

PARTE I
FUNDAMENTACIÓN
DEL TEMA

PERFÍL DE PROYECTO

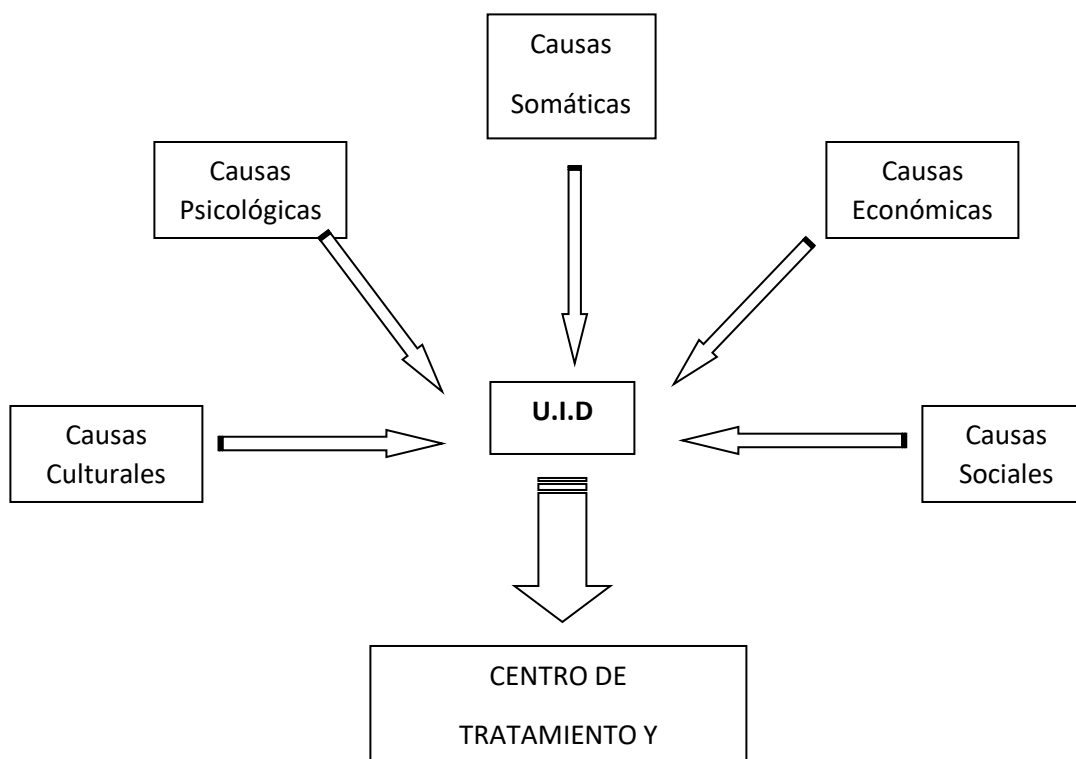
1.1 INTRODUCCIÓN:

La historia de la humanidad ha sido también una historia de uso de drogas. Desde los tiempos más remotos se han utilizado hierbas, raíces, cortezas, hojas y plantas para aliviar el dolor y combatir las enfermedades. El consumo de drogas no constituye, por sí mismo, ningún mal; las drogas administradas como es debido, son una bendición para la medicina. Por desgracia, hay drogas que tienen efectos secundarios placenteros, como una sensación de euforia, bienestar, alegría, serenidad y energía. Sin embargo lo que comenzó como una actividad recreativa se convierte con el tiempo en un problema de dependencia y uso indebido.

En el marco general de un país pobre, como Bolivia donde las carencias como las necesidades insatisfechas forman un conjunto cada vez más grande que, orientan a la población a una situación de crisis generalizada.

En este contexto, la concepción general acerca de la salud de los pueblos, es un reflejo de las tendencias psico - sociales y económicas predominantes en un momento dado en la historia de los mismos; en particular, es posible observar una referencia sintomática en salud en la ciudad, cabe referirse al uso indebido de drogas, que últimamente ha crecido en proporciones alarmantes en todos los estratos sociales.

El presente trabajo está dirigido a promover la creación de un "**Centro de Tratamiento, Rehabilitación y reinserción**", para las personas que necesiten tratamiento, rehabilitación y su reinserción a la sociedad, para lo cual se contará con un equipo técnico especializado que abordará con diferentes técnicas o enfoques terapéuticos la enfermedad del paciente y su prevención.



1.2 ANTECEDENTES:

El Uso Indebido de Drogas, es un problema que no tiene una sola causa, sino que es el resultado de una compleja relación de factores biológicos, socio - económicos y culturales, y de otras determinantes para su presentación.

Si se reconoce, que, el fenómeno de la droga es el resultado de una multiplicidad de factores, nombrados anteriormente; el económico es el que repercute de manera directa y grave en la dinámica social del medio, donde se vive, situaciones que difícilmente pueden sobrellevarse, peor solucionarse, se refiere a toda la problemática que conlleva la pobreza.

Tarija, al igual que otras ciudades del país, en las últimas décadas ha experimentado, una caracterización social diferente, merced a una serie de cambios estructurales del país y una política económica mundial que ha incidido de manera directa en el

agravamiento del conflicto pobreza en el que se debate la sociedad boliviana, un ej. es el desmesurado crecimiento de su población, debido a la migración casi obligada de ciudadanos del interior y otras regiones del país, que no tienen posibilidad de acceso a servicios básicos (vivienda, salud, educación) peor fuentes de trabajo, etc.

A propósito del sistema de salud en este medio, en particular de la Salud Mental, se sabe que es deficiente, porque no cuenta con infraestructura, recursos humanos, económicos, menos programas de prevención, rehabilitación y reinserción social de carácter integral, para cada grupo poblacional en riesgo.

Las instituciones de salud mental del estado, orientan sus acciones de tratamiento a otro tipo de patologías, realizando a su vez un trabajo esporádico y discontinuo a pacientes con antecedentes de drogadicción. Mientras que otras instituciones, como las privadas dirigen sus acciones de tratamiento del uso indebido de drogas a través de enfoques religiosos.

Sobre esta base, es importante hacer notar lo siguiente, que el uso indebido de drogas, en este último tiempo, ha mostrado características masivas de presentación, tomándose por su rapidez de propagación en un grave problema social.

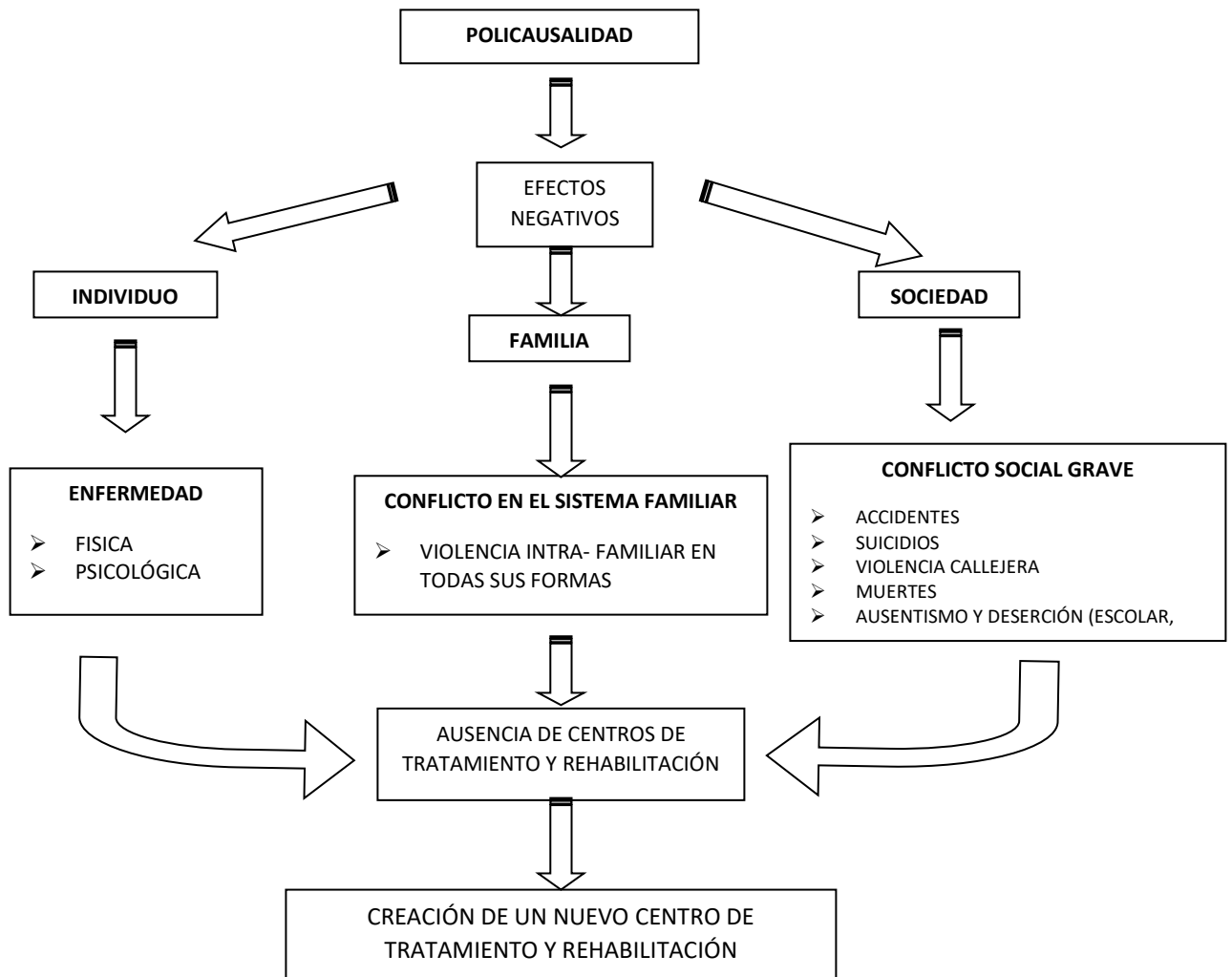
Existen referencias de datos estadísticos elevados que demuestran lo anteriormente indicado, es decir, que la incidencia, la prevalencia y los efectos negativos en la persona, la familia y la sociedad toda se demuestra de manera real, en particular a partir del uso y abuso del alcohol, el tabaco, la marihuana, cocaína e inhalantes.

Otros indicadores sociales muestran que, como efecto directo o indirecto al incremento de la utilización de drogas, se observa un aumento en la frecuencia de los accidentes de tránsito, suicidios, desintegración familiar, ausentismo laboral, deserción escolar, violencia familiar y callejera, además de la enfermedad clínica y mental, etc.

Respecto al sistema de salud del departamento y de la ciudad en particular, se puede

decir que el mismo adolece de los medios necesarios para la atención adecuada, eficiente e integral de estos grupos de riesgo, encontrándose frente a un problema la falta de una institución que se encargue de afrontar de forma inmediata y seria esta problemática en la sociedad.

Queda entonces hacerse un planteamiento como salida de la situación demostrada, la de instrumentar la creación de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación en la ciudad.



1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática de las drogas nunca aparece aislada. Normalmente está relacionada con otros conflictos, o ayuda a agravar otros problemas. Más que un problema en sí mismo, ésta se produce en un contexto de conflictos tanto individuales como sociales.

El consumo de drogas tanto prohibidas, como de las otras drogas socialmente aceptadas: como el alcohol y el tabaco, se ha extendido, en estas décadas, afectando a todos los estratos sociales. Ha aumentado el número de consumidores, se han multiplicado los delitos asociados al consumo de drogas o de personas con problemas de drogas que roban o agreden para financiar su consumo. Otra área de problemas, es la violencia que aparece frecuentemente asociada al abuso de drogas en el medio, violencia que puede adquirir diversas formas, crímenes o actos violentos que se conecten bajo la influencia de las drogas que está relacionado con la obtención de recursos económicos para mantener el hábito.

Según los resultados de la investigación aplicada en el departamento de Tarija se puede ver que el consumo de alcohol y tabaco, crecer tanto en magnitud como en número de consumidores, tanto en las usuarias de género femenino, como en los usuarios de género masculino.

Este estudio señala que el alcohol es la sustancia más consumida con un porcentaje de 63%, en segundo lugar el tabaco con 57.2%, siendo la marihuana entre las drogas ilegales la de mayor consumo con un 3%, existe además el consumo de inhalables señalando el 2,5% de los adolescentes que han consumido esta droga alguna vez en la vida.

Este estudio señala además que la edad media de inicio ha bajado notoriamente de 18 años que se tenía en 1991 a 14 años en la actualidad.

Con los antecedentes mencionados, se puede señalar que el consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia es un tema muy complejo y delicado pues generalmente durante esta etapa se producen los primeros contactos con el alcohol y otras drogas, sin embargo esta problemática puede ser revertida, a través de una tarea educativa preventiva pretendiendo actuar anticipándose a la conducta del consumo, con la finalidad de contribuir a afianzar un proceso de cambio de actitud y conducta en los adolescentes escolares de 10 a 19 años de edad.

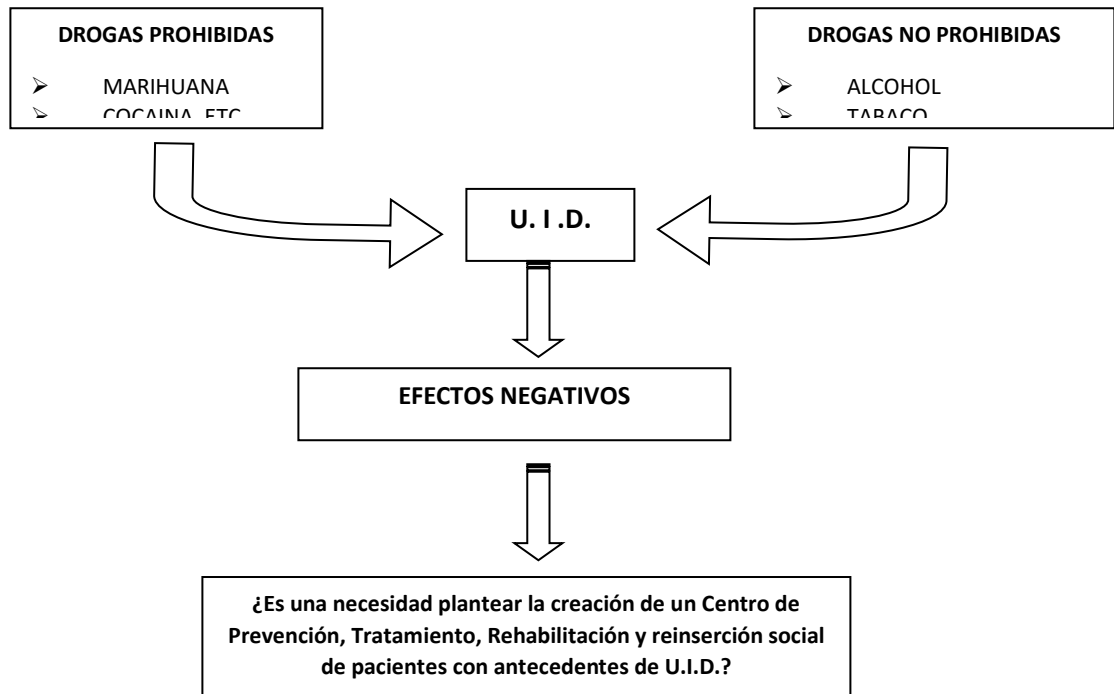
No existen condiciones político - económico - técnico - administrativo (recursos humanos e infraestructura) para solucionar este conflicto social grave.

Queda entonces plantearse un cuestionamiento:

¿Es una necesidad plantear la creación, de un centro de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción social de pacientes con antecedentes de U.I.D.? Tomando en cuenta que el alcohol es la sustancia más consumida y de alguna manera, directa e indirectamente conlleva al consumo de otro tipo de drogas, por los efectos que este ocasiona.

De cualquier manera, existen suficientes antecedentes negativos tanto físicos como mentales llevando en muchos casos a la muerte, que determinan a partir de una organización con criterio técnico, la creación e implementación de un centro que dé respuesta a este conflicto social de graves consecuencias, como es el uso indebido de drogas y más específicamente de la droga aceptada por la sociedad como es el alcohol.

Apartando lo anterior se dice también que estas personas no requieren un proyecto que funcione de lunes a viernes y de 9 a 5, necesitan algo que funcione las 24 horas y todos los días, para un mejor Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción social.



1.4 JUSTIFICACIÓN:

Ante la profunda y aguda crisis que azota a la sociedad; y al constatar la falta de políticas objetivas de proyectos sociales equitativos y eficientes que hagan posible una justa dimensión del ser, sujeto activo de la sociedad y ante la mediocre formación y el poco espíritu de trabajo de las instituciones de cara a los acuciantes problemas de la ciudad, la misma que sólo ha servido para crear caos institucional y no señalar caminos viables de solución se ve con puntual claridad el justificar la posibilidad de brindar a través de un espacio físico una oferta de rehabilitación integral y de calidad, debido a la tendencia notoria del incremento de los índices de consumo y abuso de alcohol en la ciudad y por ende en la persona, la familia y la sociedad.

El consumo de alcohol responde a un conjunto de factores de naturaleza bio - psico - social, educativo, laboral y familiar que están estrechamente relacionados con el individuo, entre las causas más comunes del consumo de alcohol se puede mencionar las siguientes:

- La necesidad de pertenecer a un grupo, pandilla o club, la curiosidad, presión de los amigos, baja autoestima, dificultad de tomar decisiones, escape a los problemas y/o conflictos familiares, falta de comunicación entre padres e hijos, desintegración familiar, excesiva permisividad o autoritarismo que originan consecuencias como:

Falta de interés escolar, deserción escolar, agresiones verbales y físicas, accidentes de tránsito, inicio de relaciones sexuales precoces, embarazos no deseados, desórdenes psicológicos, entre otros lo que genera una pérdida de opciones futuras, diseminando el desaliento en amplias capas de la población adolescente.

De cualquier manera, existen suficientes antecedentes negativos confluyentes que determinan a partir de una organización con criterio técnico, la creación e implementación de un centro que dé respuesta a este conflicto social de graves consecuencias, como es el uso y abuso de bebidas alcohólicas y drogas.



AUMENTO DE EFECTOS NEGATIVOS
DEL CONSUMO DE BEBIDAS
ALCOHÓLICAS.

Según información oficial del Instituto de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental (Intraid), en Tarija el aumento de la drogodependencia en mujeres es un hecho y un nuevo problema social a resolver. Hasta este momento el número de casos de mujeres ha igualado al de los hombres y esto ya es una gran alerta. Sin embargo, y a pesar de esta censura; en Tarija “la drogodependencia aumenta con rostro de mujer”; pues el índice de mujeres drogodependientes fue incrementando en los últimos años. Esta información fue dada a conocer por la directora del INTRAID Marlene Rollano. Aunque no precisó porcentaje, reveló que el índice de personas de sexo femenino creció y añadió que años atrás había una cierta distancia entre lo que era el porcentaje de hombres y de mujeres; pero ahora confirmó que hay un aumento de personas de sexo femenino, hecho que redujo la brecha. Reveló además que en los pasados cuatro meses, más personas de sexo femenino se fueron internando a causa de la drogodependencia.

Sin embargo, los datos fríos son una cosa pero la censura, los sentimientos y la solución son otra. La palabra “depresión” en este plano se torna muy fuerte; pues según el mismo Intraid las mujeres son las que más sufren por esto, ya que la drogodependencia en ellas genera un alto sentimiento depresivo, lo que por añadidura es también una enfermedad mental.

Las mujeres son las que más sufren de depresión, Intraid sólo cuenta con capacidad de internar a 33 personas. Según el psiquiatra de la institución, César Oliva, el tratamiento de internación dura entre siete a ocho semanas. “Este protocolo ha demostrado ser tan efectivo como los protocolos largos”, explica y añade que los

demás pacientes que acuden a la institución reciben un tratamiento externo; es decir que van al centro periódicamente por consultas, seguimiento y evaluaciones. Pero nuevamente estadísticas reveladas por Intraid muestran que la mayoría de los pacientes externos son de sexo femenino; pues la “depresión” es la causa más común por la cual las mujeres acuden al centro de salud mental. El 56 por ciento de los pacientes externos son mujeres.

¿Qué hace la gobernación?

De acuerdo a la directora departamental de Género Generacional, Beatriz Vaca, la drogodependencia y el alcoholismo constituyen un problema estructural que tiene causas múltiples relacionadas con la sociedad en la que vivimos, misma que según afirma “vende drogas y un mundo irreal a través de los programas televisivos”. Afirma que como Gobernación a través de la dirección departamental de Género tienen un programa de prevención y uso del alcoholismo y las drogas con el que buscan llegar a todos los jóvenes del Departamento en coordinación con las agrupaciones sindicales y los municipios.

Sin embargo y frente a esto, la directora del Intraid asegura que es necesario brindar a la población tarijeña un centro de salud mental con mejores condiciones para la rehabilitación.

De un tiempo a esta parte ha crecido exponencialmente el consumo de estupefacientes en la ciudad de Tarija, y consta que en ciudades fronterizas como Bermejo y Yacuiba cada vez crece el número de menores que incurren en el consumo de alucinógenos, como un reflejo de una realidad social que es determinante en el índice de drogadicción, según confirma la psicóloga Paula Mendoza Arias, quien realizó un diplomado sobre la drogodependencia.

El director de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (Felcn), coronel Raúl Herbas, informó que en lo que va del año todos los operativos antinarcóticos terminaron con resultados positivos, y que se logró la aprehensión de personas dedicadas a la venta de pasta base, marihuana y cocaína, “quienes estuvieron

contaminando la salud de la población tarijeña”. Recordó que incluso se llegó a conocer el modus operandi de las personas dedicadas a la venta, que recorren las calles a bordo de motorizados o motocicletas, atendiendo a encargo mediante llamadas a números de telefonía móvil, a jóvenes en general, quienes esperan por las sustancias en lugares públicos, por lo que se tiene ya un control inteligente sobre zonas ya determinadas y barrios periurbanos. Es así que la lucha contra el micro tráfico va brindando resultados, desarticulando clanes dedicados a un negocio, que incluso es familiar, siempre ligado a otros ilícitos, siendo un factor determinante la recolección de pruebas que realiza la Felcn, con operativos en los que el Ministerio Público emite los requerimientos que, una vez puestos ante la justicia ordinaria, en todos los casos terminan con la detención preventiva de los implicados por suficientes indicios. El precio de la droga oscila entre los 50 a 100 bolivianos, distribuida en sobres de pasta base o cocaína, y en bolsas tubulares en caso de marihuana, y en las intervenciones en las que se interceptó las drogas provenientes del interior, esta viene a granel, hábilmente envuelta en cinta maskin cuando se trata de cocaína, y en estado natural o prensada cuando es marihuana. Según la tesis elaborada por Mendoza, los consumidores de droga en Tarija provienen de distintos estratos sociales, constando que se dividen en consuetudinarios y casuales. **“Según la encuesta realizada a 86 personas de distintas edades, de 15 adelante, al menos 10 de ellas conocen de alguna persona consumidora, siendo 2 identificadas por los encuestados como consumidores abusivos”**.

Asimismo, en las entrevistas desplegadas a consumidores, se tiene una disociación de la personalidad, ya que al no ser aceptados socialmente los consumidores terminan por hacerlo a escondidas, entablando círculos sociales con gente consumidora, logrando reuniones sociales permisivas, donde generalmente “nacen” nuevos consumidores, que en la mayoría de las veces dicen haber probado alguna sustancia por influencia alcohólica o curiosidad en etapa de colegio o universitaria.

“Hay neuro receptores en el cerebro humano que perciben el agente activo de cada droga”, indica la profesional quien agregó que las drogas tienen un efecto tan nocivo que depara a quienes la consumen problemas mentales y sociales. Otro factor es la pureza de las drogas que circulan en Bolivia, que fomentan al consumidor a convertirse un adicto. El número mayor de consumidores en base a la densidad demográfica lo tienen los departamentos de La Paz y Santa Cruz, existiendo en menor porcentaje en Tarija, pero cada vez hay más consumidores. “En ocasiones (los consumidores) no cuentan con un perfil psicológico favorable, por lo que son propensos a la drogodependencia”.

El fiscal adscrito a la División de Sustancias Controladas en el Ministerio Público, Zacarías Valeriano, sostuvo que por las indagaciones incluso se llegó a conocer que existen vendedores que “reparten” sustancias a personas en fiestas sociales, con el objetivo de ampliar su número de clientes. Agregó que jóvenes, varones y mujeres, pueden convertirse en adictos después de tres o cuatro veces de ingerir alguna droga. En los casos atendidos por su jurisdicción, se tiene menores consumidores provenientes de familias disgregadas, de 13 años de edad en adelante, empero, cuando se mezcla la pobreza con el consumo, existiría una tendencia mayor a delinquir, constatándose que hay casos en los que, por ejemplo, asaltantes actuaron bajo influencia de alguna droga, una de ellas denominada pasta base, la cual genera una inclinación hacia el delito, más que las demás sustancias. Según el fiscal, en Tarija no se tienen otros alucinógenos como existen en otros países (hachis, éxtasis, ácido lisérgico), pero expresó que “con las drogas más comunes que son la coca, marihuana y pasta base, la juventud se estuviere destruyendo paulatinamente”, por lo que recomendó a los padres o tutores conozcan las actividades de sus hijos, entablando con ellos una relación de confianza para detectar cualquier cambio anímico. “Los familiares de los drogadictos hacen lo posible para que los jóvenes puedan recuperarse, los llevan a los centros médicos para que reciban la atención médica, sin embargo, la mayoría vuelve a consumir drogas”, lamentó a tiempo de mencionar que ya se extreman los operativos para acabar con los vendedores, con buenos resultados pese al crecimiento de consumidores (con relación al año 2011),

que se quedan sin los promotores de su adicción. La incidencia de la droga en la delincuencia en Tarija, según manifestó, es directa, con la característica de la violencia empleada en los ilícitos cometidos por personas en estado de alucinación. “Una persona que esta drogada esta fuera de sus controles”.

1.5 OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Implementar una infraestructura en la ciudad de Tarija, para ofertar condiciones espaciales, funcionales y ambientales adecuadas para el desarrollo y la atención especializada en las diferentes áreas de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción social, la cual acogerá a todo el que lo desee y con una estadía voluntaria, de esta manera tratar de controlar el "abuso del alcohol y drogas", brindándoles además un equipamiento confortable, con aire hogareño, para una rápida reinserción a la ciudad.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ofertar alternativas terapéuticas a nivel personal, familiar y social en los servicios: Psicológico, Social, Educativo, Deportivo, Recreativo, Laboral, etc., posibilitando niveles óptimos de salud.
- Optimizar, a través de la utilización de elementos conceptuales arquitectónicos, la integración y funcionalidad de las áreas de Rehabilitación, buscando que los mismos se relacionen con los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los pacientes.
- Despertar la sensibilidad y la solidaridad en los pacientes para que siempre su actuación sea la de reconocerse como personas dignas y buscar que sea consciente de su propia problemática para que sea el mismo dueño de su rehabilitación y reinserción social.

- Orientar, capacitar y educar a la población en prevención integral del uso indebido de drogas.
- Apoyar con consejería y asesoramiento a las familias de los pacientes, para que les brinden apoyo espiritual y moral.
- Facilitar a las personas cuya salud mental este alterada o que corran riesgos de ver comprometido su equilibrio psíquico, a obtener una respuesta adecuada a sus necesidades y una atención oportuna y apropiada.

1.6 MISIÓN:

El presente proyecto es proveer un equipamiento confortable y apto para pacientes con problemas de adicciones, ampliando la cobertura de atención especializada en rehabilitación a todo el departamento de Tarija, disminuyendo la impronta del consumo de sustancias.

El alcance académico en el desarrollo del proyecto, será determinado por la estructuración general del diseño arquitectónico y el diseño específico a detalle de las áreas orientadas al desarrollo de las diferentes actividades de tratamiento integral del alcohólico y drogadicto.

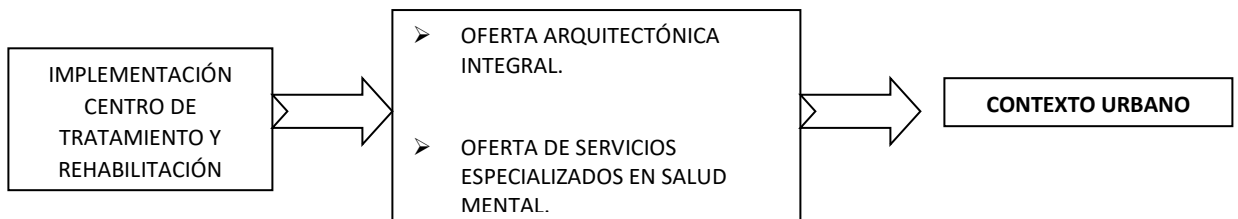
1.7 VISIÓN:

- Ser el principal centro de rehabilitación en la ciudad de Tarija, brindando la atención adecuada a los pacientes con las herramientas necesarias para la adaptación del mismo.
- La propuesta arquitectónica estará dirigida por personal especializado en el tema, por tal motivo el centro a diseñarse tendrá una diversidad de funciones correlacionadas entre sí, como ser la Prevención, el Tratamiento, la Rehabilitación, los cuales se constituirán en un mecanismo dinámico que servirán para una pronta Reinserción social del paciente.

1.8 HIPÓTESIS:

- Debido a que actualmente los centros de rehabilitación no abastecen a la población regional por el alto crecimiento de consumo de sustancias legales e ilegales, es necesaria la implementación de un centro de rehabilitación, tratamiento y reinserción para drogodependientes y salud mental que cumplan la condiciones necesarias para satisfacer las necesidades de la población tanto regional como nacional debido a que el INTRAID no cubre dicha demanda a pesar de que es considerado el único referente en el país.

Con este proyecto se pretende brindar atención médica y psicológica, además de brindar capacitación mediante cursos y talleres así de esta manera el usuario logre una mejor reinserción a la sociedad, mediante la concientización y prevención de dicho problema para así poder reducir el porcentaje del crecimiento de adicciones.



PARTE II
MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN

Dentro de esta etapa, con el fin de conocer y permitir un mejor entendimiento, se describe de manera específica las características históricas, profundizando el tema del alcohol y sus diferentes aspectos, contextuales y conceptuales.

