



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS ARAGÓN

***CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES
CIUDAD DE MEXICO***

PEDRO JUAN VIVAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SINODALES

ARQ. ESTEBAN IZQUIERDO RESENDIZ

ARQ. LAURA ARGOYTIA ZAVALAETA

ARQ. HUMBERTO ISLAS RAMOS

ARQ. ADRIAN GARCIA GONZALEZ

ARQ. JUAN MANUEL ROJO PORTILLO

DEDICATORIA

A LOS PROFESORES QUE PACIENTEMENTE UTILIZAN SU TIEMPO EN LA BUENA ENSEÑANZA, PORQUE ASEGURAN QUE LAS NUEVAS GENERACIONES GUARDEN EL CONOCIMIENTO Y A SU VEZ LO TRANSMITAN ALGUN DIA Y TAMBIEN A LOS PROFESORES QUE ALIENTAN EL ABANDONO DEL ESTUDIO PORQUE SON UN OBSTACULO MAS POR LIBRAR.

A LOS POCOS AMIGOS DE GRAN CORAZON QUE CON SU VALIOSA AYUDA PUDE LLEGAR HASTA ESTE PUNTO

A MIS PADRES QUE DEPOSITARON SU CONFIANZA Y SU APOYO EN TODO MOMENTO DURANTE TODO ESTE TIEMPO

Y POPR ULTIMO A LA CULPABLE DE QUE TODO ESTO SE HAYA REALIZADO, PORQUE SIEMPRE CREYO QUE PODIA LOGRARLO POR SER MI COMPAÑERA EN TODO MOMENTO, POR CURAR LO QUE NO SE PODIA CURAR Y PORQUE AHORA SE QUE EXISTE GENTE QUE DENTRO DE SI LLEVA UN GRAN CORAZON

ÍNDICE	PAG.		
INTRODUCCIÓN	3	4	MEDIO URBANO
1 INFORMACION		4.1	VIVIENDA 50
1.1 OBJETIVOS	4	4.2	VIALIDAD Y TRANSPORTE 51
1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	4	4.3	ASPECTOS ECONOMICOS 52
1.3 JUSTIFICACION	5	4.4	LA INDUSTRIA 53
2 INVESTIGACION		4.5	EL COMERCIO 54
2.1 ANTECEDENTES	6	4.6	SALUD 54
2.2 LAS ADICCIONES EN MEXICO	7	4.7	CULTURA 55
2.3 ADICCIONES SIN DROGAS	8	4.8	AREAS VERDES 55
2.4 SITUACION ACTUAL	21	4.9	EQUIPAMIENTO URBANO 56
2.5 CENTROS DE ATENCION	25	5	DEFINICION DEL AREA DE ESTUDIO
2.6 CONCLUSIONES	38	5.1	LOCALIZACION 69
3 INVESTIGACION DEL CONTEXTO		5.2	ANALISIS DEL SITIO 69
3.1 LA REPUBLICA MEXICANA	39	5.3	FENOMENOS CLIMATICOS 70
3.2 EL DISTRITO FEDERAL	39	5.4	SOLEAMIENTO 70
3.3 LA DELEGACION	41	5.5	HUMEDAD 71
3.4 MEDIO SOCIAL	41	5.6	PRECIPITACION PLUVIAL 71
3.5 MEDIO FISICO	46	5.7	TEMPERATURA 72
		5.8	VEGETACION 73
		4.9	VIENTOS 74

6 ANALISIS

6.1 JUSTIFICACION	75
6.2 PROYECTOS ANALOGOS	75
6.3 CONDICIONANTE ECONOMICA	78
6.4 NORMATIVIDAD Y REGLAMENTO	78
6.5 PROGRAMA ARQUITECTONICO	78

7 SINTESIS

7.1 PROGRAMA ARQUITECTONICO	85
7.2 SUJETO	86
7.3 CONCLUSIONES	86
7.4 PROGRAMA DE REQUERIMIENTOS	87
7.5 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO	89
7.6 CONCEPTO ARQUITECTONICO	90

8 ESTUDIOS PRELIMINARES

8.1 DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO	98
8.2 ESQUEMAS COMPOSITIVOS	102
8.3 ZONIFICACION	103

9 MEMORIA DESCRIPTIVA

9.1 ARQUITECTONICA	104
9.2 DE INSTALACION HIROSANITARIA	105
9.3 DE LA INSTALACION ELECTRICA	107
9.4 CALCULO ESTRUCTURAL	108
9.5 ELABORACION DEL PROYECTO	117

10 PRESUPUESTO	151
----------------	-----

CONCLUSIONES	153
--------------	-----

11 BIBLIOGRAFIA	154
-----------------	-----

INTRODUCCION

El problema de salud en México ha sido uno de los renglones mas determinantes para el desarrollo pleno del país, así como lo es para cualquier otra ciudad del mundo, ya que una sociedad con salud deficiente no puede alcanzar el progreso en ningún aspecto, tanto económico, político y social, es por ello que todo gobierno debería de tratar este ámbito de la salud como un punto de partida para lograr distintas metas de superación en todos los planos del desarrollo de la vida nacional.

Uno de los problemas que se han tenido hasta la fecha es que no se tienen los medios de apoyo y atención para todas aquellas personas que sufren de alguna adicción adquirida ya que estas personas no tienen un nivel digno de vida y se necesita la atención adecuada para integrarlos al máximo a su medio social y que sean individuos productivos.

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos, son la pérdida de control y la dependencia, así las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generales por sustancias químicas como los opiáceos ansiolíticos la nicotina el alcohol o conductas adictivas.

De hecho existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos (incluso saludables) como la comida el sexo las compras el trabajo el juego el Internet el bajar de peso que pueden convertirse en hábitos adictivos incluso hasta pueden interferir en la vida cotidiana del individuo.

Brevemente analizaremos las principales modalidades de las conductas adictivas, los factores de riesgo y las principales líneas de intervención terapeuta que tienen como objetivo la prevención de ciertas conductas adictivas así como la de recaer en las mismas.

Todas estas adicciones presentan características que las definen, básicamente la pérdida del control y la dependencia junto al síndrome de abstinencia cuando la persona deja de realizarlas, esto lleva a la persona a perder su libertad al quedar atrapada por su adicción.

La persona con una adicción organiza su vida en función de ella, vive por y para ella así que "todas las adicciones acaban por minar la vida de quienes las sufren y de todos los que lo rodean.

Algunas adicciones que hoy conocemos no eran pensables hace algunos años por esto es bueno conocer los factores de vulnerabilidad que hace que las personas sean adictas más que otras.

De este modo cada vez hay mas personas afectadas y muchas de ellas acuden a algún tratamiento por encontrarse afectada su vida a nivel personal, familiar, social y económico.

Lo que no cabe duda es de que las adicciones van a constituir un grupo de trastornos de gran relevancia en las próximas décadas si se mantienen las cifras actuales y su tendencia creciente con casi toda seguridad tendremos que hablar de que las conductas adictivas van a constituir el primer problema de salud mental del siglo XXI por su extensión de personas afectadas.

En este documento se tratara brevemente algunas de las diversas conductas adictivas, ya que la intención del mismo es de crear un espacio adecuado para la aplicación de tratamientos con buenos resultados para evitar la desintegración familiar y evitar que el adicto recaiga en el caso de que lo haya sido, y de no serlo el poder darse cuenta a tiempo de su comportamiento con tendencia a generar adicción y así evitar la misma

1 INFORMACION

1.1 OBJETIVOS

La creación de una alternativa para las personas afectadas por una enfermedad adictiva así como también para sus familiares como una opción al alcance de su nivel socioeconómico, es decir el desarrollo de un proyecto arquitectónico que pueda satisfacer la demanda de los centros de asistencia social en materia de salud, pero particularmente de centros dedicados a la atención y prevención de las mismas.

Desarrollar un proyecto que sea característico y representativo de este tipo de centros de atención, esto a través de la utilización de formas geométricas y elementos de diseño como el ritmo, la proporción y la armonía, que se traduzcan en componentes de una arquitectura capaz de satisfacer las necesidades del usuario.

El centro de internamiento tendrá como finalidad el de proporcionar una atención integral al adicto cuyo perfil diagnóstico requiere de un control más estrecho, tanto en el área médico psicológica como en el área social.

Lo anterior con el propósito de crear un lugar en donde el adicto no sea señalado ni juzgado como en el ambiente social externo, sino aceptado con sus cualidades y limitaciones, y de esta forma en un ambiente propicio, para que así mismo se rehabilite y se convierta en un agente activo para su propia recuperación.

Proporcionar tratamiento y capacitación a las personas de diferentes niveles, tanto culturales como económicas, sin importar la edad o el sexo, para poder programar, ya sea por tratamiento o por actividades, las necesidades requeridas por los pacientes.

Ofrecer capacitación a nivel profesional a voluntarios mediante cursos, talleres y seminarios.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Resulta preocupante el creciente índice de problemas relacionados con la utilización de sustancias tóxicas, ya sean legales o ilegales, si a esto le añadimos la variedad de adicciones sin drogas tenemos que la conducta humana es muy vulnerable y sobre todo en una ciudad con tantas carencias económicas, educativas, falta de trabajo y de atención a la salud.

Lo anterior es aún más grave, si tomamos en cuenta la permisividad social de algunas sustancias como el alcohol, y el tabaco ya que forma parte de una cultura de costumbres y festejos,

lo que parece incluso peor es la normalidad con la que se trata al adicto, haciéndolo creer que no existe ningún problema.

Se pretende hacer patente en este documento que el gobierno de nuestro país, debe extender los servicios de atención a la salud pública a todas las ramas y considerar a las adicciones como verdaderas enfermedades que provocan muchos problemas dentro de la sociedad, no solo por la baja productividad de cada individuo adicto sino por los índices de mortalidad que pueden incluso presentarse en personas no adictas es decir, una muerte provocada por el adicto.

Se ha encontrado que existe la asistencia social que apoya a los adictos en este tipo de problemas, pero la mayor parte de las veces se trata de asistencia privada como oceánica o instituciones de auto ayuda como lo es grupo Alcohólicos Anónimos, para el caso de los alcohólicos pero no contemplan todas las adicciones, para el caso primero sobra mencionar que los altos costos de este tipo de tratamientos dificulta o hace imposible la accesibilidad a sus servicios, en el segundo caso parece que los tratamientos han avanzado en la perfección de las terapias, lo cual deja rezagados a los centros que confrontan duramente al paciente consigo mismo. No basta con curar al adicto, se debe curar a toda la familia ya que también sufrió los estragos de la adicción, muchas veces la familia provoca la reincidencia del enfermo, ya que al estar bien este, ya estaban acostumbrados, a lo que los terapeutas lo llaman codependencia.

Actualmente el gobierno del D.F. cuenta con un centro que pretende llevar a cabo las nuevas terapias como las que utilizan los centros privados, pero no es suficiente ya que el cupo es limitado y los adictos sobrepasan sus expectativas de atención, y mucha de la población adicta no sabe ni siquiera de este centro de servicios. Es necesario por lo menos implementar uno de estos centros en cada una de las delegaciones políticas del D.F. además de implementar los programas necesarios para la prevención de estos problemas como son las pláticas de ex adictos y conferencias de expertos en lugares apropiados, así como la revisión de los comerciales que involucren la ingesta masiva de sus productos que hacen ver a los consumidores como gente de mundo o bien de pertenecer a grupos sociales divertidos y que proyectan una imagen que pretende influir en las actividades de la gente y principalmente de los jóvenes que se encuentran entre la población más vulnerable.

1.3 JUSTIFICACION

En el Distrito Federal existen alrededor de 10 mil personas que requieren atención profesional inmediata para enfrentar sus problemas de adicción

Se plantea que el centro proporcione el mismo sistema de tratamiento con el cual funciona la unidad Residencial para adicciones "Torres de potrero", utilizando el programa "Minnesota" que consiste en el tratamiento del adicto durante seis semanas.

A lo largo de mes y medio reciben tratamiento con medicamentos, terapias psiquiátricas, psicológicas y el apoyo y orientación de sus familiares.

En México existen dos centros privados de este tipo "Monte Fénix", donde cada paciente debe pagar 96 mil pesos por las seis semanas del tratamiento, y "Océánica", que cobra 150 mil pesos por el mismo tratamiento en el caso de adicción a las drogas.

Debido a la intención de abrir tres centros más que funcionen de la misma forma que la unidad "Torres de potrero", se plantea el proyecto actual para una de las delegaciones con mayor índice de adictos como lo es la Delegación Iztapalapa.

Por otra parte es conveniente mencionar que el "CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES" surge a partir de que cuando estuve trabajando para la delegación me di cuenta que hacen falta espacios para el tratamiento de las adicciones, desde la prevención, la desintoxicación hasta la rehabilitación del adicto con la intención de generar interés del Gobierno del D.F. para reintegrar a los adictos al medio productivo.

La finalidad del centro es iniciar con una red de ayuda para enfermos adictos en la que este será prototipo para aliviar los dolores que causa el vivir alejado de una realidad, a la vez que ayudan a la reintegración de las familias que fueron afectadas por el individuo.

Es necesario mencionar que dentro de los planes del jefe de gobierno se plantea dar servicios a este tipo de problemas (las adicciones), enfrentándolos como uno de tantos causales de la desintegración familiar que a su vez induce al desorden, la delincuencia y las conductas antisociales. Ello traerá seguridad y tranquilidad pública.

Textualmente su programa de gobierno explica en el punto 19 la necesidad de atender este tipo de problemas.

....."19.- Pondremos en practica un programa especial de prevención a la delincuencia. Grupos de trabajadores sociales psicólogos y profesores recorrerán las colonias mas pobres de la ciudad. Visitaran las casas detectando problemas de desempleo, desintegración familiar, adicciones en general así como alcoholismo y drogadicción.

Se entrara en contacto con los jóvenes y sus familias para orientarlos, otorgar becas y facilitarles el acceso al trabajo, a la educación, al deporte, a la recreación y a la cultura.

Destinaremos 260 millones de pesos en seis años, 43 millones de pesos anuales, el 0.09% del presupuesto autorizado.....

La administración actual ha reestructurado prácticamente la totalidad de los programas de beneficio social existentes en la capital.

De esta forma desaparecieron áreas dentro del gobierno local y se crearon otras nuevas.

Este ajuste aun no concluye y un ejemplo de ello es precisamente lo que ocurre en "Torres de Potrero".

El 18 de enero del año 2001 se publico el decreto a través del que fue creado el instituto de Asistencia e Integración Social, entidad que centraliza todas las instancias del tipo, es decir, desde albergues para niños de la calle, mujeres y ancianos, hasta los destinados a la atención de problemas de adicción.

La titular del instituto de Asistencia e Integración Social Rosa Márquez aclaro que la nueva administración capitalina "no quiso detener la operación de los centros que existían desde la administración de Rosario Robles". En materia de adicciones "lo que hicimos fue reactivar el Consejo para las adicciones del D. F. que estaba muerto.

De acuerdo con el diagnostico realizado por una nueva instancia del gobierno local, hay zonas en el Distrito Federal donde el problema de las adicciones crece de manera alarmante entre las cuales se encuentra la Delegación Iztapalapa, con el mayor índice con respecto a las demás delegaciones.

2 INVESTIGACION

2.1 ANTECEDENTES

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica. Todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Mesoamérica como los grupos tribales de las regiones periféricas, tenían un conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales.

En México eran usadas por los indígenas plantas alucinógenas (marihuana, peyote, hongos, toloache, etc.), con fines mágicos, curativos o de rituales, después se sabía que eran utilizados por algunos grupos o personas sin llegar a ser un problema de salud pública.

Quizá la sustancia de uso más extendido en el México prehispánico fue el pulque, la bebida fermentada por excelencia. Fue proverbial el riesgo que corría el bebedor de pulque de ser poseído por los centzontochtín, los “cuatrocientos conejos”, deidades del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez puede provocar en los diferentes individuos.

Todos los cronistas de la época concuerdan en señalar que los indios eran individuos con tendencias al vicio del alcoholismo y que era verdaderamente escandalosa la proporción de borrachos entre ellos y la magnitud del problema.

El cultivo de la caña de azúcar, promovido desde muy tempranas épocas por el propio Hernán Cortés en el Marquesado del Valle, trajo como consecuencia la disponibilidad del aguardiente de caña en el mercado, al que pronto se aficionó gran parte de la población de las mismas zonas de producción.

Problema social de gravedad indescriptible, fomentado por el sistema en las tiendas de raya durante la segunda mitad del siglo XIX, que incorporaron al paisaje el panorama de los borrachos sabatinos sentados o peleando frente a estas tiendas. El consumo de bebidas alcohólicas y las adicciones resultantes continúan en el primer plano de la problemática de salud pública.

El bangué se hace pulverizando las hojas, y a veces la semilla de un cáñamo parecido al del lino alcanave, comenta García de Orta en el octavo de sus Coloquios dos simples da india, libro publicado en Goa Ciudad y puerto de la India en la costa de Malabar, donde vivió y ejerció su autor, Orta en 1583*. Y añadía.

.....y el efecto de esto (de beberlo) sacan estar fuera de sí, como elevados, sin ningún cuidado y placenteros, y algunos ríen totalmente, y yo oí a muchas mujeres que lo usan cuando van a estar con algún hombre chocarreras y graciosas y también se dice que fuera inventado para que los grandes capitanes en tiempos pasados se embriagarán..... Para olvidarse de sus trabajos, estar sin preocupaciones y poder dormir.....*.

El consumo del bangué era bastante común entre los europeos que habitaban en Goa, y si las noticias de sus agradables propiedades llegaron a Europa, no ocurrió así con la advertencia acerca de la sustancia que el propio de Otra no existía ni era medicina “de las nuestras”.

Las investigaciones etnográficas han resaltado la existencia, a lo largo de toda la costa del Golfo de México, existieron plantas, como el frijol de playa o el axocatzin o malva colorada que tiene efectos a los que produce la intoxicación con marihuana.

Es evidente que el Opio era bien conocido desde la antigüedad y constituyente esencial en multitud de recetas medicas, desde esta perspectiva, es imposible afirmar que la Opiomanía tuvo ante todo origen médico.

En el Renacimiento una vez más el hombre Occidental presta atención al Opio y a sus efectos. Lo que llama la atención es lo exótico de su procedencia y lo misterioso de su intoxicación.

Andrés Laguna en su versión y comentario a la materia médica de Dioscorides, señala sus efectos analgésicos narcóticos, insistiendo en que se trata de un veneno al que califica de “sabroso”, el cual debería administrarse en preparados que tengan más de seis meses de confeccionados y en los casos en que los dolores son insoportables.

Llama la atención que en la literatura médica mexicana el Opio sigue apareciendo durante todo el siglo XIX, más en función de sus efectos médicos que para señalar algunos de los problemas inherentes a las adicciones que pudiera provocar.

No sabemos a ciencia cierta donde ni como se inició la costumbre de fumar Opio, pues como se observó, en oriente se comía, y esta fue la primera tradición que arribó a Europa, es posible que ese uso fuera propiciado por la manera como se consumía el tabaco. El hecho es que esta costumbre se extiende a partir del siglo XIX, y mientras que los curiosos europeos continuaban comiendo Opio en gran medida, en China e Indochina proliferan los fumaderos y desde allí son exportados nuevamente.

Se tendría que analizar un estudio detallado para saber si la entrada de inmigrantes chinos en el país a través de las costas del Océano Pacífico, especialmente las de Sonora y Sinaloa y el sur de Oaxaca y Chiapas, trajo consigo la introducción de la costumbre de comer o fumar el Opio y las adicciones consecuentes.

2.2 LAS ADICCIONES EN MEXICO

LA MORFINA

Las primeras sustancias estudiadas fueron los alcaloides cuyo nombre genérico proviene del ya entonces legendario álcali de los árabes y a las que se identificó de entrada como las causantes de la actividad farmacológica de las plantas que las producían.

La amapola es una de las plantas que fueron prioritaria y exclusivamente investigadas y sujetas a condiciones experimentales.

Para 1803 Fredericus Wilhelmus Adamus Setumer logro aislar de ella un principio activo, la morfina, sustancia que al principio se pensó era un ácido.

Desde entonces Setumer recalco que se trataba de un producto susceptible de provocar el sueño, lo que dio al fármaco descubierto el apelativo de morfina.

Las guerras, la atención a los heridos y la necesidad de calmar sus dolores favorecieron la difusión del empleo analgésico de la morfina y pronto se empezó a hablar de morfínismo.

En México desde 1876 se mencionaban las terapéuticas experimentales a base de morfina y pronto se plantea la problemática de la adicción y su tratamiento con cafeína y sus repercusiones sobre la vida social de los así afectados.

Es digno de mencionarse que en la década de los años treinta del siglo XX, el recién organizado Hospital de Toxicómanos se enfocaba fundamentalmente al internamiento y segregación de pacientes con adicción a la morfina, de fumadores de marihuana sumada al empleo de otras sustancias adictivas, entre ellas inhalantes, y las mas de las veces con serio deterioro mental, y en menor grado de alcohólicas. Por igual, los proyectos de legislación y la entrega de dotaciones de drogas a adictos registrados por las autoridades sanitarias correspondientes, como sucedió pocos años después de estar a cargo de la oficina el doctor Leopoldo Salazar Viniegra, incluía en primer término la morfina y la apomorfina.

LA COCAINA

La coca no se libro de los químicos. Para 1855 J.F.W. Jonson, en el segundo volumen de su Química de la vida común, publicaba los resultados de sus intentos para aislar el principio activo de las hojas de la coca, y llegaba a la conclusión de que no era uno sino tres: una resina aromática a la que atribuía las propiedades narcóticas; una sustancia amarga que no había podido aun identificar químicamente, pero que consideraba análoga a la teina y a la cafeína, y a la que atribuía todos los efectos estimulantes, y al ácido tánico.

En ese mismo año de 1855, F.A. Goedecke intensifico los esfuerzos para aislar los alcaloides, obteniendo una sustancia que denominó eritroxilina y resulto ser una mezcla de varios de los alcaloides contenidos en la planta. Entre 1859 y 1860 se da el paso final que condujo al aislamiento de la cocaína. Esto fue realizado en el instituto Wohler de Gotinga por el investigador Albert Niemann (1860).

Poco es lo que dice la literatura médica mexicana acerca de la cocaína, hablándose en el año de 1885 y de sus efectos fisiológicos y de la ventaja del uso del muriato sobre el de otras sales. Un solo artículo de 1890 se refiere al envenenamiento por cocaína y a su tratamiento mediante ácido fenico.

Es evidente que los patrones, epidemiológicos del uso de la cocaína, primero inyectada y después en polvo, han seguido el reflejo de lo que sucede en EUA.

En la actualidad se hace necesario un estudio de fondo a fin de analizar los grupos sociales que se han convertido en población de riesgo para la adicción a la cocaína, sin dejar de señalar la incidencia de este problema entre miembros de clases socioeconómicas altas y con disponibilidad de recursos para ello.

Es un hecho que en los últimos años el establecimiento de un comercio ilegal de drogas, entre ellas deben destacarse la cocaína y sus derivados en primer lugar con la marihuana, como el siguiente de relativo bajo costo, ha determinado la configuración de áreas de alto consumo y situaciones de concentración de hechos delictivos, ubicadas sobre todo a lo largo de la frontera norte de nuestro país y en la zona litoral de Quintana Roo.

LOS INHALANTES

Contrariamente a la historia de cualquiera de las otras sustancias que producen adicción, los diferentes inhalantes que comparten tal característica y que además presentan mucho mayor riesgo de daño cerebral, se distinguen por tener una historia sórdida. En comparación con la aventura en el conocimiento de drogas con rasgos heroicos que basan su existencia a partir del placer provocado por ciertos periodos, los inhalantes caen a menudo en el anonimato.

El éter y el cloroformo, que en Europa tuvieron una historia a veces turbulenta, y hasta literaria, no dejaron en México huella de su presencia como drogas usadas por placer, reduciéndose el uso aparentemente a sus acciones medicas.

Por otra parte el Thinner, y mas tarde los cementos y las resinas, hacen su aparición de una manera inesperada a partir del siglo pasado, iniciándose el consumo por los años veinte, para recrudescer en razón de situaciones sociales de marginación y a la falta de oportunidades para la vida, acrecentadas por la migración del campo a las diferentes áreas urbanas a partir de los años cincuenta. La historia de las adicciones a los inhalantes esta aun por estudiarse y es mas que nada debido a su utilización en zonas por personas con grave marginación social.

2.3 ADICCIONES SIN DROGAS

- JUEGO
- SEXO
- COMIDA
- COMPRAS
- TRABAJO
- BAJAR DE PESO
- INTERNET ENTRE OTRAS

Las drogas tienen una notable capacidad de aumentar los niveles de un neuro transmisor denominado DOPAMINA.

Precisamente el aumento de dopamina en el cerebro de los adictos es lo que provoca el subidón, la sensación de euforia producido por ejemplo por la cocaína, pero la dopamina puede aumentar también con un contacto sexual un atracón de comida el placer de comprar o el olor a nuevo o el enganche a una maquina tragamonedas muy de moda por cierto.

Los sujetos una vez adictos a una sustancia o a una conducta, se habitúan a altas concentraciones de dopamina.

La distinción entre drogas duras y blandas es irrelevante mas que el tipo de sustancia, lo que importa en una toxicomanía es la dependencia y en último termino la pérdida de libertad de la persona. Por ello el trabajo puede convertirse en una droga dura para un asmático si este persiste en su consumo.

Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia de este modo las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas como los opiáceos los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol, de hecho existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas.

Simplemente hay que señalar que las conductas normales incluso saludables se pueden hacer usos anormales en función de intensidad de la frecuencia o de la cantidad del tiempo/dinero invertido y en último termino en función del grado de interferencia en las relaciones familiares sociales y laborales de las personas implicadas.

Cualquier conducta normal placentera y es por ello susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo pero esto solo ocurre cuando el sujeto muestra perdida de control al realizar una determinada conducta continua con ella y a pesar de las consecuencias negativas, manifiesta una dependencia de la misma y no puede quitársela de la cabeza se muestra desasosegado si no puede llevarla a cabo, de inmediato y por ultimo pierde interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes. Desde esta perspectiva, lo que diferencia al hábito de la adicción es que esta ultima tiene efectos contra producentes para el sujeto.

LIMITES ENTRE LAS CONDUCTAS NORMALES Y LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

- Perdida de control
- Fuerte dependencia psicológica
- Perdida de interés por otras actividades gratificantes
- Interferencia grave en la vida cotidiana

Las adicciones psicológicas (adicciones sin drogas) no figuran incluidas como tales en el DSM- (American Psychiatric asociación, 1994). En estas clasificaciones psicológicas el termino adicción se reserva por los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, opiáceos, etc.). Pero no deja de ser un error por que el perfil clínico de las adicciones psicológicas y el enfoque terapéutico requerido son muy similares a los del resto de las adicciones.

Algunas adicciones, como la ludopatía o la adicción al trabajo, están fomentadas por la sociedad actual, que prima el éxito y el dinero rápido. Así mismo la adicción a las compras no es ajena a los valores sociales, que impulsan al consumo en una sociedad en la que es tanto mas cuanto mas se tiene y que no ve ningún peligro en el consumo desmesurado.

Las adicciones psicológicas son muy similares a las toxicómanas. Conviene resaltar este hecho porque todavía existen muchas personas que consideran a estas conductas –El juego por ejemplo- como un vicio. Esta idea es un error. El vicio es una categoría moral; las adicciones psicológicas, sin embargo, constituyen un trastorno mental.

La percepción social es diferente en función de los diversos tipos de adicciones. Todas son valoradas como negativas, pero el grado de desaprobación varia. En el extremo de mayor rechazo social se sitúa la conducta adictiva considerada como delito (El exhibicionismo, por ejemplo); en un punto intermedio de desaprobación menor se valora una adicción considerada como enfermedad (La ludopatía, por ejemplo); y en el extremo de menor rechazo se sitúa la adicción considerada meramente como un mal hábito (Por ejemplo, la adicción a la comida o a las compras). Estas diferentes percepciones sociales tienen diversas implicaciones para la posible necesidad del tratamiento, el control que se espera de la persona y la percepción de la gravedad de las consecuencias.

ADICCIONES PSICOLOGICAS

La drogodependencia habitualmente se refiere a las sustancias químicas, pero se cuenta actualmente con suficiente experiencia clínica como para poder hablar de adicciones psicológicas. No es exagerado señalar que ciertas conductas, como el juego patológico, la dependencia del ordenador, la hipersexualidad (normal y parafilica), la adicción a la comida (sobre ingesta compulsiva), el ejercicio físico excesivo (vigorexia) la dependencia de las compras y las compras de alimentos bajos en calorías o los llamados productos Light (ortorexia), el trabajo absorbente, etc. Pueden considerarse psicológicamente como adicciones.

Todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos –El aspecto placentero de la conducta en si misma-, pero terminan siéndolo por reforzadores negativos –El alivio del malestar-. En estos casos el sujeto muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actuó con ansia y de forma impulsiva y pierde interés por cualquier otro tipo de actividades gratificantes anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas.

La dependencia entendida, como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conforman el núcleo central de la adicción. Lo que caracteriza, por tanto, una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que el sujeto establece con ella (Echeburia y Corral, 1994).

CLASIFICACION DE LAS ADICCIONES	
TIPOS	VARIANTES MAS COMUNES
Patológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Juego patológico • Adicción al sexo • Adicción a las compras • Adicción a la comida • Adicción al trabajo • Adicción al teléfono celular • Adicción al Internet • Adicción al ejercicio físico • Adicción a bajar de peso
QUIMICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Adicción a los opiáceos • Alcoholismo • Adicción a la cocaína y a las anfetaminas • Adicción a las benzodiazepinas • Tabaquismo • Solventes

La secuencia evolutiva habitual de las adicciones psicológicas es la siguiente (Krych, 1989):

- a) La conducta es placentera y recompensante para la persona.
- b) Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no esta implicada en ella.
- c) La conducta tiende a hacerse cada vez mas frecuente. El sujeto pierde interés por otro tipo de actividades anteriormente gratificantes.
- d) El sujeto tiende a quitar importancia al interés o al deslumbramiento suscitados en el por la conducta (mecanismo psicológico de la negación).
- e) Se experimenta un deseo intenso –sentido periódicamente- de llevar a cabo la conducta y se tienen expectativas muy altas acerca del alivio del malestar que va a sentir tras la ejecución de la conducta.
- f) La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Hay una justificación personal y un intento de convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad.
- g) A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos –habitualmente fallidos- de controlar la conducta por si mismo.
- h) Lo que mantiene ahora la conducta no es ya el afecto placentero, sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.
- i) El sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se empobrecen debido a la falta de uso. De este modo, el comportamiento adictivo se convierte en la única iba para hacer frente al estrés.
- j) La conducta adictiva se agrava. Una crisis externa –la ruptura de la pareja, una estafa, la pérdida del empleo, etc.- lleva al paciente o a la familia a solicitar tratamiento.

Como consecuencia de todo ello, los comportamientos adictivos se vuelven automáticos, emocionalmente activados, con poco control intelectual sobre el acierto o error de la decisión. El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las posibles consecuencias negativas a largo plazo.

La experimentación del síndrome de abstinencia es el núcleo fundamental de todas las adicciones, sean estas químicas o psicológicas. Al margen de los aspectos peculiares de cada adicción específica, las características comunes de un síndrome de abstinencia son las siguientes.

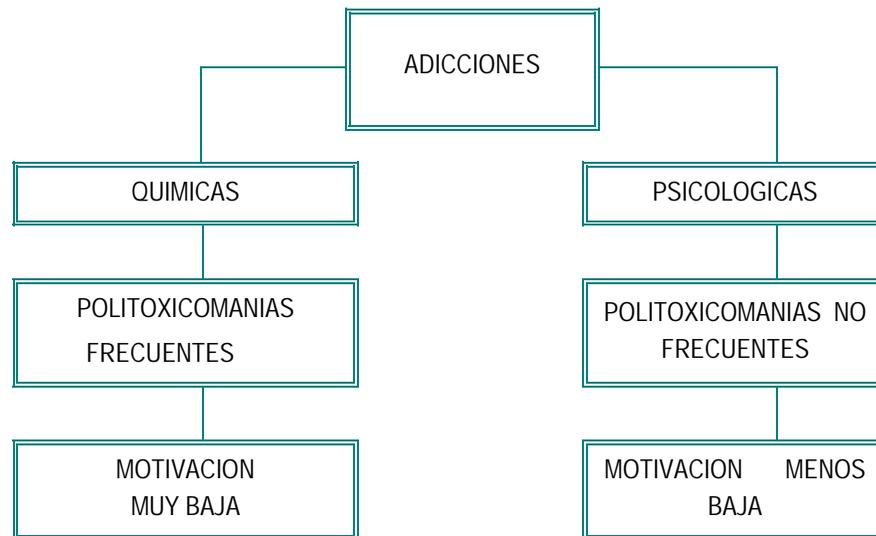
CARACTERISTICAS PECULIARES DEL SINDROME DE LA ABSTINENCIA

- IMPULSO EN FORMA DE DESEO INTENSO
- TENSION CRECIENTE HASTA LA EJECUCION D E LA CONDUCTA
- DESAPARICION TEMPORAL DE LA TENSION
- VUELTA GRADUAL DEL IMPULSO ASOCIADA A ESTIMULOS INTERNOS Y EXTERNOS
- CONDICIONAMIENTO SECUNDARIO A DICHOS ESTIMULOS

- a) Impulso intenso para realizar una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona que la ejecuta.
- b) Tensión creciente (humor depresivo, irritabilidad, deterioro de la concentración, trastornos del sueño, etc.) hasta que la conducta es llevada a cabo.
- c) Desaparición temporal de la tensión.
- d) Vuelta gradual del impulso con fuerza creciente, que esta asociada a la presencia de estímulos internos (disforia, tensión emocional, aburrimiento, recuerdos del placer experimentado en ocasiones anteriores, etc.) y externos (olor a alimentos en el caso de un adicto a la comida o la visión de una mujer a solas en el caso de un sexo adicto).
- e) Condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos.

Las adicciones psicológicas se diferencian, sin embargo, en algunos aspectos de las adicciones químicas. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones químicas múltiples (tabaco, alcohol, ansiolíticos, cocaína, etc.) es decir, las poli toxicomanías- son relativamente habituales. No es frecuente, por el contrario, encontrarse con pacientes aquejados de adicciones psicológicas múltiples (ludopatía, hipersexualidad, sobre ingesta compulsiva, etc.). Ello no basta para que en algunos casos la adicción al trabajo, determinada por la ambición desmesurada de superar a los demás y de lograr una alta meta profesional, pueda ir acompañada del consumo de cocaína o de otros estimulantes como factor energizante del rendimiento, o que la ludopatía coexista con un consumo abusivo de alcohol como forma de hacer frente a las pérdidas experimentadas.

Respecto al síndrome de abstinencia, en ambos tipos de adicciones hay una pérdida de control. Una posible diferencia es que en las drogas con una dosis se controla el síndrome de abstinencia; en las adicciones psicológicas, por el contrario, el paciente –un jugador patológico o un adicto a las compras, por ejemplo- puede pasar horas incluso días jugando o comprando sin que ello ponga fin a su abstinencia (García Andrade 1993).



Desde una perspectiva terapeuta, la motivación para el tratamiento –siempre escasa y fluctuante- suele ser algo mayor en el caso de las adicciones psicológicas que en el caso de las adicciones químicas, lo que ofrece unas perspectivas terapéuticas más halagüeñas.

El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida. Normalmente este se obtiene repartido en diversas actividades: la familia, el trabajo, el sexo, la comida, las aficiones, el deporte, etc. Según señala Bertrand Russell en la conquista de la felicidad, el mayor número de aficiones e interés de una persona está en relación directa con una mayor probabilidad de ser feliz. Las carencias en una dimensión pueden compensarse, en cierto modo, con las satisfacciones obtenidas en otra.

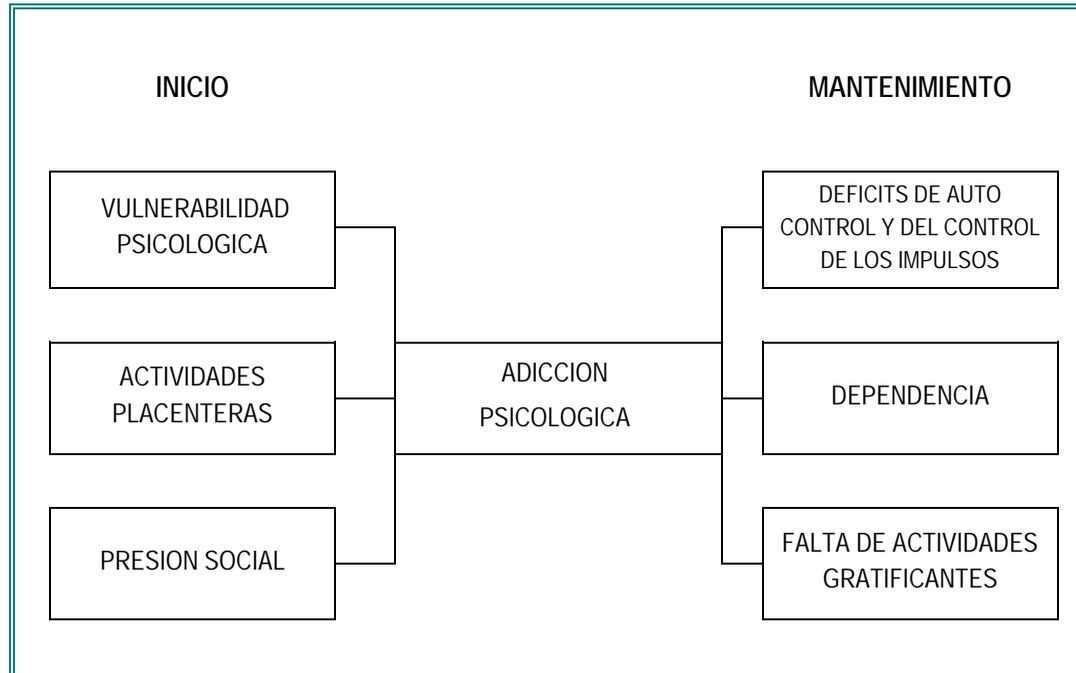
Por el contrario, si una persona es incapaz o se siente especialmente frustrada en una o varias de estas facetas puede entonces centrar su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto. De este modo la adicción es una afición patológica que al causar dependencia, restringe la libertad del ser humano (Alonso Fernández, 1996).

En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: la impulsividad; la distrofia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.); y la búsqueda exagerada de sensaciones. Hay veces sin embargo en que la adicción subyace un problema de personalidad –de baja subestima, por ejemplo- o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.

En último término, se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llenar esa carencia con sustancias químicas (drogas alcohol o tabaco) o sin sustancias (compras, juego, ordenadores o trabajo). Porque el cariño llena de sentido nuestra vida y contribuye de forma decisiva a nuestro equilibrio psicológico.

En resumen, un sujeto con una personalidad vulnerable y con una cohesión familiar débil corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a la mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (fracaso escolar, frustraciones afectivas, competitividad, etc.) o de vacío existencial (inactividad, aislamiento social, falta de objetivos, etc.).

El esquema del inicio y mantenimiento de las adicciones psicológicas esta descrito a continuación.



No es posible una clasificación estricta de las adicciones psicológicas. En realidad cualquier conducta placentera puede convertirse en adictiva si se hace un uso inadecuado de ella. Sin menospreciar el abuso que se puede hacer de ciertos instrumentos tecnológicos, como la TV, el teléfono o los videojuegos, o de ciertas practicas saludables como el deporte, en seguida se seleccionan y se analizaran en concreto las adicciones psicológicas que han resultado ser hasta el momento mas destructivas y que mayor demanda terapéutica generan.

ADICCION AL JUEGO

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en esta época. La afición a los juegos de azar (loterías, cupones, quinielas, tele juegos, etc.) o de habilidad (cartas apuestas diversas, etc.) esta muy arraigada en nuestro país y no es de modo alguno, una circunstancia de hoy.

Lo que si es un fenómeno nuevo actualmente es la irrupción de las maquinas tragamonedas – denominadas eufemísticamente recreativas-, así como la incorporación de los adolescentes y niños la mayoría a unos juegos que hasta ahora estaban reservados a los adultos.

La capacidad adictiva de las maquinas tragamonedas es muy alta. En primer lugar, porque están muy difundidas y el importe de las apuestas es bajo. En segundo lugar, porque, al ser el plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado muy breve, la conducta queda consolidada. En tercer lugar, porque el funcionamiento intrínseco de estas maquinas potencia una cierta ilusión de control. Es decir, el sujeto cree –erróneamente- que el mayor o menor grado de aciertos depende de su habilidad, cuando la realidad es que se trata de un juego de azar. Y por ultimo, porque las luces, la música, el tintineo mismo de las monedas, etc., suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiologica, que son gratificantes de por si.

Cuando una persona comienza a jugar mas dinero de lo que tenia planeado, prefiere hacerlo solo e intenta ganar para recuperar lo perdido y hacer frente a las deudas, continuando con el juego incluso cuando va perdiendo reiterativamente, y recurre a mentiras, esta ya en la antesala del juego patológico. Este se caracteriza por la perdida de control, la dependencia emocional respecto al juego y la interferencia grave en la vida cotidiana y en las relaciones familiares y sociales del sujeto. En realidad la urgencia para llevar a cabo la conducta y el malestar experimentado por el ludópata si se le impide hacerlo son muy similares al deseo compulsivo y al síndrome de abstinencia sufrido por los toxicómanos.

TRANSICION DEL JUEGO NORMAL AL JUEGO PATOLOGICO

- GASTAR MAS DINERO DE LO PLANEADO
- APOSTAR PARA RECUPERAR LO PERDIDO
- SEGUIR JUGANDO INCLUSO CUANDO SE HA PERDIDO

Las principales motivaciones para jugar que tiene un ludópata son las siguientes:

- a) **Superar el aburrimiento o tener relaciones sociales.** En personas con pocos intereses o aisladas socialmente, el juego puede desempeñar estas funciones.
- b) **Ganar dinero.** El juego no es un buen camino para ganar dinero. Un apersona normal, cuando apuesta, puede ganar o perder, un jugador patológico; por el contrario, a la larga siempre pierde, independientemente de que tienda a hablar mas de las ganancias que de las perdidas.
- c) **Olvidar los problemas.** Lo que ocurre es que el juego contribuye a aumentarlos. Los problemas no hay que olvidarlos, sino hay que saber afrontarlos.
- d) **Conseguir niveles altos de excitación.** Pero cuando una persona se encuentra excitada, cuenta con mayor probabilidad de tener problemas con el control de dinero. Si una persona busca excitación, mejor es encontrarla en otras actividades (el deporte, la lectura, los viajes, etc.) que no planteen problemas de juego.
- e) **Ser fieles a un hábito de juego.** La costumbre puede llevar a una persona a no abandonar un hábito que ha comenzado a crearle dificultades. En cualquier caso, lo importante no es saber porque se comenzó a jugar, sino saber como dejar de hacerlo

El daño causado por la adicción al juego se manifiesta en diferentes áreas de la persona

- a) **En el ámbito personal.** Los ludopatras no se encuentran bien habitualmente. Perder dinero, no saber como hacerle frente a las deudas contraídas, mentir a los amigos y familiares, descuidar sus obligaciones cotidianas, etc., les genera un nivel de malestar general (tristeza, ansiedad o irritabilidad) y, en ultimo termino, un concepto de si mismo muy deteriorado.
- b) **En el plano económico.** La situación económica suele ser apurada y las deudas contraídas cuantiosas. No son frecuentes los robos o estafas y el sometimiento de la familia a penurias económicas relacionadas por la ludopatía.
- c) **En la situación laboral.** El rendimiento en el trabajo se resiente como consecuencia de los pensamientos constantes en el juego y de las faltas o abandono del trabajo, sin descartar aquellos casos de despido por robo o por incumplimiento manifiesto de la responsabilidad laboral.

- d) **En el entorno familiar.** La dedicación al juego impide al adicto prestar la atención debida a la pareja y a los hijos. Vivir con un jugador es muy duro, y no todo el mundo esta dispuesto a aguantarlo.
- e) **En la vida social.** Los jugadores patológicos disponen de poco tiempo para las relaciones sociales y acaban por abandonar sus relaciones anteriores. Los amigos, mas aun en el caso de que hayan prestado algún dinero no recuperado, acaban por volverle la espalda al jugador, que de esta manera, se queda mas aislado y mas deprimido.
- f) **En las relaciones con la justicia.** Lo que algunos jugadores entienden como "tomar prestado" no es otra cosa que robar. Los ludopatras están implicados con frecuencia en conductas penadas por la ley; falsificación de cheques, emisión de cheques sin fondos o posfechados, impago de renta o vivienda etc.

ADICCION AL SEXO

La adicción al sexo que afecta mas a los hombres consiste en un exceso desbordante de deseos y conductas sexuales que el sujeto se siente capaz de controlar. El impulso incontrolado se traduce en una conducta sexual breve, frecuentemente poco satisfactoria que se repite con intervalos variables siempre cortos –entre algunas horas y escasos días-, con mujeres distintas y sin reparar en los perjuicios de toda indole que tal conducta ocasiona a uno mismo y a su familia. A veces se pueden invertir hasta cuatro horas diarias, pero los pensamientos sobre el tema pueden ser casi constantes. De este modo la conducta amorosa se reduce a una mera urgencia biológica irreprimible con el único objetivo de la penetración/eyaculación y sin dejar espacio a la comunicación ni a la ternura.

Se trata de un tema recurrente en el cine y en la literatura, desde *Catherine Deneuve* en *Belle de Your* hasta la inolvidable *Lulu*, el personaje de *Almudena Grandes* que deambula por ambientes sórdidos a la búsqueda de todo tipo de experiencias con las que superar la dependencia de su amor verdadero.

Mas allá de la cantidad, lo que aparece en primer plano es una conducta sexual irrefrenable que genera auto gratificación y, especialmente, el alivio a un malestar interno. Se trata de conductas no deseadas –ahí esta la diferencia con la promiscuidad o el apasionamiento- y que producen consecuencias muy negativas para el sujeto: (enfermedades de transmisión sexual),

Psicológicas (sentimiento de culpa y vergüenza, ruptura matrimonial no deseada, daño a los hijos, autoestima devaluada, soledad, etc.) y sociales (pérdida de empleo, devaluación del estatus socioeconómico, etc.) esta vorágine de sexo sin control lleva a un abandono de las obligaciones familiares, sociales y laborales. La vida sexual se vive en secreto y con culpa. La depresión, incluso con ideas de suicidio, esta muy asociada a este tipo de conductas (Earte y Osborn 1995

ADICCION AL SEXO

- CONDUCTAS NO DESEADAS
- INTERFERENCIA EN LA VIDA DIARIA
- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
- SENTIMIENTOS DE CULPA
- RUPTURA DE PAREJA NO DESEADA
- SEXO COMO UN ALIVIO DE UN MALESTAR

Las mujeres afectadas sufren una doble sensación de vergüenza en función de su rol de protección de la familia y experimentan un descenso total de la autoestima.

La adicción al sexo puede revestir diversa formas: masturbación compulsiva, búsqueda ansiosa de relaciones sucesivas con múltiples amantes, frecuentación habitual de prostibulos, consumo abusivo de teléfonos eróticos, llamadas telefónicas obscenas o recurso irrefrenable a las paginas de Internet dedicadas al sexo, en donde se intentan satisfacer fantasías sexuales de toda índole. El contenido de la adicción puede referirse a una sexualidad normal (es decir, a relaciones consentidas con adultos) o una sexualidad parafilica (por ejemplo, el exhibicionismo o la pedofilia).

La búsqueda de la persona deseada (generalmente del sexo opuesto) suscita una gran tensión emocional en el caso de las líneas eróticas y una excitación sexual que pueden aliviarse con conductas masturbatorias.

El consumo abusivo del alcohol o de las drogas suele estar asociado a la adicción al sexo. De hecho la función desinhibidora del alcohol facilita la implicación en conductas sexuales que generan un grado de malestar en las personas en los momentos de lucidez.

CONDUCTAS IMPLICADAS EN LA ADICCION AL SEXO

- AUTO EROTISMO COMPULSIVO
- BUSQUEDA ANSIOSA DE MULTIPLES AMANTES
- FRECUENTADORES HABITUALES DE PROSTIBULOS O TELEFONOS EROTICOS
- CONDUCTA HIPERSEXUAL Y OBSESIVA CON UNA RELACION

Los signos alentadores de la adicción al sexo son múltiples: a) fantasías sexuales alejadas de la relación de pareja; b) conductas sexuales anónimas, múltiples y breves; c) sexualidad compartida (prostitutas, teléfono erótico, etc.); d) conductas de "voyeurismo"; e) acoso sexual a personas dependientes del sujeto; y f) contactos con niños.

Aunque aun no se conoce con detalle el origen de esta adicción, algunas dimensiones de personalidad (impulsividad, autoestima deficiente, etc.), ciertos antecedentes en la infancia (abusos o traumas sexuales) o en la adolescencia (rechazos en el ámbito afectivo erótico) o diversos elementos situacionales actuales (soledad o vacío existencial, relación de pareja insatisfactoria, etc.) parecen desempeñar un papel importante.

RETRATO DEL "OBSEXO" (ENGANCHADO AL SEXO)

- a) La sexo adicción es un trastorno de tipo obsesivo
- b) La sexo adicción, que afecta sobretodo a los hombres, aumenta con la falta de satisfacción sexual, va unida a la ansiedad y a la depresión.
- c) El sexo adicto confunde el amor con el éxtasis sexual. El sexo es la única vía para conseguir una gratificación personal y afectiva.
- d) El sexo se percibe como una cadena de penetración/eyaculación, sin la existencia de caricias y ternura
- e) Se considera a las personas solo en función de su sexo.
- f) La vida sexual se vive en secreto y con culpa. Se concibe el sexo como una forma de solucionar todos los problemas, aunque se contradiga su propio deseo.

ADICCION A LA COMIDA

La sociedad actual postula unos cánones estéticos definidos por la delgadez y, al mismo tiempo, presta una gran publicidad a todo lo referido a la comida. Se convierte así en una gran fábrica de obesos, a los que, además desdeña. De hecho el 75% de los obesos puede sufrir algún episodio depresivo en su vida.

Comer más de lo que se necesita es un fenómeno habitual en los países desarrollados. Se engorda porque la gente utiliza la mesa y la comida como centro de diversión, de relación social o de vía de escape para eliminar la ansiedad que provoca el estrés laboral y emocional. En la gran mayoría de los casos la obesidad oculta estados de depresión, ansiedad, inseguridad, irritabilidad y profunda insatisfacción.

Los tres momentos básicos de la conducta alimentaria son: el apetito o el hambre, la ingestión de alimentos; y la sensación de saciedad (que aparece más tardíamente).

La sobre ingesta compulsiva, reflejo de la adicción a la comida, supone la presencia regular de atracones sin control por parte del sujeto. Estos se inician de una forma brusca, precedidos de una sensación de hambre voraz incontenible, y suponen la ingestión – habitualmente en solitario o a escondidas- de una gran cantidad de alimentos (sobre todo, pasta, chocolate, dulces u otros productos de alto valor calórico, comida chatarra) en un periodo corto (20-60 minutos) hasta que el sujeto se encuentra desagradablemente lleno. El consumo de calorías en cada atracón puede oscilar de 1,500 a 5,000

Los efectos de los atracones son gratificantes de inmediato (reducción de la inquietud y sensación de euforia), pero a los pocos minutos generan un nivel de malestar físico (dolores abdominales, somnolencia, sensación de pesadez, etc.) y de desasosiego psicológico (sentimiento de culpa ante la pérdida del control, descenso de la autoestima, estado de ánimo deprimido, profundo malestar al recordar el atracón, etc.). La adicción a la comida supone un ansia por ingerir alimentos –atracción irresistible y sensación de no parar-, que, si se frustra, genera ansiedad o irritabilidad.

La sobre ingesta compulsiva suele venir acompañada de una mayor o menor obesidad. No es lo mismo, sin embargo, comer mucho que ser adicto a la comida. En el primer caso no hay alimentos prohibidos en la dieta y hay una tendencia a comer lentamente, saboreando la comida. En la sobre ingesta por el contrario, la ingestión de alimentos esta controlada mas por reforzadores negativos (alivio del malestar) que por gratificaciones positivas (placer de la comida).

La adicción a la comida es asimismo distinta de la bulimia. En esta última se recurre a los vómitos inducidos y al consumo de laxantes/diuréticos o el ayuno y ejercicio intenso, hay una percepción distorsionada de la imagen corporal y hay una preocupación morbosa por el peso. Por el contrario, en la sobreingesta compulsiva se producen atracones recurrentes sin la conducta compensatoria inapropiada (purgas, ayuno o ejercicio físico excesivo) típica de la bulimia nerviosa. Respecto a la imagen corporal, puede haber, en todo caso, masa un desagrado o insatisfacción por el tamaño del cuerpo que la presencia de distorsiones graves de la imagen corporal propiamente dichas.

CONDUCTAS EN LA BULIMIA NO PRESENTES EN LA ADICCON A LA COMIDA

- VOMITOS
- LAXANTES/DIURETICOS/AYUNOS
- DISTORCION DE LA IMAGEN CORPORAL
- PREOCUPACION MORBOSA POR EL PESO

Hay u predominio de mujeres –amas de casa y adolescentes especialmente- entre las personas afectadas por la adicción a la comida. La edad de comienzo se sitúa al final de la adolescencia o al principio de la tercera década de la vida. El problema tiende a cronificarse, entre las personas con sobrepeso el porcentaje de adictas a la comida puede oscilar entre el 15% y el 30%.

El origen de este problema no esta claro. Algunas dimensiones de personalidad (impulsividad y déficit de auto control) y la obesidad infantil, reflejo de hábitos alimenticios inadecuados sobreaprendidos, constituyen a modo de elementos predisponentes, unas variables de riesgo. Los factores precipitantes más frecuentes son los fracasos afectivos, el ánimo deprimido, el sentimiento de soledad o aburrimiento y estrés.

Asimismo las dietas restrictivas con ideas sobrevaloradas de adelgazar, pueden desencadenar un deseo irresistible de comer de modo compulsivo. Hacer régimen es el primer paso para la gordura crónica. Una vez trasgredida la dieta auto impuesta, el sujeto, a nivel cuantitativo, suele optar por los alimentos percibidos como prohibidos de este modo se altera la percepción de las señales de hambre y saciedad del organismo. El ciclo completo más habitual es el siguiente: obesidad-dieta-ingesta compulsiva-obesidad.

A veces la sobre ingesta genera trastornos de ansiedad/depresión y dificultades interpersonales y familiares, así como inestabilidad emocional y un descenso en la autoestima. Otras veces son las alteraciones psicopatológicas, como un trastorno de ansiedad o un estado de ánimo deprimido, las que producen o agravan la sobre ingesta compulsiva (secundaria), que a su vez, complica la psicopatología previa.

ADICCION A LAS COMPRAS

El consumo de objetos se ha convertido en un símbolo de estatus en la sociedad actual. Los valores sociales impulsan al consumo superfluo, al dictado de la moda, en una sociedad en la que se es cuanto más se tiene y que no ve ningún peligro en el consumo desmesurado.

Consumir más puede significar sentirse mejor y situarse por encima de los demás. Comprar es una actividad rutinaria de la vida diaria para la mayoría de la gente. Pero los adictos a las compras se muestran incapaces de controlar un fuerte impulso al consumo, que domina sus vidas y produce consecuencias graves. El consumo excesivo puede generar una patología a diversos niveles: a) las personas en las que ir de compras se ha convertido en el eje de sus vidas; b) las que tienen una necesidad constante de adquirir cosas nuevas, en su mayoría innecesarias, y c) las personas enganchadas al crédito, incapaces de vivir con su presupuesto.

La adicción a las compras es un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos. La gratificación deriva, más que de la utilidad de los productos, del propio proceso de comprar. Este consumo, no planificado, excede de las posibilidades económicas del sujeto y le lleva a una prodigalidad en el gasto. De hecho, los derroches de dinero facilitan conductas de morosidad que están asociadas a este tipo de problema.

Los principales rasgos de esta conducta anómala son que se compra por comprar, que las compras son excesivas, que los objetos adquiridos son innecesarios y que el sujeto es consciente de ello, pero no puede refrenar el impulso. De hecho, si pasa por la puerta de un centro comercial y no entra, sufre un síndrome de abstinencia, es decir, un estado de nerviosismo que solo se calma cuando entra a comprar.

Los adictos a la compra se sienten estimulados por el puro placer de comprar, de sacar la tarjeta de crédito y de sentir la excitación de las bolsas en la mano, así como de recibir la atención de los dependientes. Lo que pone en marcha esta excitación son las ofertas, los escaparates, estrenar algo nuevo, etc. El sentimiento de autoestima y de poder se satisface con esta conducta.

Sin embargo hay una pérdida de aprecio por los productos una vez comprados. En algunos casos los sujetos se resisten a abrir las bolsas cuando llegan a casa.

La proporción es de 4 mujeres por 1 hombre, la sobre representación de la mujer en esta adicción está relacionada con el mayor hábito de compra por parte de las mujeres, más sujetas al dictado de la moda y con la mayor presencia de sentimientos de soledad y de baja autoestima.

La mayoría de los afectados son personas en torno a los 30 años, que han empezado a comprar de esta manera en torno a los 18/20 años. El problema se destaca y hay un reconocimiento del mismo cuando se dan una serie de circunstancias, como la imposibilidad de hacer frente a las deudas, los reproches de los seres queridos, una situación de bancarrota, etc.

Los objetos de compra, sin embargo, son distintos en función del sexo. A las mujeres –muy influidas por la moda y por la preocupación por la imagen corporal– les fascinan los artículos de cosmética, la lencería, la ropa de vestir y los complementos (zapatos, guantes, gafas, etc.), los regalos y las joyas, es decir todo lo que está relacionado con el atractivo físico. Los hombres se inclinan más por el material informático, los videos, los equipos de música y los accesorios para automóvil. Algunos sujetos, independientemente del sexo, tienden a adquirir todo lo que sea “gangas”, rebajas o artículos con descuento.

La motivación en uno u otro sexo es la misma; aumentar la autoestima. Las mujeres están socialmente condicionadas al menos, lo han estado a hacer derivar la autoestima del aspecto físico. A los hombres, por el contrario, se les ha valorado tradicionalmente por ser expertos o poseer riqueza.

El ciclo habitual de la conducta compratoria adictiva es el siguiente: a) estado de ánimo disfórico (tristeza, ira, nerviosismo); b) excitación ante las expectativas de comprar; c) adquisición placentera de objetos superfluos; d) arrepentimiento y auto reproches por el dinero gastado y por la pérdida de control (sucumbir a una tentación de la que van a derivar consecuencias negativas genera siempre una sensación de malestar); y e) repetición del ciclo para la superación del malestar. Suele haber intentos de resistir los impulsos, pero suelen ser habitualmente fallidos.

La compra compulsiva funciona como un hábito inadecuado que se adquiere a fuerza de repetir una conducta que en un principio resulta agradable o bien como una estrategia de afrontamiento inadecuada para hacer frente a los problemas personales. Hay ciertas circunstancias personales y sociales que facilitan la adicción a la compra, en concreto, el alejamiento de la familia, la soledad o la insatisfacción con la pareja o con el trabajo constituyen factores de riesgo. En realidad comprar es, en cierto modo, una forma de ver gente y sentirse reina por un día y tener el aprecio de los demás.

Las consecuencias de la adicción a las compras suelen ser muy negativas: deudas, problemas con deudas hurtos, ruinas, deterioro de las relaciones interpersonales, soledad, divorcio e intento de suicidio. De hecho la depresión puede facilitar esta adicción, pero también puede ser una consecuencia de la misma.

ADICCION AL TRABAJO

Además de ser una fuente de ingresos, el trabajo proporciona a las personas una serie de elementos que influyen en el equilibrio personal: un nivel de actividad, una estructura del tiempo diario, un desarrollo de la expresión creativa, un intercambio de relaciones sociales y una identidad personal, así como un sentido de utilidad.

De hecho, una equilibrada distribución del tiempo entre el trabajo y el descanso, el ocio y las relaciones sociales es un requisito fundamental para el bienestar personal. Sin embargo, la sociedad de consumo potencia el sacrificio del tiempo libre en aras de un trabajo adicional para ganar más y poder así aumentar el consumo. La dedicación intensa al trabajo se ha considerado durante muchos años como una conducta adecuada y socialmente valorada, que denota un sentido elevado de responsabilidad y que responde a los valores de una sociedad en donde se priman el éxito y la posesión de un determinado estatus. De hecho, incluso ha sido catalogada como una adicción positiva, es decir, como una conducta repetitiva que proporciona bienestar económico e integración social a una persona.

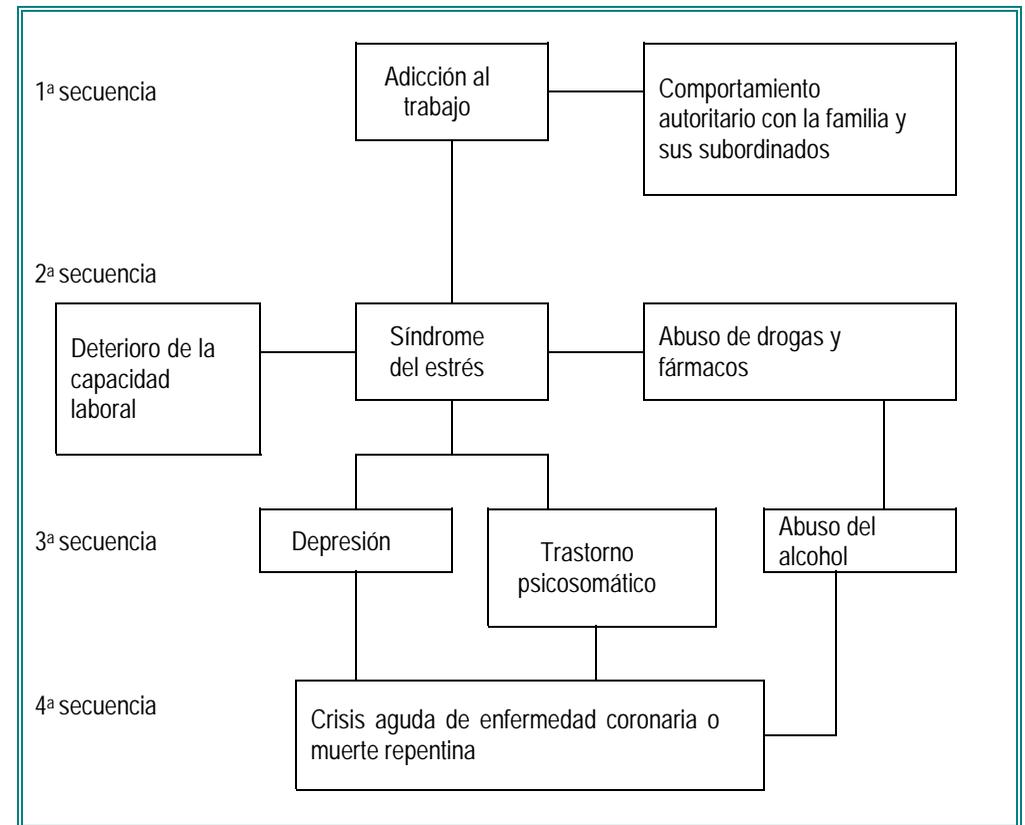
La adicción al trabajo se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa a la actitud laboral, con una pérdida de control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana (relaciones familiares y sociales, tiempo de ocio, estado de salud, etc.). Lo que distingue a un adicto es más su actitud hacia la tarea que el número de horas dedicadas. Todo ello viene acompañado frecuentemente por ideas sobrevaloradas acerca del dinero, del éxito o del poder.

Las principales características de esta adicción son las siguientes a) implicación elevada en la actividad laboral; b) impulso al trabajar debido a presiones internas; c) poca capacidad para disfrutar de la tarea realizada; y d) búsqueda de poder o prestigio. Lo que está en juego en el adicto es la propia autoestima y el reconocimiento social. No es infrecuente que bajo la adicción al trabajo se escondan sentimientos de inferioridad y de miedo al fracaso.

Sin embargo, no toda dedicación intensa al trabajo revela la existencia de una adicción, las personas muy trabajadoras, pero no adictas, disfrutan con el trabajo, son muy productivas, le dedican mucha energía y entusiasmo y tratan de equilibrarlo con la dedicación del tiempo libre a la familia, las relaciones sociales o las aficiones. Estos responden a una demanda objetiva del mismo y es temporal.

Por el contrario, en los adictos el trabajo interfiere negativamente en la salud física, en la felicidad personal o en las relaciones familiares y sociales, al carecer de control sobre la dedicación a las obligaciones, invierten una gran cantidad de tiempo y de pensamientos, incluso cuando están fuera, en el trabajo, que se constituye en el elemento prioritario de todo lo que les rodea, de hecho hay una alta implicación laboral incluso en actividades rutinarias y que podrían ser desempeñadas por otras personas, en estas circunstancias las consecuencias negativas son de varios tipos: relaciones familiares deterioradas, aislamiento social, pérdida del sentido del humor, desinterés por las relaciones interpersonales "no productivas", relaciones sexuales programadas y no espontáneas, debilitamiento de la salud, alteraciones cardiovasculares relacionadas con el estrés etc.

Secuencia evolutiva de la adicción al trabajo



La necesidad irrefrenable de dedicar su vida y tiempo al trabajo de un modo central y excesivo lleva al adicto a sentirse insatisfecho o irritable cuando se encuentra alejado de la actividad laboral. Las vacaciones constituyen un autentico calvario porque el disfrute del tiempo libre se vive como una perdida de tiempo, es mas estas personas tienden a continuar con su excesiva implicación en el trabajo a pesar de sufrir estrés o diversos problemas de salud y ocultar sus pensamientos relacionados con el trabajo para evitar la desaprobación familiar y social. En resumen, hay una calidad de vida deficitaria, con un consumo abusivo de alcohol, cigarros y estimulantes, un tiempo libre demasiado reducido y un ritmo de sueño sometido a grandes variaciones.

