



CENTRO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA DROGODEPENDIENTES

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo y drogadicción constituye una enfermedad problemática en la salud pública. Los riesgos y daños asociados a estas enfermedades varían con el grado de intensidad de la adicción. Lo que hace que el alcoholismo y drogadicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. Pero pronto su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas por alcoholismo y drogadicción producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

Debemos conocer qué son las drogas y el alcohol y cómo prevenir su consumo. El consumo de drogas, legales e ilegales, es un tema en torno al cual en nuestro país existe una gran preocupación social. El uso y abuso de las drogas representa un problema grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales.

El alcohol es también una droga, pero se diferencia de las demás (cocaína, marihuana, lsd, etc.) porque su consumo y tráfico es legal. De esta manera, todos estamos expuestos al alcoholismo y drogadicción debido a la facilidad con que se puede conseguir esta droga. Existe una estrecha relación entre los problemas del alcoholismo y drogadicción y las drogas; de hecho, la persona con alcoholismo generalmente cae a las redes de la drogadicción. De esa manera se encierra dentro de un círculo en el que el alcohol y las drogas llegan a controlar la vida de la persona, incluso pueden provocar su muerte.



El fenómeno del consumo de drogas se presenta con unas características que lo hacen muy preocupante: tipo de sustancias consumidas, la frecuencia de su uso, aumento del número de consumidores junto con un descenso en la edad de iniciación. Todo ello acentúa la necesidad de una acción preventiva eficaz.

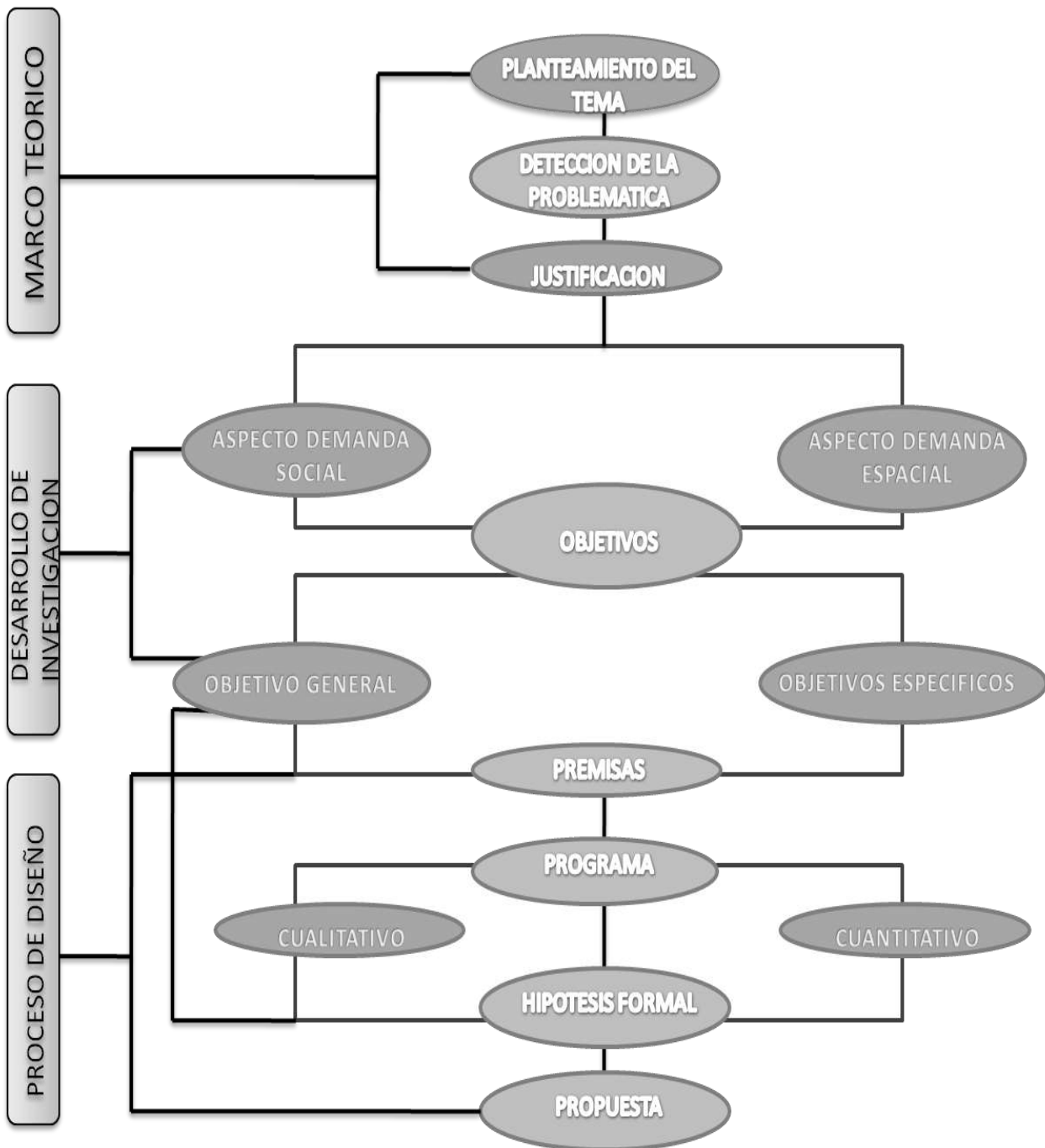
El desarrollo de un proyecto de diseño de un centro de tratamiento y rehabilitación para estas adicciones en un tiempo, en que en nuestra ciudad el número de consumidores ha aumentado descontroladamente, debe ser adecuado a las necesidades y estar de acuerdo a las condiciones del lugar no solo en el aspecto físico sino también en el social.

El alcoholismo y drogadicción no es un defecto moral, es una enfermedad que puede ser controlada.





1. ESQUEMA METODOLOGICO





2. ANTECEDENTES DEL TEMA

CENTRO DE REHABILITACIÓN

Un CENTRO DE REHABILITACIÓN es un equipamiento dedicado a recibir personas con enfermedades de adicción dándoles un tratamiento para su rehabilitación, y posteriormente una reinserción progresiva en su ambiente familiar y la sociedad.

ADICCIÓN

Existen diversos términos para denominar a la adicción, como lo son drogadicción, dependencia, farmacodependencia, sin embargo pocos realmente conocen sus definiciones o el verdadero significado de las mismas. A continuación mostramos tres breves definiciones de Uso, Abuso y Adicción:

Uso

Es el consumo de sustancias lícitas o ilícitas, que no poseen propiedades terapéuticas, con el objeto de experimentar sus efectos psicotrópicos.

Abuso

Es la necesidad psicológica y en ocasiones física que desarrolla un organismo al consumir la sustancia para experimentar sus efectos y requiere de su ingesta periódica para seguir funcionando.

Adicción

Es un consumo motivado por un impulso irresistible, irracional y contrario a la voluntad del individuo que la sufre. Esto se refleja en el aumento de la dosis ingerida o en la combinación de drogas para alcanzar los niveles de intoxicación anteriores.





3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Vivimos en una cultura de drogas y alcohol, desde la mañana cuando tomamos cafeína o teofilina, al desayuno, hasta la noche, en que podemos relajarnos al volver a la casa, con un aperitivo alcohólico, o un inductor del sueño con un somnífero, recetado por el médico, estamos utilizando diferentes sustancias, que afectan sobre el Sistema Nervioso Central, para enfrentar estas peripecias de la cotidianeidad. Muchos además nos activamos a medida que transcurre el día, aspirando nicotina. Aun cuando las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, hoy son más las personas que consumen drogas, hay más cantidad y hay más facilidades para conseguirlas.

El origen del problema se ubica con facilidad si tenemos en cuenta la situación actual de nuestra sociedad. Queda demostrado que en este último tiempo existe un uso y abuso de las drogas ilegales, así también y con mayor frecuencia de las drogas legales: el alcohol y el tabaco.

Se reconoce los efectos negativos que conllevan el uso indebido del alcohol y las drogas en la persona, la familia y la sociedad.

Esta situación es cada vez más preocupante pues el porcentaje de personas adictas es cada vez mayor en niños de 13 a 15 años y jóvenes de 18 a 25, además hay que tener en cuenta que, ahora también existe un gran porcentaje de mujeres y niñas que sufren de esta enfermedad.

En consecuencia surge la necesidad de solucionar este conflicto social, dado que en la actualidad, en nuestra ciudad, no existen condiciones político - económico - técnico – administrativas, recursos humanos y una infraestructura deficiente para tratar estos casos.



4. HIPÓTESIS

La idea de realizar este proyecto nace de la necesidad, al observar y verificar que en nuestra ciudad no existe una infraestructura apta donde se pueda tratar estas enfermedades tan relevantes para la sociedad tarijeña.

5. JUSTIFICACIÓN

El alcoholismo y la drogadicción son problemas que acechan a nuestra sociedad de manera cada vez más preocupante en niños, jóvenes y adultos, mujeres y hombres. Esta enfermedad no distingue clases sociales, ataca al más rico como al más pobre, al que está mejor preparado intelectualmente como al que no tuvo la oportunidad de estudiar, a aquel que tiene toda la información a su disposición como a quienes no la tienen a su alcance. Es una enfermedad que si no es tratada a tiempo puede destruir nuestras vidas.

Actualmente en nuestra ciudad existen centros de ayuda para estas enfermedades, lamentablemente estos centros son decadentes, pues no cuentan con la infraestructura necesaria, ni el personal adecuado, además de estar ubicadas en lugares no aptos y contar con superficies reducidas las cuales no abastecen el alto porcentaje de personas que sufren estas enfermedades.

Al ver esta difícil y aguda crisis que golpea a nuestra sociedad; verificando la falta de políticas objetivas, para proyectos sociales eficientes, que hagan posible una justa convivencia del ser, como sujeto activo de la sociedad. Y ante la mediocre formación y el poco espíritu de trabajo de las instituciones, para resolver de manera inmediata estos problemas, es posible justificar con puntual claridad la necesidad de brindar a través de un nuevo espacio físico, una infraestructura diseñada adecuadamente para tratar una rehabilitación integral y de calidad para nuestros enfermos.



6. OBJETIVO GENERAL

“Diseñar un espacio físico adecuado y con las instalaciones necesarias para el tratamiento y rehabilitación de los enfermos.”

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar atención integral (psico-físico-espiritual) a personas adictas a cualquier sustancia que hayan iniciado o deban iniciar un tratamiento, desarrollando acciones concretas para favorecer su recuperación personal, así como su rehabilitación, reinserción e integración social; ofrecer asistencia médica y terapéutica a través de un equipo multidisciplinario que aborde la problemática en todas sus aristas.
- Desarrollar tareas de formación y capacitación de agentes multiplicadores que realicen tareas de prevención y de asistencia al adicto y a su entorno familiar.
- Ofrecer un servicio abierto a la sociedad para acercar información sobre la problemática de las adicciones, con el objetivo de colaborar en la toma de conciencia sobre la importancia de la prevención y el tratamiento integral.
- Mantener y potenciar la participación y coordinación existente entre todas aquellas organizaciones que tanto de forma directa como indirecta tienen responsabilidad en el tema de las drogodependencias, cuyo objetivo común es reducir el incremento de la drogodependencia y mejorar la calidad de vida de los afectados.
- Conseguir apoyo de las universidades y el gobierno para tener como carreras técnicas, las actividades realizadas dentro del centro de rehabilitación, por ejemplo: agricultura y jardinería, computación, panadería, corte y confección, etc.



- Crear políticas de reinserción laboral, para que los rehabilitados puedan ser incorporados de forma inmediata en fuentes laborales con ayuda de la gobernación y el estado.
- Abordar el problema del uso y abuso de las drogas desde una perspectiva local; atendiendo todos los tipos de drogodependencias, dando prioridad al alcohol y al tabaco puesto que son las drogas más consumidas.
- Impulsar una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para fomentar su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores, así les ayudamos a ser capaces de adoptar las decisiones más adecuadas para sus vidas.
- La conformación de un equipo de trabajo multidisciplinario e interinstitucional unificado a través de un modelo organizacional y de intervención psicológica, social y pedagógica para lograr una integración en la sociedad.
- Crear una estructura organizativa y funcional que permita cumplir con los objetivos del modelo propuesto.
- Realizar una propuesta, que vaya de acuerdo al crecimiento de la ciudad proyectada, en base a las estadísticas y referencias poblacionales, con una zonificación que no agreda al entorno ni altere la naturaleza y características del lugar.



- Aprovechar los recursos con los que se dispone en el sitio, para generar su propia energía, sistema de alcantarillado, fuente de agua y así obtener un proyecto ecológico y sostenible en el tiempo.
- Incorporar diversas actividades deportivas para reforzar el auto cuidado, afectando positivamente al concepto de sí mismo y la ocupación del tiempo libre.
- Realizar actividades relacionadas con el arte, música, teatro, pintura, etc. que ayuden a sobrellevar las tensiones de su tratamiento y rehabilitación, dirigidas a sus necesidades físicas y emocionales; aliviando sus ansiedades y temores tanto a los familiares como a ellos mismos, a través de su propio arte.
- Implantar la infraestructura en un lugar adecuado para la rehabilitación de los internos buscando tranquilidad, paz y contacto con la naturaleza.

CONCLUSIONES

EL CENTRO DE REHABILITACIÓN actuará como un eje estratégico para la prevención y atención de estas enfermedades, de manera permanente logrando así bajar el índice de consumo de estas sustancias, para fortalecer nuestro recurso humano y mejorar la calidad de vida.



8. MARCO TEÓRICO GENERAL

8.1 DROGAS

8.1.1 ¿QUÉ SON LAS DROGAS?

Con el nombre de droga se designa en sentido genérico a toda sustancia mineral, vegetal o animal que se utiliza en la industria o en la medicina y que posee efectos estimulantes, depresores o narcóticos o, como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), a cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones.

Las drogas producen cambios en el sistema nervioso central, estas sustancias actúan sobre las células nerviosas, llamadas neuronas, alterando su funcionamiento. En general estos cambios se traducen en una serie de sensaciones placenteras en el organismo que son, en la mayoría de las ocasiones, las que inducen a repetir el consumo de estos productos.

8.1.2 TIPOS DE DROGAS

Tradicionalmente se ha intentado clasificar las drogas en drogas blandas y drogas duras. Se ha dicho que las primeras solamente crean una dependencia de tipo psicológico, que no afectan demasiado al organismo, mientras que las segundas, además de intervenir en sí, producen dependencias físicas notorias con grandes efectos negativos en el cuerpo. Como pertenecientes a las drogas duras se han incluido, por ejemplo





el alcohol o la cocaína. Entre lo que se ha considerado como drogas blandas tenemos por ejemplo el tabaco. Hoy en día no se aceptan en general esta división por considerar que el grado de dependencia o de malignidad física muchas veces depende más de la cantidad de droga que de su naturaleza.

Actualmente la principal clasificación se hace de acuerdo a los efectos que las drogas tienen en el sistema nervioso central. De acuerdo a este punto de vista tenemos:

- a) **Estimulantes del sistema nervioso central:** Su función es estimular el sistema nervioso central y el cerebro mediante la liberación por parte de las células nerviosas de neurotransmisores estimulantes, entre los que la noradrenalina es el más importante.(Entre los efectos que pueden tener los estimulantes en el organismo mencionaríamos, por ejemplo, una mejora del estado de ánimo con mayor sensación de felicidad, disminuyen el apetito, mantienen al individuo despierto, activan el metabolismo con un aumento de las pulsaciones del corazón).
- b) **Depresores del sistema nervioso central:** Su función es relajar el sistema nervioso. En dosis pequeñas tienen propiedades estimulantes, produciendo euforia. En dosis elevadas reducen la actividad del cerebro, produciendo aturdimiento, sopor, y pudiendo incluso producir la muerte del individuo al paralizar la actividad cerebral que controla el aparato respiratorio. Muchos de ellos se utilizan con finalidades médicas en dosis pequeñas como tranquilizantes y, en dosis más grandes, como hipnóticos, es decir que ayudan a dormir. Se utilizan muchas veces inadecuadamente para superar estados de depresión o de malestar personal. Este uso solamente enmascara el auténtico problema y no soluciona las causas.



- c) **Alucinógenos o psicodélicos:** Son aquellos que producen alucinaciones o percepciones que van más allá de la realidad. Su uso va muy relacionado con el culto religioso y la magia de diferentes pueblos del mundo que los ingieren para obtener visiones y sensaciones mentales extraordinarias, como por ejemplo, entrar en contacto con su divinidad o encontrar a sus familiares muertos.

Desde el punto de vista físico los alucinógenos se caracterizan por producir aumento de la actividad cerebral, midriasis o dilatación de la pupila, frío en los brazos y piernas y sensación de hormigueo en el estomago.

Desde el punto de vista psicológico el conjunto de estas drogas puede llegar a producir desde las experiencias más placenteras hasta las más terroríficas y traumatizantes

Tipos de drogas según sus efectos en el sistema nervioso central		
Estimulantes	Depresores	Alucinógenos
Sintéticos		Indólicos
Anfetaminas , Inhalantes , Esteroides anabólicos	Alcohol	LSD , campanillas , hongos mágicos con psilocibina , hayahuasca , DMT ,
Naturales	Sedantes	No indólicos
Café , coca , cocaína , crack , cacao , tabaco , yohimbe , betel , efedra , beleño , estramonio , belladona , amanita , etc	Ansiolíticos	Peyote
	Narcóticos	Alucinógenos sintéticos (MDA, MDMA)
	Marihuana	



8.2 ALCOHOL

8.2.1 ¿QUÉ ES EL ALCOHOLISMO?

El alcoholismo es un tipo de drogodependencia.

Hay dos tipos de dependencia en esta adicción: la física y la psicológica. La **dependencia física** se revela por sí misma, cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, con síntomas muy claros como la tolerancia, cada vez mayor, al alcohol y enfermedades asociadas a su consumo.

El efecto directo del alcohol en el sistema nervioso son la depresión, como resultado de la disminución de la actividad, la ansiedad, tensión e inhibiciones. Incluso un pequeño nivel de alcohol dentro del cuerpo enlentece las reacciones. La concentración y el juicio empiezan a empeorar. En cantidades excesivas, el alcohol produce una intoxicación y envenenamiento.

El alcohol también afecta a otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien, y esto ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos de larga evolución. También ocasiona problemas en el hígado (cirrosis hepática).





8.3 ADICCIÓN

Es la imperiosa necesidad de consumir bebidas alcohólicas y sustancias químicas (marihuana, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, etc.) que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, capaces de provocar compulsión irracional e irresistible para continuar con su uso. Es compulsivo, provocando tolerancia y dependencia.

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

Dependencia Física.- Es la necesidad de tomar una cantidad necesaria de droga para que el organismo funcione adecuadamente.

Dependencia Psíquica.- Es la necesidad de tomar droga para adquirir el bienestar que la droga proporciona.

Tolerancia.- Estado en que la persona experimenta una reducción de los efectos de la droga, por haberse acostumbrado a ella el organismo. Por lo que se requiere una mayor dosis para obtener los mismos efectos.

Síndrome de Abstinencia.- Es el conjunto de signos y síntomas específicos para cada sustancia y que aparecen cuando se suspende su consumo.

Toxicomanía o Farmacodependencia.- Se trata del estado de intoxicación crónico o periódico, originado por el consumo repetido de drogas.

La intoxicación aguda.- Se produce cuando se toma una cantidad de droga que el cuerpo no es capaz de eliminar o transformar la sustancia.

La sobredosis.- Es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo. Va en función de la dosis de droga tomada, su composición (si es más o menos pura), si está adulterada y las variables corporales individuales como el peso, metabolismo y tolerancia.



Drogodependiente.- Persona acostumbrada al uso habitual o excesivo de una sustancia química, auto administrado indiscriminadamente.

8.3.1 CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES

Una clasificación que es congruente con el modelo unificado de las adicciones, dividiéndolas en dos grandes grupos: las de ingestión y las de conducta.

El cerebro del adicto.- La neuroquímica de la adicción es mucho más clara ahora debido a las investigaciones realizadas en los últimos años. Se atribuye el sistema meso límbico el locus del desorden adictivo.

El sistema delusional.- La negación, el autoengaño y las distorsiones del pensamiento típicas de la adicción, conforman un sistema delusional bien nutrido que atrapa al adicto en un círculo de deterioro progresivo.

8.3.2 PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS

Las pruebas de detección de sustancias psicotrópicas son herramientas útiles en la detección, diagnóstico, supervisión del tratamiento y seguimiento.

Historia clínica.- La historia de evolución de la adicción puede ser definida mediante el interrogatorio médico. También son muy útiles los antecedentes familiares para poder establecer con mayor propiedad un cuadro clínico completo.

