Esta situación se debe a la falta de oportunidades, programas y proyectos de inclusión educativa, situación socioeconómica y grado de discapacidad que impide que toda la población con discapacidad pueda tener igualdad de oportunidades a la hora de acceder a la educación en sus diferentes niveles.



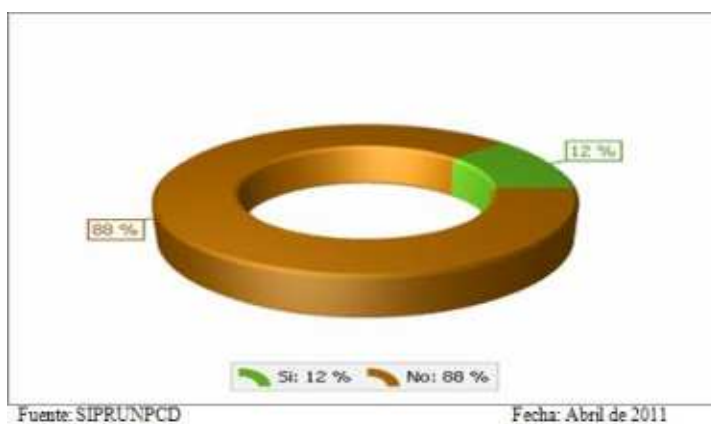
Población con Discapacidad con acceso a seguro de salud

Las Personas con Discapacidad del Departamento de Tarija, en su gran mayoría 76% tiene acceso a seguro público de salud, en tanto que el 15% no tiene acceso a ningún tipo de seguro, el 8% tiene acceso a seguro de salud privado y el 1% está asegurado en la Caja de Salud.



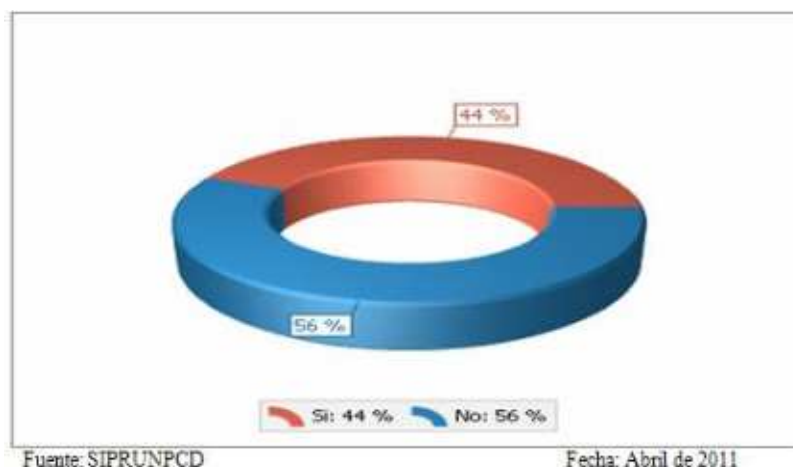
Población con Discapacidad que asistió a rehabilitación

La población con discapacidad del Departamento de Tarija tiene un bajo índice de asistencia a rehabilitación solo el 12% en tanto las personas que no asistieron a rehabilitación representan el 88%, esto se debe principalmente por la insuficiente cantidad de centros de rehabilitación y de personal, otro factor es que la población con discapacidad del área rural se ve imposibilitada de llegar a los centros por las distancias, falta de medios económicos, falta de ayudas técnicas, etc.



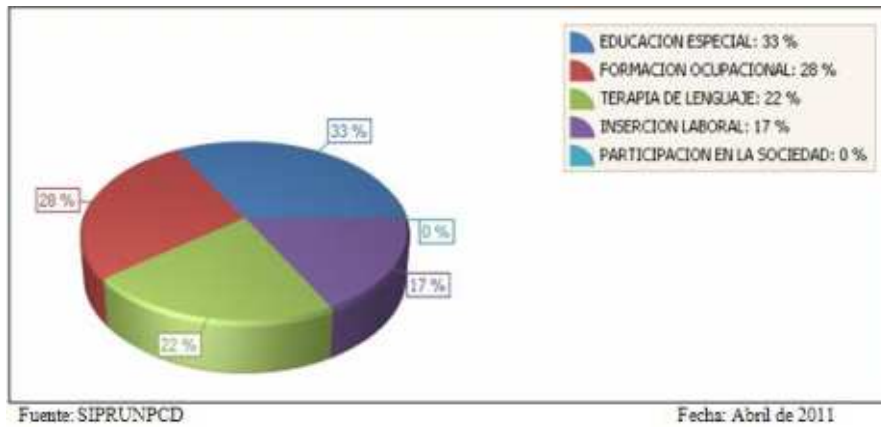
Población con Discapacidad que sabe leer y escribir

En el Departamento de Tarija, la población con discapacidad en un 56% no sabe leer ni escribir esto debido a falta de inclusión educativa, proyectos de educación integral, ítems para educadores especiales, etc. Por otra parte el 44% de la población con discapacidad si sabe leer y escribir porque su discapacidad le permitió tener acceso a una educación con el resto de la población.



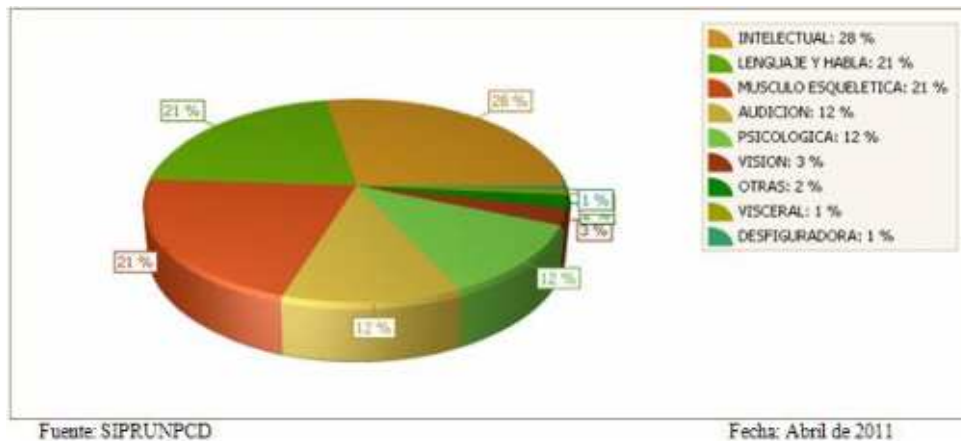
Población con Discapacidad según recomendaciones prioritarias

El PRUNPCD en el proceso de registro, carnetización y sobre todo en la calificación se han realizado algunas recomendaciones prioritarias para la población con discapacidad del Departamento de Tarija: se recomienda que el 33% debe tener educación especial, el 28% formación laboral, el 22% terapia de lenguaje, el 17% inserción laboral.



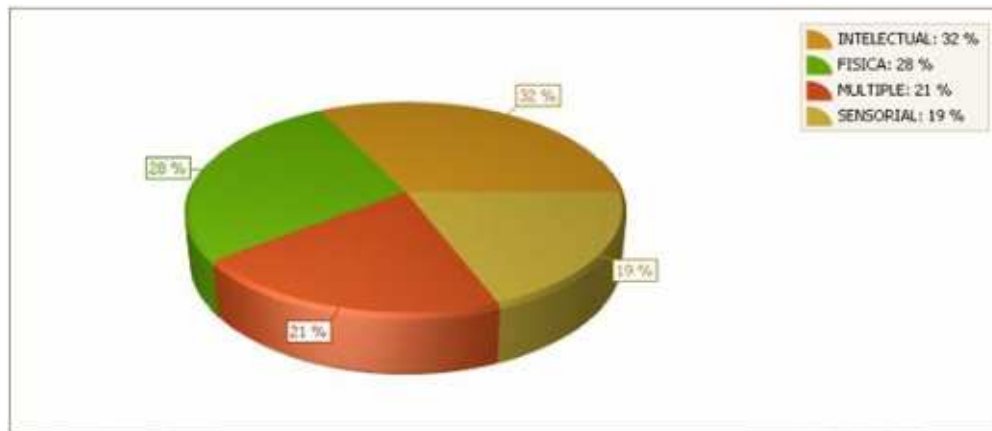
Población con discapacidad según deficiencias

El proceso de calificación a dado como resultado las siguientes deficiencias en la población con discapacidad del Departamento de Tarija: intelectual 28%, lenguaje y habla 21%, musculo esquelética 21%, audición 12%, psicológica 12%, visión 3%, otras 2%, visceral 1% y desfiguradora 1%.



Población con Discapacidad según tipo de discapacidad

En la población con discapacidad del Departamento de Tarija existen 4 tipos de discapacidad de las cuales en primer lugar está la Discapacidad Intelectual con 32%, la física con 28%, la múltiple con el 21% y la sensorial con el 19%.



Fuente: SIPRUNPCD

Fecha: Abril de 2011

Población con Discapacidad según tipo ayuda técnica

La población con discapacidad del Departamento de Tarija en lo relacionado a su clasificación por necesidad de ayudas técnicas se tiene: el 31% no requiere, el 17% precisas aparatos o equipos para la movilidad, el 16% necesita ayudas para el aprendizaje y la educación, el 14% para el trabajo, el 11% para la comunicación e información, el 6% para realizar actividades de la vida diaria, el 5% precisa prótesis y el 1% ortesis.



Fuente: SIPRUNPCD

Fecha: Abril de 2011



2.9.-MUNICIPIO Y LOCALIDADES QUE TIENEN UNIDADES EDUCATIVAS QUE TRABAJAN CON PERSONAS DISCAPACITADAS

- CERCADO, TARIJA
- BERMEJO,ARCE TARIJA
- GRAN CHACO, YACUIBA, TARIJA
- GRAN CHACO, VILLA MONTES, TARIJA
- SAN LORENZO, MENDEZ, TARIJA
- YUNCHARA, AVILEZ, TARIJA
- ENTRE RIOS, O´CONNOR, TARIJA
- PADCAYA, AVILES, TARIJA
- EL PUENTE, MENDEZ, TARIJA

2.10.-CONCLUSIONES

Las personas con discapacidad están haciendo un poderoso cambio en nuestro sistema. Ellos piden que los aceptemos en nuestros hogares, nuestro vecindario, nuestro sistema político, nuestro lugar de trabajo y nuestras vidas.

“NO ESTAN PIDIENDO UNA ACTITUD PROTECCIONISTA SINO DIDNIDAD Y CONSIDERACION COMO SERES HUMANOS”

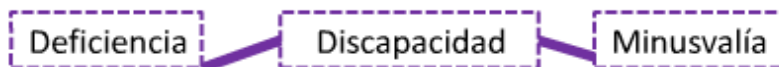
2.11.-FODA

FORTALEZA	OPORTUNIDAD	DEBILIDAD	AMENAZ
<p>Se autoriza a la Prefectura del Departamento de Tarija proceder a la creación de un “Fondo Integral para la Persona con Discapacidad” y programar los recursos necesarios en sus presupuestos anuales, para el funcionamiento de un Sistema de Seguridad y Asistencia Médica a la Persona con Discapacidad en el Departamento de Tarija.</p>	<p>“Fondo Integral para la Persona con Discapacidad”, servirá para beneficiar a todas las personas individuales y Centro de Rehabilitación Física, Sensorial o Intelectual, del área urbana y rural, con personal, infraestructura y medios técnicos adecuados, De acuerdo a las directrices elaboradas por el Comité Departamental de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS)</p>	<p>Actualmente las fundaciones, unidades educativas, instituciones que trabajan educando a personas discapacitadas, no cuentan con las herramientas necesarias para la educación efectiva que ayuden a que la persona logre desarrollarse pedagógicamente, psicológicamente y físicamente, y así integrarse a la sociedad sin discriminación.</p>	<p>La falta de capacidad intelectual con visión estratégica y tecnológica para elaborar proyectos habitacionales de gran alcance por parte de las instituciones politizadas que velan por los derechos de la personas con discapacidad.</p>

UNIDAD III

MARCO TEORICO ESPECÍFICO

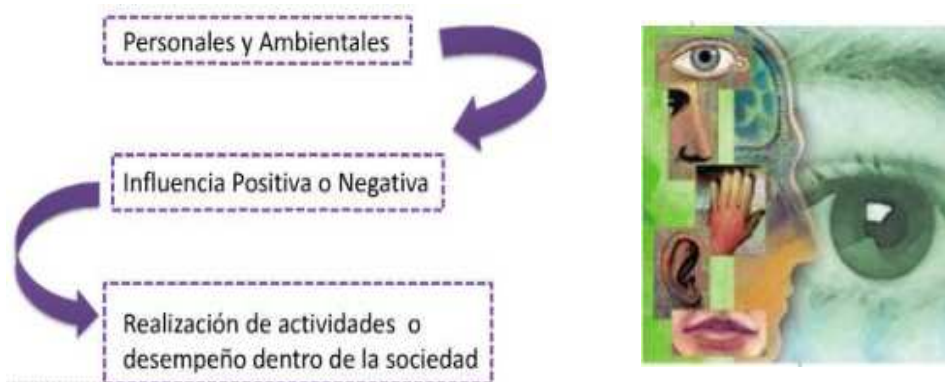
3.- ANTECEDENTES



FACTORES CONTEXTUALES DE LA DISCAPACIDAD

Conforman el trasfondo propio y externo de la vida de un individuo y su estilo de vida.

Incluyen distintos factores entre ellos:



BARRERAS

Son todos aquellos factores presentes o ausentes que están presentes en el entorno de una persona **LIMITAN EL FUNCIONAMIENTO Y GENERAN DISCAPACIDAD**.
Ejemplo: Ambiente físico inaccesible, Algún producto no utilizable por todos, Un servicio que existe, pero sin embargo no es válido para personas con discapacidad.

FACILITADORES

Son todos aquellos factores presentes o ausentes que están presentes en el entorno de una persona **MEJORAN EL FUNCIONAMIENTO Y REDUCEN LA DISCAPACIDAD**.

Ejemplo: Tecnología asistencial adecuada, Empleo, Educación, Servicios de apoyo.

TIPOLOGÍA DE DEFICIENCIA MENTAL

- Síndrome de Prader Willi
- Síndrome de Down
- Síndrome X Frágil Fenilcetonuria
- Alzheimer



Debido a que todas las tipologías antes mencionadas requieren necesidades específicas, como estrategia de plan de trabajo, nos enfocamos en el Síndrome de Down en específico a estas personas y a sus propias necesidades.

3.1.- HISTORIA

El dato arqueológico más antiguo del que se tiene noticia sobre el Síndrome de Down es el hallazgo de un Cráneo sajón del siglo VII, en el que se describieron anomalías estructurales compatibles con un varón con dicho síndrome. También existen referencias a ciertas esculturas de la cultura Olmeca que podrían representar a personas afectadas por el Síndrome de Down.



La pintura al temple sobre madera “La virgen y el niño” de Andrea Mantegna (1430-1506) parece representar un niño con rasgos que evocan los de la trisomía, así como el cuadro de Sir Joshua Reynolds (1773) “Lady Cokburn” y sus hijos, en el que aparece uno de los hijos con rasgos faciales típicos del Síndrome de Down.

El primer informe documentado es de un niño con Síndrome de Down se atribuye a Étienne Esquirol en 1838, denominándose en sus inicios “cretinismo” o “idiotia furfurácea”. P. Martin Duncan el 1886 describe textualmente a “una niña de cabeza pequeña, redondeada, con ojos achinados, que dejaba colgar la lengua y apenas pronunciaba unas pocas palabras”.

En ese año (1886) el médico inglés Jhohn Langdon Down trabajaba como director del Asilo para Retrasados Mentales de Earlswood, en Surry, realizando un exhaustivo estudio a muchos de sus pacientes.



John Langdon Down

Con esos datos publicó en el London Hospital Reports un artículo titulado: “Observaciones en un grupo étnico de retrasados mentales” donde describía pormenorizadamente las características físicas de un grupo de pacientes que presentaban muchas similitudes, también en su capacidad de imitación y en su sentido del humor.

Las primeras descripciones del síndrome achacaban su origen a diversas enfermedades de los progenitores, estableciendo su patogenia en base a una involución o retroceso a un estado filogenético más “primitivo”.

Alguna teoría más curiosa indicaba la potencialidad de la tuberculosis para “romper la barrera de especie” de modo que padres occidentales podían tener hijos “orientales” (o mongólicos, en expresión del propio Dr. Down, por las similitudes faciales de estos individuos con las razas nómadas del centro de Mongolia).

Tras varias comunicaciones científicas, finalmente en 1909 G.E Shuttleworth menciona por primera vez la edad materna avanzada como un factor de riesgo para la aparición del síndrome. De camino a la denominación actual el síndrome fue rebautizado como “idiocia calmuca” o “niños inconclusos”.

En cuanto a su etiología, es en el año 1932 cuando se hace referencia por vez primera a un reparto anormal de material cromosómico como posible causa del Síndrome de Down. En 1956 Tjio y Levan demuestran la existencia de 46 cromosomas en el ser humano y poco después, en el año 1956 Lejuene, Gautrier y Turpin demuestran que las personas con Síndrome de Down portan 47 cromosomas. (Esto último lo demostró de manera simultánea la inglesa Pat Jacobs, olvidada a menudo en reseñas históricas)



En 1961 un grupo de científicos (entre los que se incluía un familiar del Dr. Down) proponen el cambio de denominación al actual “Síndrome de Down”, ya que los términos “mongol” o “mongolismo” podían resultar ofensivos. En 1956 la OMS hace efectivo el cambio de nomenclatura tras una petición formal del delegado de Mongolia.

El propio Lejeune propuso la denominación alternativa de “Trisomía 21” cuando, poco tiempo después de su descubrimiento, se averiguó en que par de cromosomas se encontraba el exceso de material genético.

3.2.- SINDROME DE DOWN

Es la “Enfermedad” cromosómica más frecuente.

¿Qué es el Síndrome de Down?

Es una situación o circunstancia que ocurre como consecuencia de una alteración genética consiste en que las células del bebé poseen en su núcleo un cromosoma de más, es decir, 47 cromosomas en lugar de 46 (como es habitual)



Aunque todos estos factores parecen estar asociados con la alteración genética que caracteriza a la patología Síndrome de Down, lo cierto es que No resulta posible considerar de las posibilidades teorías, como causa única del síndrome, sino que probablemente distintos factores interactúen a la hora de determinar esta cromosomopatía.

3.3.-LAS DISTINTAS FORMAS DE TRISONOMIA 21

Trisonomía libre o simple:

Quiere decir que hay material genético en exceso en la pareja de cromosomas 21

“Lo padece el 95% de las personas





Translocación:

En la que el cromosoma extra se ha roto y se ha adherido a otro cromosoma

“Es padecido por el 4% de las personas”

Mosaiquismo:

En el que solo algunas células tienen trisomía 21

“Lo padece el 1% de las personas”

3.4.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN

Uno de los aspectos más notables en los individuos con trisomía, es la amplia manifestación clínica en ellos.

A partir de la descripción de las características físicas de los niños con síndrome de Down en 1866 por John Lahgdon Dow, se han descrito cerca de 300 signos o manifestaciones clínicas que se han identificado en estos niños. Sin embargo, cabe notar que existen algunas de ellas que son las que con más frecuencia se presentan. De la siguiente lista de manifestaciones, al menos cuatro de ellas se pueden apreciar en el total de niños Down y seis de las mismas se encuentran en 90% de ellos:

Los ojos

Tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera, a menudo se ve intensificada la inclinación del ojo por un pliegue cutáneo de la parte inferior del ojo (el pliegue epicántico).

La hendidura palpebral es a menudo estrecha y corta (una fisura palpebral oblicua), entre el 30% y el 70% de los niños muestran en el borde del iris unas pequeñas manchas blancas (manchas de Brushfield). Esto es más obvio en los niños con ojos azules.





La cabeza

Es generalmente más pequeña de lo normal, y la parte posterior de la misma tiene tendencia a ser aplanada, dándole a la cabeza una apariencia particular. Las partes blandas (las frontanelas) son normalmente más grandes que en la mayoría de los niños, y ocasionalmente se puede encontrar un punto especialmente blando en el centro. Esto se debe a que estos niños tienen un crecimiento más lento que los normales y, por lo tanto, los huesos del cráneo tardan más tiempo en unirse.

La nariz

Su tamaño es pequeño y la depresión del puente nasal. A veces los orificios de la nariz están en posición frontal y las alas de la nariz son estrechas. En el recién nacido el hueso nasal no está osificado y se encuentra poco desarrollado, esto hace que el semblante de los niños con síndrome parezca plano y un perfil facial chato.

La boca

Suele tener un aspecto pequeño y los labios son bastante delgados. El interior de la boca normalmente es más pequeño que el de otro niño, y la parte superior del paladar está aplanada, con un arco en el centro (un paladar tipo catedral). Debido al espacio reducido de la boca, la lengua tiene menos sitio y, por lo tanto, tiende a salir hacia fuera. Los músculos de la mandíbula y la lengua también suelen ser más débiles, por esto suelen tener la boca abierta.

El cuello

Aparece corto y ancho, en ocasiones hay un exceso de piel y de tejido subcutáneo en la región posterior del cuello del recién nacido. La base del cuello seguirá ensanchada, pero este aumento de tejido irá desapareciendo conforme el niño crezca. Por lo general el cuello es flexible y tiene plena movilidad.

Las manos

A menudo las piernas y los brazos son cortos en comparación con la longitud del tronco. Las manos suelen ser anchas y planas, y los dedos cortos.



Frecuentemente, el dedo meñique es más corto y tiene un solo pliegue; a menudo, se tuerce hacia los otros dedos (clinodactilia).

Cerca de la mitad de los niños tienen un pliegue transversal en la palma de la mano (la línea simiesca). Esto se puede encontrar en una o en ambas manos.

