



1.1. Introducción

El uso de drogas es parte de la historia de la humanidad. 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 si 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 divertida se convierte con el tiempo en un problema de dependencia y uso indebido.

Bolivia en el último tiempo, ha incrementado la producción y el tráfico de drogas en sus diferentes formas (pasta base y clorhidrato de cocaína, marihuana, etc.) El gobierno central aprueba legalidad sobre la coca, no es demás comentar que esta situación ha permitido que el país haya pasado de solo productora; a productora y consumidora de droga, que últimamente ha crecido en proporciones alarmantes en todos los estratos sociales.

Según los datos del Centro Latinoamericano de Investigaciones Científicas (CELIN) la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo y crecimiento en el país.

Tarija es una ciudad con un índice de crecimiento poblacional que no debe dejarse de tener en cuenta, presenta un hecho común que es el incremento acelerado de uso de drogas ilegales y legales como alcohol y tabaco, los mayores afectados son los adolescentes y jóvenes que en un determinado porcentaje van forjando una vida de delincuencia en las calles, cometiendo actos violentos provocando la inseguridad en la ciudad poniendo en riesgo su propia vida.

1.2. Planteamiento del Problema

Queda demostrado que últimamente existe un uso y abuso de las drogas ilegales, como de las drogas legales: alcohol y tabaco, situación que ha alcanzado niveles muy preocupantes, porque afecta principalmente a la población juvenil de todos los estratos sociales.



A consecuencia de esta situación, se reconoce que el consumo de drogas responde a un conjunto de factores: naturaleza biopsicosocial (personalidad del individuo), y contexto social en el que se desenvuelve (escolar, grupal e individual, laboral y familiar) que están estrechamente relacionados con el individuo.

Ante este problema de uso indebido de drogas, no existen condiciones para solucionar este grave conflicto social, lo que genera que exista un gran número de jóvenes sin poder ser atendidos por profesionales capacitados para poder rehabilitarse y mejorar sus conductas, ya que la sociedad en general busca vivir tranquila y sin preocupaciones de esta magnitud.

1.3. Justificación del Problema

Jóvenes que cada vez a más temprana edad se inician en el consumo de estas sustancias, que en muchos casos, llevan a desencadenar en una dependencia.

Ante esta profunda y aguda crisis que azota a nuestra 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 el poco espíritu de trabajo de las instituciones; de cara a los problemas de nuestra ciudad, señalando caminos viables de solución. Vemos con puntual claridad el justificar la posibilidad de brindar a través de un espacio físico una oferta de tratamiento integral y de calidad, debido a la tendencia notoria del incremento de los índices de consumo y abuso de drogas en nuestra ciudad, y por ende en la persona, la familia y la sociedad.

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 indebido de drogas.

El abuso del consumos de drogas destruyen la vida de las personas para poder combatir este mal la única solución es poner al adicto en rehabilitación antes de que suceda una tragedia, hay que coadyuvar para que el adicto deje de consumir drogas antes de que sea demasiado tarde.



Por esta situación que se vive en nuestra ciudad es que el presente trabajo está dirigido a promover la creación de un **“Centro de Rehabilitación y Reinserción para Jóvenes Varones Drogodependientes”**, implementando una infraestructura adecuada para desarrollar programas de rehabilitación; con un equipo técnico especializado, con el fin de aportar una asistencia efectiva a esta población y así reinsertarlos en la sociedad, alejada de un estilo de vida inadecuado.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Crear el proyecto de un “Centro de Rehabilitación y Reinserción para Jóvenes Varones Drogodependientes” que ofrezca con sus componentes morfológicos y funcionales un espacio donde los jóvenes que ingresen en el lugar tengan los servicios clínicos, psiquiatría, psicología, descanso, reflexión, recreación, terapias ocupacionales, para una futura reinserción a la sociedad.

1.4.2. Objetivos Específicos

Social poblacional:

- Implementar una infraestructura adecuada; orientada a la rehabilitación de jóvenes adictos para una efectiva reinserción a la sociedad.
- Brindar asistencia especializada para las personas que sufren de adicción y orientación para sus familiares con intención de ayudar a formar conciencia acerca del tema de las adicciones y de como estas impactan nuestra sociedad, nuestras familias y a las personas que las padecen.
- Ofrecer información, foros de discusión, temas de prevención, tratamiento, investigación y recuperación de las adicciones.
- Las diversas manifestaciones del desorden adictivo tales como adicción a drogas ilegales, alcohol, nicotina, medicamentos, serán cubiertas en este sitio; el cual permanecerá constantemente en revisión para ampliar y renovar su contenido tanto en cantidad como en calidad.



- Aprenderán a realizar distintos trabajos que les ayuden a lograr su reinserción a la sociedad como ciudadanos productivos que aporten en el desarrollo de la ciudad.

Arquitectónico:

- Crear una composición morfológica que mantenga el balance de su entorno con el lugar físico de su emplazamiento.
- Dar una solución tecnológica que no degrade el medio ambiente pero se aproveche al máximo las condiciones del lugar a emplazarse.

1.5. Hipótesis

Es así que la implementación de un **“Centro de Rehabilitación y Reinserción para Jóvenes Varones con Problemas de Drogadicción”** construido y equipado en la Provincia Cercado del departamento de Tarija busca satisfacer una gran carencia socio poblacional ya que el departamento no cuenta con infraestructuras de esta magnitud y el personal técnico capacitado, con la idea de que sea un lugar de rehabilitación, relajación, de ayuda psicológica y donde realicen trabajos manuales; orientada a una mejor vida de esta población que es el futuro de Tarija.

1.6. Misión

Atender a los jóvenes de todos los estratos sociales que necesiten rehabilitarse con profesionales capacitados; con el fin de mejorar su calidad de vida promoviendo una atención de calidad que les ayuden a salir de esta enfermedad.

1.7. Visión

Brindar atención especializada a la salud mental de jóvenes varones drogodependientes; con programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción desde un punto de vista biopsicosocial.



2.1. Introducción

La principal preocupación es la persona y por lo tanto el abordaje es integral. Tratar el **cuerpo, nutrir la mente y cuidar el espíritu** con una gran variedad de terapias, a fin de devolver el equilibrio y bienestar perdidos.

El hecho que la juventud sea la etapa de vida de mayor riesgo para el uso y abuso de drogas se explica, como parte de un proceso de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, que buscan la integración y consolidación de la personalidad. Comprender que para maximizar el potencial humano es necesario cambiar hábitos que se traducen en una mayor calidad de vida. Por ello, se trabajará con métodos profesionales, que buscan de manera terapéutica la reeducación de la persona como protagonista del cambio.

2.2. Conceptualización del Tema

2.2.1. Centro de Rehabilitación

Centro para personas con adicción a sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, alucinógenos, estimulantes, tranquilizantes, analgésicos, entre otros) y problemas de conducta, con programas que incluyen internación.

Brinda tratamiento a personas y familias afectadas por el consumo o adicción a sustancias psicoactivas, legales e ilegales, que alteran a la persona en todos sus aspectos, con la finalidad de recuperar una vida saludable.

2.2.2. Adicciones

Las Adicciones son enfermedades crónicas, progresivas y recidivantes que afectan al individuo en cinco áreas: física, psicológica, emocional, social y espiritual, estas son tratables y el individuo se puede recuperar totalmente.

El abuso de alcohol y el uso de diferentes drogas psicoactivas es un fenómeno que aceleradamente se difunde en nuestra sociedad trayendo como consecuencia problemas:

- médicos (físicos como psicológicos)



- en las relaciones familiares
- laborales y sociales,
- de tránsito, laborales y domésticos,
- conductas violentas,
- lesiones auto infligidas.

2.2.3. Aspectos Generales

“En América Latina, los jóvenes representan la quinta parte del total de la población de América latina, de la cual, el 65% vive en zonas urbanas, donde no todos tienen posibilidades laborales y esto no solo hace subir el consumo de drogas, sino que además trae problemas ligados estrechamente a éste, como la delincuencia y la prostitución”

“El consumo de drogas como fenómeno masivo comenzó a desarrollarse en nuestro país en los años sesenta, inicialmente con el uso de marihuana en medios intelectuales y artísticos”.

Hoy es cada vez más frecuente que los jóvenes (12 a 18 años), abusen de sustancias tóxicas para tolerar la falta de ánimo, angustia e insomnio, entre otros.

Dentro de Bolivia, la educación y la escuela juegan un rol muy importante ya que desde el comienzo de la escolarización hasta la entrada de la adolescencia, se instalan de manera fuerte y notable las conductas y actitudes que conforman un estilo de vida saludable y aquellas que puedan amenazarla, por lo tanto, la prevención en esta etapa determinara las decisiones de los jóvenes en el futuro.

Los problemas asociados al abuso de drogas, han sido reconocidos en los últimos años. Estas traen efectos negativos en la salud mental no sólo del consumidor sino además, a los miembros de su familia y grupo social.



2.2.4. Conceptos Asociados

Huésped: (sujeto). Es más vulnerable aquellos con antecedentes de consumo de drogas en la adolescencia, con baja autoestima, mala conducta, inestabilidad emocional, entre otros.

Drogas: (agente). Estas sustancias químicas, generan en el consumidor efectos placenteros, que lo llevan a repetir la experiencia, creando dependencia psíquica y biológica.

Ambiente: (amigos, creencias, publicidad). Son factores determinantes, para comprender el problema del abuso de drogas.

2.2.5. Qué son las Drogas o Sustancias Psicotóxicas?

La antigua definición de droga era «cualquier sustancia empleada en química, farmacia o tintorería», pero hoy el término drogas se reserva para cualquier principio activo presente en los vegetales (alcaloides, aceites esenciales, saponina, aceites purgantes) o en los animales (almizcle, cantaridina), convenientemente preparado y conservado, que se usa en experimentación y terapéutica, aunque algunas personas lo consumen sin prescripción médica. Para obtener un producto con los efectos deseados, se usan las partes de los vegetales más ricas en sustancias activas: raíces, flores, hojas y corteza, que suelen prepararse por cocción, infusión o extracto.

También se considera una droga la sustancia que, siendo o no medicamento, se usa con la intención de actuar sobre el sistema nervioso central para conseguir un mayor rendimiento (físico o mental), para experimentar nuevas sensaciones, o con el fin de mejorar el estado psíquico del individuo. Su consumo puede llevar al deseo de seguir tomando (dependencia), a la necesidad de tomar más cantidad para conseguir el mismo efecto (tolerancia), y a la manifestación de consecuencias nocivas para la salud.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), DROGA es "toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las



funciones de éste". DEPENDENCIA es "el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación".

TOLERANCIA es "un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesario una dosis mayor". TOLERANCIA CRUZADA es "un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo".

También son sustancias químicas que alteran el comportamiento, el humor, la percepción o las funciones mentales. Las diferentes culturas a lo largo de la historia han utilizado diversas sustancias con el objetivo de cambiar el estado de consciencia. En la práctica médica actual, las sustancias psicoactivas conocidas como psicofármacos se han desarrollado para tratar a los pacientes con trastornos mentales. Los psicofármacos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinápsis (espacio entre las neuronas) el mensaje se transmite por sustancias químicas denominadas neuroreguladores o neurotransmisores. La mayoría de los psicofármacos actúan alterando el proceso de neurotransmisión. Otros, como las sales de litio, actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal.

2.2.6. Clases de Drogas

Existen muchas drogas que afectan la mente o el comportamiento, y pueden ser legales e ilegales. Las drogas legales son aquellas cuya venta ha sido



aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador. El alcohol, que puede consumirse legalmente en las bebidas excepto por los menores de cierta edad, es una droga. Las drogas ilegales son aquellas cuya fabricación, venta, compra con fines de venta o posesión están prohibidas por las leyes. Se incluyen en esta categoría drogas como la marihuana, la cocaína, el PCP y la heroína, o aquellas aprobadas pero que se han obtenido por medios ilícitos o usados para propósitos ilícitos.

Las drogas que se expenden con receta son aquellas que se ha determinado que son inocuas, eficaces y legales sólo cuando se administran bajo la dirección de un médico licenciado. La fabricación y el expendio de estas drogas están reglamentados por leyes cuya aplicación está controlada por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration), la Administración de Aplicación de las Normas sobre Drogas (Drug Enforcement Administration) y los gobiernos estatales. Si se consumen en forma inapropiada, algunas personas pueden volverse físicamente dependientes del uso de ciertas drogas que se expenden con receta (por ejemplo, la morfina y el Valium).

Las drogas ilegales se venden y se usan en contravención de las leyes. Pueden perjudicar a quienes las usan, no sólo en términos del daño físico y emocional directo que originan, sino en términos de las consecuencias criminales y financieras que ocasionan. Muchas drogas ilegales se fabrican en laboratorios ilegales clandestinos.

2.2.6.1. Clasificación y/o Tipos de Drogas

Para un mejor estudio de las drogas, se han clasificado en grupos, tomando en cuenta las reacciones y efectos que estas producen en el organismo. A saber:

2.2.6.1.1. Opiáceos

La primera droga perteneciente a este grupo es la morfina, que es el principal ingrediente del opio, de donde proviene la denominación de



opiáceos para estas sustancias. El opio contiene, además de morfina, otras sustancias que alteran la percepción y la conciencia, entre ellas la codeína, muy utilizada como antidoloroso y antitusivo. Todas estas sustancias pueden aliviar el dolor, producir agradables estados de indiferencia y sueño.

2.2.6.1.2. Depresivos

En este grupo figuran el alcohol, una gran variedad de sedantes e inductores de sueños, entre otras sustancias. Todas estas sustancias producen cierta somnolencia, con acción sedante y relajación agradable, pero también pueden producir inhibición y pérdida del control como resultado de sus efectos en el cerebro. En este grupo se incluyen: la morfina, heroína, metadona, codeína, glutemida, pentobarbital, secobarbital y la combinación de estas dos últimas sustancias.

2.2.6.1.3. Estimulantes

La cocaína es una de las principales drogas pertenecientes a este grupo. Produce un estado de exaltación y sensación de hambre y hace desaparecer la fatiga. La cocaína, las anfetaminas y otros productos sintéticos pueden causar una gran excitación y trastornos. Millones de personas en todo el mundo toman café y té, que contienen cafeína. Se trata de estimulantes que alivian la fatiga ligera, pero su mecanismo de acción en el organismo es muy distinto del de la cocaína y las anfetaminas.

2.2.6.1.4. Alucinógenos

En este grupo están sustancias como el LSD, la mezcalina, el peyote, psilocibina, psilocina, el DMT (dimetiltriplamina), el STP y otras sustancias sintéticas o derivadas de plantas. Esos productos pueden



inducir estados psicológicos muy complejos, entonación, alucinaciones y otros efectos.

2.2.6.1.5. Solventes Orgánicos

Hay otras sustancias narcóticas agrupadas bajo el nombre de Solventes Orgánicos. Las más conocidas de este tipo son: Gomas de aviones, pegas sintéticas, gasolina, aerosoles líquidos y quita manchas.

2.2.6.1.6. Drogas de diseño

Sustancias sintetizadas químicamente que se utilizan como "droga recreacional" buscando en su consumo una mayor receptividad hacia aspectos sensoriales y mayor empatía con los otros. La más conocida de ellas es el éxtasis. Los datos disponibles por los estudios realizados ofrecen una certeza razonable sobre los daños a largo plazo para el cerebro humano del consumo continuado.

2.2.6.1.7. Barbitúricos

Las características de la farmacodependencia son: Dependencia psíquica variable. Dependencia física marcada cuando las dosis son notablemente mayores a los niveles terapéuticos. El síndrome de abstinencia es de carácter muy grave (excitación nerviosa, náuseas, vómitos, convulsiones y manifestaciones de terror). Establecimiento de una tolerancia variable e incompleta a los diferentes efectos farmacológicos.

2.2.6.1.8. Otras sustancias

Algunas otras drogas muy utilizadas pero que no encajan en ninguna de las cinco categorías principales, ya citadas. Entre estas se encuentran el Cannabis, las hojas secas de esta planta se denominan marihuana, y la resina se conoce como hashis. La Cannabis parece actuar en cierto modo como depresivo pero también se le atribuyen efectos alucinógenos.



Existen dudas sobre el lugar que corresponde a los inhalantes volátiles, es decir, los gases que expira la pintura, el cemento, etc. Esas sustancias tienen ciertos efectos depresivos y anestésicos pero también parecen ocasionar intoxicación, entre otras cosas. Esta inhalación puede convertirse en hábito.

2.2.7. Características de Algunas Drogas

2.2.7.1. Alcohol

El alcohol, sustancia natural derivada de la fermentación que se produce cuando el azúcar reacciona con la levadura, es el principal ingrediente activo del vino, la cerveza y las bebidas destiladas. Si bien existen muchos tipos de alcohol, el que se encuentra en las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico. Ya sea que se ingiera una lata de 12 onzas de cerveza o un vaso de cinco onzas de vino, la cantidad de alcohol puro que se bebe es la misma: media onza.

El alcohol etílico puede producir una sensación de bienestar, tener un efecto sedante, de intoxicación o de inconsciencia, dependiendo de la cantidad y la forma en que se ingiera.

El alcohol es una droga "psicoactiva," o sea que altera las facultades mentales, como la heroína y los tranquilizantes. Puede alterar el estado de ánimo, originar cambios corporales y crear hábito. El alcohol es una droga "depresiva" porque deprime el sistema nervioso central. Por ello, el consumo exagerado de alcohol ocasiona reacciones lentas, dificulta el habla y a veces produce inconsciencia (pérdida de conocimiento). El alcohol actúa sobre la pared del cerebro que controla las inhibiciones.

Origina euforia y analgesia. Las características de la farmacodependencia son las siguientes: Dependencia psíquica en distintos grados. Establecimiento de dependencia física. Después de la reducción del consumo por debajo de un nivel crítico, se produce un



síndrome de abstinencia auto limitado. El síndrome de abstinencia comprende: temblores, alucinaciones, convulsiones y "delirium tremens". Se establece una tolerancia de carácter irregular e incompleto.

Según algunos estudios, más de un 25 por ciento de las admisiones en los hospitales están relacionados con el uso del alcohol. Algunas de las enfermedades graves asociadas al consumo crónico de alcohol incluyen el alcoholismo y el cáncer de hígado, estómago, colon, laringe, esófago y pecho. El abuso de alcohol también puede ocasionar graves problemas físicos como:

- Afecciones al cerebro, el páncreas y los riñones
- Presión arterial, ataques cardíacos y derrames
- Hepatitis alcohólica y cirrosis
- Úlceras al estómago y el duodeno, colitis e irritación del colon
- Impotencia e infertilidad
- Defectos de nacimiento y el síndrome alcohólico fetal, cuyos efectos incluyen atraso mental, bajo peso al nacer, y anomalías en las extremidades
- Envejecimiento prematuro
- Una cantidad de otros desórdenes, como una inducida inmunidad a las enfermedades, dificultad para dormir, dolores musculares y edema.