Diferencias entre la adicción al trabajo y los hábitos laborales sanos

CONDUCTA	HABITOS SANOS DE TRABAJO	ADICCION AL TRABAJO
Dedicación prolongada al trabajo, incluso en horas externas al mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso • Implicación • Dedicación • Sentido de la responsabilidad • Reconocimiento de las necesidades puntuales del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de la soledad, del aburrimiento o del malestar personal • Esfuerzo debido a pensamientos pocos realistas • Incapacidad para equilibrar la satisfacción obtenida a partir del trabajo y la obtenida a partir de otros aspectos de la vida
Alto sentido del cumplimiento laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionista • Conciencioso 	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de justificación de la excesiva implicación en el trabajo
Control de las actividades laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilidad • Responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Compensación de la falta de control en otros aspectos de la vida
Identificación personal con el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Orgullo y satisfacción • Compromiso con el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del trabajo para aumentar la autoestima que no obtiene en otra parte por medio de la obtención de logros

Algunos indicadores relacionados con el comienzo de la adicción son la tendencia al aislamiento social, el agotamiento, un excesivo sentido del deber, la aspereza del trato y la perdida de satisfacción con las actividades cotidianas anteriormente placenteras.

Lo que si parece claro es que la adicción afecta a personas de edades medias (30-50 años), de clase acomodada, con una actividad laboral creativa (ejecutivos y profesionales), con frecuentes cambios de residencia y que no actúan movidas exclusivamente por necesidades económicas. Aunque la adicción se da más entre los hombres que entre las mujeres –estas suelen tener una visión más amplia de la vida, con un mayor equilibrio entre lo afectivo y lo laboral-.

Se trata en definitiva, de una adicción caracterizada por un aumento excesivo de los rendimientos laborales, con un profundo sentido del cumplimiento del deber, con una vida carente de aficiones, el sujeto es atezado por una serie de creencias irracionales (*"miedo a no valer bastante", "temor a no disponer de tiempo suficiente para conseguir el bienestar material", etc.*), puede estar implicado en una batalla sin fin por el éxito, que una vez alcanzado, no va seguido de una sensación duradera de recompensa o de alivio real de la tensión.

En el caso del trabajo se trata de una actividad que exige la aportación de un esfuerzo que genera una satisfacción personal, una aprobación social, una remuneración económica u otro tipo de gratificación. En este sentido los principales elementos de placer para el adicto al trabajo son el éxito y el poder adquiridos a través del desarrollo profesional.

Las personas inseguras, muy ambiciosas o con relaciones afectivas y sociales pobres constituyen un factor de riesgo para esta adicción, se trata de personas perfeccionistas, con un excesivo afán de éxito, que necesitan obtener los resultados de sus acciones de manera inmediata.

En cuanto a la vida laboral de estas personas, su entrega al trabajo, sin apenas distracciones, es socialmente aceptada y se traduce en grandes rendimientos. De hecho, no es infrecuente en estos sujetos una historia de responsabilidades laborales y de ocupación de cargos muy por encima de sus estudios, con la consiguiente insatisfacción e inseguridad.

Por ultimo los adictos al trabajo son muy reacios a considerarse enfermos y a ser tratados adecuadamente, lo que les lleva a ponerse en tratamiento y a ser diagnosticados como tales, son el riesgo de enfermar lo cual esta asociado a dos rasgos del padrón de conducta de tipo: hostilidad e impaciencia, los problemas familiares sobrevenidos por dejación de funciones (descontrol emocional, incapacidad para compartir problemas etc.) y las complicaciones en el trabajo, como problemas de delegación de funciones o de excesiva exigencia a los subordinados.

ADICCION AL INTERNET

Internet es un instrumento de comunicación, de trabajo, de ocio. De información, de compra venta, etc., que puede suponer un cambio en la forma de situarse de las personas ante la realidad. Conectarse a la red representa, en la mayor parte de los casos, implicarse en actividades positivas que generan muchas ventajas y, en ultimo termino, una mejora en la calidad de vida. Sin embargo, y como ocurre también en el caso de otras conductas placenteras algunas personas vulnerables pueden quedar atrapadas en la telaraña electrónica, que en estas circunstancias contribuye a generar una falsa identidad, sustituir el mundo exterior por una realidad virtual.

Una dedicación intensiva de tiempo como consecuencia de la fascinación inicial por las posibilidades de la red y una regularización temporal dentro de los limites controlados al cabo de unas pocas semanas.

La capacidad adictiva de Internet deriva de una difusión cada vez más generalizada, de su presencia en los lugares mas significativos para una persona (el hogar, el centro de trabajo o de estudio, los sitios de ocio, etc.), de su bajo costo y de sus inmensas posibilidades de relación sin exigir prácticamente nada a cambio. El anonimato es una de las grandes ventajas del ciberespacio.

La red permite satisfacer dos tipos de necesidades básicas: a) la estimulación solitaria (búsqueda de información y de imágenes o incluso sonidos) juegos solitarios obtención de nuevos programas, etc.); y b) la búsqueda de interacción social. La timidez que muestra en la vida real se desaparece delante de la pantalla. En algunos pacientes la adicción al ordenador puede ser secundaria a otros trastornos, es el caso por ejemplo de personas con otras adicciones que pueden engancharse a la red en función de su trastorno primario, en estas situaciones es esta alteración primaria –y no el hecho de la navegación por el ciberespacio- lo que requiere una atención clínica prioritaria.

La dependencia a Internet comienza de una forma gradual, algunos signos iniciales de alerta son la comprobación reiterada e irrefrenable del correo electrónico, el bloqueo del teléfono de casa al navegar por la red, lo que es una afición o un instrumento de trabajo o de estudio se convierte en la parte central de la vida de una persona. En estos casos la red no se utiliza meramente para obtener información, sino como una manera de buscar una satisfacción inmediata y de huir de los problemas, todo ello viene acompañado de unos cambios psicológicos adicionales: alteraciones de humor, ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca, irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla (incluso para comer o atender una cita a la hora convenida) etc.

El adicto –presa de una excitación que recuerda la experiencia psicotrópica con las drogas- empieza a aumentar su dependencia del ordenador hasta aislarse del entorno y no prestar atención a otros aspectos de las obligaciones laborales y académicas y de la vida social. No es infrecuente en este contexto un deterioro de las relaciones afectivas e incluso de la vida de pareja.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ADICCION AL INTERNET

- a) Privarse de sueño menos de cinco horas para invertir tiempo en la red
- b) Descuidar otras actividades importantes, como el tiempo con la familia, las relaciones sociales, el trabajo o el cuidado de la salud
- c) Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como la pareja o el jefe
- d) Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se esta conectado a ella.
- e) Intentar limitar el tiempo de conexión pero sin conseguirlo o engañarse pensando que se va a invertir unos minutos y darse cuenta después de que ya han pasado varias horas.

Los síntomas experimentados por la dependencia a la red son similares a los sufridos por los ludópata: pérdida de control, ansiedad, insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional y dificultades serias de comunicación con las personas de su entorno. El perfil del adicto a Internet es una persona joven, varón, de profesión liberal, urbano, de clase media alta y con un buen nivel cultural, así como con conocimientos de tecnología y de ingles. Los usuarios mas jóvenes tienden a hacerse mas fácilmente adictos, los factores de riesgo mas implicados en esta adicción son: el aburrimiento y la carencia de relaciones u objetos; la falta de habilidades para desenvolverse en el mundo real; la timidez, con el agravante de que el Internet puede hacer mas tímidos a los tímidos, la búsqueda de sensaciones en personas solitarias; y la ausencia de una autoestima adecuada.

Como ocurre en todas las adicciones, las personas dependientes del Internet tienden a negar la dependencia de la red, el análisis de la adicción al Internet requiere de una valoración cuidadosa, el tiempo de conexión es una variable cuantitativa significativa, pero puede ser insuficiente si no se pone en relación con las necesidades objetivas del usuario.

TRANSTORNO DE ADICCION A INTERNET

- 1) **Tolerancia:**
 - a) Necesidad de invertir una cantidad mayor de tiempo en la red para alcanzar el mismo grado de satisfacción.
 - b) Satisfacción cada vez menor con el uso continuo de la misma cantidad de tiempo en Internet.
- 2) **Síndrome de abstinencia.** Dos o mas de los siguientes síntomas:
 - a) Agitación psicomotriz
 - b) Ansiedad
 - c) Pensamientos obsesivos sobre lo que esta pasando en Internet.
 - d) Fantasías o sueños en relación a la red.
 - e) movimientos de los dedos voluntarios relacionados con el teclado.

Uso de Internet para aliviar estos síntomas
- 3) El acceso es mas frecuente o durante periodos mas prolongados de lo que tenia planeado
- 4) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de poner fin o de limitar el uso de Internet
- 5) Inversión de mucho tiempo en actividades relacionadas con el uso de Internet: comprar libros, hacer nuevos ensayos en la red o con las páginas Web, etc.
- 6) Abandono o reducción de actividades profesionales, lúdicas o sociales por culpa del Internet.
- 7) Persistencia en el uso del Internet a pesar de los problemas físicos, sociales, profesionales o psicológicos que son causados o agravados por el uso del Internet: privación del sueño, problemas de pareja, tardanza por la mañana, abandono de las obligaciones o perdida de interés por los demás,

En cualquier caso, el ciberespacio no tiene en si mismo una capacidad intrínseca de adicción, pero quizá algunos componentes interactivos de la red, como los canales de conversación o el correo electrónico pueden generar un abuso en personas psicológicamente vulnerables.

Un factor predictor de abuso es el alto grado de excitación experimentado cuando se esta conectado a la red, como ocurre también en las personas que se hacen dependientes de los videojuegos o del juego con el dinero.

Por ello, y al margen de que algunas personas hagan un uso inadecuado y contraproducente de la red, resulta prematuro aun hablar de un trastorno de adicción al Internet. Navegar por la red puede ser, en sentido estricto, una pauta de comportamiento adictiva –de hecho, aparecen síntomas de tolerancia, de abstinencia y de ansia- pero no suele caracterizarse por la adopción de conductas tan autodestructivas como es el caso de las demás adicciones.

En resumen, la dependencia al Internet puede ser reflejo de unas carencias psicológicas primarias (soledad, déficit de habilidades de comunicación, otros trastornos mentales, etc.) o de problemas de pareja, que son los que pueden requerir de una atención clínica prioritaria. En concreto cabe la posibilidad de que las personas adictas a sustancias o a otras conductas tiendan a hacer fácilmente un uso adictivo del Internet.

VULNERABILIDAD PSICOLOGICA A LA ADICCION AL INTERNET	
Déficit de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Introversión acusada • Baja autoestima • Nivel alto de búsqueda de sensaciones
Déficit en las relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Timidez • Fobia social
Déficit cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fantasía descontrolada • Atención dispersa y tendencia a la distrabilidad
Alteraciones psicopatológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas • depresión

2.4 SITUACION ACTUAL

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

En México el consumo de cocaína, heroína, crack, ice, metanfetaminas e incluso de depresores con utilidad medica ha aumentado de manera significativa por lo que el gobierno mexicano creo el Observatorio Epidemiológico en drogas que coordinara lis esfuerzos de diversas instituciones y reunirá información para utilizarla en la toma de decisiones en la lucha contra las drogas.

Según el primer estudio realizado por el Observatorio Epidemiológico en Drogas el consumo de marihuana se incremento en el periodo de 1991-2000 de un 2.8% a 5.8%, el de cocaína también mostró un incremento considerable al pasar de 1% a 5.2%, y el porcentaje de casos que reporto haber usado ice o cristal se triplica entre 1996 y 2000

Durante el primer reporte del Observatorio Epidemiológico de las drogas, en el cual se destaca un elevado aumento en los niveles de consumo y dependencia de las drogas en nuestro país. Dicho reporte presenta un diagnostico situacional del consumo de drogas ilegales y medicas fuera de prescripción y revela un cambio en los tipos de drogas que la población consume, ya que mientras que en la década de los setenta los inhalantes y la marihuana eran las drogas de mayor consumo entre los jóvenes mexicanos, que ahora su lugar es ocupado por la cocaína.

A través de las encuestas en hogares sabemos que el consumo de drogas esta aumentando y con esto, la proporción de la población que presenta dependencia, sostiene el informe que fue elaborado por un grupo de trabajo conformado por expertos en la materia.

Se incremento en forma importante, el uso de cocaína, además de que hay evidencias de que el uso de heroína también se ha incrementado en la región central del país agrega el documento.

Otro dato revelador presentado por el reporte es el aumento en el consumo de drogas dentro de la población estudiantil y para demostrarlo presenta los resultados de una encuesta realizada por el gobierno del D.F.

Conjuntamente con los estudios de hogares se realizan encuestas en población estudiantil. La que se realizo entre los estudiantes de educación media superior en el Distrito federal, confirmo el incremento en el uso de drogas, apunta el informe.

El reporte añade que otro indicador demuestra el incremento en el consumo de cocaína y crack a nivel nacional se obtiene de los casos de ayuda recibidos de los centros de atención.

Por lo que respecta a los individuos que solicitan ayuda en algunos centros de atención especializada en todo el país entre 1995 y 2005, indican en primer lugar, el aumento en el uso de la cocaína (incluyendo crack) de 12.7% a 71% en esta década (usada por lo menos una sola vez).

Por el contrario, el uso de solventes inhalables, registro una disminución del 61.8%. que se registro de 1995 a 35.2% en el 2005" destaca el informe. El informe sostiene que el consumo de ice se ha triplicado en la Republica Mexicana.

Durante la primera mitad de la década de los noventa el consumo de marihuana se mantuvo relativamente estable, ya en los últimos cinco años presento un decremento que lo llevo a situarse en 63.4% en el 2000. El uso de depresores con utilidad médica oscila entre los 20 y 25 puntos porcentuales, mientras que el de los alucinógenos heroína y metanfetaminas presenta tasas menores.

Finalmente el reporte presenta un estudio realizado entre estudiantes de preparatoria abierta cuyos resultados informan que una tercera parte de estos han consumido alguna droga fuera de prescripción médica. "los índices mas elevados de consumo de drogas ilegales se observaron en Baja California Sur, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Nayarit y Yucatán", apunta el informe del Observatorio Epidemiológico en Drogas denominado "El fenómeno de las adicciones en México 2004".

El amplio numero de sustancias con potencial de abuso, con propiedades farmacológicas diferentes y cuyos efectos dependen de interacciones específicas con las características del individuo que las consume y del entorno donde tiene lugar, lo convierten en un problema complejo.

Como punto de partida debe tomarse en cuenta que las adicciones pueden estudiarse como trastornos en si mismos o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud.

Se sabe que no todos los consumidores tendrán problemas y que en un momento dado cualquier persona puede sufrir consecuencias adversas, sea por haber ingerido grandes cantidades de alguna sustancia o por consumirla en ocasiones que se supone no debería hacerlo –por ejemplo, antes de conducir un vehiculo, aunque no sea adicta y probablemente nunca desarrolle dependencia-, por lo que enfocar el estudio a la detección de adictos dejaría fuera un numero importante de problemas asociados al consumo, es decir, es necesario también proporcionar asistencia a personas que ingieran sustancias esporádicamente, debido a que esto es un problema que puede repercutir en su comportamiento hacia la sociedad, por ejemplo un accidente automovilístico que es provocado por una persona en estado de ebriedad no implica que otra persona sea un consumidor que ingiera alcohol diariamente.

Se considera que el adicto es solamente responsable de una proporción menor de problemas relacionados con esta práctica. Por ejemplo en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (1990) se observo que del total de personas que sufrieron accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol, solamente 18% eran dependientes de esta sustancia; esto también ocurrió solo en una cuarta parte de los individuos que tuvieron problemas con la policía (25%). En cuanto a otros accidentes no automovilísticos (25%), únicamente 18% de las personas que perdieron o casi perdieron el trabajo por

conflictos relacionados con el abuso del alcohol eran dependientes y en menos de la mitad de las peleas (41%) en las que el alcohol estuvo involucrado, participaron dependientes (Medina-Mora, Tapia y Cols, 1995).

USO Y ABUSO

El uso de sustancias es una condición incierta y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como externos de una sola dimensión, existen dimensiones sociales, medicas, biológicas, legales, esta ultima con peso relativamente mayor. La distinción entre el uso y abuso de las diferentes sustancias depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación.

En el caso del alcohol el uso no esta sancionado legalmente, y aun mas, la sociedad le atribuye características positivas en su supuesta función de integración social, e incluso tomado en pequeñas dosis, como preventivo de mortalidad en determinados estados patológicos, como el caso de circulación coronaria. Por ejemplo, puede definirse como abuso cuando se consume en el primer trimestre del embarazo o antes de conducir.

El consumo permitido a menudo se asocia a innumerables problemas; por ejemplo; en México la embriaguez episódica entre la población masculina es una practica aceptada socialmente; sin embargo esta forma de beber conlleva un numero importante de consecuencias adversas.

Definir que cantidad de alcohol no tiene consecuencias dañinas es complicado, por las diversas formas en que afecta a diferentes personas. El departamento de salud de Estados Unidos de América establece como limite del consumo moderado la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de los hombres. Este mismo organismo excluye de estos lineamientos los siguientes grupos de personas que considera no deben beber alcohol.

- 1) Alcohólicos
- 2) Menores de edad
- 3) Mujeres embarazadas, o aquellas que pretenden concebir. Pruebas recientes sugieren que el consumo de dos o tres copas diarias durante el embarazo se asocia a bebes de menor talla, peso y perímetro craneal al nacer, a un numero mayor de anormalidades físicas a los tres años, y a menor coeficiente intelectual a los siete años.
- 4) Personas que van a conducir automóviles o van a desempeñar actividades que requieren atención y habilidad.
- 5) Personas que están recibiendo medicamentos, se sabe que el alcohol interactúa con más de cien fármacos incluidos algunos que se venden sin receta.

La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas por lo general pasan inadvertidos para el consumidor, el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia hasta el completo estupor, el consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea su grado de intoxicación.

A pesar de que las características farmacológicas de las drogas son importantes –el consumo de grandes cantidades, independientemente de otros factores, puede causar estados de coma y aun la muerte- no son las únicas que determinan sus efectos. El estado emocional del individuo en el momento del consumo, las diferencias de susceptibilidad, factores como sexo, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia de consumo, las ocasiones y circunstancias de consumo, y las expectativas de los individuos cuando consumen las drogas, desempeñan un papel importante en que los efectos de las mismas sean positivos o negativos.

El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias medicas por ejemplo, la dependencia o los problemas del hígado, se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aun sin que se llegue a una intoxicación notable, estos problemas suelen ser mas frecuentes en sociedades en las que el consumo diario es común.

El abuso de sustancias es un factor de riesgo importante para que ocurran accidentes y hechos violentos, en la ciudad de México, 20% de los casos que fueron atendidos en las principales salas de urgencia tenían niveles positivos de alcohol en la sangre, esto también ocurrió en 38% de las necropsias de suicidas, en estos casos, el riesgo puede deberse al consumo agudo, que incapacita para manejar o ayuda al suicida a cometer el acto, o favorece el consumo crónico asociado a urgencias medicas o depresión grave que ocasionalmente lleva al adicto al suicidio, por ejemplo, a partir de los estudios arriba mencionados, se sabe que solamente el 5% de los individuos que fueron atendidos por urgencias medicas tenía niveles altos de alcohol en la sangre, pero 46% de los hombres y 20% de las mujeres tenía antecedentes de problemas que indicaban dependencia; asimismo, del total de suicidios ocurridos en la ciudad de México, 24% tenía antecedentes de problemas con alguna adicción.

En el primer caso nos interesa la cantidad consumida antes del hecho, por lo general seis horas; y en el segundo los patrones de consumo y la manifestación de síntomas de dependencia. El consumo agudo puede valorarse sea mediante la notificación por el propio individuo o por la utilización de dispositivos que permitan estimar el nivel en la sangre, como es el caso del analizador de aliento o alcosensor. La diferencia entre ambos métodos en estudios en los que el individuo cree en la confidencialidad de los datos y en la no repercusión en su ficha hospitalaria o policial, no es significativa.

DEPENDENCIA, ADICCION

Con el fin de evaluar el nivel de daño ocasionado por el consumo de diferentes drogas es necesario considerar la vía de administración, el tipo de tolerancia que ocasionan y la magnitud del síndrome de abstinencia que conlleva el consumo de cada una de ellas.

El medio por el que se administran las sustancias desempeña un papel importante en sus efectos. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros más rápidamente, su potencial de adicción es más alto que cuando se utilizan por otras vías. Por ejemplo, el potencial adictivo de las drogas que se usan por inhalación o por inyección intravenosa es mayor que el de otras drogas con igual potencial de dependencia pero que se toman por vía oral.

La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos, por lo general quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. El proceso del metabolismo de la droga limita la duración de su efecto. La exposición reiterativa ocasiona que la droga sea metabolizada con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente, a fin de obtener de nuevo los mismos efectos esta persona tiene que aumentar las dosis y la frecuencia con que se la administra, sin embargo, los efectos seguirán disminuyendo.

En el caso de las bebidas alcohólicas se observa también la necesidad de aumentar la dosis para alcanzar la respuesta previamente obtenida con dosis menores; sin embargo, después de este proceso algunos bebedores pierden la tolerancia, es decir, presentan una tolerancia invertida, muy relacionada con el daño hepático y cerebral, y se manifiesta por síntomas y signos de intoxicación grave que aparecen después de ingerir dosis aun menores que las utilizadas antes de los primeros signos de tolerancia.

Antiguamente se hacía una distinción importante entre dos formas de dependencia; se consideraba que unas drogas causaban sobre todo dependencia física, en tanto que otras se limitaban a provocar dependencia psicológica. Esta distinción se basaba en los diferentes efectos que producía el consumo de diferentes clases de drogas. Una de las consecuencias de esta suposición era apoyar la concepción de que ciertas drogas no causaban ningún daño, que la dependencia psicológica era controlable, y por lo tanto solamente deberían restringirse aquellas drogas que provocaban dependencia física.

La Organización Mundial de la Salud define la dependencia como un estado en el cual la auto administración de drogas produce daños al individuo y la sociedad. Esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica.

CONSUMO

La forma de consumo más frecuente de la población mexicana se ubica en el grupo de países "secos": el consumo frecuente es raro, y el consumo excesivo es más bien episódico; coinciden en la existencia de altos niveles de intoxicaciones y hechos violentos, mayores a los encontrados en otros países, por lo que no se esperaría que el consumo per capita se correlacionara con el nivel de problemas. Sin embargo contrario a lo esperado, se presentan simultáneamente altas tasas de cirrosis, sobre todo en la población masculina.

La identificación de los bebedores problema tiene sentido en la medida que puede prevenirse el curso de la enfermedad antes que llegue a un punto irreversible. Se enfoca a los bebedores no dependientes que están empezando a experimentar efectos adversos del alcohol, como problemas en el trabajo, físicos (accidentes enfermedades etc.).

La dirección de estas personas es más difícil que la de aquellas que ya son dependientes, existe una serie de trastornos que pueden aparecer en etapas tempranas antes de la dependencia (por ejemplo, traumatismos o síntomas gastrointestinales); cuando los individuos que los presentan cumplen entre 10 y 15 años de beber en esta forma, la probabilidad de que desarrollen dependencia es alta. La dificultad estriba en que a pesar de que existe buen número de indicadores biomédicos y psicosociales de problemas con la bebida, estos no tienen una sensibilidad diagnóstica óptima, debido a que ninguno de los síntomas aparece en todos los bebedores problema, y porque tienden a ocurrir de forma relativamente independiente uno del otro. A causa de estas dificultades, las personas en etapas tempranas del abuso del alcohol pueden no ser identificadas en el transcurso de una evaluación médica de rutina, dificultad que se agrava si se considera que quienes solicitan ayuda por problemas derivados de su forma de beber se encuentran por lo general, en etapas avanzadas de su enfermedad.

En México el índice elevado de problemas quizá refleje periodos de intoxicación aguda más que de dependencia, esto es, si el mexicano consume con poca frecuencia, pero en las ocasiones que lo hace ingiere por lo general grandes cantidades, podríamos esperar un elevado número de problemas; el consumo de grandes cantidades de alcohol durante las festividades religiosas en las que se consume ininterrumpidamente durante varios días, aunque esto ocurra una vez por año.

En conclusión las consecuencias del abuso, están permeadas por las expectativas culturales, y aun más, la percepción de conflictos y su notificación por parte de la población está influida por la actitud relativamente permisiva o restrictiva de la población en diferentes momentos históricos.

Es definitivo que en el México actual esta cuestión se convierte en un fenómeno preocupante para las instituciones dedicadas a la salud además de presentar una tendencia a seguir creciendo y que las causas que lo provocan y alimentan tienen algunas vertientes:

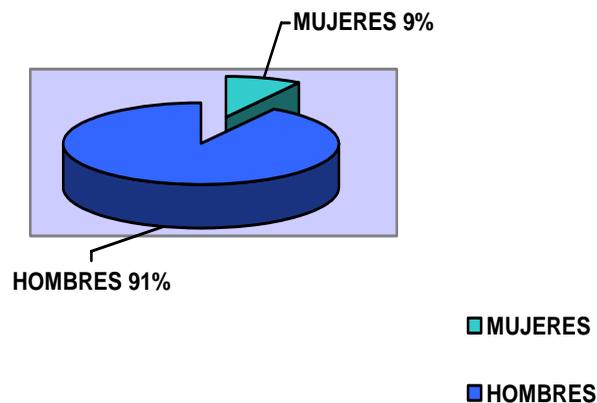
- o La pobreza extrema, el desempleo, la falta de expectativas y oportunidades de vida además de la ignorancia (falta de educación preventiva)
- o La rápida detección del problema independientemente de las causas que lo generaron, ya sea individuales o de familia y la falta de lugares o espacios que presten servicios de rehabilitación para atacar desde una perspectiva real la problemática.
- o En el caso de l alcohol la gran permisividad social que se da a este, ya que las marcas publicitarias lo presentan como producto que otorga cierta categoría, además de mostrarlo como único punto de encuentro en las reuniones juveniles.

Perfil y patrón de consumo de los adictos

Características semi demográficas

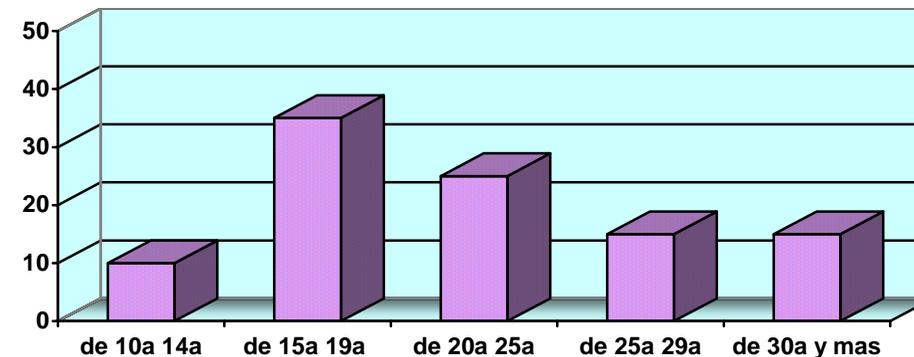
El 35.05% de los pacientes atendidos en el lapso 2000-2005 tenían entre 15 y 19 años de edad, el 23.9% contaba entre 20 y 24 años. De esta manera, el 60% de los usuarios de drogas que en este lapso buscaron atención contaba entre 15 y 24 años de edad (véase grafico)

GENERO 10 HOMBRES POR CADA MUJER



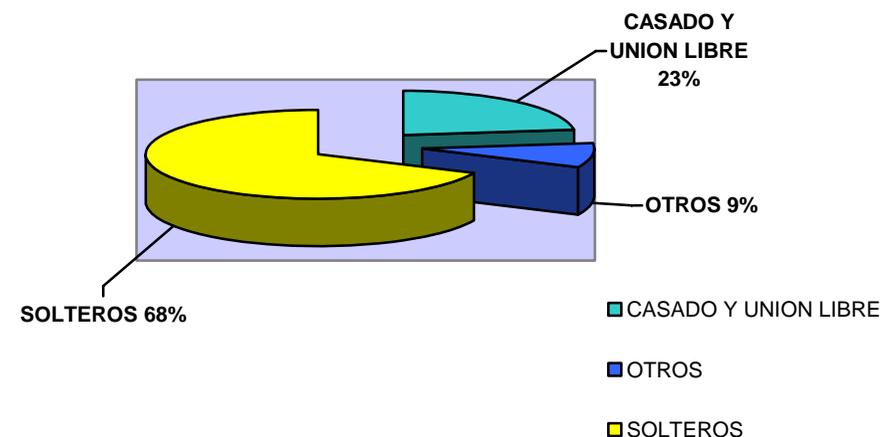
Predomina la afluencia de pacientes del genero masculino de modo que se registra el ingreso de diez hombres por cada¹ mujer atendida, sin embargo cabe señalar que en el 2005 la razón fue de ocho hombres por cada mujer (véase grafico)

EDADES DE INGRESO



El 22.8% de los casos reporto ser casado o vivir en unión libre, en tanto que el 68% eran solteros (ver grafico)

ESTADO CIVIL DE LOS ADICTOS



¹ Fuente de estudios epidemiológicos de pacientes atendidos en Centros de Integración juvenil 2000-2005

2.5 CENTROS DE ATENCION

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Historia de alcohólicos anónimos en México

A principios de 1945, en la ciudad de los Ángeles, Gilberto M. Recibe el mensaje de Alcohólicos Anónimos, para fundar en colaboración con su esposa, Francisca Gonzáles, en Monterrey N.L. el primer grupo de A.A. desafortunadamente a inicios de 1946, y debido a controversias con algunas compañías cerveceras, deja de funcionar en septiembre del mismo año, la señora Francisca González se da a la tarea de traducir varios folletos provenientes del extranjero, los cuales son publicados en los periódicos locales.

El 18 de septiembre de 1946 se llevo a cabo la primera Junta de información Pública en el Teatro del Pueblo de La Ciudad de México, por el Sr. Ricardo Pérez proveniente de Cleveland, Ohio. El motivo era "transmitir el mensaje de Alcohólicos Anónimos a la sociedad mexicana².

Fue el 25 de septiembre de 1946, en que nació el primer grupo de habla inglesa de A.A. en México City Group² fundado por Lexter Fox, Ramón C y Daniel A., integrantes mas tarde en Lic. Fernando I, Pauline Doerr.

El año de 1956, nace el primer grupo de A:A: de habla hispana en la Republica Mexicana "Hospital Central Militar", como consecuencia de la junta de información publica que se llevo a cabo el 16 de septiembre del mismo año, con duración de una hora. Sus fundadores fueron el Dr. González Varela y el mayor Joaquín Barrón con la colaboración de la Sra. Irma Reyes de Barrón. Dos años más tarde le es cambiado el nombre al grupo "Grupo Distrito Federal.

Con fecha 15 de marzo de 1957 en el estado de Yucatán surge el grupo de A.A. Hill W., que en ese tiempo estaba de paso en Mérida con su esposa Lois.

Para el mes de marzo de 1961 se forma en Guadalajara Jalisco, el "Grupo Tapatío" su fundador fue el Sr. Harry Olmstead, de origen americano, su hijo Estanislao F., después de unió Rubén V., siendo el primer grupo a quien el Cardenal Garbi Rivera le otorga una carta de recomendación para A:A: solicitada por Harry Olmentead.

A partir de la década de los sesentas el crecimiento de los grupos de A. A. fue notorio en 1961 nacieron 4; en 1962, 3 en 1963, 7 en 1967, 9 y para la actualidad existen un numero de 13,000 grupos distribuidos en 63 comités de área, distritos, oficinas de información e intergrupales.

Para 1964, se forman las primeras oficinas intergrupales en el Distrito Federal y en Guadalajara. También a partir de los días 29 y 30 de agosto de 1964, se llevo el primer Congreso Nacional de A.A. en México. Mas tarde, el 16 de septiembre de 1969 se lleva a cabo la Primera Asamblea Mexicana con la asistencia de 22 representantes de 21 Estados de la Republica Mexicana, en la cual se asumió la responsabilidad del Tercer Legado en México y una de las primeras tareas fue la creación de la Oficina de Servicios Generales creada el 9 de septiembre de 1969.

¿QUE ES ALCOHOLICOS ANONIMOS?

Alcohólicos anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen con sus propias contribuciones. No esta afiliada a ninguna secta. Religión partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. El objetivo primordial es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Los miembros de A.A. son hombres y mujeres que han descubierto y admitido que no pueden controlar su forma de beber; aprenden que tienen que vivir sin el si es que quieren evitar el desastre para ellos y para aquellos que los rodean.

Con grupos locales en miles de comunidades, forman una fraternidad internacional que no tiene formalidades, con miembros en más de 163 países. Solo tienen un propósito primordial: permanecer sobrios y ayudar a otros que deseen recurrir a ellos para lograr su sobriedad.

Entre sus miembros se pueden encontrar a hombres y mujeres de todas las edades y muy diferentes condiciones sociales, económicas y culturales. Algunos bebieron durante muchos años antes de llegar a darse cuenta de que no podían controlar su manera de beber, otros tuvieron la fortuna suficiente de apreciar, a temprana edad o sin avanzar mucho en su carrera de bebedores, que el alcohol se había vuelto incontrolable.

Los une su problema común: el alcohol. Al reunirse, platicar y ayudarse, unidos, los alcohólicos son capaces, de permanecer sobrios y perder la compulsión por la bebida, que en otra época fue dominante.

² Alcohólicos Anónimos. Los doce pasos, las doce tradiciones alcohólicos Anónimos México. Editados por la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. A.c. 1989

No creen ser los únicos que tienen la solución al problema de la bebida; saben que el programa de A.A. les funciona y que lo han visto funcionar para todo recién llegado, casi sin excepción, cuando honesta y sinceramente quieren dejar de beber.

Para ellos, la sobriedad debe ser siempre lo primero. "se auto sostienen". Por más de medio siglo. Alcohólicos Anónimos ha considerado que el mejor camino para lograr el respeto de los demás estriba en su autosostenimiento. La Agrupación se ha sostenido con las contribuciones voluntarias de sus miembros. Todos los servicios que efectúan tanto integrantes, Grupos, comités u Oficinas de Alcohólicos Anónimos no realizan campañas para coleccionar fondos, ni acepta donativos oficiales, particulares o de personas ajenas a su Agrupación.

SON ANONIMOS

Conservar el anonimato personal ante los medios públicos de información es la mejor garantía para los futuros miembros de que su identidad no será revelada; también sirve para que ningún miembro pretenda autodenominarse como representante o dirigentes de Alcohólicos Anónimos. La valiosa cooperación de la publicidad a lo largo de los años ha sido formidable, de hecho, el programa de Alcohólicos Anónimos debe su difusión a periódicos, revistas, radio, televisión y cine. Por consiguiente la Agrupación si puede valerse de tan importantes medios masivos de comunicación para darse a conocer, más no así a sus miembros.

¿QUE ES LO QUE A.A. NO HACE?

1. No ofrece motivación inicial para la recuperación de los alcohólicos, ni trata de persuadir a nadie para que pertenezca a la agrupación.
2. No mantiene archivos o historias clínicas
3. No forma parte en investigaciones, ni las patrocina.
4. No se une a consejos de agencias sociales, a pesar de que los miembros y grupos de A.A. frecuentemente cooperan con ellos.
5. No trata de controlar a sus miembros.
6. No hace diagnósticos médicos o psicológicos.
7. No proporciona servicio de hospitalización, ni enfermería, drogas o cualquier otro tipo de tratamiento médico o psiquiátrico.
8. No ofrece servicios religiosos o espirituales.
9. No se mezcla en propagandas o educación acerca del alcoholismo.

10. No proporciona casa, ropa, trabajo, dinero o cualquier otro tipo de servicio social o de caridad.
11. No proporciona consejos de tipo vocacional o doméstico.
12. No acepta dinero por sus servicios, o cualquier otro tipo de contribución proveniente de fuentes distintas a los de A.A.

CENTRAL MEXICANA DE SERVICIOS GENERALES DE ALCOHOLICOS ANONIMOS A.C.

La Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. es una organización civil cuya tarea es determinar las bases y los mecanismos operativos entre algunos sectores de la población, para que a través de una colaboración mutua se difunda el programa de tratamiento de A.A. para la rehabilitación de personas con problemas de alcoholismo.

El programa de Alcohólicos Anónimos rehabilita a casi el 80% de los enfermos que ingresan a los grupos registrados por La Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., AC. Esto es importante si se considera que diferentes indicadores sociales y clínicos han demostrado que el alcoholismo es una enfermedad que ocupa uno de los primeros lugares en la lista de causas de muerte a nivel nacional, así como su asociación con accidentes y violencia.

La agrupación no se ocupa de la investigación sobre el alcoholismo ni el tratamiento médico o psiquiátrico, y no apoya ninguna causa, aunque los miembros de A.A. pueden participar en estos campos. La Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. ha adoptado una política de cooperación sin afiliación respecto de instituciones que se ocupan del problema del alcoholismo como lo es el Consejo Nacional Contra Adicciones (CONADIC), el centro de integración Juvenil (CIJ), el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares (CAAF), entre otros.

El programa de A.A. se ha difundido en más de 163 países, incluyendo a México; La Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., AC. Ocupa el segundo lugar a nivel mundial con 300 mil integrantes y el primer lugar lo tiene la ciudad de Nueva Cork con 1, 200,000. Integrantes.

La Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. AC. Se encuentra ubicada en: Huatabampo No 18, Col, Roma sur, México D.F.,

C.P. 06760

TELS, 52 64 24 06

FAX 52 64 21 66

ALCOHOLICOS ANONIMOS Y EL ALCOHOLISMO

El alcoholismo ha sido considerado como una enfermedad incurable, progresiva y mortal por la Asociación de Médicos de los EE.UU. (American Medical Association) así como por la Organización Mundial de la Salud, que afecta no solo al adicto, sino también la vida de todo aquel que se encuentre a su alrededor.³

Ciertamente el alcoholismo es una enfermedad, que es progresiva y que no se puede curar, pero al igual que algunas otras enfermedades, se puede detener. La enfermedad representa la combinación de una sensibilidad física hacia el alcohol y una obsesión mental por beber, que sin importar las consecuencias, no se puede romper solo con fuerza de voluntad.

El alcohólico pierde el control de la bebida originando reacciones y comportamientos negativos, por lo que se le considera un enfermo que pone en riesgo su salud física y mental así como su relación familiar y social. Muchos alcohólicos que son incapaces de dejar de beber, piensan que son moralmente débiles o que quizá tienen un desequilibrio mental. Cuando el alcoholismo se ha presentado no existe perversidad moral acerca de estar enfermo.

El criterio de A.A. es que los alcohólicos son personas enfermas que pueden recuperarse si siguen un sencillo programa que ha demostrado tener éxito para más de dos millones de hombres y mujeres. La experiencia demuestra que el programa de A.A. funcionara para todos los alcohólicos que son sinceros en sus esfuerzos por dejar de beber y que, por lo general, no funcionara para aquellos que no tienen la certeza absoluta de que quieren hacerlo.

ETAPAS DEL ALCOHOLISMO

1. Los bebedores fuertes beben diariamente o con menor frecuencia, son fuertes en una ocasión solamente. En ocasiones es embarazoso; sin embargo, continúan asegurando que saben manejar el alcohol y que el beber es esencial para el trabajo.
2. En esta etapa, los bebedores carecen de control sobre la bebida y empiezan a preocuparse de ello. Incapaces de permanecer abstemios cuando ellos quieren, las personas incluidas en este grupo pierden, a menudo, toda la compostura cuando beben y llegan a admitirlo al día siguiente.
3. Estos bebedores han ido más allá de la segunda etapa; han perdido amigos, son incapaces de conservar un trabajo y varias de sus relaciones más íntimas se encuentran en ruinas. Quizás han consultado a doctores y han empezado el agotador peregrinar por los lugares de "secado" y hospitales. Se dan cuenta perfectamente bien de que ellos no pueden beber normalmente, pero son incapaces de comprender por que.

³ Alcohólicos Anónimos *Al-Anon se enfrenta al alcoholismo*, México editado por grupos de familia Al Anon 1998

Pierden todo el interés en las relaciones sociales, en el mundo que los rodea, y quizás aun en la vida misma. La única emoción que muestra con alguna consistencia es la auto- lastima.

4. En esta última etapa, los bebedores parecen estar ya fuera del campo en que se les puede ayudar. A estas alturas, ya han estado en una institución tras otra. A menudo violentos, cuando beben parecen locos o insensibles a la realidad, pueden tener alucinaciones alcohólicas deliriums tremens.

Síntomas de la enfermedad del alcoholismo

- 0. Negación al padecimiento de la enfermedad.
- 0. Tolerancia a la injerencia del alcohol.
- 0. Amnesia.
- 0. Daño a la salud física.
- 0. Síntomas de superación.
- 0. Cambios de personalidad.
- 0. Pérdida del control de beber.
- 0. Codependencia.
- 0. Problemas de sistemas familiares.

El programa de recuperación.

Alcohólicos Anónimos se basa para la rehabilitación de los enfermos de alcoholismo en los "Doce Pasos", siendo estos el corazón del programa de recuperación de A.A., y muchos de los miembros se refieren a ellos como: "los pasos que dimos y que nos condujeron a una nueva vida" (SIC A.A.).⁴

Estos doce pasos no se basan en la teoría, los primeros miembros analizaron juntos lo que habían hecho para lograr y mantener la sobriedad. Los pasos son, el resumen de su experiencia a una guía hacia la recuperación espiritual que ahora da resultado a más de dos millones de alcohólicos.

Los Grupos en Alcohólicos Anónimos

El grupo es donde se llevan a cabo las juntas de la fraternidad de A.A. por lo general, un miembro asiste regularmente por hora y media a sus juntas en su grupo cercano a su casa; y todos los miembros tienen la libertad de asistir a cualquier junta de A.A. en cualquier lugar que se efectúe.

⁴ Alcohólicos Anónimos. Valor para cambiar, México, editado por Central Mexicana de Servicios Generales 2002

La mayoría de los grupos llevan a cabo una o más juntas semanales a las que les llaman "cerradas" (solamente para miembros de A.A. o recién llegados), y otras que se denominan abiertas (para familiares y amigos). En estas juntas los miembros platican sus propias experiencias como bebedores antes de llegar a A.A., y explican como los principios de A.A. los guiaron a la sobriedad y a una nueva perspectiva. Por medio de sus interpretaciones del programa, los miembros más antiguos tratan de ayudar tanto a los recién llegados como unos a otros.

Las juntas carecen de formalidades y generalmente incluyen amistosas reuniones alrededor de una mesa, en donde usted puede lograr una imagen aun más clara de la amplia variedad de personas que pertenecen a esta fraternidad.

En general, los miembros de A.A. constituyen una corte seccional del promedio de la comunidad. Entre ellos hay educadores profesionales y hombres de negocios, al igual que aquellos que han tenido poca o ninguna educación. Un agente de bolsa y un doctor, ambos alcohólicos, fundadores de A.A. El alcoholismo no tiene nada que ver con la inteligencia, el talento, la educación o la posición social o económica, y puede atormentar tanto a una enfermera o un ministro religioso, un artista o escritor.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

¿Que es Centro de Integración Juvenil?

Es una asociación civil no lucrativa, especializada desde hace 30 años en la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas.

A través de una red Nacional de Atención, conformada por 72 Unidades Operativas, atiende anualmente a 2 millones de personas en programas preventivos y casi 20 mil casos de fármaco dependientes y sus familiares en tratamiento.

Para su operación cuenta con 1, 200 profesionales de la salud, entre ellos: psiquiatras, psicólogos, médicos y trabajadores sociales; además de 10, 000 voluntarios en promedio.

¿Cómo trabaja CIJ?

Una de las metas de CIJ es promover la responsabilidad social compartida, para evitar que el problema de la fármaco dependencia crezca más en nuestro país.

Prevención

Para difundir los conocimientos necesarios acerca de las causas y consecuencias de este fenómeno y fomentar la educación para la salud.

CIJ lleva a cabo diversas tareas encaminadas a informar, orientar y capacitar a la población en grupos de niños, adolescentes y adultos.

Tratamiento y rehabilitación

La institución brinda tratamiento en Consulta Externa Especializada y Hospitalización. El objetivo es suprimir o disminuir el uso de drogas y tratar los padecimientos asociados al consumo.

A través del tratamiento se pretende mejorar de manera integral la salud y el bienestar del individuo, para lo cual se incluye a la familia, ya que esta constituye el núcleo básico de su desarrollo.

Investigación

Para actualizar y enriquecer permanentemente los servicios que brinda la institución, se realizan investigaciones epidemiológicas, clínicas, psicosociales y de evaluación. Estas dan cuenta del comportamiento del fenómeno en sí, de las drogas de consumo más frecuentes, del sujeto que padece el problema y de su entorno familiar y social, así como de la eficacia de los servicios institucionales.

Servicios de información

Existe un centro de información y documentación especializado, con redes conectadas a todo en mundo; además de bibliotecas en cada uno de los centros regionales con material técnico-científico para quien lo solicite.

El teléfono de los CIHJ: es el 52 12 12 12 la 24 horas, los 365 días del año.

Modelo de abordaje institucional de la Fármaco dependencia.

Los centros de integración juvenil (CIJ) se abocan a problemas ligados con la farmacodependencia. Por lo tanto el sentido de este concepto requiere ser aclarado así como el modelo de abordaje que sustenta la institución para acercarse al fenómeno, evitar su aparición y luchar contra sus manifestaciones.

Inicialmente CIJ asume la farmacodependencia como un problema exclusivamente médico, pero pronto advierte la importancia del ambiente social en la aparición del fenómeno, y la necesidad de buscar soluciones para evitar que aparezca o para remediar la situación de desequilibrio que provoco. Dado que la farmacodependencia se presenta como un problema social, o sea que la comunidad enfrenta una crisis, sufre desajusta y desorganización, que obligan a una reorganización de sus estructuras sociales.

Por ello CIJ ahora plantea un modelo de abordaje que involucra a los miembros de la comunidad en acciones coordinadas enfocadas a lograr mejores niveles de vida, de tal modo que sean los artesanos de su propio bienestar y los que promuevan las condiciones sociales que no permitan el consumo de drogas.

La institución pone en marcha este modelo de abordaje mediante la participación comunitaria: esfuerzo organizado de la comunidad que permite conocer y actuar en un movimiento permanente.

Se ha observado que el abuso de drogas pertenece particularmente al ámbito de la salud mental de los consumidores, pues aparece como producto de un complejo proceso a través del cual los sujetos intentan compensar, posponer o inhibir el dolor psíquico, lo que implica modificaciones en la percepción, los sentimientos y la conducta.

Tomando en cuenta estas características, la institución plantea como modelo de abordaje de la farmacodependencia a la salud pública, que pretende impedir la enfermedad y fomentar la salud a través del esfuerzo organizado de la comunidad, haciendo un énfasis especial en el área de la salud mental. Así se dirige a cumplir cinco funciones básicas: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y reubicación social de los enfermos. Dentro del marco de la Salud Pública, Centros adopta como estrategia global, la educación para la salud en el significado dado por la Organización Mundial de la Salud: el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de esta.⁵ En este sentido se puede hablar de tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario; en el primero, la institución, a través del área de Prevención, tiende a proporcionar la salud mental atendiendo a “aquel núcleo de población que siendo susceptible de verse envuelto en el fenómeno, aun no lo tiene presente”⁶. Se distingue la prevención primaria inespecífica que promueve la salud en general y la salud mental en particular, la prevención primaria específica que se aboca a ámbitos concretos del consumo de drogas. En la práctica las dos se integran mediante estrategias específicas de información, orientación y capacitación.

En el segundo y tercer nivel se tiende a impedir la evolución de este problema reincorporando al individuo consumidor de drogas a la sociedad, por lo cual el Área de Tratamiento- Rehabilitación atiende tanto al farmacodependiente como a sus familiares; esto se lleva a cabo a través de las tres modalidades de psicoterapia breve (individual, grupal y familiar), y otra de orientación a familiares del farmacodependiente (individual y grupal).

⁵ Centros de Integración Juvenil. Modelo de Abordaje Institucional de la farmacodependencia México 2005

⁶ Ídem.

UNIDAD RESIDENCIAL PARA ADICCIONES “TORRES DE POTRERO”

El Gobierno de Distrito Federal posee solo un centro de internamiento con servicio integral para adictos y sus familiares, el cual es gratuito. Sin embargo, el impacto de sus acciones, limitadas por la falta de recursos, es consistente ante la reorganización del instituto de Asistencia e Integración Social.

Sin embargo, hasta ahora solo hay un centro de internamiento con atención integral para el paciente y su familia que no cobra por sus servicios, aunque su capacidad es limitada: 30 hombres y 10 mujeres.

La Unidad Residencial para Adicciones “Torres de Potrero”, un proyecto heredado por la anterior administración del gobierno capitalino, por lo que ahora las actuales autoridades quedaron a su cargo.

Este centro utiliza uno de los programas con mayor éxito en el mundo, es el tipo residencial llamado “Minnesota”, que consiste en el internamiento durante seis semanas de los pacientes.

El Gobierno del Distrito Federal, durante la administración de Andrés Manuel López Obrador, emprendió el proyecto de convertir un centro de desarrollo comunitario, ubicado en plena barranca de la delegación Álvaro Obregón, en una unidad de tratamiento Residencial para Adicciones con el mismo modelo que los centros privados, aunque dirigido a personas de escasos recursos y para niños y jóvenes de la calle.

Tras largos meses de trabajo de remodelación finalmente quedó listo, incluso la idea era multiplicar este esquema en, por lo menos, otros tres centros más de la capital del país.

Sin embargo, la falta de recursos y la obligada capacitación del personal que atendería a los internos atrasó la fecha propuesta para su inauguración.

Fue a mediados de noviembre del año 2002, cuando este centro inició su operación, aunque no ha existido mucha difusión. Quien ha llegado a la Unidad “Torres de Potrero” ha sido por casualidad.

Desde su inauguración y durante los primeros seis meses solo atendió a treinta y cinco adictos. Del total de los casos dos fueron mujeres y solo cinco desertaron antes de concluir el tratamiento.

El director de la Unidad Néstor Soto Puello, explicó que este modelo de internamiento por seis semanas busca que los pacientes cumplan con tres tipos de tratamiento al mismo tiempo: “Un manejo con medicamentos, terapia individual con un psiquiatra y un psicólogo, así como terapia de grupo, lo que incluye sesiones de ayuda mutua con Alcohólicos Anónimos”⁷

⁷ El universal Mayo 2003

La unidad de tratamiento residencial no es un hospital psiquiátrico ni un anexo de A.A.,

El ingreso y la permanencia son voluntarias. La gente se atiende porque quiere resolver sus problemas de adicción.

Las seis semanas son apenas el inicio del tratamiento a través de consultas externas se les da seguimiento por dos años más.

OCEANICA

Localización

En mayo de 1993 se fundó el Centro de Tratamiento para el Alcoholismo y la Adicción de otras Sustancias en Mazatlán, Sinaloa basado en el modelo Betty Ford Center, el cual ha sido adaptado a la cultura y necesidades de nuestro país.

Oceánica está ubicada a la orilla de la playa, a 15 kilómetros hacia el Noroeste de la ciudad de Mazatlán, Sinaloa México, a menos de 40 minutos del aeropuerto. Fue construida en un terreno de 20,000 m² que ofrece un ambiente totalmente aislado y relajante, en donde la naturaleza es cómplice y ayuda a proveer la atmósfera necesaria para la recuperación de las personas dependientes del alcohol u otras drogas.

Esta privilegiada circunstancia contribuye a que el proceso de tratamiento se lleve a cabo con mucho éxito.

Modelo de tratamiento

El programa de tratamiento está basado en el reconocido Modelo Minnesota en la tecnología y asesoría operativa de Betty Ford Center de USA. En Oceánica, están preparados para brindar una atención especializada y altamente profesional a otras personas con problemas de Adicción, al alcohol y otras drogas así como a los familiares, bajo los principios fundamentales de Respeto, Dignidad y Amor.

CLINICA MINNESOTA

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

Su visión es mantenerse a la vanguardia en el tratamiento de las adicciones, y seguir siendo considerados como una de las mejores alternativas de internamiento para la recuperación de las adicciones.

Su equipo terapéutico está conformado por psicoterapeutas, médicos, enfermeras, consultores, técnicos en acondicionamiento físico y diverso personal profesional de apoyo.

El modelo de tratamiento incluye tres ejes principales:

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

A través del desarrollo e interacción armoniosa de estos tres ejes, es como se constituyen las bases para una rehabilitación consistente, teniendo en cuenta que es necesaria una sana integración de mente y cuerpo, para que quienes buscan detener el avance de la adicción puedan encontrar un nuevo sentido en su vida y también su desarrollo espiritual. Aclarando que lo anterior no tiene nada que ver con religión alguna.

Las instalaciones

Cuentan con modernas y funcionales instalaciones con aire acondicionado integral, alberca con temperatura controlada, extensos jardines, áreas independientes para hombres y mujeres, confortables habitaciones, canchas deportivas, amplio comedor, salones exclusivos para psicoterapia individual, grupal y familiar.

Otros servicios que ofrecen

En la Clínica Minnesota están conscientes de que dada la prevalencia de esta enfermedad, no basta con enfrentar el daño que ya se ha hecho presente en el adicto y su familia. Es necesario atender también el aspecto preventivo, por eso pone a disposición de la comunidad los siguientes servicios:

- Desintoxicación y Estabilización
- Soporte Terapéutico
- Programa familiar
- Prevención de recaídas
- Post-tratamiento (Casa de Medio Camino)
- Intervención en crisis

- Asesoría a Empresas y Centros Educativos
- Programas de prevención de adicciones y asesoría a empresas
- Programas de orientación y consultoría a Centros Educativos
- Atención psicológica externa individual y familiar (orientación consejera)
- Talleres como:
 - 0. Prevención de adicciones para niños y adolescentes
 - 0. Manejo de emociones
 - 0. Manejo de estrés
 - 0. Espiritualidad (para egresados)

El modelo Terapéutico Integral es desarrollado mediante conferencias, terapias, pláticas y audiciones por un calificado equipo de médicos y psicoterapeutas.

OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO

Técnicas disuasivas

Existen básicamente dos medicamentos interdictos, cuyo mecanismo de adicción radica en el bloqueo del metabolismo del alcohol, por inhibición competitiva de la encima ALDH, a nivel de acetaldehído, con lo que se produce una desintoxicación acetaldéhidica aguda, con un tipo de cuadro alérgico, cuando se ingiere el alcohol, estando bajo los efectos del fármaco en cuestión.

La mayoría de este tipo de fármacos tienen efectos secundarios, como lo pueden ser: náuseas, cefaleas, cuadros psicóticos, alergias cutáneas, impotencia, temblor, etc.

Técnicas psicosociales

La terapia familiar o de pareja se basan en la presunción de que el paciente es reflejo de una disyunción de todo el sistema, cuya dinámica hay que modificar⁸. Estas intervenciones suelen orientarse de acuerdo con la teoría de los sistemas, transaccional y de modificación de conducta. Sin entrar en el tema, señalaremos la importancia de la familia como factor determinante del problema alcohólico (favorece o sufre las consecuencias de la enfermedad u favorece o dificulta la recuperación del enfermo) así como el posible desarrollo de toda una patología de la pareja o familia nuclear del paciente alcohólico (coalcoholismo).

⁸ M.D. Stanton y Cols. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas, Argentina, Editorial Gedisa 1998.

Lo que está en claro es que no basta con tratar al adicto si no que hay que tratar también a la familia.

Bajo psicoterapia de grupo se entienden solo aquellas técnicas grupales fundamentadas en principios psicoanalíticos que inspiran sus estrategias. Se incluiría aquí el psicodrama de Moreno. La mayoría de las técnicas grupales empleadas en el tratamiento de alcoholismo no pueden ser consideradas como psicoterapia.

2.6 MARCO DE REFERENCIA GENERAL

El tratamiento que la legislación mexicana confiere a las adicciones se apoya en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la que se consagra la protección de la salud como un derecho que tiene toda persona en nuestro país por el hecho de ser ciudadano mexicano, beneficio que se extiende a cualquier extranjero que entre en el territorio nacional.

Por lo anterior, según la Carta Magna, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, delimitando la competencia del Congreso de la Unión para legislar sobre salubridad general en la República.

Plan Nacional de Desarrollo

Al concretar el compromiso constitucional, el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1996, que orienta el desarrollo nacional, realiza un balance general de la sociedad mexicana, detectando que las dificultades económicas de los últimos años han obstaculizado la atención adecuada y deseable a los rezagos sociales, que han continuado siendo importantes, pues un gran número de mexicanos quedaron al margen de los beneficios del progreso al concentrarse la economía en unas cuantas ciudades con desequilibrios y grandes costos en servicios⁹.

Uno de los resultados del balance consistió en la innegable necesidad de avanzar simultáneamente en los campos de la democratización del país, de la economía y del mejoramiento social, postulando que en el mundo de hoy, la modernización económica y social van de la mano de la modernización política.

⁹ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 Diario Oficial de mayo de 2002

Así, derivado de su estrecha vinculación, plantea abatir las demandas sociales prioritarias atendiendo primero las demandas económicas, al establecer el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida que propone como estrategia para su cumplimiento: la creación de empleos productivos y bien remunerados, la atención a las demandas sociales prioritarias, la protección del ambiente y la erradicación de la pobreza extrema.

Dentro de la estrategia del mejoramiento productivo del nivel de vida, el Plan señala que se deben atender las demandas prioritarias del bienestar social como una de las cuatro líneas estratégicas, pues el crecimiento económico no asegura, por sí mismo, que fluyan de manera automática los recursos que la atención de las necesidades básicas requiere y demanda¹⁰.

Este Plan adopta como política de acción para desarrollar la estrategia planteada, la promoción de la salud, asistencia y seguridad social, tomando en cuenta que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo¹¹; la salud así concebida no resulta únicamente del progreso económico y social, sino que requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a los distintos riesgos, como lo es el problema de las adicciones. La seguridad y la asistencia social complementan las acciones en salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar de la sociedad, propiciando la incorporación de los individuos que lo requieren a una vida digna y desequilibrada en lo económico y en lo social.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

El Programa Nacional de Salud 1990-1996 constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud para alcanzar los objetivos y metas señaladas en las áreas de salud y la asistencia social.

Al analizar el diagnóstico de la situación de la salud en México, señala que de acuerdo con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1998, 22.8% de la población sujeta a la encuesta consume tabaco; 12.7% ingiere algún tipo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana, 14.5% lo hace de una a tres veces por semana; y 4.3% del universo analizado ha consumido drogas cuando menos una vez en su vida, siendo la marihuana la droga con mayor índice de consumo, seguida por los tranquilizantes, estimulantes e inhalantes.

Asimismo, detecta como principales problemas la persistencia de hábitos nocivos a la salud, asociada a la escasa participación de la población y a una historia médica inclinada más a la atención de las enfermedades consecutivas; los servicios de asistencia social todavía no son suficientes para dar cobertura completa a la población, o para evitar la desintegración de la familia originada por diversos factores que afectan a sus miembros en lo particular o en su conjunto como son el maltrato a los menores, el abandono de hogar, el alcoholismo, la drogadicción, y los que alteran la salud física y mental de las mujeres, como la violación y el aborto.

Para abatir la problemática antes descrita, el Programa Nacional de Salud persigue como objetivo general pretende “impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que nos lleven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios”, según la directriz establecidas en el PND¹².

Para la consecución de este objetivo general se estableció como política el fomento de la cultura de la salud, dentro de la cual se ha incluido al Programa contra las adicciones, cuyos objetivos son: impulsar acciones de prevención y tratamiento de las adicciones, así como la rehabilitación y la promoción de la participación social en las actividades que se realizan, mediante el desarrollo y fortalecimiento de la educación por la salud.

El programa contra las adicciones plantea las siguientes líneas estratégicas.¹³

0. Promover la revisión y actualización de la legislación vigente, y la vigilancia de su cumplimiento en relación con la promoción, producción, distribución, venta y consumo de sustancias que causan la adicción.
0. Impulsar campañas de información y orientación
0. Incluir y divulgar contenidos educativos para alertar a la población infantil y juvenil sobre la prevención de las adicciones.
0. Promover programas de recreación familiar y comunitaria, deportiva, social, productiva, artística y cultural, para el mejor aprovechamiento del tiempo libre y como un medio para prevenir las adicciones.
0. Fomentar la organización de grupos de autogestión para la rehabilitación integral del fármaco dependiente, y la orientación y apoyo a su núcleo familiar.

¹⁰ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 Diario Oficial de mayo de 2002

¹¹ P.N.D. 1995-2000

¹² PND. 1995-2000

¹³ Programa de Reforma del Sector Salud 1998-2004 Diario oficial Marzo del 2004 5.5 Programa contra las Adicciones.

0. Concertar con los sectores público, social y privado la adopción de medidas para sustituir sustancias solventes de alta toxicidad, y para disminuir los contenidos de solventes tóxicos y agregar sustancias repulsivas a los productos industriales capaces de crear adicción.

LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud, al establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, incorpora con este carácter la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios de salud, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables, el fenómeno de la salud mental y la educación para la salud, así como los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, señalando como autoridades sanitarias para ejercer las atribuciones en ella establecidas al Presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las entidades federativas, incluido el Gobierno del Distrito Federal.¹⁴

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, federal y local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud; sus objetivos son, entre otros, proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; colaborar al bienestar social; coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud, y el uso de los servicios que se presten para su protección. Su coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud, a la cual corresponden, entre otras funciones: establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.¹⁵

La Ley General de Salud engloba la rehabilitación de alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas dentro de la atención de las enfermedades mentales.

La prevención de este tipo de enfermedades tiene carácter prioritario y, por lo tanto, para promover la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas, así como la realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteración mental o dependencia.

La Ley General de Salud destina uno de sus títulos a la regulación de los programas contra las Adicciones, mediante el cual se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones, que tiene por objetivo promover y apoyar las acciones de los sectores público social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones.

Las atribuciones específicas que corresponden al Consejo Nacional contra las Adicciones se detallan en el reglamento para su organización y funcionamiento, dentro de las cuales se enumeran la promoción de la incorporación de las dependencias y entidades participantes en los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia; la instrumentación de acciones para el eficaz cumplimiento de los programas, así como la evaluación de los resultados obtenidos. Asimismo, tiene la facultad de recomendar medidas sobre el control de la publicidad relativa a las bebidas alcohólicas, tabaco y fármacos y proponer reformas que estime convenientes a las disposiciones legales aplicables a la producción, comercialización y consumo de esas sustancias, entre otras actividades.¹⁶

Dentro del mismo título, la Ley General de Salud prevé el establecimiento de programas específicos contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, contra el tabaquismo y contra la farmacodependencia.

Consejo Nacional Contra las Adicciones

A continuación se presenta la historia de las acciones realizadas en México en materia de adicciones, ya sea institucionalmente, o por organizaciones no gubernamentales:

- a. **1969** Centros de integración juvenil (CIJ), surge por iniciativa de un grupo de la comunidad, que al poco tiempo y hasta la actualidad, recibe apoyo del gobierno federal.
- b. **1972** La Secretaría de Salud conforma el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), institución donde se desarrollaron las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas para estudiar el abuso de sustancias adictivas en México.
- c. **1979** Se crea el Centro Mexicano de Salud Mental (CEMESAM), organismo que absorbió las funciones del CEMEF, que a pesar de no tener intervención en la normatividad y el diseño de políticas, incluyó en sus investigaciones el tema de las adicciones y la salud mental. Dio origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría (actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría –INIP-).

¹⁴ Ley General de Salud. Diario Oficial Mayo de 2002

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Ley General de Salud Diario Oficial Mayo 2002

- d. **1980** En esta década, ya eran numerosos los grupos y organizaciones que estaban trabajando en la prevención y el tratamiento de las adicciones.
- e. **1985** Por Decreto Presidencial se implantan el Consejo Nacional contra la Farmacodependencia y el Consejo Nacional contra el Alcoholismo, que tuvieron como primera actividad la elaboración de los programas respectivos, con base en un proyecto coordinado por entonces el Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- f. **1986** Por Decreto Presidencial se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), coordinado por la SSA y con la participación de instituciones y dependencias del sector público, así como de organizaciones privadas y sociales, cuyo quehacer se vincula con el campo de las adicciones. Su objetivo era establecer un marco normativo, así como lograr la integración y congruencia de los esfuerzos de los distintos sectores a través de los programas nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia. Sustituyo a los dos consejos anteriores.

Con el propósito de tener un diagnóstico adecuado de la situación de las acciones en el País, para sustentar las decisiones orientadas a la atención de esta problemática, se plantea la necesidad de realizar encuestas nacionales al respecto y , a partir de 1988, se lleva a cabo, con la intervención del Instituto Mexicano de Psiquiatría (ahora Instituto Nacional de Psiquiatría), la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y el CONADIC, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENE), con cuatro ediciones hasta la actualidad realizadas en 1988, 1993, 1998 y 2003.

- g. **1986** A partir de este año, se fueron estableciendo en los Servicios Estatales de Salud (SESA), los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA).

Por otra parte, existía la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, dedicada a la atención de los trastornos de salud mental, en coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

- h. **1995** Por acuerdo de C. Secretario de Salud, se establece la Coordinación de Salud Mental (CORSAME), que dependía de la Secretaría de Servicios desalud, integrándola al CONADIC, sin embargo, los ajustes administrativos hacen necesario separar los servicios de atención de salud mental y adicciones.