Examen físico.- Signos claves que ayudan a detectar una adicción que pueden observarse en el examen físico médico completo. Además de poder hacer otros diagnósticos relacionados que son de ayuda en el plan de tratamiento.

Marcadores bioquímicos.- Algunas pruebas de laboratorio y gabinete pueden ayudarnos con la detección y el diagnóstico de una adicción. Es importante saber cómo interpretarlas.



Pruebas de Tamizaje.- Existen una cantidad de formularios, test y cuestionarios diseñados para detectar síntomas claves mediante el tamizaje. No reemplazan al diagnóstico clínico pero ayudan al diagnóstico.

8.3.3 PREVENCIÓN

La prevención del consumo de drogas, es un proceso educativo Integral dirigido a enfrentar un problema que a existido siempre y seguirá existiendo siempre como es el abuso de las drogas y el alcohol. Además apoya el desarrollo personal y social, también busca modificar el ambiente social para enfrentar eficazmente el consumo de drogas.

El propósito de toda la acción de prevención es sensibilizar acerca de los riesgos del consumo, enfrentar la presión social y acrecentar la responsabilidad respecto al problema.

8.3.4 TRATAMIENTO

El tratamiento es un proceso, que consiste en una serie de intervenciones estructuradas, dirigidas a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida.

Medicina de la adicción .- A Esta nueva especialidad médica es la disciplina que se encarga del estudio, diagnóstico, prevención, atención y tratamiento de los procesos adictivos y sus complicaciones.

Estrategias de intervención .- Las intervenciones médicas breves en el consultorio pueden ser la diferencia que promueva la recuperación y el cambio personal.

Diseño del plan de tratamiento.- Cada persona es un ser diferente y tiene necesidades distintas. Por esto cada tratamiento debe ser planeado tomando en cuenta estas diferencias y los recursos disponibles para cada caso.



Componentes psicosociales del tratamiento.- Las intervenciones médicas breves en el consultorio pueden ser la diferencia que promueva la recuperación y el cambio personal.

Componentes farmacológicos del tratamiento.- A pesar de que aún no existe una "droga mágica" para tratar la adicción, si ha habido un gran avance en la investigación y desarrollo de medicamentos que son coadyuvantes farmacológicos de utilidad en el proceso de tratamiento de algunos casos.

Terapias alternativas.- Existen además una serie de terapias no-tradicionales que pueden ser utilizadas como estrategias de intervención clínica, en los casos que lo ameriten.

Urgencias médicas relacionadas con la adicción.- El tratamiento de la intoxicación aguda, el síndrome de abstinencia y es un procedimiento médico bien definido y necesario a veces para lograr intervenir de manera eficaz: y segura en el proceso de adicción.

Autoayuda.- El concepto de autoayuda es fundamental para una evolución sostenida de la recuperación. El tratamiento debe considerar revisar estas ideas y ofrecerlas como formas de reforzar la responsabilidad personal.

Espiritualidad.- Una revisión de la espiritualidad es algo apropiado, teniendo en cuenta que la adicción afecta esta área de la persona. Además es un factor protector para la recuperación.

Supervisión y seguimiento.- Una vez lograda la abstinencia y en marcha la recuperación, entra la fase de mantenimiento. El seguimiento terapéutico durante esta fase hace más seguro una recuperación sostenida.



Desintoxicación física.- La desintoxicación física puede practicarse ambulatoriamente o en una unidad de desintoxicación hospitalaria. El objeto de la desintoxicación es permitir al adicto superar el síndrome de abstinencia de la forma más segura, cómoda y exitosa posible.

Programas de ayuda psicológica.- Todos los centros que ofrecen programas de ayuda pueden utilizarse antes, durante o después del tratamiento de desintoxicación física. Se trata de centros abiertos donde los adictos encuentran profesionales especializados, y también otras ayudas como soporte psicológico individual y grupal, actividades culturales, deportivas y artísticas.

8.3.5 REHABILITACIÓN

Según la ONU: “Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ej. Ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”.

Sistemas de intervención en la rehabilitación de pacientes:

- **Terapia individual.-** Es un espacio terapéutico en el que cada sujeto en tratamiento recibirá atención de acuerdo al plan de intervención preparado según las necesidades propias de la persona.
- **Terapia de grupo.-** Consiste en la reunión de varios individuos para que puedan compartir sus experiencias relacionadas con sus problemas con el alcohol y de esta manera mejorar.
- **Terapia ocupacional.-** Consiste en el abordaje de la persona con determinada dificultad, mediante las actividades cotidianas, las ocupaciones y roles que desempeña, para construir con ella una mejor calidad de vida en todos los aspectos posibles: social, laboral, emocional, etc.



- **Terapia recreativa.**- Son las experiencias individuales o de grupo en que las personas en tratamiento comparten y se apoyan mutuamente para el logro de metas psicosociales.
- **Terapia de apoyo y desarrollo espiritual.**- Son las experiencias individuales o de grupo promovidas en el marco de una comunidad religiosa, donde se cree en el poder de la fe para traer cambios en la vida del individuo.

8.3.6 FACTORES RELATIVOS AL ENTORNO MACRO SOCIAL

Al hablar de entorno macro social nos estamos refiriendo a las condiciones sociales y culturales que rodean a los menores configurando una realidad social en la cual se están socializando.

a) Sistema de valores socioculturales:

El sistema de valores tradicionales ha sido desplazado de una forma más o menos generalizado y sustituido por otros valores. En la población infantil-juvenil escolarizada, parece ser que existe una asociación entre consumo de drogas y valores propios de la sociedad del ocio. Este consumo es básicamente recreativo, social y circunstancial. Aparece ligado a un estilo de diversión, como un aditivo que ayuda a disfrutar, facilita la evasión y potencia la relación.

b) Actitudes sociales:

La sociedad ofrece sustancias, ya sea legal o ilegal que hacen creer a quien las consume que podrá solucionar cualquier malestar físico o psíquico. Las drogas tienen para el colectivo juvenil-infantil distintos significados: Ante la sociedad, las drogas ilegales significan transgresión y las legales el paso a la edad adulta.



c) Control normativo:

La conducta se inspira en unas normas que cumplen el papel de modelos. La pérdida en el sistema normativo está provocando una precariedad en la determinación de los límites que orientan el comportamiento infantil-juvenil.

d) Relaciones sociales:

El deterioro del vínculo social, se traduce en una falta de contenido de las relaciones en grupo. Por eso, las drogas, en la cultura juvenil, una de las funciones que cumplen, es la de servir de eje para la sociabilidad.

e) Ocio y tiempo libre:

La cuestión no está en el consumo de drogas durante las horas de diversión, sino en que no se conozca otro tipo de diversión. Por tanto debemos plantear la potenciación de una educación del tiempo libre que atraiga a los jóvenes a otro tipo de diversión. Porque cuantas más posibilidades haya para elegir, menos probabilidades tendrán las drogas de ser elegidas.

f) Medios de comunicación:

La imagen de las drogas en los medios. El tratamiento de los medios de comunicación dan a las drogas un proceso distorsionador de la realidad. Cuando hablan de drogas se refieren en la mayoría de los casos a las llamadas drogas ilegales. Esto crea confusión sobre la peligro de las sustancias en función de su legalización.



8.4 DETECCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

8.4.1 TIPOS DE PROBLEMAS

“EL PROBLEMA CENTRAL SE ENCUENTRA EN LA SOCIEDAD”

Problemas de entorno

Problemas familiares .- Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intra-familiar, rechazo, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta.

Problemas laborales.- Estas adicciones surgen también por falta de fuentes laborales, o conflictos en el entorno laboral que llevan a la frustración y posterior consumo de alguna sustancia adictiva.

Presión de grupo.- También recurren a las drogas cuando se presentan problemas en su alrededor. Por ejemplo: Al no ser aceptado por los amigos o una condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos, hacerles creer que "los viajes" son lo máximo, o lo peor, caer en la influencia social. Los adictos pueden hacer los comentarios que quieran sobre la persona que no está dispuesta a entrar en las drogas; los adolescentes deben ser muy conscientes de sí mismos y mantener su postura de decir NO.

Disponibilidad de drogas.- En ocasiones los jóvenes con una curiosidad insana, por observar que algunos adolescentes de su edad imitan el acto de probar y sentir el uso de cualquier droga. Además algunas drogas como los inhalantes, son de fácil acceso para ellos, son autorizadas y vendidas a bajo costo en cualquier abastecimiento, lo que ocasiona ventaja de consumo.

Problemas de carácter del individuo

Problemas emocionales.- Los problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimiento de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco).

Inseguridad, inmadurez, timidez excesiva, baja tolerancia a la frustración, etc.

Problemas de personalidad

Actitudes neuróticas y depresivas, dependientes, antisociales o incluso de carácter sicopático conforman este último grupo que tiene dificultades más arraigadas y serias de personalidad.

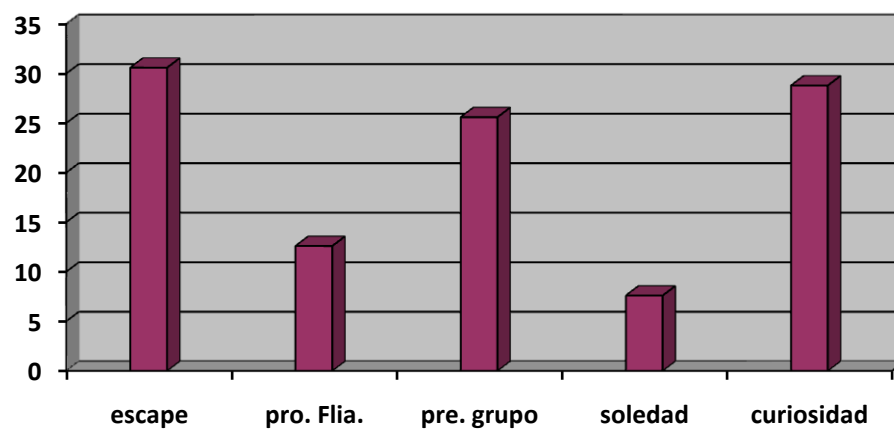




8.4.2 CAUSAS Y FACTORES

¿POR QUÉ SE CONSUME DROGAS?

Porcentajes de consumo



La presión de grupo y la necesidad de evadirse de un mundo que lo rechaza son las causas principales. Estas variables se refieren básicamente al consumo experimental.

La soledad con un porcentaje bajo, señala una nueva faceta de malestar juvenil en donde se pueden refugiar en las drogas.

8.4.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO MICRO SOCIAL:

Son aquellos que se configuran en el contexto inmediato donde se produce el desarrollo de la persona.

La familia.- Es el marco fundamental en el que se configura la personalidad y las pautas de conducta del individuo. Podemos destacar como modelos de riesgo a seguir, los hijos tienden a seguir, a imitar lo que las personas mayores realizan, si se vive en una familia que consume bebidas alcohólicas frecuentemente el niño,



adolescente sentirá curiosidad por conocer y por consiguiente puede volverse dependiente

La escuela.- Existe una relación entre el consumo de drogas y los alumnos que por el simple hecho de aceptación en un grupo de amigos tienden a consumir algún tipo de droga ya sea cigarrillos, alcohol, etc. Con esto crea diversos trastornos escolares (menor integración, insatisfacción en el centro, bajo rendimiento, abandono escolar, por consiguiente robo y otros.) Es importante dar una educación sobre este tipo de enfermedad del que nadie está a salvo y menos nuestra juventud y que el sistema educativo favorezca el éxito de todo el alumnado, y no solo el éxito académico, para eliminar la percepción del fracaso escolar.

8.4.4 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES.

Algunos factores relevantes al consumo de drogas, en función de las características personales de los individuos.

-El estado del organismo en el momento de la administración de la sustancia crea a sensaciones que lo impulsan al individuo a ingerirlas nuevamente

-Variables individuales o distinta vulnerabilidad física a los efectos de la sustancia haciendo los dependientes de ellos.

-La personalidad, puede influir en la relación entre la sustancia y sus efectos por su debilidad, falta de autoestima y falta control de sí mismo.

-Las actitudes, lo que cada uno cree acerca de los efectos de la sustancia condiciona personalmente los efectos percibidos en su organismo.

-La baja autoestima lleva a la búsqueda del grupo de refugio, donde se siente reconocido, con el cual será más dependiente y vulnerable a la presión del mismo.



CONCLUSIONES

La drogadicción y el alcoholismo son en realidad un fenómeno muy antiguo que en nuestros días se ha manifestado intensa y masivamente. En la década de los cincuenta, cuando se clasificó al alcoholismo y la drogadicción como una enfermedad, pronosticable, progresiva y finalmente fatal si se dejaba sin tratamiento. Desde ahí que nace la esperanza de que esta enfermedad mortal podría tratarse con éxito por medio de la abstinencia.

Con este propósito surge la necesidad de centros de rehabilitación para la realización individual y colectiva, protección a la salud, valores éticos y morales.

No es la primera vez que se aborda este tema como tesis en nuestra universidad, y seguramente no será la última. Pero una sola voz no alcanza para hacerse escuchar en medio del ruido social que nos abruma con tantas distracciones.



9. MARCO TEÓRICO ESPECÍFICO

9.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE CENTRO DE REHABILITACIÓN

Un CENTRO DE REHABILITACIÓN es una institución para la salud, está dirigido a la atención de personas con problemas del uso indebido de Drogas, generalmente creada por autoridades gubernamentales, o instituciones privadas, a nivel nacional o regional, las mismas que poseen instalaciones funcionalmente adecuadas para garantizar el tratamiento y rehabilitación de sus pacientes.

No debemos olvidar que el centro especializado además de contar con una excelente infraestructura, también debe contar con personal altamente calificado para atender a los pacientes en sus mínimas necesidades y requerimientos, y así conseguir la gradual reinserción familiar, social y profesional del paciente hasta alcanzar la normalidad en todos los aspectos que circundan su vida, de manera plena y satisfactoria.

9.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES FUNDAMENTALES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN

Un centro de rehabilitación tiene como funciones fundamentales:

- Identificar y diagnosticar correctamente el grado de dependencia del paciente a las drogas, incluidos los fármacos, y sus posibles complicaciones y alteraciones orgánicas y psíquicas.
- Desarrollar estrategias terapéuticas efectivas para acompañar al paciente durante el tratamiento. Esto es, transmitiéndole conciencia de su enfermedad, alejándolo del consumo de drogas y enseñándole a vivir nuevamente con dignidad y calidad de vida, sin necesidad de recurrir a sustancias tóxicas.
- Lograr que los familiares y las parejas conozcan y comprendan la adicción. Involucrarlos activamente en el proceso de recuperación del paciente y ayudarles alcanzar un máximo de calidad de vida y mayor comunicación afectiva.



Debe contar mínimamente con las siguientes instalaciones:

- Servicios de administración y recepción
- Servicios médicos, enfermería
- Internación
- Instalaciones para actividades terapéuticas
- Servicio de cocina y comedor
- Salas de relajación y culto
- Salas para reuniones
- Salas de video y biblioteca
- Áreas de esparcimiento y relajación

CONCLUSIONES

La necesidad debido a los altos índices de ascenso de personas con esta enfermedad impulsa a generar estos Centros de Rehabilitación.

Para alcanzar mejores resultados se debe seguir la visión de aportar a la sociedad local y regional, un programa de rehabilitación basado en las modificaciones de las vías cerebrales, que permita elaborar un estilo de vida saludable y una orientación para la vida. Estos son elementos fundamentales en el camino de recuperación de individuos afectados por la enfermedad de la adicción.



10. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

10.1 ASPECTOS DE LA DEMANDA SOCIAL

El consumo problemático de alcohol y drogas se ha manifestado con fuerza en los últimos años, transformándose en un problema social que va en aumento pues cada vez hay más personas que consumen algún tipo de droga, en mayores cantidades y a edades más tempranas. Existe una gran variedad y hay mayores facilidades de acceso a ellas.

El consumo abusivo de drogas afecta a las personas, a las familias y a la sociedad, es decir, es un problema social que afecta a todos y que requiere ser enfrentado por los diferentes sectores, actores e instancias de nuestra sociedad. La experiencia ha demostrado que la problemática no debe estar sólo en manos de los organismos de control, ni en la de los expertos. Esta comprensión sobre el consumo de drogas se traduce en el documento de la “Estrategia Integral Boliviana de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de drogas 2004-2008”

En la prevención se privilegia el Municipio como el escenario más adecuado para enfrentar el problema de consumo de drogas por ser un espacio físico, social y cultural que se constituye inteligentemente con la participación ciudadana a través de sus organizaciones e instituciones.





10.2 CALCULO DE NÚMERO DE CONSUMIDORES

Actualmente no se tiene un porcentaje exacto de consumidores ya que se encuentra en constante fluctuación, en la que cada vez más personas se adentran en este vicio.

Las actuales tablas fueron dotadas por INTRAID un actual centro de rehabilitación para personas con problemas de alcoholismo y otros en la cual nos muestran datos de todas las sustancias más consumidas en nuestro departamento.

Según el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN) y su estudio realizado sobre CONSUMO DE DROGAS EN BOLIVIA 1992-2010

Epidemiológicamente hablando, la incidencia nos hace conocer los casos nuevos que se presentan en un lapso dado, por cada 100.000 habitantes comprendidos entre los 12 y 65 años de edad. El CELIN decidió que se considerarían los casos nuevos del consumo de drogas durante el último año a realizado el estudio.

10.2.2 CONSUMO DE DROGAS EN BOLIVIA

Los consumidores que comenzaron a usar drogas, mayores de 12 años de edad, en el transcurso del último año, para el caso:

ALCOHOL: 6.038 varones y 4.072 mujeres.

TABACO: 2.612 varones y 1.382 mujeres.

MARIHUANA: 317 varones y 135 mujeres.

INHALABLES: 48 varones y ninguna mujer.

CLORHIDRATO DE COCAÍNA: 35 varones y 42 mujeres.

BASE DE COCAÍNA: 85 varones y 31 mujeres.

"CUALQUIER DROGA" : 512 varones y 192 mujeres.

En nuestro país se han desarrollado experiencias y emprendimientos importantes con la finalidad de prevenir el consumo de drogas, sin embargo, la complejidad da 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.



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.



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

El cuadro muestra 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.



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 etéreo que más porcentaje de consumidores tiene, en relación a los otros.



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 etéreo 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 etéreos muestran oscilaciones propias de fenómeno y no se notan crecimientos importantes en el porcentaje de consumidores.



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 etéreo 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 etéreo en el que los consumidores actuales presentaron más incrementos. Los indicadores del último año y de vida, presentan leves bajas para el año 2005.



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.



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

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.

Los indicadores de consumo consignados en el cuadro, nos muestran porcentajes de consumidores actuales muy bajos en el rango etéreo 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 etéreo.

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.

En el rango etéreo 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 etéreo (habría que prestar atención a este grupo, especialmente en las tareas de prevención del uso indebido de drogas) hasta el año 2010.



10.2.3 CONSUMO DE DROGAS EN TARIJA

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.

INTRAID: 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 motivacional, 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, lenificación de las respuestas motoras, contracción de la pupila, irritación de los ojos, re secamiento 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 cigarros de marihuana, tienen el mismo efecto en el sistema respiratorio, que 112 cigarros 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.



10.2.4 DATOS ESTADISTICOS 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. COCAINA	BASE DE COCAINA	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

En la tabla se puede apreciar que hay un porcentaje elevado en consumo de alcohol en lo que respecta en mes, vida y año, seguidamente de Tabaco y luego está *cualquier droga.

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. COCAÍNA	BASE DE COCAÍNA	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 BOLÍVIA



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

CONCLUSIONES

Es necesario enfatizar que el consumo de drogas en Tarija, como en el resto del país ha crecido de gran manera como se muestra en las tablas, y también tener en cuenta que Intraid, intenta rehabilitar y reinsertar 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 terapias desde cero, que consisten en terapias individuales, grupales y ocupacionales.



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

10.2.5 FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
- En Tarija existe un Instituto Nacional de Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social e Investigación en Drogodependencias. - La “colmena” que funciona también como un centro de rehabilitación. - Tarija cuenta con centros de ayuda como ser la defensoría de la niñez y adolescencia, SEDEGES.	- Incentivo a rehabilitarse y reinsertarse a la sociedad con una mejor conducta. - Incentivo al trabajo manual dentro del Centro. - Incentivo en los jóvenes para practicar el deporte. - La implementación de políticas para la reducción de drogadicción y alcoholismo en la niñez, adolescencia y así mejorar el nivel de	- La existencia de un solo centro de Rehabilitación q abarca todas las edades y para los dos sexos. - Falta de más equipamientos de rehabilitación acordes a las necesidades y la densidad poblacional. - No es un equipamiento adecuado para la cantidad de personas que alberga y pasan	- Incremento de niños y adolescentes q se dedican a consumir drogas. -Incremento de la delincuencia al estar drogado. - Se dedican a robar para poder obtener su droga. - Alejamiento de la sociedad en la que viven.



	vida.	por este centro.	-daña la salud mental y física. -Puede ocasionar la muerte las dosis que consume.
--	-------	------------------	--

Habiendo conocido los problemas y las causas del consumo se llegó a obtener porcentajes de las drogas más consumidas y edades de iniciación de las personas dentro de nuestro medio en las cuales el tabaco y las bebidas alcohólicas son las más consumidas por nuestra sociedad.