Con las siguientes consideraciones se da paso al desarrollo del marco histórico.

2.2 MARCO HISTÓRICO

El hombre, desde tiempos inmemoriales, ha buscado la forma de encontrar estados de placer o de disminuir el sufrimiento a través del uso de algún tipo de droga.

En los pueblos primitivos, el consumo de drogas estaba relacionado a motivos religiosos, donde mucho tenía que ver la superstición. Se buscaba un contacto o vínculo íntimo entre la comunidad y la divinidad. Así se encuentran los cultos dionisiacos, las creencias y éxtasis místicos paleo - cristianos y medievales, los coros de los monjes de San Gallen animados por el alcohol y reflejados por Orff. Las danzas frenéticas de Dervishes musulmanes desinhibidos por el cannabis y hasta los viajes de los Shamanes de Siberia.

Analizando las referencias históricas, se encuentra que cada pueblo, tuvo su propia forma de utilización de las drogas y en el tiempo sólo cambió la filosofía de su uso y consecuentemente los efectos que la droga podría producir en la persona, la familia y la sociedad, marcando su presencia características determinadas en cada región, época, cultura, política, etc.

La historia nos hace conocer, que los antepasados utilizaban plantas como "la milenaria coca", para efectos de relación con sus dioses.

Existen muchas tradiciones y leyendas sobre la hoja de coca. No se puede indicar una época precisa de cómo y cuándo comenzó su consumo. Lo que se conoce por ser único y sagrado su consumo, fue sólo, "autorizado a los grupos de poder y sacerdotes,

para actos y ritos religiosos y las grandes fiestas”. Posteriormente, el uso de la hoja de coca fue orientada para mitigar el hambre y enfrentar las condiciones de clima y la altitud.

En la época colonial, los españoles al enterarse de las cualidades de la hoja de coca y de su consumo por parte de sus habitantes, espacialmente en la religión de los andes, asumieron el control y lo comercialización de la misma.

Con referencia a las bebidas alcohólicas, es bueno establecer que cuando los españoles llegaron a la América, los nativos ya consumían diversidad de bebidas alcohólicas, una de ellas fue la chicha. En el tiempo se llegarían a utilizar otras drogas, como el tabaco, que junto al alcohol proporcionaba horas de reposo y deleite en los que consumían.

En la época republicana, el pueblo abusó de tóxicos, así las bebidas alcohólicas estaban en un lugar de preferencia, la chicha era una de las bebidas populares de ese momento, pero a su vez se consumían otras, como los vinos y aguardientes.

En la actualidad, el hombre vive en una situación de crisis integral, que orienta su conducta hacia la búsqueda de algún tipo de "objeto - droga", que le brinde superar su situación de conflicto vital.

En la década de los 50 se popularizó el uso de los tranquilizantes. En los años sesenta, surge el hipismo y con ellos aparecieron en el mercado otras drogas para su consumo, ej.: la cocaína, el tabaco, la marihuana, los inhalantes, etc., las cuales en el tiempo se han constituido en un problema social, político y económico.

El consumo desmesurado de las drogas en Bolivia se puede observar en la mayoría de las ciudades y Tarija no es la excepción.

El uso indebido de drogas se muestra, en todas sus formas, en todos los estratos sociales. Se sabe que el alcohol es la droga más utilizada, le sigue el tabaco, la

marihuana, cocaína e inhalantes, otros indicadores sociales demuestran que, como efecto directo o indirecto de la utilización de bebidas alcohólicas y otras drogas, ocasionan un incremento en la frecuencia de los accidentes de tránsito, suicidios, desintegración familiar, ausentismo y deserción laboral, deserción escolar, violencia familiar y callejeras, además de la enfermedad clínica - mental.

Con referencia a aspectos terapéuticos, se sabe que en el año de 1814 se llegó a extraer de plantas naturales, sustancias químicas que fueron en el tiempo utilizadas para estos fines ej. el opio, sus elementos activos sirven de base en la producción de analgésicos. En 1884 se utilizó la cocaína en el tratamiento de pacientes morfinómanos, a partir de esta situación no demoró percibir para la medicina los efectos colaterales de estas sustancias.

No se sabe exactamente, en qué momento se inició el tratamiento institucionalizado de personas que habiendo consumido drogas de manera no controlada y de pacientes que habiendo utilizado con fines terapéuticos llegaron a tener un tipo de enfermedad.

Una de las primeras instituciones que se responsabilizó del tratamiento de pacientes con antecedentes de uso de drogas, fue el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, en 1963. Se difunde, asimismo, el estereotipo de la dependencia para el consumidor, con lo cual se inicia la experimentación con diferentes tipos de tratamiento a lo largo de la década.

Posteriormente, se crean las comunidades terapéuticas como alternativa de contención institucional de los pacientes con problemas de droga.

En América Latina, se toma como referencia los métodos empleados en el país del norte, mientras que en Bolivia, las posibilidades de tratamiento institucional a pacientes con antecedentes de uso indebido de drogas se llegan a implementar muy tarde.

2.3. La Rehabilitación y Desintoxicación

El presente estudio parte del interés de conocer el mercado médico con respecto al trato de individuos con problemas de adicción a sustancias que implican un perjuicio tanto para la salud, el bienestar del entorno familiar y social, esto nos ayudará a determinar cada una de las especificaciones pertinentes para determinar la viabilidad de crear en Tarija una clínica de desintoxicación y rehabilitación.

La falta de atención por parte de los familiares (problemas familiares, falta de comunicación y respeto), malas amistades, por soledad, por los problemas económicos de país, el desempleo, el deficiente control que ejerce la policía para evitar el enorme abastecimiento de estas sustancias sicotrópicas, muy baja autoestima (piensan que consumiendo estas sustancias es la única manera en la que se llenan de valor para hacer y decir las cosas como las piensan), la falta de eficacia de los pocos seminarios que hacen en los centros educativos públicos y particulares para que haya mayor conciencia en sus estudiantes y eviten el consumo de este tipo de estupefacientes.

El problema radica al momento que el individuo ya se ha vuelto farmacodependiente, hoy en día podemos ver campañas nacionales y a nivel mundial, refiriéndonos a este tema, pero lo que debemos tener presente es que podemos hacer cuando ya está radicado, es decir la solución que se le debe dar.

Hoy en día nuestra juventud consume de una manera irracional entre las de uso recreacional más conocidas encontramos: Alcohol, cafeína, cocaína, crack, inhalante, LSD, Paco, Marihuana, hachís, anfetaminas, nicotina, Opiáceos (Heroína, morfina, etc.). Desde temprana edad comienzan con el consumo de estos tipos de sustancias, causando serios problemas en el desarrollo emocional y físico del adolescente perjudicando en el desenvolvimiento normal.

Se trata de un fenómeno a gran escala, ya no es una minoría marginal quienes las consumen.

Podemos ver a los mejores estudiantes de las mejores clases consumirlas. Se trata de hijos de familias decentes, de clase media/alta. Ya no son detectables a simple vista, visten igual, se comportan igual, pueden ser amables, respetuosos.

Comportamientos que disuaden la típica imagen del drogadicto, pero lo cierto es que lo son. Los padres suelen ignorarlo, en raros casos lo saben y en muchos menos lo toleran.

El tema del efecto que hacen estas sustancias en el organismo humano, no es nuevo, hoy en día es más común ver en las calles jóvenes perdidos en estos problemas, del cual sus familiares no saben cómo asimilar, es por eso que se ha identificado la necesidad social el crear una clínica para que esos familiares tengan a dónde acudir para poder así ayudar a que su familiar amigo o ser querido tenga una oportunidad más de ser y hacer de su vida un “todo” prospero.

Para el correcto desarrollo del marco teórico serán las siguientes preguntas en torno al investigado, que permitirá el entendimiento del proyecto.

2.3.1. ¿Qué son las sustancias sicotrópicas?

Una sustancia psicotrópica o psicótropo (del griego *psyche*, "mente" y *tropein*, "tornar") es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

Las diferentes culturas a lo largo de la historia han utilizado sustancias psicotrópicas, con el propósito de alterar deliberadamente el estado de la mente. En la actualidad, muchos psicotrópicos son utilizados en medicina para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas (*psicofármacos*). El desvío de estas sustancias para empleos recreativos es un fenómeno frecuente. Los fármacos cuya acción terapéutica afecta principalmente otro sistema o aparato y que sólo presentan efectos psicoactivos secundarios (como los antihistamínicos, betabloqueantes y algunas hormonas) no se consideran psicotropos. En ocasiones, se llama a los psicotrópicos psicoactivos *opsicoactivantes*, a pesar de que no todos promueven la activación del sistema nervioso.

2.3.2 ¿Efectos que causa las sustancias sicotrópicas en el organismo?

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas de categorización, predominando, en la actualidad, las clasificaciones en función de sus efectos

farmacológicos. Entre los diferentes tipos de clasificación empleados a lo largo del tiempo, destacan los siguientes:

2.3.3. Según los efectos producidos sobre el sistema nervioso central

Constituye el sistema de clasificación más aceptado en la actualidad (frente a la distinción entre drogas "duras" y "blandas" o legales e ilegales).

Según este criterio, las distintas sustancias pueden clasificarse en una o varias (drogas mixtas) de las siguientes categorías:

Depresores del sistema nervioso central o psicolépticos inhiben el funcionamiento del sistema nervioso central, alientan la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Producen, entre otras cosas: relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma. Ejemplos de estas sustancias son el alcohol, los diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), ciertos psicofármacos (como por ejemplo las benzodiacepinas o los barbitúricos), etc.

Estimulantes o psicoanalépticos: producen una activación general del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores (tales como la cocaína o las anfetaminas) y menores (como la nicotina o las xantinas: cafeína, teína, teobromina).

Alucinógenos o psicodislépticos: también conocidos como *perturbadores*, producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial. Ejemplos de estas sustancias: el LSD o las drogas de síntesis (que por los efectos que producen serían más bien consideradas como sustancias mixtas estimulantes-alucinógenas).

2.3.4 ¿Qué es la farmacodependencia?

Es un padecimiento que consiste en la dependencia de sustancias químicas que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, que producen alteraciones en el comportamiento, en la percepción, en el juicio y en las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependen del tipo de droga y de la cantidad o

de la frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos o provocar sensaciones de euforia o de desesperación.

El consumidor necesita consumir cierta sustancia para alcanzar ciertas sensaciones placenteras o bien para eliminar sensaciones desagradables derivadas de la privación de la sustancia (el llamado *síndrome de abstinencia*).

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

Dependencia física: El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como Síndrome de abstinencia. Por ejemplo, algunos medicamentos para la presión sanguínea.

□ Dependencia psíquica: Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue. Por ejemplo, la abstinencia de la cocaína no trae síntomas como vómitos ni escalofríos; en cambio se caracteriza principalmente por la depresión.

2.3.5. ¿Efectos que causa un individuo farmacodependiente en la familia?

Con frecuencia los miembros de la familia cesan de actuar en forma funcional cuando tratan de lidiar con los problemas producidos por la droga en un ser querido, algunos niegan que exista algún problema, bloqueando sus propios sentimientos (de igual modo que el adicto a la droga). Otro de los miembros de la familia tratan de encubrir los errores cometido por el adicto a la droga.

El encubrimiento ocurre cuando un miembro de la familia rescata al adicto o le ayuda en la obtención de la droga. Uno de los cónyuges quizás trate de ocultar a los hijos la adicción a la droga de su pareja.

Los miembros de la familia que niegan que exista un problema o permiten que el adicto continúe con el uso de la droga se consideran co-dependientes.

La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia

agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de la droga.

Familias en riesgo de que sus miembros sean consumidores de drogas.

Los miembros de la familia no expresan sus sentimientos.

Sólo ciertos sentimientos son aceptados. Las cosas importan más que las personas.

Existen muchos temas que no se discuten (son tabúes)

Se fuerza a que todos sean y piensen igual.

Las personas carecen de autocontrol. Viven en función "del qué dirán" los demás y le temen a la crítica. Roles ambiguo, inconsciente y rígido.

Hay una atmosfera de tensión, malhumor, tristeza y miedo

Las personas no se sienten tan queridas, las normas son implícitas el crecimiento físico y psicológicos se percibe como un problema, el cariño no se expresa ni verbal ni físicamente.

2.3.6 ¿Qué es una clínica de rehabilitación y desintoxicación?

Son lugares que se encargan del bienestar del paciente por medio de procesos y terapias a nivel psicológica y tratamiento especiales, con el fin de separar al individuo de la adicción.

2.4. EL ALCOHOL

El alcohol es una sustancia muy conocida, y genera el problema de alcoholismo.

Químicamente cuando se habla de alcohol se refiere al **alcohol etílico** o **etanol**, que se obtiene de la fermentación del almidón y la glucosa que se encuentra en frutas, cereales, la miel, la caña de azúcar y otras sustancias.

Con esto se da origen al alcohol que se encuentra en bebidas como la cerveza, el vino, el brandy, etc.; cada una de las bebidas presentan un grado alcohólico determinado, por ejemplo "la cerveza es igual a 5°, el vino es equivalente entre 8° a 20° (dependiendo el vino), el coñac, ginebra, agua ardiente son semejantes a 40° - 50°, el güisqui es igual a 45° y de la chicha equivalente a 11°.

2.4.1. COMO ACTUA EL ALCOHOL

El alcohol es un depresor general del sistema nervioso central, actúa igual que un anestésico, pero cuando las cantidades de alcohol son moderadas el alcohol produce efectos anti tensionales como relajación, alegría y luego ansiolíticos.

Según algunos investigadores el alcohol es considerado como un veneno depresor, que produce intoxicación con incoordinación motora y delirium.

2.4.2. EL ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que deriva de la ingestión excesiva y no controlada de alcohol.

El alcoholismo es un problema que tiene poco que ver con el tipo de alcohol que se consume, cuánto tiempo se ha estado bebiendo, o la cantidad exacta de alcohol que se consume, sin embargo, el alcoholismo tiene mucho que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona.

Poco a poco, el alcohol se convierte en una droga para la persona que bebe, que sirve para cambiar el estado de ánimo, más que una bebida es parte de una costumbre social, ya que se suele empezar a consumir con otras personas.

En un principio, la persona muestra mucha tolerancia al alcohol, en algunas ocasiones parece que no le afectara, el bebedor empieza a tomar y a embriagarse se siente más importante, hasta que pierde el control sobre la bebida y no sabe cuánto va a tomar.

Es aquí donde el alcohol es ya una adicción y la persona siente que no puede dejar de beber, esta adicción es el alcoholismo.

2.4.3. CLASIFICACIÓN DE BEBEDORES

➤ Bebedor social

Pueden estar sin beber, pero en reuniones sociales no limitan el consumo de alcohol para sentirse más sueltas y divertidas.

➤ Ebrios ocasionales

Suelen ser grupos de “compañeros” que antes de comenzar la fiesta tienen intención de emborracharse.

➤ Bebedor fuerte

Bebedores que toman mucha cantidad de alcohol, independiente o no de las comidas y casi todos los días de la semana, para estos, la bebida es una parte importante de su vida y una fuente de placer y diversión. A pesar que durante el día toman mucho alcohol no han perdido la capacidad de controlar cuanto y hasta cuanto tomar, por lo que rara vez llegan a tener complicaciones sociales, familiares o laborales.

El bebedor fuerte suele elegir cuando, donde y con quien beber.

➤ Bebedor alcohólico

La línea que separa a este bebedor de los anteriores es la pérdida de control sobre la ingestión de alcohol, no puede elegir el momento ni la cantidad, ni toma en cuenta los efectos que causa el alcohol en su organismo. En estos casos, y progresivamente, aparecen trastornos asociados con el alcoholismo en todas las áreas de su vida.

2.4.4. CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO

Consecuencias médicas

- El alcoholismo reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves en el futuro.

La sobredosis

- El alcohol es una droga y personas pueden morir de sobredosis. Este es un peligro específico para los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.

Accidentes y violencia

- El alcohol juega una función mayor en más de la mitad de todas las muertes automovilísticas. Menos de dos bebidas pueden deteriorar la capacidad para conducir.
- El alcohol también aumenta el riesgo para las lesiones accidentales resultando de muchas otras causas.

Problemas médicos

- El alcoholismo puede dañar el cuerpo de muchas maneras que es imposible tratar estos temas plenamente en un informe corto. Algunos de ellos son:
 - Cardiopatía
 - Interacciones de medicamentos
 - Embarazo y desarrollo infantil
 - Problemas para las personas mayores
 - Efectos psicológicos en los niños
 - Problemas sexuales
 - Diabetes
 - Mal nutrición
 - Síndrome de dificultad respiratoria agudo
 - Cáncer
 - Trastornos mentales y neurológicos
 - Problemas gastrointestinales (del tubo digestivo)
 - Trastornos de la piel, musculares y óseos

- Infecciones

2.4.5. CONSECUENCIAS EN LAS FAMILIAS CON SUJETOS ALCOHÓLICOS

Dentro de una familia con algún sujeto alcohólico, es muy frecuente encontrar un tanto por ciento muy elevado de esquizofrenia. Además, se puede decir que, aproximadamente, el 60% de los hijos de alcohólicos se hacen alcohólicos, en virtud de una identificación parcial que hacen con la imagen del padre, en un principio, desde luego, detestan la imagen del padre borracho, pero hay ciertos factores del inconsciente que les impulsa a imitar el modelo del padre en cuanto reciben una serie de frustraciones en sus relaciones interpersonales, profesionales, o sensaciones de soledad o de fracaso.

También se crea la codependencia, donde se destruye totalmente la familia por el hecho de estar pendientes del sujeto alcohólico, tratar de ayudarlo y no hallar resultados positivos, esto muchas veces termina con la pérdida de miembros de la familia, por cada 10 familias 2 viven con codependencia.

2.4.6. CONSECUENCIAS EN LA SOCIEDAD

Por otra parte, la propia sociedad sufre también las consecuencias del alcoholismo a través de su incidencia en el ausentismo laboral, accidentes de tránsito, hechos de violencia callejera.

2.4.7. ABSTINENCIA

Se produce cuando hay una dependencia física y psíquica que consiste en todas las molestias y trastornos que en general siente el alcohólico al dejar bruscamente o se disminuye el consumo, también se habla de abstinencia física y psíquica, según que los síntomas sean físicos (orgánico corporal) o psíquico (insatisfacción, deseo, etc.).

“La forma en que las personas reaccionan a los síntomas resultantes de la interrupción de ingerir alcohol, es muy variable y también la intensidad de los síntomas de un sujeto a otro”. Entre los síntomas psico – físicos que se presentan se

puedes mencionar: sudoración, escalofríos, náuseas, vómito, vértigo, insomnio, temblores, convulsiones, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, etc.

2.4.8. RECAÍDAS

Es un proceso en cascada en el cual el retorno al consumo de alcohol es el último evento en una larga serie de respuestas desadaptativas a tensiones o estímulos internos o externos.

Puede ocurrir durante las primeras semanas o los primeros meses de sobriedad, o aun después que el alcohólico a logrado permanecer sobrio varios años.

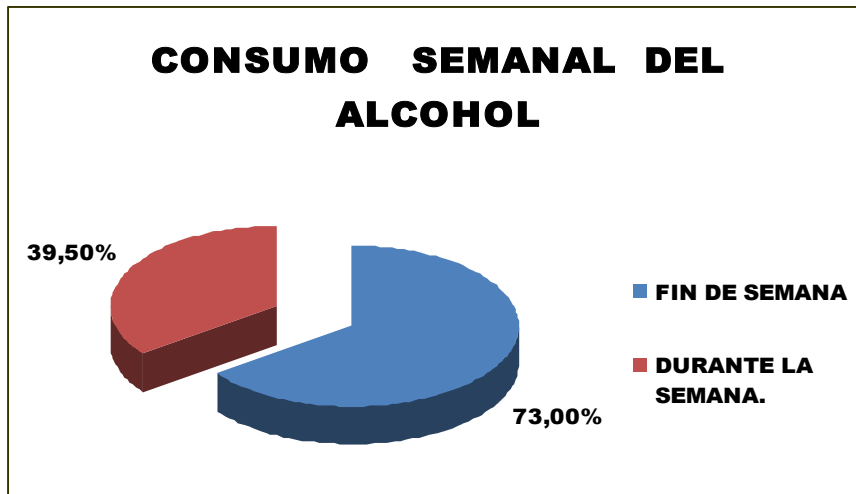
Las recaídas se deben a causas específicas. Intencionalmente olvidaron que habían admitido ser alcohólicos y fueron víctimas de un exceso de confianza, en cuanto a su capacidad para manejar el alcohol, dejaron de ir a las reuniones y de asociarse a otros A.A., se preocuparon demasiado por sus negocios o asuntos sociales y olvidaron lo importante que para ellos era conservar la sobriedad, se dejaron fatigar y cayeron por haber debilitado sus defensas mentales y emocionales, esta recaída dependiendo el grado puede causar la muerte del individuo.

2.5. MARCO CONTEXTUAL

Bolivia, es considerada en el contexto internacional como uno de los países más pobres del continente, por tanto, la pobreza no es un fenómeno nuevo en el medio, sino lo que llama la atención es el carácter de la misma, es decir la magnitud y lo cualitativo del hecho.

El alcohol es una **droga legal**. Por lo tanto es fundamental destacar la importancia del beber moderado, de no beber antes de la mayoría de edad, y que los efectos del alcohol se acentúan cuando se comienza tempranamente, habiendo mayores posibilidades de ser abusador o dependiente.

- La mayor proporción de personas que declaran consumir [alcohol](#) en el mes anterior a ser encuestados se da en el período de edad entre los 19 y los 28 años. En ese intervalo se llega a un 73% de bebedores de fin de semana, siendo éste un patrón de consumo en clara expansión.



- Otra de las características del patrón juvenil es la búsqueda intencionada de la embriaguez, de tal modo que el 39,5% de los jóvenes declara haberse emborrachado durante el último año previo a la encuesta y hasta el 4% en la semana anterior.

Otro aspecto significativo de estas nuevas tendencias es la creciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de [alcohol](#). De hecho, existe una práctica equivalencia en las tasas de consumo de [alcohol](#) entre los sexos en las edades de 15 a 17 años.

Una realidad preocupante la constituye la evidente precocidad en los consumos de tal modo que el 36,3% de los adolescentes han probado el [alcohol](#) antes de cumplir los 16 años.

A pesar de estos datos, persiste una gran tolerancia social ante el consumo de [alcohol](#), y una escasa percepción del riesgo del mismo, lo que dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a su prevención.

En Tarija, como en las otras ciudades del país, la incidencia y prevalencia de uso de drogas se ha incrementado en los grupos de riesgo, mostrando características masivas de presentación, tomándose por su rapidez de propagación en un grave problema social.

Son muchos los factores que originan el consumo de drogas (poli - causalidad), varían en función de varios parámetros, como la personalidad del individuo, el tipo de droga y el contexto social en el que desenvuelve (social, familiar, escolar, grupal e individual).

Las drogas más utilizadas, en nuestra ciudad son por orden de importancia, el alcohol, el tabaco, la marihuana, los inhalantes, la cocaína, tranquilizantes y otras drogas.

De la misma manera como acción directa e indirecta al incremento del uso de drogas se observa, el aumento de efectos negativos tanto en el plano personal (enfermedad física y psicológica), en el plano familiar (violencia intra - familiar, desintegración familiar, etc.) y en el entorno social (ausentismo y deserción escolar y laboral, violencia callejera en todas sus formas, accidentes de tránsito, etc.)

A propósito del sistema asistencial del medio, en particular de la salud mental, cabe indicar que es deficiente, por cuanto no existen políticas que orienten acciones para el acto de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción social.

2.6. MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo a lo expuesto en el marco histórico y contextual se da paso al desarrollo de los conceptos necesarios y precisos para una adecuada utilización y comprensión de ellos, también se hace una concepción de lo que representa un centro de

tratamiento y rehabilitación de manera concreta y específica.

2.6.1. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Adicción.- Uso de sustancias químicas que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, capaces de provocar compulsión irracional e irresistible para continuar con su uso. Es compulsivo, provocando tolerancia y dependencia.

El término deriva del latín "addico addictum", que era la conversión de ciertos hombres libres en esclavos (es decir, la droga esclaviza a quien la consume).

Dependencia.- Necesidad de consumir drogas, que puede ser: 1) de naturaleza orgánica por ej.: morfina, barbitúricos. 2) de naturaleza psíquica, por ej.: cocaína, anfetaminas, aspirinas.

Droga o Fármaco.- Sustancias capaces de modificar los sistemas biológicos en sus componentes estructurales y funcionales. Pueden ser naturales (de origen animal o vegetal), sintéticos (obtenidos en laboratorio a partir de sustancias variadas, distintas de su estructura química característica) y semi - sintéticos (productos obtenidos por manipulación química de otro natural).

Prevención.- Es el conjunto de estrategias destinadas a evitar que ocurra algo considerado como negativo.

Terapéutica.- Programas de tratamiento y cura de las enfermedades.

Uso.- Uso de drogas, de manera habitual o más o menos correcta. Ej.: medicamentos, etc.

"Hoy tomaré una aspirina porque me duele la cabeza".

Abuso.- Uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible con la práctica

terapéutica aceptable. Se presenta como agudo o crónico, según la duración del mismo.

Uso Indebido.- Algunos autores utilizan el término "uso indebido" con el mismo concepto de "abuso", otros en cambio lo hacen para enfatizar a través de ello la existencia de un "uso debido" o "uso correcto de las drogas".

Sin embargo, bajo el término de "Uso Indebido de Drogas", también se contempla otro concepto, el que los organismos internacionales, definen como campo multidisciplinario de acción y estudio relacionado con las drogas.

Efectos.- Las afecciones que se producen a lo largo del tiempo y con la permanencia del consumo se denominan consecuencias producidas por la sustancia. Estas consecuencias son a nivel físico, psíquico, social y económico.

Estimulantes.- Son sustancias cuyo efecto es el de estimulación, producen un estado de excitación o aceleramiento de las funciones psíquicas y biológicas. Ej. Té, café, anfetaminas, cocaína, etc.

Síndrome de Abstinencia.- Cuando una persona ha llegado a ser dependiente de una sustancia, tiene una relación con la misma. Cuando por alguna razón la administración de dicha sustancia es suspendida, durante determinado tiempo, se produce un cuadro psicofísico denominado "síndrome de abstinencia".

2.6.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE UN CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Concepto.- Un centro de Tratamiento y Rehabilitación está dirigido a la atención de personas con problemas del Uso indebido de algún tipo de Drogas, por medio de actividades altamente especializadas en las áreas de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción social del paciente y del grupo de riesgo.

Área de Prevención.- Su actividad se dará a través de la planificación y desarrollo de

programas preventivos del Uso Indebido de Drogas en el grupo de riesgo.

Área de tratamiento.- Dada la complejidad que presenta la atención del drogodependiente y las características de este tipo de población, es preciso intervenir desde diferentes niveles disciplinares. Los servicios que brinda esta área son:

Servicio de Psiquiatría: encargado de la atención psiquiatra de los pacientes que lo requieran, tanto a nivel individual como grupal, en colaboración con los servicios de Psicología y Trabajo Social.

Servicio de Medicina: responsable de la evaluación biológica y toxicología del paciente, de forma conjunta con el servicio de enfermería, y de las actuaciones dirigidas al, restablecimiento de niveles óptimos de salud.

Servicio de Psicología: encargado de la evaluación psicológica del paciente y del diseño del Plan de Intervención Individualizado dirigido a la consecución de hábitos y conductas.

Servicio de Trabajo Social: encargado de la evaluación social.- Apoyo en la resolución de asuntos judiciales. Asesoramientos sobre recursos y prestaciones sociales. Colabora en la atención individual y familiar con los servicios de Psiquiatría y Psicología. Programación de actividades socio culturales.

Servicio de Enfermería: encargado de la evaluación de necesidades en colaboración con el servicio de medicina. Educación Sanitaria dirigida a minimizar riesgos asociados al consumo. Apoyo a la prevención, control y seguimiento de patologías.

Servicio de Recreación: se basa en la utilización del tiempo libre, a través de la práctica de diversas disciplinas deportivas y juegos recreativos.

Área de Rehabilitación y Reinserción Social.- Su misión es a través de las

instancias de talleres protegidos, etc., devolver al paciente las habilidades y destrezas en el desempeño de una profesión, aspecto que orientaran su reinserción en su entorno social.

PARTE III

MARCO REAL

3.1 ANÁLISIS URBANO.

3.1.1 ESTRUCTURA DE LA MANCHA URBANA

El proceso de urbanización se ha dado de forma muy acelerada a partir del año 2000.

A la fecha los distritos de mayor densificación son del 1 al 9, de los cuales los cinco

primeros del centro de la ciudad han logrado una ocupación del 100%, El área urbana está estructurada en función a trece distritos y ochenta y tres barrios, cada uno con características propias, tal como muestra la siguiente Figura.

FIGURA 6: ESTRUCTURA DE LA MANCHA URBANA – TARIJA



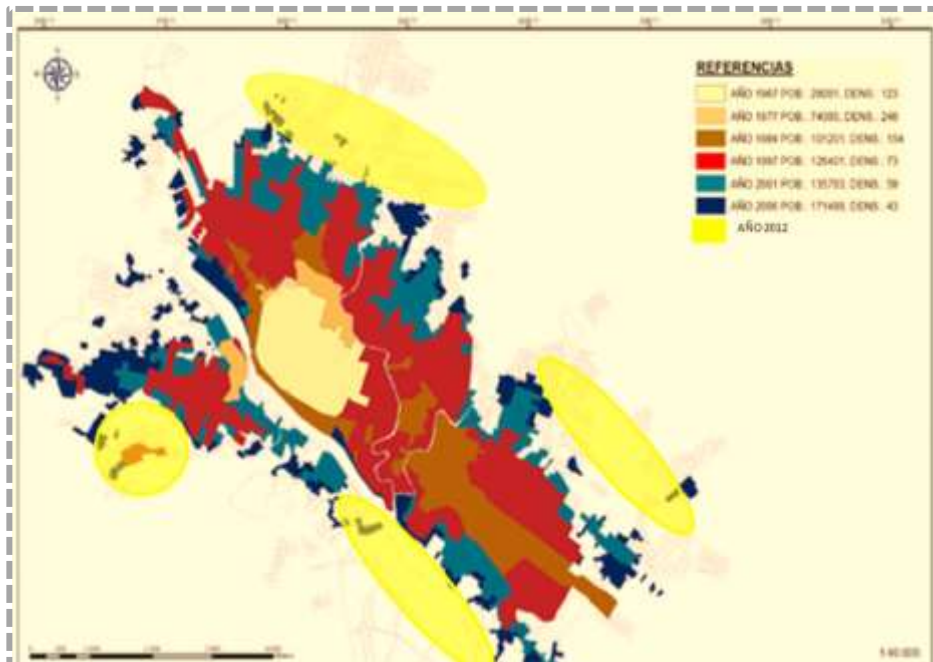
3.1.2 CRECIMIENTO HISTÓRICO DE LA MANCHA URBANA

Si bien no existe un estudio actualizado del crecimiento de la mancha urbana, el anterior esquema ha sido realizado considerando un análisis rápido del grado de consolidación de cada uno de los barrios y su estructura además de considerar algunos testimonios de los propios habitantes.