- i. **2000** Se reestructura el Consejo Nacional contra las Adicciones y se crea la figura del Comisionado, dándole rango de Subsecretario, convirtiéndose así en la instancia máxima de decisión para aprobar las políticas que regirán al Programa Nacional contra las Adicciones, coordinar las acciones que de él se deriven y evaluar los resultados.

Se reestructura la CORSAME en un órgano desconcentrado, denominado Servicios de Salud Mental (SERSAME), con nivel de Dirección General, del que dependen los tres hospitales de psiquiatría y los tres centros comunitarios de salud mental ubicados en la Ciudad de México.

- j. **2001 – 2006** Integración, en el Consejo Nacional contra las Adicciones, de las acciones para la atención a la salud mental y las adicciones, unificando el quehacer del Consejo y el de los Servicios de Salud Mental, manteniendo. Cada una de estas instancias sus funciones. EL CONADIC, como normativa y evaluadora en materia de prevención, investigación, atención integral y reinserción social de las adicciones y los SERSAME, en el ámbito operativo de la preservación, la promoción y la restauración de la salud mental, proporcionando atención integral a quienes sufren cualquier forma patológica del sistema nervioso.

Marco legal de las adicciones

Ordenamientos de aplicación general

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 4º párrafos cuarto y sexto y 73, fracción XVI bases 1ª. a 4ª.

LEYES

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación (D.O.) 29 de diciembre de 1976. Art. 27 fracción XX, 34 fracción V y 39 (general, con énfasis en las fracciones XV y XVI).
- Ley General de Salud
D.O. 7 de febrero de 1984.
D.O. 7 de mayo de 1997 (última reforma relacionada con adicciones).
- Ley federal sobre Metodología y Normalización.
D.O. 1 de julio de 1991. Art. 38 fracciones II y IV, 40 fracciones I, II, III, V, VII, y XI, 52.

- Ley Federal de Derechos.

D.O. 31 de diciembre de 1981. Art. 195-f.

REGLAMENTOS

- Reglamento para la Organización y Funcionamiento del Consejo Nacional contra las Adicciones.

D.O. 15 de febrero de 1988.

PROGRAMAS

- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

D.O. 31 de mayo de 1995. 4. Desarrollo Social, 4.5 Estrategias y líneas de acción. Salud.

- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

D.O. 11 de marzo de 1996. III. Los retos demográficos y epidemiológicos. 2. Programa de salud infantil y escolar. 2.4 Salud en la escuela. Otros programas de salud para la población en general. 5.5 Programa contra las adicciones.

- Programa Nacional de Normalización 1998.

D.O. 15 de abril de 1998. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización. 7. Especificaciones de abuso en orina. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. 27. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

- Programa de Desarrollo Educativo 1995- 2000.

D.O. 19 de febrero de 1996. 3. Estrategias y acciones. 3.2 Los métodos contenidos y recursos de la enseñanza. 3.2.1 Planes y programas de estudio. 3.4.2.3. Atención a los niños de la calle.

- Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, 1992-1994.

- Programa Contra el Tabaquismo, 1992-1994.

- Programa Contra la Farmacodependencia, 1992-1994.

En lo particular.

El farmacodependiente, como parte de un grupo social de contra cultura, es marginado en los ámbitos social y familiar se le da un papel de emergente que carga con la patología de su grupo primario. Es así como llega en la mayoría de los casos a la unidad. En esta se propone crear un grupo de referencia que satisfaga en primera instancia las necesidades que no ha podido satisfacer en su medio ambiente normal, y el proceso incluye rehabilitación para la adopción constructiva al medio externo al que volverá.

Este proceso se inicia con admisión, en la cual se establece el primer contacto con el paciente a través del personal técnico de la unidad, se considera de especial importancia el adoptar una actitud terapéutica que facilite al paciente la toma de conciencia de la enfermedad, y por consiguiente la toma de responsabilidad en la decisión de curarse.

Esta actitud terapéutica por parte del personal Técnico, consiste en una aceptación del paciente, tal como es el; una apertura a tomar en cuenta sus propias opiniones, y sostener una actitud de escucha, empatía, reflejo etc.

Se le hace consciente desde el primer momento, que la unidad solamente será una terapia temporal, y desde que se realiza la admisión se le prepara para la despedida, condición necesaria para la reinserción al medio ambiente externo, con la diferencia de que ya tendrá mas elementos para hacerle frente a esa realidad. La unidad que en sentido mas amplio, supone una comunidad terapéutica, pretende ser, a diferencia de un hospital tradicional en donde los pacientes son objetos pasivos de la cura, un lugar donde ellos son sujetos activos y se involucren plenamente en su tratamiento, desde el momento que tomaron la decisión de tratarse.

Cuando las condiciones antes descritas se presentaron durante la estancia del paciente en la unidad, y cuando las metas particulares del internamiento se han cubierto en lo básico, el terapeuta encargado propone al consejo técnico el caso para considerar el egreso, y la modalidad terapéutica en que continuaría en la consulta externa.

Por los mismos que sustentan la necesidad de preparar al paciente para su egreso, es que se contempla la convivencia de que mantenga un nexo con la institución, en las actividades de consulta externa que le refuercen los resultados alcanzados, sin que se mantenga una dependencia enfermiza con la institución.

A continuación se presenta un reportaje periodístico elaborado por Janine Rodiles Hernández que nos refiere que es lo que pasa con los tipos de tratamiento y centros de rehabilitación existentes en el país mencionando así mismo los respectivos pros y contras. El reportaje contiene algunos testimonios de adictos que formaron parte alguna vez de estos centros.

Limpias, psicofarmacología, terapias individuales y familiares, espiritismo, naturismo, retiros religiosos, encierro y tortura, electroshock, acupuntura y naturismo, todo lo que se pueda hacer con tal de salir de la enfermedad de las adicciones.

Y es que conforme el consumo de drogas crece, convirtiéndose en una alarma para la salud pública, los tratamientos, especialistas y clínicas se han multiplicado. Reportes de la Secretaría de Salud, del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), de Alcohólicos Anónimos del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y de la ONG Especialistas en Adicciones (ESADI) documentan más de 200 tipos de tratamientos en el país.¹⁷

Efectivamente la decisión de que tipo de tratamiento a seguir, a que médico pedir ayuda y a que institución acudir, no es algo menor para casi 10 millones de familias que en sus hogares tienen cuando menos a un enfermo adicto.

Rudos VS Técnicos.

Entre un tratamiento en las clínicas privadas con canchas de tenis, alberca y jacuzzi, a un tratamiento forzado en un anexo sin camas y golpizas gratuitas, hay una diferencia. Los especialistas lo llaman brecha entre rudos y técnicos.

El psiquiatra José Antonio Elizondo López, director del Centro Integral en Problemas de Adicción dice: "Existen dos grandes grupos de tratamiento, que son los no profesionales y los profesionales". Se trata del modelo médico tradicional enfocado al manejo del síndrome de supresión, desintoxicación y tratamiento de complicaciones médico-psiquiátricas derivadas del consumo de drogas, para posteriormente dar seguimiento con apoyo psicoterapéutico profesional. Este grupo de tratamientos está representado por los centros privados de rehabilitación de adictos como Oceánica y Monte Fénix. Estos centros se manejan sobre la base del modelo Minnesota que surgió en Estados Unidos en 1949 y que básicamente profesionaliza el programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos".

Estos tratamientos duran un año, tienen un costo desde 140 mil a 35 mil pesos e incluyen internamientos de ocho a cinco semanas con terapias de seguimiento el resto del año. Los terapeutas no son psicólogos sino adictos rehabilitados que se han capacitado como consejeros profesionales.

"uno se pregunta por que te cobran la aplicación del modelo de doce pasos de AA que es gratuito en todo el mundo ¿Entonces que pagas? ¿El lugar, la asistencia tipo hotel, la disposición de todo un equipo de consejeros para crearte la confrontación?"

Para Víctor Pérez Robles, un ex adicto al alcohol y a la cocaína, el precio fue lo de menos.

"Me desperté un día sobre mi cama, tenía un crucifijo sobre mi pecho. Me di cuenta que tenía un año de no saber de mí. Fui a una de esas clínicas, desde que llegué me dijeron que me daban un mes de vida. Me pidieron que hiciera un inventario de todo lo que le había invertido a la coca. Eran miles de dólares, me dieron lavados nasales y salían bloques de cemento y porquería y media. Me hicieron que confrontara mi propia muerte... ¿Caro?, yo te pregunto ¿Cuánto vale tu vida?"

En el otro extremo están los rudos o, al decir de Elizondo, los no profesionales: "Están representados básicamente por los grupos de autoayuda que siguen los doce pasos de AA y entre los que se encuentran además, los grupos de 24 horas y los no tradicionales, que siguen algunos de los pasos pero no todos".

Los grupos de 24 horas surgieron en México hace 25 años internando a pacientes en contra de su voluntad por periodos de tres a seis meses, bajo condiciones de hacinamiento, desnutrición y maltratos físicos.

Domingo Villareal expresa: "Yo Salí muy resentido de los anexos, te dan un trato inhumano, terapias de 16 horas diarias, golpes y una comida miserable, es para que toques fondo. Estuve tres meses y por mi rebeldía me colgaban de los pies cuatro horas diarias y me daban nopales con espinas para que me flagelara. Te subes a la tribuna y te mientan la madre y te denigran. Si eres esquizofrénico te suspenden el medicamento y no les importa".

Sinto Espresate Renal, Director de la revista "Liberaddictus" explica que se trata de un problema económico y de salud pública.

"Si sabemos que 40% de los mexicanos viven en extrema pobreza, entonces de los seis millones de alcohólicos tienen a dos millones cuatrocientos mil familias que jamás van a tener acceso a un tratamiento técnico. Se van con los rudos, porque además resulta que sus pacientes son muy problemáticos e ingobernables en sus medios familiares".

¹⁷ El Universal Julio del 2004

Elizondo López agrega: "Son excesivamente rudos y se llega al extremo de no respetar los derechos humanos del paciente. Pero son un movimiento alternativo para llenar necesidades que no han cubierto los servicios sanitarios del Estado. ¿Qué puede hacer una pobre mujer sin recursos con el alcohólico en casa, muchas veces golpeador? En los anexos con el pago de una despensa puede obtener tratamiento a nivel privado, estos no son muy costosos y a nivel institucional no existen. Ni el IMSS ni el ISSSTE NI PEMEX, ni los servicios médicos del Gobierno del DF. Tienen programas y centros para rehabilitación de adictos, en algunos casos solamente unidades de desintoxicación".

Lo paradójico es que, para algunos estas terapias de choque funcionan. Por lo menos fue así para Enrique Villagomez López: "Soy alcohólico. Un día le pegue a mi hijo con una botella. Lo deje sangrando y con heridas graves. Cuando reaccione sentí tanto asco de mí que me fui a internar al peor de los anexos. Estuve tres meses y pedí otros tres. Tengo más de cuatro años de no beber. ¿Denigrante?, escucha esto: no hay peor denigración que estar pegado a una botella y darle en la m... a tu familia".

Según los entrevistados los anexos funcionan cuando la persona acude voluntariamente y se somete al tratamiento porque cuando son internamientos forzados en la mayoría de los casos el resentimiento y la agudización de la adicción es el resultado.

Sinto Espresate Renal, espera que paulatinamente los rudos se suavicen. "A finales del año 2004, la Secretaria de Salud decreto la norma para regular a los grupos de autoayuda, requiriéndoles mínimos sanitarios como tener supervisión medica, ahora la responsiva familiar es obligatoria y la vigilancia sanitaria se ara mas frecuente, chocando aspectos de limpieza y trato humano. Estamos viendo alianzas que se dan entre anexos y grupos de autoayuda e instituciones medico-académicas, como el caso del doctor Alberto Guerrero, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Morelos, con un programa de prácticas medicas en granjas y anexos para alcohólicos. ¿Quieres mi opinión? Ese es el camino".¹⁸

Por todo lo anterior se plantea el funcionamiento del Centro a partir de los modelos aplicados por las sedes de tratamiento llamados "técnicos", es decir, el tratamiento Minnesota que aplica Oceánica, pero con la participación del Estado que absorba los altos costos del internamiento.

Para una mejor referencia del modelo a tratar se mencionara a continuación la forma de tratamiento de Oceánica.

Oceánica es una empresa particular que se integro con varios socios fundadores quienes establecieron contacto con el Betty Ford Center y a través de un convenio se obtuvo el modelo de tratamiento que se aplica. Además se estableció el compromiso de capacitación, para el personal que integra el equipo de trabajo. Se atienden 36 pacientes internos durante 35 días, divididos en dos unidades (cada unidad tiene nueve habitaciones con dos camas cada una) y cuentan con los siguientes servicios:

Dirección General:	Presidencia
Área Administrativa:	Administración, admisiones y recepción
Área Clínica:	Terapeutas en adicciones, Terapeutas Familiares
Médicos	Psicólogos
Asesor Espiritual,	Psiquiatra.

Para el manejo físico de la enfermedad se encuentra el Área de Médicos que cubren todos los turnos. En el Servicio Medico se evalúa si la persona es apta para el tratamiento, ya que un paciente puede llegar en condiciones críticas requiriendo otro tipo de hospitalización. En el caso de ser aceptado, se inicia el protocolo de desintoxicación, al paciente se le pone en observación y se le da un seguimiento medico durante la estancia en el centro.

Posteriormente se hace la evaluación psicológica para saber si el paciente reúne las características para ser aceptado en Oceánica. Se excluyen a personas que presentan cuadros de esquizofrenia y psicosis. En ocasiones hay personas de doble diagnostico como, por ejemplo depresión mayor y adicción. Cuando se considera indicado atender primero el problema que no es la adicción, se hace la canalización correspondiente.

La evaluación psicosocial es realizada por los llamados técnicos. Como técnicos se contratan a personas con conocimiento del Programa de Alcohólicos Anónimos y con conocimientos teóricos sobre adicciones. Ellos no son necesariamente profesionistas de la salud, pero generalmente, son personas que tienen minimamente tres años en recuperación de una adicción. Los técnicos, al igual que los médicos, trabajan en los tres turnos de atención al paciente. Son el enlace entre el paciente y el terapeuta.

El Departamento de Familia esta integrado por terapeutas familiares. Se atienden a los familiares del paciente interno cuando este esta en su tercera o cuarta semana de tratamiento.

¹⁸ El Universal Julio del 2002

El programa Familiar ocupa un papel relevante, ya que sin este, el programa de recuperación para los pacientes Químico-dependientes quedaría inconcluso.¹⁹ Los pacientes podrían ser sabotados en su recuperación por los familiares, estarían más expuestos a recaídas, habría mas separaciones y divorcios, el paciente seguiría minimizando o negando daños, seguiría culpando a otros sin querer asumir la responsabilidad.

2.6 CONCLUSIONES

Analizando la problemática que acarrea el consumo de productos o conductas adictivas, se deduce la falta de agrupaciones que puedan ayudar a personas que presenten este conflicto. Planteando, por tanto, la existencia de centros que atiendan, en especial con el programa Minnesota, para lo cual se estructura la siguiente propuesta.

El modelo de entrada a la institución incluye la atención de pacientes cuyas características de la enfermedad hacen recomendable su internamiento.

El sistema empleado para el funcionamiento del Centro de Atención a Jóvenes con Adicciones se dará a partir de los siguientes programas:

Programa de rehabilitación.- este se considera parte integral del programa de tratamiento cuya finalidad es:

- o Habilitar al paciente en aquellas áreas en que no este suficientemente desarrollado, ayudarlos a profundizar así como a manifestar de manera objetiva, los rasgos de su identidad personal y social.
- o Buscar las condiciones entre lo que se quiere, esto es entre sus intereses, sus habilidades y lo que puede esperar de si mismo en el momento presente, encaminando sus actividades a la consecución de metas inmediatas.

El programa incluye

Áreas de actividades terapéuticas

1. Psicoterapia individual
2. Tratamiento psicofármaco lógico o placebos
3. Psicoterapia de grupos
4. Psicoterapia familiar
5. Orientación familiar

6. Comunidad terapéutica

Solución a problemas específicos

7. Visitas vocacionales
8. Bolsa de trabajo
9. Hogares sustitutos

Actividades integrativas

10. Programa de desarrollo humano
11. Organización del tiempo libre
12. Actividades culturales y recreativas

Considerar como eje de la acción preventiva a la educación para la salud que, de acuerdo con lo apuntado por la organización nacional de la salud, se define como: "El conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios, a fin de lograr un nivel óptimo de ella".²⁰

Es importante resaltar que si bien la educación para la salud enfrenta siempre la necesidad de trabajar con afectos, actitudes y creencias acerca del valor de la salud. En el campo de la salud mental y particularmente de la farmacodependencia estos aspectos se convierten en la materia central a destacar, con ello, se quiere decir que los programas preventivos no deben contener solamente información sobre los daños que ocasionan las drogas y adicciones a la salud o sus efectos, sino fundamentalmente educar respecto a aquellos factores que inciden en la aparición del problema; es decir, que un sujeto aprenda a entender la realidad y participe en la construcción de una sociedad mas sana que sea producto de su historia singular y colectiva, sin recurrir a conductas como las conductas adictivas o consumo de productos que la generan.

¹⁹ J. Kallermann. Guía para la familia del alcohólico. Minnesota, Ed. Hazalden. 1994.

²⁰ R. Tapia Conyrs y Cols, Op. Cit.

3 INVESTIGACION DEL CONTEXTO

3.1 LA REPUBLICA MEXICANA

Los Estados Unidos Mexicanos están situados en el extremo meridional de América del Norte, entre los 14° 32' 45" y 32° 43' 5" de latitud norte y los 86° 46' y 117° 08' de longitud oeste.

Limita al norte con los Estados Unidos, al este con el Golfo de México, al sur con Belice, Guatemala y el Océano Pacífico y al oeste con dicho océano. Ocupa una superficie de 1, 972, 546 Km² (incluyendo superficie insular).

Relieve

El territorio mexicano posee la forma de un triángulo con la base apoyada sobre el límite con Estados Unidos y su vértice desviado hacia el sudeste. Numerosos plegamientos, hundimientos y elevaciones, han determinado la formación de líneas de relieve que configuran la orografía del país, en el que predominan las tierras altas. Dos sistemas montañosos, la Sierra Madre Occidental, encuadran por el este y oeste, respectivamente, la gran meseta mexicana.

Litoral

El litoral continental mexicano tiene un desarrollo de 8,559km. El adosamiento de las montañas a la costa del Pacífico da a esta un carácter de acantilada, con pocas articulaciones. Su accidente más importante es la península de Baja California.

Hidrografía

El río mexicano de mayor cuenca es el Bravo o Grande del Norte, que sirve de límite con Estados Unidos y recibe en su orilla mexicana el Conchos, San Juan y Salado. Desagua en el Golfo de México. A esta vertiente pertenecen también los ríos Panuco, Tuxpan, Nautla, Papaloapan, Coatzacoalcos y Tonala; el Mexalapa, el Grijalva y el Usumacinta desembocan unidos en la barra de frontera y, por último, los ríos Campeche, Champoton, Candelaria y Hondo, límite con Belice.

Hacia el Pacífico se deslizan los ríos Colorado, Yaqui, Lerma-Santiago, Balsas, Tehuantepec y Suchiate, límite con Guatemala.

Clima

Por su situación correspondería a México un clima tropical en su parte meridional y subtropical en su región septentrional; pero la configuración física de su suelo y la influencia de las masas de aire provenientes del Golfo de México modifican las condiciones climatológicas, permitiendo señalar tres zonas determinadas según la altitud: las tierras calientes, templadas y frías. Las primeras abarcan las llanuras

costeras y tierras bajas del istmo de Tehuantepec, Tabasco, Campeche y la plataforma yucateca. La temperatura media anual es superior a los 22°C y la pluviosidad abundante (2,000 a 3,000 mm).

Población

México cuenta con 90, 000,000 habitantes, de los cuales el 29% es de raza indígena, el 15% es de raza blanca, de ascendencia europea, el 55% es de mestizos y el 1% de otras razas. La población urbana es de 63.6%.

Entre los grupos indígenas que persisten figuran el Náhuatl, el Maya, el Mixteca, el Zapoteca y el Totonaca. El idioma oficial es el español y la religión más generalizada es la católica.

Educación

Esta a cargo del Estado y es laica; la enseñanza debe ser gratuita y hasta el nivel medio es obligatoria, la enseñanza superior se imparte en universidades e institutos superiores. Funcionan en el país 42 universidades: la más importante es la de México.

Gobierno

El una República Federal representativa, dividida en 31 estados y un Distrito Federal.

El gobierno está ejercido por tres poderes: el Ejecutivo desempeñado por el Presidente, elegido por votación directa para un periodo de seis años no reelegible, y los secretarios de Estado; el Legislativo, formado por la Cámara de Diputados, uno por cada 200,000 habitantes o fracción que pase de 100,000, y la de Senadores dos por cada Estado y el Distrito Federal; el poder Judicial integrado por la Suprema Corte de Justicia y los jueces de distrito.

La capital es la ciudad de México, con 13, 952,364 habitantes incluyendo su zona metropolitana, situada a 2,200m de altura, rodeada de un cerco de montañas, en el que descuellan el Popocatepetl y el Ixtaccihuatl. Su parte oriental se levanta sobre la antigua Tenochtitlan y conserva la arquitectura del México Virreinal.

Es justamente en la Capital de los Estados Unidos Mexicanos donde se plantea desarrollar el "Centro de Atención a Jóvenes con Adicciones".

3.2 EL DISTRITO FEDERAL

Como se mencionó anteriormente, se define al Distrito Federal como una de las zonas con mayor índice de personas con alguna adicción entre su población joven. Por lo tanto se plantea como zona de estudio al D.F. para el proyecto del "centro de Atención a Jóvenes con Adicciones", además de ser mi interés personal por ser un habitante dentro de la zona de estudio y apreciar el tipo de problemática que ahí se vive.

A continuación algunas generalidades referentes al Distrito Federal:

Colindante con los Estados de México, y Morelos, residencia de los supremos poderes de la Federación 9, 377,000 h. actualmente es la capital de los Estados Unidos Mexicanos.

Vialidad y transporte

El sistema de vialidad del Distrito Federal ha sufrido transformaciones para responder a la demanda del crecimiento urbano que se ha producido con desmedido aumento en los últimos años. El Sistema Vial en la Ciudad de México se ha subdividido en vías primarias, vías secundarias, calles controladas, calles locales y peatonales.

Entre las principales vías primarias se encuentra el Anillo Periférico que se extiende de sur-poniente de la Ciudad, en segundo termino se encuentra el Viaducto Miguel Alemán que comunica al centro y sur de la Ciudad, finalmente se encuentra el Circuito interior el cual comunica al noroeste con el centro.

Dentro de las vías secundarias mas importantes están: Avenida Calzada de Tlalpan, Aquiles Serdan, Río San Joaquín, Avenida Insurgentes y la Avenida Ignacio Zaragoza, también cabe mencionar a los ejes viales, los cuales se dividen de Oriente a Poniente y de Norte a Sur de la Ciudad.

Uno de los grandes problemas de accesibilidad al Distrito Federal se presenta en sus periferias, en específico en las zonas Norte y Noreste (salidas a las autopistas Querétaro y Pachuca), en donde existen constantes e intensos conflictos viales, debido a que en estas zonas la actividad industrial y las zonas habitacionales son excesivas.

En lo referente al transporte en el Distrito Federal los volúmenes de traslado son cubiertos por 25 millones de viajes por persona al día. Corresponde a un 35.01% a autobuses urbanos; 24.30% se realiza en automóviles particulares, 8.10% a taxis, 12.10% al transporte concesionado o colectivo y el 3.20% restante se realiza en otros medios como: tren ligero, motocicletas, bici taxis, bicicletas etc.

Es importante constatar que la disponibilidad de tener vehículos particulares ocupa un lugar preponderante en cuanto a volumen de viaje por persona al día correspondiente a un 25030% del total, en tanto que el transporte publico moviliza el 74.705 del total de la población. Es importante mencionar que los automóviles particulares representan las cuatro quintas partes del total de vehículos que circulan en la Ciudad de México produciendo así hasta un 50% de disminución de las capacidades viales, así mismo el 83% de los gases contaminantes que se emiten en la Ciudad de México son producidos por esta fuente.

Particularidades

En el Distrito Federal la incidencia de los rayos solares se encuentra a 15°

- En el norte no hay asoleamiento en otoño e invierno presentándose solo en primavera y verano con poca intensidad.

- En el sur el asoleamiento es intenso durante el otoño e invierno a diferencia de su ausencia en primavera y verano.
- En el oriente y poniente, la intensidad del asoleamiento es mayor durante la primavera y el verano, bajando muy poco en otoño e invierno.
- En la superficie horizontal es muy alta la intensidad del asoleamiento en primavera y verano, bajando poco en el otoño e invierno. Todo es determinado por la latitud norte 19°.

PLANO DEL DISTRITO FEDERAL



3.3 LA DELEGACION

Vocablo de Iztapalapa

El nombre de la Delegación Iztapalapa proviene de la lengua náhuatl, (Iztapalli-losas o lajas, Alt-agua, y Pan-sobre) que pueden traducirse como “En el agua de las lajas”.

Este topónimo describe su situación ribereña, como es sabida esta demarcación junto con otros espacios aledaños, tuvo su asentamiento parte en tierra firme y otra en el agua, conforme el conocido sistema de chinampas.

Antecedentes:



Esquema representativo de Iztapalapa.

Abstracción realizada a partir del símbolo Delegacional existente de la Delegación Iztapalapa que significa en el Agua de las Lajas, por considerarlo una buena abstracción se ha realizado de manera que se conserven los elementos distintivos de la imagen Original, adecuándolas para su fácil reproducción en diferentes medios.

Localización

La Delegación Iztapalapa se encuentra situada en la región oriente del Distrito Federal cuenta con una superficie aproximada de 117 kilómetros cuadrados, mismos que representan casi el 8% del territorio de la capital de la Republica, y su altura sobre el nivel del mar es de 2,100m.

La jurisdicción tiene como rasgo característico, el que además de confluir con otras delegaciones del Distrito Federal, involucra en sus límites a municipios pertenecientes al Estado de México, lo que obliga a que la política de desarrollo delegacional tenga que atender la compleja problemática que este tipo de conurbación genera.

Los límites de la Delegación Iztapalapa son: al norte, con la Delegación Iztacalco y el municipio de Netzahualcóyotl, al este, con los municipios de los Reyes la Paz e Ixtapaluca; al sur, con las delegaciones Tláhuac y Xochimilco, al oeste, con las delegaciones Coyoacán y Benito Juárez.

En este espacio se cuenta con realidades contrastantes, barrios y colonias que gozan de servicios públicos que las autoridades delegacionales les brindan con oportunidad, sin desconocer que también se enfrentan los rezagos sociales y marginación mas profunda de la capital, pero que con acciones dinámicas y voluntad se pretende aminorar.

3.4 MEDIO SOCIAL

Fundación de Iztapalapa

A principios del siglo XIV los aztecas, procedentes de Aztlán, obtuvieron la anuencia del rey Tecpaneca Tezozomoc para atravesar su territorio y asentarse en el Cerro de Chapultepec. Allí vivieron tranquilos durante unos cuantos años, sin embargo las crónicas destacan que cuando sus jóvenes se dieron a la tarea de raptar a las mujeres de los pueblos vecinos, fueron reprimidos, obligados a refugiarse en Culhuacán, en calidad de siervos.

En el Valle de México, hacia el siglo VII de nuestra era, fundaron su capital al pie del Cerro de la Estrella, la que denominaron Culhuacán. Contaban con una economía basada principalmente en la agricultura de chinampas, la explotación, los productos de lago y los artefactos de juncia o tule.

En vísperas de la conquista española, Culhuacán ya no era una localidad preeminente en el sur del Valle. En sus proximidades se había desarrollado Iztapalapa, también a la orilla del lago y a pie del Cerro de la Estrella, aunque del lado norte de esa montaña, fue una de las villas reales que rodeaban Tenochtitlan a la cual abastecían de viveres y a la vez protegían, dada su situación geográfica, la convertía en la primera línea de defensa.

Iztapalapa fue gobernada por Cuitláhuac, hermano de Moctezuma II, contaba con unos 10 mil habitantes dedicados a la horticultura y a la floricultura mediante el sistema de chinampas. Estas actividades explican que en la ciudad sobresalieran los huertos, los estanques para peces, los criaderos de aves, el jardín botánico y el palacio y el palacio de Cuitláhuac, todo de cantera y vigas de cedro, con patios muy espaciosos que la convirtieron en un verdadero vergel.

Otra de las importantes vías de comunicación lo constituyo la calzada de Iztapalapa, ella comunicaba también con la gran Tenochtitlan, esta obra la empezó a construir en 1429 el IV gran señor de los aztecas Itzcóatl, aprovechando el trabajo sumiso de los tecpanecas y xochimilcas. El terraplén, cimentado en el fondo del lago, sobresalía metro y medio de las aguas, media ocho kilómetros de longitud y era tan ancho que por el podían transitar ocho caballos a la par. A la mitad del trayecto estaba el fuerte de Xoloc, de piedra, con torres a los lados y en medio un petril almenado y dos puertas, una de entrada y otra de salida. De ese partía el ramal a Coyoacan.

ÉPOCA COLONIAL

A su llegada al Valle de México, los españoles se aposentaron en el pueblo de Iztapalapa el 6 de noviembre de 1519, desde donde hicieron su primera visita a la capital tenochca. El ejército conquistador había partido desde Tlaxcala con los indígenas aliados, con el objeto de apoderarse definitivamente de la capital, organizando su ataque contra varias villas indígenas que eran defensa de Tenochtitlan. Todos esos pueblos lucharon valerosamente contra la invasión que ocasiono mucha destrucción y muerte.

Iztapalapa junto con otras poblaciones cercanas fue aniquilada y sojuzgada por Gonzalo de Sandoval, que se percató de que era el principal baluarte y aliado de los mexicas. La región fue arrasada, las crónicas calculaban que murieron alrededor de cinco mil habitantes durante la guerra, y por las epidemias. Con esa población tan disminuida, la nueva administración española organizó los poblados de aquella comarca. Hernán Cortés asignó seis pueblos como propios de la Ciudad de México, entre ellos estaban Iztapalapa, Mexicaltzingo, Culhuacán y Huitzilopochco "Churubusco". Poco después solo Iztapalapa quedó en poder de la Ciudad de México, las otras poblaciones fueron otorgadas en "encomienda" a particulares.

Por tal motivo, la capital se consideraba como el encomendero corporativo de la comunidad de Iztapalapa, de la que recibía tributos, usaba la mano de obra y designaba y pagaba el salario de su párroco, hasta fines del siglo XVI en que se convirtió en propiedad de la corona.

La comarca donde se desenvolvían estos poblados quedó dentro de la jurisdicción de Mexicaltzingo, que desde principios del siglo XVI fue designada Corregimiento y Cabecera del mismo por el gobierno español. En el siglo XVII cuando se anexaron a este Corregimiento Los Reyes y Santa Martha, estancias de Tenochtitlan, se cambió al Corregidor por un Alcalde Mayor, y durante la implantación de las intendencias por el gobierno de los monarcas borbones, -1786- se designó a un Subdelegado de la Intendencia de México.

En cuanto a la población, sabemos que en 1552 fue levantado el primer censo de la Nueva España, después que había sido assolada por varias epidemias. En ese año Culhuacán contaba con 817 tributarios y 260 Mexicaltzingo; veinte años después tenía en la jurisdicción a 2,420 nativos como contribuyentes. En el poblado de Iztapalapa a mediados del siglo XVIII residían 80 familias, 31 eran españoles y el resto castas, en la segunda mitad de ese siglo la habitaban 130 familias de naturales, según Antonio de Alcedo.

La población de Mexicaltzingo; y Churubusco se distribuía en 9 barrios y 3 estancias: San Juan Nextipac, La Asunción y Santa Cruz, cada una ubicada a media legua de la cabecera, estas aparecían como "visitas doctrinales". A principios de la colonia en el poblado de Iztapalapa sus habitantes se encontraban distribuidos en 5 barrios y al finalizar el virreinato tenían bajo su jurisdicción 3 haciendas y dos ranchos.

En Culhuacán había 18 estancias circundando la cabecera, de las cuales en el siglo XVIII solamente se conservaban San Lorenzo Tezonco y Santiago Acahualtepec.

Conocemos algunos de estos datos gracias al "Plano de Culhuacán" y la "Relación Descriptiva..." a la que acompañaba, y que había mandado a hacer en 1580 el Corregidor de Mexicaltzingo, Gonzalo Gallego, con el objeto de enviarlos al rey Felipe II. Lo más interesante de este plano es que aparecen señaladas las estancias del rumbo de Culhuacán con sus capillas, muchas de las cuales aun existen. También aparece, junto a la iglesia principal del pueblo, asentado un molino y batán trazado en forma de arco, en el que se hacía papel.

Se explica la preocupación por la producción del papel en tanto constituía materia prima fundamental para el monasterio de San Juan Evangelista, ambos inmuebles para su adecuado funcionamiento se basaban en un embarcadero construido en el siglo XVI, aprovechando una acequia y alimentado por manantiales y corrientes. Seguramente eran utilizados para el funcionamiento del molino de papel y para abastecer al convento agustino. Aun se conservan restos del molino, encerrados en el patio de un predio particular.

Poco después de haber instalado los franciscanos su sede en la Ciudad de México. En la región de Iztapalapa establecieron dos "visitas de doctrina", San Mateo Huitzilopochco y San Lucas, la primera se convirtió en parroquia secular en 1548 y la segunda en 1570.

Por su parte los frailes agustinos comenzaron en 1552 la construcción de su monasterio en Culhuacán, edificación que se llevó a cabo en varias etapas, concluyéndose en 1569 bajo la advocación de San Juan Evangelista – la tradición popular también la ha llamado de San Matías. En este monasterio los frailes fundaron un seminario de lenguas, el cual funcionó durante más de cien años, en el se preparaba a los religiosos en el aprendizaje de los idiomas y dialectos indígenas y de la labor evangelizadora.

Los religiosos de la orden franciscana, levantaron en 1580 un claustro en Huitzilopochco. También edificaron pequeñas casas en San Marcos Mexicaltzingo, hacia 1580, Santa Martha y Nativitas Tepetlacingo, hacia 1862. Estas fueron durante mucho tiempo visitas, subordinadas a la parroquia de San José de los Naturales de la Ciudad de México, excepto Mexicaltzingo, que fue doctrina hasta 1770 en que todas las iglesias de esa demarcación fueron secularizadas y adoptadas de su propio clérigo.

Las iglesias de San Lucas Evangelista, San Marcos Mexicaltzingo, San Juan Evangelista, la capilla del Calvario, y la de Santa Martha Acatitla, fueron edificadas sobre basamentos de un templo prehispánico, que seguramente era también religioso y que los españoles destruyeron para imponer sobre aquellos los suyos; generalmente los materiales de los anteriores sirvieron para la construcción de los nuevos templos.

IZTAPALAPA EN EL SIGLO XIX

El paisaje rural de los alrededores de la Ciudad de México fue transformándose lentamente durante el siglo XIX, la región de Iztapalapa, a pesar de encontrarse a escasos 14 kilómetros de la capital, durante los primeros años del México independiente, solo alcanzaba a ver la polvadera que alzaban los carromatos de viajeros y ejércitos procedentes o con destino a Puebla o Veracruz, ya que el camino atravesaba por ese rumbo, a un lado del Peñón Viejo. También por Iztapalapa cruzaban los caminos que iban por Aztahuacán, a Chalco, Mixquic, Amecameca, Ixtapaluca y Ayotla; por Tulyehualco a Xochimilco, Tlalpan, Tláhuac, Zapotitlán y Milpa Alta, y por la Calzada de Iztapalapa a Coyoacan, Mixcoac, Tacubaya y México.

Dos vías fluviales eran los canales que partían de Chalco y Xochimilco, se unían para formar el Canal Nacional, poco antes de su paso por Culhuacán y Mexicaltzingo, al cruzar el camino real de Iztapalapa –Calzada Ermita Iztapalapa- se convertía en Canal de la Viga; iba paralelo a un camino terrestre del mismo nombre, pasando por Iztacalco y Santa Anita y llegaba hasta el embarcadero de Rodán en el mercado de la Merced de la Ciudad de México.

A través de este canal se transportaban los productos agropecuarios de los pueblos de la región de Iztapalapa y del campo que recorría el canal, en general la capital era abastecida de lo que se producía en los poblados aledaños. Muchos pueblos del sur del Valle continuaban empleando el sistema de chinampas como en la época colonial, por ser el suelo propicio ya que era cenagoso. La agricultura era el soporte económico básico y además permitía satisfacer las necesidades locales de maíz, frijol y numerosos vegetales.

Durante esta centuria y hasta principios del siglo XX, en la región existieron las haciendas de La Soledad, La Purísima y San Nicolás Tolentino de Buenavista en el pueblo de Iztapalapa y hacia el Cerro del Marques o Peñón Viejo, la hacienda del Peñón y la del Arenal; había además varios ranchos en distintos lugares, La Viga, El Tesoro, Tres Puentes, La Asunción y Santa María entre otros.

A mitad del siglo, el pueblo de Iztapalapa contaba con 3,416 habitantes, distribuidos en los barrios de San Miguel, San Nicolás, Jerusalem, Ladrillera, Xomulco, Ticomán, Santa Bárbara, Huizila, Cuautla, Xoquillas, Tecolpa, Tecalco y Alizoca. Y en el resto de la municipalidad había 1,809 habitantes distribuidos en los pueblos de San Andrés Tetepilco, San Simón, Santa María Nativitas y Mexicaltzingo, en las haciendas de la Soledad y Portales y en los ranchos de Suárez, José Tenorio y Sánchez Albarrada.

Huitzilopochco, paso a depender de la jurisdicción de Coyoacan desde tiempos de la colonia, época en que se le agregó el nombre de San Mateo y durante el siglo XIX se le denominó solamente Churubusco.

IZTAPALAPA EN EL SIGLO XX

La ley de la organización política y municipal de 1903 le agregó a Iztapalapa los pueblos de Iztacalco, San Juanico, Santa Cruz Meyehualco, Santa Martha, Santa María Aztahuacán, Tlacoyucan Tlaltenco, San Lorenzo Tezonco, Santa María Zacatlamanco y Zapotitlán, con lo cual su población ascendió a 10,440 habitantes, de los cuales 7,200 Vivían en la cabecera establecida para entonces ya en Iztapalapa. Hacia 1920 la población total de la municipalidad era más de 20 mil habitantes, correspondiendo a 9 mil a la cabecera.

Desde 1861 se habían organizado numerosas municipalidades y en su reglamentación se fijaban los límites del Distrito Federal, quedando dentro de estos el municipio de Iztapalapa, en el partido de Tlalpan. En 1928, un año antes de que establecieran las delegaciones, existían 15 municipios en el Distrito Federal, entre los cuales estaba el de Iztapalapa. A partir de 1929, por la ley del 31 de diciembre de ese mismo año, se establecieron las Delegaciones, y el Distrito Federal quedó dividido en la Ciudad de México y 12 delegaciones, una de ellas era la de Iztapalapa.

Al principio de este siglo la población en general siguió siendo rural, las actividades económicas de la comarca continuaron basándose en la agricultura, destacando la producción de hortalizas y de flores; también se extraían algunas canteras de Culhuacán y del Cerro del Marqués.

En 1912 el ferrocarril de San Rafael y Atlixco atravesaba la municipalidad, iba de México a Ozumba, era la vía angosta; los pueblos de la comarca se comunicaban entre sí por un tranvía de tracción animal. En el extremo oriental de la región pasaba el Ferrocarril Interoceánico, igualmente era la vía angosta, partía de la estación de San Lázaro con destino al Puerto de Veracruz.

No podemos dejar de mencionar en este breve recorrido de la evolución histórica, política, social, cultural y religiosa la celebración de la Semana Santa en Iztapalapa en la medida que se condensan matices de carácter ritual, mágico, ideológico, y por supuesto religioso que se siente e involucra a un inmenso sector de la sociedad.

La vuelta a la vida tiene para los habitantes de Iztapalapa un importante sentido histórico: recuerdan y evocan constantemente que el origen de la Semana Santa se vincula con la devastadora epidemia del cólera que azotó a esta jurisdicción en 1843.

La urbanización de la delegación se desarrolló en la primera década de este siglo, en que se inició su expansión hasta confundir su mancha urbana con las colonias de las delegaciones vecinas. Durante esos años fue entubado el Canal de la Viga, que paso a ser un drenaje cubierto 1955. Convertido junto con el camino Real de calzada de la viga. Las últimas chinampas de Culhuacán y Mexicaltzingo, que colindaban con el canal, desaparecieron paulatinamente.

En diciembre de 1928 se expidió la primera Ley Orgánica del Distrito Federal y Territorios Federales, en donde se definió que el órgano a través del cual el presidente ejercería el gobierno del Distrito Federal sería el Departamento del Distrito Federal. A partir de entonces la historia legislativa de la capital de la República se ha visto enriquecida con la presencia de diversos ordenamientos hasta nuestros días.

POBLACIÓN DE IZTAPALAPA.

Según la cifras proporcionadas por el INEGI en el año 2005, Iztapalapa cuenta con el mayor número de población del Distrito Federal con casi 2,000,000. de habitantes y con una densidad aproximada de 12,000 personas por kilómetro cuadrado.

En términos de la población por sexo, el 49% corresponde a hombres y el 51% a las mujeres. En lo que se refiere a la población por edades, el mayor rango está comprendido entre los veinte y veinticinco años de edad.

La población en edad de trabajar (mayor a 12 años) se calculan en casi 1,100,500 personas. Del total de esta población la económicamente activa representa el 46.3%. los datos censales por su definición de ocupación que incluye tanto a la persona que trabaja como a la que buscó trabajo, revelan que la proporción de ocupados de la población activa es de 98.1%.

La Delegación Iztapalapa ha tenido un crecimiento vertiginoso en su población. De los 76,621 habitantes registrados en 1950, paso en el año 2000, a una población de 1,771,673 habitantes, multiplicándose aproximadamente 23 veces en solo cinco décadas.

AÑO	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
1950	76,621	37,733	49.2	38,888	50.8
1960	254,355	125,306	49.3	129,049	50.7
1970	522,095	259,822	49.8	262,273	50.2
1980	1,262,354	622,628	49.3	639,726	50.7
1990	1,490,499	730,466	479.0	760,033	51.0
1995	1,696,609	832,343	49.1	864,266	50.9
2000	1,771,673	858,952	48.5	912,721	51.5

Lo más significativo, es que hablamos de una sociedad joven para el 2000; la mayoría corresponde a los grupos de edad de 0 a 29 años, los cuales rebasan la cantidad de 75.0 habitantes.

Un rasgo importante para el 2000, es que los grupos de edad entre 20 y 39 años han crecido notablemente con respecto a 1990. Siendo la tasa mas alta el grupo de edad de 20 a 24 años de edad. Esto quiere decir que la mayor parte de la población de Iztapalapa tiende a envejecer y la proporción de jóvenes será menor.

La población mayor de 55 años, es proporcionalmente pequeña con relación a la población de menor edad.

Lo que representa el grupo de 0 a 14 años está relacionado, entre otros aspectos, a que en las sociedades urbanas e industriales en general, la proporción de las familias con más de cuatro miembros tienden a decrecer.

Los siguientes dos grupos tienden a aumentar debido a que la esperanza de vida es mayor y con el envejecimiento relativo de la población tendrá efectos significativos en variables económicas ya que cada vez será menor la población que trabaja y mayor la de ancianos.

POBLACION TOTAL POR GRANDES GRUPOS DE EDAD EN PORCENTAJE



De las 7,170 defunciones en el 2000, la cantidad de 3,833 corresponde a hombres, 3,334 a mujeres y 3 a no especificados. En 1993, las defunciones de menores de un año fueron 889, mientras que para el 2000 solo 798; insistiendo que una mejor atención, de los servicios de salud, es determinante para este punto.

En lo concerniente a Matrimonios y Divorcios el aumento es un tanto significativo ya que de los 7,339 matrimonios reportados en 1993, solo fueron 8,634 en el 2000. Refiriéndonos a los mismos años, los divorcios se reportan en estas cantidades: 92 y 124 respectivamente.

Es relevante como de los 35,993 nacimientos en 1993 se dispararon a 36,937 en 1994, decreciendo en 1995 y para el 2000 solo 34,226 siendo 17,476 hombres, 16,747 mujeres. Ello permite afirmar que las políticas de planificación familiar en ocasiones si surten efecto bajando el crecimiento de la población.

Para el año 2000, la mayor cantidad de población femenina (93,641) se encuentra en las mujeres entre 15 y 19 años. De los 25 a los 29 años es alta la población femenina (51,309) con hijos nacidos vivos (159,937) son las del grupo de entre los 35 a los 39 años de edad debido a que han tenido mas embarazos.

Considerando una población total de 1, 077,330 entre la edad de 12 años y mas, se tiene que los casados representan la cifra mayor 44.2% de los cuales el 72.6% están casados por las dos leyes civil y religioso. El 25.2% están casados por lo civil y solo el 2.2% por lo religioso.

Debido a que la población de Iztapalapa es joven, existen muchos solteros pero tendencialmente la proporción (41.5%), bajara en las próximas décadas.

CRECIMIENTO DEMOGRAFICO

El crecimiento poblacional de Iztapalapa ha pasado de representar en 1950 con el 2.51% al 7.58 % en 1970 y en el censo de 1990 representa el 18.10%.

Además del crecimiento total natural de la población, referimos el proceso migratorio con una tendencia decreciente del 30.94% en 1980 y del 25.92% en el 2000.

Iztapalapa se ha expandido como zona residencial, contribuyendo a una inmigración hacia este espacio habitantes de otras delegaciones y, principalmente de Estados del centro de la Republica. Al 12 de marzo del 2000, de una población total de 1, 490,499, el 73.8% son nacidos en la entidad. El 0.5%: no especificados. El 25.7%: oriundos de otra entidad que incluye el 14% de Puebla, 13.2% de Oaxaca, 11.7% de Michoacán, 11.6% Estado de México. 8.1% de Hidalgo, 7.6% de Guanajuato y 33.8% para el resto de las entidades.

RELIGION

La mayoría de la población de Iztapalapa es católica denotando una baja del 1.9% en la década de los 90's. la religión protestante y otras incrementaron su porcentaje anterior 2.6 y 1.1% a 3.8 y 2.3% respectivamente.

Es significativo como el 2.3% de quienes no tenían religión, se han convertido en el 2000 ya que bajo el porcentaje a 1.8% de ninguna.

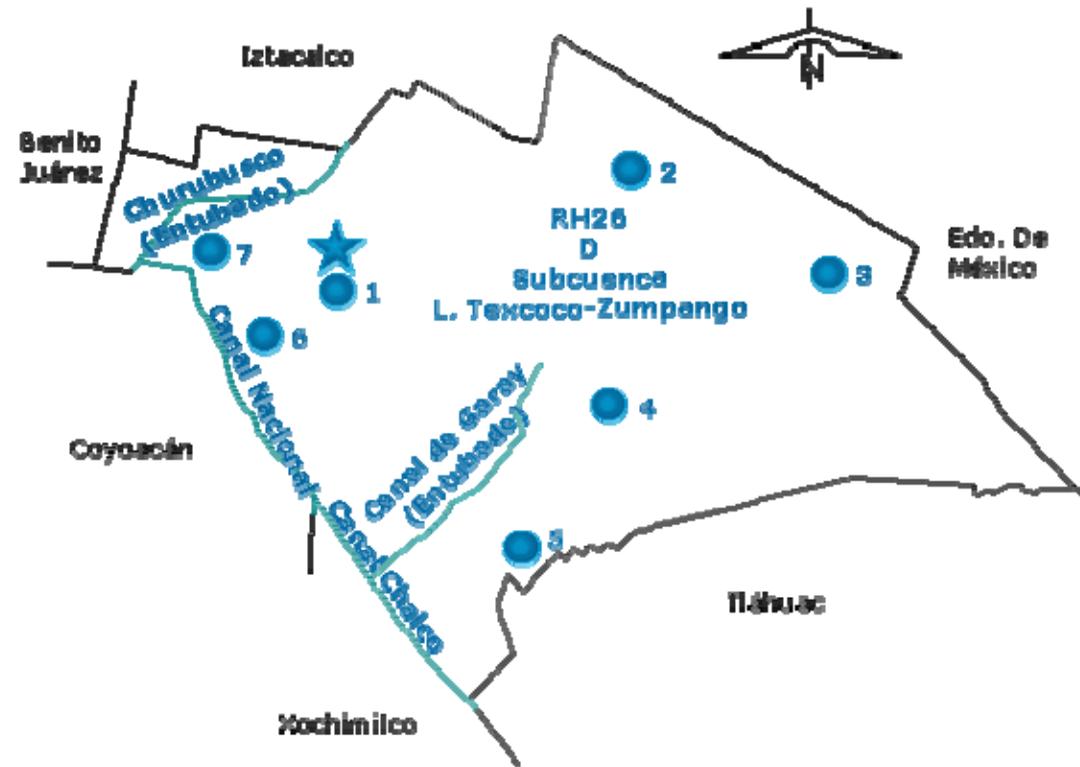


3.5 MEDIO FISICO

HIDROGRAFIA

Aun cuando Iztapalapa fue región con grandes extensiones de agua por la antigua colindancia con el Vaso de Texcoco ya que existieron canales para transportarse a Santa Anita, Jamaica y Tlatelolco, actualmente no existen depósitos naturales de agua superficiales por el efecto combinado de la desecación lacustre y la pavimentación urbana.

Queda como un bello recuerdo pues cabe destacar que la Delegación le atravesaba el río Churubusco que al unirse con el río de la Piedad ambos actualmente entubados formaban el río Unido. También la cruzada el Canal Nacional, actualmente Calzada de la Viga, dónde recogían las aguas de los canales de Chalco, de Tezontle, Del Moral y el de Garay; que finalmente desembocaban sobre los terrenos que antiguamente formaban parte del lago de Texcoco.



SIMBOLOGIA

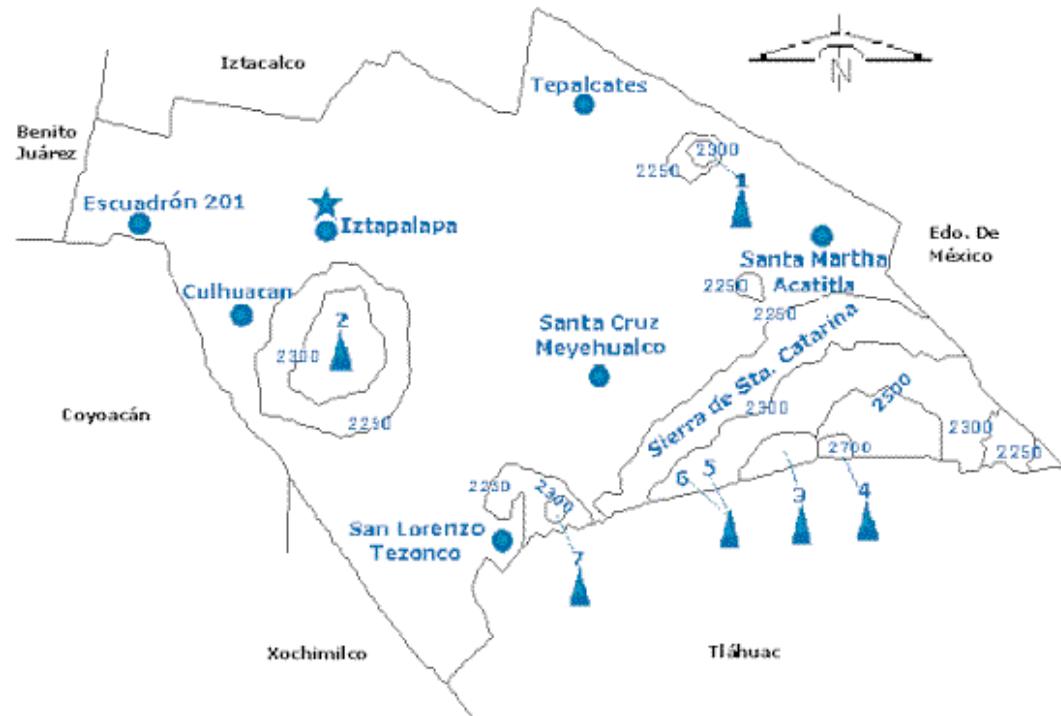
	RH26	D		
CORRIENTE DE AGUA	REGION HIDROLOGICA	CUENCA	LOCALIDADES PRINCIPALES	EDIFICIO DELEGACIONAL
			1 IZTAPALAPA 2 TEPALCATES 3 SANTA MARTHA ACATITLA 4 SANTA CRUZ MEYEHUALCO 5 SAN LORENZO TEZONCO 6 CULHUACAN 7 ESCUADRON 201	

OROGRAFIA

En cuanto al relieve, plano en su mayoría y correspondiente a una fosa o depresión tectónica, que fue el resultado de dos fallas montañosas; quedaron dos alineamientos volcánicos; al primero corresponden: el Cerro Peñón del Marques (2,400 msnm) y Cerro de la Estrella (2,460 msnm); al segundo: La Sierra de Santa Catarina compuesta por el Cerro Tecuautzi o Santiago (2,640 msnm); Cerro Tetecon (2,480 msnm), Volcán Xaltepec (2,500 msnm) tomándose en cuenta solo las elevaciones principales.

Esta región volcánica presenta las siguientes características:

- Son recientes desde un punto de vista geológico
- Cada Volcán tiene en algunos casos señales de escurrimiento de lava
- Predominan las rocas basálticas salvo en el Tecuautzi y el Mazatepec por Andesita Hipertecnica.
- Ninguno alcanza mas de 1000 metros sobre el plano general del relieve regional



SIMBOLOGIA

CURVA DE NIVEL	EDIFICIO DELEGACIONAL	LOCALIDAD	ELEVACION PRINCIPAL
			1 CERRO DEL PEÑON DEÑ MARQUES 2 CERRO DE LA ESTRELLA 3 CERRO TECUAUTZI 4 VOLCAN DE GUADALUPE 5 CERRO TETECON 6 VOLCAN XALTEPEC 7 VOLCAN YUHUALIXQUI

Otra de las características de importancia que definen a la Delegación Iztapalapa, es su orografía con el Cerro de la Estrella, testigo de hechos históricos relevantes para su comunidad y para la historia en general, basta recordar la festividad del " Fuego Nuevo " .

Entre otros cerros importantes destacan El Peñón Viejo o del Marques y de la Sierra de Santa Catarina, los volcanes de San Nicolás, Xaltepec y el Cerro de La Caldera.

FLORA

Iztapalapa primer abastecedor de legumbres y flores durante la colonia.

El territorio que abarca la Delegación Iztapalapa, presento antes del año 1970 gran diversidad de paisajes geográficos: cerros arbolados, ciénegas, lagos y llanuras de pastizales; con un clima templado entre 12° y 18° C. ambiente idóneo para la reproducción de diferentes especies tanto vegetales como animales.

Persistieron en el pueblo las chinampas y milpas donde pudieron cosechar, a pesar de grandes dificultades, productos como maíz; frijol y calabaza.

Para el año de 1940 la chinampera sufrió un gran golpe con la desecación del Canal de la Viga. Subsistiendo 30 años mas con temporales y el agua que bajaba del Cerro de la Estrella; para ese entonces se cultivaba, ya en menor escala; la lechuga, el romero, el betabel, lenguas de vaca, quelites, tomate, alcachofa, verdolaga, espinaca, cilantro, apio, perejil, habas, garbanzo, zanahoria, chayote, jitomate, col, manzanilla, chile san juanero, ajos, cebolla, y acelga.

Como se sabe no solo en Iztapalapa ha bajado la actividad agrícola debido a las siguientes causas:

- Urbanización que ocasiona la perdida de grandes terrenos productivos o de labor
- Delegación densamente poblada, no hay suficiente tierra para la actividad agrícola
- Falta del insumo agrícola (pesticidas y fertilizantes)
- Falta de maquinaria adecuada (tractores y segadoras)
- La gente prefiere ser asalariada y no campesina.
- Falta de agua para riego.
- Alteración del ciclo hidrológico-tierra que modifica el clima local a consecuencia de la pérdida de la vegetación.

Aun y a pesar de la problemática, existen pequeñas parcelas "familiares" donde se cultiva: romero (ingrediente principal para los tradicionales romeritos o revoltijo); betabel (tubérculo guinda con el que se preparan la ensalada de noche buena); lengua de vaca (hierba que da sabor al pipían); alcachofa, verdolaga, acelga, col, manzanilla, chile, epazote y quelite.

Las milpas, muy pocas extensiones grandes de tierra que quedan, son de temporal para el cultivo del maíz, frijol y nopal.

También encontramos pequeños huertos con árboles frutales como el Capulín, higuera, tejocote, durazno, limón, níspero, aguacate, chabacano, ciruelo, manzano, granada, naranjo, mandarina, y guayaba, entre otros.

La mayor parte de estos productos era comercializada en mercados tianguis o plazas; y actualmente para el autoconsumo familiar.

En parques públicos, camellones, parque ecológico del Cerro, avenidas y jardines privados de Iztapalapa, hay árboles de especies como: ahuejote o sauce, pirul, colorin, eucalipto, hule, fresno blanco, Jacaranda, trueno, olivo, álamo, encino, sauce llorón, tamarix, araucaria o pino estrella, cedro de la india, ciprés o cedro blanco, cedro o ciprés italiano, ahuehuate sabino, pino ocote, palmera o palma de abanico, yuca o palma izote, negundo ecezintle, tepozan o axicuahuitl, retama de tierra caliente, casuarina, tulipán de la india y recientemente se ha reforestado áreas verdes con Picus y laurel de la india entre otros.

Adornan distintos lugares de esta zona: la rosa en todas sus variedades; agapandos, girasoles, margaritones, bugambilias, azucenas, geranios, azalea, lirio, acanto, amaranto rojo, y jazmines por referirnos a las más comunes.

Cabe mencionar que en Iztapalapa desde tiempos remotos, debido a que brota bastante hierba silvestre, se utilizan las medicinales como remedios para sanar malestares leves.

Como observamos, esta tierra es sumamente fértil, solo se necesita un poco de atención en su cultivo para tener un hermoso jardín, una parcela o un pequeño huerto familiar.

FAUNA

Debido al crecimiento incontrolado de la población, las grandes extensiones de tierra se han urbanizado dañando el ecosistema de Iztapalapa y como consecuencia en este caso, afectando gravemente a la especie animal.

Entre los años 1950 y 19+60 aun se lograba distinguir: parvadas de patos silvestres; trinos de jilgueros, gorriones y cardenales.

Para poder remontarnos a estos años y por mencionar algunos de los animales que había anotaremos lo siguiente:

- Se practicaba la caza del pato silvestre, palomas viajeras, apipiscas, así como de liebres y conejos.
- Existió la pesca de carpas, ranas acociles y truchas.
- Por doquier había águilas, halcones, búhos, pájaros "chinos", canarios y colibríes.
- Reptiles venenosos como la víbora de cascabel e inofensivas como el zincuate (que cuidaba las milpas del maíz).
- Corrales con guajolotes, gansos, burros y caballos.

- El Cerro con un sin fin de tusas, zorrillos, tejones, mariposas, abejas y quijotillos.
- Establos con vacas, borregos y cerdos.

Hoy día, Iztapalapa cuenta con pocas familias que persisten en la crianza de pollos, gallinas, guajolotes, cerdos, conejos, borregos y vacas. Además del canario, perico, loro y el perro o gato que la mayoría de ellas tiene.

En los grandes parques con frondosos árboles, se han logrado señalar lechuzas y murciélagos. Hay chapulines, mariposas, quijotillos, abejas y, alzando la mirada, volando por el cielo se ven palomas, pájaros chillones, pájaros negros, coquitas, golondrinas y uno que otro pequeño colibrí que esta en "peligro de extinción".

Es triste que aquella impresionante fauna que existió en el ecosistema de esta región, solo queda el recuerdo y añoranza para quien la vio y, una bella historia para la humanidad.

4 MEDIO URBANO

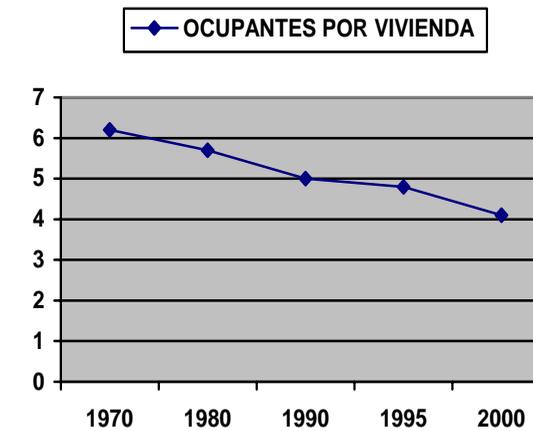
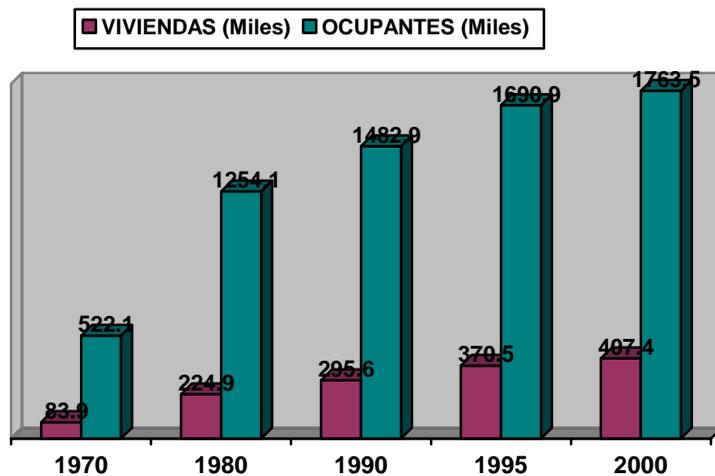
4.1 VIVIENDA

Los indicadores económicos generales de una sociedad no pueden soslayar las condiciones concretas de los servicios urbanos con que cuentan sus habitantes. La calidad de la vivienda, es determinante para medir el desarrollo social, esto comprende el número de habitantes promedio por vivienda, el tipo de energía que se usa en las mismas, si cuentan con drenaje, agua entubada, entre otras.

En la Delegación Iztapalapa, a partir de 1970 se tiende a reducir el número de miembros por hogar de seis miembros, quedando en los resultados preliminares del año 2000 un promedio general de cuatro habitantes por hogar aproximadamente.

Lo anterior tiene efectos múltiples, por un lado, se requieren mas unidades habitacionales que satisfagan las necesidades de las familias pequeñas y se reducen las viviendas para las familias con muchos miembros. Esto se ha reflejado en el aumento de las unidades habitacionales diseñadas ex profeso para familias de 3 o 4 miembros. El paisaje urbano tiende también a reflejar la concentración humana y las formas de vida.

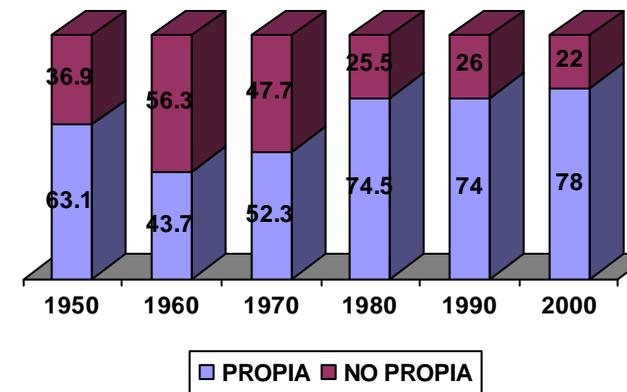
VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS OCUPANTES Y PROMEDIO DE OCUPANTES POR VIVIENDA 1970- 2000



En 1950 el 63% de la población de Iztapalapa habitaba una vivienda propia. Sin embargo en el censo de 1960 este porcentaje bajo al 43.7% y, en el 2000 ya el 74% cuenta con vivienda propia.

Es significativo que si se compara el número de las 369,633 viviendas particulares habitadas, 360,403 de ellas cuentan con agua entubada en 1995 contra las 83,907 viviendas particulares habitadas en 1970, disponían de este servicio indispensable solo 76,320 viviendas.

VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS POR TIPO DE TRENENCIA 1950- 2000 (Porcentaje)



De las 83,907 viviendas particulares habitadas, en 1970 disponen de servicio de drenaje 50,422 y, de las 369,633 registradas en el 2000 disponen del servicio 355,186 en la Delegación Iztapalapa.

Otro indicador de una mejor calidad de vida es que quienes habitan viviendas particulares con energía eléctrica: en Iztapalapa para el año de 1970 solo el 88% contaba con ella, alcanzando, en el 2000 casi el 100% la Delegación y el Distrito Federal, concluyendo que ha habido un gran avance en estas 3 necesidades primordiales de la vivienda. Sin embargo por el amplio crecimiento poblacional, no se ha podido cubrir en su totalidad.

