

MARCO TEÓRICO GENERAL DE LA TEMÁTICA:

ASISTENCIA SOCIAL

INTRODUCCIÓN

Si remontamos, el proceso generacional de la formación de la sociedad, factor que por cierto ha tomado fuertemente requerimientos de sobrevivencia, necesidades que algunas veces se cubría relativamente en algunos países y otras eran afectadas por causas sociales, políticos tales como las guerras, las reivindicaciones sociales; elementos incidentes en la formación de sociedades pobres en todo el mundo, con tanto crecimiento vegetativo el control de las necesidades se torna muy dificultoso especialmente en países subdesarrollados.

La ayuda social es innata al hombre que está en lucha continua por superarse, cambiar las injusticias y mejorar el entorno. En este trabajo se desarrollará el tema de Asistencia Social desde un contexto histórico global hasta la situación actual. En un comienzo esta asistencia social se dio en términos voluntarios, pre profesionales y con una visión de ayuda a los más vulnerables en términos de “caridad”.

Para llegar a la asistencia social, hubo un proceso de transformación continuo del pensamiento de la labor que tenían que desarrollar ciertos individuos en una sociedad con el fin de mejorar la calidad de vida de otros individuos. Para el enfoque del trabajo uno de esos cambios tuvo inicio en la concepción de la asistencia social, donde el trabajo desarrollado estaba direccionado más hacia la parte benéfico-asistencial, paramédica y/o para jurídica.

La asistencia social en nuestro medio es un tema que carece de atención, ya sea por falta de conciencia de las autoridades y la misma población, o porque las distintas instituciones que brindan el apoyo a este campo, no cuentan con implemento de trabajo y/o equipamiento que satisface las necesidades de los sectores más

vulnerables de nuestra población, lo cual nos motiva a realizar una atención primordial a este problema social.

DEFINICIÓN

La asistencia social ayuda a individuos, familias, comunidades y grupos de personas socialmente en desventaja, así como la contribución al establecimiento de condiciones que mejoren el funcionamiento social y que prevengan el desastre. Se asigna pues, a quienes se dedican a labores de asistencia social, la misión de modificar o reformar determinados aspectos del sistema social y de contribuir a que las personas consigan adaptarse al mismo, en consonancia con sus aptitudes y con las normas y valores de dicho sistema. Corresponde a su especialidad tareas tales como el proporcionar ayuda material a individuos necesitados y minusválidos; asistir a cualquiera que tenga dificultad en ajustarse a su entorno económico y social debido a su pobreza, enfermedades, deficiencias o desorganización social, personal o familiar; asimismo, participar en la formulación de bienestar social y de programas preventivos.

La asistencia social es una actividad que ayuda a cada uno de los integrantes de la sociedad, orientada a atender a la pobreza, que pueda brindarse desde el ámbito gubernamental, el religioso y desde el tercer sector (la población), sin exigir de éste una contribución específica para que acceda al beneficio, especialmente a las personas que no cuentan con recursos suficientes para satisfacer ciertas necesidades que puede entenderse como toda acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia ha sido marginada y/o excluida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de este análisis es recopilar información, estudiar, comprender y obtener conclusiones con respecto a la evolución de la asistencia social a través de la historia, identificando así problemas y potencialidades, además poder determinar el tema en específico en el cual se intervendrá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la función que ha tenido la asistencia social a través del tiempo y su función primordial de mejorar la calidad de vida de los individuos de la sociedad.
- Conocer qué personajes dieron un aporte a la asistencia social.
- Indagar cuáles fueron las primeras políticas que apoyaron a la asistencia social.
- Saber qué países brindan más oportunidades de ayuda en el campo de asistencia social.
- Investigar la problemática social, a través de la identificación de las necesidades y las carencias de la población, para generar políticas de servicio tendientes a prevenir y atender las causas y efectos de estas situaciones.

ANÁLISIS DE ASPECTO HISTÓRICO

CONTEXTO INTERNACIONAL

ASISTENCIA SOCIAL EN LA ANTIGÜEDAD

- Código de Hammurabi: guía de procedimientos legales, protección a todas las clases sociales babilónicas: menesterosos, mujeres, niños o esclavos contra la injusticia de los ricos y poderosos.
- Código Babilónico y otros ej. de normativas de Asistencia Social: sociedad dividida en propietarios, artesanos y esclavos, amparados bajo la justicia y seguridad del salario del trabajador.
- Práctica de la bondad como virtud: Confucio, limosna: fuente de la sabiduría.
- El Budismo (BUDA): Uno de los caminos sea el bien obrar, no hacer daño a nadie, tener buena voluntad y desinterés.

ASISTENCIA SOCIAL EN LA EDAD MEDIA

La preocupación por los pobres y desvalidos durante la etapa de expansión del capitalismo, se gesta principalmente en los ambientes cristianos protestantes y católicos, por lo que se supone que esta asistencia social que se otorga tiene sus orígenes e influencia en la Edad Media al ser ejercitada con un carácter moralista y de una modalidad operativa individualista es decir que la preocupación es por personas pero sin plantearse problema alguno con la sociedad global, a esta etapa de la asistencia se ven reflejados en los principales órdenes como son: salud, vivienda, alimentación, educación, trabajo, etc. Tienden a amedrentar cada vez más a las clases dominantes, principalmente a los poseedores de los bienes de producción y al estado, por lo cual el ESTADO quien ve la necesidad de dar un giro a la actitud caritativa antes asumida, para dar paso a la creación de disposiciones legales que permitan

normar los servicios asistenciales, así mismo buscar formas más profesionales y adecuadas de prestar asistencia.

Esta asistencia social organizada retomada por el clero y los sectores laicos aparece como una consecuencia de la incapacidad física del voluntariado espontaneo para solucionar a fondo los problemas en constante aumento y gravedad, dándose a la tarea de crear monasterios, cofradías, hospitales, lazaretos, así como otros centros para prodigar atención, auxilio y protección a indigentes mediante la previsión de los recursos mínimos para subsistir.

ASISTENCIA SOCIAL EN LA ÉPOCA ACTUAL

Con esto llegamos a la época actual, donde predomina una alta tecnología y grandes avances en la ciencia, la nueva división internacional del trabajo se busca por medio de los países dependientes y de escaso desarrollo económico, que proporcionan a los países con un capitalismo avanzado, la facilidad de abaratar sus costos de producción mediante la mano de obra barata y facilidades de acceso en la adquisición de materias primas; a cambio entre otras cosas de la creación de fuentes de trabajo que dan empleo a la población que las empresas nacionales no alcanzan a cubrir.



Se presenta unido a esto un fenómeno de sobrepoblación en las zonas donde se concentran los centros de trabajo, ciudades por lo general que no estaban preparadas para recibir una afluencia masiva de la población, que viene a incrementar la demanda de todo tipo de servicios y atención a necesidades sociales fundamentales,

sumado a ello, la gente que no logra ubicarse dentro de este mercado de trabajo y tampoco retorna a sus lugares de origen al esperar en las ciudades un cambio en sus condiciones de vida.

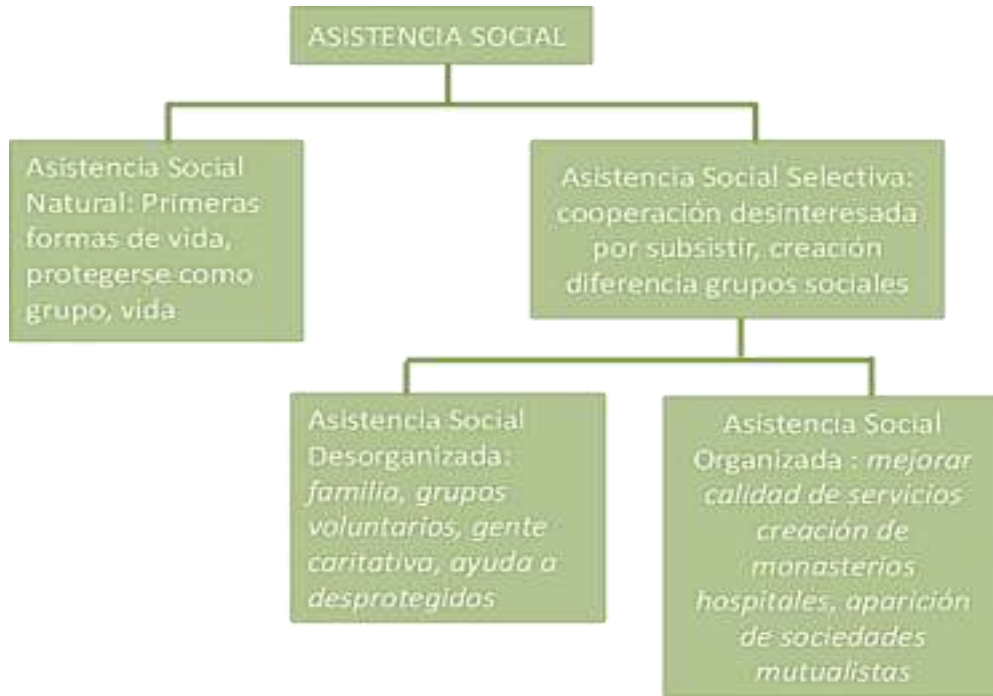
Por lo tanto la Asistencia Social está determinada por situaciones y hechos históricamente registrados dentro de una sociedad que no se mantiene estática, y que ha sido la voluntad individual y colectiva de los profesionales lo que ha permitido que la profesión valga la redundancia, alcance un nivel aceptable de reconocimiento y estatus que lo mantiene vigente dentro de las instituciones y mediante su ejercicio la población usuaria o beneficiaria puede acceder a la atención y solución de sus demandas, pese a la disposición o limitación de recursos con que éstas operan en la realidad.



EL PROCESO HISTÓRICO SOCIAL



ORGANIGRAMA EN EL PROCESO EVOLUTIVO DE LA ASISTENCIA SOCIAL



PIONEROS DE LA ASISTENCIA SOCIAL COLONIAL

- Fray Bartolomé de las Casas: defensa pueblos indígenas, teoría práctica defensa derechos humanos.
- Antonio de Montesinos: denunció condiciones de los indios.
- San Pedro Claver: trabajó a favor de los esclavos negros (Colombia), acciones consecuentes a la contribución de soluciones.
- Andrés Días Venero de Leiva: protector de los indígenas, respaldo a los dominicos, estimuló estudios superiores.
- Los Jesuitas y las Reducciones: predicaban libertad e igualdad, educación, capacitación, bienestar colectivo.

PRECURSORES MÁS IMPORTANTES DE LA ASISTENCIA SOCIAL

- Juan Luis Vives: Asistencia social organizada, de subvenciones Pauperum, orden filosófico y metodológico, acción benéfico-asistencial origen de las necesidades y la miseria.
- San Vicente de Paúl: Auspicios para los mendigos y ancianos, orden religiosa Damas de la Caridad, transformación de la limosna en trabajo voluntario, organizado y metódico, OIC, fomento de la filantropía.
- Benjamín Thompson (Conde de Rumford): Disminución de la mendicidad, obras militares, obras urbanísticas, agricultura, inventos, comité para planificar situaciones de ayuda, dietas alimenticias equilibradas para los pobres.
- Thomas Charmers: Partidario del socorro de los pobres de forma privada, ayuda mutua.

LA CREACIÓN DE LAS PRIMERAS ESCUELAS DE ASISTENCIA SOCIAL

➤ ESCUELA DE FILANTROPÍA

Mary Richmond propuso en 1897 la creación de una Escuela de filantropía aplicada.

En Holanda fue donde se creó la primera Escuela de Servicio Social del mundo, la cual tenía como finalidad: proporcionar una formación metódica, teórica y práctica de quienes deseen dedicarse a ciertas labores importantes en el campo del Servicio Social. Esta Escuela ofrecía cursos de dos años, combinando estudios teóricos (especialmente sociológicos y de legislación social) con un entrenamiento práctico supervisado.

Por este tiempo se va dando otro fenómeno: la secularización de la asistencia social. Esto nos quiere decir que el hombre deja de lado toda explicación religiosa, sobrenatural, mítica y mera física del mundo para ser reemplazada por la explicación a partir de las ciencias y de la propia existencia humana.

➤ ESCUELA DE SAN VICENTE DE PAUL

La Escuela de Asistentes Sociales “San Vicente de Paúl” de Zaragoza fue fundada canónicamente por Decreto de 15 de octubre de 1958 por el Excmo. Sr. Arzobispo de Zaragoza, Don Casimiro Morcillo, y reconocida como Escuela no oficial, dependiente de la Jerarquía Eclesiástica.

En un principio las personas que iniciaban los estudios estaban muy motivadas y sensibilizadas frente a la caridad. Había mucho altruismo con los demás.

El criterio de admisión de alumnos era selectivo: se prefería gente adulta que ya tuviese una profesión porque el horario que se tenía era nocturno: de 7:30 a 9:30 de la noche.

También era preciso, para ser admitido, superar una prueba o test de aptitud teniendo en cuenta que un asistente social debe tener:

- ∞ Espíritu de sacrificio
- ∞ Fácil comprensión de los problemas humanos
- ∞ Actividad superior a emotividad
- ∞ Formación superior a primaria
- ∞ Edad mental superior a la cronológica
- ∞ Casi todo el alumnado estaba formado por religiosas.

CONTEXTO NACIONAL

El trabajo social en Bolivia nace como una respuesta a las consecuencias de la Guerra del Chaco, la que se constituye en el inicio de una etapa crucial en nuestra historia, la cual sacudió los estamentos sociales de la Nación.

a. Se agudizan los problemas sociales y se implementan las siguientes políticas sociales como emergencia de este problema:

- Protección al menor, a favor de los huérfanos de la guerra.
- Educación
- Legislación laboral.

b. En el problema mencionado, las organizaciones de asistencia social que dan respuesta son:

- Cruz Roja Boliviana
- Samaritanas de la Cruz Roja Boliviana, donde la Sra., Doña Luz Sánchez Bustamante desempeñó la Secretaría General para luego fundar la Escuela Nacional de Asistencia



Social y Educación Popular, constituyendo los antecedentes del trabajo social en Bolivia.

c. El trabajo social en Bolivia nace de los enfoques paramédico y para jurídico desde el Estado a través del Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social, bajo la orientación y apoyo a todo nivel de la Escuela de Asistencia Social “Dr. Alejandro del Río” de Santiago de Chile, primera escuela del trabajo social en Latinoamérica, en 1925.

d. Entre la labor social que realizaba se encontraban actividades de: investigación, análisis situacional y económico, visitas domiciliarias, informes sociales.

- e. El 10 de enero de 1946 se funda la escuela nacional de asistencia social y educación popular bajo la dependencia del ministerio de educación, bellas artes y asuntos indígenas, y se legaliza su funcionamiento el 7 de diciembre de 1950 mediante la promulgación del decreto supremo n° 2290. Sin embargo se considera el día 21 de febrero de 1946 como fundación oficial por corresponder a la fecha de iniciación de dicha escuela bajo la dirección de la Sra. Doña lucia Sánchez Bustamante construyendo en forma directa a los aspectos desarrollados y debatidos en el primer Congreso Panamericano realizado en Santiago de Chile en 1945. También la escuela de asistencia social Dr. Alejandro del Rio , igualmente en Chile incidió como un apoyo importante en el desenvolvimiento de la escuela en Bolivia.
- f. En 1950, el 7 de diciembre, la Escuela Nacional de Asistencia Social y Educación Popular (ENASEP) que pertenecía al Ministerio de educación fue traspasa al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, pos ser este Ministerio quien conduce la política social de la Nación en ese entonces; según testimonio del Ministro de aquel entonces, menciona “la Escuela Nacional de Asistencia Social Educación Popular es un centro educativo para capacitar profesionales que se ocuparán de la investigación y el estudio de los problemas sociales relacionados con las necesidades sociales”.
- g. El 17 de Agosto de 1951 se produce el cambio de nombre de la ENASEP para construirse en la Escuela Nacional de Servicio Social; y un año después se legisla el ejercicio profesional, asimilando la profesión de asistente social a la categoría de profesión liberal mediante decreto supremo N° 2954, del 31 de enero de 1952, que determino la obligación de las instituciones de bienestar social, tanto públicas como privadas, a contratar trabajadores sociales con título en provisión nacional.
- h. En fecha 3 de mayo de 1959 se crea la organización de la Subdirección Nacional de Asistencia Social, quedando a cargo de un asistente social. Por primera vez dentro de la conducción de la política social del Ministerio de

Trabajo y Previsión Social, se da reconocimiento a la profesión como responsable de planificar, ejecutar, coordinar y evaluar las políticas sociales de este Ministerio, al mismo tiempo será el órgano administrativo que ejecute supervisión y tutoría sobre la Escuela Nacional de Servicio Social.

- i. La incorporación de la Escuela Nacional de Servicio Social a la Universidad Mayor de San Andrés, cuya firma del convenio fue el día 16 de abril de 1963 por un lapso de tres años, al cabo de los cuales la escuela quedaría definitivamente incorporada a la Universidad o retornaría a su condición anterior. A lo largo de este proceso de incorporación se presentaron varios problemas internos en la escuela, respecto a posiciones encontradas en el tema y es hasta el 3 de agosto de 1964, cuando incorpora definitivamente en forma oficial a la UMSA, en un acto académico en el paraninfo de la Universidad.
- j. El diploma de asistente social se cambió por el grado académico de trabajador social por las connotaciones asistenciales del nombre y por influencias de trabajo social norteamericanas.
- k. La re conceptualización del Trabajo Social en América Latina tiene su origen en el sub-desarrollo traumático y se crean condiciones de renovación y avances con la presencia de importantes movimientos y luchas sociales como la Revolución Cubana, y movimientos guerrilleros. Se hizo un análisis de las categorías ideológicas, objeto, método, formación profesional. Fue un movimiento de ruptura con el servicio social asistencialista y otros métodos tratando de incorporar aspectos políticos inherentes a la estructura socio-económica del país.
- l. En Abril de 1979 se origina la revolución universitaria, en la Universidad Mayor de San Andrés, la cual coincide con el movimiento de re conceptualización de Trabajo Social. Se hicieron modificaciones profundas en la estructura del plan de estudios cuyos cambios motivaron problemas posteriores para la titulación.

- m. En este periodo se efectuó, en la ciudad de Cochabamba, el Seminario Regional de Servicio Social en América Latina. La temática básica de discusión y debate fue la reconceptualización del servicio social a nivel de agencias y organismos con programas de bienestar social.
- n. En 1971 , se llevó a cabo el VII Congreso Interamericano de Bienestar Social, a partir de este congreso se formó el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) que junto con la Asociación Latinoamérica de Escuelas de Trabajo Social (ALAETS) conducen los encuentros internacionales.
- o. En esta época la reconceptualización en Bolivia iba dirigida hacia el logro de un nuevo perfil profesional, encaminada a una ansiada justicia social y a desarrollar, en la colectividad, una actitud defensiva proclamando sus derechos y reivindicaciones.

INSTITUCIONES QUE BRINDAN ASISTENCIA SOCIAL A NIVEL NACIONAL

AIPE - ASOCIACIÓN DE INSTITUCIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN

Lugar: La Paz

Red de ONGs o IPDs conformada por 27 instituciones que coadyuvan en la lucha contra la pobreza a través de programas de desarrollo urbano y rural.

APOSTAMOS POR BOLIVIA

Lugar: La Paz

Asociación para la ciudadanía conformada por cuatro organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la promoción de los derechos campesinos e indígenas.

ASOCIACIÓN PRO NIÑO DIFERENCIADO (APRONDI)

Lugar: Santa Cruz

La Asociación Pro Niño Diferenciado, es una Institución Civil sin fines de lucro creada en 1987, por un grupo de voluntarios que tiene por objetivo fundamental la ayuda al niño y joven con capacidades diferenciadas, entendiéndose por tales a las personas discapacitadas por estar afectados de una pérdida carencial o disminución transitoria o permanente de sus capacidades físicas y/o mentales, que lo limitan para su realización personal o integración social. Esta labor social ayuda a contribuir a la formación integral de los niños y jóvenes deficitarios en las áreas básicas del desarrollo (conducta adoptiva, personal, social, lenguaje y matriz para la integración al medio social).

ASOCRUZ

Lugar: Santa Cruz

Desarrollar un importante proyecto de Capacitación laboral a nivel departamental, para dotar a personas sordas de escasos recursos económicos de medios para conseguir una fuente laboral. Crear los servicios necesarios para que esta comunidad de personas sordas puedan, a través de la Capacitación, mejorar su calidad de vida y conseguir para ellos una integración real y total en esta sociedad. Ayuda y cooperación internacional en programas de detección precoz de las capacidades y destrezas laborales para la adecuada rehabilitación de las personas con deficiencia auditiva en Bolivia y en especial la ciudad de Santa Cruz.

CONAP-BOLIVIA

Provincia: Santa Cruz

Institución que busca ayuda para mitigar el hambre y la desprotección, el techo, y la pequeña y mini producción de los marginados, pobres, ancianos, y niños de la

Provincia más pobre de Bolivia como es la Provincia Cordillera del Departamento de Santa Cruz Bolivia. Somos la Coordinadora Nacional por la Autodeterminación de los Pueblos

CREAB-CENTRO DE RECURSOS Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN EN BOLIVIA

Provincia: Sucre

El CREAB es una Organización no Gubernamental (ONG) que como una entidad sin fines de lucro y de carácter nacional fue constituida en septiembre de 2005 con la finalidad de invertir esfuerzos en la concreción de acciones que colaboren de alguna manera al mejoramiento de las condiciones de vida en Bolivia.

ELESAHE

Dirección: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Oruro

ELESAHE es una organización sin fines de lucro, políticos, ni religiosos. Sus objetivos son: Aportar al desarrollo de la sociedad boliviana en el área de educación, resolviendo algunas de las principales causas que intervienen para el desarrollo profesional de la población, como es el factor económico. Promover la formación académica en estudiantes de bajos ingresos.

Proporcionar a los estudiantes de bajos ingresos, beneficios económicos a través de convenios con instituciones privadas.

Promover la competitividad en los profesionales y egresados, y otorgarles un beneficio económico para la realización de POST GRADOS.

ENDA-BOLIVIA

Dirección: Plaza España, Edificio Hnos. Gonzales. Casilla Postal: 9772.

Es una organización no gubernamental sin fines de lucro que trabaja en el campo social humanitario, a favor de los niños, niñas y adolescentes en alto riesgo de Bolivia

FONDECO – FONDO DE DESARROLLO COMUNAL (BOLIVIA)

Lugar: Santa Cruz

El objetivo del Fondo Interamericano de Desarrollo es construir y mejorar escuelas, clínicas médicas, bibliotecas, instalaciones deportivas, centros culturales, parques, y otras obras que estimulen un desarrollo más equitativo de la sociedad Boliviana.

FUNDACIÓN ARCO IRIS

Lugar: La Paz

Apoyo a los niños, niñas y jóvenes huérfanos, cuyos padres permanecen en la cárcel, los que viven o trabajan en las calles de La Paz.

FUNDACIÓN WAYNA WASI

Provincia: Sucre

La Fundación trabaja con los adolescentes y jóvenes que son expulsados o retirados de las instituciones estatales. Busca la equidad de condiciones, derechos, educación, capacitación que ellos puedan contar con su proyecto de vida, encaminados a mejorar su calidad de vida y la de los demás.

KOTEC

Provincia: Oruro

Determina las actividades donde se encuentran los problemas de drogodependiente. Realiza diagnósticos sobre las políticas a ser empleadas en los casos encontrados, efectúa asistencia legal, psicológica a las personas que están dentro la mancha ubicada.

Determina acciones estratégicas de rehabilitación, evalúa las tareas efectuadas y si es necesario realiza los ajustes técnico evaluativos. Determina actividades técnicas en colegios y las universidades de La Paz, Oruro y Cochabamba.

LA ASOCIACIÓN DE INSTITUCIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN (AIPE)

Red de Organizaciones No Gubernamentales (ONG s) o Instituciones Privadas de Desarrollo Social (IPDS) conformada por 24 instituciones, de carácter laico y sin fines de lucro, que coadyuvan en la lucha contra la pobreza a través de programas de desarrollo.

LA PROPUESTA DEL NOMBRE ES SUMAJ KAUSAY (UNA VIDA MEJOR)

Provincia: Sucre

El proyecto trabajara con las personas con capacidades diferentes apoyándose en el enfoque DE RBC (rehabilitación basada en la comunidad) con tres ejes fundamentales: 1.-Incidencias públicas 2.-Integración e inclusión a la sociedad y 3.- Educación con necesidades básicas especiales integración en la escuela e inclusión.

LBV LEGIÓN DE LA BUENA VOLUNTAD

Lugar: La Paz

Educación y Cultura con Espiritualidad, para asegurar la Alimentación, la Salud y el Trabajo para todos, a través de la formación del Ciudadano Ecuménico. Contenidos: Niñez y Adolescencia, Jóvenes y Adultos, Tercera Edad, Emergencia social y más.

PACHA PROYECTO AYUDA A LA COMUNIDAD HUMANA COMO ALTERNATIVA DE DESARROLLO

Provincia: Oruro

P.A.C.H.A. “Proyecto Ayuda a la Comunidad Humana como Alternativa de Desarrollo”, una organización sin fines de lucro destinado a trabajar por las personas, comunidades, grupos de madres, jóvenes, niños, etc., de escasos recursos económicos que requieren un apoyo para mejorar la calidad de vida.

PROGRAMA MOSOJ YAN

Provincia: Cochabamba

Mosoj Yan, que en quechua significa: Camino Nuevo, es un programa cristiano que apoya procesos de cambio de niñas y adolescentes quienes, por las precarias condiciones económicas de sus familias, se ven obligadas a trabajar desde temprana edad. El programa actualmente cuenta con los siguientes proyectos: Centro de niñas y adolescentes trabajadoras, Centro de Motivación, Centro de Renovación, Albergue de Restauración, Proyecto GAVih (Iniciado el 2008), Proyecto de Desarrollo Institucional y Fortalecimiento Organizacional (DIFO) (Iniciado el 2008), Estrategia de Productividad Social (EPS) y Estrategia de Movilización de Recursos (EMR)

VOCES VITALES

Provincia: La Paz

Voces Vitales es una ONG de Defensa de los Derechos Humanos. La filosofía que subyace a la implantación de un proyecto anti-acoso escolar parte de la necesidad de aumentar la sensibilidad social y moral contra la violencia en todas sus formas, para lo cual hay que reforzar las claves de convivencia escolar respetuosa, solidaria, con valores y con respeto a los derechos de las personas, sin ningún tipo de discriminación.

CONTEXTO LOCAL

ASPECTO HISTÓRICO

Tarija colonialmente recibía el apoyo de la Iglesia mediante colaboraciones, actos de caridad a personajes de esta época, la cual se encontraba en conflictos bélicos donde la Iglesia era el mediador de dichos conflictos por esto se toma que la Iglesia fue la pionera en la Asistencia Social de la ciudad de Tarija.

Tarija se ha ido transformando en estos últimos 30 años, es así que, los cambios en la infraestructura urbana, de educación, de salud, le están dando una nueva fisonomía como una ciudad moderna y preocupada del bienestar de sus habitantes, al igual que en el área rural, donde además de los proyectos de educación, salud, servicios básicos, etc., se ha generado un equilibrio urbano rural con la atención de la niñez, la juventud y las personas mayores.

SEDEGES

Una de las entidades más antiguas encargadas de realizar asistencia social en Tarija es el SEDEGES que surgió en el año 1969 como una organización de ayuda a la sociedad vulnerable ya 70 años al trabajando con la asistencia social y 14 años como SEDEGES constituyéndose en una institución pública que trabaja de manera conjunta con la gobernación. Actualmente SEDEGES cuentan con más de 473 centros en todo el departamento atendiendo a la población de 0 a 6 años; pero también atienden a los jóvenes y adolescentes con internados y centros integrales de apoyo pedagógico en cada una de las provincias y al adulto mayor.

Posteriormente surgieron otro tipo de instituciones por el crecimiento poblacional de personas con discapacidad con la llegada del Padre Miguel Donahue comenzó la ayuda las personas con capacidades diferentes.

ANET

Se fundó el 09 de mayo de 1986 a iniciativa de P. Miguel Donahue y un grupo de voluntarios y padres de familia en respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad (PcD) en Tarija.

Desde la organización de ANET se ha venido incentivando la construcción de Centros de Educación Especial en otros Municipios de Tarija como en Bermejo, Yacuiba y Villamontes.

En el año 2012 se trabajó con 7.584 niños/as y jóvenes con discapacidad entre tamizajes auditivas y visuales (4.776), operaciones (74), rehabilitación (2.070), educación especial (590) y colocación laboral (74). Entre los estudiantes hay 202 integrados en 53 Unidades Educativas y la Universidad Privado Domingo Savio.

CEEBA

En principio un grupo de profesionales tarijeños junto con padres de familia, intentó llevar adelante la educación especial, lamentablemente por falta de colaboración de instituciones estatales y privadas, esta inquietud duro muy poco. En 1985 la misión sueca libre en Bolivia, retoma a su cargo este trabajo, para el efecto proporciona una pequeña infraestructura en la zona del Palmarcito donde funcionaba con el nombre de Centro de Adaptación Diferencial (CADI). Por diferentes factores la misión decide retirar su colaboración.

Finalmente Amigos de los Niños excepcionales Tarija (ANET) organización constituida por profesionales voluntarios en diferentes especialidades que trabajan bajo la presidencia del Padre Miguel Donahue, plasma en realidad aquel deseo largamente acariciado, cual es el de contar con una infraestructura adecuada para albergar y atender las necesidades de niños y jóvenes excepcionales.

El centro de educación especial Bartolomé Attard CEEBA se funda el 20 de abril de 1988, fruto de un esfuerzo común entre CODETAR, H. ALCALDÍA MUNICIPAL,

COOPERATIVA MADRE Y MAESTRA, ANET y Organizaciones Internacionales como la CBMI (Cristoffel Blindenmission Internacional) y otras, hacen posible esta realidad.

CERFI

El CERFI Centro de educación y rehabilitación física, en sus inicios, se denominaba Proyecto de Parálisis Cerebral (PC) que funcionaba en los ambientes del Centro de Educación Especial “Bartolomé Attard” CEEBA con el apoyo financiero de “Tierra de Hombres Holanda”. (1993).

El año 1998 logra independizarse y fusionarse con el Proyecto de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) llamándose CERFI. Esto permite consolidar la atención en el área de discapacidad física en la zona urbana y rural del Departamento de Tarija.

En el año 2.007 Amigos de los Niños Excepcionales Tarija – ANET; firma un convenio de cooperación Interinstitucional con el Comité Departamental de la Persona con Discapacidad.

CODEPEDIS

CODEPEDIS es una institución que trabaja en beneficio de las personas que tienen capacidades diferenciadas, brinda atención en diferentes áreas, de los cuales el financiamiento es de la institución es dependiente de la gobernación.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser

Problemas con tu
forma de beber?
...podemos ayudarte



miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

DATOS POBLACIONALES DE LA ASISTENCIA SOCIAL

A NIVEL INTERNACIONAL

A NIVEL INTERNACIONAL (7.500 MILL.- 100%)	POBLACIÓN	PORCENTAJE
POBREZA	3.750 millones	50%
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CALLE	150 millones	2%
DISCAPACITADOS	757.120 millones	10%
ALCOHOLISMO	800 millones	10.6%
DROGADICCIÓN	525 millones	7%
ADULTO MAYOR	1000 millones	6.7%

A NIVEL NACIONAL

A NIVEL NACIONAL (10.389.903 mill.- 100%)	POBLACIÓN	PORCENTAJE
POBREZA	4 millones	62.7%
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CALLE	4.844.572	46%
DISCAPACITADOS	85.000	9%
ALCOHOLISMO	1.769.762	17%
DROGADICCIÓN	500000	4.8%
ADULTO MAYOR	740.269	7.12%

POLÍTICAS DE DESARROLLO HUMANO

POLÍTICAS DE DESARROLLO HUMANO

PROGRAMAS

1. Programa de fortalecimiento salud

- 1) Programa de apoyo educación alternativa
- 2) Programa de apoyo al mejoramiento de la educación superior

1. Programa de vivienda social

❖ Programa de acceso de saneamiento de servicios básicos

- Programa de fortalecimiento de asistencia social
- Programa de desarrollo integral de niños

- Programa de incentivo al deporte y cultura

PROYECTOS

- Infraestructura de salud : hospitales de 1º,2º, 3º nivel, de y hospitales especializados; materno infantil y oncológico y centros de salud
- Infraestructura de educación : nivel técnico nivel superior : politécnicos, institutos especializados en producción agrícola, pecuaria y forestal
- Urbanización de asentamientos sociales
- Vivienda social
- Tendido de redes de servicios básicos
- Infraestructura para la producción de energía
- Infraestructura de centros comunitarios: centros penitenciarios, centros de rehabilitación de reinserción social albergues social, centros infantiles
- Infraestructura cultural: teatro, foro, centro de convenciones, paseos y parques urbanos complejos deportivos.

POLÍTICA DE DESARROLLO HUMANO

PLAN:
GESTIÓN CON ASISTENCIA SOCIAL Y
SEGURIDAD PREVENTIVA

PROGRAMAS

PROGRAMA DE
FORTALECIMIENTO DE
ASISTENCIA SOCIAL

CENTRO INTEGRAL ADM.
DE ASISTENCIA SOCIAL

INFRAESTRUCTURA DE
CENTROS COMUNITARIOS

CEMENTERIOS

PROGRAMA DE
DESARROLLO INTEGRAL
DE NIÑOS

CENTROS INFANTILES

OFICINAS PROTECCIÓN
A LA INFANCIA

GUARDERÍAS DE
CENTROS DE TRABAJO

PROGRAMA DE
CENTROS DE TRABAJO

OFICINAS
RECLUTADORAS

INSTITUTOS DE
CAPACITACIÓN

PROGRAMA DE
CONTROL DE
DELINCUENCIA JUVENIL

CENTROS
CORRECCIONALES

CENTROS DE
REHABILITACIÓN

PROGRAMA DE
CONTROL DE
DELINCUENCIA CRIMINAL

CENTRALES DE
CONTROL Y MONITOREO

CENTROS
PENITENCIARIOS

CENTROS DE
REHABILITACIÓN

CENTROS DE
REINSERCIÓN SOCIAL

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo la arquitectura ha sufrido grandes transformaciones, ha pasado por importantes etapas con el fin de mejorar y aportar e innovar nuevas ideas que ayuden al hombre a resolver sus necesidades y a llevar una vida placentera. El hombre también ha modificado su forma de vida, sus hábitos, costumbres, las influencias sociales, culturales y económicas han cambiado su forma de pensar. Han surgido diferentes necesidades que el hombre ha ido resolviendo según sus posibilidades.

El tema de las adicciones es complicado desde puntos de vista médico y psicológico, ha logrado acaparar la atención de todos los niveles tanto sociales y económicos, afecta a hombres al igual que a las mujeres, no respeta edad, sexo, ni religión.

Cuando se habla de resolver el problema de las adicciones desde un punto de vista arquitectónico se piensa en un espacio con características que vayan de acuerdo de las necesidades del enfermo, que principalmente sirvan para internar y desarrollar actividades a la mano de los programas que ayuden a rehabilitar a los adictos, pero además se trata de que arquitectónicamente se logre provocar sensaciones y porque no incluso estabilidad emocional que ayude al adicto a rehabilitarse.

Se ha dado a la tarea de proponer el proyecto de un “CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDIENTES PARA LA CIUDAD DE TARIJA” pensando en resolver principalmente las necesidades del enfermo; proponiendo espacios sencillos, sobrios en todos sus aspectos, interviniendo elementos naturales que ayuden a provocar estabilidad y sobriedad en los enfermos.

En el presente trabajo se mostrará un análisis profundo sobre el tema de las adicciones, ya que desde el punto de vista arquitectónico es un poco más complicado entender la naturaleza del problema, analizando y comprendiendo su naturaleza, se podrá proponer espacios más acordes que ayuden a la rehabilitación.

ANTECEDENTES

Desde el punto de vista temático, sobre el cual se ha estudiado, se puede decir que se han generado una extensa cantidad de necesidades sobre el tema de alcoholismo, se ha creado en Tarija Alcohólicos Anónimos (A.A.), así como también existe (INTRAID) que trabajan para la prevención y fiscalización de los estupefacientes en muchos casos viven en las calles, quebradas y otros, de los cuales va en incremento día que pasa.

Se han investigado algunos proyectos sobre el tema y de los cuales no surten efectos en la sociedad como realidad en equipamiento, así como también no existen centros de rehabilitación públicos y privados en nuestro medio.

Se han tratado políticas mediante el gobierno actual para llevar a cabo una mejor ayuda, sin embargo no se logra ayudar a las personas enfermas y quedan en el olvido y sin poder ser tratados.

Es por esta razón que se plantea un proyecto para estas características para poder paliar los problemas que tienen las personas que se encuentran consumidas por esta enfermedad.

IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

El alcoholismo afecta a las familias, grupos de personas y sociedad en general, tanto física como psicológicamente. Entre las causas que permiten este problema se encuentran: Depresión, ansiedad, stress, baja autoestima, entre otras. Entre los efectos o consecuencias que trae consigo el alcoholismo están: violencia familiar física, psicológica, deserción escolar, comportamiento brusco de la persona que consume, cambios de actitudes, conductas irreprochables, etc.



El problema del alcoholismo va aumentando cada vez más, y con frecuencia la culpa recae en los gobiernos de turno al no ejecutar proyectos de gestión social como ser un centro de atención para personas con problemas de alcoholismo para la ciudad de Tarija, y también la culpa recae en la misma sociedad al no exigir la construcción del mismo. La edificación de un equipamiento para este fin, reduciría los efectos que causa el consumo excesivo de alcohol.

1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se podría reducir el consumo de bebidas alcohólicas, del tratamiento de anomalías Psicoactivas, en el programa de desarrollo social del gobierno departamental de la ciudad de Tarija para los próximos años?

HIPÓTESIS

Que el diseño y ejecución de un equipamiento de atención para personas con problemas de alcoholismo y farmacodependientes en nuestra ciudad reduciría los efectos que ocasiona el alcohol en nuestra sociedad. En el centro brindando atención médica, psicológica, capacitación laboral, pasantías laborales y otros, se podría reducir la pobreza, los problemas familiares, desempleo y otros, de todas aquellas personas que son afectadas y sufren de esta terrible enfermedad para los próximos años. Para evitar que las personas caigan en este mal, se tiene que implementar políticas nacionales, pero principalmente municipales contra el expendio y consumo excesivo de alcohol. También hacer cumplir las políticas existentes y las que se pretendan plantear.

PROPUESTA

Después de haber concluido con el análisis de la temática de asistencia social, se pudo detectar una infinidad de temas, muchos de los mismos presentan afecciones y problemas. Uno de ellos es el tema de alcoholismo que acarrea deficiencias a nivel nacional, departamental, pero principalmente municipal al no contar con un centro para personas con problemas de alcoholismo. Es por esta razón que se determina intervenir con el planteamiento de una propuesta de solución a través de un **centro de atención para personas con problemas de alcoholismo y farmacodependientes, para la ciudad de Tarija “Cercado”**. De esta manera reducir los problemas y falencias que presenta este tema que debería ser muy tomado en cuenta por las autoridades departamentales como también de la misma población.

JUSTIFICACIÓN

El constante aumento del índice de consumo de alcohol y drogas en Bolivia. Se presenta como uno de los principales problemas sociales que requiere de proponer soluciones inmediatas.

Bolivia ocupa el **primer lugar en el consumo** problemático de alcohol en Latinoamérica entre Argentina, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, otros. Según revela una encuesta que mide la Escala Breve de Bebedor Anormal de Alcohol (EBBAA)

En el estado plurinacional de Bolivia, **4,9 millones** de personas entre los 12 y los 65 años **han consumido alcohol**, el cual representa el **48,9% de la población**.

POBLACION CENSO 2012		POBLACION QUE CONSUME ALCOHOL	TOTAL
BOLIVIA	10027254	48,90%	4903327,206

Casi el 50% de la población boliviana consume alcohol. El 4% de la población del mundo tiene **problemas con el alcohol** y en Bolivia se estima **el 10%**, cuyo porcentaje es un aproximado porque no hay datos oficiales. De acuerdo a estudios realizados por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (Celin Bolivia) en el país, existe una tendencia marcada en cuanto al consumo de alcohol se refiere.

Es necesario desarrollar un **sistema integral para el tratamiento de las adicciones** como el alcoholismo mediante el establecimiento de una red de servicios especializados, que sumara los esfuerzos de los diferentes sistemas de atención incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, a los servicios de desintoxicación en hospitales generales o centros de salud de referencia y a las unidades que brinden tratamiento de complicaciones médicas en los servicios de salud.

Asimismo, se deben **impulsar programas de detección temprana**, intervención y referencia a servicios especializados, así como a programas residenciales para los

casos de dependencia severa, y a programas orientados a lograr y mantener la abstinencia con el apoyo familiar.

Siendo el alcoholismo uno de los problemas de mayor antigüedad de la humanidad ya que desde principios del origen del hombre se acostumbraba a consumir sustancias adictivas. Con el paso del tiempo se ha agravado el problema **provocan** principalmente **rupturas familiares, dañando a las personas que rodean al entorno, como a la misma sociedad** provocando problemas de **inseguridad** entre los que destaca la **delincuencia**.

Una persona que se encuentra sumergida en los problemas del alcohol o de alguna droga **pierde el control de sus actos, dañando su integridad física y mental**, el consumo de alcohol es más frecuente entre los varones con una proporción de 4 varones por cada mujer. Además que las adicciones a cualquier tipo de droga o bebida embriagante traen consigo **enfermedades de alto riesgo irreversibles** como: **cirrosis hepática, problemas del corazón, afectando** en gran parte las **neuronas** del cerebro.

Varón	varón	varón	varón	mujer
-------	-------	-------	-------	-------

Esta enfermedad involucra a toda la sociedad, **no respeta edad, ni sexo ni nivel socioeconómico**, así como se puede observar en nuestras ciudades, que se encuentran en lugares recónditos.

Tarija tiene costumbres y tradiciones, las mismas son combinadas con el consumo de bebidas alcohólicas; dando lugar a la formación negativa de niños y jóvenes.

En Tarija es palpable el problema de alcoholismo porque de acuerdo a datos estadísticos señala que Oruro, con 55,39%; **Tarija, con 52,03%**, y Cochabamba, con 48,58%, son los departamentos con mayor consumo de alcohol entre su población que equivale a **250887 personas** que consumen alcohol en nuestro departamento.

POBLACION CENSO 2012		POBLACION QUE CONSUME ALCOHOL	TOTAL	10% problemas de alcoholismo
TARIJA	482196	52,03%	250886,5788	25088,65788

Actualmente en el municipio no cuenta con instalaciones aptas para la rehabilitación, prevención y control de la enfermedad. Además innumerables ocasiones INTRAID ha solicitado la construcción de un centro para alcohólicos y drogadictos en la ciudad que se encuentra en estudio y diseño, además de que no se cuenta con los suficientes recursos para enviar a la familia del enfermo a las terapias familiares siendo esto primordial para su recuperación, y el enfermo termina en la mayoría de las ocasiones abandonado por estos factores.

Tarija es una ciudad en constante crecimiento y evolución tanto social, cultural y económico, como resultado a este crecimiento se ha incrementado las necesidades y ha saltado a la vista problemas como el abuso de las drogas y el alcohol, este problema ha rebasado a la ciudad, se requiere proponer espacios nuevos que soluciones dichos problemas o necesidades. La influencia que tiene la ciudad sobre las localidades a su alrededor es de gran importancia permitiendo proponer en la misma el proyecto del “CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS ALCOHÓLICOS” como respuesta a la demanda social.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

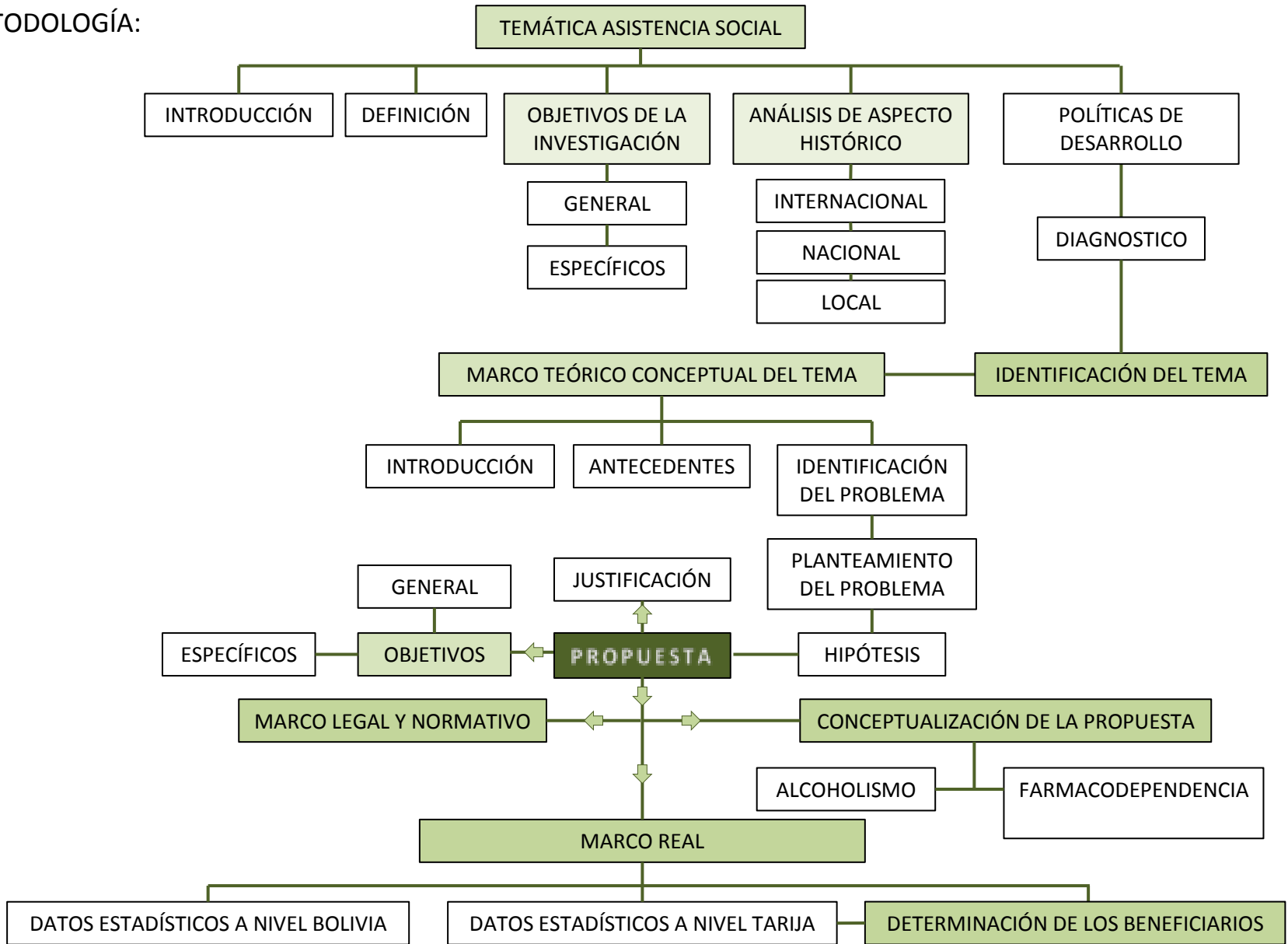
Diseñar un proyecto arquitectónico que responda a las necesidades reales del usuario por medio de espacios funcionales, confortables, seguros y agradables reflejando el género de edificio al que pertenece, que cumpla con las normas y reglamentos establecidos, integrándolo al contexto natural, usando materiales y sistemas constructivos regionales tomando en cuenta la sostenibilidad y las limitantes económicas. Que la calidad del mismo sea óptima, que los individuos puedan salir recuperados del tratamiento y no reincidan, que busque soluciones de reinserción para los más desprotegidos, que pueda generar educación para la sociedad, que el impacto social del Proyecto en sí, sea positivo y que ayude a disminuir el alto índice de alcoholismo.

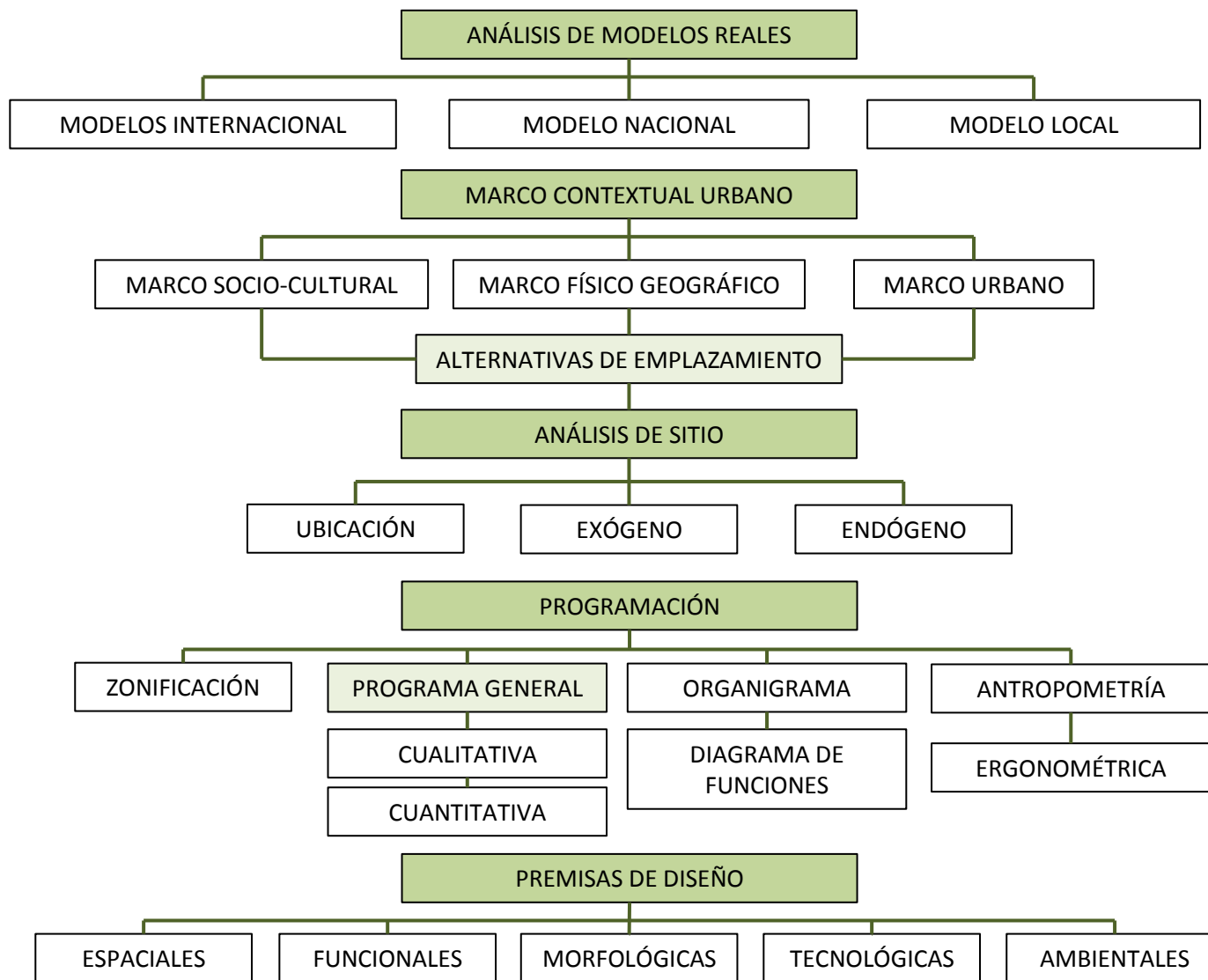
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

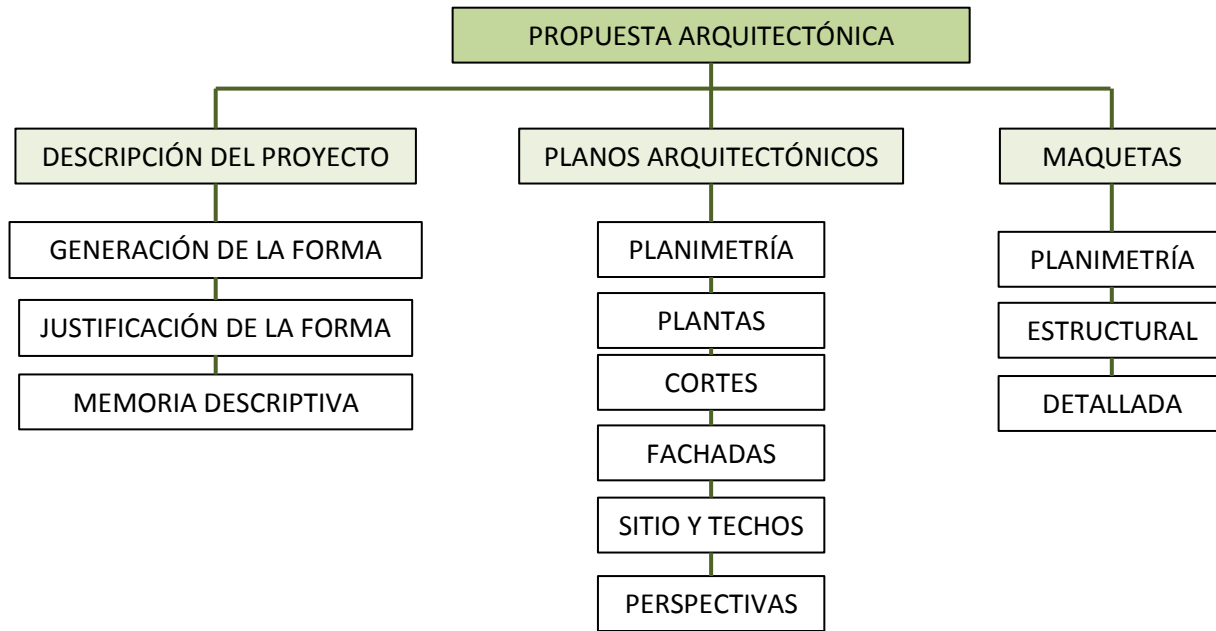
- Analizar cuáles son los tipos de tratamientos existentes y de qué forma se desarrollan en estos centros.
- Realizar un proyecto lo más factible posible, aplicando los conocimientos adquiridos en la carrera de arquitectura y urbanismo.
- Trabajar en conjunto con las diferentes instituciones de salud y los grupos necesitados.
- Investigar cuales son los tipos de programa se requiere para este tipo de centros.
- Buscar el sitio y/o lugar adecuado para el establecimiento del proyecto.
- Lograr un proyecto que sirva como modelo real para futuros temas sobre centros de rehabilitación.
- Involucrarse en el tema realizando entrevistas a personas con problemas de drogadicción, gente que trabaja en este tipo de funciones.

- Recopilación de antecedentes, usos de suelo, zonificación, normativas, condiciones para la construcción, materialidad y costos.
- Analizar modelos reales referidos al tema.
- Contribuir con la prevención y rehabilitación de los enfermos adictos en el municipio de Tarija (Cercado)
- Apoyar al municipio con el desarrollo social, económico y cultural.

METODOLOGÍA:







MARCO TEÓRICO INVESTIGATIVO

IMPORTANCIA HISTÓRICA DEL TEMA

El origen del alcoholismo va unido a la propia historia del hombre. Desde la antigüedad, el establecimiento de ciertos hábitos adictivos ha estado presente mediante actos como beber alcohol u otro tipo de pócimas, mascar hojas de tabaco o de otras sustancias, fumar marihuana o utilizar opio



para el dolor. Han sido, por consiguiente, numerosos los estudios que han demostrado que el uso de sustancias tóxicas en la sociedad se remonta a las culturas clásicas. En aquellos tiempos, estos tipos que el uso de sustancias toxicas en la sociedad se remonta a las culturas clásicas. En aquellos tiempos, estos tipos de conductas se convirtieron en hábitos adquiridos que evolucionaron hasta llegar a crear una relación de dependencia absoluta, tanto de sustancias como de actividades. El término actual de adicción se consolidó en el siglo XX, sustituyendo al de “embriaguez”, concepto que se empleó a lo largo del siglo XIX para referirse a este tipo de trastornos de comportamiento. Aunque en el siglo XIX el término de “embriaguez” hacía referencia, principalmente, al abuso de sustancias tales como el alcohol, opio y otros depresores del sistema nervioso.

El uso de abuso de drogas y fármacos en la sociedad actual es tan amplio que casi todo mundo conoce en algún detalle los conceptos de adicción y abuso. El término adicción ha invadido el lenguaje cotidiano y suele utilizarse para describir comportamientos que incluso no entrañan el consumo de drogas o fármacos.

El alcohol etílico representa la droga psicoactiva más utilizada en todo el mundo.

Actualmente su abuso ha adquirido proporciones masivas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y se encuentra asociado a toda una constelación de consecuencias adversas, de las cuales la enfermedad alcohólica

constituye sólo una pequeña parte, aunque la más relevante desde el punto de vista clínico.

El problema del alcoholismo se ha convertido, sin duda, en uno de los fenómenos sociales más generalizados de las últimas décadas, fruto de la importancia de este fenómeno han surgido una gran diversidad de estudios intentando establecer sus verdaderas dimensiones. Muchos de éstos, han coincidido en señalar la gran repercusión que ha tenido en los últimos años el consumo de bebidas alcohólicas sobre el sistema sanitario.

Existe, además, una amplia gama de problemas relacionados en los que el alcohol tiene directo o indirectamente un papel causal. Bajo el concepto de problemas relacionados con el alcohol se agrupan problemas médicos, tanto físicos como psicológicos; en las relaciones familiares, laborales sociales; accidentes domésticos, de tránsito; conductas violentas y lesiones auto inflingidas.

El alcoholismo en la mujer merece una consideración aparte porque, si bien se encuentran características comunes con el alcoholismo en el hombre, se distingue por los factores socioculturales que determinan el status de la mujer en nuestra sociedad. Los grupos sociales son menos indulgentes con las mujeres. Así se trata de un alcoholismo más secreto, solitario y controlado por el sentimiento de pudor que desencadena culpabilidad. El alcoholismo degrada más rápida y profundamente a la mujer en su status y sus papeles femeninos y maternos que al hombre en su status y papeles masculinos y paternales. El rechazo y la intolerancia social son más vivos y precoces para la mujer que para el hombre.

ADICCIONES.

Para comprender el problema de las adicciones empezaremos por analizar las definiciones, características y factores actuales de la enfermedad desde el punto de vista médico y psicológico ya que estas disciplinas son complementarias entre sí, para el



tratamiento de la enfermedad. Esto con el objeto de partir de información más fundamentada que nos ayude a un mejor resultado.

ADICCIÓN.

La palabra adicción actualmente es referida a cualquier tipo de conducta obsesiva en un individuo. Existen diferentes tipos de adicciones, se puede ser adicto al sexo, a la comida, a ciertas sustancias o al trabajo pero para nuestro estudio nos enfocamos a la comprensión de las adicciones de sustancias como son las drogas siendo este el objeto de nuestro trabajo.



La adicción es la dependencia compulsiva e incontrolable de una sustancia, de una costumbre o de una práctica, de tal magnitud que en su ausencia se producen graves reacciones emocionales, mentales o fisiológicas.

¡LA ADICCIÓN ES UNA ENFERMEDAD!

Y aunque en la actualidad hay numerosos estudios que fundamentan esta realidad, hay aún muchas personas que se resisten a aceptarlo. Por alguna razón, prefieren seguir considerando a los adictos como malos, débiles, viciosos y pecadores, y no como enfermos.

La enfermedad llamada adicción tiene ciertas características que la definen:

Es primaria: esto significa que no es consecuencia de otros factores o de otra enfermedad.

Es progresiva: en la medida que pasa el tiempo y la persona continua consumiendo, la dependencia se vuelve más severa y aumentan los daños en todas las áreas de la vida del adicto y de los que le rodean.

Es incurable: aunque el adicto deje de consumir durante años, si lo vuelve a hacer quedara “atrapado” nuevamente.

Puede ser mortal: el adicto puede morir debido a los dramáticos efectos que las sustancias causan en su cuerpo, o por accidente; o puede causarles la muerte a otros al manejar bajo los efectos del alcohol o las drogas, o en otras circunstancias, como una pelea, etcétera. El riesgo de llegar a este punto solo se puede evitar si el adicto deja de consumir y se involucra en un proceso de recuperación.

Es sistémica: muchas de las personas que rodean al adicto contribuyen a alargar o perpetuar la etapa de consumo.