2.2.7.2. Marihuana

Es la mezcla de hojas, tallos y flores de la planta del cáñamo, *Cannabis sativa*. Esta droga se fuma o se mastica. El ingrediente psicoactivo de la marihuana, el tetrahidrocannabinol (THC), se concentra en el centro de las flores. El hachís, un extracto de la resina de la planta, tiene una concentración de THC ocho veces superior a la marihuana. Ésta crece en las regiones templadas, obteniéndose las mejores variedades en las



zonas secas, altas y calientes. El cultivo de la marihuana es ilegal en la mayoría de los países. La marihuana se conocía en Asia Central y en China desde el año 3000 a.C., donde se utilizaba en la medicina. En 1900 comenzó su consumo como droga. En las décadas de 1960 y 1970 se extendió su uso entre la juventud de la época. La marihuana no produce adicción física y su abandono no produce síndrome de abstinencia, pero produce dependencia psicológica.

Más importante aún es la creciente preocupación acerca de la forma en que la marihuana utilizada por niños y adolescentes puede afectar su desarrollo a corto y largo plazo. El primer uso de la marihuana produce cambios en el estado de ánimo. Las observaciones realizadas en clínicas han señalado una mayor apatía, pérdida de ambición, pérdida de eficacia, menor capacidad para llevar a cabo planes a largo plazo, dificultad de concentración y una reducción en el rendimiento en la escuela y el trabajo. Muchos adolescentes que terminan en programas de tratamiento de drogas comenzaron a consumir marihuana a temprana edad. Conducir un automóvil bajo la influencia de la marihuana resulta especialmente peligroso. La marihuana afecta la capacidad de conducción por un período de por lo menos cuatro a seis horas después de haber fumado un solo cigarrillo. Cuando se la consume junto con alcohol, afecta aún más la capacidad para conducir. Sus consumidores describen dos fases en los efectos: primero estimulación, mareo y euforia, y después sedación y tranquilidad placentera. Los cambios de humor a menudo se acompañan de alteración en las percepciones de tiempo, espacio y dimensiones del propio cuerpo. Muchos consumidores refieren aumento del apetito, aumento de la percepción sensorial y sensación de placer. Los efectos negativos incluyen confusión, ataques de ansiedad, miedo, sensación de desamparo y pérdida de autocontrol. Se ha ensayado el uso de la droga como tratamiento sintomático del glaucoma y de las náuseas producidas por la radioterapia.



Los estudios preliminares han demostrado la existencia de enfermedad crónica de los pulmones en los usuarios de la marihuana. La marihuana contiene más agentes conocidos productores de cáncer que el cigarrillo. De hecho, como los fumadores de marihuana procuran mantener lo más posible el humo en sus pulmones, un cigarrillo de marihuana puede resultar tan perjudicial para los pulmones como cuatro cigarrillos de tabaco.

2.2.7.3. Cocaína

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de la planta de la coca y que se emplea con fines médicos como anestésico local. También posee un uso muy extendido como droga.

La cocaína es una de las drogas más adictivas, y es una droga que puede conducir a la muerte. La cocaína puede aspirarse por la nariz, fumarse o inyectarse. La inyección de cocaína - como la de cualquier otra droga - presenta el peligro adicional de infectarse con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), si el usuario comparte la aguja con una persona que ya está infectada por el virus.

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso, incluso el cerebro. La droga acelera el ritmo cardíaco y al mismo tiempo estrecha los vasos sanguíneos, que procuran absorber el flujo adicional de sangre. Las pupilas se dilatan y aumenta la temperatura y la presión arterial.

Estos cambios físicos pueden estar acompañados de convulsiones, paro cardíaco, paro respiratorio o derrames. Las investigaciones han demostrado que la cocaína actúa directamente sobre los llamados "centros de placer" del cerebro. Estos centros de placer son estructuras cerebrales que al estimularse, producen un intenso deseo de experimentar el efecto placentero una y otra vez. Ello origina cambios



en la actividad cerebral, y al permitir que esta sustancia química del cerebro llamada dopamina permanezca activa por un período mayor que el normal, estimula un fuerte deseo de consumir más droga.

Con frecuencia los usuarios experimentan una sensación de inquietud, irritabilidad y ansiedad, y la cocaína puede producir paranoia. Los usuarios también experimentan depresión cuando no consumen la droga y en muchos casos vuelven a usarla para aliviar una mayor depresión. La "freebase" es una forma de cocaína que se fuma. Es producida mediante un proceso químico a través del cual la "cocaína de la calle" (hidrocloruro de cocaína) se purifica extrayéndole la sal y algunos de los agentes "de mezcla." El producto final es insoluble en agua, y la única forma de introducirlo en el sistema es fumándolo. El uso vía la "freebase" es extremadamente peligroso. "Crack" es el nombre popular que se da a un tipo de cocaína "freebase" que tiene la forma de pequeños terrones o viruta. El término "Crack" (crepitación) proviene del sonido que produce la mezcla al fumarse (calentarse). El consumo de "crack" es sumamente peligroso, ya que produce los mismos efectos debilitantes que la "freebase.

2.2.7.4. Heroína

La heroína es una droga opiácea ilegal. Sus propiedades adictivas se manifiestan en la necesidad de un uso persistente y repetido de la droga (ansia) y por el hecho de que los intentos de dejar de consumirla producen marcados y dolorosos síntomas físicos de retiro de la droga.

El consumo de heroína provoca problemas físicos y psicológicos como falta de aliento, náusea, pánico, insomnio y la necesidad de dosis cada vez mayores de la droga para producir los mismos efectos. La heroína ejerce su primer efecto adictivo mediante la activación de muchas regiones del cerebro, en las que se producen las sensaciones de placer y



de dependencia física. La acción conjunta de estas consecuencias produce pérdida de control y hábito.

La heroína es una droga que principalmente se inyecta directamente en la vena con una aguja. Esta forma de uso se denomina inyección intravenosa (conocida comúnmente como IV). Ello significa que la aplicación de la droga puede tener graves consecuencias. El intercambio de jeringas por parte de los usuarios está convirtiéndose rápidamente en una de las principales causas de nuevos casos de SIDA. El virus del SIDA se transmite a través de la sangre contaminada que queda en la aguja, la jeringa u otros instrumentos relacionados con la droga que se inyectan a otro usuario que utiliza esos equipos para inyectarse heroína u otras drogas.

Los signos y síntomas del uso de heroína incluyen euforia, somnolencia, depresión respiratoria (que puede incrementarse hasta que se detiene la respiración), contracción de las pupilas y náusea. Los síntomas del retiro de la droga incluyen lagrimeo, mucosidad en la nariz, bostezos, pérdida de apetito, temblores, pánico, escalofríos, sudores, náusea, calambres musculares e insomnio. A medida que avanza el proceso de retiro se produce aumento de la presión arterial, las pulsaciones, el ritmo respiratorio y la temperatura. Los síntomas de la sobredosis de heroína incluyen falta de aliento, pupilas del tamaño de un punto, viscosidad de la piel y convulsiones.

2.2.8. ¿Qué es la Adicción a las Drogas?

La drogadicción, drogodependencia o también llamada dependencia a sustancias psicoactivas es la IMPERIOSA NECESIDAD que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas (marihuana, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, etc.)



Esta necesidad no desaparece a pesar de que la persona consumidora o usuaria sufra las consecuencias negativas producidas al momento de consumirlas o después de dejar de usarlas. Por norma general, se trata más de una necesidad Psicológica que Física.

En nuestro País es un problema que va en aumento cada día, involucrando a menores de edad y a más mujeres de las que uno pueda imaginarse.

2.2.8.1. La Adicción al Alcohol y a las Drogas es: Una Enfermedad Primaria, Progresiva y Mortal

2.2.8.1.1. Primaria

Muchas personas piensan que la adicción a las drogas aparece después o es consecuencia de algún problema como lo es alguna enfermedad mental, un "trauma" sufrido durante la niñez o cosas similares. Si así fuera diríamos entonces que es una enfermedad "secundaria", esto es, que es una consecuencia directa de otro problema mental o emocional, o sea que primero apareció el problema mental y después, como resultado, vino la adicción a las drogas. Esta es una idea algo anacrónica y no completamente cierta. La ciencia contemporánea ya corrigió este punto de vista. La realidad es que la adicción al alcohol o a las drogas puede padecerla cualquier persona, tenga o no tenga enfermedad mental alguna, y debe ser tratada primeramente, esto es: antes que cualquier otro problema mental o emocional y esto quiere decir sencillamente que la persona tiene que aceptar que está enfermo (a) y que debe abstenerse de seguir consumiendo drogas o alcohol, además de pedir ayuda a los expertos en la materia.

Algunos investigadores científicos afirman que es posible saber con mucho tiempo de anticipación si una persona va a ser adicta o no en alguna etapa de su vida. Estos eruditos aseguran que desde temprana edad un niño o niña se comporta de tal manera que se va preparando el terreno para que desarrolle la adicción al alcohol o a las drogas algunos años después. Ellos hablan de los



niños que son muy nerviosos, hiperactivos e inestables. Esta idea no es nueva. Pero también tenemos que decir que esos niños pueden cambiar su manera de comportarse al ser presionados por el medio familiar o social o, sencillamente, al llegar a la pubertad pueden sufrir cambios en su manera de ser que se deban más a las crisis propias de esta etapa de la vida y, por lo tanto, esa supuesta personalidad " preadictiva " (riesgo de convertirse en adictos) desaparece para siempre.

2.2.8.1.2. Progresiva

Quiere decir simplemente que las cosas van a ir empeorándose cada vez más mientras la persona no se atiende. Muchos adictos, sus familiares, amigos o patronos piensan que con sostener una buena platicada con la persona problema, dándole algunos consejos o regaños, ésta va a dejar de consumir las drogas o de abusar de las bebidas alcohólicas y las cosas van a cambiar. Desgraciadamente esto no es así en el caso de los verdaderos alcohólicos y adictos. Se requiere de ayuda especializada. Es muy probable que después de esa plática o serie de pláticas interesantes e intensas en las que se invirtieron tiempo, energías e inteligencia, tanto la persona adicta como el voluntario o voluntaria que se prestó para ayudar, salgan convencidos ambos de que algo bueno va a suceder próximamente, pero al cabo de pocos días u horas las cosas van a regresar a como estaban antes o peor.

Algunas personas suponen que el hecho de dejar de consumir por algún tiempo su droga de preferencia, alejarse de ella por semanas o por meses, se convertirá en el mejor argumento para demostrarse a sí mismo y a los demás que no tienen ningún problema y que pueden dejar de beber o de drogarse cuando así lo deseen y se lo propongan. La realidad es que, en lo más profundo de su interior, estará contando las horas y minutos en los que este plazo se termina para volver a consumir la droga de manera ilimitada.

Durante el período de abstinencia en el que la persona no se involucró con el uso del alcohol o las drogas, su deseo por hacerlo no disminuyó, por lo



contrario se vio acrecentado y toda la energía contenida de ese deseo se desbocará a la hora de regresar a beber o a usar drogas.

2.2.8.1.3. Mortal

Esto parece fácil de entenderse: a medida que la persona adicta consume más drogas o alcohol, tiene más riesgo de morir por una sobredosis. Pero este punto no es el único que hace mortal a esta enfermedad. Hay otros muy importantes. También se puede morir en un accidente vial por ir manejando intoxicado(a); del mismo modo puede perderse la vida en algún pleito a golpes o por lesiones producidas por arma blanca o arma de fuego, situaciones que se presentan comúnmente cuando las personas se encuentran intoxicadas por el alcohol o las drogas, o incluso pueden morir al no ingerir alimentos o líquidos vitales ya que la mayoría de las drogas quitan el hambre y en ocasiones hasta la sed; del mismo modo se puede sucumbir sencillamente porque mientras se abusa del alcohol o de las drogas se pierde el sentido de la vida y se llega al suicidio y esto es algo que le sucede a gran cantidad de alcohólicos y adictos; finalmente se puede perecer por la sencilla razón de que a la mayoría de los adictos les resulta muy difícil parar de consumir el alcohol o drogas y esto va a provocar un deterioro progresivo de las funciones vitales del organismo hasta que este deje de funcionar.

A pesar de todo, esta enfermedad se puede tratar y detener a tiempo. Hay mucha gente que lo está intentando con buenos resultados en la actualidad.

2.2.9. ¿Cómo es el Adicto?

- Sufre de trastornos de personalidad
- No acepta ser adicto
- No reconoce que necesita ayuda, niega sus problemas
- Vive en una subcultura particular
- Es egocéntrico
- Es individualista, no se preocupa por los demás



- Es inconsistente, no persevera, no tolera la rutina, vive del presente
- Gusta de hacer promesas que no cumple
- Hecha la culpa a los demás, es mentiroso
- Tiene ambiciones desmedidas
- Es un ser desconfiado por excelencia
- Normalmente se siente rechazado, perseguido
- Es rechazado por la sociedad por su conducta, no por su persona
- Sufre internamente
- Puede modificar su conducta y cambiar sus actitudes.

Para no caer en esta adicción, ya sea física y/o psicológica, existe, según CONACE, un nuevo concepto moderno: **“prevención integral”**, de la cual, habla de factores protectores, ya sean individuales como el refuerzo de la autoestima, el uso del tiempo libre como espacio para el desarrollo de sus potencialidades, expresión de emociones, información adecuada a la edad del joven. También habla de factores protectores familiares como reafirmar lazos afectivos, disminución del uso de drogas legales, y finalmente, factores protectores socioculturales como el refuerzo de valores, mayor integración a educación, grupos juveniles a favor de un estilo de vida saludable.

Es importante destacar, lo esencial que es escuchar a los jóvenes, ya que ellos se sienten más identificados con quienes saben escucharlos. Según nuestro juicio, a los jóvenes adolescentes, se les juzga ya sea al aconsejar o sermonear en exceso, por lo que lleva a tomar decisiones a la ligera de la opinión de alguien quien realmente desea ayudarlos. Como grupo, el primer paso para establecer una adecuada comunicación es saber escuchar, además entender y comprender profundamente lo que se nos dice.

Cada vez existen más razones para disminuir o dejar de consumir drogas. Entre estas razones está la familia, el mejorar la relación con nuestros padres, demostrar más el amor que sentimos hacia ellos, para sentirnos apoyados y lograr una consistencia como familia. En el estudio, para demostrar lo que realmente valgo y



sentir mis capacidades al máximo. En la salud, para sentirme más fuerte, aumentar mis energías. En el amor, para entregarme y recibir de manera plena, para ser valorados por los demás, por no estar esclavizados.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, cabe preguntar:

2.2.10. ¿El Tema de la Droga y Adicción Afecta solo a una Determinada Clase Social?

Solemos referirnos a la drogadicción como un agente externo de nosotros, considerando que esto solo le sucede a otros o solo los sectores más pobres son los que se encuentran más afectados por la droga, pero desde hace algunos años, han demostrado que la drogadicción no es exclusiva de una clase social determinada de nuestro país. Los jóvenes drogadictos, los encontramos en sectores con niveles económicos tanto “altos” como “bajos” de nuestra sociedad. No se puede ser tan trivial al decir: “la drogadicción es una consecuencia de una crisis económica”, es cierto que esto hace más vulnerable al joven, pero pasa a ser un factor más entre muchos otros, mencionados anteriormente.

“Las estadísticas nos muestran, que a diferencia del alcohol, que está extendido en todos los sectores de la sociedad, la droga invade profundamente las grandes ciudades” (La droga sin tapujos, M.Valleur, 1990).

Prevalencia de consumo en el último año de las principales drogas ilícitas según nivel socioeconómico (%)

Tipos de drogas	Nivel socioeconómico				
	Alto	Medio- Alto	Medio	Medio-Bajo	Bajo
Marihuana	6.80	4.37	3.36	4.25	2.82
Pasta base	0.00	0.24	0.28	1.34	1.20
Cocaína	0.17	0.86	0.85	0.86	1.14
Cualquiera	6.80	4.49	3.56	4.69	2.92



Existe, una cierta estandarización por parte de nuestra sociedad, la lucha desenfadada por el dinero o por la posición social, la desaparición de los valores tradicionales, de los sagrados, es decir, **“crisis de civilización”**.

Los jóvenes que consumen sustancias tóxicas (ilegales), adoptan ciertas características propias que los llevan a una personalidad distinta.

Existen aproximaciones para explicar esta conducta:

Perspectiva de la conducta desviada: Esta asigna al fenómeno social el carácter desviante en función del desapego a la normativa vigente y aceptada por la mayoría de la sociedad.

Por otro lado, encontramos la **teoría de la Anomia** (Durkheim), desde este punto de vista vemos como los jóvenes que consumen drogas adoptan una conducta desviada que los lleva al consumo indiscriminado de drogas, lo cual va contra las normas que están establecidas en nuestra sociedad.

A raíz de esto, podemos observar como el drogadicto comienza su proceso de estigmatización que consta de tres etapas. Por parte de la sociedad comienza a fluir una serie de **prejuicios** que lo va **marginando** y terminan **aislándolo** de la sociedad.

Debido a esta marginación los jóvenes aceptan ser etiquetados como drogadictos y estos a su vez como actores sociales, asumen este papel frente a la sociedad, impidiéndoles despojarse de su condición de drogadicto.

2.2.11. Jóvenes Como Subcultura

En nuestra sociedad, los jóvenes son parte de una subcultura. Esto en cierto modo, puede ser un factor que influye en el consumo de sustancias tóxicas (ilegales).

Generalmente, los jóvenes no se sienten protagonistas en nuestra sociedad, es decir, sin un rol definido a desempeñar de acuerdo a su status. Esto les crea una desadaptación que les impide hacer frente a las tensiones medioambientales (tecnología, modernidad, etc.) y por ende los convierte en individuos más



vulnerables. Es por esto que encuentran en la droga relaciones placenteras y además, una forma de suplir ciertas carencias (afectivas, materiales, etc).

Los jóvenes que son drogadictos adoptan características propias, actitudes y valores que van creando una consistencia que los lleva a tener una personalidad distinta del resto de los jóvenes, pasando a ser una subcultura dentro de la subcultura de los jóvenes.

Estas características propias de los jóvenes drogadictos, tienen un fuerte impacto frente a la sociedad, por lo que existe una serie de prejuicios hacia ellos que terminan marginándolos y aislándolos por su dependencia adictiva “anclaje participativo”.

2.2.12. ¿Qué Lleva a Consumir Drogas?

La adolescencia y la primera juventud son las épocas de la vida en que mayor influencia tienen los amigos sobre la persona. El grupo de amigos cada vez va cobrando más importancia en la vida del adolescente al mismo tiempo que las relaciones con los padres se van haciendo más débiles con el desarrollo de una mayor independencia. En el grupo de amigos el adolescente diluye inseguridades, conflictos, emociones dolorosas, dudas, etc., a través de la comunicación con personas que experimentan similares preocupaciones. A esta edad el rechazo afecta de forma profunda al adolescente, dependiendo en casi todo de la aprobación de sus compañeros. El adolescente o el joven, necesita su grupo, ya que éste le ofrece la vía a través de la cual se van formando y asentando los valores personales. Los factores relacionados con la génesis del consumo de drogas se han agrupado en tres categorías: factores personales, influencias micro sociales o interpersonales, e influencias ambientales globales.