4.2 VIALIDADES Y TRANSPORTE

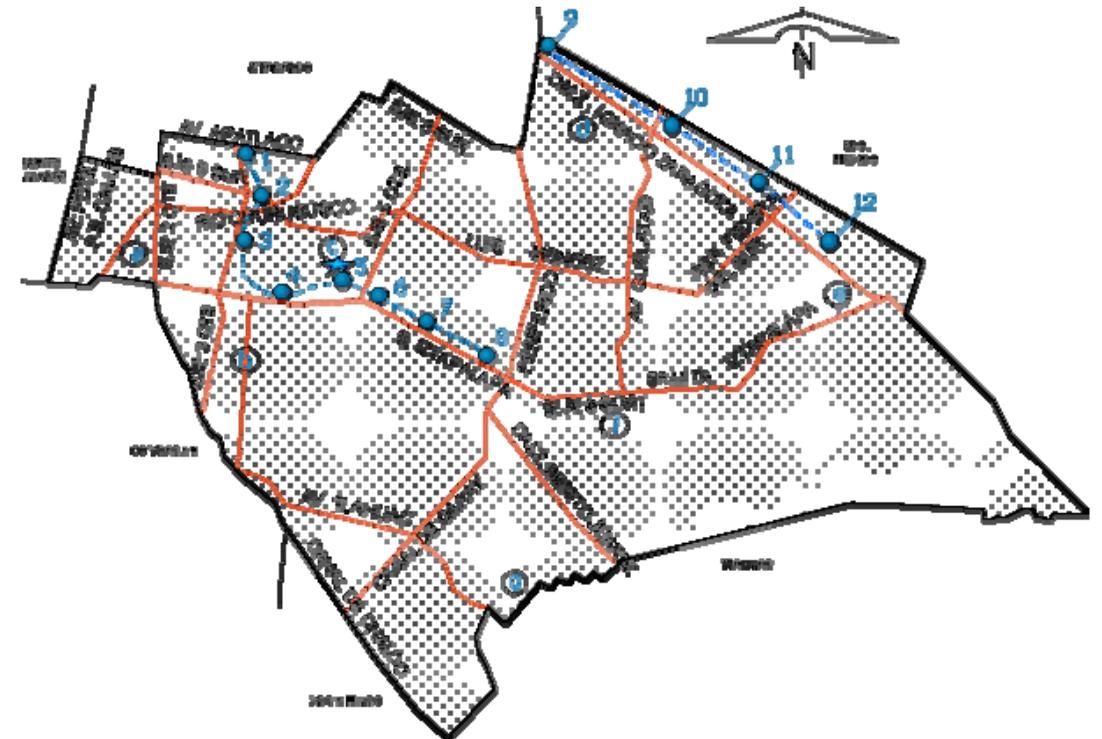
La Delegación cuenta con importantes vías de comunicación, como son la Calzada Ignacio Zaragoza, Avenida Tlahuac, Eje 6 y 8 sur, Periférico Oriente, Churubusco, Canal de Chalco, Canal Nacional, Avenida de las Torres, Calzada Benito Juárez y Plutarco Elías Calles.

Son dos líneas del metro que transitan por la Delegación: La línea de Garibaldi-Iztapalapa, y la línea 1 sobre la Calzada Ignacio Zaragoza que llega a Pantitlan. Los trazos de estas líneas, cruzan el centro y el extremo poniente de la Delegación y se alimentan de varias rutas de autobuses y principalmente de microbuses, con recorridos que cubren la totalidad de la superficie de la Delegación. Asimismo, sobre la Calzada Zaragoza, circula el tren ligero, que inicia su recorrido en conexión con la ruta del metro y llega hasta el municipio de los Reyes La Paz, en el Estado de México.

Terminal Central de Carga Oriente: Este mega proyecto tiene contemplado un conjunto de bodegas y servicios en una superficie de 2 hectáreas, para dar cabida a 81 empresas transportistas.

El estacionamiento de descarga se extiende en una superficie de 12,490 metros cuadrados. La sección de servicios cuenta con una caseta de control, servicio de lavado y engrasado, rampas, gasolinera, talleres y refaccionarías para proporcionar los servicios necesarios a los transportistas.

PLANO DE LA DELEGACION IZTAPALAPA



SIMBOLOGIA

-----	SISTEME DE TRANSPORTE COLECTIVO METRO	
●	Metro línea 8 1 Apatlaco 2 Aculco 3 Escuadrón 201 4 Atltilco 5 Iztapalapa 6 Cerro de La Estrella 7 UAM 8 Constitución de 1917	Metro Férreo Línea "A" 9 Tepalcates 10 Guelatao 11 Peñón Viejo 12 Acatitla
©	Localidad A Escuadrón 201 B Culhuacan C Iztapalapa D Tepalcates E Santa Martha Acatitla F Santa Cruz Meyehualco G San Lorenzo Tezonco	
	Zona Urbana	
-----	Vías Principales	
●	Edificio Sede Delegacional	

4.3 ASPECTOS ECONOMICOS

Actividad Económica: los censos económicos reflejan la importancia de las manufacturas y del comercio en la Delegación. Los establecimientos comerciales representan el 63% del total de las empresas que ocupan el 42% de la mano de obra y aportan el 45% del valor agregado en términos reales.

En la actividad comercial del Distrito Federal, Iztapalapa realiza el 245 del comercio al mayoreo. Lo cual caracteriza a la jurisdicción como una zona especializada en comercio al mayoreo, como resultado indudablemente ligado a la presencia de la Central de Abasto y la Nueva Viga.

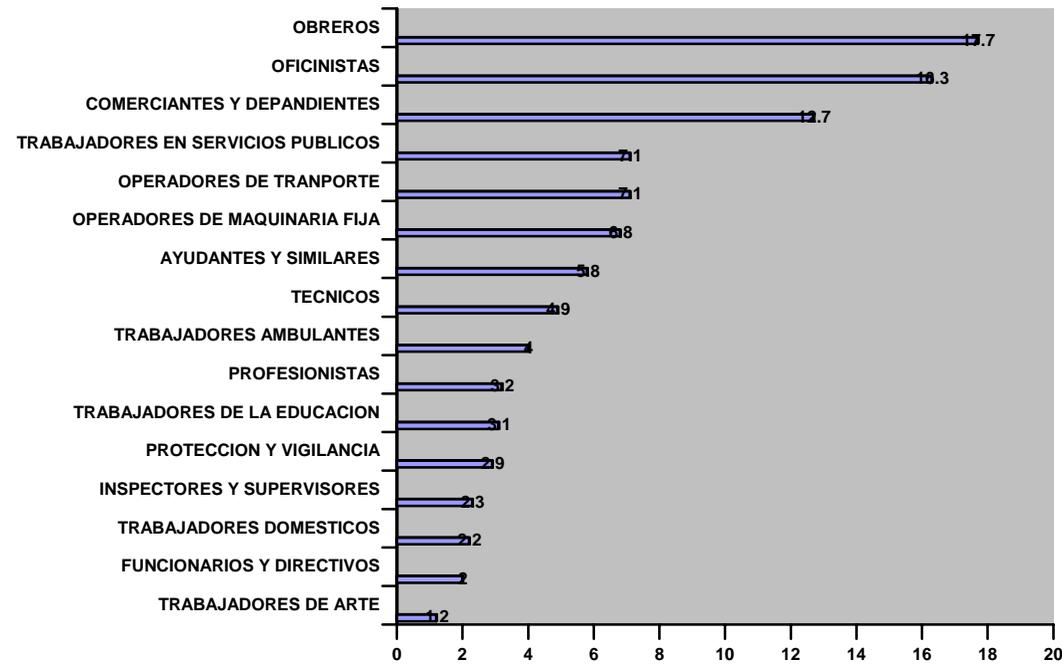
La dinámica del comercio muestra un comportamiento diferenciado entre comercio al mayoreo y menudeo, pues mientras que el mayoreo se observa una disminución de 2.8% del numero de establecimientos al menudeo crecen al 85 por arriba de la cifra del Distrito Federal. Esto señala una expansión del numero de micro-comercios, que aunque impactan positivamente al empleo, hacen en el valor agregado en terminaos reales crezca solamente el 2.5%, cuando en el Distrito Federal el crecimiento es de 7.3%.

La población económicamente activa en Iztapalapa, tomando en cuenta de los 12 años en adelante, en 1990 era de 499,166 personas; de ellas 352,771 son hombres y 146,395 mujeres.

Al 12 de marzo del 2000, la tasa de participación de la población económicamente activa, es mayor al 80% en hombres de 25 a 54 años y, entre el 20% y 40% la mayor tasa de participación en mujeres de 20 a 54 años de edad.

De la población ocupada y dividida en tres sectores de actividades respectivamente (terciario, secundario y primario (, el que mas sobresale es el comercio y los servicios con un 63.3%; le sigue con un 32.5% la minería, extracción de petróleo y gas, industria manufacturera, electricidad y agua y, construcción. Por ultimo la agricultura, ganadería, caza y pesca con un 0.3% y sector no especificado con un 3.9 (al 12 de Marzo del 20000 tomando en cuenta a 485,558 personas.

POBLACION OCUPADA POR OCUPACION PRINCIPAL AL 2000



4.4 LA INDUSTRIA

Los establecimientos en la industria manufacturera por subsector de actividad, en Iztapalapa, los que mas se destacan son los productos alimenticios, bebidas y tabaco 1,612; le continúan productos metálicos, maquinaria y equipo incluye instrumentos quirúrgicos y de precisión 1,098, y en tercer lugar papel y productos para imprentas y editoriales 385, casi paralelamente con textiles, prendas de vestir en industria del cuero 382.

Es interesante anotar, como esta ocupado el personal en la industria manufacturera por subsector de actividad, en la siguiente comparación:

Es importante resaltar como en los subsectores 31,32 y 33 tendencialmente el personal se ha agregado, sin embargo en los restantes, ha ido desertando.

INDUSTRIA	2000	2005
Productos metálicos, maquinaria y equipo, incluye instrumentos quirúrgicos de precisión	23,324	21,897
Sustancias químicas, productos derivados del petróleo y del carbón, de hule y de plástico	13,907	13,819
Papel y productos de papel para imprentas y editoriales (34)	9,358	8,385
Productos alimenticios, bebidas y tabaco (31)	6,942	8,642
Textiles, prendas de vestir e industria del cuero (32)	6,402	7,821
Industria de la madera y productos de madera incluye muebles (33)	3,357	3,676
Otras industrias manufactureras (39)	2,592	2,486
Productos minerales no metálicos. Excluye los derivados del petróleo y del carbón (36)	1,473	1,420
Industrias metálicas básicas (37)	1,038	495

4.5 EL COMERCIO

Son significativas en la Delegación Iztapalapa algunas unidades de comercio y abasto: tomando como las más importantes “los tianguis” que son el sector más amplio por unidad, enseguida las concentraciones, mercados públicos, mercados sobre ruedas y por ultimo la central de abasto.

La Central de Abasto: Considerada como el punto de encuentro entre productores, mayoristas, minoristas y consumidores de todo el país, al lado que acuden mas de 250 mil personas diariamente para satisfacer los requerimientos de mas de 20 millones de habitantes de la zona Metropolitana. La diversidad de frutas, verduras, flores, hortalizas, abarrotes y carnes frías hacen de la Central de Abasto, que se extiende a 328 hectáreas, el más importante centro de comercialización.

Mercado de pescados y mariscos La Nueva Viga: Cuenta con 202 bodegas de mayoreo y 165 locales de tianguis. La Nueva Viga comercializa cerca del 60% de producción nacional de pescado con escama y un 60% de moluscos y crustáceos, así como la de otras especies de procedencia extranjera.

4.6 SALUD

Es indudable que el rápido crecimiento de la población en Iztapalapa se debe en gran medida, a la cobertura que tienen los servicios médicos y en general de salud pública. A continuación se presenta un cuadro que muestra los principales recursos materiales en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.

CONCEPTO	1999		2005	
	DISTRITO FEDERAL	DELEGACION IZTAPALAPA	DISTRITO FEDERAL	DELEGACION IZTAPALAPA
CAMAS CENSABLES	2145	311	2234	311
CAMAS NO CENSABLES	831	84	893	112
INCUBADORAS	74	1	266	34
CONSULTORIOS	449	47	1715	176
AREAS DE URGENCIAS	31	4	156	17
AREAS DE TERAPIA INTENSIVA	11	2	13	3
LABORATORIOS	30	4	98	11
GABINETES DE RADIOLOGIA	28	4	181	20
QUIROFANOS	36	3	41	3
SALA DE OPERACIONES	69	6	72	6

SALAS DE EXPULSION	19	2	26	2
BANCOS DE SANGRE	5	-	5	-
FARMACIAS	30	4	111	10

Se presenta el cuadro referente a recursos humanos en las Unidades Medicas según tipo de personal tanto del Gobierno del Distrito Federal como de la Delegación Iztapalapa periodo 1999- 20002.

CONCEPTO	1999		2003	
	DISTRITO FEDERAL	DELEGACION IZTAPALAPA	DISTRITO FEDERAL	DELEGACION IZTAPALAPA
PERSONAL MEDICO	2610	296	4655	476
PERSONAL PARAMEDICO	4491	498	7925	852
OTRO PERSONAL	4108	419	6400	644
TOTAL	11209	1213	18980	1972

UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL SEGÚN TIPO DE UNIDAD 1999—2003.

TIPO DE UNIDAD	1999	2003
DE CONSULTA EXTERNA	4	39
DE HOSPITALIZACION GENERAL	3	3
DE HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	1	1
TOTAL	8	43

4.7 CULTURA

En las Casas de Cultura, se imparten actividades educativas, deportivas y recreativas que se llevan a cabo de acuerdo a los programas a desarrollar y a la ocasión. Algunas cuentan con biblioteca, ludoteca y sala de proyección.

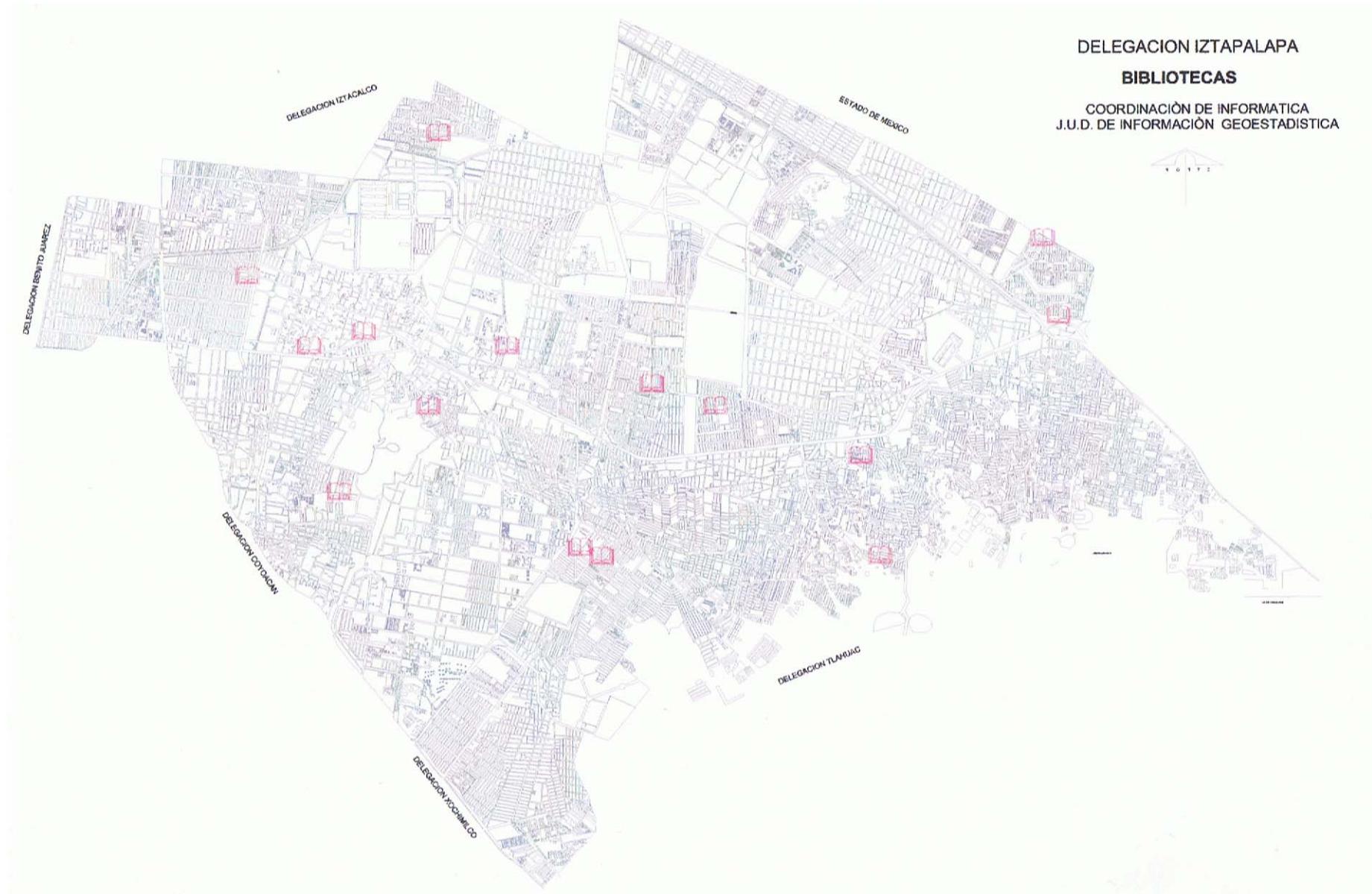
Se cuentan con 17 actualmente a lo largo de toda la Delegación.

4.8 AREAS VERDES

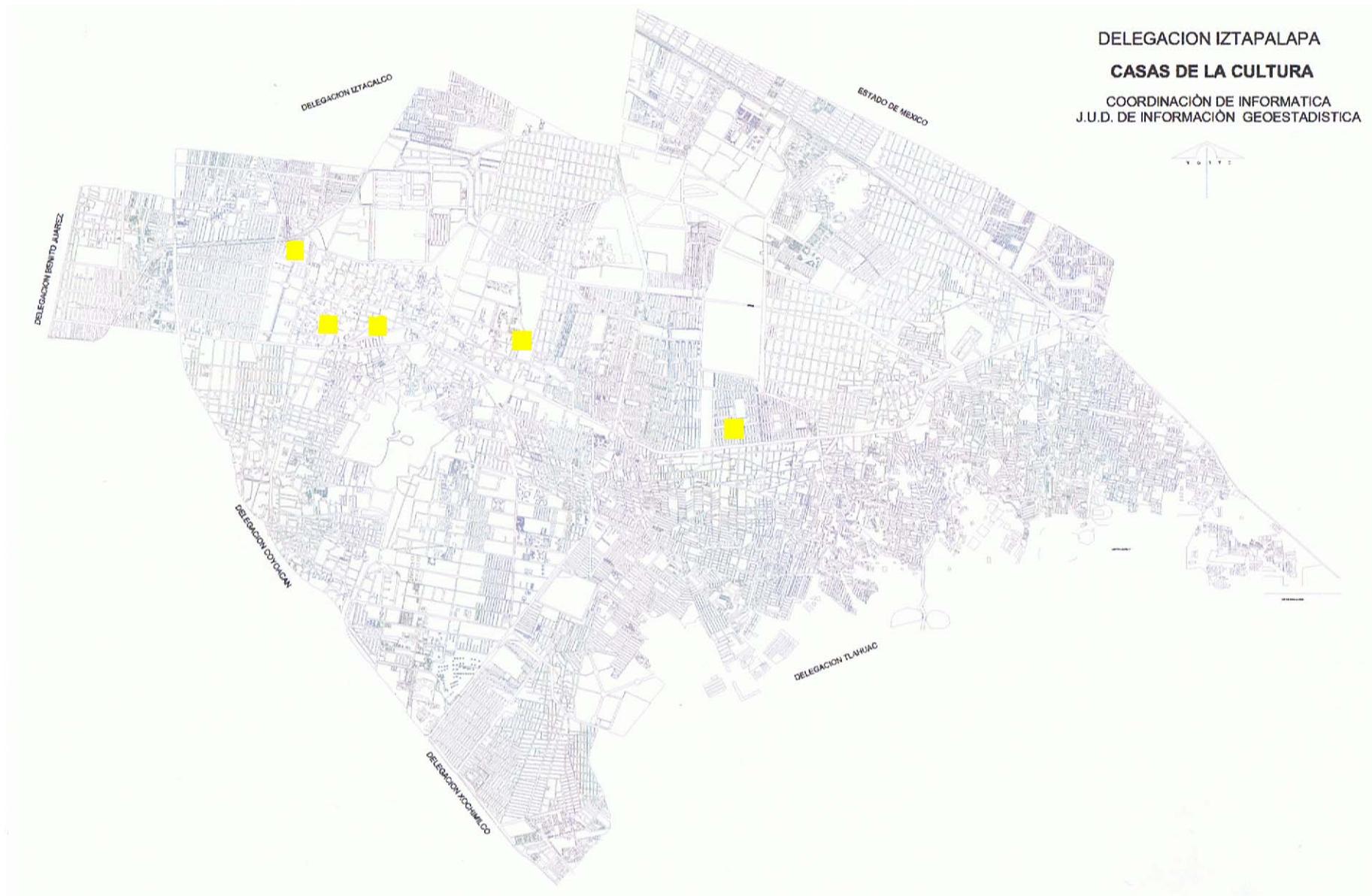
Parque industrial ecológico FINSA: El parque estableció la infraestructura necesaria para ofrecer servicios de calidad a empresas no contaminantes y con baja utilización de agua potable, tratamiento de aguas residuales, energía eléctrica, ingeniería del campo y vigilancia las 24 horas.

TERRITORIAL	ACULCO	CABEZA DE JUAREZ	CENTRO	ERMITA ZARAGOZA	PARAJE SAN JUAN	SAN LORENZO TEZONCO	SANTA CATARINA
JARDINES	8	25	5	13	7	7	6
PARQUES	4	1	2	7	2	9	11
PLAZAS	2	2	3	6	2		2
ALAMEDAS	1	1				1	2
GLORIETAS		1	1	1			

EQUIPAMIENTO URBANO

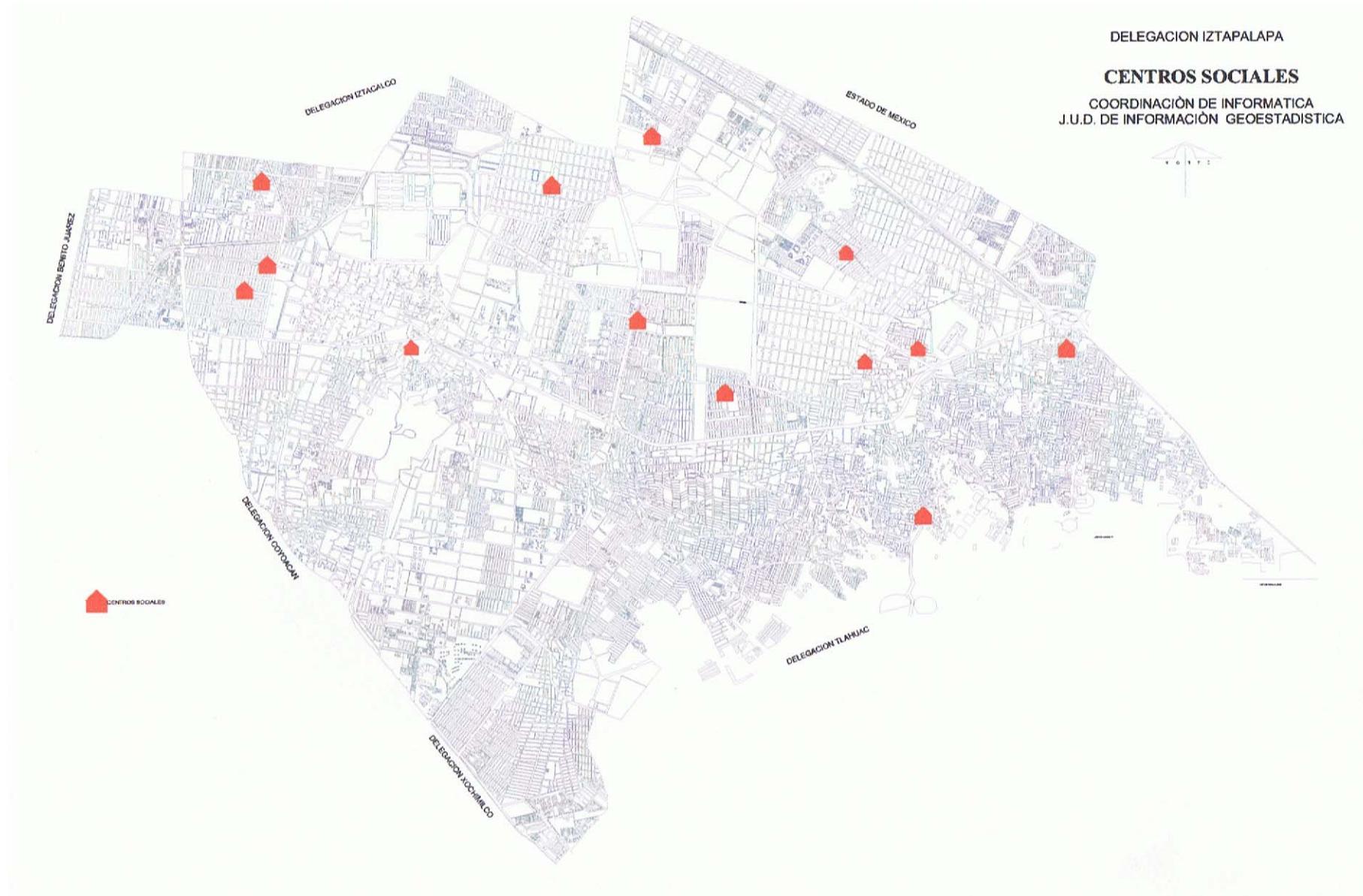


EQUIPAMIENTO URBANO

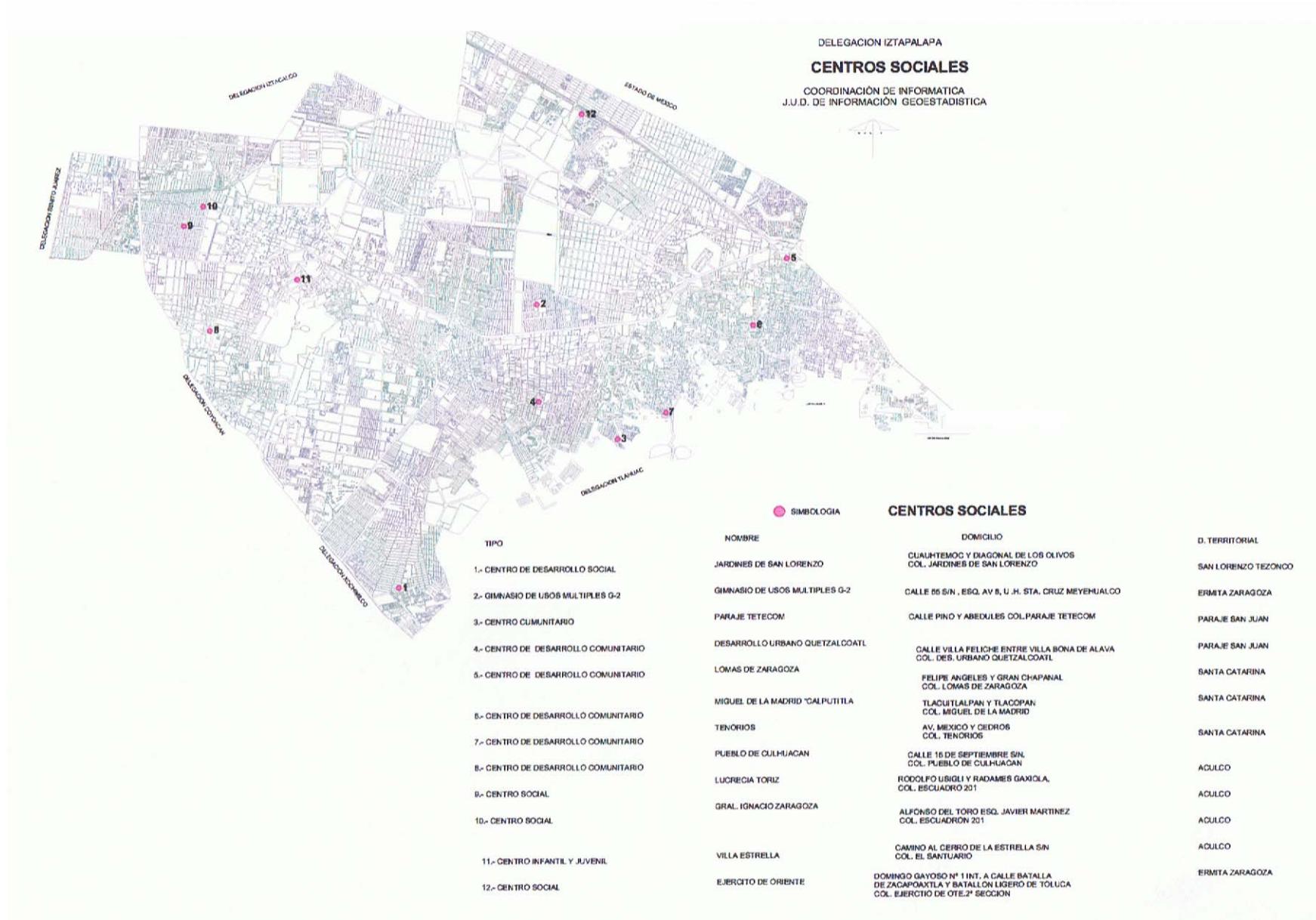




EQUIPAMIENTO URBANO



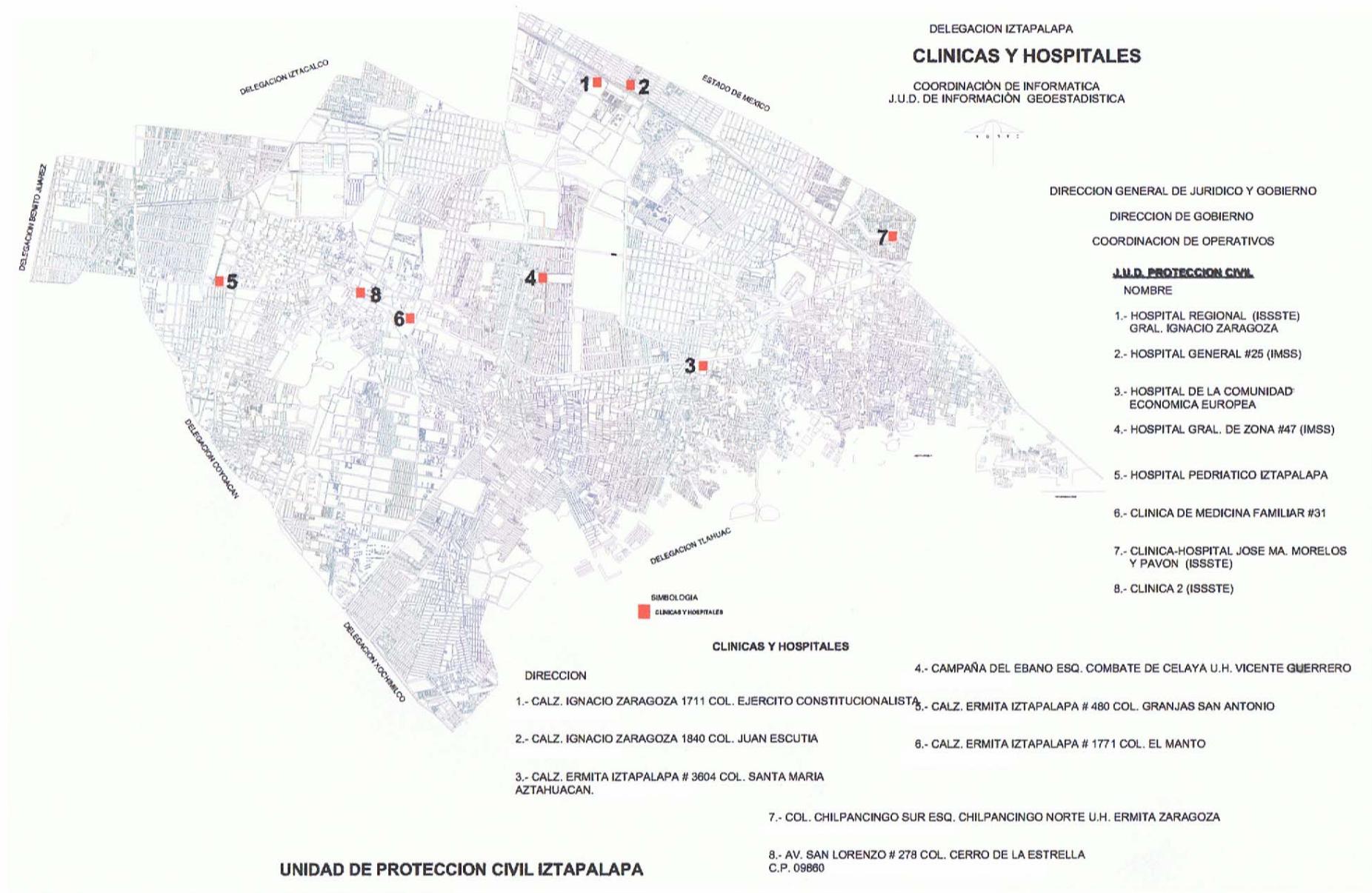
EQUIPAMIENTO URBANO



EQUIPAMIENTO URBANO



EQUIPAMIENTO URBANO



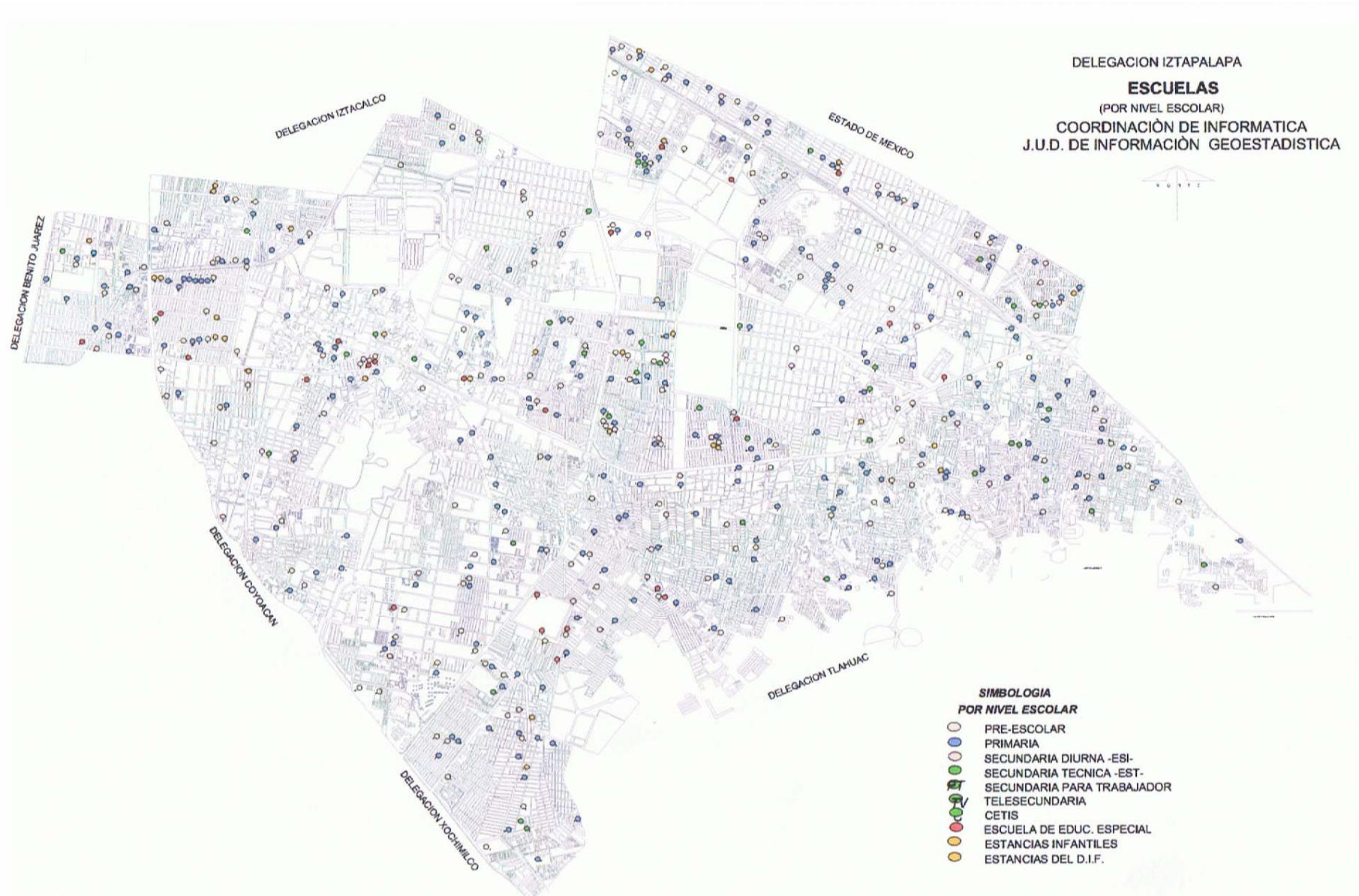
EQUIPAMIENTO URBANO



EQUIPAMIENTO URBANO



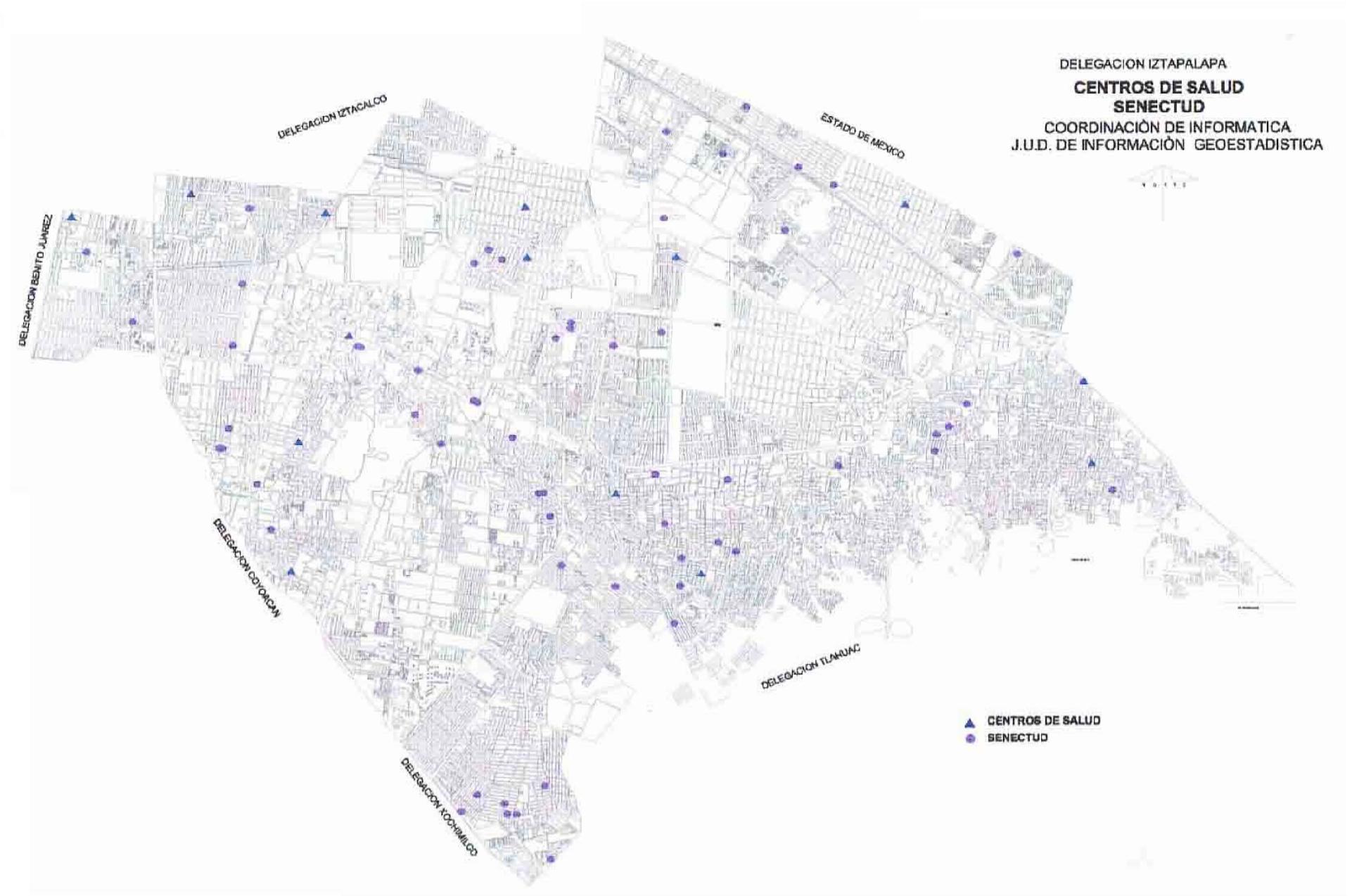
EQUIPAMIENTO URBANO



EQUIPAMIENTO URBANO



EQUIPAMIENTO URBANO



5 DEFINICION DEL AREA DE ESTUDIO

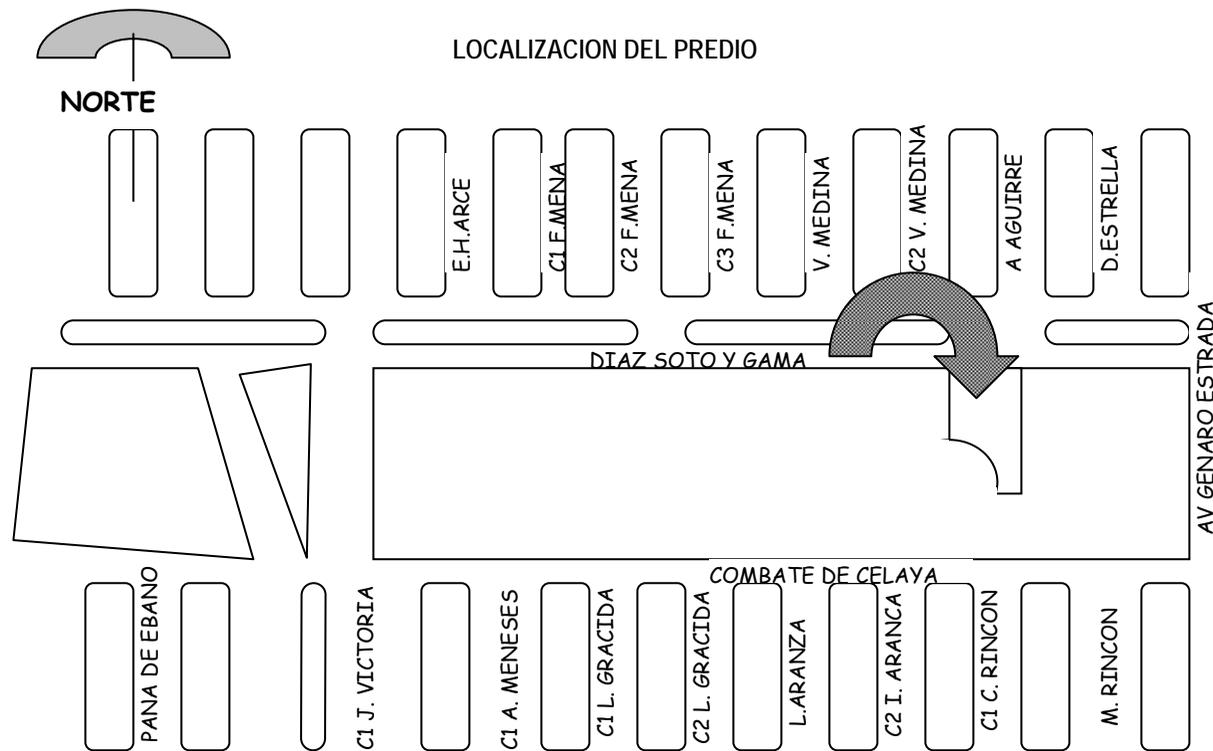
5.1 LOCALIZACION

El terreno esta localizado en la periferia de la territorial Cabeza de Juárez cuenta con colindancias laterales, es un terreno independiente lo cual lo hace interesante para una buena propuesta arquitectónica.

Esta comunicado con vialidades de primer y tercer orden, factor que resulta determinante para su funcionamiento

Al norte se localiza el área de preservación ecológica del Gobierno del Distrito Federal.

En el parámetro que va de oriente a poniente se localizan unidades habitacionales pertenecientes a la comunidad con vivienda de tipo 100% habitacional. Su ubicación es determinante para el equipamiento de infraestructura social.

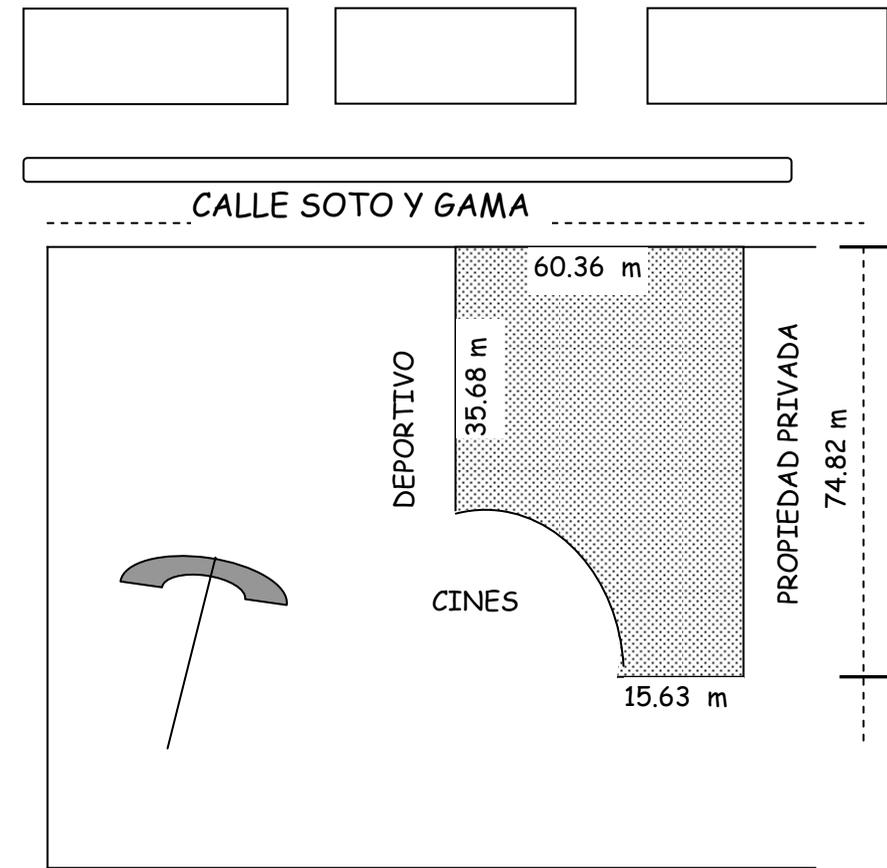


5.2 ANALISIS DEL SITIO

Una parte importante del predio se encuentra sin flora ni vegetación y las existentes presentan un alto grado de deterioro ya que no reciben mantenimiento adecuado.

La topografía esta uniformemente plana con pendientes menores al 3%.

Su constitución geológica sé conforma por tepetate y material de relleno natural por lo cual tiene una alta compresibilidad. El terreno posee una superficie de 1,979.50m².



5.3 FENOMENOS CLIMATICOS DEL SITIO PRIMER SEMESTRE

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Lluvia apreciable	0.0	4.0	5.0	7.0	18.0	15.0
Lluvia inapreciable	0.0	1.0	2.0	4.0	4.0	2.0
Días despejados	17.0	1.0	20.0	22.0	0.0	7.0
Medio nublados	14.0	27.0	11.0	8.0	19.0	22.0
Días nublados	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	1.0
Días con rocío	0.0	1.0	0.0	0.0	2.0	0.0
Días con granizo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Días con heladas	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Días con toro/Elec.	0.0	1.0	0.0	0.0	14.0	0.0
Días con niebla	0.0	2.0	0.0	0.0	11.0	0.0
Días con nevadas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

SEGUNDO SEMESTRE

	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
Lluvia apreciable	29.0	17.0	11.0	6.5	2.0	3.0	117.5
Lluvia inapreciable	2.0	0.0	3.0	1.5	0.0	1.0	20.5
Días despejados	0.0	1.0	2.0	11.0	19.0	13.0	113.0
Medio nublados	10.0	28.0	13.0	12.0	11.0	8.0	183.0
Días nublados	21.0	2.0	15.0	8.0	0.0	10.0	69.0
Días con rocío	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0
Días con granizo	0.0	2.0	1.0	0.0	0.0	0.0	3.0
Días con heladas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	15.0
Días con toro/Elec.	26.0	16.0	7.0	0.0	0.0	0.0	64.0
Días con niebla	4.0	2.0	1.0	0.0	0.0	6.0	35.0
Días con nevadas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

5.4 ASOLEAMIENTO

Durante julio a marzo la temperatura media es menor a los 18°C, existiendo un claro requerimiento de calentamiento.

Por sus características climatológicas y situación geográfica es necesaria la creación de un microclima en el interior del espacio creado en función del impacto de cada elemento que el clima tenga en las cuatro variables fundamentales: flujos térmicos, niveles cualitativos y cuantitativos, principios físicos de transferencia de calor, calentamiento directo e indirecto.

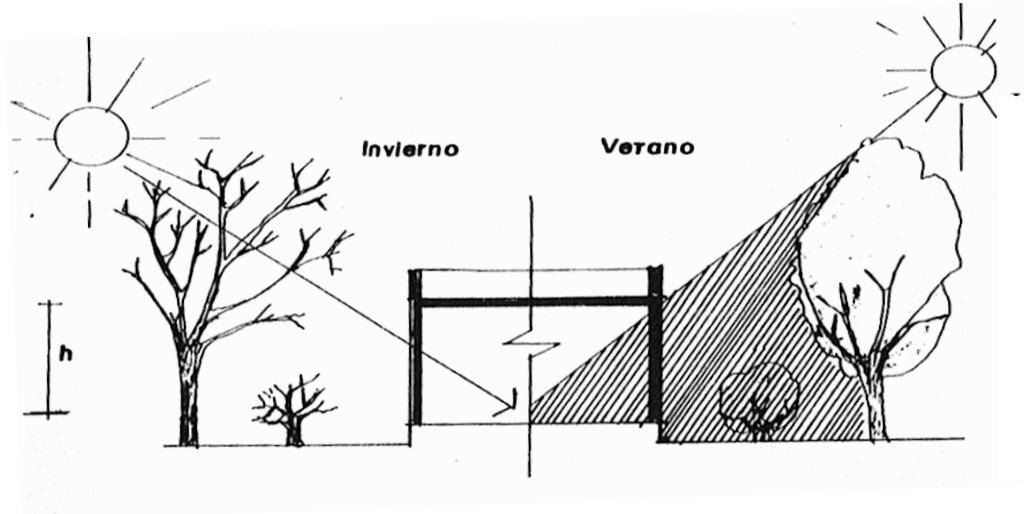
Durante la mayor parte de la noche y las primeras horas de la mañana (de 20:00 hrs. a las 10:00 hrs.). La temperatura del aire esta por debajo del límite mínimo de confort 20°C.

La temperatura entre las 12:00 y las 19:00 hrs. se mantiene en confort con excepción de los meses de marzo, abril, mayo y junio en donde de las 12:00 a las 14:00 hrs. es ligeramente superior al los límites de confort.

CONCLUSIONES

Como medida para poder garantizar un buen asoleamiento, en invierno los edificios más altos irán al Norte y los de menor altura al Sur.

- El calentamiento indirecto se lograra a través de elementos masivos dentro del cuadrante.
- Las fachadas al sur deben protegerse con aleros o volados para evitar el sobrecalentamiento.
- El ángulo para el sombreado será de 70° para protección solar durante el periodo de Marzo a Septiembre.
- Para evitar la perdida de calor por viento en las fachadas norte, Nor-este, se deberán emplear vanos menores al 80% de superficie con respecto al muro de fachada, SE y SO, fachadas oeste y Noreste se deberá emplear calentamiento directo.



5.5 HUMEDAD

Del análisis horario-trayectoria solar, se deducen bajos requerimientos de humidificación durante la tarde. Así que se descarta la utilización de sistemas de humidificación convencionales, que solo producirían disminución significativa de la temperatura, por lo que se recomienda la humidificación a través de vegetación.

La utilización de elementos ajardinados en los interiores ayuda a incrementar los niveles de humedad. Dado que entre las horas de menor humedad relativa (13:00 a 18:00 hrs.), es recomendable el uso moderado de macetas de uso diurno parcialmente en esas horas, sobre todo en zonas de circulación y/o áreas publicas.

Se deben utilizar aditivos naturales o químicos al suelo para aumentar su retención de humedad.

GRAFICA DE HUMEDAD RELATIVA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ANUAL
H.R. MAXIMA	82	86	77	74	89	85	88	88	83	85	87	83	83.5
H.R. MEDIA	54	56	50	48	60	54	63	62	58	60	61	55	56.7
H.R. MINIMA	26	26	23	22	32	24	38	37	33	34	35	28	29.8

5.6 PRECIPITACION PLUVIAL

Dentro de la Delegación de Iztapalapa se sitúan cordilleras y valles, los cuales son determinantes en sus variaciones térmicas.

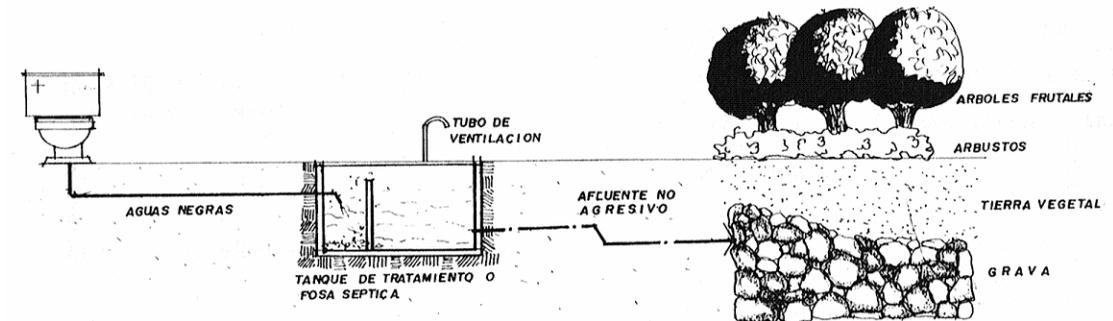
Durante el periodo de astiaje que abarca de noviembre a abril, los materiales y los suelos pierden consolidación. Los meses que presentan mayor precipitación son: Mayo, Junio y Julio. La influencia de la topografía y las condiciones físico estructurales del suelo dan origen a la subdivisión climática. Dentro de la delegación Iztapalapa se presentan condiciones de baja humedad con una precipitación anual de 503.7 mm, lo que genera un clima seco.

Será necesario darle mayor utilidad al agua utilizando procesos de captación u filtración de esta para usos posteriores. Será necesario utilizar en las áreas exteriores pavimentos permeables que permitan la filtración rápida del agua de lluvia al subsuelo.

GRAFICA DE PRECIPITACION PLUVIAL

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ANUAL
TOTAL EN MM	0.0	9.1	16.9	28.0	66.4	108.9	177.7	57.1	21.7	11.8	1.9	4.2	503.7
MAXIMA EN 24 HOPRAS	0.0	5.1	6.8	9.5	10.2	36.0	51.7	10.1	12.3	7.1	1.8	2.9	51.7

Se deben utilizar acciones que aseguren el abasto y utilización correcta del agua suministrada o captada mediante sistemas seguros, económicos como funcionales, por ejemplo.



5.7 TEMPERATURA

La zona de estudio posee un clima semi-frío seco con temperatura anual de 15°C promedio. El clima debido a la temperatura media del mes mas calido (abril) inferior a los 21°C con precipitación menor a los 500mm.

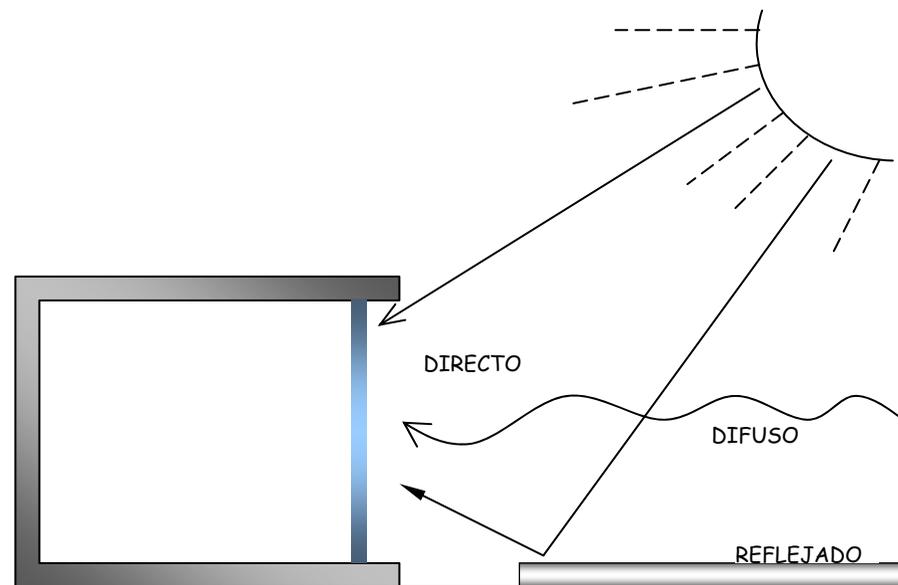
La estación más calurosa es durante la primavera, debido al régimen pluvial presente entre mayo y Agosto

Las temperaturas máximas van de Marzo a Junio, que logran sobrepasar la zona de confort.

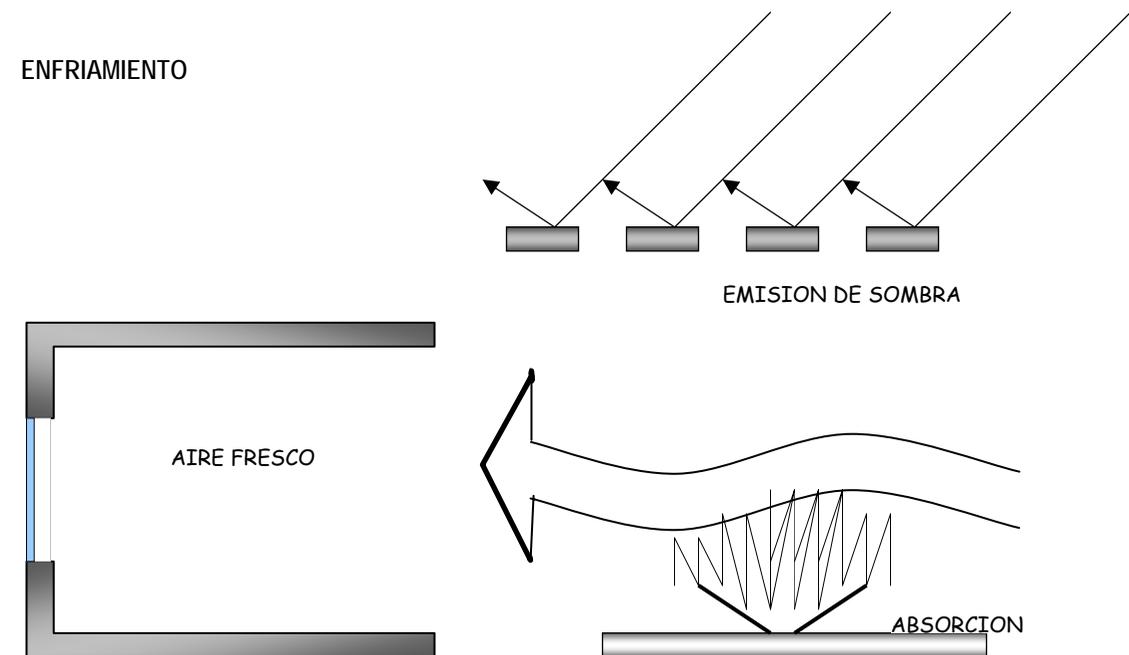
Para ayudar a controlar la temperatura, extremosa, es necesario utilizar ligeras pendientes en las cubiertas de los edificios que ayuden a evacuar las aguas pluviales en un promedio de 25 mm en época de lluvias.

A esto también ayuda el empleo de algunos elementos arquitectónicos, cortinas verdes, ventilación, la iluminación natural, el asoleamiento.

CALENTAMIENTO

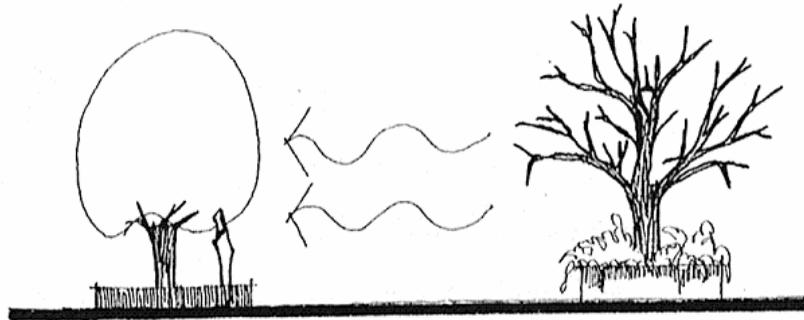


ENFRIAMIENTO



5.8 VEGETACION

La vegetación existente se compone de pastizales con predominio de gramíneas, además de pirules eucaliptos, casuarinas.

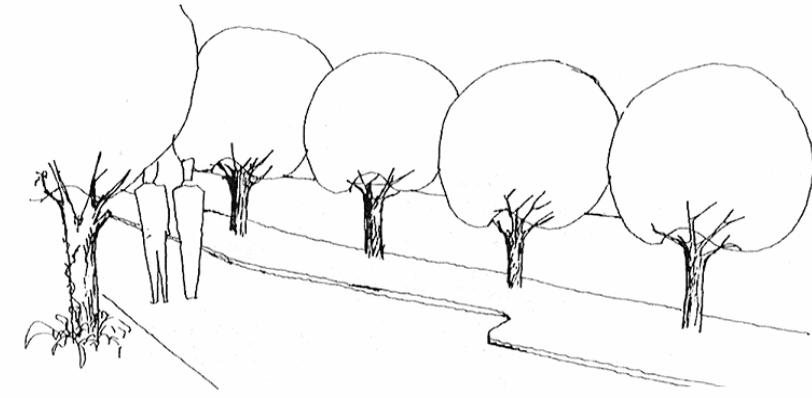


Se hará uso de árboles de hoja perenne como barreras permeables de viento nocturno y de invierno. De hoja caduca como control de asoleamiento en O y NE.

VEGETACION PROPUESTA POR SUS PROPIEDADES BIOLOGICAS:

ÁRBOLES

NOMBRE COMUN	NOMBRE CIENTIFICO	ALTURA ALCANZADA (m)	SEPARACION (m)
AILE	ALIMUS ARGUTA	8.00	4X4
PINO	PINUS DOUGLASIANA	20.00	6X6
FALSOPIPIES	CHEMAECY PARISLEY	12-20	6X4
TLAZCAN	CUPRESSUS LINDEY	20-25	8X6
CEDRO BLANCO	CUPRESSUS ARZONICO	16-20	6X4
CELTIS	CULTIS AUSTRALIS	16-20	8X6
CIPRES	CRUPESSUS BENTGHAMI	12-20	6X4
CIPRES	TETROCLINIS ARTICUL	12-20	6X6
ALAMO	POULLIS CONDICANS	12-20	6X4



En el diseño del paisaje peatonal y vehicular se emplearan árboles de hoja perenne.

Para hacer uso racional del agua se emplearan cubresuelos que rinden con menores requerimientos de agua. Es decir, aquellos que consumen menos del 50% de la que consumen los pastos. De las que se han seleccionado.

SELECCIÓN DE SETOS

AZALEA	COTONEASTER	LALCIFOLIA	TRUENO VERDE
TRUENO AMARILLO	PYRACANTHA	COCCINEA	BOX ARAYAN
YUCA	HIEDRA	BUGAMBILIA	EVONIMOS

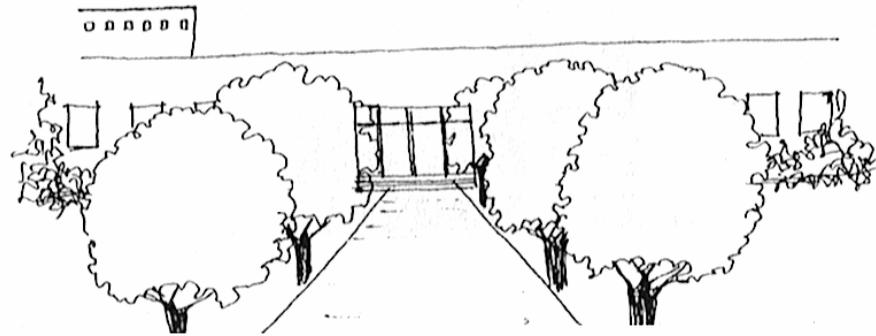
En espacios altamente reflejado con fachadas Sur – Este y Noroeste, andadores, plazas o estacionamiento se sombreaman con vegetación perenne de crecimiento promedio de 0.5 m a 1.00m por año.

5.9 VIENTOS

El descenso del aire asociado a la circulación anticiclónica origina un cielo despejado durante casi todo el día. Por lo que será necesario proteger con vegetación las zonas susceptibles a la erosión eólica y pluvial.

“Cuando el desarrollo urbano incorpora el paisaje natural, se establece una armonía con la naturaleza que hace mas estimulante la experiencia visual de vivir en una ciudad”.

Para proteger de ventarrones y polvaderas se emplearan barreras vegetales perpendiculares a los vientos para un mayor efecto a una distancia de 4 a 6 m. separados del edificio para que así se genere flujo fuera del edificio al perder velocidad.



Las perturbaciones ondulantes originadas del oriente levantan espesos muros de polvo.

La presencia de aire frío aumenta la nubosidad y precipitación ligera durante los primeros meses.

El viento varía con predominancia del Sur – Este durante Enero a Marzo. El resto del año viene del Noreste con VMA de 2.5m/seg. Velocidad molesta en interiores.

El requisito mínimo de ventilación durante el año se limita a renovar el aire demandado 50m³/min. Por hora por persona en áreas publicas.