Es tratable: el adicto puede vivir una vida sana, feliz y con calidad, lejos del alcohol y/o las drogas.

SÍNTOMAS DE LA ADICCIÓN.

En la adicción como en toda enfermedad existen claros signos y síntomas que permiten identificarla:

Negación: el adicto no reconoce que tiene un problema en su forma de beber o consumir drogas, ni las consecuencias negativas que está ocasionando en todos los aspectos de su vida. Miente respecto de su consumo y lo justifica diciendo que lo hace por tal y cual razón y que puede dejarlo en el momento que quiera.

Pérdida de control: en algunos adictos se presentan más rápido que en otros y se caracteriza por la incapacidad de la persona para determinar en consumo, aun cuando este le esté ocasionando graves problemas en todas las áreas de su vida.

Conducta de búsqueda: el adicto desarrolla un conjunto de comportamientos, a veces peligrosos y riesgosos para sí mismo y para otros, con el fin de asegurar la obtención de la sustancia.

Obsesión o preocupación excesiva: el adicto se preocupa mucho respecto a cómo conseguir la sustancia, en donde consumirla, que inventar para poder hacerlo, como justificar todo lo relacionado con el consumo, como asegurarse de que tendrá suficiente sustancia hasta que pueda conseguir más. La obsesión acapara su interés, su energía y su pensamiento, y otras áreas de su vida quedan totalmente desatendidas.

Compulsión: se siente fuertemente impulsado a consumir una y otra vez, aun cuando este tenga grandes consecuencias.

Estos síntomas pueden presentarse con diferente intensidad y forma e intensificarse con el paso del tiempo, a medida que progresa la enfermedad.

LAS RAÍCES DE LA ADICCIÓN

Herencia

Anormalidades en el metabolismo

Factores bioquímicos y neurofisiológicos (alteraciones en la química del cerebro)

Otros factores no orgánicos que influyen en la enfermedad.

Herencia

El Dr. Robert L. Dupont, reconocido autor y experto en adicciones, afirma:



La predisposición genética a la adicción es real, importante y cada vez más objeto de estudios científicos. La raíz de la adicción está en el cerebro humano. Esto significa que en el cerebro de un adicto hay profundos desordenes químicos.

La adicción es causada por anomalías bioquímicas y neurofisiológicas que se pasan de una generación a la siguiente. La adicción es heredada. Sin embargo, lo que se pasa de generación en generación no es la adicción misma, sino la vulnerabilidad y predisposición a ella.

Según las estadísticas, el riesgo de que las hijas de adictos hereden la enfermedad es de alrededor de 15% y de que la hereden los hijos varones es de 30%

Sin embargo, encontramos familias donde uno que otro miembro de cada generación es adicto, pero otras donde muchos de ellos, o casi todos, lo son. Esto es



comparable con el hecho de que en cierta familia solo uno que otro hereda los ojos azules o el cabello rizado, y en otra familia muchos lo heredan.

Anormalidades en el metabolismo

Este aspecto esta directa y específicamente relacionado con el alcoholismo.



La palabra metabolismo se refiere a la gran cantidad de reacciones y procesos químicos que suceden en el organismo, mediante los cuales este toma los elementos que necesita del oxígeno que se respira, y de todo aquello que se ingiere, y los transforma en las sustancias que requiere

para llevar a cabo todos y cada uno de sus procesos vitales, y elimina lo que no le sirve o le hace daño.

El hígado es el órgano encargado de metabolizar el alcohol, y este proceso está controlado por gran cantidad de enzimas (sustancias que ayudan a llevar a cabo el metabolismo).

Las enzimas y la proporción en se tienen está determinada por los genes. Las enzimas influyen directamente en la forma en que cada persona metaboliza el alcohol.

Entonces, la reacción individual al alcohol la determinan las enzimas, y estas, a su vez, son determinadas por los genes heredados.

Lo que sucede cuando se ingiere alcohol es lo siguiente: cuando un individuo que no es alcohólico bebe alcohol, su hígado lo metaboliza, convirtiéndolo primero en acetaldehído y posteriormente en ácido acético (acetato), para después eliminarlo del cuerpo a través de sudor, la orina y la respiración.

El alcohólico, las cosas suceden de forma diferente. Anormalidades en sus enzimas, genéticamente determinadas, hacen que su organismo metabolice el alcohol de manera distinta.

Cuando el alcohólico ingiere alcohol, su hígado lo metaboliza convirtiéndolo en acetaldehído. Pero aunque el hígado hace un arduo trabajo para transformar el acetaldehído en ácido acético, de manera que luego el cuerpo lo pueda eliminar, una buena cantidad de acetaldehído se le escapa al unirse a varias sustancias, como los glóbulos rojos, que transportan el oxígeno a cada órgano del cuerpo, incluyendo el cerebro. Entonces el acetaldehído atraviesa la barrera protectora de sangre del cerebro y circula libremente en el tejido cerebral.

Investigaciones recientes sugieren que las células del cerebro del alcohólico pueden también poseer enzimas para crear acetaldehído directamente durante el metabolismo del alcohol.

En el alcoholismo, el acetaldehído es sumamente importante. Cuando este se combina en el cerebro con los neurotransmisores (sustancias químicas cerebrales), se crean unos químicos llamados tetrahidroisoquinolines (THIQ), muy parecidos a los opiáceos (heroína y morfina), y que son muy adictivos e inducen a una conducta de beber en exceso.

En los cerebros de alcohólicos crónicos se encuentra una gran cantidad de THIQ, y esta es la responsable de que se produzcan importantes cambios en la química de su cerebro que generan esa necesidad patológica de consumir alcohol, sin importar las consecuencias desastrosas que esto cause. Este asusto del THIQ es solo un factor en la compleja enfermedad de la adicción.

Investigadores del instituto de ciencias del cerebro Riken, en Wako, Japón, después de una serie de experimentos, concluyeron que aquellas personas que por un defecto genético poseen grandes cantidades de una enzima llamada ifntirosina kinasa son más susceptibles a la adicción al alcohol que las que tienen menores cantidades de la

misma, ya que esta enzima de alguna manera contrarresta los efectos del alcohol en el cerebro y provoca que sean menos sensibles a sus efectos, lo cual las llevara a consumir enormes cantidades de alcohol antes de sentirlos.

Factores bioquímicos y neurofisiológicos (alteraciones en la química del cerebro)



En 1990, los investigadores Kenneth Blum y Ernest Noble descubrieron, después de varios años de intensa investigación, que en los adictos existen ciertos géneros o combinaciones de genes que determinan si una persona estará predispuesta a no a la enfermedad de la adicción.

El cerebro humano está compuesto de millones de células nerviosas llamadas neuronas, cada una de las cuales tiene dendritas.

El cuerpo de la célula contiene información genética en su núcleo.

El axón es la extensión de la neurona a través de la cual esta se conecta con otra neurona y le envía mensajes.



Las dendritas son extensiones de la neurona que reciben mensajes a través de los axones de otras.

Así pues, cada neurona envía mensajes a otras en forma de impulsos electro químicos que ocurren en el minúsculo espacio que queda entre el axón que envía y la dendrita que recibe y que se llama sinapsis. Para llevar a cabo esta función, el cerebro cuenta con un conjunto de “mensajeros”, sustancias químicas especializadas llamadas neurotransmisoras.

Para pasar estos mensajes de una neurona a otra, el axón libera los neurotransmisores en la sinapsis y la dendrita los recibe. Una vez que esto sucede, el axón recupera los neurotransmisores y los recicla una y otra vez.

Los neurotransmisores más importantes involucrados en la enfermedad de la adicción son: la dopamina, la serotonina, la norepinefrina y el gaba.

Función de cada uno:

Dopamina: produce sentimientos de bienestar, euforia, incrementa el estado de alerta, la excitación sexual y la agresividad. También reduce la conducta compulsiva.

Serotonina: produce sentimientos de bienestar, eleva el umbral del dolor, induce el sueño y reduce la conducta compulsiva y agresiva.

Norepinefrina: incrementa los sentimientos de bienestar y reduce la conducta compulsiva.

Gaba (ácido gama amino butírico): eleva el umbral del dolor y reduce la conducta compulsiva y la ansiedad.

En un cerebro normal, cuando a través del axón la neurona libera un neurotransmisor, este busca los sitios receptores en la dendrita de la otra neurona con la cual está conectada, y cuando los encuentra, descarga en ellos su información. Kenneth Blum y Ernest Noble descubrieron en sus investigaciones que en los adictos ocurrió una mutación genética que provoca que tengan alrededor de 30% menos de sitios receptores de dopamina en el cerebro. En un cerebro normal, la cantidad de sitios receptores de dopamina y la cantidad de la misma que se produce en el cerebro están en equilibrio.

Pero en los adictos no existe este equilibrio debido a que lo poseen menos sitios receptores y esto provoca que sus neuronas no liberen dopamina de forma normal, y

en consecuencia, que tengan que estimular la liberación de dopamina tomando sustancias como alcohol y drogas.

Este incremento en la producción de dopamina, causado por el consumo de alcohol y drogas, empeora notablemente las cosas, porque el cerebro se adapta a estas “falsas” cantidades de dopamina y crea nuevos sitios receptores para recibirla, lo cual, a su vez, provoca que el adicto necesite consumir más y más cada vez para mantener esa cantidad de dopamina en su cerebro, ya que al haberse creado nuevos sitios receptores cada uno de ellos clama por su dosis.

El hecho de saber que en los adictos existe esta escasez de sitios receptores de dopamina nos ayuda a comprender por qué ellos experimentan esa especial sensación de bienestar desde que consumen alcohol u otra droga por primera vez. Si recordamos que la dopamina produce sensaciones de placer y euforia, nos queda claro que su escasez en el cerebro de los adictos es la responsable de que estos se sientan impulsados a consumir drogas y alcohol para incrementarla y experimentar ese bienestar que tal vez nunca antes habían sentido.

Pero ese bienestar ficticio dura solo un corto tiempo, porque después de la etapa inicial del consumo es sustituido por la miseria, el malestar y el sufrimiento.

Según Blum y Noble, existen otras mutaciones genéticas que determinan hacia cual sustancia se sentirá más fuertemente atraído el adicto: al alcohol, la cocaína, la marihuana, la heroína o la nicotina, o si se enganchara en otras adicciones no químicas, como compulsión por apostar, adicción al sexo, al trabajo, a comprar, a comer, o si, en lugar de eso, desarrollara otros desordenes, como hiperactividad, o déficit de atención.

Este defecto en los receptores de dopamina es solo una de las anomalías genéticas involucradas en la predisposición a la adicción. Hay muchos más genes que también desempeñan papeles importantes o secundarios en la enfermedad.

Otros factores no orgánicos que influyen en la adicción.

Si bien no existe duda de que la adicción tiene raíces genéticas, bioquímicas y neurofisiológicas, también es cierto que hay otros factores que influyen directa y fuertemente en el desarrollo de la enfermedad y en la forma en que se manifiesta:

Uno de ellos es que la persona le conceda gran importancia al uso de alcohol y otras drogas y disfrute su experiencia al consumirlos. Aunque hay que recordar que esta agradable experiencia es solo en la primera etapa de la adicción. Otro factor es que haya empezado a consumir a temprana edad. Cuanto más joven es la persona cuando comienza a consumir drogas y alcohol, más rápido progresara la enfermedad

Y un factor más es el medio ambiente. Un medio ambiente que permite e incluso anima el consumo de alcohol u otras drogas (reunirse con personas que las consumen).

Tener creencia personales favorables al consumo de drogas y alcohol. Por ejemplo: “estas sustancias son buenas, está bien consumirlas, ayudan a ser más creativo”, etcétera.

Tener desordenes de carácter. Algunos investigadores afirman que los adictos tienen un tipo de personalidad específico: son impulsivos, deshonestos, insensibles a los sentimientos de otros, rebeldes contra la autoridad. No obstante, los estudios más recientes descartan que haya una personalidad adictiva preexistente y confirman que esos desordenes de carácter son consecuencia del consumo y no una causa. Por otra parte, muchas personas no adictas tienen también esos rasgos de personalidad.

La imperiosa necesidad de consumir es un mal funcionamiento de los centros de recompensa del cerebro que involucran los neurotransmisores y las enzimas que los controlan. La investigación genética indica que el mal funcionamiento empieza en el gen. La investigación psicológica y sociológica indica que el ambiente puede

desencadenar, empeorar o en algún grado, aliviar la predisposición genética, pero los factores determinantes son biogénéticos y bioquímicos.

FENOMENOS FARMACOLOGICOS. TOLERANCIA.

La tolerancia es la reacción más frecuente al consumo repetitivo de la misma droga y se puede definir como una reducción en la reacción a aquellas después de administraciones repetidas. Conforme se incrementa la dosis, aumenta también el efecto observado.

Dependencia física. Es un estado que resulta de la adaptación (tolerancia) producida por el ajuste de los mecanismos homeostáticos ante la administración repetida de una sustancia. Las drogas pueden afectar múltiples sistemas que antes estaban en equilibrio; estos sistemas deben recuperarse con la inhibición o estimulación ejercida por un fármaco específico.

Síndrome de supresión. La única prueba real de dependencia física es la aparición del síndrome de supresión (**síndrome de abstinencia**) cuando la droga deja de utilizarse. Surgen signos y síntomas de supresión cuando se interrumpe a modo repentino la administración. De la droga a la persona que depende de ella desde el punto de vista físico.

Los síntomas de abstinencia tienen por lo menos dos orígenes:

- 1.- retiro de la sustancia de dependencia.
- 2.- hiper excitación del sistema nervioso central a causa de la readaptación a la falta de droga.

FARMACODEPENDENCIA.

La farmacodependencia o drogadicción es una enfermedad biopsicosocial, caracterizada por el abuso y la dependencia de sustancias químicas. Produce graves problemas físicos, familiares, laborales y sociales.

CLASIFICACIÓN.

Existen varias clasificaciones de las sustancias adictivas de acuerdo a su estructura y propiedad química y a los efectos que producen en el sistema nervioso central (SNC). De estas existen varias versiones; una clasificación de utilidad práctica es la de NIDA (National Institute of Drug Abuse.) clasificado por el efecto estimulante o depresor.



- **Los depresores** (alcohol, sedantes, narcóticos y ansiolíticos, cannabis, así como disolventes volátiles) reprimen todas las estructuras pre sinápticas neuronales con la consecuencia disminución de la función de los respectivos receptores post sinápticos. El alcohol al igual que otros depresores

como los barbitúricos y las benzodiazepinas produce una estimulación de la transmisión inhibitoria.

El grupo de los narcóticos incluye al opio, morfina, heroína, meperidina, codeína, difenoxilato, fentanyl, nalbufina, propoxifeno y la metadona.



- **Los estimulantes o simpaticomiméticos** (cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, alucinógenos, y estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas) ejerce un bloqueo sobre la inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa. Sus

mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por afectación fisiológica; por ejemplo, aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, alargamiento de la acción de los neurotransmisores, debilitamiento de la membrana neuronal o reducción del tiempo de recuperación sináptica.

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

DEPRESORES					
TIPO DROGA	DE	EJEMPLOS (<i>nombre común</i>)	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Cannabis		*Marihuana (<i>toque, mota, hierba, chora, grifa, chuby, churro, flexo, bacha, juanita, material</i>). *Hashish (<i>Hash</i>)	Fumada. puede ser consumida en galletas o pasteles	*Hierba de olor semejante a orégano quemado *Sustancia gomosa de color negro-café	*Posibles daños al Sistema Nervioso por las sustancias usadas para su cultivo *Síndrome de desmotivación. *Disminución de la capacidad creativa e intelectual. *Esterilidad en el hombre. *Trastornos en el ritmo ovulatorio de la mujer. *Factor de riesgo para cáncer 8 veces superior al del tabaco.
Tranquilizantes		Valium, Lexotán, Ativán, Rohypnol, Rivotril. (<i>pingas, pastas, chochos</i>).	Oral	Pastillas y tabletas	*Promiscuidad sexual *Deshinibición de los impulsos agresivos. *Deterioro en los procesos de pensamiento, atención y memoria. *Cambios desfavorables en actitudes escolares y sociales.
Alcohol		Cerveza, Vino, Tequila, Licor	Bebido	Líquido	*Detención y/o deterioro del crecimiento físico, mental y emocional. *Deshinibición de impulsos agresivos y sexuales. *Alto riesgo de accidentes al conducir. *Aislamiento social.
Opiáceos (narcóticos) de origen natural		*Heroína (<i>chiva, heroica</i>)	*Inyección: subcutánea, intravenosa, intramuscular *fumada *inhalada	*Piedra o polvo café amarillento o blanco.	*Deterioro en el pensamiento, atención y memoria. *Cambios drásticos en actitudes escolares y sociales. *Síndromes de supresión violentos. *En la supresión o en periodos de no consumo estados anímicos centrados en insatisfacción y frustración. *Exposición a contagio de enfermedades infecciosas (hepatitis SIDA)

Opiáceos (narcóticos) de origen sintético y análogos	Codeína Nuvaín Darvón Temgesic Demerol Fentanil	*Oral *Intravenosa	*Jarabes *Pastillas, cápsulas. *Soluciones inyectables	*Alto nivel adictivo. *Suprimen el hambre. *Estados de desnutrición. *Apatía ante la vida. *Deterioro de la capacidad de pensamiento. *Agresión en la supresión *Problemas escolares, laborales y sociales
Barbitúricos	Pentobarbital, Secobarbital. (pastas, nembus, muñecas, barbas)	Oral	Cápsulas de color rojo, amarillo o azul.	*Alto riesgo de intoxicación cruzada con alcohol *Riesgo de paro respiratorio. *Apatía ante las actividades cotidianas.
Inhalables	Tonsol (toncho), Thinner, Resistol (chemo, pegue, FZ-10, flan, activo, vainilla) Gasolina, Nitrito de amilo (poopers, rush)	Inhalado	Líquido transparente de olor penetrante Pegamento amarillo	*Conductas agresivas. *Depresión del sistema inmunitario del organismo. *Síndrome de supresión intenso. *Experimentación de estados anímicos de frustración y depresión. *Deterioro de los procesos mentales. *Aislamiento.

Todas ocasionan conflictos con la familia, generación de resentimientos, aislamiento, problemas emocionales, pérdida de la confianza y la autoestima, problemas económicos, problemas legales, pérdida de la dignidad.

ESTIMULANTES				
TIPO DE DROGA	EJEMPLOS nombre común)	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Cocaína	*Cocaína (coca, blanca, nieves, perico) *crack (base, baserola)	*inhalada, fumada, inyectada *fumada	*Polvo blanco amarillento *Piedras o cristales blancos con olor dulce	*Fantasías paranoides. *Deterioro en el proceso del pensamiento. *Impotencia sexual. *Se presenta inseguridad. *Deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje. *Alteraciones cardiovasculares. *Alteraciones en la actividad cerebral.
Alucinógenos de origen natural	*Hongos (pajaritos, san isidros, derrumbes) *Peyote (cabeza, botones)	Oral	*Similar a champiñones *Tubérculo amorfo	*Alto riesgo de rompimientos psicóticos. *Exposición a accidentes. *Deterioro en la capacidad de pensamiento.
Alucinógenos de origen sintético y análogos	LSD (ácidos, micropuntos) PCP (polvo de ángel)	Oral (en azúcar, calcamonías o pedazos de papel)	Líquido e incoloro Líquido, cápsulas píldoras o polvo	*Apatía hacia las actividades cotidianas. *Aislamiento. *Explosiones de agresión. (especialmente con el consumo de

		Inyectado	blanco cristalino	PCP) *Cambios desfavorables en actitudes escolares, familiares y sociales *Vacío existencial.
Anfetaminas y análogos	Ionamín, Esbelcaps, Ritalín, Tonoate dospan (<i>anfetás</i>)	Oral	Pastillas o cápsulas	Disminución de la capacidad de atención, concentración y atención.
Metanfetamina y análogos	Cristal (<i>crístina</i>) Ice, Crank	Oral, Inyectado Inhalado	Píldoras, polvo blanco o como pedazos de cera.	*Generan una dependencia muy intensa. *Complicaciones orgánicas como daño al hígado, pulmón, riñón, irritación cerebral, pérdida de peso, desnutrición, deficiencias en el sistema inmunológico.

Todas ocasionan conflictos con la familia, generación de resentimientos, aislamiento, problemas emocionales, pérdida de la confianza y la autoestima, problemas económicos, problemas legales, pérdida de la dignidad.

Como se puede observar en las tablas anteriores, todas las drogas producen diferentes reacciones en la personalidad al consumirse así como diferentes daños en el organismo, algunas producen consecuencias más severas que otras.

También se puede observar que el individuo ha ideado diferentes formas de consumo, y diferentes sobrenombres para referirse a ellas con disimulo sobre todo en las drogas que están prohibidas.

ALCOHOLISMO

Existen diferentes tipos de drogas que producen adicciones al cuerpo humano como son; la marihuana, la cocaína y el alcohol siendo estas las más populares y las de mayor consumo ante la sociedad. Sin embargo la que más se consume es el alcohol por lo que se le dará prioridad a su comprensión a diferencia de las otras. Ya que es la base principal del objeto de nuestro estudio.

ALCOHOLISMO

Dependencia extrema de cantidades excesivas de alcohol, asociada a un patrón acumulativo de conductas desviadas. El alcoholismo es una enfermedad crónica, de inicio lento e insidioso, que puede presentarse a cualquier edad.

Se desconoce la causa pero se piensa que los factores culturales y psicosociales tienen un papel en su



desarrollo ya que en las familias de pacientes alcohólicos se observa la mayor incidencia de alcoholismo. Las consecuencias médicas más frecuentes del alcoholismo son la depresión del sistema nervioso central y la cirrosis hepática. La gravedad de ambas alteraciones puede ser mayor en los casos en los que no haya ingestión de alimentos. Los pacientes alcohólicos pueden sufrir también gastritis de origen alcohólico, neuropatías periféricas, alucinaciones auditivas y problemas cardíacos. Además, la suspensión brusca de la ingestión de alcohol produce debilidad, sudoración e hiperreflexia. El cuadro más grave que se puede producir por esta causa se denomina delirium tremens.

CLASIFICACIÓN.

- **Alcoholismo agudo**, embriaguez o intoxicación que se produce por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. El síndrome tiene un perfil temporal y se caracteriza por depresión de los centros nerviosos superiores que origina un trastorno en el control motor, estupor, pérdida de la

coordinación y con frecuencia náuseas, deshidratación, cefaleas y otros síntomas.

- **Alcoholismo alfa**, forma leve de alcoholismo, en la que la dependencia es psicológica y no física.
- **Alcoholismo crónico**, proceso patológico provocado por el consumo habitual de alcohol en cantidades excesivas. Los síntomas consisten en anorexia, diarrea, pérdida de peso, trastornos neurológicos y psiquiátricos (principalmente depresión) y degeneración grasa del hígado que en ocasiones produce cirrosis.

ETANOL

El etanol corresponde a una amplia variedad de compuestos diferentes desde el punto de vista estructural que deprimen la función del sistema nervioso central (SNC). El etanol difiere de casi todos los otros depresores (depresivos) del SNC por cuanto se encuentra ampliamente disponible para adultos, y su uso es legal y aceptado en muchas sociedades. Relacionados con esta disponibilidad difundida del etanol están los enormes costos personales y sociales del abuso de su consumo; millones de individuos se convierten en personas que abusan de la ingestión de alcohol, o en alcohólicos.

BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMUNES. SU ORIGEN Y CONTENIDO DE ALCOHOL ETÍLICO.

TIPO DE BEBIDA	ORIGEN	% ALCOHOL POR VOLUMEN *	CONTENIDO ALCOHOL GRAMOS/ONZA**	DE EN
cerveza	Malta de cebada	4 a 6	0,95 - 1,42	
vinos de mesa (tinto)	jugo de uvas	12 a 14	2,84 - 3,31	
aperitivos	jugos de frutas adicionados de azúcar y brandy	16 a 22	3,80 - 5,21	
licores	igual, con mayor cantidad de alcohol	22 a 50	5,21 - 11,85	
destilados:				
Whiskey	malta de granos	38 a 50	9,50 - 11,85	

Brandy (cognac)	jugo de uvas	ídem	ídem
Ron	melaza	ídem	ídem
Vodka	papas y otras fuentes	ídem	ídem
Ginebra	diversas fuentes	ídem	ídem
Tequila	Agave	ídem	ídem

*En la mayor parte de las bebidas el contenido de etanol se expresa en % que es equivalente a G.L. (grados litro) y la mitad de "proof" o graduación alcohólica. Ej.: un Whiskey con 50% de etanol = G.L. 50= 100 "proof".

** Para convertir onzas a milímetros, multiplicar por 29,574.

REACCIONES EN EL ORGANISMO POR EFECTO DEL ALCOHOL.	
Daño	Descripción
Sistema nervioso central	Es de manera primaria un depresor del sistema nervioso central.
aparato cardiovascular	efectos sobre las lipoproteínas séricas, y cardiovasculares
Hipertensión	aumento de la presión arterial
Arritmias Cardíacas	Taquicardia supra ventricular, fibrilación y aleteo auriculares
Cardiomiopatía	deprime la contractibilidad cardíaca y conduce a la cardiomiopatía
Apoplejía	incidencia más alta que lo normal de apoplejía de origen hemorrágico e isquémico
Musculo Estriado	decremento de la fuerza muscular
Temperatura Corporal	Cesación de calor, incremento de la sudación.
Diuresis	Inhibe liberación de vasopresina (hormona anti diurética).
Tubo digestivo	esófago, difusión esofágica
	Estómago, altera la barrera mucosa gástrica y causa gastritis aguda y crónica.
	intestinos, diarrea crónica
	Páncreas, pancreatitis aguda y crónica.
	Hígado, infiltración adiposa del hígado, hepatitis y cirrosis.
vitaminas y minerales	falta casi completa de proteínas, y vitaminas
Función Sexual	deterioro de la función sexual
Efectos hematológicos e inmunitarios	Anemia microcítica debido a la pérdida de sangre y deficiencia de hierro crónicas.
Síndrome alcoholismo fetal	Agrupación de anomalías craneofaciales, disfunción del SNC, falta de prenatal, o ambas de crecimiento, con la edad, trastornos de la audición, el lenguaje y el habla.

Como se puede observar en esta tabla el alcohol es un agente dañino que deteriora la mayor parte cuerpo humano, de forma irreversible. Su absorción y metabolismo es de

manera más lenta a diferencia de otras drogas, los efectos dañinos dependerá de la cantidad y frecuencia de la ingestión de alcohol.

SINTOMATOLOGÍA.

El alcohol produce diferentes síntomas en el individuo que lo consume, la sintomatología varía según la concentración de alcohol que se encuentre en la sangre.

Clínicamente se clasifican en 6 etapas degenerativas donde se muestran las diferentes reacciones del individuo desde una simple exaltación, hasta llegar a la propia muerte.

Primera (sub clínica): 1mg de alcohol por centímetro cubico de sangre. No hay alteración, solo exaltación de las funciones intelectuales; el individuo se siente eufórico, con bienestar general, alegre, le brillan los ojos, la piel está caliente y húmeda, pulso rápido, locuacidad inagotable, fuerza física aumentada, se cree capaz de realizar grandes proezas y afrontar grandes peligros. La excitación genital se despierta; el más reservado o tímido se vuelve galante, atrevido, es generoso.



Segunda (estimulación): de 1 a 1,5 mg de alcohol por centímetro cubico de sangre. Es una exaltación de la primera; algunos individuos se encolerizan por cualquier causa, discuten y, en ocasiones, se entregan a la violencia.

Otros lloran por insignificancia y hablan de fracasos y traiciones.

Tercera (confusión): de 2 a 3 mg de alcohol por centímetro cubico de sangre. Las facultades intelectuales se pierden paulatinamente; hay pérdida del control de las ideas y en ocasiones amnesia. El lenguaje es declamatorio y de tonalidad ridícula individuo es a veces inmoral. El control del aparato motor se pierde, por lo cual la marcha se hace zigzagueante, con



sensación de vértigo; el aparato motor ojo no funciona bien (diplopía). En el oído hay zumbidos, sordera, por lo cual el individuo grita; se pierde la noción del tiempo y del espacio.

Cuarta (atontamiento): de 3 a 4 mg de alcohol por 1 centímetro cubico de sangre. El sujeto es un fardo, la desorientación es completa, en un verdadero estado de inconsciencia que lo lleva a cometer malas acciones y violencias; el lenguaje es incoherente, ininteligible y absurdo. La marcha casi es imposible, siendo frecuentes las caídas; la escritura es imposible, la mirada vertiginosa. Respiración y pulso muy acelerados.



Quinta (comal): de 4 a 5 mg de alcohol por 1 centímetro cubico de sangre. Se caracteriza porque el sujeto entra en un estado comatoso; la respiración es difícil, arrítmica primero, estertorosa después. Hay cianosis en cara y extremidades; los reflejos están disminuidos, casi abolidos. Sudores profusos, músculos relajados, siendo frecuente la incontinencia de los esfínteres; el pulso es pequeño y retardado, hay hipotermia.

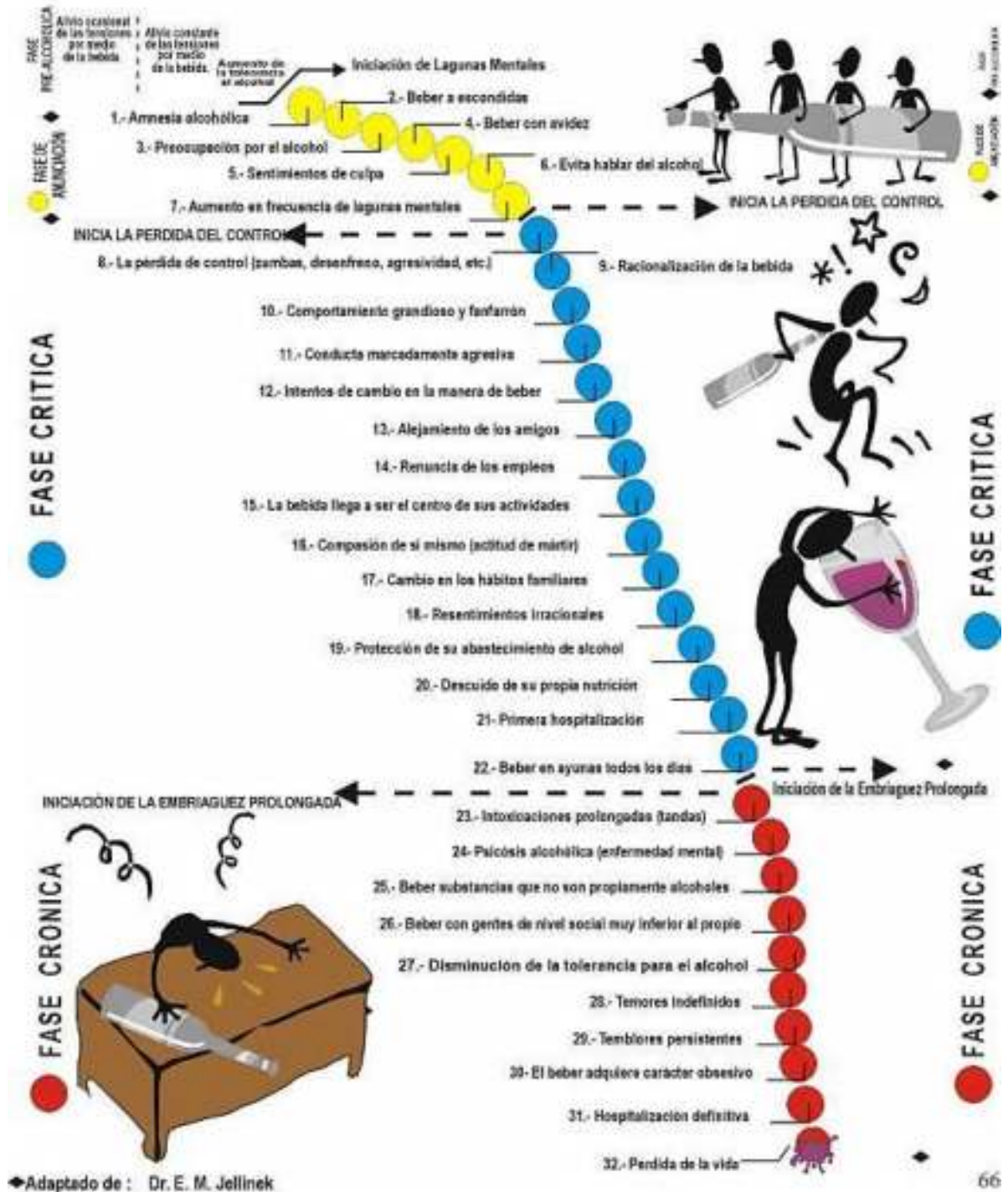
Sexta (muerte): 6 mg de alcohol por centímetro cubico de sangre. La muerte puede sobrevenir con mayor frecuencia si el sujeto está expuesto al frio, debido a anoxemia por congestión pulmonar o edema agudo del mismo.

FASES DEL ALCOHOLISMO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud existen 3 fases de la enfermedad del alcoholismo; fase de anunciación, Fase Crítica y Fase crónica. Una vez que la persona ha empezado el consumo de alcohol. Para tal efecto nos basaremos en los parámetros descritos que se muestran en la siguiente gráfica.

Escala de Jellinek (adaptación).

FASES DE LA ENFERMEDAD DEL ALCOHOLISMO



◆ Adaptado de: Dr. E. M. Jellinek

PRIMERA ETAPA:

- Desde fuera parece ser solamente bebedores fuertes y gastan bastante en comprar bebidas.
- Consume diariamente un poco de alcohol y sólo ocasionalmente en grandes cantidades.
- Pueden aguantar de beber durante un corto plazo de tiempo y se sienten ofendidos cuando se le tildan de alcohólicos.

SEGUNDA ETAPA:

- En esta etapa le son imposibles controlar el consumo de alcohol y empiezan a darse cuenta de ello.
- Llegan a admitir pierden totalmente el control cuando beben, se sienten mal por ello aunque creen que la próxima vez si serán capaces de controlarlo.
- Intenta controlar el consumo de todas las maneras posibles, como beber únicamente los fines de semana o durante ciertas horas del día.
- En esta etapa no tienen problemas para cumplir con sus responsabilidades laborales y domésticos.
- No piensan que vaya empeorar su adicción a la bebida, aunque se piensa en dejarlo.

TERCERA ETAPA:

- Son conscientes de que no pueden beber como las demás personas, pero no saben los motivos de porque ocurre eso.
- Quieren dejar de beber, pero no lo consiguen.
- La desesperación aparece al no encontrar la solución al problema.
- Se ponen en contacto con algún médico, para ponerle remedio.
- Prueban algunos métodos para reducir el consumo a corto plazo, incluso mejoran, pero la adicción no desaparece.

- Ya han perdido contacto con amistades, incapaces de mantenerse en un trabajo y pierde sus relaciones íntimas.
- No tienen el interés de tener alguna relación sentimental o amistosa, incluso pierden las ganas de vivir.
- Sienten lastimas de ellos mismos.

CUARTA ETAPA:

- Ya parecen desahuciados.
- Han pasado por varias instituciones.
- Suelen actuar violentamente, cuando beben parece incluso volverse locos.
- Llegan a sufrir alucinaciones, incluso los médicos instan que sean internados en centros.
- Ya parecen estar perdidos, que no se puede hacer nada por ellos.

INTERVENCIONES

Al administrar fármacos a un paciente alcohólico se debe tener una precaución extrema ya que existe la posibilidad de que se produzcan efectos aditivos sobre la depresión del sistema nervioso central y que aparezca intoxicación debido a la incapacidad del hígado para metabolizarlos. El tratamiento del alcoholismo consiste en psicoterapia (especialmente terapia de grupo, a través de organizaciones como **(alcohólicos anónimos)**) o en la administración de fármacos como desulfuran que causan aversión al alcohol y **naltrexona** que se introdujo en fecha más reciente. El objetivo de estos dos medicamentos es ayudar a los pacientes a conservar la **abstinencia**.

OTROS ASPECTOS IMPORTANTES DE LA ENFERMEDAD.

DIFERENCIA ENTRE ADICCIÓN Y ABUSO

Abuso: En general, existe una gran confusión respecto de la diferencia que hay entre estas dos palabras. Pongamos un ejemplo de abuso: una persona se encuentra en una etapa de su vida en la que está pasando por momentos muy difíciles: un divorcio, una quiebra económica, la pérdida de la salud, del empleo, de un ser querido. Fuertes y dolorosos sentimientos lo agobian. Pareciera que el dolor, la angustia, el miedo, la ira o la culpa lo rebasan y no encuentra los recursos personales para sobrevivir emocionalmente a su experiencia.

Entonces, buscando alivio, comienza a beber alcohol, tal vez diario, tal vez mucho. ¡Pero no es un adicto! Quizá en algún momento, en su intento de sentirse mejor, decía probar alguna droga, tal vez varias. ¡Pero no es un adicto! Está abusando de estas sustancias para evadir sus sentimientos.

Por supuesto, estamos de acuerdo en que este es el camino equivocado, porque consumir esas sustancias dañara su cerebro, su cuerpo, sus relaciones y su dignidad. Sin duda, sería mejor que enfrentara su problema y buscara ayuda profesional para resolverlo. ¡Pero no es un adicto!

En un momento dado, cuando esta persona tome conciencia del error que está cometiendo, o las cosas mejoren, cuando se dé cuenta de que lo que está haciendo, está provocando consecuencias negativas en su vida y sus relaciones, cuando el médico le diga que debe dejar de beber por un problema de salud, o simplemente cuando lo decida, dejara de consumir esas sustancias y tal vez no volverá a abusar de ellas por el resto de su vida.

Algunas personas beben mucho en ciertas ocasiones, y tal vez en algunas de ellas su forma de beber tiene consecuencias negativas, pero no son alcohólicos. Ciertos conflictos personales o de carácter pueden llevar a las personas a beber en exceso

alguna vez, pero en estos casos no se trata de adicción, sino de incapacidad para manejar sus sentimientos o para lidiar con sus problemas personales. Estas personas no necesitan un tratamiento o un programa de recuperación para la adicción, porque pueden cambiar su forma de beber, o dejar de consumir drogas, prácticamente sin esfuerzo. Lo que necesitan es madurar y desarrollar sus recursos internos para enfrentar todos los bemoles de la vida.

La adicción; es un asunto más profundo. El adicto tiene muchas, pero muchas razones para dejar de consumir, pero no lo hace, aunque la adicción le ocasione numerosos y serios problemas en todas las áreas de su vida. El adicto tiene una enfermedad privaría, genética, bioquímica y neurofisiológica que lo hace biológicamente vulnerable a la adicción.

Presenta los síntomas típicos de la enfermedad: negación, pérdida de control, obsesión, compulsión y tolerancia.

La adicción no se define por cuanto alcohol bebe o que droga consumió, sino por las consecuencias que experimenta al consumirlos. Las personas que no son genéticamente vulnerables a la adicción y consumen alcohol u otras drogas porque les proporcionan alivio temporal cuando experimentan tristeza, dolor, ansiedad y otros sentimientos incómodos, no sé, vuelven adictos al consumirlos. Aun así, las sustancias también causaran daño a su cerebro, a su cuerpo, a su mente y a muchas áreas de su vida.

Quienes tienen esa predisposición genética, que los hace biológicamente vulnerables a volverse adictos, encenderán el interruptor de la adicción en cuanto empiecen a consumir alcohol y otras drogas por simple curiosidad o por cualquier otra razón.

CODEPENDENCIA.



alcohol y/o drogas.

Es importante mencionar que el problema de la adicción no solamente la padece el adicto sino que también los familiares forman parte de la misma enfermedad a esto se le llama codependencia. El codependiente está enganchado al adicto como el adicto está enganchado al

La codependencia es una enfermedad emocional que impide tener relaciones interpersonales sanas. Si bien puede estar presente a cualquier tipo de relación, la enfocaremos exclusivamente en la situación entre el adicto y sus familiares y amigos.

Ser codependiente significa que en alguna forma “se ayuda” a que el familiar o el amigo adicto continúe consumiendo drogas y a retrasar el momento en que llegue a tocar fondo. No significa que el codependiente es culpable de su adicción pero sí que es responsable de la forma en que se maneja respecto a ella, y de cómo y cuánto permite que afecte su propia vida.

Actitudes y comportamiento que son típicos en una persona codependiente.

La persona experimenta la negación. Se niega a reconocer su codependencia y afirma que lo que hace es correcto y es por el bien del enfermo.

El sentido de su vida es “cuidar y salvar” al adicto, y tratar de controlar su conducta ocultándole la sustancia, esculcándole sus cosas personales, aconsejándolo, amenazándolo y regañándolo, queriendo convencerlo que vaya a terapia, etc.

Está muy pendiente de lo que el adicto necesita y convencido de que sabe lo que le es bueno, pero no atiende y a veces ni siquiera identifica sus propias necesidades ni lo que es bueno para sí mismo. Presiona al adicto de una y mil formas para que busque ayuda y se recupere, pero no se da cuenta de que el mismo necesita ayuda para sanar su codependencia. De hecho no cree que tenga un problema que sanar.

Se siente muy satisfecho de ser necesitado bueno y útil, porque esto lo hace sentirse valioso para alguien y le “garantiza” de alguna manera que no lo va abandonar.

Está convencido de que sus problemas: su enfermedad sus depresión, su obesidad, su fracaso, su insomnio, etc. Son responsabilidad del adicto.

Cuando está enojado, establece fuertes límites y amenazas, pero no los sostiene.

Sus sentimientos, sus pensamientos y deseos son dolorosamente ambivalentes: ama y odia al adicto, lo culpa pero también lo justifica, quiere irse pero también quedarse, está harto de él, pero también necesita. Experimenta los roles característicos de la codependencia, a veces actúa como víctima, a veces como rescatador y a veces como perseguidor.

Se va gestando un gran resentimiento hacia el adicto, y tarde o temprano presenta graves síntomas, como depresiones profundas, insomnio, angustia, amargura y enfermedades físicas.

Miente por el adicto, inventa historias para encubrirlo; lo sobreprotege, le resuelve los problemas que crea con su adicción.



Soluciones para la codependencia:

El primer paso es salir de la negación y reconocer todas las consecuencias desastrosas que la codependencia ha causado en su propia vida y la de su familiar o amigo adicto.

Que se reconozca la parte de responsabilidad en el hecho de que el familiar adicto siga consumiendo, en lugar de sentirse su víctima.

Se pueda apoyar con la ayuda de psicoterapia, libros, y grupos de apoyo (alcohólicos anónimos, o como ser INTRAID en el caso de Tarija).

Si bien es cierto que la recuperación de un adicto es solo su decisión y su responsabilidad, también es cierto que la codependencia de sus familiares y amigos contribuyen a perpetuar o a retrasar el momento en que el adicto “toque fondo” y decida por propia convicción aceptar ayuda para recuperarse.

TOCAR FONDO

Como ya se definió anteriormente la expresión “Tocar Fondo” es el momento en que el adicto llega a tal grado de sufrimiento y pérdida en su vida, como resultado de su consumo de drogas y alcohol, que ya no puede más y se ve obligado a reconocer que tiene un problema, que ha perdido el control de su persona y de su vida y que necesita ayuda para recuperarse.

Algunas cosas que le suceden al adicto como resultado de consumir drogas y alcohol pueden llevarlo a “tocar fondo”; por ejemplo, un accidente, la pérdida de su trabajo o de su pareja, problemas con la ley o una enfermedad. Hay adictos que pueden “tocar fondo” de una manera más rápida que otros sin necesidad de llegar a experiencias graves en situaciones críticas una de estas maneras puede ser por medio de la **intervención**.

Una **intervención** no es más que, una estrategia para crear un “fondo” para el adicto o, dicho de otra forma, para apoyarlo a que salga de su negación y reconozca que tiene un problema con el alcohol y/o las drogas y entrar en un proceso de recuperación **antes** de que llegue a “tocar fondo”.

Las intervenciones pueden realizarse por medio de los miembros de la familia, especialistas en adicciones, un sacerdote, algunos amigos, o algunos miembros de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos. La idea es que las personas involucradas en una intervención tengan influencia sobre el adicto o de alguna manera sean emocionalmente significativas para este.

La persona encargada de realizar una intervención debe tener información sobre la enfermedad, y sobre centros de tratamiento, especialistas, grupos de alcohólicos anónimos o respecto al tema y entender que el adicto no es malo, pecador, vicioso, sino que está enfermo. Le darán claramente hechos concretos que están sucediendo o que han sucedido como resultado de su enfermedad, y no de juicios ni de opiniones personales, evitando el sarcasmo, sermones, reclamos, críticas, que pueden disminuir el efecto de una intervención.

LA RECUPERACIÓN

La recuperación no es una etapa de la adicción, sino un proceso profundo de transformación.

Los adictos recuperados dicen que al deshacerse de la esclavitud de las drogas o el alcohol experimentan un sentimiento de liberación impresionante. Sin embargo, los adictos recuperados a menudo sufren una o varias recaídas. El adicto volverá a tocar fondo después de cada recaída y, como la adicción es una enfermedad progresiva, generalmente cada uno de esos fondos es peor que el anterior.

La recaída de un adicto se debe a diversas causas, entre ellas se encuentran las siguientes:

El desconocimiento de la enfermedad, que lo conduce a suponer que puede aprender a consumir drogas o alcohol “con control”.

La desinformación de ciertas profesionales de salud o de personas importantes para el adicto, alienta esa peligrosa esperanza.

La “memoria selectiva”, que lleva al adicto a recordar solo las sensaciones agradables que le producía el consumir sustancias, y a olvidar el dolor, el sufrimiento y los graves problemas que también le provocaron.

El vivir en un ambiente que promueve el uso de alcohol y/o drogas, y convivir con personas que las consumen.

El dejar de consumir, pero no involucrarse en un programa de recuperación.

La recuperación de un adicto requiere trabajo y decisión. Algunos en ocasiones dejan de consumir por un tiempo, pero no lo hacen por convicción, sino forzados por la familia, el jefe, la iglesia, o la necesidad de demostrar que pueden controlar su consumo. ¡Pero eso no es recuperación! El adicto está forzándose cada día a cumplir el plazo, y ansioso de que termine. Ahí no hay convicción, ni conocimiento de la enfermedad, ni aceptación de que la tiene. ¡Y eso no es recuperación!

No se trata solo de “tapar la botella”, como se dice metafóricamente. A veces el adicto deja de consumir, pero sigue mintiendo, abusando y mostrando los comportamientos disfuncionales que presentaba cuando consumía. A estos adictos se les suele llamar “alcohólicos secos”.

La recuperación es un renacimiento espiritual, un cambio profundo que incluye el total reconocimiento de su enfermedad (salir de la negación), de que ha perdido el control de su vida, de las consecuencias desastrosas que le ha ocasionado el consumo y de que necesita ayuda: la de un poder superior y la humana, para salir adelante.

El programa de “los 12 pasos” es de gran ayuda a través de los creadores de alcohólicos anónimos: Bill Wilson y el Dr. Bob Smith.

Estos “12 pasos”, que también se siguen en el proceso de curación de la codependencia en los grupos de familiares de adictos (Al Anon, Al Ateen, Familias Anónimas), se pueden aplicar a cualquier situación o conflicto que deseemos sanar en nuestra vida.

Los grupos de alcohólicos anónimos, donde el trabajo con los “12 pasos” es parte básica del programa de recuperación, son además un maravilloso apoyo que ayuda a

los adictos a mantenerse sobrios y a aprender a tener una vida con calidad, lejos del alcohol y las drogas.

Sin embargo, para que esto suceda debe haber una absoluta convicción y una gran apertura del adicto para involucrarse, en cuerpo y alma, en su proceso de recuperación **nada se puede hacer con quien no lo permite**. Muchos adictos acuden a un centro de recuperación de adicciones, lo cual es una excelente idea, porque durante lagunas semanas recibirán un tratamiento integral, que les dará valiosísimas herramientas para seguir su camino de recuperación.

En casi todos los caso, es necesario el uso de ciertos medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos y de otro tipo) para sobrellevar el síndrome de supresión, que puede ser muy difícil y hasta peligroso. Y en un centro de recuperación estos medicamentos le serán suministrados al paciente por medios especialistas en la materia.

Otra gran ventaja de estos centros es que el adicto estará “protegido” en un espacio seguro, lejos del alcohol o las drogas, donde profesionales capacitados lo apoyaran las 24 horas del día.

La recuperación de un adicto implica trabajar en atender todas las áreas de su vida, pero no solo por un corto tiempo, sino por el resto de su vida.

Entre ellas se encuentra la atención:

Física: buena alimentación y ejercicio.

Emocional: contacto con la naturaleza, arte, psicoterapia, apoyo y amor incondicional de y hacia sus seres queridos.

Mental: aprender sobre la enfermedad, leer buenos libros, escuchar conferencias e interactuar con personas que alimenten su mente con material útil y luminoso.

Social: relacionarse con personas que no consuman alcohol y/o drogas, sanas psicológicamente y capaces de disfrutar la vida sin necesidad de consumir estimulantes. Así mismo, alejarse de situaciones, actividades y personas que lo pongan en riesgo.

Espiritual: meditar, orar, servicio a la comunidad y todas aquellas actividades que le den sentido a su vida y lo mantengan en contacto con su poder superior, como cada quien le llame o lo conciba.

En resumen, la recuperación es una total rendición a una realidad inevitable. Es la aceptación por parte del adicto de que tiene una enfermedad que lo acompaña por el resto de su vida (incurable) y que lo que si puede hacer ante ello es tomar la decisión de no consumir, de mantenerse sobrio. Eso sí depende absolutamente del adicto y esa rendición, esa aceptación, pero también ese tomar la responsabilidad de sí mismo, esta divinamente expresado en la oración de la serenidad, que siempre está presente en los grupos de alcohólicos y narcóticos anónimos, y en toda clase de grupos de apoyo:

“Dios, concédeme: la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar. Valor para cambiar aquellas que si puedo y sabiduría para reconocer la diferencia.

MITOS Y REALIDADES DE LA ADICCIÓN

Una de las cosas que más se les dificulta a los seres humanos es cambiar paradigmas o creencias falsas respecto a algo, porque el hacerlo implica empezar de cero y esto resulta incómodo. Muchas veces se prefiere continuar con ideas o creencias, aunque no funcionen, con tal de no molestarse en buscar otras que sean más funcionales y útiles y esto pasa también con el tema de la adicción. A pesar de todos los años que se han dedicado a investigarla, aún hay mucha gente que se resiste, en primer lugar, a aceptar que es una enfermedad, y en segundo, a interesarse en conocerla.

Algunos interesantes mitos y realidades sobre el tema.

Mito: la gente se vuelve adicta porque tiene problemas emocionales o psicológicos.

Realidad: los adictos tienen básicamente los mismos problemas emocionales o psicológicos que cualquier persona, pero la adicción provoca que estos se agraven y aparezcan otros.

“la fisiología, no la psicología, es la que determina si un bebedor se convertirá en adicto y otro no”, dice la doctora Katherine Ketchman.

Los padres de hijos adictos se sienten terriblemente culpables cuando se enteran de que su hijo está consumiendo drogas o tiene problemas con su forma de beber alcohol.

Sin duda, los padres son responsables en gran medida, y también es cierto que sus hijos consuman alcohol y/o drogas para evadir el sufrimiento que les causan los problemas en su entorno familiar, pero en el caso de las adicciones la realidad es esta: si un joven está enfermo de adicción, es decir, si heredo la predisposición genética a la enfermedad, no importa cuán amado y cuán sano y funcional sea su hogar, en el momento en que ese joven, por curiosidad o por cualquier otra razón, pruebe una droga o comience a beber alcohol, se despertara en su cuerpo, en general, y en su cerebro, en particular, la semilla de la adicción que hasta entonces estaba dormida.

No obstante, es indudable que los padres son responsables de informar a sus hijos sobre los riesgos y consecuencias de consumir drogas y alcohol, de poner límites bien claros al respecto y de la manera en que se maneje la situación si los hijos están consumiendo.

Mito: los adictos son personas débiles, sin fuerza de voluntad, pero pueden aprender a controlar la cantidad de drogas o alcohol que consumen. Todo es cuestión de fortalecer su voluntad.

Realidad: la adicción no tiene que ver con debilidad o falta de fuerza de voluntad, y los adictos no pueden beber.

Por cerca de cuanta década los investigadores han estado tratando de probar que los alcohólicos puedan beber con control. Los resultados finales pueden ser recapitulados en dos palabras: **no pueden**. Dados los hechos acerca de la adicción cerebral, esto no nos sorprende. El alcoholismo no es un hábito psicológico, un signo de falta de fuerza de voluntad o debilidad emocional, o una respuesta aprendida a un trauma emocional, psicológico o físico.

El alcoholismo es una enfermedad neurológica transmitida genéticamente.

Mito: si un adicto deja de consumir por un buen tiempo (desde varios meses hasta años), puede volver a hacerlo de vez en cuando sin problema ni riesgo.

Realidad: no importa cuántos años tenga un adicto sin consumir alcohol o drogas, si lo vuelve a hacer, volverá a quedar “enganchado”. Esto explica por qué se dice que la adicción es una enfermedad “incurable”, lo que significa que siempre estará ahí, pero también que es “tratable”, lo que significa que el adicto puede aprender a vivir con una gran calidad, sin tener que consumir drogas y/o alcohol.

A esto se debe que a un adicto que deja de consumir no se le llame “ex adicto”, sino “adicto en recuperación”, y que a un adicto que está consumiendo se le llame “adicto en actividad”.

Algunas personas critican el hecho de que en los grupos de alcohólicos, narcóticos o fumadores anónimos, los miembros que pasan a la tribuna comienzan diciendo: “hola, me llamo fulanito” y soy alcohólico (o adicto)”. Pero lo hacen justamente para recordarse a sí mismos, cada día, que no pueden volver a consumir, porque ya conocen las consecuencias.

Por supuesto, es posible que ocurra un milagro y un adicto deje de serlo, es decir, que desaparezca de su cuerpo ese problema genético, metabólico, neurofisiológico y bioquímico responsable de su adicción. Cosas como esas ocurren, y todo es posible, pero esta realidad acerca de la adicción que se ha descrito es y existe.

Por lo tanto, la única solución para un adicto es: **nunca volver a consumir alcohol o drogas.**

En pocas palabras, en la adicción no hay términos médicos. Es todo o nada. Cuando se es adicto **no** se puede fumar a veces, tomar a veces, drogarse a veces... **¡es todo o nada!**

Esta cruda realidad resulta muy angustiante para el adicto, sobre todo en una sociedad que incita constantemente a consumir tabaco y alcohol; en la que se relacionan estas sustancias con la amistad, con pasar un buen rato y con diversión, relajación y éxito; en la que a la mayoría de la gente le parece inconcebible asistir a un evento social donde no haya alcohol y tabaco.

La sociedad en que vivimos no ayuda a los adictos a superar su enfermedad, más bien les estorba de muchas maneras. Por eso, es tan importante que la persona adicta se integre en grupos de apoyo, los cuales, entre otras cosas, funcionan como pequeñas comunidades dentro de la sociedad, y de alguna manera amortiguan la fuerte influencia social que incita al consumo de esas sustancias. El trabajo intenso en su crecimiento espiritual y psicológico es indispensable para fortalecer y reconfirmar, día a día, su decisión de mantenerse sobrios.

Mito: si la droga de preferencia de un adicto es, por ejemplo, la cocaína, puede consumir alcohol y otras drogas diferentes con control y sin ningún problema.

Realidad: la verdad es que si les importa, y mucho, el sufrimiento de sus seres queridos. Por paradójico que parezca, a los adictos les duele la miseria física y emocional que les causa su adicción y también la que causan a sus seres queridos.

¿Y entonces por qué consumen? Porque cuando comienzan a hacerlo, generalmente no saben en lo que se están metiendo. Suponen que podrán beber alcohol de la misma forma en que lo hace cualquier persona (por esto es tan importante la información).

Después, cuando, como consecuencia del consumo de alcohol u otras drogas, se despiertan todos los procesos bioquímicos, metabólicos y neurológicos en su cerebro y en su organismo que causan la adicción, ya necesitan la sustancia para paliar los terribles estados emocionales y físicos que experimentan cuando el nivel de la misma ha disminuido y atraviesan por el síndrome de supresión. Cuando el adicto llega a este punto, sufre más sin la sustancia que con ella.

A esto se debe que los adictos juren una y mil veces que “no volverá a suceder”, y que no cumplan. Que lleguen a tremendos estados de dolor culpa, y aun así vuelvan a consumir una y otra vez, en un interminable pero fallido intento de no sentir tan terrible malestar, hasta que tocan fondo y están listos para detenerse y tal vez pensaras: “ ¡pues que tengan pantalones y se aguanten ese “terrible malestar”... y punto!”

Mito: si un adicto tiene una gran motivación y algo que le dé un profundo sentido a su vida y aumente su autoestima, puede consumir con control.

Realidad: la verdad es que tener un profundo sentido de vida, gran interés y motivación por algo, además de una alta autoestima, le ayudaran infinitamente a mantenerse sobrio, pleno y feliz, y a tener una gran calidad de vida, pero no le proporcionaron la salvaguarda para que pueda consumir alcohol o drogas “con control”.

PREVENCIÓN

Cuando se trata de prevención de adicciones no hay garantías. Una familia puede hacer todo correctamente y aun así tener problemas de adicción. Igualmente, las familias pueden hacer todo equivocado y aun así no tener problemas de adicción en ninguno de sus miembros. La prevención es un proceso de reducir, no de eliminar el riesgo de adicción.

Si bien el proceso de adicción se puede disparar en cualquier momento de la vida, las estadísticas muestran que la edad más riesgosa (porque es la más común) para que esto suceda es entre los 11 y los 20 años.

Los siguientes son algunos lineamientos útiles al respecto:

Reglas y disciplina: estos aspectos son básicos para el desarrollo sano de cualquier ser humano. Las reglas en la familia hacen sentir a los hijos seguros y protegidos, porque saben que esperar y donde están parados. Pero estas deben ser consistentes. Cuando las reglas dependen del humor de los padres, de si la mama está experimentando el síndrome premenstrual, de si el papa trae encima una cerveza o un pesado día de trabajo.

Las reglas se establecen de antemano y se explican bien claro a los hijos, hasta por escrito, para que no haya dudas. El resto del trabajo es hacer que se cumplan y aplicar consecuencias cuando eso no sucede, las cuales también se establecerán de antemano. La razón es simple; si decides cual será la consecuencia por no cumplir la regla hasta el momento en que tu hijo la infringe, es probable que estés tan enojado que exageraras en la sanción, y más tarde, cuando se te baje el enojo, probablemente te sentirás culpable y no la cumplirás. Establecer una regla, amenaza, consecuencia o promesa, y no cumplirla, es el mejor camino para perder la confiabilidad, la credibilidad y la autoridad ante tus hijos.

Comunicación: este es un término muy trillado, pero entendido. Que te comuniques con tus hijos no significa que los sometas a esos “interrogatorios” que día a día les hacemos, en un intento por conocerlos, saber que sienten, que necesitan y que hay en su mundo interno. Interrogarlos no es comunicarte.

Aprende a manejar los conflictos: manejar conflictos no significa gritar, ofender o golpear, pero tampoco reprimir, callar y pretender que no está sucediendo nada. Los conflictos son parte de la vida y, por lo tanto, es muy importante aprender a manejarlos.

Información: es muy importante tener información real y bien fundamentada sobre adicción, efectos del alcohol y drogas, seco y sobre cualquier tema de la vida, ya que esta tiene un gran poder de prevención. El tratar de prevenir a través del miedo no funciona. Generar miedo en los adolescentes para mantenerlos lejos de todo lo que pueda dañarles es un gran error. Recordemos que a ellos les gusta la adrenalina. Proporcionarles información basada en datos reales, sin satanizar las cosas, es el mejor camino.

CONSIDERACIONES.

Las drogas eran utilizadas con fines religiosos y sociales en las civilizaciones antiguas y eran pocos los que tenían acceso a ellas, con el paso del tiempo estas prácticas se han malinterpretado o han perdido su valor original a tal grado que el consumo de drogas ha sido más frecuente entre la sociedad moderna sin entender su objetivo original.

Creemos que las adicciones surgen a partir de una pérdida de cultura convirtiéndose en una moda o costumbre en las últimas épocas.

Existen diferentes tipos de sustancia las cuales producen adicción al organismo humano siendo las principales ante la sociedad; el alcohol la marihuana y la cocaína, el consumo de estas drogas ha aumentado en los últimos años.