2.2.12.1. Factores personales

Se ha considerado la existencia de una serie de rasgos de personalidad que hacen más vulnerable a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de las sustancias psicoactivas. Características tales como: inconformismo social, baja



motivación para el rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tolerancia a la desviación, tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia,...). No existiendo una "personalidad" propia del drogodependiente, en general sí se afirma que individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata, que carecen de habilidades comporta mentales para enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad, es decir, con un retraso en su desarrollo personal (sujetos con bajo nivel de autocontrol, baja autoestima, baja autoconfianza), son personas claramente identificables como de "alto riesgo". Jóvenes con retraimiento social, con déficits en habilidades sociales - personas denominadas tímidas, con dificultad para el contacto social - pueden recurrir por ejemplo al alcohol u otras drogas para desinhibir su conducta en una reunión social, siendo el primer paso a una dependencia. Del mismo modo, jóvenes muy influenciables son más vulnerables cuando las personas significativas que les rodean consumen alcohol u otras drogas, al actuar la imitación o elementos de integración en el grupo. El distrés emocional causado por una autoimagen negativa o una baja autoestima, la depresión, el aislamiento social han sido propuestos como variables potencialmente asociadas con el consumo de drogas.

2.2.12.2. Factores del entorno próximo (microsociales)

Cada joven tiene un entorno interpersonal y social que es único y comprende a sus padres, hermanos, compañeros y otros adultos importantes para su vida y desarrollo. En el contexto familiar se pueden dar circunstancias y ciertos factores que favorezcan el acercamiento de los jóvenes al consumo de drogas. El joven está continuamente expuesto a modelos que presentan una conducta adictiva. El consumo por los padres y profesores de drogas legales: tabaco, alcohol y fármacos es motivo de observación por los hijos o alumnos; por imitación se adopta la tendencia a consumir drogas, aprendiéndose a que éstas son consideradas una solución siempre que surge algún tipo de problema. Los intereses y las



expectativas de los compañeros contribuyen en gran medida a determinar que una persona ensaye o no una droga causante de dependencia.

La mayoría de jóvenes consumidores de drogas, las obtienen de personas de su edad y no de adultos. El deseo de integrarse en el grupo y de tener intercambio social dentro de él puede dar por resultado que se inicie y se mantenga el uso de drogas si algunos miembros influyentes de ese grupo son consumidores intermitentes o habituales.

La falta de comunicación real entre padres e hijos hace que éstos se distancien poco a poco del entorno familiar, al no encontrar allí respuesta a sus problemas. La falta de dedicación de los padres a la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación, son, sin duda, factores generales relacionados con la educación que devienen en una inadecuada formación de los jóvenes. Otras pautas incorrectas de educación son: actitudes de sobreprotección o actitudes rígidas. Estos factores desencadenantes suponen que se produzca falta de diálogo en la familia, manteniéndose en muchos casos actitudes ambiguas frente a las drogas, que se produzcan diversos tipos de carencias afectivas y un clima que no favorece el crecimiento personal, con falta de independencia y de capacidad para afrontar situaciones problemáticas.

Son muchas las investigaciones que han llegado a establecer una relación clara entre consumo de droga en adolescentes y bajo rendimiento académico, alto grado de absentismo, abandono escolar, bajos índices de actividades extraescolares y escasas aspiraciones educativas. La falta de alternativas en el tiempo de ocio de los jóvenes se traduce en grandes dificultades para éstos de no verse abocados en el tiempo libre a bares, pubs o discotecas. Las situaciones personales de alto riesgo: embarazos en adolescentes, pérdida del trabajo, etc., se consideran como causa de inicio del consumo de drogas.



2.2.12.3. Factores ambientales globales

Asistimos a una creciente medicalización de los problemas humanos. La medicación, "la pastilla", constituye la solución mágica de todo tipo de problemas. Se genera así un hábito farmacológico con uso abusivo del medicamento. Los niños están acostumbrados a observar cómo sus padres acuden al fármaco como solución a cualquier desajuste personal; siendo sencillo generalizar el culto del fármaco al uso de las drogas. El drogodependiente es siempre víctima de una situación social determinada.

Los seres humanos a través de su comportamiento buscan la adaptación a su medio. En la adolescencia se facilita la conducta de probar. Es en la adolescencia, durante el proceso de socialización y cuando el control de la conducta de los sujetos deja gradualmente de estar en manos de los padres para ir adquiriendo un cierto grado de autocontrol, el momento genérico de máximo riesgo.

Así pues, prevenir la drogodependencia supone incidir de forma directa sobre los fenómenos de toda índole (personales, influencias microsociales o interpersonales e influencias ambientales globales) que facilitan, en ciertos sujetos, el desarrollo de pautas disfuncionales de consumo de sustancias psicoactivas.

2.2.13. Relación entre las Drogas y la Delincuencia

Hay una interrelación entre el uso de las drogas y la delincuencia. Es lógico que sea así. Cuando un individuo ha llegado a la última etapa de la adicción, que es el vicio, ya dependerá psíquica y físicamente de la droga.

En esta etapa, el individuo siente impulsos irresistibles cuando no está bajo los efectos de la droga. El síndrome de abstinencia es tan fuerte, que le produce sudoración intensa, temblores, etc. El deseo vehemente de tener la droga y los efectos que ésta le produce después de su administración, se convierten en un círculo vicioso, que transforma al adicto en un guiñapo, y en un ente improductivo. Esta persona, indefectiblemente necesita dinero para poder obtener la droga y



reiniciar el ciclo pernicioso, que es capaz de llevarlo a cometer los crímenes más horrendos.

El adicto a las drogas, es un delincuente potencial, que en determinado momento hará uso de su único recurso para obtener dinero: el robo, el asalto, el crimen, etc.

Las estadísticas mundiales, reportan un gran índice delictivo en los centros urbanos, donde la drogadicción está más generalizada. La rivalidad entre los grupos que se disputan el control del negocio del narcotráfico en determinados países, es fuente de un alto porcentaje delictual. Muestra de esto es que durante el 1980, en la Florida, se cometieron 135 asesinatos, todos relacionados con el tráfico ilícito de estupefacientes.

2.2.14. ¿Cómo Saber si una Persona está Consumiendo Drogas?

El consumo de alcohol y otras drogas puede también estar acompañado de ciertas características adicionales de comportamiento. Las indicaciones pueden observarse en todas las personas que abusan del alcohol o ingieren otras drogas independientemente de su edad. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Modificación repentina del estado de ánimo o las actitudes.
- Repentina y continua disminución de asistencia escolar y bajo rendimiento.
- Repentina y continua resistencia a la disciplina en el hogar o en la escuela.
- Dificultades en las relaciones con familiares o amigos.
- Accesos de mal humor sin razón o inesperados.
- Frecuentes pedidos de préstamos a familiares y amigos, por cantidades cada vez mayores.
- Robos en la casa, la escuela o el trabajo.
- Dentro de la habitación de la persona aparecen con frecuencia pedacitos de papel de celofán con señales de haber estado doblados.
- Si se encuentran en su poder una aguja hipodérmica, un gotero y/o cuchara.
- Si se le nota a veces los ojos vidriosos, enrojecidos y las pupilas dilatadas.



- Si a veces las mangas de las camisas presentan señales de pequeñas manchas de sangre.
- Introducción y uso de nuevas palabras en el vocabulario de la persona, las cuales son propias del argot de los usuarios de drogas. Ejemplos: *Hallaron el clavo, tengo una nota alta, darse un pase, friquiarse, lo atrapó la Jara, darse un viajecito, usar la química, la cosa es con perico*, entre muchas otras más.

2.2.15. ¿Cuáles son las Consecuencias del Consumo?

Todas las drogas, sin excepción alguna, afectan directamente al Sistema Nervioso de las personas que las consumen. Unas en mayor proporción que otras, la destrucción causada normalmente es irreversible ya que las células nerviosas afectadas se mueren y ya no tienen capacidad para regenerarse.

Por todo lo anterior, la persona adicta al alcohol o a las drogas presentará una disminución notoria en su capacidad para prestar atención en algunas situaciones como en el salón de clases o en el trabajo, tendrá dificultades con la memoria pues llegará a desatender eventos importantes de su vida personal o familiar al grado de olvidar por completo el sistema de valores que le inculcó la familia cuando era niño.

- Su capacidad para diferenciar entre lo que es bueno y lo que es malo o nocivo se verá seriamente dañada con el paso del tiempo y a medida que aumentan las intoxicaciones
- Su lenguaje se vuelve cada vez más pobre respecto a la cantidad de palabras utilizadas y en la calidad de las mismas
- Su capacidad para pensar se deteriora notoriamente y va "llenando su cabeza" con ideas referentes a cómo conseguir más drogas o alcohol y como provocarse daño o causarlo a los demás o, por lo contrario, llega a pensar que todo mundo se está confabulando para dañarle, o que la vida no tiene sentido alguno.
- Su Sistema Respiratorio (catarros frecuentes, tabique nasal perforado, enfisema pulmonar, etc.,)
- El Digestivo (sangrados, úlceras, cirrosis hepática, pancreatitis, etc.,)



➤ Y el Sistema Inmunológico (una baja generalizada de las defensas del organismo que lo debilita y lo hace presa fácil de enfermedades contagiosas).

En resumen, como todas las drogas son sustancias extrañas al organismo, al ingresar al mismo van a provocar un daño cuya magnitud en un principio es difícil de precisar, pero con el paso del tiempo va a ser más notorio especialmente para aquellas personas que están cerca del adicto y que le brindan su cariño o su amistad.

2.3. Consumo de Drogas en Bolivia

En nuestro país se han desarrollado experiencias y emprendimientos importantes con la finalidad de prevenir el consumo de drogas, sin embargo, la complejidad de la problemática, la dinámica socio política, la severa crisis económica y la falta de sostenibilidad y continuidad de los programas han incidido de manera negativa.

La última investigación realizada por CELIN da cuenta que en el país, en 13 años el consumo de drogas ilegales se ha multiplicado, creciendo el número de consumidores en 431 por ciento. En cifras reales, los consumidores actuales de marihuana, clorhidrato de cocaína, inhalables y pasta base asciende a 169.771 personas en comparación a los 39.304 de 1992.

Niños/as abandonados de la calle comprendidos entre los 5 a 6 años hasta 15 a 16 años de edad, de extracción económico-social humilde, consumen drogas inhalables.

Adolescentes que proceden del grupo anterior y, además, se suman a estos, jóvenes de la misma edad, de nivel económico elevado y también de sectores populares, media y alta que consumen alcohol, tabaco, marihuana, pasta base, clorhidrato, alucinógenos y anfetaminas.

Adultos jóvenes de todas las clases sociales, en quienes varía el tipo y grado de pureza de la droga por su costo y la zona geográfica.

Adultos de todas las clases sociales y que al llegar a esta edad el índice de drogodependientes es superior a otros grupos de edad, consumen alcohol, tabaco, alcaloides de la hoja de coca, marihuana, etc.



Si bien no existe una relación proporcional entre la demanda, la producción de coca y que Bolivia sea considerada tránsito de drogas, estos resultados expresan un notable incremento tanto en la variedad del consumo de drogas como el crecimiento del índice de consumidores. En trece años la demanda de drogas ilícitas ha superado toda estimación. Este aumento del consumo afecta los diferentes sectores de la sociedad civil, independientemente de la condición social, cultural y económica de las personas.

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA



La siguiente tabla es del consumo de drogas de Bolivia estos estudios realizados por CELIN

SUBSTANCIA	1998			2000			2005		
	MES	AÑO	VIDA	MES	AÑO	VIDA	MES	AÑO	VIDA
ALCOHOL	0,3320602	0,8787363	1,0726562	1,1706638	1,3061037	0,2146970	0,3457088	-	-
TABACO	1,3231554	1,2858821	1,1589890	1,4316211	1,6263844	0,6461723	0,2713391	1,1295984	1,8387966
MARIHUANA	0,5017929	0,4053861	0,9375454	0,183275	0,2595621	1,1620330	0,7068297	-	-
INHALABLES	-0,219750	0,5073549	0,5994353	0,049381	0,2653123	0,2125060	0,5501800	0,3235386	1,1048775
CLOR. COCAÍNA	0,6551041	0,6035792	0,9148973	0,003057	0,5340777	0,9178043	0,3941245	0,8584659	1,1569967
BASE DE COCAINA	0,5017929	0,6256432	0,7904581	0,4810721	0,6967938	0,8361761	0,1364803	0,6403635	0,5747293
ALUCINÓGENOS	-0,457356	-0,064895	0,5327764	0,348569	0,1340486	0,1850037	0,1154824	0,4193202	0,2912449
CUALQUIER DROGA	"	0,5047921	1,3849190	0,5042356	0,9542456	1,0023546	0,7452453	0,4452024	0,3861365
	0,1703285							0,2542346	0,1580838
								1,0145641	1,2546538

INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

De acuerdo a la fórmula expresada anteriormente, los valores contenidos en los cuadros, nos muestran el número de nuevos consumidores de las diferentes sustancias, presentados en el transcurso del último año por cada 100.000 habitantes comprendidos entre los 12 y 65 años de edad, en los estudios de 2005 y 2010.



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

PREVALENCIA	AÑO	CIUDAD															
		SUCRE	LA PAZ	EL ALTO	COCHABAMBA	ORURO	POTOSÍ	TARUJA	SANTA CRUZ	TRINIDAD	COBUJA	GUAYARAMERIN	VILLAZÓN	PUERTO SUAREZ	COPACABANA	DESAGUADERO	BERMEJO
MES	1992	43,0%	39,5%	40,9%	49,6%	43,5%	27,2%	61,3%	53,0%	46,0%							
	1996	36,0%	41,3%	37,3%	44,9%	40,7%	36,5%	55,2%	45,7%	42,7%							
	1998	40,4%	45,1%	42,0%	40,9%	44,6%	45,5%	47,2%	53,3%	51,1%	48,06%	42,55%	52,16%				
	2000	45,0%	44,5%	47,1%	41,9%	61,8%	47,5%	50,1%	48,2%	49,3%	51,94%	26,63%	50,82%				
	2005	27,35%	38,00%	31,98%	43,81%	60,26%	37,66%	52,03%	44,00%	38,74%	22,10%	38,75%	24,60%	60,70%	48,30%	33,57%	
	2010	36,11%	41,28%	44,06%	48,58%	55,39%	40,78%	55,19%	46,09%	41,30%	33,93%	42,98%	33,71%	55,79%	57,56%	41,03%	46,53%
AÑO	1992	59,1%	66,7%	56,0%	66,8%	60,1%	45,3%	69,4%	66,0%	62,2%							
	1996	63,1%	68,5%	62,3%	70,1%	58,9%	57,7%	75,0%	69,7%	59,7%							
	1998	69,6%	67,8%	57,0%	70,5%	64,7%	64,0%	75,9%	73,9%	66,8%	58,33%	67,08%	67,44%				
	2000	72,3%	77,5%	70,5%	69,9%	77,5%	65,2%	76,3%	78,0%	67,5%	65,53%	45,33%	66,82%				
	2005	55,23%	60,76%	58,13%	61,89%	71,52%	51,14%	69,57%	62,11%	56,98%	40,16%	62,19%	39,62%	72,63%	60,23%	50,00%	
	2010	62,38%	64,40%	60,91%	66,35%	72,48%	55,17%	72,87%	64,96%	59,75%	52,58%	64,76%	47,14%	68,77%	68,78%	57,69%	55,10%
VIDA	1992	72,7%	78,0%	66,8%	73,6%	69,9%	54,7%	75,6%	76,0%	71,1%							
	1996	74,4%	81,5%	73,4%	84,6%	73,9%	72,2%	88,5%	81,4%	77,3%							
	1998	77,6%	78,2%	71,2%	81,7%	72,5%	70,9%	84,3%	83,6%	78,3%	66,94%	83,23%	85,59%				
	2000	80,5%	83,2%	77,4%	78,5%	84,4%	70,9%	81,8%	85,7%	75,1%	75,73%	68,84%	74,12%				
	2005	61,16%	67,94%	66,70%	70,93%	76,56%	59,42%	79,57%	68,31%	67,57%	48,52%	66,25%	55,59%	77,89%	62,50%	51,43%	
	2010	68,40%	71,83%	70,05%	76,30%	77,52%	65,22%	82,58%	71,25%	71,07%	62,25%	69,05%	63,71%	73,68%	71,22%	60,90%	76,33%

FUENTE: CELIN BOLIVIA



NÚMERO DE ENTREVISTAS SEGÚN CIUDAD CAPITAL/LOCALIDAD INFORMACIÓN - 2010

Ciudad	Tipo de Ciudad		
	Ciudades Capitales	Localidades Fronterizas	Total
Sucre	900	---	900
La Paz	1.010	---	1.010
Cochabamba	920	---	920
Oruro	885	---	885
Potosí	730	---	730
Tarija	780	---	780
Santa Cruz	1.140	---	1.140
Trinidad	490	---	490
Cobija	455	---	455
El Alto	1.000	---	1.000
Guayaramerín	---	360	360
Villazón	---	370	370
Puerto Suárez	---	290	290
Copacabana	---	220	220
Desaguadero	---	165	165
Bermejo	---	250	250
Total	8.310	1.655	9.965

FUENTE: CELIN BOLIVIA

El cuadro muestra las localidades agrupadas de acuerdo a sus características geográficas y el número de entrevistas realizadas en cada una de ellas en el último estudio, es decir, el año 2010, así tenemos: Ciudades Capitales y Localidades Fronterizas. El número de entrevistas efectuadas por localidad, se aprecia en las columnas respectivas (9.965 entrevistas en total).

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

El 2010 muestra incrementos en los tres indicadores epidemiológicos.



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

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

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

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



Pero el cuadro muestra también crecimiento constante de 1992 al año 2000 en los indicadores de consumo del grupo etéreo comprendido entre los 12 a 17 años de edad, que se mueve entre el 1 y 2 % y que por eso, probablemente, no influya en el indicador general de "edad de inicio", porque además el porcentaje de consumidores actuales de cigarrillos de este grupo etéreo, el año 2005 baja bruscamente a 8,70%, para volver a subir el 2010 hasta alcanzar 9,79% el año 2010.