Los pies

También suelen ser anchos y los dedos de los pies algo cortos. Muy a menudo hay un espacio más grande de lo normal entre el dedo gordo y los otros dedos del pie.

Las orejas

Suelen ser pequeñas y normalmente están implantadas más abajo. A veces la parte superior de la oreja está plegada, y en poco menos de la mitad de los casos, el lóbulo de la oreja puede ser más pequeño o no existir. Pero debemos recordar que la ausencia o el tamaño reducido del lóbulo de la oreja puede ser un rasgo genético.

Falta de tono muscular

Cuando nacen, la mayoría tiene poco tono muscular (hipotonía) y están flácidos. También pueden tener las articulaciones un poco más rígidas (hipoflexibilidad), y esto aumenta la sensación de debilidad.

Los reflejos

Suelen ser débiles y más difíciles de producir. Además, en casi 2 tercios, el llanto es más débil, siendo de menor duración y tono. Muchos lloran muy poco y no lloran cuando tienen hambre o cuando están incómodos.

Los individuos con síndrome de Down típicamente son más pequeños que sus compañeros normales y su desarrollo físico e intelectual es más lento.

3.4.1.-CARACTERISTICAS FENOTIPICAS

CARACTERISTICAS	SI	NO
Cuello corto	85.9%	14.0%
Nariz pequeña	79.6%	20.3%
Facies achatada	76.5%	23.4%
Micrognatia	70.3%	29.6%
Occipital achatado	65.6%	34.3%
Abertura palpebral oblicua	62.5%	37.5%
Cuello ancho	59.3%	46.6%
Hipotonía muscular	59.3%	46.6%
Lengua protruida	59.3%	46.6%
Comisura labial hacia abajo	54.6%	45.3%
Hiperflexibilidad de las articulaciones	54.6%	45.3%
Diástasis de músculos abdominales	46.8%	53.1%
Hernia umbilical	46.8%	53.1%
Surco entre el hallux y 2° dedo derecho	46.8%	53.1%
Surco entre el hallux y 2° dedo izquierdo Braquidactilia	46.8%	53.1%
Epicanto	46.8%	53.1%
Paladar ojival	43.7%	56.2%
Pliegues transversal completo en la mano derecha	43.7%	56.2%
Clinodactilia	40.6%	59.3%
Estrabismo	35.9%	64.0%
Orejas de implantación baja	35.9%	64.0%
Pliegues transversal completo en la mano izquierda	35.9%	64.0%
Orejas con hélice superior enrollada	35.9%	64.0%
Pliegue único en el 5° dedo de la mano derecha	31.2%	68.0%
Reflejo de Moro ausente	26.5%	73.4%
Soplo cardiaco	26.5%	73.4%
Pliegue único en el 5° dedo de la mano izquierda	23.4%	76.5%
Marcha de Brushfield	17.0%	82.8%
Nistagmo	17.0%	82.8%
Lengua fisurada	15.6%	84.3%
Pene pequeño	15.6%	84.3%
Criptorquidia	14.0%	85.9%
Orejas pequeñas	9.3%	90.6%
Sindactilia	4.0%	95.8%
Pie equino valgo izquierdo	0%	100%



3.4.2.-RASGOS FÍSICOS DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

Uno de los aspectos más notables en los individuos con trisomía 21, es la amplia variedad de manifestaciones clínicas en ellos; por ejemplo, existe un amplio margen y grado de retraso mental, así como de desarrollo psicomotor entre individuos. Algunos niños tienen malformaciones cardíacas. Otros más tienen enfermedades asociadas como epilepsia, hipotiroidismo o enfermedad celiaca. Una primera explicación quizá sean las diferencias que pudieran existir entre los genes involucrados en la triplicación, lo cual tal vez se origine por las distintas formas alternas de los mismos denominados “alelos”, como segunda posibilidad, se ha propuesto lo que se conoce como “grado de penetrancia de los genes”.

A partir de la descripción de las características físicas de los niños con síndrome de Down en 1866 por John Langdon Down, se han descrito cerca de 300 signos o manifestaciones clínicas que se han identificado en estos niños. Sin embargo, cabe hacer notar que existen algunas de ellas que son las que con más frecuencia se presentan.

3.4.3.- ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida de los niños con síndrome de Down es mucho mayor en épocas recientes que en los primeros cinco decenios del siglo XX. La importancia de analizar y entender la esperanza de vida en ellos es necesaria tanto para los médicos como para los profesionales de la salud, esto con el propósito de que se aconsejen adecuadamente a los padres de los niños con el síndrome.

Quizá los padres de los niños con síndrome piensen que tienen menores esperanzas de vida, por esta razón siempre será más importante tener una visión más amplia y clara de este punto, verlo en el sentido positivo y en el entendido de que la esperanza de vida de los niños no Down también se ve reducida al transcurrir los años, aunque en menor proporción.

Con la información que brindan los estudios de esperanza de vida, pueden realizarse planes y programas de salud y educativos que lleven a una integración cada vez



mayor de estos niños a la sociedad. Aunque se han realizado algunas investigaciones sobre la esperanza de vida en algunos países, estas son escasas y no se han evaluado con la idea de hacer el seguimiento de los niños desde el nacimiento hasta la edad adulta. A continuación mostraremos resultados del estudio más amplio realizado en la actualidad, el cual incluye un total de 1,341 niños con síndrome de Down que fueron seguidos de 1952 a 1981 en Columbia Británica, Canadá.

El resultado general del trabajo reveló que la esperanza de vida hasta los 30 años era de 70.6% del total de niños Down. Cuando se evaluó la esperanza de vida exclusivamente de niños que no tenían cardiopatía congénita (malformación del corazón), el porcentaje de sobreviviente a la misma edad se incremento a 79.19%. Para el caso de niños con mal formación del corazón, 50% llegaron a vivir hasta tres décadas. Al efectuar estudios de proyección hasta los 40 años de edad no se encuentran variaciones significativas o importantes en los porcentajes de vida referidos hasta los 30 años.

Es necesario comentar que el aumento en las esperanzas de vida en las nuevas generaciones de niños Down es resultado de estrategias bien definidas aunadas a importantes cambios de actitud de los profesionales que atienden a los niños impedidos, en general, y a disminuidos intelectualmente en lo particular. No cabe duda que existen avances importantes en el diagnóstico, tratamientos de enfermedades, conocimientos educativos, destrezas y preparación del personal de salud que los atiende, además de la utilización de mejor tecnología y tal vez esto sea lo más notable, en la actitud de la sociedad, de tal manera, es cierto que el niño Down despierta gran interés en los profesionales de distintas disciplinas, quienes aceptan la tarea como un gran reto a vencer.

Los programas de intervención temprana, con incremento en la movilidad y la estimulación del niño, la mejoría y la vigilancia estrecha de sus dietas alimenticias, así como una mejor orientación hacia los programas de medicina preventiva, han logrado una sustancial mejoría en la salud de estos pequeños, por consiguiente, una menor frecuencia de infecciones y fallecimientos.



3.5.-LA EDUCACIÓN COMO INSTITUCION ESCOLAR

El campo de la educación es lugar donde se encuentran, entran y entrecruzan diferentes conocimientos e intenciones, así la educación busca la homogeneización de los hombres, donde todos son iguales y sustenta la consolidación de la sociedad como expresión de sus desacuerdos, paradojas, simulaciones y fragmentaciones.

La escuela es una institución que se inscribe, históricamente, en la expresión del Estado Moderno, que tiene en las sociedades capitalistas. Se trata del Estado Nacional, producto de los movimientos sociales que culminaron con la Revolución Francesa y que hizo de la burguesía la llamada clase dominante.

Con la presencia de la burguesía en el poder político, a través de los diversos grupos que la conforman se constituyen los fundamentos y las propuestas educativas que orientan al universal de la institución, es decir, el instituido, positivo e ideológico.

De ahí que las ideas de Augusto Comte de orden y progreso postulados en la filosofía positiva, inspiren las bases de la escuela privilegiando el saber racional, la formación científica y la pedagogía positivista, basada en el no saber de los alumnos, en el conocimiento acumulativo, progresivo en el registro memorístico de la información, en la disciplina del aula, en la jerarquía de la organización, etc.

Hoy en día, la escuela en sus diferentes niveles no es totalmente ajena a estas nociones que le dieron origen.

La escuela ahora tiene detrás de sí al Estado como soporte material de su funcionamiento. La organización, la distribución directa de jerarquía y poderes, la distribución indirecta de cuotas de participación política, los subsidios, las extensiones fiscales, las incorporaciones etcétera, son las formas y los hilos que recorren esa compleja articulación entre el Estado y la institución escolar.

Es así que se plantea en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que la educación que imparta el estado debe ser laica y gratuita y obligatoria hasta la secundaria.



3.5.1.-UN POCO DE HISTORIA

En los años 60 se inician en Estados Unidos las primeras asociaciones específicas para el Síndrome de Down. Tres razones impulsaron su rápida multiplicación por todo el país:

Las familias no encuentran en las asociaciones que atienden a personas con discapacidad psíquica mentales en general una respuesta a sus necesidades. Los descubrimientos científicos sobre el Síndrome de Down demandan una atención especializada La importancia numérica del colectivo.

A partir de los años 70 el movimiento asociativo en torno a Síndrome de Down se difunde rápidamente por todo el mundo y se van creando grandes federaciones regionales en Estados Unidos, Canadá, Latinoamérica, Europa, Australia, Japón, Oriente Medio, Sudáfrica, etc.

3.6.-EL LENGUAJE DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

El lenguaje de las personas con síndrome de Down evoluciona de un modo más lento y, en algunos aspectos, de un modo distinto al de otros grupos de personas con y sin retraso mental.

La lentitud en el progreso se manifiesta desde la etapa prelingüística en la que los juegos vocálicos y balbuceos del bebé con síndrome de Down aparecen más tarde que en otros bebés, con algunas matices diferentes. Las primeras palabras con significado empiezan a emplearlas a una edad promedio de tres años, mientras que el uso de frases suele iniciarse alrededor de los cuatro años.

La ampliación en la longitud de los enunciados lo logra lentamente durante la segunda infancia y comienzo de la adolescencia, empleando frases de seis a ó siete elementos.

El uso pragmático del lenguaje es muy adecuado en las siguientes etapas, siendo el niño capaz de transmitir sus sentimientos y deseos de un modo comprensible. Es evidente la dificultad específica en relación con el uso correcto de las normas morfo-sintácticas. Habitualmente se expresan en frases cortas, evitando el uso de



tiempos verbales complejos y las frases subordinadas. La baja inteligibilidad del habla es otra de las características propias del lenguaje de las personas con síndrome de Down, aunque por lo general se hacen entender por su interlocutor.

Las causas del retraso, y de las diferencias son varias, por lo que las diversas medidas de intervención son eficaces sólo de un modo parcial. Estudios recientes señalan que, si se continúan con programas de intervención, se dan progresos lingüísticos después de la adolescencia, con jóvenes adultos. Los jóvenes que acaban la escolaridad e inician una vida de cierto aislamiento en su hogar, con ausencia de intereses y motivación, muestran regresión en sus habilidades lingüísticas. Sin embargo, las personas aficionadas a la lectura, que continúan una vida social y laboral activa y que manejan el ordenador, mantienen, incrementan y mejoran su comunicación verbal.

3.7.-ASPECTOS COGNITIVOS EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Se divide en dos:

Procesos Cognitivos Básicos

Procesos Cognitivos Complejos

Procesos Cognitivos Básicos, a su vez se dividen en cuatro:



Memoria, Atención, Percepción, Sensación.

1.- La sensación, se define como el elemento básico que hace posible que las personas seamos capaces de percibir.

Se puede definir como “Vivencia Simple, producida por la acción de un estímulo sobre un órgano sensorial”. (Friedrich Dorsch, 1991)

A estas definiciones podemos agregar lo que Luria otorgaba a la sensación:

- A. Posee un carácter informativo, elemental, básico. Según esto, sin sensaciones no habría percepciones. La sensación es “el primer escalón en la escalera del conocimiento”.
- B. Es selectiva: tanto al individuo como la especie. De esta manera, tenemos sensaciones de lo que nos conviene e interesa. Así no captamos todos los estímulos del medio, si así fuese, se produciría un sobrecarga en los receptores sensoriales.
- C. Tiene un carácter activo, relacionado con el movimiento: Toda sensación, produce una respuesta activa por parte del sujeto estimulado, si bien esta respuesta no siempre se exterioriza, pudiendo ser interna en vez de externa.

2.- LA PERCEPCIÓN

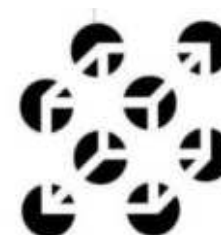
Podemos encontrar diversas definiciones de este concepto, entre los cuales, dos:

“Entrada en la conciencia de una impresión sensorial. Llegada previamente a los centros nerviosos” (Friedrich Dorsch, 1991)

“Proceso de información, representativa según una cierta organización ante una estimulación presente en el ambiente.

Características a estas definiciones:

- A. Implica un proceso de recepción sensorial complejo: De tal manera que existe un cúmulo de energía proveniente de diferentes receptores. La percepción implica una interpretación de la sensación, percibiéndolo como un todo con significado...

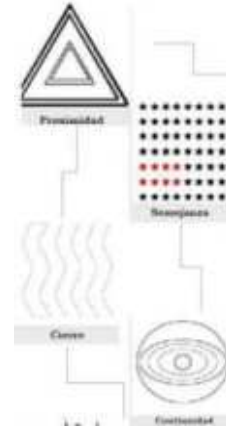


- B. Es una información, conocimiento de sí mismo y/o del entorno: Esta característica es común con la sensación.

- C. Es una respuesta interior organizada: Por el hecho de ser interna es oculta, aunque puede acusarse desde fuera algunas veces. El hecho de ser organizada viene porque es sometida a una serie de leyes.

LAS LEYES DE LA PERCEPCIÓN

- A. Proximidad:** a igualdad de condiciones, los estímulos más cercanos parecen unidades conjuntas.
- B. Semejanza:** se perciben como constituyente del mismo conjunto estimular, los objetos semejantes.
- C. Continuidad:** a igualdad de circunstancias, tendemos a percibir formando parte de la figura, estímulos que guardan entre sí una continuidad de forma.
- D. Cierre:** cuando falta información sobre alguna parte de la figura, tendemos a completar esa información faltante.
- E. Destino Común:** los estímulos que se mueven en común dirección, se perciben como constituyentes del mismo estímulo.



3.8.- DIA INTERNACIONAL DEL SINDROME DE DOWN



La fecha fue seleccionada por la Down Syndrome International, ya que el número es significativo de la triplicación del vigésimo primer cromosoma (mes 3, día 21). La



idea original fue propuesta por Stylianos E. Antonarakis, médico genetista en Suiza y adoptado por ART21, su grupo de pacientes.

El síndrome de Down, es una combinación cromosómica natural que siempre ha formado parte de la condición humana, existe en todas las regiones del mundo y habitualmente tiene efectos variables en los estilos de aprendizaje, las características físicas o la salud.

En diciembre de 2011, la Asamblea General designó el 21 de marzo Día Mundial del Síndrome de Down para unificar la lucha contra esta enfermedad.

El Síndrome de Down, afecta a todas las razas y niveles económicos por igual.

Es un problema complejo, ya que cerca de 30 a 50 por ciento de los bebés con el Síndrome de Down, también tienen defectos congénitos del corazón y muchos presentan deficiencias en sus capacidades visuales y auditivas, malformaciones intestinales, que generalmente se corrigen con cirugía y otros problemas de salud.

3.9.- EL SINDROME DE DOWN EN BOLIVIA

En Bolivia existen más de 1900 personas con síndrome de Down





El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad y el apoyo de la Misión Solidaria del Alba “Moto Méndez”, logró la detección de 1935 personas con Síndrome de Down en todo el país, siendo el departamento de Santa Cruz, el que más casos presenta.

De acuerdo con datos de esta Unidad, en el departamento de Oruro solamente existen 26 personas con Síndrome de Down, en cambio en Santa Cruz, hay más de 657. En Cochabamba fueron detectadas 386 personas con este síndrome; en La Paz, 292; en **Tarija 180**; en Chuquisaca 161; en Beni, 136; en Potosí, 70, y finalmente en Pando hay 27 personas detectadas.

Donde de cada 600 nacimientos, 1 nace con síndrome de Down.

En respuesta a ello esta Cartera de Estado firmó un acuerdo Interinstitucional con el Instituto Nacional de Genética de la Universidad Mayor de San Andrés para realizar Estudios genéticos de las personas detectadas con este síndrome y otros; con la finalidad de descubrir posibles causas y el porcentaje de probabilidad existente para la concepción de otro hijo con similares características.

Cada 21 de marzo se celebra el Día Internacional de las Personas con Síndrome de Down. En Bolivia sí existen motivos para celebrar porque gracias a la intervención del Estado ahora se cuenta con un registro de la cantidad de personas que tienen esta condición de vida; porque a través del equipamiento y dotación de infraestructura se han podido crear y fortalecer institutos que estimulan la rehabilitación de esta población, mejorando de esta manera la calidad de vida de estas personas, sus familias y su comunidad.

Por ejemplo en La Paz existen dos instituciones, dependientes del Gobierno Municipal Autónomo y de la Secretaría departamental de Gestión Social que cumplen estas funciones de rehabilitación: el Instituto de Adaptación Infantil (IDAI) y el Instituto de Rehabilitación Infantil (IRI).



El Síndrome de Down en sí mismo no es una enfermedad, sino una condición de vida, y que mediante una adecuada labor preventiva se pueden evitar o manejar oportuna y exitosamente las implicaciones de salud más frecuentemente ligadas a la condición.

Casi ningún niño con Down accedía a programas de estimulación temprana, bien por falta de oportunidad o bien porque se consideraba que no valía la pena. Ahora, la intervención en los primeros años de vida del niño es fundamental y le permite alcanzar niveles de desarrollo que se consideraban fuera de su alcance.

Sin embargo, para la Responsable de la Unidad de Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes, Dra. Graciela Minaya, falta mucho por hacer, “estamos buscando implementar en los Centros de salud la detección intrauterina de los bebés con síndrome de Down que actualmente se realizan en clínicas particulares, lo que pretendemos es hacerlo en los Centro públicos de Salud”.

3.9.1.-POSICIÓN

Tasas de prevalencia al nacimiento de síndrome de Down de los países Sudamericanos del ECLAMC. Periodo 1998-2005

País	Tasa por mil nacimientos
Chile	2,47
Argentina	2,01
Paraguay	1,98
Brasil	1,72
Colombia	1,72
Bolivia	1,55
Venezuela	1,49
Ecuador	1,48
Uruguay	1,32
Hospital Clínico Universidad de Chile	1,88
Total del ECLAMC	1,88

Distribución de los nacimientos según grupos etarios de sus madres, por país y Total del ECLAMC.
Período 1998-2005

Grupos de edades	<= 19 años	%	20 a 34 años	%	>= 35 años	%	Total
Argentina	156 856	19,2	568 721	69,7	89 877	11,0	815 454
Bolivia	19 387	18,1	75 011	69,1	12 886	12,0	107 284
Brasil	104 946	20,3	356 295	68,0	56 601	10,9	517 842
Colombia	15 902	23,3	44 987	66,0	7 261	6,3	68 150
Chile	65 565	17,5	255 233	68,1	53 842	14,4	374 640
Ecuador	27 302	20,0	94 897	69,7	13 948	10,2	136 147
Paraguay	5 820	21,7	17 779	63,3	3 206	12,0	26 805
Uruguay	14 688	15,6	67 034	71,0	12 777	13,6	94 449
Venezuela	59 652	25,3	15 803	67,0	18 509	7,8	236 193
Total ECLAMC	475 711	19,7	1 660 620	68,9	273 076	11,3	2 409 407

p < 0,001.

3.9.1.-APOYO SALUDABLE

El Banco Nacional de Bolivia apoya a la fundación Special Olympics Bolivia celebrando con el objetivo de informar y concientizar a la sociedad sobre ésta enfermedad.

El convenio entre el BNB y Special Olympics ha fortalecido la planificación de una serie de actividades que buscan generar mejores condiciones de vida entre quienes presentan algún tipo de discapacidad intelectual. Dentro de ese convenio, la participación de los voluntarios, familiares y la sociedad en general es un aspecto fundamental que destaca el compromiso de empleados y ejecutivos del Banco quienes dedican su tiempo y capacidad a apoyar, alentar y compartir con personas con capacidades diferentes y sus familias.





Special Olympics está presente en más de 170 países y cuenta con más de 3.5 millones de atletas registrados, se ha constituido como el movimiento deportivo más grande en el mundo, es reconocido y avalado por el Comité Olímpico Internacional.

En Bolivia se cuenta con más de 4500 atletas registrados.

3.10.-CONCLUSIÓN

La evolución de las Tasas de prevalencia al nacimiento de síndrome de Down es muy diferente tanto el plano local y regional, entre países de la misma región y de regiones distintas.

3.11.- EL SONDROME DE DOWN EN TARIJA

En la provincia cercado del departamento de Tarija aproximadamente existen 1322 personas que tienen diferentes tipos y grados de discapacidad.

Que representa el 1% de la población de la prov. Cercado Tarija. De los cuales solo el 49% (647.7) asiste y/o recibe atención en educación y salud.

Del 49% de personas con discapacidad, el Síndrome de Down representa el 17% de PCD son niños de 5 a 19 años de edad que reciben enseñanza escolar especial.

3.11.1.- INTITUCIONES EDUCATIVAS QUE TRABJAN CON NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

Centro educación especial Bartolomé Athard (publico)

REFUGIO (publico)

Centro de educación especial y rehabilitación física CERFI (publico)

PROAT (publico)



FUNDACIÓN DOWN (privado)

Fe y alegría

Entre todos los establecimientos que albergan a los estudiantes con capacidades diferentes tienen un total de 652 alumnos que asisten regularmente, y dos de ellos que asisten a un establecimiento regular con otros niños sin discapacidad.