A diferencia de otras drogas el alcoholismo se ha convertido en un problema social puesto que es una droga legalizada y de difícil acceso a mayores y menores de edad. Uno de los factores principales es la difusión excesiva de la publicidad del alcohol haciendo popular ante las generaciones recientes y por consecuencia incitándolos al consumo del mismo sin ninguna razón y objetivo. En cuanto a la marihuana y la cocaína su incremento ha sido menor que el del alcohol esto por ser drogas de tipo

ilegal y la principal razón de su consumo es por medio de la presión de los amigos que ya la consumen y por la gente que lo ve como un negocio.

Cabe mencionar que las adicciones entre hombres y mujeres son vistas de manera diferente ante la sociedad, puesto que en el caso de los hombres se ve como una práctica normal y en el caso de la mujer se ve como algo inmoral convirtiéndolo en una adicción oculta.

Una vez definido los términos de adicción, alcoholismo y drogadicción se puede comprender con exactitud cómo se clasifican, que tipo síntomas se producen con las diferentes drogas y la clasificación de la misma, cuales son los diferentes factores que influyen en que una persona se convierta en adicto. También podemos comprender que un vez que el individuo se vuelve adicto se presentan diferentes fenómenos farmacológicos como la tolerancia, dependencia y abstinencia a las diferentes drogas y las consecuencias que se produce en el organismo.

Todo esto nos lleva a tener una idea de lo que realmente es la gravedad del problema, afectando física, psicológica, social y culturalmente al individuo.

La adicción es una enfermedad primaria, progresiva, sistémica, incurable, tratable y puede ser mortal.

Sus síntomas y signos son: negación, pérdida de control, conducta de búsqueda, obsesión y compulsión. Las causas o raíces de la adicción son: herencia, anormalidades en el metabolismo, factores bioquímicos y neurofisiológicos (alteraciones en la química del cerebro) y otros factores no orgánicos que influyen sobre la enfermedad. (Sensaciones muy placenteras al consumir, medio ambiente, inicio a temprana edad, creencias favorables al consumo, desordenes de carácter.)

Según las investigaciones, 15% de las mujeres que tienen familiares adictos heredan la predisposición genética a la adicción, en tanto que 30% de los hombres la heredan.

Las personas alcohólicas tienen ciertas anormalidades en los genes que causan alteraciones en sus enzimas, las cuales, a su vez, provocan anormalidades en el metabolismo del alcohol.

Los adictos en general poseen anormalidades genéticas que hacen que su cerebro no produzca cantidades normales de dopamina y otros neurotransmisores relacionados con sensaciones placenteras; su cerebro tiene, además, menor cantidad de sitios receptores de dopamina que un cerebro normal.

La adicción, como enfermedad progresiva, tiene etapas con signos y síntomas particulares en cada una de ellas.

La recuperación es un proceso de renacimiento y liberación, que implica la convicción absoluta del adicto y el trabajo comprometiendo en todas las áreas de su vida.

Hay una diferencia real entre adicción y abuso de alcohol y/o drogas.

Una persona se convierte en adicta por causas genéticas, neurofisiológicas y bioquímicas, no psicológicas.

Una persona adicta no puede consumir con control y, aunque logre pasar mucho tiempo sin consumir, si lo vuelve a hacer volverá a quedar “enganchada”. La adicción es todo o nada.

Se dice que los individuos que tienen predisposición a volverse adictos encontrarán alcohol y otras drogas sin importar cuán restrictivo sea el ambiente en el que viven. Se dice también que algunas personas nunca se volverán adictos al alcohol y otras drogas sin importar cuán permisivo sea su medio ambiente hacia el uso de alcohol y otras drogas.

El enfermo adicto es una persona que psicológicamente no se encuentra estable puesto que ha pasado por diferentes cambios y reacciones, tanto físicas como

emocionales, se le debe tratar con mucho cuidado porque se siente rechazado socialmente y hasta incluso familiarmente. Al adicto le es muy difícil aceptar que tiene un problema ya que en la mayoría de las ocasiones necesitan tocar fondo en la enfermedad para darse cuenta que necesitan ayuda, de no ocurrir esto el resultado es prácticamente la muerte.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TEMA

Para el análisis del tema de las adicciones es de gran importancia hacer referencia a los grupos de A.A. (alcohólicos anónimos) ya que son la base de gran parte de los centros o grupos para control de las adicciones, siendo en parte aguas para dicha enfermedad.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

Una de las organizaciones que trata de manera más a fondo el problema del alcoholismo es la de alcohólicos anónimos (A.A.) esta es reconocida a nivel mundial (por la O. M. S.).

Es una comunidad mundial de alrededor de 100000 grupos y más de 2000000 de miembros en más de 150 países, que se ha agrupado para resolver sus problemas en comunes y ayudar a sus compañeros que sufren al recuperarse de esa antigua y desconcertada enfermedad, el alcoholismo.

Alcohólicos anónimos (A.A.) cuenta con un tratamiento que ha tenido el mejor resultado en el tratamiento de la adicción y es reconocido por la medicina y la psicología, que tiene como base fundamental un listado de pasos y tradiciones que consisten en lo siguiente:

DOCE PASOS

Primer paso: “admitimos que éramos impotentes ante el alcohol. Que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables”.

Segundo paso: “llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el santo juicio”.

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

Cuarto paso: “sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismo”.

Quinto paso: “admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos”.

Sextos paso: “estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios los liberase de nuestros defectos”.

Séptimo paso: “humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos”.

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

Noveno paso: “reparamos directamente a cuento no fue posible el daño causado, excepto el hacerlo implicado perjuicio para ellos o para otros”.

Decimo paso: “continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente”.

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

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

DOCE TRADICIONES

Primera tradición: “nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

Segunda tradición. “para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se expresa en la conciencia de nuestros grupos. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan”.

Tercera tradición: “el único requisito para ser miembro de AA, es querer dejar de beber.

Cuarta tradición: “cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos de AA. Considerando como un todo”.

Quinta tradición: “cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólicos que aún está sufriendo”.

Sexta tradición: “cada grupo de AA. Nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que los problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestros objetivos primordiales.

Séptima tradición: “todo grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera”.

Octava tradición: “AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestro centros e servicios pueden emplear trabajadores específicos”.

Novena tradición: AA como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven”.

Decima tradición: “AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades, por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas”.

Undécima tradición: “nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine”.

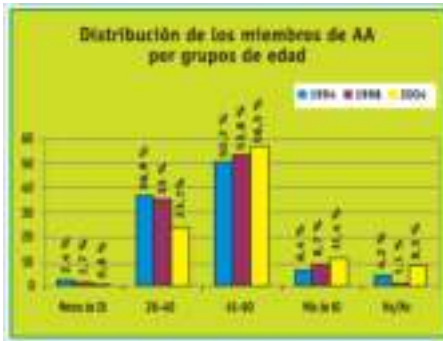
Duodécima tradición: “el anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Es de gran importancia conocer como está conformado A.A., por lo que se presentan datos estadísticos sobre el número de miembros que conforman cada grupo, edad, sexo, situación laboral, edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas, factores y medios por los que llegaron a A.A. y diferentes grupos que colaboran con A.A. todo esto como base para establecer una idea clara de las necesidades que se deben tomar en cuenta en nuestro proyecto.

PERFIL DEL MIEMBRO DE A.A. PERFIL DEL GRUPO.

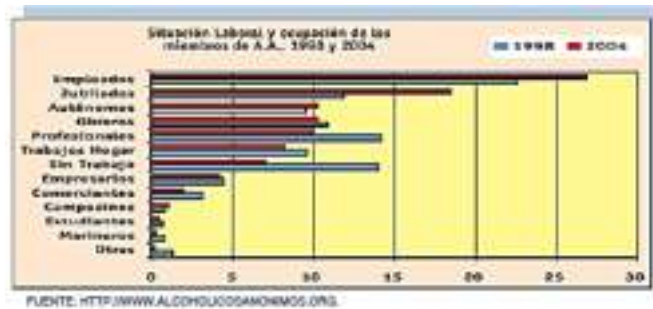
Todos los grupos están formados mayoritariamente por hombres, sin ninguna excepción. El número de hombres por término medio en el grupo es de 18, mientras que el de mujeres es de 5. La edad media para los hombres es de 48 años mientras que la mujer es de 47 años. Se encuentran grupos que tienen desde una mujer hasta más de nueve mujeres. Algo similar ocurre en el caso de hombres: hay grupos que tienen desde 4 hasta más de 23 hombres.

PERFIL DEL GRUPO	Núm. de miembros	18
	Hombres	13
	Mujeres	5
	Edad media Hombres	48 años
	Edad media Mujeres	47 años
	Miembros con Grupo Base	95 %
	Casi todos los Grupos cooperan con otras Instituciones Penitenciarias, Hospitalarias, etc.	



Edad. La edad media de los hombres y mujeres miembros de AA es de 47-48 años asimismo la franja de edad que más personas aglutina es la que va de 41 a 60 años (56,5%).

Situación laboral de los miembros de A.A. la gran mayoría de los miembros de A.A. trabaja, en concreto, el 68% de todas las personas encuestadas afirma estar laboralmente en activo; el 10% está sin trabajo, cerca del 10% trabaja en hogar, un 12% está jubilado y apenas un 1% estudia.



FUENTE: [HTTP://WWW.ALCOHOLICOSANONIMOS.ORG](http://www.alcoholicosanonimos.org)

La ocupación más frecuente de quienes trabajan es la de empleos (25%), seguida de la de profesionales (10%), obreros (10%) y lo llamados autónomos (10%).

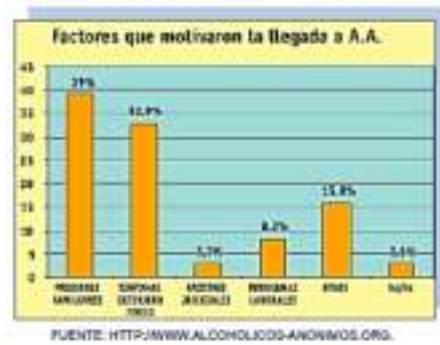


FUENTE: [HTTP://WWW.ALCOHOLICOSANONIMOS.ORG](http://www.alcoholicosanonimos.org)

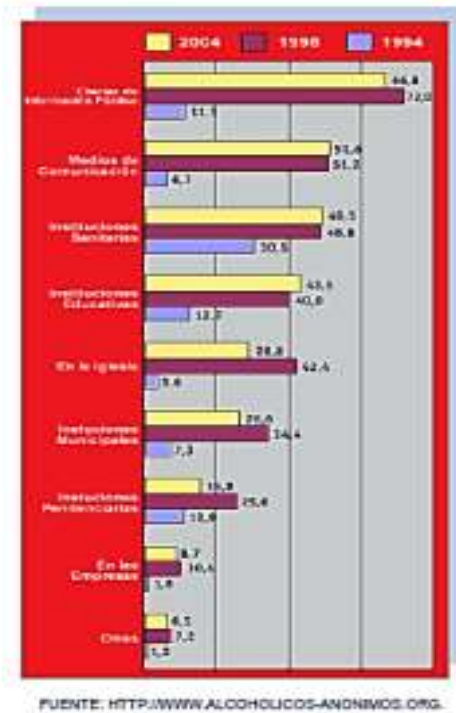
Edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas.

La edad media a la que los miembros de los grupos de alcohólicos anónimos empezaron a beber no sufre apenas modificaciones respecto a los primeros resultados.

Factores que motivaron la llegada a A.A. el motivo más frecuente (39%) se debe a la presión familiar, le sigue el deterioro de la salud (32.9%). Por obligación judicial supone un mínimo (2,7%), a continuación los problemas laborales (8,2%) y el (15,8%) por otros factores como la recomendación de un médico la ayuda de otro miembro de A.A.



Medio por el cual los miembros conocieron A.A. los miembros conocen A.A. principalmente a través de los medios de comunicación y la familia



Porcentaje de grupos que cooperan con otros esfuerzos en el campo del alcoholismo. Las formas de colaboración más frecuentes son: Dar charlas de información pública (67% de los grupos), seguido a prudente distancia la colaborar con los medios de comunicación (51,6%), las instituciones sanitarias (49,5%), las instituciones educativas (43,5%) y la iglesia que ha sufrido una leve reducción de actuaciones (28,8%). En torno al 40-50% de

los grupos presta su ayuda en este tipo de esfuerzos y/o realiza este tipo de colaboraciones. Lo menos frecuente es que los grupos colaboren con empresas y en instituciones penitenciarias.

A NIVEL CIUDAD

GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN TARIJA

En la ciudad de Tarija existen 5 grupos de alcohólicos anónimos, de los cuales la dirección y los nombres se detallan a continuación.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN TARIJA	
AMISTAD 2000	Palmarcito
SOLO POR HOY	12 de octubre
RENACER	El Molino
SALVA VIDA	San Mateo
AMOR Y PAZ	Villa Avaroa

Del cual, el grupo de **Salva Vida** recibe 50 internaciones sobrepasando la capacidad de su equipamiento, y el resto de los grupos simplemente recibe consultas externas ya que no cuentan con infraestructura para la internación de pacientes.

INTRAID

“El INTRAID es la única institución que atiende a los pacientes con problemas de dependencia pero hasta ahora no cuenta con ambientes que le permitan prestar una atención óptima”.

Por su parte, la jefa de prevención del INTRAID Tarija, Marlene Rollano Chamas, expresó su molestia ante el TESA del Instituto de Salud Mental y demandó a las autoridades materializar equipamiento para este fin lo más pronto posible a fin de mejorar la atención a la población que demanda el servicio.

INTRAID TARIJA	
UBICACIÓN	Lado del H.R.S.J.D.D.

MARCO REAL

DATOS ESTADÍSTICOS DEL CONSUMO A NIVEL BOLIVIA

INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

El Centro Latinoamericano de Investigación Científica, procesó la variable "Incidencia" solo en los dos últimos estudios. De acuerdo a la fórmula expresada anteriormente, los valores contenidos en los cuadros, nos muestran el número de nuevos consumidores de las diferentes sustancias, presentados en el transcurso del último año por cada 100.000 habitantes comprendidos entre los 12 y 65 años de edad, en los estudios de 2005 y 2010.

TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	6.038,41	5.085,13
Mujer	4.072,76	4.366,89
Total	10.111,17	9.452,02

FUENTE: CELIN-BOLIVIA

Los valores de incidencia de consumidores de alcohol, para estos años, nos muestran que había más casos nuevos de consumidores varones en 2005 que en 2010, y al revés en el caso de las mujeres. La cifra total, también es mayor en 2005 que en 2010.

TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE TABACO DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	2.612,00	2.191,90
Mujer	1382,04	1.596,68
Total	3.994,03	3.788,58

FUENTE: CELIN-BOLIVIA

En el caso de nuevos consumidores de tabaco, vemos que el año 2005 había más varones que en 2010; no así en el caso de las mujeres, donde el 2010 son más que en 2005. Las cifras globales muestran más consumidores nuevos de tabaco en 2005 que en 2010.

TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE MARIHUANA DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	317,21	417,61
Mujer	135,14	174,81
Total	452,35	592,42

FUENTE: CELIN-BOLIVIA

La marihuana muestra más nuevos casos en 2010 que en 2005, tanto de varones como de mujeres, por lo tanto la cifra total también es mayor el 2010 que el 2005.

TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE INHALABLES DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	48,37	42,08
Mujer	0,00	10,51
Total	48,37	52,54

FUENTE: CELIN-BOLIVIA

Los inhalables muestran menos casos de nuevos consumidores varones en 2010 que en 2005. Las mujeres, de no haber presentado ningún caso nuevo en 2005, tuvieron más de diez nuevas consumidoras el 2010. Y gracias a esta cifra, el valor global para el 2010 es mayor que el similar de 2005.

**TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE CLOR. DE COCAÍNA DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010**

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	34,93	102,07
Mujer	42,68	42,98
Total	77,61	145,05

FUENTE: CELIN-SOLVIA

**TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE BASE DE COCAÍNA DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010**

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	85,36	107,02
Mujer	31,05	32,10
Total	116,41	139,12

FUENTE: CELIN-SOLVIA

Los nuevos consumidores varones de clorhidrato y base de cocaína en 2010 son muchos más que en 2005. Las mujeres, en cambio, muestran un ligero incremento de casos en 2010 con respecto al 2005. Pero la cifra global, es muy superior en 2010 con relación a 2005.

**TASA DE INCIDENCIA DEL CONSUMO DE "CUALQUIER DROGA" DEL ÚLTIMO AÑO POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 2005 - 2010**

GÉNERO	TASA DE INCIDENCIA (X100.000)	
	2005	2010
Varón	512,42	567,05
Mujer	192,25	245,44
Total	704,67	812,49

FUENTE: CELIN-SOLVIA

Finalmente los nuevos casos de "cualquier droga" son más el 2010 que el 2005, aun tomando en cuenta el género de los consumidores de drogas.

ALCOHOL

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR EDAD

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR EDAD DEL ENTREVISTADO - ESTUDIO COMPARATIVO INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	16,7%	49,6%	52,3%	51,5%	
	1996	17,7%	43,6%	53,2%	57,8%	
	1998	17,2%	48,1%	56,9%	55,6%	43,68%
	2000	15,86%	47,78%	58,08%	58,14%	50,48%
	2005	13,66%	46,50%	54,38%	54,51%	44,64%
	2010	15,04%	47,53%	57,66%	57,68%	46,40%
AÑO	1992	28,7%	67,9%	72,2%	68,5%	
	1996	35,2%	71,1%	77,5%	78,6%	
	1998	32,9%	74,0%	79,1%	77,7%	69,89%
	2000	32,73%	76,38%	81,40%	81,42%	75,76%
	2005	26,37%	66,78%	75,43%	73,56%	67,86%
	2010	27,95%	68,13%	77,06%	75,74%	68,88%
VIDA	1992	34,5%	77,0%	81,7%	81,3%	
	1996	38,6%	84,7%	92,6%	94,2%	
	1998	36,4%	83,4%	91,7%	91,9%	92,38%
	2000	35,45%	82,68%	90,00%	93,29%	93,20%
	2005	29,90%	74,32%	82,81%	82,49%	80,18%
	2010	31,99%	77,23%	85,55%	84,94%	82,72%

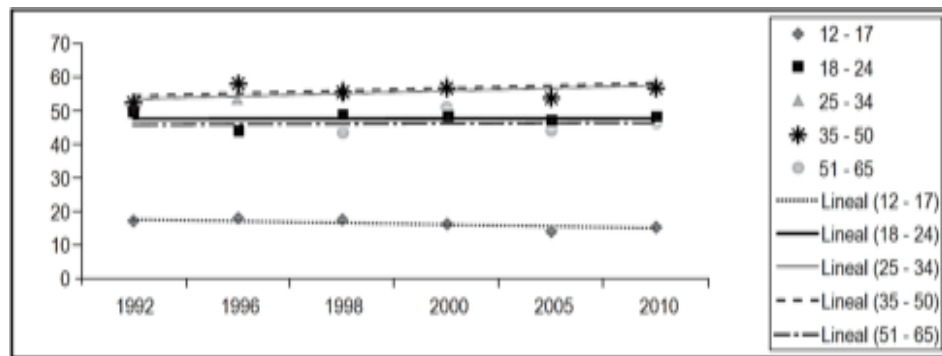
De acuerdo al cuadro presentado, los consumidores actuales de alcohol (prevalencia de mes), porcentualmente hablando, son menos el año 2005 que en 1992 en los rangos etéreos comprendidos entre los 12 a 17 y los 18 a 24 años de edad, pero son más entre los 25 a 50 años; aunque menos el 2005 que el 2000, en ambos casos.

El 2010 muestra incrementos en los tres indicadores epidemiológicos.

Tendencia del consumo de Alcohol según edad del consumidor actual (Prevalencia del último mes)

El gráfico anterior muestra que la tendencia de consumo actual de alcohol (Prevalencia del último mes) del rango etáreo comprendido entre los 12 a 17 años, tiende a bajar de manera muy lenta, pero perceptible.

La tendencia de consumo actual de alcohol del grupo de 18 a 24 años se mantiene como una línea horizontal, sin muestras de que vaya a aumentar o disminuir. En cambio el grupo comprendido entre los 25 a 50 años de edad, muestra tendencia a subir, muy lenta, pero sostenidamente.



TABACO

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO, POR EDAD

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE TABACO POR
EDAD ESTUDIO COMPARATIVO INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000
- 2005 - 2010**

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	8,6%	32,9%	30,8%	28,7%	
	1996	13,6%	33,2%	35,8%	38,8%	
	1998	10,3%	33,8%	34,0%	37,4%	28,44%
	2000	11,05%	30,66%	32,05%	34,52%	26,39%
	2005	8,70%	31,84%	30,90%	30,99%	27,41%
	2010	9,79%	32,24%	31,56%	31,28%	27,80%
AÑO	1992	15,0%	44,8%	41,7%	37,6%	
	1996	21,7%	47,1%	46,9%	48,9%	
	1998	20,1%	49,1%	46,5%	48,6%	37,17%
	2000	18,91%	43,58%	42,67%	42,69%	33,11%
	2005	14,46%	43,25%	44,34%	43,87%	38,57%
	2010	15,43%	43,46%	44,63%	43,63%	38,54%
VIDA	1992	20,0%	57,6%	58,1%	53,7%	
	1996	24,3%	57,8%	64,7%	65,5%	
	1998	22,3%	61,3%	65,4%	67,7%	64,68%
	2000	21,86%	57,09%	63,84%	62,86%	58,91%
	2005	17,47%	51,88%	53,97%	55,73%	52,77%
	2010	18,84%	52,68%	54,59%	55,98%	53,49%

FUENTE: CELIN SOLIMA

En este cuadro, los indicadores de prevalencia del último mes o consumo actual, muestran disminución en el porcentaje de consumidores de tabaco en el grupo etéreo comprendido entre los 18 a 24 años de edad desde el año 1996 a 1998 y, a partir de ese año, fluctuaciones estadísticamente no significativas.

Muestran también crecimiento en el porcentaje de fumadores que tienen (o tenían) entre 25 a 50 años de edad hasta 1998, decremento constante a partir de ese año al 2005 e incremento porcentual -estadísticamente no significativo hasta 2010.

En el grupo de 35 a 50 años de edad, se nota que los indicadores aumentaron hasta el año 1996 y a partir de entonces bajaron hasta el presente año.

En el grupo comprendido entre los 51 a 65 años de edad, hay un leve decremento entre 1998 y el año 2000, y desde entonces, incremento leve pero sostenido.

Pero el cuadro muestra también crecimiento constante de 1992 al año 2000 en los indicadores de consumo del grupo etéreo comprendido entre los 12 a 17 años de edad,

que se mueve entre el 1 y 2 % y que por eso, probablemente, no influya en el indicador general de "edad de inicio", porque además el porcentaje de consumidores actuales de cigarrillos de este grupo etáreo, el año 2005 baja bruscamente a 8,70%, para volver a subir el 2010 hasta alcanzar 9,79% el año 2010.

MARIHUANA

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MARIHUANA, POR EDAD

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE MARIHUANA POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO-INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%	
	1996	0,6%	1,1%	0,8%	0,3%	
	1998	1,0%	1,9%	1,5%	0,6%	0,37%
	2000	1,27%	2,50%	1,53%	0,29%	0,44%
	2005	1,15%	3,84%	1,91%	0,75%	0,54%
	2010	1,41%	4,78%	3,07%	1,31%	0,66%
AÑO	1992	0,4%	1,2%	0,6%	0,1%	
	1996	1,3%	3,3%	2,3%	1,0%	
	1998	2,3%	4,6%	3,7%	1,3%	0,93%
	2000	2,45%	4,50%	2,62%	0,57%	0,52%
	2005	1,87%	5,35%	2,88%	2,41%	0,98%
	2010	2,83%	6,69%	4,04%	2,71%	1,11%
VIDA	1992	0,5%	4,3%	3,9%	1,7%	
	1996	1,5%	5,6%	4,6%	3,7%	
	1998	2,7%	6,4%	6,2%	3,1%	1,12%
	2000	2,91%	6,24%	5,13%	2,19%	0,74%
	2005	3,61%	9,16%	6,40%	5,22%	1,96%
	2010	4,19%	10,18%	8,07%	5,71%	2,10%

FUENTE: CELIN BOLMA

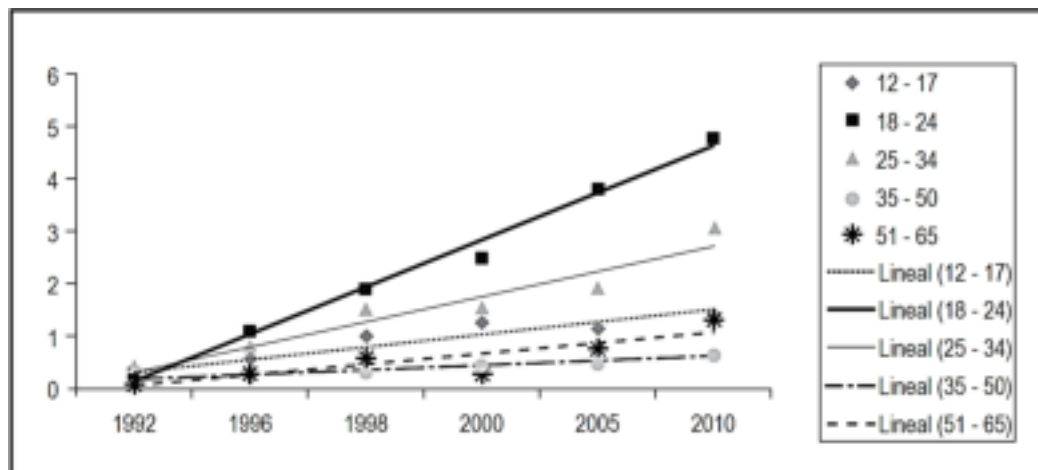
El cuadro anterior nos muestra que los indicadores de prevalencia de mes (consumo actual) del consumo de marihuana por edad del entrevistado, en el rango comprendido entre los 12 a 17 años, tuvieron un incremento importante entre 1992 y 1996 y de allí en adelante los porcentajes subieron hasta el 2010 con una leve fluctuación descendente el año 2005.

Entre los 18 a 24 años, en cambio, este mismo porcentaje subió entre 1992 y 2010 de manera apreciable y constante. Hay que puntualizar que este es el grupo etáreo que más porcentaje de consumidores tiene, en relación a los otros.

En el grupo etáreo comprendido entre los 25 a 34 años, el indicador de consumo actual subió también de manera constante, aunque con lentitud entre el 1998 y el año 2000. La mayor subida en porcentaje es la producida entre el año 2000 y 2010.

En el grupo etáreo comprendido entre los 35 a 50 años de edad, el porcentaje de consumidores de marihuana subió levemente entre 1992 y 1998, El año 2000 se presenta una muesca de bajada y luego sube nuevamente y de manera más acelerada que antes, hasta el año 2010.

Finalmente en el grupo etáreo de 51 a 65 años los indicadores epidemiológicos subieron de manera sostenida.



Como conclusión y analizando el gráfico número 16 de tendencias, podemos apuntar que el consumo actual de marihuana subió primero y de manera acentuada, en el rango etéreo comprendido entre los 18 y 24 años de edad (línea superior), seguido del grupo comprendido entre los 25 a 34 años de edad (segunda línea comenzando de arriba). Un poco menos acentuadamente crecieron también las tendencias de los grupos etéreos de 35 a 50 y de 51 a 65 años de edad.

INHALABLES

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO ACTUAL DE INHALABLES, POR EDAD

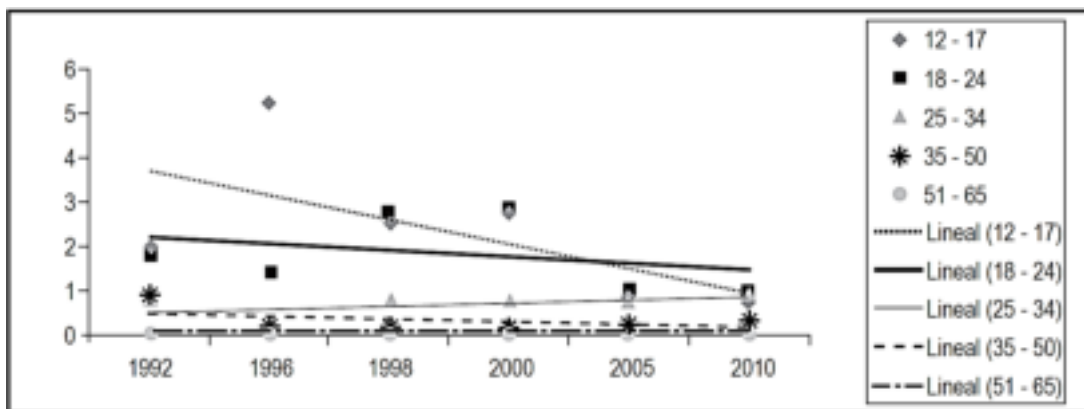
PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE INHALABLES POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	2,0%	1,8%	0,8%	0,9%	
	1996	5,2%	1,4%	0,1%	0,2%	
	1998	2,5%	2,8%	0,8%	0,1%	0,19%
	2000	2,77%	2,84%	0,75%	0,17%	0,15%
	2005	0,75%	0,99%	0,75%	0,24%	—
	2010	0,78%	1,00%	0,92%	0,34%	—
AÑO	1992	4,7%	3,8%	1,6%	1,6%	
	1996	8,8%	5,2%	1,8%	1,0%	
	1998	4,0%	6,0%	2,7%	1,0%	0,19%
	2000	4,55%	4,84%	2,42%	0,92%	0,59%
	2005	0,91%	1,41%	0,94%	0,32%	—
	2010	1,07%	1,95%	1,28%	0,44%	—
VIDA	1992	9,1%	7,8%	3,7%	3,2%	
	1996	10,2%	9,5%	5,6%	3,8%	
	1998	4,9%	8,3%	5,7%	2,1%	0,56%
	2000	5,59%	5,84%	3,63%	1,29%	1,03%
	2005	1,91%	2,71%	2,25%	1,54%	0,80%
	2010	2,09%	3,24%	2,61%	1,65%	0,78%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

El cuadro anterior nos muestra que en el grupo etáreo comprendido entre los 12 a 17 años de edad, se produjo una subida muy importante en el porcentaje de consumidores actuales de estas sustancias entre 1992 y 1996, para luego bajar, también considerablemente hasta 1998. Los demás grupos etáreos muestran oscilaciones propias de fenómeno y no se notan crecimientos importantes en el porcentaje de consumidores. El grupo etáreo que menos consumidores tiene es el comprendido entre los 51 a 65 años de edad y en los estudios del 2005 y 2010 ya no hay consumidores en este grupo.

Tendencia del consumo de Inhalables según edad del consumidor actual (Prevalencia del último mes)



Las líneas de tendencia del consumo actual (prevalencia del último mes) de inhalables por edad nos muestran que el grupo etáreo comprendido entre los 12 a 17 años tiende a bajar muy rápidamente; no así el grupo de 18 a 24 años que prácticamente mantiene una tendencia a sostenerse (muestra una bajada muy leve). En cambio el grupo comprendido entre los 25 a 34 años, tiende a subir, muy lentamente, pero sube. El grupo etáreo comprendido entre los 35 a 50 años, tiende también a bajar un poco más pronunciadamente que el de 18 a 24, pero no como el de 12 a 17 años de edad, ni como el de 51 a 65 que muestra una línea inclinada hacia abajo.

CLORHIDRATO DE COCAÍNA

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA, POR EDAD

PREVALENCIA DE MES. AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000- 2005- 2010

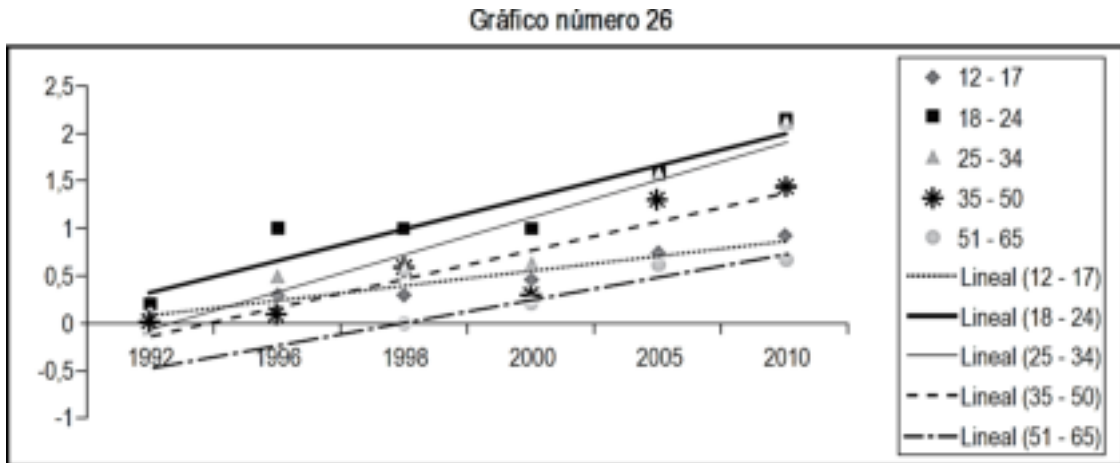
PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	0,1%	0,2%	—	—	
	1996	0,3%	1,0%	0,5%	0,1%	
	1998	0,3%	1,0%	0,6%	0,6%	—
	2000	0,45%	1,00%	0,66%	0,29%	0,22%
	2005	0,75%	1,59%	1,61%	1,30%	0,63%
	2010	0,93%	2,16%	2,11%	1,45%	0,66%
AÑO	1992	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	
	1996	0,9%	2,6%	1,7%	0,7%	
	1998	0,6%	1,7%	1,9%	0,9%	0,19%
	2000	1,18%	1,94%	1,32%	0,72%	0,22%
	2005	0,95%	1,90%	1,87%	1,62%	0,71%
	2010	1,31%	3,12%	3,12%	2,08%	0,78%
VIDA	1992	0,4%	1,4%	1,9%	1,3%	
	1996	0,9%	3,6%	3,0%	1,9%	
	1998	0,7%	2,5%	3,1%	1,7%	0,37%
	2000	1,68%	2,60%	2,25%	1,41%	0,52%
	2005	1,55%	2,68%	2,70%	2,77%	1,70%
	2010	1,90%	4,03%	4,27%	3,39%	1,99%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

El cuadro analizado nos muestra que los indicadores de consumo del último mes (consumo actual) en el rango etáreo comprendido entre los 12 a 17 años, subieron en el transcurso de cuatro años; se mantuvieron hasta 1998 y volvieron a subir entre 1998 y el año 2010. De 18 a 24 es el grupo etáreo en el que los consumidores actuales presentaron más incrementos. Los indicadores del último año y de vida, presentan leves bajas para el año 2005.

La prevalencia de mes muestra crecimiento sostenido en todos los demás grupos etáreos, con leves fluctuaciones entre los diferentes indicadores. El grupo que muestra menos incrementos, es el comprendido entre los 51 a 65 años de edad.

Tendencia del consumo de Clorhidrato de Cocaína según edad del consumidor actual (Prevalencia del último mes)



Todos los grupos etáreos, según el gráfico número 26, muestran indicadores de incremento en el porcentaje y número de consumidores (ver cuadro número 20). Las tendencias muestran que el grupo etáreo que tiene más consumidores, pero crecimiento relativamente lento en relación a los demás grupos de edad, es el comprendido entre los 18 a 24 años, le sigue el de 25 a 34 años; aunque su crecimiento es más acelerado (línea más oblicua) y después el de 35 a 50 que muestra una tendencia de crecimiento similar al grupo de 18 a 24 años (líneas oblicuas prácticamente paralelas entre ambos grupos etáreos). El que muestra una línea menos oblicua, por lo tanto menor tendencia de crecimiento, es el del grupo de 12 a 17 años.

BASE DE COCAÍNA

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BASE DE COCAÍNA POR EDAD

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE BASE DE COCAÍNA POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	0,1%	0,3%	0,2%	---	
	1996	0,5%	1,4%	0,8%	0,1%	
	1998	0,2%	0,6%	0,6%	0,7%	---
	2000	0,50%	0,93%	0,75%	0,37%	0,07%
	2005	0,12%	1,59%	1,12%	1,98%	0,71%
	2010	0,24%	1,99%	1,28%	2,28%	1,11%
AÑO	1992	0,2%	0,4%	0,4%	0,1%	
	1996	0,8%	2,4%	2,2%	1,1%	
	1998	0,7%	1,6%	1,5%	1,1%	---
	2000	1,05%	2,00%	1,38%	0,60%	0,07%
	2005	0,79%	2,92%	1,39%	2,21%	0,71%
	2010	0,93%	3,20%	1,61%	2,66%	1,22%
VIDA	1992	0,3%	1,2%	2,3%	1,3%	
	1996	0,9%	3,3%	4,0%	2,0%	
	1998	0,8%	2,2%	3,3%	2,0%	0,52%
	2000	1,27%	2,44%	2,53%	1,12%	0,37%
	2005	1,07%	3,38%	2,25%	3,08%	1,18%
	2010	1,12%	3,99%	2,84%	4,07%	1,99%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

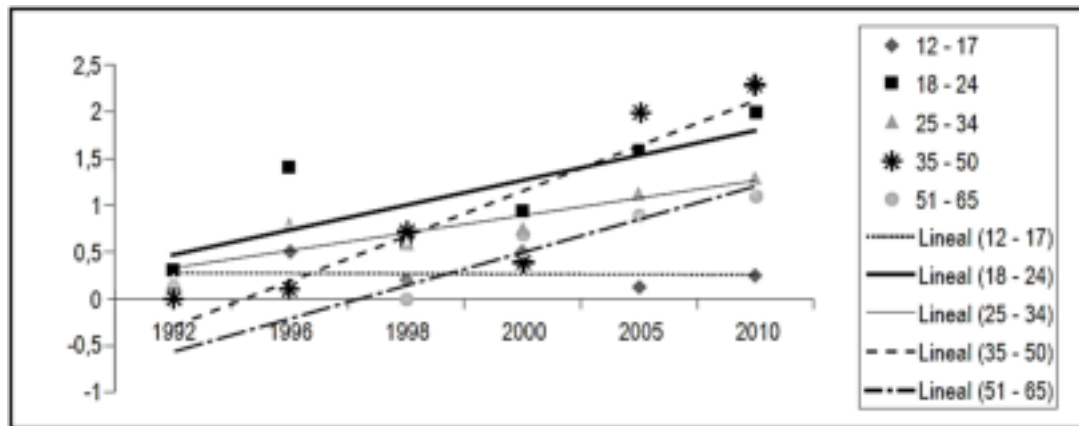
Pese a que la prevalencia de mes en el grupo de 12 a 17 años de edad, es baja, hasta el año 2010, hay casi un 100% de incremento.

El grupo de 18 a 24 años, que es el segundo con mayor porcentaje de consumidores, hay un incremento considerable entre el 1992 y el 2010.

Hay un salto de 435% entre el 2000 al 2005 en el grupo comprendido entre los 35 a 50 años de edad que además continúa en ascenso con un 15% de incremento entre el 2005 y el 2010.

Otro salto importante -de 900%- es el mostrado por el grupo comprendido entre los 51 a 65 años de edad y de 30% entre el 2005 y el 2010.

Tendencia del consumo de Base de Cocaína según edad del consumidor actual (Prevalencia del último mes)



Interesante. El gráfico número 31 nos muestra claramente que la tendencia de consumo, de la edad comprendida entre los 35 a 50 años, es la que más tiende a crecer; y la que menos lo hace es la comprendida entre los 12 a 17 años, que muestra tendencia leve hacia el decremento.

ALUCINÓGENOS

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS, POR EDAD

Los indicadores de consumo consignados en el cuadro número 28, nos muestran porcentajes de consumidores actuales muy bajos en el rango etáreo de 12 a 17 años de edad.

PREVALENCIA DE MES. AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

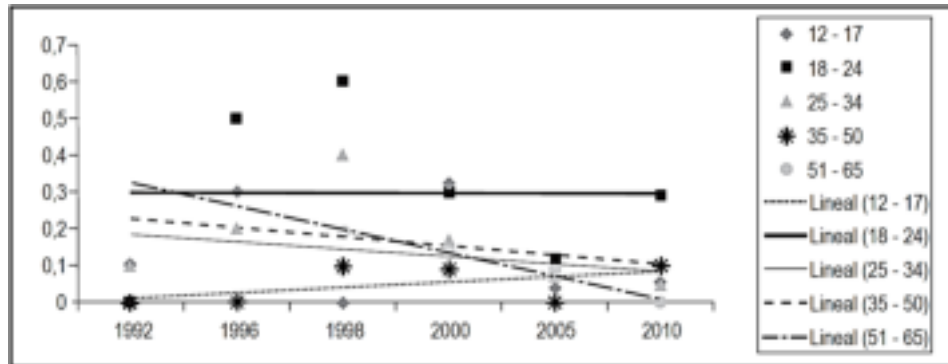
PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	0,1%	—	0,1%	—	—
	1996	0,3%	0,5%	0,2%	—	—
	1998	—	0,6%	0,4%	0,1%	0,19%
	2000	0,32%	0,30%	0,17%	0,09%	0,15%
	2005	0,04%	0,11%	0,07%	—	0,09%
	2010	0,05%	0,29%	0,05%	0,10%	—
AÑO	1992	0,1%	0,2%	0,1%	—	—
	1996	0,4%	1,1%	0,5%	0,2%	—
	1998	0,1%	1,4%	0,9%	0,2%	0,19%
	2000	0,82%	0,83%	0,55%	0,26%	0,15%
	2005	0,12%	0,25%	0,07%	0,04%	0,09%
	2010	0,15%	0,46%	0,09%	0,19%	—
VIDA	1992	0,3%	0,6%	0,6%	0,1%	—
	1996	0,4%	1,6%	1,2%	0,8%	—
	1998	0,1%	1,9%	2,1%	0,7%	0,19%
	2000	1,23%	1,40%	1,24%	0,40%	0,22%
	2005	0,12%	0,32%	0,26%	0,20%	0,09%
	2010	0,15%	0,71%	0,32%	0,39%	—

FUENTE: CELIN BOLIVIA

Este indicador es inclusive inferior al de 1996, fecha en que aparece su consumo por primera vez en este grupo etáreo. Entre los usuarios de estas drogas de 25 a 34 años, después de subir constantemente entre 1992 y 1998, el año 2000 aparece un indicador de bajada, que casi iguala el porcentaje de usuarios que se dio el año 1996, En realidad, es ligeramente inferior al mismo. El año 2005 tiene una cifra muy baja (0,07%).

En el rango comprendido entre los 18 a 24 años de edad, se presenta una reducción, en el porcentaje de consumidores, apreciable entre 1998 y el año 2005. Es el grupo etáreo donde se nota que hay más consumidores de estas sustancias aunque, puesto que los porcentajes de consumidores no son altos en el total, estas diferencias no son sustanciales.

Tendencia del consumo de Alucinógenos según edad del consumidor actual (Prevalencia del último mes)



La tendencia de consumo de estas sustancias sube ligeramente en el grupo etáreo de 12 a 17 años, baja en el comprendido entre los 18 a 34 y sube ligeramente en el de 35 a 50. En el grupo etáreo de 51 a 65 años (línea de asteriscos) la tendencia de consumo de estas drogas es a bajar.

CUALQUIER DROGA

Evolución de la prevalencia del consumo de "Cualquier droga", por edad

De acuerdo al cuadro siguiente, los indicadores correspondientes a la prevalencia del último mes, indicador que refleja también el consumo actual, muestran que en el rango etáreo comprendido entre los 12 a 17 años de edad, la subida explosiva se produjo de 1992 a 1996 para luego bajar en 1998 y luego volver a subir el año 2000; aunque a niveles que no igualan el indicador de 1996, y entre el 2000 y 2005, hay una bajada substancial que aparenta volver a crecer el 2010.

En el rango etáreo comprendido entre los 18 a 24 años de edad, los indicadores de consumo actual, subieron, constante y de manera más acelerada que cualquier otro grupo etáreo (habría que prestar atención a este grupo, especialmente en las tareas de

prevención del uso indebido de drogas) hasta el año 2010. INSISTO QUE NO SE DICE NADA RESPECTO A LOS DE 25 A 34 AÑOS

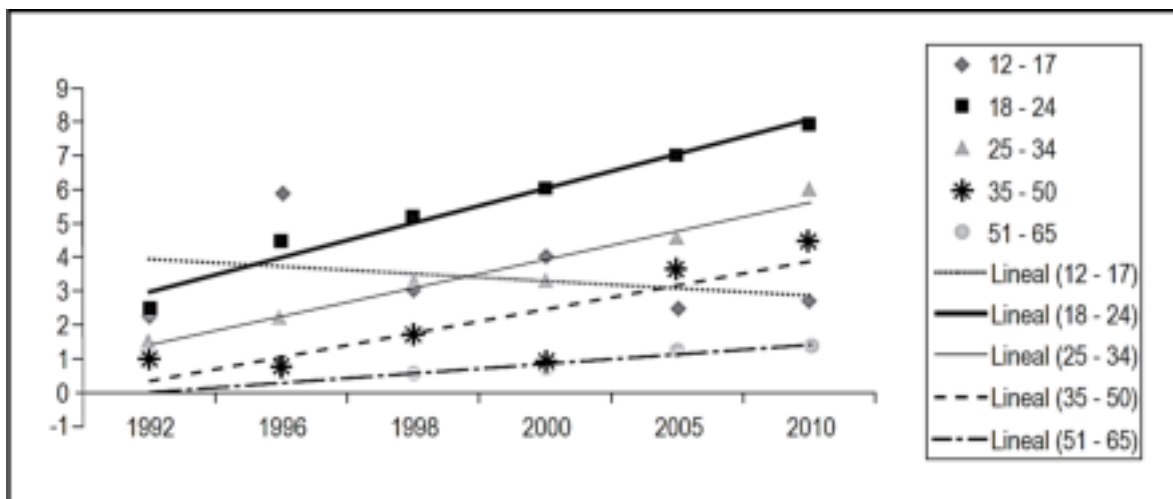
PREVALENCIA DE MES AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE "CUALQUIER DROGA" POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 – 2010

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	2,3%	2,5%	1,5%	1,0%	
	1996	5,9%	4,5%	2,2%	0,8%	
	1998	3,1%	5,2%	3,3%	1,7%	0,56%
	2000	4,00%	6,04%	3,31%	0,98%	0,74%
	2005	2,34%	6,73%	4,64%	3,68%	1,25%
AÑO	2010	2,68%	7,94%	6,01%	4,46%	1,33%
	1992	5,2%	5,3%	2,6%	1,9%	
	1996	9,9%	10,4%	5,9%	2,8%	
	1998	5,2%	10,1%	6,9%	2,9%	1,12%
	2000	6,64%	9,74%	6,28%	2,47%	1,18%
	2005	3,93%	9,58%	6,22%	5,38%	1,79%
VIDA	2010	4,82%	11,34%	7,94%	5,96%	1,77%
	1992	9,9%	12,1%	9,7%	6,1%	
	1996	10,9%	15,3%	11,1%	7,4%	
	1998	6,2%	13,6%	12,2%	5,9%	1,86%
	2000	8,00%	12,56%	10,14%	4,80%	2,00%
	2005	6,35%	14,30%	11,39%	9,72%	4,55%
	2010	6,86%	15,45%	13,03%	10,12%	4,32%

FUENTE: CELIN BOLAÑA

Para los usuarios de 25 a 34 años de edad es muy aparente que los indicadores también subieron constantemente, aunque se fueron "desacelerando", si se nos permite la expresión, hasta crecer muy lentamente y muy poco de 1998 al 2000 y un poco más entre el 2000 y 2005.

Finalmente, en el grupo etáreo comprendido entre los 35 a 50 años de edad, las oscilaciones son prácticamente imperceptibles, a excepción del indicador de 1998 que es superior a las demás, de donde baja hasta el año 2000, para volver a subir hasta el año 2005.



Tendencia del consumo de "Cualquier droga" según edad del consumidor actual (Prevalencia del último mes)

El único rango etáreo que tiene tendencia a bajar en el consumo actual de "Cualquier droga" es el comprendido entre los 12 a 17 años de edad. Los otros grupos, tienden a subir sus indicadores de consumo actual.

EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS-BOLIVIA

ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

SUBSTANCIA	EDAD MEDIA DE INICIO					
	1992	1996	1998	2000	2005	2010
ALCOHOL	18,3 Años	18,1 Años	18,0 Años	18,25 Años	18,07 Años	18,18 Años
TABACO	17,4 Años	17,8 Años	18,0 Años	18,22 Años	17,76 Años	17,82 Años
MARIHUANA	19,8 Años	18,9 Años	18,7 Años	18,24 Años	17,78 Años	17,89 Años
INHALABLES	15,2 Años	14,1 Años	16,6 Años	15,89 Años	17,04 Años	16,98 Años
CLORHIDRATO DE COCAINA	17,5 Años	18,7 Años	19,9 Años	19,28 Años	18,57 Años	18,73 Años
BASE DE COCAÍNA	19,1 Años	18,8 Años	19,1 Años	18,76 Años	18,03 Años	18,27 Años
ALUCINÓGENOS	20,5 Años	17,9 Años	18,2 Años	17,87 Años	17,79 Años	18,15 Años
"CUALQUIER DROGA"	17,2 Años	16,7 Años	18,2 Años	17,75 Años	17,95 Años	17,97 Años

FUENTE: CELIN BOLIVIA

DATOS ESTADÍSTICOS DEL CONSUMO A NIVEL TARIJA

DATOS CELIN BOLIVIA

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL UID - ESTUDIO COMPARATIVO INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

CIUDAD: TARIJA

PREVALENCIA		SUBSTANCIA							
		ALCOHOL	TABACO	MARIHUANA	INHALABLES	CLOR. COCAÍNA	BASE DE COCAÍNA	ALLUCINOGENOS	*CUALQUIER DROGA*
MES	1992	61,3%	22,5%	—	2,8%	—	—	—	2,8%
	1996	55,2%	21,5%	—	3,5%	0,2%	0,2%	—	3,7%
	1998	47,2%	30,5%	1,2%	2,5%	0,5%	0,2%	0,2%	2,9%
	2000	50,1%	19,7%	0,8%	2,1%	0,6%	0,3%	0,4%	3,0%
	2005	52,03%	25,07%	1,16%	0,14%	1,16%	0,43%	—	2,61%
	2010	55,19%	25,66%	1,60%	0,27%	1,20%	0,66%	—	3,46%
AÑO	1992	69,4%	32,7%	—	5,9%	—	—	—	5,9%
	1996	75,0%	37,6%	—	6,1%	0,7%	0,2%	—	6,5%
	1998	75,9%	48,4%	2,5%	4,2%	1,0%	0,5%	0,7%	5,7%
	2000	76,3%	30,7%	1,7%	4,0%	1,2%	1,1%	1,0%	5,9%
	2005	69,57%	33,04%	2,46%	0,14%	1,30%	0,87%	0,14%	4,20%
	2010	72,87%	33,91%	2,53%	0,27%	1,33%	0,93%	0,13%	4,52%
VIDA	1992	75,6%	44,7%	0,9%	9,1%	0,6%	0,3%	—	10,3%
	1996	88,5%	58,5%	1,7%	10,4%	2,2%	0,7%	0,4%	12,4%
	1998	84,3%	61,2%	2,9%	6,1%	1,5%	1,0%	1,0%	8,1%
	2000	81,8%	48,8%	3,4%	4,4%	1,7%	1,9%	1,8%	8,1%
	2005	79,57%	46,67%	5,94%	0,72%	1,88%	1,59%	0,14%	8,41%
	2010	82,58%	47,61%	5,59%	0,66%	1,86%	1,73%	0,27%	7,98%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

**EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS - ESTUDIO
COMPARATIVO INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010**

SUBSTANCIA	EDAD MEDIA DE INICIO					
	1992	1996	1998	2000	2005	2010
ALCOHOL	17,7 Años	17,7 Años	18,4 Años	18,5 Años	17,53 Años	17,74 Años
TABACO	18,0 Años	17,4 Años	18,3 Años	18,5 Años	17,03 Años	17,10 Años
MARIHUANA	24,0 Años	19,3 Años	18,4 Años	18,3 Años	17,70 Años	17,37 Años
INHALABLES	16,1 Años	13,8 Años	16,8 Años	15,8 Años	16,52 Años	15,51 Años
CLOR. COCAÍNA	17,5 Años	19,3 Años	20,8 Años	19,3 Años	17,95 Años	18,12 Años
BASE DE COCAÍNA	13,5 Años	19,0 Años	19,2 Años	19,6 Años	17,53 Años	17,78 Años
ALUCINÓGENOS	---	18,0 Años	17,0 Años	18,2 Años	17,00 Años	17,50 Años
"CUALQUIER DROGA"	16,5 Años	15,5 Años	17,9 Años	17,8 Años	17,63 Años	17,54 Años

FUENTE: CELIN BOLIVIA

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALCOHOL
POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 -
2000 - 2005 - 2010**

PREVALENCIA		EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	32,9%	63,5%	67,4%	77,9%	
	1996	23,1%	52,9%	61,7%	74,3%	
	1998	14,5%	52,2%	59,4%	50,6%	38,78%
	2000	13,7%	44,9%	61,1%	63,8%	60,29%
	2005	19,62%	53,04%	68,51%	63,53%	63,93%
	2010	21,15%	55,74%	69,06%	68,05%	63,49%
AÑO	1992	42,1%	76,2%	75,6%	80,5%	
	1996	52,7%	76,5%	77,9%	87,6%	
	1998	27,6%	87,6%	86,5%	87,1%	75,51%
	2000	27,4%	83,1%	86,4%	87,4%	86,76%
	2005	38,61%	70,72%	86,74%	78,82%	83,61%
	2010	41,03%	74,32%	87,29%	81,66%	82,54%
VIDA	1992	47,4%	81,0%	83,7%	88,3%	
	1996	59,3%	94,1%	96,8%	95,6%	
	1998	31,6%	92,9%	97,7%	98,8%	93,88%
	2000	27,4%	87,6%	92,6%	96,6%	97,06%
	2005	48,73%	81,77%	93,92%	90,59%	91,80%
	2010	52,56%	84,70%	93,92%	92,31%	92,06%

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE TABACO POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA		EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	14,5%	25,4%	29,1%	19,5%	
	1996	6,6%	21,6%	24,0%	30,1%	
	1998	9,2%	40,7%	34,6%	29,4%	30,61%
	2000	6,0%	22,5%	21,4%	23,6%	19,12%
	2005	9,49%	29,83%	29,83%	29,41%	24,59%
	2010	10,90%	31,15%	29,83%	28,99%	25,40%
AÑO	1992	18,4%	38,1%	41,9%	29,9%	
	1996	25,3%	41,2%	34,4%	48,7%	
	1998	21,1%	57,5%	54,9%	50,6%	38,78%
	2000	15,4%	38,8%	32,3%	30,5%	22,06%
	2005	12,66%	39,78%	40,33%	37,06%	32,79%
	2010	14,10%	40,98%	39,78%	37,87%	34,92%
VIDA	1992	21,1%	47,6%	55,8%	48,1%	
	1996	31,9%	66,7%	61,7%	68,1%	
	1998	25,0%	64,6%	72,2%	71,8%	57,14%
	2000	17,9%	53,9%	55,6%	54,0%	67,65%
	2005	22,15%	53,59%	52,49%	55,88%	45,90%
	2010	23,72%	55,74%	51,93%	56,21%	47,62%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE MARIHUANA POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA		EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	---	---	---	---	
	1996	---	---	---	---	
	1998	---	2,7%	1,5%	---	---
	2000	---	2,2%	0,8%	---	---
	2005	1,27%	2,76%	0,55%	---	---
	2010	1,28%	3,28%	1,10%	1,18%	---
AÑO	1992	---	---	---	---	
	1996	---	---	---	---	
	1998	---	4,4%	3,0%	1,2%	---
	2000	---	3,9%	1,9%	---	---
	2005	1,90%	3,87%	2,21%	1,76%	1,64%
	2010	1,92%	4,37%	2,21%	1,78%	1,59%
VIDA	1992	---	1,6%	1,2%	1,3%	
	1996	---	2,9%	1,9%	1,8%	
	1998	---	4,4%	3,8%	2,4%	---
	2000	0,9%	5,1%	5,1%	1,1%	1,47%
	2005	3,16%	7,73%	6,63%	5,88%	3,28%
	2010	3,21%	7,65%	6,08%	5,92%	3,17%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE INHALABLES
POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998
- 2000 - 2005 - 2010**

PREVALENCIA		EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	2,6%	4,8%	2,3%	2,6%	---
	1996	13,2%	3,9%	---	---	---
	1998	---	4,4%	3,0%	1,2%	---
	2000	---	3,4%	3,1%	0,6%	1,47%
	2005	---	0,55%	---	---	---
	2010	0,64%	0,55%	---	---	---
AÑO	1992	9,2%	7,9%	3,5%	5,2%	---
	1996	19,8%	7,8%	1,3%	---	---
	1998	---	7,1%	6,0%	1,2%	---
	2000	1,7%	5,1%	5,1%	2,9%	4,41%
	2005	---	0,55%	---	---	---
	2010	0,64%	0,55%	---	---	---
VIDA	1992	14,5%	12,7%	4,7%	7,8%	---
	1996	22,0%	13,7%	5,8%	4,4%	---
	1998	---	10,6%	7,5%	3,5%	2,04%
	2000	3,4%	5,6%	5,1%	2,9%	4,41%
	2005	0,63%	1,10%	---	1,18%	---
	2010	1,28%	1,09%	---	0,59%	---

FUENTE: CELIN BOLIVIA

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE CLOR.
COCAÍNA POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 -
1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010**

PREVALENCIA		EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	---	---	---	---	---
	1996	---	1,0%	---	---	---
	1998	---	1,8%	---	---	---
	2000	---	0,6%	0,8%	0,6%	1,47%
	2005	0,63%	1,66%	2,21%	---	---
	2010	1,28%	1,64%	2,21%	---	---
AÑO	1992	---	---	---	---	---
	1996	1,1%	2,0%	---	---	---
	1998	---	1,8%	0,8%	1,2%	---
	2000	0,9%	1,1%	1,9%	0,6%	1,47%
	2005	0,63%	1,66%	2,21%	0,59%	---
	2010	1,28%	1,64%	2,21%	0,59%	---
VIDA	1992	---	---	1,2%	1,3%	---
	1996	1,1%	2,9%	2,6%	1,8%	---
	1998	---	2,7%	1,5%	1,2%	---
	2000	0,9%	1,7%	2,7%	0,6%	1,47%
	2005	1,27%	1,66%	3,31%	1,18%	1,64%
	2010	1,28%	1,64%	3,31%	1,18%	1,59%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE BASE DE COCAÍNA POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA		EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	—	—	—	—	—
	1996	1,1%	—	—	—	—
	1998	—	0,9%	—	—	—
	2000	—	0,8%	—	0,6%	—
	2005	—	1,10%	0,55%	—	1,64%
	2010	—	1,64%	0,55%	—	1,59%
AÑO	1992	—	—	—	—	—
	1996	1,1%	—	—	—	—
	1998	—	0,9%	0,8%	—	—
	2000	—	2,2%	1,2%	0,6%	—
	2005	1,27%	1,86%	0,55%	—	1,64%
	2010	0,64%	2,19%	0,55%	—	1,59%
VIDA	1992	—	—	—	1,3%	—
	1996	1,1%	—	0,6%	0,9%	—
	1998	—	1,8%	1,5%	—	—
	2000	—	2,8%	2,7%	1,1%	—
	2005	1,27%	2,21%	2,76%	—	3,28%
	2010	0,64%	2,73%	2,76%	—	3,17%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA		EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	—	—	—	—	—
	1996	—	—	—	—	—
	1998	—	—	0,8%	—	—
	2000	0,9%	0,6%	—	0,6%	1,47%
	2005	—	—	—	—	—
	2010	—	—	—	—	—
AÑO	1992	—	—	—	—	—
	1996	—	—	—	—	—
	1998	—	—	2,3%	—	—
	2000	0,9%	1,7%	0,8%	0,6%	1,47%
	2005	0,63%	—	—	—	—
	2010	0,64%	—	—	—	—
VIDA	1992	—	—	—	—	—
	1996	—	2,0%	—	—	—
	1998	—	0,9%	2,3%	—	—
	2000	0,9%	2,8%	1,9%	1,1%	1,47%
	2005	0,63%	—	—	—	—
	2010	0,64%	0,55%	—	—	—

FUENTE: CELIN BOLIVIA

PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE "CUALQUIER DROGA" POR EDAD ESTUDIO COMPARATIVO INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010

PREVALENCIA		EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	2,6%	4,8%	2,3%	2,6%	
	1996	13,2%	4,9%	---	---	
	1998	---	5,3%	3,8%	1,2%	---
	2000	0,9%	4,5%	4,7%	0,6%	1,47%
	2005	1,90%	4,97%	3,31%	---	1,64%
	2010	3,21%	6,01%	3,87%	1,18%	1,59%
AÑO	1992	9,2%	7,9%	3,5%	5,2%	
	1996	19,8%	9,8%	1,3%	---	
	1998	---	8,0%	9,0%	2,4%	---
	2000	2,6%	8,4%	7,8%	2,9%	4,41%
	2005	3,16%	6,63%	4,97%	1,76%	3,28%
	2010	3,85%	7,65%	4,97%	1,78%	3,17%
VIDA	1992	14,5%	14,3%	7,0%	9,1%	
	1996	22,0%	18,6%	7,1%	6,2%	
	1998	---	13,3%	10,5%	4,7%	2,04%
	2000	4,3%	10,1%	10,5%	5,2%	5,88%
	2005	5,06%	11,05%	10,50%	6,47%	4,92%
	2010	5,13%	11,48%	9,94%	5,92%	4,76%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

DATOS DE INTRAIID TARIJA

El Instituto Nacional de Drogodependencia y Salud Mental (INTRAIID) actualmente cuenta actualmente con 33 camas de internación, logrando espacios diferenciales por género y atención ambulatoria de la patología mental prevalente en la región:

A. INTERNACIÓN.

Un programa con el que cuenta Institución y que tiene una duración variable de aproximadamente 6 a 7 semanas, de acuerdo a la evaluación médico-clínica, y a la motivación del paciente, en el que se realiza:

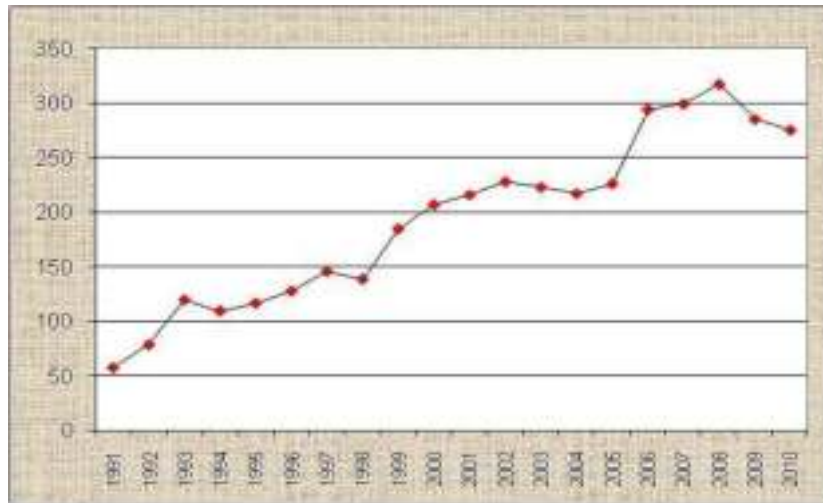
- Desintoxicación, con una duración de 7 a 10 días, que tiene por objetivo, la eliminación de la sustancia tóxica.
- Tratamiento y Rehabilitación

Dentro de las políticas de asistencia del instituto, se busca la inclusión, factor representado en el no límite de edad, es así que se tiene pacientes en los extremos de la vida (<5 años y personas de la tercera edad), a pesar de no contar con una estructura física adecuada para albergar a este tipo de población, pero al constituirse el único centro de salud mental del sur del país se tiene que adecuar a dichas condiciones. **La población entre 15 a 45 años cubre aproximadamente el 85%** de toda la población hospitalizada, de este grupo se puede observar el rango de edad **más común es de 25 a 35 años**, con una media de 34 años.