Rangos de evaluación de vientos en interiores.

De 0 a 25 m/seg.	IMPREVISIBLE
De 25 a 0.50 m/seg.	AGRADABLE
De 0.50 a 1.0 m/seg.	PERCEPTIBLE
De 1.00 a 1.5 m/seg.	MOLESTO

La posición de ventanas será horizontal para mejor ventilación e iluminación, ubicadas desde la parte media del muro.

Los accesos a edificios se ubicaron evitando los vientos de invierno y se reforzaran con zonas de tensión.

La orientación de fachadas más largas o principales de edificios será conveniente ubicarlas al Sur –Este y las zonas de servicio al Nor – Oeste.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ANUAL
DIRECCION	SE	SE	SE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
VELOCIDAD MEDIA	1.9	1.6	2.4	2.5	2.8	2.7	3.3	3.2	3.0	2.8	2.8	2.3	2.5
VELOCIDAD MAXIMA	3.8	1.8	4.5	0.3	5.4	2.8	5.6	4.2	3.05	3.9	4.3	5.0	3.8

6 ANALISIS

6.1 JUSTIFICACION

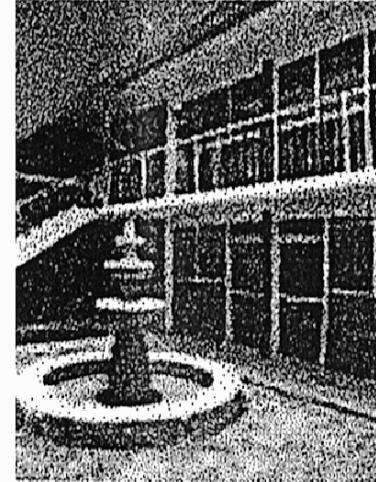
En México, los centros especializados para atacar los problemas de adicciones desgraciadamente se encuentran atrasados en relación con los centros de otros países, o bien existen algunos grupos privados como Oceánica que hacen de estos centros algo inaccesibles, debido a los altos costos por la atención que ofrecen. Sin embargo el Gobierno del Distrito Federal ha observado que el problema es muy grave conforme pasa el tiempo y es necesario tomar acciones contundentes contra el mismo.

6.2 PROYECTOS ANALOGOS

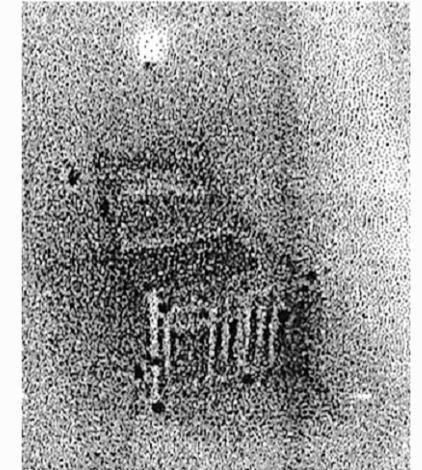
El tipo de centros que ofrecen la atención residencial son escasos, ya que en el Distrito Federal, prácticamente son inexistentes, debido a que la mayor parte de ellos se encuentran en el interior de la republica, y los que existen son muy privados y no permiten el acceso a sus centros de servicio. Como por ejemplo debo mencionar que centros de Integración Juvenil cuenta con tres agrupaciones, pero todos fuera del Distrito Federal. Los demás centros con los que cuenta son de consulta externa.

- CIJ Unidad de Tratamiento Residencial Noroccidental
Av. Lic. Martín Careaga No 2264 Esq. Col. Batallón de San Blas Frac. Palmeras, 22110.
Tijuana Baja California Norte
- CIJ Unidad de Tratamiento Residencial Occidental
Carretera a Tesistan y Periférico s/n Modulo 7, Col Estatuto Jurídico FOVISSSTE, 45130.
Zapopan Jalisco
- CIJ Unidad de Tratamiento Residencial de la Fármaco dependencia Nuevo León
Calle Segunda No 103, Colonia La Cruz 66000.
Ciudad García Nuevo León.

Para observar el tipo de arquitectura que se maneja en otros países he conseguido fotografías de un centro de asistencia residencial y que aplica el modelo de tratamiento Minnesota y siendo este el tipo de Tratamiento que ha dado mejores resultados, será el mismo que se ofrecerá en el Centro de Atención a jóvenes con Adicciones. Dicha clínica se llama justamente "MINNESOTA".



DORNITORIOS AREA DE CAMAS



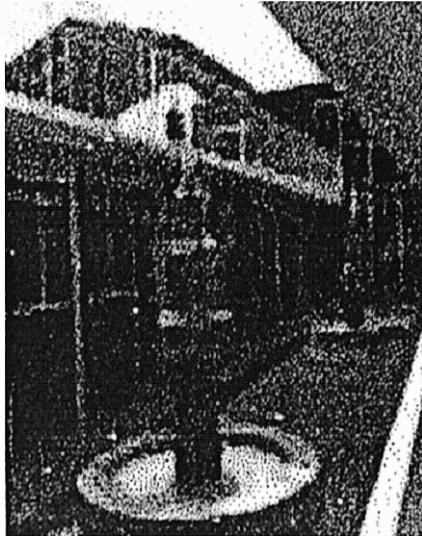
CAMAS DEL AREA MÉDICA



COMEDOR Y SALON DE USOS MULTIPLES



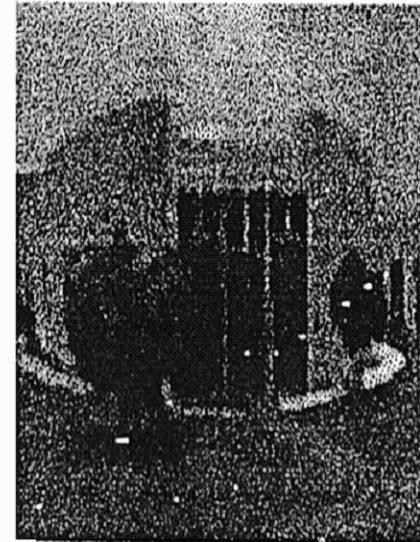
DORNITORIOS AREA DE CABALLEROS



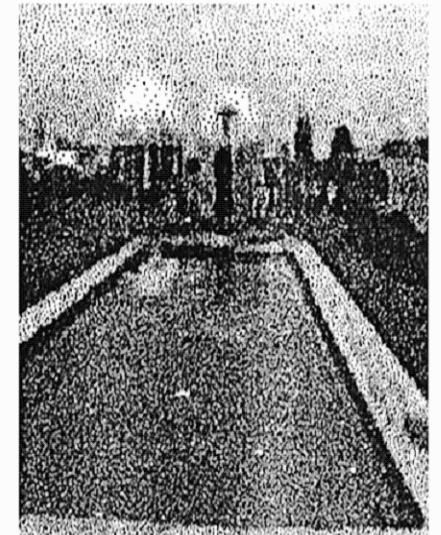
JARDINES



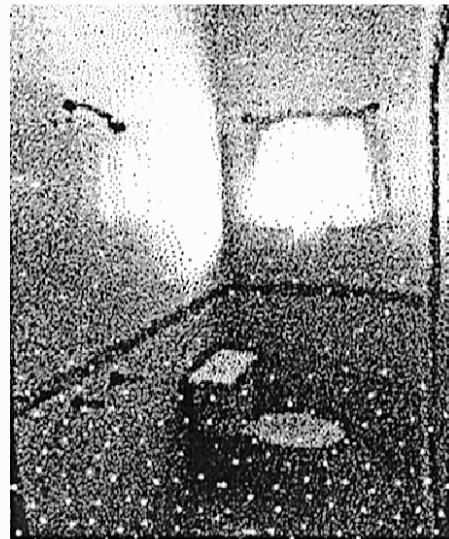
DORMITORIOS DAMAS



AREA MÉDICA



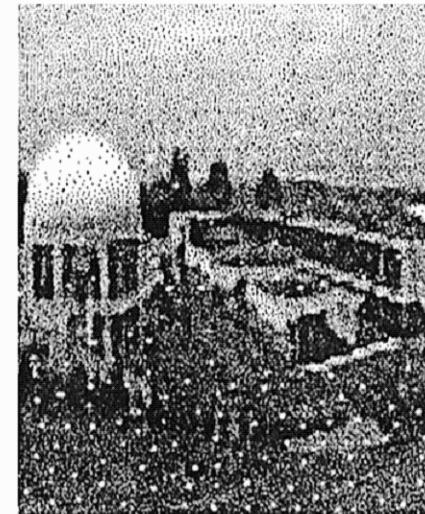
ALBERCA



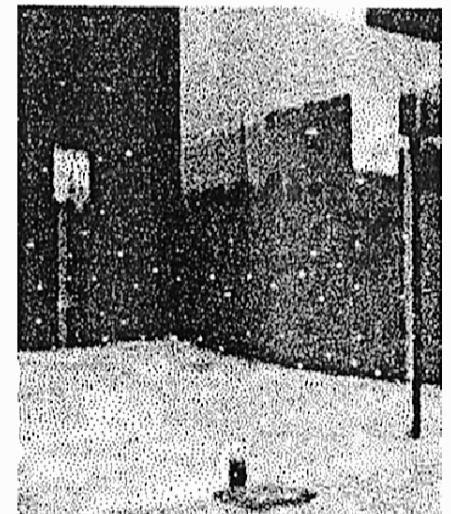
SANITARIOS



SALA DE TERAPIA GRUPAL



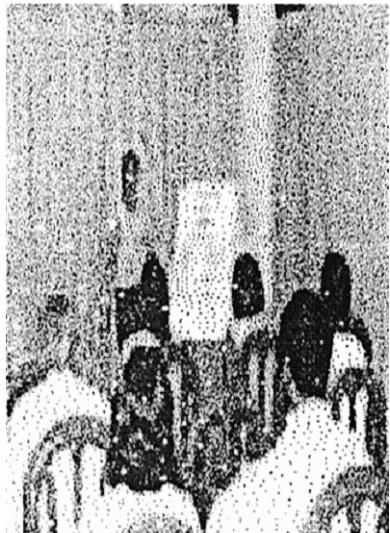
CONJUNTO



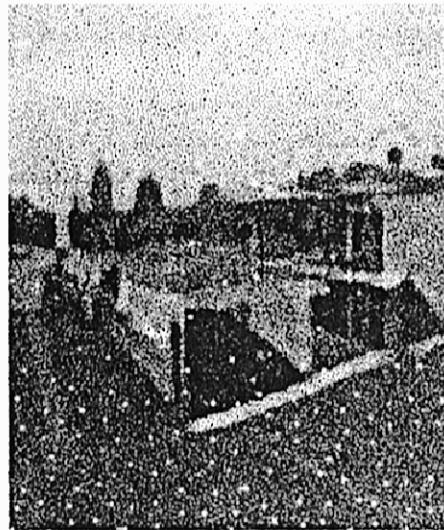
CANCHAS



AREA DE JARDINES



SALA DE TERAPIA



ZONA DE HOSPITALIZACION

6.3 CONDICIONANTE ECONOMICA

El proyecto se ubicara en la Unidad Habitacional Vicente Guerrero de la Territorial Cabeza de Juárez dentro de la Delegación Iztapalapa. Lo que deberá permitir una estrecha relación con la Delegación al igual que con el Gobierno de la Ciudad De México y el Gobierno federal. Tanto para la construcción del mismo como para su funcionamiento, con la autorización de hacer deducibles de impuestos los donativos particulares, así como la excension de impuestos a los productos que consume dicho centro por medio de convenios ya mencionados con anterioridad.

Para la construcción de este centro, se tiene contemplada la donación del predio por parte de la Delegación el cual se encuentra destinado a equipamiento para la salud. Se contara con la participación financiera por parte del presupuesto destinado a obras por parte de la Delegación hasta en un 30% del monto total el 50% entrara dentro del plan nacional de desarrollo 2006- 2012 que implemento el gobierno federal para la atención y prevención contra las adicciones y el 20% lo deberán aportar directamente la comunidad a través del uso y la programación de actividades dentro del mismo así como de la promoción del centro para diversas actividades dentro de la comunidad.

Otra de las alternativas para recabar fondos será la de la formación de un patronato que se haga cargo del centro que estará constituido por especialistas en la rehabilitación en materia de adicciones por familiares de los pacientes y altruistas de la localidad incorporados o no a otras instituciones, también se captaran recursos a partir de donaciones voluntarias, espectáculos y eventos a beneficio. Además de que los familiares de los pacientes deberán cubrir cuotas en base a un estudio socioeconómico que aunque en la mayoría de los casos será limitada por lo que este centro será se asistencia social.

Para la ejecución de la obra, por tener el 50% de financiamiento federal. Se concursara en una licitación pública tanto la ejecución de la obra como la supervisión de la misma, a través de la subdirección de desarrollo urbano y obras con que cuenta la Delegación Iztapalapa.

Por el monto considerable de la obra y previendo que muy probablemente no se disponga de todos los recursos en una sola partida presupuestal así como la lenta captación de recursos por parte del patronato se tomara en cuenta la construcción del conjunto por etapas completas, donde cada edificio se construya en forma individual y no se comience el siguiente hasta haber concluido el actual. Aunque esta medida parezca mas costosa por el mediano aprovechamiento de la maquinaria y el equipo, no lo es, debido a que de esta forma se podrá poner en funcionamiento parcial el centro, causando un impacto mayor, tanto en la población, como para las autoridades, para que ambos liberen mas recursos haciendo mas factible la conclusión de las edificaciones y evitando una sensación de desgaste. De acuerdo a la edificación por etapas, será indispensable que el funcionamiento de un área específica no se vea mayormente afectado por la continuación de la obra en otras áreas las etapas seguirán este orden.

- a) ZONA MEDICA
- b) ZONA DE TRATAMIENTO
- c) ZONA ADMINISTRATIVA
- d) OBRA EXTERIOR Y EQUIPAMIENTO ZONA DE RECREACION
- e) ZONA DE SERVICIOS AUDITORIO BIBLIOTECA
- f) ZONA DE TALLERES, EXPOSICIONES Y VENTAS
- g) ZONA DE HOSPITALIZACION

6.4 NORMATIVIDAD Y REGLAMENTO

Una de las principales condicionantes para la solución de este proyecto, es la reglamentación vigente, bajo cuyos parámetros se partirá en la etapa de diseño, que consecuentemente especifica los sistemas de ejecución de la obra y las características mínimas de confortabilidad de los espacios.

REGLAMENTO DE CONSTRUCCIONES.

Se acataran todas las disposiciones de este, así como sus normas técnicas complementarias, destacando el titulo quinto que se refiere al proyecto arquitectónico, en cuyos capitulos se dan las clasificaciones de los edificios según su extensión y el uso al que se destinen, para efectos de seguridad estructural, así como dimensiones y condiciones mínimas para garantizar su habitabilidad.

NORMA TECNICA DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD

Esta norma supedita a lo señalado en el reglamento de construcciones, siempre y cuando sea más rigurosa que aquel, se refiere a la construcción o modificación de los establecimientos para la atención a la salud.

NORMAS DE PROYECTO DE INGENIERIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Estas normas se tomara en cuenta para el diseño de las instalaciones en los edificios, así como para el equipamiento de los mismos, se utilizaran las normas para la infraestructura de servicios. Las instalaciones eléctricas, así como las normas para las instalaciones hidráulicas, sanitarias y de gases medicinales, supeditando lo especificado en el reglamento de construcciones.

6.4 PROGRAMA ARQUITECTONICO

Es necesario crear un propio programa arquitectónico debido a que no existe uno establecido por alguna organización o dependencia dedicada a atender los problemas derivados de las adicciones. La información

obtenida fue proporcionada por el Arq. Carlos Suárez que es el arquitecto que forma parte de los Centros de Integración Juvenil, quien concedió una entrevista para dicha tesis, y fue muy específico al mencionar que ellos se dedican a adecuar edificaciones que tal vez fueron viviendas, en alguna etapa y que posteriormente adquirió CIJ para funcionar como centros de consulta externa. Por lo anterior no han podido definir un programa arquitectónico de dichos centros.

Es por ello que los espacios que se definen a continuación son una conjunción de varios centros, como "Oceánica" y la "Unidad Residencial Torres de Potrero" que complementaron y enriquecieron el programa arquitectónico presentado en este documento.

PROYECTO CENTRO DE ATENCIÓN A JÓVENES CON ADICCIONES.

Al realizar un análisis de las actividades a desempeñar en el centro, se agruparon en seis zonas.

- 1) ZONA ADMINISTRATIVA
- 2) ZONA MEDICA
- 3) ZONA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO
- 4) ZONA DE HOSPITALIZACION E INTERNADO
- 5) ZONA DE TALLERES
- 6) ZONA DE RECREACION
- 7) ZONA DE SERVICIOS

1) Zona administrativa

Dirección.- Será un lugar lo suficientemente amplio para poder otorgar la comodidad y el confort necesario tanto al Director del Centro como a los familiares del adicto y al mismo tiempo fármaco dependiente que se entrevistarán ocasionalmente con el y además de las personas que mantienen una relación permanente con el Centro.

Debido a que la dirección otorga un rango específico a una persona, es decir, el director es el responsable del funcionamiento del centro y por lo tanto la persona de más alto rango, es necesario dotar su espacio con servicios como sanitario y comodidades como lo puede ser una sala de estar, además de poder acceder directamente a la sala de juntas sin salir de su oficina. Espacio a utilizar 40m².

Administración.- Contará también con la facilidad de utilizar un espacio preferencial, sin embargo no contará con la amplitud espacial que se le ha otorgado a la Dirección, pues la administración no tiene un lugar preferencial dentro del organigrama del Centro. Espacio a utilizar 30m².

Sala de Juntas.- Deberá otorgar la amplitud necesaria para que la reunión de personas que tengan que tratar algún tema en común sea la más adecuada, es decir, la posibilidad de que dentro de un mismo espacio se encuentren al menos 12 personas sin entorpecer la circulación para lo cual se requieren. Aproximadamente 45m².

Zona secretarial.- Esta zona deberá dar servicio tanto a la administración como a la dirección, ya que su función consistirá en canalizar a los pacientes al lugar donde será atendido será de aproximadamente 9m².

Trabajo Social.- Será una zona que contará con mobiliario como escritorio, sillas y archiveros y su función será entrevistar como primera instancia a los familiares y al adicto para canalizar que secuencia y grado de tratamiento se deberá llevar así como también se le realizará su estudio socioeconómico para determinar cuánto deberá aportar económicamente. Aproximadamente 25m²

Admisión o rechazo.- Deberá ser una zona muy similar a trabajo social ya que su función también será de orientar a los familiares y explicarle las razones por las que se le otorgará o no el tratamiento y si es aceptado se encargará de darle la bienvenida y se le mostrarán las instalaciones. Aproximadamente 25m².

Recepción e informes.- Es el primer contacto del usuario con el interior del Centro y servirá como medio de orientación para acercar al adicto y a sus familiares para recibir una correcta atención. Será el lugar en el cual se podrán hacer citas para ser atendidos en el Centro. Siendo también un espacio en donde cualquier persona puede pedir información. Esta área deberá contar con un equipo de cómputo para poder canalizar a los usuarios a otros sitios de asistencia social o en su caso a hospitales cercanos, deberá contar con servicios sanitarios debido al número de personas que se encontrarán en el lugar. Aproximadamente 35m²

Sala de espera.- Servirá para hacer más cómoda la estancia en el Centro mientras los usuarios esperan su turno para ser canalizados con alguien del personal. Contará con sillones y macetas, además de mesas de centro y esquineros. Aproximadamente 35m² se tratará que desde esta área se pueda apreciar la mayor parte del Centro.

Los filtros.- son pequeñas zonas para controlar los accesos e impedir la entrada a personas que no tengan autorización de permanecer en ciertas áreas. Sirven básicamente para controlar la seguridad del Centro cuentan con una barra de atención y zona de guardado que sirvan como paquetería. Aproximadamente 6m².

ZONA MÉDICA

Examen médico.- Este espacio deberá contar con un área de atención al público que sirva para entrevistarse con los familiares o el paciente, además también contará con cama de revisión en donde

pueda ser evaluado el adicto. Aproximadamente 35m2 este espacio es exclusivo para los enfermos que solicitan el tratamiento del Centro.

Examen psicológico.- Muy parecido al espacio destinado al examen medico, también contara con zona para entrevistar a los familiares y pacientes contara con cama de revisión. Aproximadamente 30m2 este espacio es exclusivo para los enfermos que solicitan el tratamiento residencial.

Psicólogo.-Prácticamente será un espacio en donde el psicólogo pueda hablar con el adicto "cara a cara" para seguir su problemática directamente con el y confrontarlo con su realidad inmediata y su problema inminente. También es un espacio utilizado para hablar con los familiares, deberá contar con escritorio, archivero y sillas para atención. Aproximadamente 25m2

Medico.- el mobiliario es igual que el necesario para el psicólogo pero es necesaria la cama de revisión para evaluar el estado físico de los enfermos. Aproximadamente 30m2.

Psiquiatra.- Muy parecido al espacio destinado al medico, también contara con zona para entrevistar a los familiares y pacientes y cama de revisión. Aproximadamente 30m2.

Sala de juntas.- Este espacio sirve para que los psicólogos, médicos y los consejeros puedan evaluar a cada adicto y formular un veredicto sobre el egreso o saber hacia donde encaminar la terapia del paciente. Contara con mesa de juntas para mínimo seis personas esta sala también sirve para que los consejeros puedan hablar con los pacientes, aunque ellos pueden buscar a los pacientes en cualquier lugar del centro. Aproximadamente 35m2.

Sala de espera.-servirá para hacer mas cómoda la estancia en el centro mientras los usuarios esperan su turno para ser canalizados con algún medico o psicólogo. Contara con sillones y macetas, además de mesas de centro y esquineros. Aproximadamente 25m2. Es un espacio menor a la sala de espera de la admisión, ya que el volumen de personas que serán atendidas es manejado de acuerdo a citas y horarios específicos.

ZONA PREVENCION Y TRATAMIENTO

Salas de A.A.- Dentro de las acciones para prevenir las recaídas, se encuentran algunas como las terapias externas de Alcohólicos Anónimos, que cumplen con la función de hablar con ellos y exponer su problemática y con ello recibir la comprensión de sus compañeros. Este lugar deberá contar con sillas acomodadas en forma escalonada y un sitio para la persona que se encargara de dirigir la reunión. Las salas estarán planeadas para atender mínimo a 25 personas. Aproximadamente 50m2.

Sala de terapia grupal.- Esta sala estará pensada para atender a los familiares, o personas cercanas que hayan sido afectadas por los usuarios y a los mismos adictos pero en forma de grupos para que ellos puedan expresar su problemática y ser comprendidos por individuos de su misma condición. Aproximadamente 75m2.

Sala de audiorama.- La sala debe ser diseñada para aplicar un tipo de terapia por medios visuales una terapia psicológica que esta encaminada a que los adictos vean diferentes sensaciones por las que han pasado algunos pacientes y así puedan conocer mejor los alcances de la enfermedad aproximadamente 75m2.

Sala de espera.- servirá para hacer mas cómoda la estancia en el centro mientras los usuarios esperan su turno para ser atendidos, ya sea por un medico o psicólogo. Aproximadamente 25m2 es un sitio menor al de la sala de admisión ya que el volumen de personas que serán atendidas es manejado de acuerdo a citas y horarios programados.

ZONA DE HOSPITALIZACION

Habitaciones.- El lugar debe ser de los más importantes dentro del Centro de Atención a Jóvenes con Adicciones, ya que será donde la residencia del adicto se hace efectiva y es el espacio que el paciente utiliza como propio. El espacio será utilizado por dos enfermos con camas separadas y zona de guardado (closet) y cómoda. Aproximadamente 12m2.

ZONA DE TALLERES

Talleres para diversos trabajos y manualidades esta área contara con todo lo necesario para poder laborar así como para almacenar todo lo que se fabrique también contara con un área de exposiciones y ventas para el autofinanciamiento aquí también se podrán dar cursos de diversas actividades para la comunidad en general los cuales serán vespertinos para ser aprovechada esta zona .aproximadamente 200m2.

ZONA DE RECREACION.

Biblioteca.-Destinada a que el adicto pueda refugiarse a otro tipo de acciones y encontrar una opción distinta para poder aprovechar su tiempo libre. Aproximadamente 160m2. El espacio deberá contar con mesas y sillas para poder sentarse a leer, además de estantería con libros para consulta. Es indispensable mencionar que debe existir un sistema de préstamo de libros para que el adicto pueda llevársela a su dormitorio.

Sala de consulta por Internet.- Aquí se podrá adquirir información requerida por el enfermo, al igual que los demás espacios recreativos tienen la función de hacer menos tediosa la estancia del enfermo durante su internamiento. Todo esto se realizara con vigilancia desde un lugar asignado para personal del centro que ayude a los usuarios a acceder a la red. Lo necesario para el desarrollo de este espacio son mesas sillas y computadoras y la instalación necesaria para conecta el equipo a una red. Aproximadamente 30m2

Salas de estar.- Salas que pretenden ser lugares de reunión en donde los enfermos puedan interactuar con sus compañeros e incluso con los consejeros, para esto se plantea contar, el mobiliario necesario

para la sala será similar al de la sala de espera por lo que se requieren sillones mesas de centro. Aproximadamente 35m²

Ludoteca.- este tipo de zona será un espacio íntimo donde el adicto podrá interactuar con los consejeros aquí se podrán ver proyecciones o tener otro tipo de pasatiempo juegos de mesa etc. Aproximadamente 120m²

Auditorio.-Este lugar estará destinado a dar servicio de pláticas y conferencias, tanto para los adictos y los familiares como para grupos de estudiantes completos, con el fin de proporcionar información y vivencias propias de los enfermos para acercar a los jóvenes a este tipo de experiencias la capacidad del auditorio será de 280 personas también tendrá la finalidad de poder recibir grupos de otros centros que no cuenten con uno. El auditorio contará con su propia taquilla debido a que dentro de las actividades recreativas se espera que este espacio pueda ser rentado por la comunidad así como para eventos de todas las escuelas que así lo requieran por ello también se requieren vestidores y servicios de sanitarios se necesitara una cabina de proyección para poder mostrar videos o películas de información preventiva o para todo público. Aproximadamente 560m².

Canchas deportivas. —Estas áreas serán destinadas a practicar deportes para la distracción de los enfermos y el fomento de las actividades grupales entre los internos. Las actividades deportivas que se plantean para el centro son las de práctica más común para la población mexicana como lo son fut-bol y el basket-bol. La zona a utilizar son de aproximadamente de 600m².

Foro al aire libre.- Dicho foro pretende albergar actividades culturales que puedan realizarse en espacios abiertos Aproximadamente 100m².

Áreas verdes.- Zonas que se piensan serán de las más disfrutadas por los usuarios pues es donde ellos pueden sentirse libres y así puedan reflexionar estas serán amplias para proporcionar calma estas se encontrarán en la mayor parte del predio pero según el uso de suelo de la zona debe ser al menos el 30% del total del predio.

ZONA DE SERVICIOS

Comedor.- El comedor al igual que el auditorio tendrá una capacidad mayor a la de la población del centro, esto es debido a que los pacientes recibirán visitas de sus familiares y podrán tener acceso al comedor aproximadamente 180m².

Cocina.- por su actividad se requiere que la cocina se encuentre muy cercana al comedor, ya que el servicio que se ofrece es prácticamente para el mismo. Deberá contar con un almacén, un frigorífico, una zona de lavado de alimentos, una zona de lavado de utensilios una zona de estufas para la cocción de los alimentos Aproximadamente 150m².

Sanitarios y Regaderas.- los sanitarios dependerán del flujo de personas que se encuentren en la zona donde estén ubicados. Además de ubicar un sanitario por cada 100 usuarios. Los requerimientos mínimos de servicios sanitarios según el Reglamento de Construcciones es el siguiente:

Para salas de espera	Por cada 100 personas 2 excusados y 2 lavabos
Cuartos de camas hasta 10 camas	1 excusado, 1 lavabo y 1 recámara
De 11 a 25 camas	3 excusados, 2 lavabos y 2 regaderas
Baños públicos de 5 a 10 usuarios	2 excusados, 2 lavabos y 2 regaderas
De 11 a 20 usuarios	3 excusados, 3 lavabos y 4 regaderas

- Los requerimientos mínimos de servicio de agua potable para la asistencia social son de 300 litros por día por cada huésped.
- Las necesidades de riego se consideraran por separado a razón de 5 litros por huésped por día.

A partir de los anteriores requerimientos mínimos se determino el número de sanitarios para satisfacer la demanda de los usuarios y del personal que labora en dicho centro. Sin embargo al saber que lo antes mencionado son los requerimientos mínimos, no se pretende abastecer al centro con esos mínimos para lo cual se utilizo un criterio de horarios de utilización de los sanitarios, como en el caso de las regaderas y los sanitarios colectivos que pueden tener una demanda mayor por las mañanas.

Estacionamiento.- El número de cajones para estacionamiento mínimo para centros de este tipo como son los albergues es de 1 por cada 100m² por lo tanto para el proyecto se requieren 25 cajones. Se utilizara la medida para cajones de estacionamiento de 5.00m x 2.40m, se podrá permitir hasta el 50% de los cajones para coches chicos de 4.20m x 2.20m.

Lavandería.- Deberá encontrarse a un lado del área de dormitorios si estar junto de estos debe de ser una zona de servicios, mi intención es ocultarla de las zonas de esparcimiento por donde se encuentran los internos. Es por ello que debe contar con un acceso restringido. Será conveniente plantear su ubicación cercana al cuarto de máquinas ya que se requiere acceso controlado y en una zona oculta. Aproximadamente 50m² se función es albergar el equipo necesario para proporcionar el servicio de lavandería para el centro (sábanas toallas etc.) el servicio de lavandería para la ropa de los usuarios es proporcionado por los familiares, es decir ellos se levantan su ropa sucia y proporcionan en sus visitas la ropa limpia.

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

Cuarto de Maquinas.- Como ya se menciona es necesario ocultar esta zona del resto del centro, pues el personal que labora en el solo debe entrar algunas veces para dar mantenimiento al equipo que se encuentre en esta área. Su función es albergar las calderas para abastecer el agua, la subestación eléctrica el equipo hidroneumático Aproximadamente 50m2.

Cubos de Escaleras.- Necesarios para distribuir a las personas a los diferentes niveles con los que puede contar el centro. Estos serán ubicados en las zonas requeridas y donde el proyecto así lo demande.

Es así como el programa arquitectónico fue determinado y se procedió a analizar de otra forma los espacios, es decir revisar su mobiliario, sus metros cuadrados o cúbicos, ya que el espacio cuenta con tres dimensiones.

ANALISIS DEL PROGRAMA ARQUITECTONICO

Nombre del espacio	N de usuarios	Actividades	Horarios	Espacios m2	Mobiliario	instalaciones
Vestíbulo	4-6 por familia hasta 100 visitas	Internar a su familiar. Platicas de prevención	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00 12.00 a 14.00	30.00 m2	Ninguno	Eléctrica
Recepción e informes	3 empleados	Control de internos proporcionar informes indicaciones a visitas	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20m2	Barra para escritorio y sillas escritorio c/computadora	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Sala de espera	Hasta dos familias de cinco integrantes	Esperar aceptación del familiar en el centro	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20.00m2	Sillones mesas de centro esquineros	Eléctrica
Servicios sanitarios	Hasta tres hombres y tres mujeres	Necesidades fisiológicas lavarse las manos	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20.00m2	Muebles sanitarios	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Admisión y rechazo	Un empleado y dos visitas	Información sobre la admisión o rechazo del adicto	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20m2	Escritorio sillas librero y archivero	Eléctrica
Trabajo social	Un empleado y dos visitas	Realiza análisis socio-económico de la familia	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20m2	Escritorio sillas librero y archivero	Eléctrica
Examen psicológico	Un Psicólogo y dos visitas	Realiza análisis psicológico para evaluar si es aceptado el adicto	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20m2	Escritorio sillas librero y archivero	Eléctrica

ANALISIS DEL PROGRAMA ARQUITECTONICO

Nombre del espacio	N de usuarios	Actividades	Horarios	Espacios m2	Mobiliario	instalaciones
Consultorio psicológico	Un paciente y un psicólogo	Realiza análisis psicológico para evaluar si es aceptado el adicto	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20.00 m2	Diván y silla zona de guardado	Eléctrica
Examen medico	Un doctor y dos visitas	Realiza análisis medico para evaluar si es aceptado el adicto	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20m2	Escritorio sillas librero y archivero	Eléctrica
Consultorio medico	Un paciente y un doctor	Evalúa los resultados de los análisis practicados para evaluar si es aceptado el adicto	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	20m2	Mesa de revisiones y silla zona de guardado	Eléctrica
Administración	Un administrador y dos visitas	Administrar los recursos del centro	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	28m2	Escritorio sillas librero y archivero	Eléctrica
Área secretarial	una secretaria	Apoyar a la dirección y administración	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	10m2	Escritorio silla y archivero	Eléctrica
Dirección con sanitario	Un director y dos visitas	Encargarse del funcionamiento del centro	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	40m2	Escritorio, sillas librero y archivero, sala de estar	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Sala de juntas	Trece empleados	Reuniones internas	10.00 a 12.00 y 17.00 a 19.00	40m2	Escritorio para doce personas	Eléctrica
Sala de espera	Hasta ocho personas	Esperar reuniones del familiar en el centro	10.00 a 14.00 y 16.00 a 19.00	16m2	Sillones mesas de centro esquineros	Eléctrica
Vigilancia y sanitario	Dos empleados	Proporcionar vigilancia y seguridad en el interior	Todo el día	9m2 4m2	Silla, barra de escritorio, circuito cerrado	Eléctrica hidráulica sanitaria circ. cerrado
Comedor	Hasta 60 personas hasta 30 empleados	Comer	8.00 a 10.00 de 14.00 a 16.00 de 20.00 a 22.00	180 m2	Mesas sillas	Eléctrica hidráulica y sanitaria

ANALISIS DEL PROGRAMA ARQUITECTONICO

Nombre del espacio	N de usuarios	Actividades	Horarios	Espacios m2	Mobiliario	instalaciones
Cocina	Hasta seis empleados	cocinar	De 6.00 a 22.00	120.00 m2	Parrillas estufas, tarjas, freidoras, mesas de trabajo	Eléctrica hidráulica sanitaria de gas
Almacén	Un empleado	Guardar alimentos	De 6.00 a 22.00	20m2	Anaqueles y organizadores	Eléctrica
Frigorífico	Un empleado	Conservar alimentos	De 6.00 a 22.00	20m2	Refrigeradores	Eléctrica
Atención a comensales	Hasta tres empleados	Servir los platillos	De 6.00 a 22.00	30m2	Barra de servicio	Eléctrica
Sanitarios hombres y mujeres	Hasta cinco personas	Necesidades fisiológicas lavarse las manos	De 6.00 a 22.00	20m2	Muebles de baño	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Área de lectura	Hasta diez personas	leer	Todo el día	45m2	Mesas, sillas y anaqueles para depositar libros	Eléctrica
Área de Computo	Hasta quince personas	Consulta por Internet	Todo el día	45m2	Escritorios sillas y equipo de computo	Eléctrica
Sala de estar	Hasta veinte personas	Descansar y platicar	Todo el día	35m2	Sillones mesas de centro esquineros	Eléctrica
Ludoteca	Hasta treinta y cinco personas	esparcimiento	Todo el día	120m2	Sillones y mesas	Eléctrica
Dormitorio	Para dos personas	Descansar dormir	Todo el día	25m2	Camas buros closet	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Sanitarios	Hasta cuatro personas	Necesidades fisiológicas lavarse las manos	Todo el día	16m2	Muebles de baño	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Regaderas	Hasta tres personas	bañarse	7.00 a 10.00 y de 16.00 a 19.00	30m2	regaderas	Eléctrica hidráulica y sanitaria
Vestidores	Hasta tres personas	vestirse	7.00 a 10.00 y de 16.00 a 19.00	8m2	bancas	Eléctrica hidráulica y sanitaria

7 SINTESIS

7.1 PROGRAMA ARQUITECTONICO

OBJETO.- CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES
 Con el objetivo de recuperar los valores sociales y culturales

ENFOQUES

Población afectada

SATISFACTORES

Tratamiento y fuentes de trabajo

Participación activa en todos los sectores de la población con la propuesta y difusión del arte

AUDITORIO

Atención integral a todos los jóvenes con problemas de adicción

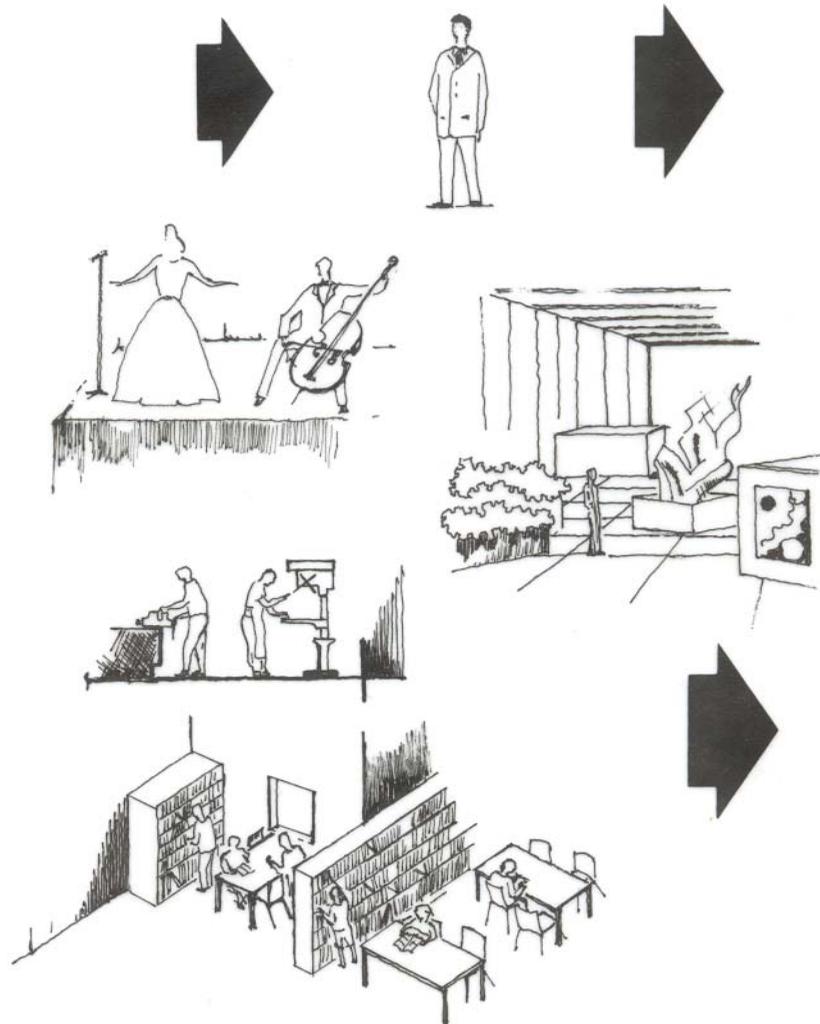
CLINICA

Alentar los medios de superación y capacitar a la gente con escasos estudios

TALLERES

Contar con material de apoyo así como de recientes investigaciones sobre los temas de adicciones así como para el esparcimiento de los conocimientos generales

BIBLIOTECA



CONCLUSION

Tener una alternativa para el tratamiento de las adicciones , elevar el nivel cultural orientando e integrando los valores de nuestras familias

CENTRO DE INTERNACION Y TRATAMIENTO

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

7.2 SUJETO

En los últimos tres sexenios, la población en la delegación Iztapalapa ha aumentado considerablemente, la causa principal es su cercanía hacia todos los servicios así como las fuentes de trabajo mucha gente emigra hacia esta delegación en busca de alternativas de trabajo y de vivienda.

Las consecuencias de una mezcla de diferentes sociedades urbanas provocan desempleo y falta de vivienda propia además de que lentamente se van perdiendo tradiciones y costumbres. Actualmente la delegación busca lugares de esparcimiento así como de atención médica y orientación vocacional y no lugares adaptados o espacios cerrados donde no se pueden difundir todas las actividades de carácter socio culturales y de atención médica, no olvidando gran parte de la delegación que tienen costumbres de fiestas de tradición popular y religiosa.

Población
60% mayor de 24 años
30% de 25 a 59 años
10% de 60 años en adelante



7.3 CONCLUSIONES

Es importante que la imagen del CENTRO refleje su actividad como institución pública, con unidad e invite a vivir sus espacios, debe integrarse al contexto urbano pero no como cualquier espacio en forma de cubo, debe contener una imagen de propuesta contemporánea y de esta manera promover que lo que se produzca en el contenga el mismo espíritu, y a su vez el lenguaje arquitectónico debe integrarse y mezclarse en cada edificio su acceso debe ser invitación

En cada vestíbulo debe haber claridad como punto de partida hacia donde dirigirse, e informativo de lo que allí sucede.

Es importante considerar el aprovechamiento de los espacios abiertos, ya sea integrándolos cuando se desee con los espacios interiores, promoviendo actividades en ellos.

Su ubicación debe ser estratégica, puesto que debe captar todo tipo de gente a su paso. El plantearlo alejado de donde sucede toda acción haría que no fuera tan concurrido ya sea por dificultades de transporte o dificultad de encontrarlo por sensación de aislamiento.

El esquema debe adecuarse al terreno y al contexto. El esquema de patio es el que mas funciona para este tipo de construcciones, el manejo vertical funciona siempre y cuando sea convergente. Los espacios que

contienen un concepto de flexibilidad, en cuanto a diferentes posibilidades de actividades dentro de ellos mismos, implican mayor aprovechamiento, mayor propuesta, mas desarrollo. Esto atrae a más gente, pero que ofrece mayor variedad de actividades de donde escoger, por tanto los tres factores más importantes para el éxito del CENTRO son:

- Buen funcionamiento e imagen.
- Que este al alcance del usuario
- Que ofrezca satisfacer sus necesidades

Es importante también lograr un equilibrio entre difusión, enseñanza y convivencia que son los factores integrales en el desarrollo del proyecto



7.4 PROGRAMA DE REQUERIMIENTOS

1. ZONA ADMINISTRATIVA	AREA M ²	3. ZONA MEDICA	AREA M ²
1.1 ACCESO		3.1 VESTIBULO	30.00
1.2 ADMINISTRACION	20.00	3.2 SALA DE ESPERA	35.00
1.3 SALA DE JUNTAS	35.00	3.3 CONSULTORIO MEDICO GENERAL 2	30.00
1.4 SECRETARIA	09.00	3.4 CONSULTORIO MEDICO PSICOLOGICO 1	24.00
1.5 TRABAJO SOCIAL	15.00	3.5 CONSULTORIO MEDICO PSIQUIATRIA 1	24.00
1.6 ADMISION O RECHAZO	15.00	3.6 CONSULTORIO MEDICO PSIQUIATRIA UINFANTIL 1	24.00
1.7 VESTIBULO	40.00	3.7 EXAMEN MEDICO	25.00
1.8 SALA DE ESPERA	30.00	3.8 SALA DE JUNTAS	35.00
1.9 SANITARIOS	27.00	3.9 ALMACEN PARA MEDICAMENTOS	10.50
1.10 FILTRO	20.00	3.10 ARCHIVO Y PAPELERIA	10.00
		3.11 SANITARIOS	35.00
2. ZONA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO	AREA M ²	4. ZONA DE HOSPITALIZACION E INTERNADO	AREA M ²
2.1 VESTIBULO	36.00	4.1 CUARTOS PARA INTERNOS MIN.12 P 12 PERSONAS C/ BAÑO	25.00
2.2 CONTROL	15.00	4.2 MEDICO DE GUARDIA	10.00
2.3 SALA DE ESPERA	30.00	4.3 COCINETA	6.00
2.4 CONSULTORIOS 3	35.00	4.4 ALMACEN	9.00
2.5 SALA DE JUNTAS	30.50	4.5 SANITARIOS	30.00
2.6 SALA DE A.A.	50.00	4.6 FILTROS	6.00
2.7 SALA DE TERAPIA GRUPAL	40.00		
2.8 SALA DE AUDICIONES	40.00		
2.9 SANITARIOS	30.00		

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

5. ZONA DE TALLERES	AREA M ²	7. ZONA DE SERVICIOS	AREA M ²
5.1 VESTIBULO	20.00	7.1 PLAZA DE ACCESO	90.00
5.2 CONTROL	9.00	7.2 VESTIBULO GENERAL	70.00
5.3 TALLER DE COCINA	25.00	7.3 EXPOSICIONES Y VENTAS	100.00
5.4 TALLER DE MANUALIDADES	35.00	7.4 SANITARIOS	30.00
5.5 TALLER ARTESANAL	35.00	7.5 CAFETERIA	100.00
5.6 TALLER DE CARPINTERIA	40.00	7.6 BANOS VESTIDORES	35.00
5.7 TALLER DE HERRERIA	40.00	7.7 LAVANDERIA	35.00
5.8 TALLER DE SERIGRAFIA	35.00	7.8 CUARTO DE MAQUINAS	28.00
		7.9 CUARTO DE MANTENIMIENTO	20.00
		7.10 ESTACIONAMIENTO 25 AUTOS	320.00
6. ZONA DE RECREACION	AREA M ²		
6.1 VESTIBULO	30.00		
6.2 AUDITORIO	350.00		
6.3 BIBLIOTECA	90.00		
6.4 LUDOTECA	70.00		
6.5 SALA DE CONSULTA POR INTERNET	30.00		
6.6 SALA DE ESTAR	45.00		
6.7 CANCHAS DEPORTIVAS	600.00		
6.8 FOROS AL AIRE LIBRE	90.00		
6.9 AREAS VERDES	560.00		
6.10 BAÑOS VESTIDORES	45.00		

7.5 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO

A pesar de haber concluido nuestros estudios de arquitectura poseemos un vocabulario pequeño de formas arquitectónicas, esto hace que como proyectistas manejemos formas de edificios similares que no son familiares y con las que trabajamos a gusto.

CONDICIONANTES DEL CONCEPTO

- Agrupamiento y zonificación funcionales
- Espacio arquitectónico
- Circulación y forma del edificio
- Respuesta al contexto
- Envoltura del edificio

ESTRUCTURA CONCEPTUAL

El modelo conceptual de vida a darse en ambos lugares tendrá un impacto directo en la definición del programa arquitectónico y en la transformación posterior al proyecto.

A lo anterior se suman las condiciones del entorno, el terreno en particular, los criterios de relación e integración con el contexto, el procedimiento constructivo, los parámetros del costo.

SEGÚN VILLAGRAN

- La utilidad de la obra en su doble significación constructiva y económica
- La lógica del hacer o construir en forma racional, lo cual remite a la búsqueda de la verdad en la arquitectura concordancia elemental entre forma fin y medio
- Lo estético que conduce al partido, unidad claridad, contraste simetría, carácter, estilo, proporción color textura etcétera.

Lo social, es decir la pertenencia de una obra en su tiempo histórico y un lugar geográfico determinado, que de algún modo resume a los valores anteriores, pero es independiente de aquellos, pues al realizar una obra estéticamente válida, pero sin control presupuestal o no resolviendo de manera satisfactoria los problemas utilitarios, o construida con un sistema edificatorio inadecuado para un grupo social determinado, entonces esa obra no tendrá valor social.

El arquitecto forma parte de una tradición específica y trabaja dentro de un sistema de estándares formales, patrones o modelos icónicos aceptados y aprobados por el grupo social y cultural al que pertenece, así mismo, el sistema establece la escala de valores que permite evaluar los productos arquitectónicos que se obtienen.

El problema de la enseñanza del diseño arquitectónico en las facultades y en otras escuelas, se ha centrado en desarrollar la capacidad para repetir, rediseñar y reiterar modelos icónicos que en muchos de los casos pertenecen a otras culturas con formas de vida muy diferentes a la nuestra.

El diseñador de acuerdo a su experiencia, acumula en la memoria un conjunto de hechos, imágenes, formas esquemas y técnicas de representación producto de su participación, y antecedentes en el campo profesional, por lo cual enfrentar un reto creativo como puede ser un diseño arquitectónico, moviliza ese bagaje de ideas y produce una respuesta que siempre será la síntesis de lo que sabe y piensa y sobre todo desea como expresión de voluntad creativa en determinado momento de su existencia.

Se debe de estar consciente que nos encontramos condicionados por toda una serie de supuestos aprendidos acerca de la arquitectura y del diseño en particular, tales como los criterios estéticos, de forma de estilo, de funcionamiento y de verdad.

Se acepta que un trabajo cualquiera se realiza eficientemente cuando se analiza el problema, se deciden con exactitud los resultados que se pretenden obtener, se elige y se opera con herramientas más apropiadas al resultado deseado y se comprueban los resultados que en verdad se han logrado.

CONCLUSION

Lo que sí es que se debe tener un camino de la constante experimentación y búsqueda de lo insólito para estar en condiciones de desarrollar la creatividad latente de todos los involucrados en el proceso de enseñanza y producir avance en los resultados, como respuesta a enfoques diferentes y a interpretaciones audaces e imaginativas a los problemas comunes de diseño y no arrastrar y repetir lo que se ha aprendido, así tanto mayor será nuestra admiración por los seres excepcionales que consiguieron exorcizar aquella magia y realizar un avance importante del que otros no pudieron partir.

7.6 CONCEPTO ARQUITECTONICO

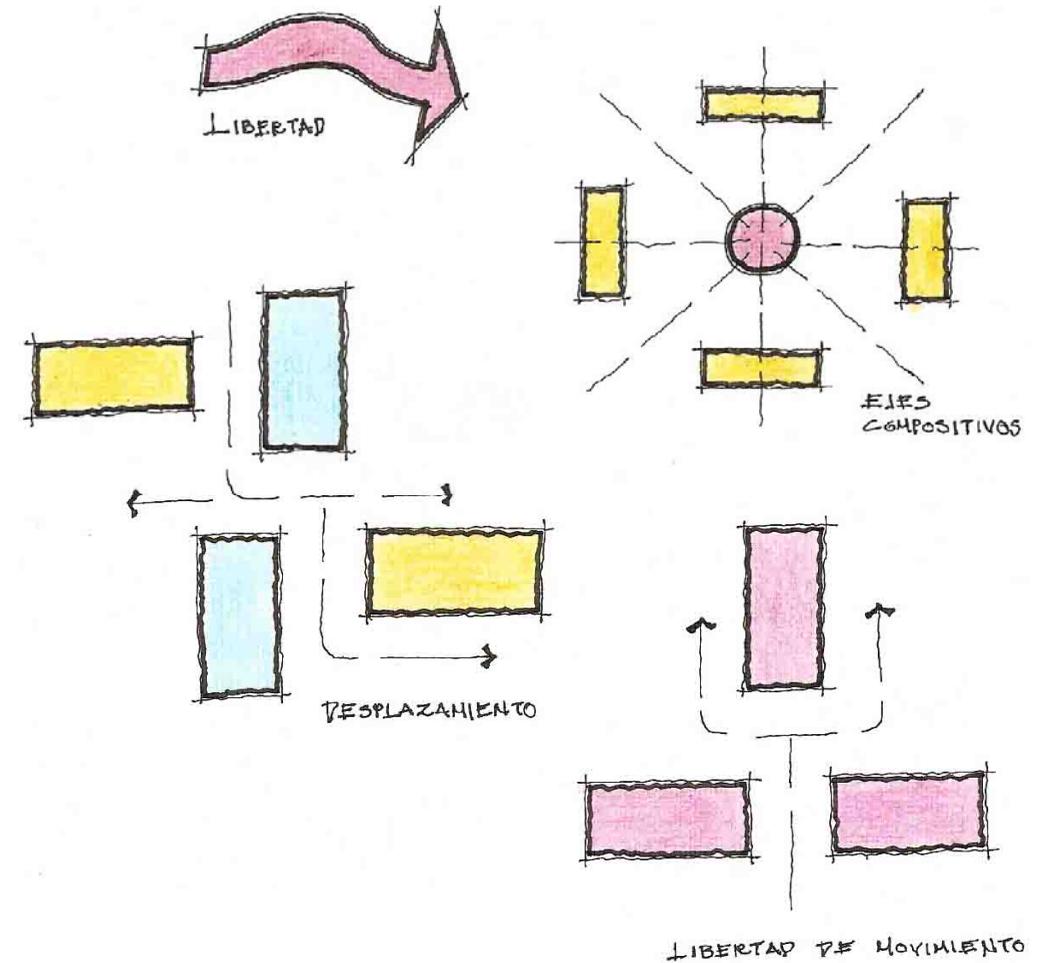
AGRUPAMIENTO ARTICULADO POR MEDIO DE LA TRANSFORMACION.

La primera idea parte de lo que en arquitectura se denomina ejes compositivos que genera y distribuye a su alrededor espacios forma incluye un punto de referencia donde será transformado al relacionar plazas de acceso exterior generando módulos o conjuntos de edificios interrelacionados por pasillos, andadores y plazas secundarias con carácter propio extrovertido.

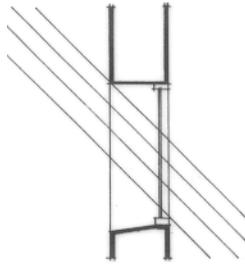
ELEMENTOS COMPOSITIVOS APLICADOS AL DISEÑO

Considerando que la información y la observación son factores claves en el proceso arquitectónico retomamos los espacios con ciertas características prehispánicas que aunadas con la arquitectura contemporánea solidifiquen este proceso, justificando así la distribución, la convergencia y los ejes compositivos que existan entre plazas, edificios y recorridos.

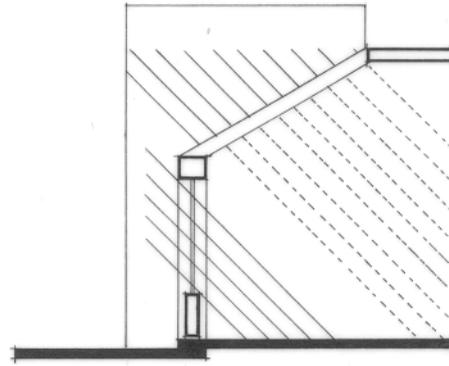
- Todos los elementos arquitectónicos que conforman los diferentes cuerpos deberán ser del mismo material y pertenecer a una misma familia de formas en proporción y escala.
- Los edificios funcionaran bajo los siguientes niveles, sanidad, seguridad, utilidad, economía y valor estético.
- La arquitectura deberá expresar los valores de la cultura de donde proviene.



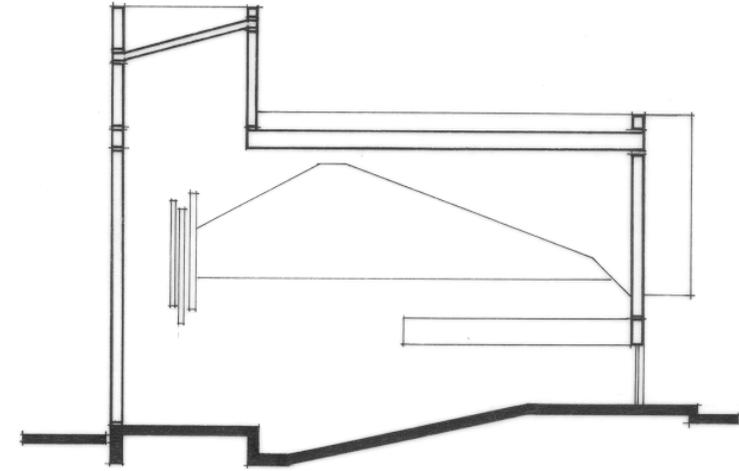
- El desarrollo intelectual y artístico por alcanzar, en nuestro caso permite una creatividad sin límite, tanto para la solución de los espacios interiores como para sus exteriores como son la iluminación 1 acústica 2 condiciones térmicas etc.



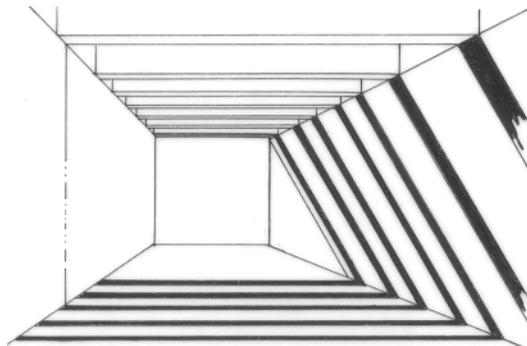
Dibujo 1



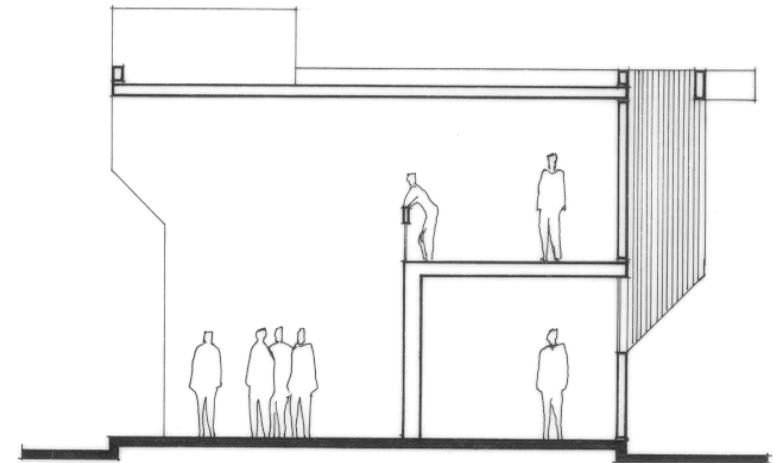
Dibujo 1



Dibujo 2



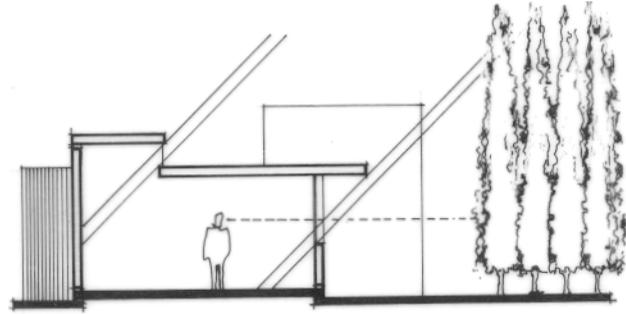
Dibujo 1



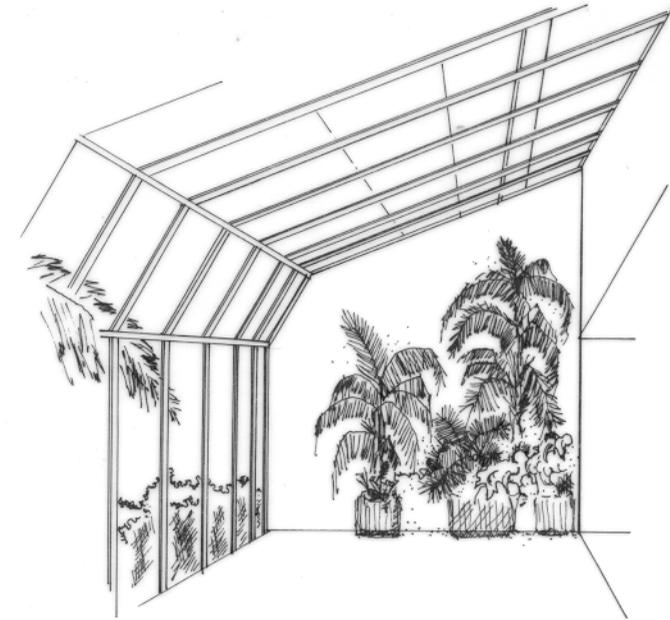
Dibujo 3

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

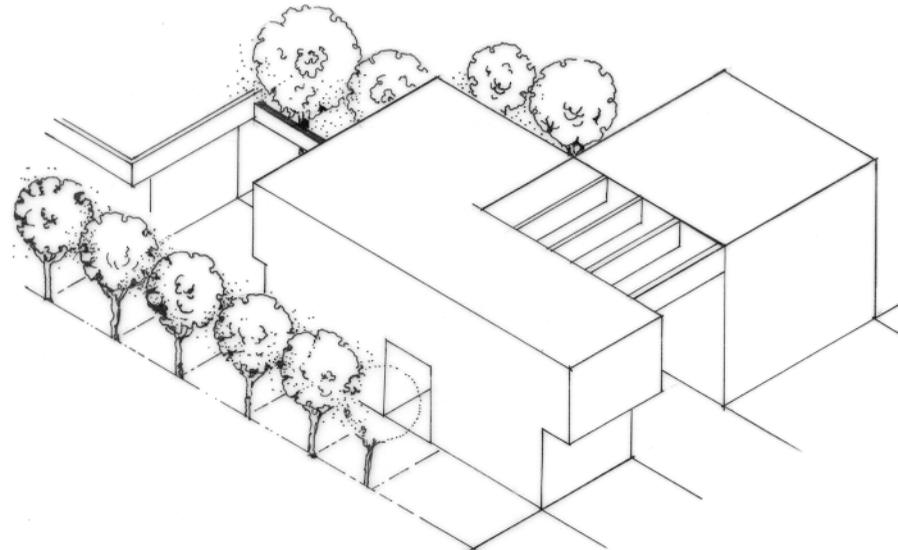
- Utilizando el medio ambiente natural donde se localiza el terreno, integraremos el espacio forma con un entorno natural (hileras de arboles de diversas especies, creando ritmo y movimiento Dib. 1) en espacios abiertos dentro del diseño dib.2.



Dibujo 1



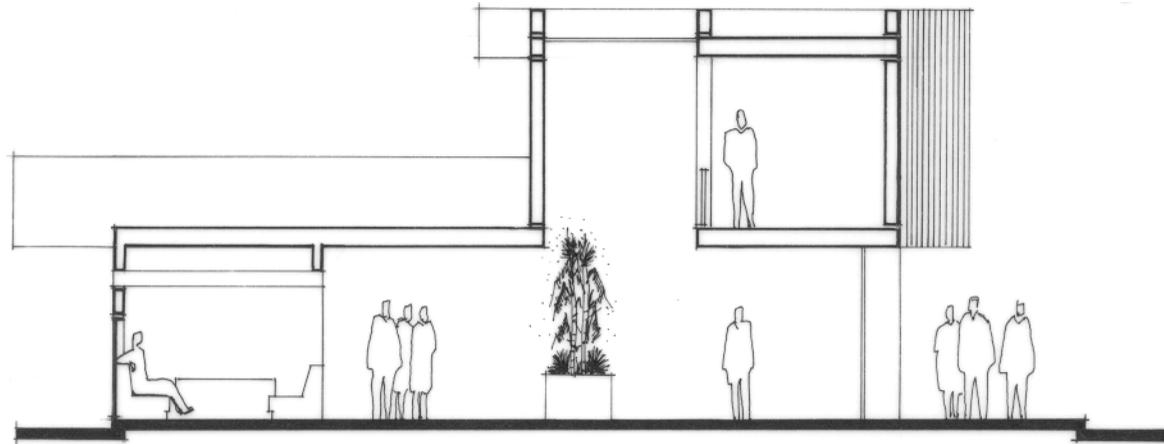
Dibujo 2



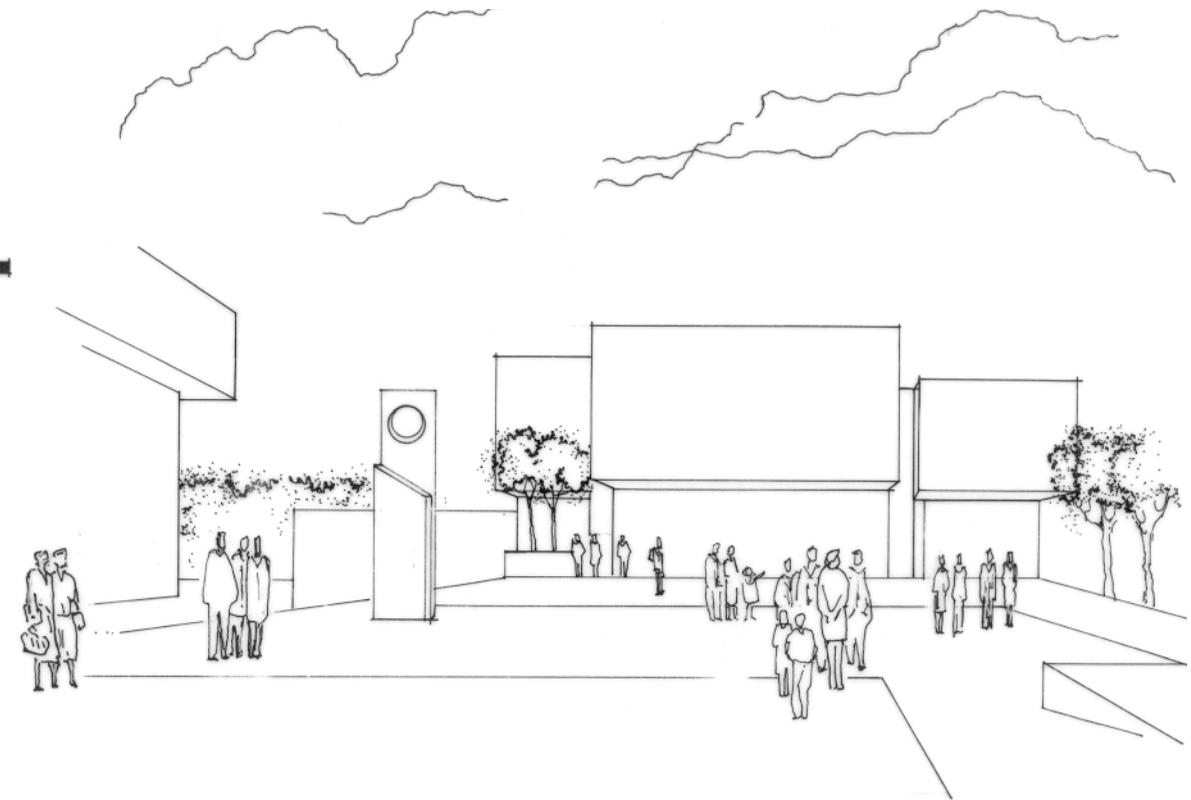
Dibujo 1

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

- La convivencia entre los grupos concurrentes, la privacidad, el orden, las alturas, serán planteadas en el diseño de cada espacio dibujo 1, conjugando el ambiente creado con el usuario y visitante dibujo 2



Dibujo 1



Dibujo 2

DIFUSIÓN CULTURAL

Es positivo que el área de espectáculos cuente con flexibilidad tanto en combinación de distintos espacios y capacidades, como en integración espacial con otro u otros espacios y también en la realización de actividades y cursos de toda índole dibujo 1.