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

PREVALENCIA	ESTUDIO	EDAD				
		12 - 17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%	
	1996	0,6%	1,1%	0,8%	0,3%	
	1998	1,0%	1,9%	1,5%	0,6%	0,37%
	2000	1,27%	2,50%	1,53%	0,29%	0,44%
	2005	1,15%	3,84%	1,91%	0,75%	0,54%
	2010	1,41%	4,78%	3,07%	1,31%	0,66%
AÑO	1992	0,4%	1,2%	0,6%	0,1%	
	1996	1,3%	3,3%	2,3%	1,0%	
	1998	2,3%	4,6%	3,7%	1,3%	0,93%
	2000	2,45%	4,50%	2,62%	0,57%	0,52%
	2005	1,87%	5,35%	2,88%	2,41%	0,98%
	2010	2,63%	6,69%	4,04%	2,71%	1,11%
VIDA	1992	0,5%	4,3%	3,9%	1,7%	
	1996	1,5%	5,6%	4,6%	3,7%	
	1998	2,7%	6,4%	6,2%	3,1%	1,12%
	2000	2,91%	6,24%	5,13%	2,19%	0,74%
	2005	3,61%	9,16%	6,40%	5,22%	1,96%
	2010	4,19%	10,18%	8,07%	5,71%	2,10%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

Este cuadro nos muestra que los indicadores de prevalencia de mes (consumo actual) del consumo de marihuana por edad del entrevistado, en el rango comprendido entre los 12 a 17 años, tuvieron un incremento importante entre 1992 y 1996 y de allí en



adelante los porcentajes subieron hasta el 2010 con una leve fluctuación descendente el año 2005.

Entre los 18 a 24 años, en cambio, este mismo porcentaje subió entre 1992 y 2010 de manera apreciable y constante.

Hay que puntualizar que este es el grupo etáreo que más porcentaje de consumidores tiene, en relación a los otros.

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

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

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



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

**PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE CLORHIDRATO DE COCAÍNA POR EDA
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000- 2005**

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

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



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

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

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

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



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

Este indicador es inclusive inferior al de 1996, fecha en que aparece su consumo por primera vez en este grupo etáreo.

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

En el rango comprendido entre los 18 a 24 años de edad, se presenta una reducción, en el porcentaje de consumidores, apreciable entre 1998 y el año 2005. Es el grupo



etéreo donde se nota que hay más consumidores de estas sustancias aunque, puesto que los porcentajes de consumidores no son altos en el total, estas diferencias no son sustanciales.

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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



En el rango etáreo comprendido entre los 18 a 24 años de edad, los indicadores de consumo actual, subieron, constante y de manera más acelerada que cualquier otro grupo etáreo (habría que prestar atención a este grupo, especialmente en las tareas de prevención del uso indebido de drogas) hasta el año 2010.

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

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

2.3.1. Consumo de Drogas y Trasgresión de la Ley

No existe una relación lineal entre el consumo de drogas y la trasgresión de la ley porque la mayoría de los crímenes dependen de un conjunto amplio de factores personales, circunstanciales, culturales o económicos. Sin embargo, el consumo de drogas constituye un factor, entre los otros, que precipita la conducta delictiva y violenta.

La investigación realizada por CELIN sobre violencia, criminalidad y consumo de drogas, advierte que “una persona que se relaciona con drogas ilegales puede cometer un crimen por poseerlas, fabricarlas, o distribuir las... y a través de sus efectos el consumidor puede ser capaz de generar violencia u otra actividad ilegal de narcotráfico”

Esta investigación, que se realiza en Bolivia, se llevó a cabo en las ciudades y algunas fronteras, con la finalidad de conocer indicadores cuali y cuantitativos sobre la relación entre el uso de drogas y los efectos relacionados a la violencia, delincuencia y criminalidad.



Los principales resultados de la investigación expresan:

- La mayoría de los delitos violentos analizados, corresponde a la categoría de robos y a la agresión física o psicológica. En porcentajes se encuentra que el 48,3% cometieron delitos contra el orden público, el 33% delitos violentos y finalmente un 18.8% cometió delitos contra la propiedad.
- El mayor porcentaje de delitos cometidos, bajo la influencia de drogas (cocaína), se dio en la ciudad de Santa Cruz (34,3%), luego en La Paz (19,1%), en Cochabamba (13,4%) y de finalmente en la ciudad de El Alto (20%).
- El mayor porcentaje de consumidores de cocaína y marihuana corresponde a aquellos que cometieron delitos a la propiedad de las personas, al que le sigue los que cometieron delitos violentos y finalmente los que atentaron contra el orden público tal como se puede apreciar en los siguientes datos:
 - “Robo con arma de fuego” (42,9%), con un porcentaje muy alto y lejos de los demás delitos.
 - El segundo delito en porcentaje de estas muestras que dieron positivo para cocaína y marihuana, corresponde a “portar/disparar arma de fuego” (33,3%).
 - El tercero corresponde a “vagancia y mal entretenimiento (28,2%).
 - Los otros se expresan en: hurto (23,2%), robo agravado (21,1%), robo frustrado (17,1%).
 - El 11,1% de los que violaron alguna regla de tránsito, dieron positivo para la marihuana y cocaína. (CELIN-2003)

En esta investigación se evidencia la correlación entre el consumo de drogas, la violencia y la transgresión de la ley. Si bien los resultados alcanzados no se



pueden generalizar, constituyen una importante fuente de reflexión y orientan en la indagación sobre nuevos temas y la necesidad de priorizar ámbitos de prevención-atención desde una perspectiva integral.

2.3.2. Ley 1008 del 19 de julio de 1988

SOBRE EL RÉGIMEN DE LA COCA Y SUSTANCIAS CONTROLADAS:

TITULO II

SUSTANCIAS CONTROLADAS

CAPITULO I DE LA TERMINOLOGÍA

ARTICULO 32°.- SIGNIFICADO LEGAL: La terminología usada en la presente ley tendrá el significado corriente, pero si ella ha sido expresamente definida en su texto, esta definición será la de aplicación obligatoria.

ARTICULO 33°.- Para los efectos de la presente ley se entiende por:

- a) **SUSTANCIAS CONTROLADAS:** Se entiende por sustancias controladas, las sustancias peligrosas o sustancias fiscalizadas, los fármacos o drogas naturales o sintéticas consignadas en las listas I, II, III, IV y V del anexo de la presente ley; y las que en el futuro figuren en las listas oficiales del Ministerio de Salud Pública.
- b) **DROGA O FARMACO:** Es toda sustancia capaz de alterar las estructuras o las funciones corporales, psíquicas, fisiológicas y/o biológicas, ocasionen o no dependencia y/o tolerancia.
- c) **TOLERANCIA:** Es la propiedad por la cual, para inducir u obtener el mismo efecto, es necesario aumentar la dosis utilizada.
- d) **DEPENDENCIA FISICA:** Es el estado de adaptación a la droga, que cuando se suspende su administración, provoca perturbaciones físicas y/o corporales.
- e) **DEPENDENCIA PSIOUICA:** Es el estado en que una droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de la misma por el placer que causa o para evitar malestar.



f) **DEPENDENCIA QUIMICA O FARMACODEPENDENCIA:** Es el estado psíquico y/o físico, debido a la interacción entre el ser humano y la droga, natural o sintética, que se caracteriza por alteraciones del comportamiento y otras reacciones causadas por la necesidad y el impulso de ingerir la droga natural o sintética, en forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la misma.

g) **PRECURSOR INMEDIATO:** Se entiende por precursor inmediato la materia prima o cualquiera otra sustancia no elaborada, semielaborada, por elaborar o elaborada que sirva para la preparación de sustancias controladas.

h) **ADMINISTRAR:** Por administrar se entiende la aplicación directa de una sustancia controlada al individuo, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio.

i) **ENTREGA O SUMINISTRO:** Se entiende por entrega o suministro el traspaso o provisión de una sustancia controlada entre personas, sin justificación legal para tal acto.

j) **PRESCRIPCION O DESPACHO ILICITO:** Es prescripción o despacho ilícito, ordenar, recetar o facilitar sustancias controladas no necesarias o en dosis mayores a las indispensables, por profesionales de especialidades médicas (médicos, odontólogos, veterinarios y farmacéuticos y otros).

k) **PRODUCCION DE MATERIA PRIMA VEGETAL:** Se entiende por producción la siembra, plantación, cultivo, cosecha y/o recolección de semillas o materias vegetales que contengan sustancias controladas.

l) **FABRICACION:** Se entiende por fabricación cualquier proceso de extracción, preparación, elaboración, manufactura, composición, refinación, transformación o conversión que permita obtener por cualquier medio, directa o indirectamente, sustancias controladas.



II) POSESION: Se entiende por posesión la tenencia ilícita de sustancias controladas, materias primas o semillas de plantas de las que se puedan extraer sustancias controladas.

m) TRAFICO ILICITO: Se entiende por tráfico ilícito de sustancias controladas todo acto dirigido o emergente de las acciones de producir, fabricar, poseer dolosamente, tener en depósito o almacenamiento, transportar, entregar, suministrar, comprar, vender, donar, introducir al país, sacar del país y/o realizar transacciones a cualquier título; financiar actividades contrarias a las disposiciones de la presente ley o de otras normas jurídicas.

n) CONSUMO: Se entiende por consumo el uso ocasional, periódico, habitual o permanente de sustancias controladas, de las listas I, II, II, IV.

ñ) REHABILITACION DEL CONSUMIDOR: Se entiende por rehabilitación la readaptación biopsíquico-social del consumidor para su reincorporación a la actividad normal de la sociedad.

o) FISCALIZACION: Es la acción del poder público destinada al control de las sustancias peligrosas o controladas, en cualquiera de sus fases.

p) INTERDICCION: Es la prohibición y la acción para prevenir y reprimir el tráfico ilícito de sustancias controladas.

TITULO III

DE LOS DELITOS Y LAS PENAS

ARTICULO 49°.- CONSUMO Y TENENCIA PARA EL CONSUMO: El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación.

La cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinada previo dictamen de dos especialistas de un instituto de farmacodependencia público. Si la



tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del artículo 48° de esta ley.

A los ciudadanos extranjeros sin residencia permanente en el país que incurran en la comisión de estos hechos se les aplicará la ley de residencia y multa de quinientos a mil días.

2.4. Conclusiones

En nuestro país se puede observar que el consumo de drogas está subiendo cada vez sus estadísticas pero es erróneo el luchar contra las drogas sin tener claros los factores tanto psicológicos como sociológicos que desencadenan en el individuo la conducta drogadictiva ya que se considera este tipo de conductas como manifestaciones de algún problema de fondo del individuo, es preciso conocer las causas que llevaron a cada individuo a la adicción para una mejor orientación, ayuda y soporte en la situación que se encuentre.

Estamos conscientes y seguros que ningún tipo de droga hace mejor a las personas, por el contrario, esa actitud demuestra la poca capacidad de autocontrol y dominio de sí mismo; el joven que usa drogas es despreciado por todas las personas decentes, es perseguido por las autoridades, y tiene por asegurado uno de estos tres lugares: la cárcel, el hospital o el cementerio.



3.1. Drogadicción en Tarija

3.1.1. Adolescentes inician consumo de drogas desde los 13 años

De acuerdo a la información proporcionada por el Instituto Nacional de Tratamiento Rehabilitación Reinserción Social e investigación en Drogodependencias (INTRAID) en Tarija, en los últimos años se pudo evidenciar que los adolescentes de 13 años en adelante son los que comienzan con el consumo de alguna sustancia controlada, algo alarmante y preocupante, toda vez que las cifras de consumo registraron un incremento sustancial. En este sentido, las edades de inicio de consumo de drogas es cada vez más temprana, toda vez que años anteriores la edad media de inicio estaba en los 17 años, mientras que en la actualidad los adolescentes de 13 años, aproximadamente, son los que comienzan a conocer el mundo de las drogas.

“Otro aspecto importante también es que dentro de las drogas ilegales, la marihuana es la de mayor crecimiento en su consumo en la ciudad de Tarija, también podemos considerar que el consumo de esta sustancia se ha, prácticamente, sextuplicado”.

En relación al consumo de la marihuana, en gestiones pasadas el porcentaje que se manejaba era del 0,2 por ciento del total de la población, mientras que en la actualidad existe un 6,7 por ciento, lo que estadísticamente el consumo de esta sustancia se ha elevado de forma considerable y alarmante.

3.1.2. El Consumo de Marihuana Ocasiona Daños Mentales y Físicos.

Según los estudios y las estadísticas que maneja el Instituto Nacional de Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social e investigación en Drogodependencias (INTRAID) en Tarija, el consumo de marihuana en los jóvenes y adolescentes ocasiona serios daños mentales y físicos con los años, conforme se experimenta con la droga.

Los efectos que causan el consumo o uso de esta droga, varían de persona a persona. En esto influyen considerablemente factores como la experiencia previa



de la persona, su personalidad, su estado de ánimo, la cantidad fumada y el ambiente.

Por ejemplo en los efectos Psicológicos se siente una euforia suave, alteración del sentido del tiempo, menos habilidad de concentración, reducción de la coordinación, en la memoria el o la consumidor(a) tiene “lagunas”, se deteriora la comunicación, y principalmente provoca el síndrome amotivacional, es decir el consumidor pierde la motivación en la realización de sus actividades cotidianas, para estudiar, conocer, crear, que lo llevan a un aislamiento social, con reacciones inapropiadas a cualquier crítica. También pueden presentarse ansiedad, depresión, reacción aguda de pánico, emociones hostiles como agresividad e ira; alucinaciones.

En los efectos biológicos se tiene un ligero aumento del ritmo cardíaco, disminución de los tiempos de reacción a estímulos visuales y auditivos, lentificación de las respuestas motoras, contracción de la pupila, irritación de los ojos, resecaamiento de la boca, aumento del apetito, vómitos, dolores de cabeza y aspecto pálida.

En el cerebro puede causar daño permanente a las células cerebrales, particularmente a las áreas que controlan la memoria, el pensamiento, la capacidad de aprendizaje y el comportamiento. De igual manera en los pulmones, los irrita y daña su funcionamiento. Hace que los consumidores sean más susceptibles a resfríos, neumonía, sinusitis, bronquitis y catarro.

Puede llevar a bronquitis crónica, enfisema y cáncer pulmonar, por el daño producido al tejido pulmonar. Cinco cigarrillos de marihuana, tienen el mismo efecto en el sistema respiratorio, que 112 cigarrillos de tabaco. El alquitrán de marihuana es más cancerígeno que el alquitrán de tabaco. En el corazón la marihuana incrementa las palpitaciones en más de un cincuenta por ciento, por lo que puede ser peligroso para personas con dolencias cardíacas.



En el sistema reproductivo se puede tener la pérdida temporal de la fertilidad en el hombre y la mujer. La testosterona es la hormona que más afecta los cambios masculinos de la pubertad y continúa teniendo un papel importante, durante toda la vida. Estudios muestran que el nivel de la testosterona se incrementa de 25% a 35%, dentro de 3 horas después de fumar un cigarro de marihuana.

En la mujer, cambios en las señales del cerebro pueden inducir ovulaciones deterioradas y disminución de la fertilidad. También la alteración del ciclo menstrual. Mantiene ciclos menstruales irregulares, dismenorrea y amenorrea (especialmente en adolescentes).

Se disminuye el conteo y la movilidad de los espermatozoides. En el sistema inmunológico, reduce la inmunidad volviendo a la persona más susceptible a infecciones y desarrollo de cáncer.

3.1.3. Centros de Rehabilitación

3.1.3.1. INTRAID

Este centro de rehabilitación se encuentra ubicado en la calle Junín entre av. Potosí y Gualberto Villarroel.

Muy cerca del ruido y la contaminación de la ciudad, aspecto importante que no ayuda a los internos, pues al estar ubicados en una zona céntrica de la ciudad la estadía para una recuperación eficiente se hace mucho más corta, la tentación y la poca voluntad para seguir con su tratamiento puede ser más fuerte, se tiene el acceso inmediato para conseguir alguna droga.

Esta mala ubicación no permite el tratamiento eficiente para una buena recuperación. A continuación el plano de ubicación del Centro de Rehabilitación:



3.1.3.2. La Colmena

Se encuentra en San Mateo, ubicado al noreste de la ciudad de Tarija, se puede decir, en un lugar favorecido por estar en contacto con la naturaleza, en un lugar tranquilo apto para una recuperación adecuada del dependiente.



A pesar de encontrarse ubicado en este lugar el equipamiento no cuenta con el espacio suficiente para internar al alto número de pacientes que tienen esta enfermedad.

3.2. Estadísticas de Tarija

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

La prevalencia de vida en lo que es el alcohol nos muestra la tabla 82.58% esta es una cifra alarmante que nos indica que en Tarija existe mucho consumo de esta droga licita, en un segundo lugar tenemos el tabaco con 47.61% siendo también una cifra alta, cualquier droga con 7.98%, la marihuana 5.59%, el clorhidrato de cocaína 1.86%, base de cocaína 1.73%, inhalables 0.66%, alucinógenos 0.27%.

Estas son estadísticas de CELÍN.