Se puede evidenciar que al Instituto, a raíz de la falta de juicio de enfermedad, o negación de la misma, los pacientes concurren acompañados por algún familiar cerca de dos tercios del total de internados, un 15% de la población es conducida por la policía y en algunos casos también por la familia, por haber producido disconductas en su entorno cercano y un 6% de los ingresados lo hicieron “solos” lo que representa voluntariedad presencia de juicio de enfermedad y necesidad de tratamiento.

En la internación se tiene que un 77% son varones frente a un 23% de varones, teniendo un promedio anual de 300 personas que se internan en la Institución.

Línea de tendencia en cantidad de pacientes internados por año en gestiones de 1991 a 2010

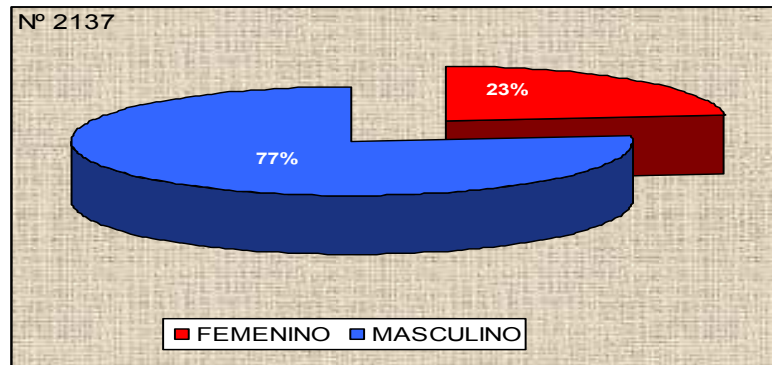


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del INTRAID

Esta línea de tendencia muestra el comportamiento del número de internaciones en relación al paso de los años, si bien el presente estudio tomó en cuenta el periodo comprendido entre los años 2003 al 2010, se vio la necesidad de mostrar las tendencias desde la creación del área de internación del INTRAID, ya que clarifica el crecimiento sostenido.

Pacientes internados según género-gestiones 2003 a 2010

INTRAID Tarija



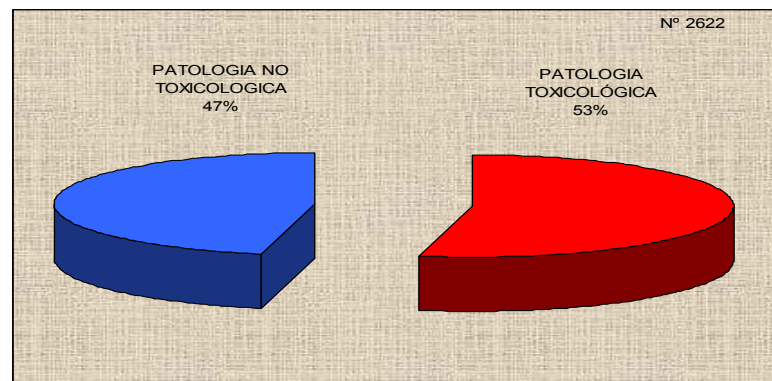
Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del INTRAID

Se puede observar que el mayor porcentaje pertenece a pacientes de sexo masculino, pero se debe hacer hincapié que la proporción de mujeres corresponde aproximadamente a la cuarta parte del total, ya que en estos últimos años se procedió a habilitar un área específica para mujeres, lo cual dota a las mismas de mayor comodidad y privacidad. Las áreas de recreación, alimentación, terapia son comunes.

Se atienden en el Instituto a personas que padecen de trastornos psiquiátricos, tóxicos y/o del comportamiento.

Pacientes internados según tipo de diagnóstico

INTRAID Tarija

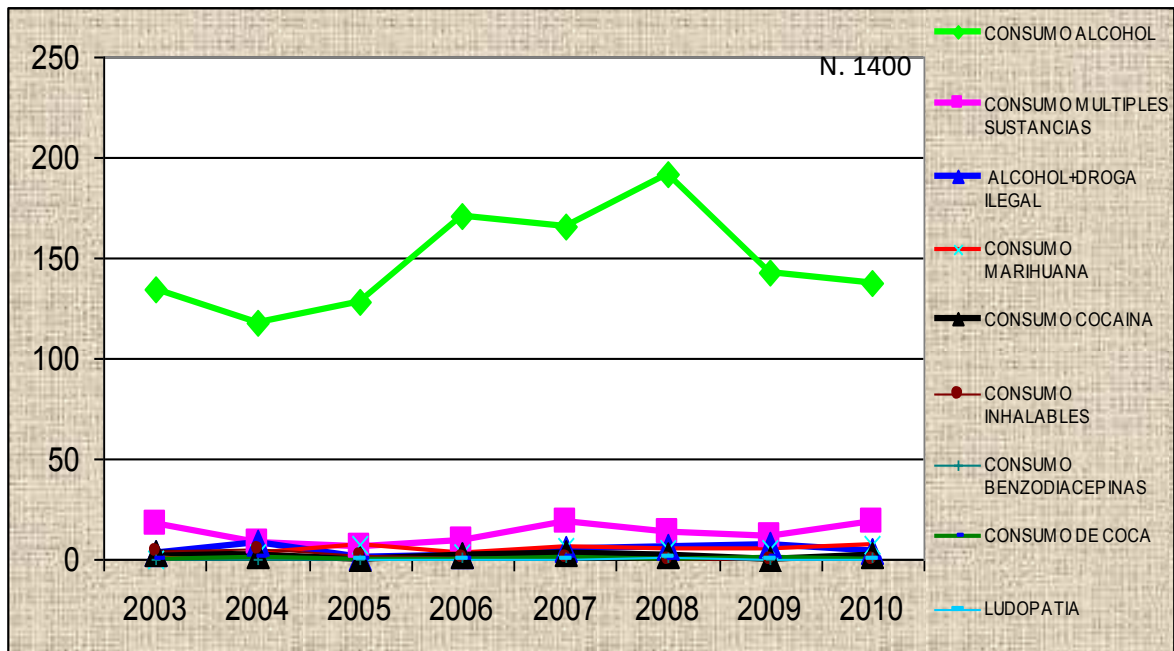


Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas del INTRAID

El mayor porcentaje del total de las internaciones correspondió a la patología toxicológica, con un 53% y las patologías no toxicológicas un 47% que tuvieron que ser hospitalizadas.

Líneas de tendencia de las patologías toxicológicas más frecuentes – gestión 2003 a 2010

INTRAID TARIJA



B. CONSULTA EXTERNA.

La consulta externa, es uno de los servicios que brinda el de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación (INTRAID – TARIJA), que inicio su trabajo asistencial a partir de diciembre del año 1990, con la finalidad de coadyuvar con la resolución de las diferentes patologías que hacen a la enfermedad mental.

Mediante este servicio especializado se atiende a todas aquellas personas que acuden a recibir una prestación en psiquiatría y/o psicología (orientación o asesoría), para posteriormente continuar con un tratamiento ambulatorio, hasta la resolución y/o

estabilización de su dolencia, y en caso que amerite, la internación correspondiente con un programa breve de permanencia institucional y el posterior seguimiento ambulatorio.

Este documento, muestra de manera descriptiva, el trabajo desempeñado a lo largo de 21 años de actividades ininterrumpidas en el área clínica, desarrolladas por el equipo multidisciplinario de la institución, en el que intervienen mancomunadamente: psiquiatras, psicólogos, trabajadora social, personal de enfermería, administrativo y de apoyo.

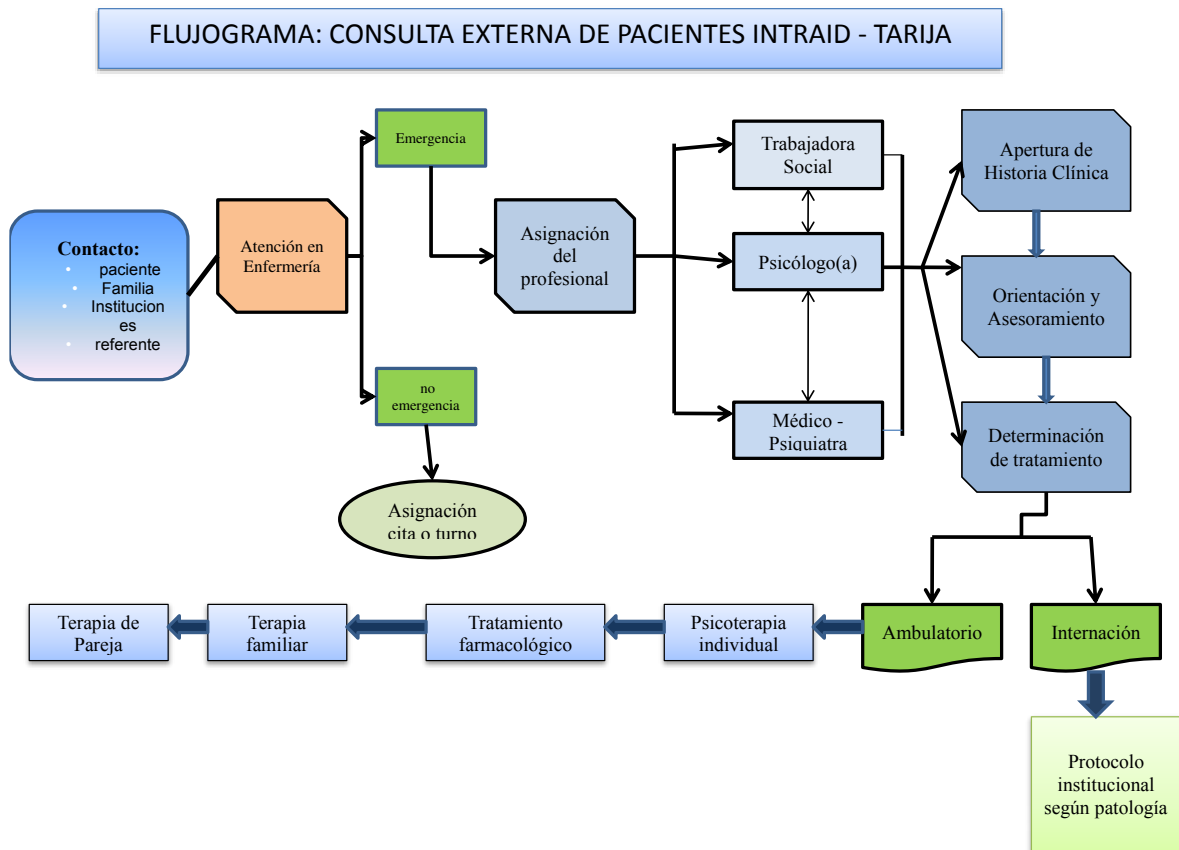
Es importante mencionar que en el año 1990, se contaba con 14 funcionarios para el Área de Prevención y el Área Clínica (director-médico psiquiatra, un coordinador del área médico general, un psicólogo clínico, cuatro enfermeras, personal administrativo y de apoyo). En la actualidad y acorde con el crecimiento de la institución y la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario se tiene un total de 32 funcionarios, de los cuales cuatro profesionales psicólogos se ocupan exclusivamente de las tareas preventivas, y 28 funcionarios entre profesionales y personal técnico capacitado, se dedican a las actividades del área clínica.

Cabe resaltar que estos 21 años, han significado para la Institución un constante crecimiento de la demanda de nuestros servicios, sin ningún tipo de restricciones, sean económicas o de otra índole; es así que se tiene registrados desde niños de cuatro años de edad, personas adultas e incluso mayores de ochenta años, buscando siempre la calidez, confiabilidad y eficiencia en las diferentes actividades desarrolladas.

Para la recopilación de la información, se ha utilizado un programa estadístico específico que es el SPSS/PC-versión 15.0, en el cual se ha elaborado una base de datos, de acuerdo con los registros que cuenta la Institución, para luego elaborar tablas y gráficos de la información obtenida en el programa EXCEL y lograr así la sistematización correspondiente.

En el transcurso de este periodo, se ha atendido a un total de 54.323 personas, siendo las mujeres 27.793 frente a los varones que suman 26.530.

La consulta externa en el INTRAID – Tarija, sigue un proceso dinámico, organizado en una serie de acontecimientos, que se pueden visualizar mejor en el siguiente flujograma:



El contacto del paciente con la institución se realiza de diferentes modos: pudiendo en muchos casos presentarse la familia, un amigo o a través de instituciones (Policía, SEDEGES o vía judicial), para recibir orientación y lograr el ingreso del paciente. Una vez que la persona ingresa al INTRAID, es la Enfermera quien orienta respecto a la oferta institucional, profesionales y horarios (7 a 19, de lunes a viernes), para en consenso con el interesado, asignarle una cita o en caso de representar una urgencia, derivar al profesional correspondiente, que iniciará la atención con una primera

entrevista de apertura del expediente clínico y la determinación del tratamiento que pudiera ser ambulatorio o internativo, de acuerdo a la evaluación realizada, para posteriormente coordinar con otros profesionales miembros del equipo, según la patología y brindando atención interdisciplinaria e integral.

Descripción de los resultados globales.

A continuación se presentan los datos obtenidos de la revisión de la información de los pacientes atendidos, a partir de cuadros más generales, hasta datos más específicos de los últimos cinco años, agregándose la tabla y gráfico precedente que permita objetivar el crecimiento que hubo en los veintiún años de existencia del área clínica.

Distribución de consulta externa según el género - gestiones 1991 al 2010

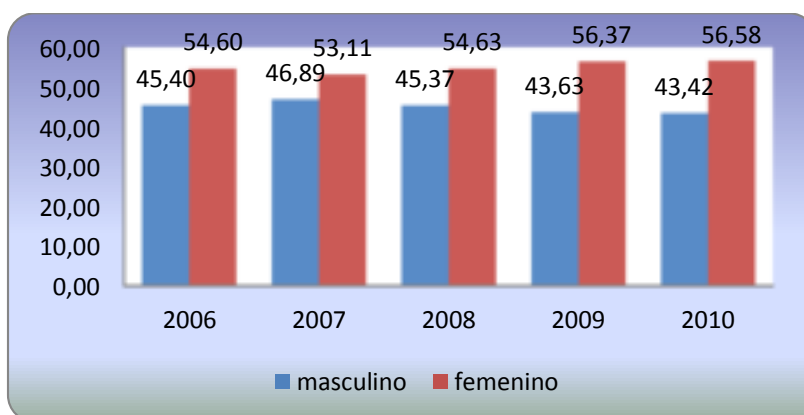
AÑO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
1991	235	94	329
1992	230	76	306
1993	158	125	283
1994	158	65	223
1995	144	66	210
1996	155	90	241
1997	233	169	402
1998	308	214	522
1999	449	229	678
2000	870	252	1122
2001	1021	538	1559
2002	1235	927	2162
2003	2089	2163	4252
2004	2738	2905	5643
2005	2203	2284	4487
2006	2440	2935	5375
2007	2777	3146	5923
2008	3015	3630	6645
2009	2982	3853	6835
2010	3094	4032	7126
TOTALES	26530	27793	54323

Fuente: INTRAID – TARIJA

Atención de pacientes en el servicio de consulta externa gestiones 2006 - 2010.

Seguidamente se presentan de manera detallada datos estadísticos relativos a los últimos cinco años de vida institucional, que nos permitirán tener una noción clara de las patologías más frecuentes y los aspectos sociodemográficos más relevantes de la población atendida.

Distribución de pacientes externos según género (en porcentajes) INTRAID Tarija gestiones 2006-2010

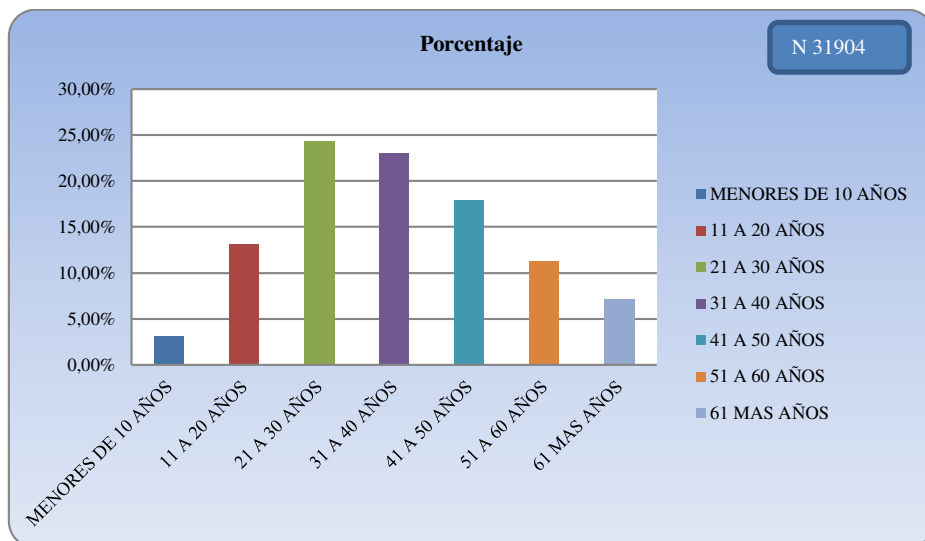


Fuente: INTRAID – TARIJA

En el gráfico sobre consulta externa respecto al género, no existen mayores variaciones, prevaleciendo en los diferentes años mayor volumen de mujeres respecto a los varones, es decir del total de pacientes que se han beneficiado de la atención en general, se tiene un 55% de pacientes de sexo femenino, frente a los de sexo masculino que ascienden a un 45%.

Situación que se relaciona con lo que acontece en el ámbito mundial de la salud, donde son las mujeres quienes más acuden a los servicios de salud, ya sea para atenderse o para acompañar a algún familiar enfermo.

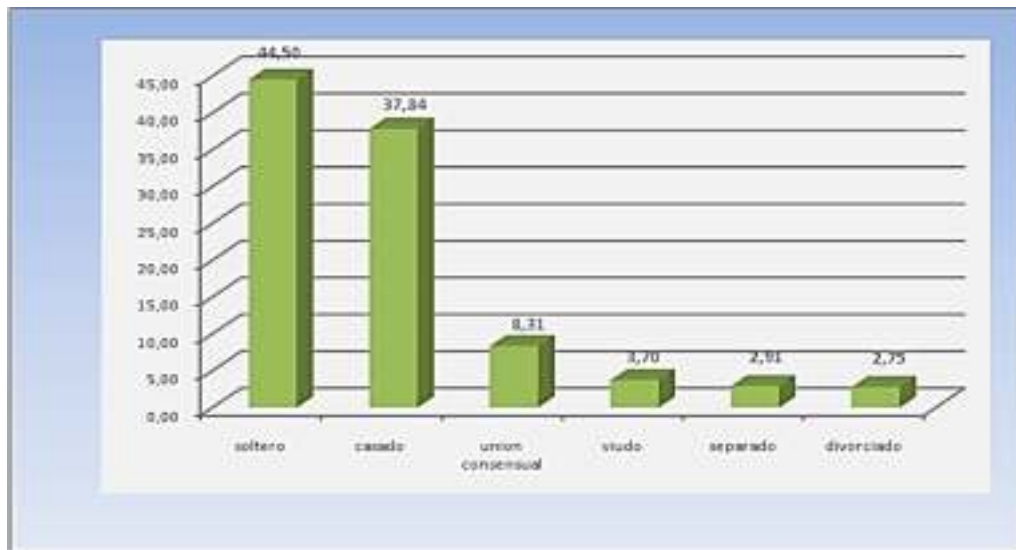
Distribución de pacientes externos según grupos étnicos INTRAID Tarija gestiones 2006 – 2010



Las edades de los pacientes oscilan entre los 4 y los 80 años, por lo que han sido agrupadas en intervalos de 10 años, y los resultados a resaltar de este histograma, muestran una mayor concentración en los rangos etáreos comprendidos entre los 21 a 50 años, de lo que se puede desglosar: que en primer lugar está el grupo correspondiente a los 21 a 30 años, con un 27%, seguido por el grupo de 31 a 40 años con un 21% y en tercer lugar se tiene a los de 41 a 50 años con un 17%.

Al visualizar esta gráfica se puede afirmar que los problemas de la salud mental, afectan tanto a los adultos como a los niños y adolescentes, pues se tiene un 16% de personas menores de 20 años, que sufren trastornos que requieren de intervención y apoyo en los centros de salud mental. Constituyéndose también en una población eminentemente joven, pues se tiene que un 60% de personas entre las edades de 11 a 40 años, demandan asistencia en las diferentes patologías de salud mental.

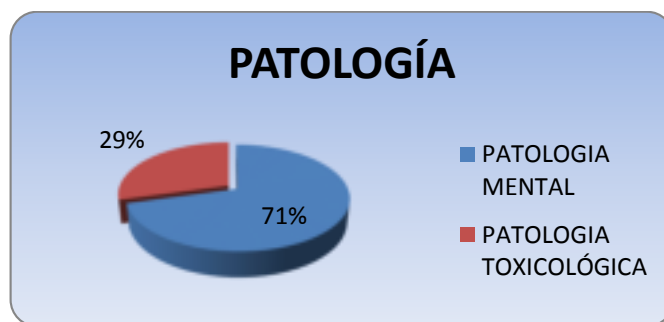
Tendencia del estado civil de pacientes externos (en porcentajes) INTRAID - Tarija gestiones 2006 – 2010



Fuente: INTRAIID – TARIJA

En cuanto al estado civil de la población atendida en estos cinco años, se destaca que son los solteros, quienes más acuden en busca de atención, ascendiendo a un 45%, seguidos por los casados que suman un 38% y en tercer lugar están aquellos que viven en unión consensual con un 8%.

**Distribución de pacientes según diagnóstico toxicológico – patología mental
INTRAIID - Tarija gestión 2006 - 2010**



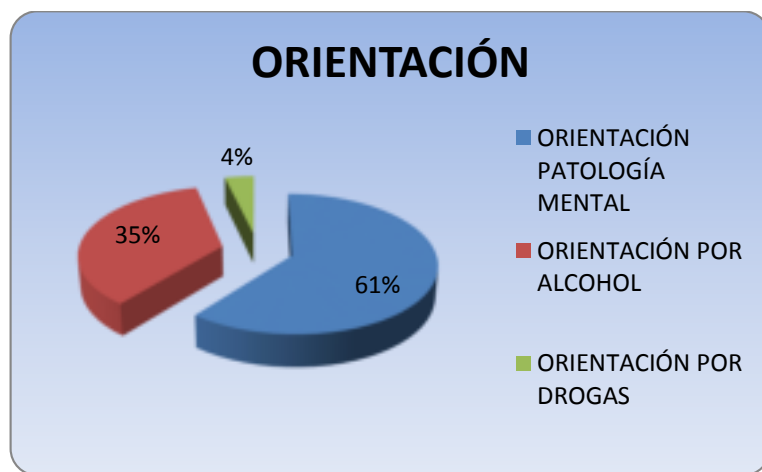
Fuente: INTRAIID – TARIJA

El INTRAIID – Tarija, según este gráfico, que ofrece un panorama global de los tipos de prestaciones que se brinda en este Instituto, se puede apreciar que del total de

pacientes atendidos un 71% padecen de algún trastorno psiquiátrico, frente a un 29% que son los que acuden al servicio de consulta externa debido a consumo patológico de alcohol y otras drogas.

Es decir que la consulta por patología mental es dos veces más que la por consumo patológico de alcohol y otras drogas, de cada 2.5 consultas de patología mental, una corresponde a patología tóxica.

Orientaciones realizadas a familiares INTRAID - Tarija gestión 2006 - 2010



Fuente: INTRAID – TARIJA

El objetivo de este gráfico es mostrar los tipos de orientación que se realizan en la Institución, se tiene que las familias se comprometen y apoyan más a sus familiares que adolecen de una patología psiquiátrica con un 61%, frente a un 35% de orientaciones que se realizan por consumo de alcohol y un 4% suman las orientaciones por otras drogas. Se incluye este tipo de prestaciones debido a que el modelo terapéutico del Instituto es trabajar conjuntamente con los familiares, poniendo énfasis en lograr la participación activa de la familia en el proceso de tratamiento y jerarquizándolos como un referente válido.

Cabe señalar que en las orientaciones, se trabaja especialmente con la familia (padres, madres, conyugues, hermanos, amigos y otros), brindándoles información, estrategias

de apoyo y en caso necesario tratamiento, con respecto a la enfermedad presentada, debido a la influencia que ejerce la misma en la convivencia familiar y a su vez la importancia del ambiente en el comportamiento del individuo.

Distribución del consumo de alcohol y otras drogas INTRAID – Tarija años 2006 – 2010

SUSTANCIA	2006		2007		2008		2009		2010		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALCOHOL	734	76,54	791	77,85	1091	89,28	952	88,31	932	87,10	4500	84,19
MARIHUANA	176	18,35	126	12,40	62	5,07	49	4,55	86	8,04	499	9,34
MÚLTIPLES SUST.(THC, clorhidrato,etc)	30	3,13	63	6,20	44	3,60	48	4,45	30	2,80	215	4,02
COCAÍNA (clorhidrato y pasta base)	9	0,94	26	2,56	21	1,72	28	2,60	20	1,87	104	1,95
INHALABLES	4	0,42	4	0,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	0,15
D-PROPOXIFENO	4	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,07
BENZODIAZEPINAS	1	0,10	2	0,20	4	0,33	0	0,00	0	0,00	7	0,13
HOJA DE COCA*	1	0,10	4	0,39	0	0,00	1	0,09	2	0,19	8	0,15
TOTAL	959		1016		1222		1078		1070		5345	100

Fuente: INTRAID – TARIJA

En esta tabla, que muestra los totales por gestión, y se tiene al consumo de alcohol en primer lugar con un 84%, el consumo de marihuana con un 9%, a las múltiples sustancias con un 4%, la cocaína con un 2%, los inhalables al igual que la hoja de coca con un 0,15%, luego están los psicofármacos (benzodiazepinas con un 0,13% y finalmente el D-propoxifeno con un 0,07%).

*Se ha incluido la *hoja de coca* en aquellas personas que han acudido a la consulta, debido a que su masticación, ha llegado a generar una dependencia en la persona, interfiriendo en su vida cotidiana, generando conflictos a nivel familiar y personal, afectando también a su salud tanto física como mental.

El consumo de alcohol y otras drogas de acuerdo al género de pacientes INTRAID – Tarija años 2006 – 2010

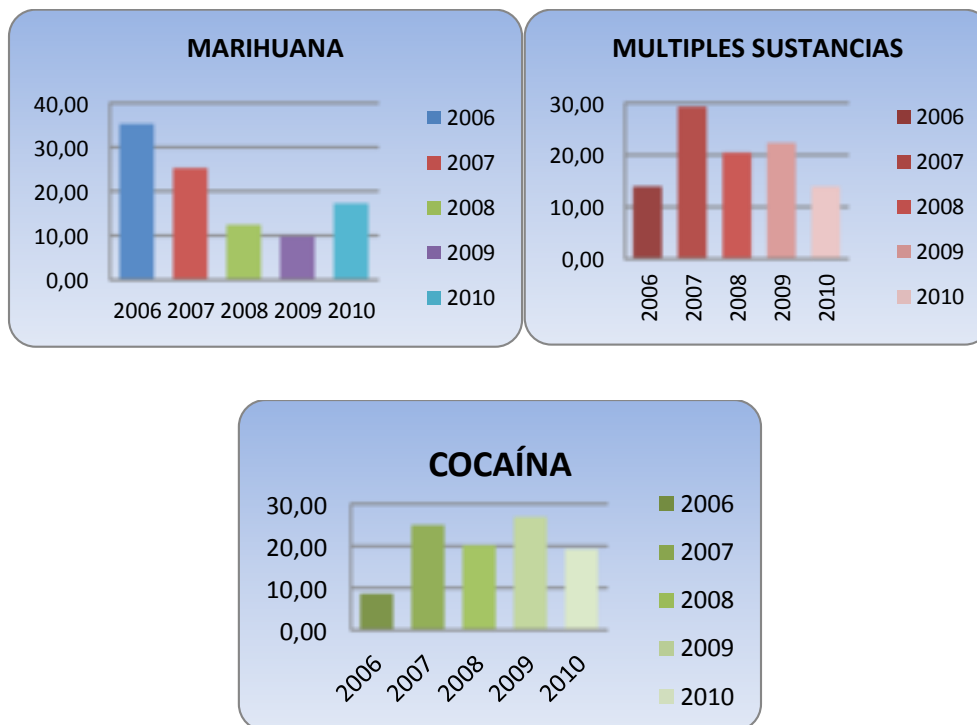
	2006		2007		2008		2009		2010	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ALCOHOL	63,61	12,9	67,72	10,14	75,78	13,5	70,69	11,13	73,55	13,55
MARIHUANA	10,95	7,4	9,94	2,46	4,66	0,41	4,17	0,37	7,1	0,93
MÚLTIPLES SUST(marihuana, clorhidrato, etc.)	2,71	0,4	5,51	0,69	2,7	0,9	3,9	0,56	2,43	0,37
COCAÍNA (clorhidrato y pasta base)	0,94	0	2,07	0,49	1,15	0,57	2,13	0,46	1,5	0,37
INHALABLES	0,1	0,3	0	0,39	0	0	0	0	0,19	0
D-PROPOXIFENO	0	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0
BENZODIAZEPINAS	0,1	0	0,2	0	0,16	0,16	0	0	0	0
HOJA DE COCA	63,61	0,1	0,39	0	0	0	0,09	0	0	0
TOTALES	78,42	21,6	85,83	14,17	84,45	15,55	70,69	19,02	84,77	15,23
TOTALES	100		100		100		100		100	

Respecto al género y consumo de drogas de la población asistida, se puede observar en las diferentes gestiones, que son las personas de género masculino quienes representan al grupo más vulnerable, con diferencias importantes respecto al género femenino.

Relación varones/ mujeres en el consumo de drogas 2006 – 2010:

- Consumo de alcohol → 5 a 1
- Consumo de marihuana → 7 a 1
- Consumo de múltiples sustancias → 6 a 1
- Consumo de cocaína → 4 a 1

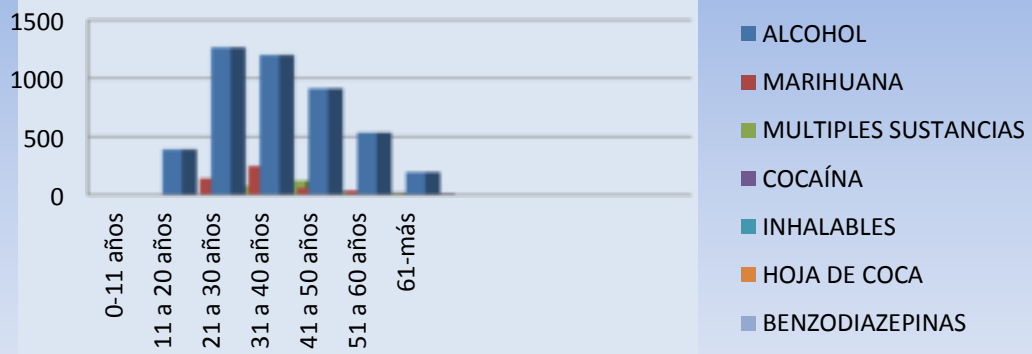
El consumo de otras drogas en la consulta externa INTRAID – Tarija gestiones 2006 – 2010



Fuente: INTRAID – TARIJA

Al igual que en los estudios del CELIN, en el INTRAID- Tarija, se tiene a la **marihuana** encabezando el consumo de drogas ilegales en el departamento, con un ascenso el año 2006 que corresponde al 18.36%, el año 2007 un 12.4%, descendiendo en las gestiones posteriores (2008-2009) para resurgir el 2010 con un 8.04%, el consumo de **múltiples sustancias** en segundo lugar con un incremento el 2007 con un 6.21% y posteriormente se estabiliza en 4%, le sigue en importancia el consumo de **cocaína** con porcentajes que oscilan entre el 1 y 2%.

El consumo de alcohol y otras drogas y grupos etéreos INTRAID – Tarija gestión 2006 – 2010



DIAGNÓSTICO	GRUPOS ETAREOS															
	0-10 años		11-20 años		21-30 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		61a años +		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TR.DEPRESIVO	23	0,88	464	17,76	772	29,54	520	19,90	358	13,70	245	9,38	231	8,84	2613	20,47
TR.PSICOTICO ORGANICO	12	0,61	278	14,24	643	32,94	501	25,67	290	14,86	143	7,33	85	4,35	1952	15,29
ESQUIZOFRENIA	1	0,09	163	15,09	533	49,35	219	20,28	103	9,54	55	5,09	6	0,56	1080	8,46
TR.DE ANSIEDAD	42	3,36	205	16,41	314	25,14	158	12,65	113	9,05	45	3,60	80	6,41	1249	9,79
THDA	396	64,18	213	34,52	3	0,49	5	0,81	0	0	0	0	0	0	617	4,83
TR.DE PERSONALIDAD	0	0,00	180	22,70	372	46,91	151	19,04	55	6,94	19	2,40	16	2,02	793	6,21
TR.ANSIOSO-DEPRESIVO	1	0,25	33	8,19	128	31,76	77	19,11	51	12,66	51	12,66	62	15,38	403	3,16
CONFLICTOS PATERNO-FILIALES	99	18,86	224	42,67	71	13,52	57	10,86	53	10,10	10	1,90	11	2,10	525	4,11
RETRASO MENTAL	65	13,51	202	42,00	143	29,73	49	10,19	11	2,29	3	0,62	8	1,66	481	3,77
TR.ORGANICO DE PERSONALIDAD	0	0,00	80	16,63	184	38,25	121	25,16	51	10,60	28	5,82	20	4,16	481	3,77
TR.DE CONDUCTA	126	20,06	477	75,96	16	2,55	3	0,48	4	0,64	1	0,16	1	0,16	628	4,92
EPILEPSIA	18	6,64	76	28,04	94	34,69	33	12,18	31	11,44	17	6,27	3	1,11	271	2,12
CONFLICTOS DE PAREJA	0	0,00	23	4,93	178	38,12	169	36,19	73	15,63	17	3,64	7	1,50	467	3,66

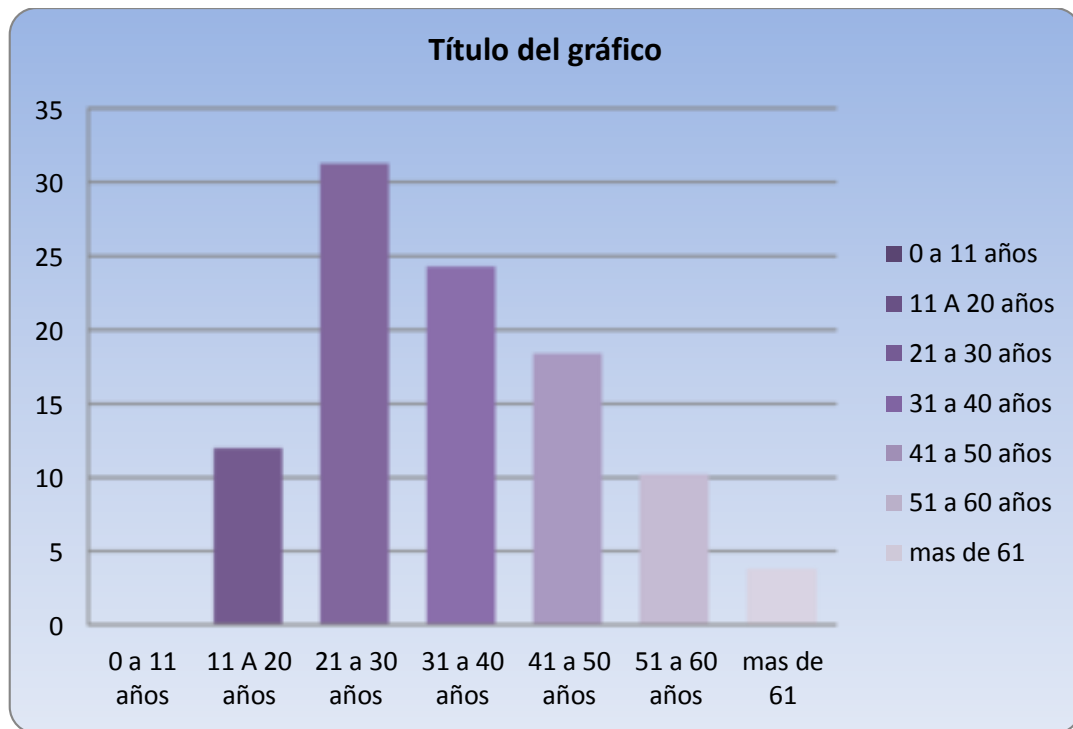
TR.AFECTIVO ORGANICO	0	0,00	23	4,79	160	33,33	53	11,04	123	25,63	58	12,08	64	13,33	480	3,76
TR.ALIMENTARIO	7	2,87	167	68,44	61	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,41	244	1,91
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	11	12,36	11	12,36	17	19,10	32	35,96	12	13,48	3	3,37	1	1,12	89	0,70
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	76	58,46	52	40,00	0	0,00	1	0,77	1	0,77	0	0,00	0	0,00	130	1,02
TR.DEL DESARROLLO	56	57,14	37	37,76	2	2,04	3	3,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	98	0,77
DEMENCIA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	9,21	2	2,63	14	18,42	59	77,63	76	0,60
INTENTO DE SUICIDIO	0	0,00	18	56,25	4	12,50	6	18,75	2	6,25	1	3,13	1	3,13	32	0,25
TR.DE SEXUALIDAD	1	8,33	6	50,00	3	25,00	0	0,00	0	0,00	2	16,67	0	0,00	12	0,09
TOTALES	934		2968		3705		2165		1333		712		656		12764	100
PORCENTAJES	7,3		23,2		29		16,9		10,4		5,5		5,1		100	

Fuente: INTRAID – TARIJA

En esta grafica, que muestra los rangos etáreos y el consumo de tóxicos, resalta que por consumo de drogas “ilegales”, las consultas se dan en pacientes desde los 11 hasta los 50 años, en tanto que por consumo de bebidas alcohólicas el fenómeno es distinto abarcando las diferentes edades, hecho que se asocia al criterio de que en nuestro medio persiste la mayor aceptación de consumo de alcohol, constituyéndose la misma en la “droga de inicio o droga de entrada”.

Se podría afirmar que el consumo de sustancias ilegales se presenta con mayor frecuencia en pacientes adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas se da en los diferentes rangos de edad, con una mayor proporción en adolescentes y adultos jóvenes.

Tendencia del consumo de alcohol- otras drogas y grupos etáreos INTRAID – Tarija gestión 2006 – 2010



Fuente: INTRAID – TARIJA

Los gráficos que relacionan grupos etáreos y el consumo patológico de alcohol y otras drogas, permiten apreciar que el mayor porcentaje se encuentra entre las edades de 21 a 30 años, con un 31,26%, seguido por los de 31 a 40 años con un 24,28% y en tercer lugar están los de 41 a 50 años con un 18,41%; llama la atención que el cuarto lugar, con un 12%, están los que ya en edades comprendidas entre los 11 y los 20 años, están consultando por la impronta de patología tóxica, lo que hace referencia también al inicio en el consumo de tóxicos en edades cada vez menores.

Patología mental y grupos etareos INTRAIID – Tarija gestión 2006-2010

FUENTE: INTRAIID - Tarija

Según la tabla, la patología mental se da a lo largo de toda la vida, aunque el rango etáreo de mayor concentración de datos es el correspondiente a los 11 a 30 años que suman a un 52%, el grupo de edades entre los 31 y 40 años ascienden al 16%.

Se observa también la existencia de algunas patologías que se propias de edades más tempranas, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los problemas de aprendizaje, y los trastornos de conducta, que tienen mayor prevalencia en las edades que comprenden el rango de 1 hasta los 20 años.

En el caso de la Esquizofrenia, es una patología que tiene una mayor prevalencia entre los 21 y 30 años.

DATOS A.A. TARIJA

GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN TARIJA

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN TARIJA	
AMISTAD 2000	Palmarcito
SOLO POR HOY	12 de octubre
RENACER	El Molino
SALVA VIDA	San Mateo
AMOR Y PAZ	Villa Avaro

PERSONAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN TARIJA (CIUDAD)

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN TARIJA	
AMISTAD 2000	35
SOLO POR HOY	12
RENACER	29
SALVA VIDA	50
AMOR Y PAZ	10
TOTAL MIEMBROS	136

De todos los centros de alcohólicos anónimos, solo salva vida recibe tratamientos con internaciones de 50 personas, de los cuales en muchas ocasiones llega a rebasar su capacidad.

DETERMINACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

POBLACIÓN QUE REQUIERE TRATAMIENTO EN TARIJA

POBLACIÓN EN TARIJA QUE NECESITA TRATAMIENTO		
52,03% POBL. QUE CONSUME ALCOHOL	QUE	10% DE POBL. QUE TIENE EL PROBLEMA
TOTAL	264706,2671	26470,62671
CERCADO	93095,1978	9309,51978

POBLACIÓN ATENDIDA EN ALCOHÓLICOS

INTERNACIONES

El grupo de Salva Vida de alcohólicos anónimos que se encuentra ubicado en la comunidad de San Mateo, recibe internaciones con el número de 50 miembros internados voluntariamente anualmente, del cual la capacidad del equipamiento rebasa en algunos años.

VARONES INTERNADOS A.A. TARIJA	EN	TOTAL
50		50

CONSULTAS EXTERNAS

Las consultas externas se lo realiza en los siguientes grupos de alcohólicos anónimos y sumando un total de 86 miembros en la actualidad.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN TARIJA	
AMISTAD 2000	35
SOLO POR HOY	12
RENACER	29
AMOR Y PAZ	10
TOTAL MIEMBROS	86

POBLACIÓN ATENDIDA EN INTRAIID

INTERNACIONES

INTRAIID recibe internaciones de 300 anual. En la actualidad cuenta con 33 camas y también rebaso la capacidad de atención.

TOTAL INTERNOS/AÑO	TIEMPO DE INTERNACIÓN	VARONES 77%	MUJERES 23%	PROMEDIO INTERNACIÓN DE meses	DE 2
300	2 MESES	231	69		50

AÑO	PERSONAS ATENDIDAS	PORCENTAJE	CRECIMIENTO ANUAL DE INTERNOS	PROMEDIO TOTAL DE CRECIMIENTO x AÑO
1991	55	100%	23	0.418181818
1992	78	100%	44	0.564102564
1993	122	100%	-12	-0.098360656
1994	110	100%	8	0.072727273
1995	118	100%	7	0.059322034
1996	125	100%	23	0.184
1997	148	100%	-8	-0.054054054
1998	140	100%	45	0.321428571
1999	185	100%	20	0.108108108
2000	205	100%	10	0.048780488
2001	215	100%	10	0.046511628
2002	225	100%	-3	-0.013333333
2003	222	100%	-2	-0.009090909
2004	220	100%	5	0.022727273
2005	225	100%	70	0.311111111
2006	295	100%	4	0.013559322
2007	299	100%	21	0.070234114
2008	320	100%	-40	-0.125
2009	280	100%	-5	-0.017857143
2010	275	100%		0.101220006
				1.923180109

CONSULTAS EXTERNAS

En el transcurso de este periodo, se ha atendido a un total de 54.323 personas, siendo las mujeres 27.793 frente a los varones que suman 26.530.

TOTAL CASOS ATENDIDOS	MUJERES	VARONES
54.323	27.793	26.530

CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:

FASE DE ATENCION:

	FASE	TIPO DE ATENCIÓN
1	FASE ANUNCIACIÓN	CONSULTAS EXTERNAS
2	FASE PRE ALCOHÓLICA	
3	FASE CRITICA	INTERNACIÓN
4	FASE CRÓNICA	DESINTOXICACIÓN

TIPO DE ATENCIÓN DE ACUERDO A FASE:

TIPO DE ATENCIÓN	TIEMPO	SEXO	POBLACIÓN ANUAL	NUMERO DE CAMAS	
CONSULTAS EXTERNAS	INDETERMINADO	HOMBRES = 45%	54,323		
		MUJERES = 55%			
INTERNACIÓN	2 MESES	HOMBRES = 70%	350	58.33334	40,833334
		MUJERES = 30%			17,50
DESINTOXICACIÓN	7 A 10 DÍAS	HOMBRES = 77%	159	3.70	2,85
		MUJERES = 23%			0.85
					62,00

TABLA DE PROYECCIONES

PROYECCIÓN DE 25 AÑOS (hasta el 2040)		
AÑOS	PROMEDIO ANUAL DE CRECIMIENTO	TOTAL CRECIMIENTO X AÑO
2015	1.92%	62
2016	1.92%	63.19237167
2017	1.92%	64.40767479
2018	1.92%	65.64635038
2019	1.92%	66.90884793
2020	1.92%	68.19562559
2021	1.92%	69.50715029
2022	1.92%	70.84389798
2023	1.92%	72.20635374
2024	1.92%	73.59501197

2025	1.92%	75.0103766
2026	1.92%	76.45296124
2027	1.92%	77.92328939
2028	1.92%	79.42189459
2029	1.92%	80.94932067
2030	1.92%	82.5061219
2031	1.92%	84.09286323
2032	1.92%	85.71012044
2033	1.92%	87.35848043
2034	1.92%	89.03854135
2035	1.92%	90.75091287
2036	1.92%	92.49621637
2037	1.92%	94.27508521
2038	1.92%	96.08816489
2039	1.92%	97.93611337
2040	1.92%	99.81960122

TABLA DE CLASIFICACIÓN POR EDADES

CLASIFICACIÓN POR EDADES	PORCENTAJE	TOTAL
De 18 a 30 años	33.94	34
De 31 a 40 años	25.88	26
De 41 a 50 años	20	20
De 51 a 60 años	13.12	13
De 61 años a mas	7.06	7
TOTAL	100	100

POBLACIÓN POR TIPO DE ATENCIÓN

INTERNACIONES:

100 Camas para albergar a 100 internos, lo cual se estableció de acuerdo a cálculos realizados de acuerdo a datos, los mismos se muestra en el anterior cuadro.

- El número de beneficiarios está proyectada a 25 años, hasta el 2040.
- 2 salas diferenciadas según sexo para un tratamiento sin riesgo, y con personal capacitado para ambas salas. distribuido de la siguiente manera

DETALLE	No DE CAMAS PARCIAL	No DE CAMAS TOTAL
DAMAS	29,46	30
VARONES	68,75	70
TOTAL	98,21	100

- Capacidad de internación de 600 pacientes al año.

CLASIFICACIÓN DE CAMAS POR EDAD Y SEXO		TOTAL
CALIFICACIÓN MUJERES:	PORCENTAJE	30
De 18 a 24 años	34	10.2
De 31 a 40 años	26	7.8
De 41 a 50 años	20	6
De 51 a 60años	13	3.9
De 61 años a mas	7	2.1
CALIFICACIÓN HOMBRES:	PORCENTAJE	70
De 18 a 24 años	34	23.8
De 31 a 40 años	26	18.2
De 41 a 50 años	20	14
De 51 a 60años	13	9.1
De 61 años a mas	7	4.9

CONSULTAS EXTERNAS

- 30 consultas externas en promedio al día de acuerdo a la tabla de personas que requieren tratamiento en la ciudad de Tarija.
- 9309 personas aproximadamente tendrán a su disposición el centro de atención integral para personas con problemas de alcoholismo y farmacodependientes cada año.

Las edades de atención en el centro será a partir de los 18 años, y se los clasificarán de acuerdo a los siguientes grupos de edades, esto involucra a varones la misma clasificación para mujeres:

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

LEGAL:

INSTITUCIÓN QUE SE ENCARGARÁ

La institución que se encargará de la administración del Centro de Atención Integral para Personas con Problemas de Alcoholismo y Farmacodependientes, será el gobierno departamental a través del programa de Desarrollo Social, y la ejecución le corresponde a la Secretaria de Obras Públicas.

NORMATIVO:

NORMATIVAS DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

(EDIFICACIONES DE SALUD Y ASISTENCIALES)

Al ser un centro de rehabilitación un espacio el cual está dedicado y relacionado a las edificaciones de salud, administrativo y hospedaje se tomara como referencia estas tipologías al momento de diseñar y proponer los espacios necesarios basados en las normas y medidas que determinan los siguientes artículos, tomado de normas de arquitectura y urbanismo corresponde a la codificación de los textos de ordenanzas.

ACCESOS:

En las edificaciones de salud y/o asistenciales, adicionalmente al ingreso principal, existirán accesos separados, vehiculares y peatonales.

ALTURA LIBRE DE LOS AMBIENTES:

Los locales destinados a antesalas, vestíbulos, administración, consulta externa y salas de enfermos tendrán una altura libre mínima de 2.50 m. entre el nivel de piso y cielo raso.

(En los servicios destinados a diagnóstico y tratamientos su altura dependerá del equipo a instalarse, sin permitirse alturas inferiores a 2.50 m.) Los demás locales habitables cumplirán con las normas respectivas de esta normativa.

PUERTAS

Se cumplirá con las siguientes condiciones:

Cuando las puertas abran hacia el exterior de la edificación, no obstruirán la circulación en corredores, descansos de escaleras o rampas y estarán provistos de dispositivos de cierre automático.

- a) En áreas de administración, consulta externa, habitaciones, consultorios y laboratorios clínicos, serán de 0.90 m. de ancho.
- b) Deben ser iluminados y ventilados por medio de ventanas separadas por lo menos cada 25 m.
- c) El ancho de pasillos delante de ascensores será de 3.40 m.
- d) Cuando la espera de pacientes se encuentre vinculada a pasillos se calculara un área adicional de 1.35 m² de espera por persona mínimo considerando 8 asientos por consultorio.

PASILLOS

- a) Los pasillos de circulación general serán de 1.80 a 2.40 m. de ancho, dependiendo del flujo de circulación.

ESCALERAS

Considerando la complejidad de la unidad de salud, las circulaciones verticales se clasificaran de acuerdo al usuario:

Escalera principal (paciente y público en general)

Escalera secundaria (exclusivas para personal médico y paramédico).

Escalera de emergencia (evacuación para casos de desastre)

ESCALERA	ANCHO	HUELLA	CONTRAHUELLA
Principal	1.50	0.30	0.17
Secundaria	1.20	0.30	0.17
emergencia	1.50	0.30	0.17

RAMPAS

Las rampas para uso peatonal cumplirán lo estipulado en la presente normativa.

RAMPAS FIJAS

Esta norma establece las dimensiones mínimas y las características generales que deben cumplir las rampas que se construyan en espacios abiertos y en edificaciones de uso público para facilitar el acceso a las personas. Las rampas para peatones en cualquier tipo de construcción deben satisfacer los siguientes requisitos: Tendrán un ancho mínimo igual a 1.20 m. el ancho mínimo libre de las rampas unidireccionales será de 0.90 m. cuando se considere la posibilidad de un giro de 90°, la rampa debe tener un ancho mínimo de 1m. Y el giro debe hacerse sobre un plano horizontal en una longitud mínima hasta el vértice del giro de 1.20 m. si el Angulo de giro supera los 90°, la dimensión mínima del ancho de la rampa debe ser de 1.20 m.

- a) Se establecen los siguientes rangos de pendientes longitudinales máximas para los tramos de rampa entre descansos, en función de la extensión de los mismos, medidos en su proyección horizontal.

Dimensiones de Rampas:	
longitud	Pendiente máxima (%)
Sin límite de longitud	3.33
Hasta 15 metros	8
Hasta 10 metros	10
Hasta 3 metros	12

- b) La pendiente transversal máxima se establece en el 2%.
- c) Los descansos se colocaran entre tramos de rampa y frente a cualquier tipo de acceso. Tendrán las siguientes características: el largo del descanso debe tener una dimensión mínima libre de 1.20 m.

SALAS DE INTERNOS

La capacidad máxima por sala debe ser de 8 camas para adultos.

El área mínimo total de iluminación será del 20% del área del piso del local.

El área mínimo total de ventilación será el 30% de superficie de la ventana, esta área se considera incluida en la de iluminación.

Esto se aplica a todos los locales del hospital, excluyendo las áreas específicas que por asepsia no permitan el contacto con el exterior o por su funcionalidad específica.

COCINAS

El área de cocina se calculara considerando las normas aplicadas para establecimientos de alojamiento especificadas en el capítulo siguiente.

Las paredes y divisiones interiores de las instalaciones usadas para el servicio de cocina deben ser lisas, de colores claros y lavables de piso a cielo raso recubiertos con cerámica.

El diseño de cocinas estará en relación con las especificaciones del equipo a instalarse. Debe contar con un sistema de extracción de olores.

COCINAS (alojamiento)

Para los de tercera y cuarta categoría dispondrán de despensa, cámara frigorífica y fregadero cuya superficie total no podría ser inferior al equivalente del 60% de la del comedor.

SERVICIOS SANITARIOS

- a) En las salas de esperas, se considerara un inodoro por cada 25 personas, un lavabo por cada 40 personas, y un urinario por cada 40 personas considerándose servicios higiénicos separados para hombres y mujeres.
- b) Se instalara, además, un baño destinado al uso de personas discapacitadas o con movilidad.

MUEBLES SANITARIOS.

El número de muebles sanitarios que deben tener las diferentes edificaciones no será menor al indicado en la Tabla siguiente.

TIPOLOGÍA	MAGNITUD	EXCUSADOS	LAVABOS	REGADERAS
SERVICIOS				
Administración y Servicios Financieros				
Oficinas de Cualquier tipo	Hasta 100 personas	2	2	0
	De 101 a 200 personas	3	2	0
	Cada 100 adicionales o fracción	2	1	0
Hospitales y Servicios de Salud y Asistencia				
Salas de espera	hasta 100 personas	2	2	0
	De 101 a 200	3	2	0
	Cada 100 adicionales o fracción	2	1	0
Cuartos de camas	hasta 10 camas	1	1	1
	De 11 a 25	3	2	2
	Cada 25 adicionales o fracción	1	1	1
Empleados:	hasta 25 empleados	2	2	0
	De 26 a 50	3	2	0
	De 51 a 75	4	2	0
	De 76 a 100	5	3	0
	Cada 100 adicionales o fracción	3	2	0

LAVANDERÍAS

Las paredes, piso y cielo raso deben estar recubiertos de material cerámico que permita la fácil limpieza, el piso será antideslizante tanto en seco como en mojado.

Se considera para su diseño un promedio de 0.80 m² por cama.

ESTACIONAMIENTOS

El número de puestos de estacionamiento, para edificaciones de salud, se calculara de acuerdo a requerimientos mínimos de estacionamientos por usos del régimen

metropolitano del suelo. Cumplirán además, con las disposiciones establecidas a estacionamientos de la presente normativa.

DIMENSIONES MÍNIMAS PARA PUESTOS DE ESTACIONAMIENTO

Las dimensiones y áreas mínimas requeridas para puestos de estacionamiento se regirán según la forma de colocación de los mismos, de acuerdo al siguiente cuadro:

DIMENSIONES MÍNIMAS PARA PUESTOS DE ESTACIONAMIENTO			
ESTACIONAMIENTO	A	B	C
En 30°	5.00	4.30	3.30
En 90°	2.30	4.80	5.00
En paralelo	6.00	2.20	3.30

ANCHOS MÍNIMOS DE PUESTOS DE ESTACIONAMIENTO.

Según la ubicación de los puestos de estacionamiento con respecto a muros y otros elementos laterales, los anchos mínimos se regirán por el siguiente cuadro:

Anchos mínimos de puestos de estacionamiento.

Lugar de emplazamiento para automóviles livianos

- Abierto por todos los lados o contra un obstáculo 4.80m. x 2.30m.
- Con pared en uno de los lados 4.80 m x 2.50 m.
- Con pared en ambos lados (caja) 4.80m. x 2.80 m.

CAJONES DE ESTACIONAMIENTO

La cantidad de cajones que requiere una edificación estará en función del uso y destino de la misma, así como de las disposiciones que establezcan los Programas de Desarrollo Urbano correspondientes. En la siguiente tabla se indica la cantidad mínima de cajones de estacionamiento que corresponden al tipo y rango de las edificaciones.