CONSUMO MASCULINO

Prevalencia	Alcohol	Tabaco
2000	65.1 %	30.6 %
2010	68.7 %	45.5 %



CONSUMO FEMENINO

Prevalencia	Alcohol	Tabaco
2000	37.8%	10.8 %
2010	43.0 %	22.2 %

EDAD DE CONSUMO

Prevalencia	2005	2010
ALCOHOL	16.5 años	13.5 años
TABACO	16.5 años	12.03 años
MARIHUANA	18.3 años	13.7 años
INHALANTES	15.8 años	15.5 años
OTROS	17.8 años	15.6 años

10.3 ASPECTOS DE INFRAESTRUCTURA DE APOYO

10.3.1 SERVICIOS QUE OFRECE PARA LA REHABILITACIÓN

Actualmente dentro de nuestro departamento contamos con tres centros de ayuda para consumidores de alcohol, tabaco y otros. (INTRAID, SEDEGES, LA COLMENA)

Estos centros ofrecen servicios como internación, desintoxicación, motivación, terapias individuales, grupales, reinserción social y lo primordial la rehabilitación de la persona.



Cuenta con ambientes de salud, administrativos, de tratamiento, de recreación, de capacitación, habitacional, y otras áreas de apoyo que son muy influyentes al momento de tratar con los pacientes.

Estas instituciones son dedicadas a recibir personas (hombres y mujeres) de clase media baja con problemas de drogodependencia dándoles un tratamiento para su rehabilitación y posterior reinserción ante la sociedad, también realizan campañas de prevención pero al ser instituciones pequeñas no abarcan para cubrir toda la provincia y menos el departamento.

10.3.2.- ¿CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA?

Tarija es una provincia que se encuentra en pleno crecimiento y por ende su población va aumentando.

Los centros de ayuda aproximadamente albergan cerca de 30 a 60 personas pero los índices de consumo están en acenso y cada vez más personas llegan a caer en esta enfermedad y si no se la llega a tratar a tiempo se vuelve dependiente y degenerativo para la persona

La infraestructuras actuales se encuentran sobre saturadas ya que cada vez más personas busca ayuda o estas son arrestadas por sus familiares y al no encontrar apoyo estas personas vuelven a caer en este vicio y los mismos centros al no poder ayudar se vuelven impotentes y pierden uno de sus principales objetivos que es la ayuda y la rehabilitación

Al ir incrementándose cada vez mas consumidores hay más personas que ayudar y los ambientes de los centros de ayuda se vuelven cada vez más pequeños, y por el crecimiento urbano llegaron a ser envueltos por la mancha urbana lugares de mucho tráfico vehicular llenos de ruidos lejos de un lugar optimo que ofrezca un servicio ideal con espacios amplios, tranquilos y acogedores en la que la persona se sienta cómoda y que esta infraestructura ayude a la persona a su recuperación.

10.3.3.- ¿TIENE PERSONAL CAPACITADO?

El más completo de estos centros es INTRAID (instituto nacional tratamiento y rehabilitación de drogodependientes) que cuenta:

- 1 Administrador
- 1 secretaria
- 2 psiquiatras
- 1 Medico general
- 5 psicólogos
- 1 trabajador social
- 6 enfermeras
- 2 porteros
- 2 ayudantes
- 1 cocinera



Por el mismo hecho del crecimiento poblacional, se ha visto afectada en la acogida de personas como en su tratamiento pero sin embargo siguen ofreciendo servicio y no pierde la esperanza de algún día tener un equipamiento adecuado para cubrir con todas las demandas y así tener una ciudad libre de drogas.

10.4 GRADO DE CONSUMO EN LA PROVINCIA, DEPARTAMENTO

- **ALCOHOL** : Es la droga de más fácil acceso por su bajo costo, por ende es la droga más consumida, responsable de mayor daño producido en relación a estas sustancias (accidentes, muertes prematuras, enfermedades, homicidios, desintegración familiar, etc.).

Es consumida entre el 70% y 80% de la población joven: 15% de la población injiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos.



Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse. La embriaguez es una situación de riesgo y síntoma de beber anormal. Los daños producidos por la ingesta de bebidas alcohólicas tienen un alto costo de dinero.

- **TABACO:** usa cigarrillo aproximadamente el 80% de los jóvenes, con predominio de hombres, existiendo un alarmante aumento en mujeres adolescentes.
- **MARIHUANA:** se dice que alrededor del 50% de los adolescentes la ha fumado alguna vez.
- **ANFETAMINAS:** su uso se asocia a la dependencia en tratamiento de la obesidad especialmente en mujeres o en el uso de algunos grupos laborales, marinos mercantes por ejemplo.
- **COCAÍNA:** de alto costo, su uso principalmente se observa en grupos de mayor ingreso económico y se calcula entre el 7% y el 10% de la población joven. Sin embargo forma más baratas como la PASTA BASE se estarían introduciendo.
- **INHALANTES:** de fácil acceso como producto de uso domestico, especialmente pegamentos. Su uso se observa en casos de marginalidad social, en niños y adolescentes, y se calcula entre el 5% y el 10% de estos grupos.

10.5 CLASE DE CONSUMIDORES

¿QUE TRATO OBTIENEN ESTAS PERSONAS?

Hay diferentes tipos de consumidores, como:



EXPERIMENTALES: la persona prueba una vez por curiosidad.

OCASIONALES: la persona consume una o varias drogas de vez en cuando, sin continuidad, la consume cuando se le presenta la ocasión. No hay búsqueda activa de la sustancia

HABITUAL: la persona la consume regularmente, se la ha transformado en un hábito y se preocupa de obtenerla. Son personas que generalmente pueden continuar con sus actividades (estudiar, trabajar, etc.)

DEPENDIENTE: la persona tiene la necesidad de consumir de forma continuada o periódica la sustancia para evitar los efectos psíquicos o físicos producidos por el síndrome de abstinencia. La obtención y el consumo de las sustancia pasa a la vez a ser la motivación central de su vida.

Las personas que consumen drogas habitualmente son mal vistas por la sociedad y son apartadas de ella, ya que presentan problemas graves de consumo y propensas a disturbios y peleas. El alcohólico y drogadicto ya ha perdido el respeto por sí mismo y no le importa ser apartado de la sociedad, si no el seguir consumiendo ya que se hizo dependiente de la enfermedad.

La persona misma es la que se aparta de la sociedad ya que al consumir con exceso daña a sus amistades, seres queridos y personas aledañas a ellas y se olvidan de lo que realmente importa la familia.





“NO SOMOS GENTE MALA TRATANDO DE SER BUENA, SOMOS ENFERMOS TRATANDO DE CURARNOS”.





11. ANÁLISIS DEL USUARIO

Los usuarios del centro de rehabilitación son:

- **Internos**

Persona que realizara su rehabilitación, instalándose en este centro durante la duración de su tratamiento. Conformado por hombres y mujeres comprendidos entre los 17 a 60 años de edad, que padezcan con problemas relacionados al alcoholismo y los trastornos alimenticios.

Otros actores son:

- **Personal Administrativo**

Encargados de la administración del centro, registro de internos, control de funcionamiento y responsables de los bienes del centro.

- **Personal Médico**

Responsables de la atención de consulta externa y de atención de los internos durante el tratamiento de recuperación.

- **Familiares y Visitantes**

Estas personas transitan por consulta externa y por los sectores de terapia familiar. Por lo general son familiares y amigos cercanos de los internos.

- **Personal Técnico y de Servicio**

Personal de apoyo en el centro, que ofrece servicios de limpieza, jardinería, recojo de basura, mantenimiento, etc.

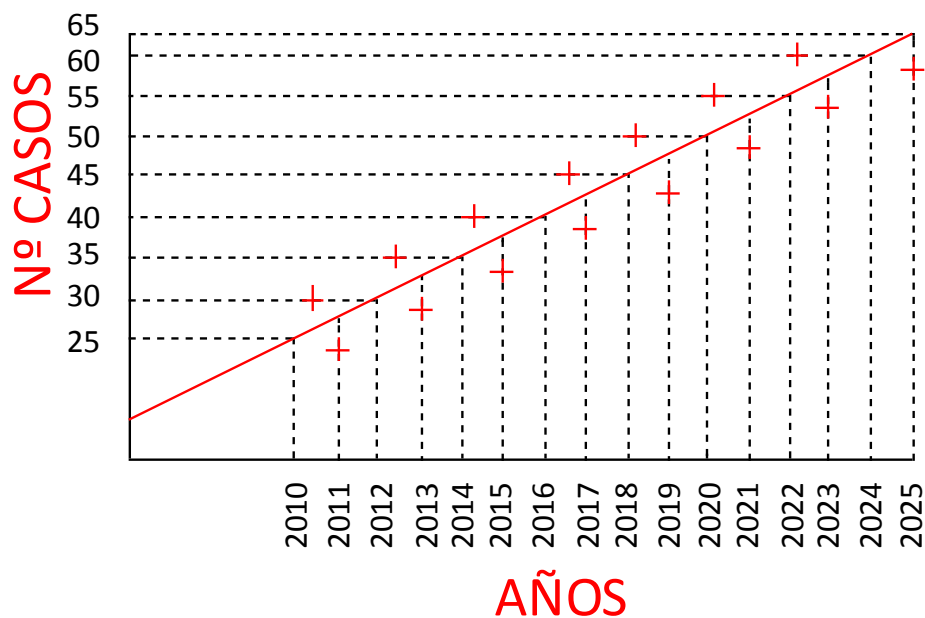


11.1 CUÁNTIFICACION DEL USUARIO

11.1.1. ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN

Tomando como base estadísticas de, número de ingreso de pacientes con drogodependencia en INTRAID y LA COLMENA y de consulta externa, se hace la relación entre el número de pacientes con los años.

RELACION ENTRE EL NÚMERO DE PACIENTES EN INTERNACIÓN CON EL PASAR DE LOS AÑOS 2004 - 2025



Calculando una media entre los valores estimado entre los datos obtenidos, uno de ellos con 25 pacientes y el otro con 65 pacientes, lo que se hará es estimara la media de 100 pacientes.

Considerando que el porcentaje de mujeres que caen en el alcoholismo es del 30%, esto nos da la idea de que 30 camas serán ocupadas por ellas, y que el 70% restante, 70 camas, estará ocupado por los varones.



• **PERSONAL**

Tomando como base la atención de 20 pacientes, se precisara contar con:

Personal

Complementario

1 Coordinador a tiempo completo y
dedicación exclusiva

1 Cocinera

Personal

Terapéutico y

de Base

2 Médicos Psiquiatras

2 Psicólogos

1 Médico Internista

1 Trabajadora Social

1 Pedagogo

1 Nutricionista

8 Licenciadas en Enfermería

Personal de

Apoyo

1 Médico General o Internista

1 Endocrinólogo

1 Cardiólogo

1 Neurólogo

2 Bioquímicas

• **EQUIPAMIENTO**

Básico

1 Habitación de Urgencia

16 Dormitorios para mujeres

4 Dormitorios para varones



2 Baños compartidos

3 Consultorios Equipados

Servicio

1 Laboratorio

Cocina

Comedor

Lavandería

Área de Secado

Recreación

Gimnasio Pequeño

Talleres de Trabajo

Salas de Reuniones

Sala de Descanso

Áreas Verdes de Recreación

10.2 CONCLUSIONES

En este centro se dispondrá de 100 camas, de las cuales 70 serán para los varones y 30 para las mujeres.

12. ANÁLISIS DE MODELOS REALES

12.1 MODELOS REALES LOCALES

12.1.1 INTRAID

Instituto Nacional de Prevención Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia y Salud Mental

Es una institución, dedicada a recibir 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.

UBICACIÓN:

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.





VÍAS DE ACCESIBILIDAD HACIA EL CENTRO



El centro de rehabilitación INTRAID fue construido para ayudar a aquellas personas con problemas de adicción a las drogas como: el alcohol, marihuana, cocaína y otros problemas mentales. Para así poder sacarles del problema del consumo, de la depresión, de la baja autoestima y control de uno mismo.



FUNCIONALIDAD

Actualmente este centro no cuenta con una distribución adecuada de ambientes lo que ocasiona una mala relación entre función y espacio.

Se debe tener en cuenta que estos espacios no son confortables para las personas que las albergan pero se debe rescatar que es uno de los pocos lugares que ofrece este servicio a la comunidad y el apoyo que brinda a estas personas que han sido olvidadas por la sociedad.

EQUIPAMIENTO

AREA DE PREVENCIÓN

Que interactúa con la sociedad mediante manuales específicos que van destinados para estudiantes y adolescentes generando líderes juveniles.





ÁREA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO

- a) **Internación**, de 6 semanas.
- b) **Desintoxicación**
- c) **Motivación**
- d) **Terapia Individual**
- e) **Terapia Grupal**
- f) **Terapia Ocupacional**
- g) **Reinserción Social**

ÁREA DE SALUD MENTAL

Cuenta con áreas de terapia grupal, tratamiento psicológico para adolescentes y adultos, esta terapia se la dicta tres veces por semana.



ÁREA DE TRATAMIENTO

Esta área de tratamiento como se puede observar en la fotografía, no es confortable y es de espacio reducido, no cuenta con el mobiliario adecuado para las terapias semanales hacia los albergados.



ÁREA DE ADMINISTRACIÓN

La parte administrativa cuenta con equipo suficiente para el control y administración del centro

Que está dirigida por personal capacitado en este rubro.



ÁREA DE RECREACIÓN

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.



ÁREA DE CAPACITACIÓN

Realizan trabajos para consumo de ellos mismos como ser: panadería, artesanía, corte y confección, carpintería., etc. Así al salir del centro cuentan con una profesión que les permita reinserirse a la vida cotidiana y a la sociedad.





ÁREA HABITACIONAL

Cada habitación tiene capacidad para dos personas con un espacio amplio de recorrido, también cuenta con otras habitaciones que son restringidas para aquellas personas que hayan sido internadas y que aun sufran efectos del alcohol.



En la actualidad este centro cuenta con 32 camas lo cual no abastece para la alta demanda de personas que sufren estas enfermedades.

ÁREA DE SERVICIOS

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





ÁREA DE ATENCIÓN MÉDICA

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.





12.1.2 LA COLMENA

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 este albergue es de 60 residentes.



UBICACIÓN.-

Se encuentra en San Mateo, ubicado al NORESTE de la ciudad de Tarija, se puede decir que se encuentra en un lugar privilegiado por el simple hecho que se encuentra en contacto con la naturaleza, y es un lugar muy tranquilo apto para una recuperación del dependiente.

LOS ESPACIOS CON LOS QUE CUENTA SON:

- Un ambiente para Terapia Grupal
- 2 habitaciones de rehabilitación
- Habitaciones con una capacidad mínima para 2 camas hasta un máximo de 8 camas
- 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 CAPACITADO CON EL QUE CUENTA

- Psicólogo
- Trabajadora Social

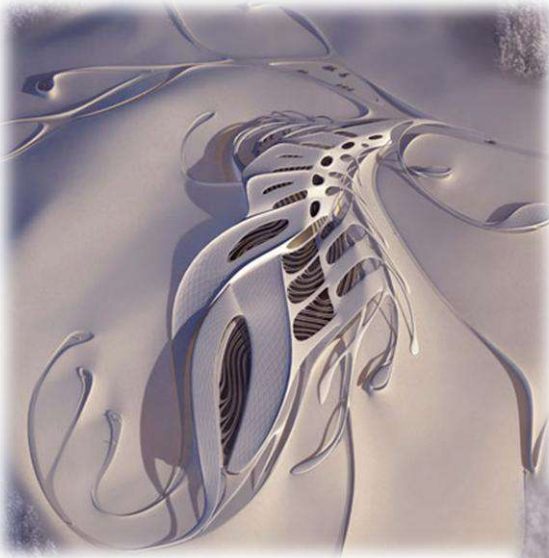
Este centro tiene lo necesario en cuanto a infraestructura, y las políticas administrativas y de funcionamiento empleadas son las más adecuadas y acorde a los requerimientos.





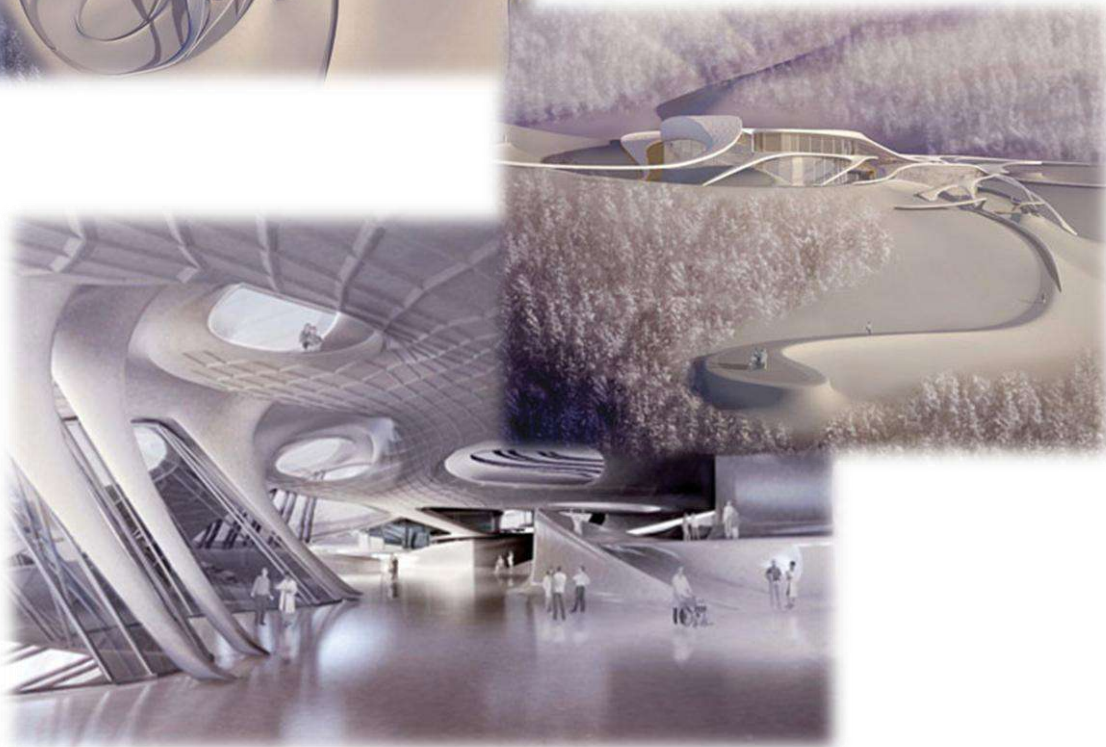
12.2 MODELOS REALES INTERNACIONALES

12.2.1 CENTRO DE REHABILITACION EN AUSTRIA



FUNCION

Diseñado para alojar a 50 pacientes, características de balcones con vistas a las montañas y senderos planteadas a su paso por los bosques circundantes.



FORMA

Arquitectura Liquida, el ornamento crea una relación simbiótica con el entorno actual de la elaboración de características topográficas existentes y, al mismo tiempo dar una retroalimentación para el paisaje mediante la creación de las irregularidades topográficas.

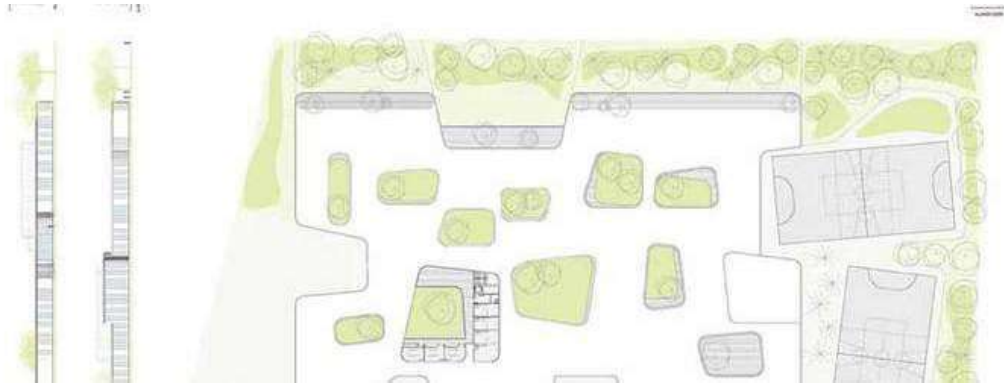


En el paisaje el ornamento comienza a organizar el terreno de sutiles terrazas y crea caminos que rompen la definición clara de una cubierta al aire libre limitando el funcionamiento a través de la construcción, ampliación para crear grandes plataformas y la reducción de volver a los caminos al salir del edificio nuevo .