PREVALENCIA DE MES, AÑO Y VIDA DEL CONSUMO DE DROGAS POR GÉNERO
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 - 2010
CIUDAD: TARIJA

PREVALENCIA		SUBSTANCIA							
		ALCOHOL	TABACO	MARIHUANA	INHALABLES	CLOR. COCAINA	BASE DE COCAINA	ALUCINOGENOS	"CUALQUIER DROGA"
MASCULINO									
MES	1992	63,8%	37,0%	---	2,4%	---	---	---	2,4%
	1996	73,3%	39,4%	---	6,7%	0,6%	0,6%	---	7,2%
	1998	53,6%	43,8%	2,6%	4,6%	1,0%	0,5%	0,5%	5,7%
	2000	65,1%	30,6%	1,2%	3,7%	0,9%	0,6%	0,6%	5,2%
	2005	65,75%	38,58%	2,36%	0,39%	2,76%	0,79%	---	5,51%
	2010	60,24%	35,54%	2,71%	0,60%	2,41%	1,20%	---	6,33%
AÑO	1992	72,4%	49,6%	---	3,9%	---	---	---	3,9%
	1996	83,9%	61,7%	---	11,1%	1,7%	0,6%	---	12,2%
	1998	75,3%	63,9%	4,6%	8,2%	1,5%	1,0%	1,0%	10,3%
	2000	82,9%	45,0%	2,1%	6,1%	1,8%	2,1%	1,5%	8,3%
	2005	77,56%	48,03%	4,33%	0,39%	3,15%	1,97%	0,39%	8,27%
	2010	76,51%	44,28%	3,92%	0,60%	2,71%	1,81%	0,30%	7,83%
VIDA	1992	77,2%	59,1%	2,4%	5,5%	0,8%	0,8%	---	7,9%
	1996	92,8%	85,0%	3,3%	20,0%	5,0%	1,7%	1,1%	24,4%
	1998	79,9%	70,6%	5,2%	10,3%	2,1%	1,5%	1,5%	13,9%
	2000	84,4%	63,9%	4,9%	6,7%	2,4%	3,4%	3,4%	12,2%
	2005	83,07%	63,78%	11,42%	1,57%	4,33%	3,15%	0,39%	16,54%
	2010	82,83%	59,04%	9,04%	1,20%	3,61%	3,01%	0,60%	13,25%
FEMENINO									
MES	1992	59,7%	12,6%	---	3,1%	---	---	---	3,1%
	1996	43,6%	10,0%	---	1,4%	---	---	---	1,4%
	1998	41,3%	18,3%	---	0,5%	---	---	---	0,5%
	2000	37,8%	10,8%	0,5%	0,8%	0,3%	---	0,3%	1,3%
	2005	44,04%	17,20%	0,46%	---	0,23%	0,23%	---	0,92%
	2010	51,19%	17,86%	0,71%	---	0,24%	0,24%	---	1,19%
AÑO	1992	67,5%	21,5%	---	7,3%	---	---	---	7,3%
	1996	69,3%	22,1%	---	2,9%	---	---	---	2,9%
	1998	76,5%	34,3%	0,5%	0,5%	0,5%	---	0,5%	1,4%
	2000	70,9%	19,0%	1,3%	2,3%	0,8%	0,3%	0,5%	4,0%
	2005	64,91%	24,31%	1,38%	---	0,23%	0,23%	---	1,83%
	2010	70,00%	25,71%	1,43%	---	0,24%	0,24%	---	1,90%
VIDA	1992	74,9%	35,1%	---	11,5%	0,5%	---	---	12,0%
	1996	85,7%	41,4%	0,7%	4,3%	0,4%	---	---	4,6%
	1998	88,3%	52,6%	0,9%	2,3%	0,9%	0,5%	0,5%	2,8%
	2000	79,7%	36,3%	2,3%	2,5%	1,0%	0,8%	0,5%	4,8%
	2005	77,52%	36,70%	2,75%	0,23%	0,46%	0,69%	---	3,67%
	2010	82,38%	38,57%	2,86%	0,24%	0,48%	0,71%	---	3,81%

FUENTE: CELIN BOLIVIA



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA



Tasa de Incidencia del Consumo de Alcohol del Último Año por Género Estudio Comparativo - Información 2005 – 2010 fuente: celin-bolivia

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

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

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA



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

PREVALENCIA		EDAD				
		12 -17 Años	18 - 24 Años	25 - 34 Años	35 - 50 Años	51 - 65 Años
MES	1992	---	---	---	---	---
	1996	1,1%	---	---	---	---
	1998	---	0,9%	---	---	---
	2000	---	0,6%	---	0,6%	---
	2005	---	1,10%	0,55%	---	1,64%
	2010	---	1,64%	0,55%	---	1,59%
AÑO	1992	---	---	---	---	---
	1996	1,1%	---	---	---	---
	1998	---	0,9%	0,8%	---	---
	2000	---	2,2%	1,2%	0,6%	---
	2005	1,27%	1,66%	0,55%	---	1,64%
	2010	0,64%	2,19%	0,55%	---	1,59%
VIDA	1992	---	---	---	1,3%	---
	1996	1,1%	---	0,6%	0,9%	---
	1998	---	1,8%	1,5%	---	---
	2000	---	2,8%	2,7%	1,1%	---
	2005	1,27%	2,21%	2,76%	---	3,28%
	2010	0,64%	2,73%	2,76%	---	3,17%

FUENTE: CELIN BOLIVIA

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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA



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

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

FUENTE: CELIN BOLIVIA

3.2.1. Conclusión

Las principales víctimas de este problema son los jóvenes de 18 a 24 años, muchas veces caen en las trampas de los expertos en el tráfico y venta de drogas, que están en los antros, discotecas, las escuelas, algunas tienditas, en la calle misma o simplemente lo hacen por medio de personas que fingen ser amigos.

Hay que destacar que el consumo de drogas en Tarija, como en el resto del país ha crecido de gran manera como se muestra en las tablas, donde el INTRAID y La Colmena, intentan reinsertar y encaminar a todas las personas desde jóvenes hasta adultos, con profesionales que están a cargo de su rehabilitación, de manera que si el paciente llega intoxicado se le brinda las terapias correspondientes, que consisten en terapias individuales, grupales y ocupacionales, las cuales les incentiva a rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad .

3.3. Estudio de Modelos Reales

3.3.1. Nuevos Despertares Buenos Aires Argentina

Servicios Ambulatorio

Hospital de día

Hospital de noche Internación



Psicoterapia individual
Terapia grupal
Terapia familiar
Psiquiatría
Medico Clínico
Salidas Recreativas
Concurrencia a convenciones de narcóticos anónimos
Internación Domiciliaria



Quienes Somos

La adicción es una enfermedad emocional que afecta todas las áreas de nuestra vida. Fundación Nuevos Despertares cuenta con profesionales altamente especializados en adicción y patologías asociadas entre ellos psiquiatras, medico clínico, psicólogos, psicólogos sociales, psicodramatistas y consejeros en adicciones. Se trata al paciente con dignidad, respeto, comprensión, se respeta la confiabilidad y el anonimato.



Centro de rehabilitación de adictos y patologías asociadas. Nuestra fundación cuenta con 6.000 metros cuadrados de parque con pileta en una zona aislada de ruidos urbanos. Quinchos con talleres terapéuticos. Habitaciones amplias con televisión por cable. Brindando así un servicio de rehabilitación único y confortable. Nos respalda seriedad y compromiso. Equipo terapéutico con nivel profesional dispuesto a solucionar y evacuar todos sus problemas. Años de experiencia brinda un servicio de alto nivel. Por esto y muchas otras cosas les damos la bienvenida al cambio de afrontar y mirar la vida de otra manera...



Es un **centro de tratamiento** que se encarga en apoyar a la **recuperación de personas** que sufren de la enfermedad de la adicción y patologías asociadas. Nuestro tratamiento está basado en el modelo Minnesota, que tiene más de 65 años de vigencia y miles de pacientes recuperados alrededor de todo el mundo,



tomando también algunos elementos de la **comunidad terapéutica** y de las **terapias psicodramáticas y experienciales**.

3.3.2. Centro de Rehabilitación para Adictos Chapultepec México

En el campus Cuernavaca nos dedicamos a la atención de adicciones con altos estándares de calidad, conservando el objetivo primordial de ayudar al adicto que está sufriendo.



Objetivos

1°. El Centro de Rehabilitación para Adictos “Chapultepec” A. C. fue creado para el tratamiento y rehabilitación del alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia, implementando un modelo mixto de atención, en instalaciones clínicas

de calidad, accesibles al mayor porcentaje de la población adicta a sustancias, que se ubica fuera del oneroso Tx de Instituciones Profesionales Especializadas en Adicciones.



2°. Cobertura al peregrinar de familia y adicto en los varios intentos de rehabilitación en modelos residenciales de atención, desde Centros que fundamentan su programa de rehabilitación con ciertas modificaciones y adaptaciones en el Modelo Minnesota, hasta modelos de autoayuda de A.A. de la corriente 24 hrs. y T.I.

Misión: Nuestra Misión es evolucionar hacia los estándares de calidad en la atención de adicciones, conservando el objetivo primordial de ayudar al adicto que está sufriendo.



3.3.3. Instituto Nacional de Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social e Investigación en Drogodependencias Tarija (INTRAID)

Se encuentra ubicada al noreste de la provincia cercado en el barrio la pampa sobre la calle Junín. Este centro cuenta con una buena accesibilidad hacia sus instalaciones. Cuenta con la mayoría de los servicios básicos que proporciona el departamento para su buen funcionamiento y facilidad de servicios.



Esta institución, recibe hombres y mujeres de clase media, baja con problemas de: drogodependencia, alcoholismo y trastornos mentales por separado. Dándoles un tratamiento para su rehabilitación y su posterior reinserción en la sociedad, realizando también campañas de prevención. Se inició con 8 pacientes y ahora cuenta con 29 residentes, y la institución es subvencionada por la Prefectura.



Misión: Ampliar la cobertura de atención especializada en salud mental a todo el departamento de Tarija, disminuyendo la impronta de la patología mental y el consumo de sustancias.

Visión: Brindar atención a la salud mental de la población con programas de prevención, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación desde un punto de vista biopsicosocial.

Servicios
Psiquiatría
Psicología
Psicometría
Consejería y Asesoramiento





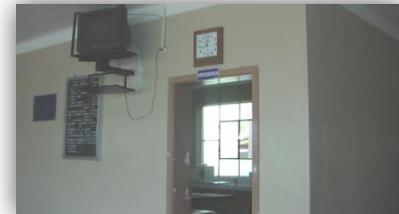
Trabajo social
Enfermería

Este Instituto puede albergar a tan solo 33 personas entre hombres y mujeres de toda edad (desde niños hasta adultos); ya que cuenta con 10 habitaciones cada una con tres camas.

El área de tratamiento, no es confortable y es de espacio reducido, no cuenta con el mobiliario adecuado para las terapias semanales hacia los albergados.

La parte administrativa cuenta con equipo suficiente para el control y administración del centro que está dirigida por personal capacitado en este rubro. El centro cuenta con un área de la salud que abastece para las personas internadas, cuenta con 6 enfermeras que varían de turno y horario.

Existen espacios recreacionales como un área de juegos y un área verde donde los internos pueden salir a conversar y reflexionar. Estos espacios son reducidos y no tienen un diseño apropiado para ayudar a los enfermos.



Cuenta con una cocina, un comedor, baños para ambos sexos, un estar social y otros servicios.

3.3.4. La Colmena

Se encuentra en San Mateo, ubicada al noreste de la ciudad de Tarija. La Colmena es un albergue para varones con problemas de alcoholismo, drogadicción y problemas mentales, con financiamiento de la iglesia católica, en este lugar son rehabilitados, valorados y también les dan una ocupación de acuerdo a su vocación, para su posterior reinserción a la sociedad.

Este albergue funciona gracias al trabajo de todos los internos en conjunto a la cabeza de un sacerdote, en cuanto se refiere a: limpieza,





mantenimiento de la infraestructura, preparado de los alimentos, peluquería, panadería, y trabajo en sus respectivos talleres de acuerdo a la vocación de cada interno. La capacidad de 60 residentes.

Servicio que brinda el Centro

- Un ambiente para Terapia Grupal
- 2 habitaciones de rehabilitación
- Habitaciones con una capacidad mínima para 2 camas hasta un máximo de 8camas
- Comedor
- Cocina
- Lavandería
- Área de recogimiento espiritual
- Una pequeña biblioteca / aula de apoyo didáctico
- Taller de costura
- Taller de metalurgia
- Taller de carpintería
- Panadería
- Área deportiva
- Granja
- Área de cultivo
- Quincho
- Áreas verdes
- Garaje
- Depósito



Este centro al igual que los otros brinda un apoyo a aquellas personas consumidoras de tóxicos e inhalantes. En el cual ayuda a su próxima recuperación y aceptación social.

Personal:

- Psicólogo
- Trabajadora Social



Este centro tiene lo necesario en cuanto a infraestructura, y las políticas administrativas y de funcionamiento empleadas son las más adecuadas y acorde a los requerimientos.



3.4. Capacidad del Proyecto

En la ciudad de Tarija, no existe un centro con las características clínicas, técnicas, administrativas y arquitectónicas adecuadas solo para el tratamiento de pacientes jóvenes varones drogodependientes.

Un ejemplo de esto es el hogar "La Colmena", que siendo una institución religiosa, acoge pacientes con antecedentes de uso indebido de drogas. La capacidad máxima de este centro es de 60 pacientes de toda edad, pero por la excesiva demanda hace que este albergue sea insuficiente, las consecuencias lógicas de la población no atendida ocasionan, una serie de situaciones negativas (falta de tratamiento clínico especializado).

Reiterar, sobre los elevados índices estadísticos del uso y abuso de drogas en los jóvenes, como de los efectos ocasionados en la persona, la familia y su entorno más inmediato encontrados en nuestra ciudad. De lo anterior, se puede inferir, que en un tiempo breve, estos consumidores de droga, tendrán alguna dificultad de salud, que determinará de una manera directa o indirecta la necesidad de utilizar algún centro que lo rehabilite y reinserte; para solucionar los problemas que conlleva el abuso de drogas.

Por todo lo anterior, la capacidad ideal proyectada para el Centro, **será de 80 plazas**, tomado en cuenta el análisis de modelos reales, por los siguientes aspectos: apoyo, calidez humana, tratamiento clínico, tratamiento integral personalizado y especializado, confort, protección, seguridad.



4.1. Área de Intervención

El lugar físico, donde se produce el desarrollo de estudio del proyecto se da en el departamento de Tarija, dentro de la Provincia Cercado.

4.2. Ámbito Regional

El departamento de Tarija está ubicado al sur de la república de Bolivia. Limita al norte con el departamento de Chuquisaca, al sur con la república de Argentina; al este con la república de Paraguay y al oeste con Chuquisaca y Potosí. Tiene una extensión de 37,623 km.2. La capital del departamento es la ciudad de Tarija (1,866 m.s.n.m.), situada entre los 21° 32' 00" de latitud sur y los 64° 47' 00" de longitud oeste del meridiano de greenwich. El departamento de Tarija cuenta con 6 provincias y 157 cantones, representa en 3,4 % del territorio nacional.



4.3. Ámbito Local

Municipio de Tarija

La provincia cercado, limita al norte con la provincia Méndez al este con la provincia O`connor, al oeste con la provincia Avilés y Méndez y al sur con la provincia Avilés y arce con una extensión territorial:



Provincia Cercado 2078 km².

4.4. Análisis Urbano Ciudad de Tarija

4.4.1. Asentamientos Humanos

4.4.1.1. Ubicación Geográfica

La capital del departamento de Tarija, desarrollada a orillas del Guadalquivir, .Río Grande., se encuentra emplazada en la parte central del departamento, la que mediante la red fundamental, conecta al departamento con el sector norte del país, mientras que por el sur mediante la carretera asfaltada a la población de Bermejo, permite al país establecer la conexión con la República Argentina, en tanto que por el este, la conexión con dos ciudades importantes del departamento como Yacuiba y Villamontes, se dificulta debido a la precariedad de la ruta a la provincia chaqueña del departamento.



El espacio territorial del municipio de la ciudad de Tarija y la provincia Cercado, compuesto por una extensa mancha urbana, ha rebasado el primer y único Plan Regulador del área urbana y todas las previsiones con respecto a su crecimiento, incorporando al territorio áreas dispersas como son las comunidades rurales de Tablada Grande, San Andrés, Tolomosa, San Mateo y Tomatitas, un asentamiento humano que por encontrarse con la localidad de San Lorenzo; Esta comunidad, capital de la provincia Méndez, por la proximidad con la ciudad de Tarija y por los servicios que esta le presta, han generado un fuerte flujo de transporte, personas y mercaderías, creando una



relación muy próxima entre los municipios mencionados. Esta conectividad ha permitido que asentamientos rurales ubicados en el trayecto entre Tarija y San Lorenzo, se están concentrando y agrandando, consolidando de esta manera y poco a poco la mencionada conurbación.

La Estructura urbana traducida en una gran mancha urbana, está alcanzando dimensiones inesperadas, la misma que partiendo de las orillas del Guadalquivir, ha expandido sus brazos hacia los cuatro puntos cardinales, rebasando ríos, quebradas, terrenos agrícolas, suelos erosionados, etc., convirtiéndose en una gran masa amorfa.

La extensión de la mancha urbana actual, ha rebasado los límites establecidos por el polígono urbano en tres puntos de la ciudad, dos en el sector noreste, exceso que se da en el diseño de urbanizaciones simplemente, mientras que por el sector noroeste este desborde está consolidado con construcciones, este incremento de suelo estaría al margen de las 8.179,5 Has. Correspondientes a la superficie total del área urbana.

4.4.1.2. Demografía

Actualmente Tarija cuenta con una población de 194.313 Habitantes de los cuales el 49% son hombres y el 51% son mujeres, cuenta con algo de 22.660 familias con un promedio de cinco miembros por familia, las mismas que cuentan con diferencias socioeconómicas, culturales y profesionales siendo en la zona central la más concentrada y en la zona periférica la más dispersada. El Barrio de San Roque el más densamente poblado y 15 de Abril el menos densamente poblado.

4.4.1.3. Pobreza

La incidencia de pobreza, llega al 51%, con una esperanza de vida al nacer de 67 años, un nivel de alfabetismo del 41% y un ingreso per-cápita de 933 \$us, según los datos socioeconómicos de la Prefectura.



Situándose entre los municipios con desarrollo humano medio y en uno de los mejores lugares a nivel nacional, no obstante, en los últimos años el departamento y la ciudad de Tarija han descendido en la clasificación de desarrollo humano.

Los tipos de vivienda preponderantes en la ciudad, según el diagnóstico municipal, corresponden a las categorías B con un 47% (vivienda menos costosa de una o dos plantas englobando a las viviendas de planes o urbanizaciones) y C con un 46% (vivienda construida en adobe sin ningún tipo de revoques y muchas veces sin muro de cerramiento).

4.4.1.4. Idioma

En la Provincia Cercado se habla principalmente español. Se utilizan también otras lenguas como el quechua, el Aymara y el Guaraní (Chaco) pero en menor escala.

4.4.1.5. Cultura y Tradición

En la mancomunidad se observan que los rasgos culturales de toda la región son muy parecidos, un pueblo de gente que es acogedora y cálido sentimiento, como la propia región. Su hospitalidad y alegría son remarcables y constituyen el elemento inolvidable de una estadía en Tarija. La música, sus letras románticas y a veces nostálgicas, hablan del amor y de las bellas mujeres de la tierra tarijeña. La cultura también se refleja en sus costumbres, que son el resultado de sus fiestas y tradiciones como el calendario religioso esto repercute en el área rural como la propia ciudad capital.

- Festividad de Reyes la tradicional adoración y trenzada.
- Compadres, comadres y el carnaval chapaco.
- Pascua Florida
- San Antonio
- Corpus Christi
- Santa Anita
- San Lorenzo
- San Roque
- Chaguaya



- Señor del Milagro
- Todos Santos
- Navidad

4.4.1.6. Religión

La mayor parte de la población en la zona de estudio profesa la religión Católica, pero existen porcentajes pequeños de grupos no católicos como los Mormones, Testigos de Jehová, Adventistas y otros.

4.4.1.7. Fiestas Religiosas

La ciudad de Tarija por ser parte de la conquista española, tiene como base religiosa la Iglesia Católica, adoptando de esta sus fiestas religiosas que combinadas con las fiestas autóctonas, da lugar a un calendario de festividades pagano religiosos bastante recargado.

4.4.1.8. Prácticas Sociales

La vida social de los habitantes de la ciudad se reduce a asistir a reuniones entre amigos y parientes, visitas a lugares públicos como plazas, parques, asistencia a acontecimientos culturales y a eventos deportivos.

El Tarijeño es mas afecto a demostrar socialmente sus habilidades artísticas en la música, cantos, bromas y otros.