Estas instituciones educativas en su mayoría son edificios acomodados al no existir edificios específicos, los niños y jóvenes con síndrome de Down tanto en la ciudad como en las provincias asisten a un establecimiento cercano en cuestiones de ubicación, economía, posición social y en grado de deficiencia.

De estos niñ@s y jóvenes el 80% asisten regularmente a educarse, e incluso hay niñ@s que asisten a escuelas públicas con el plan de inclusión y por otra parte algunos también reciben educación con otros niños de deficiencia mental leve y el 20% se encuentra en sus domicilios recibiendo atención de sus padres al no existir la orientación correspondiente.

Existe solo institución específica para la atención centrada para los niños y jóvenes con síndrome de Down, es la FUNDACIÓN DOWN TARIJA.

3.12.-FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN Y SUS FAMILIAS.

Fecha de Fundación: Tarija, 21 de marzo de 2005.





Misión: Trabajar para mejorar la calidad de vida de las personas con síndrome de Down, creando programas de apoyo que se adaptan a sus necesidades y a la de sus familias y, que favorezcan su integración familiar, escolar, social y laboral.

Visión: Contribuir a mejorar la calidad de vida humana y ambiental de las niñas, niños, adolescentes, adultos con síndrome de Down y sus familias, que viven tanto en las áreas urbanas como rurales del departamento de Tarija y zonas de influencia.

■ **Objetivos:** Conseguir la máxima satisfacción de nuestros beneficiarios sus familias, los profesionales, colaboradores y voluntarios que trabajan en la organización.

■ Ser centro referente en el sur de Bolivia en la aplicación y difusión de nuevos programas de apoyo para personas con síndrome de Down y sus familias.

■ Crear servicios de calidad, no excluyente, en busca de una sociedad más justa e integradora.

■ Conseguir una estabilidad económica, que nos permita realizar todo lo anterior, llegando a la sostenibilidad.

■ Ir avanzando en la mejora de la gestión de la organización.

Acciones o servicios que brindan: A través de la Fundación Down Tarija brindar educación especial y niños, niñas y adolescentes con síndrome de Down.

Público objetivo: Niños, niñas, adolescentes, adultos y sus familias.

Personería Jurídica: N°259/2007

Tipología Institucional: Privada - Fundación

Departamento: Tarija



Provincia: Cercado

Dirección: Av. Las Américas al lado del zoológico bajo la ex clínica Bartolomé Attar s/n.

Zona: El molino

Teléfono/Fax: 66 – 39480

Email: fajardo_tote@hotmail.com

La fundación Down legalmente está establecida en Tarija, pero no cuenta con suelo firme establecido, ya que hasta a hora no tiene un edificio diseñado específicamente ya que fue impulso de padres sin el apoyo del gobierno nacional ni local.

Asisten 40 estudiantes que acuden regularmente en el turno de tarde, de diferentes edades, desde 0 años a 33 años.



3.12.1.-ESPACIOS DE LOS QUE COMPRENDE

Tiene 7 aulas

Una cocina

Dirección y secretaria



Comedor

Sala de talleres

Sala de juegos y recreación

Son espacios que de forma improvisada funcionan en una habitación rectangular.



3.12.2.-ESPACIOS NESESARIOS CON LOS QUE DEBERIA CONTAR

1. Aula de terapia ocupación, para 18 años de edad donde realizan manualidades.
2. Terapia del lenguaje, se realiza fonoaudiología, para todos.
3. Integración educativa, de 8 a 18 años, para niños que asisten a una escuela normal.
4. Sala de estimulación temprana I de 1 a 4 años de edad.
5. Sala de estimulación temprana II de 4 a 8 años de edad.
6. Sala maternal
7. Gimnasio para fisioterapia y otros ejercicios.
8. Cocina comedor
9. Jardín y huerta para cultivar.

3.13.- MARCO FILOSOFICO

Las ciudades están estructuradas en torno al buen desempeño de sus habitantes en relación a su ambiente laboral y de vivienda, olvidando de gran manera la RELACIÓN HUMANA que está conlleva; los proyectos sociales deben definirse



como respuesta a la carencia de estos espacios de interacción, donde la memoria y el intercambio de experiencias surge el sentido de IDENTIDAD.

Como estudiante de arquitectura y habitante de la ciudad, he notado la ausencia de espacios que permitan actividades sociales; como lo define Jean Ghil “donde se incluyen diversas clases de actividades comunitarias”; y finalmente como la actividad social más extendida junto con los contactos de carácter pasivo, es decir VER y OIR a otras personas.

Ser arquitecto significa generar espacios habitables que permitan la interacción entre personas influyendo en su comportamiento social; y en la caracterización que le da la sociedad a la ciudad.

Esto lo podemos ratificar entre la gente del norte, centro y sur que de acuerdo a su comportamiento caracteriza el funcionamiento de la ciudad donde vive.

La ciudad y el barrio son espacios de encuentro que de acuerdo a su calidad y cantidad de personas determinan la calidad urbana de la ciudad; teniendo en cuenta que radica en las redes sociales que se van conformando.

Una arquitectura pensada en que genere espacios habitables y vivenciales antes de una arquitectura que genere ingresos; el propósito es enaltecer el carácter de HUMANO y no la de ganar premios y reconocimientos.



“Un diseño para ser vivido y no para ser evaluado”

UNIDAD IV

ANALISIS DE MODELOS

4.-MODELO DE INFRAESTRUCTURA INTERNACIONAL

4.1.-LA ESCUELA DE KNOCKE-HEIST EN BELGICA, con una cubierta verde muy singular.

EMPLAZAMIENTO:



FORMA Y FUNCION



El centro de la escuela es una sala multifuncional, que puede funcionar como un gimnasio, un lugar de encuentro, un teatro, y un lugar público para ceremonias y festivales. Un corredor en el interior se envuelve alrededor del gimnasio/salón y se conecta con el resto de la escuela, como una galería de circulación alrededor del edificio. La escuela se divide en las escuelas de primaria, secundaria y preparatoria, y cada grado se encuentra en una sección diferente adjunta al centro

Las características ecológicas de la escuela y sus aulas de diseño innovador son las bases para situarla en la vanguardia del campo de la educación.

TECNOLOGIA

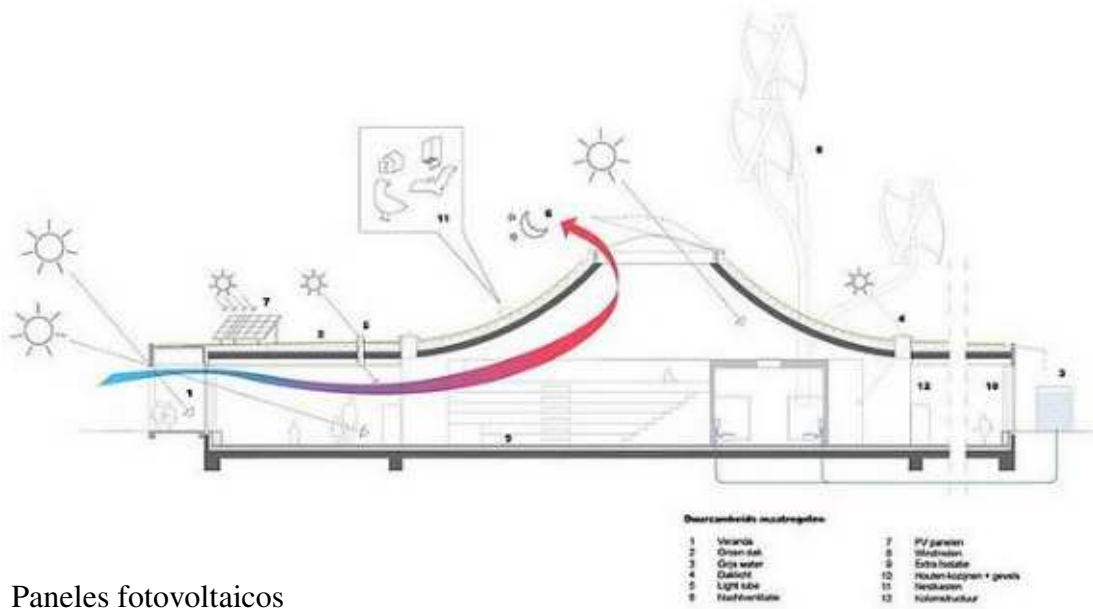
Todo el techo está cubierto de una alfombra de sedum verde que absorbe el agua de lluvia y aísla el edificio organizadas en torno a un corazón central, cuatro ramificaciones parten desde el centro hacia a fuera para proporcionar espacio a los diferentes niveles.

Montadas en el techo las placas fotovoltaicas generan parte de la energía de la escuela, mientras que también un eje vertical de turbinas eólicas se ha instalado a lo largo de la carretera junto a ésta. Situada cerca del centro de la ciudad y rodeada por campos agrícolas, la escuela está a la vez situada en el centro y en el campo.

Luz natural, ventilación natural, la energía fotovoltaica y la energía eólica se utilizan conjuntamente para crear un proyecto de eficiencia energética,



INSTALACIONES ECOLOGICAS



Paneles fotovoltaicos

Iluminación y ventilación natural

Energía eólica



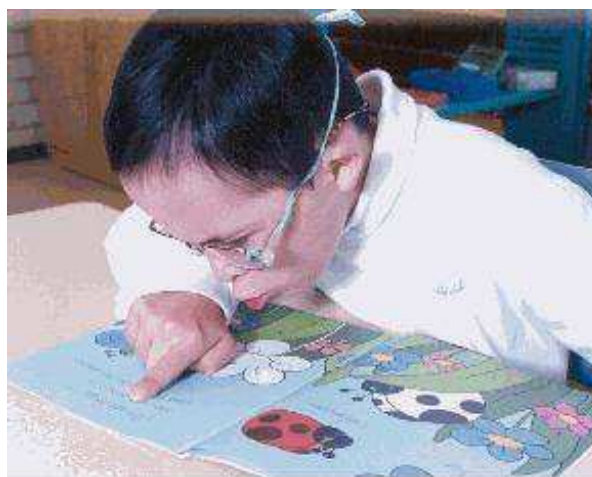
CIRCULACIÓN INTERIOS Y EXTERIOR EN CONTACTO CON LA NARUTALEZA

Grandes ventanas y claraboyas proporcionan al edificio sol, y las torres ayudan a extraer el aire caliente hacia a fuera, para dejar espacios ventilados, frescos y naturales. Cada zona goza de un fácil acceso al aire libre y de vistas a los jardines rodean la escuela de Knokke-Heist facilitan su conexión con la naturaleza.



4.2.- MODELO DE INFRAESTRUCTURA NACIONAL

4.2.1.-COMUNIDAD DOWN A.C.



Datos generales:

Ubicación: en el departamento de Santa Cruz

Quien dirige la institución es:

ANA MARÍA OLVIVERA MARTÍNEZ

Directora General

- **PROGRAMA EDUCATIVO**

Por ello se emplean sistemas escolares basados en principios psicopedagógicos, acciones educativas y programas sistemáticos que facilitan el desarrollo integral de los alumnos, dirigidos a cada una de las etapas del desarrollo: desde recién nacidos con el programa de estimulación temprana, pasando por pre-escolar, niveles escolares, hasta llegar a iniciación a talleres y capacitación laboral en diversos oficios para jóvenes, trabajando en busca de su autosuficiencia.

Se enfatiza el aprendizaje significativo, la creatividad y la importancia de “ser persona” con capacidad de aprendizaje, donde es fundamental el respeto a los niños,



la confianza para crecer y desarrollarse mediante el uso del medio ambiente y la interacción con él.

- PLANTA FISICA

Comunidad Down, ofrece:

- * Estimulación temprana
- * Educación escolar
- * Desarrollo de lenguaje
- * Computación
- * Actividades para la vida independiente
- * Psicomotricidad
- * Natación
- * Talleres de capacitación
- * Actividades sociales, deportivas y recreativas
- * Teatro
- * Programa laboral
- * Danza
- * Actividades artísticas
- * Educación sexual
- * Escuela para padres
- * Orientación psicopedagógica
- * Talleres de capacitación





- INSTALACIONES

Funcionalidad espacial tecnológica

Comunidad Down cuenta con aulas adaptadas a las necesidades específicas de los alumnos, cocina, salón de danza así como de psicomotricidad, alberca techada, amplios jardines entre otros, lo cual permite a bebés, niños, jóvenes y adultos mediante programas específicos desarrollarse en las áreas: académicas y, sociales, permitiéndoles adquirir diferentes habilidades que les permitan en un futuro ser autosuficientes.

También cuenta con una zona destinada a talleres, aulas para adolescentes y adultos, instalaciones que permiten la continuidad de capacitación laboral y programas de vida independiente, sin abandonar actividades académicas, música, arte y recreación oportunidades que enriquecen el mundo social de todos los alumnos de esta comunidad.





JARDIN Y PARQUE INFANTIL



TALLER DE MANUALIDADES



PANADERIA

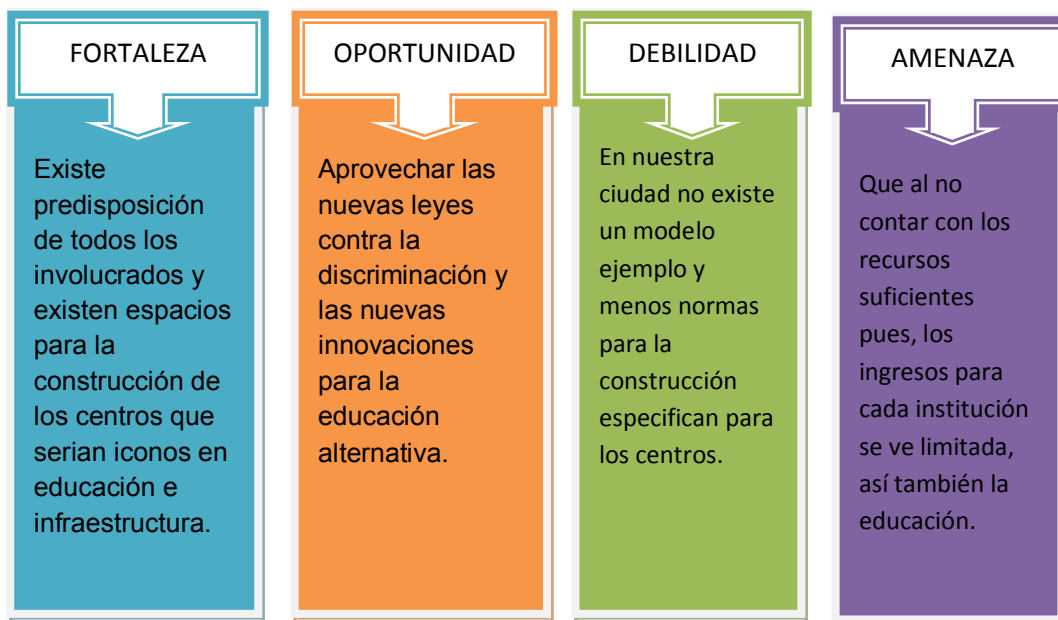


4.4.-CONCLUSIONES

Para poder realizar el análisis de los modelos reales necesita uno involucrarse dentro de estas actividades y vivencias, es cierto que no contamos con modelos de infraestructura relevantes que sean ejemplos para futuras proyecciones, pero es el hecho de visitar y convivir con estas personas dentro de las escuelas para saber cómo es la educación en las aulas para saber cuáles son sus necesidades y deficiencias espaciales.

Por tal motivo a largo de este estudio, uno se hace partícipe de esta realidad oculta, que muchos que ignoran dentro de nuestra sociedad, y pues para esto he decidido, proyectar de manera sostenible un “CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DOWN” en este caso hare énfasis en las características del terreno para complementar la educación para la salud con la ecología haciéndola sostenible en el tiempo y en el espacio.

4.5.-FODA DE ANLISIS DE MODELOS



UNIDAD V

ANÁLISIS URBANO

“EL PROYECTO URBANO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENCIÓN”

5.-MARCO GENERAL DE INTERVENCIÓN

5.1.- UBICACIÓN.-

El departamento de Tarija tiene de 37.623 km², que representa el 3.42 % del territorio nacional. Está situado al extremo sur de la República de Bolivia, entre los 20°50' y 22°50' de latitud sur y entre los 62°15' y 65°20' de longitud oeste.



5.1.1.-LÍMITES.-

Limita al norte con Chuquisaca, al sur con la República Argentina, al este con la República del Paraguay y al oeste con los departamentos de Chuquisaca y Potosí.

5.1.2.-DIVISIÓN POLÍTICA.-

El departamento de Tarija cuenta con 6 provincias y 157 cantones.

Provincia	Capital (Sub Prefectura)	Municipios	Cantones
Cercado	Tarija (*)	1ª Tarija (única)	09
Arce	Padcaya	1ª Padcaya 2ª Bermejo	16
Gran Chaco	Yacuba	1ª Yacuba 2ª Caraparí 3ª Villa Montes	09
Avilés	Uriondo	1ª Uriondo 2ª Yunchará	15
Méndez	San Lorenzo	1ª San Lorenzo 2ª El Puente	22
O'Connor	Entre Ríos	1ª Entre Ríos (única)	11
Total	6	11	82



5.1.3.-EQUIPAMIENTOS.-

❖ EDUCACIÓN.-

Se puede observar que en el Dpto. de Tarija el 24 % de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas de las cuales el 14 % representan a la ciudad capital, en la población de 6 a 19 años que no asisten a establecimientos escolares hay un 22% tanto en hombres como en mujeres.






❖ SALUD.-

La ciudad de Tarija cuenta con diversos equipamiento de salud que están distribuidos en la mancha urbana entre los cuales de mayor jerarquía son el Hospital General “San Juan de Dios” y el Hospital “Obrero” estos se halla en la pampa, dando así ha esta zona una fuerte tendencia en cuanto a equipamiento de salud. Existen también otros centros de salud de menor jerarquía que están distribuidos en la ciudad

❖ RECREACIÓN Y DEPORTE.-

Se encuentran distribuidos en toda la mancha urbana, pero el punto más importante en cuanto a deporte se encuentra en la Av. Las Américas (complejo Deportivo García Ágreda) que se desarrolla a lo largo de la rivera del río Guadalquivir.

En cuanto a equipamiento de recreación se podría decir que cuenta con varias áreas de recreación distribuidas en toda el área de la ciudad como ser:

-  Parque de las Flores.
-  Parque zoológico.
-  Parque de las Barrancas.
-  Mirador Juan Pablo II.
-  El corazón de Jesús, etc.



5.1.4.-USO DE SUELOS.-

Determinada de acuerdo a su crecimiento con los años, partiendo desde el centro histórico. Esta clasificación es: Uso residencial-comercial-administrativo-financiero; uso residencial-comercial; uso residencial-industrial; uso transporte; uso residencial; uso recreativo deportivo y uso agrícola productivo. (Ver plano adjunto).

ESTRUCTURACION VIAL.-

Está dada partiendo de la retícula, en especial en el centro, a excepción de las urbanizaciones. La ciudad ésta integrada al país por las Carreteras Tarija – El Puente - Potosí y Tarija - Villamontes – Santa Cruz; y al Exterior del país con las carreteras Tarija – Bermejo, Tarija – Yacuiba y Tarija – Villazón, siendo clasificadas como vías regionales. El sistema de red vial de la ciudad está compuesto:

- 🚦 Distribuidor principal.- De flujo de tránsito pesado, urbano y periurbano, la Av. Las Américas y sus prolongaciones y la Circunvalación.
- 🚦 Distribuidor Distrital.- Vías de importancia en la estructura urbana, por ser vías conectoras y distribuidoras de flujos entre distritos, ejm: la calle Colón.
- 🚦 Viario medio.- De cierta importancia en la estructura, pero por falta de continuidad de flujos, no son distritales pero salen del ámbito de barrio.
- 🚦 Distribuidor barrial.- Camino de ingreso a los diferentes barrios.
- 🚦 Distribuidor local.- Ruta relacionadas directamente con los predios.
- 🚦 Vías peatonales.- De acceso a los predios y son de menor perfil.

5.2.- PROVINCIA CERCADO

5.2.1.-LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Es una de las 6 provincias en que se divide el [departamento de Tarija, Bolivia](#). Está ubicada en el centro-oeste del departamento. Limita al noroeste con [Méndez](#), al este con [Burdet O'Connor](#), al sur con [Arce](#) y al suroeste con [Avilez](#).