El crecimiento de la mancha tiene en sus primeras etapas una estructura formal (damero) que define una continuidad en el perfil urbano, es a partir de la década de los 90's que se altera este orden generando una nueva trama urbana continua a la de los primeros periodos pero de tejido irregular debido a diferentes factores entre los que se destacan el hecho de que la ciudad se ha expandido de manera espontánea sin

el acompañamiento de una norma urbanística actualizada, otro factor determinante es el gran flujo migratorio para el cual la ciudad no estaba ni está preparada.

FIGURA 7: CRECIMIENTO HISTÓRICO DE LA MANCHA URBANA – TARIJA



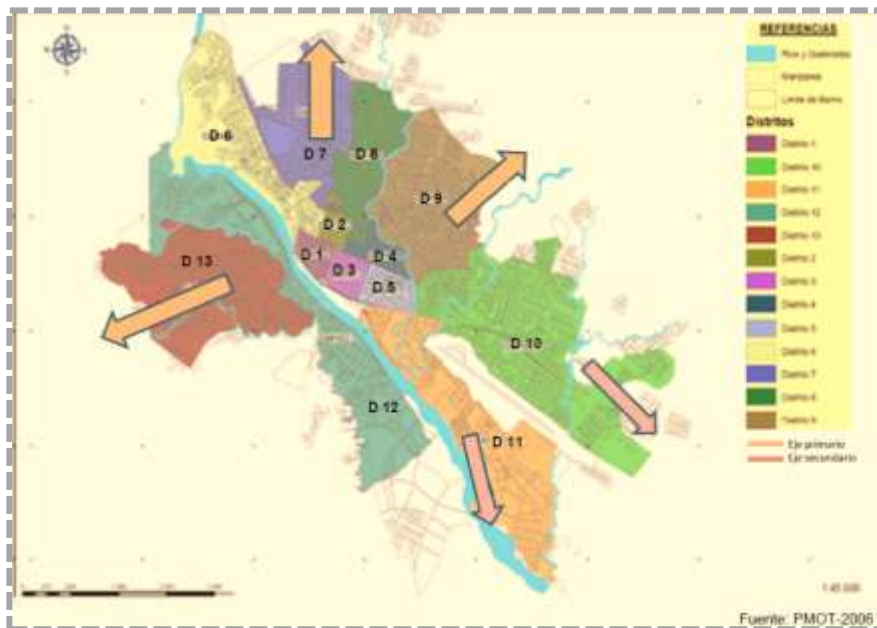
Densidades de población

Tendencias de Crecimiento

Los principales ejes de crecimiento están dados en el eje norte – sur, en directa dependencia de la red de infraestructura vial de primer orden. Los ejes de crecimiento secundario se ubican en la parte oeste y este, de los cuales para fines de la presente propuesta se han priorizado el norte para densificación alta y los otros dos para

densificación media dejando al sur crecimiento controlado de baja densidad tomando en cuenta que es esta zona la que articula la mancha urbana con el área rural

FIGURA 8: TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO URBANO - TARIJA



Densidades

Tomando en cuenta la proyección de población y la superficie urbanizable por distritos se plantea un incremento en la densificación de 57 hab/Ha (densidad promedio de toda la mancha urbana 2012) a 117 hab/Ha al año 2036. De los 13 distritos existentes los de mayor densidad actual son 1, 2, 3, 4, 5 y 8 con densidad mayor a 100 hab/Ha. En el año 2036, los distritos 2, 3, 4, 5 y 8 superarán los 225 hab/Ha. Las densidades de población, calculadas por distritos y quinquenios, se presentan en la Tabla 2.6.

3.1.3 SERVICIOS BÁSICOS

Fueron legalmente asignados COSAALT y está delimitado por el polígono establecido en la Licencia otorgada por la AAPS y sus coordenadas PSAD 56 se presentan en la **Tabla 2.12**. Coordenadas de esquineros de la zona de licencia de COSAALT.

CUADRO 5: ÁREA DE LICENCIA DE COSAALT – TARIJA

Mojón	Longitud (x)	Latitud (y)
A	317.620	7624.000
B	318.250	7624.000
C	321.880	7621.240
D	328.430	7615.150
E	328.200	7614.750
F	327.400	7614.640
G	327.400	7613.530
H	327.000	7612.900
I	323.250	7613.400
J	316.060	7616.550
K	316.000	7618.200
L	317.700	7618.860

En la realidad, esta zona ya ha sido sobrepasada debido a la expansión de la mancha urbana y las solicitudes de los servicios por parte de la población.

FIGURA 10 ÁREA ACTUAL DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE – TARIJA

**FIGURA 11: ÁREA ACTUAL DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADO
SANITARIO – TARIJA**

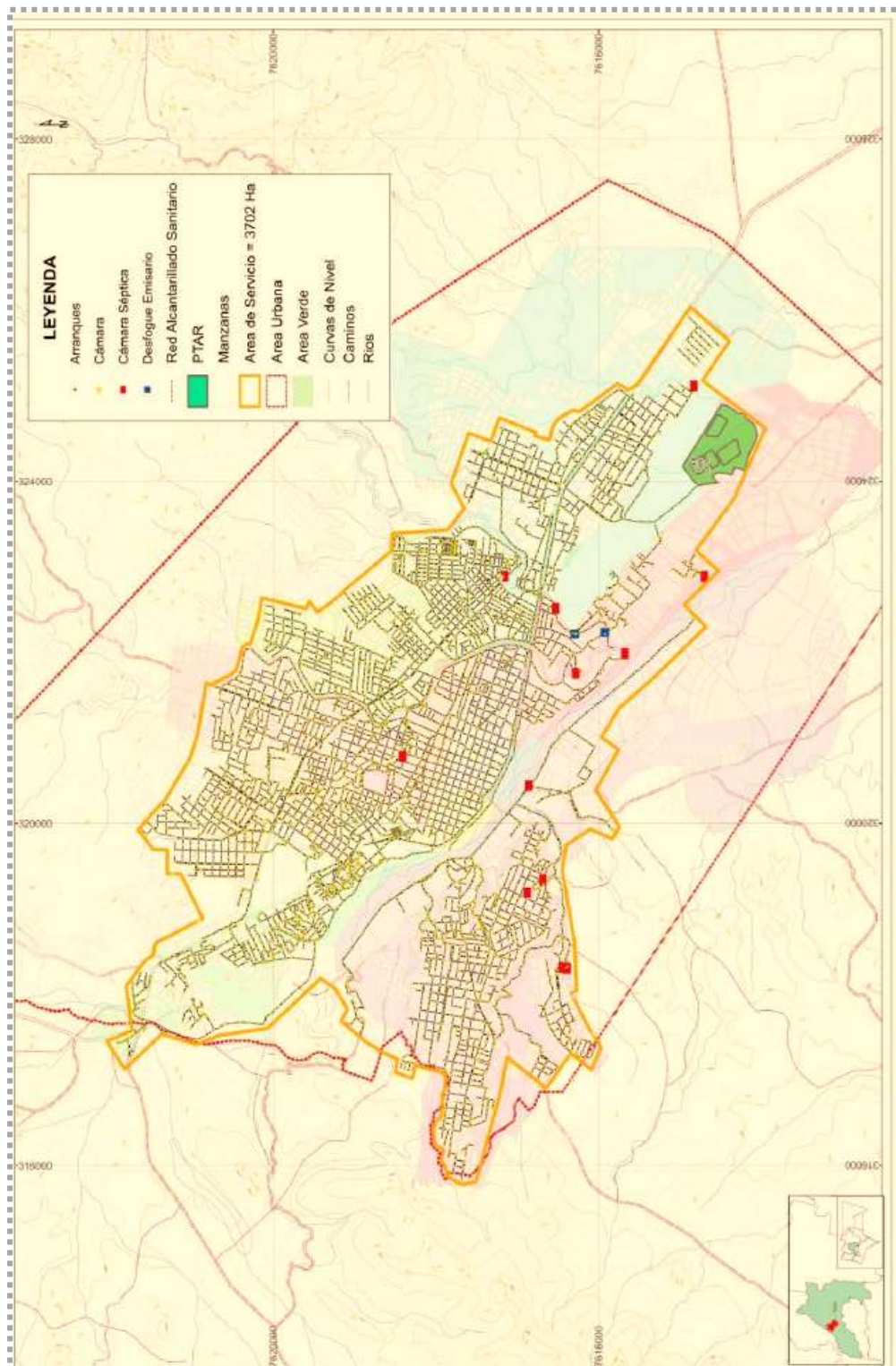
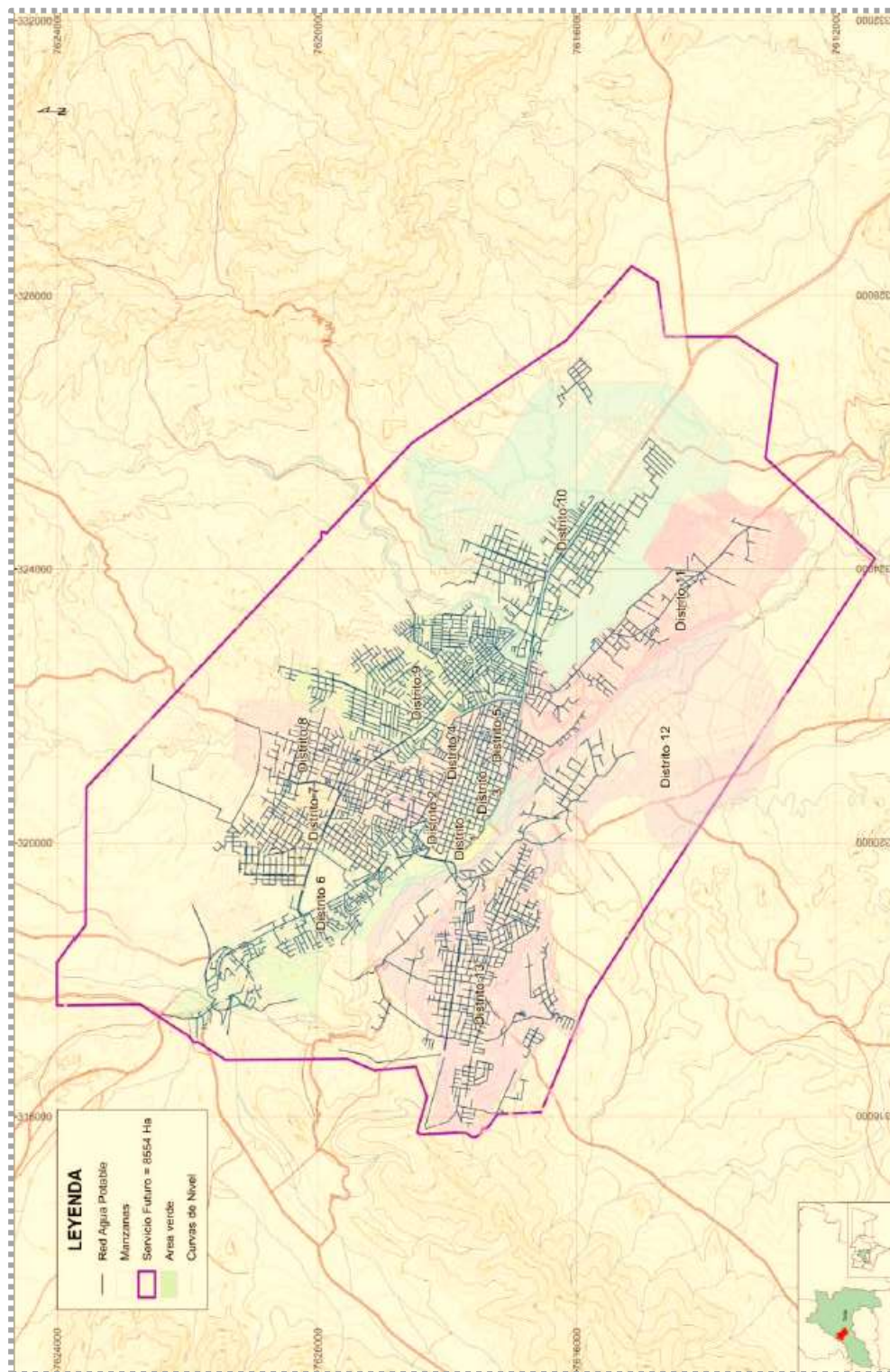
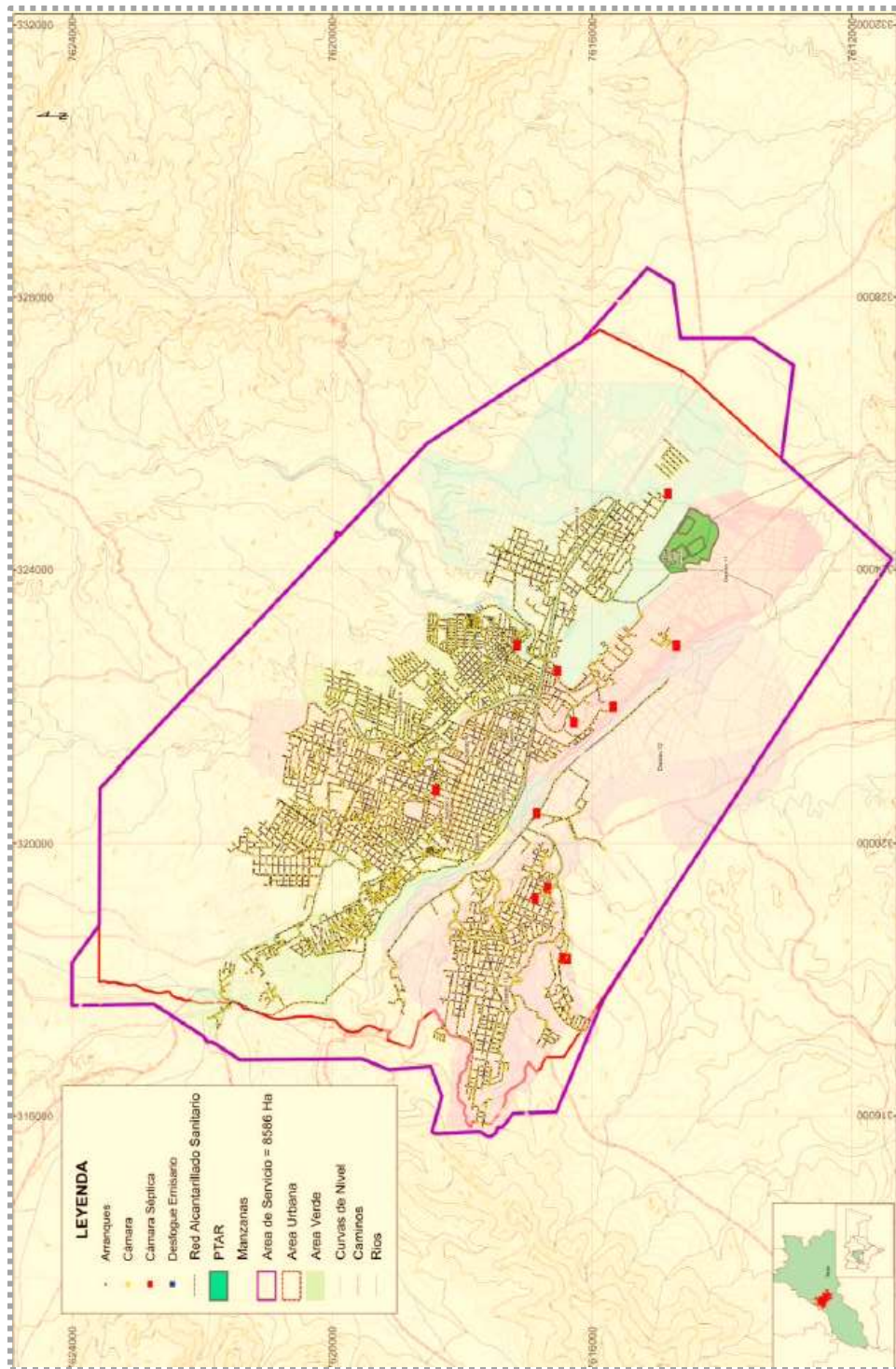


FIGURA 12: (PROPUESTA) ÁREA FUTURA DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE-TARIJA



**FIGURA 13: ÁREA FUTURA DEL SERVICIO DE ALCANTARILLADO
SANITARIO - TARIJA**



3.1.4 ESTRUCTURACIÓN VIAL



Problemáticas

- Concentración en sectores de contaminación acústica
- Incremento de contaminación visual.
- Congestión vehicular, en casco histórico y en uniones de vías primer orden.
- Ciudad prioriza el paso vehicular por sobre el peatón.

Conclusión:

La ciudad de Tarija presenta diversas problemáticas urbanas, entre ellas se destacan la falta de planificación urbana causa por la cual existen diversos asentamientos improvisados en las periferias de la ciudad, la descentralización de equipamientos urbanos pues existe una congestión de actividades en el centro de la ciudad, y diversos problemas que hacen ver a la ciudad como un espacio de impremeditación.

3.2 ANÁLISIS DE SITIO INTERVENCIÓN

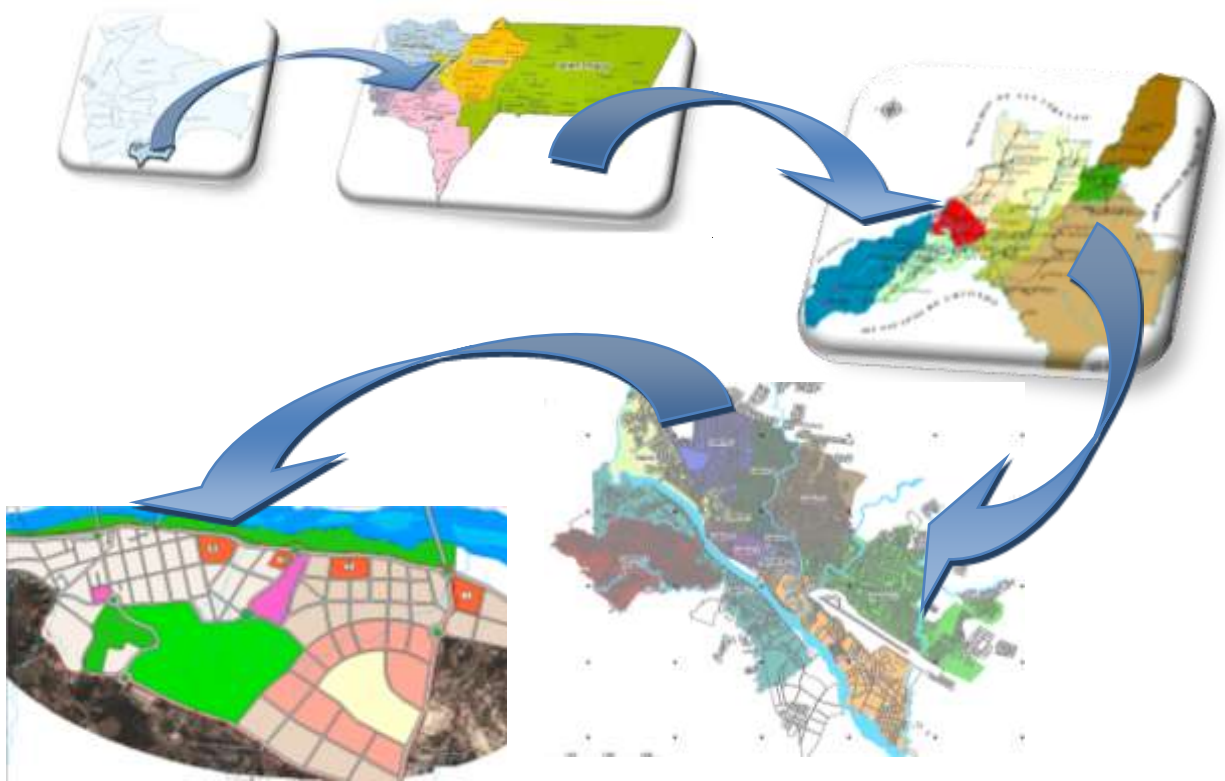
El Terreno se encuentra situado en la provincia Cercado del departamento de Tarija, al sur-este de la ciudad

DISTRITO: 12

BARRIO: San Blas

SUP. TERRENO: 39.940 m²

PERÍMETRO: 860,41ml aproximadamente.



3.3. CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR LÍMITE

LIMITES DEL TERRENO	
Nor-Oeste	Terrenos baldíos y cultivos
Sur- Este	Terrenos baldíos
Sur-Oeste	Terrenos baldíos
Nor-Este	La vía de 1° orden propuesto.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

El sector cuenta con los siguientes servicios de infraestructura:

- Agua potable
- Alcantarillado sanitario
- Línea telefónica
- Alumbrado público
- Energía eléctrica

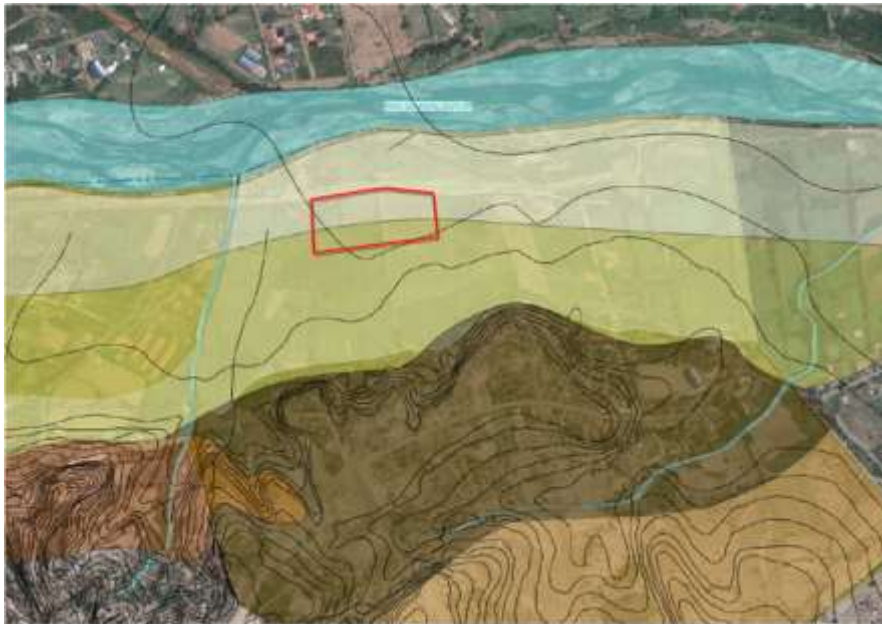


EXTENSIÓN Y FORMA DEL TERRENO

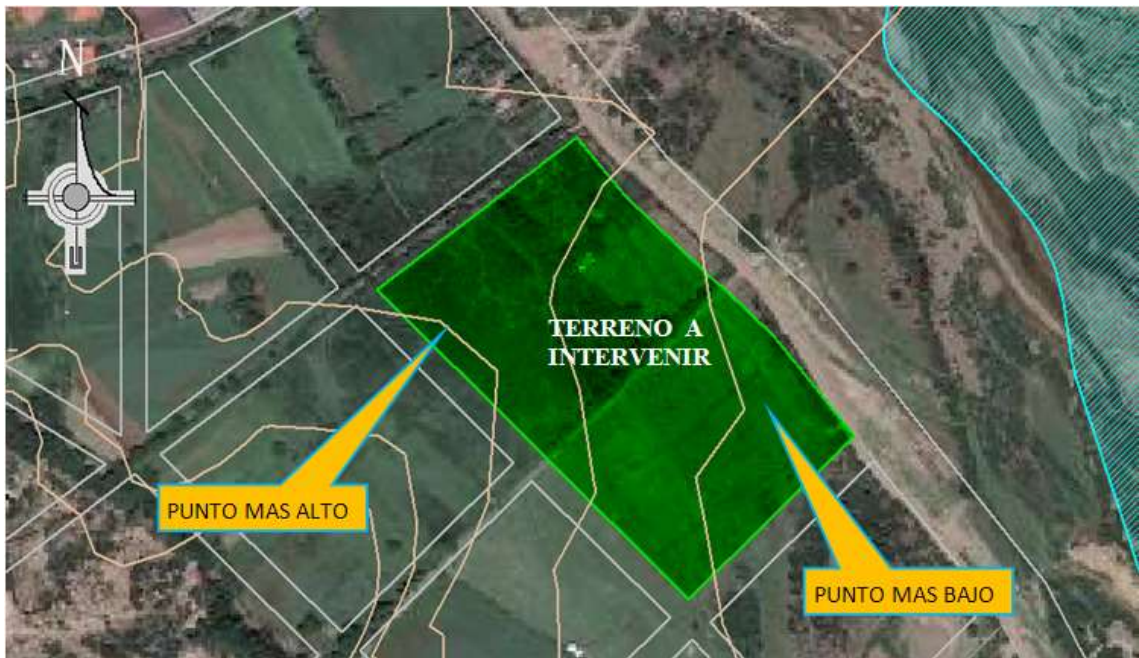


TOPOGRAFÍA

Las pendientes que presenta el lugar no es mucha, existen sectores planos a casi planos con 0-2% de pendientes. Otros ligeramente ondulados de 2-5% de pendiente.



CUADRO DE REFERENCIA	
REFERENCIA	PENDIENTE
	0 - 2 %
	2 - 5 %
	5 - 10 %
	10 - 25 %
	35 - 45 %
	Mayores de 45 %



TIPO DE SUELO



ACCESIBILIDAD



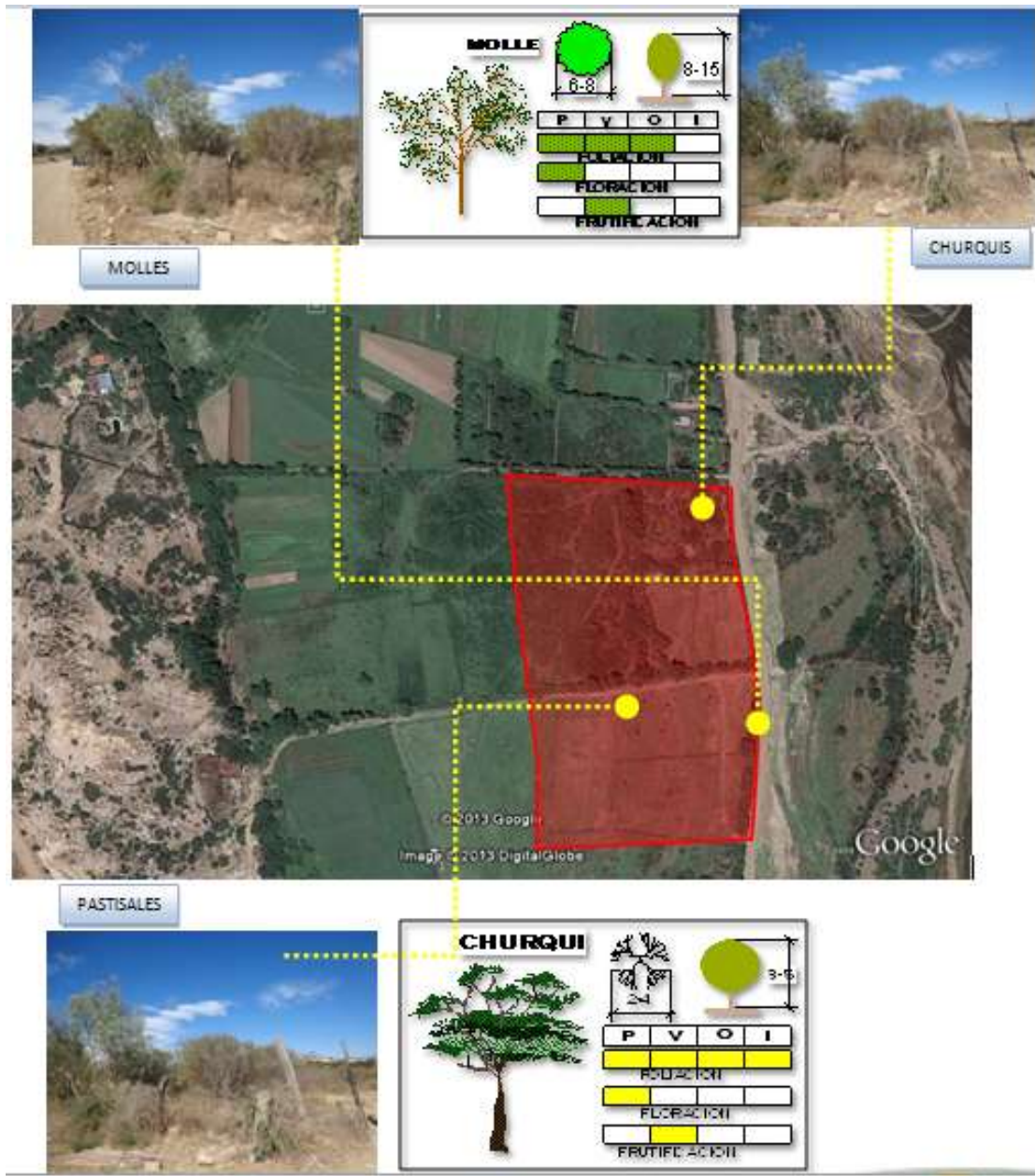


CLIMA Y TEMPERATURA

Estaciones	Temperatura media											
	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
Aeropuerto	20,7	20,3	19,9	18,3	15,4	13,3	13,1	15	16,8	19,4	20,2	20,7
El Tejar	21	20,5	20,2	18,6	15,7	13,7	13,5	15,4	17	19,5	20,3	20,9
San Jacinto Sud	20,6	20,2	20	18,6	16,1	13,9	13,8	15,3	16,6	19,3	20	20,7
Turumayu	20,4	20,1	20,2	18,2	15,6	14,6	13,9	16,7	17,5	19,6	19,8	20,6
San Andrés	20,1	19,5	19,2	18	15,4	14,3	14,3	16,3	17,1	18,8	19,2	19,7
Sella Quebradas	19,7	19	18,8	17,8	15,5	14,5	13,8	15,8	16,8	19	19,2	19,9
Yesera Norte	17,4	16,4	16,2	14,9	13,4	12,7	11,4	12,8	14,2	16,2	16,5	17,7
San Pedro Bella	18,9	18,1	18,1	17,5	15,2	14	12,4	16,4	16,6	19,9	18,9	19,6
Santa Ana	22,2	20,8	21,6	15,1	13,2	13,1	18,7	16	19,6	18	16,5	20,7
Promedio	20,11	19,43	19,36	17,44	15,06	13,79	13,88	15,52	16,91	18,86	18,96	20,06

VEGETACIÓN

El terreno presenta una capa vegetal mayormente pastizales, y vegetación media como churquis y en algunos sectores molles.