4.4.1.9. División política- administrativa

La ciudad de Tarija se divide en 13 distritos, conformada por 75 barrios divididos de la siguiente manera:

Distritos	Barrios
ZonaCentral (1,2,3,4,5)	El Molino, San Roque, Las Panosas, La Pampa y Virgen de Fátima.
Distrito 6	La Loma, El Carmen, Guadalquivir, 57 viviendas, Luis Pizarro, 15 de Noviembre, Juan Pablo II, Libertad, Virgen de Chaguada,



	Aranjuez, Panamericano, Obrajes, Carlos Wagner y Los Álamos.
Distrito 7	Defensores del Chaco, Los Chapacos, Oscar Zamora, 3 de Mayo, IV Centenario, 4 de Julio, 12 de Octubre y Las Pascuas
Distrito 8	Eduardo Avaroa, San José, Lourdes, San Marcos, Oscar Alfaro y La Florida
Distrito 9	6 de Agosto, Pedro Antonio Flores, 7 de Septiembre, 2 de Mayo, 1 de Mayo, Andaluz, Salamanca, San Bernardo, Moto Méndez, El Constructor, Luis Espinal, Aniceto Arce y Narciso Campero.
Distrito 10	Bartolomé Attard, Morros Blancos, San Jorge, Aeropuerto, Simón Bolívar, Juan Nicolay, 15 de Abril, Juan XXIII, Rosedal y Torrecillas.
Distrito 11	El Tejar, La Terminal, San Jerónimo (Zona Baja), San Jerónimo (Zona Alta), Petrolero y San Luis.
Distrito 12	San Martín, German Busch, Aranjuez, Miraflores y San Blas.
Distrito 13	Alto Senac, Senac, Tabladita, Catedral, Andalucía, Luis de Fuentes, Méndez Arcos y San Antonio.

4.4.1.10. Aspectos Físico Naturales

a) Descripción Fisiográfica

La ciudad de Tarija se encuentra a 1.924,10 metros sobre el nivel del mar y se caracteriza por una zona baja relativamente plana a partir del pie de La Loma hasta la parte sureste de la ciudad, otra parte alta en la zona de Alto Senac. En el área periférica existen zonas accidentadas cruzadas por la



erosión, con la presencia de cárcavas y quebradas en algunas partes, que conformarían la zona media de la ciudad.

b) Climatología

Una de las principales características de Tarija es su clima benigno, cuya temperatura promedio es de 25 C°, clima especial para cualquier actividad. Habiendo máximas hasta de 36 C° en Verano y mínimas hasta – 5 (en ocasiones extremas) en Invierno.

Las precipitaciones llegan en Enero que es el máximo de 169.7 mm y la Humedad relativa del ambiente es del 57%, Los vientos predominantes vienen en dirección sur –este y el asolamiento que viene en sentido este-oeste. En cuanto a vientos diremos que estos tienen incidencia predominante del Sur con una velocidad máxima de 8.4 Km./H, una mínima de 4.3 Km/h y una velocidad media anual de 5.75 Km/h. La humedad relativa anual registrada en la ciudad es del 61.

c) Hidrografía

El principal estructurante en nuestra ciudad es el Río Guadalquivir, al cual afluyen las aguas de las quebradas generadas por la degradación del suelo. Actualmente estas quebradas son utilizadas en su mayoría como basurales, esto hace que las quebradas que forman parte integradora de la ciudad sean hechos físico naturales que separan de una manera u otra la misma.

También se debe tomar en cuenta la ubicación de las Lagunas de oxidación, que están ubicadas al sur de la ciudad, específicamente en el barrio de San Luis; esta ubicación genera grandes conflictos ambientales ya que la dirección de los vientos viene desde esta zona, es decir desde el sur lo que ocasiona el arrastre de los malos olores.

d) Vegetación

Tarija es un Valle cuyas características climatológicas y calidad del suelo favorecen a la proliferación de diferentes especies arbóreas. Todos los



árboles y arbustos que encontramos en nuestros espacios verdes y vías arborizadas son especies ornamentales, entre ellas jacarandas, eucaliptos, olmo, paraíso, carnaval, ciprés, sauces, nísperos, lapachos, naranjos, timboys, palmeras, ceibos y por ultimo una variedad de rosas.

e) Topografía

La topografía de la región tiene características fundamentales ya que está rodeada por cerros y grandes montañas; en la ciudad específicamente existe una inclinación del suelo hacia el Río Guadalquivir, siendo las zonas más bajas.

La topografía se clasifica en tres zonas: zona alta, zona media y zona baja.

Una de las zonas altas es la parte noroeste que comprende los barrios de alto Senac, Tabladita, San Antonio, Catedral, Luis de Fuentes, y la parte de Aranjuez.

Otra zona alta es la parte noreste que comprende los barrios Los Chapacos, Las pascuas, 3 de mayo, 12 de octubre, Las Barrancas, Virgen de Chaguaya, Juan Pablo II, 15 de Noviembre, Guadalquivir descendiendo hasta el barrio el Carmen, llegando así a la zona central donde la topografía que es relativamente plana, trabajada, destacándose la elevación que presenta el barrio San Roque para luego descender, hacia el sur oeste en una leve pendiente.

Entre las zonas medias, es decir con leves ondulaciones, está la zona noreste que comprende los barrios de Luis Espinal, Bartolomé Attard, Narciso Campero, Juan XXIII, Juan Nicolay.

Concluyendo estas zonas en la parte, sur – este que vendrían a conformar los barrios de Morros Blancos, el Aeropuerto, Simón Bolívar, San Jorge, San Pedro.

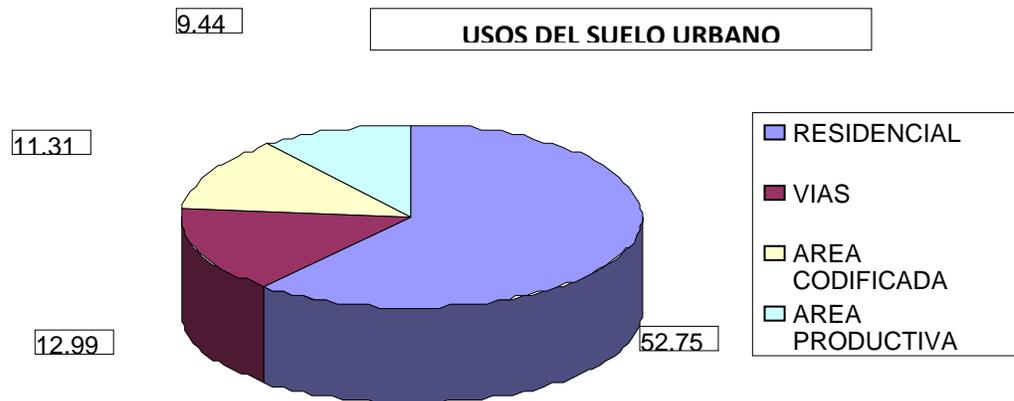
Finalmente, la zona sur, que presenta una superficie relativamente plana; solo se observa algunas partes, accidentadas por la erosión. Los barrios que

conforman esta zona son: La Terminal, San Gerónimo, Miraflores, El Tejar.

Para la clasificación de la topografía se toma en cuenta la altitud y las pendientes de acuerdo las distintas zonas de la ciudad, características que van cambiando.

Cabe destacar que uno de los problemas del suelo de Tarija es la EROSION que tipifica el paisaje tarijeño, e influyendo negativamente en el crecimiento y desarrollo de la misma, puesto que genera terrenos sumamente irregulares, con muchas cárcavas e innumerables quebradas, además del enorme problema ambiental de limitar el crecimiento de la vegetación.

f) uso de suelo.



Como se puede observar en la torta el uso de suelo en residencias es de 52%, de vías 12.99%, de area codificada 11.31%, de area productiva 9.44%.

4.4.2. Estructura Urbana

4.4.2.1. Crecimiento de la Mancha Urbana

La ciudad de Tarija tuvo un crecimiento por etapas; la primera se estructuró al margen del río Guadalquivir en una superficie plana y con una estructura ortogonal y ordenada; posteriormente crece hacia el este y el norte en una



topografía accidentada y rompiendo la trama ortogonal; luego se vence un umbral físico como el río Guadalquivir creándose en el sector oeste de la ciudad asentamientos sin planificación; en 1985 debido a la migración existente el crecimiento es caótico debido a asentamientos no planificados, actualmente el asentamiento en la zona del Parque de las Barrancas.

4.4.2.2. Densidad

Las actividades económicas, financieras, sociales, administrativas y otras se encuentran centralizadas en la ciudad, lo que provoca que la mayor densidad poblacional se encuentre en el distrito Z.C.P.

Debido a la actividad comercial que se desarrolla en la parte norte (distrito 6) genera una densidad media, en el (distrito 10 y 13) la densidad está aumentando cada vez más.

4.4.3. Imagen Urbana

La ciudad de Tarija define una estructura generada a partir del centro urbano (casco viejo) y el río. El centro urbano aún a través del tiempo mantiene la esencia de núcleo de vida ciudadana, este centro define los ejes principales que tienden a crecer por la periferia.

La trama urbana está conformada por cuatro tipos de mallas que son:

- Malla rectilínea (forma de damero)
- Malla lineal
- Malla Reticula
- Malla Articulada

Las diferentes retículas existentes en el área urbana son el resultado de calles en su mayoría imperfectas, las mismas que crean un entramado urbano completamente irregular con predominio de formas imprecisas con relación al centro histórico de la ciudad.



Tarija, señala un límite de crecimiento urbano determinado por vías principales y fallas naturales (quebradas) que permiten alternar fácilmente la periferia y urbe.

Para mejor análisis de la imagen urbana de la ciudad utilizamos 5 conceptos:

- | | | |
|--------------|-----------|----------|
| 1) Sendas | 3) Bordes | 5) Nodos |
| 2) Distritos | 4) Hitos | |

1.- Son las vías de uso común sin tomar en cuenta la jerarquía sino sólo el uso. En este análisis entran a formar parte la mayoría de las vías especialmente las vías que comunican a los diferentes barrios o distritos. Como ejemplo podemos nombrar la avenida Circunvalación.

2.- Son agrupaciones de población relativamente homogéneas. En dicha clasificación entran también los barrios pero para mejor comprensión sólo tomamos a los distritos por ajustarse mejor a los requerimientos de análisis como ser tipo estructura, límites, etc.

3.- Son los límites entre los distritos que están a veces definidos por parques, plazas, espacios verdes, vías, etc. Los mismos a veces no se perciben, están mimetizados en el tejido urbano pero en otros casos son muy notorios pues pueden ser accidentes topográficos como una quebrada. Algunos bordes son parte integradora de dos distritos esto constituye un cocido. Como ejemplo tenemos el río Guadalquivir y la quebrada del Monte.

4.- Los hitos son elementos esculturales visibles desde grandes distancias, son elementos referenciales distintos al tejido urbano que los cobija pero armoniosos con este en este caso tenemos muchos en la ciudad, como ejemplo, el Cristo del Corazón de Jesús.

5.- Son un tipo diferente de hito pues se diferencian del anterior por su función activa. En esta clasificación entran las plazas, parques, y mercados que sirven también de referencia pero que para ser percibidos por los habitantes estos



tienen que encontrarse en el lugar o en zonas muy cercanas como ejemplo tenemos la plaza principal.

4.4.4. Desarrollo Productivo

4.4.4.1. Economía

Entre las actividades más importantes que sustentan la economía de la ciudad son: los pozos de petrolíferos, producción vitivinícola, industrias lecheras, agropecuaria, comercio y servicios privados y de la administración pública, observándose en los últimos años el rápido crecimiento del sector servicios. Dentro del rubro agroindustrial se destaca la producción de bebidas, contando con varias empresas vitivinícolas, embotelladoras, procesadoras y una cervecería. Los productos agrícolas en su generalidad son destinados a la venta local, siendo colocados en los mercados que posee la ciudad, además de varias ferias.

En estos últimos tiempos ya puede decirse que existe una diversidad de producción, industrial, artesanal, de mano de obra, de servicios, de material humano, etc.

Según datos del INE, ya existe entre la mediana industria y la industria desarrollada una diversidad de más 30 diferentes productos elaborados y producidos en muchas empresas, que llegan a un número aproximado de 70 que en algunos de los casos produce el mismo producto, sus semejantes o sus derivados.

En nuestro tiempo las principales actividades económicas son la agricultura, la manufactura, el comercio, los hidrocarburos y los servicios de administración pública y otros menos importantes como el transporte, telecomunicaciones (que ya se supera con la introducción de numerosas empresas de comunicación a nuestro territorio Entel, Tigo, Viva y el adelanto tecnológico que incorpora Cosett a su sistema), la industria, los servicios administrativos y la producción de petróleo y de gas natural.



4.4.4.2. Tendencias de Producción

a) Actividades Agropecuarias

Este viene a ser el sector más importante para Tarija, esto por su contribución al peso interno bruto regional, como tan bien por el empleo que logra generar, tomando en cuenta que los diferentes pisos ecológicos coadyuvan para que exista no solo un abastecimiento sino un excedente de esta producción.

b) Agricultura

A nivel departamental el maíz viene a ser el cultivo dominante en nuestra tierra con. La producción mencionada permite el vínculo campo-ciudad donde ambos viven uno del otro y se conforma un núcleo de subsistencia económica de abastecimiento de productos por un lado y de trabajo y esperanza de vida por el otro.

En Tarija y a pesar de solo tener el 1,46% de la producción, la vid viene a ser en los últimos años la producción más característica de Tarija, produciendo con esta materia prima Vinos y Singanis de muy buena calidad.

c) Industria

La industria manufacturera tuvo un significativo crecimiento en los últimos años sin embargo su expansión es moderada, siendo empresas con poco capital y que no generan mucho empleo.

Se destacan mas la industria azucarera, molineras, de bebidas gaseosas y productos alimenticios, derivados de la leche, alimentos balanceados, Industria de cemento, derivados de la cebada y otros como talleres de fabricación de muebles metal mecánicos.



d) Recursos Naturales

“La vid” fruto que en los últimos años se ha vuelto característico de Tarija, es de este mismo fruto que mediante una elaboración adecuada, buenos cuidados, etc, se obtiene dos productos: vino y singani tarijeño, que no solo es degustado a nivel local, sino también a nivel nacional e internacional, exportándose actualmente a Europa, (Alemania, España, y hasta la propia Francia) recibiendo estos, grandes reconocimientos como el de Mendoza y otros.

4.4.5. Equipamientos Básicos

4.4.5.1. Equipamiento de Salud

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

4.4.5.2. Equipamiento de Educación, Cultura y Gestión

Los equipamientos más importantes de educación, cultura y gestión se encuentran ubicados en la zona central. Por otro lado el equipamiento de educación ya empieza a separarse del centro con una tendencia hacia el sur.

El 70 % de los edificios educativos se encuentran ubicados en la zona central, en los cuales desarrollan sus actividades 60 unidades educativas, distribuyendo sus actividades en turnos de mañana, tarde y noche.

A nivel de educación superior tenemos; La Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, La Universidad Católica, Universidad Domingo Savio, la Normal Superior de Canasmoro.



4.4.5.3. Equipamiento de comercio y transporte

En el rubro del Comercio la ciudad de Tarija se encuentra centralizada en tres puntos importantes que generan un eje central en la mancha urbana; estos tres puntos son los siguientes:

- El mercado campesino
- La zona central (Av. Domingo Paz y el mercado Central).
- La Av. La Paz.

En cuanto a los equipamientos de transporte, tanto aéreo como terrestre, se encuentran ubicados ya en zonas urbanas no adecuadas para su uso.

4.4.5.4. Equipamiento de recreación y deporte

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

- El Tobogán del cementerio
- Parque de las Flores
- Parque Los Changuitos
- Mirador Juan Pablo II
- El corazón de Jesús, etc.

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

4.4.6. Vivienda

La vivienda en la ciudad de Tarija presenta características concretas que dependen del material disponible, técnicas constructivas, y factores como los recursos económicos de sus propietarios.



Para el análisis de este, se toma en cuenta cuatro tipologías de vivienda.

Tipología A: Es la vivienda aislada con muy buenos materiales y de muy buen acabado.

Tipología B: Es la vivienda menos costosa de una o dos plantas.

Tipología C: Es aquella realizada en adobe sin ningún tipo de revoque y muchas veces sin muro de cerramiento.

Tipología D: Vienen a ser los edificios de departamentos.

4.4.6.1. Uso y materiales

En Tarija la tipología B viene a ser la más común y el material predominante el adobe con el 49 %, el ladrillo con 45% y el bloque de cemento con el 5 %.

El material más empleado en la construcción de vivienda es la tierra; cruda para fabricar adobes o cocida en forma de ladrillos.

Así también el hormigón, cada vez abarca mayor espacio en el área constructiva; especialmente en edificaciones públicas.

4.4.7. Infraestructura

En la ciudad de Tarija los servicios básicos de los cuales se sirve la población son básicamente:

- Energía eléctrica domiciliaria
- Alumbrado público
- Gas natural a domicilio
- Gas envasado
- Telefonía
- Televisión por cable
- Agua potable
- Alcantarillado sanitario
- Alcantarillado pluvial
- Recojo de residuos sólidos.
- Internet
- Infraestructura vial

La cobertura en la zona central y barrios cercanos a estas, son los que se encuentran cubiertos por los servicios de infraestructura básica cuyo uso es



indispensable para la población, mientras que en los barrios más alejados las necesidades son más grandes y no llegan a contar con los servicios básicos, así como la calidad del servicio es baja. Esto sucede por la baja densidad de estos sectores.

4.4.8. Riesgos Ambientales

4.4.8.1. Contaminación del aire

Otra fuente de contaminación son los lotes baldíos y las lagunas de oxidación que despiden olores desagradables, esta contaminación del aire también se da en el centro de la ciudad, por los gases que despiden los automóviles y en las zonas donde existen fabricas cuyos desechos van directamente al aire contaminándolo.

4.4.8.2. Contaminación Acústica

En el centro de la ciudad la superposición de actividades y el congestionamiento vehicular, producen una contaminación acústica. Otro de los problemas de contaminación se da en las fábricas que lamentablemente en zonas de uso residencial.

Pero el problema acústico más importante es el que es producido por la proximidad del aeropuerto a la ciudad, produciendo ruidos fuertes cada vez que hay vuelos

4.3.8.3. Contaminación del agua

Los principales riesgos ambientales están en el río Guadalquivir, las orillas de la quebrada del monte y otras quebradas convirtiéndose en focos de infección por los desechos sólidos y líquidos que depositan los vecinos con este contrae enfermedades en las familias de escasos recursos que habitan en los alrededores de la ciudad.