5.2.2.-DATOS GENERALES

Capital	Tarija
Superficie	2.074 km ²
Población	153.457
Densidad	74,00 hab/km ²
	Fuente INE 2001

Una temperatura

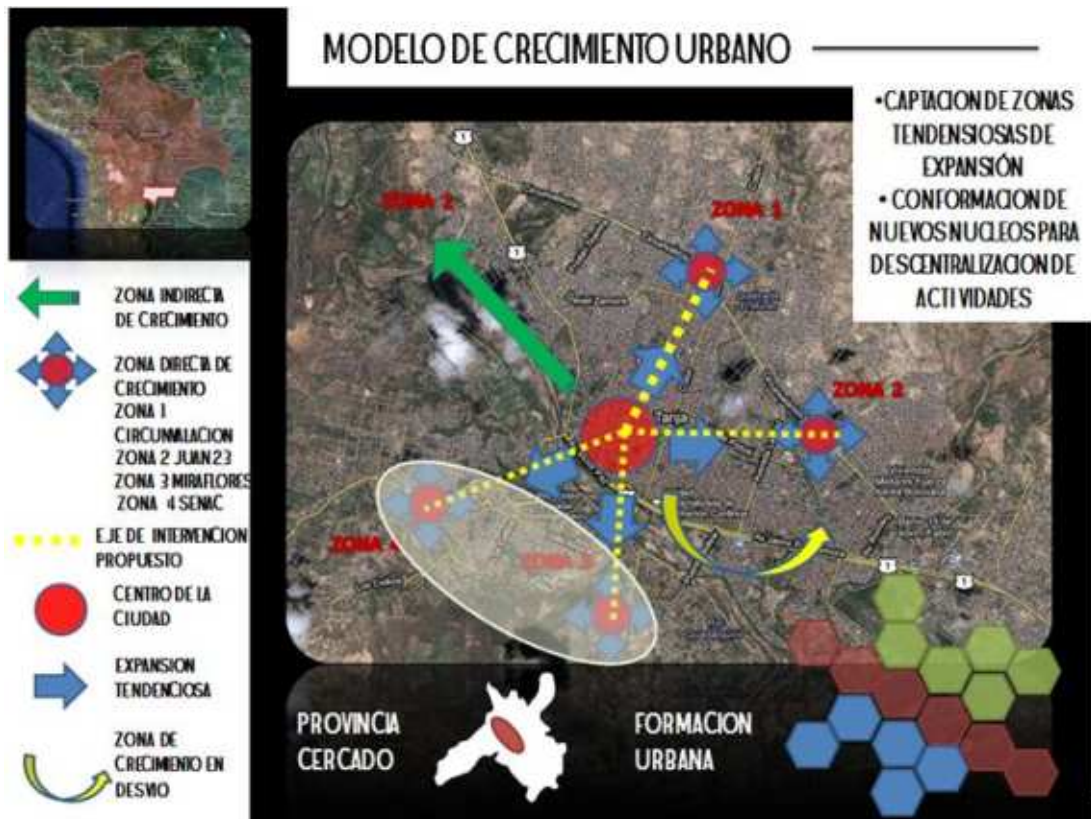
promedio de 18° C

5.2.3.- DIVISION POLITICA

La capital de la provincia es Tarija (Sella Cercado) es en sí la capital departamental y la única Sección Municipal de la provincia Cercado donde el 83.25% está concentrado en la ciudad de Tarija

Municipios	1
Cantones	9

5.3.-EXPANCIÓN



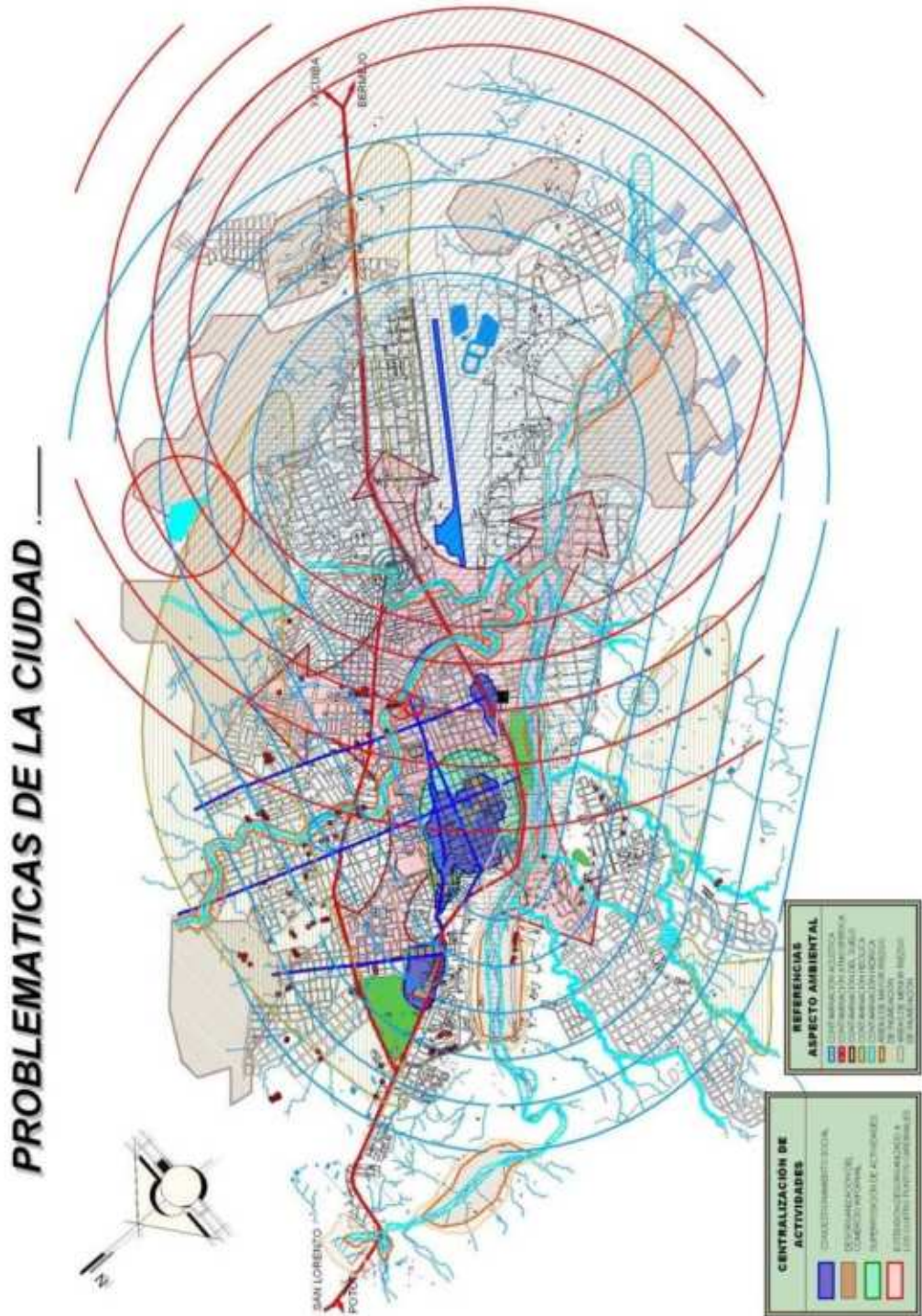
Ciudad: el estudio de la ciudad muestra la realidad en la que vivimos y el espacio que ocupamos, de manera tangible se puede observar que problemáticas cotidianas se reflejan en el crecimiento urbano con el propósito de dar solución a algunas fallencias se ingresa de manera concreta en el modelo de crecimiento urbano para poder marcar líneas de intervención que en el futuro nos permitan proyectar espacios conectados y bien distribuidos, esto tomando en cuenta los brazos que se extienden para hacer crecer a la ciudad.

5.5.-

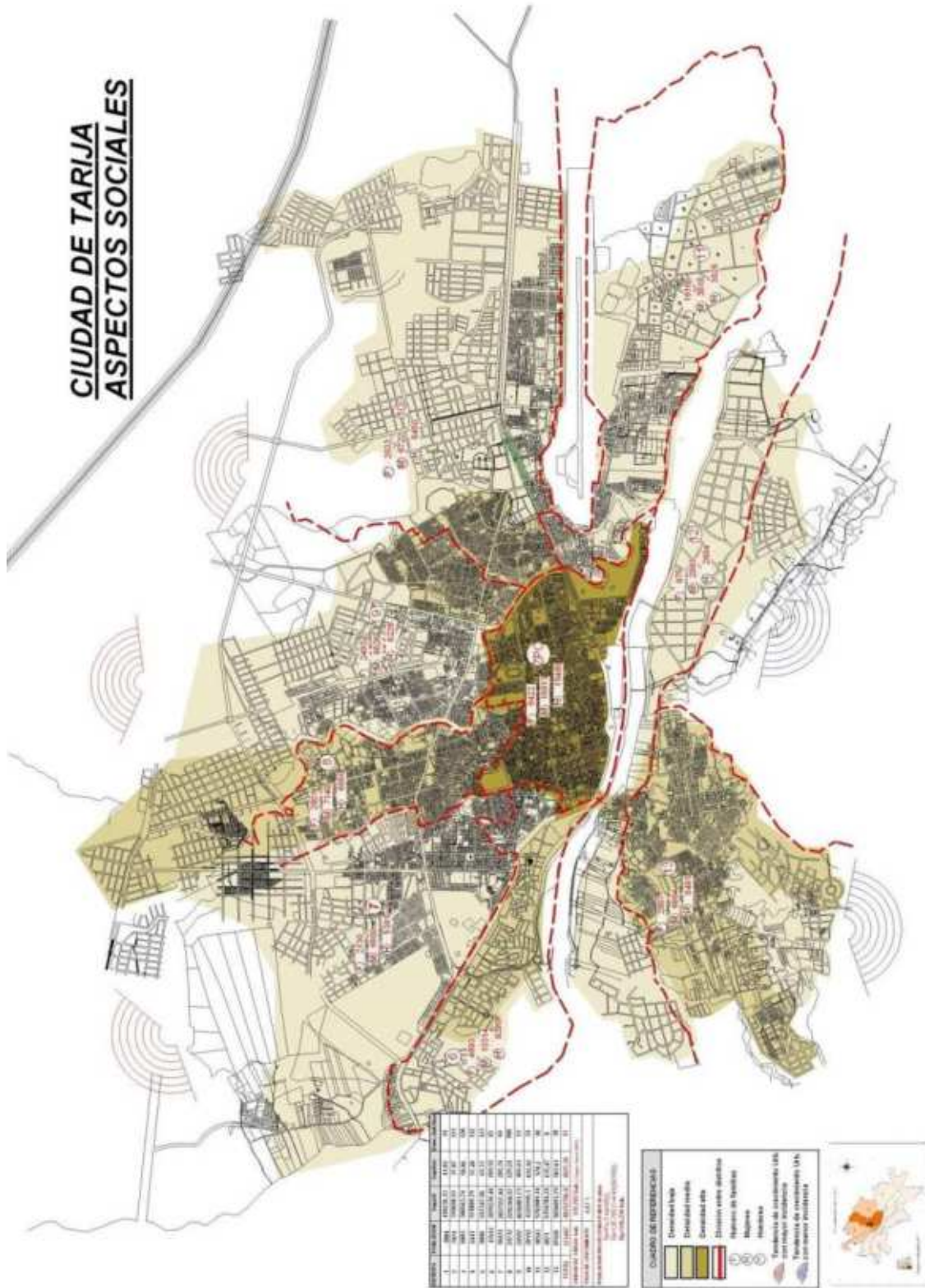
PLANO DE SINTESIS DEL USO DE SUELO



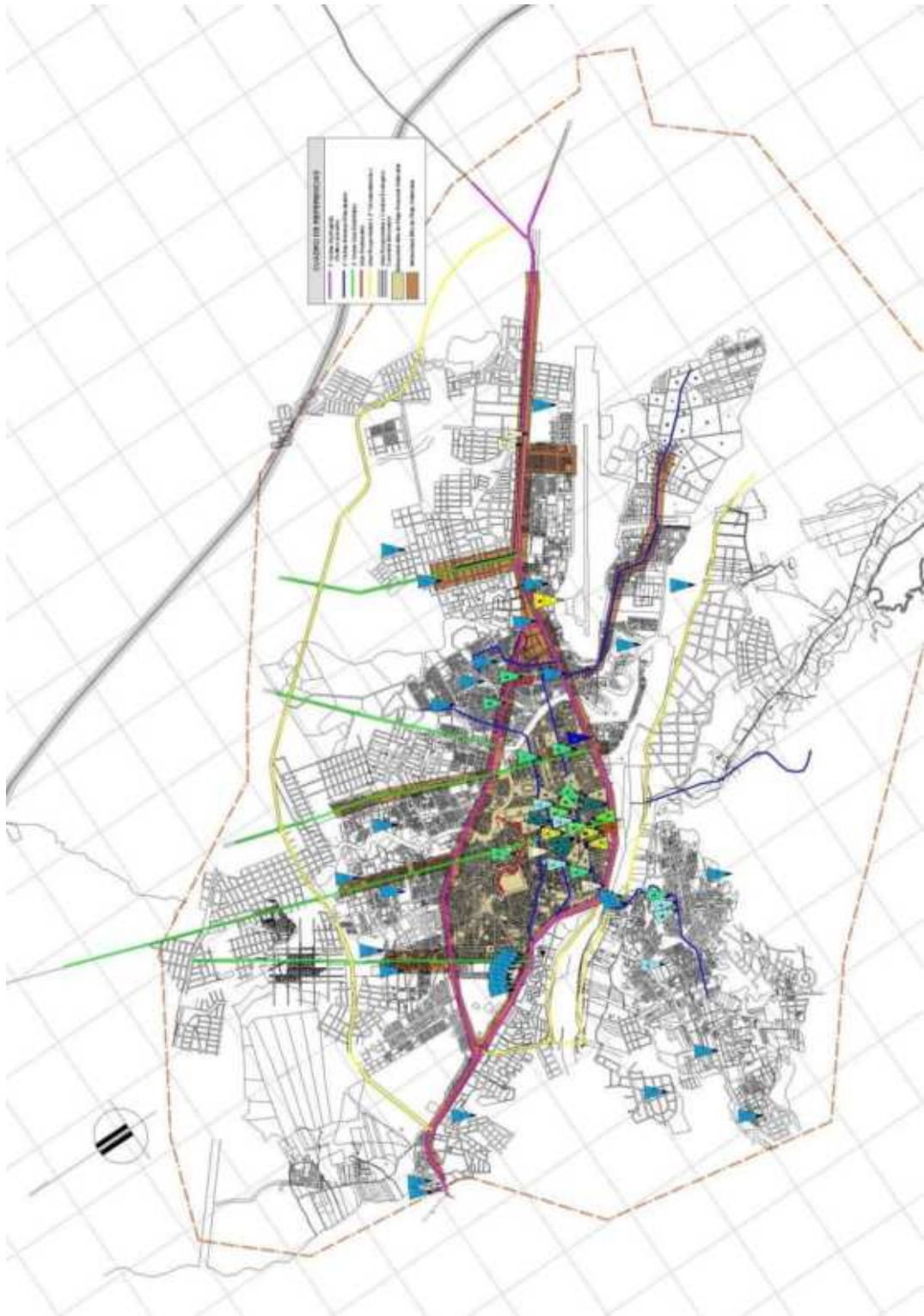
5.6.-



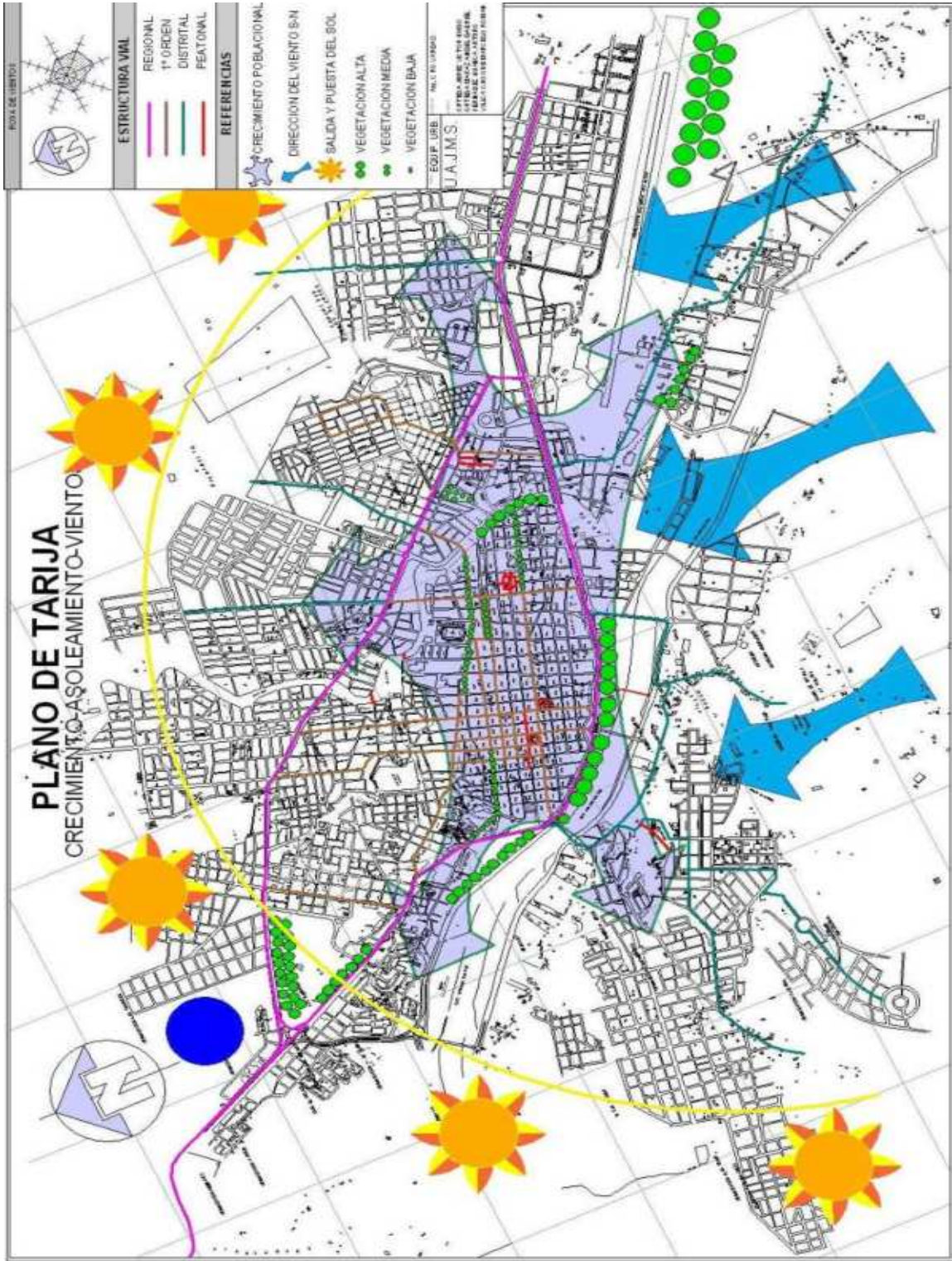
5.7.-



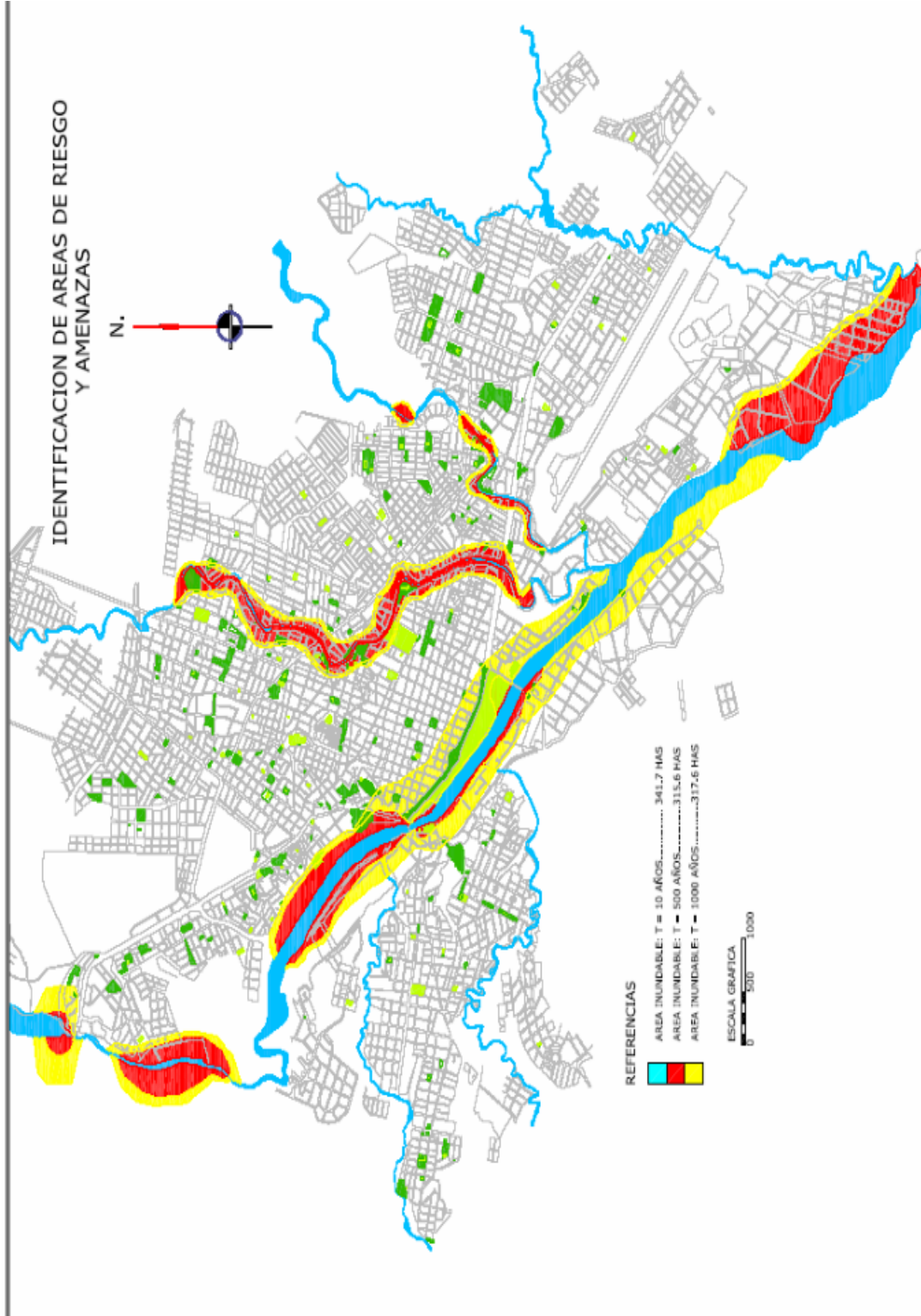
5.8.-



5.9.-



5.10.-





5.11.-CONCLUSIONES:

Después de un análisis de la ciudad partiendo de que la ciudad es un sistema abierto y está compuesto por varios componentes que trabajar por un único fin en común, teniendo como base de la sociedad a la familia en toda su magnitud, por tal motivo de realizo en análisis del distrito, el barrio y el terreno donde se intervendrá con el proyecto, se determino en el barrio Aranjuez ya que es un barrio tranquilo, rodeado de naturaleza, con visuales relevantes, y ya en futuro el equipamiento destinado para niñ@s se integrara a áreas recreativas que se proyectaran a las riveras del rio, y así se complementaran con uso de suelo combinado pero compacto.