USO DE SUELO

El uso de suelo propuesto rescatara espacios no consolidados para convertirlos en espacios públicos de recreación, educación cultural, adecuados a los espacios del entorno.



VIENTO

Los vientos generan velocidades de nudos en dirección predominante de Sur a Norte.

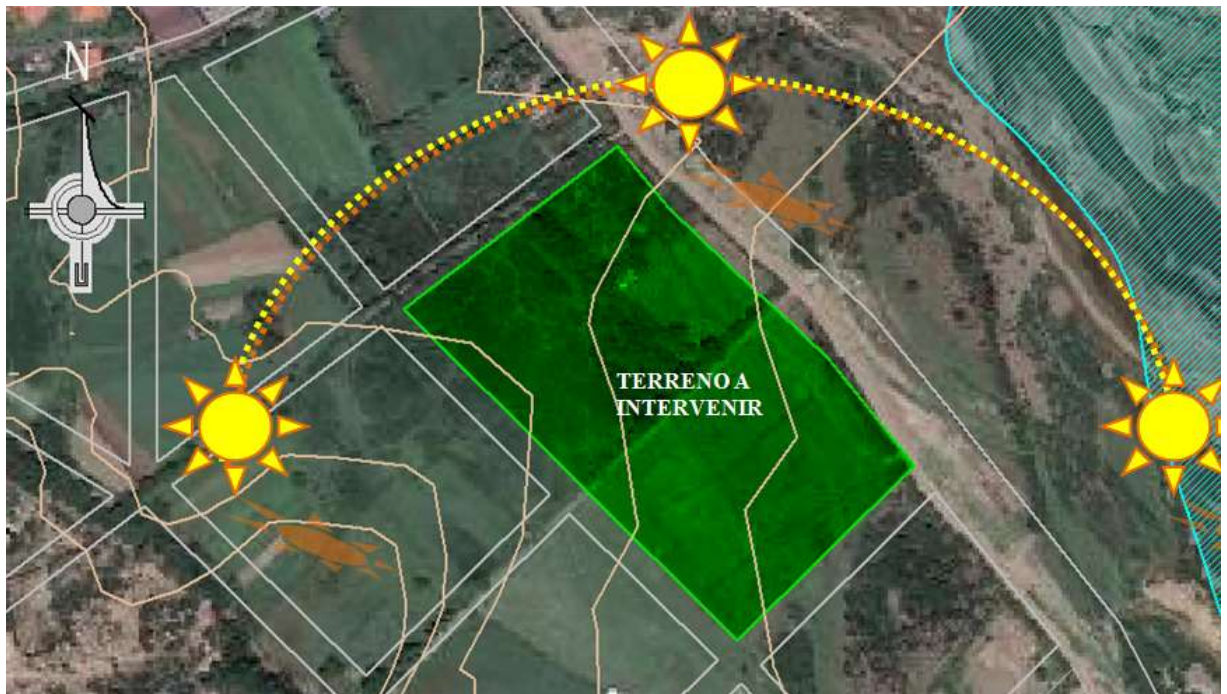
La velocidad de los vientos que presenta el área es de 6.3km/h.

Las velocidades extremas son: velocidad maxima 7.7 km/h. velocidad mínima 4 km/h.



ASOLEAMIENTO

El asoleamiento se da de este a oeste, variando la distancia y la altura del sol dependiendo de la estación del año, el cual tendremos que tomar muy en cuenta para el diseño del equipamiento.

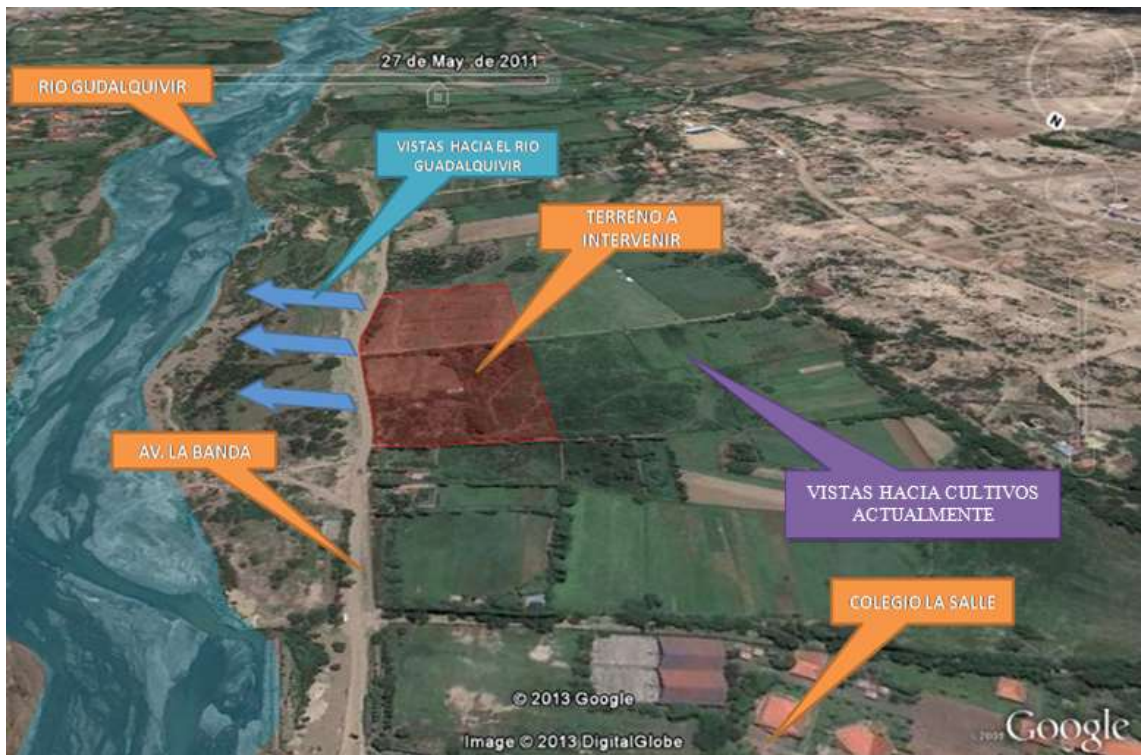


HUMEDAD

La humedad varía según las estaciones del año de 75%. Los meses más húmedos son enero marzo, y 65% en los meses secos.

HIDROGRAFÍA

Al Nor- este del terreno se encuentra el rio Guadalquivir el cual es de gran importancia.



VISTAS

Las vistas principales que se rescata de este lugar son hacia el rio Guadalquivir.



3.4 DEMANDA

Para establecer la cantidad de pacientes con los que debe contar el Centro se tomó como datos el número de pacientes que tiene el Centro de Rehabilitación Santa Rita “La Colmena” y el Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y salud mental “INTRAID”, además se tomó en cuenta la cantidad de pacientes que albergan los otros centros.

Se tomó como referencia la cantidad de pacientes de las centros ya nombrados y se llegó a la conclusión de que lo importante en este tipo de instituciones no es la cantidad de individuos con los que cuente, sino, intentar llegar a todos a través de la continencia espiritual – religioso, la prevención, tratamiento y rehabilitación adecuados y de esta manera una pronta reinserción social.

De acuerdo a las estadísticas la edad media de inicio del alcohol es la siguiente:

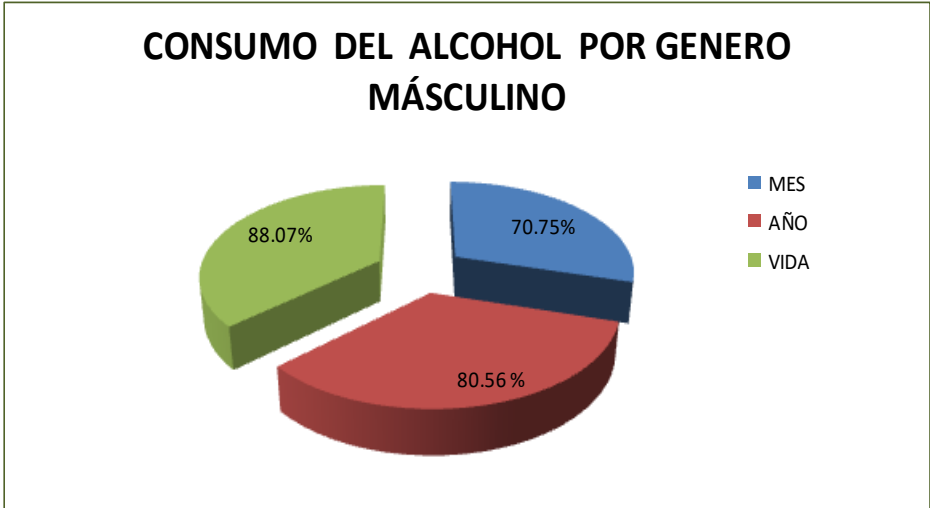


La proyección que se puede realizar es la del número de consumidores y según los resultados de la investigación aplicada en el departamento de Tarija se puede ver que el alcohol es la sustancia más consumida con un porcentaje de 63%

Durante el año 1999, el porcentaje de consumidores fue del 46%; en el año 2002 hubo un porcentaje de 51% y en este último año se incrementó a un 63%, cabe recalcar que el número de alcohólicos se va incrementando año tras año, convirtiéndose en una situación muy alarmante, la respuesta a esto será la creación de más centros de rehabilitación.

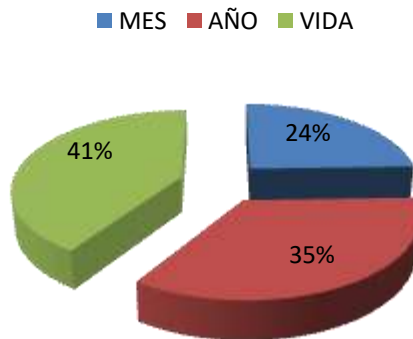
El consumo del alcohol por los datos obtenidos tanto en hombres como en mujeres nos da los siguientes parámetros.

El consumo de alcohol en los hombres es el siguiente:



Es bueno hacer notar, que en nuestro medio, así como en las otras ciudades del país, el consumo del alcohol por parte de las mujeres ha subido en intensidad, la tendencia ha sido igualar a los hábitos de los varones, como lo demuestra el cuadro siguiente:

CONSUMO DE ALCOHOL POR GENERO FEMENINO



Lo ideal sería crear centros de rehabilitación tanto para hombres como para mujeres, porque en ambos casos el índice de bebedores se va incrementando, aunque en el caso de las mujeres podemos decir que lo hacen más ocultamente y se niegan a recibir ayuda.

3.5. ANÁLISIS DE MODELOS REALES.

3.5.1. INTRODUCCIÓN



Por medio de este análisis, se realizará una investigación referente al tipo de servicios que ofrecen los modelos propuestos, por tal motivo se analizará algunos modelos teóricos ubicados en distintos lugares y con diferentes características.

Estos cumplen con las condiciones suficientes para ser considerados en el proceso de investigación.

3.5.2. INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y SALUD MENTAL “INTRAID”

3.5.3. ANTECEDENTES

Es una Instituto no gubernamental dependiente del Ministerio de Salud que inicia sus actividades en nuestra ciudad el 12 de agosto de 1988 bajo la dirección del Dr. Alfredo Scout Moreno.



Cuenta con una infraestructura amplia ubicada en la calle Junín N° 1071 (Ex Hospital del niño) y cuenta con dos áreas y/o departamentos, el área clínica y el área de prevención integral.

La prevención y promoción de la salud desde hace 13 años, se ha convertido en parte de la misión del INTRAID – COPRE – TARIJA, que a lo largo de este tiempo ha ejecutado programas y estrategias en la capital del departamento y sus provincias, en un inicio sólo con actividades de prevención primaria y a finales de 1990 con el equipamiento de un centro de tratamiento, rehabilitación y reinserción social para drogodependientes y otros trastornos mentales, ampliando de esta manera su accionar de la prevención secundaria y terciaria.

En estos años de servicio han logrado progresos significativos en el ámbito preventivo, a través del trabajo con diferentes grupos, mata que le han permitido identificar una serie de factores protectores y de riesgo que se asocian positiva o negativamente con el consumo de drogas y que son susceptibles de lograr un cambio de actitud, a través del reforzamiento de los factores protectores y actuando sobre aquellos factores de riesgo identificados. Estos programas tienen un carácter o modelo integral.

Para el desarrollo del análisis se tomó en cuenta parámetros de estudio:

3.5.2.2. Aspecto Humano.

3.5.2.3. Aspecto Funcional.

3.5.2.4. Aspecto Espacial.

3.5.2.5. Aspecto Formal.

3.5.2.6. Aspecto Tecnológico.

Desarrollo:

3.5.4. ASPECTO HUMANO

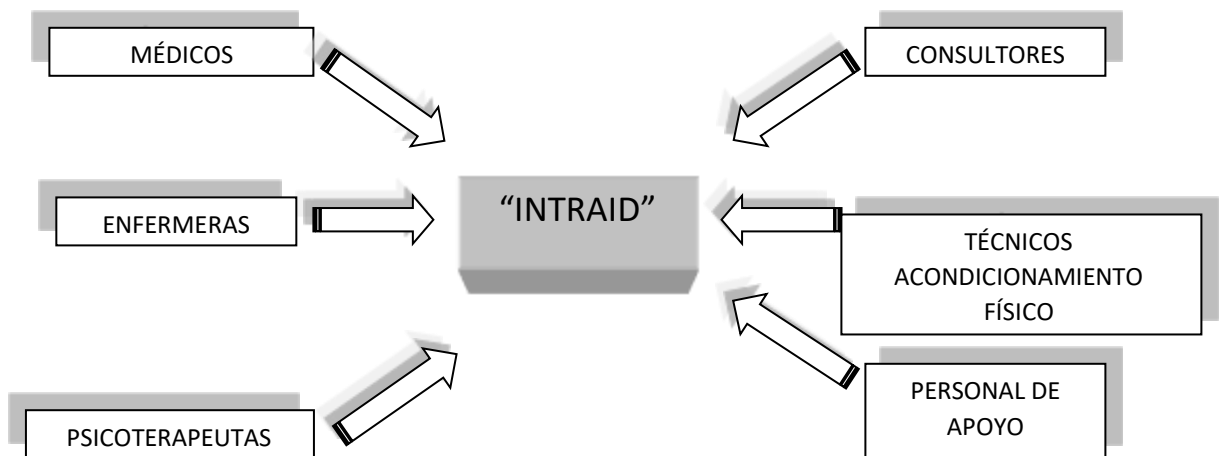
Este aspecto está orientado a:

- a) Capacidad de Atención y Organización.
- b) Capacidad de internación.

a) Capacidad de Atención y Organización

Actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales para desempeñar sus funciones en las áreas de prevención y promoción de la salud como también en el área clínica.

El personal técnico se capacita en eventos internacionales, nacionales, departamentales e internamente en la institución, que ha permitido fortalecer, enriquecer diversos planes y programas institucionales; todo esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.



b) Capacidad de internación

Inicialmente el área clínica contaba con 8 camas para interacción; sin embargo, por la creciente demanda de la población ha ido ampliando su cobertura. Actualmente cuenta con 8 piezas para interacción de 17 pacientes.

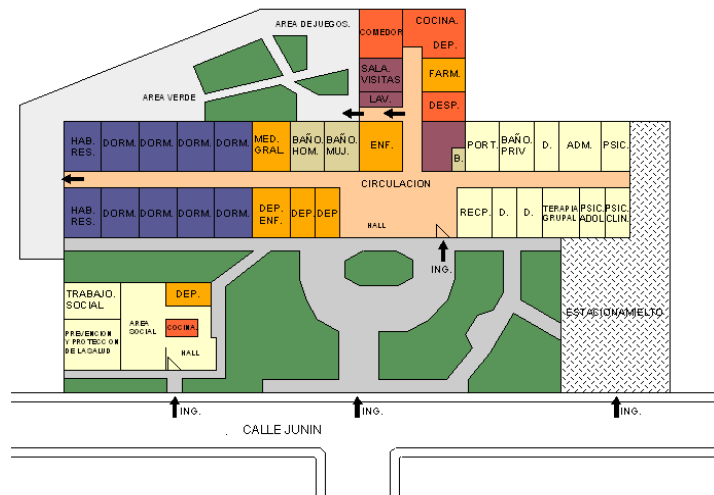


3.5.5. ASPECTO FUNCIONAL

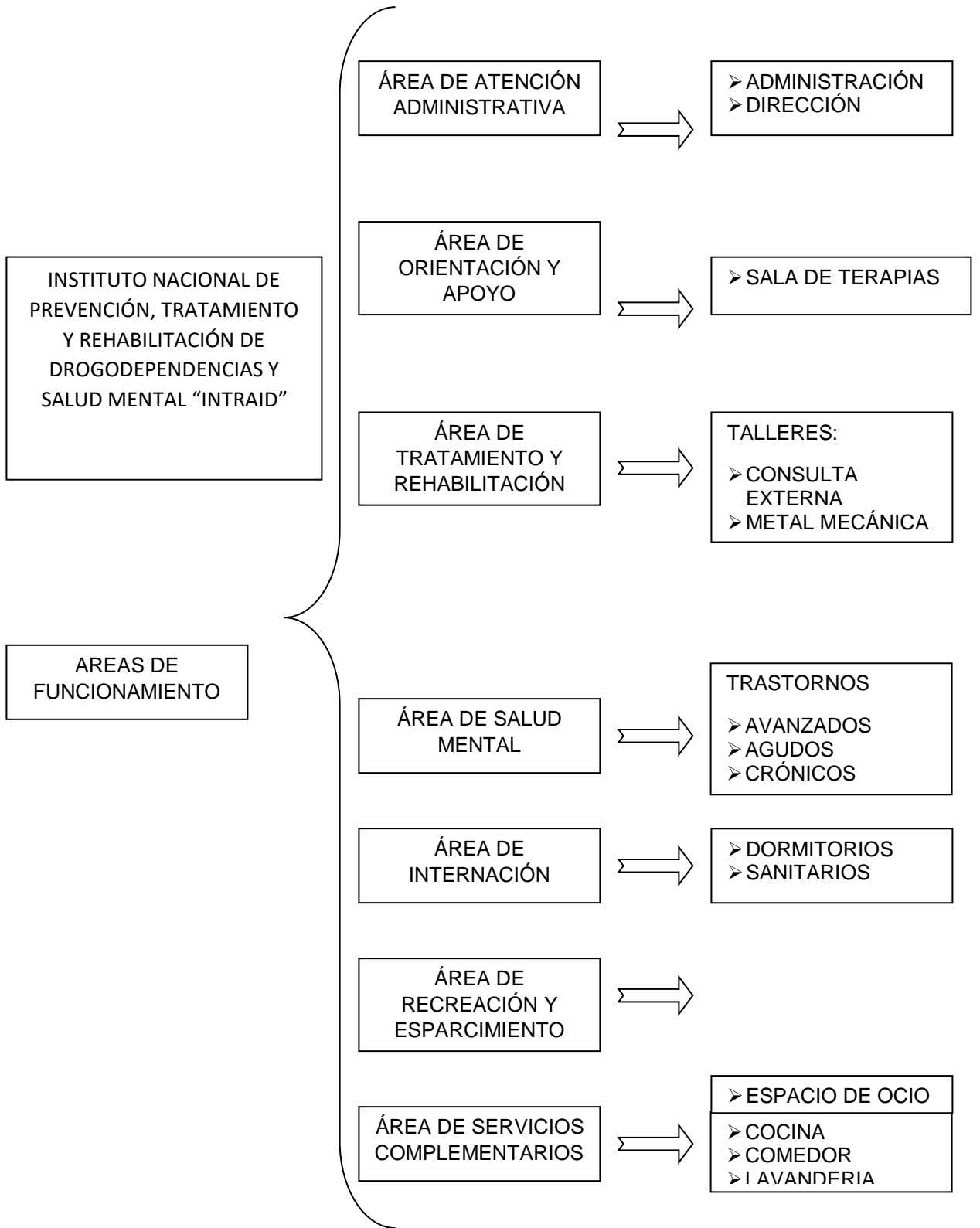
Dentro del aspecto funcional el INTRAID, es una construcción adaptada de lo que era el Hospital del Niño es una infraestructura amplia que cuenta con dos áreas y/o departamentos, el área clínica y el área de prevención integral.



Las áreas de tratamiento con las que cuenta el Instituto, están desglosadas de la siguiente manera:



Como se podrá apreciar en la esquematización de las áreas, el Instituto cuenta con diferentes áreas de trabajo, que están en constante relación unas de otras con el objetivo de realizar un tratamiento y una rehabilitación adecuada en el paciente



3.5.6. ASPECTO ESPACIAL

De acuerdo al instrumento utilizado como es la observación, se puede deducir que espacios presenta el instituto actualmente.

Todos los espacios que son utilizados por los pacientes, administrativos y personal de servicio de la institución, por lo observado, son adaptados adecuadamente, aunque cabe mencionar que la circulación mediante pasillos en el área de internación es estrecha lo cual dificulta la entrada de iluminación.



En cuanto a las áreas de administración están relativamente bien dimensionadas de acorde a las normas para un buen desarrollo humano - funcional del paciente y del personal encargado del proceso de prevención del mismo. Sus salas de espera y distribuidores principales son amplios, al igual que sus jardines, patios y áreas

complementarias.

3.5.7. ASPECTO FORMAL

El establecimiento cuenta con dos áreas y/o departamentos, el área clínica y el área de prevención integral, presenta dos ingresos frontales.



En el recorrido realizado por el Instituto se observó que la morfología de la planta está compuesta por dos patios uno principal y otro posterior este último tiene triple función, la de circulación, recreación pasiva y área de juegos.

El instituto por ser un solo bloque presenta el mismo lenguaje arquitectónico puro y sencillo compuesto por figuras rectangulares.

3.5.8. ASPECTO TECNOLÓGICO

Es un establecimiento que se encuentra relativamente en buen estado interiormente y exteriormente necesita en algunos sectores algo de mantenimiento.

Se pudo observar que iluminación y ventilación de los pasillos del área de internación son muy malas, presentándose así, deficiencias en el acondicionamiento del recinto.



Los materiales de construcción utilizados son tradicionales, sin ningún grado de complejidad.

En la fachada se puede observar tres tipos de materiales, piedra, ladrillo y hormigón e interiormente se observa azulejo, cerámico, revestimiento de yeso y carpintería de

madera en las puertas y de metal en las ventanas.

Conclusiones

- Presenta múltiples problemas , de acuerdo al analisis realizado en base a los conceptos basicos de diseño (funcion, espacio, forma) estos problemas se han venido acentuando por el gran incremento de personas con el problema del grupo de riesgo.

- El principal problema que presenta, es en su capacidad de internación al no tener la capacidad de albergar mayor cantidad de internos.
- No existen áreas que ayuden a la rehabilitación del interno.

3.6. CENTRO DE REHABILITACION SANTA RITA “LA COLMENA”

3.6.1. ANTECEDENTES

El centro fue fundado el 22 de mayo de 2005, en ese entonces se encontraba ubicado en la ciudad de Tarija en el barrio Senac, desde el 8 de diciembre de 2006 esta institución funciona en sus propias instalaciones ubicadas en la ciudad de Tarija en la localidad San Mateo, Carretera a



“Tomatitas”, con dirección nor.-oeste de la ciudad, es dirigida por el padre Alejandro Fiorina, es una institución de carácter privado, no lucrativo.

Está considerado como un centro de ayuda y rehabilitación para toda aquella persona de sexo masculino, que está involucrada en el problema de uso indebido de Drogas, brindándoles un tratamiento en la áreas de orientación – meditación espiritual, educación y formación técnica.



A su vez el paciente tiene los servicios gratuitos de albergue, alimentación, residencia y más que todo de protección y tranquilidad, que cubren las necesidades mediatas para una pronta rehabilitación y reinserción social.

Los ambientes con que cuenta son sencillos, pero la belleza radica en todo el conjunto, de cómo se interrelaciona de manera secuencial. Todo es tan natural, el clima, el espacio, su entorno y su gente acogedora hace de la colmena un centro único y de muy buena acogida.

Este centro funciona por medio de donaciones provenientes de amigos, familiares de los internos, simpatizantes y personas anónimas de la sociedad.

Para el desarrollo del análisis se tomó en cuenta parámetros de estudio:

3.5.3.2. Aspecto Humano.

3.5.3.3. Aspecto Funcional.

3.5.3.4. Aspecto Espacial.

3.5.3.5. Aspecto Formal.

3.5.3.6. Aspecto Tecnológico.

Desarrollo:

3.6.2. ASPECTO HUMANO

Este aspecto está orientado a:

- a) Capacidad de Atención y Organización.
- b) Capacidad de internación.

a) Capacidad de Atención y Organización.

La capacidad de atención del Centro LA COLMENA, está realizada por recursos humanos capacitados, preparados y especializados en el tema del USO INDEBIDO DE DROGAS, a través de la continencia espiritual – religiosa.





b) Capacidad de internación.

El número de plazas que proporciona la institución La Colmena es de 60 internos, existiendo en la actualidad 55 plazas ocupadas de acuerdo al relevamiento realizado a la institución.

El tiempo de residencia está en función al proceso de rehabilitación que tiene cada uno de los pacientes, para lograr así su pronta y adecuada reinserción a la sociedad.

3.6.3. ASPECTO FUNCIONAL

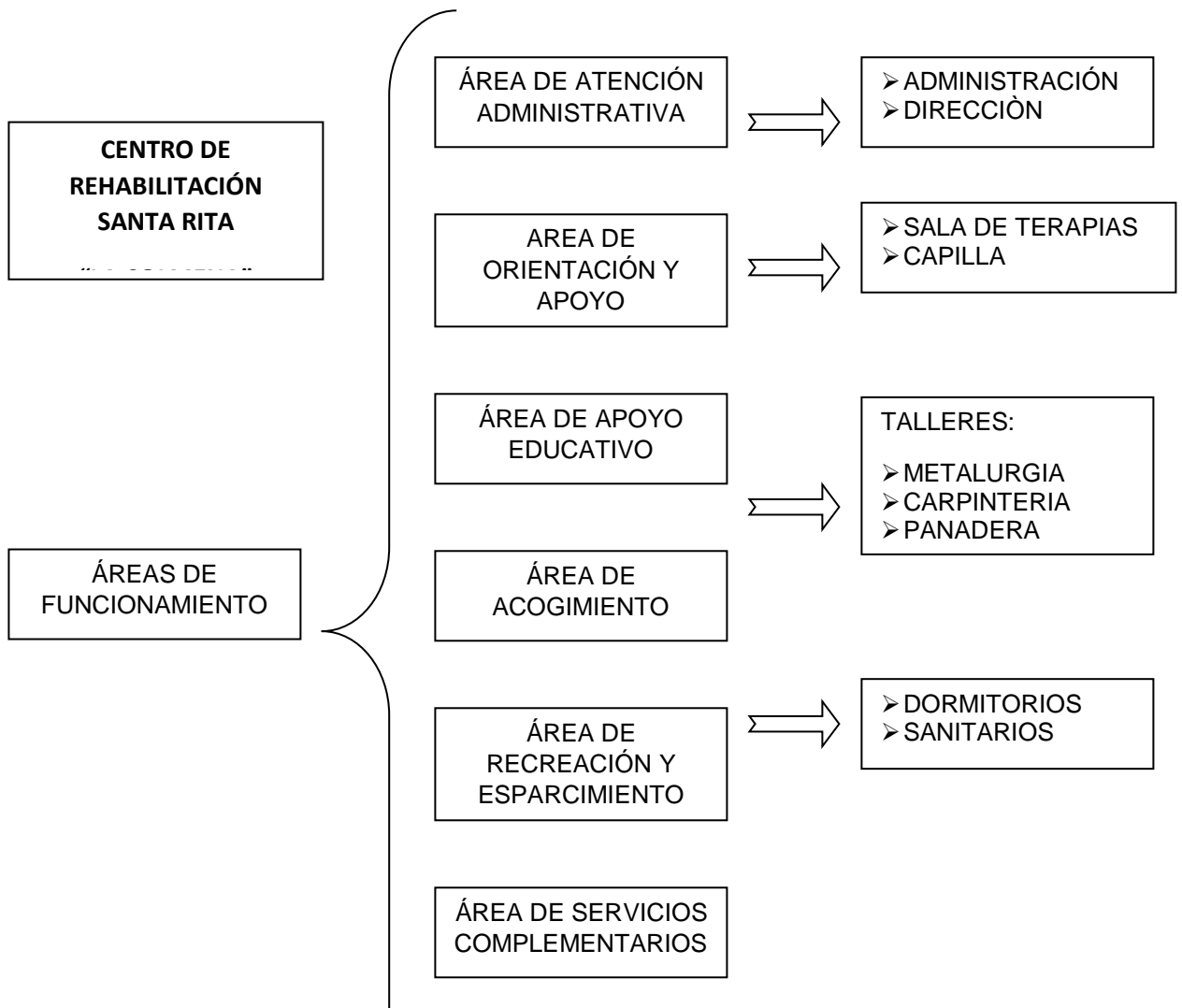
Dentro del aspecto funcional el centro de rehabilitación Santa Rita “La Colmena”, es una construcción relativamente nueva y propia de la congregación, observándose que las diferentes áreas de rehabilitación están adecuadamente distribuidas, aunque vale recalcar que algunos ambientes son algo pequeños para la actividad que se realiza en ellos.