CONCLUSIONES

El movimiento, las formas curvas y el respeto por el entorno, son las características rescatables para el diseño de nuestro centro de rehabilitación.

12.2.2 CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SAN JUAN DE ALICANTE



FORMA.

El edificio se eleva del terreno buscando la LUZ, perforando muros, techos y suelos para que la luz entre en ellos, acentuando así su carácter estereotómico. El espacio único del edificio, atravesado intermitentemente por estos cañones de luz, se estrecha y ensancha en un continuo dinamismo que lo enriquece cualitativamente a lo largo de los recorridos.

Desarrollando la mayor parte del programa en planta baja, se consigue controlar la escala. Por lo que busca la monumentalidad en las relaciones entre los llenos y los vacíos, los volúmenes y el espacio.



Desde el punto de vista espacial, el proyecto se compone como concepción de un único edificio que, en lo referente al contenido, se materializa con una estructura compleja pero a la vez muy clara. La cubierta y los espacios internos constituyen un único orden dinámico de los recorridos funcionales.

FUNCIÓN.

Unidad formal que engloba los tres programas requeridos (Residencia, CRIS y Centro de Día) en un único edificio cuyos usos se unen, apoyan y complementan.

El proyecto deja de leerse como tres elementos diferenciados, para empezar a entenderse como una única unidad de convivencia en la que las diferentes funciones se van agrupando alrededor de una serie de patios de distintos tamaños que perforan el edificio.

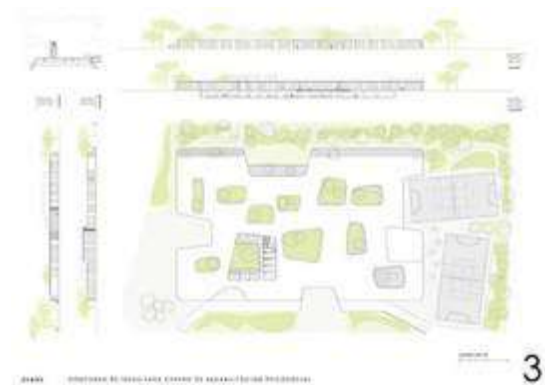


Estos patios articulan los espacios facilitando su comprensión y dinamizando el recorrido a través de los mismos.

TECNOLOGÍA.

Se ha utilizado la vegetación para establecer diferentes filtros

Tratamos la cubierta como un elemento accesible con la posibilidad de incorporar paneles solares que permitan la autogestión energética del edificio



El cerramiento de las unidades funcionales está formado por unos núcleos de hormigón armado que sirven de sustento a las losas bidireccionales de suelo y techo. El edificio se esponja, gracias a estos nuevos espacios entre núcleos.

CONCLUSIONES

Cada una de las características de este proyecto, ayudaran en el diseño de nuestro centro de rehabilitación, rescatando posibilidades para la forma y función, y de esta manera satisfacer todas las necesidades.

Teniendo muy en cuenta el respeto por el entorno natural y creando patios internos que articulen los espacios.

12.2.3 CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA TOXICOMANOS PADRE GARRALDA

FORMA

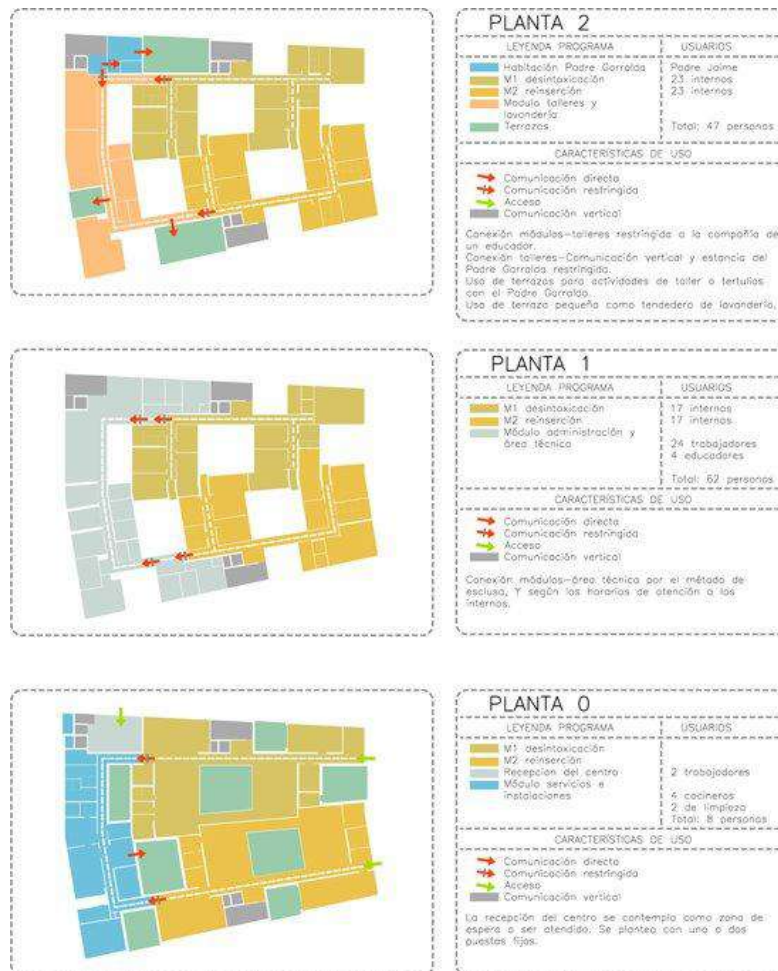
La ocupación propuesta en la parcela se rige por un plan director que contempla sucesivas ampliaciones del centro hasta agotar la edificabilidad que permite el plan urbanístico. Las instalaciones exteriores se diseñan de manera que no sean afectadas por estas ampliaciones.





FUNCION

Se trata de un centro de Rehabilitación de toxicómanos con comunidad terapéutica, con dos fases de tratamiento, que se traducen en dos módulos diferenciados: una fase de desintoxicación destinada a reequilibrar el estado de salud de los atendidos, y otra fase de reinserción social. Anejos a estos módulos se desarrollan los de administración y atención técnica, por un lado, y el módulo de servicios y talleres por otro.



CRITERIOS

ARQUITECTÓNICOS

Cuando la Fundación Padre Garralda nos plantea este proyecto, nos preocupamos por conocer las necesidades en principio prácticas y de programa y más profundamente, las necesidades no tan obvias, como la apertura y luminosidad, los exteriores acogedores y seguros a los que puedan salir los pacientes sin ser vigilados, la sensación de no estar encerrados o por obligación, evitando las rejas, los paños opacos, buscando espacios interconectados visual y físicamente.



Utilizamos el patio como elemento generador que garantiza la iluminación y ventilación naturales en todo el edificio, pero además como elemento terapéutico, ya que configura un espacio exterior agradable y seguro para los residentes, de este modo pueden asociar sus actividades diarias en el interior de edificio al exterior de los patios.



Los espacios exteriores se organizan utilizando la huella de los futuros patios de las ampliaciones. Estos se ajardinarán de manera que adquieran una vegetación de porte digno cuando vayan a ser realmente rodeados.

CONCLUSIONES

De todos los modelos analizados anteriormente se rescataran las características necesarias para lograr un diseño apto, un lugar que preserve la calidad de vida de sus internos que brinde tranquilidad, armonía, paz y seguridad que son el marco ideal para iniciar el proceso de recuperación hacia una nueva vida libre de drogas.

13. ANÁLISIS DE SITIO

13.1 UBICACIÓN

BOLIVIA

Bolivia (ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA), Estado situado en la región central de Sudamérica, limita al norte y al este con Brasil, al sureste con Paraguay, al sur con Argentina, al oeste con Perú y al suroeste con Chile. Bolivia y Paraguay son los únicos países de América del Sur que no tienen salida al mar. La superficie total del país es de 1.098.581 km² y ocupa el quinto lugar en extensión después de Brasil, Argentina, Perú y Colombia. La capital constitucional es Sucre y la sede del gobierno es La Paz.

POBLACION

Beni 336.633 (1997)

Chuquisaca 549.835
(1997)

Cochabamba
1.408.071 (1997)

La Paz 2.268.820
(1997)

Oruro 383.498 (1997)

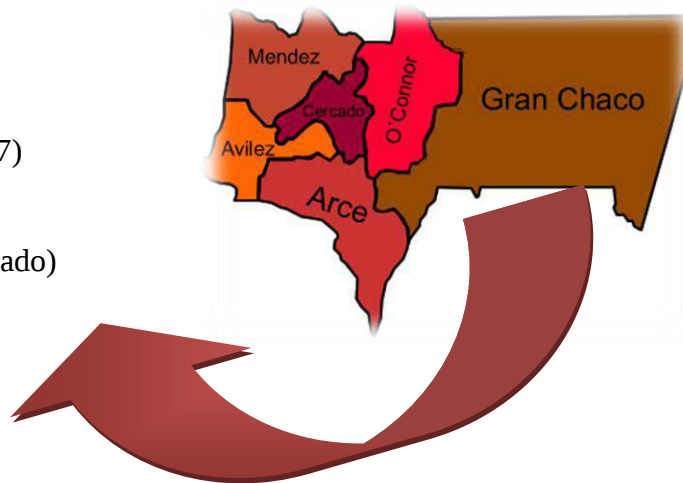


Pando 53.124 (1997)

Potosí 746.618 (1997)

Santa Cruz 1.651.950 (1997)

Tarija 368.506 (1997 estimado)



DEPARTAMENTO DE TARIJA

Situación Geográfica.- La ciudad de Tarija y la Provincia Cercado se encuentra al centro del departamento de Tarija.

Límites.- Al Norte con las provincias Méndez y O'Connor, al Sur con las provincias Aviléz y Arce.

Al Este con la Provincia O'Connor y al Oeste con las provincias Méndez y Aviléz



El departamento se sitúa al extremo sur de la República, entre los 20°50' y 22°50' de latitud sur y entre los 62°15' y 65°20' de latitud oeste, limita al norte con el Departamento de Chuquisaca, al este con la República del Paraguay, al sur con la República Argentina y al oeste con los departamentos de Potosí y Chuquisaca.

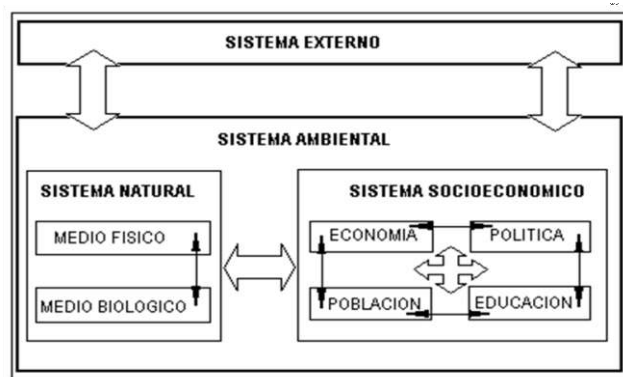


La población proyectada para el 2009 de la ciudad de Tarija es de 465.872 habitantes, entre hombres y mujeres. Para la Provincia Cercado es de 183.772 habitantes entre hombres y mujeres de los cuales 17.913 pertenecen al área rural y 165.559 al área urbana, entre hombres y mujeres respectivamente.

13.2 ENFOQUE URBANO

TEORIA DE SISTEMAS

La complejidad de los sistemas abiertos como elementos vivos y no vivos, procesos cíclicos y una red complicada de relaciones ofrece, una



aproximación fundamental al concepto de ciudad. El concepto de ecosistema no está basado en una metáfora, pero proporciona un modo de pensamiento para la ciudad actual.

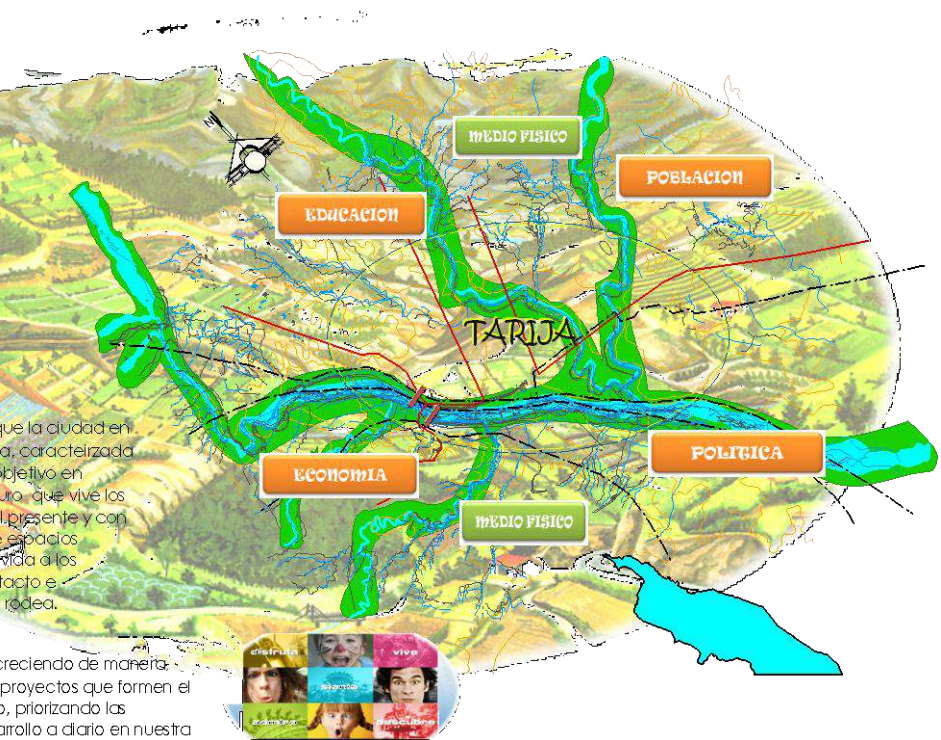
El enfoque sistémico llevado hacia la ciudad ofrece un marco en el cual las relaciones entre étnica. Sociedad, economía y procesos culturales en el área urbanizada pueden ser identificadas en el contexto de modo de vida y supervivencia. Esto aporta un punto de partida común para investigadores y diseñadores en los ecosistemas urbanos.

13.2.1 LA CIUDAD DE TARIJA

LA CIUDAD: La ciudad es el invento más extraordinario del hombre, la ciudad no son sus calles ni sus parques ni sus rascacielos, la ciudad somos nosotros y sus habitantes. Una ciudad vacía está muerta, por ejemplo Machu Pichu. La ciudad es un ser vivo, dinámico, actuante, mutante. La segunda ley de la termodinámica nos pone a la disyuntiva de que todo marcha hacia el caos, al ver la evolución de las ciudades ratificamos con pensamientos esta premisa, sin embargo, la naturaleza que crece con la mínima entropía, por sí sola se distancia del caos, esto nos lleva a pensar en una ciudad biológica, sujeta a todos los cambios propios de todos los seres vivos.

VISION: Nosotros queremos que la ciudad en su total complejidad como sistema, caracterizada por diferentes subsistemas con un objetivo en común, que sea la ciudad del futuro, que vive los recuerdos del pasado, disfruta del presente y con un único fin de revivir este sistema de espacios abiertos dando mejor calidad de vida a los habitantes con un constante contacto e interacción con el medio que nos rodea.

MISSION: Que la ciudad siga creciendo de manera sostenible y estratégicamente con proyectos que formen el desarrollo de la ciudad en conjunto, priorizando las necesidades que conllevan el desarrollo a diario en nuestra ciudad.



Tarija sufre la ausencia de un plan de ordenamiento territorial, que oriente a la ocupación y norma de uso de suelo, que genera conflictos en la excesiva expansión físico espacial de la mancha urbana y sus usos incompatibles, donde las actividades se concentran específicamente en el centro de la ciudad, ocasionando distritos dimitentes, que se van creando al valor de acontecimiento socio- poblacional, sin importar la forma que esta va adquiriendo, una trama urbana desfigurada.





Para lograr una ciudad equilibrada es que se plantea una estrategia urbana mediante la teoría de sistemas, donde los distritos y las comunidades cercanas a la mancha urbana, funcionan como subsistemas, dentro del sistema, debido a que estas no se manejan de manera autónoma, carecen de equipamientos de infraestructura por lo que la población existente en la zona se ve con la necesidad de trasladarse al centro de la ciudad.

Para un buen funcionamiento de la ciudad es necesario que todos sus componentes trabajen de manera correcta para que no exista desequilibrio y produzcan disfunciones.

UBICACIÓN ACTUAL DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

INTRAIID





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.

LA COLMENA

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





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

13.3 ELECCION DEL SITIO A INTERVENIR

Después del análisis mencionado se plantea dos alternativas :

- 1.- Rincón de la Victoria.
- 2.- Camino a Sella Cercado, final Colon.

ALTERNATIVA 1

RINCON DE LA VICTORIA.





ZONA	CARACTERISTICAS	FACTORES	EVALUACION
	ACCESIBILIDAD	La vía principal de acceso al terreno es la Av. Panamericana, seguida de la carretera hacia el Rincon de la Victoria totalmente asfaltada.	10
	VISUALES	El terreno en su mayor parte es plano con algunas pendientes mínimas. Y visuales importantes hacia las montañas.	10
RINCON DE LA VICTORIA	VEGETACIÓN	Vegetación variada desde flores de varios colores, hasta árboles como pinos y churquis.	9
	INFRAESTRUCTURA BÁSICA	Cuenta con los servicios básicos de agua potable y servicio eléctrico.	5
		El terreno se encuentra un poco alejado de la ciudad, además de ser	10



	TRANQUILIDAD DEL SITIO	un área todavía no urbanizada por completo lo que hace que sea un lugar muy tranquilo.	
	SITUACIÓN	La tranquilidad de los alrededores será un factor muy importante para el tratamiento de los pacientes.	10
	TRANSPORTE PÚBLICO	Al ser un terreno ubicado dentro de una comunidad pequeña, cuenta con transportes Públicos que acceden al sitio de forma rápida.	7

ALTERNATIVA 2

CAMINO A SELLA (FINAL COLON)



ZONA	CARACTERISTICAS	FACTORES	EVALUCION
	ACCESIBILIDAD	La via principal de acceso al terreno es la Av. Colon.	8
	VISUALES	El area de intervencion es una zona con mucha pendiente y suelo erosionado.	3
FINAL COLON	VEGETACIÓN	La vegetación existente es en su mayoría churquis.	4
		La zona cuenta con	



	INFRAESTRUCTURA BÁSICA	servicio de agua potable y servicio eléctrico.	5
	TRANQUILIDAD DEL SITIO	Este terreno se encuentra un poco alejado de la ciudad, además de ser un área todavía no urbanizada lo que hace que sea un lugar muy tranquilo.	10
	SITUACIÓN	Es un terreno próximo a la ciudad y aunque tiene una fuerte erosión las visuales podrían ser interesantes debido a la cerranía.	8
	TRANSPORTE PÚBLICO	No cuenta con servicio de transporte público.	3

- TABLA DE COMPARACIÓN**

En base a la descripción de los factores de evaluación de los terrenos, se elabora la siguiente tabla de calificación:



CALIFICACIÓN

1 - 3 → Malo

4 - 6 → Regular

7 - 10 → Excelente

TERRENO	RINCON DE LA VICTORIA	FINAL COLON
Accesibilidad	10	8
Visuales	10	3
Vegetación	9	4
Infraestructura básica	7	5
Tranquilidad del sitio	10	10
Situación	10	8
Transporte público	7	3
TOTAL	63	41

CONCLUSIÓN

Después de hacer una comparación se puede apreciar que el terreno mas apto para el emplazamiento del proyecto es la alternativa 1, EL RINCON DE LA VICTORIA.



13.4 ANALISIS DEL ENTORNO Y SU AREA DE INFLUENCIA

Al notar claramente la mala ubicación y/o la poca superficie de los actuales equipamientos, se elige para el emplazamiento del proyecto el RINCON DE LA VICTORIA.