UNIDAD VI

ANALISIS DE SITIO

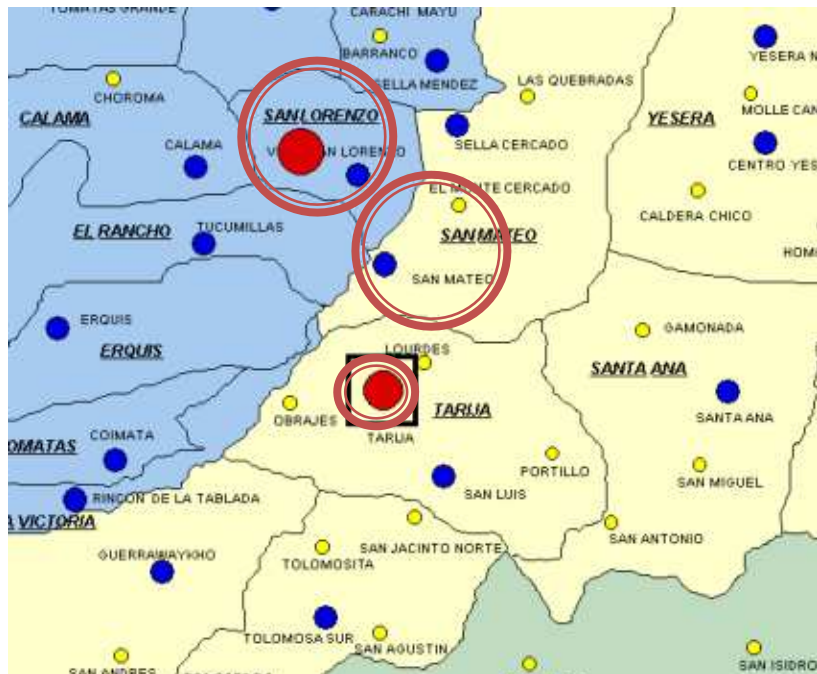
6.- ALTERNATIVAS DE SITIO

Los sitios alternativos de intervención se ubican al norte de la ciudad ya que son caracterizadas por el contacto con la naturaleza y son pasivas.

A. COMUNIDAD DE SAN MATEO

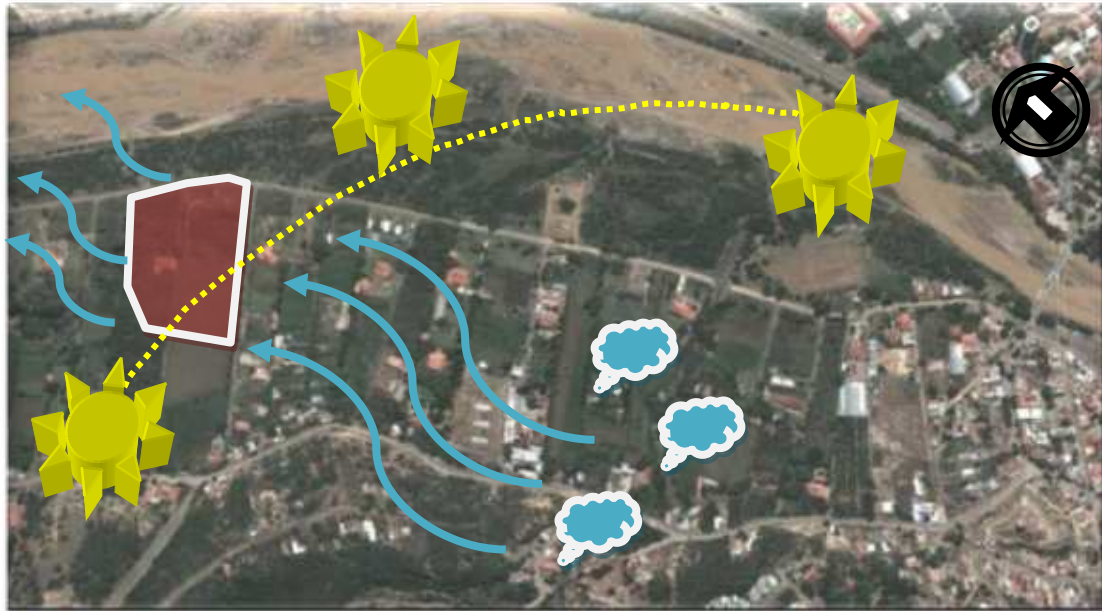
B. SAN LORENZO

C. BARRIO ARANJUEZ, TARIJA



6.1.- ANALISIS DE SITIO ESCOGIDO “C”

- Orientación



- Aspectos Climatológicos

El clima en la micro región es templado con inviernos secos; en determinadas épocas se presentan los intermitentes surazos que bajan la temperatura hasta 2°C en verano se producen precipitaciones abundantes y los otoños son secos.

RESUMEN CLIMATOLOGICO
 PERIODO CONSIDERADO : 1970-2002

ETAPA	TEMPERATURA oC					Días con helada	Humedad relativa %	Nubosidad Ocultar	Precipitación media (hrs)	Evaporación n media (mm/día)	Radiación solar cal/cm2/d	Precipitac. (mm)	Pp max. 24 hrs (mm)	Días con Brisa	Vientos	
	Max. Media	Mín. Media	Media	Max. Extre.	Mínim. Extre.										Velocidad (km/hr)	Frecuencia (n)
Enero	27.4	14.6	21	36	6	0	68	5	5.6	4.67	450.1	136	91.5	15	4.9	5
Febrero	26.8	14.1	20.4	36.2	4.5	0	69	5	5.8	4.6	437.9	112	80	13	4.7	5
Marzo	26.8	13.6	20.2	35.2	4.5	0	69	5	5.9	4.22	413.4	93.6	71	11	4.7	5
Abril	26.1	10.9	18.5	36.6	-1.5	0	66	4	6.6	3.69	391.5	22.7	47.4	5	4.9	5
Mayo	25.4	6.1	15.8	36	-4	2	60	2	7.4	3.2	365.8	3.6	20	1	4.5	5
Junio	24.7	2.6	13.7	35.8	-8.5	8	56	2	7.4	2.81	340	1	19	0	4.3	5
Julio	24.6	2.4	13.5	35.5	-7.5	9	54	2	7.5	3.23	345.3	0.9	17.5	0	5.3	5
Agosto	25.8	4.9	15.3	38	-9.5	4	53	2	7.7	4.11	385.4	2.6	23	1	6.5	5
Sept.	26.4	7.8	17.1	39	-4.5	1	54	3	7.5	4.96	418.4	6.7	15.4	3	8.4	5
Octubre	27.5	11.5	19.5	40.5	1	0	57	4	7.3	5.55	446	38.3	48.6	7	7.9	5
Noviem.	27.3	13.1	20.2	37.5	2.5	0	60	3	6.5	5.24	432.4	76.6	105.7	10	7.2	5
Diciem.	27.6	14.2	20.9	38.5	5.5	0	64	5	5.9	5.04	455.6	125.4	90	13	5.7	5
ANUAL	26.4	9.6	18	40.5	-5.5	24	61	4	6.8	4.37	408.5	619.3	108.7	79	8.4	5

Fuente: SENAMHI
 Estación El Tejar



- **Vientos**

Los vientos predominan hacia el sur con una velocidad media de 5,75km/h

- **Temperaturas**

La temperatura de su micro región es muy agradable pues la mayoría del tiempo el clima es templado y cálido.

La temperatura media anual es de 18°C, la temperatura máxima media es de 26.4°C, y la temperatura mínima media es de 9.6°C

Y las temperaturas medias anuales según las estaciones son:

Primavera 19.9°C

Verano 20.6°C

Otoño 17.0°C

Invierno 14.9°C

- **Humedad relativa**

La humedad relativa anual registrada en la ciudad de Tarija es de 61%

- **Geografía**

La capital está ubicada entre los paralelos 20^a 50' y 22° 50' de latitud sur, y los meridianos 62° 15' a 65° 20' de longitud oeste con una altura de 1859 msnm.

Algo que caracteriza a este micro región es que el suelo es erosionado lo que de una u otra manera la ha convertido en un paisaje común para el poblador dando una percepción negativa al crecimiento y desarrollo de la misma

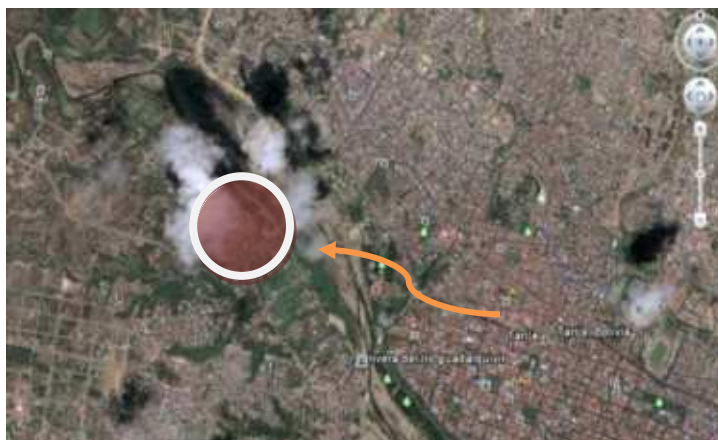
- **Hidrografía**

Existen dos sistemas hidrográficos de importancia muy diferente. La cuenca del río de la plata y la cuenca de Tajzara.

La que nos interesa estudiar es la cuenca del río de la Plata donde se destaca dos sub cuencas que son la del río Pilcomayo y la del Bermejo. Al sur del departamento se encuentra la sub cuenca del río Bermejo conformada por el río grande de Tarija, el Bermejo y sus respectivos tributarios. La parte del río Guadalquivir y la confluencia de este con el río Camacho se da en Concepción; este es el límite en la micro región.

- **UBICACIÓN EXACTA**

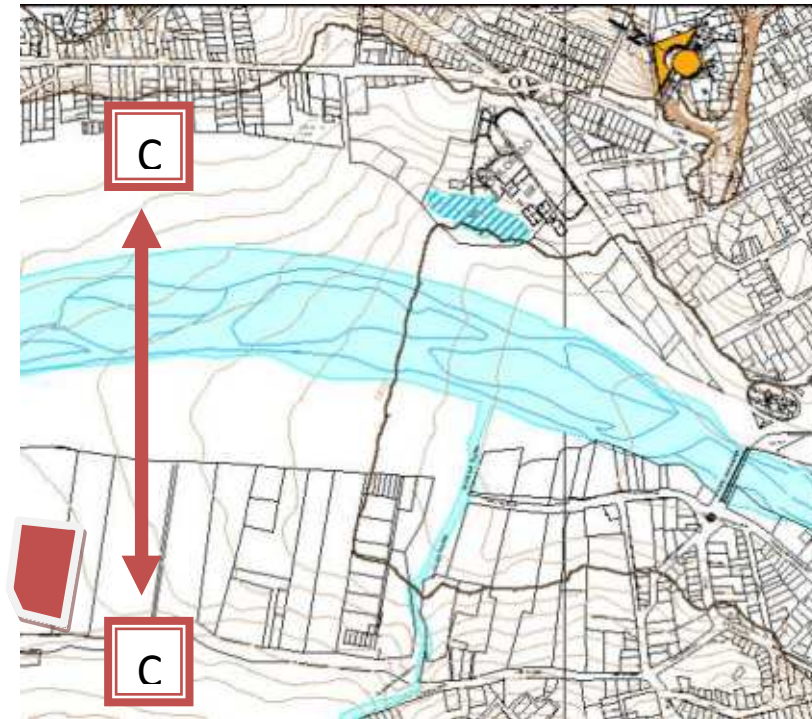
El terreno está ubicado en el barrio de Aranjuez bajo en el distrito 12, como referencia la zona del barrio San Martín a los márgenes del río Guadalquivir pasando el puente vehicular que une el centro de la ciudad con la parte alta de la ciudad. El barrio Aranjuez llamado así por la fábrica de vinos, particularmente caracterizada por ser una zona agrícola años antes, en la actualidad es una zona residencial, y con poco porcentaje en pastoreo y cultivo.



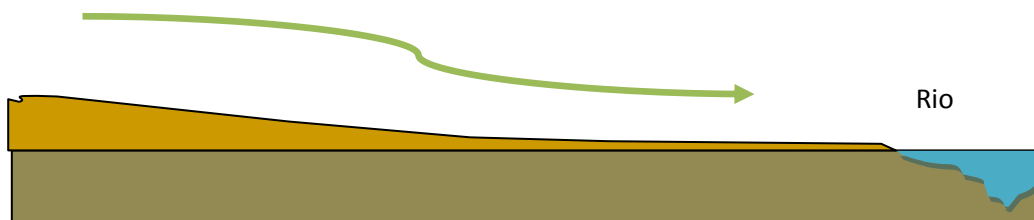
DISTRITO # 12

- ❖ Densidad.....Media
- ❖ N° de familias.....513
- ❖ Hombres.....1227
- ❖ Mujeres.....1213
- ❖ Tendencia de uso.....Residencial y suelo agrícola
- ❖ Topografía.....Cuenta con una pendiente de 2%
- ❖ Características geológicas.....Aluvial y fluvial
- ❖ Área verde.....Consolidada

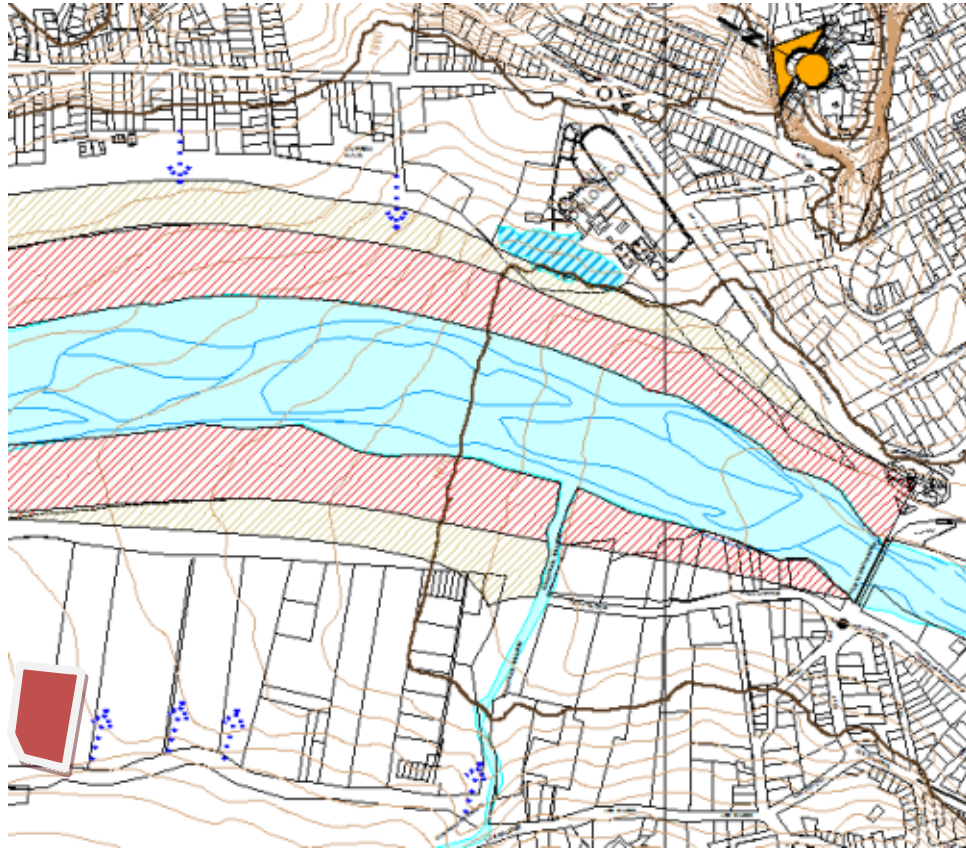
- **TOPOGRAFIA**



El terreno tiene una pendiente de 2% , relativamente plano.



• **HIDROGRAFIA**



El terreno se encuentra a unos 1500 metros de distancia del rio Guadalquivir, que en la actualidad el caudal solo desborda en épocas de lluvia escasa por los cambios del clima que no afectan en nada al terreno.

Teniendo un aire de 50 metros. Y por la pendiente el escurrimiento del agua en el terreno tiene salida directa sin estancamiento ni riesgo de inundación.



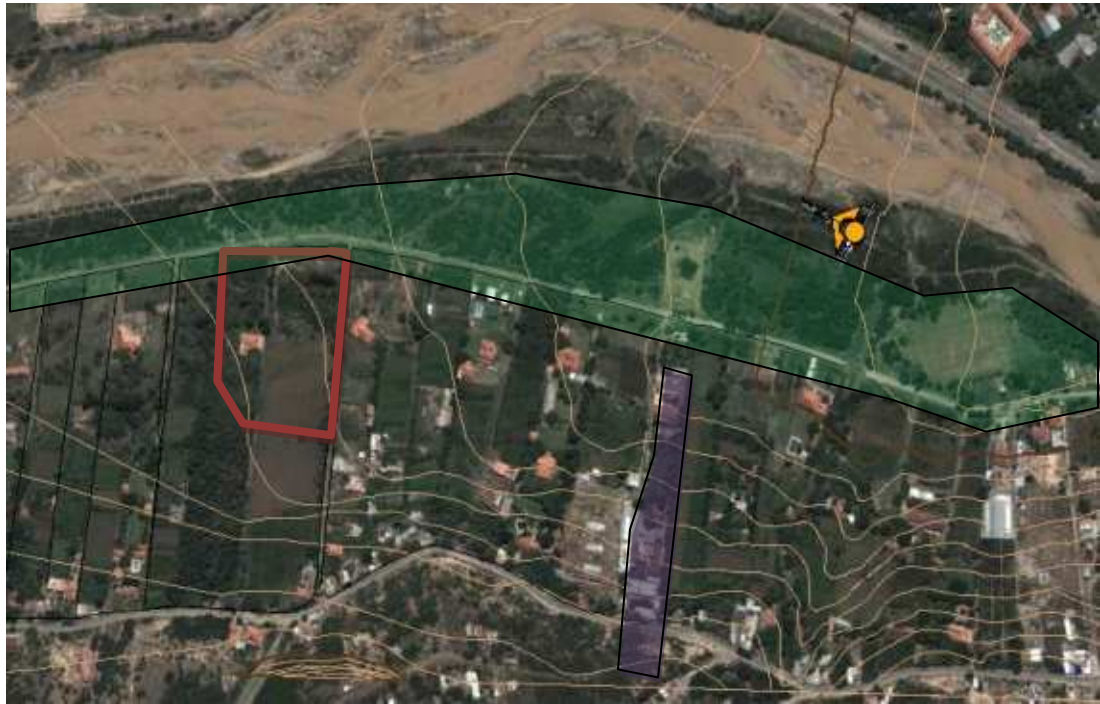
• **VEGETACIÓN**



CURVAS DE NIVEL	
MASA DE VEGETACION	
VEGETACION ALTA	
VEGETACION MEDIA Y BAJA	
LIMITE DEL TERRNO	

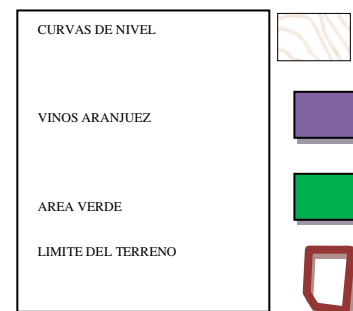


- **USO DE SUELO**

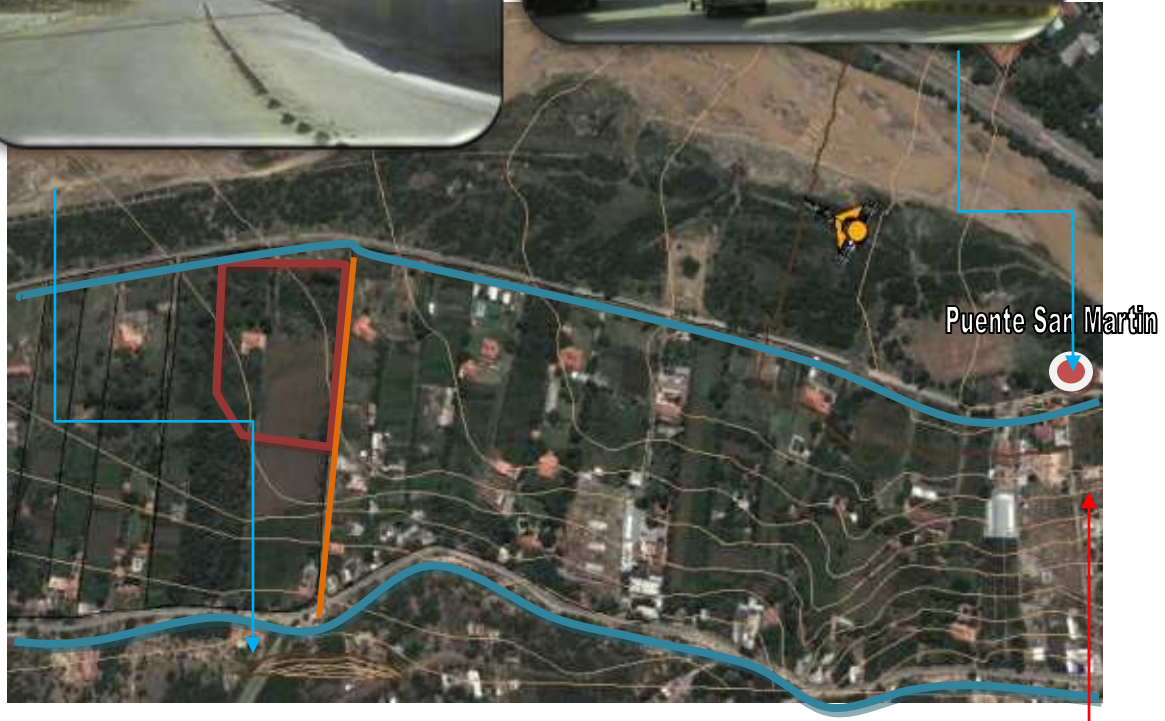


En el Barrio Aranjuez el uso de suelo consolidado es el de área verde a horillas del río, áreas de cultivo de menor impacto y la residencial.