Como se puede apreciar en la esquematización de las áreas, el centro cuenta con diferentes áreas de trabajo, que están en constante relación unas de otras con

el objetivo de realizar un tratamiento y una rehabilitación adecuada en el paciente.

Las áreas de tratamiento con las que cuenta el centro, están desglosadas de la siguiente manera:





3.6.4. ASPECTO ESPACIAL

Todos los espacios que son utilizados por los pacientes, administrativos y personal de servicio de la institución, por lo observado, son adecuados y bien distribuidos, esto debido a una buena organización funcional de sus espacios y de una adecuada infraestructura en sus áreas tanto en el área de tratamiento, como en el área de terapias ocupacionales “carpintería, metalurgia y panadería”.



También se encontró, que los espacios del área de acogida (dormitorios) y de administración, están acordes a las normas de dimensionamiento que deberían tener para un

mejor desarrollo humano - funcional del paciente y del personal encargado del proceso de rehabilitación de este.

Además se pudo observar diferentes terrazas dos de ellas restringidas y una para visitas que funcionan a su vez como áreas de meditación, de las cuales se puede ver casi todo el centro y entorno natural y agradable.



3.6.5. ASPECTO FORMAL

El establecimiento está compuesto por módulos de dos plantas, presenta un ingreso frontal y dos laterales.

Consta de figuras rectangulares puras dispuestas de distinta manera generando así una composición agradable y funcional y a su vez espacios permeables a manera de separar espacios.



Está compuesto por tres patios, el primero es el patio de ingreso y recreación pasiva, el segundo de recreación activa y áreas de cultivos y el último es de servicio, dispersos adecuadamente.

Todas las áreas que presenta el centro por lo observado conforman una unidad arquitectónica con una sola tipología clara y sencilla.

3.6.7. ASPECTO TECNOLÓGICO

Por ser un establecimiento nuevo todos sus ambientes se encuentran en perfectas condiciones, tanto interiormente como exteriormente



Se pudo observar que la ventilación e iluminación de los ambientes es natural y ninguno carece de ella.

Los materiales de construcción utilizados son tradicionales, sin ningún grado de complejidad.



En la fachada se puede observar dos tipos de materiales, ladrillo visto y hormigón e interiormente se observa azulejo, cerámico, revestimiento de yeso y carpintería de madera en las puertas y ventanas con un muy buen acabado.

La cubierta del quincho es de teja con cerchas metálicas vistas logrando con esto un toque más agradable y la del resto del recinto es de calamina con sus respectivas bajantes.

3.7. CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS “PRADOS”

3.7.1. ANTECEDENTES

El centro fue fundado el 12 de junio de 1994, es una institución de carácter privado, no lucrativo, que funciona bajo la Personería Jurídica de las Asambleas



de Dios de Bolivia y promovida por la misma congregación cristiana.

Esta institución funciona actualmente en sus propias instalaciones ubicadas en la ciudad de Sucre en el Barrio Alto Loyola entre la calles San Ramón y Portachuelo, es dirigida por la hermana María Nazaret Díaz.

Está considerado como un centro de ayuda y restauración para toda aquella persona de sexo masculino, que está involucrada en el problema de uso indebido de Drogas, brindándoles un tratamiento en la áreas de orientación – meditación espiritual, educación y formación técnica.



A su vez el paciente tiene los servicios gratuitos de albergue, alimentación, residencia y más que todo de protección y tranquilidad, que cubren las necesidades mediatas para una pronta rehabilitación y reinserción social.

Este centro funciona por medio de donaciones provenientes de amigos, familiares de los internos, simpatizantes y personas anónimas de la sociedad.

Para el desarrollo del análisis se tomó en cuenta parámetros de estudio:

3.5.4.2. Aspecto Humano.

3.5.4.3. Aspecto Funcional.

3.5.4.4. Aspecto Espacial.

3.5.4.5. Aspecto Formal.

3.5.4.6. Aspecto Tecnológico.

Desarrollo:

3.7.2. ASPECTO HUMANO

Este aspecto está orientado a:

- a) Capacidad de Atención y Organización.
- b) Capacidad de internación.

a) Capacidad de Atención y Organización.

La capacidad de atención del Centro PRADOS, está realizada por recursos humanos capacitados, preparados y especializados en el tema del USO INDEBIDO DE DROGAS, a través de la continencia espiritual – religiosa.



b) Capacidad de internación

El número de plazas que proporciona la institución PRADOS es de 60 internos, existiendo en la actualidad 45 plazas



ocupadas de acuerdo al relevamiento realizado a la institución.

El tiempo de residencia está en función al proceso de rehabilitación que tendrá cada uno de los pacientes, para lograr así su pronta reinserción a la sociedad.

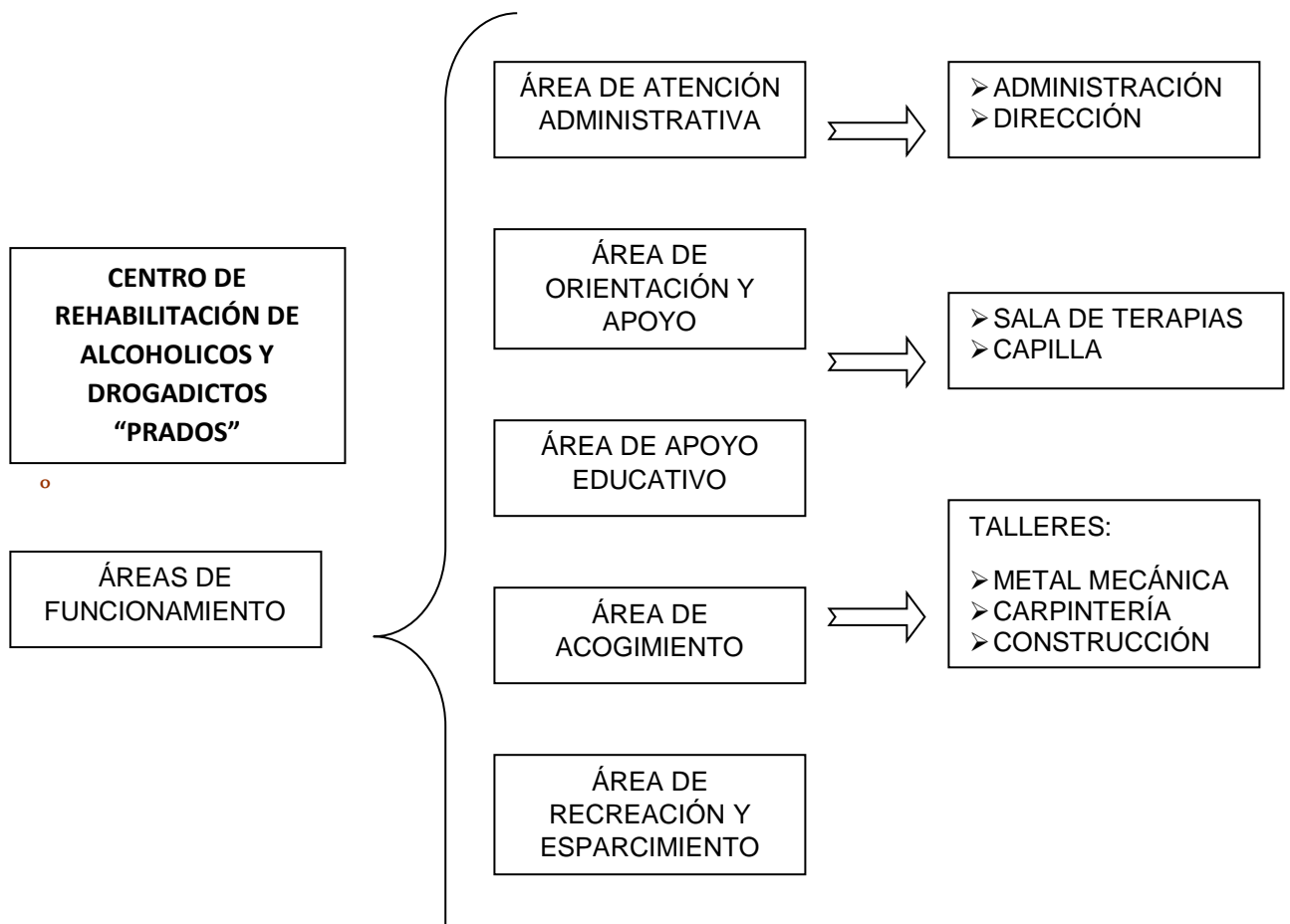
3.7.3. ASPECTO FUNCIONAL

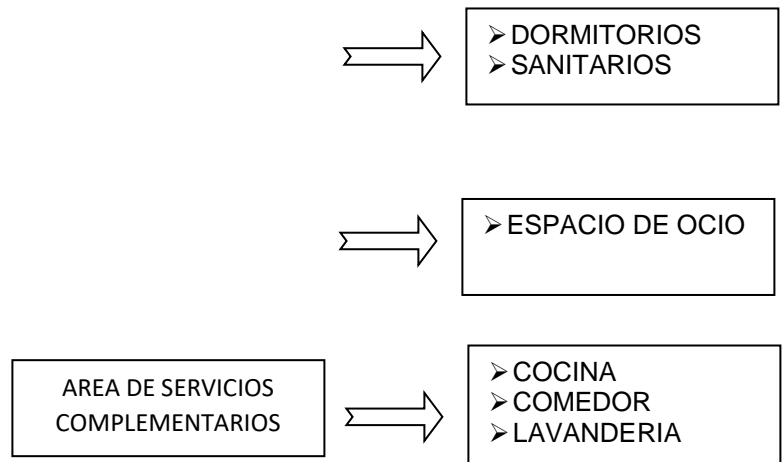
Dentro del aspecto funcional el centro de rehabilitación PRADOS, es una construcción relativamente nueva y propia de la congregación, observándose que las diferentes áreas de rehabilitación se adaptan a la edificación existente.



Como se puede apreciar en la esquematización de las áreas, el centro cuenta con diferentes áreas de trabajo, que están en constante relación unas de otras con el objetivo de realizar un tratamiento y una rehabilitación adecuada en el paciente.

Las áreas de tratamiento con las que cuenta el centro, están desglosadas de la siguiente manera:





3.7.4. ASPECTO ESPACIAL

De acuerdo al instrumento utilizado como es la observación, se puede deducir que espacios presenta el centro actualmente.



Todos los espacios que son utilizados por los pacientes, administrativos y personal de servicio de la institución, por lo observado, son adaptaciones e improvisaciones, esto debido a la falta de una buena organización funcional de sus espacios y de una adecuada infraestructura en algunas áreas de tratamiento, como son los talleres de carpintería, metal mecánica y construcción.



También se encontró, que los espacios del área de conocimiento (dormitorios) y de administración, no están acordes a las normas de dimensionamiento que deberían tener para un mejor desarrollo humano

- funcional del paciente y del personal encargado del proceso de rehabilitación de este. A su vez, el centro planea la construcción de nuevos espacios, que en un futuro próximo ayudarán a una mejor reubicación de todas las áreas de trabajo.

3.7.5. ASPECTO FORMAL

El establecimiento está compuesto por módulos de dos plantas, presenta un ingreso frontal y dos laterales.



En el recorrido realizado al centro se observó que la morfología de la planta está compuesta por tres patios que tiene doble función, la de circulación y recreación pasiva. Estos están ubicados entre las áreas habitacionales y el templo que está al medio de estas, mientras que el tercer patio, se encuentra en la parte de atrás de todo el recinto.



El bloque que alberga los internos se encuentra ubicado en el ala izquierda de todo el centro, juntamente con el área administrativa. En el ala derecha se encuentran los bloques de vivienda de la directora y las habitaciones para los educadores religiosos.

Todos los bloques que acogen las diferentes áreas de tratamiento y rehabilitación, por lo observado no conforman una unidad arquitectónica, debido a la existencia de una variedad de tipologías arquitectónicas y también por encontrarse en un terreno con topografía muy accidentada no ayuda a una mejor orientación de sus áreas de trabajo.

3.7.6. ASPECTO TECNOLÓGICO

Es un establecimiento relativamente nuevo, en el cual se están realizando ampliaciones y remodelaciones, consistentes en: revestimientos exteriores e interiores, pisos, cubierta, acabados y otros de muy poca significación para el mantenimiento del recinto.



Se pudo observar que la ventilación e iluminación de los ambientes de internación son muy malas, presentándose así, deficiencias en el acondicionamiento del recinto.

Los talleres que se hallan ubicados en la parte posterior del recinto, son precarias construcciones por el momento, ya que los ambientes destinados para esta actividad se encuentran en proceso de construcción.

3.8. ANÁLISIS DE MODELO REAL

3.8.1. CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ADICTOS “CLÍNICA MINNESOTA”

3.8.2. ANTECEDENTES

Este proyecto tiene un carácter privado, se encuentra emplazado en la ciudad de Jalisco – México.

La clínica Minnesota es un Centro de Tratamiento y Rehabilitación de adictos que



tiene como misión brindar alternativas de recuperación a personas que padecen problemas de dependencia de sustancias dentro de un clima cordial, profesional, congruente y humano.



Esta institución cuenta con sus propias instalaciones ubicadas en la ciudad de Jalisco – México.

Es un centro de recuperación para adictos, donde se desea ayudar a quienes padecen del problema que es el consumo de sustancias psicoactivas, sean estas alcohol, fármacos o drogas.

Se conoce que la ayuda a brindarse, está dentro de un marco de respeto, calidez, dignidad y total confidencialidad, valores que animan la mística de trabajo.

Para lograr lo anterior, la Clínica Minnesota cuenta con un modelo de tratamiento moderno y eficaz, aplicado por personal profesional altamente cálido con vasta experiencia en este campo, además de constar con instalaciones funcionales cómodas y acogedoras, que favorecen a una atmósfera cálida y agradable que facilita al proceso de recuperación del paciente.

Para el desarrollo del análisis se tomó en cuenta parámetro de estudio:

3.6.1.2. Aspecto Humano.

3.6.1.3. Aspecto Funcional.

3.6.1.4. Aspecto Espacial.

3.6.1.5. Aspecto Formal.

3.6.1.6. Aspecto Tecnológico.

Desarrollo:

3.8.3. ASPECTO HUMANO

Este aspecto está orientado a:

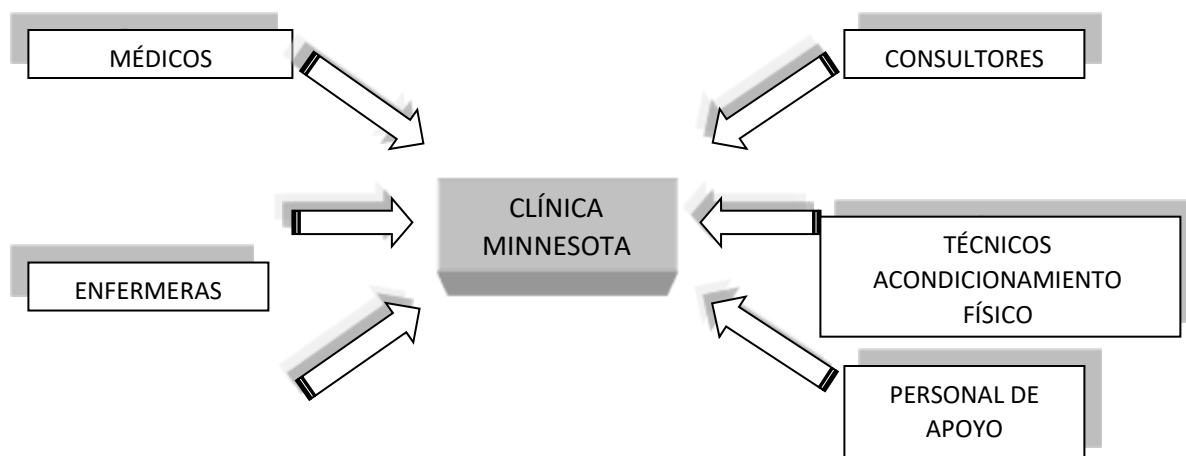
- a) Capacidad de Atención y Organización.
- b) Capacidad de internación.

a) Capacidad de Atención y Organización.

La Clínica Minnesota cuenta con un equipo terapéutico conformado por psicoterapeutas, médicos, enfermeras, consultores, técnicos en acondicionamiento físico y diverso personal de apoyo. El modelo de tratamiento que plantea esta institución incluye tres ejes principales:

- Cuidado médico (valoración, desintoxicación, estabilización, monitoreo continuo).
- Abordaje psicológico y espiritual (trabajo con emociones, información, aspecto reeducativo).
- Programa de doce pasos

A través del desarrollo e interacción armoniosa de estos tres ejes, es como se constituye la base para una rehabilitación consistente del paciente, teniendo en cuenta que es necesario una sana integración de mente y cuerpo, para detener el avance de la adicción y de esta manera encontrar un nuevo sentido de su vida y desarrollo espiritual que no tiene nada que ver con ninguna religión.



El tratamiento empleado:

Sabiendo que la adicción es una enfermedad que afecta profundamente a la familia, el tratamiento que se emplea en este Centro, incluye también la atención para los familiares del interno, y tanto el paciente como su familia van avanzando en su proceso de la siguiente manera.

El adicto a través de:

- 1) Desintoxicación.
- 2) Adquisición de conciencia de enfermedad.
- 3) Manejo terapéutico específico.
- 4) Valoración para pos tratamiento.

Por su parte la familia participa asistiendo a las charlas informativas una vez a la semana en las que se les proporciona orientación sobre la naturaleza de la enfermedad de su ser querido internado, además asistirá a dos encuentros familiares que tienen como objetivo dar las bases para un ajuste en dirección a una convivencia más sana con su familiar internado.

Otros servicios que se ofrece:

El Centro Minnesota también ofrece los servicios en el campo de la prevención, dirigida a la comunidad con los siguientes servicios.

- Desintoxicación y estabilización.
- Soporte terapéutico.
- Programa familiar.

- Prevención de recaídas.
- Post – tratamiento (casa de medio camino).
- Intervención en crisis.
- Asesoría a empresas y centros educativos.
- Programa de prevención de adicciones y asesoría a empresas.
- Programa de orientación y consultoría a centros educativos.
- Atención psicológica externa individual y familiar (orientación y consejería).

Taller como:

- Prevención de adicciones para niños y adolescentes.
- Manejo de emociones.
- Manejo de estrés.
- Espiritualidad (para egresados).

Modelo terapéutico integral desarrollado mediante conferencias, terapias, pláticas y audiciones por el más clasificado equipo de médicos y terapéuticos.

b) Capacidad de internación.

El número de plazas que proporciona la institución Clínica Minnesota es de 40, el tiempo del tratamiento es treinta e treinta y cinco días, dependiendo de la duración del proceso de desintoxicación del paciente.

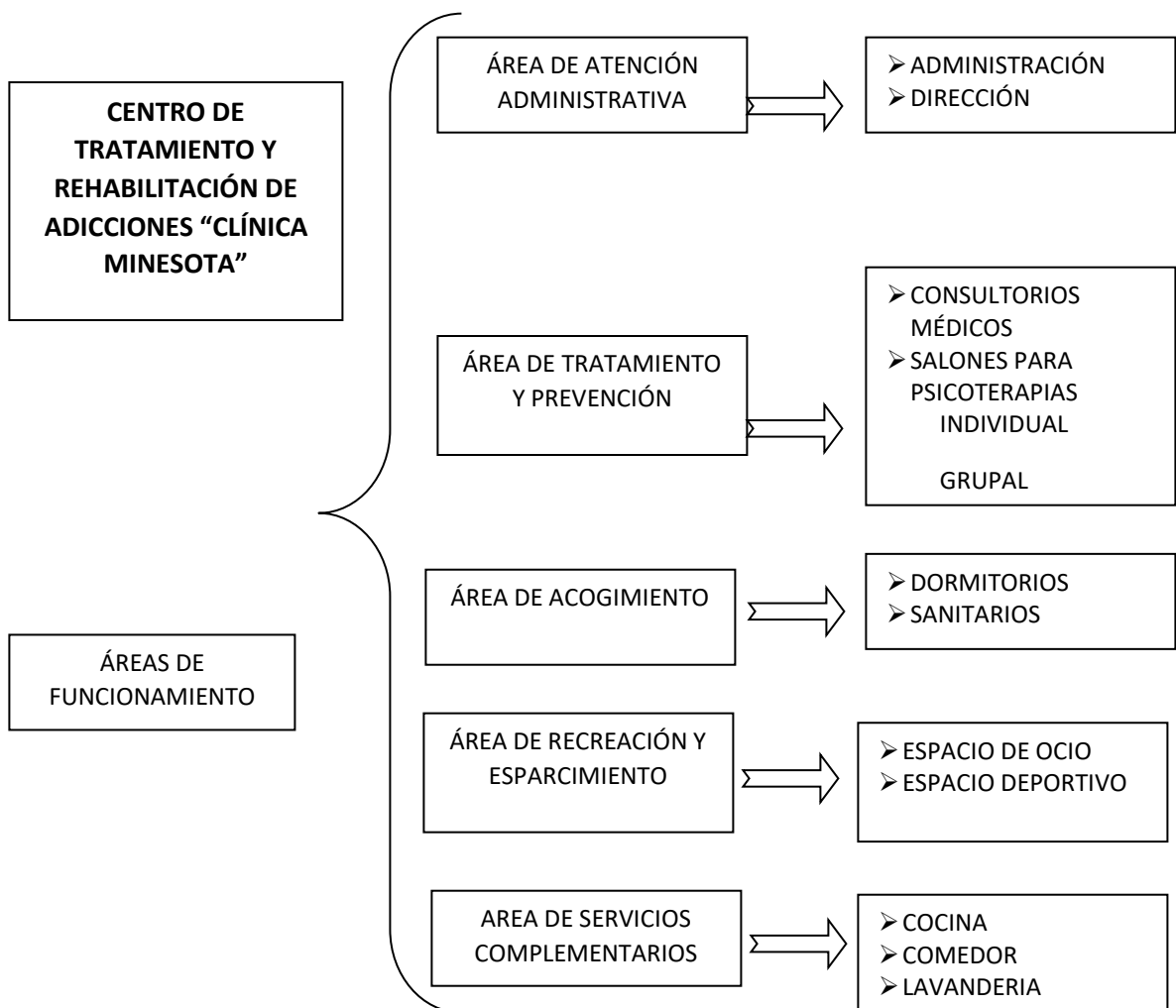


3.8.4. ASPECTO FUNCIONAL

La Clínica Minnesota ofrece sus servicios en diferentes áreas de tratamiento y rehabilitación, para lo cual dispone de modernas y funcionales instalaciones.



Las áreas con las que cuenta para su funcionamiento, están diferenciadas por los tipos de programas de atención que está desarrollada.



Como se podrá apreciar en la esquematización de las áreas, el centro cuenta con diferentes áreas de trabajo, que están en constante relación una de otras en el proceso de tratamiento y rehabilitación que se hace en el paciente.

3.8.5. ASPECTO ESPACIAL

Todos los espacios y ambientes con los que cuenta el Centro se encuentran en función a las diferentes áreas del proceso de tratamiento y rehabilitación. Por ser una construcción nueva y de carácter privado los espacios están muy bien estructurados, para una mejor recuperación de los pacientes, un buen desenvolvimiento de la parte administrativa y personal de servicio.



El Centro se caracteriza por tener las siguiente topologías de espacios: abiertos (área de atención administrativa y el área de recreación) y cerrados (área de acogimiento del paciente y de tratamiento y prevención), y que están acordes a las normativas de dimensionamiento que deben tener para un mejor desarrollo humano y funcional en el proceso de rehabilitación del paciente

3.8.6. ASPECTO FORMAL

La institución está compuesta por varios bloques en el cual se puede apreciar un mismo



lenguaje en su topología y modulación, buscando con ello una relación de trabajo y de atención en las diferentes áreas del proceso de tratamiento y rehabilitación del paciente.

Los bloques son edificaciones de una o dos plantas con niveles de acceso directo, a su vez están rodeadas por patios,



Áreas verdes y corredores que distribuyen de manera adecuada a las diferentes áreas de atención.

Todos los bloques que son utilizados y ocupados conforman una unidad arquitectónica por lo observado.

3.8.7. ASPECTO TECNOLÓGICO

Los sistemas constructivos que se utilizó, son nuevos y modernos para ofrecer comodidad, resguardo y tranquilidad al interno.

Dispone de modernas y funcionales instalaciones con aire acondicionado integral, buena ventilación de los diferentes ambientes, una alberca con temperatura controlada, corredores exteriores de piedra, espacios exteriores con extensas áreas verdes con un sistema de riego y jardineras.





Otra de las características es el acabado y pintado exterior de sus diferentes paredes con el uso, tonalidades que sirven para diferenciar las diversas áreas de tratamiento.

3.10.- MARCO LEGAL

3.10.1.- NORMAS BOLIVIANAS

LEY SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

Bolivia: Ley N° 3739, 23 de agosto de 2007

Norma	Bolivia: Ley N° 3739, 23 de agosto de 2007				
Fecha	2014-12-22	Formato	Text	Tipo	L
Dominio	Bolivia	Derechos	GFDL	Idioma	es
Sumario	Declara de necesidad nacional la construcción, equipamiento, implementación y/o funcionamiento de Centros de Rehabilitación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes alcohólicos y drogadictos en los nueve Departamentos				

Keywords	Ley, agosto/2007
Origen	http://www.vicepresidencia.gob.bo/Inicio/tabid/36/ctl/wsqverbusqueda/mid/435/Default.aspx?id_base=2&id_busca=3739
Referencias	0001-4031.lexml
Creador	Fdo. Carlos Raúl Bohrt Irahola, Edniundo Novillo Aguilar, Fernando Rodríguez Calvo, Tito Carrazana Baldiviezo, Filemon Aruni Gonzáles, Orlando P. Miranda Val verde. Fdo. EVO MORALES AYMA, Juan Ramón Quintana Taborga, Nila Heredia Miranda.
Contribuidor	DeveNet.net
Publicador	DeveNet.net

Artículo 1°.- Declárase de necesidad nacional la construcción, equipamiento, implementación y/o funcionamiento de Centros de Rehabilitación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes alcohólicos y drogadictos en los nueve Departamentos.

Artículo 2°.- Para la Programación, construcción e implementación y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación se conformara una Comisión Interinstitucional entre representantes del Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas de Departamentos y Gobiernos Municipales.

Artículo 3°.- Se encomienda al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, a las Prefecturas de Departamento y a los Gobiernos Municipales, desarrollar acciones conjuntas a fin de gestionar y asignar financiamiento interno o externo para la construcción, equipamiento y/o funcionamiento de los Centros de Rehabilitación.

LEY DE DECENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA (Ley N°1654)

En 1995 se aprueba la ley de descentralización Administrativa, bajo un contexto de cambios estructurales de modernización del estado boliviano cuyos objetivos son según el artículo 2 son las siguientes:

- a. Establecer la estructura organizativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental dentro del régimen de descentralización administrativa.
- b. Establecer el régimen de recursos económicos y financieros departamentales.
- c. Mejorar y fortalecer la eficiencia y eficacia de la Administración Pública en la prestación de servicios en forma directa y cercana a la población.

En cada departamento el Poder Ejecutivo está a cargo y se administra por un prefecto designado por el presidente de la república, cuyas atribuciones de este son:

- Cumplir y hacer cumplir la constitución política del estado, las leyes, los decretos y resoluciones.
- Conservar el orden interno en el departamento.
- Administrar los recursos económicos y financieros y los bienes de dominio y uso departamental.
- Formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a las normas de sistema nacional de planificación; en coordinación con los gobiernos municipales del departamento y el ministerio del desarrollo sostenible y medio ambiente, en el marco del plan general de desarrollo económico y social de la república.
- Formular y ejecutar programas y proyectos de inversión pública en el marco del plan departamental del desarrollo y de acuerdo a las normas del sistema nacional de inversión pública de régimen económico y financiero de la presente ley, en las áreas de:
 - Construcción y mantenimiento de carreteras, caminos secundarios y aquellos concurrentes con los gobiernos municipales.
 - Electrificación rural.
 - Infraestructura de riego y apoyo a la producción.
 - Investigación y extensión técnico-científica.
 - Conservación y preservación del medio ambiente.
 - Promoción del turismo.
 - Programas de asistencia social.

3.10.2.- NORMATIVAS PARA EL RÍO GUADALQUIVIR Margen derecho- Puente San Martín – Puente Aranjuez.

Ubicación

Comprende el margen derecho del río Guadalquivir desde el eje del río y la Avenida Víctor Paz Estensoro, puente San Martín y puente Aranjuez, identificando la zona de estudio en el barrio Juan Pablo II.

Uso predominante

Uso público recreativo institucional equipamiento socio cultural, recreacional activo, pasivo al abierto, campos deportivos.

Tipologías

En todos los casos la edificación deberá ser totalmente aislada, rodeada de áreas verdes (centralizada).

Alturas

En general las edificaciones (equipamientos socio-culturales) y otros serán de dos plantas, salvo casos que sean debidamente justificados que se permitan los casos de tres plantas

Índices de ocupación (IO) y de aprovechamiento (IA)

El índice de ocupación en planta baja será de 50% de la superficie total y el índice de aprovechamiento máximo será 50%.

Margen izquierdo – puente San Martín – Puente Aranjuez

Ubicación

Comprende el margen izquierdo del río Guadalquivir desde el puente San Martín hasta el puente Aranjuez.

Uso predominante

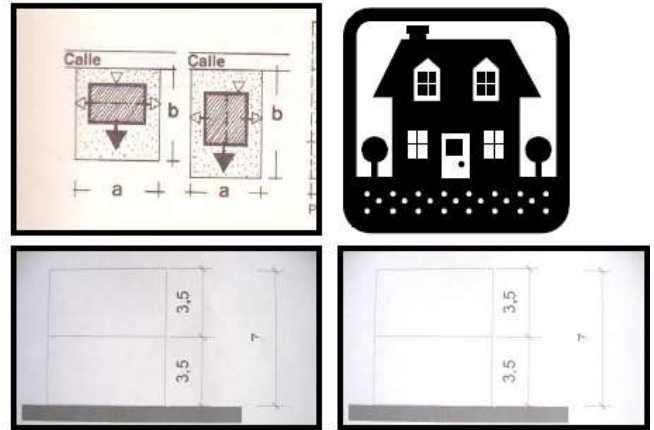
Uso residencial únicamente y en etapa de consolidación.