Es importante que la biblioteca cuente con tranquilidad en su planteamiento de ubicación y en condicionantes adecuadas de iluminación, en el acervo y zona de lectura dibujo 2.

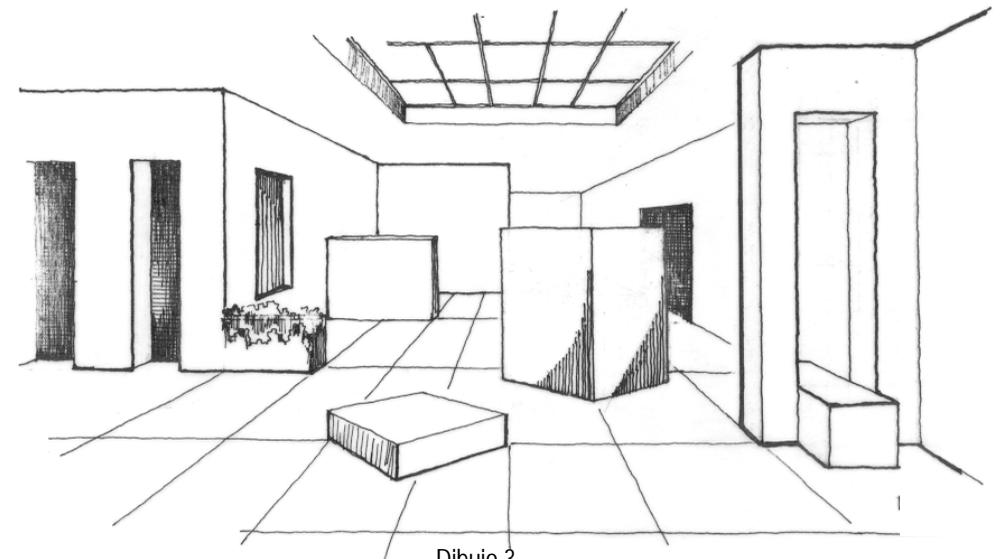
En la zona de exposiciones debe considerarse que los trabajos realizados deben exponerse de diferentes maneras como: una rotación lenta donde se exhiban los trabajos mas sobresalientes en los talleres, además de presentar obras de gente ajena al conjunto dibujo 3.



Dibujo 1



Dibujo 2

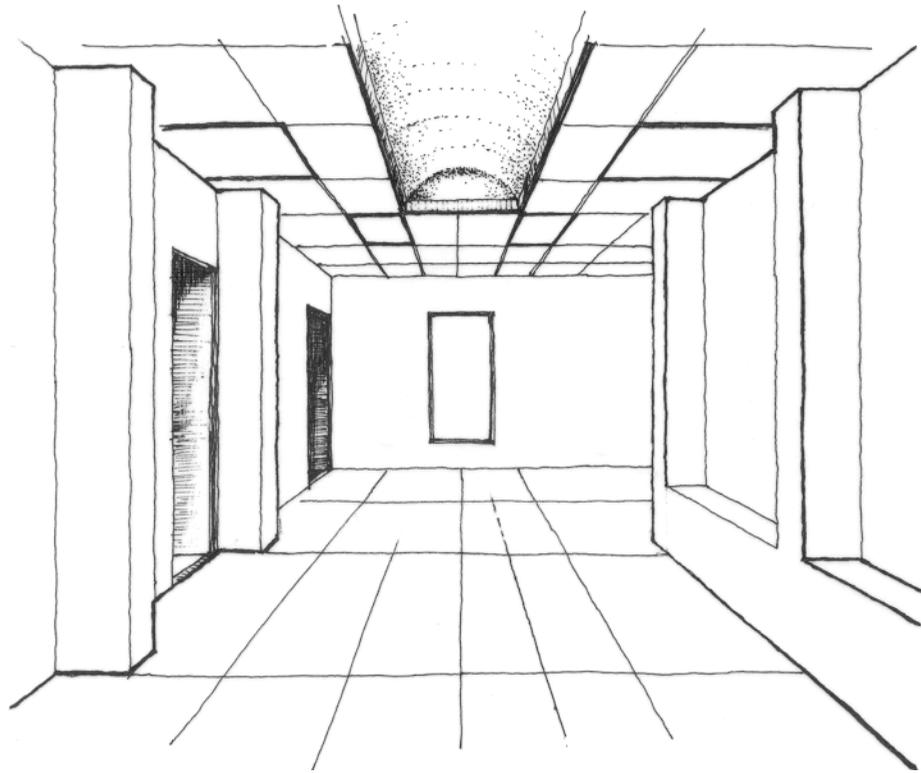


Dibujo 3

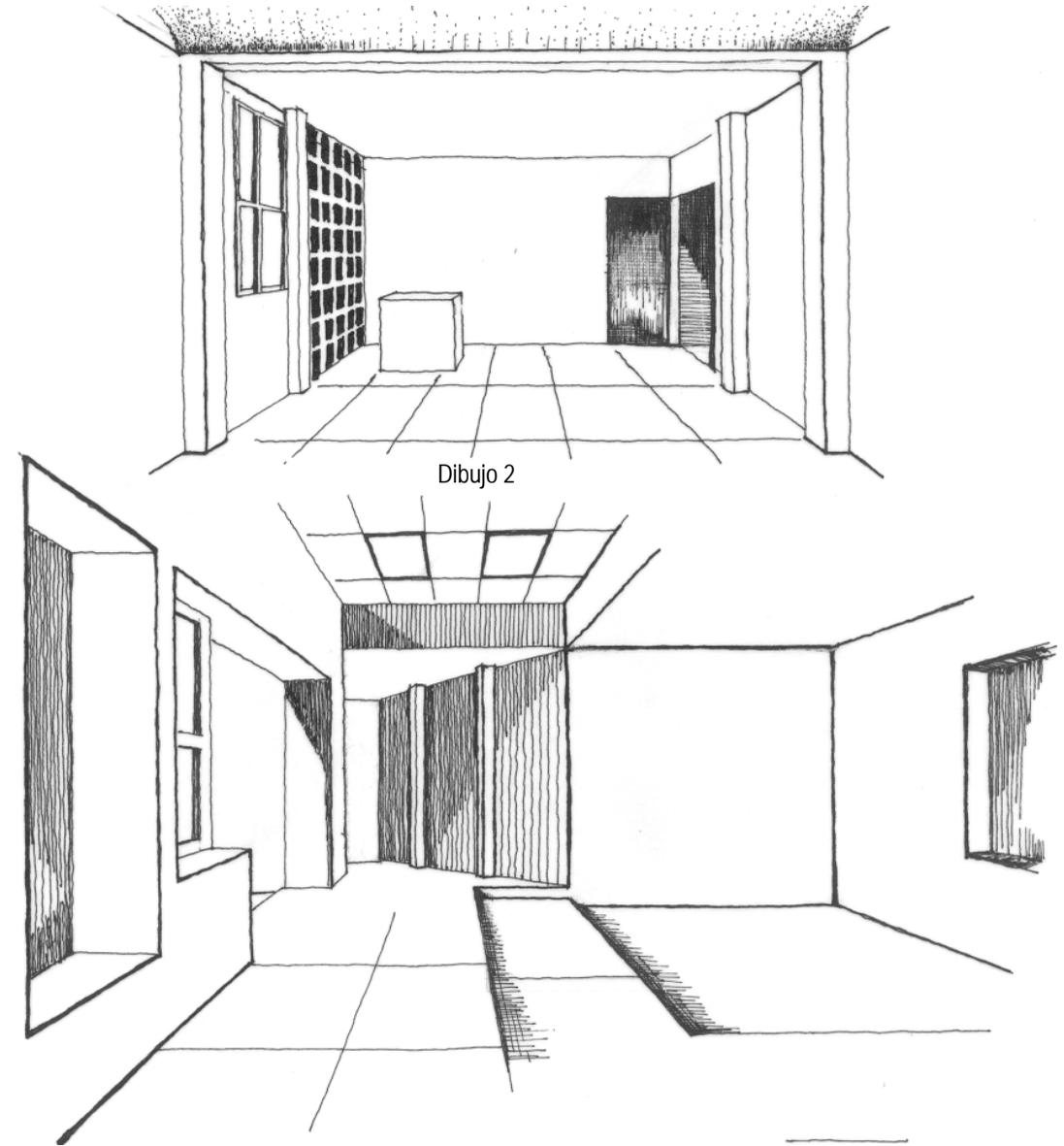
DESARROLLO CREATIVO

Todos los talleres y aulas deben ser espacios versátiles para ofrecer mayor número de cursos y actividades y a su vez economizar espacio. Debe contar con todo lo necesario para que el aprendizaje y la práctica sean completos y eficientes dib.1

Los talleres deben contar con cierta independencia, buena iluminación y convivencia en espacios abiertos. Dib. 2.



Dibujo 1



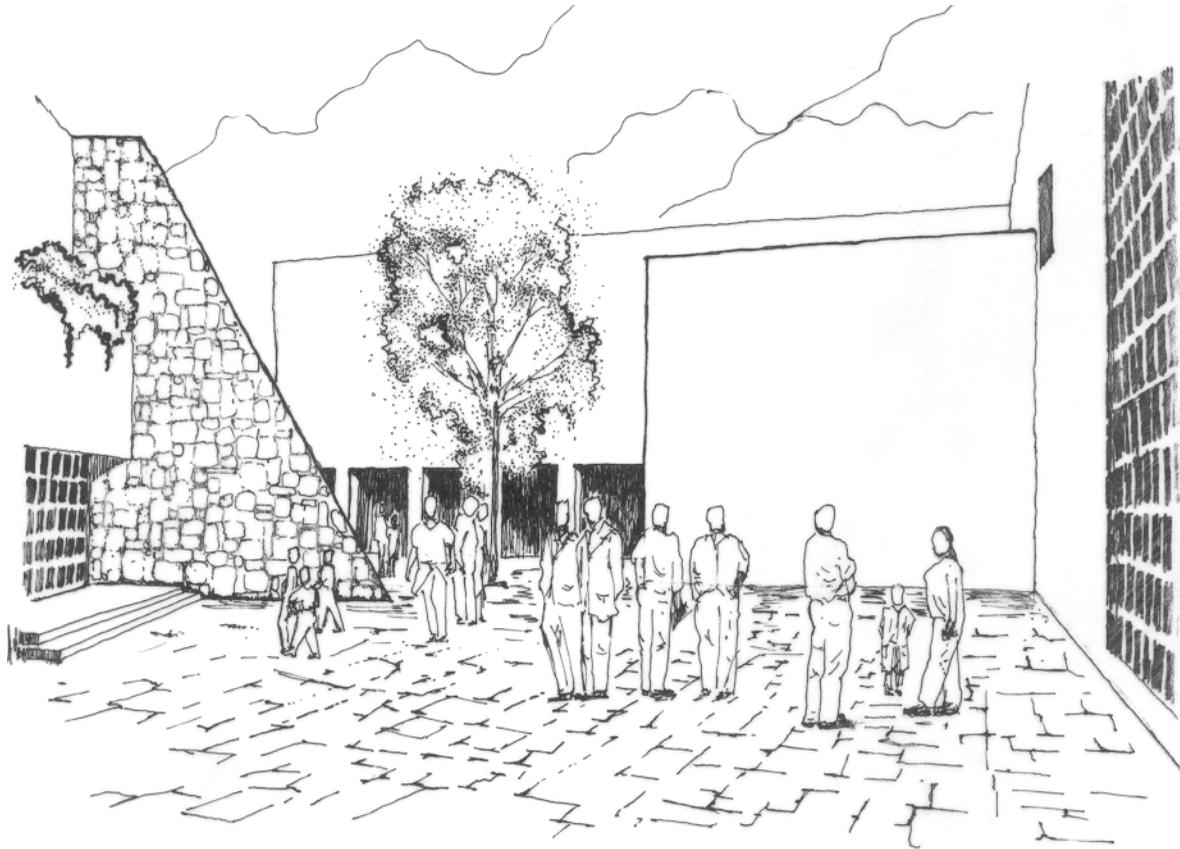
Dibujo 2

Dibujo 2

AREAS DE REUNION

La reunión se puede lograr en todas partes, pero deben diseñarse los espacios para que estas se den dib. 1. deben proporcionarse un espacio común de convivencia interior y otro exterior, debe manejarse un ademán de apertura y aprovechar las circulaciones para este fin, así como promover actividades en los espacios abiertos como audiorama dib. 2.

Para reforzar este intento de acercamiento humano deben ofrecerse espacios como una cafetería con carácter cultural que participe del espacio externo al centro como del interno, estos elementos deben servir para captar gente y reunirla para intercambio intelectual dib. 3.



Dibujo 1



Dibujo 2



Dibujo 3

Se debe considerar un estacionamiento próximo al Centro de Atención para evitar recorridos innecesarios.

SERVICIOS

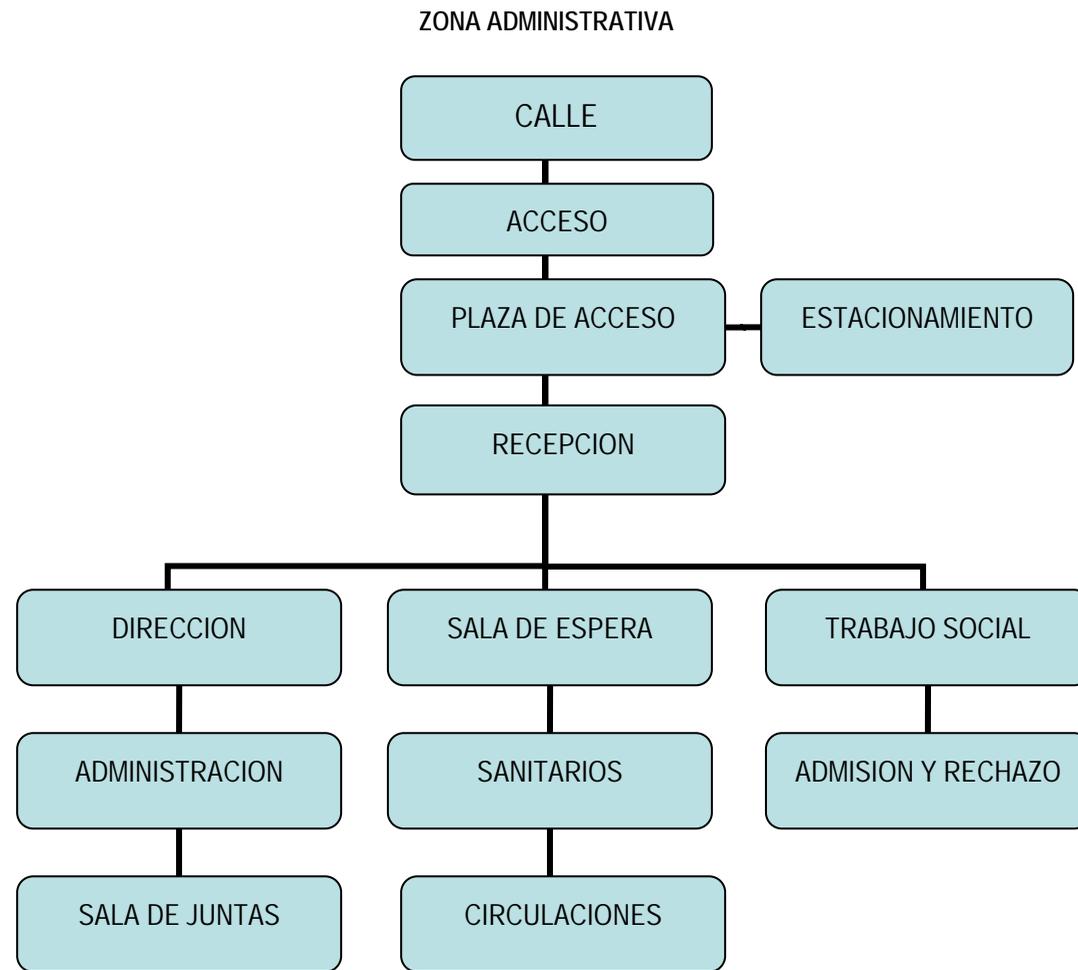
El personal de servicio del conjunto debe contar con un núcleo independiente de sanitarios con regaderas y vestidores.

Todos los espacios de servicios como almacenes y cuarto de maquinas etc. Deben estar en un mismo núcleo por funcionamiento adecuado y economía.

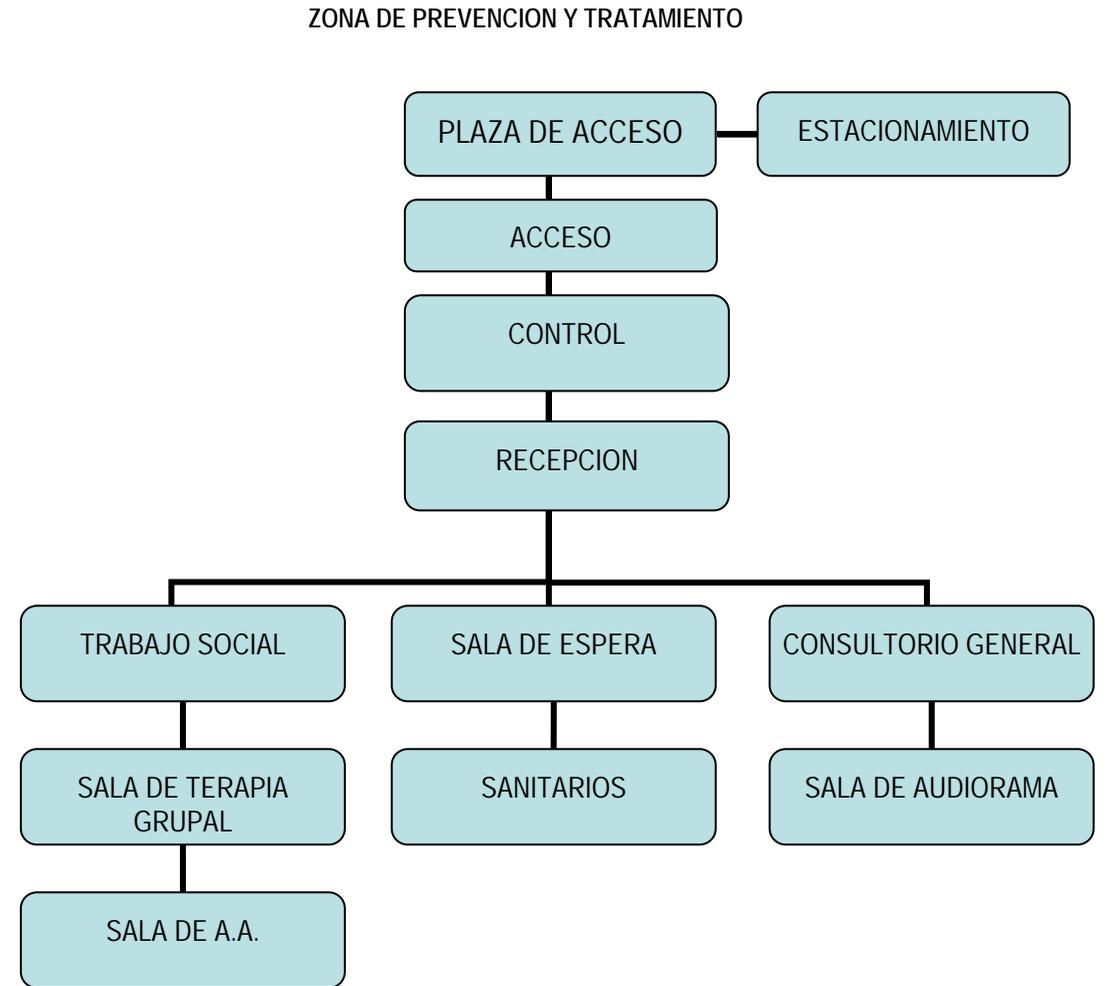


8 ESTUDIOS PRELIMINARES

8.1 DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO

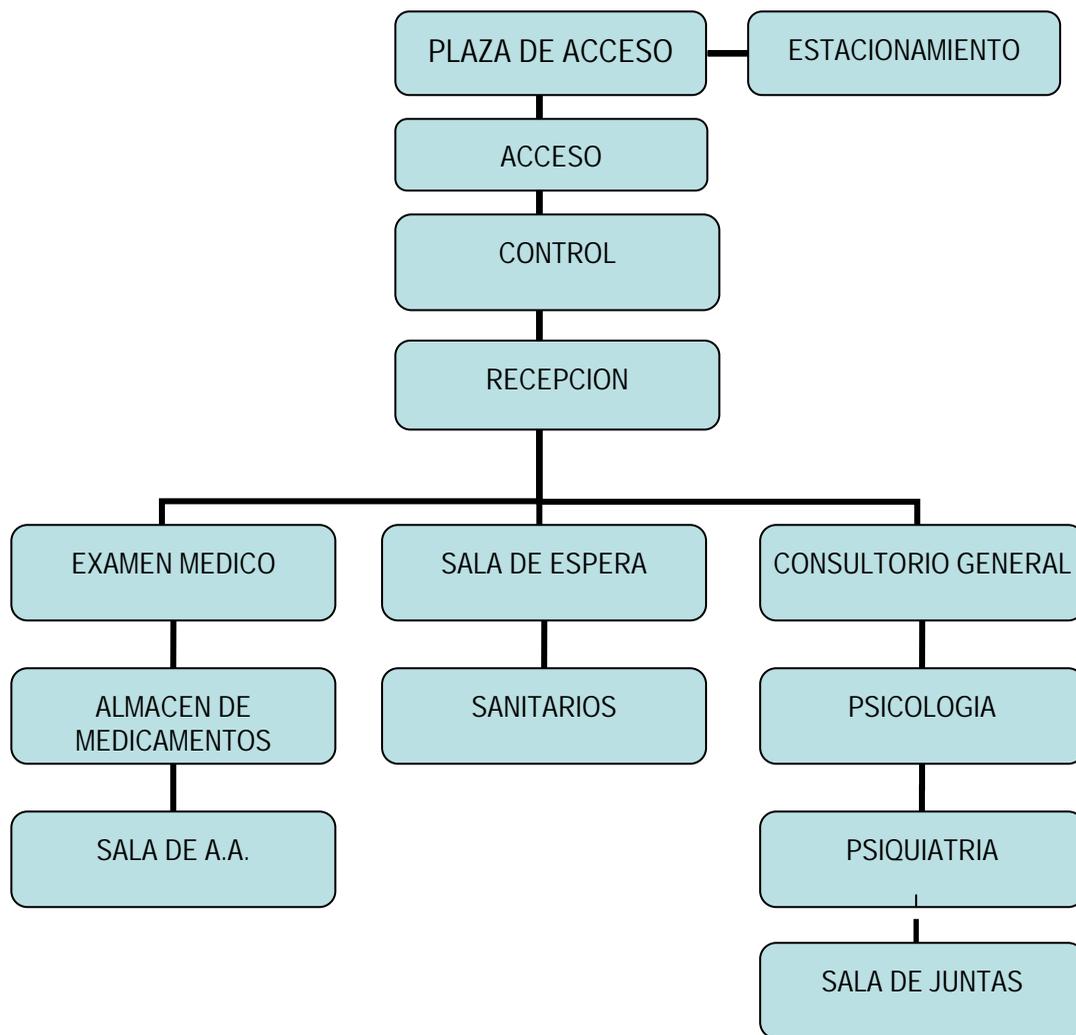


DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO



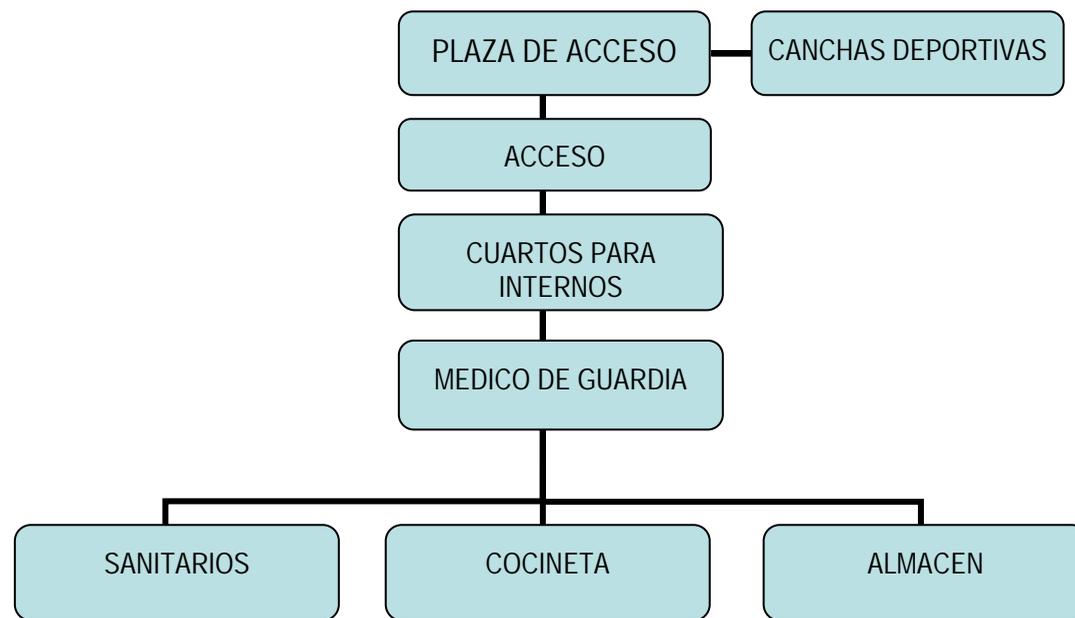
DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO

ZONA MÉDICA

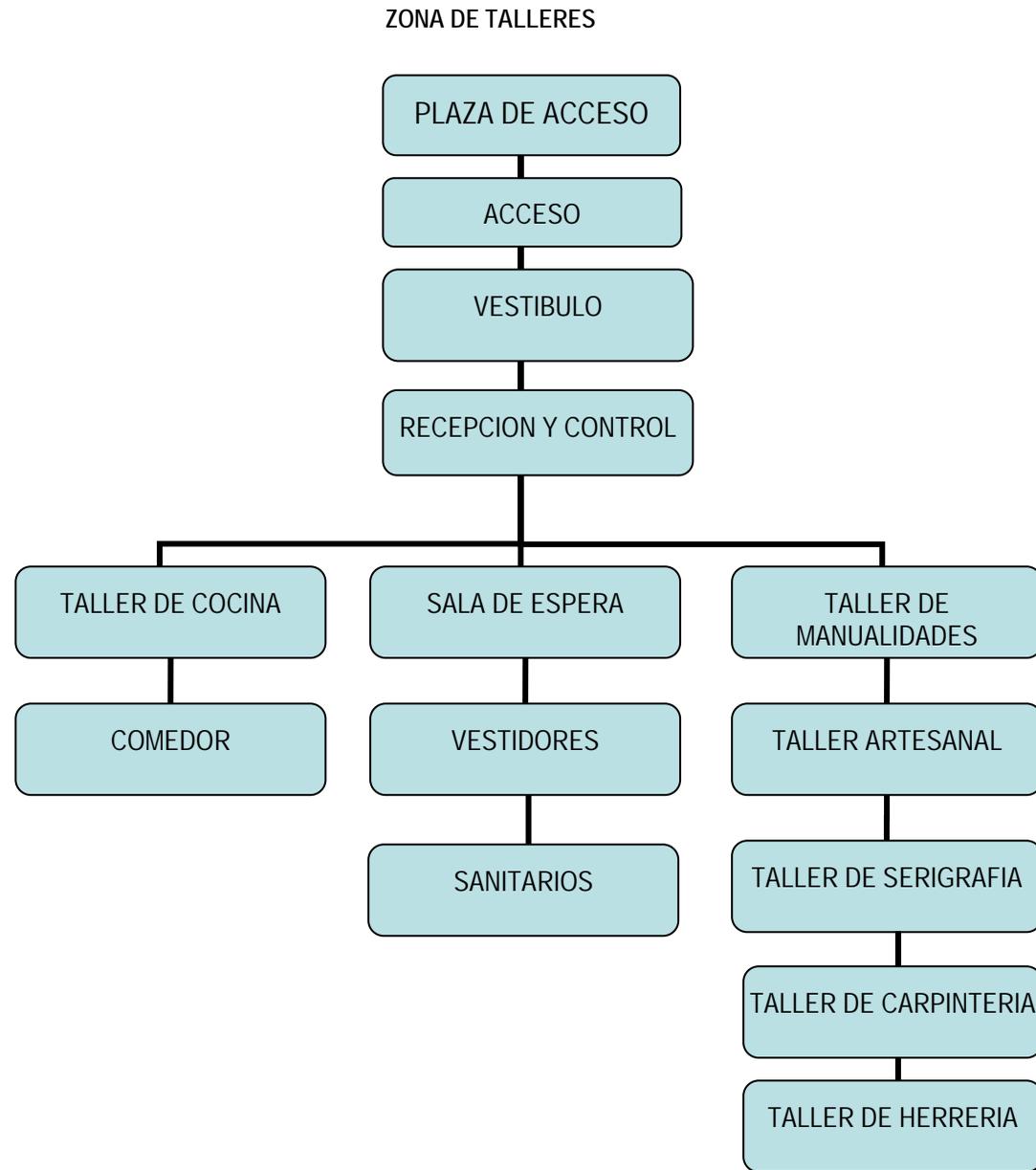


DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO

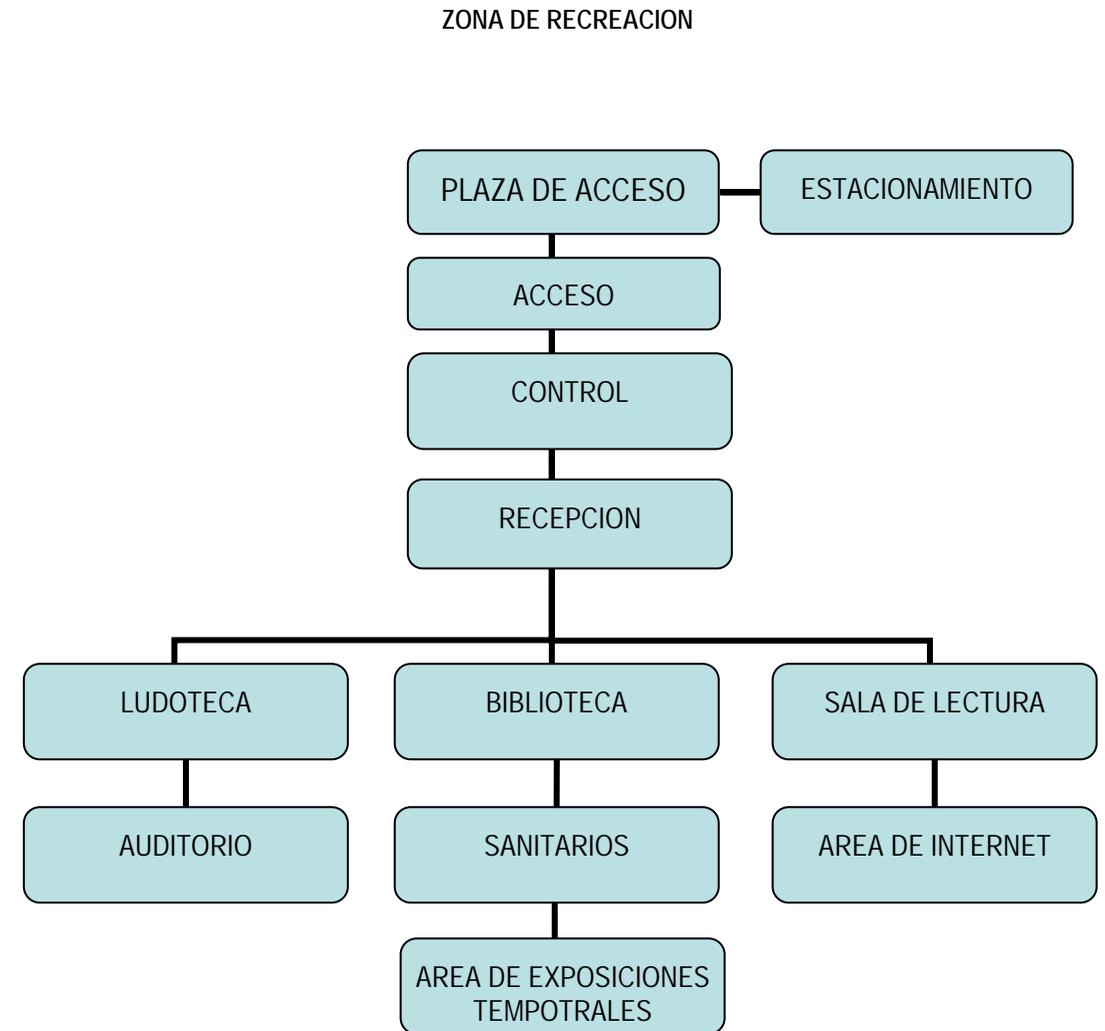
ZONA DE HOSPITALIZACION



DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO

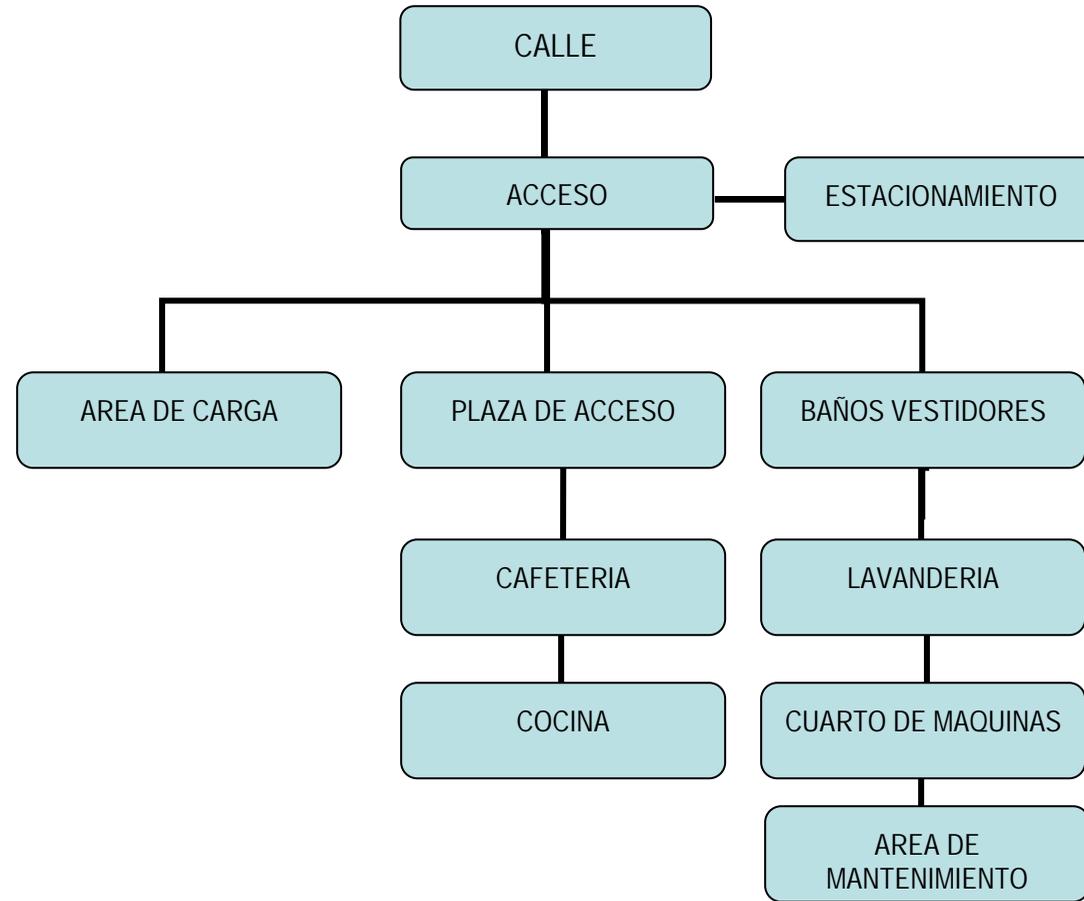


DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO



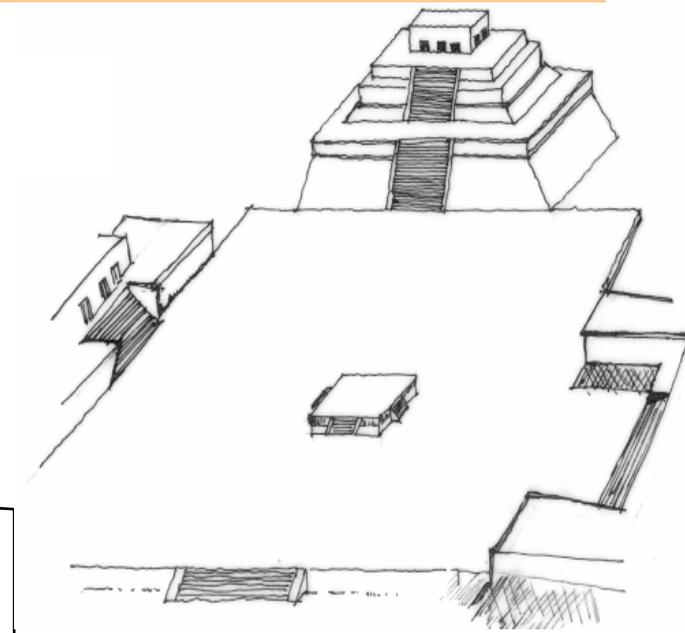
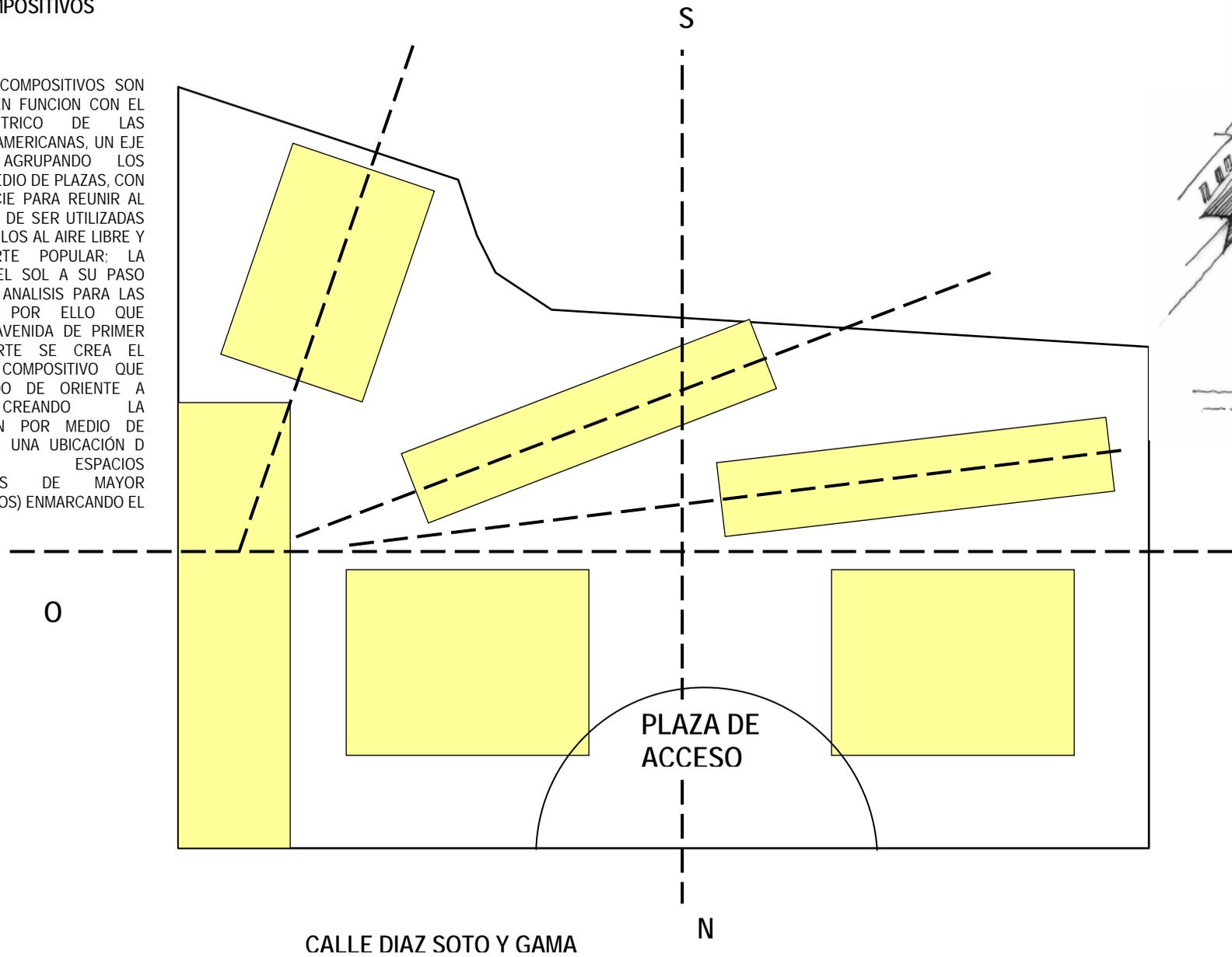
DIAGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO

ZONA DE SERVICIOS



8.2 ESQUEMAS COMPOSITIVOS

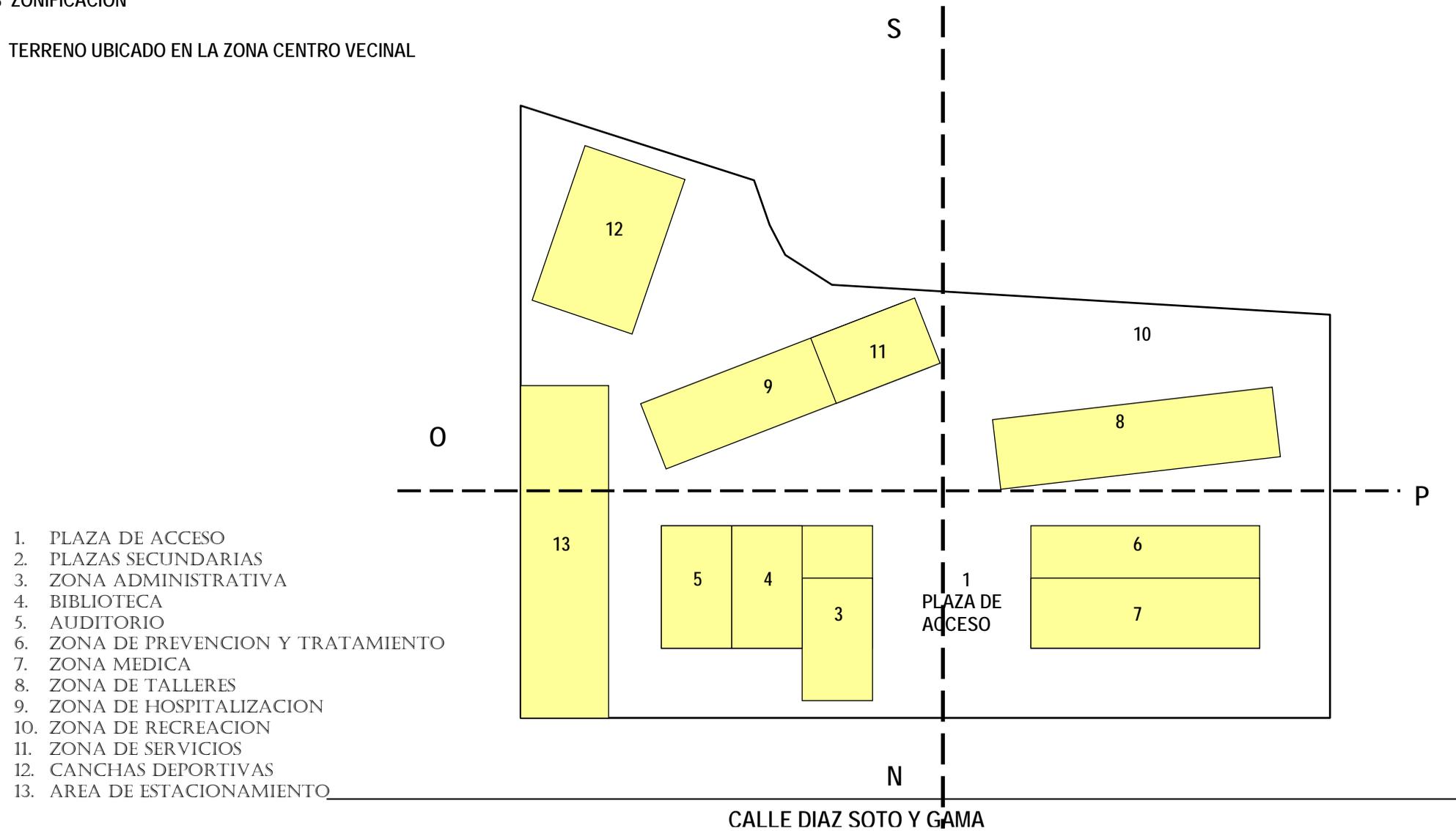
LOS ESQUEMAS COMPOSITIVOS SON RELACIONADOS EN FUNCION CON EL TRAZO GEOMETRICO DE LAS CULTURAS MESOAMERICANAS, UN EJE NORTE SUR AGRUPANDO LOS EDIFICIOS POR MEDIO DE PLAZAS, CON AMPLIA SUPERFICIE PARA REUNIR AL PUBLICO ADEMAS DE SER UTILIZADAS PARA ESPECTACULOS AL AIRE LIBRE Y FERIAS DE ARTE POPULAR. LA OBSERVACION DEL SOL A SU PASO ERA MOTIVO DE ANALISIS PARA LAS CULTURAS, ES POR ELLO QUE TENIENDO UNA AVENIDA DE PRIMER ORDEN AL NORTE SE CREA EL SEGUNDO EJE COMPOSITIVO QUE SERA DESFASADO DE ORIENTE A PONIENTE CREANDO LA TRANSFORMACION POR MEDIO DE VOLUMENES CON UNA UBICACIÓN D NUESTROS ESPACIOS ARQUITECTONICOS DE MAYOR VOLUMEN (PESADOS) ENMARCANDO EL ACCESO.



- ACCESO ENMARCADO
- PLAZAS DE ACCESO
- TEMPLETES CENTRICOS
- ESCALINATAS
- LIMITE DEL CAMPO BIEN DEFINIDO
- MANTIENE LA CONTINUIDAD ESPACIAL Y VISUAL
- EL ACCESO SE ADECUA CON FLEXIBILIDAD
- ESCALINATAS
- REMATES MVISUALES
- GRANDES VOLUMENES
- PREDOMINIO DEL MACIZO

8.3 ZONIFICACION

TERRENO UBICADO EN LA ZONA CENTRO VECINAL



9 MEMORIA DESCRIPTIVA

9.1 ARQUITECTONICA

El entorno urbano donde se desarrollo el proyecto carece de una clara identidad, debido a su estructura social e histórica. Se busco estructurar la identidad de la zona con este proyecto que fungirá finalmente como centro de barrio por su función y localización estratégica.

Deliberadamente se intento que el conjunto por medio de la sencillez y austeridad se alejara del monumentalismo artificioso.

Parte así del concepto unidad, aplicada a los valores formales funcionales con su calidad ambiental y social.

Se emplearan planos elevados y planos deprimidos como respuesta de integración compositiva estructura sencilla con parteluces así como pavimentos permeables y térmicos, además su diseño se adecua al entorno urbano.

La adecuación al terreno así como la comunicación vial en su alrededor fueron decisivos en su planteamiento y desarrollo funcional.

La disposición del conjunto se dispuso con el fin de que se tuviera una continuidad espacial y visual con el espacio inmediato, además de ayudar a definir y envolver el espacio exterior. Las esquinas del conjunto se articularon como elementos independientes que se incorporan a la textura de las formas lineales.

Para reforzar la composición del conjunto se opto por que las aberturas fueran similares a las del plano que las contiene. La orientación y forma de las aberturas serán contrastantes con el plano de cerramiento para que resaltara su individualidad en cuanto a la figura. Así los espacios interiores agrupados alrededor del espacio central crearon una disposición introvertida.

De acuerdo a las diferentes funciones y /o relación de los elementos de cada edificio serán a juicio, en orden jerárquico las formas y espacios aplicándose a las dimensiones, a la forma y localización pero siempre manteniendo la composición arquitectónica.

El centro como respuesta al contexto natural urbano parte de una plaza peatonal que remata con los diferentes accesos así como escalinatas, estos accesos se integran a las diversas plazas que remata con el edificio mas representativo de este centro el edificio de servicios el cual destaca por el movimiento y ritmo de sus elementos. Este edificio en su fachada es horizontal; el cual destaca con vanos verticales que se integran con los de todos y cada uno de los demás edificios en el contexto general. El empleo de pavimentos de piedra natural permeable, se conjuga con los acabados rugosos y los tratados en su interior y contrasta con los acabados esmaltados de los pisos interiores.

La volumetría de conjuntos se fundamenta bajo dos aspectos importantes, por un lado, la magnitud de los espacios libres para la recreación familiar, como los aspectos económicos. Debido a su imagen urbana, se generan espacios no mayores a dos niveles conjugados unos con otros logran una composición arquitectónica que se crea a base de ritmo, sencillez, dinamismo, intención, además de mantener una definida interacción con la vegetación que enmarcara los espacios exteriores e interiores.

EXTRACTOS ADECUADOS CONSERVANDO IDEAS PLASMADOS EN EL DISEÑO ARQUITECTONICO.

“La arquitectura de la ciudad de México debería recuperar el origen lacustre de su urbe y volver a usar el agua como primer espejo de la humanidad en lugar de buscar la luz y la transparencia en los reflejos de las fachadas de los grandes edificios modernos. A cambio de ofrecernos la única maravilla de los reflejos de las nubes y el cielo azul, fragmentan a la ciudad y niegan la relación con el lugar que los circunda con la historia y con la cultura.” (Meter Krieger profesor de historia de la arquitectura abril de 1999).

“plasmarse en las influencias de lo vernáculo con espacios de profunda emotividad “

- El usuario recorrerá distancias considerables, solución que propone mezclar el placer por caminar buscando trayectos amables con elementos arquitectónicos visibles.
- Amplias escalinatas, estimulan fluidez en los visitantes.}
- Fuerza que ciertos elementos exteriores adquieren gracias a marcados claroscuros.
- Edificaciones masivas con formas geométricas simples, cuyos gruesos muros de aspecto áspero permiten solo algunas pequeñas perforaciones, para mejor resguardar la privacidad, no obstante estas protecciones se abren con generosidad hacia la invitación de la naturaleza organizada de sus espacios interiores y plazas, algunas semiocultas con clara reminiscencia de ejemplos moriscos.
- Inserción y propuesta urbanística dado la ubicación del terreno.
- Planteamiento por la libertad orgánica de las vialidades.
- Grandes volúmenes con marcados claroscuros.
- Propuesta de funcionalismo signo de modernidad.

“los tiempos que vivimos son propicios para preguntarnos acerca del futuro, no solo de la arquitectura, sino del arte y la cultura en general” (Maestro Santiago Silva Abril de 1999).

El proyecto es un “CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES” y se ubica en la avenida Díaz Soto y Gama de la Delegación Iztapalapa dentro de la Ciudad De México y presenta una resistencia de terreno de tres toneladas por metro cuadrado.

Superficie de terreno: 13,235.33 m²

El centro lo integran.

- Auditorio 305.40 m²
- Biblioteca 369.98m²
- Zona administrativa 254.44m²
- Zona de atención Medica 454.59m²
- Cafetería 68.32m²
- Zona de Talleres 496.03m²
- Zona de Hospitalización 342.00m²
- Área de Mantenimiento 175.77m²
- Zona de Recreación 1,907.02m²
- Estacionamiento 26 Autos 1,269.20m²
- Áreas Verdes 2,957.79m²
- Área Libre 5,086.08m²

9.2 DE INSTALACION HIDRAULICA Y SANITARIA

Para el suministro de agua potable en los edificios se contempla alimentar a una cisterna previamente calculada su capacidad de almacenamiento, para el grupo de edificios que componen este conjunto, Dicha agua es succionada utilizando bombas de 2 1/2 HP o su similar de acuerdo al calculo efectuado de igual manera sucederá con la tubería de cobre con diámetro de 64 mm. El agua Llega a un sistema hidroneumático (ver plano IHS – 3) con capacidad de 3220 lts. Horizontal con una dimensión de 3.08 mts y un diámetro de 1.25, el cual empleara una tubería de 50 mm diámetro, que alimentara a todos los módulos de baños de cada edificio para su utilización.

La generación de agua caliente para las regaderas del auditorio se llevara a cabo mediante un tan- que de agua caliente, que cuenta con un intercambiador de calor a base de vapor, de la serie calentado-res de agua instantáneos de vapor marca “JOHNSON “ y su utilización solo será requerido en un edificio mas.

Los inodoros se alimentaran con tubo de cobre de diámetro de 32 mm, mingitorios con tubo de cobre diámetro 25 mm y lavabos con tubo de cobre diámetro 13 mm. Las llaves de los lavabos son economizadoras de cierre automático; Los inodoros y mingitorios son de fluxometro

Las aguas jabonosas de lavabos y regaderas serán conducidas en el exterior utilizando tubería de albañal cemento arena con sus respectivos registros y rejillas, así como el empleo de pozos de visita (ver plano IS-3) cuando así se requiera esto por la distancia que resulte en los recorridos hasta llegar a la ubicación de una cisterna captadora de estas aguas donde serán bombeadas al sistema de tratamiento de aguas denominado “ NAUTILUS “ (ver plano IHS – 3) quedando almacenadas en una segunda cisterna, para que junto con las aguas pluviales que ocasionalmente se registren, puedan ser reutilizadas en el riego de las áreas ajardinadas.

Para recoger las aguas pluviales se usaran coladeras de cúpula marca helvex mod. 444, se utilizara tubo de fo fo de 100 y 150 mm en ramales y el general será de 200 mm según normas de diseño de ingeniería de instituto mexicano del seguro social con una pendiente del 2 % con una superficie menor de 164 m2 por coladera.

Las aguas negras se canalizarán por medio de tubería de fierro fundido en el interior del edificio, en el exterior se utilizara tubería de albañal cemento-arena.

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

El sistema contra incendios estará dotado con una toma siamesa de 64mm. de diámetro con válvulas de no retorno en ambas entradas, en cada edificio tendremos un gabinete con manguera que cubra una área de 30 m. de radio así como un extinguidor de 6 kilogramos portátil; Los gabinetes se localizaran a un costado de las escaleras o en un lugar estratégico para su empleo

REQUERIMIENTO DE AGUA POTABLE

Talleres	10 Lts/m2/día	5,080 Lts
Hospitalización	30 Lts/paciente/día	1,440 Lts
Biblioteca	10 Lts/asist/día	2,000 Lts
Auditorio	6 Lts/asiento/día	2,940 Lts
Cafetería	12 Lts/comida/turno	576 Lts
Administración	20 Lts/m2/día	5,080 Lts
Estacionamiento	2 Lts/m2/día	2,538 Lts
Área Deportiva	25 Lts/asist/día	5,000 Lts
Áreas Verdes	5 Lts/m2/día	14,785 Lts
Agua contra incendio	m2 const. 2,463 5 Lts/m2/const.	12,3175 Lts

El edificio a calcular el gasto hidráulico y los diámetros de tubería es de Hospitalización, que cuenta con sanitarios generales para hombres y mujeres y dormitorios que cuentan con sanitarios y regaderas.

CALCULO DE DIÁMETROS PARA INSTALACIÓN HIDRÁULICA DE DORMITORIOS

* Normas para Instalaciones del IMSS "Tabla 6.4 Gastos en función de unidades-muebles", "Tabla 6.6.3 Perdidas por fricción para agua en metros"

TRAMO	MUEBLE	UM PROPIAS	UM ACUMU.	GASTO LTS/SEG	O MM	VEL=M/SEG	Hfm/100 m
a	Lav.	1	1	0.10	O 13	0.610	4.921
b	Lav.	1	2	0.18	O 19	0.540	2.505
c	Ming.	3	5	1.30	O 32	1.539	9.175
d	Wc.	10	15	1.98	O 38	1.168	4.475
e	Reg.	2.25	17.25	2.08	O 38	1.760	9.531
f	Reg.	2.25	20	2.21	O 38	1.879	10.757
g	Lav.	1	1	0.10	O 13	0.610	4.921
h	Lav.	1	2	0.18	O 19	0.540	2.505
i	Wc.	10	12	1.82	O 32	2.155	17.130
j	Wc.	5	17	2.08	O 38	1.760	9.531
k	Reg.	2.25	19.25	2.17	O 38	1.845	10.399
l	Reg.	2.25	21.5	2.29	O 38	1.947	11.489
m	Lav.	1	1	0.10	O 13	0.610	4.921
n	Wc.	10	11	0.18	O 19	0.540	2.505
ñ	Reg.	2.25	13.25	1.93	O 38	1.642	8.376
o	Ramal l + ñ	21.5 + 13.25	34.75	2.76	O 38	2.336	16.148
p			54.75	3.32	O 50	1.623	5.827

CALCULO DE DIÁMETROS PARA INSTALACIÓN HIDRÁULICA DE AGUA CALIENTE PARA DORMITORIOS

TRAMO	MUEBLE	UM PROPIAS	UM ACUMU.	GASTO LTS/SEG	O MM	VEL=M/SEG	Hfm/100 m
A	Reg.	2.25	2.25	0.25	O 19	0.750	4.489
B	Reg.	2.25	4.5	0.37	O 19	1.110	9.097
C	Reg.	2.25	2.25	0.25	O 19	0.750	4.489
D	Reg.	2.25	4.5	0.37	O 19	1.110	9.097
E	Reg.	2.25	2.25	0.25	O 19	0.750	4.489
F	Ramal D + E	4.5 + 2.25	6.75	0.46	O 25	0.816	3.724
G			11.25	0.65	O 25	1.153	6.965

CALCULO DE DIÁMETROS PARA INSTALACIÓN HIDRÁULICA DE SANITARIOS

* Normas para Instalaciones del IMSS " Tabla 6.4 Gastos en función de unidades-muebles", " Tabla 6.6.3 Perdidas por fricción para agua en metros "

TRAMO	MUEBLE	UM PROPIAS	UM ACUMU.	GASTO LTS/SEG	O MM	VEL=M/ SEG	Hfm/ 100 m
a	Lav.	1	1	0.10	O 13	0.610	4.921
b	Lav.	1	2	0.18	O 19	0.540	2.505
c	Lav.	1	3	0.25	O 19	0.750	4.489
ch	Lav.	1	4	0.31	O 19	0.930	6.605
d	Lav.	1	5	0.37	O 19	1.110	9.097
e	Lav.	1	6	0.42	O 19	1.260	11.456
f	Ming.	3	3	1.30	O 32	1.539	9.176
g	Ming	3	6	1.39	O 32	1.658	10.522
h	Ming	3	9	1.63	O 32	1.942	14.110
i	Wc.	10	19	2.17	O 38	1.845	10.399
j	Wc.	5	24	2.37	O 38	2.014	12.244
k	Wc.	5	29	2.57	O 38	2.184	14.234
l	Ramal e + k	29 + 6	35	2.76	O 38	2.336	16.148
ll	Wc.	10	10	1.70	O 32	2.013	15.086
m	Wc.	5	15	1.98	O 38	1.676	8.699
n	Wc.	5	20	2.21	O 38	1.879	10.757
ñ	Wc.	5	25	2.41	O 38	2.048	12.631
o	Wc.	5	30	2.61	O 38	2.218	14.649
p	Wc.	5	35	2.76	O 38	2.336	16.148
q	Lav.	1	1	0.10	O 13	0.610	4.921
r	Lav.	1	2	0.18	O 19	0.540	2.505
rr	Lav.	1	3	0.25	O 19	0.750	4.489
s	Lav.	1	4	0.31	O 19	0.930	6.605
t	Lav.	1	5	0.37	O 19	1.110	9.097
u	Lav.	1	6	0.42	O 19	1.260	11.456
v	Ramal p + u	35 + 6	41	2.94	O 38	2.488	18.178
w	Ramal l + v	35 + 41	76	3.72	O 50	1.819	7.197

9.3 CRITERIO DE LA INSTALACION ELECTRICA

La acometida para abastecimiento de energía Eléctrica externa será ubicada por la calle de ahuehuetes, avenida de segundo orden, dicha fuente generadora tendrá un arribo en alta tensión a una subestación eléctrica principal, la cual tendrá la función de transformar la tensión mediante un transformador de aceite, complementado por el siguiente equipo:

- 1.Equipo de medición en Alta Tensión.
- 2.Cuchillas desconectoras con apartarayos.
- 3.Interruptor de Alta Tensión.
- 4.Gabinete de Acoplamiento.
- 5.Transformador.
- 6.Interruptor General de Baja Tensión.
- 7.Tablero General de Baja Tensión.

En tanto que la generadora de energía eléctrica interna estará proporcionada por plantas de emergencia de combustión, interna ubicadas en los edificios que por el tipo y uso así lo requiera.

La variación de luminarias así como el tipo de iluminación, estará en función del uso y actividades que se realicen en cada uno de los edificios incluyendo plazas y jardines.

9.4 MEMORIA DE CALCULO ESTRUCTURAL EDIFICIO DE HOSPITALIZACION

Se analizará el edificio de los dormitorios que es el más alto de la zona de hospitalización el cual su sistema estructural estará compuesto por muros de carga de tabique rojo recocado, confinados por cadenas de cerramiento y castillos de concreto reforzado que harán trabajar a los muros con mayor eficiencia ante esfuerzos laterales, los entresijos y la techumbre serán losas de concreto armado según se realice el cálculo, en la cimentación se utilizará una losa invertida de concreto armado sobre contratraveses del mismo material, las cuales bajarán las cargas del edificio para repartirla a toda la losa.

La estructura del edificio se compone de: estructura y subestructura.

La Subestructura, son los elementos que se encargan de transmitir las cargas del edificio al suelo.

La ubicación del predio está dentro de la zona perteneciente a lagunas que está compuesto principalmente por limos y arcilla de poca compresibilidad mostrando una resistencia del terreno de 3 ton / m².

El nivel freático se localiza a 1.60mts. de profundidad.

Debido a la falta de resistencia del suelo donde se realizará el proyecto se propone una cimentación a base de una losa de cimentación que se desplantará a partir de un mejoramiento del terreno que será a una profundidad de 1.60m. En el que se mejorará el suelo al desplantar una capa de geotextil para posteriormente colocar tres capas de tepetate de 20cm. De espesor y comprimidas al 90% de la prueba proctor. A partir de este mejoramiento se desplantará la cimentación.

Para una edificación que está contemplada dentro del grupo A: debido a que se trata de una edificación no mayor de 2,500 m² de construcción, según la clasificación determinada por el reglamento de construcciones del Distrito Federal, en el artículo 174; las normas técnicas complementarias determinan que:

El concreto empleado para fines estructurales puede ser de dos clases:

Clase 1, con peso volumétrico en estado fresco superior a 2.2Ton/m³.

Clase 2, con peso volumétrico en estado fresco comprendido entre 1.9 y 2.2 Ton/m³.

Los concretos clase 1 tendrán una resistencia especificada, igual o mayor que 250 kg/cm².

La resistencia especificada de los concretos de clase 2; será inferior a los 250/kg/cm².

Por lo que debido a que pertenece al grupo A, el proyecto se desarrollará con un concreto $f'c = 250\text{kg/cm}^2$

La Estructura

Son los elementos autos soportantes del edificio para evitar su deformación.

ESPECIFICACIONES GENERALES PARA LA ESTRUCTURA

El concreto de la losa de azotea, como el de las losas de entresijos y de cimentación así como de trabes y contra trabes y elementos de refuerzo en muros como son las cadenas de cerramiento y castillos todos estos se efectuarán con concreto $f'c = 250\text{kg/cm}^2$ resistencia normal sin aditivos especiales con un revendimiento normal de 14 cm. el cual tendrá un tamaño máximo de agregados de 19mm de diámetro, su elaboración será a base de grava de cantera, arena azul de mina, cemento Portland tipo 1 de marca y agua, se mezclarán en máquina revoladora (trompo) para evitar las revolturas manuales que no garantizan las resistencias especificadas. El acaro de refuerzo será de varilla corrugada de la marca sicartsa, de 4,000 kg/cm² y para piezas longitudinales y transversales se utilizarán estribos del N° 2.5 se utilizarán amarres de alambre recocado del N° 18, los recubrimientos mínimos para el acero de refuerzo en todos los elementos será de 2cm. De concreto, los traslapes serán de 40 veces el diámetro de la varilla utilizada, los ganchos serán de 25 diámetros, y el doblado se hará sobre pernos exclusivamente en frío.

El análisis de los revendimientos y la resistencia del concreto se hará por medio de un laboratorio especializado en resistencia de materiales, el curado se efectuará al día siguiente después de haberse colado los elementos.