La contaminación que presenta es del agua hacia río y por la quebrada que no afecta al terreno.

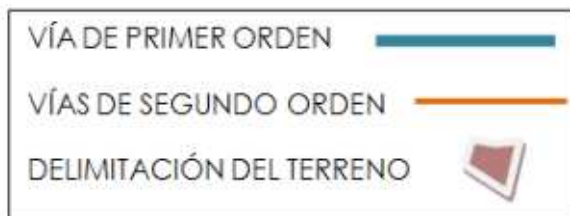


- VIAS



Puente San Martín

La conexión hacia el terreno es el puente San Martín que conecta a la avenida costanera “Paul Harris” en la baja, y en la parte alta la avenida “Los Pinales”.



- VISTAS





Desde el sitio de emplazamiento se tiene visuales directas hacia el río y a la ciudad, aspecto que explotaremos en función al equipamiento por ser una vista muy interesante y un elemento que debe ser aprovechado.

Analizando los diferentes tipos de vistas vemos por conveniente aprovechar la parte noreste del terreno para ubicar las mejores vistas y fachadas del equipamiento a emplazar.

- **ESPÍRITU DEL LUGAR**

El primer paso para lograr un análisis completo del sitio es estudiarlo tratando de captar sus características ambientales, espaciales y sobre todo las sensaciones que causa el lugar en el visitante, esto con el fin de estudiar al espacio en toda su expresión natural.

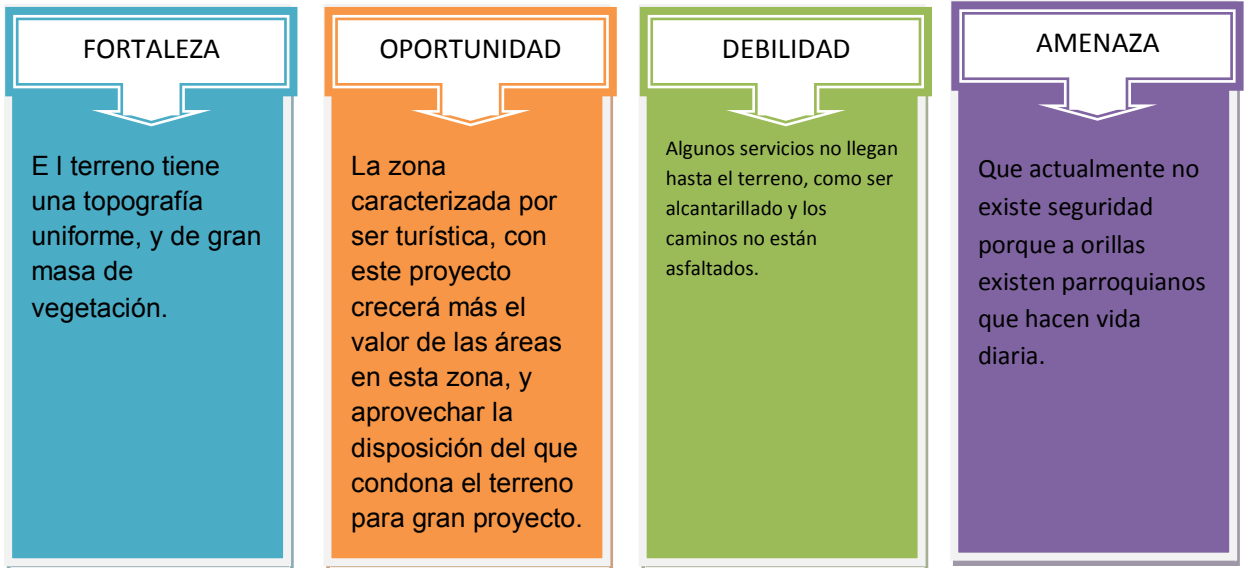
De acuerdo a la experimentación de sensaciones diferentes en el sitio se pueden fortalecer espacios que marquen y muestren la mejor zonificación para el equipamiento.





Una característica importante es su valor biológico, por tener una variedad de aves como gorrionillos, palomas, tortolas, etc, y una cantidad de minúsculos insectos que dan vida este ecosistema, dando tranquilidad y armonía para la educación y desarrollo de los niños.

- **FODA**



UNIDAD VII

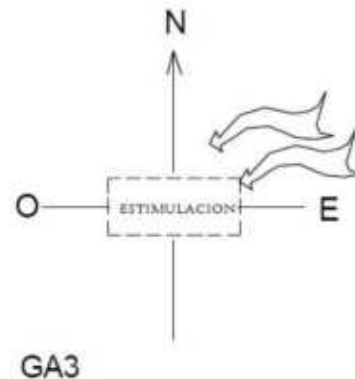
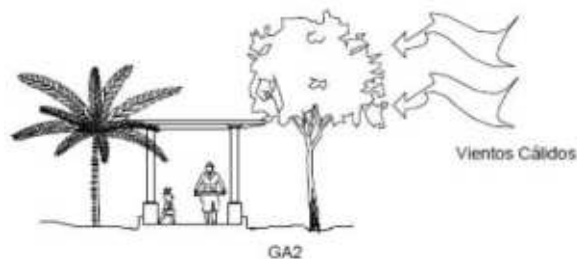
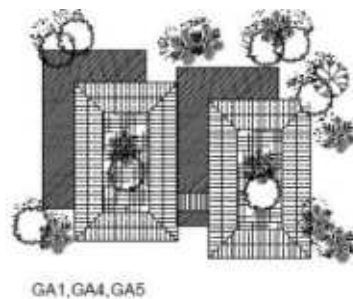
PREMISAS DE DISEÑO

7. REQUERIMIENTOS Y PREMISAS DEL PROYECTO

En el presente capítulo, se formulan una serie de premisas de orden territorial, ambiental, funcional, formal y tecnológico que se consideran fundamentales como base para el desarrollo del proyecto definido en el capítulo anterior.

7.1.- PREMISAS GENERALES AMBIENTALES

DESCRIPCIÓN	CO	PREMISAS
Crear espacios confortables para la realización de actividades involucradas al proceso de rehabilitación tomando en cuenta el clima.	GA1	Utilización de sombras de árboles y edificios como agentes de confort térmico.
	GA2	Utilización de vegetación propia de la región como barrera natural y protección térmica.
	GA3	Orientación de los edificios en función del soleamiento.
	GA4	Diseño compacto y masivo, con uso interior y vestibulación por medio de patio central.
	GA5	Conexión con pasos techados para evitar la exposición al sol y lluvia.



7.2.-PREMISA FUNCIONAL

El centro para niñ@s con SD debe contar con espacios de:

De recreación y aprendizaje exterior en contacto con la naturaleza.

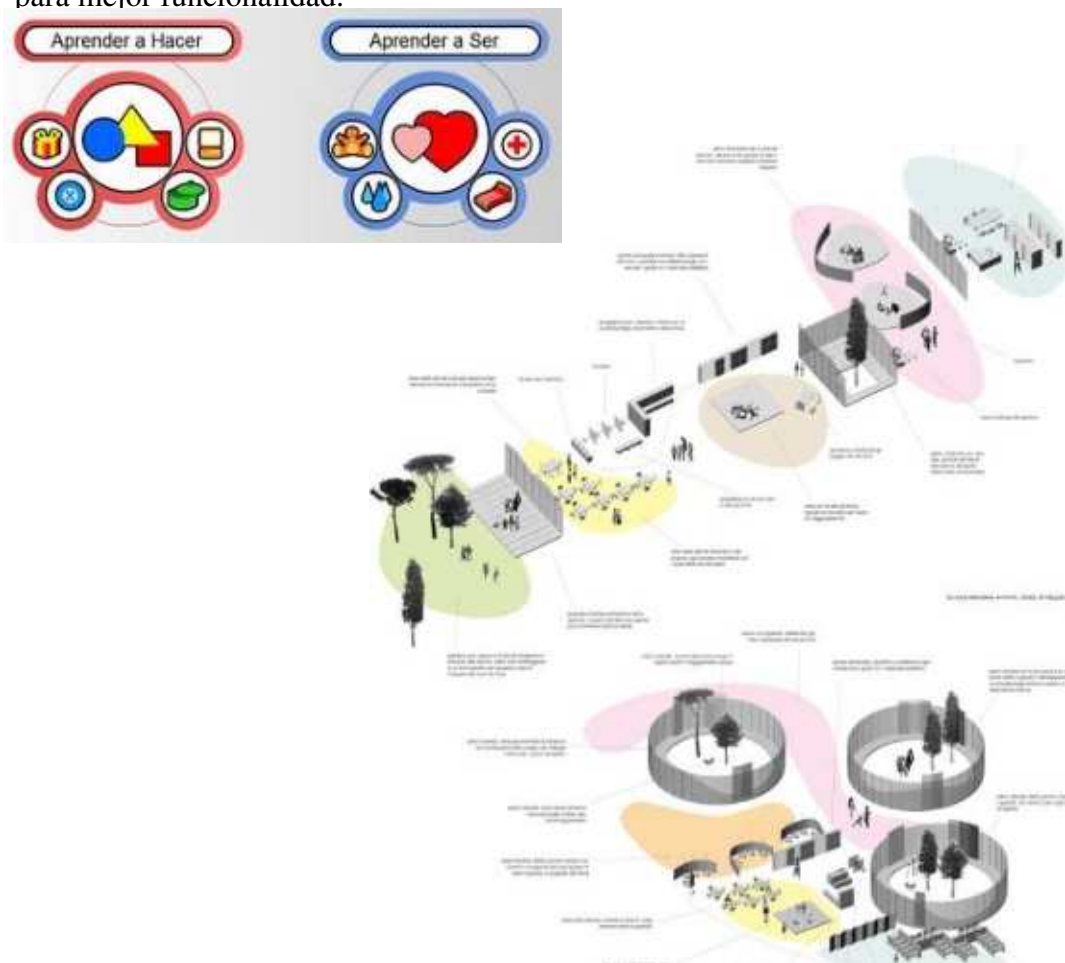
De recreación deportiva y ejercicio para el desarrollo físico.

Aulas de aprendizaje que tengan articulación con los demás espacios necesarios

Aulas que tengan dinamismo y no sean monótonos

Un área de atención medica

La prioridad definida puede representarse mediante colores en cada área en la que el niñ@ se desenvuelva. Los espacios interiores y exteriores estarán conectados para mejor funcionalidad.



7.3.-PREMISA ESPACIAL

Para crear espacios adecuados se deben tomar en cuenta todos aspectos físicos y sensoriales que se llevan a cabo, como de visión, auditivo, gusto, tacto y olfato, tanto en estimulación como en las aulas de aprendizaje. El espacio debe ser amplio y fluido sin barreras, tomando en cuenta:

- La cantidad y calidad de luz
- El uso de color
- Contrastes de luces y sombras
- La intensidad y tono de los sonidos
- Superficies de fácil tacto y fácil percepción



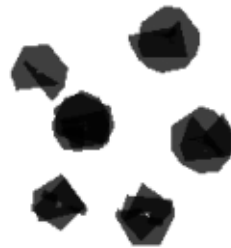
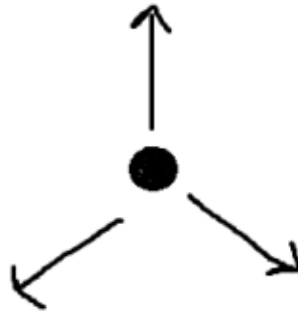
7.4.-PREMISAS DE ORGANIZACIÓN

Organización radial.- En base a un punto que posee el espacio central predominante y varios espacios secundarios.

Organización agrupada.- Espacios que se agrupan en base a una proximidad o la participación en rango virtual común o de relación.

La organización del edificio se fusionara ambas formas para su emplazamiento en el terreno, tomando en cuenta aspectos de principio en la forma orgánica para la conexión con la naturaleza.

RADIAL Y GRUPAL



7.5.-PREMISAS MORFOLOGICAS

El diseño morfológico del proyecto estará basado en la arquitectura orgánica, ya que se aprovechara en entorno natural que nos ofrece el terreno.

La arquitectura orgánica u organicismo arquitectónico es una filosofía de la

arquitectura que promueve la armonía entre el hábitat humano y el mundo natural. Mediante el diseño busca comprender e integrarse al sitio, los edificios, los mobiliarios, y los alrededores para que se conviertan en parte de una composición unificada y correlacionada.



Ser inspirado por la naturaleza y ser sostenible, sano, conservativo, y diverso. Revelar, como un organismo, el interior de la semilla. Existir en el “presente continuo” y “comenzar repetidas veces”. Seguir los flujos y ser flexible y adaptable. Satisfacer las necesidades sociales, físicas, y del espíritu. “crecer fuera del sitio” y ser único. Celebrar la juventud, jugar y sorprenderla. Expresar el ritmo de la música y de la energía de la danza.

A demás esta arquitectura basara sus principios en:

Los elementos en el Feng Shui.



Cuando abrimos nuestra mirada al feng shui aprendemos a distinguir entre los diferentes objetos, formas y colores de nuestro entorno a los cinco elementos.

FUEGO - TIERRA - AGUA - METAL - MADERA

Y encontramos estos elementos en diferentes colores, formas y materiales.

AGUA - Fuentes, albercas y recipientes con agua.

Peceras, acuarios o ecosferas. Espejos, cristales y vidrio.

Colores: negro y azul.

De donde para la forma nos basamos en el elemento agua.

Concepción de la forma. **“LA FORMA SIGUE A LA FUNCIÓN”**



7.6.-PREMISAS TECNOLÓGICAS

Producto del análisis de modelos pues se quiere que el proyecto tenga ambientes sean fluidos e ininterrumpidos, y visibles en el interior y exterior, por lo cual se empleara varios materiales y detalles constructivos, para lograr que proyecto sea ecológico no solo por la forma, ni porque está en la naturaleza sino por la funcionalidad y los servicios como energía, agua y desechos, y hacer una arquitectura sostenible.

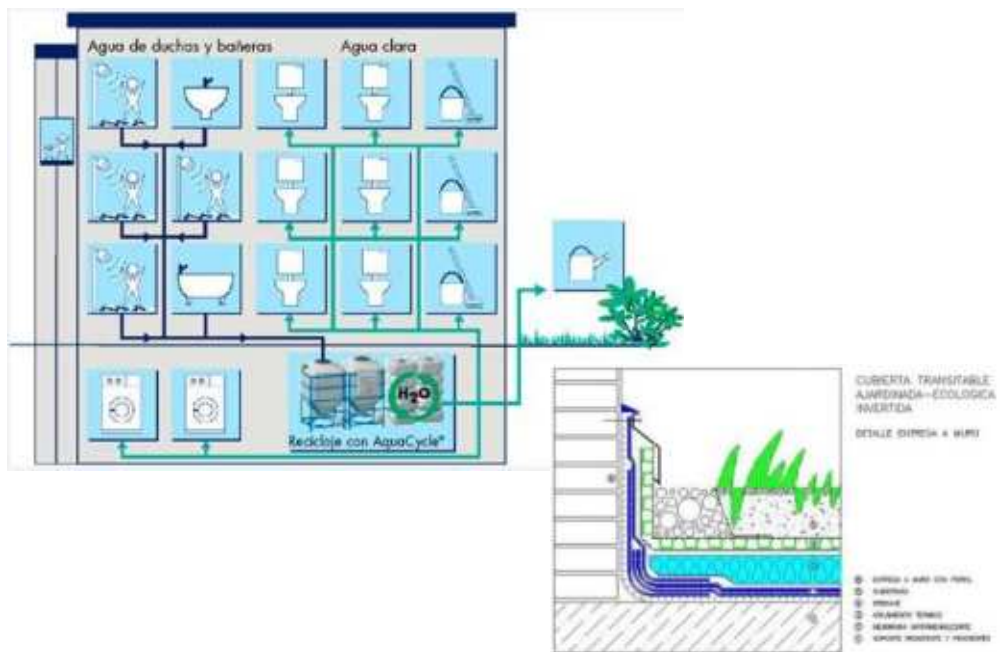
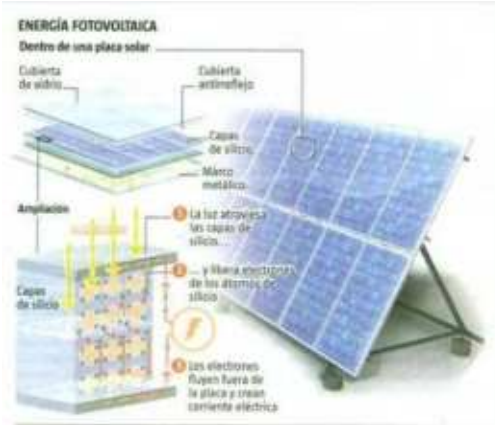


En la actualidad, todo indica que la arquitectura orgánica ha evolucionado y marcado el camino para lo que ahora se conoce como arquitectura sostenible.

El factor económico vuelve a cobrar especial importancia, al igual que el factor social y ecológico. Las nuevas tecnologías y los nuevos conocimientos permiten diseñar la arquitectura desde un nuevo punto de vista. La sostenibilidad actualmente busca aprovechar los recursos naturales de tal modo que minimicen el impacto ambiental de los edificios sobre el medio ambiente y la vida de sus habitantes. Para ello, la sostenibilidad debe tener en cuenta:

- las condiciones climáticas, la hidrografía y los ecosistemas del entorno;
- la eficacia y moderación en el uso de materiales de construcción;
- la reducción del consumo de energía cubriendo la demanda con fuentes de energía renovables;
- la minimización del balance energético global de la edificación, abarcando las fases de diseño, construcción, utilización y final de su vida útil;
- el cumplimiento de los requisitos de confort higrotérmico, salubridad, iluminación y habitabilidad de las edificaciones.

- La separación de residuos facilita su reciclaje posterior y es usual separar vidrio, metal, plástico y orgánico.



7.7.-PREMISAS PAISAJISTICAS

El centro no será un edificio monótono, sino que este será un edificio donde la forma, tecnología, y la naturaleza se unan para formar un solo espacio. Aprovechando las visuales que ofrece la zona.



Este edificio estará dotado de vegetación que ayuden en la circulación, y que contribuyan en el embellecimiento de la zona.

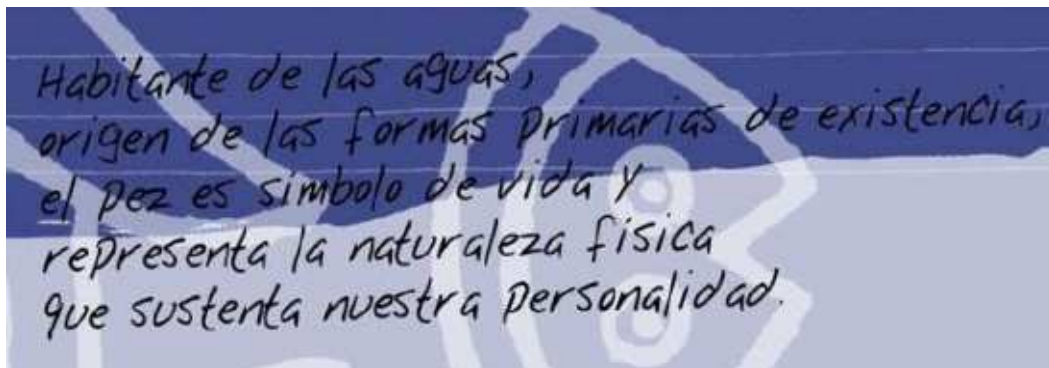
La vegetación a usarse será vegetación media baja y alta de especies tradicionales de Tarija, combinadas con algunas plantas exóticas.

También al tener un área de cultivo, para los recorridos se trabaja en los detalles para mayor dinamismo y educación de los elementos naturales. Basándonos el feng shui la vegetación será puesta cuidadosamente por olores, colores, forma, y tamaño, no mezclando para sentir un mejor espíritu en el lugar.



7.8.-ESCENCIA ESPIRITUAL

El proyecto basara su esencia en el pez, proyectando el volumen como una pecera, donde resalte colores, formas y transparencia dándole vida a cada niño durante el tiempo que reciba educación y salud para su desarrollo integro.





7.9.-COLORES

Los colores son parte esencial para el desarrollo sensorial de cada niño en cada etapa, las aulas, los pasillos, los pisos y paredes llenos de color en cada rincón dando la sensación de armonía.

Colores más apreciados

Azul	45 %
Verde	15 %
Rojo	12 %
Negro	10 %
Amarillo	6 %
Violeta	3 %
Naranja	3 %
Blanco	2 %
Rosa	2 %
Marrón	1 %
Oro	1 %

7.10.-CONCLUSIONES

Las premisas son mis coordenadas para poder realizar el proyecto conociendo el espacio, la tecnología y la forma, con el cual daré una respuesta para los niñ@s con síndrome de Down.