13.4.1 Localización del equipamiento y su área de influencia

Por las características que requiere un centro de rehabilitación, se justifica la ubicación del terreno

Fuera del radio urbano toda vez que está lejos del congestionamiento, contaminación ambiental y de ruido del centro urbano. De igual manera, las ventajas señaladas permitirán una mejor recuperación de los internos quienes además disfrutaran de un medio ambiente abierto, agradable, rodeado de naturaleza para la relajación de cuerpo y alma que requieren.

Lo que no significa que el sitio este a una distancia muy lejana, el tiempo necesario para llegar al lugar desde el centro urbano no excede de los 25 minutos de tiempo.

PROVINCIA MENDEZ

La provincia Méndez fue creada con el nombre de San Lorenzo, mediante Ley de 24 de septiembre de 1831, en la presidencia del Mariscal Andrés de Santa Cruz, durante el gobierno del Gral. Narciso Campero por Ley del 19 de Octubre de 1880 se cambio el nombre por José Eustaquio Méndez. En esta tierra de San Lorenzo se festeja cada 10 de agosto, con vísperas, procesiones y promesantes chunchos. Tiene una superficie de 4.861 Km2. Con una población de 32.038 habitantes.



LOCALIZACION GEOGRAFICA

El proyecto se realizara en la provincia Méndez que se encuentra ubicada al nor-este del departamento de Tarija, colindando al Norte con el departamento de Chuquisaca, al Sub con parte de la provincia Cercado y Avilés al Este con la provincia Cercado y O’Conor y al Oeste con el departamento de Potosí.

EXTENSIÓN

La provincia Méndez cuenta con una extensión de 4.868 Km².

DIVISIÓN POLÍTICA

Comprende dos secciones municipales.

La primera sección con su capital San Lorenzo y la segunda sección con su capital el Puente.

La primera sección tiene los siguientes cantos: San Pedro de peñas, León cancha, Sella, Rancho, Coimata, La Calama, Tomatas grande, Cajas, Canasmoro, Erquis, La Victoria y San Lorencito.

La segunda sección cuenta con los siguientes cantones: Tomayapo, Iscayachi, Curqui, Huarmachi, Paicho, Ircalaya, Chayasa, Chica, Carrizal.

PRINCIPALES ATRACTIVOS

San lorenzo

Lajas

Carachimayo

Sella

Tomatas grandes

Rancho

Tomaticas-Erquis-

Coimata

Paicho-tomayapo

**RINCÓN DE LA
VICTORIA**

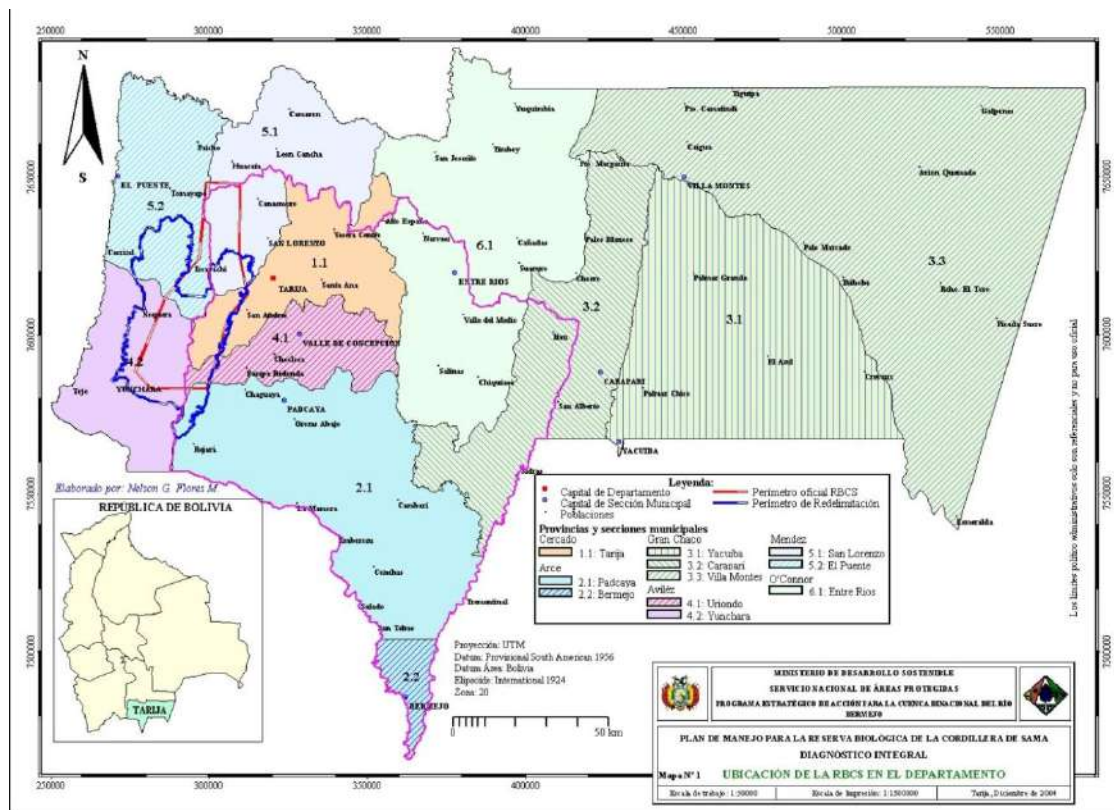


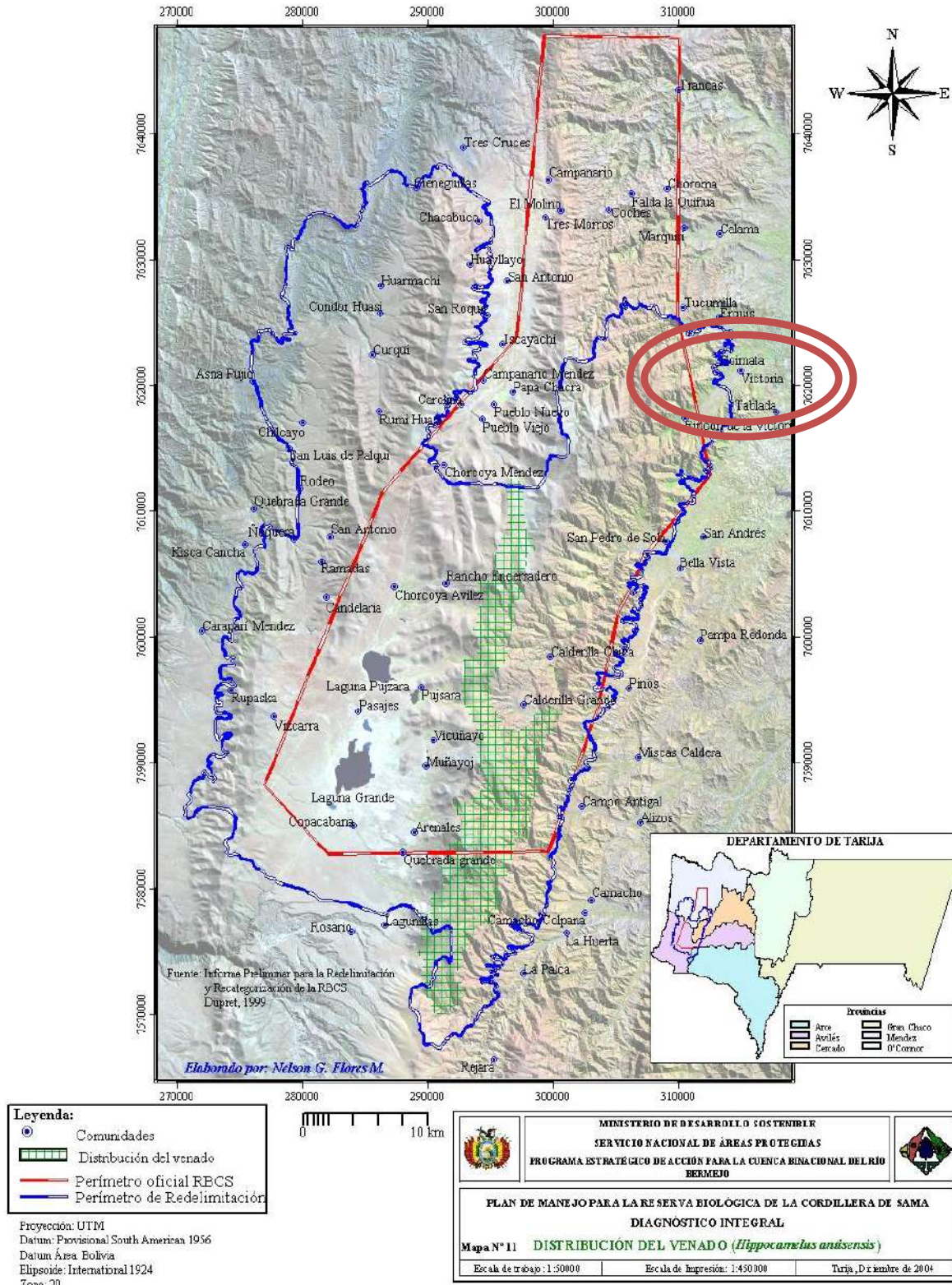
LA RESERVA DE LA CORDILLERA DE SAMA.

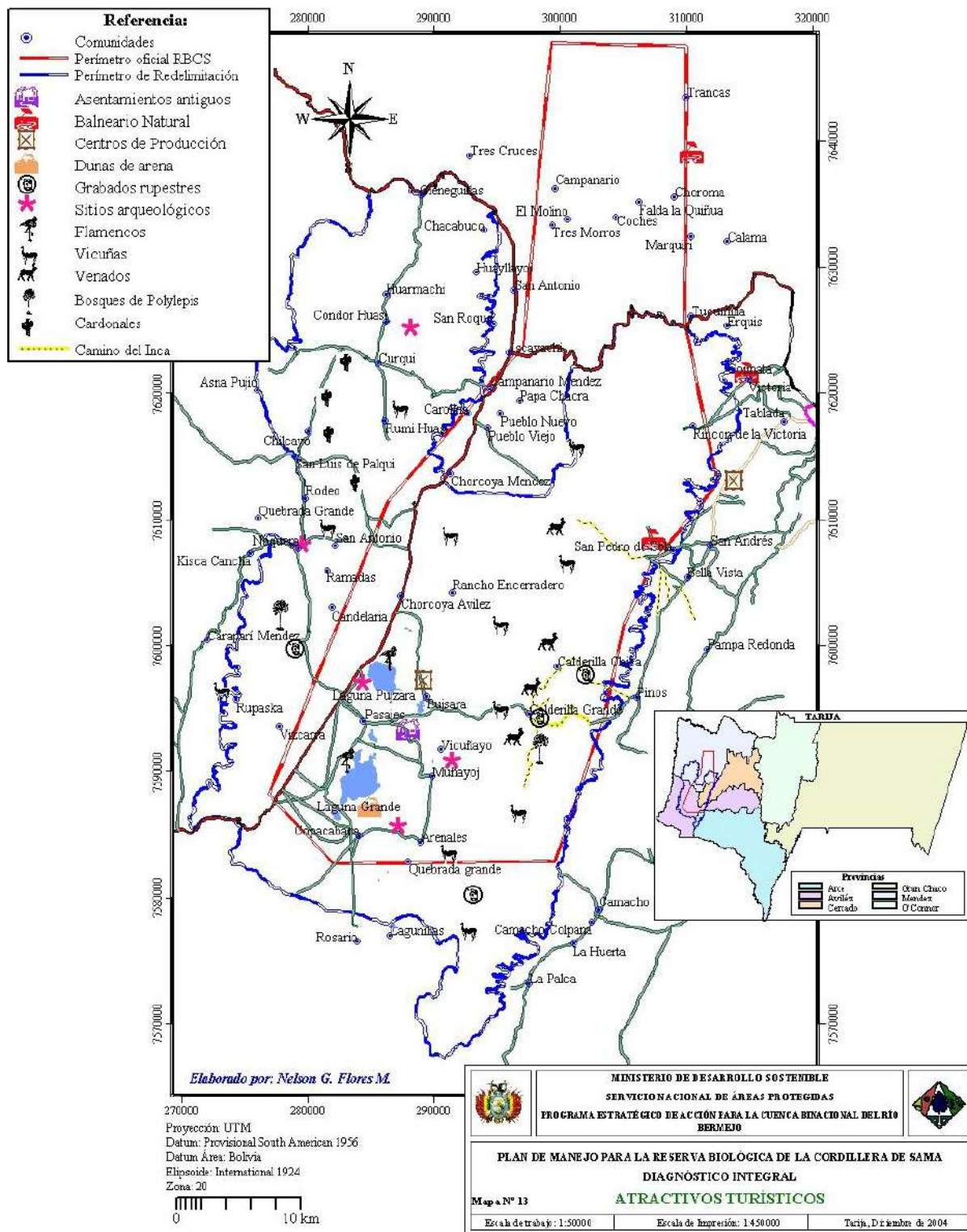
CREACION

La reserva biológica de la cordillera de sama fue creada el 30 de enero de 1991, está ubicada al oeste del departamento de Tarija compartiendo las provincias de cercado, Méndez, avilés y arce. Desde el 2001 la reserva es administrada por el SERNAP y la mancomunidad de Sub centrales campesinas de la RBCS.

El RINCON DE LA VICTORIA forma parte de las áreas protegidas de la reserva de la cordillera de Sama.







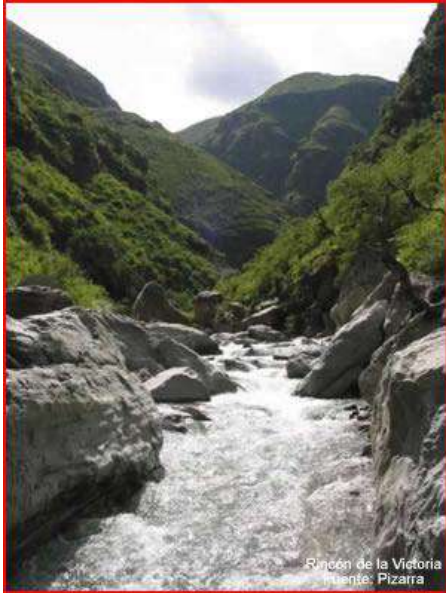


Tiene una superficie de 108 500 has. Y se encuentra entre alturas que oscilan desde los 1950 a 4710 m.s.n.m.

La reserva constituye un valioso refugio de vida silvestre y de paisajes incomparables del altoandinos, puna, prepuna y valles interandinos; en estos ecosistemas se han registrado 172 especies de aves y 40 especies de mamíferos, además se tienen zonas de bosquesillos de queuña y pino de cerro; también se encuentran las dunas de arena, retos arqueológicos de incomparable valor y los reservorios de agua del Rincón de la Victoria, Coimata, San Pedro de Sola.



13.5 CARACTERÍSTICAS NATURALES



Rincón de la Victoria

Paradisiaco lugar con vegetación localizado a 18 Km de la ciudad, ofrece un encuentro cercano con la naturaleza y sus maravillosos paisajes.

Rodeado de un panorama donde el verde se manifiesta en todas las tonalidades, es una zona paradisíaca.

Ideal para el tratamiento y rehabilitación óptima de los internos.

13.6. CARACTERÍSTICAS DEL SITIO

13.6.1 ACCESIBILIDAD

El desplazamiento hacia el sitio no es complicado ni largo teniendo como vía la Av. Panamericana y la entrada a Tomatitas que son vías principales, a partir de ese punto se encuentra la vía al Rincon de La Victoria, carretera asfaltada hasta el acceso al sitio.

Con respecto al transporte este tipo de centro contaría con transporte propio, sin embargo existen líneas transporte público desde el centro urbano que llegan muy cerca del sitio.



13.6.2 TERRENO





El terreno se encuentra ubicado al nor -oeste de la ciudad, en las faldas del cerro, la pendiente a considerar es leve.

La superficie de este terreno es aproximadamente de 4 hectáreas.

Este terreno tiene grandes virtudes , tanto de ubicación como de condiciones para un equipamiento de interesantes características.

13.6.3 VIENTOS Y ASOLEAMIENTO

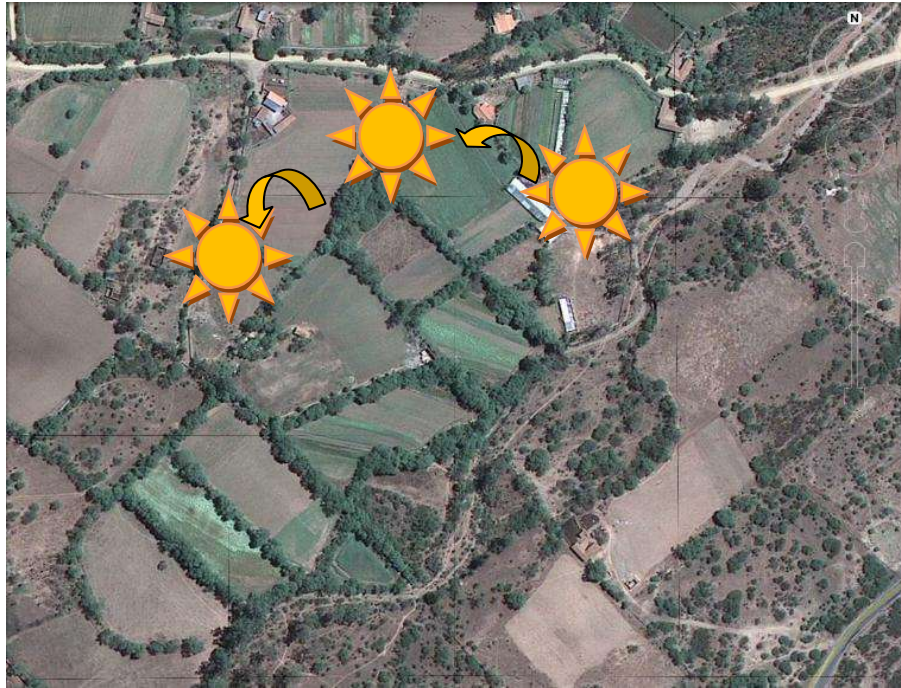
La proyección solar es de este a oeste variando la distancia y la altura del sol dependiendo de la estación del año, estos aspectos favorecen para la ubicación de los edificios en el terreno.

Cuando el sol alcanza su mayor altura que esto ocurre a medio día pero mucho depende en la estación del año que se encuentra. Lo mismo se entiende también para la tierra. Los rayos del sol de verano, alto en el cielo, llegan con un ángulo muy inclinado con respecto a la horizontal y calienta el suelo mucho más que el sol de invierno que incide con un ángulo pequeño.

La duración media anual de sol es de 200 días/ año. Durante la estación fría (de mayo a octubre) la media anual mensual es de 240 h/mes.

Los vientos varían según la estación del año. En invierno (de junio a agosto) hay vientos fríos del oeste. En verano los vientos son templados y provienen del sur este corresponden a la estación de lluvias.

Fenómeno que se presenta con gran intensidad y frecuencia en los meses junio, julio y agosto en Tarija. Se registran temperaturas mínimas extremas en los meses señalados, del orden de -5°C, -7°C y -8°C respectivamente.



Los vientos dominantes son del S.E. a una velocidad de 5.2 Km. /h. Las velocidades extremas son las siguiente: velocidad máxima 7.7 Km. / h, velocidad mínima 4 Km. /h., presentándose desde diciembre a junio, el 90% del tiempo en todos los meses. La velocidad de estos vientos alcanza los picos más marcados entre diciembre y enero.

13.6.4 INFRAESTRUCTURA

Servicios Públicos: en la zona cuenta con los servicios públicos debido que se encuentra en la zona rural.

En el proyecto se hará la propuesta de nuevas tecnologías de servicios básicos de manera que éstas sean sostenibles aplicando los conceptos de arquitectura bioclimática, ecológica, y sostenible.

13.6.5 VISUALES

Las visuales desde el terreno nos permite tener una gran visual del hermoso valle tarijeño , y parte de la cadena de cerros de la cordillera.



Las visuales hacia el terreno no son tan importantes debido a su ubicación, principalmente desde el acceso no se lo ve por la existencia de una cortina de árboles

que se encuentra a lo largo de la vía de acceso, y la otra visual importante sería desde la parte superior del terreno que es el único lugar donde se puede apreciar en forma total la magnitud del sitio.



13.6.6 LÍMITES

Los límites del terreno son todos naturales.

Los elementos que cuentan como límites y llaman la atención son :

- La falda del cerro al lado norte
- Una gran cortina de árboles que limita todo el terreno.



13.6.7VEGETACIÓN

Dentro del terreno encontramos especies de vegetación importantes, desde flores del lugar de varios colores, hasta, churquis, pinos, molles, durazneros, y un par de higueras. Vegetación que hay que tener en cuenta para cualquier posterior diseño paisajístico.