Tipologías

La edificación deberá ser totalmente aislada.

Alturas

Las edificaciones que se realicen ya sean viviendas, equipamientos y otros serán no mayor a 10.50 metros, esto significa de tres plantas como máximo.



Retiro frontal

Proyectos sobre este sector de frente deberá tener 15 m sobre la avenida, con verja transparente de una altura de 90 cm., y en el sector del río 20 cm. sin muro que obstaculice las visuales.

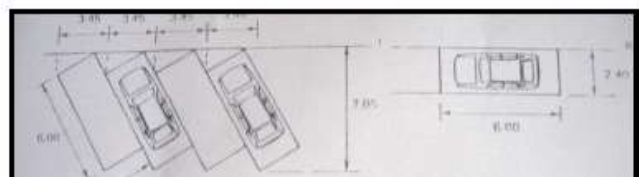
Retiro lateral

Optativo

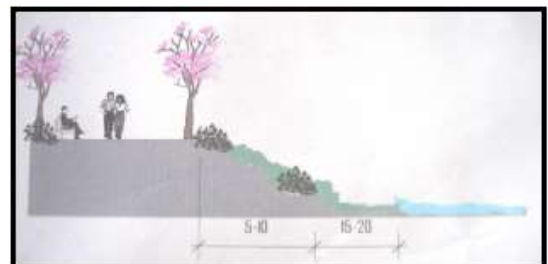
Estacionamientos

Deberá existir estacionamiento obligatorio logrando estacionamientos alejados que no entorpezcan la visual del edificio al peatón.

Lograr estacionamientos a áreas específicas del edificio sin mezclar al peatón con el vehículo.

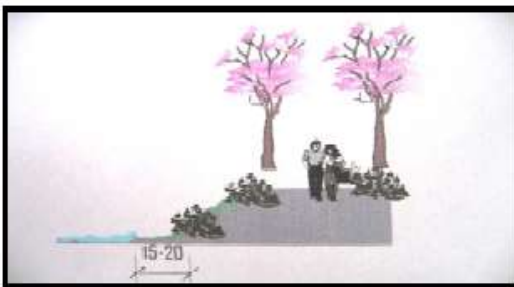


Se plantea el estacionamiento siguiendo el ritmo de la topografía, con tratamiento de áreas verdes, pérgolas u otro que se adapte al lenguaje natural del paisaje.



Aires del río

Los espacios destinados al aire del río, que sirven para la crecida del mismo presentarán una dimensión de 15m – 20m será destinado a un área libre para evitar futuros estrangulamientos del río, 10 m será destinado a la protección de la erosión hídrica mediante gaviones de manera natural, los cuales no deberán obstruir la visualidad, presentando una forma escalonada facilitando la accesibilidad al río Guadalquivir.



Los gaviones serán cubiertos por vegetación como ser cubre pisos, para dar mas naturalidad al río.

Queda prohibido le lavado de ropa, vehículos, expropiación de áridos, presentando fuertes sanciones.

Índices de ocupación (IO)

El índice de ocupación en planta baja será del 60%, quedando así un 40% para área verde y esparcimiento

Retiro frontal

El retiro frontal mínimo será de 3.50m por lo general en viviendas, en otro equipamiento podrá ser mayor de acuerdo a la necesidad, se colocarán verjas para tener mejores visuales.

Retiro lateral

Estos retiros serán optativos, en cuanto a equipamiento y vivienda tendrán 3 m.

Aires de río

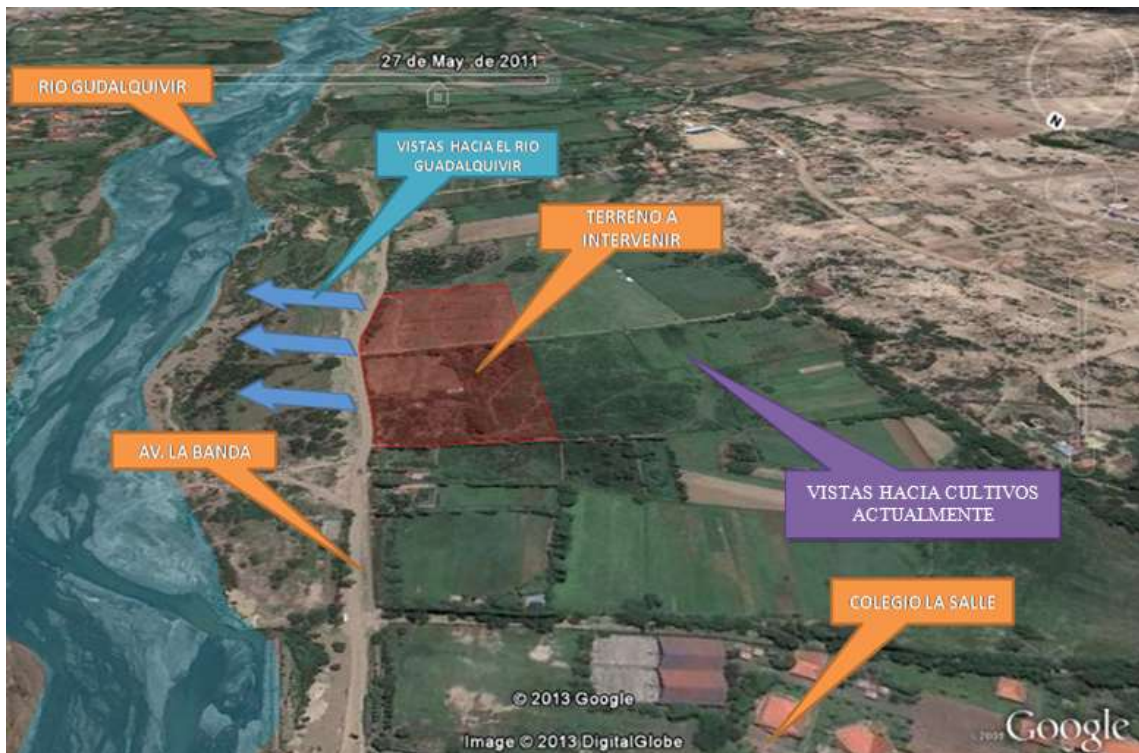
Los espacios destinados a borde de río tendrán una dimensión de 20 m. sobre el margen del río los gaviones se realizarán de forma natural, los cuales aportarán con su diseño una mejor visual y acceso al río Guadalquivir.

PARTE IV
MARCO DE PROPUESTA

4.- DIAGNÓSTICO PROYECTIVO
4.1.- PREMISAS DE DISEÑO
4.1.1.- PREMISAS DE EMPLAZAMIENTO

El principal objetivo de emplazamiento es el de sacar el máximo de provecho a las características naturales del terreno como la topografía y especialmente las visuales hacia el río considerando éste aspecto principalmente para las áreas de terapias y espiritual.

El mejor emplazamiento para éste equipamiento, es en un lugar considerando la orientación principalmente hacia las visuales y accesibilidad a este.



4.1.2.- ASPECTO FUNCIONAL

Como premisas funcionales tenemos, que la estructuración de las funciones en la biblioteca sea organizada de la siguiente forma:

- Tenga una organización lineal en base a circulaciones interiores predeterminadas, lograr espacios claros y funcionales.
- La organización funcional se estructurara bajo 4 áreas:
 - Consulta Externa
 - Área Social
 - Interacción
 - Rehabilitación
- El ingreso al edificio debe contar con un atrio, con acceso peatonal y vehicular respectivamente de manera que brinde seguridad y tranquilidad.
- El mobiliario tendrá que responder de acuerdo a las actividades, que se realicen en las distintas áreas.

4.1.3.- ASPECTO ESPACIAL

Como premisas espaciales se tome que la organización de los espacios arquitectónicos tanto interiores como exteriores, estén organizados de la siguiente forma:

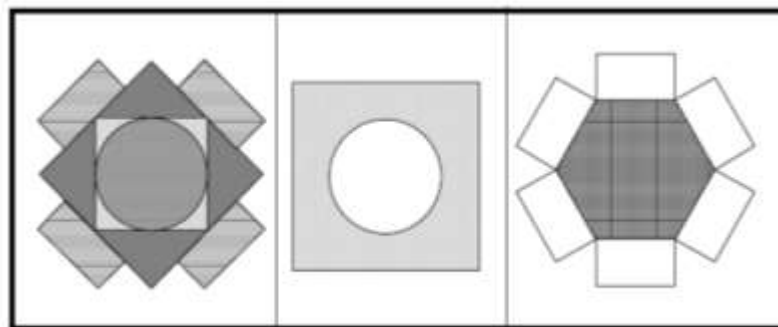
- Los espacios deben asegurar la accesibilidad y facilidad de movimiento tanto del exterior como del interior.
- Generar una fluidez espacial del interior hacia el exterior a través de la percepción visual, la simbiosis espacial, integrando ambientes entre éstos dos espacios (vegetación, piso).
- Lograr una calidad espacial mediante la generación de espacios de doble altura; integrando espacialmente los diferentes niveles del edificio.
- Generar espacios flexibles y adecuados en los que se puedan hacer cambios en función de nuevas necesidades que vayan surgiendo con el paso del tiempo; interiormente debe primar la funcionalidad, la organización y los espacios abiertos (Plantas Libres), para que de esta manera se genere un espacio más atractivo y acogedor.

○

- **ESTRUCTURA ESPACIAL**

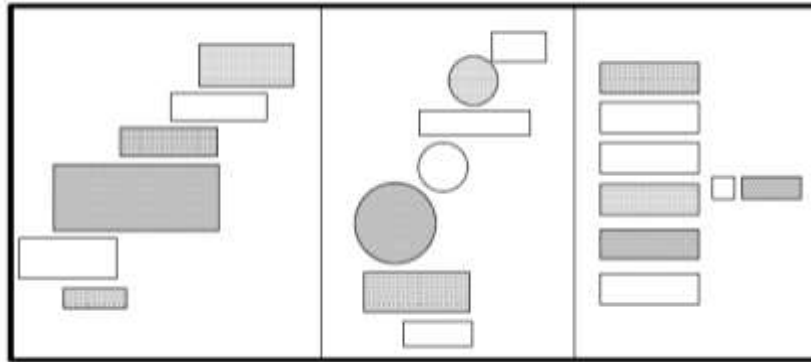
- **Centralizada**

Esta estructura está organizada por medio de un elemento principal central entorno al cual se organizan todas las demás formas.



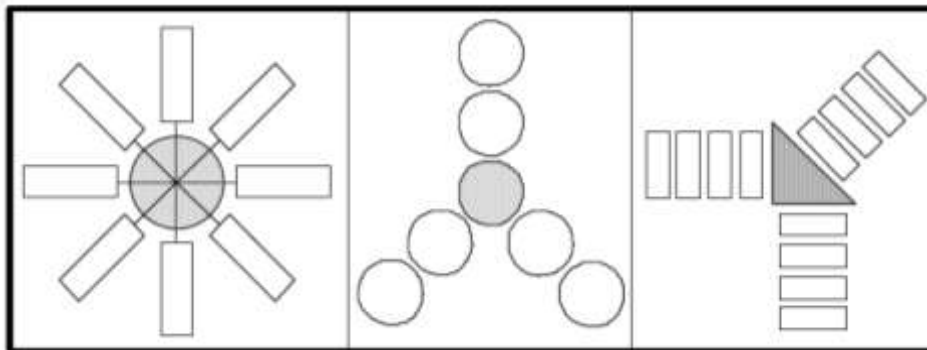
- **Lineal**

En esta estructura los elementos están organizados de manera consecutiva en un sentido lineal que puede tener o no un ritmo, simetría y elementos de la misma forma.



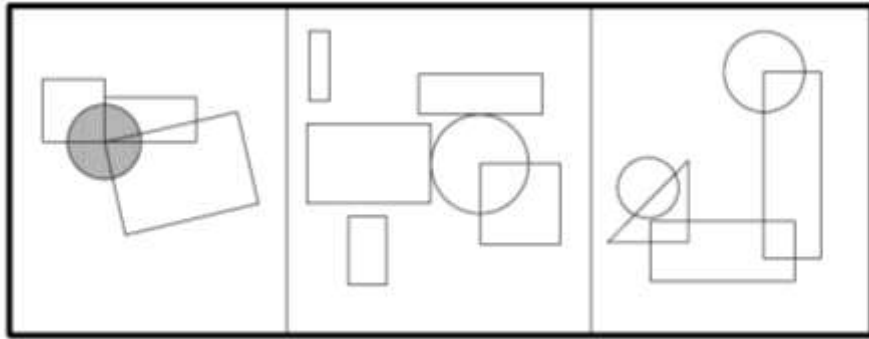
- **Radial**

Espacio central desde el que se extiende radialmente según organizaciones radiales.



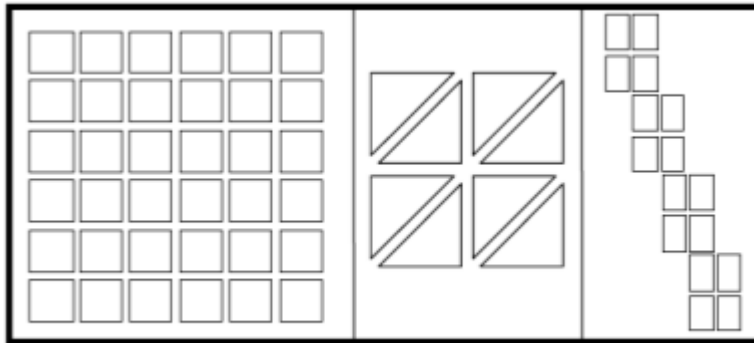
- **Agrupada**

Espacios o elementos que se agrupan en base a elementos o formas que están adicionadas o relacionadas entre sí.



- **Trama**

Espacios organizados en base a una trama, rejilla o en cual cualquier tipo de trama geométrica



✚ Luego de haber estudiado las diferentes formas de estructuración espacial; y tomando en cuenta, la organización funcional, los esquemas de partido y el estilo arquitectónico elegido, además, de tomar en cuenta el terreno concluyó que la estructuración espacial más óptima es la **agrupada** la cual la pude realizar mediante ejes estructurantes.

4.1.4.- ASPECTO MORFOLÓGICO

Las premisas morfológicas son:

- La organización de la forma tiene que ser o acercarse al estilo racionalista tratar de estructurar una composición en función a volúmenes puros generando un contraste entre superficies duras y blandas.
- Lograr la identidad del hecho físico con su función en éste caso.



4.1.5.- ASPECTO TECNOLÓGICO.-

- Como premisa tecnológica se optará por un sistema constructivo tradicional evolucionado, tomando en cuenta la realidad tecnológica del medio, utilizando principalmente el H° A° tanto en los cimientos (zapatas-viga de arriostre), en la estructura (sistema de columnas y vigas autoportantes), en losas (maciza) y muros ladrillo; también se utilizará tecnología moderna como estereo estructuras, fachadas autoportantes de estructura metálica y carpintería de aluminio; acristalamiento de vidrio laminado con protección ultravioleta, poli carbonato, voladizos con estructura metálica; revestimiento exterior de placas H° visto, etc.
- Esta ciudad goza de un clima templado, agradable, se deberán diseñar espacios abiertos y prever sistemas naturales de ventilación, iluminación, protección solar etc. de manera que el apoyo mecánico sea el mismo.
- Para la protección acústica y térmica se debe realizar una propuesta en el tratamiento de muros, cubierta, etc.
- Lograr una unidad constructiva en la envolvente con el uso de diferentes materiales, que respondan a la propuesta de diseño.
- Implementación de techos verdes.
- Pérgolas



¿CÓMO FUNCIONA ESTA AZOTEA VERDE?

Una azotea verde sirve como un aislante natural que disminuye la temperatura de la zona, compensa la pérdida de áreas verdes y contribuye al ahorro de energía.

La azotea verde de Superama cuenta con un sistema de captación de agua de lluvia que le permite utilizarla en sus operaciones diarias.

De esta manera se aligera la carga del sistema de aguas de la ciudad.

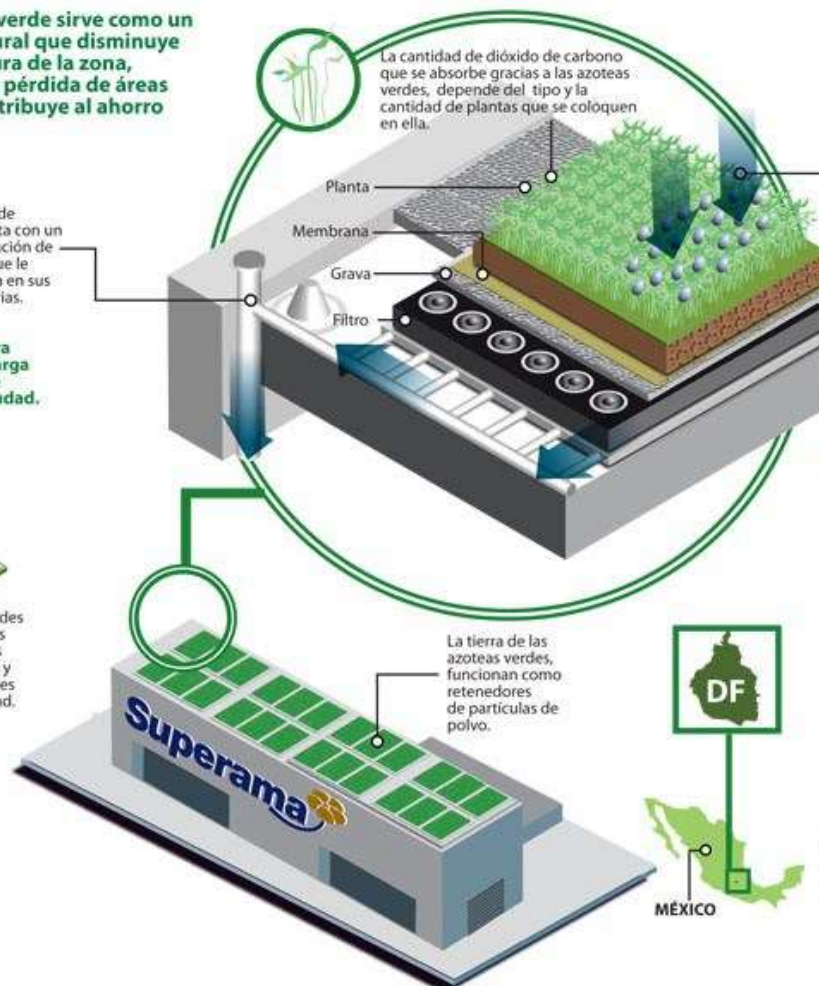
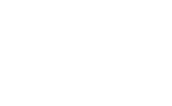
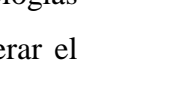
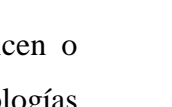
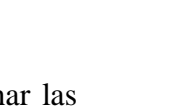
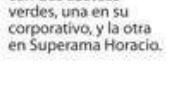
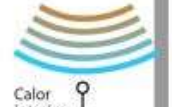


Las azoteas verdes responden a los requerimientos de autoridades y a las necesidades de la comunidad.

La cantidad de dióxido de carbono que se absorbe gracias a las azoteas verdes, depende del tipo y la cantidad de plantas que se coloquen en ella.

El agua de lluvia permite mantener las plantas de las azoteas verdes, lo cual disminuye e incluso elimina el riego.

Las azoteas verdes sirven también para regular la temperatura interior del inmueble, eliminar o disminuir el uso de aire acondicionado y ahorrar energía.



La tierra de las azoteas verdes, funcionan como retenedores de partículas de polvo.



MÉXICO

4.1.6.- PREMISAS AMBIENTALES

Las premisas ambientales a considerar deben partir del concepto de aprovechar las cualidades naturales del terreno y la utilización de materiales que minimicen o eliminen los gastos energéticos, apoyados por la implementación de tecnologías adecuadas al contexto que incrementen estas cualidades inherentes para generar el mínimo impacto y garantizar la sostenibilidad del medio arquitectónico.

ORIENTACIÓN

Es fundamental orientar el complejo de manera que reciba el mayor asoleamiento posible, aprovechando los rayos solares no nocivos, de esta manera se obtiene iluminación natural ahorrando en energía eléctrica; se generan condiciones de microclima térmico adecuados, basados en el asoleamiento, ventilación y vegetación, apoyados por la utilización de los mejores materiales de construcción para el caso y el diseño pertinente.

VEGETACIÓN

La vegetación a implantar debe proponer una revitalización del lugar ya que presenta un paisaje desolado y debe aportar a la generación del microclima adecuado para la realización de las diversas actividades, aportando en el diseño de forma paisajística.

El fin es que mejoren las condiciones actuales del suelo al tratarse de un área erosionada, promoviendo la reforestación de la zona.

SUELOS

El estudio de las capas geológicas es imprescindible ya que éstas determinan el tipo de vegetación, adecuado al medio físico natural. El proyecto incluye la recuperación de la masa vegetal desaparecida por la intervención humana, la cual degradó estas capas geológicas.

Por otro lado, es fundamental saber las características de resistencia del suelo para determinar el mejor tipo de cimentación a implementar.

4.1.7.- PREMISAS URBANAS

- Integrar el espacio público y privado compactando el espacio.
- Generar espacios de recorrido y esparcimiento.
- Proponer espacios amplios y fluidos.



- Jerarquizar accesos tanto peatonal como vehicular.
 - Aprovechar el vínculo de una vía de primer orden en las cercanías del lugar.
 - Debe estar en un lugar aislado de la contaminación acústica, visual.
 - Consolidar un lazo con los demás equipamientos deportivos cercanos para generar un espacio integro.
 - Generar espacios de recorrido que integren el complejo de la villa olímpica.
 - Jerarquizar los ingresos tanto peatonales como vehiculares generando un nexo entre actividades complementarias.
 - Configurar un paisaje urbano renovado mediante la implantación de espacios verdes.
 - Aprovechar la vegetación para crear barreras acústicas, visuales y espaciales.


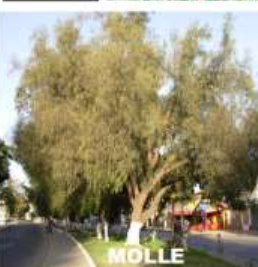
- **PROPUESTA PAISAJISTICA**




La propuesta paisajística se proyectara mediante las necesidades naturales del terreno teniendo en cuenta las características de cada sector teniendo en cuenta espacios de sombras , cortinas acústicas y visuales , vegetación ornamental , control de erosión, aspectos físicos- ecológicos ,etc.




Serán emplazados también según su Función, tamaño y color para aportar en el diseño integral arquitectónico del lugar logrando espacios más confortables.

FICHAS PAISAJISTICAS:

FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FISICOS	ASPECTO PAISAJÍSTICO	ASPECTO ECOLÓGICO				
CARACTERÍSTICAS GENERALES FAMILIA: bignoniaceae NOMBRE CIENTÍFICO: Jacaranda Mimosifolia NOMBRE COMÚN: Jacaranda ORIGEN: Sud america	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura 8 a 10 mt. MEDIA: <input checked="" type="checkbox"/> 8 a 10 mt. BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 8 mt. ORGANO DE INTERES: HOJA <input type="checkbox"/> FLOR <input checked="" type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ARQUITECTÓNICOS FUNCIÓN ESCALA FORMA: HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> ENCUADRE <input type="checkbox"/> BORDE <input checked="" type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> PANTALLA <input checked="" type="checkbox"/> CONJUNTO <input checked="" type="checkbox"/> ESPACIO MONUMENTAL <input type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> CANAL <input checked="" type="checkbox"/> RECINTO <input checked="" type="checkbox"/> ESTÁTICO <input type="checkbox"/> DINÁMICO <input checked="" type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO <input type="checkbox"/> CONTRO DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>semilla esqueje</small>				
  JACARANDA	COLOR - TEXTURA: <table border="1"> <tr> <td>HOJA CADUCA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HOJA PERENNE</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	HOJA CADUCA	<input checked="" type="checkbox"/>	HOJA PERENNE	<input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: CALIDO: <input checked="" type="checkbox"/> TEMPLADO: <input checked="" type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: ACIDO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input checked="" type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO: RÁPIDO: <input checked="" type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: PROFUNDA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>	SOLEAMIENTO: SOLEADO: <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input type="checkbox"/> USO ECOLÓGICO: REFORESTACIÓN <input type="checkbox"/> HORNAMENTACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES Resistente a la contaminación. Presenta debilidad a la plaga de los pulgones.
HOJA CADUCA	<input checked="" type="checkbox"/>						
HOJA PERENNE	<input type="checkbox"/>						

FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FISICOS	ASPECTO PAISAJÍSTICO	ASPECTO ECOLÓGICO				
CARACTERÍSTICAS GENERALES FAMILIA: Anacardiaceae NOMBRE CIENTÍFICO: Schinus Molle L. NOMBRE COMÚN: Molle ORIGEN: De Mexico a Argentina	ESCALA: ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> Altura 10 a 15 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> 10 a 15 mt. BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 6-8 mt. ORGANO DE INTERES: HOJA <input checked="" type="checkbox"/> FLOR <input type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ARQUITECTÓNICOS FUNCIÓN ESCALA FORMA: HITO <input checked="" type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> ENCUADRE <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: HITO <input checked="" type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONJUNTO <input type="checkbox"/> ESPACIO MONUMENTAL <input checked="" type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> RECINTO <input type="checkbox"/> ESTÁTICO <input type="checkbox"/> DINÁMICO <input checked="" type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO <input checked="" type="checkbox"/> CONTRO DE EROSIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>semilla esqueje</small>				
  MOLLE	COLOR - TEXTURA: <table border="1"> <tr> <td>HOJA CADUCA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HOJA PERENNE</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	HOJA CADUCA	<input type="checkbox"/>	HOJA PERENNE	<input checked="" type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: CALIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input checked="" type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: ACIDO: <input checked="" type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input checked="" type="checkbox"/> ARENOSO: <input checked="" type="checkbox"/> CRECIMIENTO: RÁPIDO: <input checked="" type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: PROFUNDA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>	SOLEAMIENTO: SOLEADO: <input type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input checked="" type="checkbox"/> USO ECOLÓGICO: REFORESTACIÓN <input type="checkbox"/> HORNAMENTACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES
HOJA CADUCA	<input type="checkbox"/>						
HOJA PERENNE	<input checked="" type="checkbox"/>						

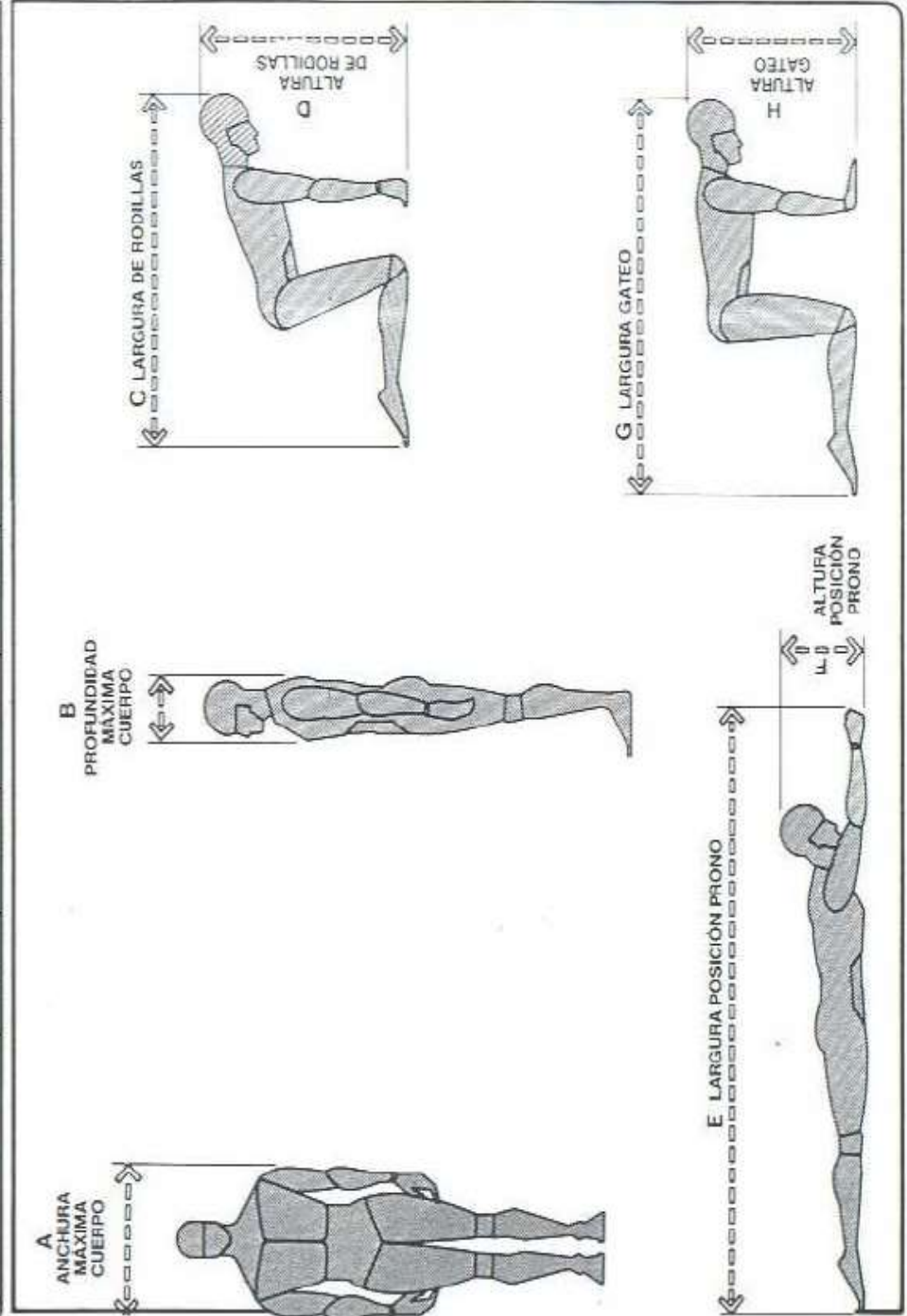
FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FÍSICOS	ASPECTO PAISAJÍSTICO	ASPECTO ECOLÓGICO																														
CARACTERÍSTICAS GENERALES FAMILIA: Bombacaceae NOMBRE CIENTÍFICO: Ceiba pentandra NOMBRE COMÚN: Ceiba ORIGEN:	ESCALA: ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> Altura 25 a 30 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 10 mt. ORGANO DE INTERES: HOJA <input checked="" type="checkbox"/> FLOR <input type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ARQUITECTONICOS FUNCION ESCALA FORMA: HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input checked="" type="checkbox"/> ENCUADRE <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> PANTALLA <input checked="" type="checkbox"/> CONJUNTO <input type="checkbox"/> ESPACIO MONUMENTAL <input checked="" type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> RECINTO <input type="checkbox"/> ESTÁTICO <input type="checkbox"/> DINÁMICO <input checked="" type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO <input checked="" type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN <input checked="" type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>SETEBA 8/2008</small>																														
  CEIBA	COLOR - TEXTURA: <table border="1"> <tr> <td></td> <td>HOJA CADUCA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>V</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>HOJA PERENNE</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>V</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		HOJA CADUCA	<input checked="" type="checkbox"/>	P			V			O			I				HOJA PERENNE	<input type="checkbox"/>	P			V			O			I			ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE MECE SARK: CALIDO: <input checked="" type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: ACIDO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input checked="" type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO: RÁPIDO: <input checked="" type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: PROFUNDA: <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/> AGRESIVA: <input checked="" type="checkbox"/>	SOLEAMIENTO: SOLEADO: <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input type="checkbox"/> USO ECOLÓGICO: REFORESTACIÓN <input type="checkbox"/> HORNAMENTACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/>
	HOJA CADUCA	<input checked="" type="checkbox"/>																															
P																																	
V																																	
O																																	
I																																	
	HOJA PERENNE	<input type="checkbox"/>																															
P																																	
V																																	
O																																	
I																																	
FORMA: 			OBSERVACIONES 																														

FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FÍSICOS	ASPECTO PAISAJÍSTICO	ASPECTO ECOLÓGICO
CARACTERÍSTICAS GENERALES	ESCALA:	ARQUITECTÓNICOS	CARACTERÍSTICAS:
FAMILIA: Leguminosas NOMBRE CIENTÍFICO: Prosopis pallida NOMBRE COMÚN: Algarrobo ORIGEN: Perú, Ecuador, Colombia	ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> Altura MEDIA: <input type="checkbox"/> 6-8mts. BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 6 mts.	FUNCIÓN	CONTROL DEL VIENTO: <input checked="" type="checkbox"/> CONTRO DE EROSIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> semilla <input type="checkbox"/> esqueje
	ORGANO DE INTERES: HOJA <input checked="" type="checkbox"/> FLOR <input type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ESCALA FORMA	SOLEAMIENTO:
	COLOR - TEXTURA:	COLOR TEXTURA	SOLEADO: <input type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input checked="" type="checkbox"/>
	HOJA CADUCA P <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	ESPACIO	USO ECOLÓGICO:
	HOJA PERENNE P <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/>	MONUMENTAL <input checked="" type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> RECINTO <input type="checkbox"/> ESTÁTICO <input type="checkbox"/> DINÁMICO <input type="checkbox"/>	REFORESTACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> HORNAMENTACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/>
	FORMA: 	ASPECTO TÉCNICO	OBSERVACIONES
		AMBIENTE NECESARIO	
		CALIDO: <input checked="" type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/>	
		TIPO DE SUELO:	
		ACIDO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input checked="" type="checkbox"/> ARENOSO: <input checked="" type="checkbox"/>	
		CRECIMIENTO:	
		RÁPIDO: <input type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> LENTO: <input checked="" type="checkbox"/>	
		TIPO DE RAIZ:	
		PROFUNDA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>	

3.9.7.1 - ANTROPOMETRÍA

Posiciones de trabajo de hombres y mujeres adultos, en pulgadas y centímetros, según selección de percentiles*

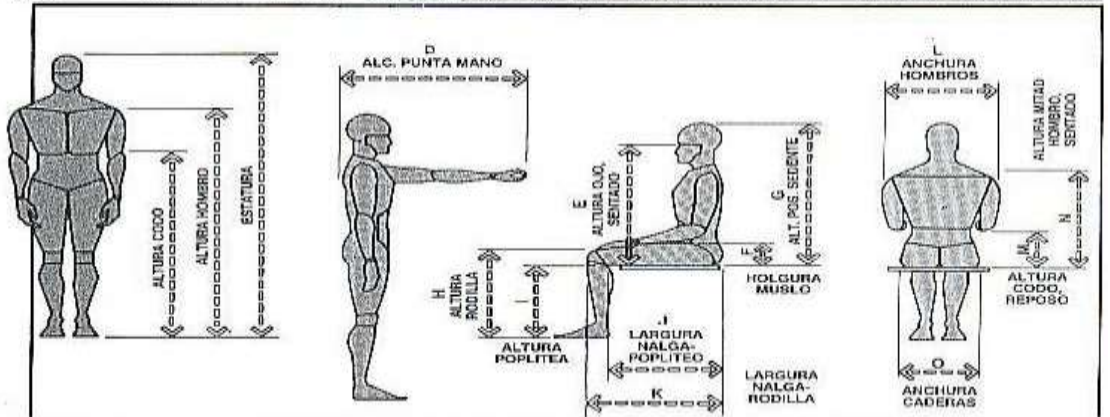
	A	B	C	D	E	F	G	H
95	22,8	13,0	48,1	34,5	95,8	16,4	58,2	30,5
5	57,9	33,0	122,2	87,6	243,3	41,7	147,8	77,5
	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm
	18,8	10,1	37,6	29,7	84,7	12,3	49,3	26,2
	47,8	25,7	95,5	75,4	215,1	31,2	125,2	66,5



Dimensiones del cuerpo: previsión 1985, de hombres y mujeres adultos, en pulgadas y centímetros, según sexo selección de percentiles

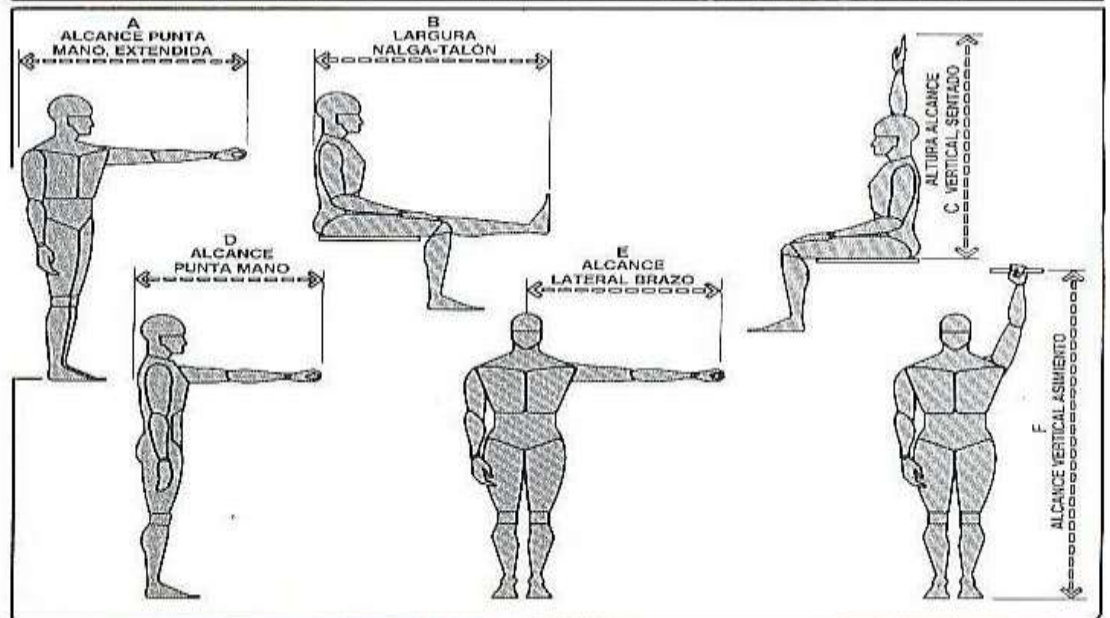
		Peso		A		B		C		D		E		F		G	
		lb	kg	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm
95	HOMBRES	215.4	97.7	47.8	120.9	61.3	155.7	74.3	188.8	34.4	87.4	34.1	86.5	7.5	19.1	39.7	99.0
	MUJERES	165.1	74.9	42.0*	108.7	55.7	141.4	60.0	172.8	31.7	80.6	31.3	79.8	5.9	14.9	36.0	91.5
5	HOMBRES	143.7	65.2	41.5	105.5	53.7	136.5	66.2	168.2	29.3	74.3	30.1	76.4	5.7	14.5	34.8	88.5
	MUJERES	104.5	47.4	38.0*	96.5	48.4	122.9	60.0	152.3	26.7	67.7	27.4	69.5	4.1	10.4	32.0	81.2

		H		I		J		K		L		M		N		O	
		pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm
95	HOMBRES	23.7	60.3	18.8	47.8	21.7	55.1	25.7	65.4	20.8	52.9	11.7	29.7	27.4	69.6	16.0	42.2
	MUJERES	21.4*	54.3	17.4	44.2	20.7	52.7	24.4	62.0	18.4	46.8	10.7	27.1	24.8	63.1	16.4	41.6
5	HOMBRES	20.5	52.1	15.9	40.4	18.3	46.4	22.2	56.4	17.5	44.4	8.3	21.0	23.9	60.6	13.5	34.4
	MUJERES	18.4*	46.7	14.9	37.8	17.2	43.7	21.0	53.3	16.2	38.6	7.0	19.2	21.3	54.2	13.9	35.4



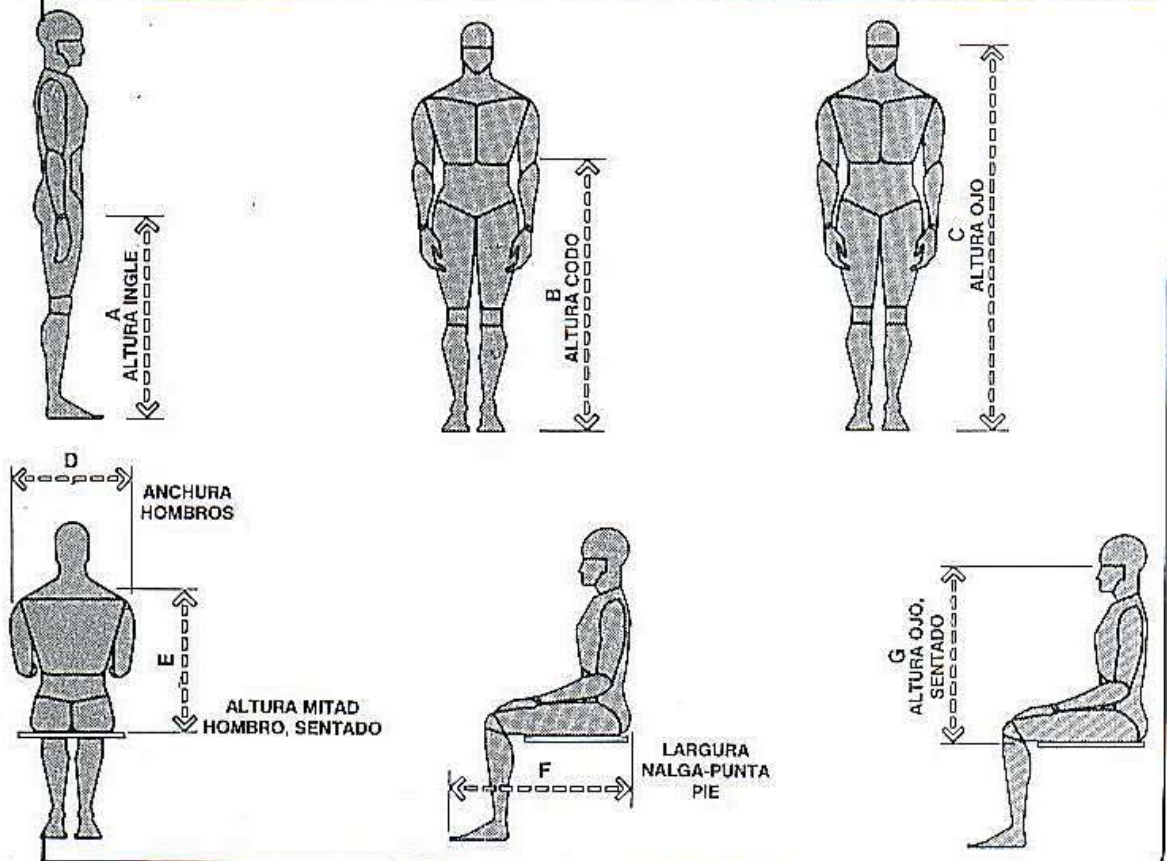
Dimensiones funcionales del cuerpo de hombres y mujeres adultos, en pulgadas y centímetros, según edad, sexo y selección de percentiles

		A		B		C		D		E		F	
		pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm
95	HOMBRES	38.3	97.3	46.1	117.1	51.6	131.1	35.0	88.9	39.0	99.4	88.5	224.8
	MUJERES	36.3	92.2	49.0	124.5	49.1	124.7	31.7	80.5	38.0	96.5	84.0	213.4
5	HOMBRES	32.4	82.3	39.4	100.1	59.0	149.9	29.7	75.4	29.0	73.7	76.8	195.1
	MUJERES	29.9	75.9	34.0	86.4	55.2	140.2	26.6	67.6	27.0	69.6	72.0	185.2



Dimensiones estructurales combinadas del cuerpo de hombres y mujeres adultos, en pulgadas y centímetros, según edad y selección de percentiles

	A		B		C		D		E		F		G		
	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	pulg.	cm	
95	HOMBRES	36.2	91,9	47.3	120,1	68.6	174,2	20.7	52,6	27.3	69,3	37.0	94,0	33.9	86,1
	MUJERES	32.0	81,3	43.6	110,7	64.1	162,8	17.0	43,2	24.6	62,5	37.0	94,0	31.7	80,5
5	HOMBRES	30.8	78,2	41.3	104,9	60.8	154,4	17.4	44,2	23.7	60,2	32.0	81,3	30.0	76,2
	MUJERES	26.8	68,1	38.6	98,0	56.3	143,0	14.9	37,8	21.2	53,8	27.0	68,6	28.1	71,4

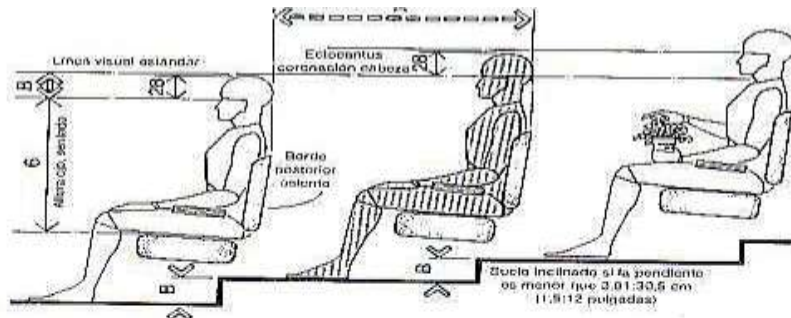


3.9.7.2 ERGONOMETRÍA

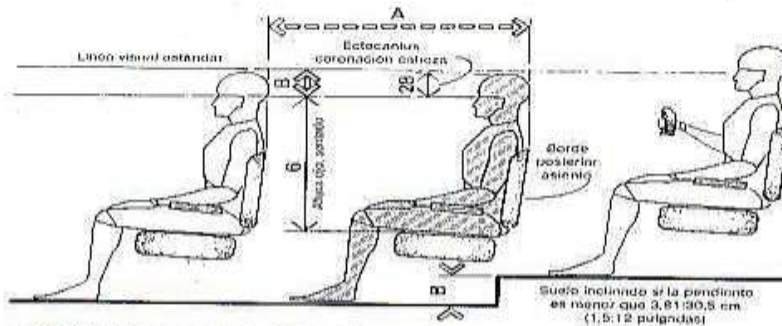
La palabra ERGONOMÍA se deriva de las palabras griegas "ergos", que significa trabajo, y "nomos", leyes; por lo que literalmente significa "leyes del trabajo", y se puede decir que es la actividad de carácter multidisciplinar que se encarga del estudio de la conducta y las actividades de las personas, con la finalidad de adecuar los

productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios, buscando optimizar su eficacia, seguridad y confort.

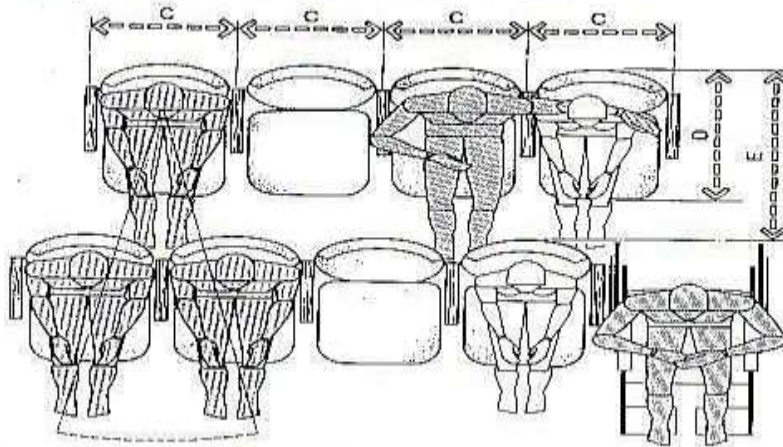
Para la Sala Multiuso



ASIENTO ESCALONADO / VISIÓN DE UNA FILA



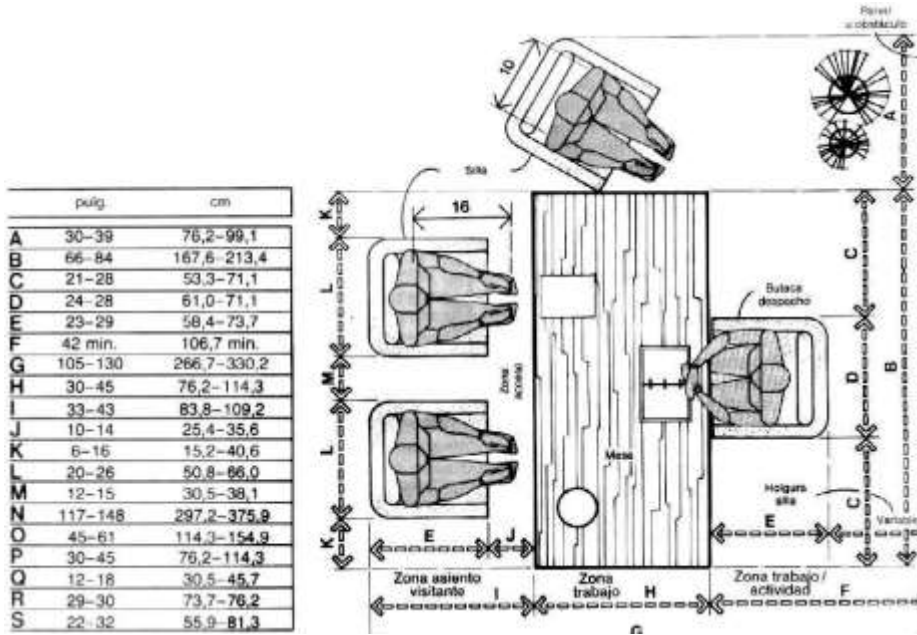
ASIENTO ESCALONADO / VISIÓN DE DOS FILAS



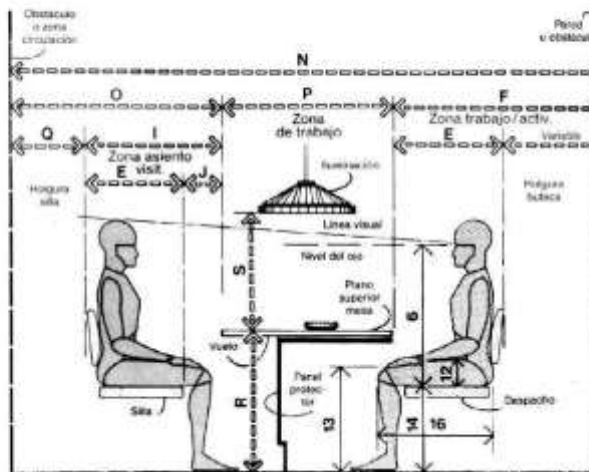
ASIENTOS EN ESCALA ALTERNADA

Oficinas

	pulg.	cm
A	40	101,6
B	5	12,7
C	20-26	50,8-66,0
D	27-30	68,6-76,2
E	34-42	86,4-106,7

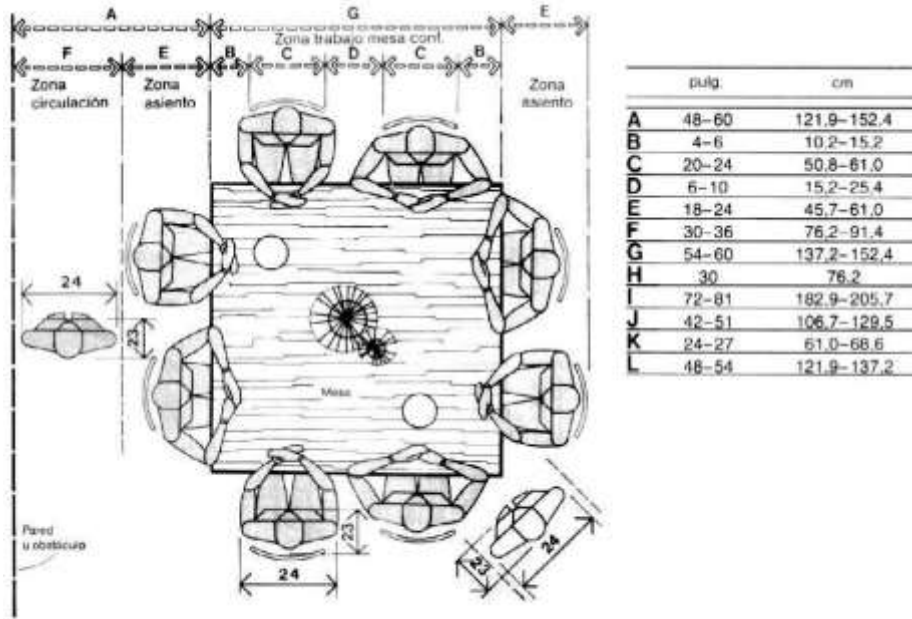


MESA DE DESPACHO/ASIENTO DE VISITANTE



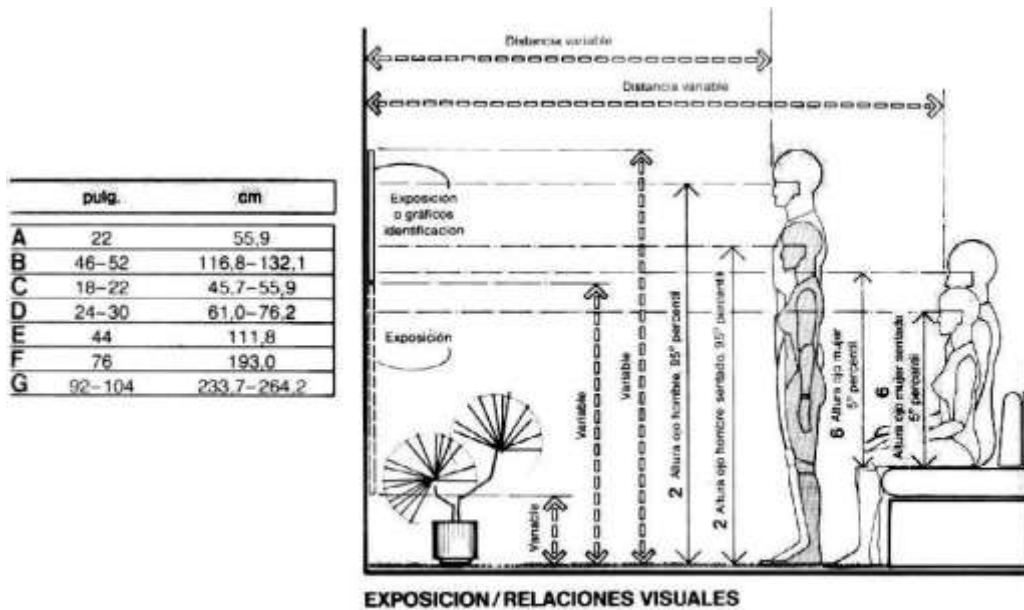
MESA DE DESPACHO/HOLGURAS BASICAS

Sala de Reuniones



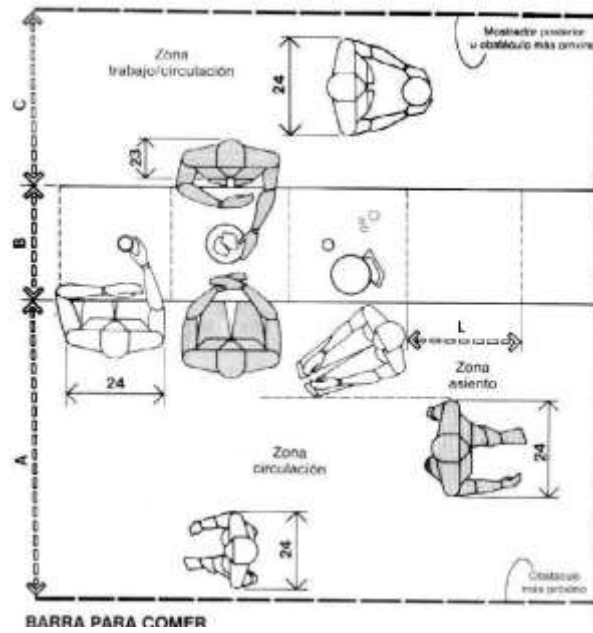
MESA DE CONFERENCIA CUADRADA

Espacios de recepción



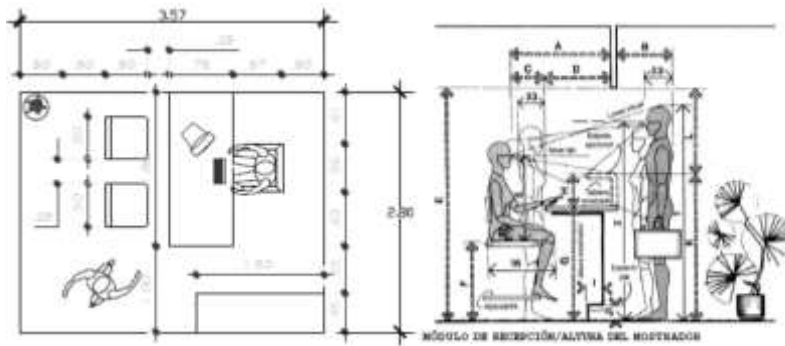
Comedor

	pulg	cm
A	60-66	152,4-167,6
B	18-24	45,7-61,0
C	36	91,4
D	24	61,0
E	12-18	30,5-45,7
F	35-36	88,9-91,4
G	42	106,7
H	30-31	76,2-78,7
I	11-12	27,9-30,5
J	10	25,4
K	12-13	30,5-33,0

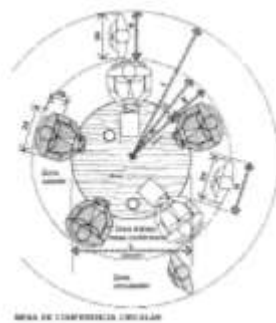
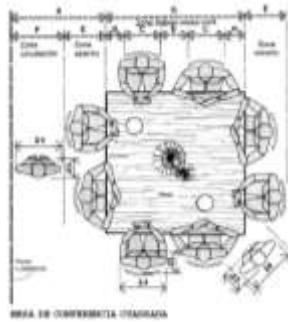