UNIDAD VIII

PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

8.-PROYECCIÓN

El centro de desarrollo integral por norma de atención y enseñanza requiere de un máximo de 8 alumnos por sala y aula, el centro recibirá a 24 niños de 0 a 5 años, y a 24 niños de 5 a 19 años, más el plantel docente y médico. Hacen un total de 64 personas por turno.

8.1.- PROGRAMA DE NECESIDADES

ZONA	AREA	ESPACIO	NESECIDAD	ACTIVIDAD	VENTILACION		ILUMINACION	
					A	N	A	N
ADM	Oficinas	Vestíbulo Secretaría Of. Director Coordinadora Sala de juntas Archivero Cocineta y alacena Baño toilette limpieza	Administrar	Administrar, planificar, revisar y orientación	X	X	X	X
Medio social	Salas y consultorios	Sala de estimulación 1 Sala de estimulación 2 Sala de estimulación 3 Sala de espera Recepción Psicopedagoga Cámara gesell Kinesiólogo Enfermería Lavandería Baño toilette Deposito	Asistencia médica, salud preventiva y de estimulación	Control del niño en su desarrollo psicológico y aprendizaje mediante ejercicios y terapias.	X	X	X	X
Educativa cultural	Aulas y talleres	Aula de 6 a 10 Aula de 11 a 15 Aula de 16 a 20 Deposito Batería de Baños Gimnasio Piscina Taller de artes plásticas Vestuarios	Educarse, integrarse y desarrollarse	Aprender a SER y aprender a HACER		X	X	X
Complementarias	Áreas exteriores	Patio central Teatro al aire libre Cancha poli funcional, Estacionamientos, Huerta, Parque infantil	Recreación y desenvolvimiento	Jugar, distracción, demostraciones,		X		X

8.2.-PROGRAMA CUANTITATIVO

AREA	ESPACIO	MOVILIARIO	EQUIPO	PER	EVE	N° USUARIO S	INDICE M2	AREA M2
A D M I N I S T R A C I O N	Vestíbulo				X			41
	Secretaria	Silla y escritorio	Ordenador y telefono	X		1		6
	Director	Silla, escritorio, estantes, sillones	Ordenador, Tv, telefono	X		1		41
	Coordinadora	Silla, escritorio, estantes, sillones	Ordenador, Tv, telefono	X		1		30
	Sala de juntas	Mesa y sillas	proyectora		X	15		60
	Archivero	Estantes			X	1		20
	Cocineta	Cocina			X	1		4.4
	Baño toilette	Inodoro lavamanos			X	1		2.3
	Limpieza				X	1		2
TOTAL SUPERFICIE								206.7
AREA	ESPACIO	MOVILIARIO	EQUIPO	PER	EVE	N° USUARIO S	INDICE M2	AREA M2
M E D I O S O C I A L	Sala de estimulación 1	Estantes, cunas y escritorio	Tv y teléfono	X		8	5.3	42.4
	Sala de higienización	veladores			X	4	4	18
	Cocineta	Cocina estante			X	2		7
	Lactancia	sillones			X	8		6.5
	Sala de estimulación 2	Estantes, corralitos y escritorio	Ordenador y teléfono	X		8	5.3	42.4
	Sala de estimulación 3	Estantes, escritorio y mesas y sillas	Tv, teléfono	X		8	5.3	42.4
	Sala de espera	sillones	Tv		X			18
	Psicopedagoga	Mesa y sillas	proyectora		X	1		25
	Kinesiólogo	Estantes	Ordenador y teléfono		X	1		20
	Cámara gesell	Cocina			X	2		6
	Enfermería	Camilla			X	2		7
	Recepción	Escritorio y sillas			X	1		6
	Deposito	estantes			X	1		7
	Baño toilette	Inodoro y lavamanos			X	1		4
	Lavandería	estante	lavadora		X	1		2
TOTAL SUPERFICIE								259.7



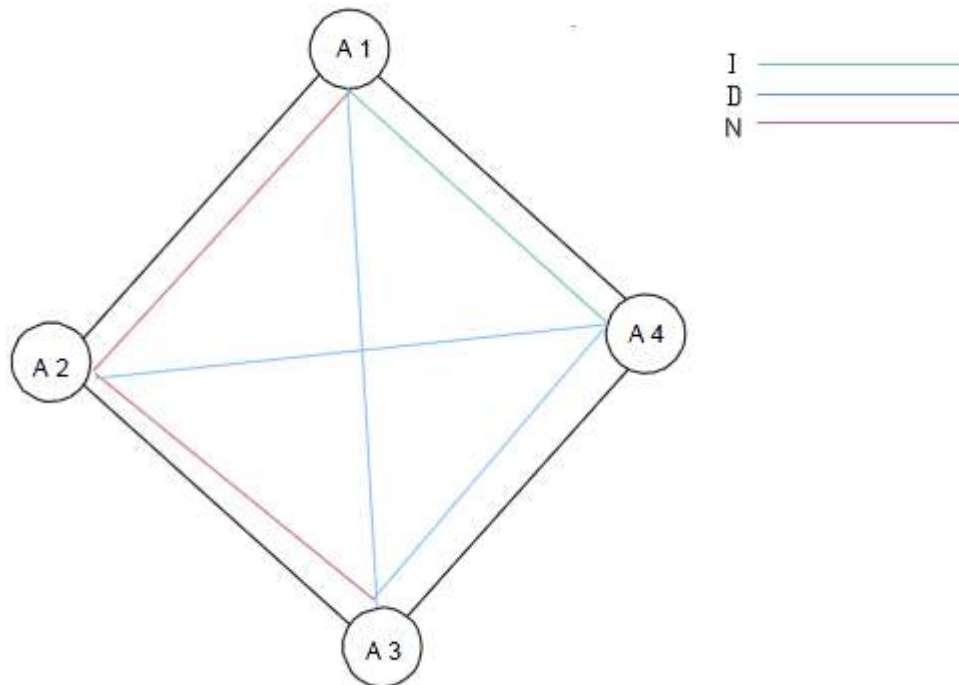
AREA	ESPACIO	MOVILIARIO	EQUIPO	PER	EVE	N° USUARIOS	INDICE M2	AREA M2
EDUCATIVA	Aula de 6 a 10	Cocina, sillas, mesas, escritorio, estantes	Ordenador, Tv, y teléfono	X		8	3	24
	Aula de 11 a 15	Cocina, sillas, mesas, escritorio, estantes	Ordenador, Tv, y teléfono	X		8	3	24
	Aula de 16 a 20	Cocina, sillas, mesas, escritorio, estantes	Ordenador, Tv, y teléfono	X		8	3	24
CULTURAL	Depósitos	Estantes		X				44
	Batería de Baños	Inodoro y lavamanos			X	8		24
	Gimnasio	Lockets	Aparatos, Tv y teléfono		X			88
	Piscina				X			120
	Taller de artes plásticas	Mesas de dibujo, sillas, escritorio y pizarra.	Tv, y teléfono		X			74
	Vestuarios	bancas			X			32
	TOTAL SUPERFICIE							

AREA	ESPACIO	MOVILIARIO	EQUIPO	PER	EVE	N° USUARIOS	INDICE M2	AREA M2
COMPLEMENTARIAS	Patio central				X			350
	Teatro al aire libre	mesas	amplificación		X			142
	Cancha poli funcional				X			530
	Huerta				X		2.25	72
	Parque infantil	Columpios, resvalines, etc.			X			
	estacionamiento				X	54	12.5	711
	Arenero y chapoteadero				X			114
TOTAL SUPERFICIE								1919

8.3.-MATRIZ DE INTERACCION Y DIAGRAMA DE RELACION

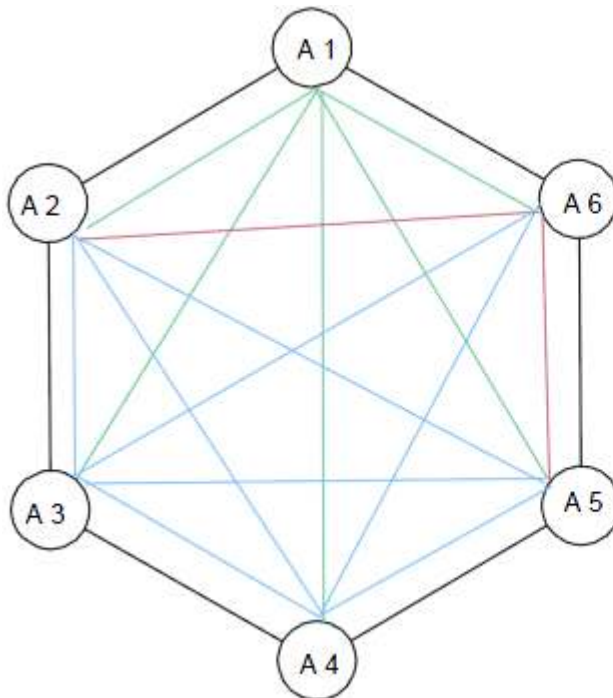
ZONA ADMINISTRATIVA

A 1	BAÑO TOILELTEE	N		
A 2	OF. DIRECTOR	D		
A 3	COORDINADORA	N	D	I
A 4	SECRETARIA	D	D	



ZONA MEDIO SOCIAL

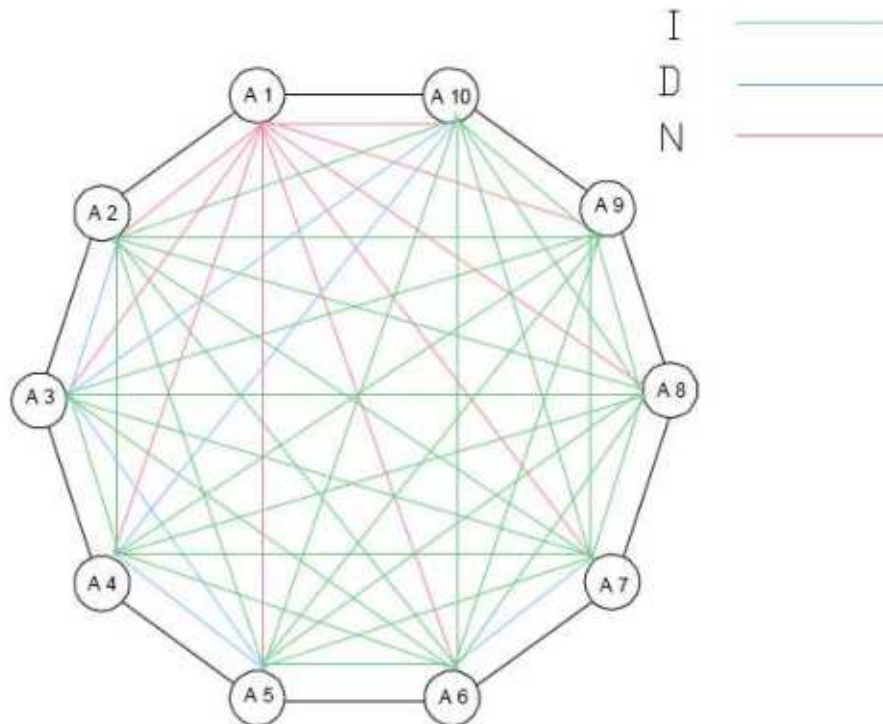
A 1	RECEPCION Y SALA DE ESPERA	I
A 2	PSICOPEDAGOGA	D I
A 3	KINESIOLOGO	D I D I
A 4	SALAS DE ESTIMULACION	D D D I
A 5	ENFERMERIA	D D N
A 6	COMPLEMENTARIOS	N



I _____
 D _____
 N _____

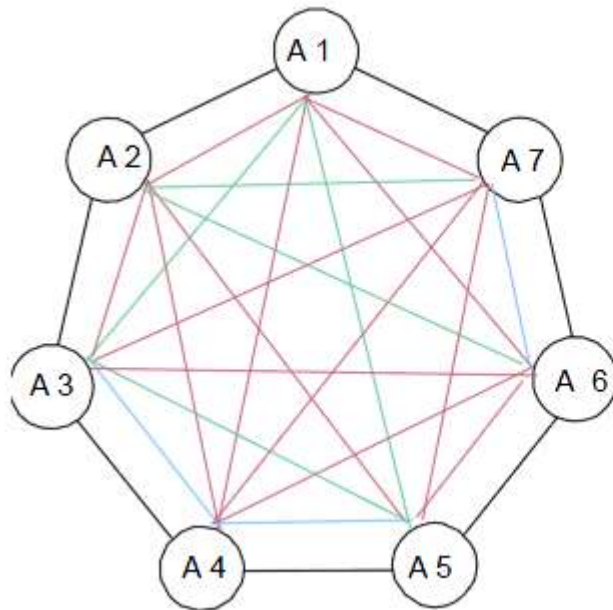
ZONA EDUCATIVA Y CULTURAL

A 1	COMPLEMENTARIOS	N
A 2	PISCINA	D N N
A 3	GIMNASIO	D I N N
A 4	TALLER DE ARTES PLASTICAS	I D I I N N
A 5	VESTUARIOS	D I I I I N N
A 6	BATERIA DE BAÑOS	I I I I I I N
A 7	AULAS 1	D I I I D
A 8	AULAS 2	I I I I
A 9	AULAS 3	I I I
A 10	DEPOSITO	I



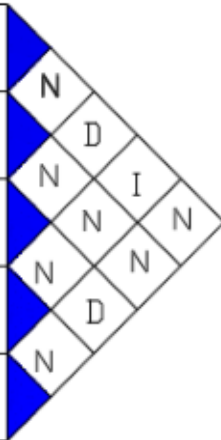
ZONAS SERVICIO

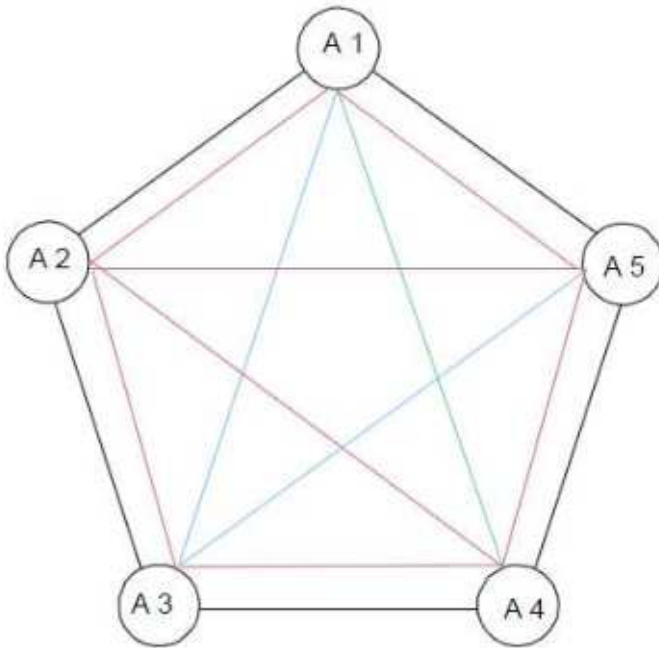
A 1	DEPOSITOS	
A 2	BAÑOS TOILETTE	
A 3	SALA DE MAQUINAS	
A 4	COCINETA Y ALACENA	
A 5	LAVANDERIA	
A 6	HIGIENIZACION	
A 7	LIMPIEZA	



I —————
 D —————
 N —————

ZONA COMPLEMENTARIA

A 1	CANCHA	
A 2	ESTACIONAMIENTO	
A 3	TEATRO AL AIRE LIBRE	
A 4	PARQUE, ARENERO Y CHAPOTEADERO	
A 5	JARDINES	



8.4.-ESQUEMA Y DIAGRAMA GENERAL



8.5.-RELACION FUNCIONAL



8.6.-REQUISITOS MINIMOS PARA ITINERARIOS

	Accesible
Ancho mínima	1,00 m.
Altura mínima	2,10 m.
Libre de obstáculos	Sí
Tramos de escaleras	No incluye (Se admite el acceso al edificio con un desnivel no superior a 2 cm., y se redondeará o achaflanará el canto con una pendiente máxima del 60%)
Espacio libre de giro	1,50 m. ø en cada planta
Cambios de dirección anchura de paso	1,20 m ø
Puertas	
Ancho mínima	0,80 m.
altura mínima en los dos lados	2,00 m.
(libre de barrido)	1,50 m. (puertas de 2 o más hojas, una de ellas ha de tener una anchura de hueco de 0,80 m.)
tiradores	de presión o palanca
Puertas de vidrio	
altura zócalo inferior	30 cm. mínimo
ancho franja horizontal	5 cm. mínima
altura franja horizontal	1,50 m.
color de franja horizontal	contrastado
Pavimento	antideslizante

8.7.-EQUIPAMIENTO Y MOVILIARIO

MOBILIARIO Para niños y niñas menores de 12 meses	MOBILIARIO Para niños y niñas entre 12 meses y 24 meses	MOBILIARIO Para niños y niñas entre 24 meses y 36 meses
<ul style="list-style-type: none"> - Cunas para descanso (de preferencia una para cada niños y niñas) - Cambiador de pañales (dos) - Espejo grande pegado en la pared - Módulos de psicomotricidad: <ul style="list-style-type: none"> • Colchonetas gruesas y delgadas (5 - 2 pulgadas) • Escaleras • Cubos • Cilindros • Rampas • Riel de madera - Estantes para colocar mudas - Estantes para los materiales y juguetes al alcance de los niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchonetas para descansar, cilindros, rampas, cubos. - Espejo grande - Estantes para colocar mudas - Estantes para los juguetes y materiales al alcance de los niños y niñas. - Mesas y sillas especialmente para cuando tengan que comer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchonetas para descansar, cilindros, rampas, cubos. - Espejo grande - Estantes para colocar mudas - Estantes para los juguetes y materiales al alcance de los niños y niñas. - Mesas y sillas.



8.8.-CRITERIOS NORMATIVOS PARA EL DISEÑO DE MOBILIARIO EDUCATIVO DE NIVEL INICIAL.

CARACTERISTICAS DE SILLAS

Mobiliario escolar para nivel inicial. Sillas, requisitos.

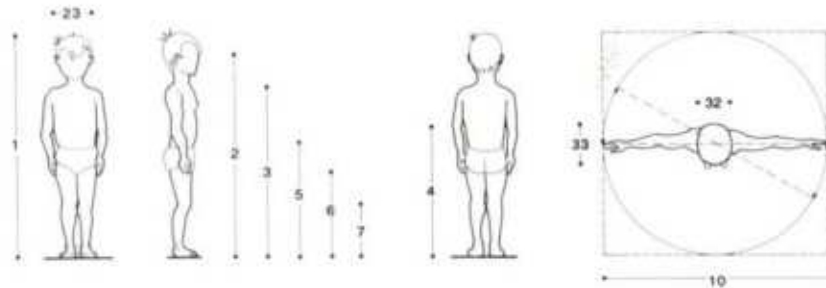
- ☒ La altura del plano asiento es 260 mm. (tolerancia de ± 10 mm.) (A)
- ☒ Profundidad efectiva del asiento es 260 mm. (C)
- ☒ Anchura mínima del asiento es 250 mm. (D)
- ☒ Altura del punto mas prominente del respaldo, punto referencial para ☒ es 160 mm. (E)
- ☒ Anchura mínima del respaldo es 250 mm. (F)
- ☒ Altura mínima del borde inferior del respaldo 120 mm. (G1)
- ☒ Altura del borde superior del respaldo; mínimo es 210mm, máximo es 250 mm. (G2)
- ☒ Radio del borde delantero del asiento es entre 30-50 mm. (r1)
- ☒ Radio mínimo del respaldo o espaldar 300 mm. (r2)
- ☒ Angulo del asiento es 0 – 4 grados. (☒)
- ☒ Inclinación del respaldo con el plano del asiento, 95 -106 grados. (☒)

CARACTERISTICAS DE MESAS

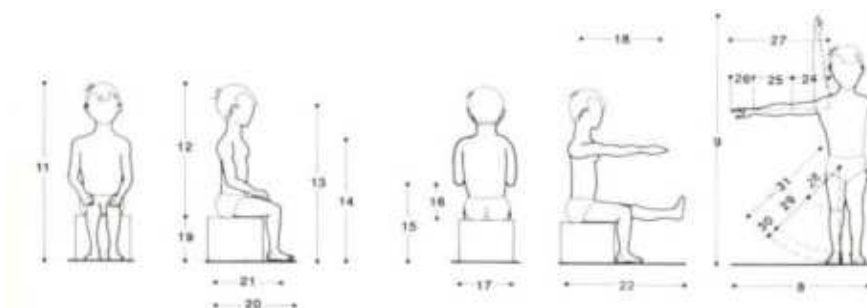
- ☒ Altura total de la mesa es 460 mm. (Tolerancia ± 10 mm.) (N)
- ☒ Altura mínima del espacio para las piernas (muslo) es 385 mm. (S1)
- ☒ Altura mínima para el espacio para las piernas (rodillas) es 350 mm. (S2)

- ☐ Altura mínima para las piernas es 250 mm. (S3)
- ☐ Profundidad mínima del plano de la mesa es 450 mm. (R)
- ☐ Anchura mínima del plano de la mesa individual 600 mm. y doble 1200 mm. (Q)
- ☐ Anchura mínima del espacio libre debajo de la mesa es 450 mm. (T)
- ☐ Profundidad mínima del espacio para las piernas (rodillas) es 300 mm. (U1)
- ☐ Profundidad mínima del espacio para las piernas (tibias) es 400 mm. (U2)