El criterio para el armado de la losa de cimentación se hará de acuerdo al claro mayor a menor, debiéndose colocar primero las piezas que cubren el claro mayor en el sentido corto. Las bayonetas se doblarán a 1/7 del claro en el caso de las losas y vigas extremas o discontinuas, y el doblado será de 1/5 del claro en el caso de losas o vigas o vigas intermedias o continuas dado el análisis aproximado de los momentos positivos y negativos en los claros.

En los muros de tabique se utilizarán piezas de 6.5 x 12 x 24 cm. Con una resistencia mínima de diseño según pruebas de 15 kg/cm² a compresión y de 3.5 kg/cm² a cortante. Los morteros se harán con cemento cal arena en proporción volumétrica de 1: 1: 5 las piezas de tabique deberán estar limpias y sin rajaduras, y antes de su colocación se deberán humedecer preferentemente dentro de un recipiente con agua. La consistencia del mortero se ajustará tratando de alcanzar la máxima fluidez compatible con su fácil colocación, la mezcla de los morteros se harán preferentemente por medios mecánicos, el tiempo de mezclado una vez que se agrega el agua no será inferior a 3 minutos, debiéndose usarse dentro de un lapso de 2 ½ horas máximo. El espesor de las juntas será en promedio de 1.2 cm. en ningún punto el eje de un muro de desfasará más de dos centímetros del eje del proyecto, el desplome máximo admisible será de 0.004 veces la altura del muro, ni podrá exceder de 1.5cm.

El confinamiento de los muros de tabique se hará con cadenas de cerramiento y castillos de concreto reforzado de dimensión mínima, el espesor del muro (12cm) con las mismas características de los demás elementos estructurales como son concreto $f'c = 250\text{ kg/cm}^2$ y acero $f'y = 4,000\text{ kg/cm}^2$ incluyendo estribos que serán de varilla de 5/16". Existirán castillos por lo menos en los extremos de los muros y en sus puntos

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

intermedios a una separación máxima de 1.5 veces su altura o 4.00m. En todo el extremo horizontal del muro existirá una cadena de cerramiento a menos que este se encuentre ligado a un elemento de concreto reforzado de 15cm de peralte como mínimo, además existirán cadenas en el interior del muro a una separación no mayor a 3.00m todos los vanos o huecos en los muros que excedan su ancho en 0.25 veces la longitud del muro, serán reforzados con elementos iguales a las cadenas de cerramiento y castillos según su posición vertical u horizontal.

PESOS VOLUMETRICOS

Concreto armado	2,400.00	Kg. /m3
Ladrillo	1,900.00	Kg. /m3
Tezontle	800.00	Kg. /m3
Tabique rojo recocido	1,500.00	Kg. /m3

AREAS DE ACERO

Nº	Diámetro	Área Nominal	Unidad
2	¼"	0.32	Cm2
2.5	5/16"	0.49	Cm2
3	3/8"	0.71	Cm2
4	½"	1.27	Cm2
5	5/8"	1.99	Cm2
6	¾"	2.87	Cm2
7	7/8"	3.87	Cm2

ANALISIS DEL SISTEMA CONSTRUCTIVO EN LOSA DE AZOTEA

Nº	Concepto	Sección	Unidad	Peso m/2
1	Impermeabilizante	1.00	M2	5.00
2	Enladrillado	1.00	M2	30.00
3	Mortero	1.00	M2	40.00
4	Entortado	1.00	M2	50.00
5	Relleno de Tezontle	1.00	M2	120.00
6	Losa de concreto armado 10cm espesor	1.00	M2	240.00
7	Plafond de Yeso	1.00	M2	40.00
8	Adicional por reglamento		M2	40.00
			CARGA MUERTA	565.00
			CARGA VIVA	100.00
			WT = CARGA TOTAL	665.00

ANALISIS DEL SISTEMA CONSTRUCTIVO EN LOSA DE ENTREPISO

Nº	Concepto	Sección	Unidad	Peso m/2
1	Piso de cerámica	1.00	M2	50.00
2	Mortero	1.00	M2	40.00
3	Firme de concreto 5cm de espesor	1.00	M2	115.00
4	Losa de concreto armado 10cm espesor	1.00	M2	240.00
5	Plafond de Yeso	1.00	M2	40.00
6	Adicional por reglamento		M2	40.00
CARGA MUERTA				525.00
CARGA VIVA				170.00
WT = CARGA TOTAL				695.00

AREA DE CIMENTACION = $880\text{TON} / 272 \text{ m}^2 = 3.23 \text{ TON} / \text{M}^2$

3.23 TON / 3 TON DE RESISTENCIA DEL TERRENO

POR LO CUAL SE PROPONDRA UNA LOSA DE CIMENTACION

PESO TOTAL DEL EDIFICIO

$31.5 \times 8.65 = 272 \text{ M}^2$

LOSA DE AZOTEA 216 TON

LOSA DE ENTREPISO 210 TON

TOTAL 647 TON

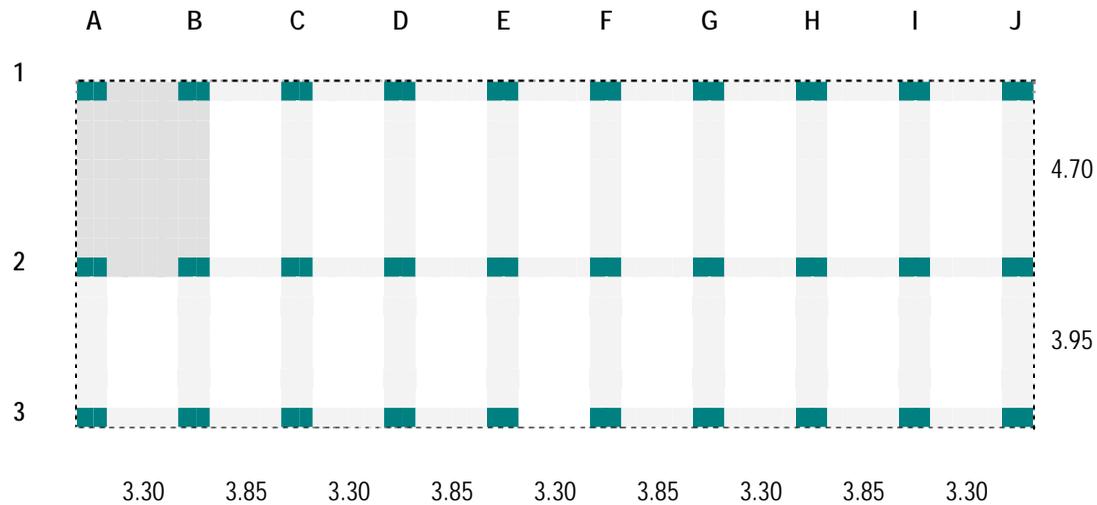
LOSA DE CIMENTACION 221 TON

MUROS 300 Kg. / M²

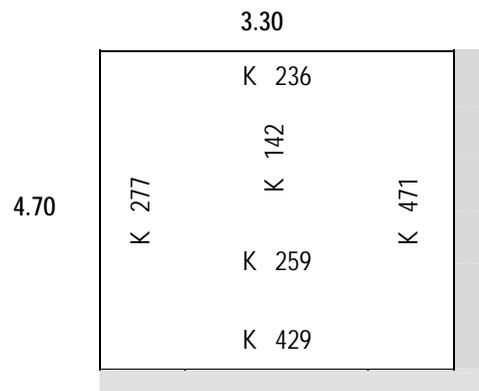
$8.65\text{m} \times 3.00\text{m} = 25.95 \text{ m}^2 \times 300\text{Kg.} = 7.78 \text{ ton} \times 10 \text{ EJES} = 77.85 \text{ TON}$

$77.85 \text{ TON} \times 3 \text{ NIVELES} = 233.55 \text{ TON} + 647 \text{ TON} = 880.55\text{TON}$

DISEÑO DE LOSA DE AZOTEA



W AZOTEA = 665 KG / M2



$$TAB \quad M = \frac{L \text{ Men}}{L \text{ May}} = \frac{3.30}{4.70} = 0.70$$

APLICAR TABLA 6.1 DEL REGLAMENTO

$$M_f = K \times 10^{-4} \times w a^2$$

$$M_f = 471 \times 10^{-4} \times 665 \text{ Kg./m}^2 \times 3.30^2 =$$

$$M_f = 0.0471 \times 0.0665 \times 3.30^2 = 0.341$$

PERALTE DE LOSA POR MOMENTO MAXIMO

$$d = \sqrt{\frac{0.341 \times 1.5 \times 1000 \times 100}{0.15 \times 100 \times 200}} = 4.13 = 7.5 \text{ cm.} + 2.5 \text{ cm. Rec.} = 10.00 \text{ cm.}$$

AREA DE ACERO

$$A_s = \frac{0.341 \times 1.5 \times 1000 \times 100}{3200 \times 7.5} = 2.13$$

$$A_{sm} = \frac{0.7 \sqrt{200}}{4200} \times 100 \times 7.5 = 1.76$$

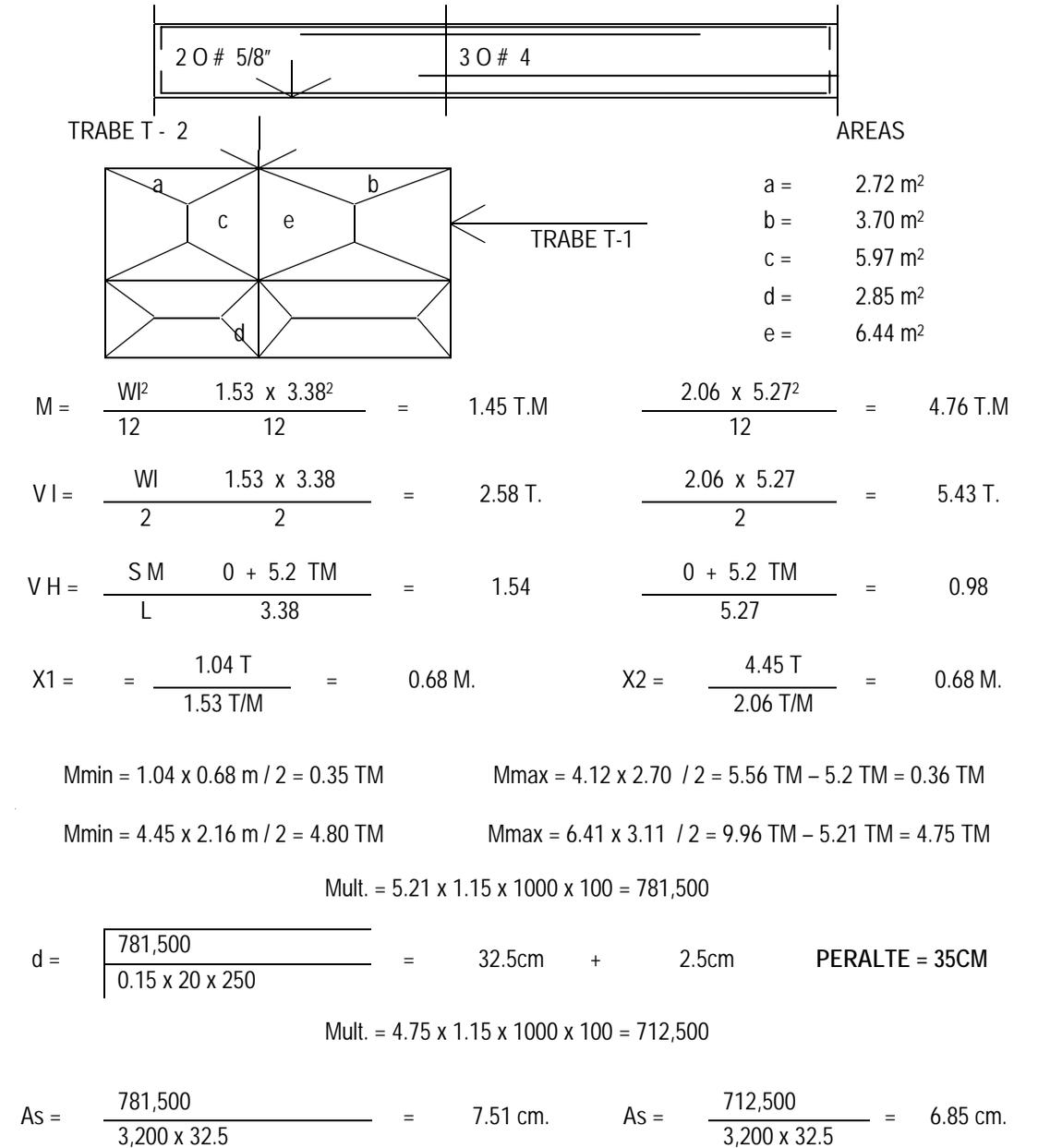
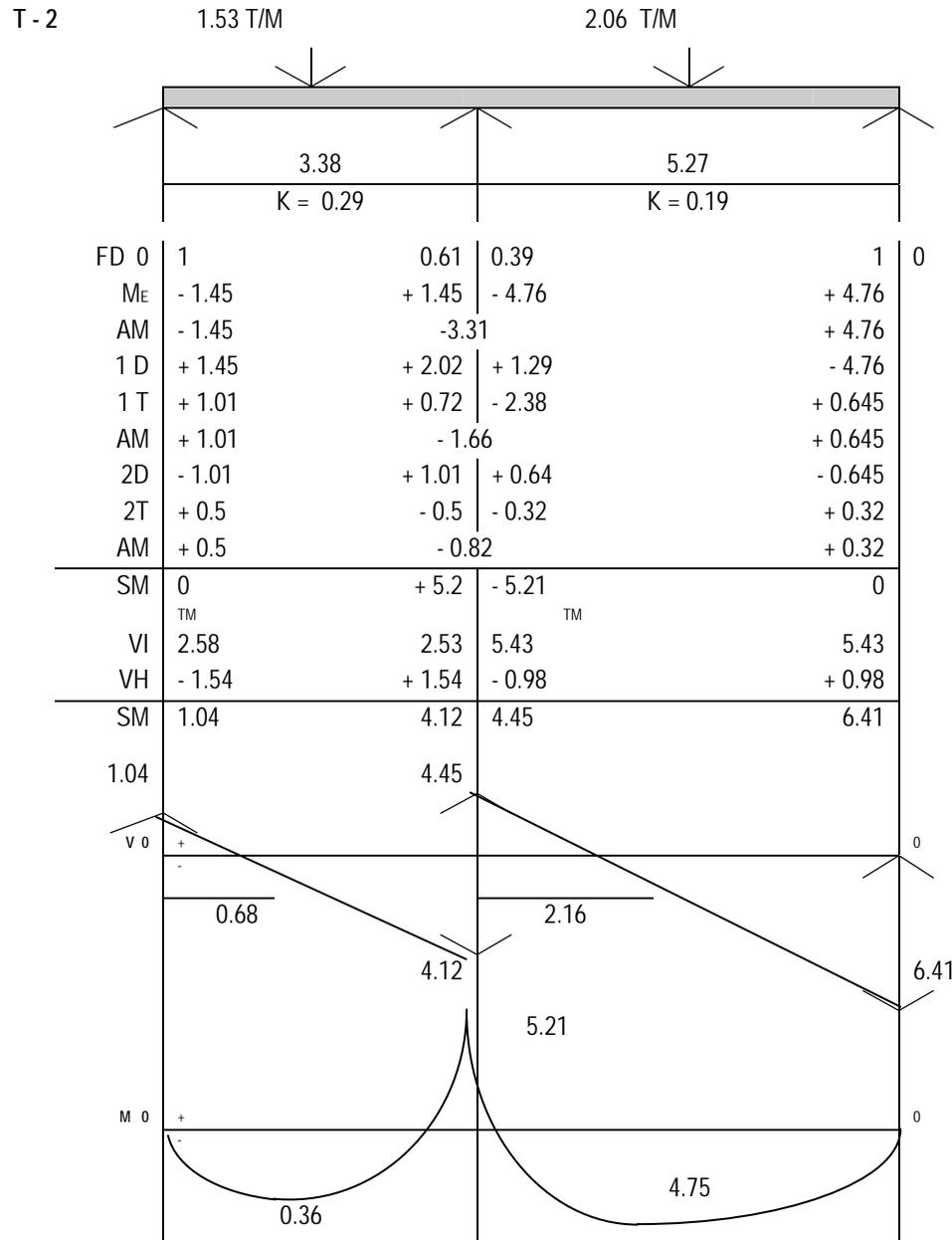
$$\frac{2.13 \text{ cm.}}{0.71} = 3 \Phi \# 3 \quad \Phi \# 3 @ 20CM$$

REVISION POR CORTANTE

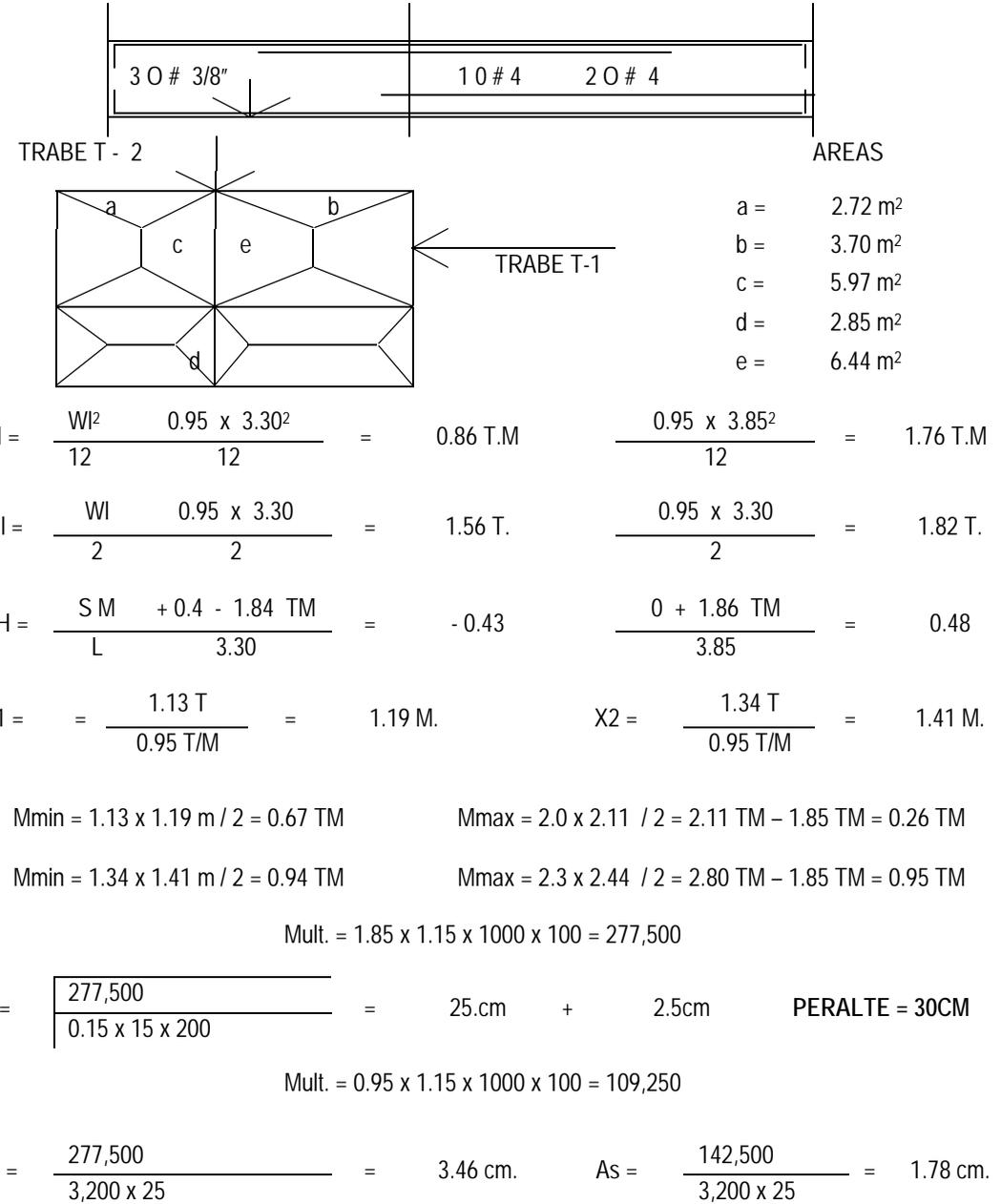
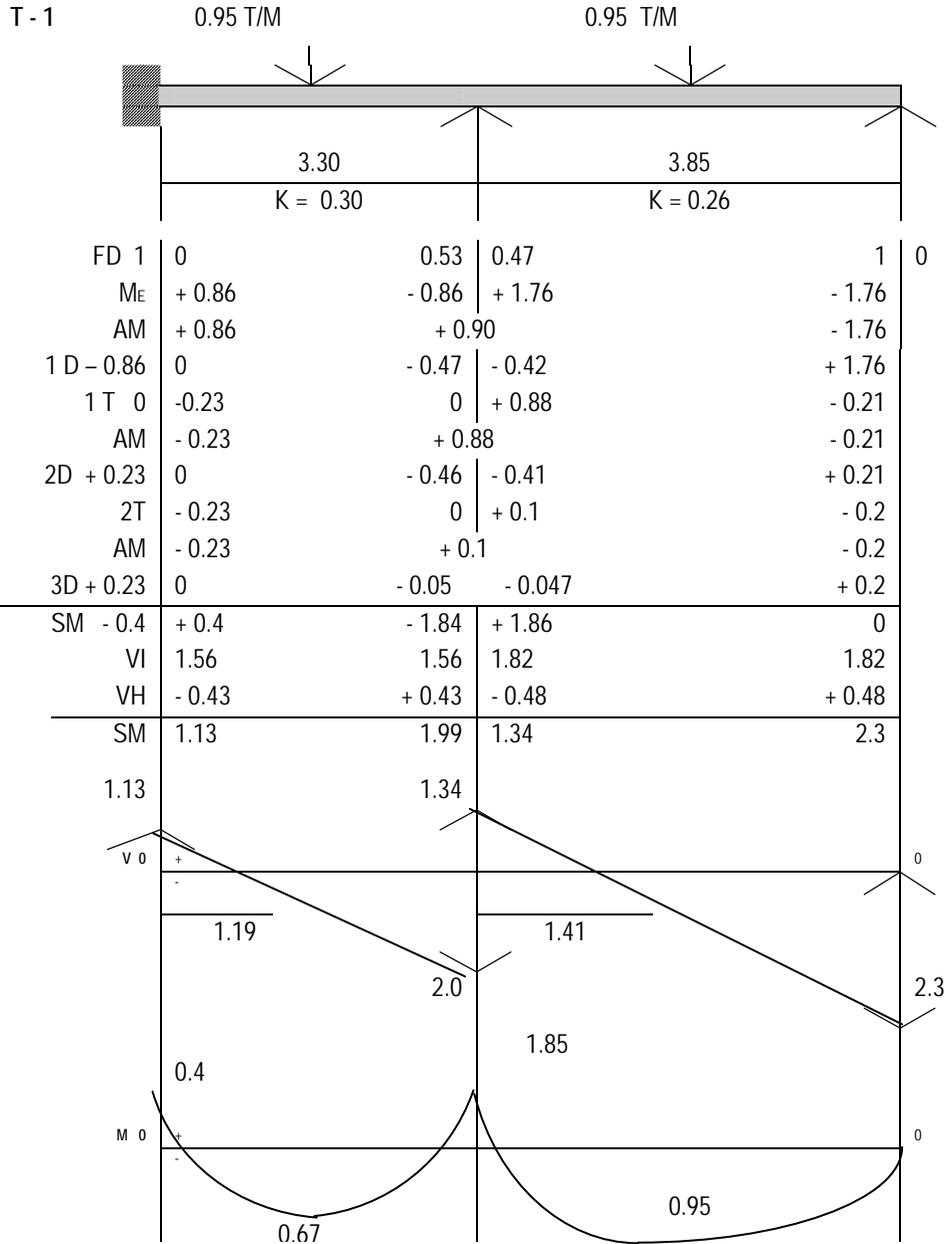
$$V = act = \frac{\left(\frac{a1}{2} - d \right) w}{1 + \left(\frac{a1}{a2} \right)^6} = \frac{\left(\frac{3.30}{2} \right) 665}{1 + \left(\frac{3.30}{4.70} \right)^6} = 935.32 \text{ Kg.}$$

$$935.32 \times 1.5 = 1,402.98 \quad VcR = 0.5 \times 0.8 \times 100 \times 7.5 \sqrt{.8 \times 200} = 3,794.73 > 1,402.98$$

DISEÑO DE TRABES

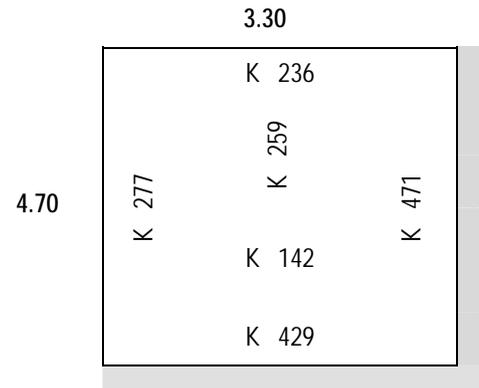


DISEÑO DE TRABES



DISEÑO DE LOSA DE CIMENTACION

$$W = 3,110 \text{ KG/M}^2$$



$$\text{TAB } M = \frac{L \text{ Men}}{L \text{ May}} = \frac{3.30}{4.70} = 0.70$$

APLICAR TABLA 6.1 DEL REGLAMENTO

$$M_f = K \times 10^{-4} \times w a^2$$

$$M_f = 471 \times 10^{-4} \times 665 \text{ Kg./m}^2 \times 3.30^2 =$$

$$M_f = 0.0471 \times 3.11 \times 3.30^2 = 1.59 \text{ TM}$$

$$A_{sm} = \frac{1.59 \times 1.5 \times 1000 \times 100}{3200 \times 12} = 6.21$$

$$\frac{6.21 \text{ cm.}}{1.27} = \mathbf{4.88} = \mathbf{5 \Phi \# 4 \quad \Phi \# 4 @ 20CM}$$

REVISION POR CORTANTE

$$V = \text{act} = \frac{\left(\frac{a1}{2} - d \right) w}{1 + \left(\frac{a1}{a2} \right)^6} = \frac{\left(\frac{3.30}{2} - 0.12 \right) 3,110}{1 + \left(\frac{3.30}{4.70} \right)^6} = 4,250 \text{ Kg.}$$

$$4,250 \times 1.5 = 4,887.50 \quad V_{cR} = 0.5 \times 0.8 \times 100 \times 12 \sqrt{.8 \times 200} = 6,071.5 > 4,887.50$$

PERALTE DE LOSA POR MOMENTO MAXIMO

$$d = \sqrt{\frac{1.59 \times 1.5 \times 1000 \times 100}{0.15 \times 100 \times 200}} = 8.91 = 12 \text{ cm.} + 3.0 \text{ cm. Rec.} = 15.00 \text{ cm.}$$

AREA DE ACERO

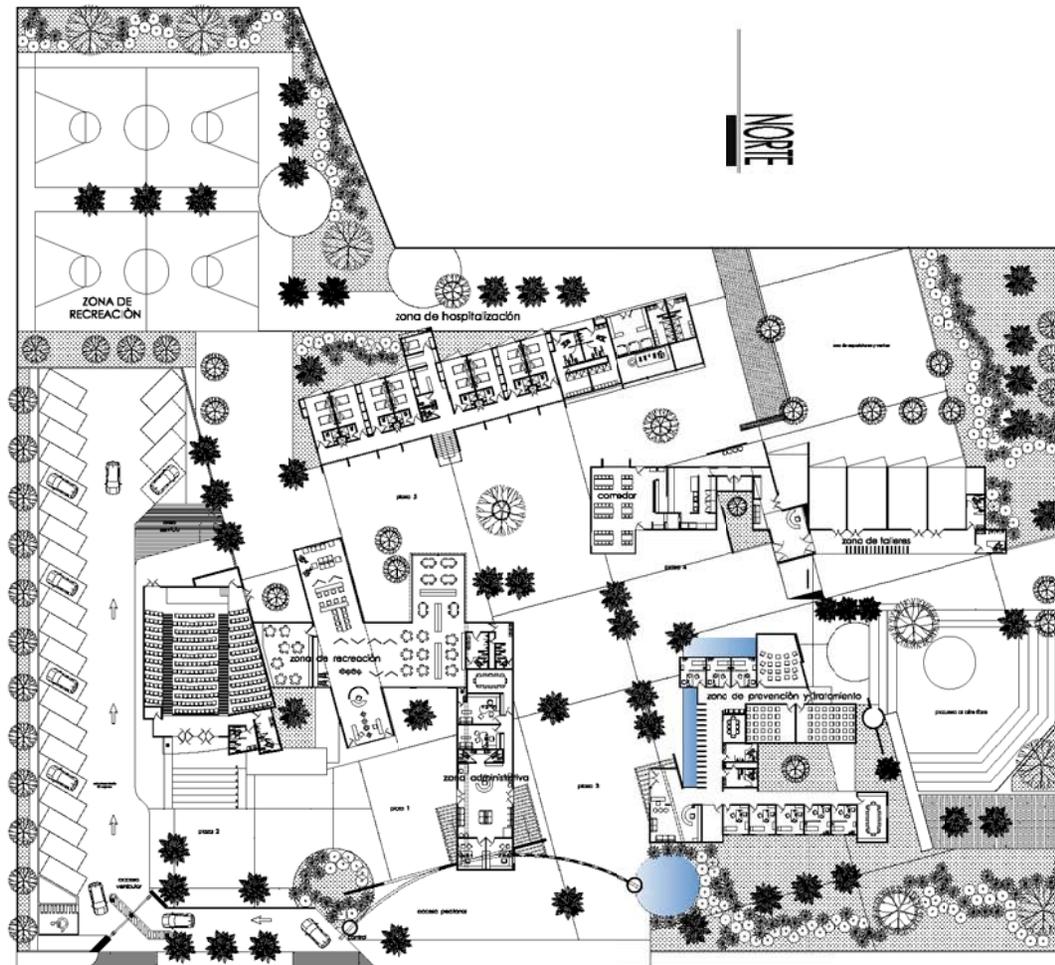
$$A_s = \frac{1.59 \times 1.5 \times 1000 \times 100}{3200 \times 12} = 6.21$$

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

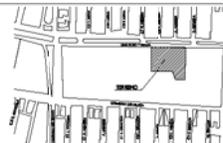


CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES





UNAM
fes aragòn



CRONOLOGIA
OPORCION AL SERVICIO
BONA ASOCIACION
MEXICO D.F.

CENTRO DE ATENCION A
JOVENES CON ADICCIONES

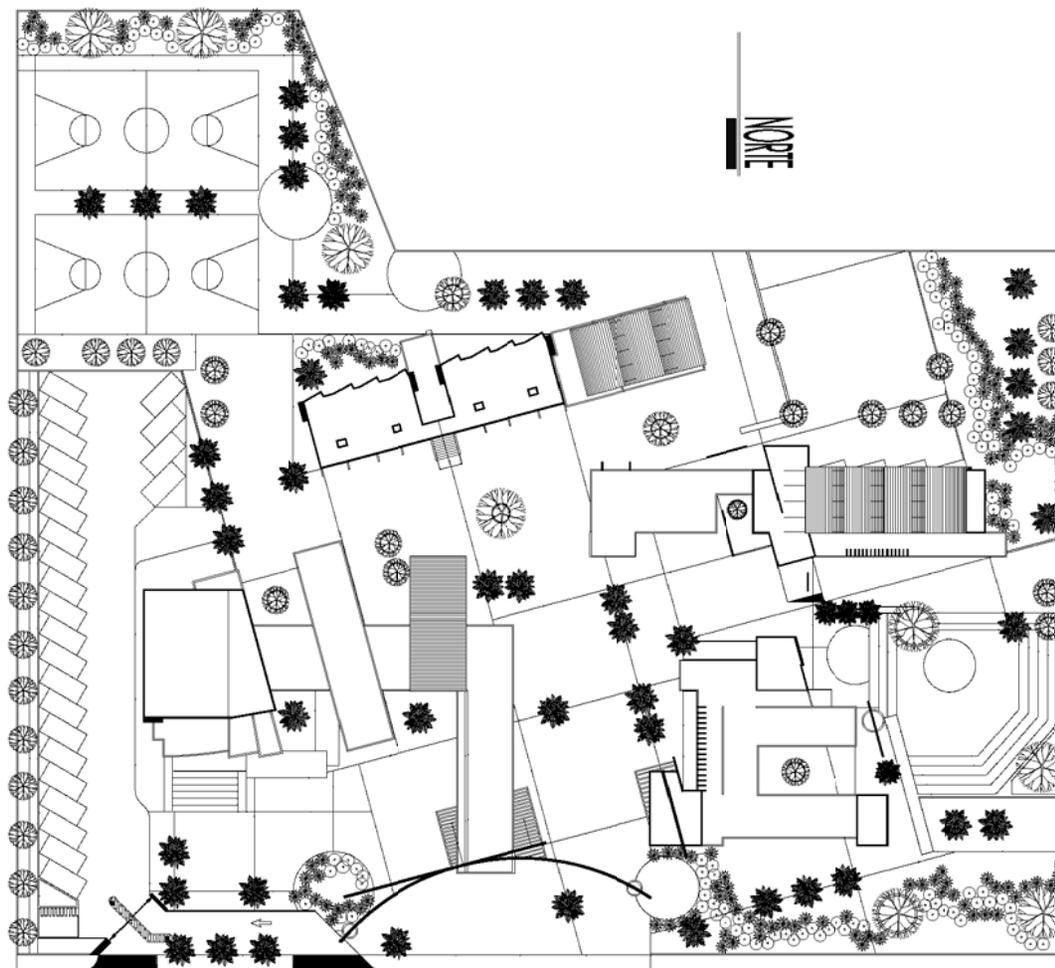
PLANTA DE CONJUNTO
PLANTA UNICA
ARQUITECTONICO

PEDRO JUAN VIVAS



ESCALA 1:500
METROS
0 5.00 1.00 2.00 3.00 4.00

A-01



UNAM

fes aragòn



CENSO DE LOCALIDADES
 MUNICIPIO DE AZOQUE
 MUNICIPIO DE AZOQUE
 MUNICIPIO DE AZOQUE
 MUNICIPIO DE AZOQUE

CENTRO DE ATENCION A
 JOVENES CON ADICCIONES

PLANTA DE CONJUNTO
 PLANTA AZOTEAS
 ARQUITECTONICO

PEDRO JUAN VIVAS

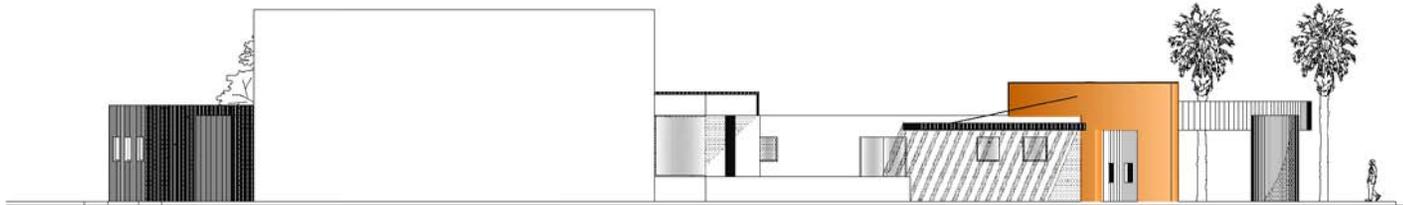


ESCALA 1:500
 METROS

A-02



FACHADA AVENIDA DIAZ SOTO Y GAMA ZONA DE RECREACIÓN

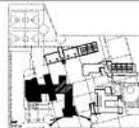


FACHADA ESTE ZONA DE RECREACIÓN



UNAM

res aragón



COORDINACIÓN:
 PEDRO JUAN VIVAS
 DISEÑO:
 PEDRO JUAN VIVAS
 JUAN CARLOS
 VIVAS S.A.

CENTRO DE ATENCIÓN A
 JOVENES CON ADICCIONES

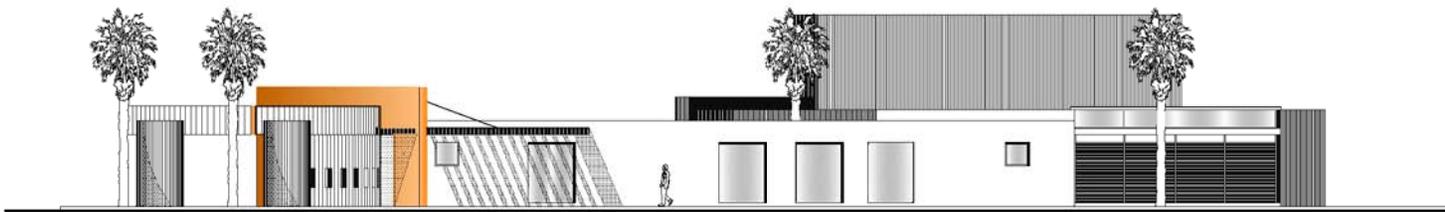
ZONA DE RECREACIÓN
 FACHADAS
 ARQUITECTONICO

PEDRO JUAN VIVAS

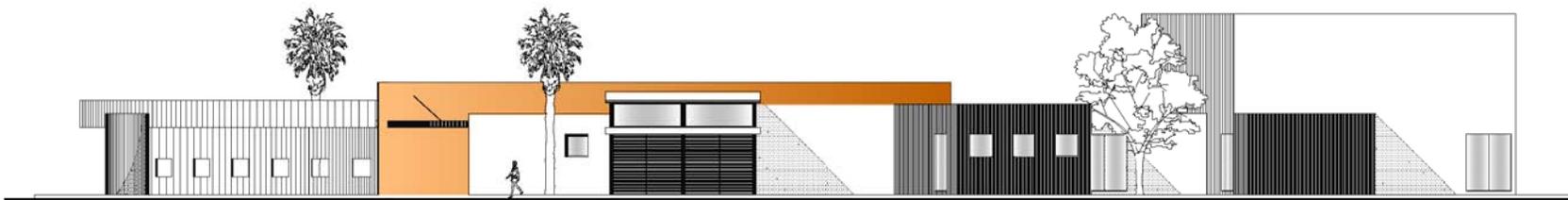


FECHA: 2010
 AUTORIA: PEDRO JUAN VIVAS
 ESCALA: 1:500

A-05



FACHADA OESTE ZONA DE RECREACIÓN

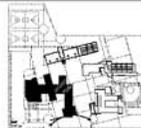


FACHADA SUR ZONA DE RECREACIÓN



UNAM

res aragòn



DISEÑO Y COORDINACIÓN:
 ARQUITECTOS:
 JUAN CARLOS
 VICENTE
 VICENTE

CENTRO DE ATENCIÓN A
 JOVENES CON ADICCIONES

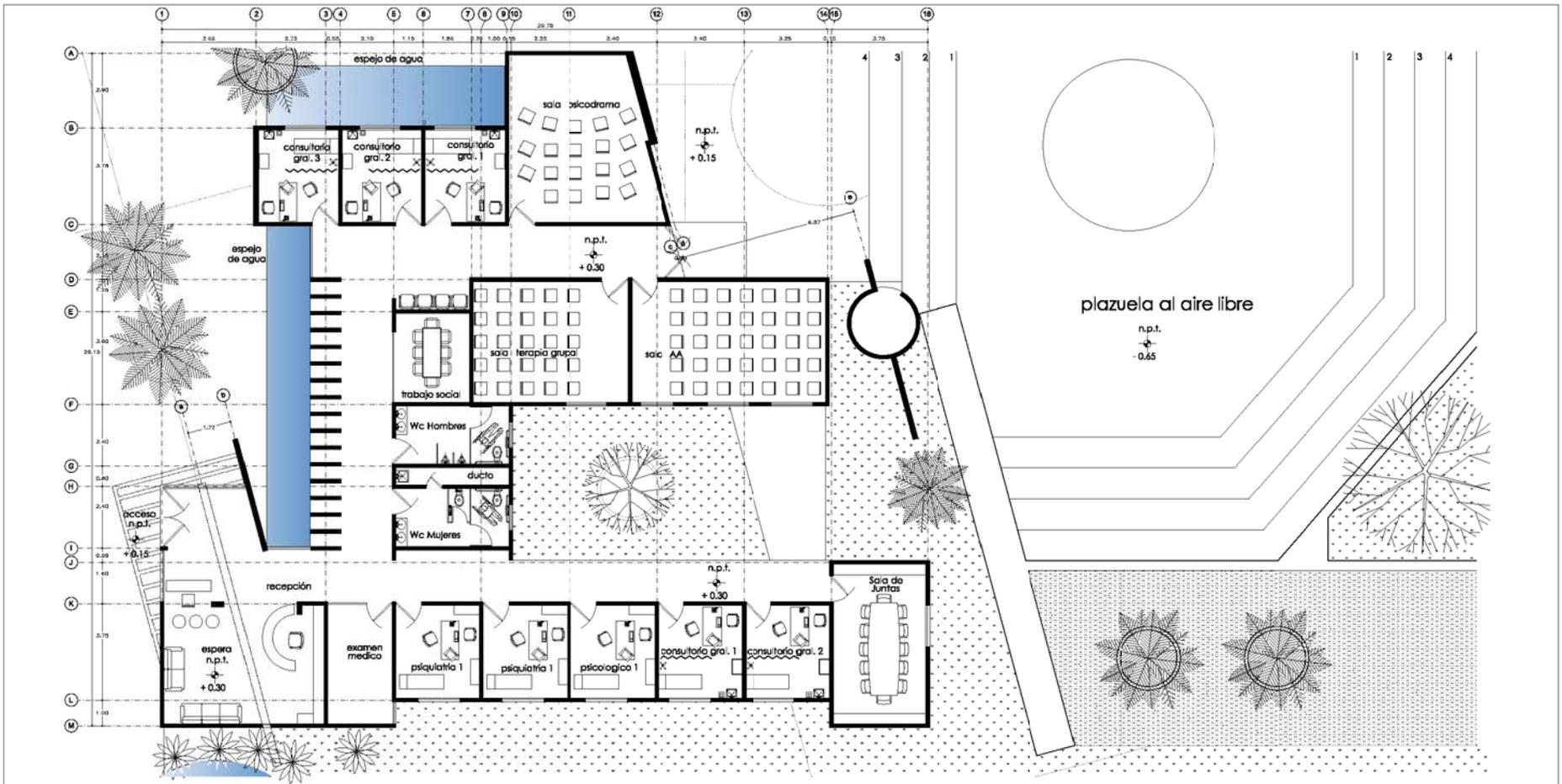
ZONA DE RECREACIÓN
 FACHADAS
 ARQUITECTONICO

PEDRO JUAN VIVAS



ESCALA:
 1:500
 0 2 4 6 8 10

A-06



UNAM

fes aragón



LEGENDA
 ESCALERA
 ANEXO
 VESTIBULO
 VESTIBULO
 VESTIBULO

CENTRO DE ATENCION A
 JOVENES CON ADICCIONES

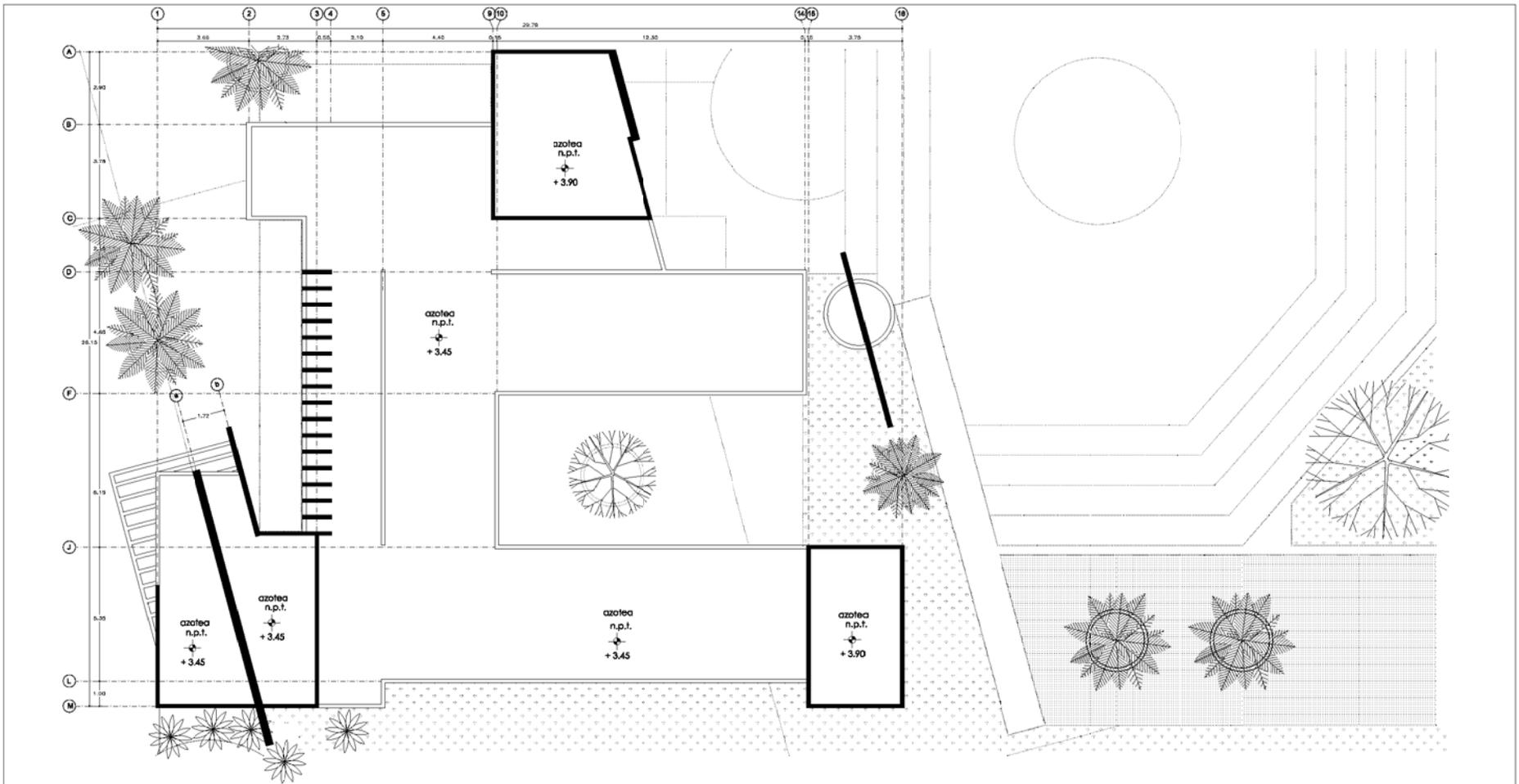
ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
 PLANTA UNCA
 ARQUITECTONICO

PEDRO JUAN VIVAS



PROYECTO: CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES
 AUTORIA: PEDRO JUAN VIVAS
 ESCALA: 1:500
 FECHA: 2010

A-07



UNAM
f e s a r a g ó n



ORDEN DE EJECUCIÓN
 UNIDAD DE DISEÑO
 UNIDAD DE DISEÑO
 UNIDAD DE DISEÑO

CENTRO DE ATENCIÓN A
 JOVENES CON ADICCIONES

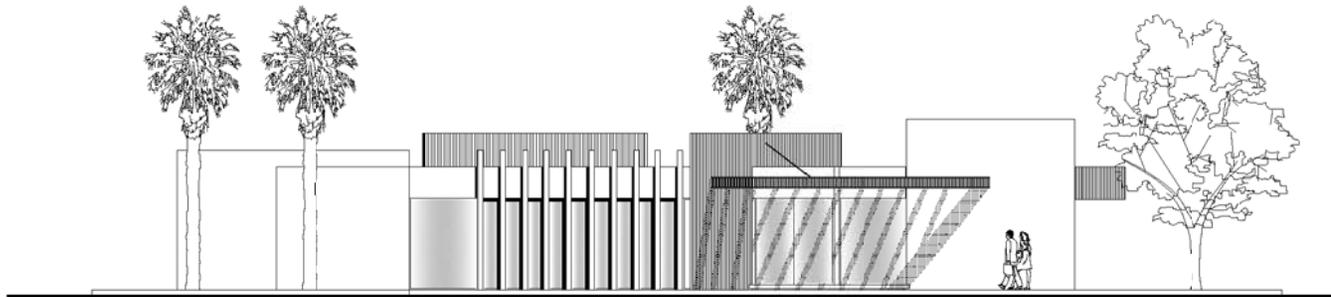
ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
 PLANTA AZOTEAS
 ARQUITECTONICO

PEDRO JUAN VIVAS

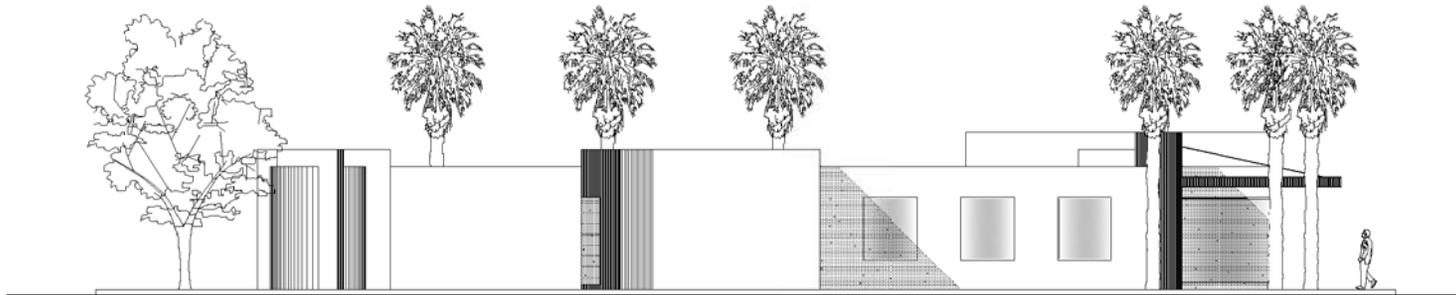


ESCALA
 1:500
 1:1000
 1:2000

A-08



FACHADA ESTE ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



FACHADA SUR ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



UNAM
fes aragòn

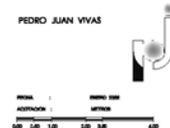


ORGANIZACIÓN
DISEÑO: JULIETO Y GARA
SERGIO HERRERA
VICENTE OLIVERO
MARCOS OR

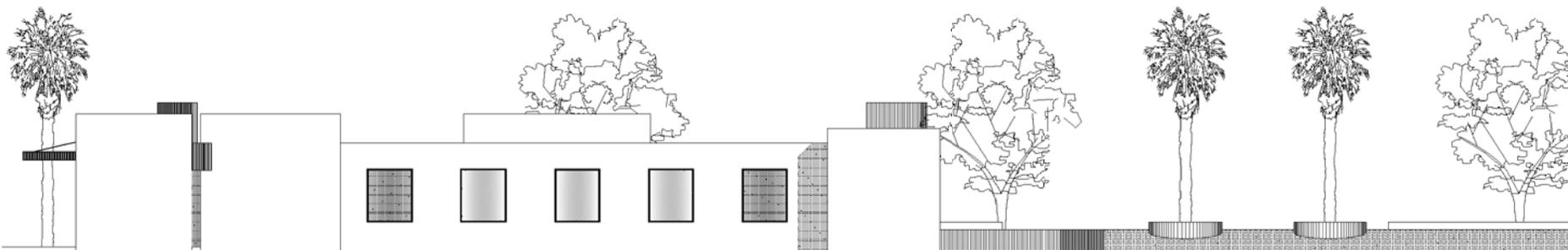
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
FACHADAS
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS



A-09



FACHADA NORTE ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



FACHADA OESTE ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



UNAM
fes aragón

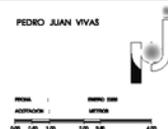


ORGANIZACIÓN
DISEÑO: JULIETA Y GABRIEL
SERGIO SEPULVEDA
VICENTE OLIVERO
MEXICO, D.F.

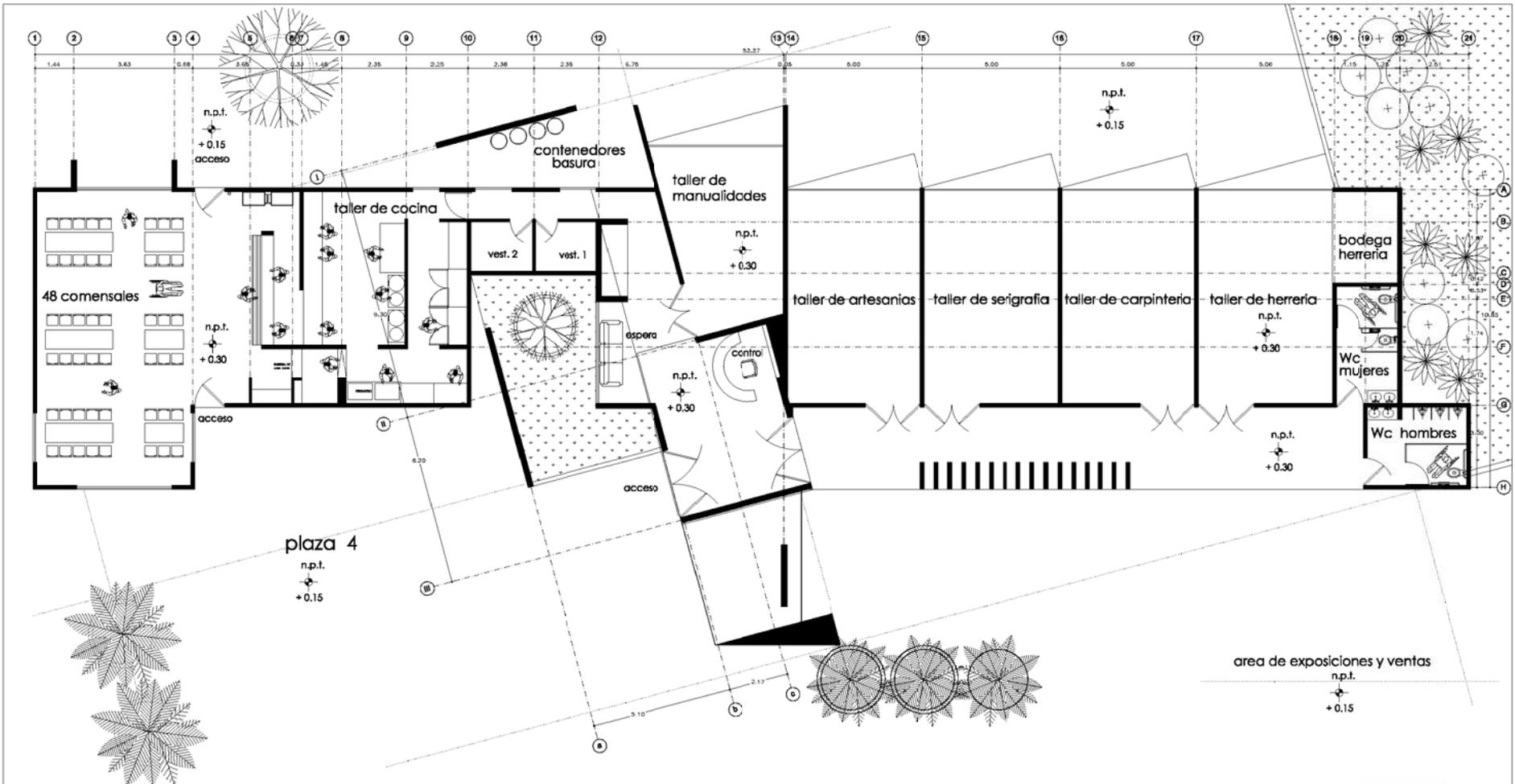
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
FACHADAS
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS



A-10



UNAM
fes aragón

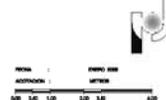


ORDEN DE EJECUCIÓN
DISEÑO: ASISTO I GARCÍA
DISEÑO DE INTERIORES: PEDRO JUAN VIVAS
MAYO, 2018

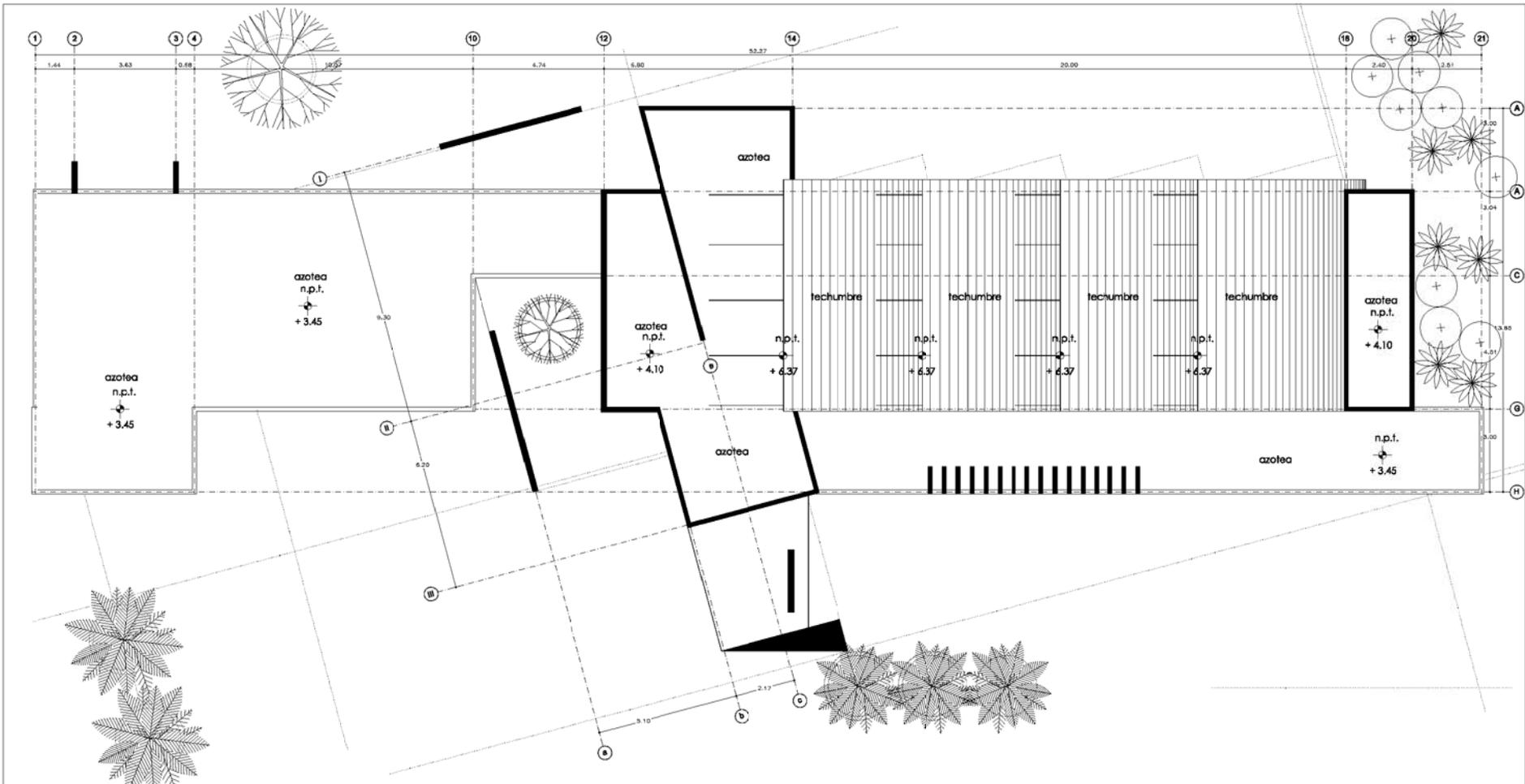
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE TALLERES
PLANTA UNICA
ARQUITECTONICO

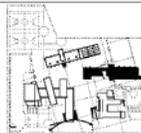
PEDRO JUAN VIVAS



A-11



UNAM
fes aragòn

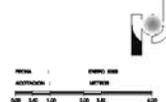


UNAM
DIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN
DISEÑO: ASISTENTE GRÁFICO
FERRAS DE ARQUITECTURA
PEDRO JUAN VIVAS
MEXICO, D.F.

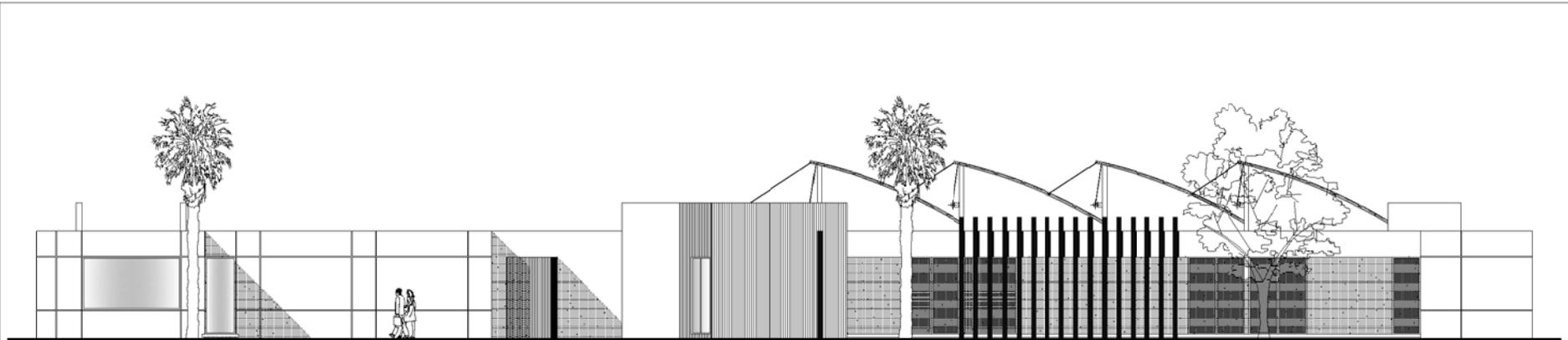
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE TALLERES
AZOTEA
ARQUITECTÓNICO

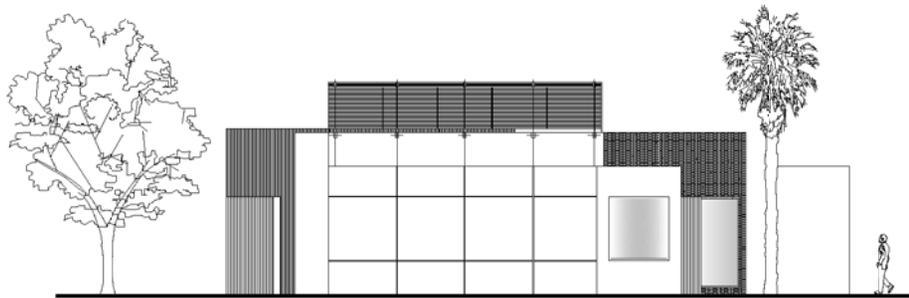
PEDRO JUAN VIVAS



A-12



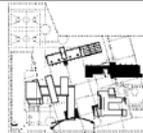
FACHADA NORTE ZONA DE TALLERES



FACHADA ESTE ZONA DE TALLERES



UNAM
fes aragòn

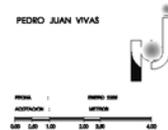


ORGANIZACIÓN
DISEÑO: JULIETO GARCÍA
SERGIO HERNÁNDEZ
VICENTE OLIVERO
MARCOS OR

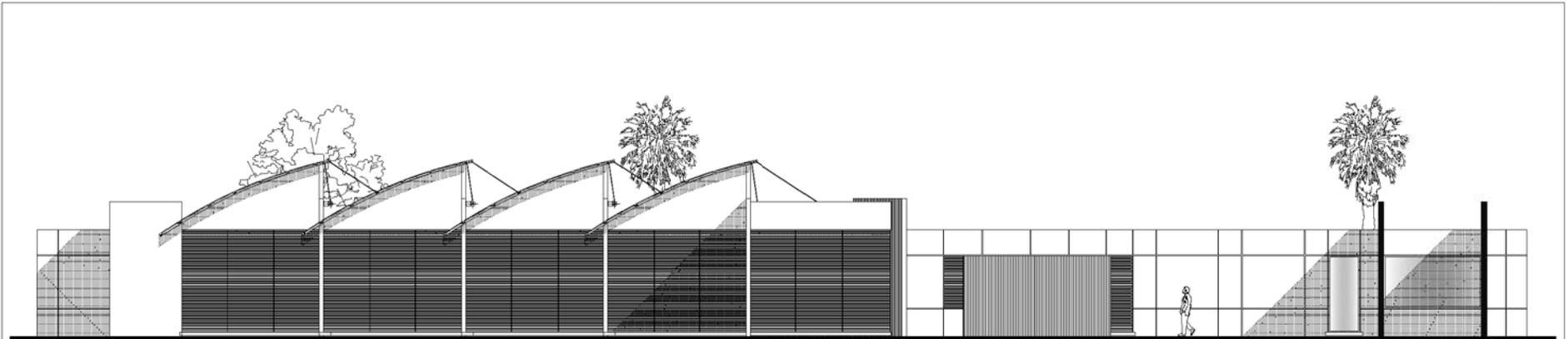
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE TALLERES
FACHADAS
ARQUITECTÓNICO

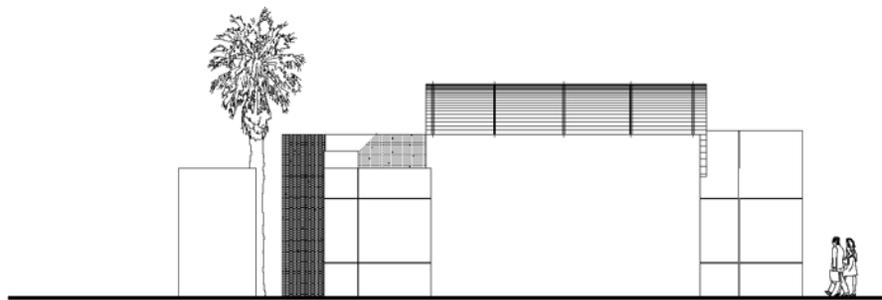
PEDRO JUAN VIVAS



A-13



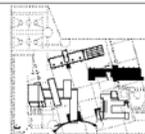
FACHADA SUR ZONA DE TALLERES



FACHADA OESTE ZONA DE TALLERES



UNAM
fes aragòn



ORGANIZACION
UBICACION: AV. 200 Y GARCÍA,
MERCADO ARQUITECTONICO,
MERCADO DEL
MERCADO DEL

CENTRO DE ATENCION A
JOVENES CON ADICCIONES

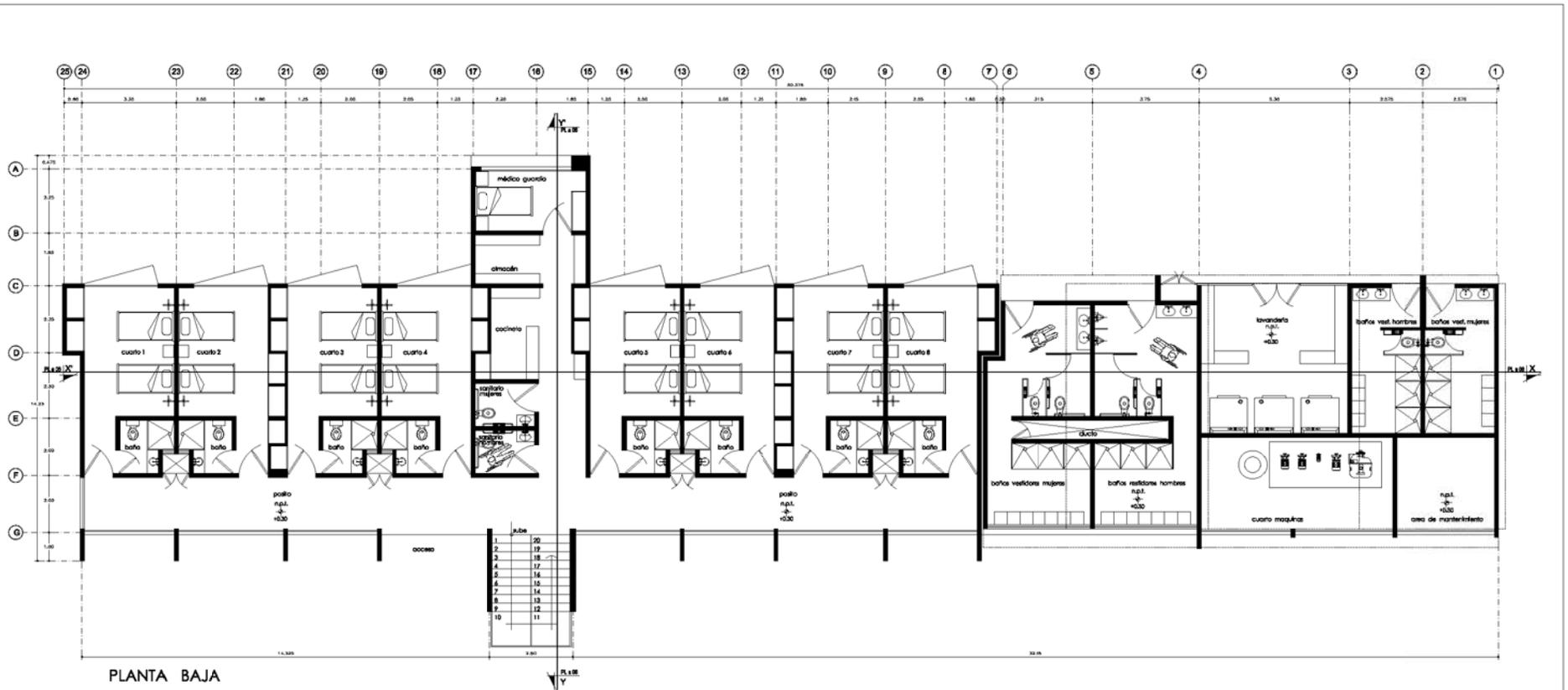
ZONA DE TALLERES
FACHADAS
ARQUITECTONICO

PE德罗 JUAN VIVAS



ESCALA
1:500
0M 1.0M 2.0M 4.0M

A-14



UNAM
les aragòn

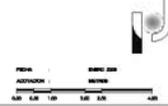


ORDEN DE LICENCIACIÓN:
PROYECTO DE LICENCIACIÓN
AV. 200 Y CALLE
SANTA ROSALBA,
MERCADO SAN
MATEO, S.F.