ADMINISTRACIÓN

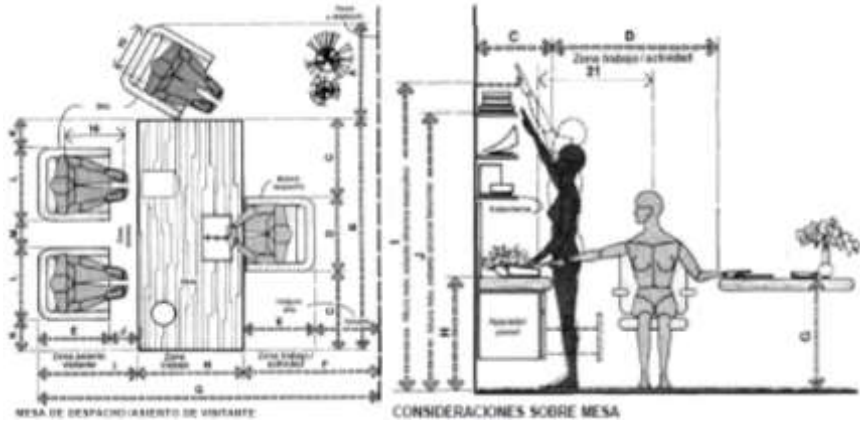
ESPACIOS DE RECEPCIÓN



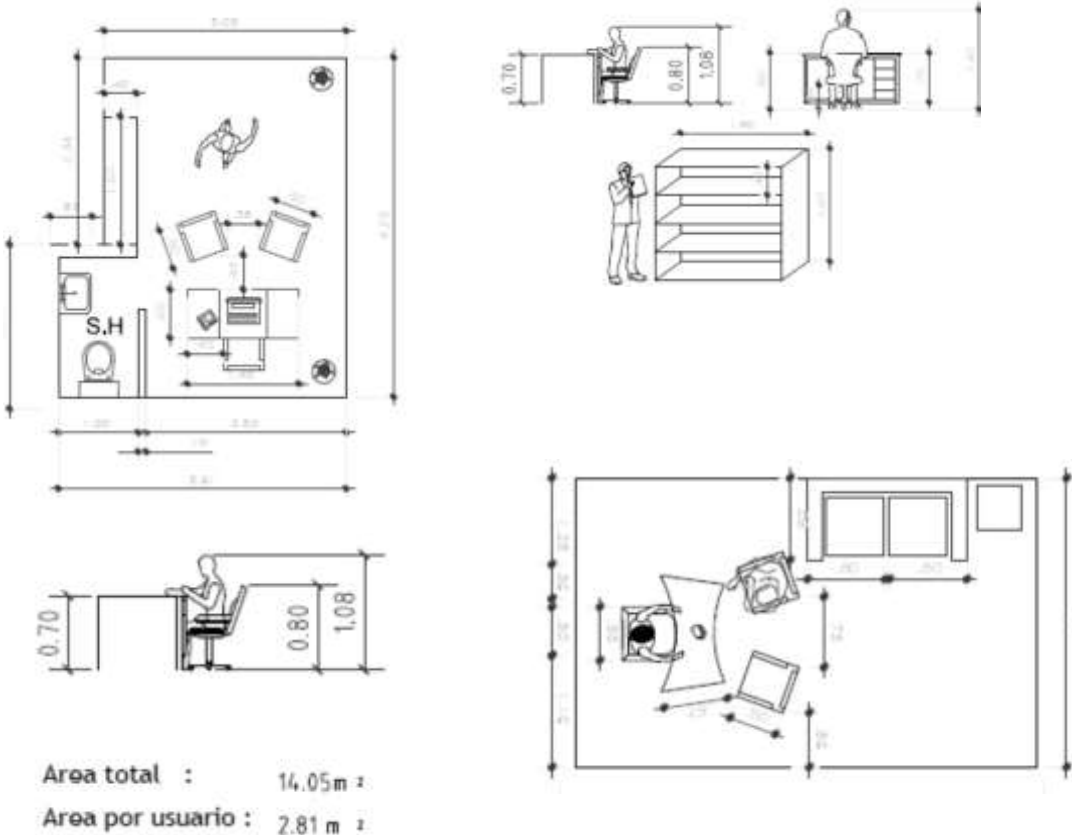
SALA DE REUNIONES



DESPACHOS



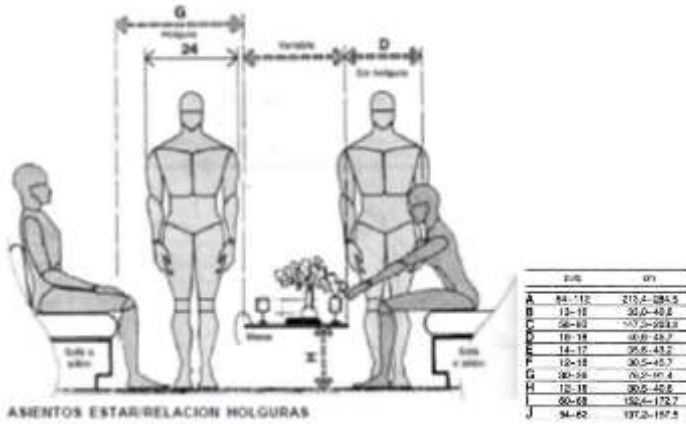
GERENCIA



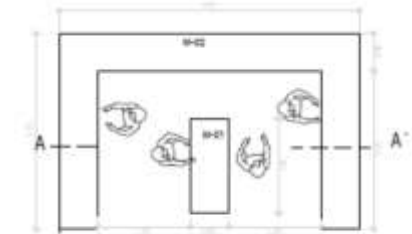
ESPACIOS DE ESTAR

CONTROL DE PERSONAL

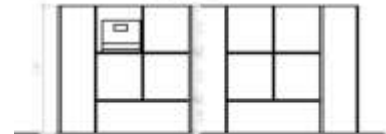
ASIENTOS ESTAR/HOLOGURAS



ASIENTOS ESTAR/RELACION HOLOGURAS

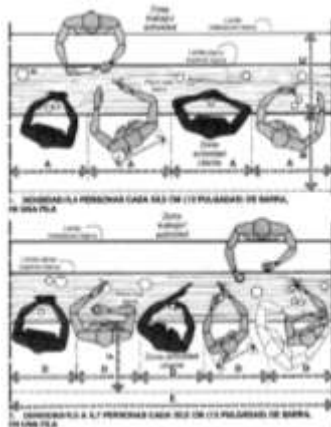


PLANTA

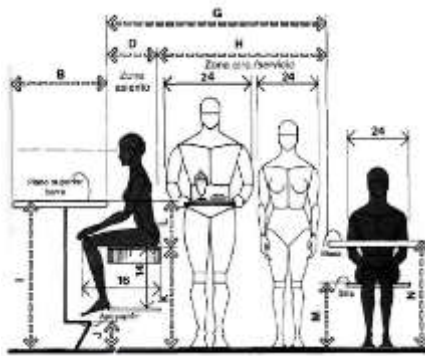


CORTE A-A'

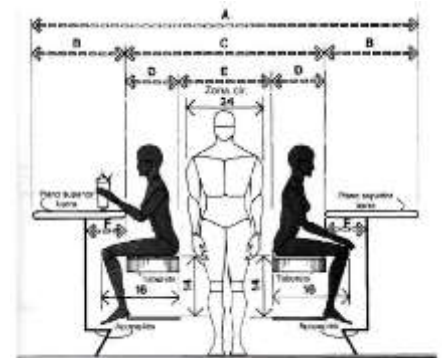
CAFETERÍA



BARRA PARA COMER/HOLOGURAS MESA

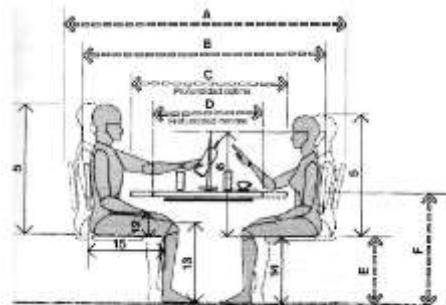


BARRA PARA COMER/HOLOGURA ENTRE TABURETES

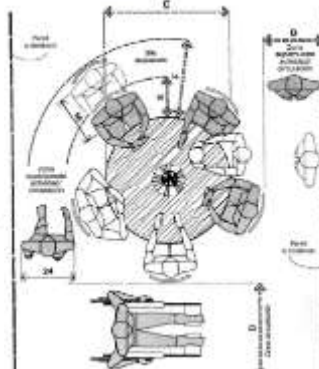


BARRA PARA COMER/HOLOGURA ENTRE TABURETES

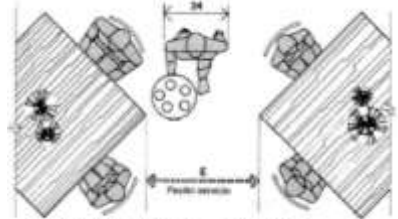
MESAS/ILLAS DE BIEDAS



MESAS / PROFUNDIDAD MÍNIMA Y ÓPTIMA / HOLOGURAS VERTICALES

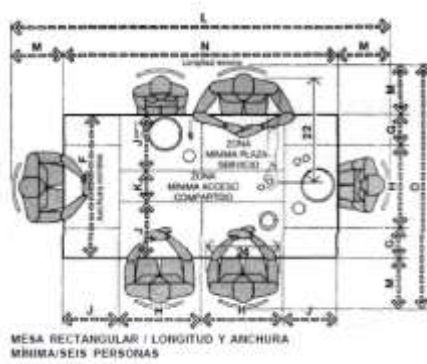


PASELO DE SERVICIO/HOLOGURA ENTRE MESAS

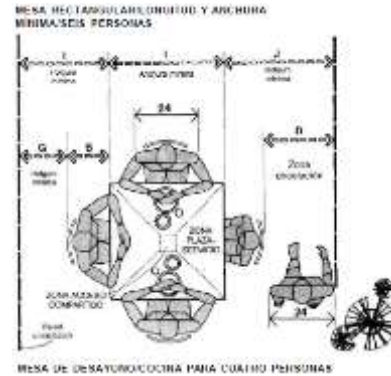


PASELO DE SERVICIO/HOLOGURA ENTRE ESQUINAS DE MESA

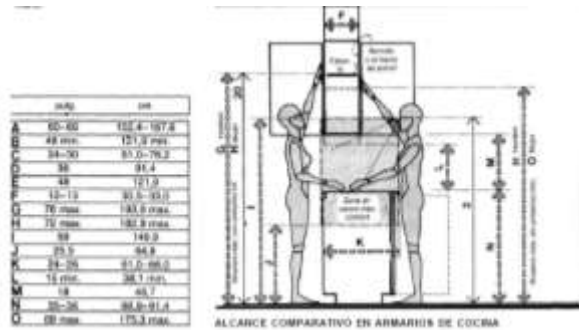
COMEDOR



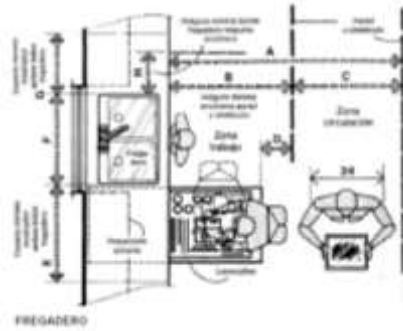
	pulg.	cm
A	54	137,2
B	12	30,5
C	30	76,2
D	48	121,9
E	18	45,7
F	42	106,7
G	9	22,9
H	24	61,0
J	40	101,6
K	18	45,7
L	10	25,4
M	18-24	45,7-61,0
N	40	101,6
O	72-80	182,9-203,2



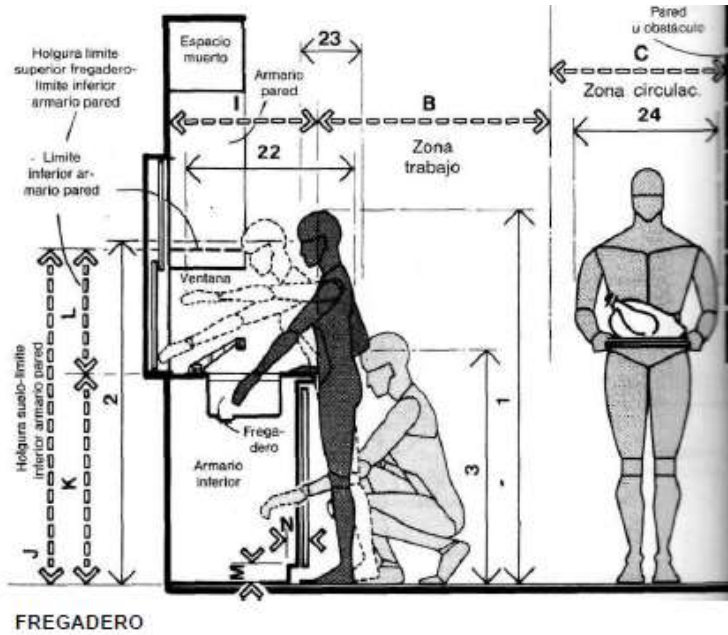
COCINA



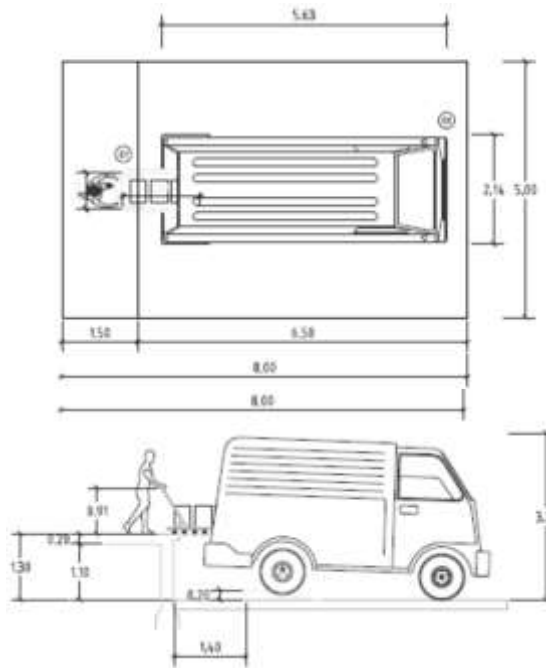
	pulg.	cm
A	60-66	152,4-167,6
B	48 min.	121,9 min.
C	34-36	86,0-91,4
D	36	91,4
E	48	121,9
F	12-15	30,5-38,1
G	18 min.	45,7 min.
H	12 min.	30,5 min.
I	24-26	61,0-66,0
J	35	88,9
K	24-26	61,0-66,0
L	18 min.	45,7 min.
M	18	45,7
N	20-26	50,8-66,0
O	68 min.	172,8 min.



	pulg.	cm
A	70-76	177,8-193,0
B	40 min.	101,6 min.
C	30-36	76,2-91,4
D	18	45,7
E	24 min.	61,0 min.
F	28-42	71,1-106,7
G	18 min.	45,7 min.
H	12 min.	30,5 min.
I	24-26	61,0-66,0
J	57 min.	144,8 min.
K	35-36	88,9-91,4
L	22 min.	55,9 min.
M	3	7,6
N	4	10,2



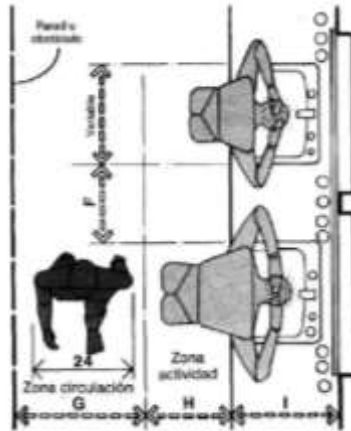
ÁREA DE CARGA Y DESCARGA



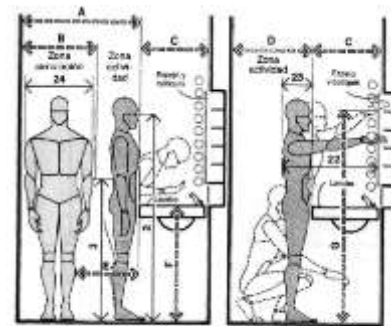
BAÑOS

holgas horizontales propuestas para lavabos.

	palg.	cm
A	15-18	38.1-45.7
B	28-30	71.1-76.2
C	37-43	94.0-109.2
D	32-36	81.3-91.4
E	26-32	66.0-81.3
F	14-16	35.6-40.6
G	30	76.2
H	18	45.7
I	21-26	53.3-66.0



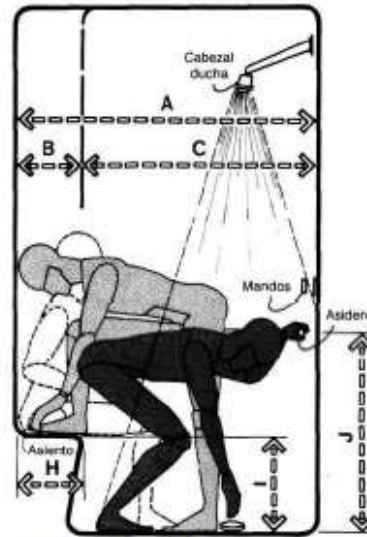
HOLGURAS PARA LAVABO DOBLE



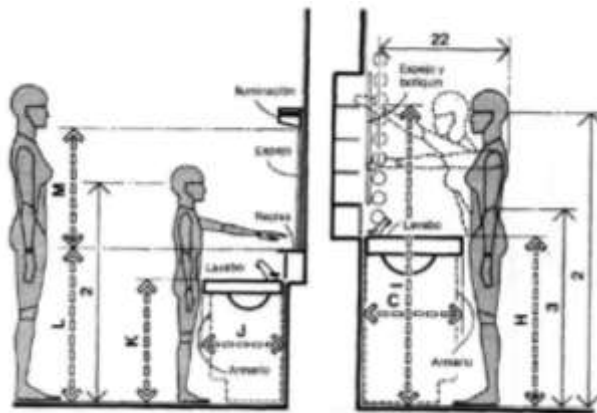
LAVABO CONSIDERACIONES ANTROPOMETRICAS PARA HOMBRE



HOLGURAS MÍNIMAS PARA DUCHAS



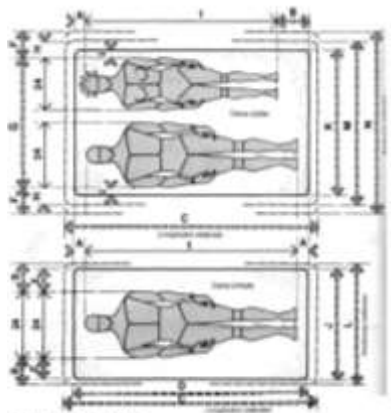
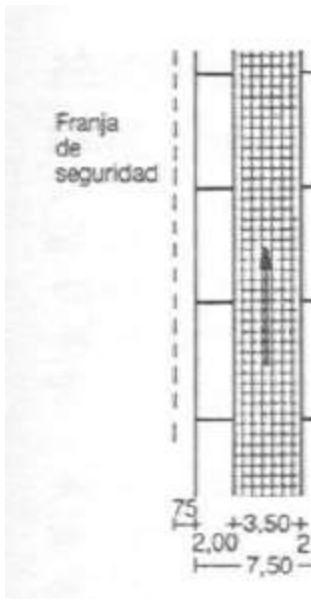
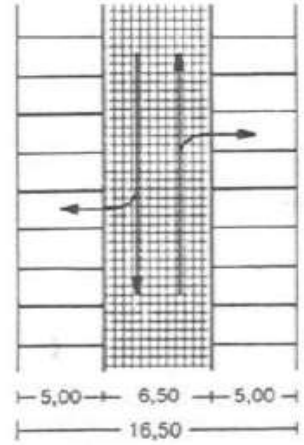
HOLGURAS MÍNIMAS PARA DUCHAS



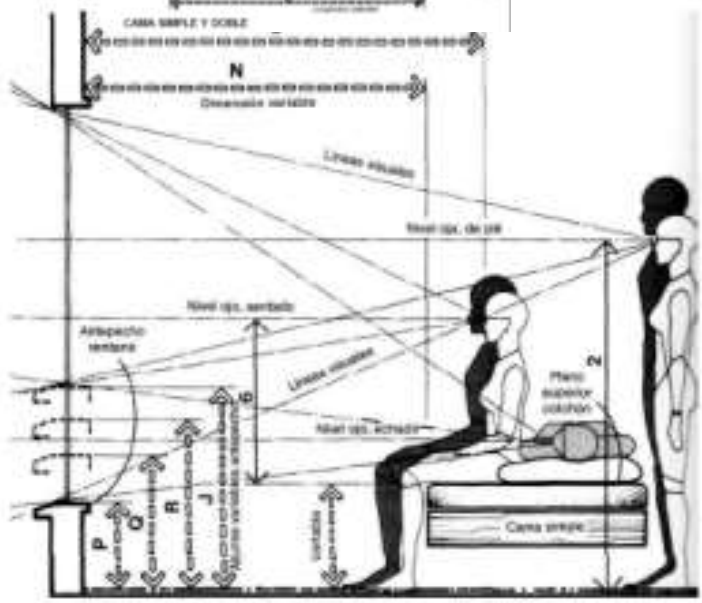
LAVABO / CONSIDERACIONES ANTRÓPOMETRICAS PARA MUJER Y NIÑOS

	pulg.	cm
A	48	121,9
B	30	76,2
C	19-24	48,3-61,0
D	27 min.	68,6 min.
E	18	45,7
F	37-43	94,0-109,2
G	72 max.	182,9 max.
H	32-36	81,3-91,4
I	69 max.	175,3 max.
J	16-18	40,6-45,7
K	26-32	66,0-81,3
L	32	81,3
M	20-24	50,8-61,0

**ESTACIONAMIENTO
AREA RESIDENCIAL**



	in/pulg	cm
A	2.5	6.4
B	7.5	19.1
C	84	213.4
D	78	198.1
E	8	15.2
F	7-8	17.8-20.3
G	44-46	111.8-116.8
H	4-5	10.2-12.7
I	1-2	2.5-5.1
J	36	91.4
K	48	121.9
L	39	99.1
M	54	137.2
N	60	152.4
O	70	177.8
P	16	40.6
Q	22	55.9
R	30	76.2

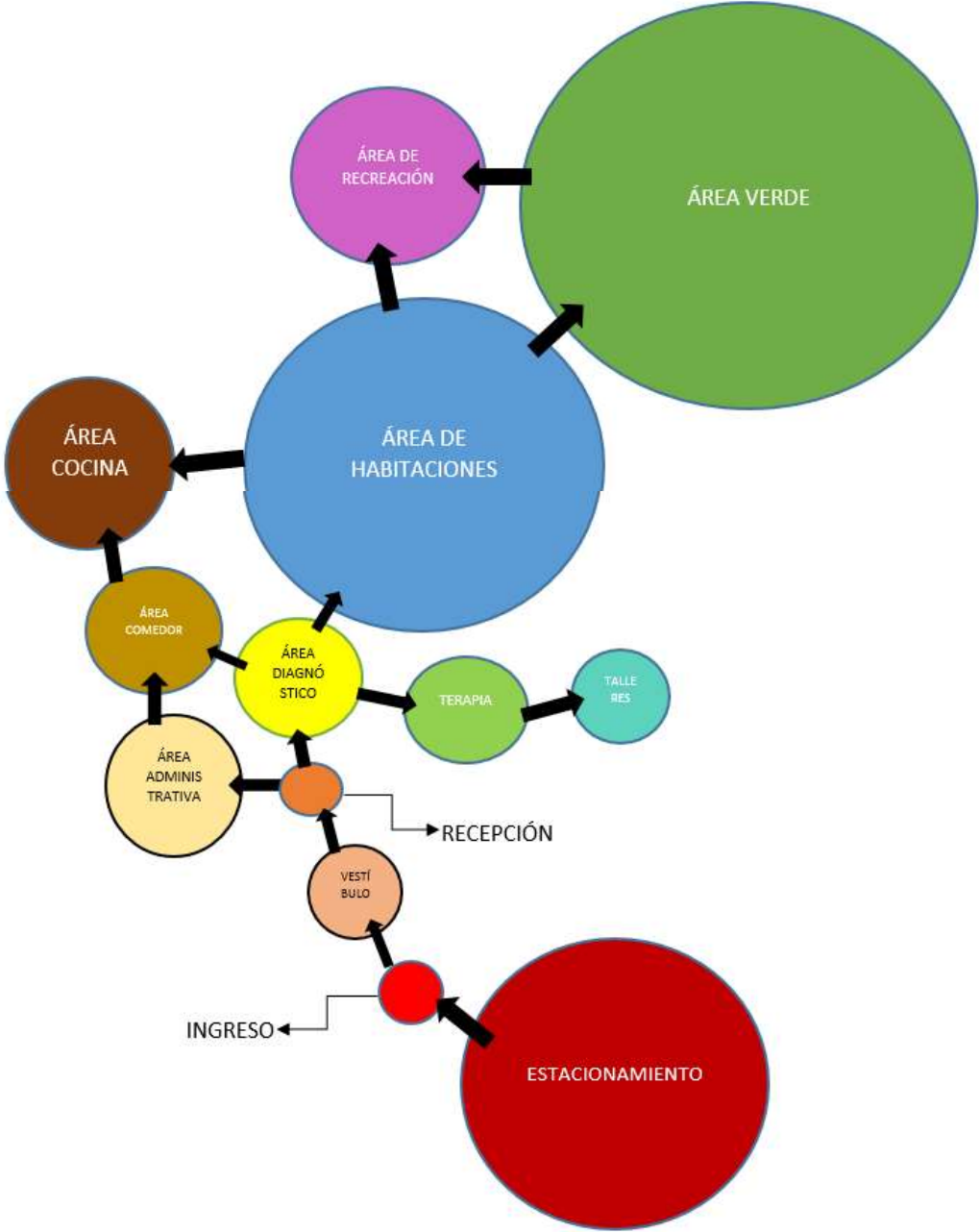


DORMITORIO-VISION Y LINEAS VISUALES

4.2 PROGRAMA CUALITATIVO

CENTRO DE REHABILITACIÓN, TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN PARA DROGODEPENDIENTES Y SALUD MENTAL	SECTOR	PROGRAMA CUALITATIVO- SUB SECTOR
	ÁREA DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • DIRECCIÓN MÉDICA • DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN • GERENCIA MÉDICA • SECRETARÍA • OFICINA DE PERSONAL ADMINISTRATIVO • OFICINA DE ESTADÍSTICAS • JEFATURA DE ENFERMERÍA • SALA DE REUNIONES • SANITARIOS USUARIOS • SANITARIOS PERSONAL
	ÁREA DE CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • REGISTRO ESTADÍSTICO • SALA AUDIOVISUAL • CONSULTORIOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ CONSULTORIO EXTERNO ▪ CONSULTORIO NEUROLOGÍA ▪ CONSULTORIO PSICOLOGÍA • SERVICIO DE ENCEFALOGRAFÍA • FARMACIA • SERVICIO SOCIAL • SALA DE VISITAS • SANITARIOS DE USUARIOS • SANITARIOS PERSONAL
	ÁREA DE INTERNACIÓN Y TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • DORMITORIOS PARA HOMBRES • DORMITORIOS PARA MUJERES • SALA DE VISITAS • CONSULTORIO MÉDICO • ENFERMERÍA • SALON DE TERAPIAS (GRUPOS) • CONSULTORIO MEDICO • SANITARIOS INTERNOS Y PERSONAL
	ÁREA DE REHABILITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • TERAPIA OCUPACIONAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ GIMNASIO ▪ ARTES PLÁSTICAS ▪ SALA MÚSICA ▪ PREVENCIÓN ▪ SALA DE INFORMÁTICA ▪ SALA DE LECTURA • SALON DE ACTOS CULTURALES Y EXPOSICION • SANITARIOS INTERNOS Y PERSONAL
	ÁREA DE SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDOR • COCINA • DEPOSITOS • ALMACEN • LAVANDERÍA • PORTERÍA • SANITARIOS INTERNOS Y PERSONAL
	ÁREA DE RECREACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • ESPARCIMIENTO ACTIVO Y PASIVO • SALON DE JUEGOS • CANCHA POLIFUNCIONAL

4.3.- ZONIFICACIÓN



4.4.- PROGRAMA CUANTITATIVO

AREAS	UNIDAD FUNCIONAL	SUP. PARCIAL M2	Nº UNIDAD	SUP. TOAL M2	TOTAL
ADMINISTRACIÓN	OF. DIRECCIÓN GENERAL	26	1	26	
	SECRETARÍA	11	2	22	
	OF. JEFE PREVENCIÓN	26	1	26	
	OF. ADMINISTRATIVA	24	1	24	
	OF. PERSONAL	24	1	24	
	OF. ESTADISTICA	24	1	24	
	SALA DE REUNIONES	36	1	36	
	TAREA DE PREVENCIÓN	24	1	24	
	SALA DE ESPERA	70	1	70	
	BAÑO PARA PERSONAL	3.6	3	10.8	



CONSULTA EXTERNA	INFORMACIÓN	16	1	16	
	REGISTRO ESTADISTICO	14	1	14	
	ARCHIVERO	8	1	8	
	MONITOREO	8	1	8	
	FARMACIA	24	1	24	
	CONSULTORIOS	22	4	88	
	SERV. NEUROLOGIA	22	1	22	
	SERV. ENCEFALOGRAFIA	17	1	17	
	LAB. CLINICO	22	1	22	
	SALA DE VISITAS	22	1	22	
	SERVICIO SOCIAL	24	1	24	
	SALA DE DES. MEDICOS	39	1	39	
	SALA DE TERAPIA	70	1	70	
	COCINETA	16	1	16	
	VESTUARIOS	14	2	28	
	SALA DE ESPERA	140	1	140	
	BAÑO PARA PERSONAL	3.8	2	7.6	
	BAÑO PARA PACIENTES	9.5	2	19	
				Sub total	554.6

AREA DE INTERNACION Y TRATAMIENTO	DORMITORIOS HOMBRES	15	50	750	
	DORMITORIOS MUJERES	15	50	750	
	SALAS DE ESPERA	10	4	40	
	CONSULTORIO MEDICO	20	1	20	
	ENFERMERIA	15	1	15	
	SALON DE TERAPIAS	35	2	70	
	DORMITORIO MEDICO	15	1	15	
	BAÑO PARA HOMBRES	3.5	16	56	
	BANO PARA MUJERES	3.5	16	56	
				Sub total	1772

AREA DE REHABILITACIÓN	SALA DE GIMNASIO	80	1	80	
	TALLER DE ARTES PLASTICAS	64	1	64	
	TALLER DE MUSICA	60	1	60	
	TALLER DE CARPINTERIA	72	1	72	
	PANADERIA	60	1	60	
	TALLER DE PREVENCIÓN	60	1	60	
	SALA DE INFORMATICA	70	1	70	
	SALA DE LECTURA	64	1	64	
	SALA DE JUEGOS	110	1	110	
	SALON DE ACTOS CUL. Y EXP.	200	1	200	
	DEPOSITOS	20	2	40	
	BAÑOS PARA MUJERES	9.6	3	28.8	
	BAÑOS PARA HOMBRES	9.6	3	28.8	
Sub total				937.6	

AREA DE SERVICIOS	COMEDOR	150	1	150	
	LAVANDERIA	19	1	19	
	PLANCHADO	19	1	19	
	COCINA	58.5	1	58.5	
	DEPOSITOS	5	1	5	
	ALMACÉN	19	1	19	
	PORTERÍA	10	1	10	
	BAÑO MUJERES	8.7	2	17.4	
	BAÑO HOMBRES	8.7	2	17.4	
Sub total				317.1	

30% DE CIRCULACION	TOTAL M2	3868.1
		1160.43
TOTAL AREA CONSTRUIDA	TOTAL M2	5028.53

4.5.- PROYECCIÓN Y USUARIOS

AÑO	Nº DE HABITANTES	% DE CRECIMIENTO
2012	482196	2.59% anual
2015	519662.63	2.59*3=7.77%

2025

654255

2.59*10=25.9%

El porcentaje de drogodependientes y enfermos mentales abarcaba el 0.7% de la población; en este último año se sextó duplico haciendo un 0.42% actualmente.

Para el 2025 se prevé una población de 654255 hab. Que sería nuestra población de estudio de la cual 30881 hab padecerán de drogodependencia y trastorno mental. De acuerdo al libro Sarabia Valle de equipamiento urbano se provee 6 camas/1000 usuarios dando un total de 185 camas.

El objetivo de un centro de rehabilitación es hacer que cada vez sean menos enfermos ayudando con tratamientos, prevención y talleres para su reinserción a la sociedad. Es por eso que consideramos un sobredimensionamiento por el cual optamos por 150 camas la cual triplicaría la capacidad del centro actual además de asemejarse a la capacidad al nuevo centro que está en proyecto.