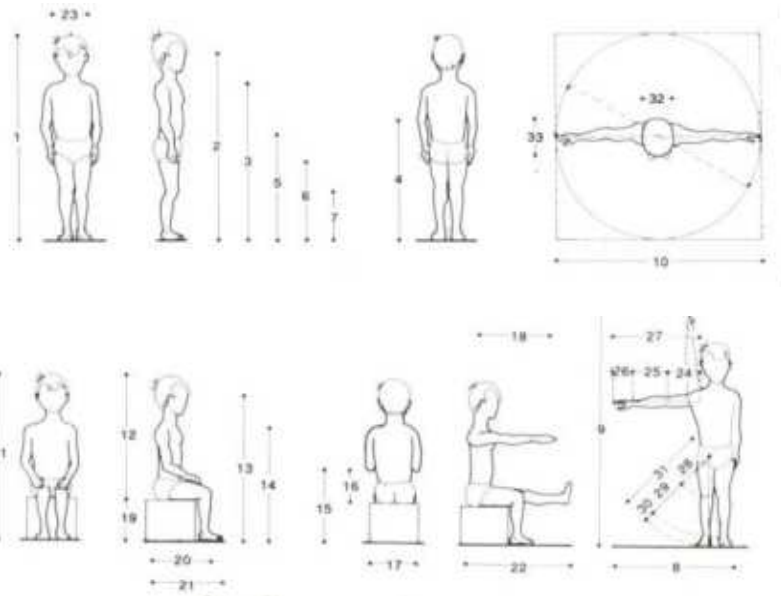
8.9.-ANTROPOMETRÍA



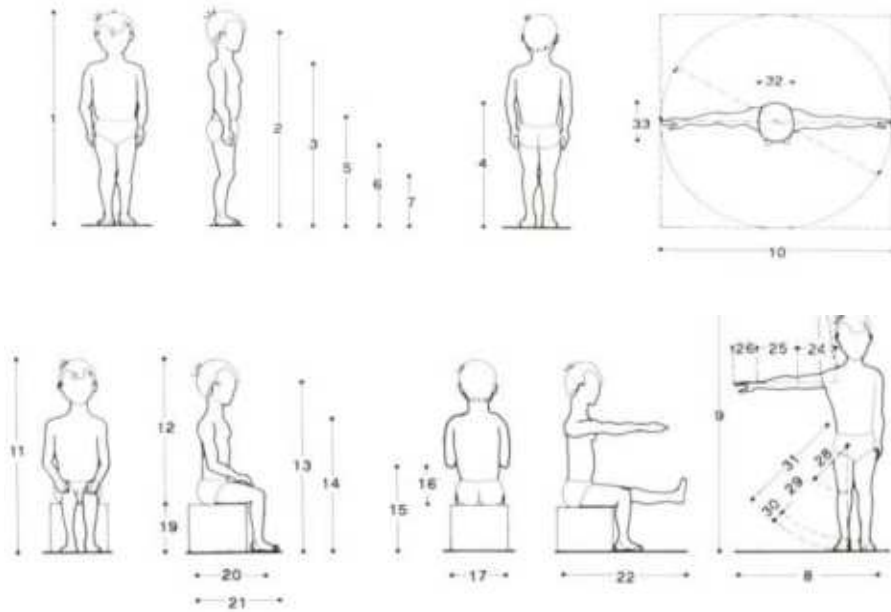
DIMENSIONES DEL NIÑO EDAD 1 – 5 AÑOS



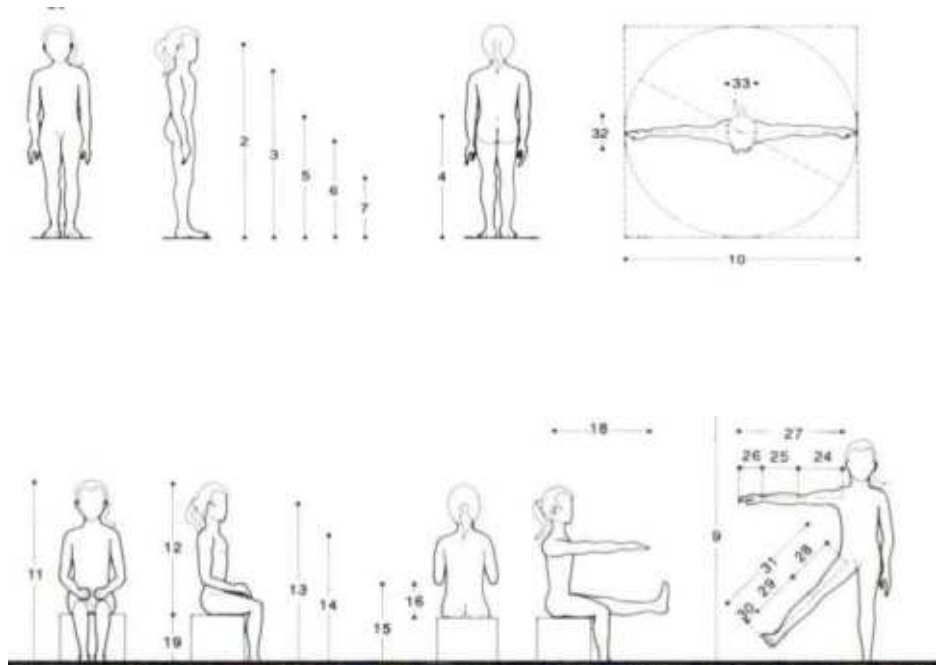
DIMENSIONES DEL NIÑO EDAD 6 – 11 AÑOS



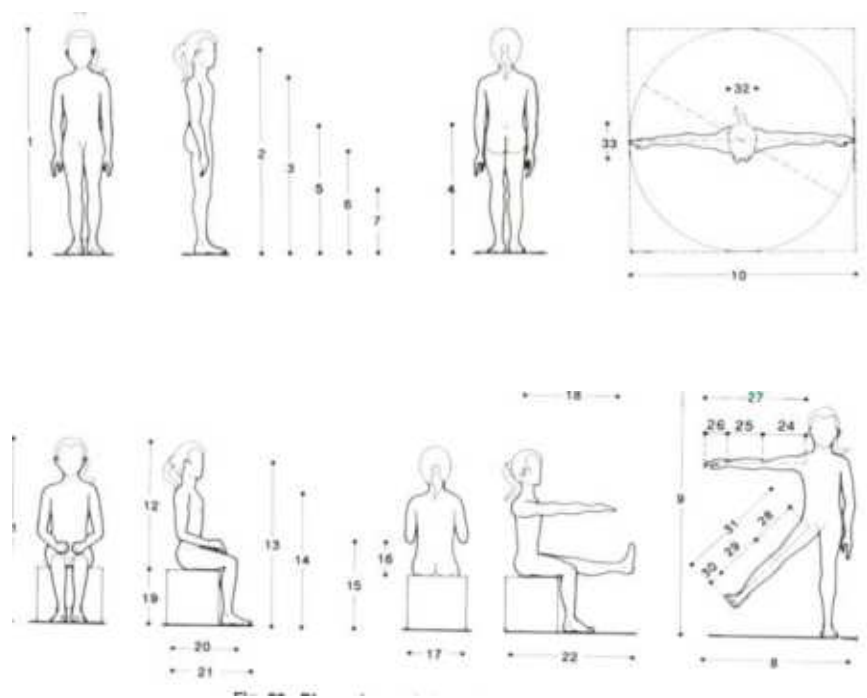
DIMENSIONES DEL NIÑO EDAD 12 – 16 AÑOS



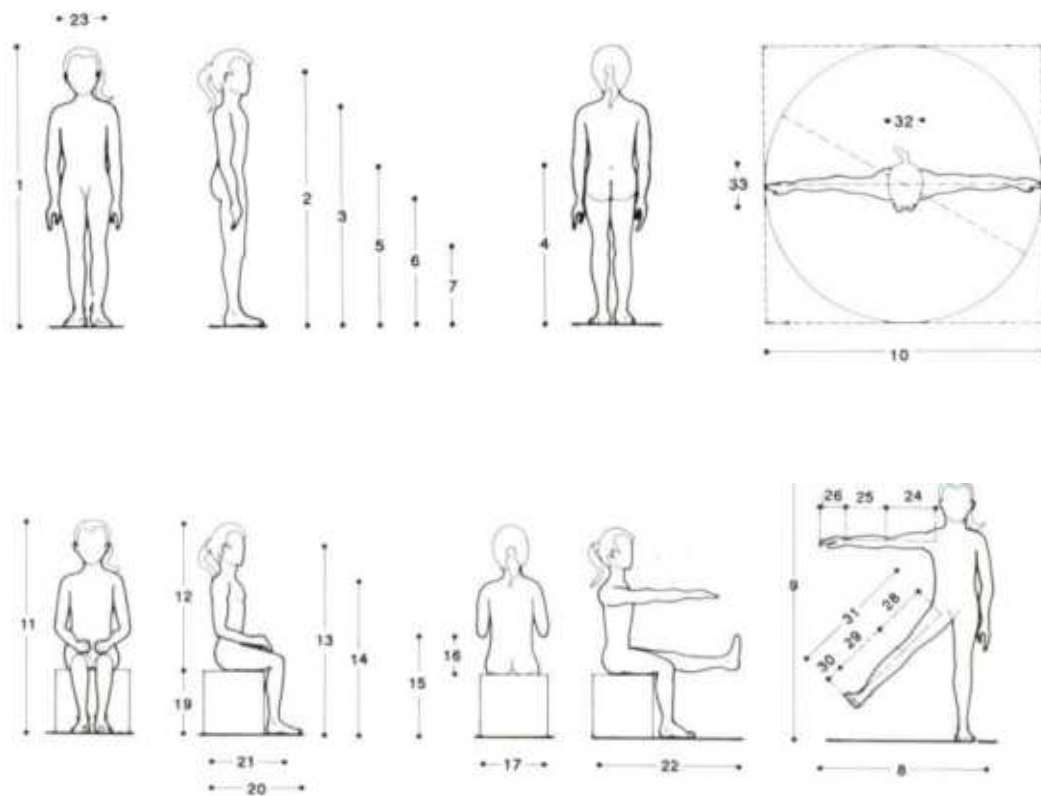
DIMENSIONES DE LA NIÑA EDAD 1 – 5 AÑOS



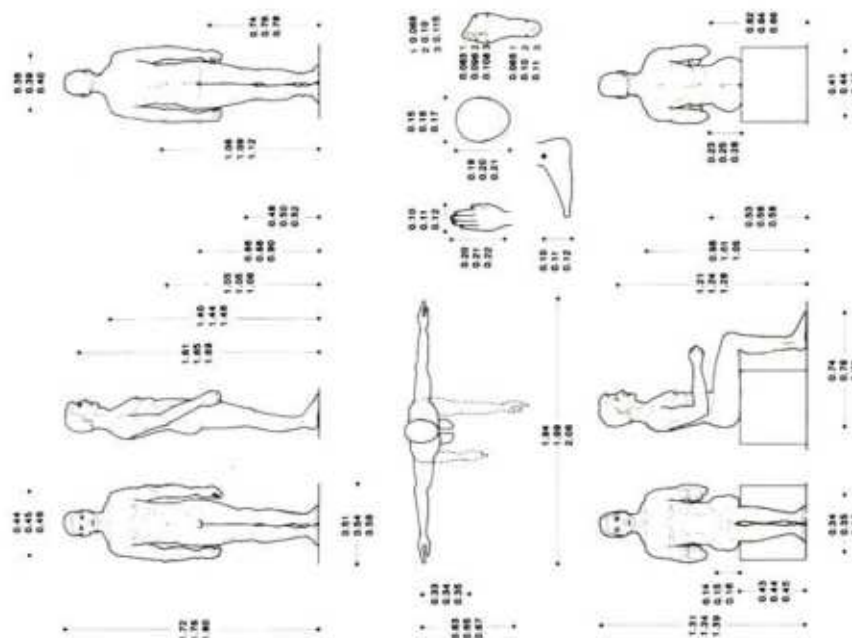
DIMENSIONES DE LA NIÑA EDAD 6 – 11 AÑOS



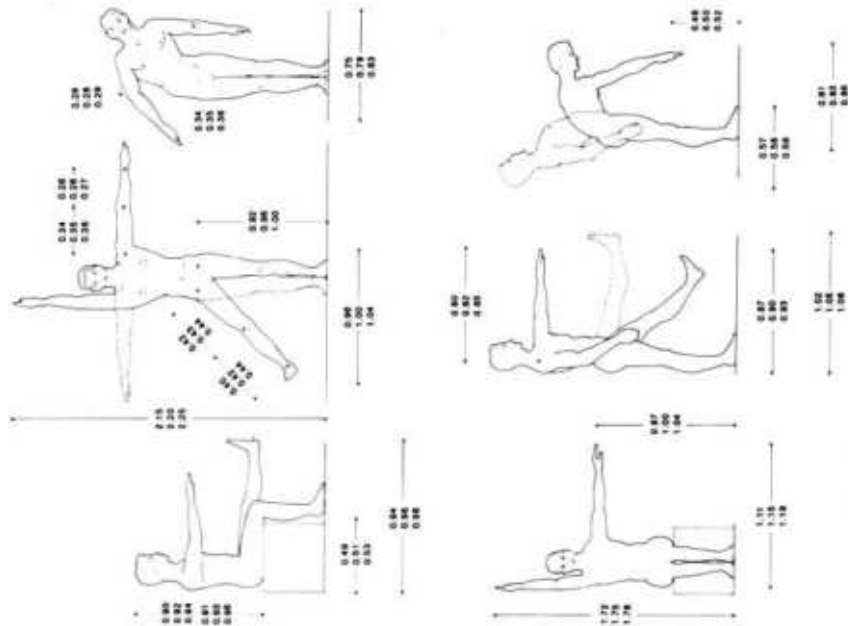
DIMENSIONES DE LA NIÑA EDAD 12 – 16 AÑOS



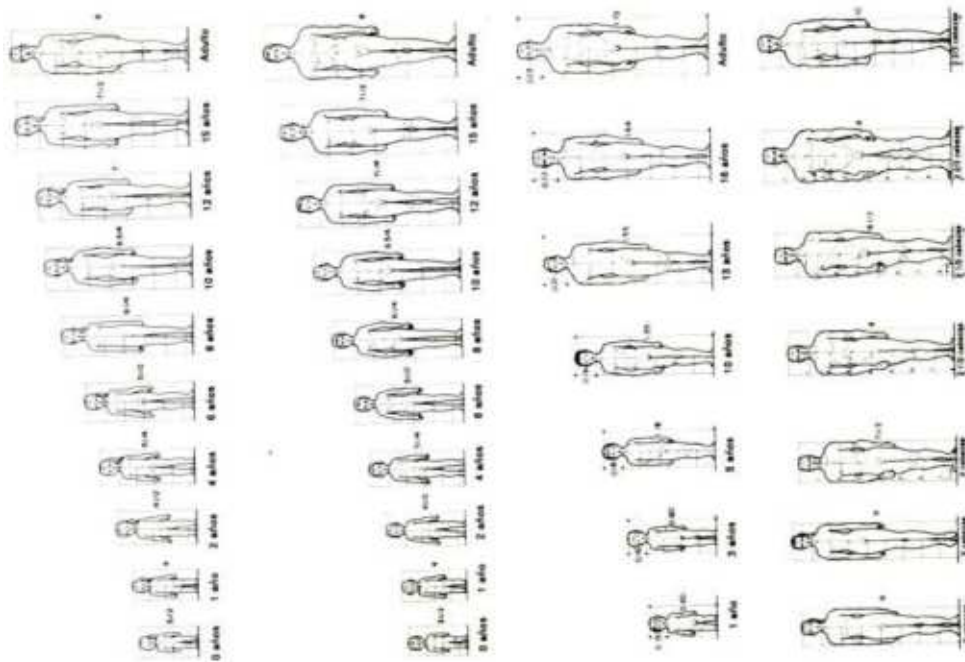
DIMENSIONES DEL CUERPO EN POSICIÓN ESTÁTICA TALLA 1.72-1.76-1.80



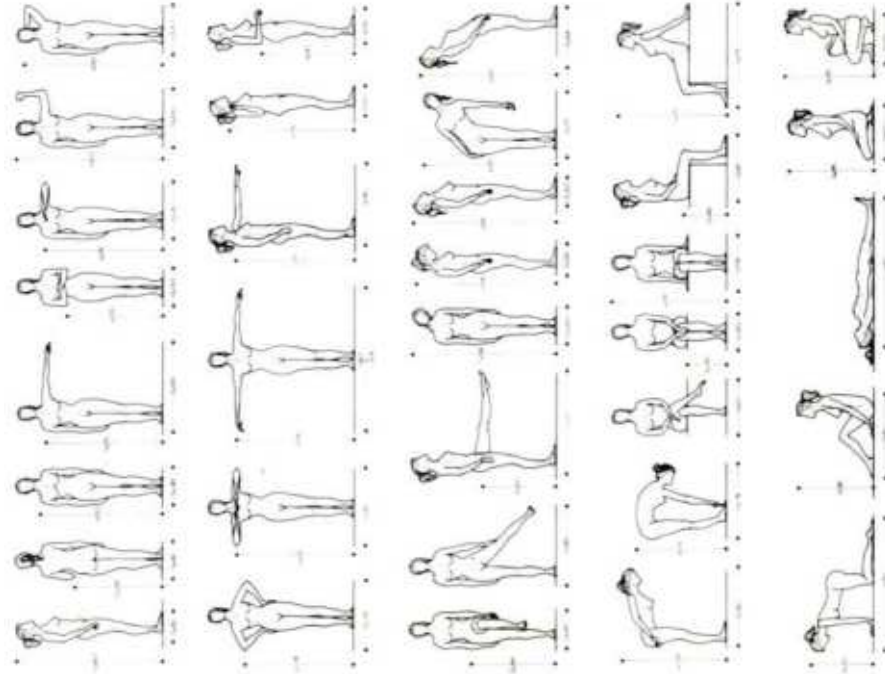
DIMENSIONES DEL CUERPO EN MOVIMIENTO TALLA 1.72-1.76-1.80



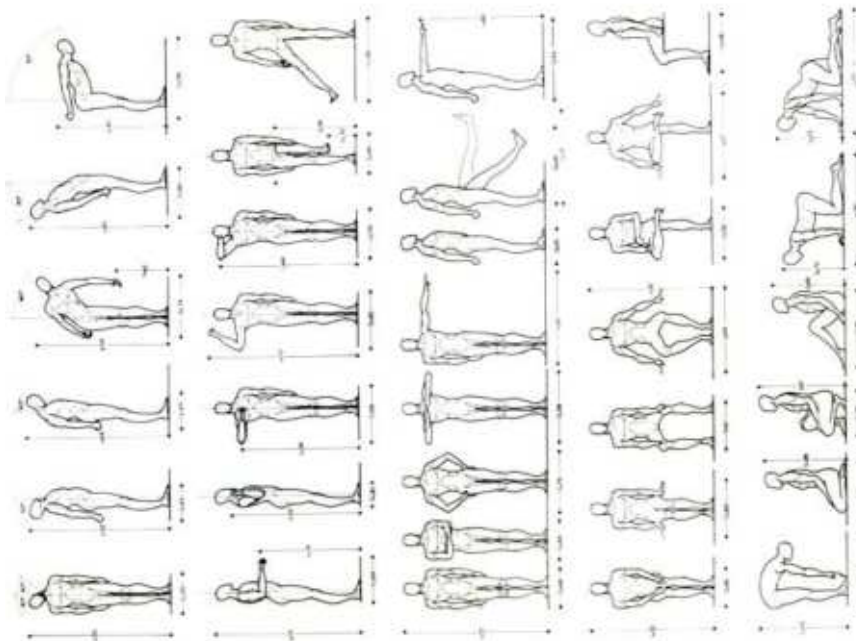
MÓDULOS DE CRECIMIENTO



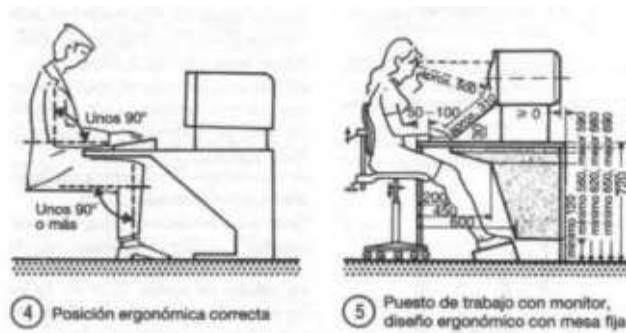
POSICIONES DEL CUERPO DEL HOMBRE Y DE LA MUJER EN MOVIMIENTO



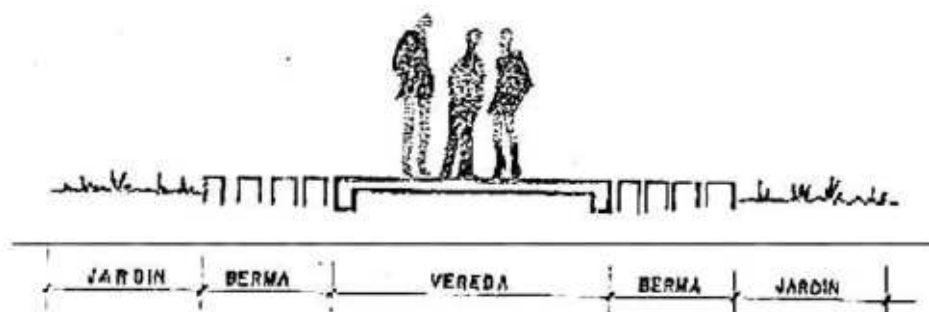
POSICIONES DEL CUERPO DEL HOMBRE EN MOVIMIENTO



8.10.-ERGONOMETRIA



8.11.-PATIOS Y AREAS LIBRES



TIPOS DE VEREDAS	ANCHO MÍNIMO	ANCHO ÓPTIMO
Veredas principales	1.80	2.40
Veredas de tránsito regular	1.20	1.50
Veredas de servicio	0.60	0.90