USO	RANGO O DESTINO	NUM. MÍNIMO DE CAJONES DE ESTACIONAMIENTO
TIENDAS DE AUTOSERVICIO	Tiendas de autoservicio	1 por cada 40 m ² construidos
TIENDAS DEPARTAMENTALES	Tiendas de departamentos	1 por cada 40 m ² construidos
CENTROS COMERCIALES	Centro Comercial	1 por cada 40 m ² construidos
AGENCIAS Y TALLERES DE REPARACIÓN	Venta y renta de vehículos y maquinaria	1 por cada 80 m ² construidos
	Talleres automotrices, llanteras, lavado, lubricación y mantenimiento automotriz	1 por cada 80 m ² construidos
	Talleres de reparación de maquinaria, de lavadoras, de refrigeradores y de bicicletas, mayores a 80 m ²	1 por cada 80 m ² construidos
TIENDAS DE SERVICIOS	Baños públicos	1 por cada 40 m ² construidos
	Gimnasios y adiestramiento físico	1 por cada 40 m ² construidos
	Salas de belleza, estéticas, peluquerías, lavanderías, tintorerías, sastrerías, laboratorios y estudios fotográficos mayores a 80 m ²	1 por cada 40 m ² construidos
	Servicios de alquiler de artículos en general, mudanzas y paquetería	1 por cada 40 m ² construidos
SERVICIOS		
ADMINISTRACIÓN	Oficinas, despachos y consultorios mayores a 80 m ²	1 por cada 30 m ² construidos
	Representaciones oficiales, embajadas y oficinas consulares	1 por cada 100 m ² construidos
	Bancos y casas de cambio mayores a 80 m ²	1 por cada 30 m ² construidos
HOSPITALES	Hospital de urgencias, de especialidades, general y centro médico	1 por cada 50 m ² construidos
CENTROS DE SALUD	Centros de salud, clínicas de urgencias y clínicas en general	1 por cada 50 m ² construidos
	Laboratorios dentales, de análisis clínicos y radiografías	1 por cada 50 m ² construidos
ASISTENCIA SOCIAL	Asilos de ancianos, casas de cuna y otras instituciones de asistencia	1 por cada 50 m ² construidos
ASISTENCIA ANIMAL	Veterinarias y tiendas de animales	1 por cada 75 m ² construidos
	Centros antirrábicos, clínicas y hospitales veterinarios	1 por cada 75 m ² construidos
EDUCACIÓN ELEMENTAL	Guarderías, jardines de niños y escuelas para niños atípicos	1 por cada 40 m ² construidos
	Escuelas Primarias	1 por cada 60 m ² construidos
EDUCACIÓN MEDIA , MEDIA SUPERIOR , SUPERIOR E INSTITUCIONES CIENTÍFICAS	Academias de danza, belleza, contabilidad y computación	1 por cada 60 m ² construidos
	Escuelas secundarias y secundarias técnicas	1 por cada 60 m ² construidos
	Escuelas preparatorias, institutos técnicos, centros de capacitación CCH, CONALEP, vocacionales y escuelas normales	1 por cada 60 m ² construidos
	Politécnicos, tecnológicos, universidades	1 por cada 40 m ² construidos
	Centros de estudio de postgrado	1 por cada 25 m ² construidos
	Galerías de arte, museos, centros de exposiciones permanente o temporales a cubierto	1 por cada 40 m ² cubiertos
EXHIBICIONES	exposiciones permanentes o temporales al aire libre (sitios históricos)	1 por cada 100 m ² de terreno
CENTROS DE	Bibliotecas	1 por cada 60 m ² construidos

INFORMACIÓN		
INSTITUCIONES RELIGIOSAS	Templos y lugares para culto	1 por cada 40 m ² construidos

ANÁLISIS DE MODELOS REALES

MODELOS INTERNACIONAL

PRIMER MODELO REAL

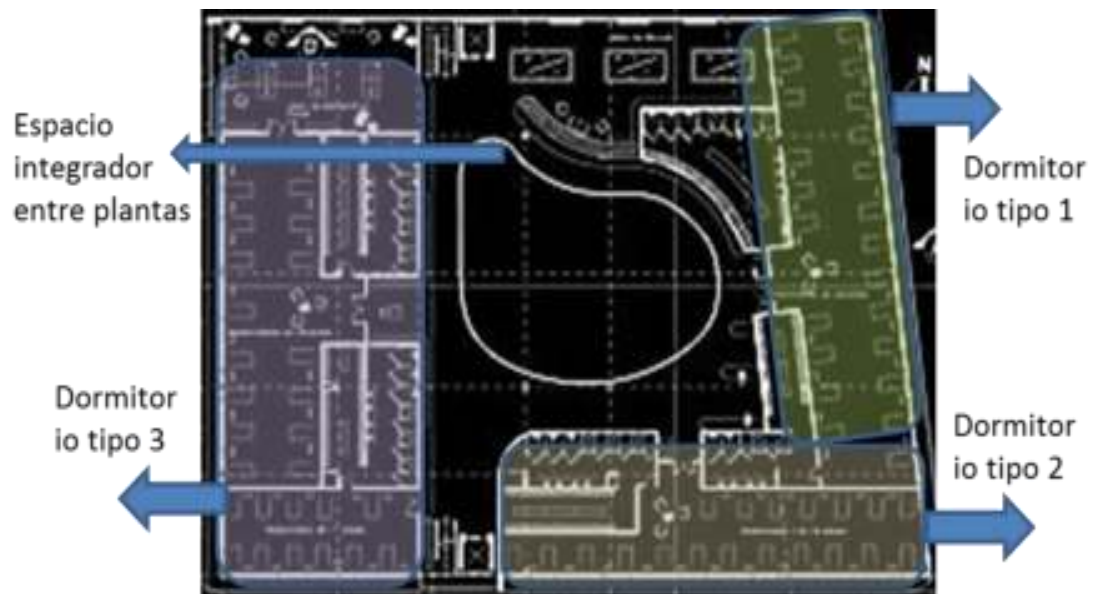
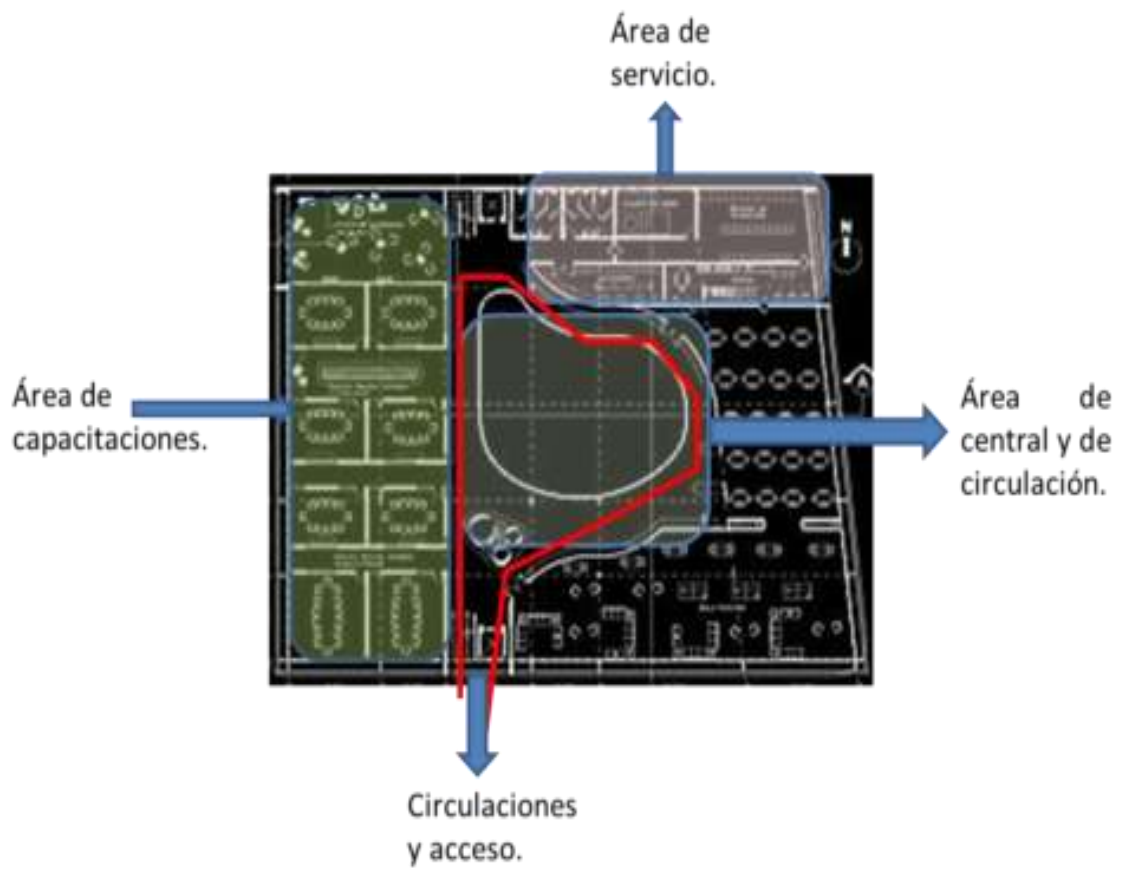
CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ALCOHÓLICOS Y DROGADICTOS

TEEN CHALLENGE SANTA ANA

Las razones fundamentales para realizar este proyecto serian: Para alejar y/o bajar el nivel de drogadicción y alcoholismo, especialmente para aquellos que inician su niñez con malos pasos, dar el primer paso por el cuidado de un centro de rehabilitación para así alentar a construir nuevos y/o reestructurar los existentes que tengan potencial en un futuro. El edificio actual no fue diseñado para ser un centro de rehabilitación ya que ambos fue un asilo y escuela por lo que es necesario construir uno apto para las necesidades del paciente en tratamiento.

Localizado en el sector de Santa Ana Panamá limitando al norte con California, Sur con el Chorrillo, este con San Felipe y oeste con Ancón, este sitio se conoce por su alta delincuencia y falta de desarrollo. Al tener conocimiento de esta problemática la idea esencial del proyecto es salvar el centro de Teen Challenge con una propuesta de diseño más coherente y apto para su uso.

1. ANÁLISIS FUNCIONAL.-



La construcción cuenta con un espacio recreativo para los internos, los cuales necesitan espacios como este.



La edificación cuenta con una abertura central, el cual permite el ingreso de la luz natural.

En la parte central existe un espacio que es integrador entre cada planta del edificio.



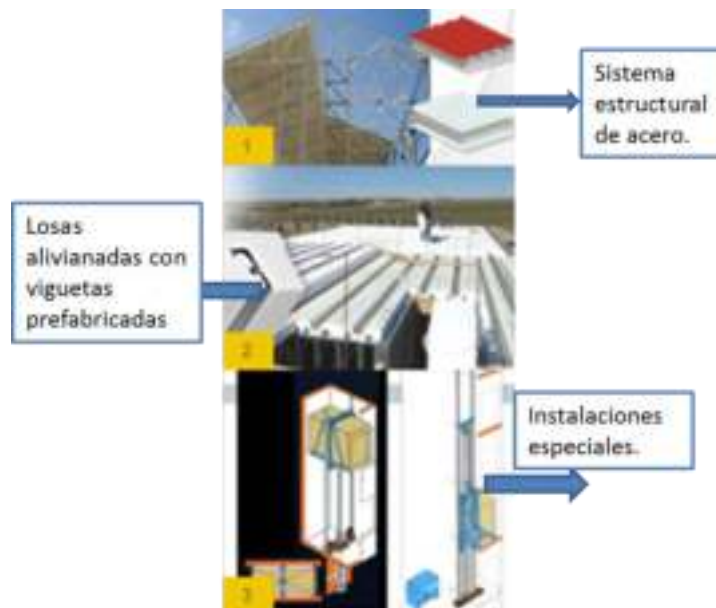
Cuenta con un espacio de lectura el cual es relacionado con la construcción y con el tema.

ANÁLISIS MORFOLÓGICO



La forma de todo el edificio está sobre un terreno regular, y el emplazamiento de la edificación es sobre toda la cuadra.

ANÁLISIS TECNOLÓGICO.



SEGUNDO MODELO REAL

“CEMISAM”

Centro Michoacana de Salud Mental.

Es el proyecto más importante que el Gobierno del Estado de Michoacán a través de la Secretaria de Salud tiene para hacer frente a todos los problemas de salud mental que aquejan a la población abierta.

El proyecto se divide en 3 fases:

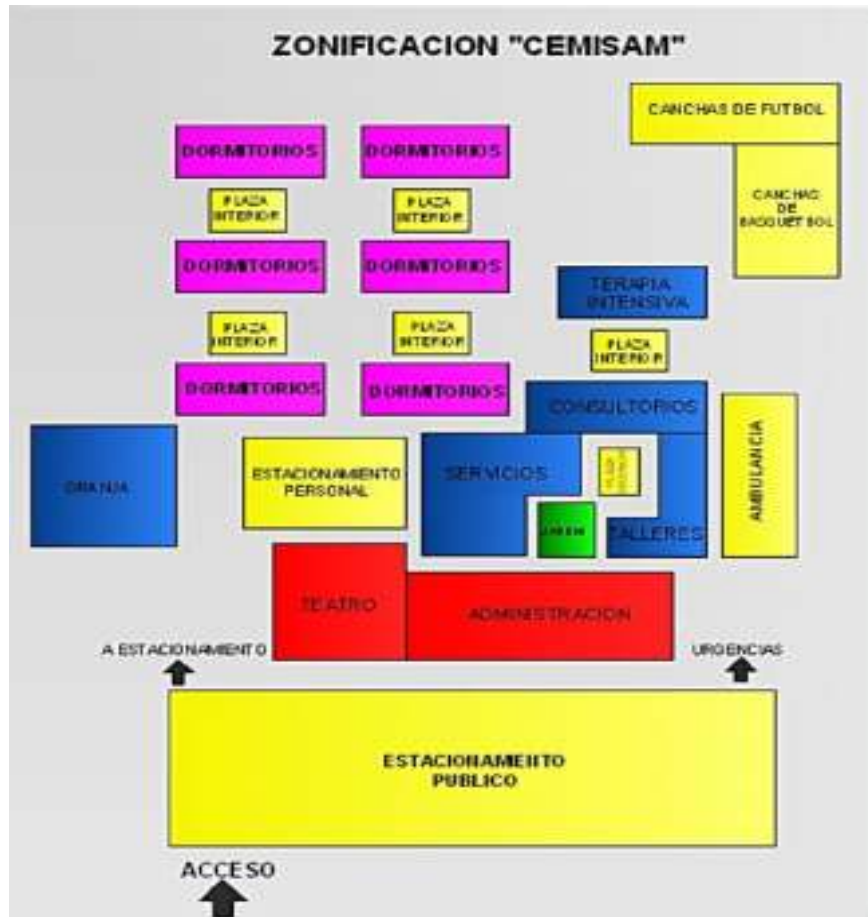
Primera fase; Clínica de adicciones la cual presenta atención en:

- 1.- Consulta Externa: Psiquiatría, Clínica de Tabaquismo, Clínica de Alcohol, Psicoterapia individual, psicoterapia, familiar y psicoterapia grupal.
- 2.- Hospital Parcial (Medio internamiento hospital de día).

3.- Psicoeducación.

Segunda Fase; Desintoxicación contando con un área de urgencias.

Tercera Fase; Hospitalización completa. Ubicación: dom. Conocido entre Frac Campestre Erandeni y Univ. LA SALLE.



Tarimbaro Mich.

HISTORIA DEL CEMISAM

El Centro Michoacano de Salud Mental se puso en operación el 9 de febrero de 2005 en las instalaciones, una vez rehabilitadas, de lo que anteriormente fue la Comunidad Terapéutica. De esta manera, se creó en Michoacán la primera unidad médica del

sector salud dedicada a la atención de las personas con adicciones, con un enfoque hacia la rehabilitación y reinserción de estos pacientes en su vida social y familiar. Durante este primer año, los especialistas en salud mental han proporcionado 1,234 consultas de psiquiatría y de psicología y ha brindado 912 sesiones de rehabilitación a personas con problemas de drogadicción. Además se ofrecieron servicios de Consulta Externa y Hospitalización Parcial a pacientes con problemas de adicción o de abuso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas ilegales. En la Consulta Externa se brindan intervenciones médico psiquiátricas y psicoterapéuticas de corta duración (10 sesiones en promedio), y están dirigidas no sólo a personas que ya tienen un problema de adicción, sino a las que empiezan a tener problemas de abuso a sustancias. Durante este primer año se atendió a 277 personas de primera vez y se proporcionaron 957 consultas subsecuentes

El servicio de Hospitalización Parcial está dirigido a personas con adicción a sustancias y consiste en un tratamiento intensivo (8 semanas) y ambulatorio, durante el cual el paciente acude a diario al CEMISAM, en un horario de 8 a

14.30 horas, para recibir consulta y participar en talleres psicoterapéuticos. A través de este servicio se atendió a un total de 54 pacientes en diferentes grupos y se realizaron 912 sesiones de rehabilitación.

Se realizó una visita de campo al Centro Michoacano de Salud Mental con la colaboración de la Trabajadora Psiquiátrica María Elena Cortes Cabezas y la Trabajadora Social María Adelina Orozco Peña, gracias a ellas se nos permitió realizar un recorrido dentro del Centro que nos ayudó a comprender más a fondo las actividades, espacios y mobiliario con el que cuentan.

Siendo uno de los centros más completos a nivel nacional dependientes de gobierno, por lo que la cuota se basa en un estudio socioeconómico previo.

ANÁLISIS FOTOGRÁFICO.

DESCRIPCION	IMAGEN
<p>La zona de consultorios tiene acceso a la plaza central y otro al pasillo de servicio, que comunica al estacionamiento de servicio. Los consultorios son para consulta interna.</p>	
<p>Al fondo de manera aislada al centro de encuentra una granja que sirve de sirve como actividad de terapia y para producir leche y queso.</p>	

DESCRIPCION	IMAGEN
<p>Se cuenta con áreas deportivas que consisten en 2 canchas de futbol y 2 de básquet boll con rampas a discapacitados.</p>	
<p>El área de los dormitorios está restringida por medio de una malla ciclónica.</p>	

DESCRIPCION	IMAGEN
<p>Fachada y acceso principal del centro. El estacionamiento se ubica al frente de edificio pasando antes por una caseta de vigilancia. El edificio cuenta con una sola planta.</p>	
<p>Al acceso del edificio se encuentra con una sala de espera con recepcionista y aun costado con la zona administrativa. Cuenta con planta libre y muros divisorios entre los espacios.</p>	
DESCRIPCION	IMAGEN
<p>El centro cuenta con un auditorio de usos múltiples, con capacidad para 500 personas aprox. Que es utilizado para congresos y conferencias.</p>	
<p>Cuentan con talleres como el de manualidades y artesanías. Que sirven como terapia para los internos.</p>	

<p>Un amplio comedor con cocina para internos con que tiene una vista a una plaza central.</p>	
<p>Los módulos de dormitorios cuentan con una capacidad de 20 internos, con baños y regaderas, así como un control de vigilancia.</p>	

CONSIDERACIONES.

Es uno de los centros más grandes y completos de origen público. El tratamiento es proporcionado tanto a hombres como mujeres. El tipo de servicio puede ser de internamiento y de visita. La aportación de este centro es por medio de un estudio socioeconómico previo al interno y sus familiares. Se trata todo tipo de adicciones incluyendo trastornos psicológicos.

Sus instalaciones son adecuadas y proyectadas en todas sus áreas con el fin específico de tratar una adicción.

La tipología del edificio refleja una arquitectura moderna y sencilla basada en modulación de planta libre y muros divisorios.

El edificio es funcional, agradable y en buen estado. Con colores discretos.

La duración del tratamiento consiste en el estado de gravedad de la adicción, va de acuerdo al sistema de Alcohólicos Anónimos y por medio de especialistas en el tema.

TERCER MODELO REAL

CLÍNICA NUEVO SER (atención y rehabilitación a personas con problemas de alcoholismo DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO, ANOREXIA, BULIMIA, CODEPENDENCIA, ADICCIÓN AL JUEGO, ADOLESCENTES MUJERES, DESORDEN MENTAL FAMILIAR, POST - TRATAMIENTO)

Ubicación. La clínica se encuentra ubicada en Playas de Tijuana, Baja California, México.

Dentro de sus instalaciones cuenta con cómodas habitaciones, comedor, jardines, entre otras cosas, haciendo de esta, una clínica con calor de hogar para que los que aquí conviven, se sientan en casa.



ANÁLISIS FUNCIONAL

La construcción se encuentra a cercanías del mar, sobre la playa, la cual le hace denotar una vista espectacular en un área pacífica en el sector.



CUENTA CON INSTALACIONES ACOGEDORAS QUE HACEN SENTIR AL PACIENTE COMO SI ESTUVIERA EN CASA.



MODELO LOCAL

PRIMER MODELO REAL

UBICACIÓN: Comunidad de San Mateo – Cercado – Km. 5 de Tarija camino al norte – a lado de la Capilla de San Mateo.



POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD: Alrededor de 2.500 habitantes.

ACTIVIDAD PASTORAL Y DE MISIÓN PERMANENTE HOGAR “LA COLMENA SANTA RITA”

FECHA DE INAUGURACIÓN: 8 de diciembre del 2006

OBJETIVO: Acoger adolescentes, jóvenes y adultos, con problemas de alcoholismo, drogadicción, dificultades socio-familiares, ayudándolos a recobrar sus posibilidades de estudio, de trabajo, de inserción en la familia de origen, en cuanto posible.

ACTIVIDADES: Talleres de carpintería, metalúrgica, serigrafía, panadería, sastrería, jardinería, huerta icería. Cocina y limpieza. Programa Alcohólicos Anónimos. Varias actividades a servicio de la Comunidad y población en general.

POSIBILIDAD DE ACOGIDA: N° 65 personas de sexo masculino. De los cuales 50 son con problemas de alcoholismo y drogadicción.

ANÁLISIS FUNCIONAL



En la parte del ingreso se encuentra el área social o área pasiva, a continuación se encuentra el área administrativa y de servicio, más a fondo se encuentra áreas de terapias, en la segunda planta de la construcción se encuentra el área de los internos, y al otro costado de la capilla se encuentra el área de capacitación donde se enseña los diversos tipos de habilidades.

ANÁLISIS MORFOLÓGICO



La forma del edificio es de un estilo colonial con cubiertas a 2 aguas, toda la construcción está alrededor de un patio central el cual es un área de recreación pasiva.



ANÁLISIS TECNOLÓGICO



Los muros son de ladrillo y recubierto con ladrillo visto, las columnas y las vigas están recubiertas con mortero.



La cubierta son de 2 tipos y están divididas por sección de acuerdo a la construcción: de teja colonial, y la otra de calamina.

SEGUNDO MODELO REAL

El Instituto de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental - INTRAIID Tarija, es una institución gubernamental, sin fines de lucro.

UBICACIÓN: EL INTRAIID actualmente ubicada en la calle Junín N° 1071 ex hospital del niño, Creado el 12 de agosto de 1988, con la finalidad de brindar atención en los aspectos psicosociales de la salud, iniciando sus actividades en el área de prevención.

CAPACIDAD: cuenta con una infraestructura amplia, cuenta con 33 camas para el servicio de tratamiento y rehabilitación.

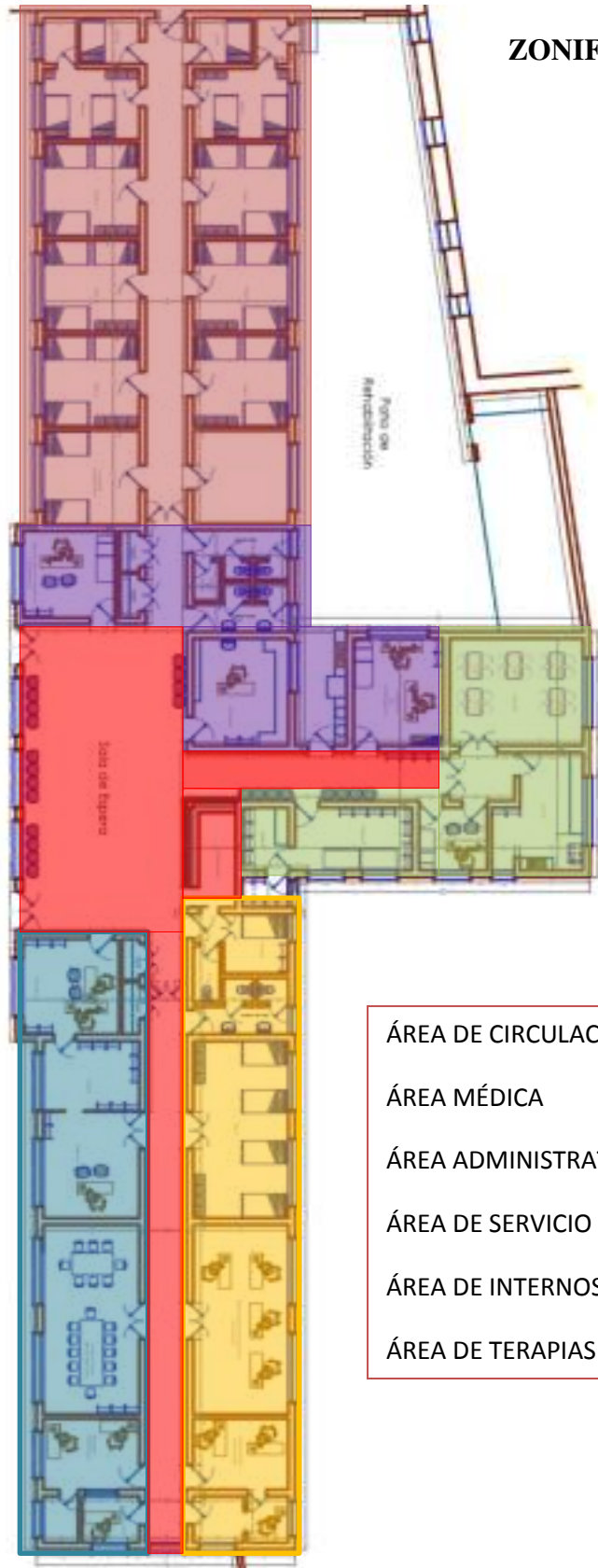
ANÁLISIS FUNCIONAL:









Este es un plano base de construcción actual de INTRAIID que antiguamente correspondía al hospital del niño. Los ambientes que en la actualidad se encuentran en funcionamiento fueron acomodados acorde a la función del instituto de INTRAIID

Cuenta con áreas específicas que regularmente cumplen con la función de la temática. Y que a continuación lo analizaremos con más detalle en el plano de planta.

ZONIFICACIÓN:

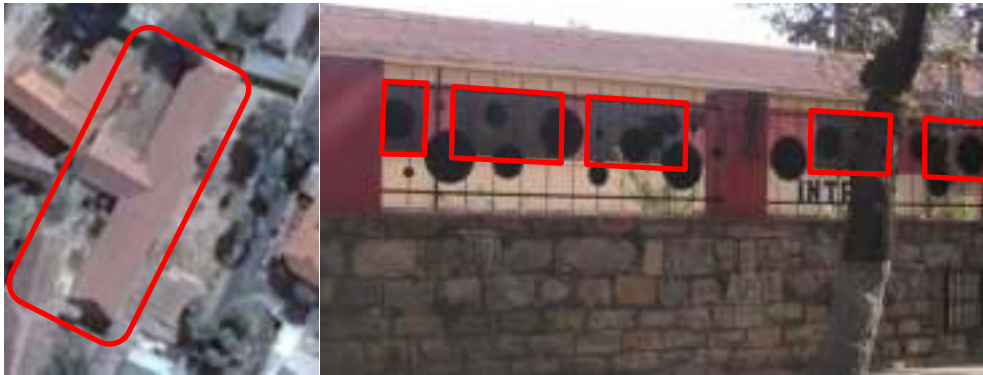


ÁREA DE CIRCULACIÓN	
ÁREA MÉDICA	
ÁREA ADMINISTRATIVA	
ÁREA DE SERVICIO	
ÁREA DE INTERNOS	
ÁREA DE TERAPIAS	

ANÁLISIS MORFOLÓGICO:



El volumen de la edificación del actual INTRAID es relativamente regular, de forma cubica, y con pendientes de caída a dos aguas con cola de pato como se muestra en la siguiente imagen de planimetría.



Las aberturas de la edificación son rectangulares distribuidas horizontalmente en toda la fachada y cuenta con muro de cerramiento.

ANÁLISIS TECNOLÓGICO:

Toda la construcción es de bloques de adobe, ya que es una construcción muy antigua, y de una sola planta, está recubierta con mortero de hormigón y la fachada esta repintada de color claro y contrastado con un color oscuro como se muestra en la imagen siguiente.



La cubierta de toda la construcción es de calamina metálica y en el interior se encuentra un cielo falso el cual desvía los sonidos que se producen por los efectos climatológicos.

El muro perimetral es de piedra y decorada con rejillas que permite apreciar la visibilidad del edificio.



MARCO DE ANÁLISIS CONTEXTUAL

MARCO SOCIO CULTURAL

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.



Tarija fue fundada un 4 de julio de 1574 por don Luís de Fuentes de Vargas por la que se da el nombre de villa de San Bernardo de la frontera de tarixa, posteriormente pasaría a llamarse Tarija. En los primeros años de constituir la ciudad fundación de Tarija, los pobladores de la villa vivieron asediados por los Chiruguanos ocasionando que lo construido debiera defenderse a sangre y fuego para conservarlo, tras este acontecimiento la llegada de los franciscanos a Tarija llevo a constituir la evangelización de esta cultura.

En el siglo XVII en la Villa de San Bernardo de la Frontera de Tarija se caracterizaron las fundaciones de conventos y la presencia de diferentes órdenes religiosas Tarija poseía alrededor de 800 habitantes seis iglesias, cuatro conventos y una capilla,, la Villa fue construida bajo el patrón urbano Hispano que consideraba



la plaza como el centro de estructura urbana; en la Tarija hispana se establecieron dos plazas significando cada una de ellas un centro a partir del que se desarrollaron



claramente diferenciadas dos mitades de la ciudad: la plaza del rey (hoy plaza Uriondo) relacionada topográficamente, política y socialmente con “lo alto”, mientras la otra la plaza mayor o común (que en 1574 recibió el nombre de plaza de Andalucía, hoy plaza Luís de Fuentes),

CARACTERÍSTICAS TIPOLÓGICAS.



En Tarija a diferencia de otras ciudades coloniales:

Conventos y templos se levantaron en el área popular, los templos fueron en una ciudad colonial un referente urbano.

Las primeras construcciones coloniales en su arquitectura no tienen modo preciso o proyecto realizado de ante mano la obra era sencilla de un solo nivel de adobe y con gruesos techos de paja, poco a poco las edificaciones empezaron a nutrirse de piedra para los

muros, tierras y vegetales para las pinturas y arcilla para las tejas, en el siglo XVII se edificaron los templos de Santo Domingo, San Agustín, San Francisco y San Juan



En su faceta arquitectónica la Tarija colonial se caracterizó por la integración del espacio con el movimiento de la sociedad no se edificaron una arquitectura de monumentos imponentes sino que el diseño arquitectónico estuvo integrado con el diario vivir de las personas: las plazas concebidas como espacios públicos amplios; las casas como espacios familiares ajustados a las necesidades familiares y domésticas y las iglesias como marco de religiosidad y de unidad



ASPECTO CULTURAL

La ciudad de Tarija presenta una buena homogeneidad cultural, lo cual se manifiesta durante las principales fiestas religiosas y paganas o durante las fiestas tradicionales.

Esta gran variedad cultural es la que se efectúa en el centro de la ciudad que van desde las fiestas religiosas hasta las folklóricas, acompañado por la arquitectura y los recorridos en una mínima parte colonial y en su mayoría republicano.

A los habitantes de Tarija se les tiene por gente de carácter alegre, abierto y amantes de sus tradiciones.

Con las referencias del análisis de las fiestas tradicionales existentes se lograron constituir un calendario de las tradiciones festivas religiosas de Tarija se puede denotar el alto índice de aceptación por la religión católica que se logró inculcar desde la fundación de Tarija hasta los días de hoy que se puede percibir un calendario festivo.

La Pascua Florida: "Mañanitas de Pascua"



FIESTA de San Juan: "El Santo del Campesino"

FIESTA PATRONAL DE SAN PEDRO APÓSTOL

La Entrada Folklórica Regional.-



FIESTA de San Santiago: "El Abogado del Pueblo"

FIESTA de San Lorenzo: "Santo Patrono del Pueblo"

FIESTA de Chaguaya: "Peregrinación al Santuario"

FIESTA de San Roque: "El Médico del Pueblo" (Fiesta Grande de Tarija)

Festividad de la Virgen del Rosario: "La Fiesta de las Flores"

FIESTA De Todos Santos: "El día de los Difuntos"

FIESTA De Navidad: "Adoración a los niños Dioses"

MARCO FÍSICO GEOGRÁFICO

UBICACIÓN



El departamento de Tarija tiene una extensión de 37.623 km², que representa el 3.42 % del territorio nacional. Está ubicado 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. Tiene una superficie de 37.623 km².

LÍMITES.

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



POBLACIÓN.

El departamento de Tarija se encuentra ubicado al sur de Bolivia. Con una población de 178 926 habitantes según proyecciones, ya que aún no se tiene publicado los datos oficiales del censo 2012. Mediante esta población justifica la implementación de un equipamiento de esta magnitud.

CLIMA

Templado y frío en la zona oeste, templado en la zona central, cálido en la zona sur y oeste.

El clima en el valle central se presenta semiárido con temperaturas altas y bajas. Altas $40,5^{\circ}\text{C}$ - bajas $-9,5^{\circ}\text{C}$.

El análisis climatológico de la ciudad de Tarija está basado en los datos climatológicos específicos de la estación (SENAMHI – TARIJA).



VIENTOS.-

Los vientos son predominantes del sureste a noroeste con una velocidad de 5.2 Km. /h. Las velocidades extremas son las siguientes: velocidad máxima 8,4 Km. / h.

TEMPERATURA.-

La temperatura en Tarija es muy agradable, la mayoría del tiempo se cuenta con un clima templado principalmente en primavera y verano; la temperatura media anual es de 18 ° C, las temperaturas medias en las estaciones del año son las siguientes:

- Primavera 18 .80 ° C
- Verano 20.80 ° C
- Otoño 18.10 ° C
- Invierno 14.16 ° C

Las temperaturas mínimas y máximas durante el año, se dan durante periodos cortos o días aislados. La temperatura máxima es de 40.5 ° C, y la mínima extrema de -9.5 ° C.

HUMEDAD RELATIVA.-

La humedad relativa depende de factores como temperatura, altura, orientación y de las precipitaciones; la humedad varía de 75 %. Los meses más húmedos de enero a marzo, y 65% en los meses más secos.

INSOLACIÓN.-

La incidencia solar juega un papel importante dentro de cualquier proyecto arquitectónico, por lo que es importante tomar en cuenta dentro del diseño la incidencia solar sobre nuestra ciudad ubicada bajo las coordenadas 64 ° 40 ‘ 00”

54 °45’ 32” de longitud al oeste y 21° 35’ 00 “- 21° 35’ 00” de latitud sur.

HIDROGRAFÍA.-

Los ríos más importantes que limitan a la cuenca del Río de la Plata son: Guadalquivir, Salinas, Camacho, Bermejo, Río Grande de Tarija, todos ellos confluyen al Pilcomayo.

Son recursos hídricos que constituyen una importante potencialidad natural para su aprovechamiento múltiple, es decir energía, riego, consumo humano, turismo, etc.

IDIOMAS.

El idioma predominante en el área del centro es el español, seguido por una variedad de lenguas por las distintas etnias que se encuentran en la zona del mercado.

MARCO URBANO

A través de los años el proceso de desarrollo y crecimiento de la ciudad se ha dado de una forma muy acelerada a consecuencia de las migraciones, está ocasionando que se produzca una expansión de la ciudad sin ningún tipo de planificación, la mancha urbana crece de forma acelerada pero el centro de la ciudad no puede crecer de la misma forma, lo que ocasiona una serie de problemas de conglomeración de actividades ocasionando la descentralización de muchas de estas, problema que se va intensificando al pasar del tiempo.

En un análisis del crecimiento de la mancha urbana de la ciudad de Tarija el estudio se divide en etapas de dicho crecimiento, lo que nos ayuda a identificar los factores que han tenido influencia para el desarrollo de la trama urbana que tenemos actualmente.

La ciudad de Tarija tenía una organización en forma de damero, y la ciudad estaba conformada por cuatro barrios importantes que son: La zona central, la pampa, el molino, y las panosas, que contaban con espacios libres importantes como ser: la plaza principal y las plazuelas Uriondo y Sucre.

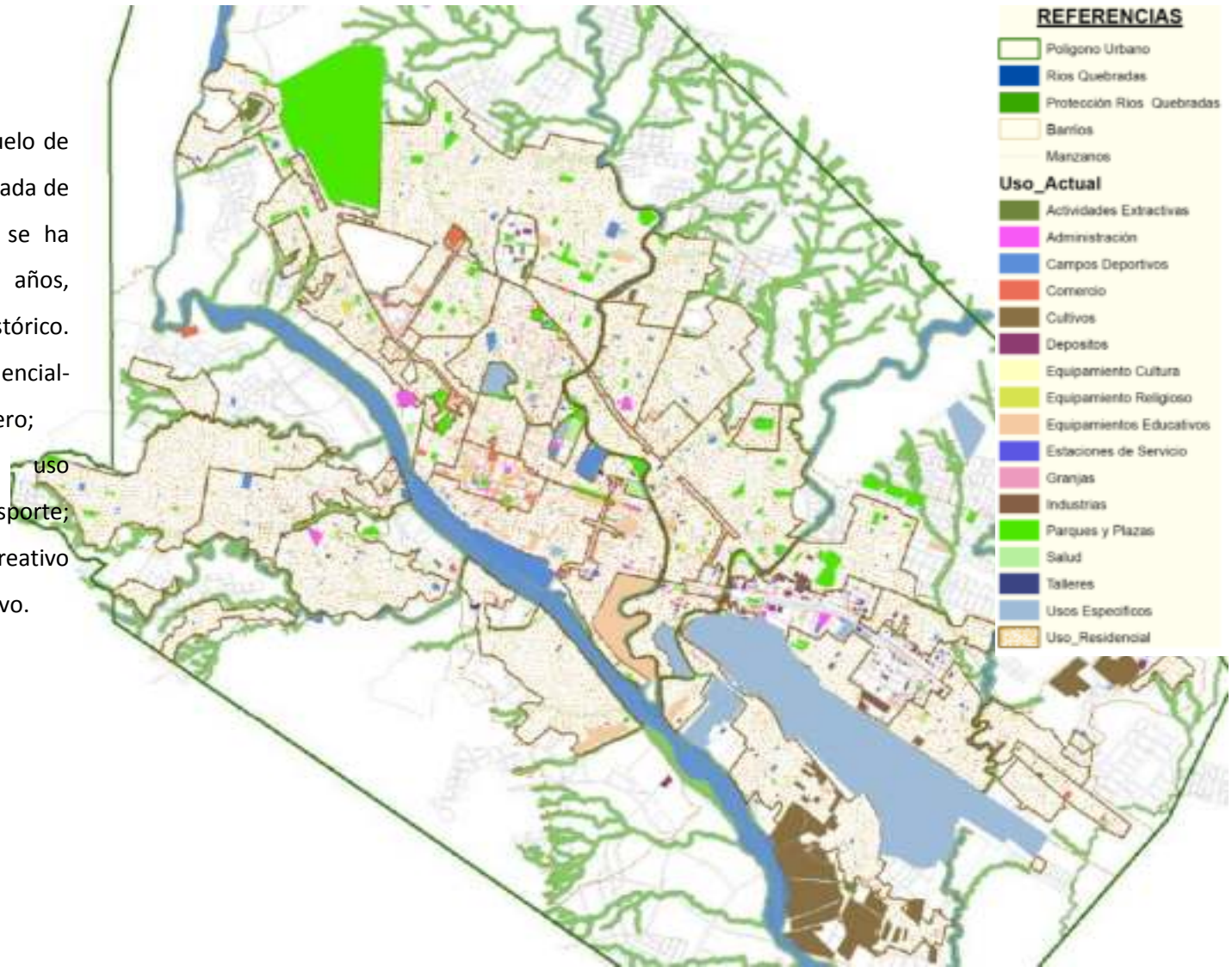
DISTRITOS URBANOS

La división de los distritos urbanos de la ciudad de Tarija está dada de acuerdo al crecimiento de la mancha urbana que se ha dado a través de los años.



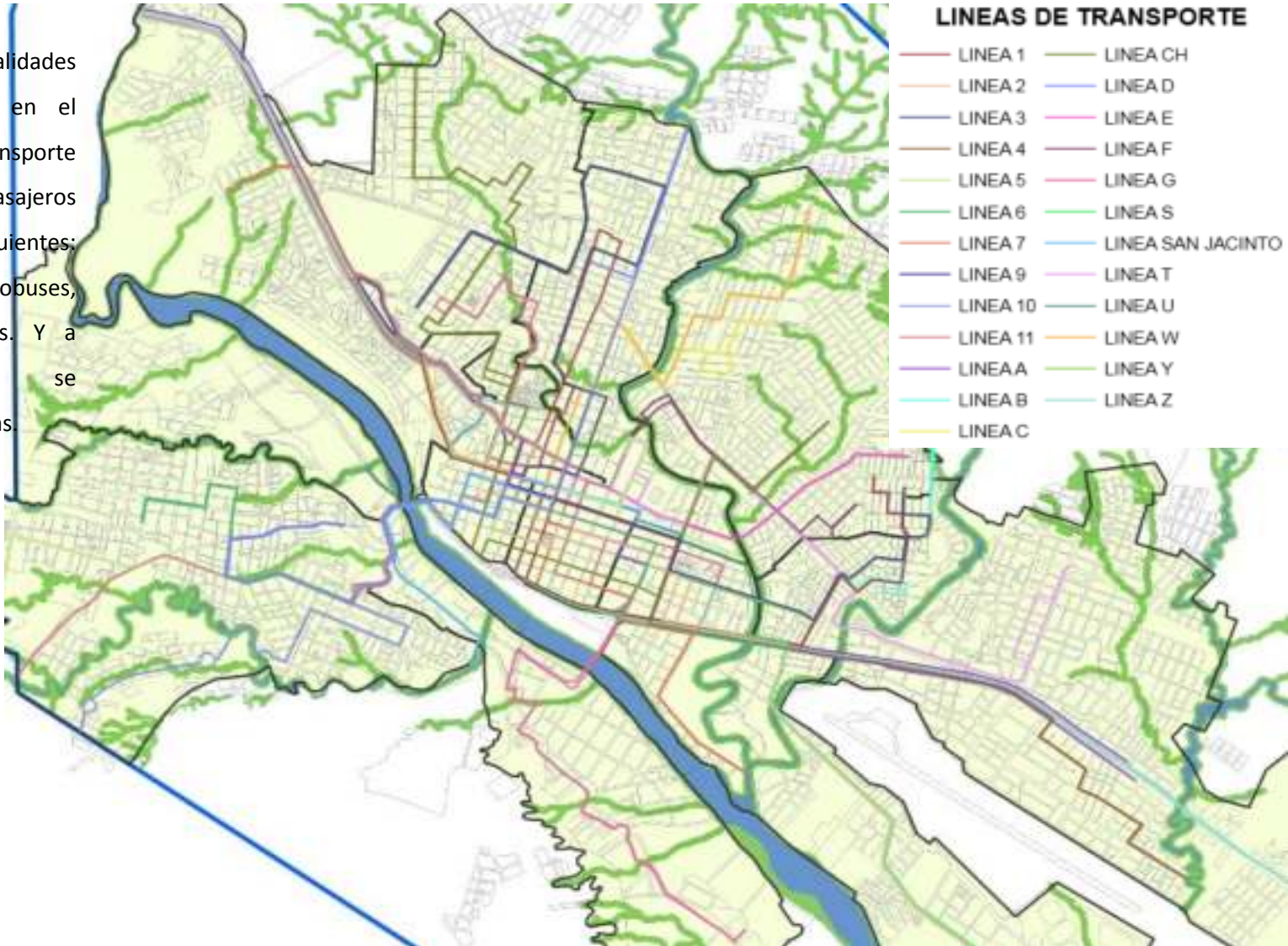
USO DE SUELOS

La clasificación de los usos de suelo de la ciudad de Tarija está determinada de acuerdo a su crecimiento que se ha dado con el transcurrir de 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.

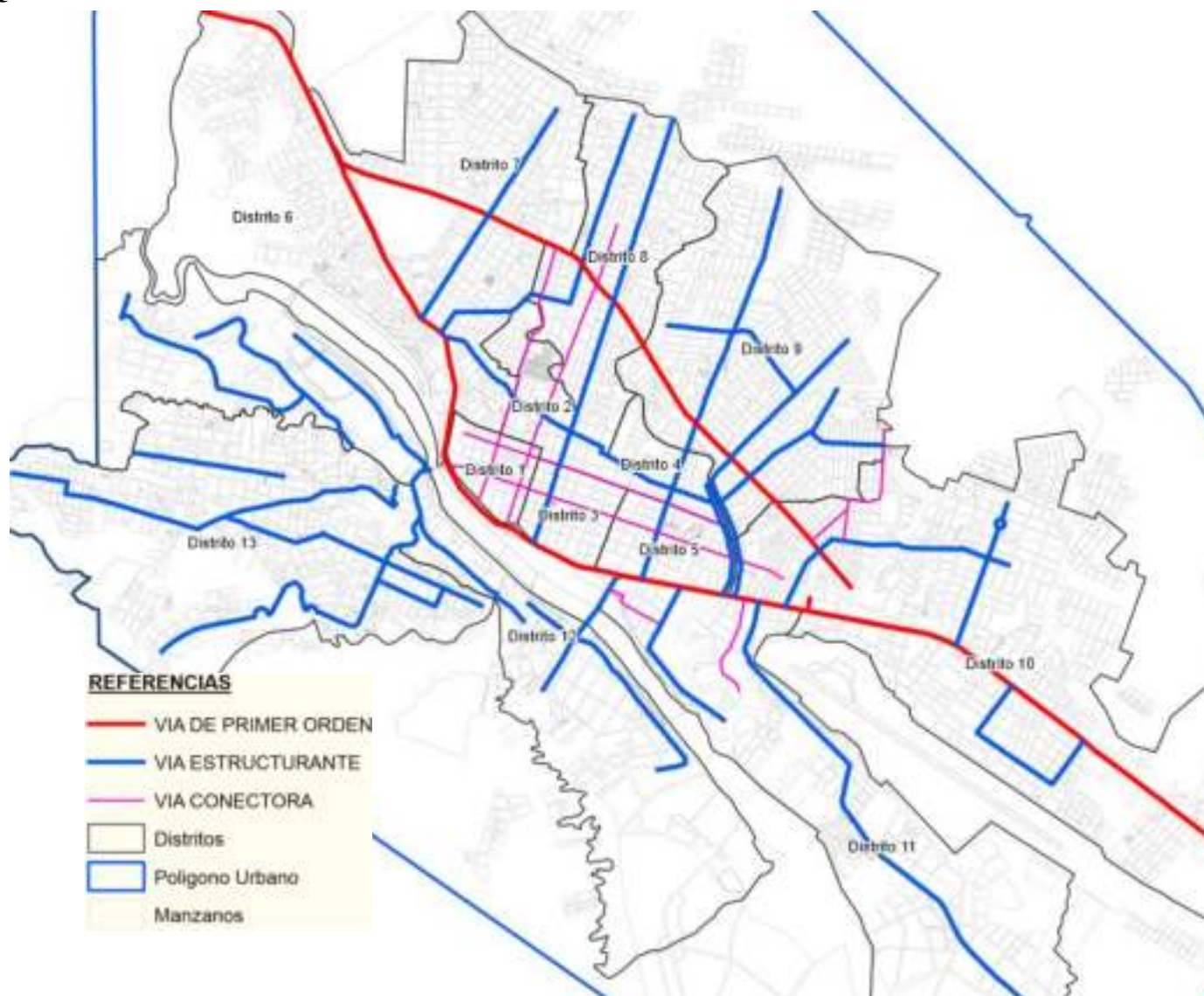


TRANSPORTE PÚBLICO

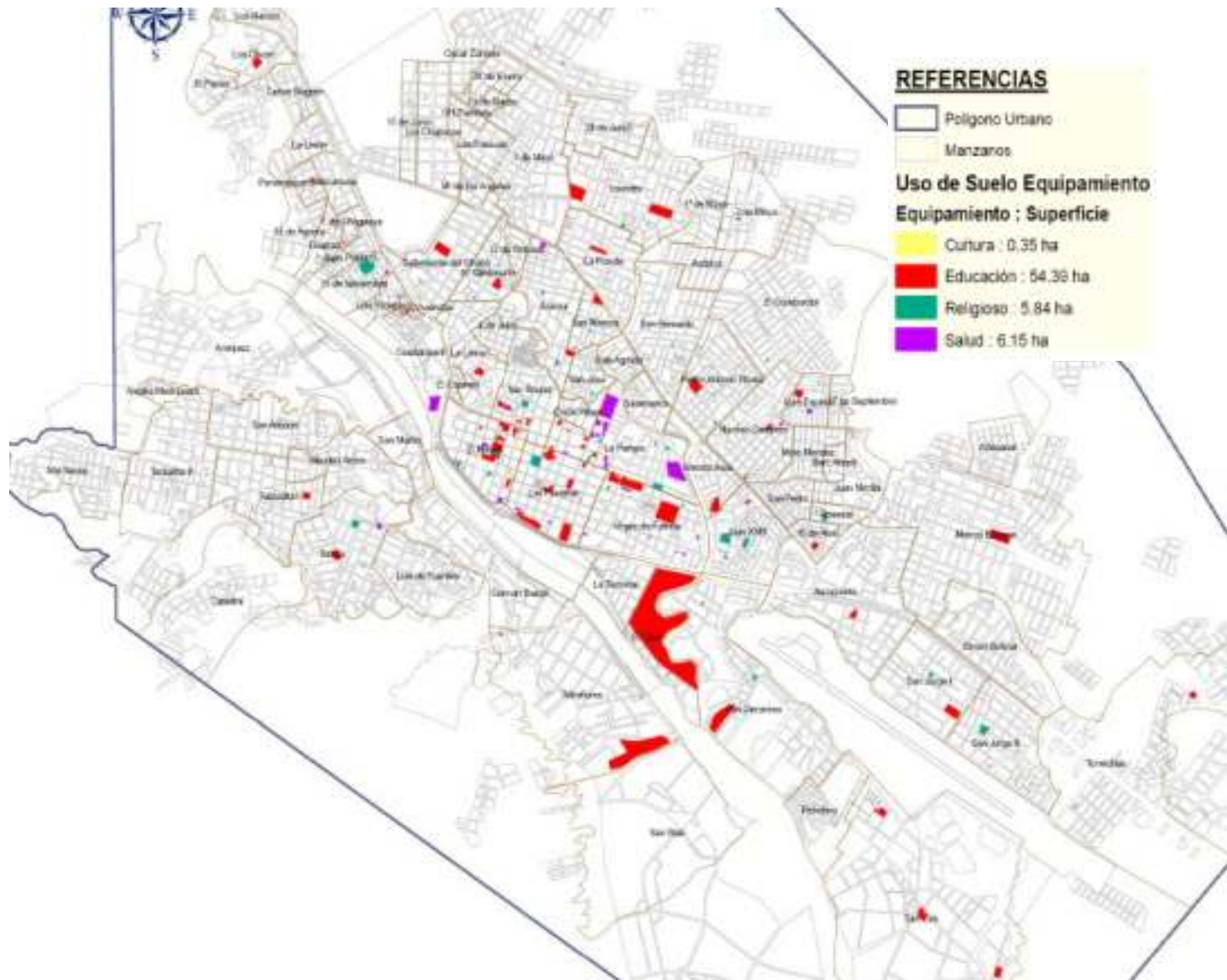
La modalidades que existen en el servicio de transporte público de pasajeros son los siguientes: buses, microbuses, minibuses, taxis. Y a continuación se desglosa las rutas



JERARQUIZACIÓN VIAL



EQUIPAMIENTO URBANO



SERVICIOS BÁSICOS

La ciudad de Tarija casi en su totalidad cuenta con todos los servicios básicos como ser agua, alcantarillado pluvial y sanitario, electricidad, gas y teléfono.

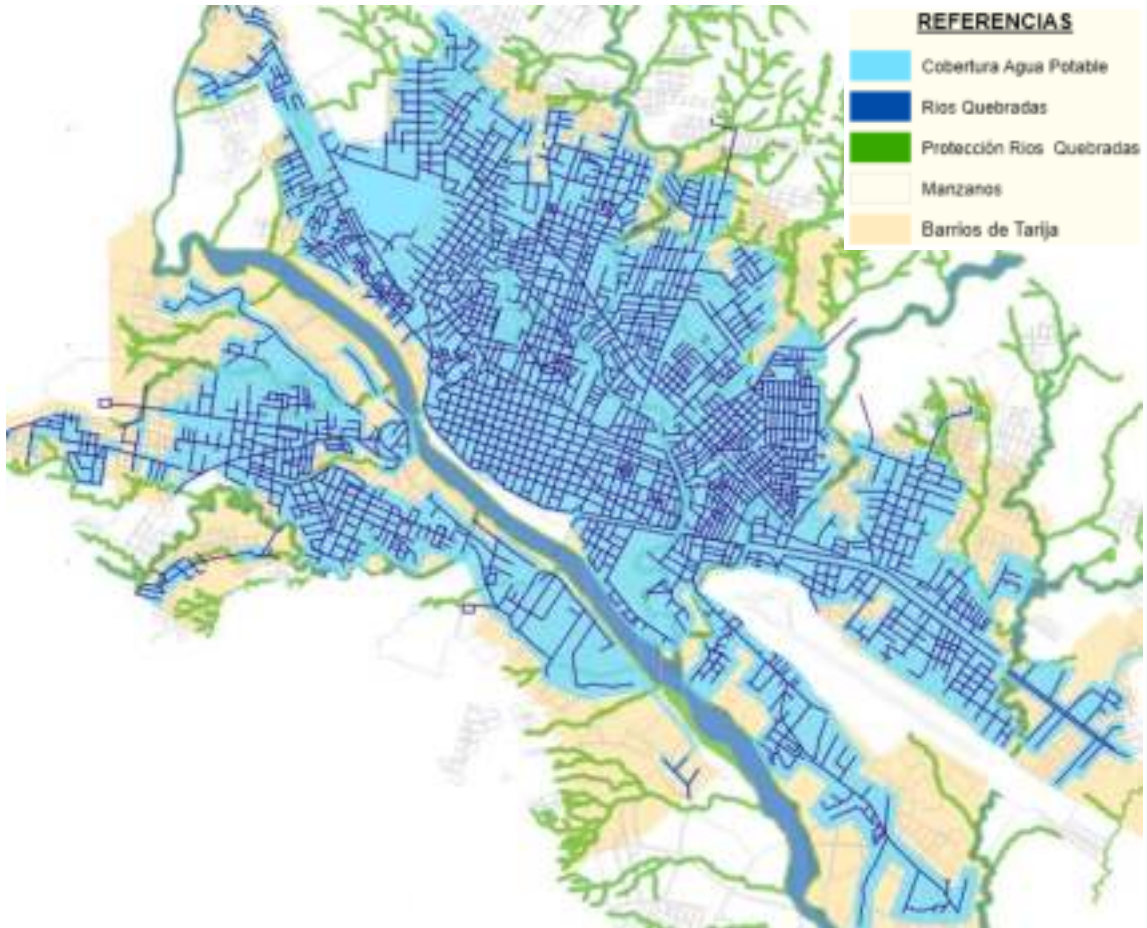
La cobertura, así como la calidad de los mismos en toda la ciudad varía según la zona o distrito, es por esto que para realizar un análisis más real del estado de los servicios nuestro estudio está en base los 13 distritos que conforman legalmente la ciudad de Tarija.

El servicio de energía eléctrica, la dotación de agua potable como así también la distribución de gas envasado son los servicios cuyo porcentaje de cobertura es mayor en los diversos sectores, ocurre lo contrario con la infraestructura del alcantarillado sanitario, pluvial y la distribución de gas a domicilio, que son servicios de los cuales gran parte de la población no se beneficia en nuestra ciudad.

Una vez más vemos que son las zonas centrales y barrios cercanos a esta, los que se encuentran cubiertos por los servicios de infraestructura básica cuyo uso es indispensable para la población, mientras que en los barrios más alejados las necesidades son más grandes y no llegan a contar con los servicios básicos, y así también la calidad del servicio es baja. Esto sucede por la baja densidad de estos sectores.

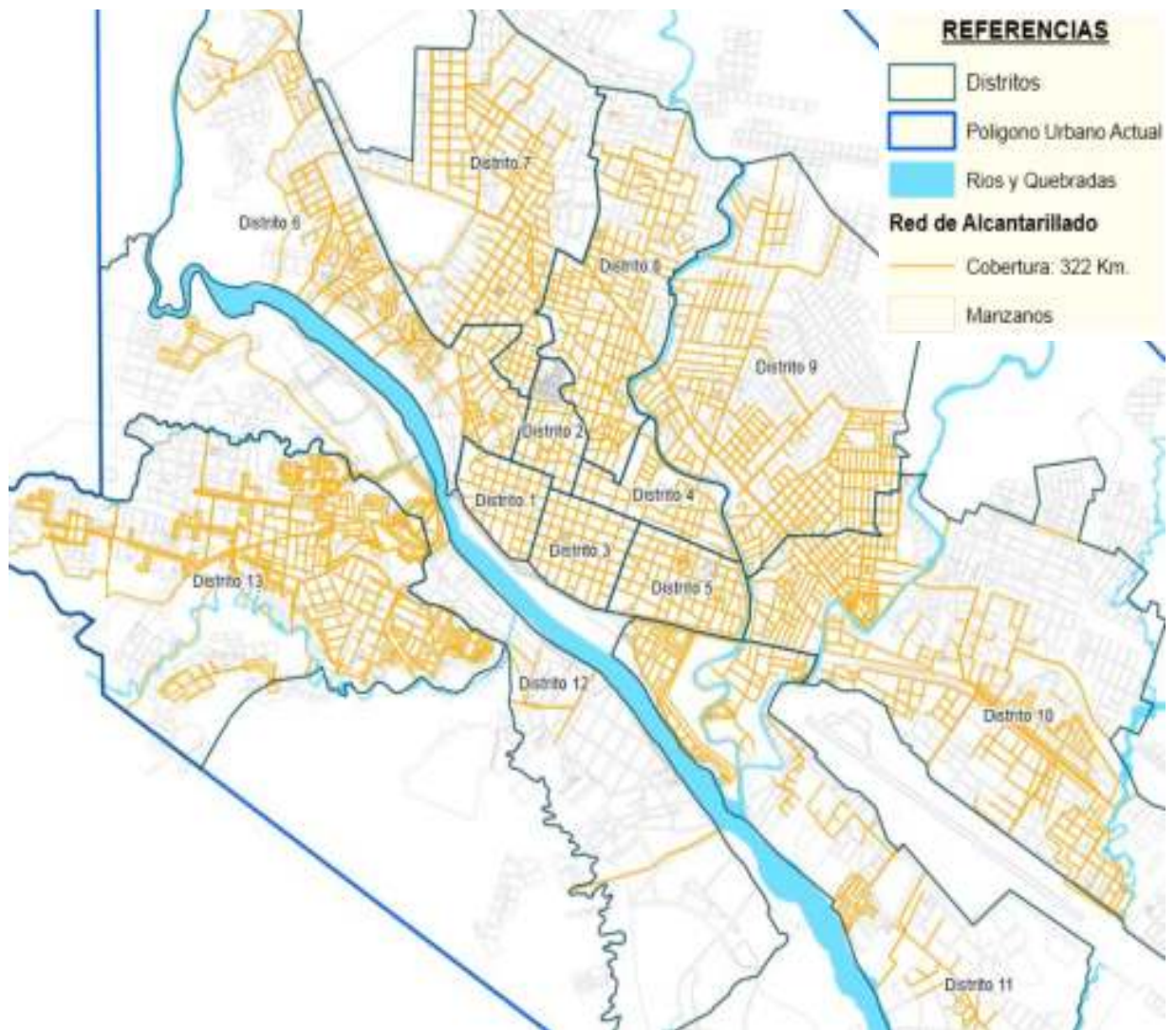
RED DE AGUA POTABLE

El sistema de distribución de agua potable de Tarija es eficiente, constando solo con un control de distribución en la época baja de las lluvias. La red está alimentada directamente por aguas del lago como también de tomas de aguas de la Vitoria.



RED DE ALCANTARILLADO SANITARIO

La red de alcantarillado de Tarija se encuentra distribuida en la mayor parte de la ciudad con la falta de este servicio se encuentran solo las urbanizaciones que se encuentran en las periferias de la ciudad. Gracias a la topografía de Tarija la red no requiere ningún sistema suplementario para la evacuación. El principal problema reside en el tratamiento dinámico del agua, este tratamiento se realiza en lagunas de oxidación que se encuentran en un área muy cercana a la urbana que empiezan a contaminar con el olor en las épocas de calor.



RED DE ALCANTARILLADO PLUVIAL

Las condiciones geológicas y topográficas de Tarija hacen que el problema del drenaje de las aguas de evacuación sea un punto importante de la infraestructura urbana.

El tendido de drenaje que tiene la ciudad, que se encuentra especialmente en el centro de la ciudad, por el crecimiento se ha visto que ya ha quedado ineficientes, prueba de esto son las lluvias torrenciales que rebasan su capacidad dejando la ciudad, en sus partes bajas, muchas veces inundadas.



RED DE ELECTRICIDAD

El servicio de electricidad está a cargo de la empresa de Servicios Eléctricos de Tarija [SETAR S.A.]. Este servicio está emplazado en toda el área urbana. Se constatan frecuentes cortes de corriente en la época de escasez de lluvia por el sistema hidroeléctrico del lago de San Jacinto.