Un elemento importante de preservación de vegetación es la cortina de árboles que se encuentra en el terreno.







14.SÍNTESIS

Se tiene lo siguiente:

- La visual más importante es la que mira hacia serranía.
- Se debe considerar la cortina de árboles y la vegetación existente como elemento a preservar y utilizar.

15. PREMISAS DE DISEÑO

15.1 PREMISAS FORMALES

15.1.1 LOS FRACTALES

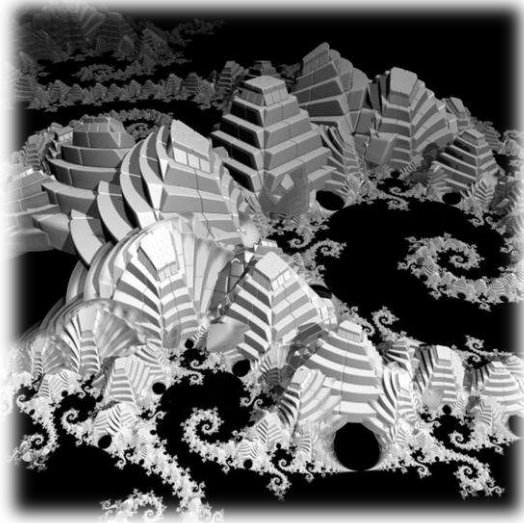
Al observar la naturaleza vemos un patrón de creación, este al observarlo nos muestra como el campo magnético forma ondas de crecimiento, la cual es utilizada como matriz geométrica para la creación de la vida.

Un fractal natural es un elemento de la naturaleza que puede ser descrito mediante la geometría fractal. Las nubes, las montañas, el sistema circulatorio, las líneas costeras o los copos de nieve son fractales naturales. Esta representación es aproximada, pues las propiedades atribuidas a los objetos fractales ideales, como el detalle infinito, tienen límites en el mundo natural.

La naturaleza tiene su propio lenguaje, el lenguaje geométrico. Un fractal es el código que utiliza la naturaleza para crear la vida. Encontramos en diferentes culturas que estas leyes, les han servido para reproducir la armonía del universo en diferentes manifestaciones arquitectónicas y en el diseño de espacios.



"Un fractal es una metáfora de la ordenación del universo: es el estudio de las proporciones, patrones, sistemas, códigos y símbolos que subyacen como eterna fuente de vida-EL CÓDIGO QUE UTILIZA LA NATURALEZA PARA CREAR"



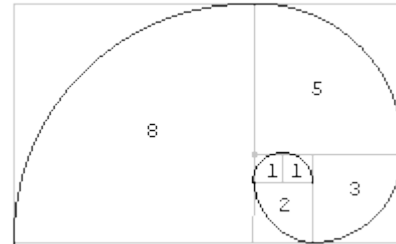
ESPIRALES

La espiral es la figura geométrica que genera el corazón cuando ama. Hoy por lo



menos se generan dos espirales. Una que apunta hacia abajo, que es la receptiva y otra la proyectiva que apunta hacia arriba. La espiral femenina nos permite recibir información del cosmos. La masculina proyecta nuestra energía para abarcar toda la vida allí donde se encuentre. Existen 2 espirales: la Áurea y la Fibonacci.

La Áurea es una espiral cósmica, como nuestra galaxia. La espiral áurea no tiene principio ni fin.



La de Fibonacci comienza en punto determinado, es decir en nuestro corazón, y se une en el espacio con la áurea. De esta manera, el amor es la inteligencia que conecta con la gran sabiduría del universo. También nuestro cuerpo sigue el desarrollo de la Fibonacci.

*“La forma por la simple forma no es nada...
Solo la Geometría Fractal nos conduce a la Verdadera Arquitectura”*



PEN

“El mundo está reorganizándose en comunidades, y esas comunidades sostenibles serán construidas de arquitecturas con lenguajes particulares en la naturaleza,



curvas y al mismo tiempo imprevisibles y armónicas, vitrales coloridos, vegetación entre otros, todo es espontáneo como la naturaleza”.

Arq. Javier Senosiain

"No es el ángulo recto lo que me atrae ni la línea recta, dura, inflexible creada por el hombre lo que me atrae es la curva libre y sensual la curva que encuentro en las montañas de mi país en el curso sinuoso de sus ríos, en las ondas del mar, en el cuerpo de la mujer amada. De curvas está hecho el universo"

Oscar Niemeyer

Tomando en cuenta todos estos principios es que se genera la premisa morfológica del proyecto. La imagen morfológica mostrara volúmenes, dando una sensación de movimiento, que a la vez mostrara su estabilidad estructural por su tecnología.

Existirá una aplicación en el diseño de acuerdo a la ideología y tendencias arquitectónicas de la diseñadora, el edificio tendrá su identidad propia y permitirá que el hábitat que creemos sea un sitio que “supere” la visión del hombre desde un sitio evolutivo. El hábitat debe invocar y evocar la evolución, ofreciendo el sitio adecuado para ello.

- El acceso al sitio y al centro en general deberán ser fáciles y directas.
- El ingreso deberá contar con un espacio receptor, de tal manera que este sea fácilmente identificado y brinde una transición entre el paso exterior al interior.
- El hecho arquitectónico, tanto en la volumetría como su lenguaje de conjunto, deberán ser favorecedores de la



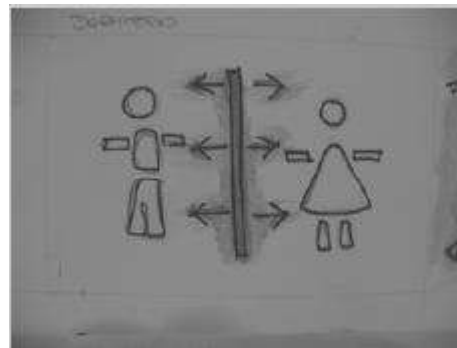


convivencia; creando espacios de interés y puntos de encuentro.

- Se debe brindar privacidad y tranquilidad a los pacientes que serán tratados en el centro.

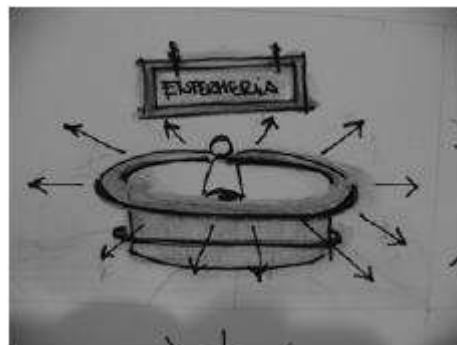
15.2 PREMISAS FUNCIONALES

- En la zona de los dormitorios, deberá existir una separación espacial por sexos además de especialidades de tratamiento (alcohólicos y drogadictos).
- El área de internación deberá permitir una conexión con el exterior, ya que las áreas verdes forman parte del proceso de rehabilitación de los pacientes.
- Los espacios exteriores deberán estar en armonía con el conjunto y junto con la vegetación del entorno, proporcionando espacios de transición agradables a los usuarios.
- El área de emergencias tendrá que estar situada en planta baja para permitir un



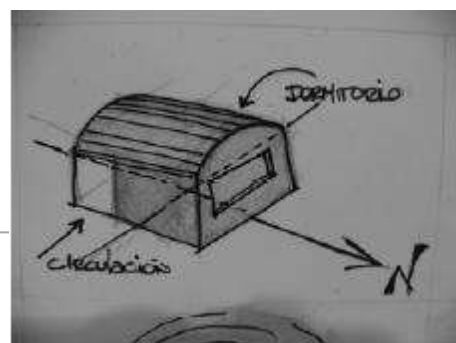
fácil acceso de movilidades hasta esta zona.

- Internación deberá estar en estrecha relación con las áreas verdes, recreación y puntos de convivencia.
- Las centrales de enfermería deberán tener control directo sobre los internos de cada especialidad, pudiendo así controlar quienes acceden y quienes transitan por las diferentes áreas.
- Deberá contarse con salas de psicoterapia tanto individuales como de grupo.
- Los talleres deberán contar con un depósito para materia prima, además de herramientas. En caso de que la materia prima sea abundante y pesada será necesario que exista un acceso de movilidades.



15.3 PREMISAS TECNOLÓGICAS

Las premisas tecnológicas tienen como objetivos definir las tipologías edificatorias





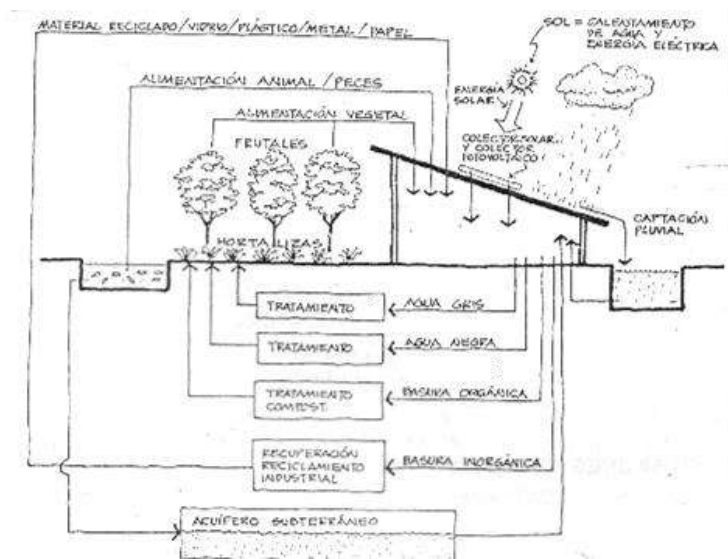
y estructurales que nos da una visión integradora de las relaciones espaciales, funcionales y constructivas.

Definir las relaciones estructurales entre los elementos resistentes y los espacios, que facilitan la comprensión y el conocimiento técnico-constructivo de la arquitectura es importante.

- La estructura debe ser parte integrante, esencial e insoluble de la obra arquitectónica.
- Se deberá tratar en lo posible concentrar las zonas húmedas para que así se agrupen las instalaciones.
- Los dormitorios deberán estar bien orientados para que cuenten con asoleamiento adecuado y una ventilación e iluminación natural adecuadas al desarrollo de las diferentes actividades en su interior.

15.3.1 APORTES ECOLÓGICOS

Regresándole a la naturaleza lo que nos ha



dado, las aguas grises la pre filtramos y la usamos para el cultivo y riego, Captamos la lluvia para evitar el gasto excesivo de la red municipal. Captamos el sol para ahorrar energéticos.

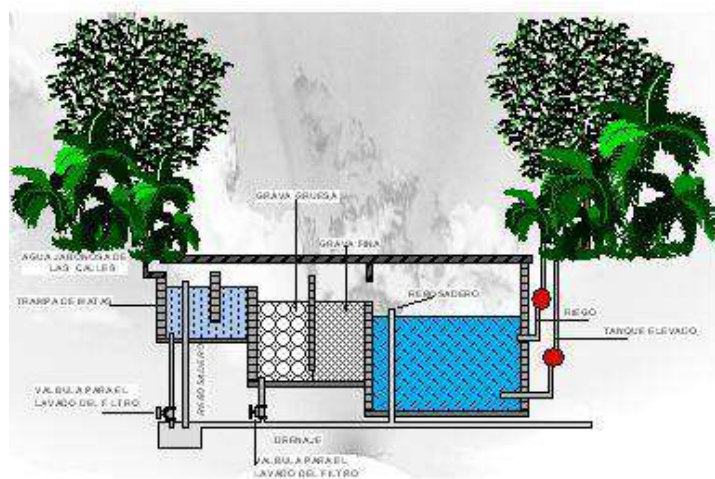
ORIENTACION Y ASOLEAMIENTO.-

FACHADA	ASOLEAMIENTO	PROMEDIO
NORTE	12	HORAS
ESTE Y OESTE	6	HORAS
SUR	0	HORAS
SURESTE Y SUROESTE	3	HORAS
NORESTE Y NOROESTE	9	HORAS

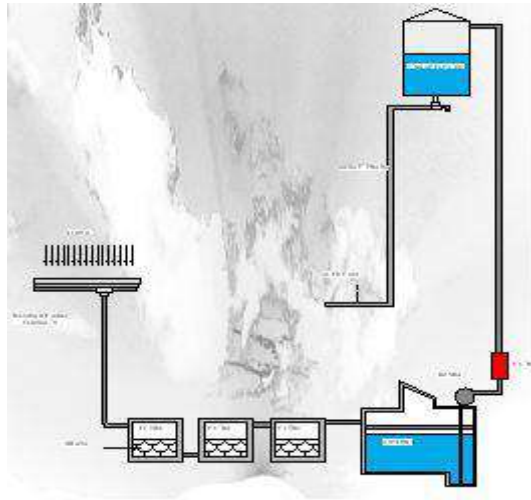
En términos generales la orientación es el elemento más importante en la climatización de un edificio, ya que de esta dependerá la ganancia térmica a la que se encuentran expuestos sus muros y vanos.

Sistemas de plomería

La captación de agua pluvial es necesaria en las zonas donde el bombeo no alcanza a subirlas utilizando el agua de lluvia en la ciudad de Tarija se lograría enormes



economías, al agua sería de mejor calidad y no se sustraería el agua de otras cuencas o costos muy elevados.



- **Recolección del agua de lluvia:** Instalado en el tejado, un sistema de recolección de agua de lluvia recolecta, filtra, almacena y proporciona agua de lluvia reciclada para irrigación de las áreas verdes y usos no potables en el hogar.

- **Sistemas de reciclaje del agua:** Similar al sistema de recolección de agua de lluvia, los sistemas de reciclaje del agua recolectan la condensación del agua de su aire acondicionado y la utilizan para regar sus áreas verdes, descargar los inodoros, etc. Otros sistemas reciclan las aguas residuales domésticas que han sido utilizadas una vez para lavar la ropa o los platos, por ejemplo.
- **Plomería estructurada:** Un sistema de plomería estructurado captura el agua fría que se está desperdiciando mientras espera por el agua caliente y la redirige al calentador de agua. El sistema produce agua más caliente más rápidamente, y ahorra agua, energía y costos de alcantarillado.
- **Recuperación del calor del agua que se desecha por el desagüe:** Un sistema de intercambio de calor en el desagüe utiliza el agua caliente que se elimina por la ducha o el lavamanos/fregadero para precalentar el agua fría entrante de las tuberías de la ciudad, recapturando de esta forma la energía del agua caliente para calentar el agua fría.

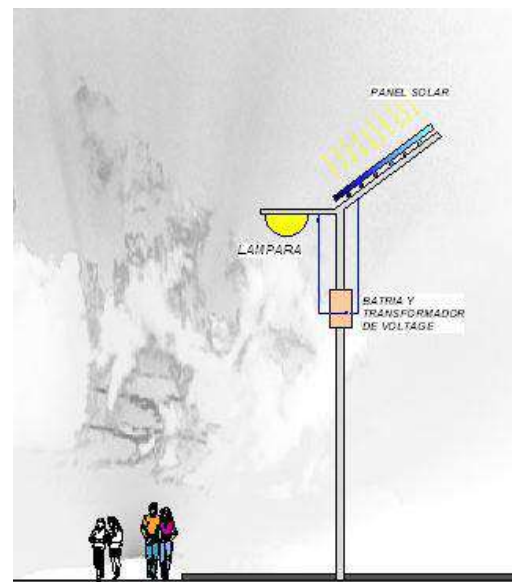


- **Agua caliente por energía solar:** Un sistema de agua caliente por energía térmica solar calienta el agua captando el calor del sol a través de tubos colocados bajo su techo. Puede utilizar la energía solar para precalentar el agua fría antes de que entre a su tanque de agua caliente, ahorrando tiempo y energía al eliminar la presión del tanque.
- **Agua caliente sin tanque:** Utilizar los calentadores de agua tradicionales significa gastar dinero para calentar el agua que no utiliza durante todo el día, pero instalar un calentador de agua sin tanque le permite tener agua caliente que paga por calentar sólo cuando la necesite.

Sistemas eléctricos

- **Luminaria autosuficiente**

Consiste en un sistema de alumbrado autosuficiente de energía a partir de la conversión de energía solar en energía eléctrica. El sistema almacena la energía solar que recibe durante el día en una batería auto contenida y enciende el alumbrado durante la noche. En caso de presentarse un periodo de nublado de hasta 20 días el sistema tiene capacidad de almacenamiento para no interrumpir su servicio.





Al instalar paneles solares, los propietarios pueden disminuir significativamente sus necesidades de electricidad.

- **Construcción de fotovoltaicos integrados:** Un sistema de fotovoltaicos (PV) le permite captar la luz del sol y convertirla en energía solar; fabricar sistemas integrados le permite hacer lo mismo pero sin el uso poco elegante de los paneles solares. En su lugar, puede utilizar tejas especiales para el techo o paneles de vidrio para recolectar la energía solar, los cuales puede luego vender a la empresa de servicio público eléctrico.
- **Control de energía en toda la vivienda:** Un sistema de control de energía para toda la vivienda que le permite controlar las luces, electrodomésticos y la calefacción/aire acondicionado con el toque de un interruptor, le permite ahorrar energía cuando sale de su casa o se va a dormir, cortando la electricidad a los electrodomésticos, los cuales utilizan energía incluso cuando están apagados.

15.4 PREMISAS ESPACIALES

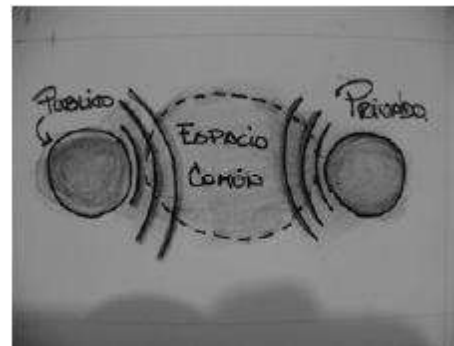
Las premisas referentes al espacio buscaran ante todo lograr ambientes adecuados, claros y cómodos para todas las actividades que sean necesarias dotándoles de la mayor comodidad posible; Continuidad de espacios tanto visual como espacial, espacios libres y abiertos, doubles niveles en ciertos casos donde la morfología y la funcionalidad lo requieran para generar fluidez del espacio, relación del espacio interior con el espacio exterior.

- Crear visuales hacia el exterior de tal manera de no tener espacios cerrados y distribuir el equipamiento de tal manera de que no obstruya la circulación.





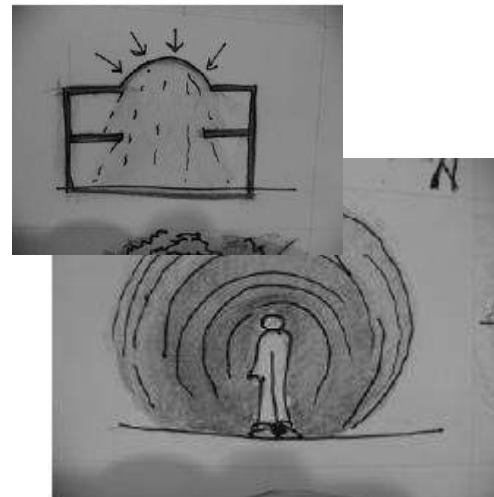
- La cocina y el comedor estarán en estrecha relación teniendo conexión directa por el área de paso de alimentos.



- La escala de los ambientes dependerá del número de usuarios en el ambiente y la actividad que se realice en el mismo.
- Deberá existir una transición gradual entre los espacios exteriores e interiores según la escala de los mismos

15.5 PREMISAS DE ACONDICIONAMIENTO

- La edificación deberá aprovechar al máximo el acondicionamiento natural, haciendo que las áreas de convivencia sean zonas de gran riqueza en iluminación, ventilación y asoleamiento sin que esto llegue a incomodar a los internos.



15.6. PREMISAS PAISAJISTICAS



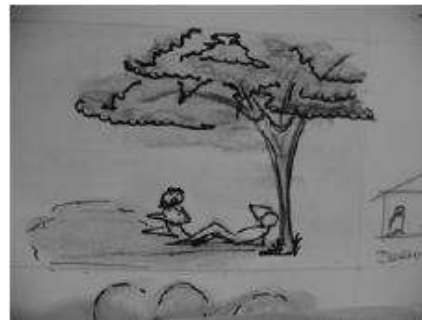
El equipamiento estará dotado de vegetación que ayuden en la circulación, y que contribuyan en el embellecimiento de la zona.

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



- Las áreas verdes serán espacios de gran calidad, ya que la convivencia del paciente con el exterior formara parte del tratamiento de rehabilitación.

- Lugares de reposo bajo sombra, y otras abiertas deberán estar bien pensados y distribuidos.





16. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

Antecedentes.- Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos y el análisis de la información recopilada en los anteriores capítulos, se identificarán aspectos notables que servirán de base, para la elaboración del programa arquitectónico.