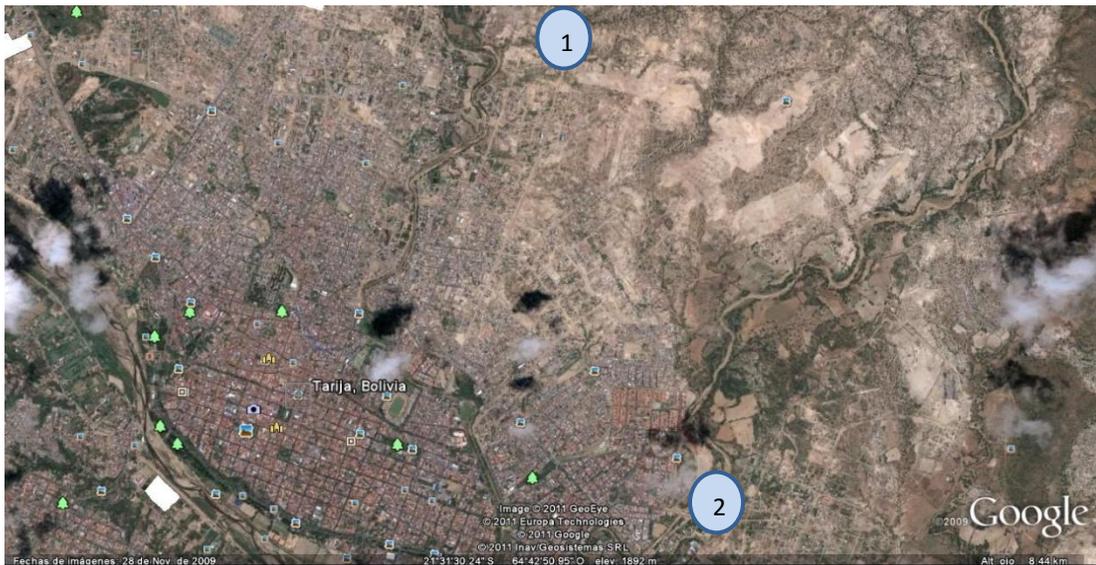


5.1. Físico Espacial

Se toma 2 puntos para la intervención en proyección del Centro de Rehabilitación y Reinserción para Jóvenes Varones Drogodependientes, que están emplazados en la ciudad de Tarija uno es camino a Sella como lo muestra el plano y el otro es en el distrito 10; en el Barrio Morros Blancos.

Estas zonas fueron escogidas debido a las características que posee cada una de ellas, un tanto alejadas del caso viejo para evitar saturación de instituciones, de manera que esté en función de cubrir las necesidades de un requerido programa para realizar el Centro.

5.1.1. Propuestas de Intervención en el Plano de la Ciudad de Tarija





5.1.2. Cuadro Comparativo de las Propuestas de Intervención

	Propuesta N° 1	Propuesta N° 2
Accesibilidad	No tiene buena accesibilidad el camino es de tierra.	Excelente accesibilidad, se encuentra sobre dos avenidas, tiene una conexión con un puente al barrio Fabril.
Uso de Suelo	El terreno está libre de edificaciones y de plantaciones agrícolas.	Existen algunas viviendas en este lugar, su entorno tiene un uso habitacional.
Infraestructura	Energía eléctrica, gas domiciliario, agua.	Energía eléctrica, gas domiciliario, agua potable, alcantarillado.
Topografía	Tiene una pendiente muy pronunciada.	Presenta una pendiente moderada.
Vegetación	Pequeños arbustos, no hay vegetación por que el terreno es erosionado.	Vegetación media como el churqui, pequeños arbustos, maleza.
Asoleamiento	Buen asoleamiento.	Buen asoleamiento.
Vientos	Los vientos vienen del sureste con menos intensidad a 17Km/h.	Vientos del sureste a 10Km/h con intensidad.



5.2. Propuesta de Intervención Elegida N°2

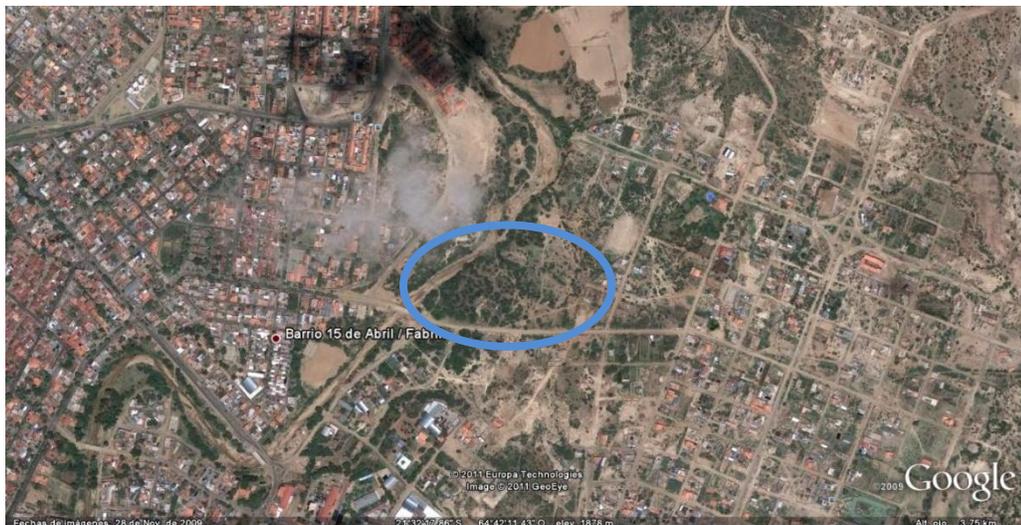
5.2.1. Justificación

La propuesta N° 2 está ubicada en el distrito N° 10; en el Barrio Morros Blancos, proponiendo evitar lo que es la saturación de infraestructuras de instituciones en el casco viejo de la ciudad de Tarija, al mismo tiempo el Centro de Rehabilitación no debe estar muy alejado de la ciudad debido a que este tiene que estar inmerso en la sociedad.

La infraestructura tiene una excelente ubicación en este barrio; al encontrarse este sobre dos avenidas tiene una buenísima accesibilidad, la topografía tiene una pendiente, el sitio está un tanto alejado del centro de la ciudad para poder tener paz y tranquilidad sin la contaminación acústica que se puede percibir en el centro de la ciudad.

5.2.2. Ubicación

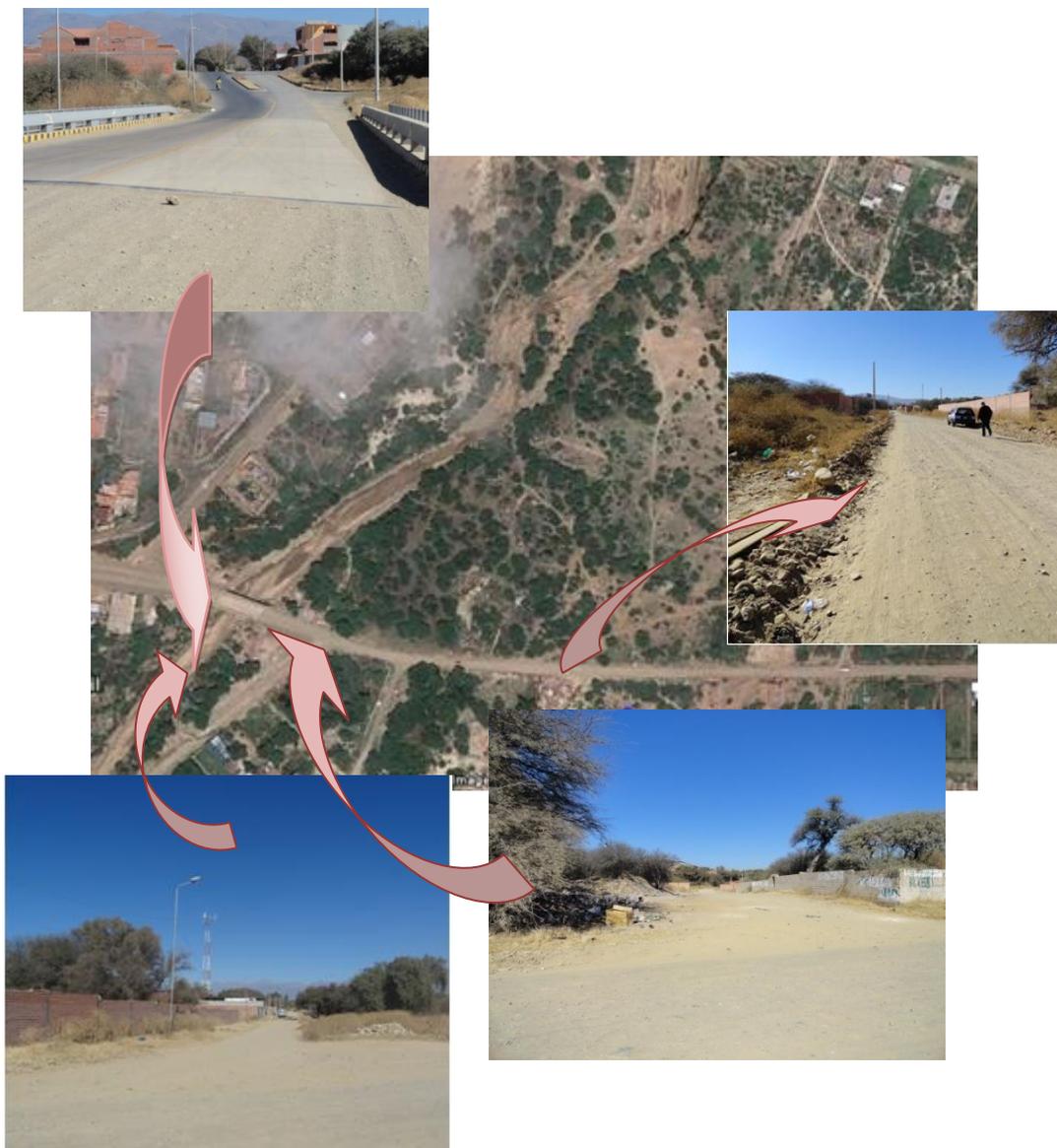
Emplazado en la Avenida Tomás O’connor D’arlach y Avenida Fuerza Aérea.





5.2.3. Accesibilidad

Excelente accesibilidad, se encuentra sobre dos avenidas, tiene una conexión con un puente al barrio Fabril.





5.2.4. Uso de Suelo

Existen algunas viviendas en este lugar, su entorno tiene un uso habitacional.



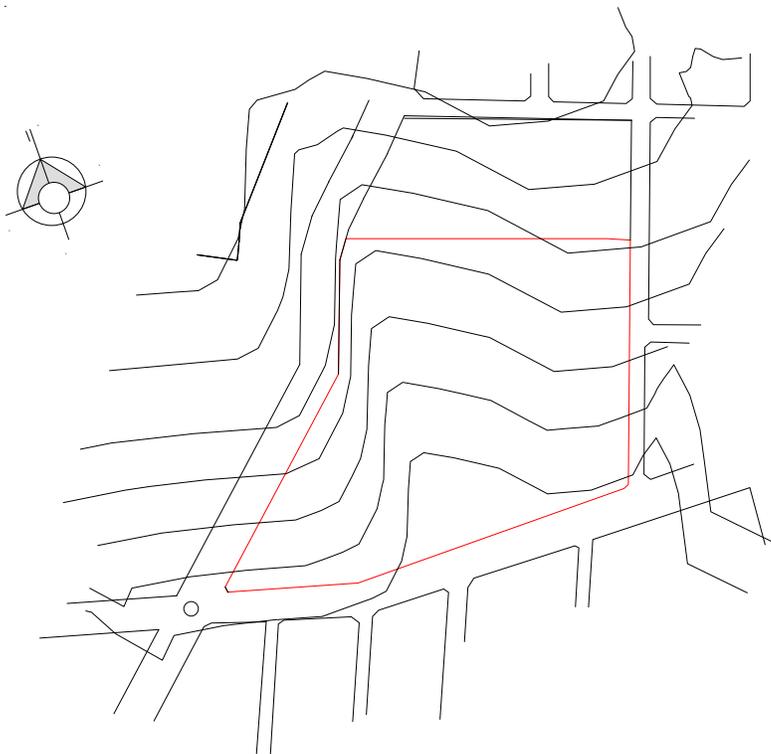
5.2.5. Infraestructura

Energía eléctrica, gas domiciliario, agua potable, alcantarillado.



5.2.6. Topografía

Presenta una pendiente moderada.



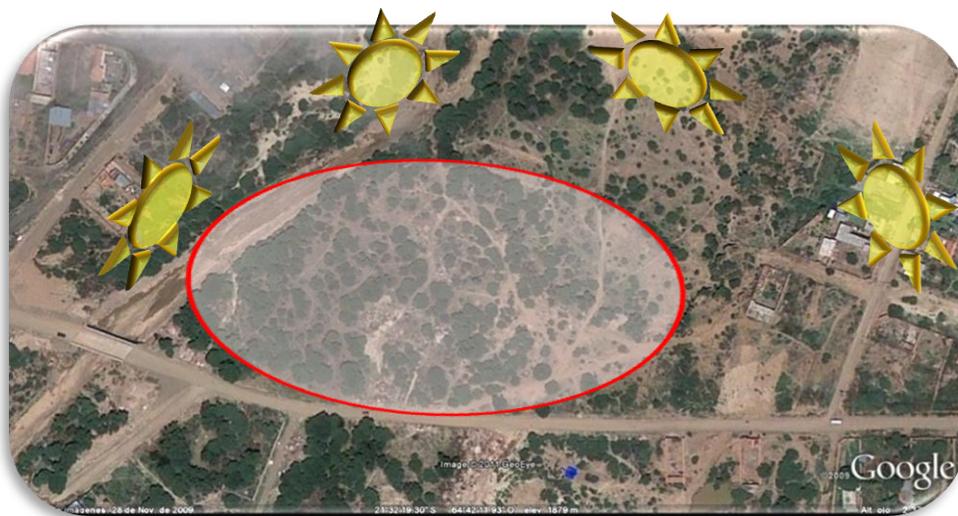
5.2.7. Vegetación

Vegetación media como el churqui, pequeños arbustos, maleza.



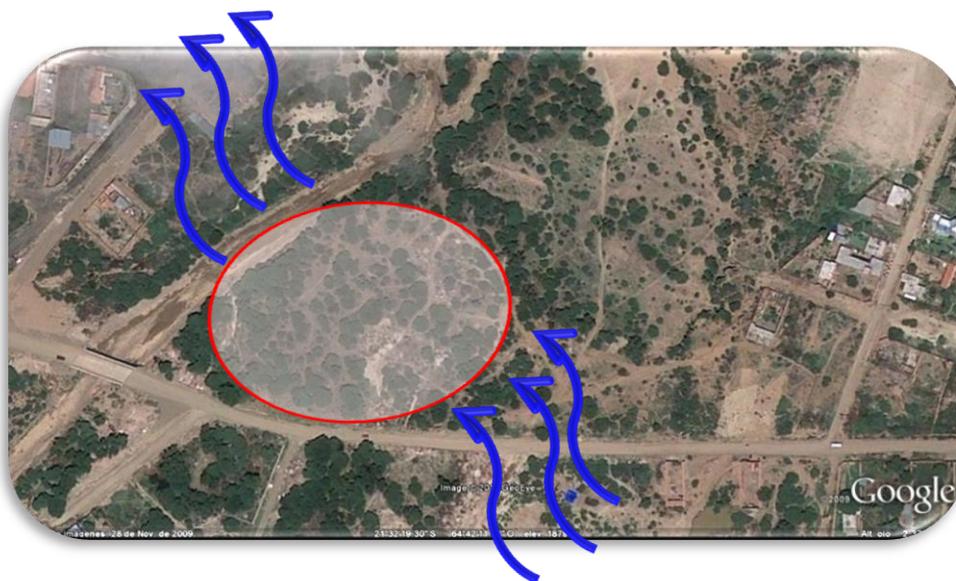
5.2.8. Asoleamiento

Existe un buen asoleamiento en la zona.



5.2.9. Vientos

Vientos del sureste a 10Km/h con intensidad.



6. Premisas de Diseño

6.1. Premisa Morfológica

El lenguaje morfológico es claro expresa su concepción como equipamiento urbano con una arquitectura minimalista despojada de elementos sobrantes, la jerarquía de volúmenes contribuyen a una lectura. Se juega con las alturas pero no de manera agresiva a los volúmenes de su entorno.

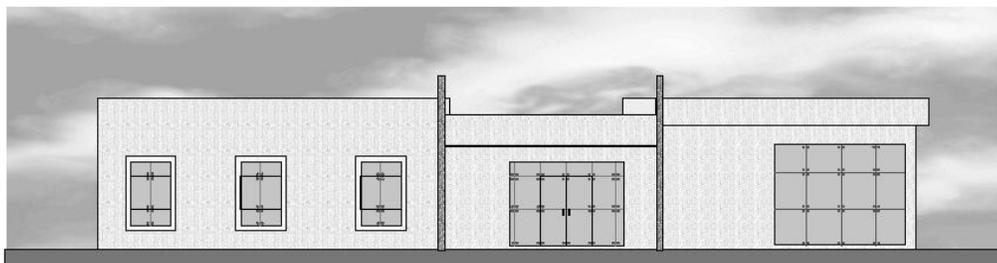
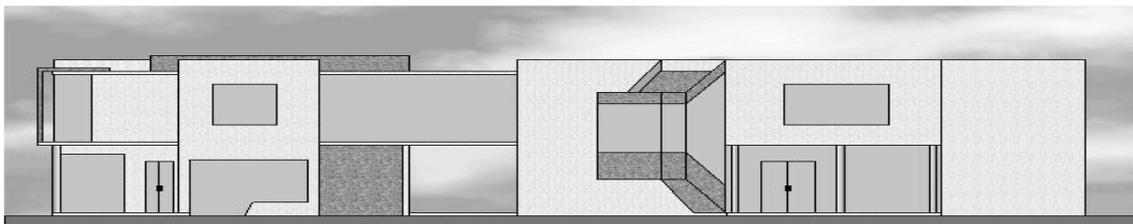
Los espacios amplios y libres

La utilización de morfologías puras, sólidas e identificativas. Funcionalidades adaptadas a las normas y reglamentos establecidos.



La forma que de este equipamiento se trabajo junto a la funcionalidad y el paisaje que lo circunda.

La morfología rompe con el entorno mostrando ciertas características tecnológicas, es importante destacar los espacios vacíos los cuales juegan un papel importante en la forma.