ANÁLISIS DE REGLAS Y/O NORMATIVAS DE USO DE SUELO PARA DETERMINAR EL SITIO A INTERVENIR

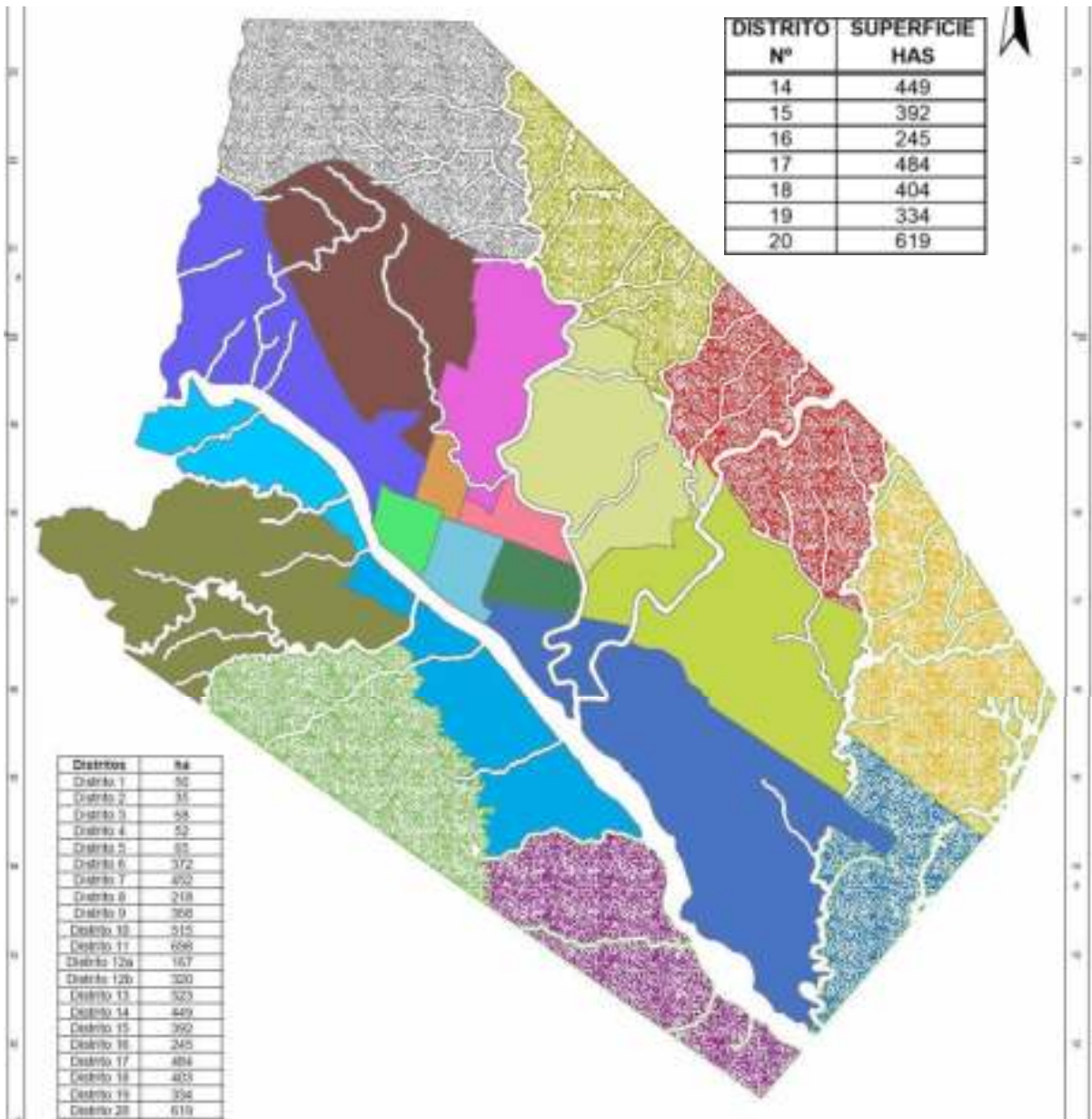



Área de Uso Combinado. Esta categoría de suelo tiene correspondencia con lo normado al interior del suelo urbano, debiéndose respetar sus usos y las dimensiones para nuevos fraccionamientos, el mismo que deberá respetar las 2 hectáreas (20.000 m²) como parcela mínima.

Áreas Urbanizables. Corresponde a suelos denominados, según el Plus Rural, tierras de rehabilitación de la vegetación y/o suelos, los que podrán ser utilizados para la futura expansión de la ciudad, incorporándose al área intensiva una vez que se dé la saturación de esta última, mediante lineamientos previos a su ocupación.

División Política Administrativa. El presente plan como instrumento técnico normativo, incorpora a la actual organización administrativa del área urbana, siete nuevos distritos que resultan del área extensiva, al interior de los cuales ejercerán vigencia los barrios. Forman parte indivisible de este artículo el plano (N°1a), los cuadros de superficies coordinadas.


Dimensión de nuevos Distritos





**GOBIERNO MUNICIPAL DE LA
PROVINCIA CERCAO Y LA
CIUDAD DE TARIJA**

**DIVISION POLITICO
ADMINISTRATIVA**




REFERENCIAS

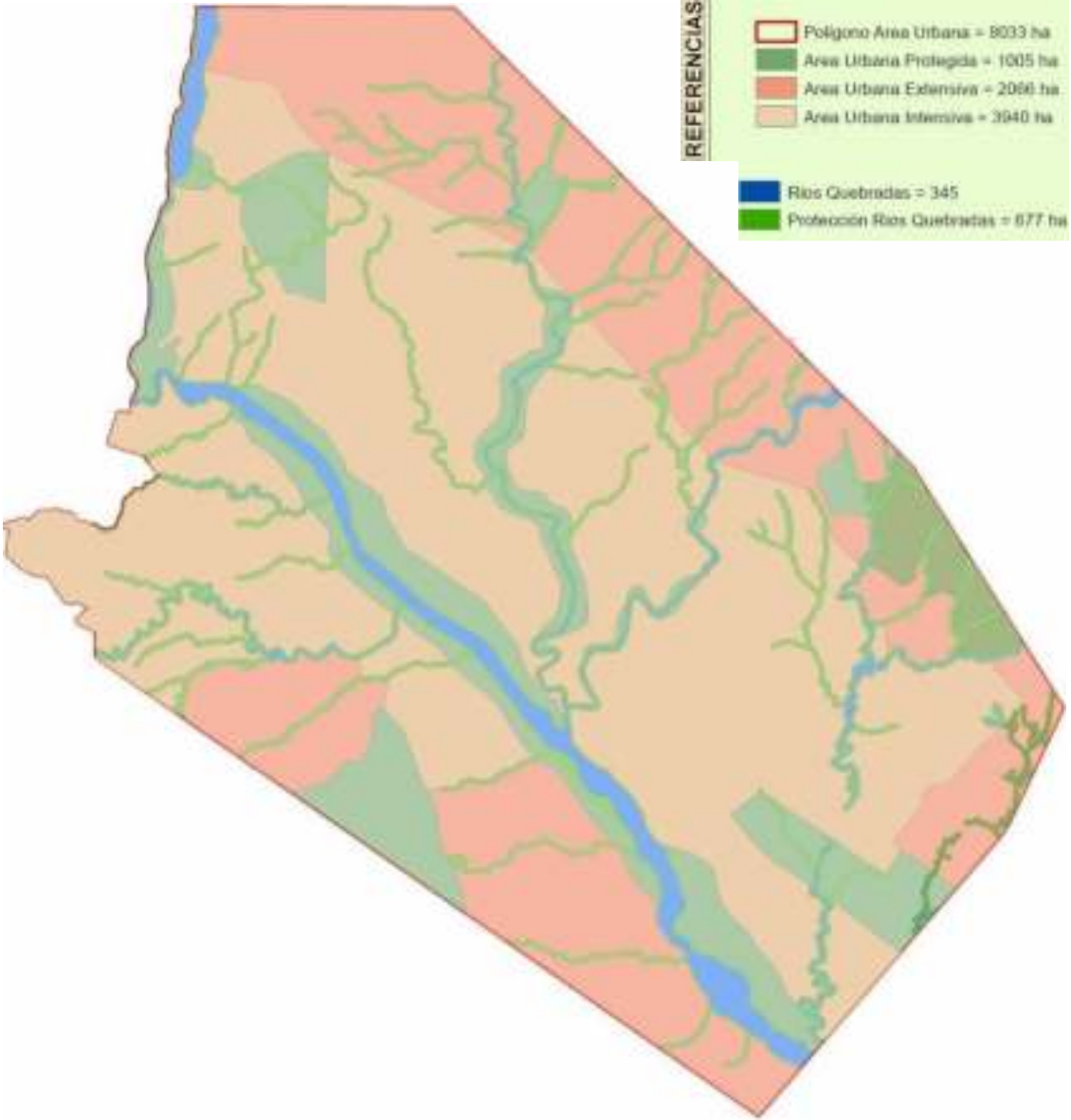
Districto 1	Districto 6	Districto 12a	Districto 17
Districto 2	Districto 7	Districto 12b	Districto 18
Districto 3	Districto 8	Districto 13	Districto 19
Districto 4	Districto 9	Districto 14	Districto 20
Districto 5	Districto 10	Districto 15	
Districto 11	Districto 16	Districto 19	

LAMINA

1a



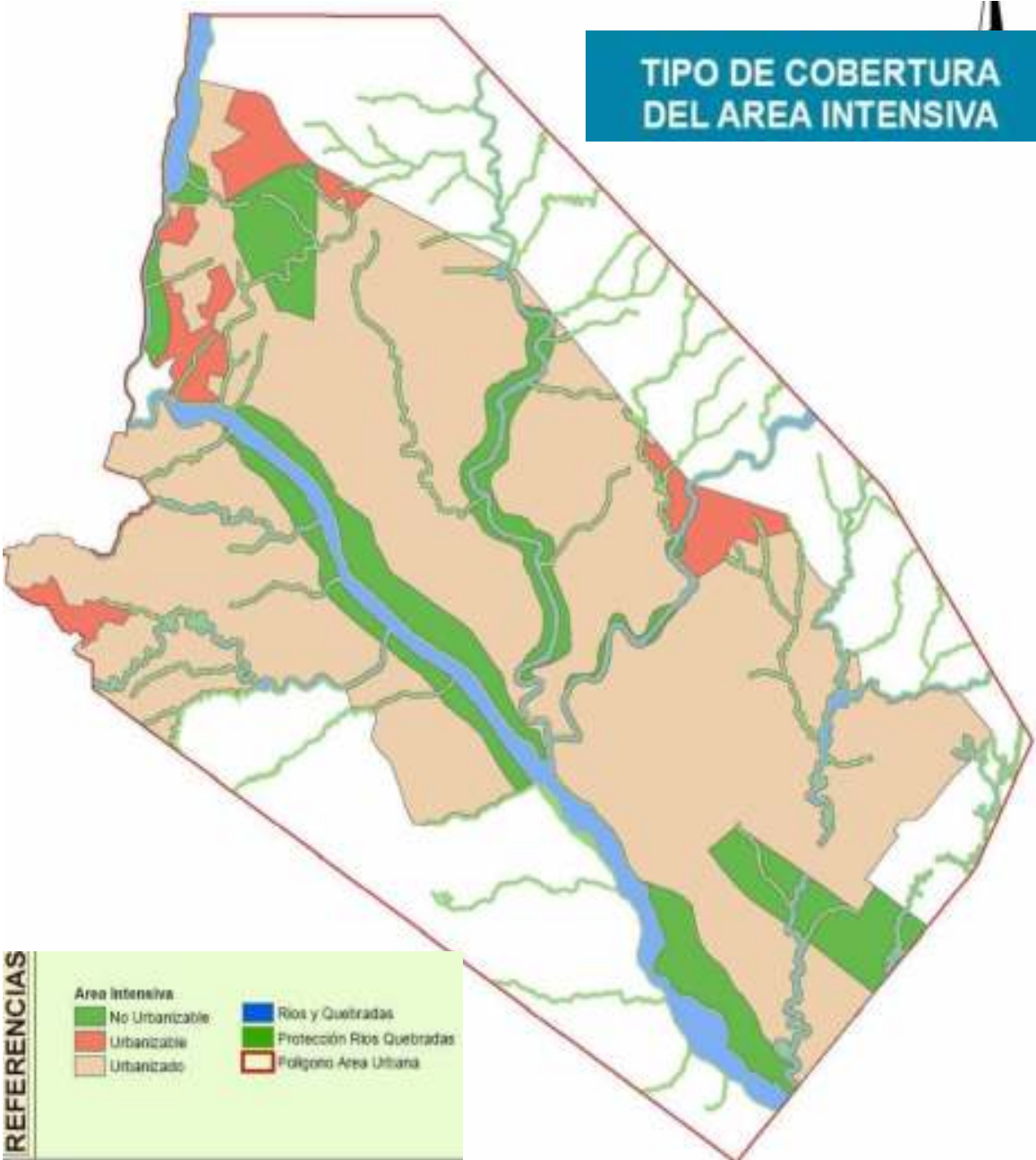
Área Urbana General. El Área Urbana General comprende la totalidad del territorio ocupado por un asentamiento humano y está compuesto por el que tiene características predominantemente urbanas, denominada Área Urbana Intensiva: el de reserva para la expansión urbana dentro de un plazo previsible, con el nombre de Área Urbana Extensiva; además de las áreas que por tener valores patrimoniales o por tener condiciones que signifiquen peligros para ésta o su propiedad, sean declaradas no urbanizables y conocidas como Áreas Urbanas Protegidas.



A efectos de la delimitación del Suelo Urbano General, se ha precisado los elementos que caracterizan y definen dicho territorio.

- I. **Área Urbana Intensiva.** Se entiende por área urbana intensiva las superficies efectivamente ocupadas, con edificación y población densa y se corresponden con aquellas zonas que cuentan con la infraestructura y los servicios mínimos suficientes para su desarrollo y su interrelación con las distintas áreas de la ciudad en el más amplio sentido. En la ciudad se tiene una superficie de 3.940 Ha. de área intensiva.
- II. **Área Extensiva.** Es el suelo que se reserva para la expansión planificada del área intensiva en el largo plazo, de la que se hará uso, a partir de la saturación de la superficie del área intensiva. En virtud de sus características topográficas y ubicación relativamente próxima a la ciudad, se les reconoce su potencial para incorporarse a zonas urbanizadas, albergar asentamientos humanos y otros destinos compatibles. Las 2.066 has. de este suelo se ajustarán a las previsiones de crecimiento de la ciudad y a la posibilidad de dotación con infraestructura para el sistema vial de transporte, de servicios básicos, áreas libres parques, y equipamiento colectivo de interés público o social.
- III. **Área Urbana Protegida.** Son las que responden a las necesidades de: Preservar valores paisajísticos, Naturales, Científicos, Culturales o Históricos, considerados como patrimonio de la comunidad y de uso público; o prevenir amenazas en las áreas con riesgos naturales de origen geomorfológico, geotécnico, geo hidrológico o hidrológico, que representen amenazas a las seguridad de las persona y los bienes públicos o privados las áreas pertenecientes a esta categoría alcanza las 2027 has, cuyo tratamiento estará sujeto a un régimen especial

Delimitación del Área Intensiva. El área intensiva definida presenta una superficie de 3.940 has, cuyos límites han sido determinados por coordenadas UTM y verificadas mediante la imagen satelital. Una primera clasificación al interior de esta área, nos permite identificar el suelo de acuerdo a su cobertura, distinguiéndose las áreas con potencial urbanizable y no urbanizable.



Usos del Área Intensiva. Al interior de dicha área las funciones que allí se desarrollan son naturalmente heterogéneas, predominando el uso residencial, sin embargo de acuerdo a una zonificación propuesta, (ver plano N° 2), se han asignado los usos posibles los mismos que vienen acompañados por sus descripciones, recomendaciones y limitaciones.

a. Área Patrimonial	AP
b. Zona Residencial de Alta Densidad	ZRAD
c. Zona Residencial de Media Densidad	ZRMD
d. Zona Residencial de Baja Densidad	ZRBD
e. Zona Administrativa	ZA
f. Área Mixta Comercial	AMC
g. Área Mixta de Servicios al Automotor y Bodegaje	AMSAYB
h. Área Mixta de Servicios al Transporte y Bodegaje	AMSTYB
i. Áreas de Protección del Aeropuerto	
j. Parque las Barrancas	
k. Zona de protección del Guadalquivir y quebradas el Monte y San Pedro	

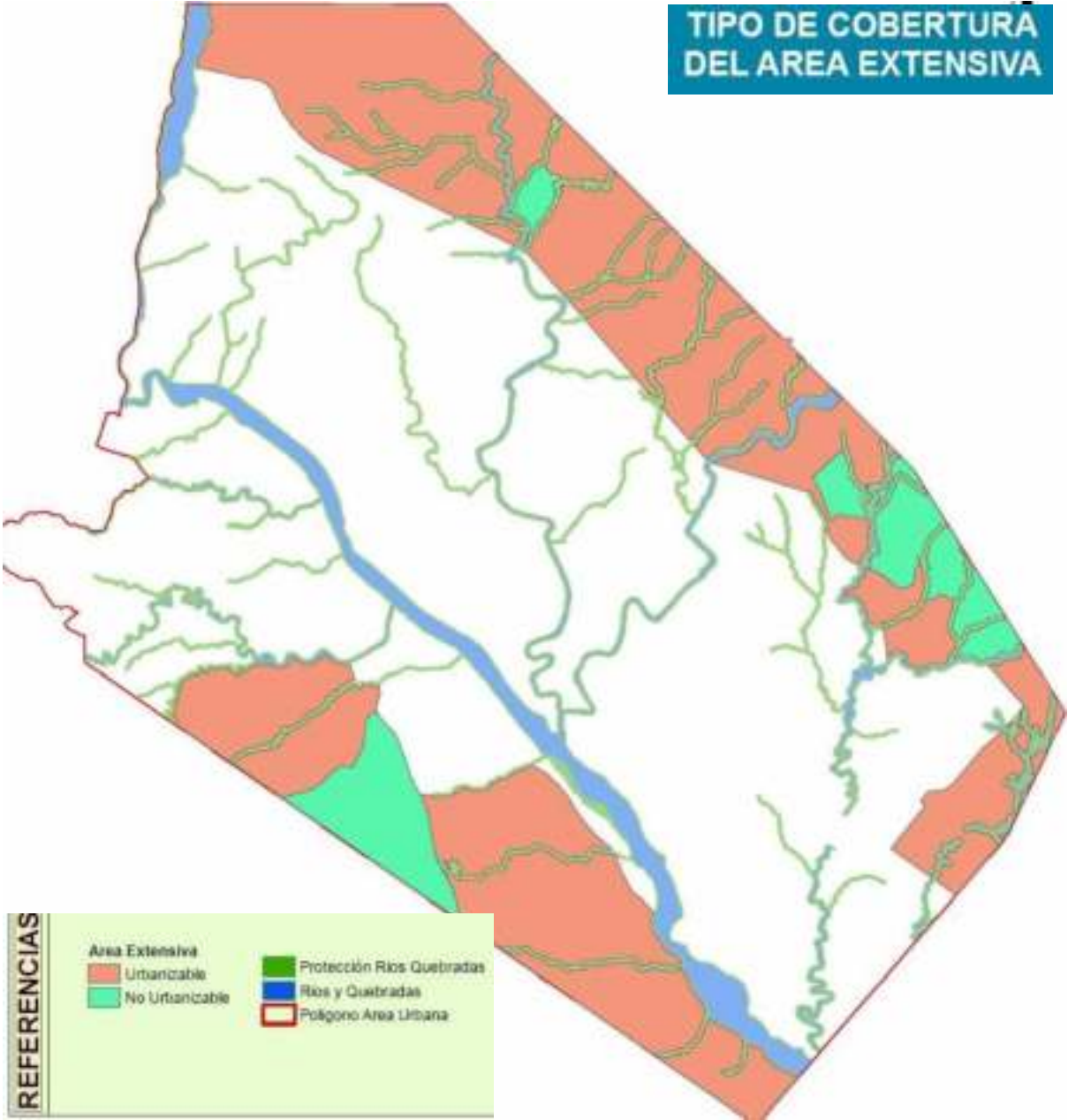
ZONIFICACION DEL AREA INTENSIVA



REFERENCIAS

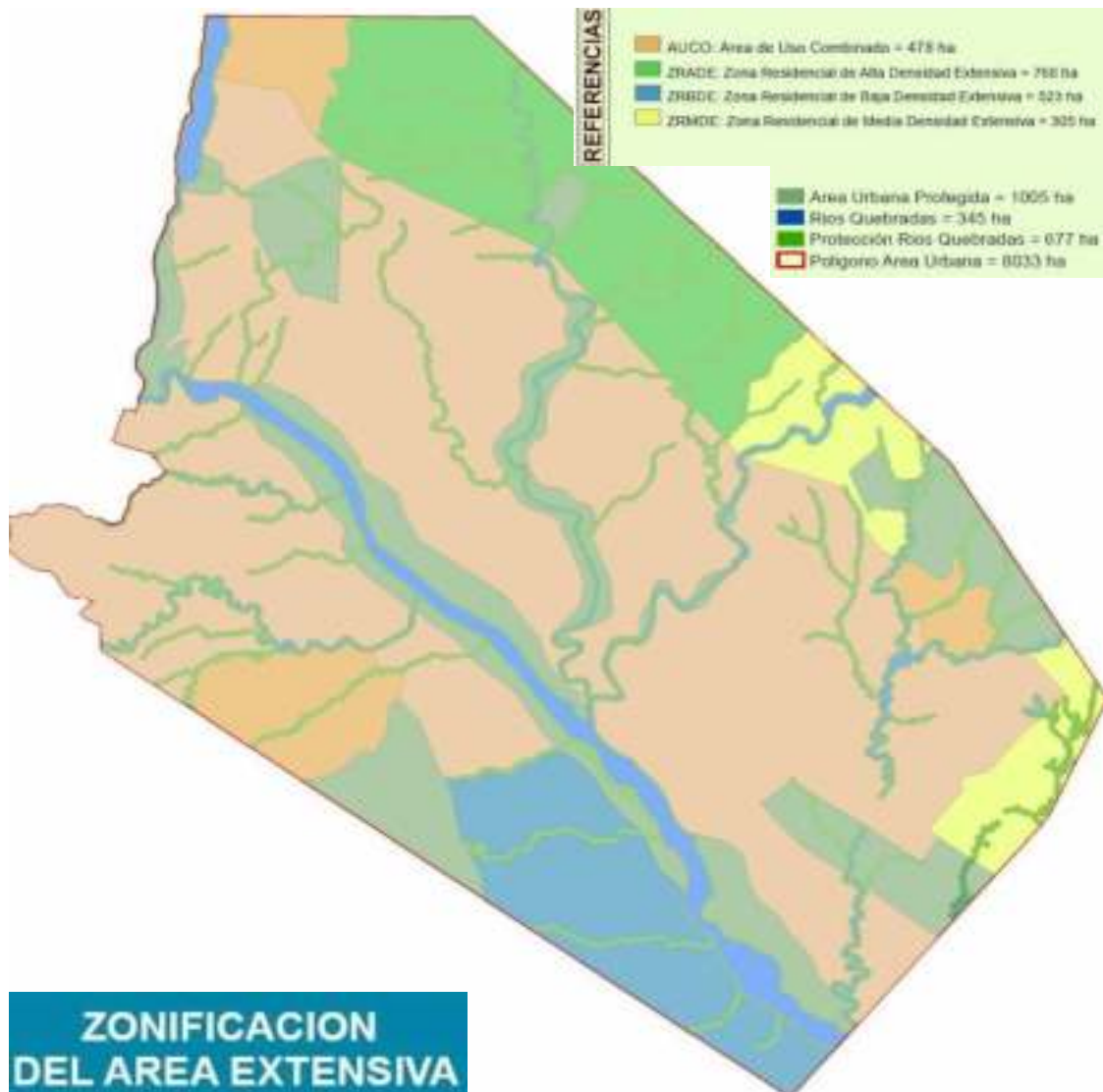
AMC: Area Mixta Comercial = 57 ha	Parque Las Serracas = 105 ha	Area Urbana Protegida = 1005 ha
AMSAVB: Area Mixta Servicio Autotransporte y Bodegaje = 137 ha	ZRAD: Zona Residencial de Alta Densidad = 1743 ha	Rios Quebradas = 345 ha
AMSTVB: Area Mixta Servicio Transporte y Bodegaje = 52 ha	ZRBD: Zona Residencial de Baja Densidad = 885 ha	Protección Rios Quebradas = 677 ha
AP: Area Patrimonial = 103 ha	ZRMD: Zona Residencial de Media Densidad = 601 ha	Poligono Area Urbana = 9033 ha
Aeropuerto = 191 ha	Zona Administrativa = 39 ha	

Delimitación del Área Extensiva. De igual manera, se ha definido el área cuyo suelo está destinado a la expansión de la ciudad, la misma que alcanza las 2.066 has., identificándose en su interior los suelos aptos para la urbanización como los no urbanizables, esta área se la define según coordenadas UTM, que se presentan en el cuadro N° 11



Usos del Área Extensiva. Las hectáreas definidas como suelo potencialmente urbanizable, pueden desarrollarse y potenciar su proceso urbanizador a mediano o largo plazo, para convertirlo en suelo urbano. La incorporación de fracciones de esta área, no esta permitida en los próximos 10 años. Esta área se encuentra compuesta por:

- | | |
|--|-------|
| a) Área de Uso Combinado | AUCO |
| b) Zona Residencial de Alta Densidad Extensiva | ZRADE |
| c) Zona Residencia de Media Densidad Extensiva | ZRMDE |
| d) Zona Residencial de Baja Densidad Extensiva | ZRBDE |



Áreas susceptibles de inundación, son las zonas aledañas al Guadalquivir, a la quebrada del Monte y San Pedro, las que deben ser liberadas de urbanizaciones, debido al riesgo de inundación que presentan y en estricta observancia al artículo 85 de la ley de municipalidades N° 2028, como una manera de enfrentar el problema de la ocupación de los cauces. (Ver plano N° 4). Particularmente las áreas lindantes con el Guadalquivir tienen una normativa especial que se encuentra detallada en el Artículo 23. Las áreas de inundación se delimitan de acuerdo a las coordenadas de los cuadros 18 y 19 para el Guadalquivir, 20 y 21 quebrada El Monte y 22 y 23 quebrada San Pedro



REGLAS DE USO ÁREA INTENSIVA Y EXTENSIVA

REGLAS DE USO ÁREA INTENSIVA.-

Zona Residencial de Baja Densidad. ZRBD. Descripción.- Esta zona, identificada en cuatro sectores de la ciudad muy próximos al Guadalquivir, se ha configurado espacialmente de forma dispersa, manteniendo características rurales. Su bajo nivel de desarrollo no ha permitido la implementación de equipamiento de apoyo a la actividad residencial, en consideración a lo señalado, mediante la implementación de equipamientos, se pretende crear ciertas centralidades equilibrando los sectores.

ZRBD 1 sector 1, es el sector ubicado en la parte noreste de la ciudad en la margen izquierda del Guadalquivir, conocida también con el nombre de Aranjuez Ver plano 13

ZRBD 2. Sector 2, este se sitúa en el sector noreste a la izquierda de la carretera Panamericana y a la margen derecha del Guadalquivir. Ver plano 14

ZRBD 3. Sector 3, el mismo está emplazado en la parte suroeste de la mancha urbana entre el aeropuerto y la margen derecha del Guadalquivir. Ver plano 15

ZRBD 4. Sector 4, situado igualmente al oeste, entre la margen derecha del Guadalquivir y la carretera a San Jacinto. Ver plano 16

I. Reglas de Uso. La zona Residencial de Baja Densidad en sus cuatro sectores abarca 554 hectáreas, dentro de los límites definidos por: las coordenadas UTM. Esta área neta permitirá consolidar 5.540 predios, con una densidad de 50 hab. /ha.

1. Permitido: El uso residencial y servicios complementarios como salud, educación y recreación y actividades compatibles como socio cultural, comercio de barrio. Por tratarse de un área en proceso de consolidación, están permitidos nuevos fraccionamientos cuyos lotes no sean menores a los 1.000 m² y mantengan un frente mínimo de 20 m. Las edificaciones de residencias observarán una altura máxima de 9

m., respetando un coeficiente de uso de edificación del 40 %. Las tipologías a manejarse son: T2, T3, T4 y Ma. Todo edificio público administrativo, de servicios como hoteles, centros comerciales y otros, deberán contar con el espacio necesario para parqueos destinado a terceros.

2. Limitado: Las viviendas multifamiliares, culto y centros comerciales, servicios de peluquerías, librerías, farmacias, panadería, tintorería sobre vías primarias y distritales, cuyas alturas son las siguientes: La altura en construcciones ubicadas sobre las vías regionales (rojas) podrá alcanzar 21m equivalente a 7 plantas, en vías principales (naranjas) 18m equivalente a 6 plantas y en vías distritales (amarillas) 15m equivalente a 5 plantas.

Se limitarán los edificios para vivienda multifamiliar sobre estos tipos de vías, los que podrán tener la altura determinada para edificaciones de acuerdo a la vía, debiendo mantener un retiro frontal y lateral de 7 m con un lote mínimo de 2000 m².

3. Prohibido: Los centros nocturnos, talleres mecánicos y cualquier tipo de industria, especialmente las extractivas presentes en la zona. Las áreas susceptibles de inundación al igual que los aires del Guadalquivir y de la quebrada El Monte, determinados de acuerdo a ley, quedan al margen de construcciones, debiendo ser utilizados como cordones verdes de reforestación o vías costaneras.

II. Observaciones y Recomendaciones. Las industrias extractivas que se encuentran en la zona, tienen un lapso de 5 años, a partir de la aprobación del presente plan, para trasladadas sus instalaciones al parque industrial propuesto para dicha actividad.





REGLAS DE USO ÁREA EXTENSIVA.

Artículo 31. Área Uso Combinado. AUC. Descripción.- Existen al interior del perímetro urbano zonas que mantienen características rurales, que de a poco van adquiriendo elementos propios de las zonas urbanas, es decir se trata de parcelas ubicadas en diferentes sectores de la periferia de la ciudad, en las que aún se cultivan productos agrícolas, pero también se utiliza parte de esas parcelas para la construcción de viviendas y otro tipo de infraestructura, sobre todo a orillas de los caminos, generando tipologías de viviendas propias de zonas rurales.

Reglas de Uso. El área de uso combinado, abarca 401,18 hectáreas, fraccionadas en tres zonas, la comunidad de San Mateo (AUC2 – 114,79 has.) ver plano 23, Pampa Galana (AUC3- 69,79 has) ver plano 24, Tablada Grande (AUC4- 217,58 has.) ver plano 25 y San Luís (AUC5) ver plano 15, comprendidas dentro de los límites definidos por las coordenadas presentadas en los siguientes cuadros, esta área neta permitirá consolidar 200,59 predios, con una densidad de 2,5 hab. /ha.

1. Permitido: El uso agrícola combinado con la residencial de baja densidad. Por tratarse de un área que debe preservar sus características rurales, están permitidos nuevos fraccionamientos cuyos lotes no sean menores a los 20.000 m². Las edificaciones para el uso residencial observarán una altura máxima de 6 m. incluido el techo, respetando un coeficiente de uso de edificación del 15 %. Las tipologías a manejarse son: T2 y T4.

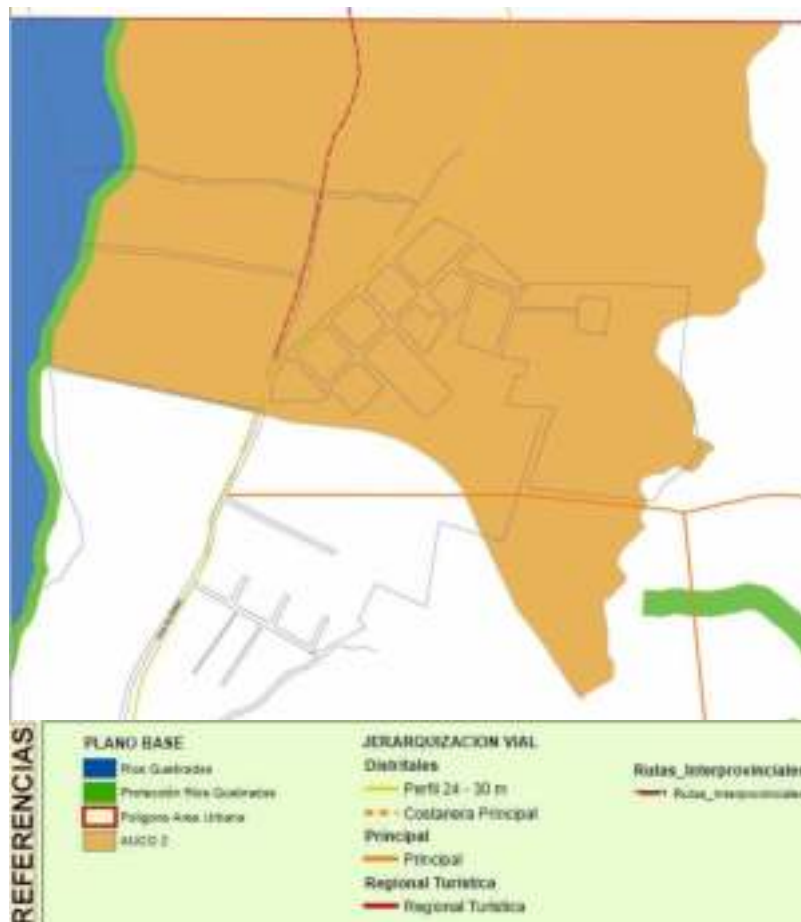
2. Limitado: La instalación de infraestructura de apoyo a las actividades permitidas como la instalación de silos, equipamientos de salud y educación. Se limitaran las alturas en edificaciones sobre vías importantes, el detalle de las mismas es el siguiente:

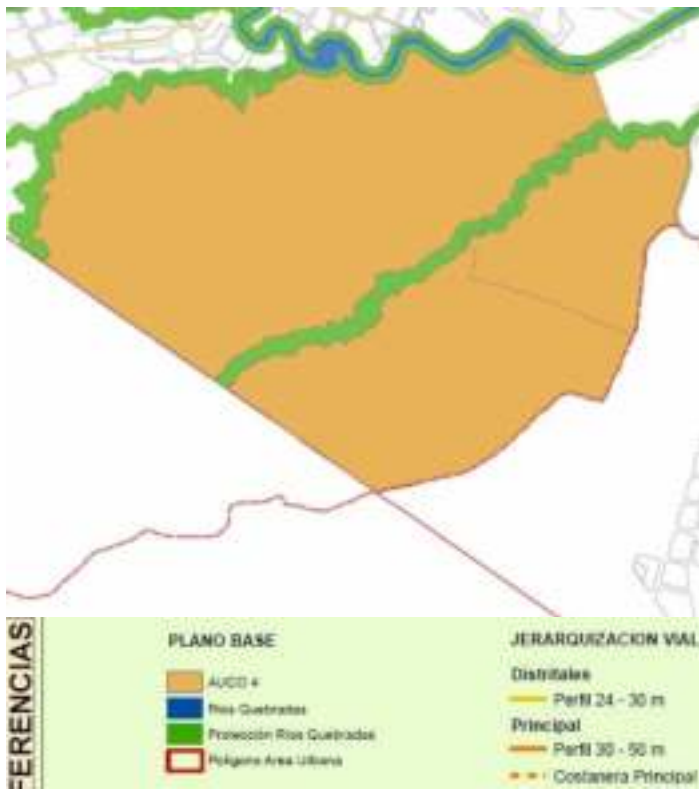
La altura en construcciones ubicadas sobre las vías regionales (rojas) podrán alcanzar

21m equivalente a 7 plantas, en vías principales (naranjas) 18m equivalente a 6 plantas y en vías distritales (amarillas)15m equivalente a 5 plantas.

3. Prohibido: Fraccionamientos menores a las 2 has., el uso comercial y todo tipo de industrias, hoteles y otros servicios propios del uso urbano. Se prohíbe en el área susceptible de inundación nuevas construcciones de carácter masivo, multifamiliares y equipamientos, en función de preservar la integridad de sus habitantes, los aires de la quebrada estarán destinados a cordones verdes de reforestación y equipamientos deportivos.

Observaciones y Recomendaciones. Se recomienda que previo cualquier tipo de intervención en la zona, la misma cuente con los lineamientos necesarios como también con los servicios básicos indispensables.





Artículo 32. Zona Residencial de Alta Densidad 5. ZRAD5. Descripción.- Debido a que la tendencia de crecimiento de la ciudad está en dirección norte, se prevé que los terrenos ubicados en esta zona al interior del área extensiva y de acuerdo a la aptitud de dichos terrenos, se prevén para la actividad residencial en un grado de alta densidad.

I. Reglas de Uso. La zona Residencial de Alta Densidad 3 abarca 709,02 hectáreas, dentro de los límites definidos por las coordenadas presentadas en los siguientes cuadros, esta área neta permitirá consolidar 23.634 predios, con una densidad de 166 hab. /ha. Ver plano 26

1. Permitido: El uso residencial y servicios complementarios como salud, educación y recreación y actividades compatibles como socio cultural, comercio de barrio, servicios de peluquerías, reparación de calzados, librerías, farmacias, panadería, tintorería y culto.

Los fraccionamientos en esta zona no serán menores a los 300 m² y mantendrán un frente mínimo de 12 m. Las edificaciones de residencias observarán una altura máxima de 9m., respetando un coeficiente de uso de edificación del 60 %. Las tipologías a manejarse son: T1, T2, T3, T4, Mb y Ma.

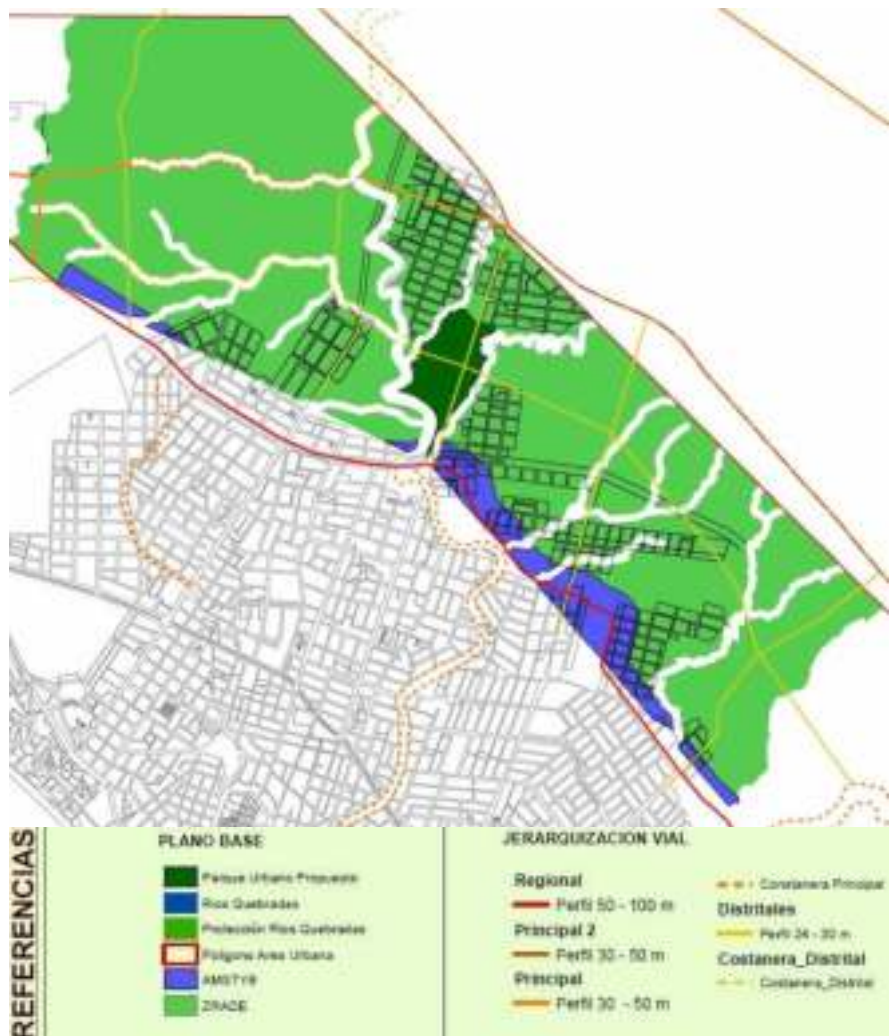
2. Limitado: Sobre la calle Froilán Tejerina, Colón, La Paz se limitarán los establecimientos comerciales y servicios de Internet, veterinarias, gimnasios, consultorios médicos, juegos electrónicos y centros nocturnos., Por otra parte se limitarán también los edificios para vivienda multifamiliares la altura de las edificaciones estará limitada de acuerdo al tipo de vía:

La altura en construcciones ubicadas sobre las vías regionales (rojas) podrán alcanzar 21m equivalente a 7 plantas, en vías principales (naranjas) 18m equivalente a 6 plantas y en vías distritales (amarillas)15m equivalente a 5 plantas..

Exclusivamente sobre la vía principal al sur de la zona en una franja de 160 metros, están limitados los usos de Garajes de pernocte, talleres mecánicos y eléctricos, taller

de contenedores, furgones y autobuses, almacenes fiscales; bodegas y almacenes de depósito, almacenaje y distribución, depósitos de materiales de construcción, grúas y servicios de manejo de cargas, (franja azul del plano N° 26 y cuadro 25)

3. Prohibido: El uso de, talleres mecánicos y cualquier tipo de industria. Se prohíbe también la expansión urbana hacia los bordes de las quebradas, de acuerdo a lo que establece la ley sobre los aires de ríos y quebradas, en función de preservar la integridad de sus habitantes y aprovechar estos espacios para cordones verdes de reforestación y equipamientos deportivos.



Artículo 33. Zona Residencial de Media Densidad E. ZRMDE. Descripción.- Esta zona, está ubicada en el sector sur de la ciudad, la misma se encuentra en proceso de consolidación, al margen de estar fraccionada en 2 segmentos es homogénea en su configuración físico espacial.

ZRMDE1. Sector 1, con una extensión de 194,85, se emplaza en el sector norte, entre el límite del área urbana y la vía regional 1 y es atravesado en su parte central por la quebrada San Pedro. Ver plano 27

ZRMDE 2. Sector 2, ubicado al sureste, al límite de la mancha urbana cuenta con una extensión de 185,05. Ver plano 28

I. Reglas de Uso. La zona Residencial de Media Densidad abarca 380 hectáreas, dentro de los límites definidos por las coordenadas de los siguientes cuadros. Esta área neta permitirá consolidar 7.600 predios, con una densidad de 100 hab. /ha.

1. Permitido: El uso residencial y servicios complementarios como salud, educación y recreación y actividades compatibles como socio cultural, comercio de barrio, servicios de peluquerías, reparación de calzados, librerías, farmacias, panadería, tintorería y culto.

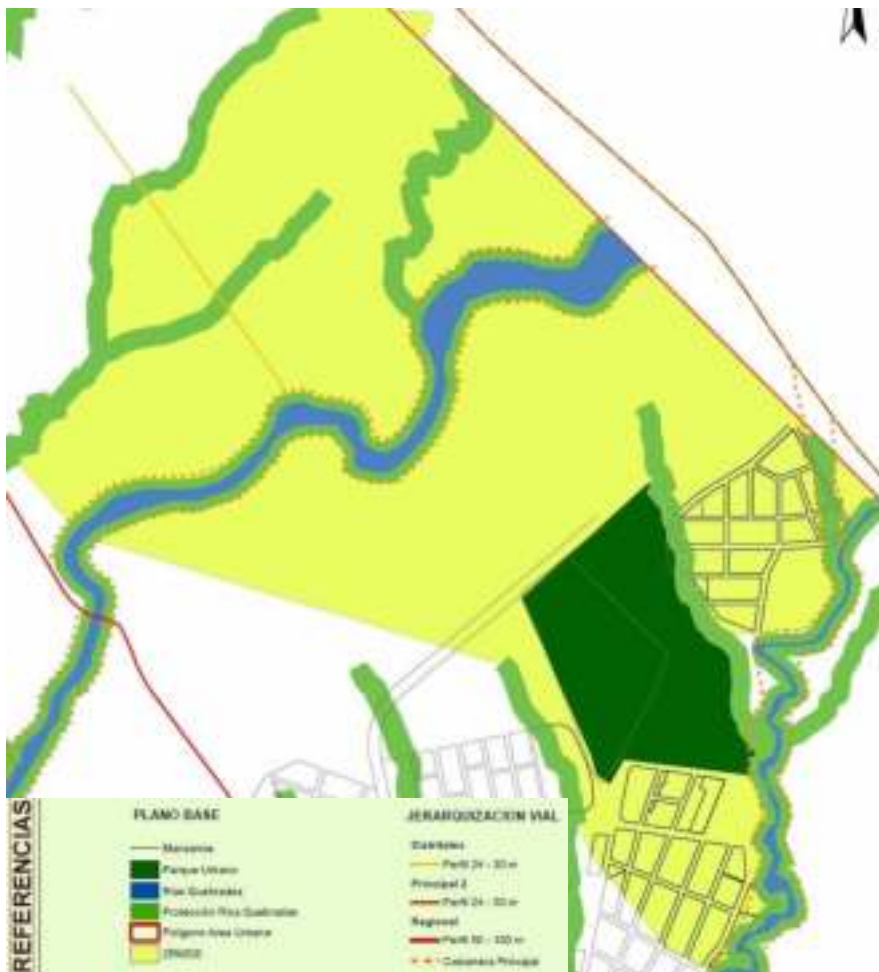
Por tratarse de un área consolidada están permitidos nuevos fraccionamientos cuyos lotes no sean menores a los 500 m² y mantengan un frente mínimo de 15 m. Las edificaciones de residencias observarán una altura máxima de 9m., respetando un coeficiente de uso de edificación del 60 %. Las tipologías a manejarse son: T1, T2, T3, T4 y Ma

2. Limitado: Se limitarán la ubicación de establecimientos comerciales, viviendas multifamiliares, como las alturas de edificaciones sobre vías regionales, principales y distritales de acuerdo al siguiente detalle

La altura en construcciones ubicadas sobre las vías regionales (rojas) podrán alcanzar

21m equivalente a 7 plantas, en vías principales (naranjas) 18m equivalente a 6 plantas y en vías distritales (amarillas)15m equivalente a 5 plantas.

3. Prohibido: El uso en centros nocturnos, talleres mecánicos y cualquier tipo de industria. Se prohíbe también la expansión urbana hacia los bordes de las quebradas, de acuerdo a lo que establece la ley sobre los aires de ríos y quebradas, en función de preservar la integridad de sus habitantes y aprovechar estos espacios para cordones verdes de reforestación y equipamientos deportivos.





Artículo 34. Zona Residencial de Baja Densidad. ZRBD. Descripción.- Esta zona es contigua a la zona de baja densidad del área intensiva, mantiene en la actualidad características rurales, por lo que se prevé que la misma podría incorporarse a futuro a la mancha urbana como el área que albergue el uso residencial de baja densidad.

I. Reglas de Uso. La zona Residencial de Baja Densidad abarca 523 hectáreas, delimitada en el sector noreste por la margen derecha del Guadalquivir, por los lados sur y suroeste, la restringe el límite de la ciudad, en tanto que por el noroeste es la quebrada KK, la que define este límite, refrendan estos límites las coordenadas que

se muestran en los cuadros siguientes. Esta área neta permitirá consolidar 5.230 predios, con una densidad de 50 hab. /ha. Ver plano 29

1. Permitido: El uso residencial y servicios complementarios como salud, educación y recreación y actividades compatibles como socio cultural, comercio de barrio y otros compatibles para este tipo de usos, como los servicios de peluquerías, reparación de calzados, librerías, farmacias, panadería, tintorería y culto.

Los lotes mínimos para esta área serán mayores a los 1000 m² y mantendrán un frente mínimo de 20 m. Las edificaciones de residencias observarán una altura máxima de 9m., respetando un coeficiente de uso de edificación del 30 %. Las tipologías a manejarse son: T2, T3, T4 y Ma

2. Limitado: Los equipamientos a nivel urbano, los establecimientos comerciales como también las construcciones multifamiliares, sobre vías cuyas alturas sean permitidas, de acuerdo a lo establecido de acuerdo al tipo de vía:

La altura en construcciones ubicadas sobre las vías regionales (rojas) podrán alcanzar 21m equivalente a 7 plantas, en vías principales (naranjas) 18m equivalente a 6 plantas y en vías distritales (amarillas) 15m equivalente a 5 plantas.

3. Prohibido: El uso en centros nocturnos, talleres mecánicos y cualquier tipo de industria.

Se prohíben las construcciones en los aires del río, en cumplimiento a la ley de municipalidades, en función de preservar la integridad de sus habitantes y aprovechar estos espacios para áreas de recreación.

Ante evidencias de la existencia de restos paleontológicos, no se pondrá intervenir la zona, sin un previo plan de rescate de fósiles y piezas arqueológicas.

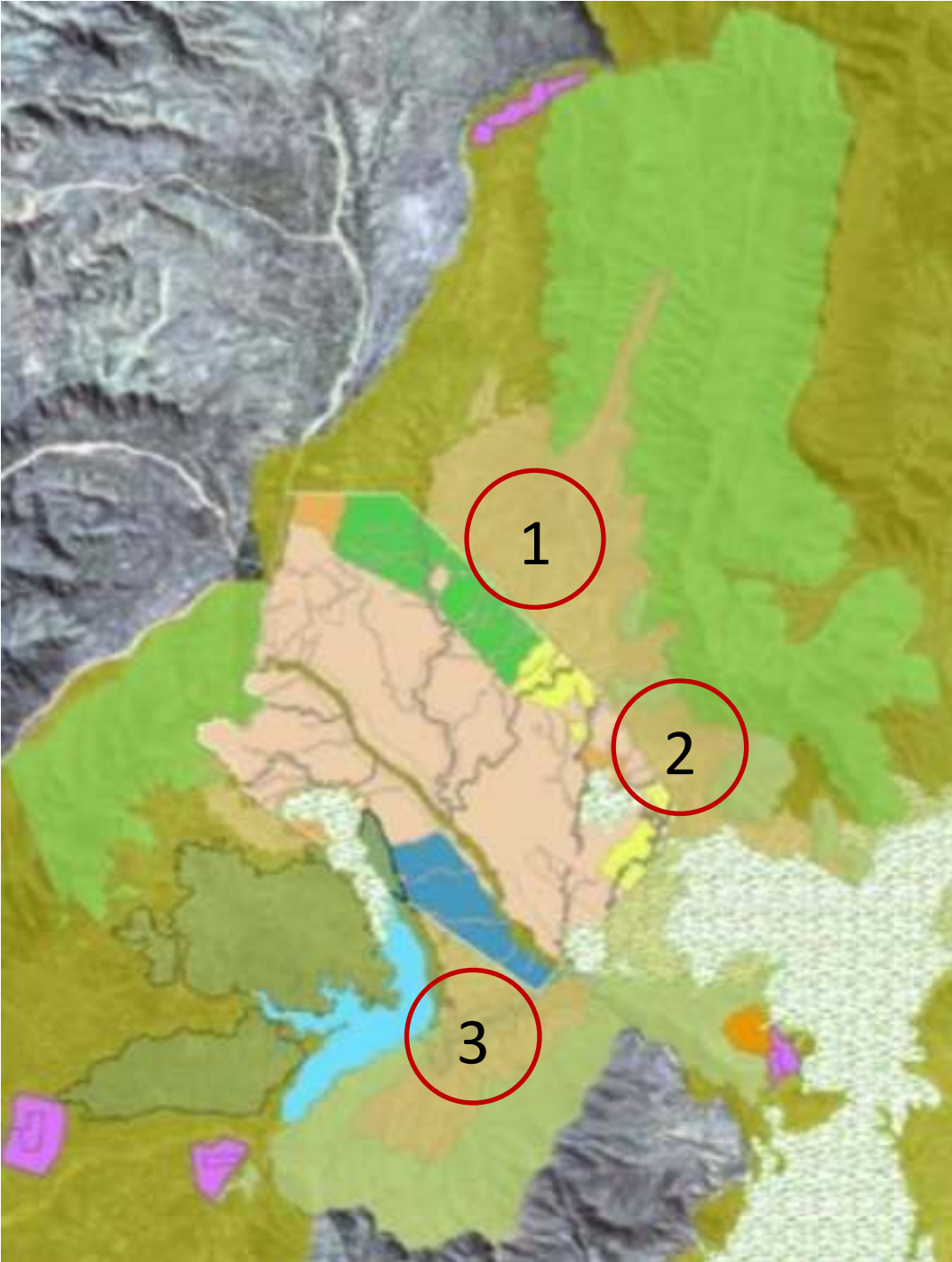
Observaciones y Recomendaciones. Esta zona se incorporará al área intensiva, una vez que la misma cuente con los servicios respectivos, respetando los lineamientos dispuestos para la misma.



REFERENCIAS

PLANO BASE		JERARQUIZACION VIAL	
—	Manzanas	—	Liniales
■	Área Protección Cuenca San Jacinto	—	Local
■	Área Susceptible a Inundación	—	Prinicipal
■	Ries Quaternales	—	Distribucion
■	Protección Rios Quaternales	—	Colectores Directos
■	Poligono Area Urbana	—	Rutas Interprovinciales
■	DRAC	—	

UBICACIÓN DE LOS TERRENOS



ELECCIÓN DEL SITO A INTERVENIR

1RA. PROPUESTA

UBICACIÓN: el primer terreno se encuentra al noreste de la ciudad, tomando en cuenta como referencia la plaza principal.



ACCESOS: se vincula con la carretera a sella que es la continuación de la calle final colon.

USO DEL SUELO: el uso del suelo es categorizado como agrícola. De carácter habitacional rural.

La zona se

DENSIDADES: la densidad de población de 100 hab. Por hectárea, al ser una zona de carácter rural.

ORIENTACIÓN: Los límites físicos tanto naturales como transformados son por el norte con la comunidad de sella cercado, al sur con el área expansiva de la ciudad, al este con la carretera principal que corresponde a la prolongación de la av. colon, y al oeste con el área expansiva de la ciudad.

SUPERFICIE: el terreno propuesto cuenta con una superficie total de 11.164,22 m²

COSTOS DE M²: el precio del terreno en la zona representa a 20\$us el m² por caracterizarse una zona expansiva a mediano plazo.

SERVICIOS BÁSICOS:

La zona no con todos los servicios básicos, solo con energía eléctrica por red. Y los demás servicios están en proyección en base a índice de crecimiento del área.

2DA. PROPUESTA.

UBICACIÓN: la segunda propuesta se encuentra en la zona de morros blancos norte, también la zona se caracteriza como un área expansiva a largo plazo.



ACCESOS: al sitio se puede acceder a través de la carretera A la Gamoneda que conecta el actual basurero municipal con el barrio Morros Blancos.

USO DEL SUELO: es uso del suelo esta categorizado como área de cultivo y también como zona habitacional rural.

DENSIDADES: las densidades de población son de 135 hab. Por hectárea, la zona se está categorizando de a poco como un área urbana de acuerdo al nuevo PLOT. De la ciudad.

ORIENTACIÓN: la zona colinda al norte con la quebrada

SUPERFICIE: el terreno cuenta con una superficie de 25.364,85 m²

COSTOS DE M²: el costo por metro cuadrado es de 25\$us el m² al categorizarse como una zona de área expansiva a mediano plazo, y en la zona ya existen zonas de áreas urbanizadas.

SERVICIOS BÁSICOS: la zona cuenta con los servicios de Agua Potable por red, y con energía eléctrica por red.

3RA. PROPUESTA.

UBICACIÓN: la tercera propuesta está ubicada en la parte sur sureste de la ciudad tomando en cuenta como referencia la plaza principal.



ACCESOS: la vía de acceso principal al sitio de intervención es a través de la carretera que se conecta de San Jacinto y el Barrio San Blas.

USO DEL SUELO: el uso del suelo en la zona en gran parte esta categorizada como agrícola y habitacional rural.

DENSIDADES: las densidades de población que presenta la zona son de 53 hab. Por hectárea ya que es una zona de carácter rural.

ORIENTACIÓN: la colindancia con respecto al norte del terreno es con la carretera principal, al sur con la quebrada de San Jacinto, al Este con la quebrada de San Jacinto, y al Oeste con la carretera San Jacinto – San Blas.

SUPERFICIE: la superficie que presenta el terreno es de 16.988,12 m²

COSTOS DE M²:

El precio de terreno en la zona es de 18 \$us el m², ya que es una zona de área expansiva a largo plazo.

SERVICIOS BÁSICOS:

Los servicios con los que cuenta la Zona son de Agua Potable por Red y Energía Eléctrica por red. Y los demás en proyecto a mediano plazo.

TABLA DE VALORES COMPARATIVOS.-

Escala de valores de 1 a 5

TERRENO	ACCES O.	UBIC .	TOP	LINEAM .	COSTO X M2	SER. BAS.	SUP. TERRENO	DENS .	TOTAL
1.-ZONA SELLA CERCADO.	4	4	4	5	2	3	3.5	4	29.5
2.- ZONA MORROS BLANCOS	3	3	3.5	3.5	3	4	2	3	25
3.- ZONA SAN JACINTO	4	5	4.5	5	4	3	4.5	5	35

CONCLUSIÓN:

En base al análisis elaborado de las tres alternativas de emplazamiento y en base a la temática del proyecto se determinó la intervención en la opción tres. Que es en la zona de San Jacinto.

ANÁLISIS DE SITIO A INTERVENIR

Los puntos que se deben tener mayor importancia en el inicio de un proceso de diseño y construcción de establecimientos de un “Centro de Atención Integral para Personas con Problemas de alcoholismo”. Es referido al emplazamiento y localización del lote o terreno en el que se irá a construir el proyecto, para esto realizaremos un análisis detallado del terreno elegido y también sus alrededores.

UBICACIÓN:

Se encuentra en la zona de San Jacinto, próximo a la ciudad de Tarija tomando como referencia la plaza principal.

El terreno a intervenir está ubicado al Sureste de la ciudad de Tarija.

La ubicación del terreno es adecuada por ser suficientemente distante de la parte central para que los pacientes no sean perturbados en el momento de encontrarse como pacientes de rehabilitación en el Centro de atención integral para personas con problemas de alcoholismo.

Ya que el terreno también cumple con los requisitos necesarios de acuerdo al tema de estudio.



¿Por qué la elección del sitio?

Se eligió el sitio porque está ubicado en una zona poco alejada de la ciudad ya que esto influye muchísimo en la rehabilitación de los pacientes que asisten a este tipo de centros, porque la necesidad de los internos es una zona tranquila, donde puedan disfrutar el entorno paisajístico.

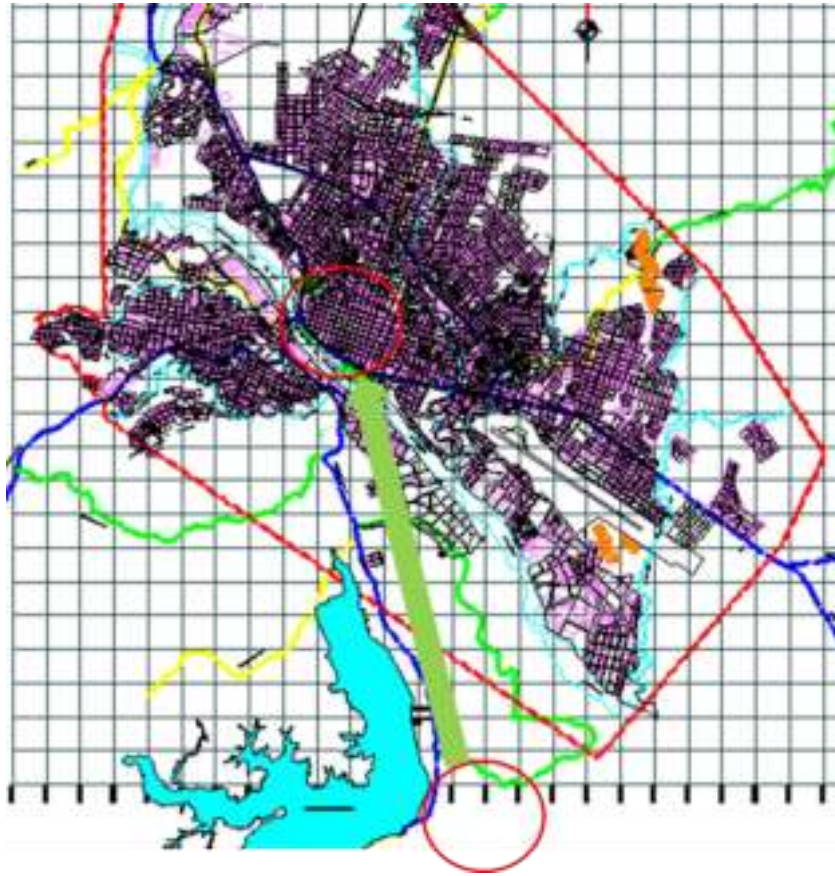


PUNTOS A ANALIZAR:

EXÓGENO:

Orientación:

El sitio a intervenir se encuentra al sur sureste de la ciudad tomando como referencia la plaza principal, ya que es el punto de referencia histórico para cualquier tipo de análisis urbano como se muestra en la siguiente figura.