Es primordial, tomar en cuenta el análisis del modelo teórico y real, para la ejecución del equipamiento a proyectar. Serán referencia para determinar y constituir el conjunto de características y requerimientos arquitectónicos básicos del proyecto que se pretende elaborar.

Administración.- Además de brindar un tratamiento adecuado para la rehabilitación de sus pacientes, otra característica que tendrá el centro será el de atender a la población en riesgo o con antecedentes de uso indebido de drogas.

Para lo cual, se determinará que los aspectos técnico - administrativos estén orientados a definir los recursos humanos, económicos y de infraestructura y otros, para el logro integral del proyecto.

Tipo de Atención.- El tipo de atención del albergue es de especialidad, estableciéndose tres áreas:

1. Tratamiento Consulta Externa, internación
3. Rehabilitación Internación y rehabilitación
4. Reinserción Social..... Comunidad



16.1. PROGRAMA GENERAL

En este punto se definirán aspectos generales para comenzar con el desarrollo del proyecto, tales como la escala y la capacidad del proyecto, para poder elaborar un programa ideal, del cual se irán depurando elementos que llegaran a formar parte de un programa real con el cual se podrá realizar la propuesta arquitectónica.

Escala.- El proyecto se desarrollará dentro del contexto urbano de la ciudad de Tarija, el objetivo será la solución de la problemática de salud que aqueja a la población con antecedentes del uso indebido de drogas.

16.2 PROGRAMA IDEAL

Para llegar a definir el programa ideal de un proyecto (Centro de Tratamiento de Drogodependientes), se tomará en cuenta, los aspectos más relevantes de cada uno de los modelos teóricos y reales analizados, los mismos deberán estar acordes a las necesidades de la infraestructura, de tal manera poder llegar a identificar los requerimientos básicos de la propuesta de diseño.

Se deberá contar con siguientes sectores:

ADMINISTRACION	AREA SALUD
INTERNACION	TERAPIA FISICA
TERAPIA OCUPACIONAL	RECREACION

Cada uno de esos sectores contara con sub-sectores a los cuales se atribuyen funciones similares. Para cada uno de los ambientes se especificara cuantos ambientes similares son necesarios, y la superficie que estos ocupan, sacando una superficie total. Es importante resaltar que la cuantificación de las áreas se las elaboro sin considerar la superficie de circulación, la cual será considerada como el 40% de la superficie total.



16.3. PROGRAMA CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Área	Ambiente	N° de Amb.	Actividad que se desarrolla	N° de Usuar.	Mobiliario	Sup. Parcial (m ²)	Sup. Total
ADMINISTRATIVA	Dirección administrativa	1	Dirigir	3	Escritorio, sillas.	15.00	15.00
	Gerencia	1	Gestionar	1	Inodoro, lavamanos.	15.00	15.00
	Director medico	1	Dirigir	3	Escritorio, sillas.	15.00	15.00
	Servicio social	1	Orientar	1	Escritorio, sillas.	15.00	15.00
	Recursos humanos	1	Ayudar	1	Escritorio, sillas.	15.00	15.00
	Informaciones	1	Informar	1	Escritorio, sillas.	9.00	9.00
	Secretaría	1	Organiza	1	Escritorio, sillas, archivero.	9.00	9.00
	Sala de Reuniones	1	Reuniones	10	Mesa, sillas.	30.00	30.00
	Sala de espera	1	Esperar	10	Sofá, sillones.	9.00	9.00
	Sala audiovisual	1	Mostrar	50	Sillas, proyector.	80.00	80.00
	Cuarto de llegada	1	Recibir		Sofá, sillones.	15.00	15.00
	Cocineta	1	Preparar	2	Mesa, lavabo.	8.00	8.00
	Baño	1	Necesidades fisiológicas	4	Inodoro, lavamanos.	3.00	12.00
	Sub total						247.00
TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y FARMACOLOGICO	Farmacia	1	Proporcionar medicamentos.	2	Estantes.	18.00	18.00
	Historias clínicas y archivos.	1	Organizar y controlar.	1	Escritorio, archiveros.	12.00	12.00
	Laboratorio clínico.	1	Diagnosticar.	1	Escritorio, sillas, mesas, camilla.	70.00	70.00
	Consult. Psiquiatría.	2	Diagnosticar, recetar.	2	Escritorio, camilla, archivero.	15.00	30.00
	Consult. Psicología.	2	Orientación.	2	Escritorio, sofá.	12.00	24.00
	Terapia grupal.	1	Orientación	18	Sofá.	15.00	15.00
	Atención de neurología.	1	Diagnosticar, recetar.	3	Escritorio, camilla.	15.00	15.00
	Atención electroencefalograma .	1	Diagnosticar, recetar.	3	Escritorio, camilla.	15.00	15.00
	Dormitorio de aislamiento.	2	Aislar.	1	Camilla de seguridad.	7.00	14.00
	Cocineta.	1	Preparar.	4	Mesa, sillas.	9.00	9.00
	Baños.	2	Vestirse, necesidades fisiológicas.	2	Inodoro, lavamanos.	9.00	18.00
	Consult. Odontología.	1	Atender, diagnosticar, recetar.	1	Escritorio, sillón odontología, lavamanos.	17.00	17.00
	Enfermería.	1	Control.	2	Escritorio, sillas, camilla.	15.00	15.00
	Sub total						272.00



TRATAMIENTO FÍSICO	Ejercicio de bajo impacto, yoga.	1	Terapia física.	10	Almohadillas.	30.00	30.00
	Sala de masajes.	2	Terapia física.	1	Camilla, estantes.	9.00	9.00
	Sauna.	2	Terapia física.	30	Cocina, lavaplatos	170.00	170.00
	Baño, duchas y vestidores.	1	Necesidades fisiológicas, vestirse, ducharse.	12	Inodoro, lavamanos. Duchas.	30.00	30.00
	Sub total						239.00
TRATAMIENTO OCUPACIONAL Y DE FORMACIÓN	Taller de Computación.	1	Enseñanza.	13	Computadores.	50.00	50.00
	Taller de corte y confección.	1	Enseñanza-trabajo.	14	Maq. Costurar, mesas para planchar.	60.00	60.00
	Taller de repostería.	1	Preparación y cocción.	14	Horno, mesas.	50.00	50.00
	Taller de cerámica.	1	Enseñanza-trabajo	14	Mesas, maquina modeladora.	50.00	50.00
	Jardinería y cultivo.	1	Enseñanza – Trabajo	14	Mesas, sillas macetas.	50.00	50.00
	Depósito	1			Estantes	4.00	4.00
	Floricultura.	1	Sembrar y cuidar.		Flores.	1600.00	1600.00
	Cultivo.	1	Sembrar y cosechar.		Verduras.	3350.00	3350.00
	Invernadero.	1				120.00	140.00
	Sub total						5354.00
AREA PRIVADA	DORMITORIOS VARONES						
	Dormitorios triples	22	Descansar	66	Cama, mesa, sillas, armario.	20.00	1320.00
	Dormitorios simples c/baño	4	Descansar	4	Camas, mesa, sillas, armario.	16.00	64.00
	Control y enfermería.	2	Controlar.	3	Escritorio, camilla.	16.00	32.00
	Medico de turno.	1	Intervenir.	1	escritorio	15.00	15.00
	Batería de baños	2	Necesidades fisiológicas	4	Inodoro, duchas, lavamanos.	21.00	42.00
	Estar	2	Descansar			20.00	60.00
	Sub total						1502.00
	DORMITORIOS MUJERES						
	Dormitorios triples	9	Descansar.	27	Cama, mesa, sillas, armario	20.00	180.00
	Dormitorios simples	3	Descansar.	3	Cama, mesa, sillas, armario.	16.00	48.00
	Control y enfermería.	2	Controlar.	3	Escritorio, camilla.	16.00	32.00
	Batería de baños.	1	Necesidades fisiológicas.	3	Inodoro, duchas, lavamanos.	21.00	42.00
	Medico de turno.	1	Intervenir.	1	Escritorio.	15.00	15.00
	Sub total						317.00



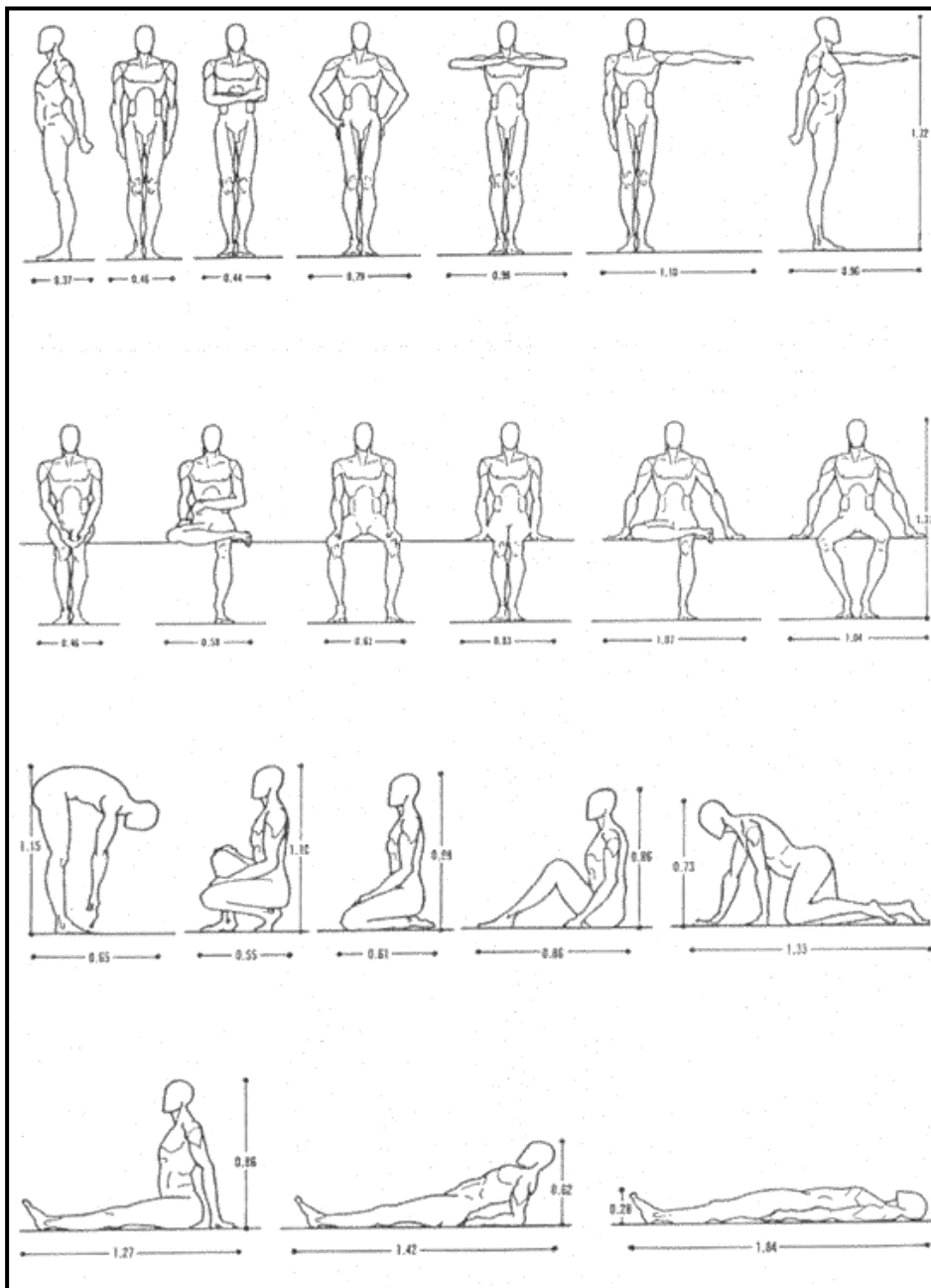
AREA DE SERVICIOS Y RECREACION	Comedor.	1	Comer	100	Mesas y sillas.	200.00	200.00
	Cocina.	1	Preparación y cocción .	4	Cocina, mesas, utensilios.	30.00	30.00
	Despensa.	1	Deposito de alimentos	1	Estantes.	10.00	10.00
	Depósito de basura	1		1	Basureros.	6.00	6.00
	Lavandería	1	Lavar.	8	Lavadoras, secadoras, lavandería.	50.00	50.00
	Cuarto de maquinas	1	Control.			16.00	16.00
	Cuarto de seguridad	2	Controlar ingresos.	1	escritorio	16.00	16.00
	Sub total						328.00
	Pérgolas	2	Descanso			113.00	339.00
	Culto	1	Orar	25	Sillas.	50.00	50.00
	Piscina	1	Nadar			250.00	250.00
	Sub total						639.00
	Total						8898.00
	30% de Circulación						2669.4.
	TOTAL						11567.4

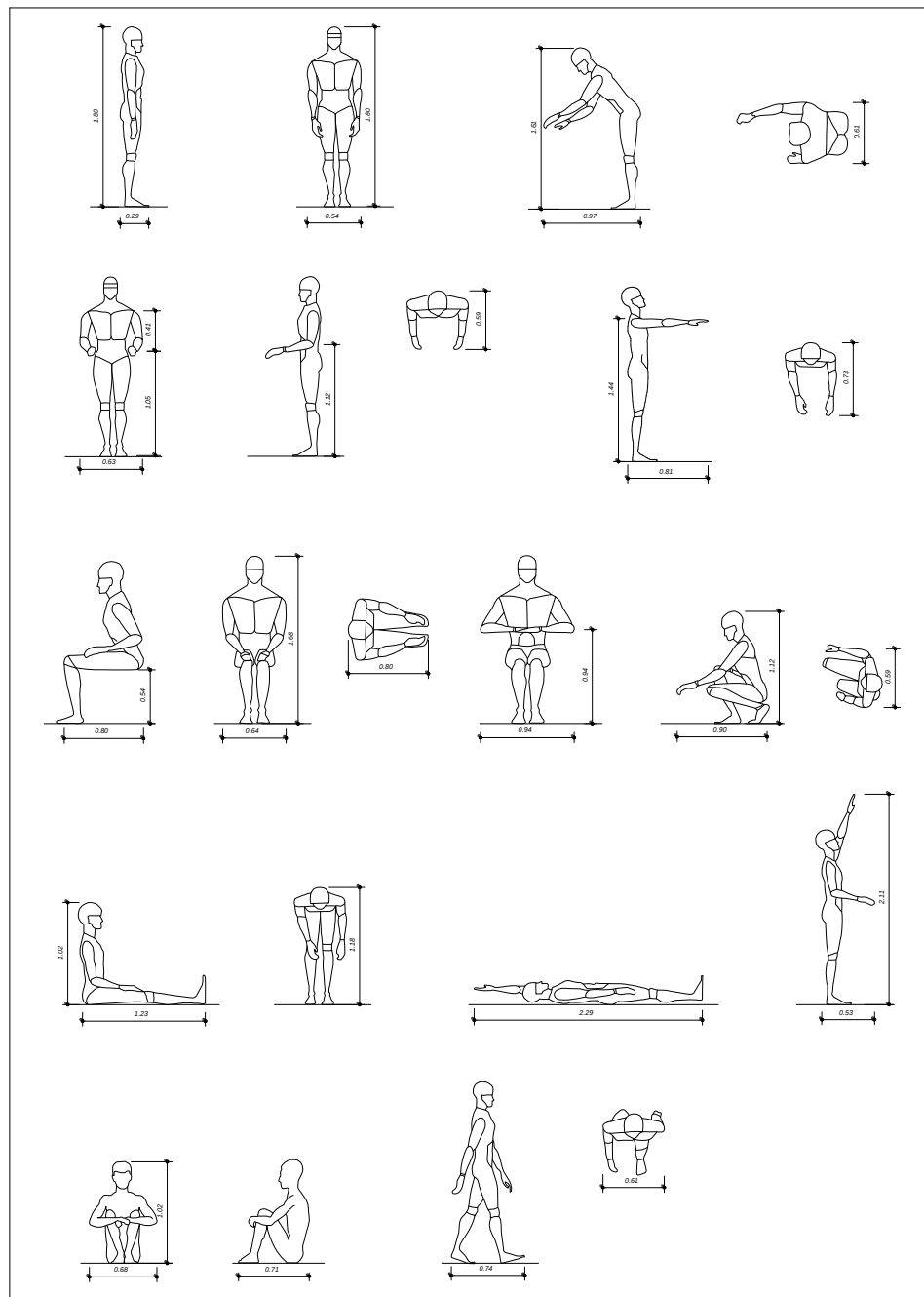
Sup. Terreno	30000.00 m ²
Sup. Total construida	11567.4 m ²
Sup. Área libre	18432.6 m ²