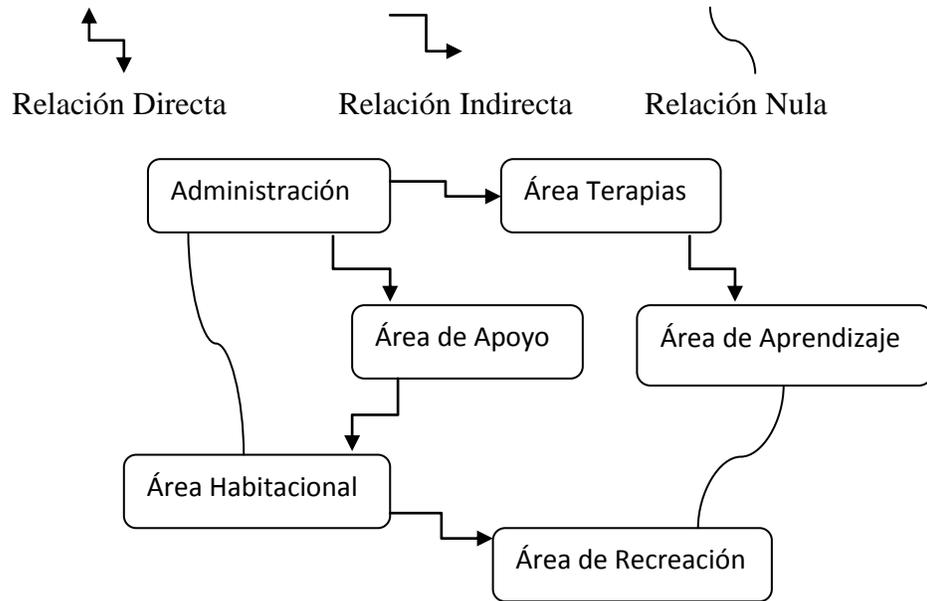


6.2. Premisas Funcionales

La edificación alcanza el máximo utilitarismo; la función trabajada junto a la forma.

El Área administrativa tendrá una conexión indirecta con el área de Terapias.

Área de Habitacional indirecta con área de Apoyo.



- Las áreas bien distribuidas y con claros recorridos que se darán más que nada en la parte de los jardines y exteriores.
- Espacios de doble altura en la sala de espera para dar una sensación de grandeza.
- La parte de las habitaciones tienen un recorrido claro a las diferentes actividades que ofrezca este equipamiento ya que viene a ser el bloque más importante.
- El área de terapias tiene una conexión muy importante con laboratorio para dar rápidamente y con eficiencia los resultados de los internos.

6.3. Premisas Tecnológicas

6.3.1. Estructuras de Acero y Metálicas Utilización de estructuras de acero y metálicas con grandes extensiones de luz para poder utilizarlas en el estacionamiento.



6.3.2. Policarbonato

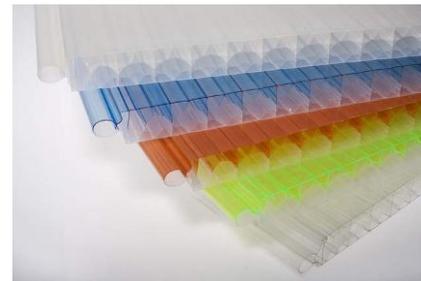
Utilización de policarbonato en tragaluces para dar iluminación natural, también para la construcción del invernadero. Los paneles de policarbonato para techos son excelentes debido a su durabilidad y también de sus propiedades bloqueo de rayos ultravioletas.

Specifications

Mini Radii(mm)	Bending Stand width(mm)	Standard length(mm)	Standard color
700	2100	6000	clear, green, blue, smoke, brown, opal, glass, lake blue, red, yellow, silver, any double-color
1050			
1400			
1750			
Standing color and light transmission rate			



Standard thickness	4(mm)	6(mm)	8(mm)	10(m m)
clear	82%	81%	80%	79%
green	53%	49%	45%	42%
blue	32%	28%	25%	22%
opal	27%	21%	19%	16%
brown	35%	31%	25%	22%
lake blue	57%	52%	48%	47%



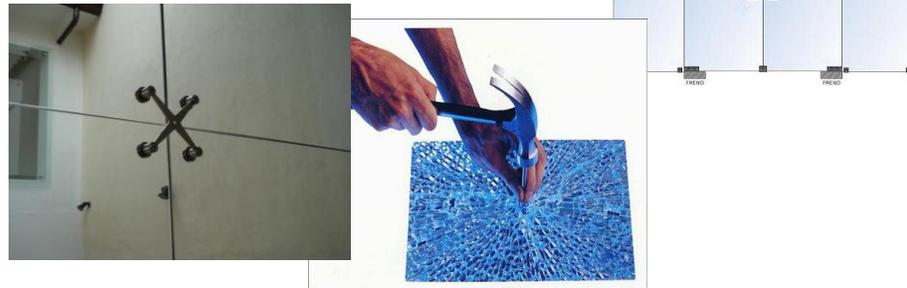
6.3.3. Vidrios de Seguridad

Un vidrio puede ser clasificado de seguridad cuando, en caso de rotura por impacto humano, no presenta potencial para causar heridas de consideración a las personas. Un concepto adicional y complementario al de la seguridad es el concepto de protección que, en general, está ligado con las propiedades de aquellos vidrios difíciles de ser traspasados por el impacto de personas u objetos.

Los dos tipos de vidrios de seguridad más empleados en la construcción son el **vidrio templado** y el **vidrio laminado**.

Vidrios Templados: Presentan un notable aumento de la resistencia mecánica, una mayor resistencia al choque térmico y, por tanto, en general una mayor seguridad al uso.

Es muy resistente a comparación del vidrio normal, además, si existen roturas, este se divide en pequeños trozos de vidrio que son inofensivos.



Vidrio Laminado: Resistencia a la penetración, por lo que resulta especialmente indicado para usos con especiales exigencias de seguridad y protección de personas y bienes. Ofrece también buenas cualidades ópticas, mejora la atenuación acústica y protege contra la radiación ultravioleta.



Vidrio Reflectivo: El vidrio reflectivo pirolítico es ideal para emplear en fachadas de edificios de oficinas y arquitectura comercial en general. Utilizado en forma de simple vidriado o como componente de unidades de DVH, brinda un buen grado de control solar y reduce las molestias producidas por el exceso de luz natural. Su aspecto espejado durante las horas de luz diurna brinda homogeneidad a la fachada e independiza el aspecto exterior del edificio del tratamiento de los espacios interiores. El característico efecto de

espejado de un vidrio reflectivo es independiente de la posición de su faz revestida. El efecto espejo siempre se produce sobre la faz más iluminada.

Medidas comunes:

ALTO	ANCHO
2,14	3,30
2,14	3,21
2,44	3,30



6.3.4. Paños en Vidrio

Los paños de vidrio utilizados en algunos ambientes del área de administración en cuenta de muros de ladrillo.

Pueden ser vidrio doble o sencillo los paños dobles están formados por dos cristales de 5mm a 8mm de espesor, pueden ser color natural o color humo.

Los paños de vidrio siempre llevan una película adhesiva de seguridad.

Los vidrios van tomados a la estructura por medio de un marco de aluminio pintado con pintura epóxi, con un empaque interno en todo el perímetro, el cierre es hermético en todo el conjunto. En el caso del vidrio simple el cristal se encuentra en el eje del tabique.

Los elementos de fijación no quedan a la vista en ningún caso y permiten el desarme y armado frontal de los marcos de ambas caras.



Puertas: Hay cuatro acabados:

1. Melamina
2. Madera
3. Vidrio
4. Tela

Los marcos son en aluminio pintados con pintura epóxi, de idéntica terminación que el marco del panel de vidrio.

6.3.5. Pinturas Epóxi

Son un grupo de pinturas de alta resistencia a diferentes ataques, la pintura epóxi se presenta en dos envases, ya que está compuesta por una parte que contiene la resina epoxi y en la otra parte el catalizador o endurecedor.

Las pinturas epoxi presentan gran resistencia química, sin que les afecten los disolventes ni los aceites o grasas.

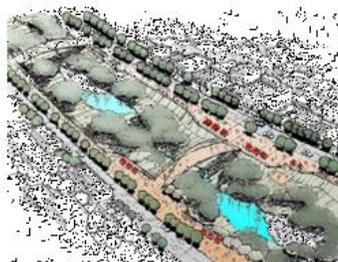
Por su resistencia al agua, a la intemperie y a los contaminantes químicos, se usan como sistemas de protección de larga duración sobre acero estructural, y hormigón.

Su excelente resistencia al desgaste hace que se utilizada en parking, garajes, suelos industriales etc.

6.4. Premisas Ambientales

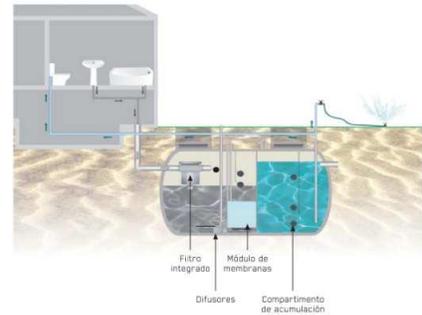
6.4.1. Control de Vientos

Con vegetación alta como pinos, esto para evitar que los fuertes vientos lleguen directamente.



6.4.2. Tratamiento de Aguas Grises

Simplemente montando un **sistema biológico-mecánico**, y así reutilizar el agua en más necesidades. Este sistema de **reciclado de agua** lo que hace es limpiar la que procede de nuestro aseo personal (lavamanos, ducha, baño) para que se pueda reutilizar en la lavadora, cisterna, riego, todos aquellos usos que no necesitan agua potable. Esta agua se limpia de forma constante y con una calidad acorde a la normativa europea para el uso higiénico, según estas cuatro fases:



1. Filtrado. Se retienen y expulsan los residuos más grandes, en una unidad que se limpia de forma automática.
2. Cámaras de reciclado. Unos bio cultivos actúan sobre la suciedad, bombeando el agua cada 3 horas.
3. Desagüe de los residuos.



4. Esterilización y almacenamiento. Este proceso se hace con una lámpara de rayos ultravioleta, para pasar luego toda el agua a un depósito de agua limpia.

6.4.3. Techo Verde

El más básico solo pretende devolver a la naturaleza una parte del espacio que le hemos arrebatado para construir el edificio. El grosor de la capa de tierra varía en función del uso que se les pretenda dar al “**Techo Verde**“. En este caso la capa de tierra bastará con que tenga **12 cm** de espesor, suficiente para permitir subsistir con solo el agua de lluvia y el rocío mañanero la vegetación crea el hábitat para que proliferen insectos e invertebrados como mariposas, hormigas y lombrices.

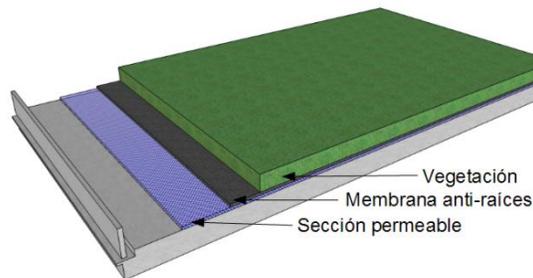


Por otra parte en la parte alta de la edificación, la capa húmeda suaviza el frío en invierno y refrigera en verano.



Un “**Techo Verde**” precisa de un forjado algo más resistente que los tejados habituales, puesto que a su peso se añade un peso entre 325kg/m^3 y los 750kg/m^3 en función del grosor de la capa de tierra húmeda que situemos en el tejado. Lógicamente, también hay que reforzar ligeramente toda la estructura que lo soporta, desde los pilares a la cimentación.

Sobre este forjado se coloca una capa que impide el paso del agua, normalmente una chapa de aluminio o un plástico de larga duración que además actúan de mini depósito de agua de lluvia a la par que desvían el agua sobrante hacia los canalones de evacuación como una cubierta tradicional. Sobre ella se coloca un producto que actúe como una esponja, repartiéndola la humedad cuando se seca el substrato vegetal y reteniéndola en caso de lluvia, hay una variedad de productos porosos de poco peso que retienen mucha agua adecuados para este uso.



Encima se coloca la tierra y el humus, a veces mezclada con [Arlita](#) (arcilla; es un árido, aislante térmico la densidad del material, que oscila entre los 325kg/m^3 y los 750kg/m^3 . Esta densidad es hasta cinco veces inferior a la de la arcilla común, en torno a los 1.500kg/m^3) u otros productos que permiten aumentar su volumen sin añadir excesivo peso. Sobre esta tierra es donde se procede a plantar el pasto.



7. Programa

1.- AREA ADMINISTRATIVA				
AMBIENTE	USO	N° AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m2
Dirección	Ambiente que corresponde al que dirige el centro	1	4x4	16
Sala de espera	Espacio donde los visitantes esperan a sus familiares	1	6x7	42
Secretaría	Espacio donde se extienden correspondencia, actas del centro	1	3x3	9
Información	Área donde se brinda información correspondiente	1	4x4	16
Administración	Ambiente que corresponde al que administra el centro	1	5x5	25
Archivo	Se guarda toda la información de los pacientes del Centro	1	4x5	20
Sala de Reuniones	Espacio para llevar a cabo reuniones de los psiquiatras, psicólogos, etc	1	5x6	30
Cocineta	Lugar donde se tiene elementos de cafetería	1	4x3	12
Baños p/Personal Mujeres	Ambiente donde se eliminan los desechos	1	3x3	9



	corporales			
Baños p/Personal Varones	Ambiente donde se eliminan los desechos corporales	1	3x3	9
Depósito	Espacio donde se guardan elementos de limpieza	1	2x2	4
TOTAL				192 m2

2.- AREA DE TERAPIAS				
AMBIENTE	USO	N° AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m2
Cuarto de Llegada	Cuarto donde entran los drogo pendientes agresivos q se instalaran en el Centro	1	5x5	25
Enfermería	Ambiente destinado a los enfermos	1	5x5	25
Farmacia	En este ambiente se administran las medicinas a los pacientes	5	5x5	25
Laboratorio	Lugar donde se realizaran exámenes de sangre a los pacientes	1	9x5	45
Electroencefalograma	Técnica de exploración cerebral para determinar el diagnóstico de enfermedades	1	5x5	25
Neurología	Atiende las enfermedades cerebro vasculares	1	5x5	25
Psiquiatría	Espacio donde se hace el estudio de las enfermedades mentales	2	5x5	50
Psicología	Espacio donde se hace el estudio de la inteligencia, alma	2	5x5	50
Sala de Terapia Familiar	Ambiente para terapia paciente - familia	1	5x5	25



Sala de Terapia Grupal	En la sala se realizara las terapias grupales	1	5x3	15
Trabajo Social		1	5x5	25
Baños Mujeres	Ambiente donde se eliminan los desechos corporales	1	4x3	12
Baños Hombres	Ambiente donde se eliminan los desechos corporales	1	4x3	12
TOTAL				359 m2

3.- AREA DE APOYO				
AMBIENTE	USO	N° AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m2
Sala audiovisual	Sala de videos educativos	1	7x15	105
Auditorio	Espacio donde se realizarán importantes actos del Centro	1	17x18	306
Vestuario	Área para vestirse antes de una presentación.	1	17x4	68
COCINA				
Cocina	Lugar donde se preparan y cocinan los alimentos	1	5x7	35
Entrega	Espacio para entregar las charolas con el alimento servido	1	5x1	5
Recepción	Para dejar las charolas después de almuerzo.	1	4x1	4
Dispensa	Ambiente para guardar los comestibles	1	2x3	6
Frigorífico	Lugar donde se guardan las carnes.	1	2x2	4
Depósito	Donde se guarda todos los utensilios de cocina	1	2x3	6
Cuarto de Basura	Para colocar todos los desechos de la cocina	1	2x3	6



Comedor de servicio	Espacio para que el personal de servicio pueda consumir los alimentos desayuno, almuerzo, cena.	1	2x3	6
Lavado	Lugar para lavar todo el servicio.	1	4x3	12
Comedor principal	Espacio para que los pacientes puedan consumir los alimentos desayuno, almuerzo, cena.	1	15x14	210
Baños Mujeres	Ambiente donde se eliminan los desechos corporales	1	4x3	12
Baños Varones	Ambiente donde se eliminan los desechos corporales	1	4x3	12
TOTAL				729 m2

4.- AREA HABITACIONAL				
AMBIENTE	USO	Nº AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m2
Dormitorios Simples	Ambiente destinado a descansar el cuerpo.	8	5x3	120
Dormitorios Dobles	Ambiente destinado a descansar el cuerpo.	10	5x3	150
Dormitorios Triples	Ambiente destinado a descansar el cuerpo.	15	5x3	225
Estar	Área para descansar o compartir.	2	6x5	30
Central enfermeras c/ baño privado	Lugar de estación de enfermeras en caso de emergencia.	2	6x5	30
Descanso doctor c/baño privado	Lugar de estación de doctor en caso de emergencia.	2	3x5	15
Seguridad	Utilizado para el personal de seguridad	2	5x2	20
Depósito	Es para guardar material de limpieza.	2	2x3	12
Baños	Ambiente donde se eliminan los desechos	4	5x3	60



	corporales			
Duchas – Vestidores Jóvenes	Espacio donde se realiza el aseo personal.	4	5x3	60
Cuarto de Servicio	Espacio para guardar sábanas, toallas, frazadas, edredones limpios	1	5x3	15
Cuarto de Lavado	Lavado de ropa y secado con máquinas.	1	5x2	10
TOTAL				747 m²

5.- AREA DE APRENDIZAJE				
AMBIENTE	USO	N° AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m ²
Vivero	Ambiente donde aprenderán jardinería	1	12x9	108
Taller de manualidades	Ambiente destinado a elaborar distintas manualidades	1	5x10	50
Serigrafía	En este ambiente aprenderán a realizar estampados sobre tela	1	5x9	45
Computación	Espacio donde aprenderán a utilizar la computadora y paquetes	1	5x10	50
Sastrería	Espacio donde aprenderán cortes de cabello, peinados, etc.	1	5x10	50
Taller de cerámica			5x10	50
Control	Para poder vigilar el orden en el área de aprendizaje.	1	4x3	12
Biblioteca	Ambiente para lectura de libros	1	10x7	70
Baños Mujeres	Ambiente donde se eliminan los desechos	1	3x2	6
Baños Varones	Ambiente donde se eliminan los desechos	1	3x2	6



TOTAL	435 m2
-------	--------

6.- AREA DE RECREACION				
AMBIENTE	USO	Nº AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m2
Sala de TV	Espacio para ver televisión	1	7x4	28
Tenis de Mesa	Área para jugar ping pong	2	5x5	50
Gimnasio	Ambiente para ejercitar el cuerpo	1	8x10	80
Sala de Yoga	Ambiente destinado a conseguir concentración anímica, perfección espiritual	1	11x11	121
Sala de Juegos de Mesa	Espacio de juegos sanos como ajedrez, damas, otros.	1	10x8	80
Al Aire Libre				
Cancha de Basquetbol	Área para realizar deporte	1	28x15	420
Cancha de Futbol	Área para realizar deporte	1	65x45	2925
Pista de Skate	Área para deslizarse con patines o patineta	1	22x40	880
TOTAL				4584 m2



7.- AREA DE SERVICIO				
AMBIENTE	USO	Nº AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m2
Portería	Ambiente donde estará la persona que cuida el ingreso y salida de personas	3	4x2	24
Depósito	Sitio para guardar elementos de limpieza	2	4x4	32
Vivienda de Sereno	Lugar de reposo del sereno del Centro.	1	9x5	45
Cuarto de Máquinas	Sitio donde están las maquinas de servicios básicos del Centro.	1	6x3	18
Parqueo	Estacionamiento de vehículos	1	74x22	1628
TOTAL				1718 m2