Soleamiento:

El Asoleamiento existente favorece en gran medida al lugar de emplazamiento del proyecto, debido a la ubicación y orientación en la que se encuentra, este haciendo posible que el lugar se encuentre iluminado en el transcurso de todo el día, presentando visuales constantes que jerarquizan el lugar.



Vientos: como se observa en la imagen anterior los vientos dominantes en Tarija son de sudeste a noroeste, de una manera similar se refleja en el sitio de intervención.



ENDÓGENO

VIABILIDAD Y TRANSPORTE

ACCESIBILIDAD al LUGAR:

Al lugar de intervención se puede acceder por una vía que se encuentra en la parte norte del terreno que llega a ser La vía principal que conecta la zona con el sitio de intervención, la cual se encuentra a 6m del terreno.



ACCESIBILIDAD AL TERRENO:

La vía de ingreso al terreno es de tierra, y es el único acceso que tiene el terreno hacia el sitio de intervención.

Responde a la compatibilidad de Uso del Suelo ya que se en base a la temática del proyecto se relaciona el lugar.

Condiciones físicas de los accesos. Mediante la carretera que conecta a san Jacinto, el acceso es rápido. El tipo de transporte favorece ya que existe la vía que se conectan de manera directa.



VEGETACIÓN:

Alta.- el terreno a intervenir cuenta con vegetación alta como ser molles, sauces eucaliptos, el cual rodea el terreno y trabaja como barrera de viento en todo el contorno del terreno.

Media.- también existe vegetación media que rodea el terreno, la cual se encuentra aledaña a la vegetación alta, en vista de que el terreno es un área periurbano.

Baja.- en su totalidad el terreno cuenta con vegetación baja, ya que el sector es un área de cultivo, porque favorece a la topografía, ya que el ítem movimiento de tierras ya no es necesario para una adecuación correcta en casi toda el área de intervención.

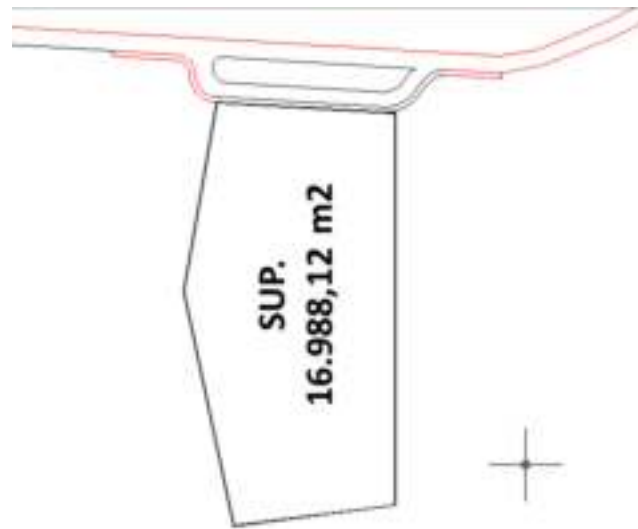


SERVICIOS BÁSICOS

La zona no cuenta con todos los servicios básicos, al ser una zona rural, simplemente cuenta con agua potable y energía eléctrica, los demás servicios se encuentran en proyecto a mediano plazo.

SUPERFICIE

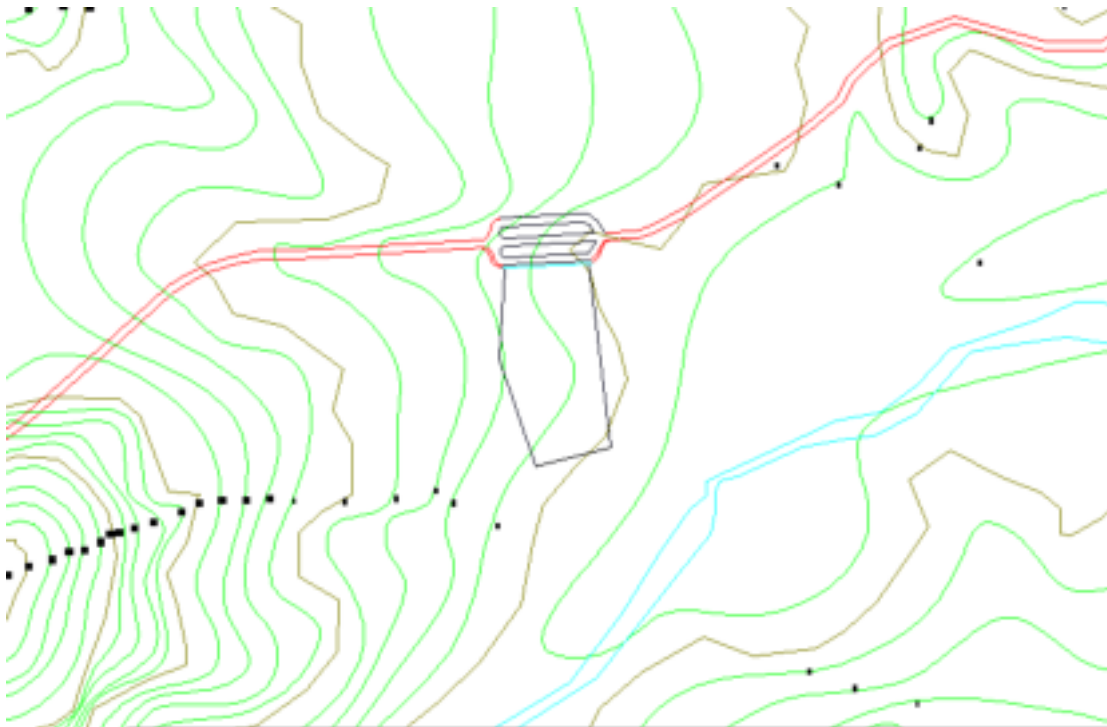
El terreno que se propone para el emplazamiento de un equipamiento de estas características es de una superficie total de 16.920,62m².



TOPOGRAFÍA

PLANO TOPOGRÁFICO DEL TERRENO

Como se observa en el gráfico, el terreno cuenta con curvas de nivel que atraviesan sobre el mismo, cada curva de nivel se encuentra a una altura de 1m.



CONCLUSIÓN:

El sitio elegido, cuenta con muchas ventajas para su implantación de un proyecto de estas características, de acuerdo a un análisis efectuado sobre la temática, pero principalmente del tema que es un Centro de Atención Integral Para Personas con problemas de Alcoholismo y Farmacodependientes.

PREMISAS DE DISEÑO.

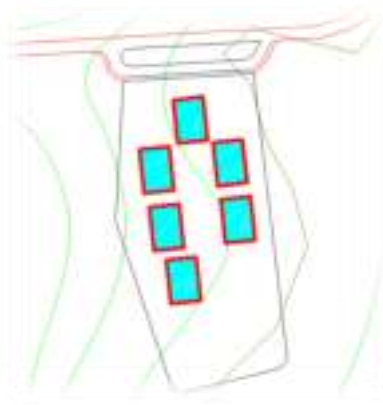
PREMISA ESPACIALES:



Integrar el futuro centro de atención integral para Alcohólicos al entorno para que contribuya con la relación hombre y medio ambiente.

Aprovechar al máximo el emplazamiento en el lugar ordenando respetando las condicionantes ambientales, (Asolamiento). El terreno donde emplazaremos cuenta con riquezas espaciales, visuales, cobertura vegetal.

Contribuirá al desenvolvimiento funcional del sector ofreciendo a los internos y transeúntes espacios, recorridos, y estancias agradables elevando así su calidad ambiental de la zona.



El emplazamiento del equipamiento en el terreno será centralizado y de forma radial con retiros a los cuatro extremos compuesto por figuras que se entrelacen entre sí, rescatando históricamente el patio central que se utiliza en las viviendas coloniales de nuestra ciudad, como se observa en el grafico anterior.

PREMISAS FUNCIONALES.-

- Espacio interior que, definido por unos límites físicos -muros-, determina un volumen, al tiempo que posibilita la función arquitectónica y el recorrido interior del edificio.
- La posibilidad de un recorrido interior se desprende un nuevo factor: el temporal, el del tiempo invertido en la realización del mismo.
- La función y actividades están claramente diferenciadas y representadas por los volúmenes que forman parte del esquema y composición.
- La direccionalidad y movimiento lograra transparencia y legibilidad a los volúmenes.
- Espacio: Los espacios reflejaran los sentimientos, emociones, Valores y comportamiento de los pacientes a través de espacios transparentes con gran fluidez espacial.
- Volumen: determinara el tipo de función que se da dentro del ambiente y la cantidad de personas que puedan ocuparla.
- Los espacios comunes como salas, comedor, bibliotecas, plazas y otros conectaran a las diferentes áreas.



La circulación horizontal y vertical estará en puntos estratégicos como en ejes de circulación de uno a otro bloque

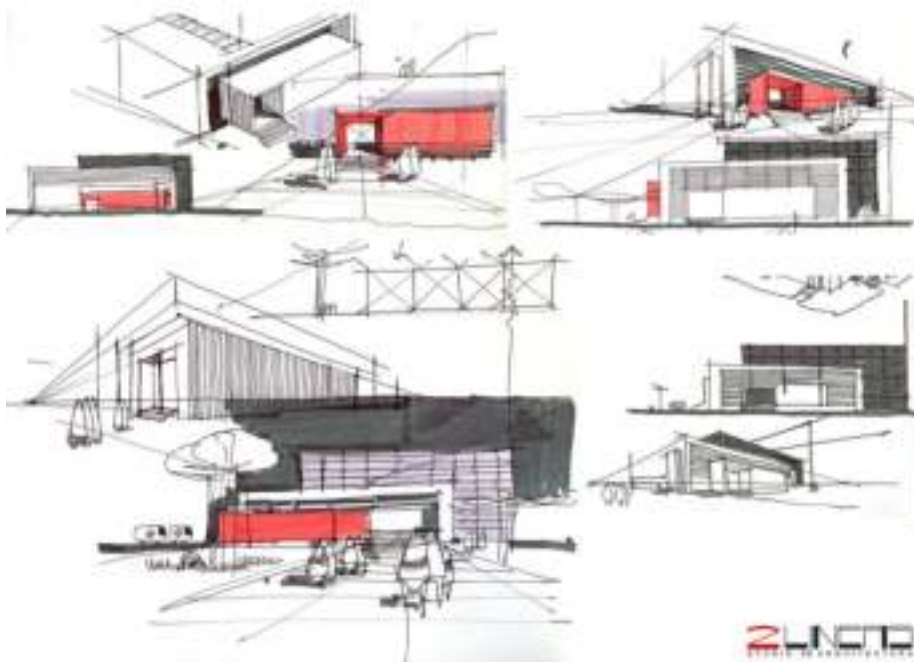


La circulación de los pasillos centrales estará conectada entre sí mediante un conector vertical. (Grada).

Existirá un acceso vehicular y otro peatonal, el cual estará jerarquizado mediante una vía secundaria que se planteara en el terreno.

PREMISAS MORFOLÓGICAS.-

- El proyecto deberá enriquecer y vitalizar su entorno enmarcándose dentro del contexto.
- La forma Arquitectónica se caracterizará por su estilo Contemporáneo y tradicional que identificara al lugar dando un buen uso al espacio Físico, tomando en cuenta:
- El Color: Sera de colores que no alteren la Psicología de los pacientes y estén de acuerdo a su tratamiento.



- Textura: Lograremos texturas más naturales con la utilización de la

vegetación y otros elementos del lugar, para suelos, terrazas, para dar un efecto visual más expresivo.

- Detalles: Tendrán detalles más decorativos artesanales y expresivos para la recuperación de los pacientes.
- Variedad: El paciente encontrara algo con que se relacione o se motive según la variedad de nuestro Diseño.
- Volúmenes: La composición funcional y morfológica de cada bloque, lograra la unidad para establecer un equilibrio formal..
- Escala:
- Belleza arquitectónica: tendrá una estructura exitosamente funcional que producirá inspirar diversas reacciones en el observador.



PREMISAS TÉCNICAS Y TECNOLÓGICAS

La propuesta básica del proyecto y construcción del “Centro de Atención Integral Para Personas con problemas de Adicciones” es prácticamente austera y de autoconstrucción por causas económicas y falta de apoyo de las instituciones correspondientes, por lo tanto:

Los materiales de construcción que se utilizaran son básicos y los más comerciales en la región, tales como la piedra, el tabique, el concreto, y el acero, aplicando la

sostenibilidad. También por ser los más industrializados y por consecuencia los más económicos y accesibles, en base a normativas vigentes en cuanto a inversiones públicas se refiere, el sistema constructivo será de albañilería básica en algunos casos se podrá optar sistemas de construcción especializados.

3.1.1. MATERIALES Y SISTEMAS CONSTRUCTIVOS PROPUESTOS.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN:

- **Plantillas:** Tabique, cemento, arena tezontle, malla electro soldada.
- **Relleno:** tierra o arcilla, grava, piedra, concreto simple.
- **Cimentación:** (materiales naturales).- piedra braza. (materiales artificiales).- concreto, tabique, cal varilla, alambre de amarre, hierro corrugado, otros.
- **Muros:** (materiales artificiales).- mortero, ladrillo, piedra, otros.
- **Muros prefabricados:** asbesto-cemento, de madera (con bastidor o entablados), para este tipo de muros se puede empleare duela, triplay, tabico, paneles, etc.
- **Recubrimientos:** cal, arena cemento blanco cemento gris, marmolina, yeso, cerámica, azulejo, granito, triplay.
- **Plafones:** madera, metal desplegado, poli estireno, placas plásticas, bastidores de madera, aluminio, molduras, instalaciones visibles y aire acondicionado.
- **Carpintería:** pino, cedro, etc.
- **Techumbres:** teja de ladrillo, madera, lámina de cartón, lamina de asbesto, cemento, lámina galvanizada, lamina de aluminio, bóveda de media caña, losa alivianada, etc.
- **Impermeabilizante:** poli estireno, cartón asfaltico, ladrillo, lechadas

SISTEMAS CONSTRUCTIVOS:

- **Limpieza, trazo y nivelación:** se prepara el terreno donde se va a construir la obra, quitando escombros, cascajos, arbustos y en general la capa vegetal (20 a 30 cm.) dependiendo de cómo se encuentre el terreno y removiendo fuera de la obra todo el escombros y materiales contaminados. Se marca el nivel de piso esto implica determinar el nivel 0.00 de la obra, posteriormente, se rellena con tierra o con la combinación de arcilla después se compacta con pisón de mano, humedeciendo el terreno previamente, para una mejor compactación.



- **Excavación:** dependiendo del terreno, se seleccionan las herramientas o maquinaria adecuada para su excavación, apoyándose con planos estructurales para determinar las dimensiones en cuanto a la excavación. Realizándose un estudio de mecánica de suelos para saber las características del suelo y la profundidad a excavar.



- **Consolidación:** se puede hacer en varios procedimientos, manual, semi-mecánica y mecánica, debe hacerse mediante riego abundante de agua.



- **Plantilla:** una vez ejecutada la consolidación del terreno se procederá a colocar en el área requerida una plantilla para recibir la cimentación. Esta uniformidad en la distribución de cargas y superficie de apoyo horizontal, armado de acero en retícula como lo indique el plano.



- **Zapata corrida:** consiste en una placa de concreto de 0,10 a 0,20 m. De espesor y un armado de acero formado por lo general con varillas de 3/8 y 1/2" con una superación de 0,10 a 0,30m. (según cálculo) formado una parrilla que se coloca en las partes bajas de la plantilla y se tiene una carga directa o claros mayores de 3.00m se construyen contra trabes de



concreto armado. La proporción de los concretos es variable, según sea la resistencia requerida.

- **Cadena de liga, cerramiento y castillos o columnas:** las cadenas son elementos estructurales de concreto armado para amarre horizontal, sirve además para apoyar los muros y distribuir las cargas verticales.



- **Muros:** el tabique rojo es el material más usado en las construcciones, deben humedecerse bien antes de usarse, se coloca una hilada de arranque ya pegado para poder plomear el reventón del nivel ya pasado de 1,20 m al llegar a la altura se continúa con el mismo procedimiento hasta enraizar a la altura correspondiente el muro puede colocarse de tizón, capuchino e hilo; dependiendo el ancho del muro en el proyecto, para pegarlos se utiliza mortero arena 1:3.

- **Losas:** la losa más usual es la alivianada,

Losa de vigueta y bovedilla (con block de jal ligero o de poli estireno): Es un sistema constructivo semi prefabricado, diseñado para la construcción rápida



y económica de entrepisos y techos. Contamos con amplio stock de viguetas en diferentes longitudes y peraltes para entrega inmediata.

PREMISAS AMBIENTALES.-

Los recursos ambientales, como la energía solar, el agua, el viento, materiales de construcción y los residuos pueden ser utilizadas, almacenados y reciclados para mejorar las condiciones ambientales dentro y fuera de las edificaciones. Además de contar con el recurso humano local, que es fuente de conocimiento y creatividad.

- El mejoramiento y enriquecimiento de la imagen urbana
- La adecuación práctica y correcta del asentamiento al medio ambiente.
- El rescatar y entender la protección de áreas y/o territorio
- El conocimiento de nuestra vegetación en general y de la urbana en particular.
- Lograr crear una visión integradora de la ciudad su medio natural generando lineamientos de diseño urbano ambiental.



Los asentamientos humanos con el objeto de lograr una mayor calidad de vida, a través de diseños que cumplan las necesidades del hombre pero sin afectar el medio ambiente, haciendo que la energía natural trabaje con nosotros y usar la energía artificial lo menos posible Se debe contemplar aspectos del medio natural que influyen sobre los



Consideraremos las pautas fundamentales para que los diseños en el ámbito urbano lleguen a enriquecer de manera paisajística considerando el medio ambiente, reconociendo y tomando en cuenta elementos como la vegetación que casi no se aplica en los diseños urbanos.

Entender que la vegetación funciona como reguladora y modificadora del microclima urbano pues tiene cierta capacidad para proteger de los fuertes vientos, absorber ruidos y descontaminar el aire que respiramos.

- Se respetaran las normas y leyes del medio ambiente que se contemplan y rigen en nuestro país realizando fichas de impacto ambiental.
- Se tendrá un sistema ambiental controlado mediante la utilización de materiales, energía y recursos biosostenibles.
- Puede concretarse en los lineamientos generales de diseño y edificación considerando vegetación alta, media y baja, rocas, vertientes, fuentes, etc.



PARTIDO ARQUITECTÓNICO:

ZONIFICACIÓN.

la zonificación se basa en el agrupamiento de las áreas que se establecieron previamente para el proyecto, y la relación que tendrá cada una de estas entre si, es una manera de organizar las áreas en general, tomando como base el siguiente esquema para la proyección de áreas y distribución de espacios.

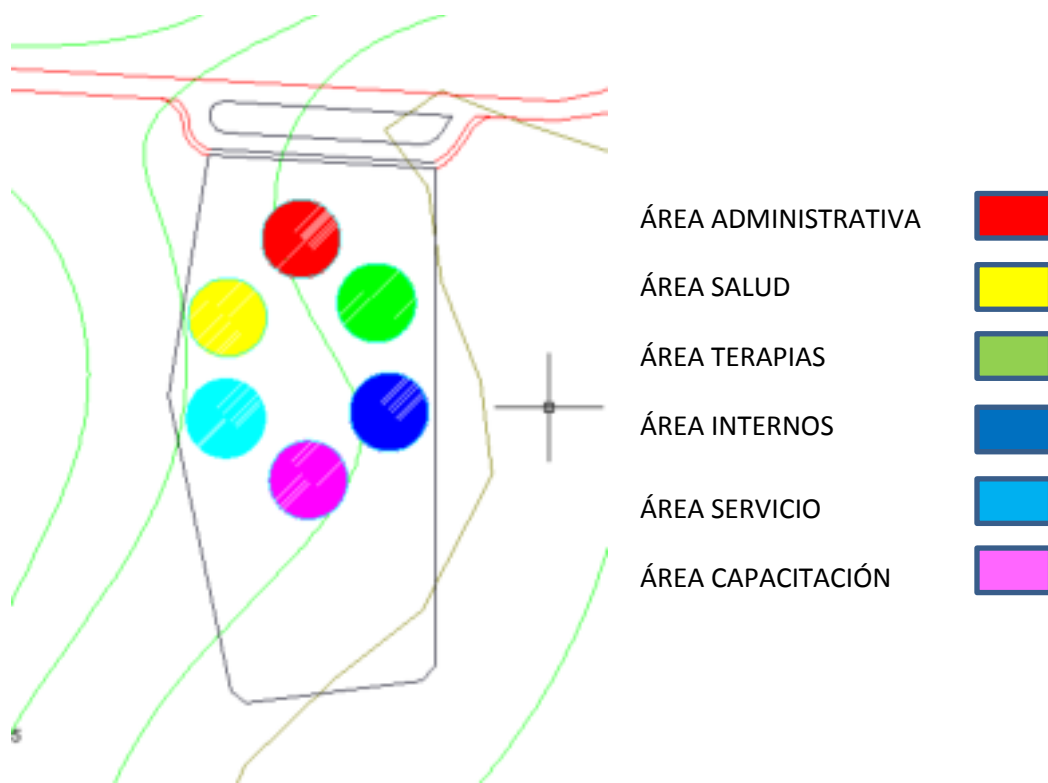


DIAGRAMA GENERAL DE FUNCIONES

El diagrama de flujo y funcionamiento permite analizar los espacios arquitectónicos que tendrán que ir relacionados entre sí, y la importancia de las circulaciones en general. Todo esto con el fin de proponer espacios funcionales.



ORGANIGRAMA.

En el organigrama representaremos los diferentes mandos que se proponen una institución y la relación que hay entre los mismos. Todo esto con el fin de analizar la relación de áreas en el proyecto.



3.1. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO.

El programa arquitectónico es el análisis de los aspectos necesarios para nuestro proyecto, siendo el resultado de los diagramas de flujo y funcionamiento, del organigrama y del programa de necesidades. Como también de un análisis previo de

los reglamentos y normatividades según sus factores y cualidades y las necesidades que se han ido reflejando en el transcurso de la investigación.

PROGRAMA GENERAL:

ÁREA ADMINISTRATIVA	ÁREA DE INTERNOS
ACCESO PRINCIPAL	DORMITORIOS HOMBRES
RECEPCIÓN	DORMITORIO MUJERES
OFICINA DEL DIRECTOR	SANITARIOS Y REGADERAS
OFICINA DEL ADMINISTRADOR	CUARTO DE ASEO
PREVENCIÓN Y SOCIALIZACIÓN	CONTROL Y VIGILANCIA
OF. DE CONSEJERÍA	ESPACIOS DE RELAJACIÓN
SECRETARIA	
TRABAJO SOCIAL	
ARCHIVO GENERAL	
SALA DE JUNTAS	
SANITARIOS	
CUARTO DE ASEO	
ÁREA MEDICA	ÁREA DE CAPACITACIÓN
CONTROL DE INGRESO Y/O REGISTRO	BIBLIOTECA
SECRETARIA	TALLER DE SASTRERÍA Y CONFECCIONES
CONSULTORIO MEDICINA GENERAL	TALLER DE PANADERÍA
CONSULTORIO PSICOLOGÍA	AULA Y/O ALFABETIZACIÓN
CONSULTORIO DESINTOXICACIÓN	TALLER DE COMPUTACIÓN
ARCHIVO CLÍNICO O EXPEDIENTE MEDICO	TALLER DE CARPINTERÍA
CUARTO DE AISLAMIENTO	SALÓN DE USOS MÚLTIPLES

HOMBRES	
CUARTO DE AISLAMIENTO MUJERES	BAÑOS
ENFERMERÍA	
ALMACÉN DE MEDICAMENTOS	
SANITARIOS	
CUARTO DE ASEO	
ÁREA DE SERVICIO	ÁREA DE TERAPIAS
COCINA	TERAPIA GRUPAL
COMEDOR	TERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR
ALMACÉN DE ALIMENTOS	SANITARIOS
PATIO DE SERVICIO	HALL O INGRESO
DEPOSITO DE BASURA	ÁREA ASISTENCIAL
LAVANDERÍA	ÁREAS COMUNES
CUARTO DE SECADO Y PLANCHADO	PLAZA INTERIOR
NUTRICIONISTA	ACCESO PEATONAL
PATIO DE MANIOBRAS	ACCESO VEHICULAR
	ESTACIONAMIENTO PÚBLICO, ADMINISTRATIVO, SERVICIO.
	CANCHAS DE USOS MÚLTIPLES
	ÁREAS VERDES

PROGRAMA DE NECESIDADES.

El programa de necesidades es el enlistado de los usuarios, analizando las actividades que desempeñaran cada uno de ellos para solucionar un problema planteado a una necesidad social. Estos programas de actividades deben estar elaborados siguiendo

paso a paso las acciones que cada persona que interviene va a realizar, dentro del proyecto y en ellos se debe respetar al máximo el orden o secuencia de su ejecución.

De esa manera surgirán las necesidades correspondientes y por consecuencia los espacios arquitectónicos necesarios para el adecuado desempeño de las actividades que se realizan en este proyecto.

PROGRAMA CUALITATIVO

CUADRO DE NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS:

ACCESO:

USUARIO	ACTIVIDADES	NECESIDAD	ESPACIO ARQUITECTÓNICO
Visitante	. acude a pedir información acerca del centro, de sus familiares y a terapias familiares	1.- Arribar al centro en automóvil o caminando	caseta de vigilancia estacionamiento
		2.- Bajar de su automóvil y dirigirse al edificio	Andador plaza de acceso
		3.- Entrar al Edificio	entrada
		4.- Solicitar Información	recepción
personal	. acude a laborar en su área de trabajo	5.- pasar a la administración, a la sala de terapia familiar o al área medica	vestíbulo sala de espera

ÁREA ADMINISTRATIVA:

USUARIO	ACTIVIDADES	NECESIDAD	ESPACIO ARQUITECTÓNICO
1.- director	dirige y coordina las actividades del	1.- Coordinar el personal del centro	1.- oficina
2.- secretaria			2.- sala de juntas

3.- trabajadora social	centro de acuerdo a los lineamientos y normas del patronato	2.- atender los teléfonos, a los visitantes y desempeñar funciones básicas de oficina	1.- oficina 2.- sala de espera 3.- archivo
4.- contador		3.- entrar en contacto con las instituciones correspondientes	1.- oficina 2.- archivo
5.- administrador en general		4.- controlar registros de los fondos de la institución	1.- oficina
6.- coordinador de internos		5.- coordinar y controlar las actividades de los internos	1.- oficina
		6.- mantener las instalaciones limpias y dar servicio al personal	1.- baños 2.- cocineta 3.- cuarto de aseo

ÁREA MÉDICA:

USUARIO	ACTIVIDADES	NECESIDAD	ESPACIO ARQUITECTÓNICO
1.- MEDICO GENERAL	Proporcionar los servicios médicos y psicológicos correspondientes tanto a los internos como a los de nuevo ingreso	1.- Revisar que todos los internos estén en buenas condiciones físicas y psicológicas, coordinar a los demás médicos y especialistas	1.- consultorio medico 2.- archivo 3.- almacén de medicamentos general
2.- SECRETARIA		2.- apoyar a los doctores en actividades de oficina	1.- oficina 2.- archivo
3.- PSICÓLOGO		3.- revisar que todos los internos estén en buenas condiciones psicológicas, coordinar las terapias de	1.- oficina 2.- archivo
4.- DESINTOXICACIÓN EN GENERAL			

		readaptación del centro	
		4.- desintoxicar a los enfermos de nuevo ingreso de toda sustancia adictiva por medio de medicinas y técnicas medicas	1.- oficina
		5.- mantener las instalaciones limpias y dar servicio al personal	1.- baños 2.- cocineta 3.- cuarto de aseo

ÁREA DE INTERNOS:

USUARIO	ACTIVIDADES	NECESIDAD	ESPACIO ARQUITECTÓNICO
1.- INTERNOS	Tomar un proceso de readaptación a la sociedad por medio de las técnicas de "A.A."	1.- sentirse comprendido y apoyado por sus compañeros y su familia	1.- sala de terapia grupal 2.- sala de terapia familiar 3.- sala de terapia individual
		2.- leer acerca de su problema y sus soluciones	1.- biblioteca
		3.- la oración es parte de su proceso de readaptación	1.- sala de oración 2.- espacios abiertos
		4.- sentirse productivo y contribuir con el sustento del centro	1.- taller de panadería 2.- taller de manualidades
		5.- practicar algún deporte o cualquier actividad física	1.- cancha de usos múltiple 2.- espacios abiertos

		6.- descansar por la noche	1.- dormitorios de hombres con baños caseta de vigilancia 2.- dormitorio de mujeres con baños y caseta de vigilancia
--	--	----------------------------	---

ÁREA DE SERVICIO:

USUARIO	ACTIVIDADES	NECESIDAD	ESPACIO ARQUITECTÓNICO
1.- INTERNO 2.- PERSONAL Y USUARIOS EN GENERAL	Encargarse de la elaboración de alimentos y su consumo, de todas sus actividades de aseo	1.- lavar su ropa y cobijas	1.- lavandería
		2.- preparar los alimentos del almuerzo, comida y cena	1.- cocina 2.- almacén de alimentos
		3.- reunirse para consumir los alimentos preparados	1.- comedor
		4.- hacer sus necesidades fisiológicas	1.- baños y vestidores generales
	Dar el mantenimiento adecuado al centro y mantenerlo limpio	5.- mantener todas las instalaciones limpias y en buen estado	1.- patio de servicio 2.- cuarto de maquinas 3.- almacén general 4.-sub-estacion eléctrica 5.- depósito de basura

PROGRAMA CUANTITATIVO:

AMBIENTE	SUPERFICIE	TOTAL
ÁREA ADMINISTRATIVA		240,75
acceso principal	3x4	12
recepción	4x4	16
oficina del director	5x5,5	27,5
oficina del contador	5x5	25
oficina del coordinador de internos	5x4	20
secretaria	4x3	12
trabajo social	4x4	16
archivo general	3,5x3,5	12,25
sala de juntas	8x6	48
sanitarios	8x4	32
cuarto de aseo	4x5	20
ÁREA MEDICA		201,75
control de ingreso	3,5x3,5	12,25
secretaria	3,5x4	14
consultorio medicina general	5,5x5	27,5
consultorio psicología	5x6	30
consultorio desintoxicación	4x5	20
archivo clínico o expediente medico	3,5x3	10,5
cuarto de aislamiento hombres	4x5	20
cuarto de aislamiento mujeres	4x5	20
almacén de medicamentos	4x4	16
sanitarios	6x4	24
cuarto de aseo	2,5x3	7,5
ÁREA DE SERVICIOS		300

lavandería	6x8	48
cocina	6x6	36
comedor	8x10	80
almacén de alimentos	3x3	9
patio de servicio	6x10	60
depósito de basura	3x3	9
cuarto de maquinas	3x3,5	10,5
sub estación eléctrica	3x3	9
bodega	3x3,5	10,5
patio de maniobras	5x5	25
caseta de vigilancia	2x1,5	3
ÁREA DE INTERNOS		246
dormitorios hombres	10x14	140
dormitorios mujeres	8x6	48
sanitarios y regaderas	8x5	40
cuábulo de vigilancia	3x3	9
cuarto de aseo	3x3	9
ÁREA DE CAPACITACIÓN		576
biblioteca	6x6	36
sala de oración	4x4	16
taller de panadería	6x7	42
taller de manualidades	6x8	48
taller de computación y alfabetización	8x10	80
taller de carpintería	10x9	90
taller de mecánica	10x9	90
jardinería	10x15	150
baños	4x6	24
ÁREA DE TERAPIAS		142

terapia grupal	7x10	70
terapia individual y familiar	4x6	24
sanitarios y regaderas	4x6	24
cuarto de aseo	4x4	24
TOTAL		1706,5
ÁREAS COMUNES	25%	426,625
plaza interior	25%	
acceso peatonal	25%	
acceso vehicular	25%	
Estacionamiento público, administrativo, servicio.	25%	
canchas de usos múltiples	25%	
áreas verdes	25%	
TOTAL SUPERFICIE APROXIMADA		2133,125

ERGONOMÉTRICAS Y ANTROPOMETRÍAS.

ANTROPOMETRÍA:

La antropometría es el estudio del cuerpo humano en todas sus posiciones y actividades tales como alcanzar objetos, correr, sentarse, defecar, subir y bajar escaleras, descansar, etc.

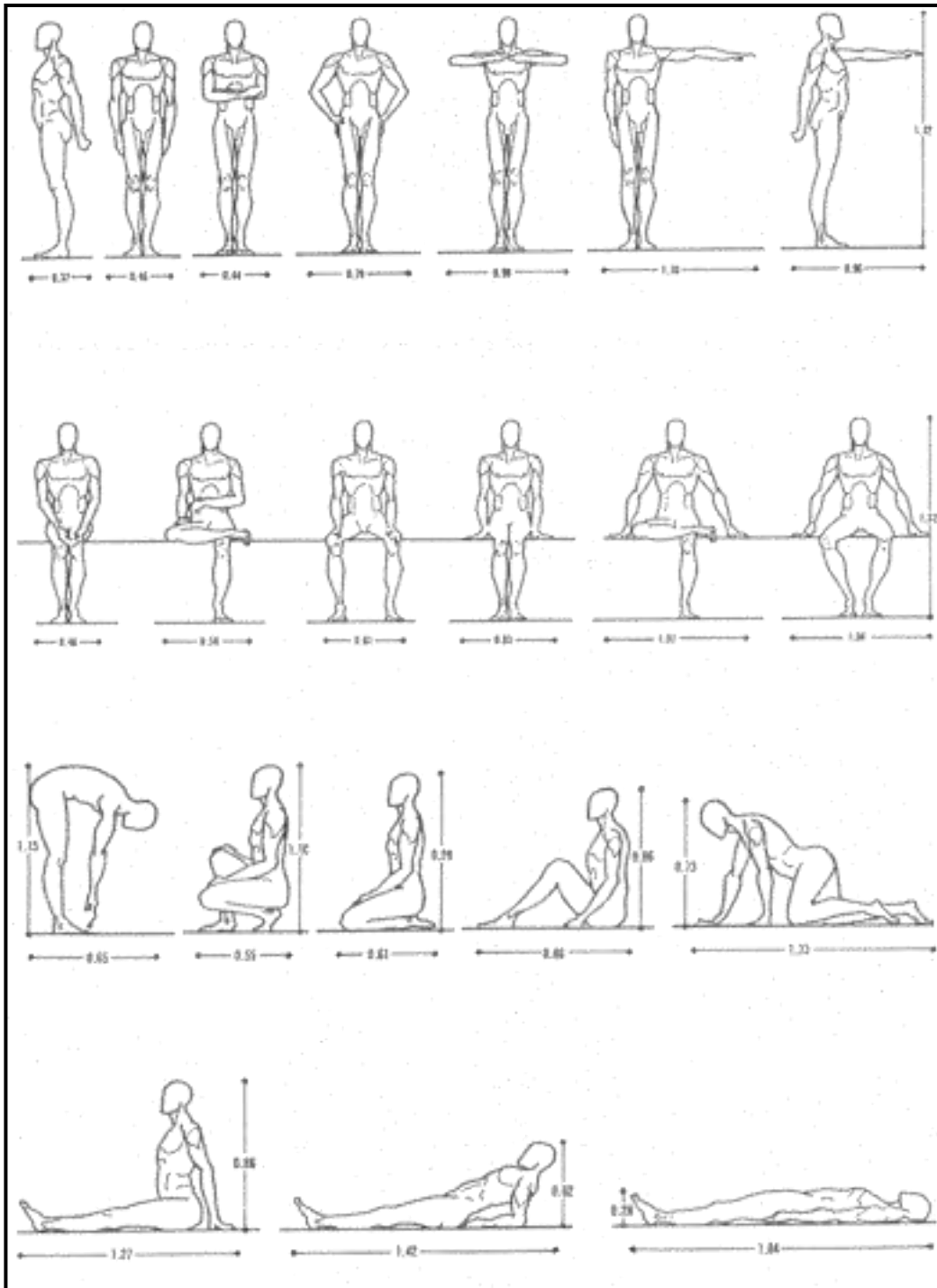
El diseño arquitectónico es un proceso complejo pues cada género de edificio posee diferentes estructuras funcionales y espaciales. De igual manera, cada proyecto de cualquier género posee características únicas en su estructura y espacio funcional que atienden a necesidades particulares de usuarios en cualquier parte del mundo.

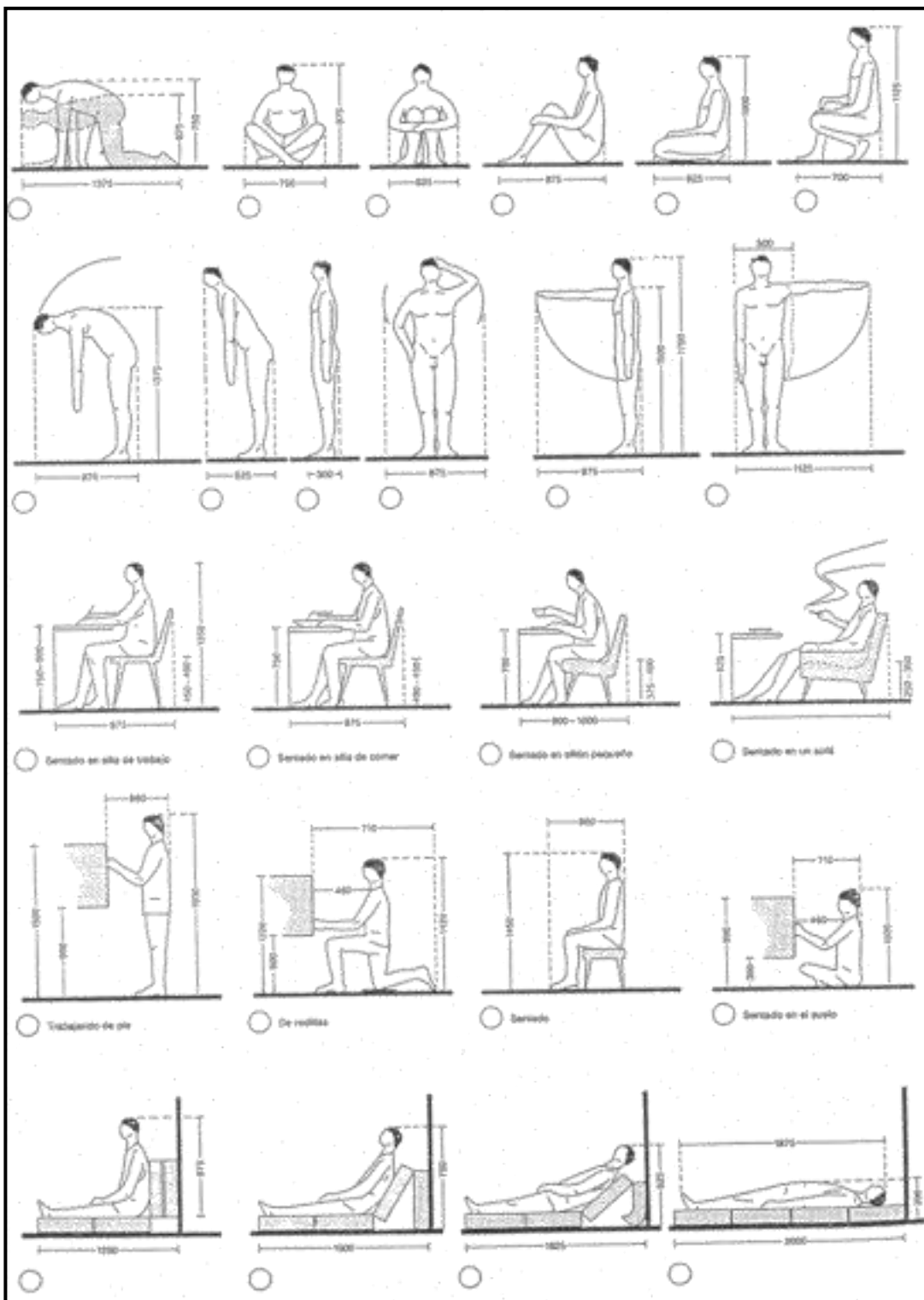
En la práctica es difícil encontrar una constante que determine las medidas y límites del movimiento humano, porque los estudios están establecidos en la medición del cuerpo en forma estadística, así pues resulta limitado, ya que no se puede generalizar en todos los casos, por lo tanto, se deberá tomar en cuenta las características específicas de cada situación.

TABLA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS ESTIMADAS EN
LATINOAMÉRICA EN ZONAS RURALES Y URBANAS

DIMENSIONES	ZONA RURAL A HOMBRES (cm)	ZONA URBANA B (cm)	ZONA RURAL C MUJERES (cm)	ZONA URBANA D MUJERES (cm)
Estatura	162.8	173.0	153.8	164.7
Altura de los ojos	152.4	163.3	143.7	154.6
Altura de los hombros	132.8	142.8	123.7	133.3
Altura de los nudillos de la mano	70.3	77.0		
Alcance de brazos hacia arriba	197.2	210.8		
Altura total a partir del asiento	84.1	90.0	79.0	84.9
Altura de los ojos a partir del asiento	72.6	78.5	67.6	73.5
Altura de los hombros a partir del asiento	53.7	58.7	49.4	54.4
Altura de la región lumbar		25.4		
Distancia de los codos al asiento	17.8	22.4	15.7	20.3
Altura de los músculos a partir del asiento	12.4	14.9	12.1	14.6
Altura de las rodillas a partir del piso	50.6	55.2	43.7	51.9
Altura del piso a la parte inferior del muslo	40.2	43.5	38.5	41.8
Distancia del frente del abdomen al frente de la rodilla	33.6	38.6		
Distancia del cóccix a la parte trasera de la pantorrilla	43.6	47.8	42.3	46.5
Distancia del cóccix al frente de la rodilla	56.8	61.4	54.2	58.4
Longitud de una pierna estirada	99.8	109.0		
Ancho de las caderas	32.8	33.6	35.3	39.1
Longitud del brazo hacia delante	77.3	84.8	60.0	67.5
Longitud lateral con brazos estirados	163.4	176.8	150.9	164.3
Distancia de codo a codo	38.9	45.0	35.1	41.8
Distancia de hombro a hombro	42.0	46.2	37.6	41.8

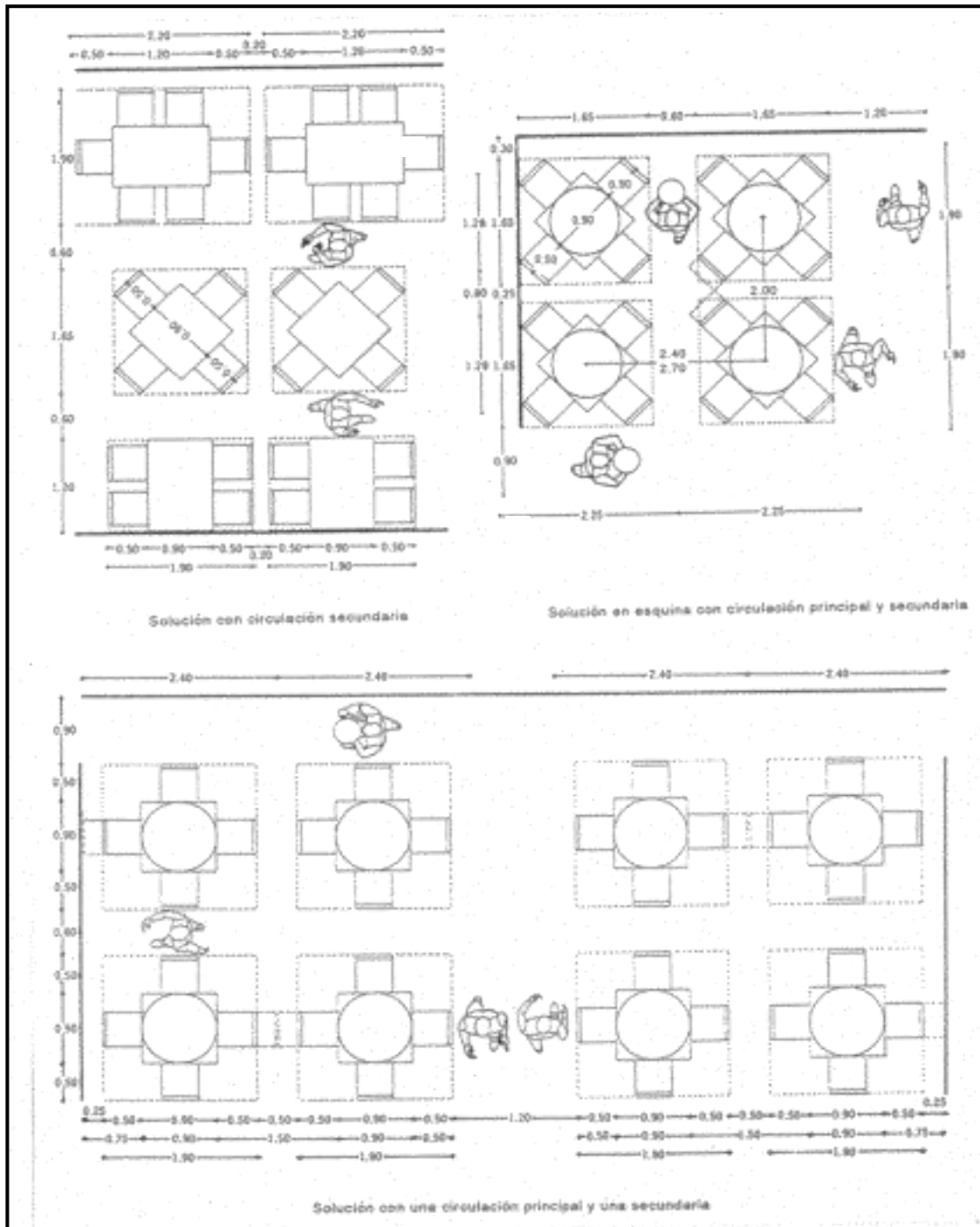
ANTROPOMETRÍAS.-



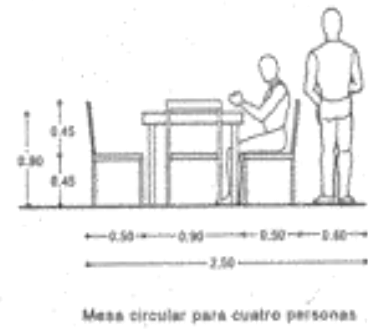
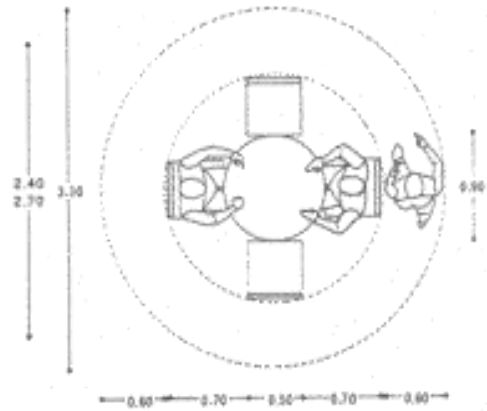
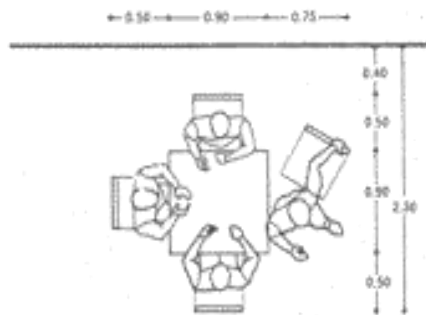
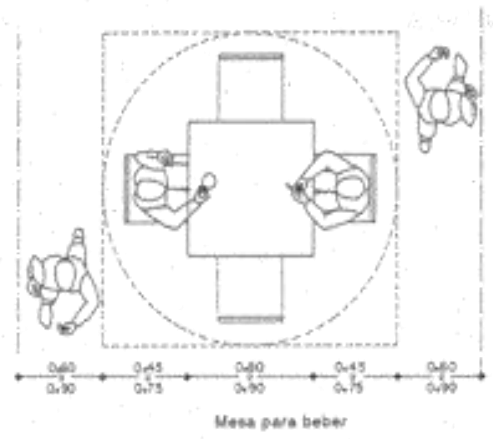
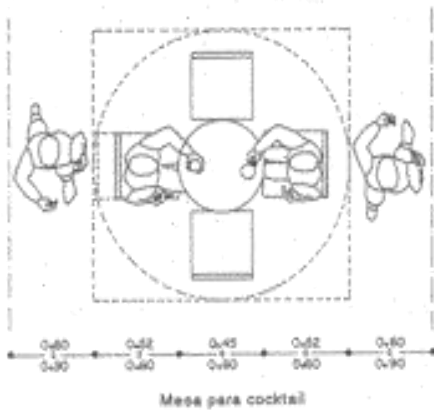


ERGONOMÍA:

SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN EN RESTAURANTES

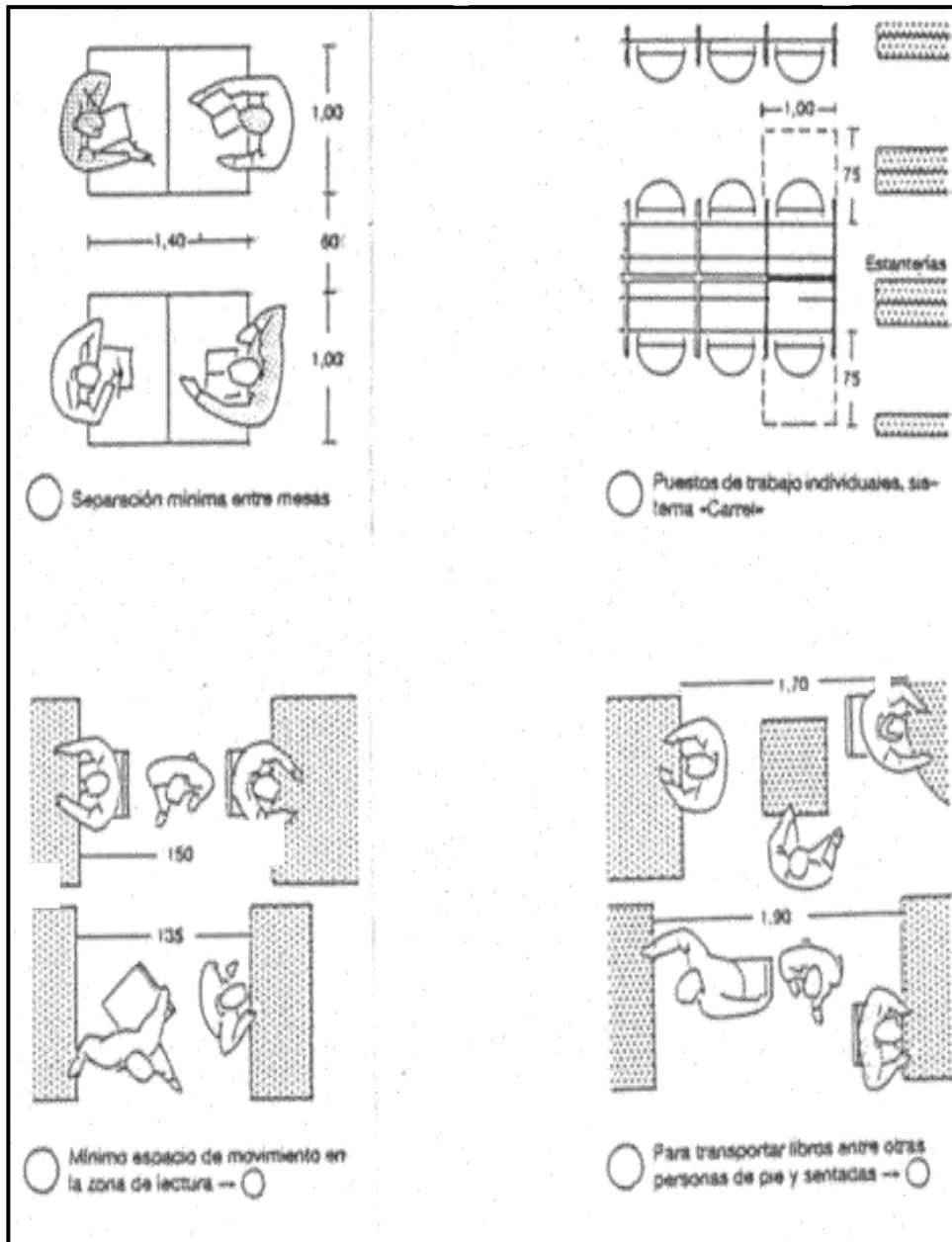


SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN EN RESTAURANTES

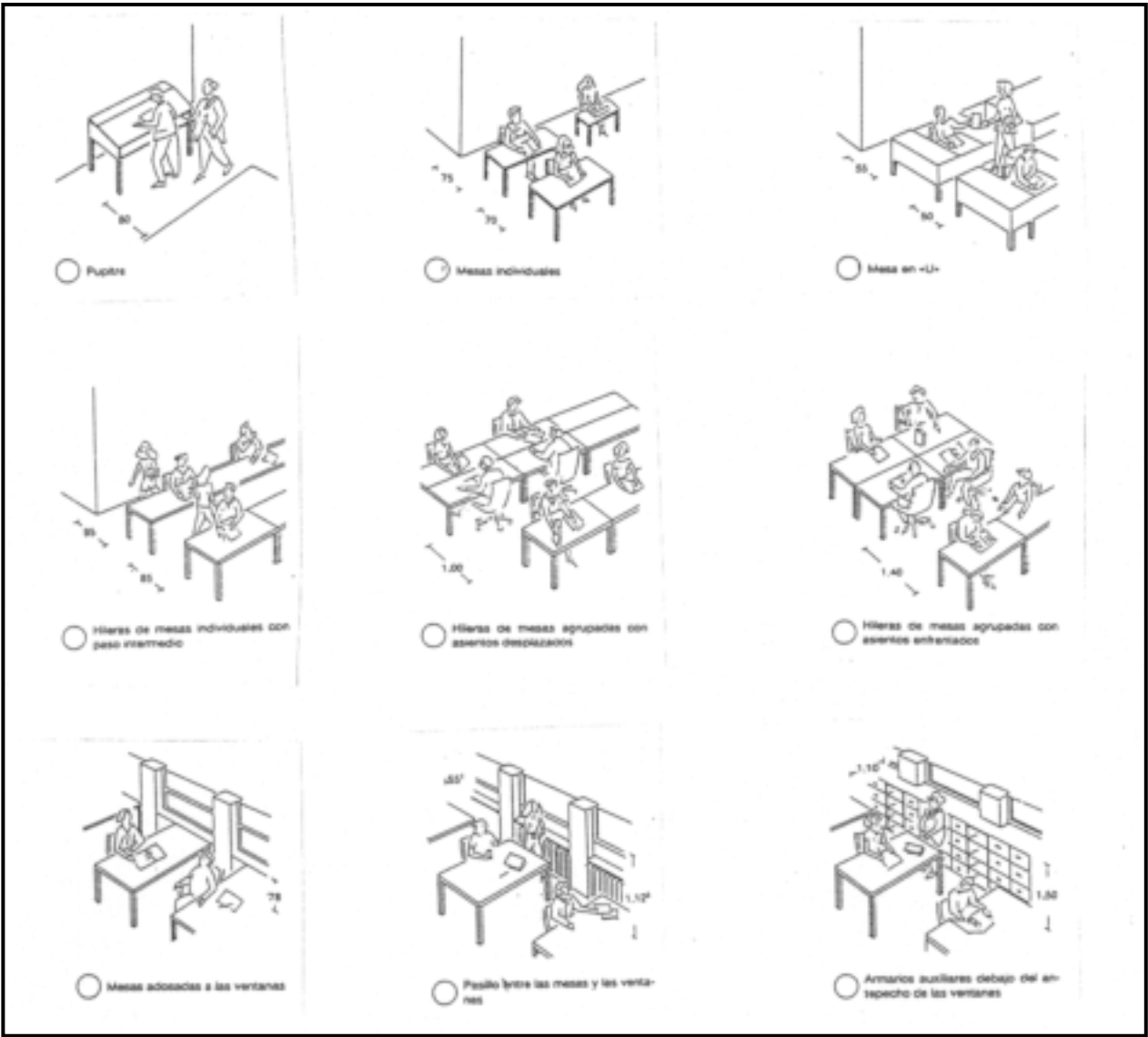


SALAS DE LECTURA

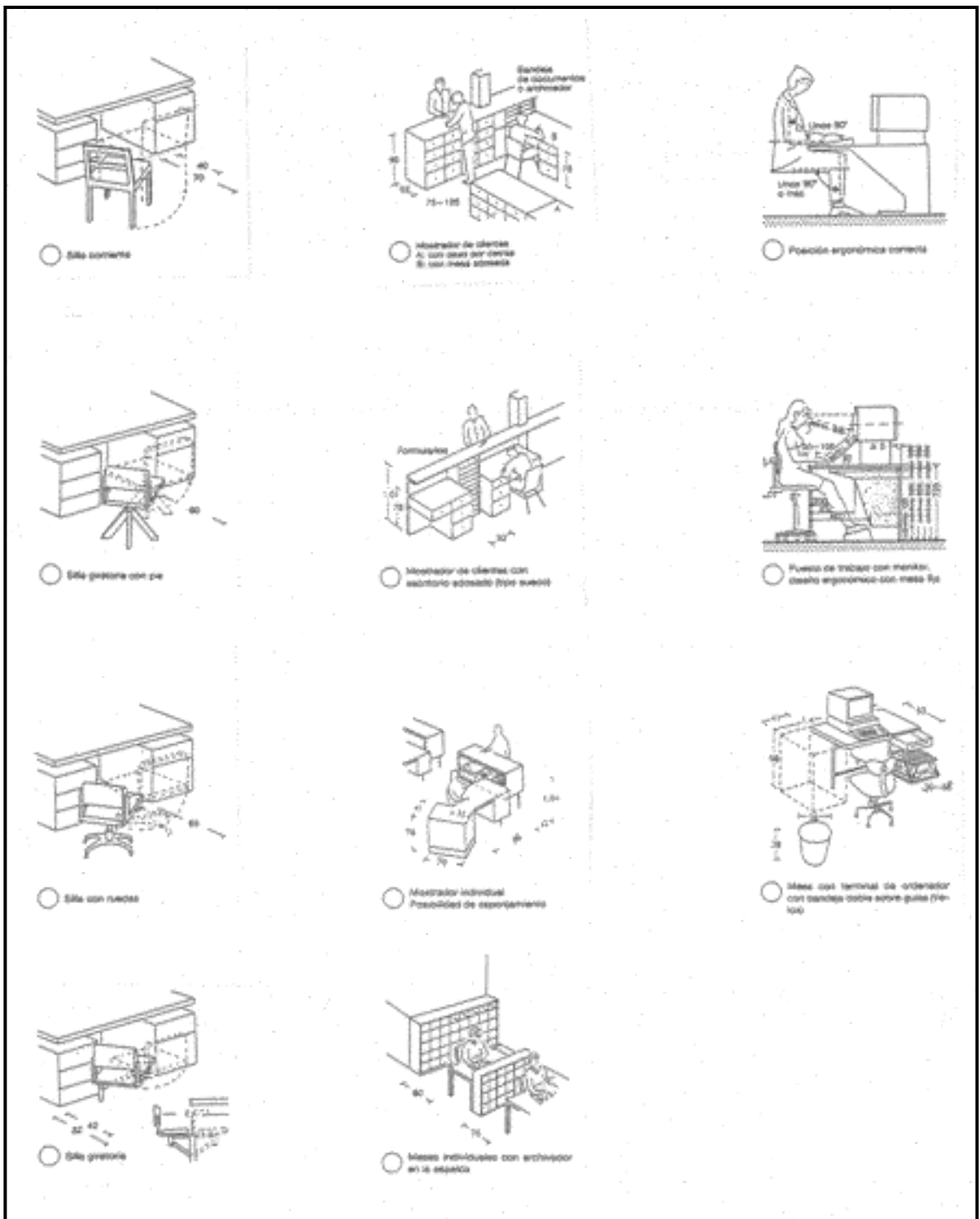
SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN



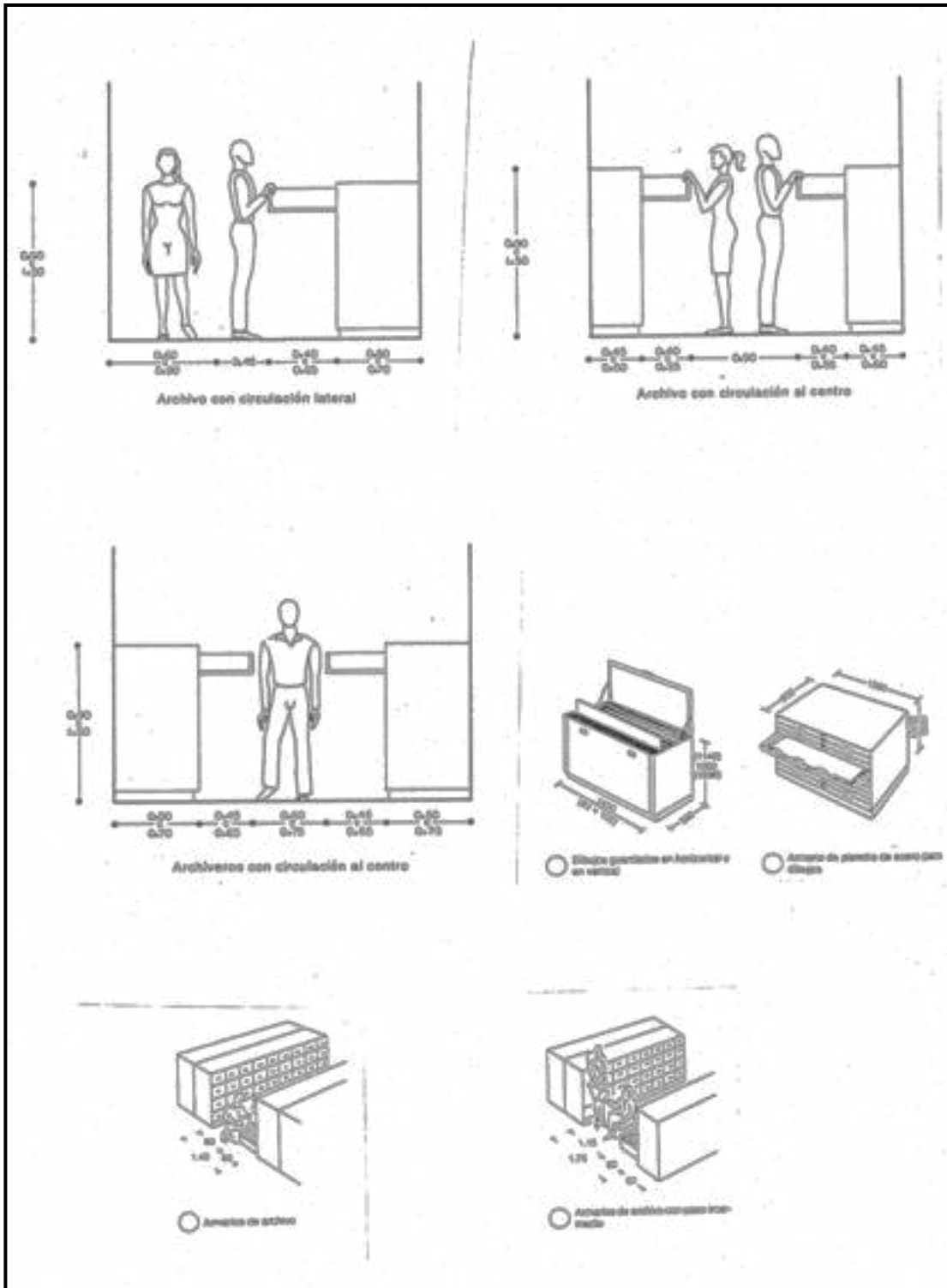
SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN



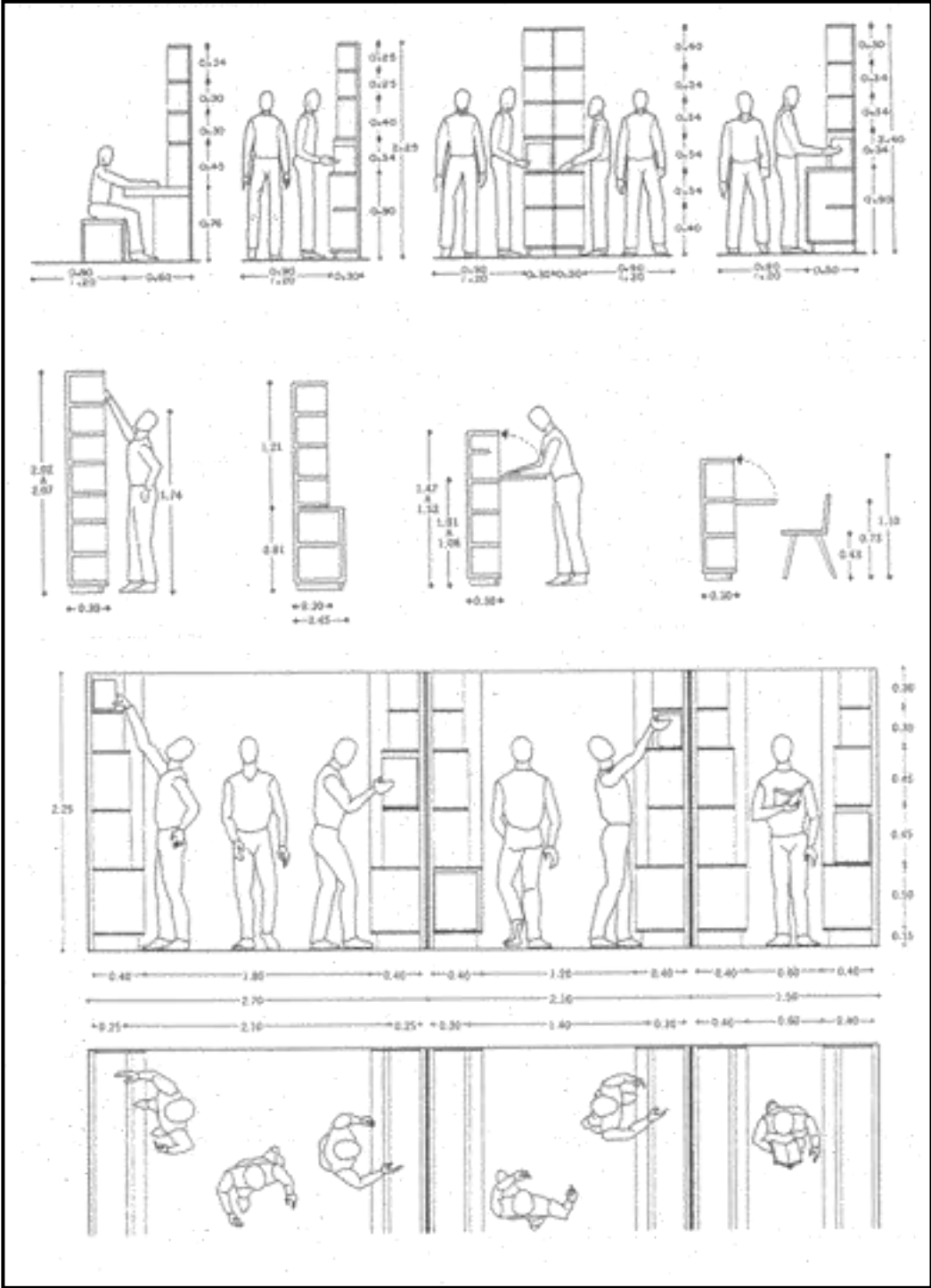
SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN



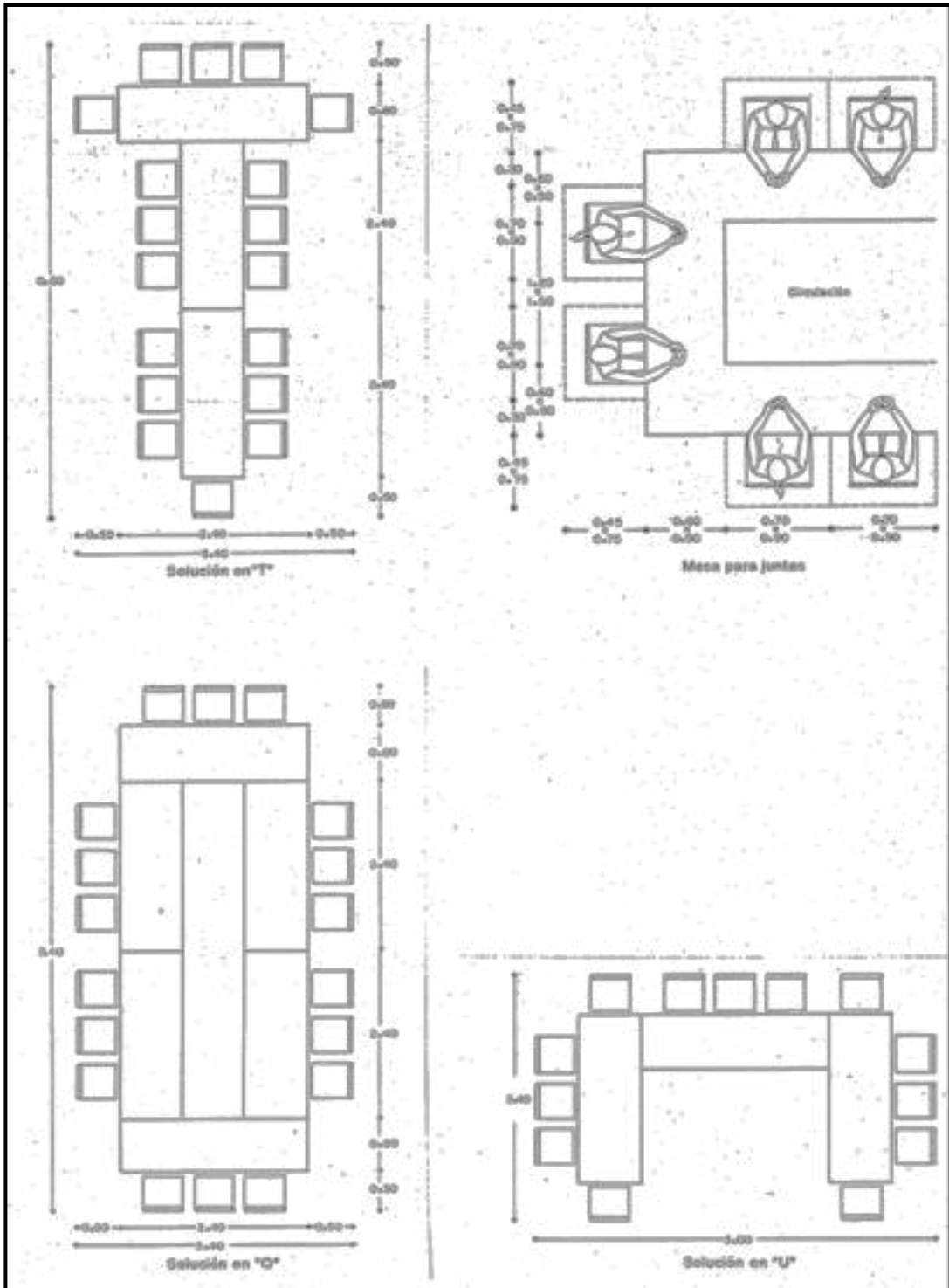
SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN

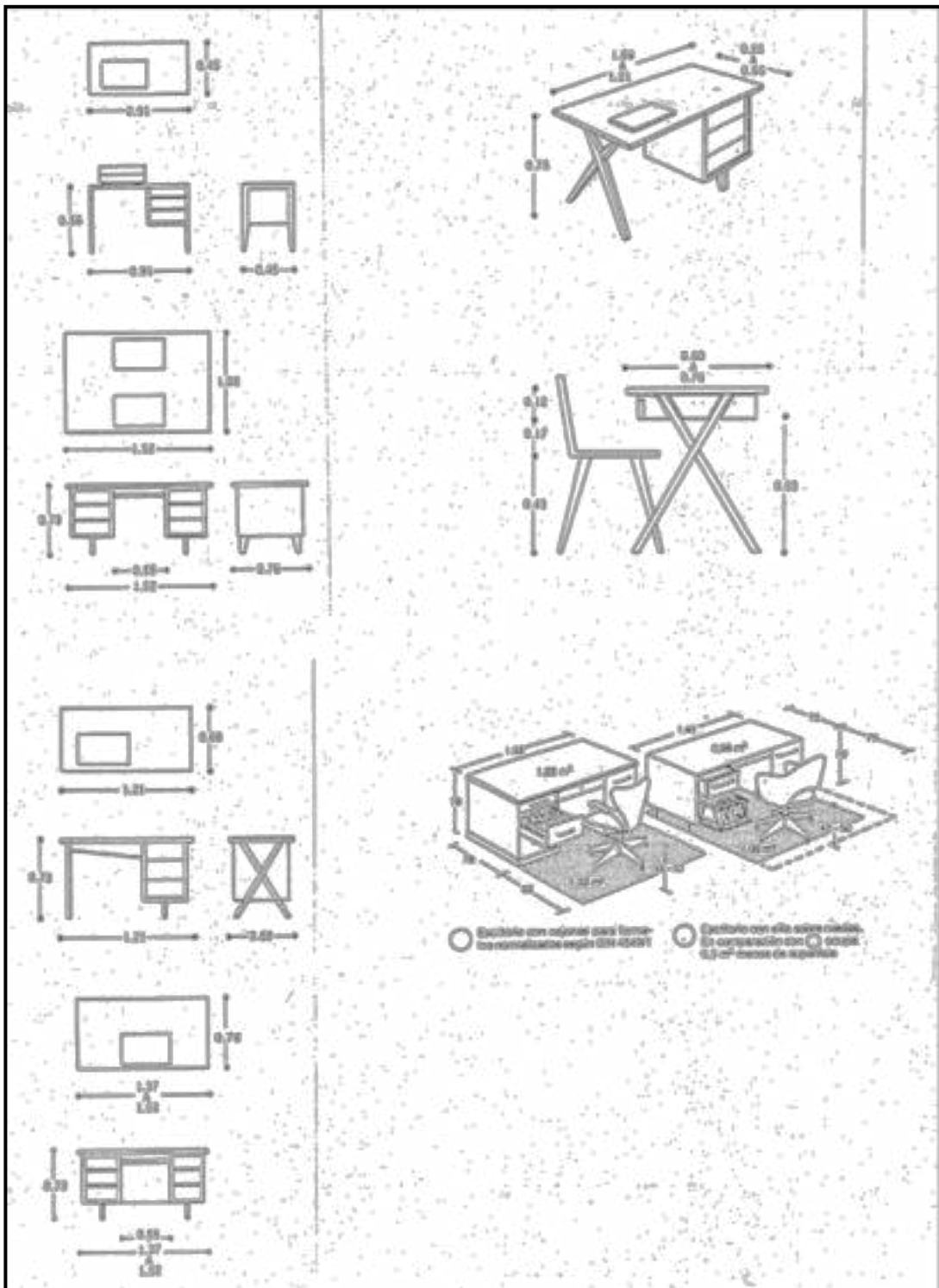


SOLUCIÓN EN BIBLIOTECAS

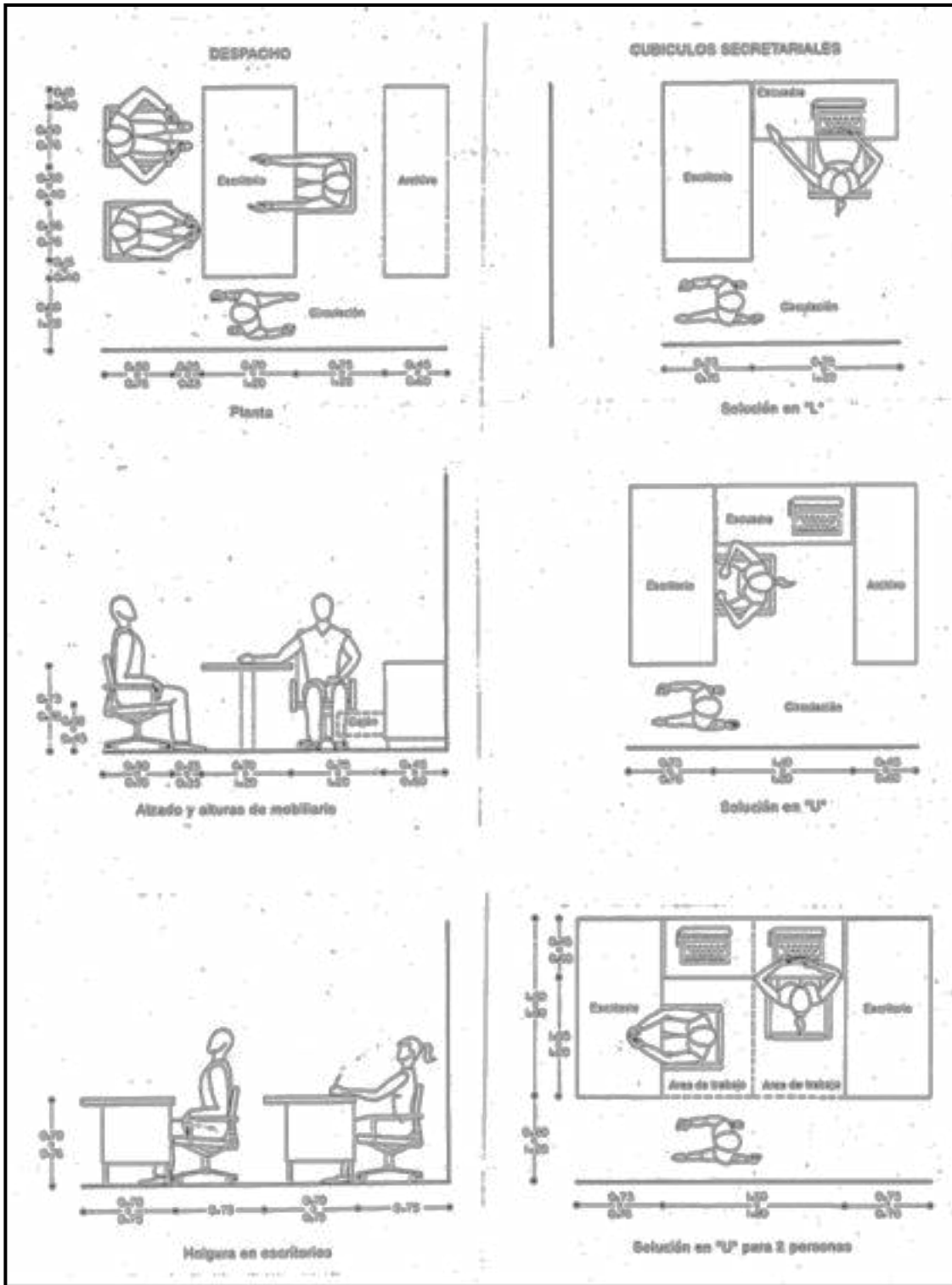


SOLUCIÓN DE CIRCULACIÓN

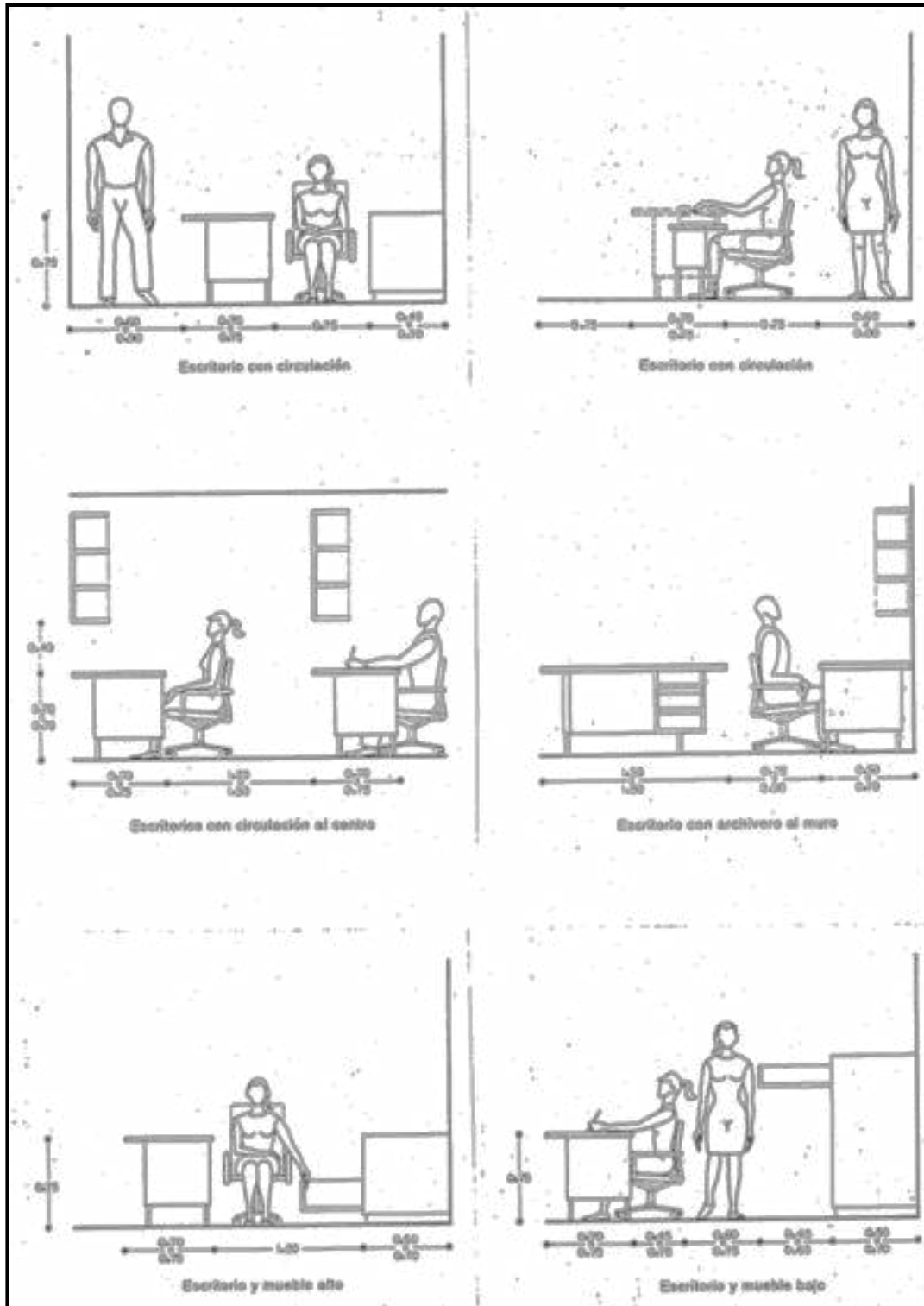




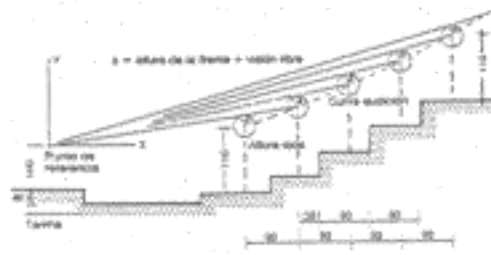
SOLUCIÓN DE ESPACIO DE CIRCULACIÓN



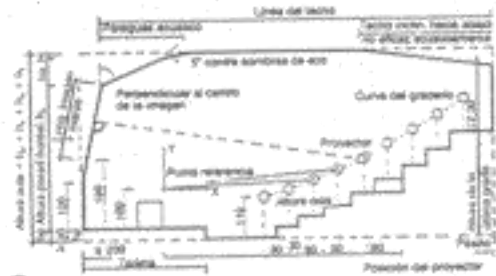
SOLUCIÓN EN OFICINAS



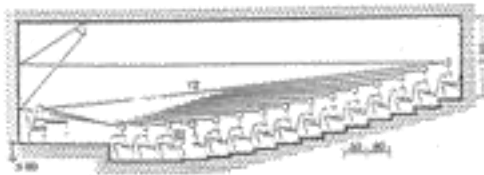
ERGONOMÍA SALAS AUDIOVISUALES Y AUDITORIOS



○ Determinación gráfica de la curva de equalización



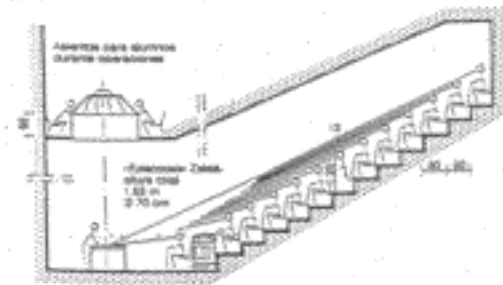
○ Sección longitudinal de un aula



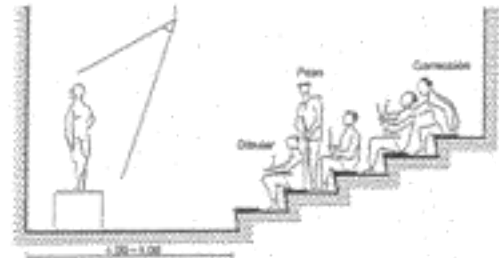
○ Forma normal de un aula



○ Aula de gran pendiente

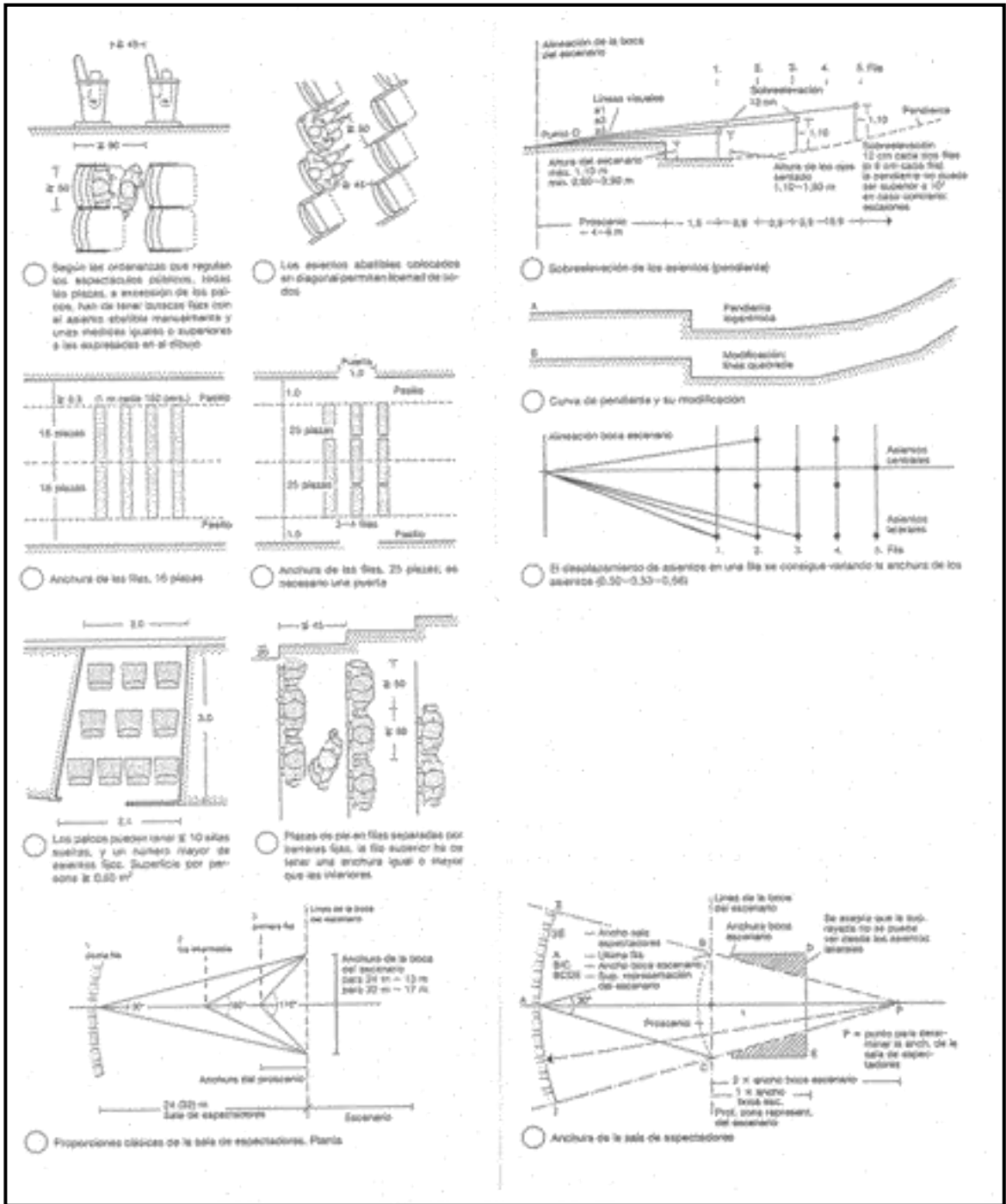


○ Aula para conferencias con mesa de demostraciones (Aula de grupo cónica)

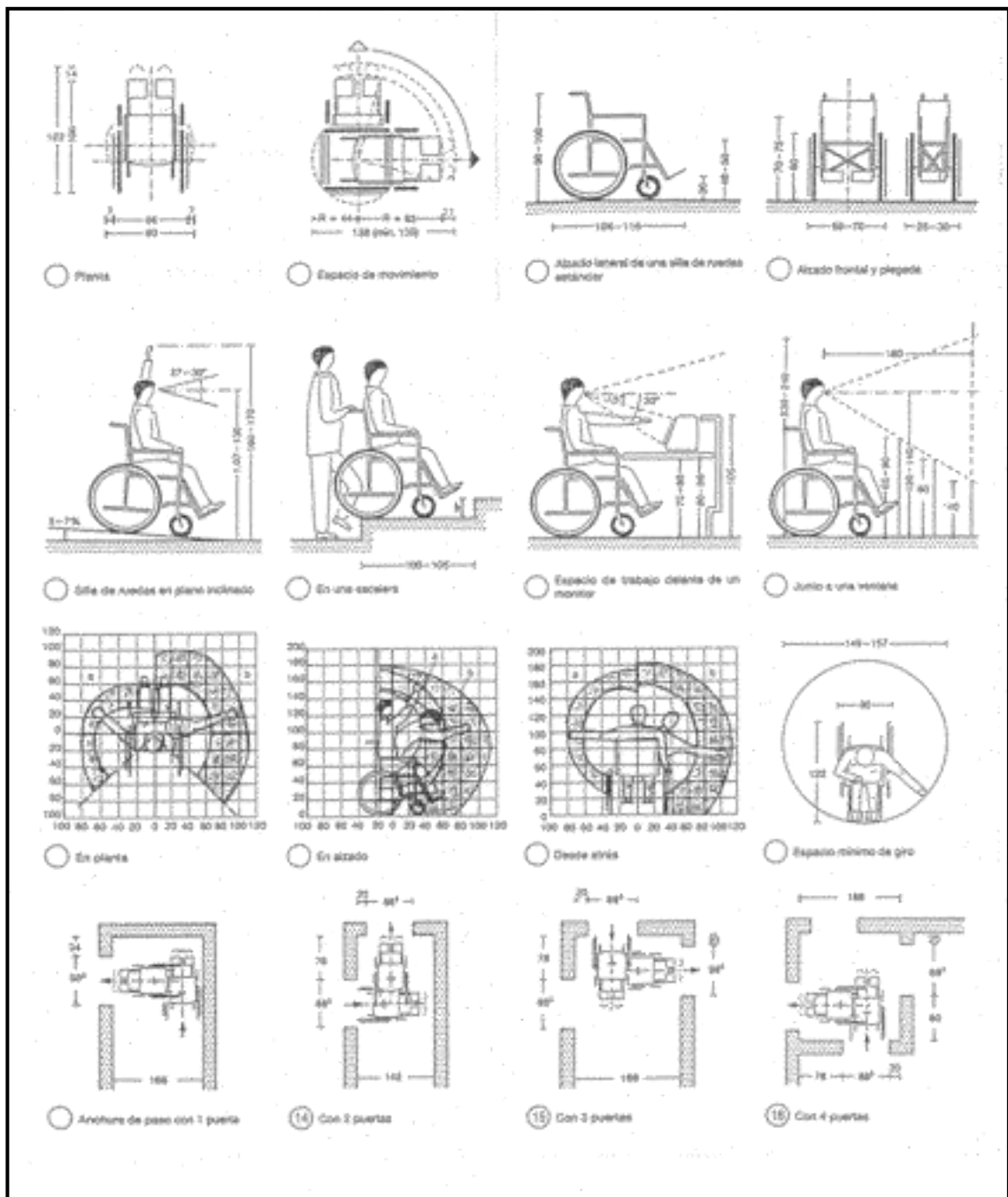


○ Escalonamiento en una sala de clases al teatro, 0.80 m/terreno

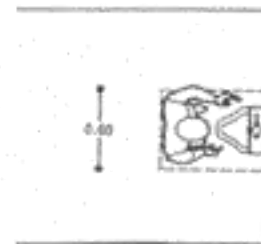
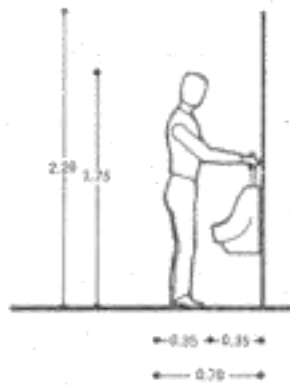
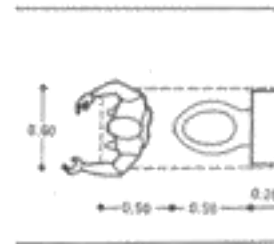
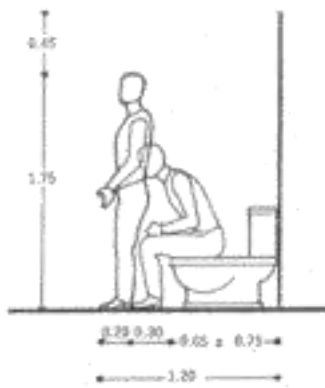
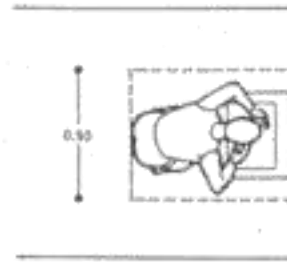
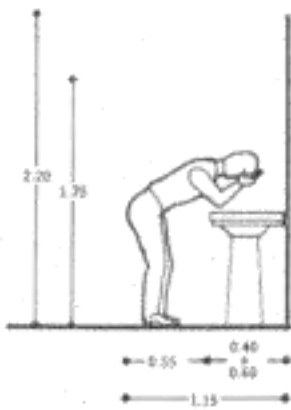
ERGONOMÉTRICA SALAS AUDIOVISUALES Y AUDITORIOS



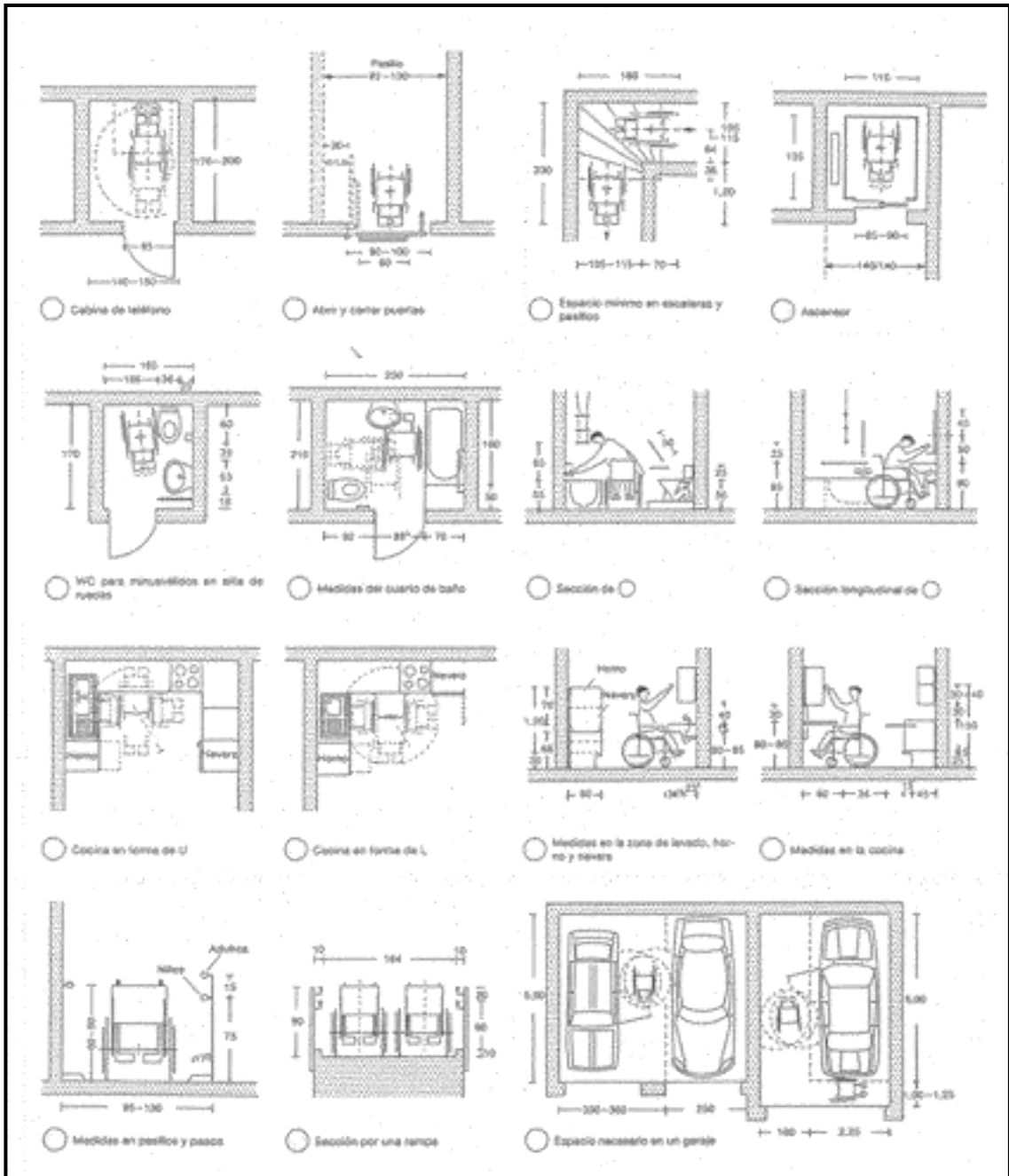
ERGONOMÍA Y ANTROPOMETRÍA MINUSVÁLIDOS



ERGONOMÉTRICA BAÑOS.



ERGONOMÍA BAÑOS.



PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto consiste en un Estudio y Diseño de un Centro de Atención Integral para personas con problemas de alcoholismo y farmacodependientes para la Ciudad de Tarija, que estará ubicado en el Área Expansiva de la Ciudad, en la zona de San Jacinto, entre los Ítems más importantes podemos detallar:

- Zapatas de H°A°
- Columnas H°A°
- Cimiento de H°C°
- Sobre cimiento de H°A°
- Viga de encadenado de H°A°
- Muro de Ladrillo
- Cubierta de losa alivianada
- Área verde en exteriores
- Muro perimetral.
- Placas de policarbonato

Todo esto de acuerdo a planos adjuntos. El proyecto vendrá a cubrir un área total de 16.920,15 m² del cual se detalla a continuación:

DISTRIBUCIÓN POR ÁREAS		M2
Superficie construida:		4099,454
SUP. CONSTRUIDA POR ÁREAS	Área administrativa	677,59
	Planta baja	382,38
	Primer piso	295,21
	Área terapias	354,384
	Área salud	425,26
	Área de internos	1393,59
	Planta baja	453,55
	Primer piso	470,02
	Segundo piso	470,02
	Área de capacitación	886,23
	Planta baja	571,31
	Primer piso	314,92
	Área de servicio	362,4
	Superficie área tributaria:	
Superficie Área verde:		7.030,98
Superficie Áreas exteriores:		4251,16
TOTAL		16.920,15

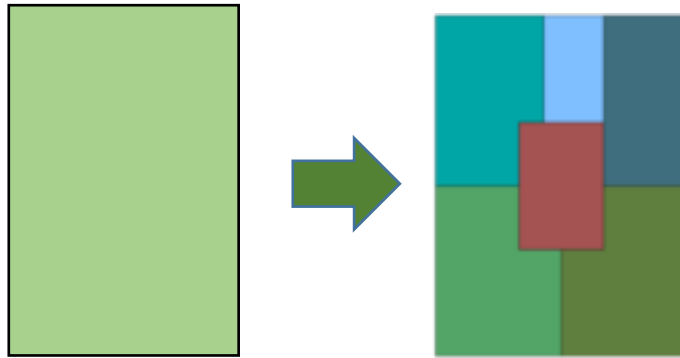
JUSTIFICACIÓN DE LA FORMA

GENERACIÓN DE LA FORMA

En base al tema del proyecto, el cual es un centro de atención integral para personas con problemas de alcoholismo y farmacodependientes, lo cual esta clasificado como un equipamiento de salud, donde la funcionalidad juega un rol muy importante a momento de plantear el diseño, pero no dejando de lado la morfología del planteamiento del diseño.

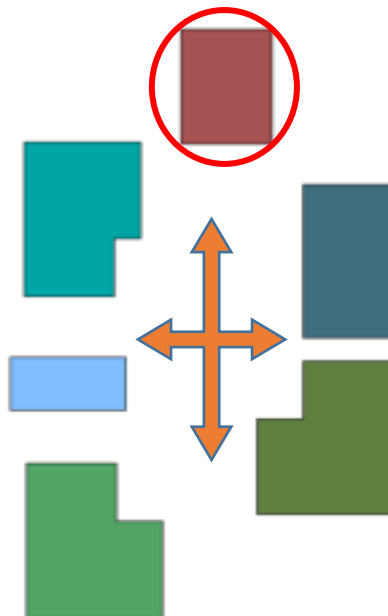
ELEMENTOS GEOMÉTRICOS A UTILIZAR:

El elemento geométrico primordial para la generación de la forma es el Rectángulo

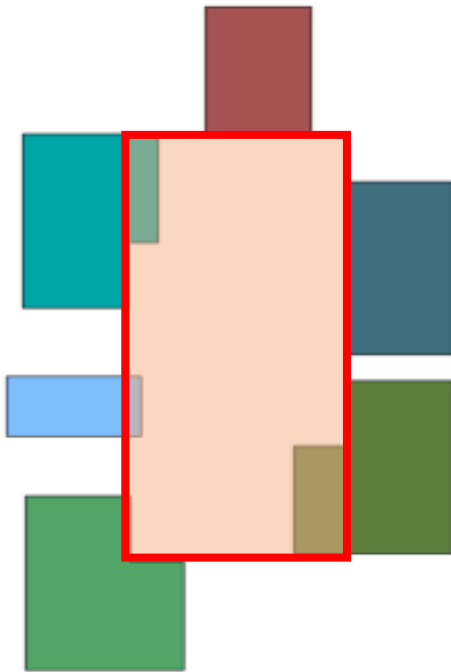


A partir de un elemento principal rectangular, en subordinación con el terreno, la forma se va disgregando en partes similares, dando lugar a un elemento central principal, el mismo que toma posición fundamental, ubicándose muy próximo al acceso principal hacia el terreno de intervención.

TRANSFORMACIÓN DE LA FORMA



Los elementos bases se van ubicando de acuerdo ajes centrales el cual sirven de conectores entre bloques, al mismo tiempo se utiliza como ejes de circulación interna en torno a un patio central que se destaca en la siguiente figura.



CONCEPTO GENERADOR

Como concepto generador se toma en cuenta El patio central, se destaca también por contar espacios de recreación pasiva, del cual influye muchísimo a modo de recuperación del interno de este centro.

ELEMENTOS QUE GENERAN LA FORMA

Los elementos aplicados en la generación de la forma son:

- Patio central
- Ejes centrales
- Relación entre áreas
- Adición:
- Sustracción:

- Ritmo y razón
- Ubicación radial

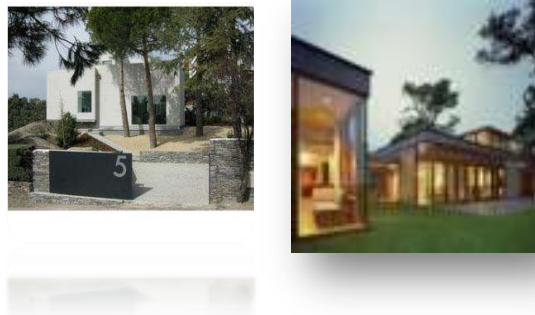
TENDENCIAS ARQUITECTÓNICAS APLICADAS:

MINIMALISMO

El minimalismo es una tendencia de la arquitectura caracterizada por la extrema simplicidad de sus formas que surgió en Nueva York a finales de los años sesenta.



El minimalismo le da gran importancia al espacio y a los materiales ecológicos. Centra su atención en las formas puras y simples. Otro de los aspectos que definen esta corriente es su tendencia a la monocromía absoluta en los suelos, techos y paredes.



El minimalismo no consiste en trabajar menos, o en ofrecer menos. El minimalismo es una actitud esencialista. No se trata de hacer lo mínimo sino de encontrar la esencia, los fundamentos del arte, los aspectos básicos.



Los preceptos básicos del Minimalismo

- Utilizar colores puros, asignarle importancia al todo sobre las partes



- Utilizar formas simples y geométricas realizadas con precisión mecánica



El resultado que define este estilo en un concepto es la palabra “limpieza”.



CARACTERÍSTICAS

- Abstracción



- Economía del lenguaje y medios



- Geometría elemental rectilínea



- Sencillez



- Protagonismo de las fachadas



MEMORIA DESCRIPTIVA DEL PROYECTO

El conjunto estará emplazado en el municipio de Cercado (Ciudad de Tarija). La arquitectura propuesta será la arquitectura Contemporánea, la cual se identifica por el manejo de la geometría simple y el uso de sus materiales y sistemas constructivos, tomando como base la arquitectura minimalista e interpretándola de acuerdo a las costumbres y tradiciones de la región y teniendo en cuenta siempre el aspecto económico. Se toma como concepto director la “Reflexión” con el fin de que los edificios logren una misión espiritual y los usuarios se identifiquen consigo mismos, por medio, por medio de espacios tranquilos y seguros.

Formalmente se conciben de una geometría básica como el cuadrado y el rectángulo, logrando formas puras y sencillas, usadas como elementos repetitivos y modulados con el fin de dar orden al proyecto, en busca de la personalidad del género del edificio al que pertenece.

Todas las áreas responden a las necesidades del usuario y de cada espacio, diseñadas por medio de módulos, cuentan con accesos espaciosos para provocar la sensación de acogida, con ventanas alargadas reflejando sencillez y amplitud.

Funcionalmente el conjunto está regido por medio de un eje Central, distribuido en pequeñas plazas principales que dividen la zona pública de la privada, está conformado por 6 áreas: Administrativa, Médica, Terapias, Capacitación, Dormitorios y Servicios. Cada edificio está diseñado sobre ejes que guardan Relación con los demás edificios, manteniendo un orden y simetría en el proyecto.

El conjunto está delimitado en por una barrera vegetal conformada por arboles de molles, churquis, Sauces, etc., dejando ver solo el pórtico de acceso que está diseñado con la intención de reflejar control y seguridad por medio de una escala monumental, está conformado por un elemento principal con el fin de jerarquizar el acceso y dar la sensación de volumen, en medio del pórtico se encuentra la caseta de vigilancia que

da la impresión a lo lejos de que se encuentra flotando, controlando el acceso peatonal y vehicular.

El estacionamiento tiene una capacidad de 25 automóviles y dos patios de maniobras, los cajones están ubicados en batería con un Angulo de 30° con sus dimensiones reglamentarias, siendo esta la única posición que se adoptó al área, conservando la formad del proyecto en conjunto.

Como primera impresión se encuentra el edificio del área administrativa, donde se lleva el control y manejo del conjunto, cuenta con oficinas adecuadas para tal situación, muy próximo al edificio como también al acceso se encuentra un espejo de agua rodeado de piedra con la intención de provocar la sensación de reflexión en el individuo que visita, provocándole cambios interiores de pensamientos.

A continuación se encuentra la plaza semi-publica comunicando el área administrativa, médica y terapias, ubicando en el centro un jardín interpretando a los jardín, siendo un espacio de meditación en comunión con la naturaleza representan el universo y están concebidos para inspirar vitalidad y serenidad, y respondiendo a nuestro concepto en general.

En seguida se encuentra la plaza de la zona de internos, donde realizan las actividades correspondientes, los cuales se entrelazan las áreas de internos como ser dormitorios, talleres, servicios y canchas de usos múltiples, en toda la zona destinada a estas áreas se encuentra jardines dando vitalidad a los internos.

El área de dormitorios será exclusivamente de descanso y aseo, teniendo una vigilancia permanente y separada todo tipo de relación entre hombre y mujeres con el fin de evitar conductas desviadas, sus vanos no permitirán la vista directa el interior al exterior o viceversa. Se compone de 2 plantas de hombres y 1 de mujeres con sanitarios y regaderas para cada espacio.

El área de capacitación se compone de taller de repostería, taller de carpintería, taller de sastrería en la planta baja, y en la planta alta se encuentra el aula y/o alfabetización, biblioteca y sala de computación.

El área de servicios está compuesto por los siguientes espacios: comedor, almacén, lavandería separadas para hombres y mujeres con el fin de evitar conductas desviadas. Existirá un patio interior de servicio y de secado recubierto con pérgolas con la intención de que ingrese la luz hacia el interior del patio.

En el caso del área de recreación en la cancha de usos múltiples se organizaran actividades al aire libre y eventos deportivos, lo cual favorece de gran magnitud la recuperación del interno.

Es importante mencionar que se tomaron en cuenta los aspectos climáticos para dar mayor confort a los edificios con una orientación adecuada, proponiendo alturas de 3mts. Para evitar el calor y dar un aspecto de amplitud a los internos.

PLANOS ARQUITECTÓNICOS

PLANIMETRÍA



PLANTAS

PROYECTO: "ESTUDIO Y DISEÑO DE CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDIENTES"

PLANTA BAJA ADMINISTRACIÓN

PLANTA BAJA CAPACITACIÓN

PLANTA ALTA ADMINISTRACIÓN

PLANTA ALTA CAPACITACIÓN

CARRERA DE ARQUITECTURA Y URBANISMO	MATERIA: PROYECTO DE CASOS	DOCENTE: DR. ALVARO BEBICA VILLENA	ESTUDIANTE: EDUARDO BOLIVAR CASTILLO
-------------------------------------	----------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

PROYECTO: "ESTUDIO Y DISEÑO DE CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDIENTES"



ESTUDIANTE
JUAN CARLOS BOLIVAR CASTILLO

DOCENTE
AÑO ALVARO BORJA VILLANA

MATERIA:
PROYECTO DE GRADO
CARRERA DE ARQUITECTURA
Y URBANISMO



PROYECTO: "ESTUDIO Y DISEÑO DE CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDIENTES"



CARRERA DE ARQUITECTURA
Y URBANISMO

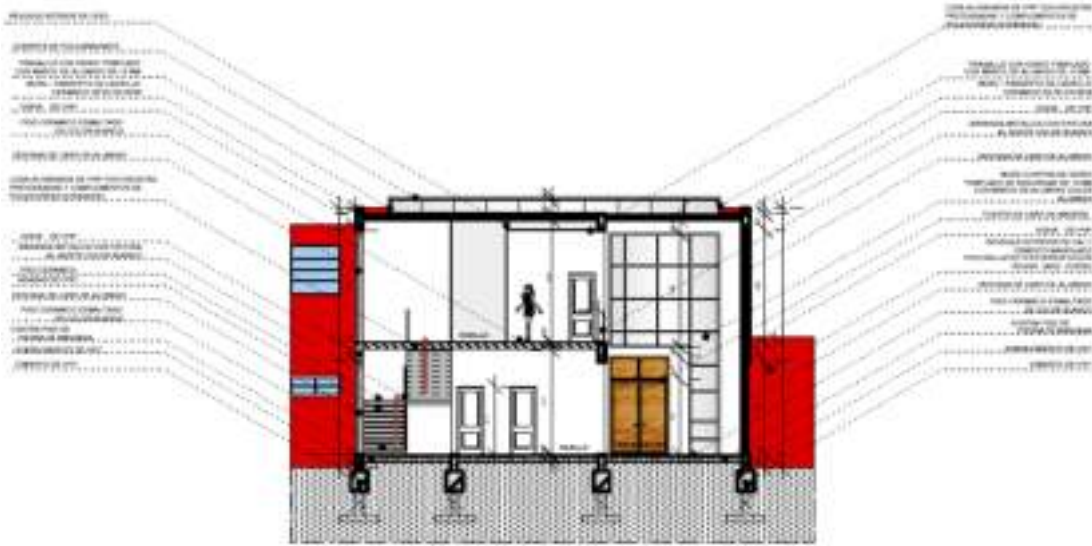
MATERIA:
PROYECTO DE GRADO

DOCENTE:
ARQ. ALVARO BORJA VILLANA

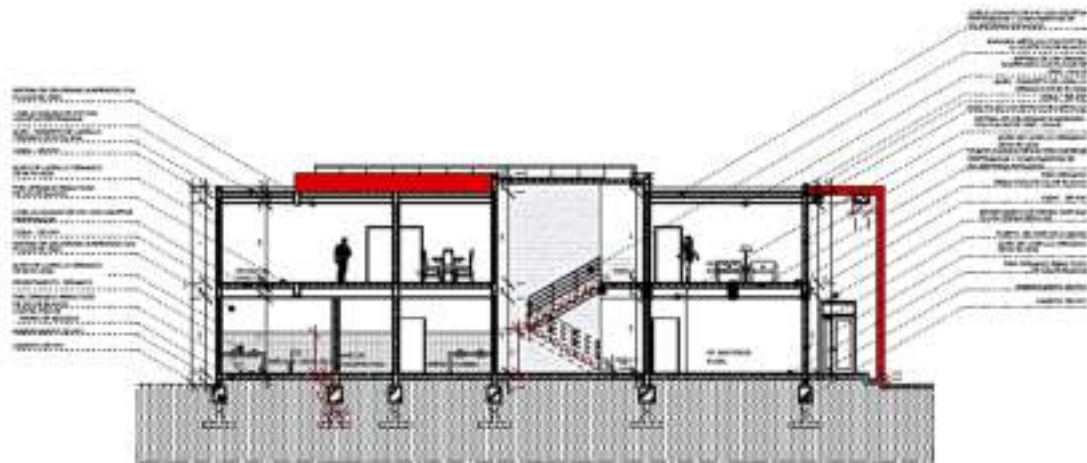
ESTUDIANTE:
JUAN CARLOS BOLIVAR CASTILLO



CORTES

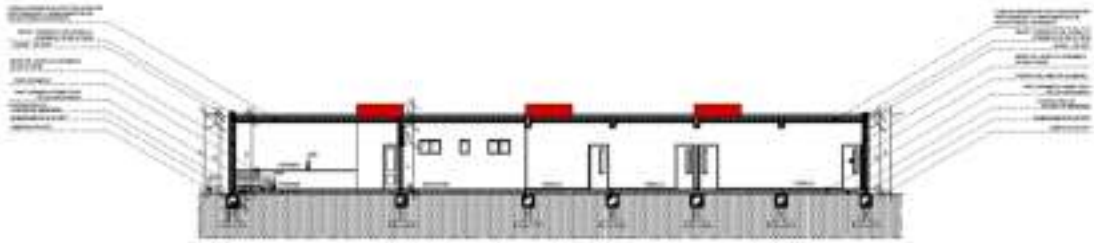


CORTE A-A
ESC. 1/100



CORTE B - B
ESC. 1/100

BLOQUE ADMINISTRATIVO

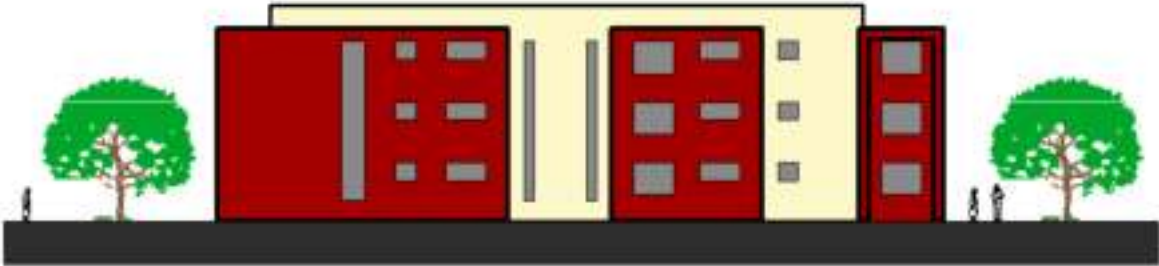


BLOQUE DE TERAPIA

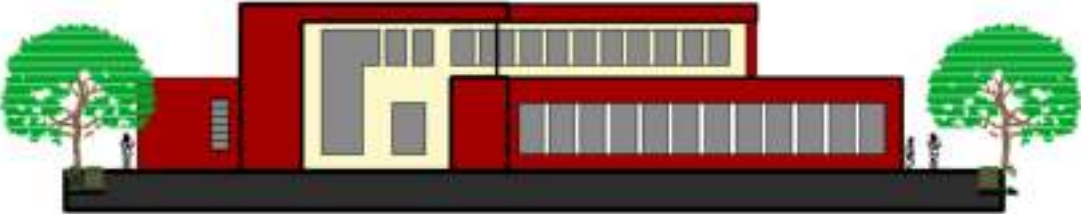


BLOQUE DE INTERNOS

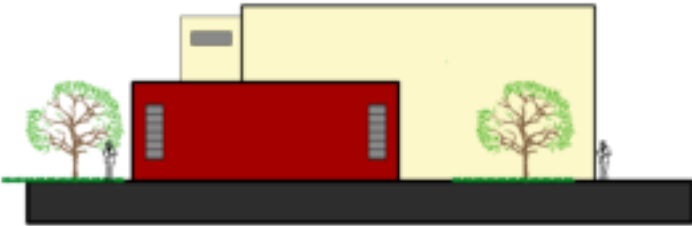
FACHADAS



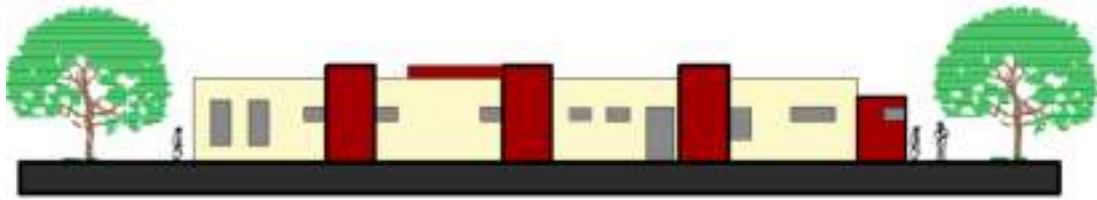
FACHADA LATERAL
DERECHA INTERNOS



FACHADA LATERAL
DERECHA CAPACITACION



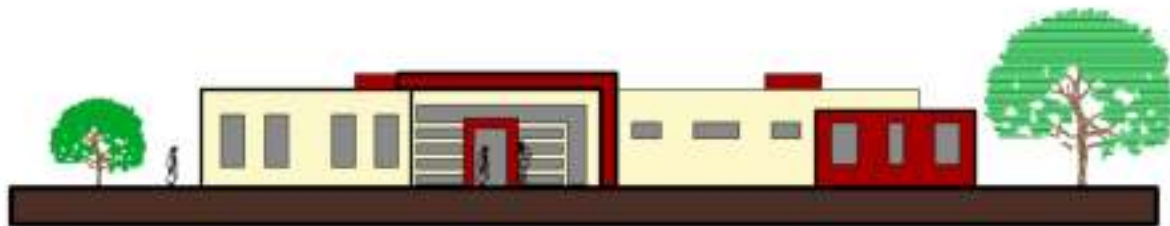
FACHADA POSTERIOR



FACHADA LATERAL
IZQUIERDA A. SALUD



FACHADA FRONTAL AREA
SERVICIO



FACHADA FRONTAL AREA
TERAPIAS

SITIO Y TECHOS



PERSPECTIVAS

EXTERIORES





INTERIORES