16.4. Ergonometría y Antropometría.-

Antropometría.-



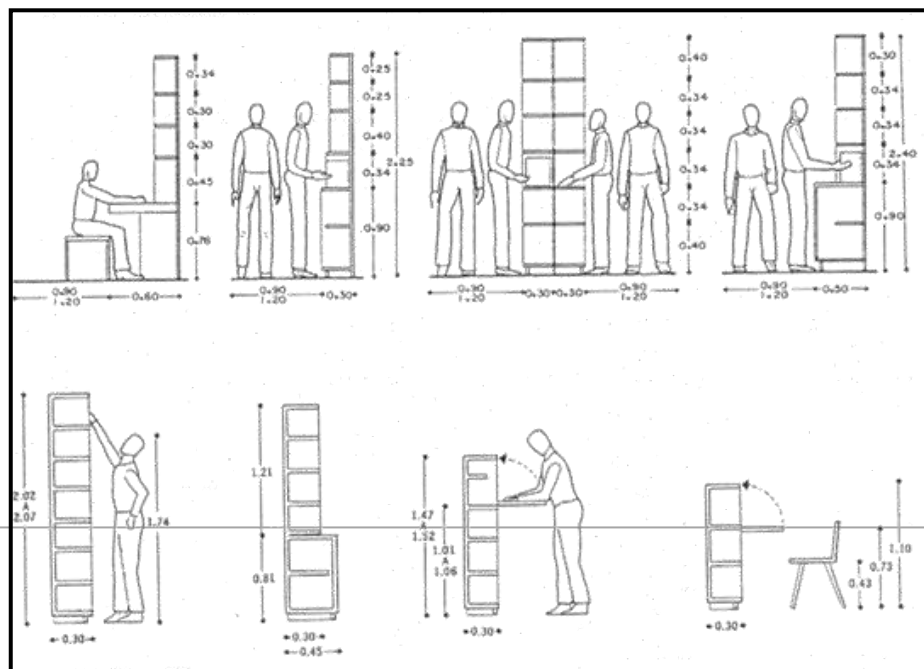


Ergonometría: Función comer y beber



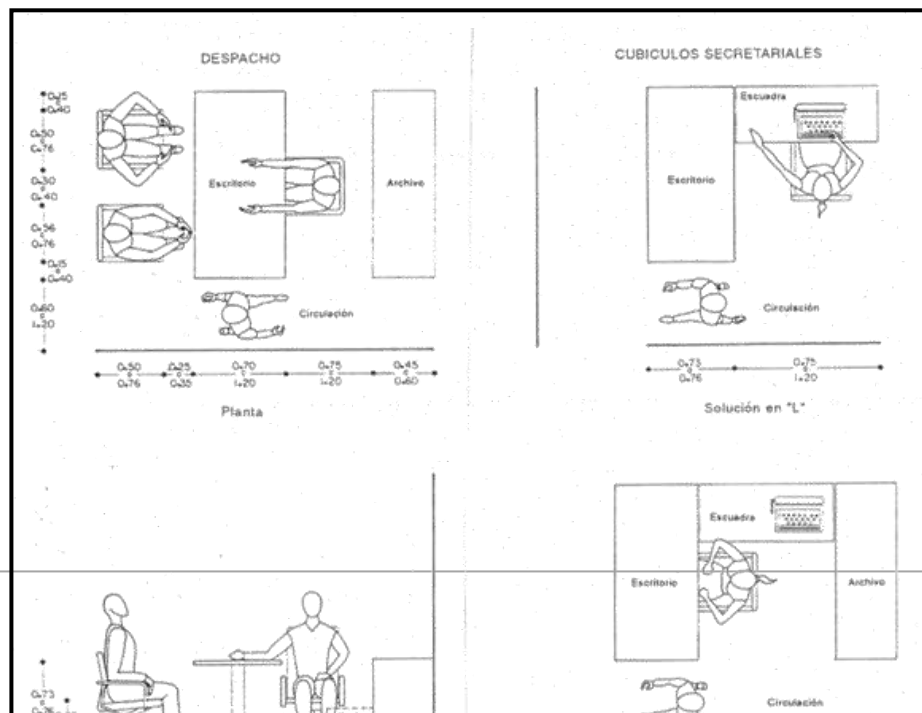


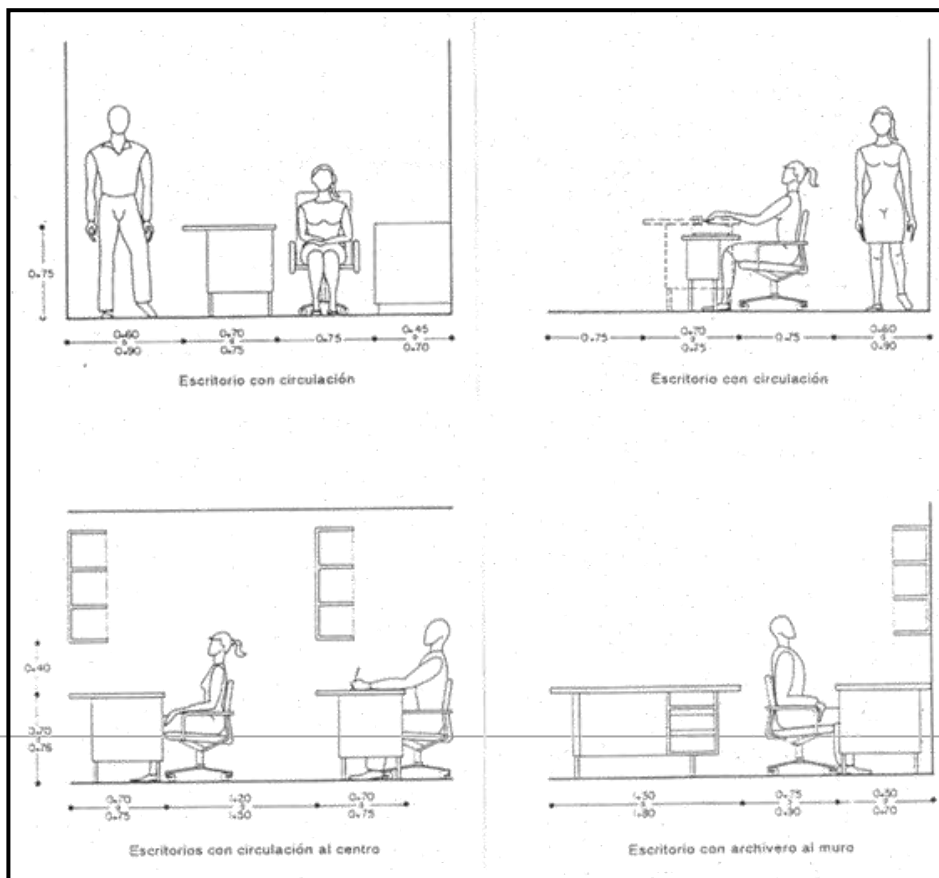






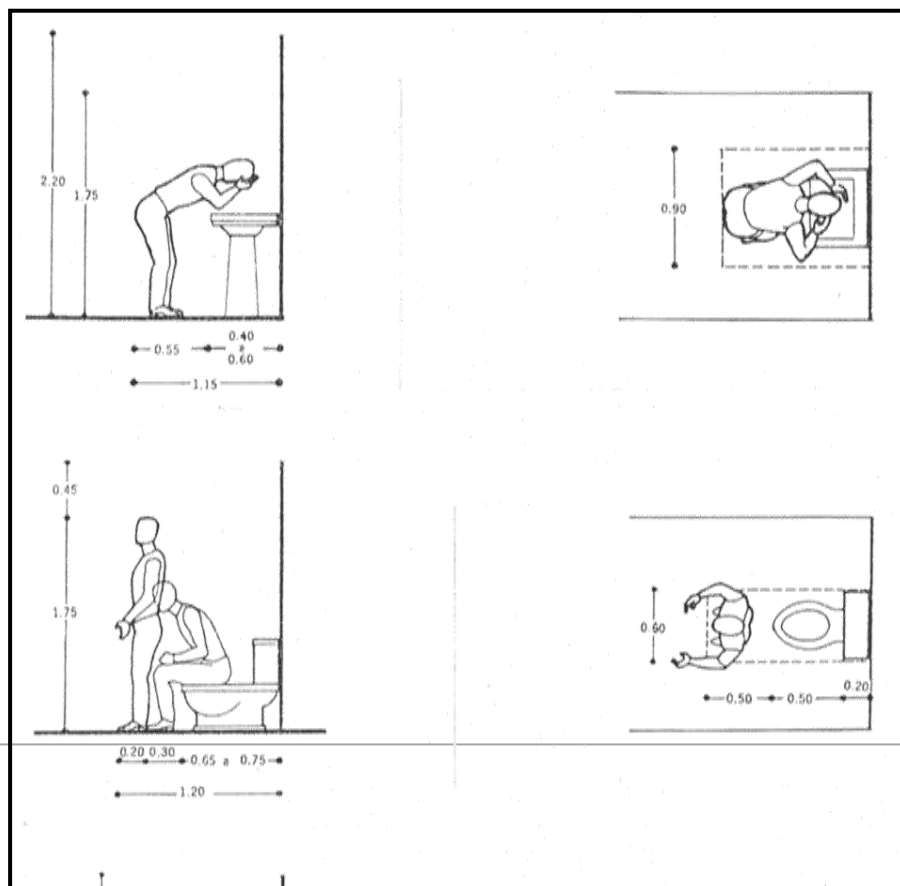
Ergonometría: Oficinas







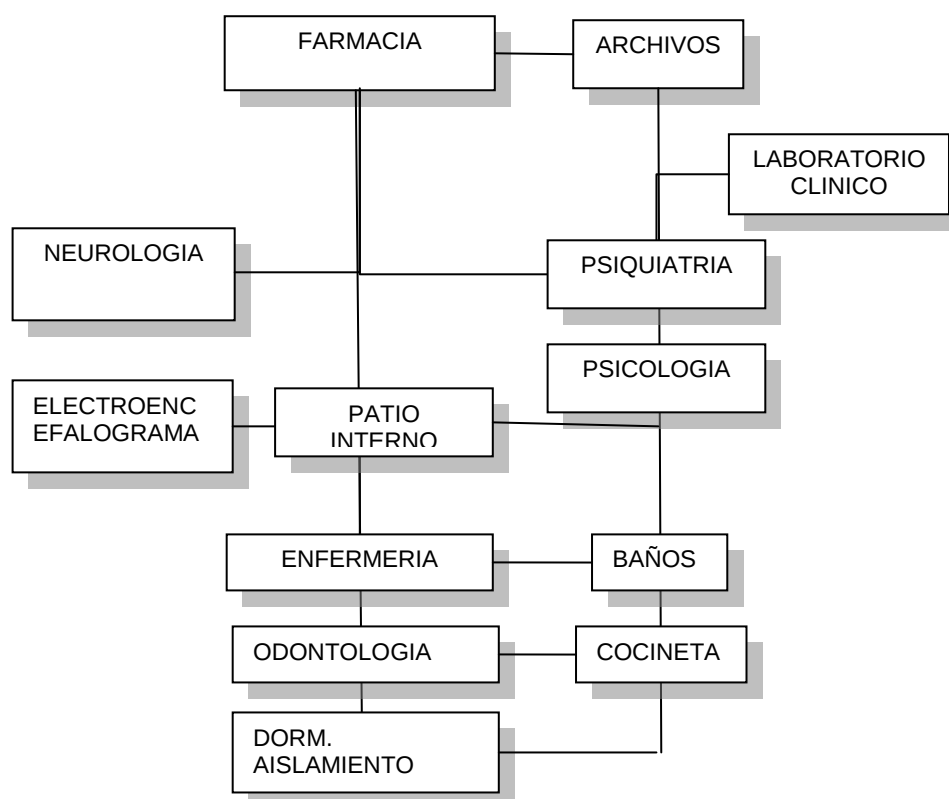
Ergonometría: Baños





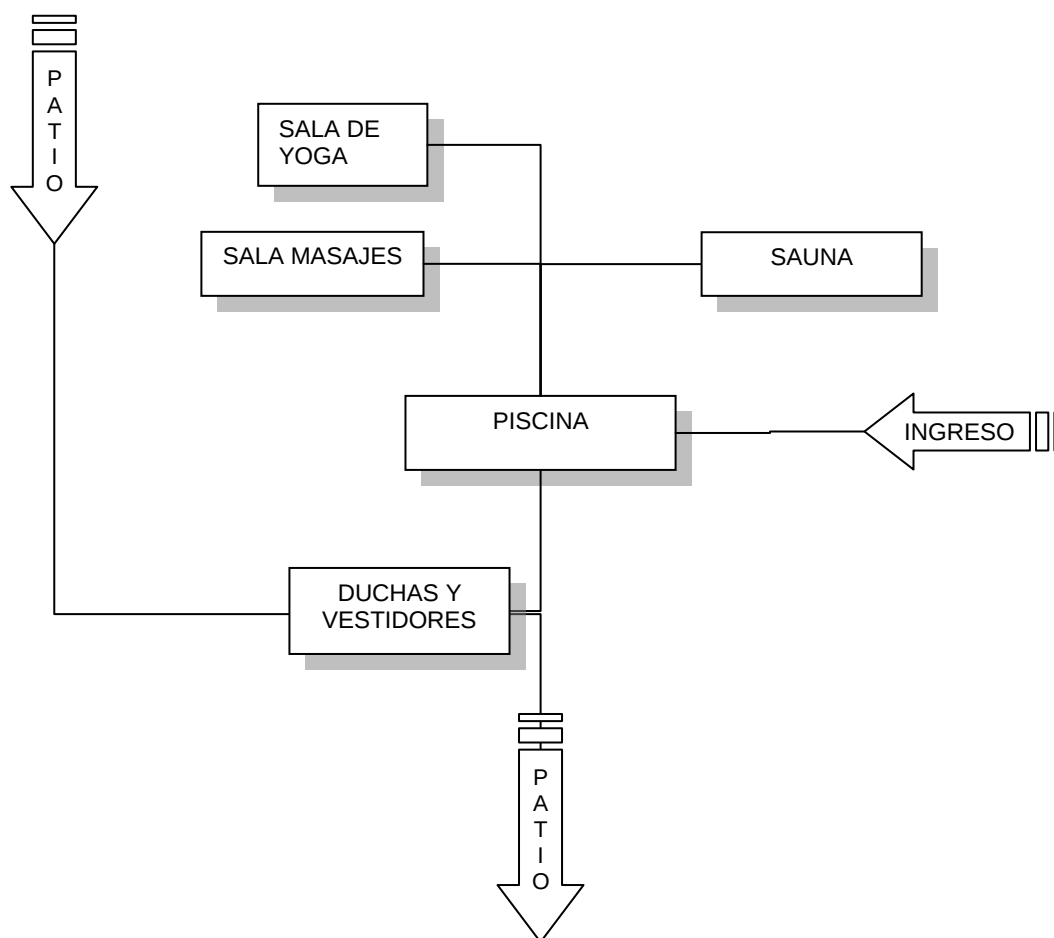


AREA SALUD



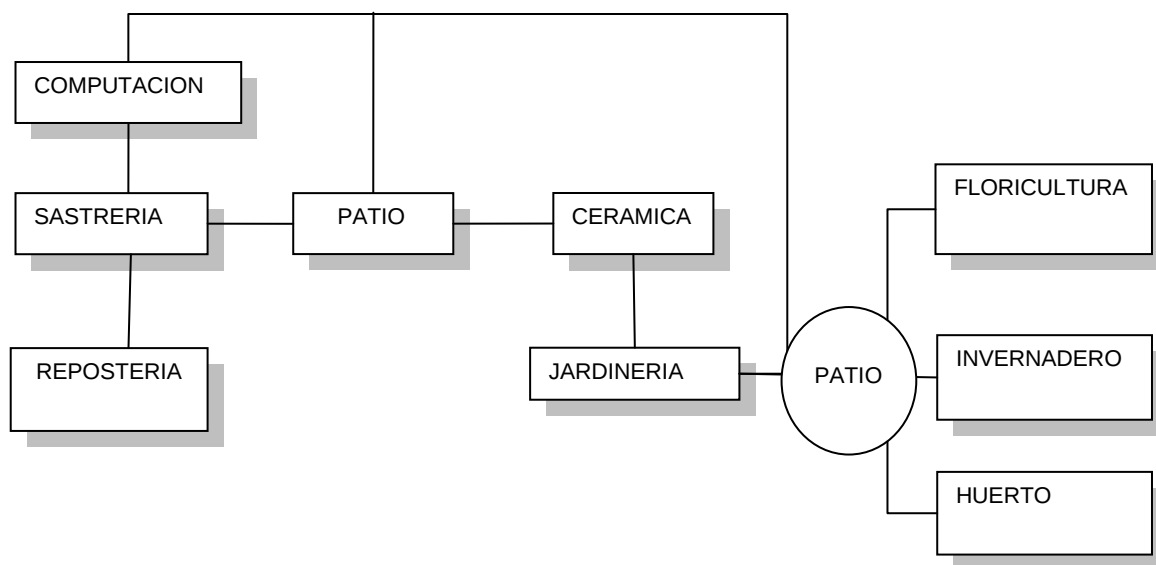


AREA TERAPIA FISICA



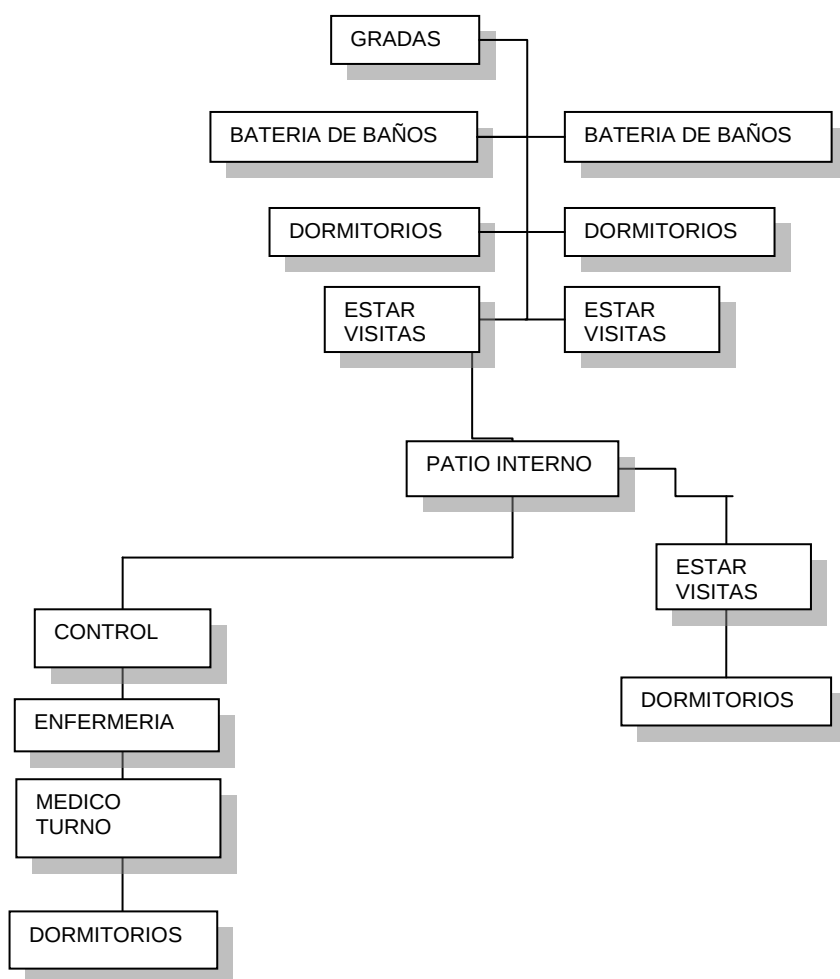


AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL



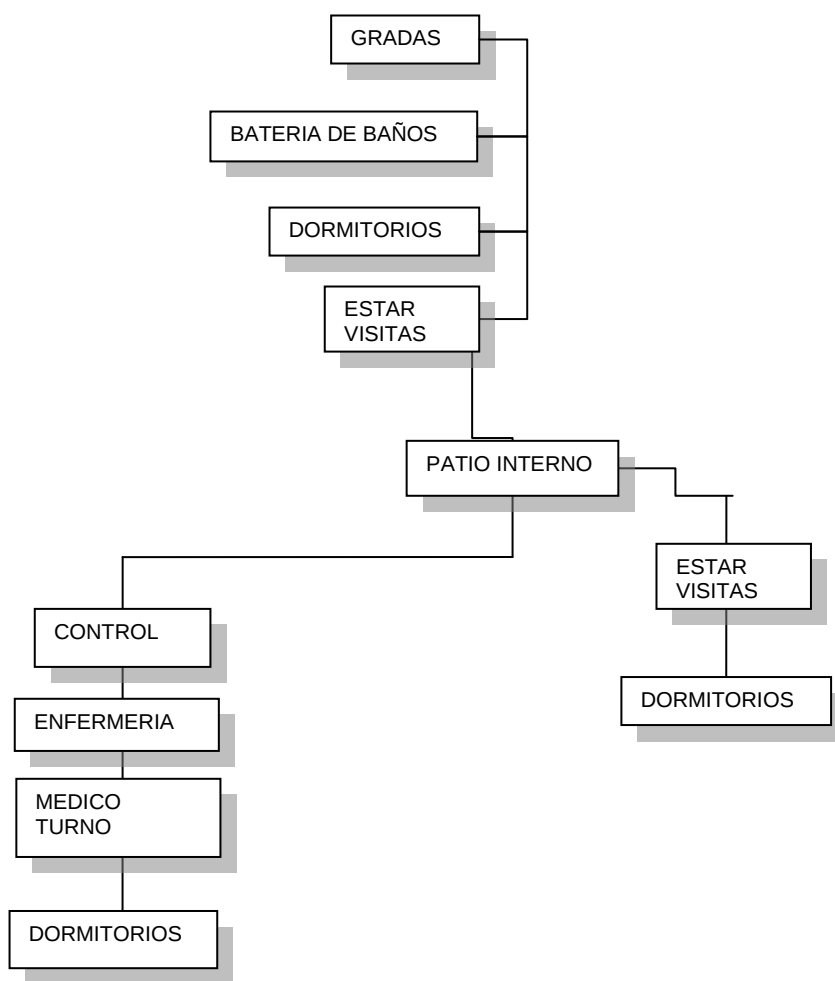


ÁREA PRIVADA DORMITORIOS VARONES



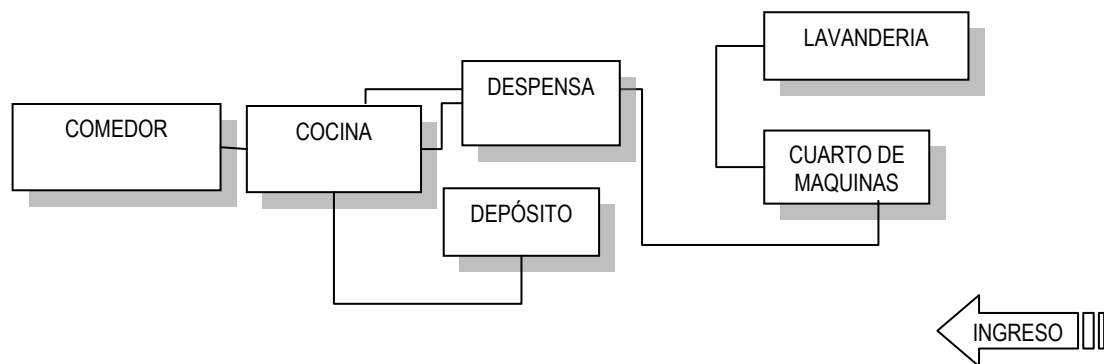


ÁREA PRIVADA DORMITORIOS MUJERES





ÁREA DE SERVICIOS



17. PROPUESTA ARQUITECTÓNICA

17.1. Propuesta Conceptual.-

La arquitectura orgánica sigue el mismo patrón geométrico que utiliza la naturaleza y la biología para crear vida, este es llamado geometría sagrada, y una de sus leyes más importantes es la utilización del concepto de “fractal”.

Esta fractalidad es la que le da la capacidad de tener vida y crecimiento a todas las cosas que nos rodean, el concepto de fractal está presente en las galaxias, planetas, naturaleza, cuerpo humano, biología, ADN, células, etc.

La forma se genera a partir de este concepto buscando ser un espacio creador de vida, lleno de movimiento y formas curvas, con este movimiento en el edificio se pretende evitar que los internos tengan la sensación de estar enclaustrados y que el proceso para su rehabilitación sea más llevadero.