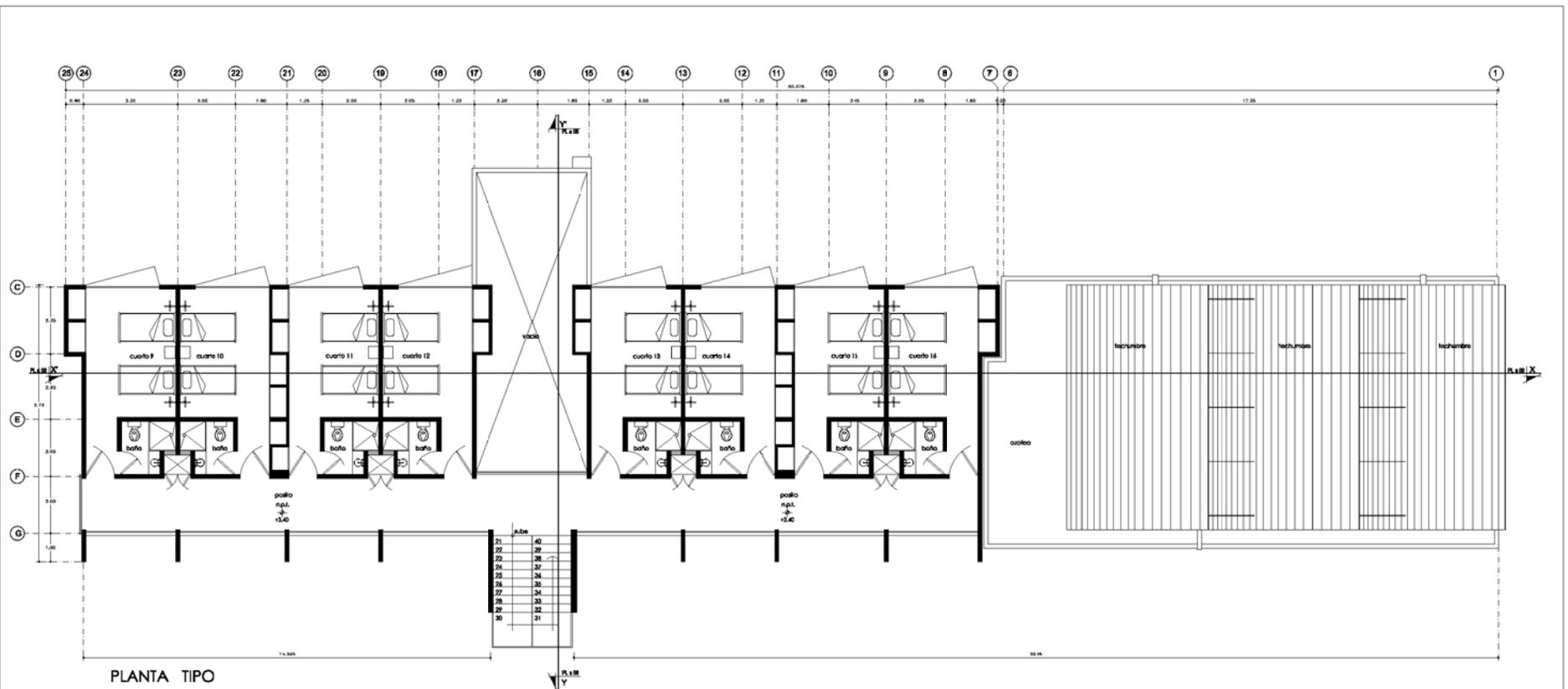
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
PLANTA BAJA
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS



A-15



UNAM
les aragòn

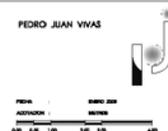


ORDEN DE LICENCIACIÓN:
INGENIERO EN ARQUITECTURA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

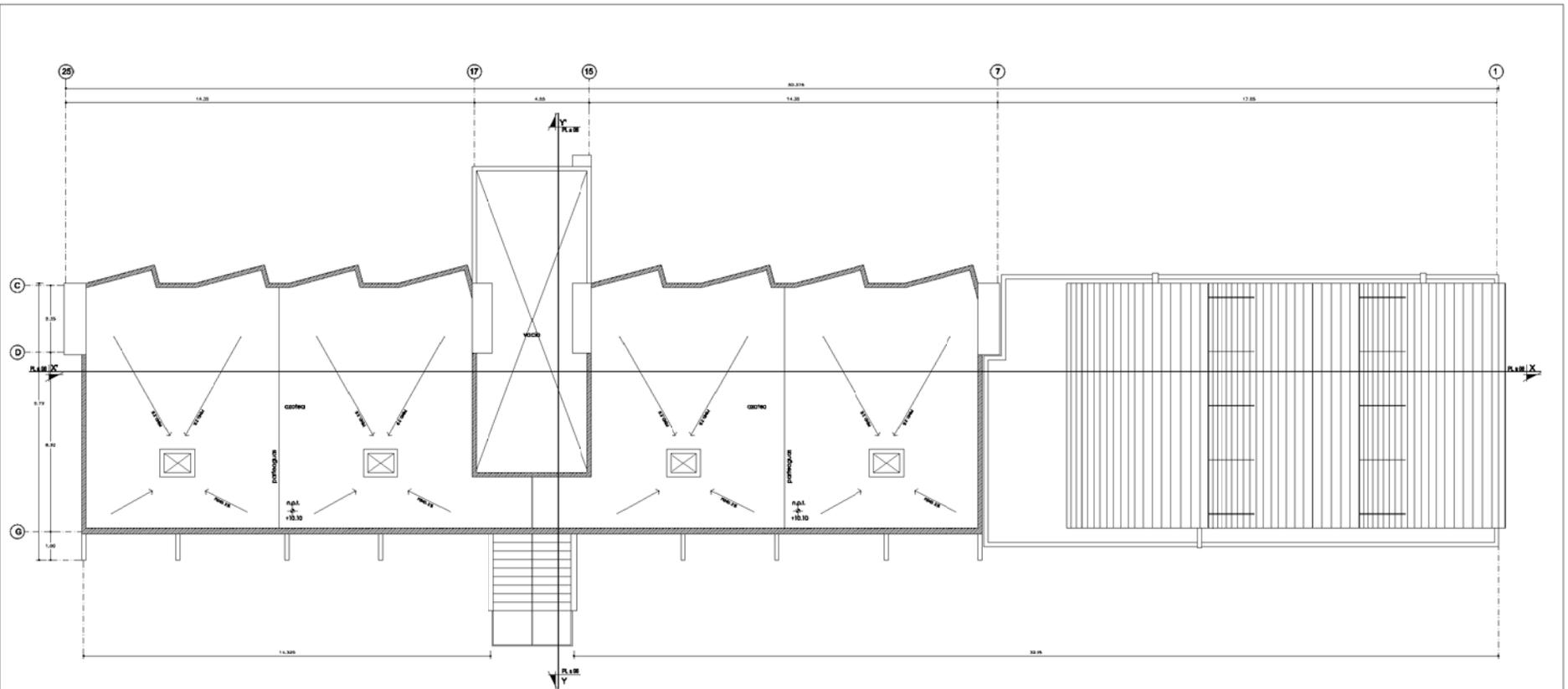
CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
PLANTA TIPO
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS



A-16



PLANTA AZOTEA



UNAM
les aragòn

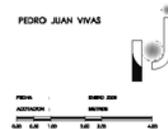


ORDINE DE LICENCIACION:
PROYECTO DE LICENCIACION
EN ARQUITECTURA
LUGAR: AV. 200 Y CALLE
SANTA ANTONITA,
MERCADO DEL
MERCADO DE
MERCADO DE

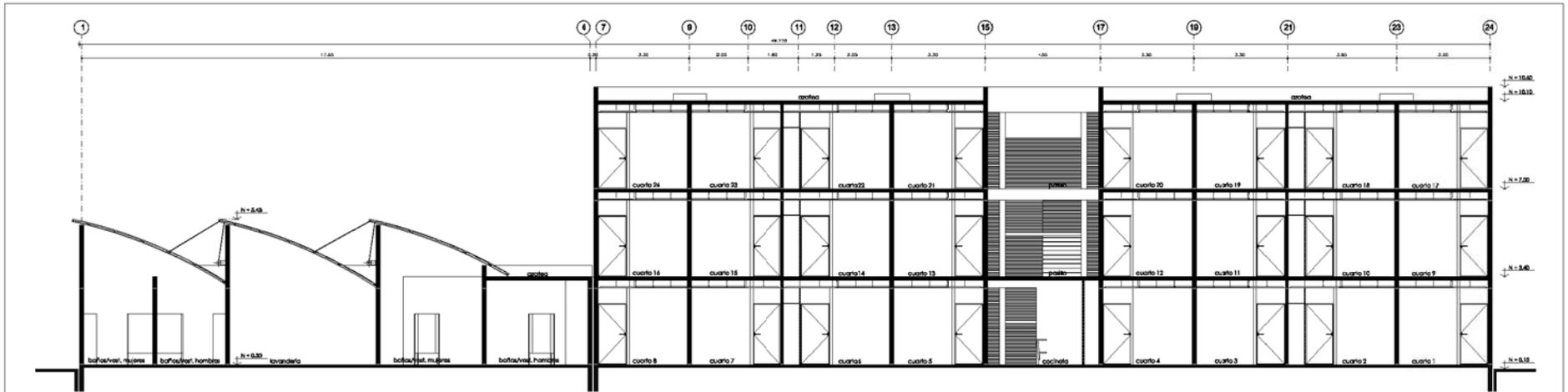
CENTRO DE ATENCION A
JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACION
PLANTA AZOTEA
ARQUITECTONICO

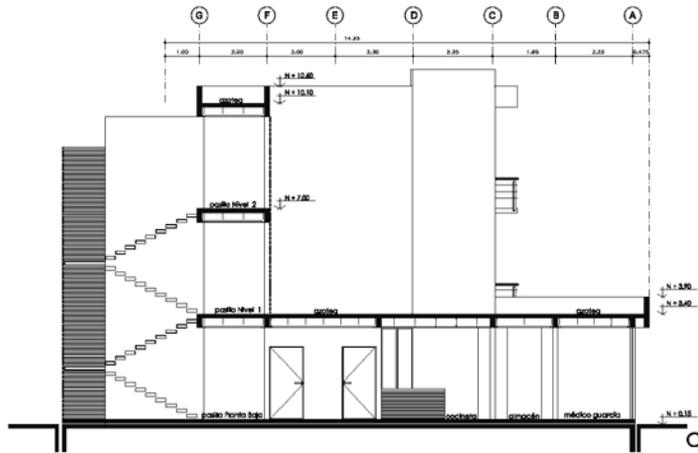
PEDRO JUAN VIVAS



A-17



CORTE LONGITUDINAL X - X'



CORTE TRASVERSAL Y - Y'



UNAM
les aragòn

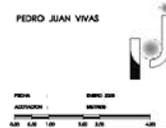


ORDEN DE LICENCIACIÓN:
PROFESOR
LINDAÑO
ARQUITECTO
MÉDICO GUARDIA
MÉDICO, S.P.

CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

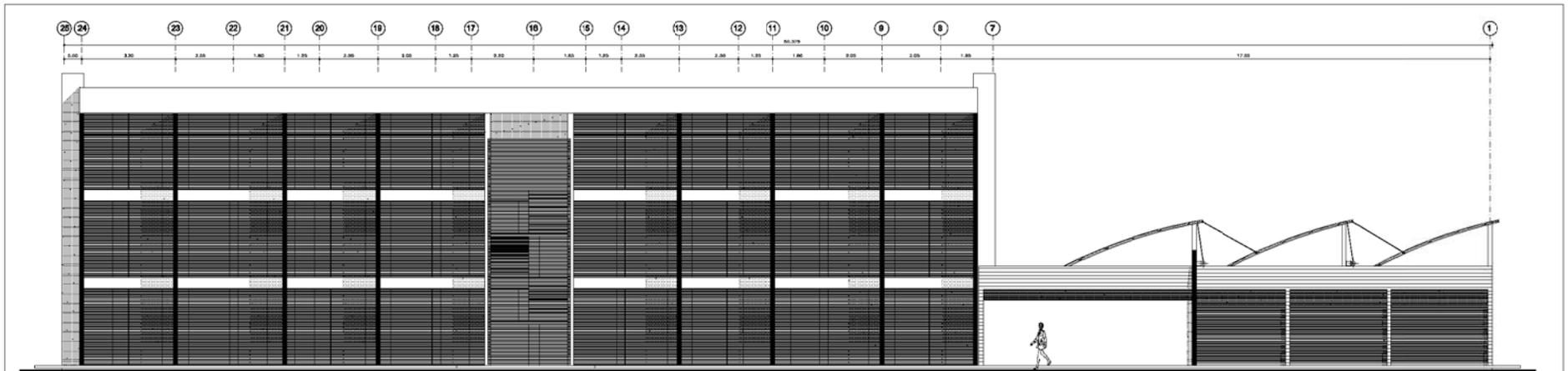
ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
CORTES
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS

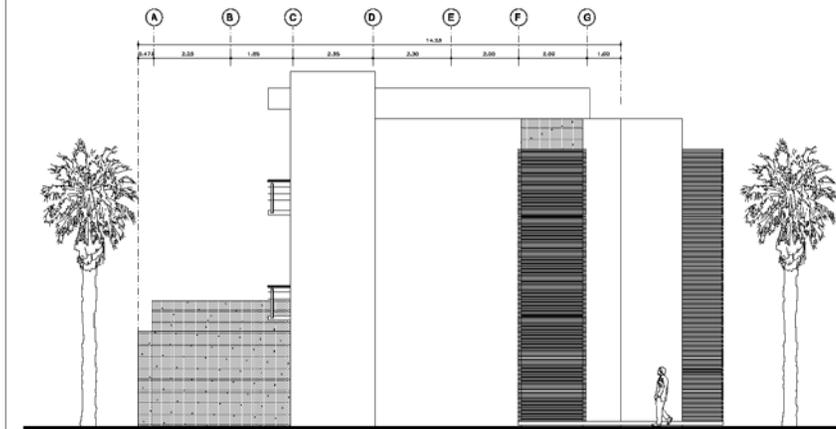


ESCALA:
AUTOR: P. J. VIVAS
MÉTRICOS
0M 5M 10M 15M 20M

A-18



FACHADA ACCESO ZONA DE HOSPITALIZACIÓN



FACHADA ESTE ZONA DE HOSPITALIZACIÓN



UNAM
les aragòn

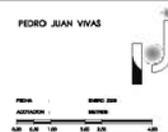


ORDEN DE LICENCIACIÓN:
PROYECTO DE LICENCIACIÓN
EN ARQUITECTURA
LÍNEAS
AV. RÍO DE SAN JUAN
SECTOR INDUSTRIAL
PUEBLO GUERRERO
MÉXICO, D.F.

CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

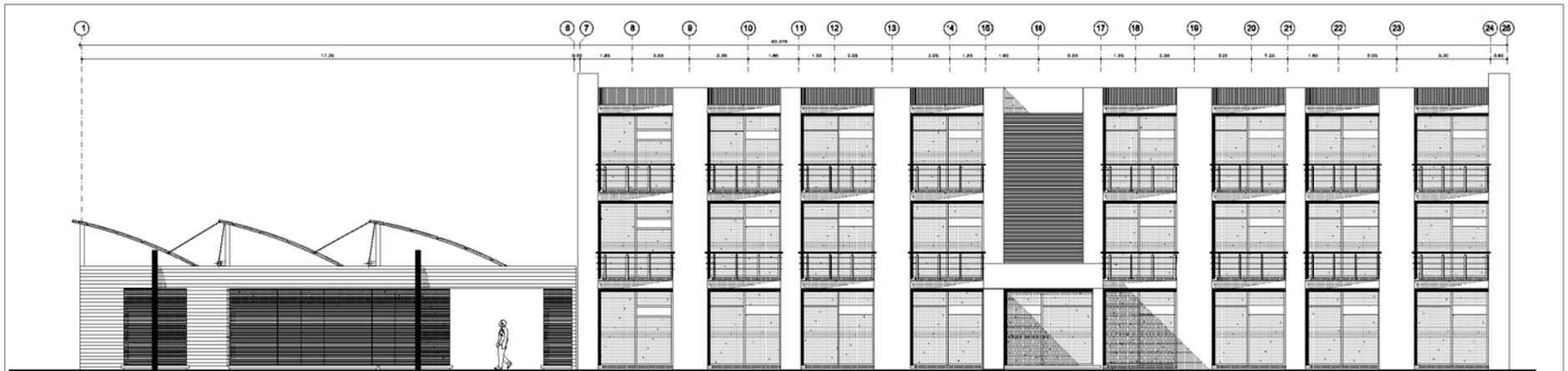
ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
FACHADAS
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS

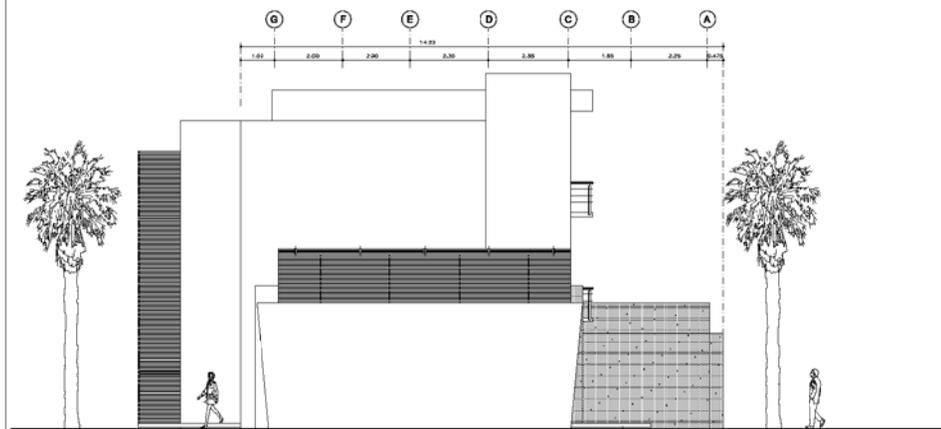


ESCALA:
AUTÓRHOLO 1:100
MÉTRICOS
0M 5M 10M 15M 20M

A-19



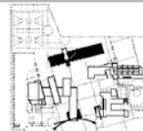
FACHADA POSTERIOR ZONA DE HOSPITALIZACIÓN



FACHADA OESTE ZONA DE HOSPITALIZACIÓN



UNAM
les aragòn

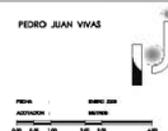


ORDEN DE LICENCIACIÓN:
PROYECTO DE LICENCIACIÓN
LICENCIACIÓN
AV. 200 Y CALLE
SINCEP (SINCEP)
PROYECTO DE LICENCIACIÓN
MÉDICO, S.P.

CENTRO DE ATENCIÓN A
JOVENES CON ADICCIONES

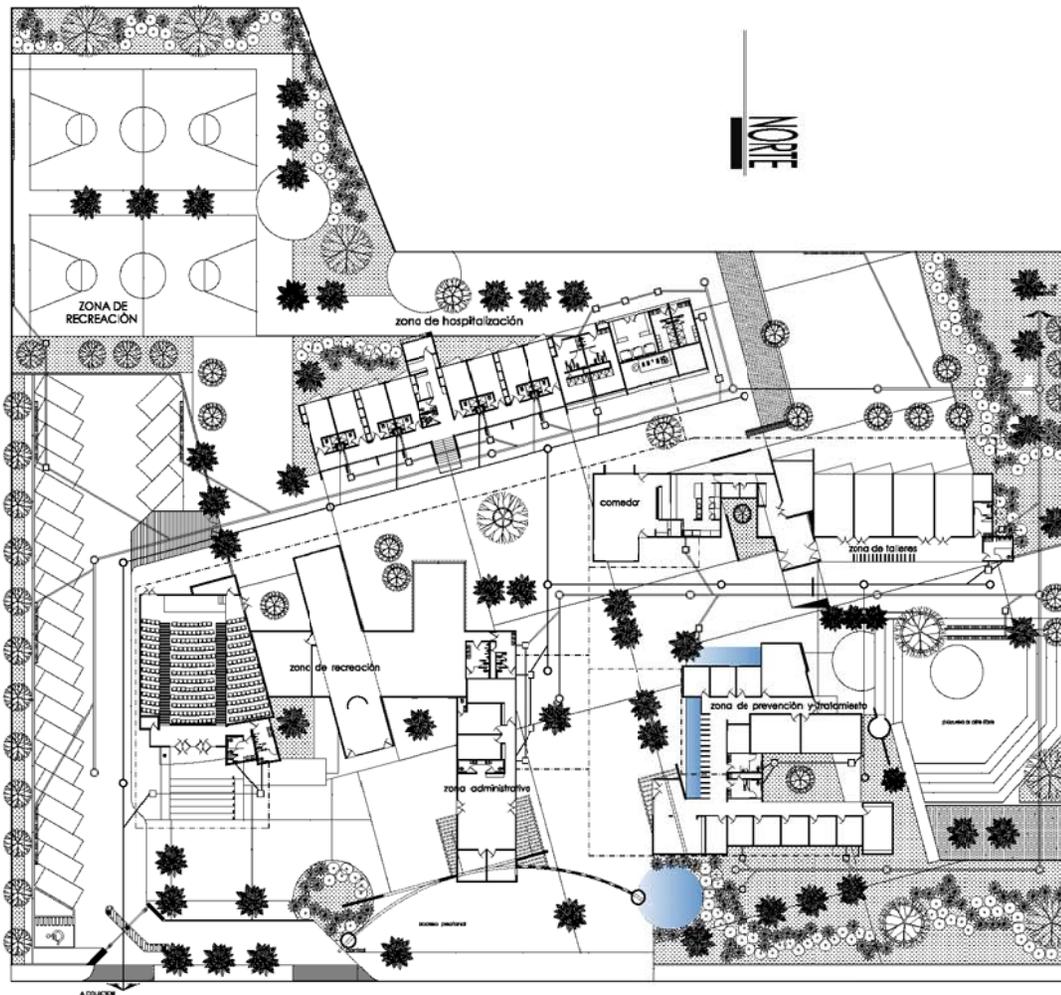
ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
FACHADAS
ARQUITECTÓNICO

PEDRO JUAN VIVAS



ESCALA:
AUTÓNOMO 1:100
MÉTRICOS 1:50
MÉTRICOS 1:25
MÉTRICOS 1:10

A-20



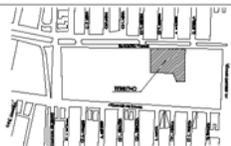
NOITE



UNAM
fes aragón

- SIMBOLOGIA.**
- POZO DE VISITA AGUAS NEGRAS
 - POZO DE VISITA AGUAS JARDINERA Y CLARAS
 - RED HIDRAULICA
 - TUBERIA DE AGUAS NEGRAS
 - TUBERIA DE AGUAS JARDINERA Y CLARAS
 - REJILLA
 - R.A.N. RESERVOIR DE AGUAS NEGRAS
 - R.A.J. RESERVOIR DE AGUAS JARDINERAS
 - T.C. TUBO DE CEMENTO
 - TUBO DE PVC SANITARIO

- NOTAS.**
- LOS DIAMETROS SEHAN INDICADOS EN MILIMETROS EN CADA TRAMO.
 - TODAS LAS CONEXIONES POR USAR SERAN COMPACTAS Y DE LA MISMA MARCA.
 - TODAS LAS TUBERIAS DE PVC COMO LAS CONEXIONES SERAN DE TPO CEMENTOSE.
 - EL TUBO DE JE EMPLEZ PARA EL DESLIZADO DE LAS AGUAS NEGRAS SERA DE CEMENTO O DE PVC SANITARIO DE 4"
 - LOS INYECTORES PARA PROFUNDIDADES HASTA DE UN METRO SON DE 60 X 60 CMS.



NOITE

COORDENADAS LOCALIZACION:
 UBICACION: AV. BUEN Y CALA
 SE-INTERSECCION
 NOROCCIDENTE
 MEXICO D.F.

CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

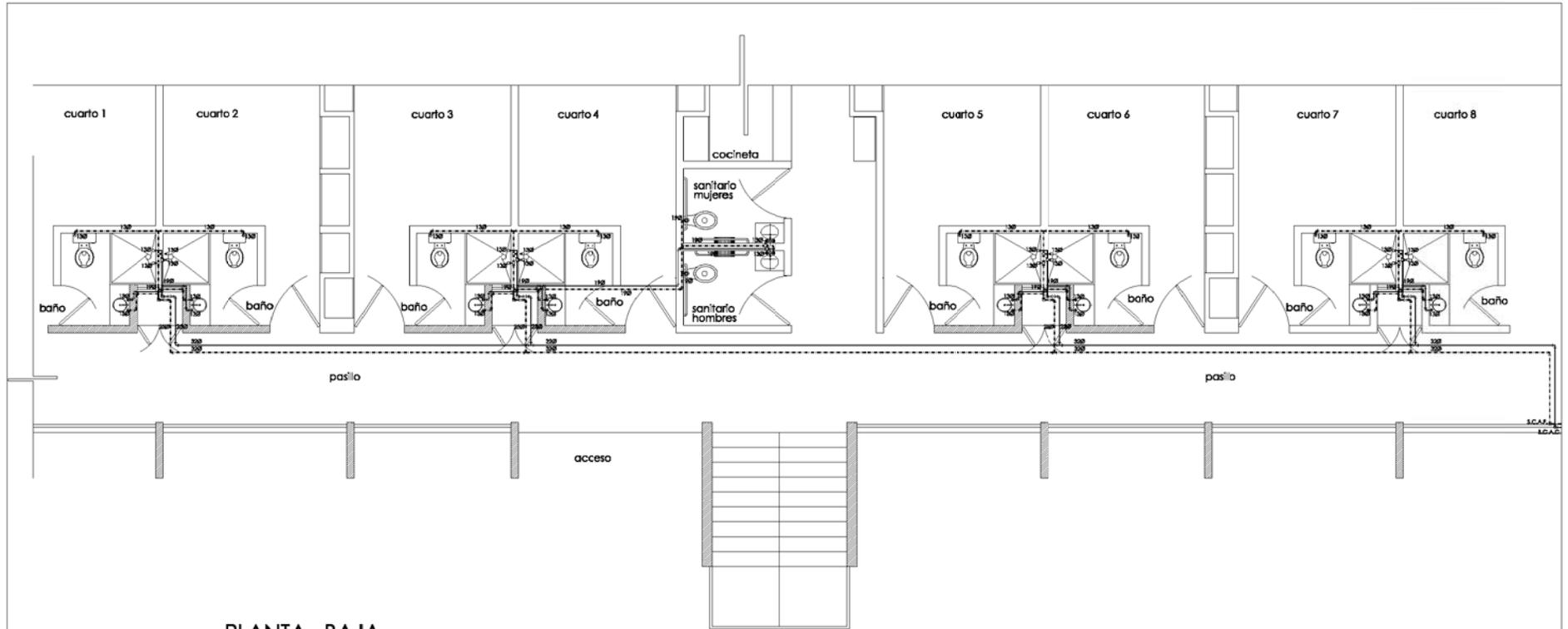
PLANTA DE CONJUNTO
 PLANTA UNICA
 INSTALACION SANITARIA

PEDRO JUAN VIVAS



FECHA: MARZO 2004
 APLICACION: METRICA
 ESCALA: 1:500
 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000

IHS-01



PLANTA BAJA

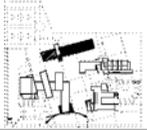


UNAM

fes aragòn

- SÍMBOLOGÍA**
- LINEA DE AGUA FRÍA (SÍMBOLO DE COBRE 1/2" x 1/2")
 - LINEA DE AGUA CALIENTE (SÍMBOLO DE COBRE 1/2" x 1/2")
 - ESCALERA CON COLUMNA DE AGUA FRÍA
 - ESCALERA CON COLUMNA DE AGUA CALIENTE
 - ESCALERA CON COLUMNA DE AGUA FRÍA
 - ESCALERA CON COLUMNA DE AGUA CALIENTE

- NOTAS**
- LOS DIÁMETROS ESTÁN MEDIDOS EN MILÍMETROS DE CADA TUBO.
 - SEAL LA INSTALACIÓN HIDRÁULICA EN LA TUBERÍA APÓS SU 7 DE PASOS ESPECIALES DE CONECTIVIDAD.
 - SEAL HERRAJERÍA EN OBRAS, PERO EN UNA PASADIZO HIDRÁULICA DE REGISTRO SUAVEMENTE DEBEN SER PREVENIDOS EN ABRAMADO MAYOR DEL 5%.



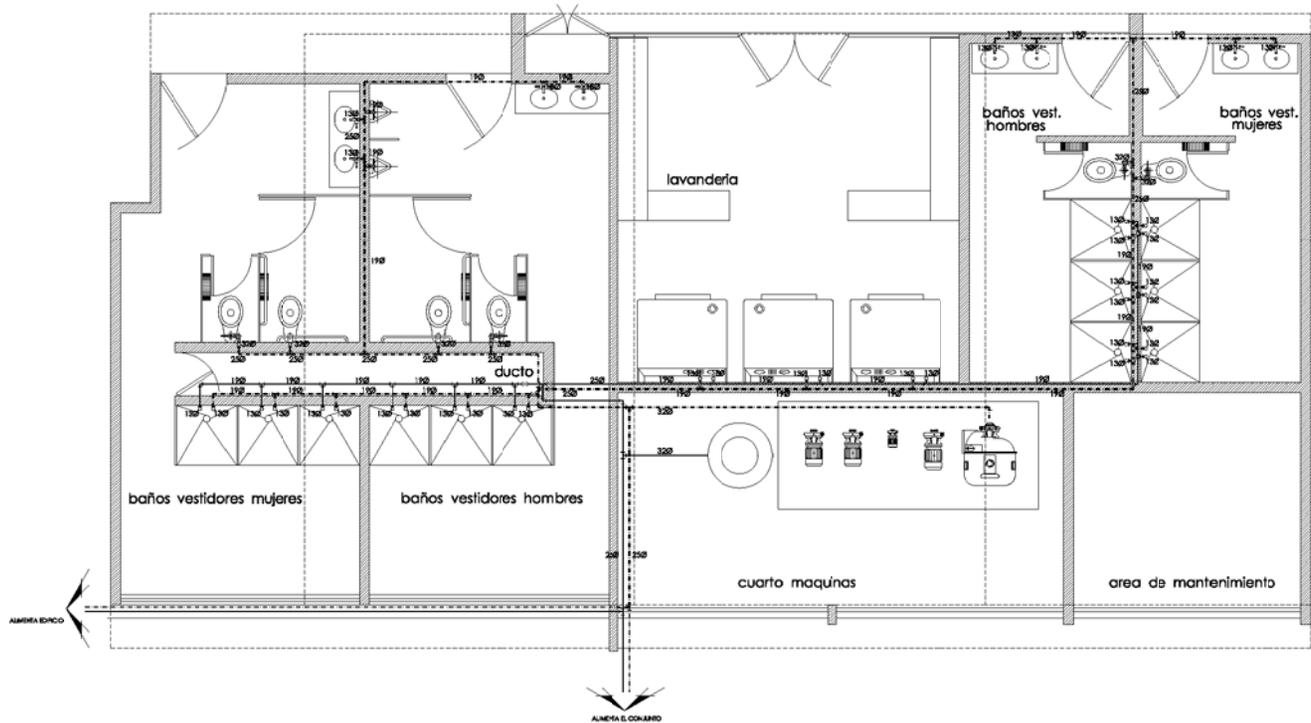
CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN PLANTA BAJA INSTALACIÓN HIDRÁULICA

PEDRO JUAN VIVAS



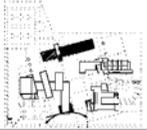
IH-01a



UNAM
fes aragón

- SÍMBOLOGÍA**
- LINEA DE AGUA FRIA (BOMBAS DE COMBUSTIBLE TIPO TAP)
 - LINEA DE AGUA CALIENTE (BOMBAS DE COMBUSTIBLE TIPO TAP)
 - SICAL: BOMBAS COLUMNAS DE AGUA FRIA
 - SICAL: BOMBAS COLUMNAS DE AGUA CALIENTE
 - SICAL: BOMBAS COLUMNAS DE AGUA FRIA
 - SICAL: BOMBAS COLUMNAS DE AGUA CALIENTE

- NOTAS**
- LOS DIMENSIONES ESTÁN INDICADAS EN MILÍMETROS EN TODAS LAS PARTES.
 - TODAS LAS MEDICIONES HERRAMIENTALES DEBEN DE TOMARSE SIN SUFICIENCIA ESPECIAL DE CONFECCIONAR.
 - TODA REVISIÓN DE OBRAS DEBEN SER A UNA PLANTA RESOLUCIÓN DE REGISTRO SUAVES DEBEN SER PRESENTADOS EN ASESORAMIENTO MAIOR DEL ISE.

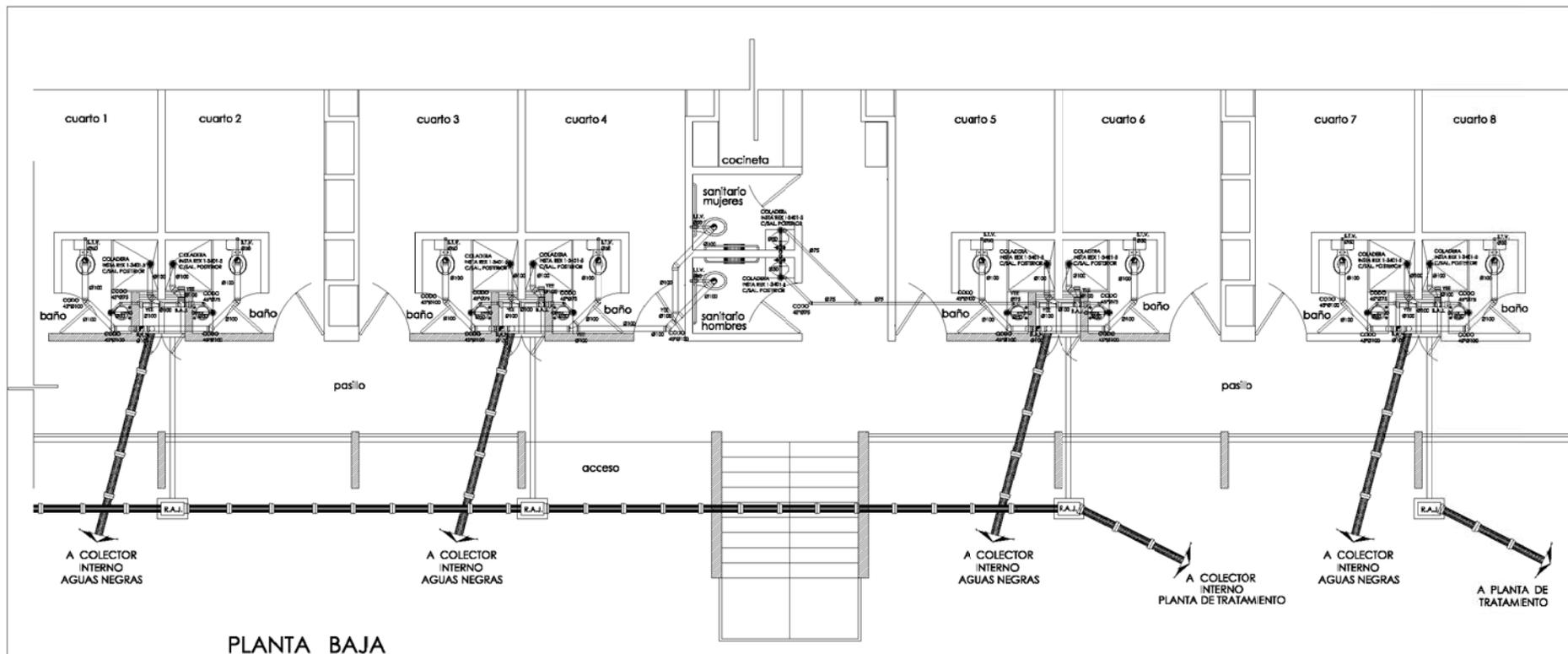


CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES
ZONA DE HOSPITALIZACIÓN PLANTA BAJA
INSTALACIÓN HIDRAULICA

PEDRO JUAN VIVAS



11-01b



PLANTA BAJA



UNAM
fes aragón

SÍMBOLOGÍA

- R.A.J.: BAJADA DE AGUAS JARDINERAS
- R.A.J.: BAJADA DE AGUAS RESIDUALES
- COCINA: NEA RES 1.3x1.1.2 CUAL. POSTERIOR
- R.A.N.: INGRESO DE AGUAS NEGROAS
- R.A.J.: INGRESO DE AGUAS JARDINERAS
- ▬ I.C.: SÍMBOLO DE CIMENTADO
- ▬ SÍMBOLO DE PVC SANITARIO

NOTAS

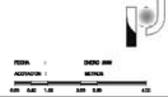
- LOS DIÁMETROS ESTÁN INDICADOS EN EL PLANTEAMIENTO DE CADA RAMAL.
- INDICAR LAS CANTIDADES POR RAMAL SIN ANEXAR CORRESPONDIENTES TÍTULOS Y MEDIDAS.
- INDICAR LAS BOMBAS DE PVC COMO LAS CORRESPONDIENTES TÍTULOS Y MEDIDAS.
- EL TIPO QUE SE INDIQUE PARA EL DESALOJO DE LAS AGUAS NEGROAS DEBEN DE SER DE PVC SANITARIO DE 4".
- LOS DETALLES PARA RECONSTRUCIONES DEVENIR DEL MANTENIMIENTO DE 4" X 4" C/4".



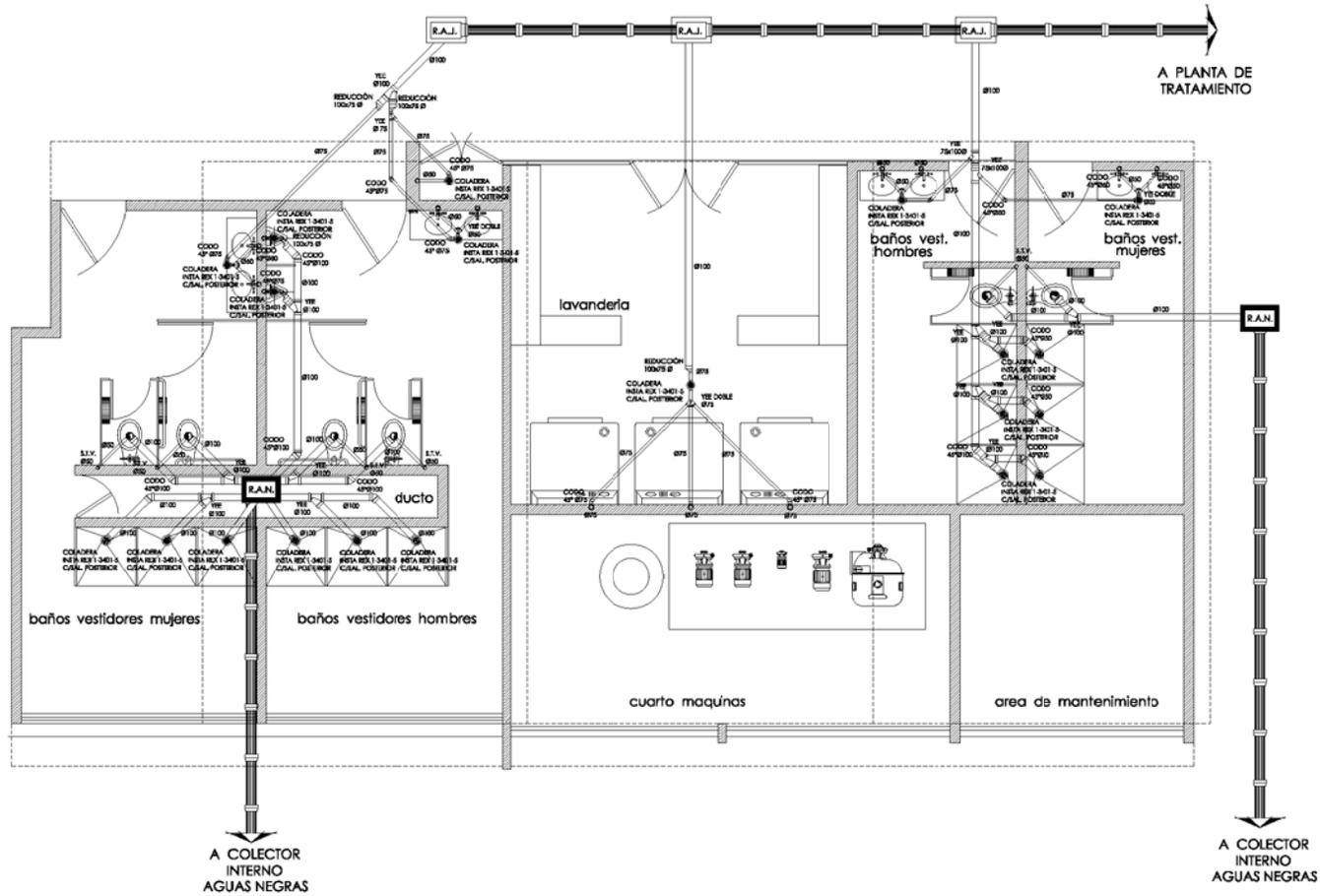
CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
PLANTA BAJA
INSTALACIÓN SANITARIA

PEDRO JUAN VIVAS



IS-01a



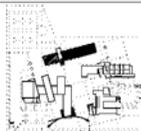
UNAM
fes aragón

SÍMBOLOGÍA

- R.A.J.: BAJADA DE AGUAS JARDINERÍA
- R.A.N.: BAJADA DE AGUAS NEGRAS
- COLADORA: MESA RES 1.3401-6 O 2.000-6
- COADO: MESA RES 1.3401-6 O 2.000-6
- R.A.N.: INGRESO DE AGUAS NEGRAS
- R.A.J.: INGRESO DE AGUAS JARDINERÍA
- I.C.: SIBO DE CEMENTO
- SIBO DE PVC SANITARIO

NOTAS

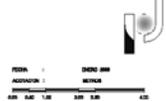
- LOS DIÁMETROS ESTÁN INDICADOS EN MILÍMETROS Y EN PULGADAS.
- INDICAR LAS CANTIDADES POR METER LINEAL.
- INDICAR LAS BOMBAS DE PVC COMO LAS CORRESPONDIENTES DEL PISO CIMENTADO.
- EL TUBO QUE SE MUESTRA PARA EL DESALDO DE LAS AGUAS NEGRAS DEBE DE SER DE PVC SANITARIO DE 4".
- VER ESPECIFICACIONES PARA MANTENIMIENTO EN EL PLAN DE SERVICIOS DE REPARACIONES.



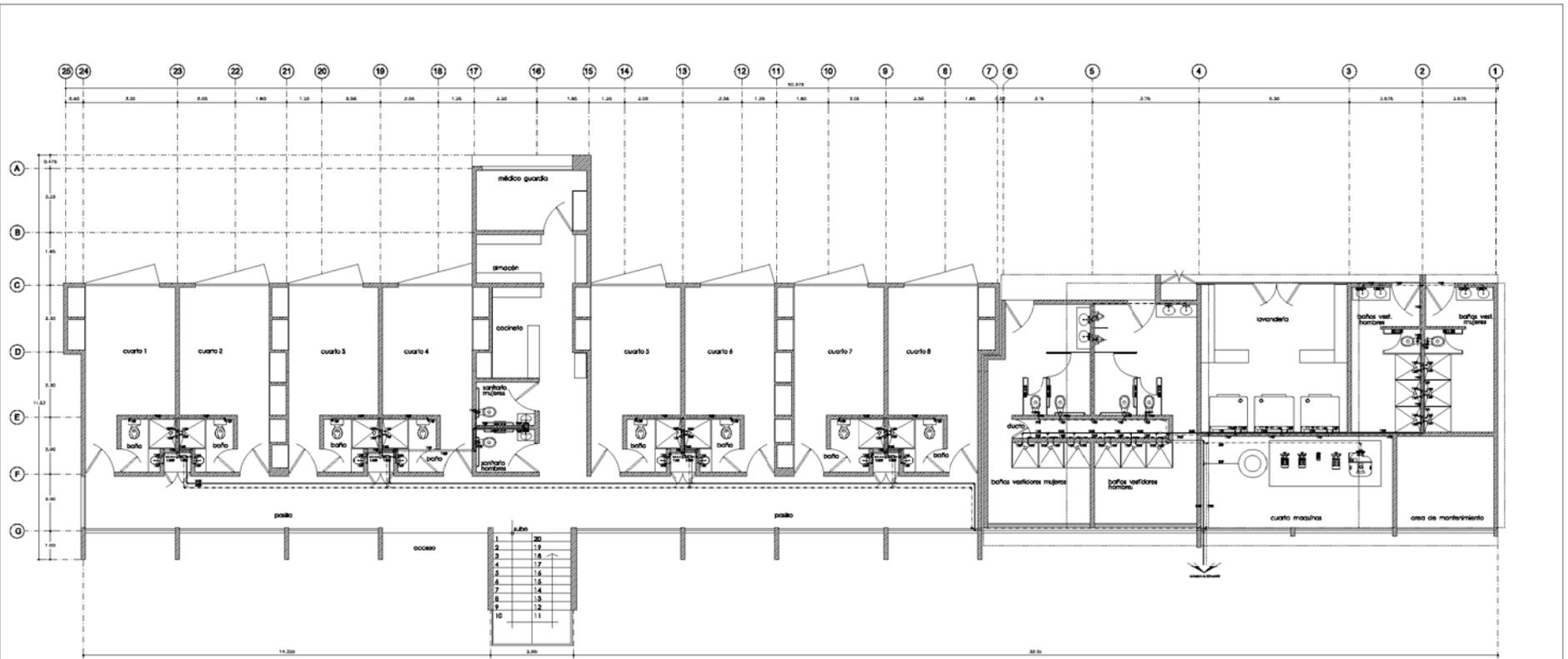
CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN PLANTA BAJA
INSTALACIÓN SANITARIA

PEDRO JUAN VIVAS



IS-01b



PLANTA BAJA



UNAM
fes aragón

SIMBOLOGÍA

- LÍNEA DE AGUA FRÍA (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)
- LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2" N°1)

NOTAS

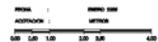
- LOS DIÁMETROS ESTÁN INDICADOS EN ANCHOS EN PULGADAS.
- TODO LA INSTALACIÓN HIDRÁULICA DEBA DE SER DE COBRE TPO N°1 Y DE 1/2" DE DIÁMETRO.
- TODO LA INSTALACIÓN DE TUBERÍA DEBEN SER A UNA PROFUNDIDAD DE 8" EN LOS PUNTO DE ENTRADA EN EL SUELO.



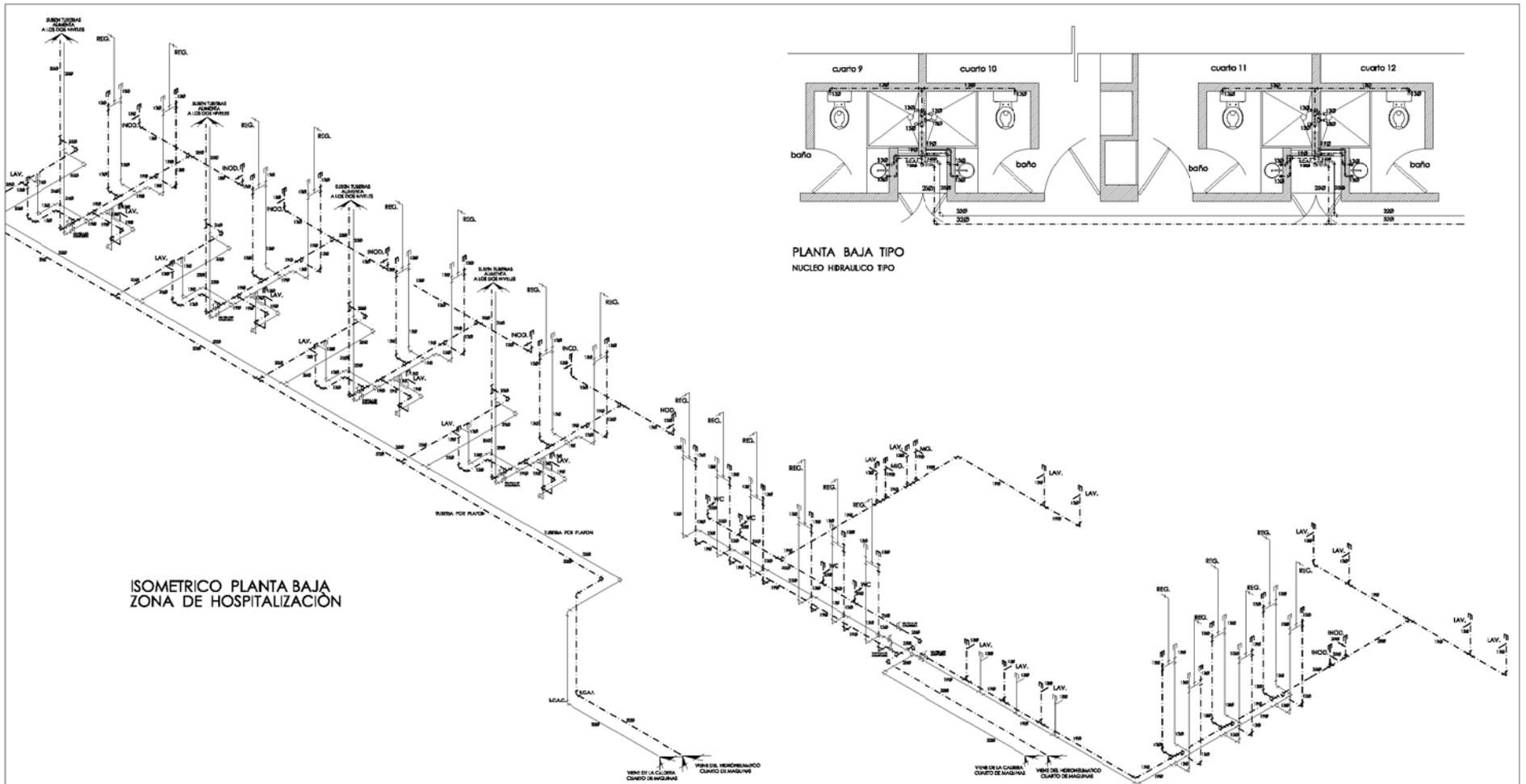
CENTRO DE ATENCIÓN A JÓVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
PLANTA BAJA
INSTALACIÓN HIDRÁULICA

PEDRO JUAN VIVAS



H-01



ISOMETRICO PLANTA BAJA ZONA DE HOSPITALIZACIÓN

PLANTA BAJA TIPO NUCLEO HIBRAULICO TIPO



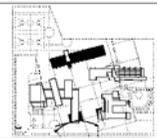
- SIMBOLOGIA**
- LÍNEA DE AGUA FRÍA (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")
 - LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")
 - LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")
 - LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")
 - LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")
 - LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")
 - LÍNEA DE AGUA CALIENTE (DIÁMETRO DE COBRE 1/2")

NOTAS

LOS DIÁMETROS ESTÁN INDICADOS EN MILÍMETROS EN CADA TUBERÍA.

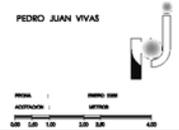
— TODA LA INSTALACIÓN HIDRÁULICA SERÁ DE LÍNEA TIPO "M" Y DE MATERIA ESPECIAL DE COBRE ESTÁNDAR.

— TODA INSTALACIÓN DE TUBERÍA PROTEGIDA A UNA PERSONA HOSPITALIZADA DE 8 HOURS DEBEN DE SER EN UN PUNTO EN UN ANTIQUIDAD MAYOR DEL 10%.

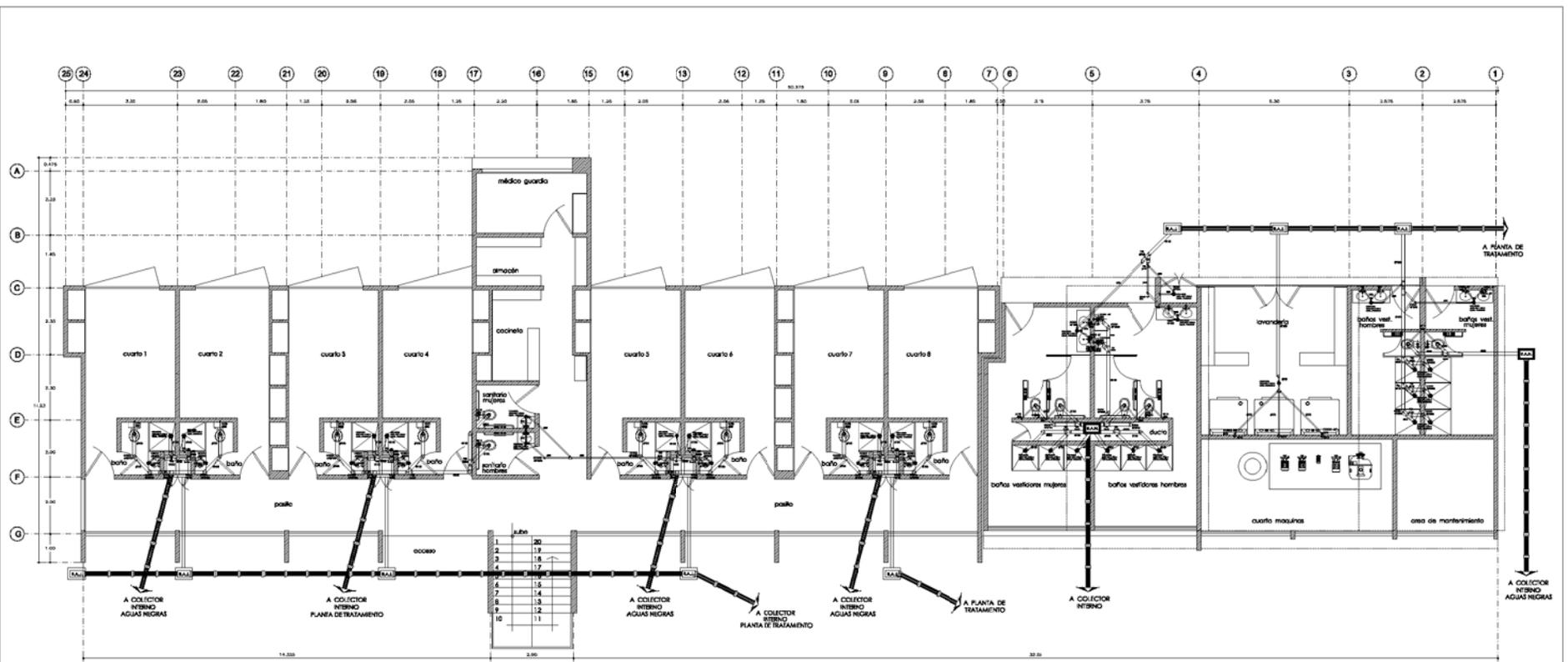


CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN PLANTA TIPO E ISOMETRICO INSTALACIÓN HIDRÁULICA



11-02



PLANTA BAJA



UNAM

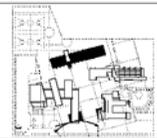
fes aragón

SIMBOLOGÍA

- R.A.J. SALIDA DE AGUAS RESIDUALES
- R.A.J. SALIDA DE AGUAS RESIDUALES
- COLORES PARA R.A.J. O R.A.J. SIMILAR DEPENDIENDO LA SALIDA
- R.A.J. RESERVOIR DE AGUAS RESIDUALES
- R.A.J. RESERVOIR DE AGUAS JABONOSAS
- I.C. TUBO DE CEMENTO
- TUBO DE PVC SANITARIO

NOTAS

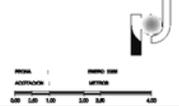
- 1. LOS CHAMBEROS DEBEN INDICARSE EN VOLUMENES EN CADA TRAMO.
- 2. TODAS LAS CONDICIONES PARA LAS SIMILARES DEBEN SER LAS MISMAS.
- 3. TODAS LAS RUBICAS DE PVC CONDUCIDAS DEBEN SER DE PVC SANITARIO.
- 4. EL TUBO QUE SE SALE DE PARA EL DESAGÜE DE LAS AGUAS RESIDUALES DE CEMENTO O DE PVC SANITARIO DE P.
- 5. LOS DIMENSIONES PARA RECOMENDACIONES PARA DE 80x40 CM.



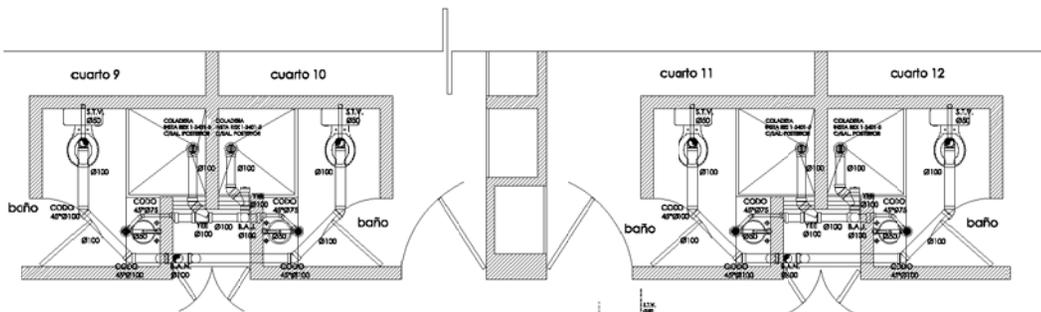
CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
PLANTA BAJA
INSTALACIÓN SANITARIA

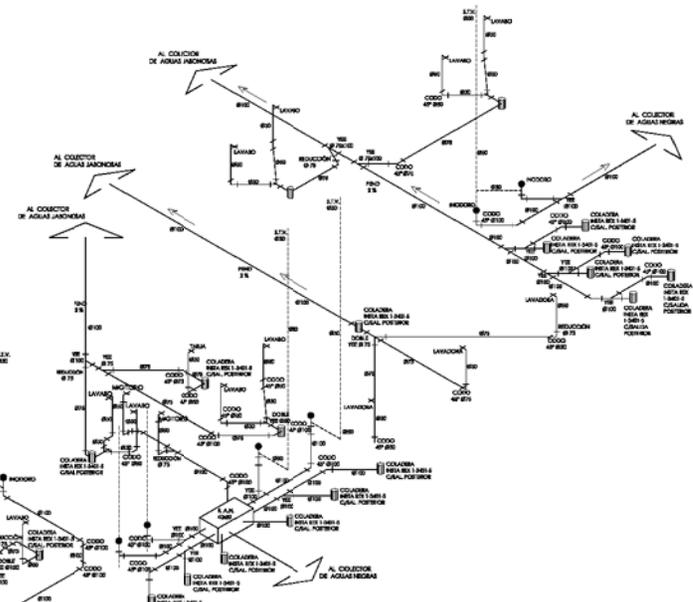
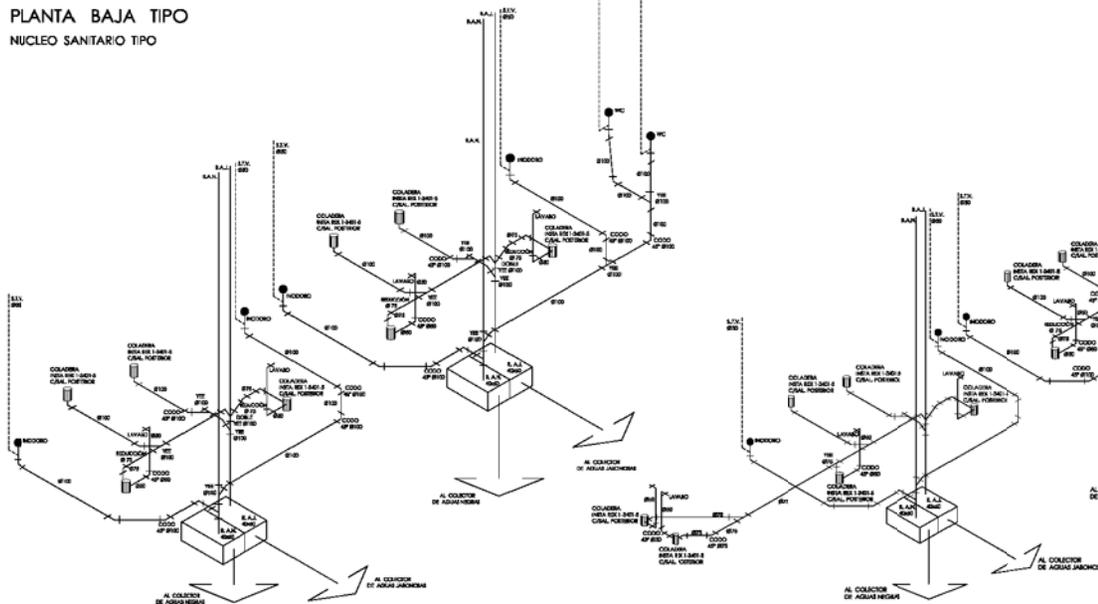
PEDRO JUAN VIVAS



IS-01



PLANTA BAJA TIPO
NÚCLEO SANITARIO TIPO



ISOMÉTRICO PLANTA BAJA
ZONA DE HOSPITALIZACIÓN



UNAM

fes aragón

SIMBOLOGÍA

- R.A.A. BALDOSA DE AGUAS RESIDUALES
- R.A.A. BALDOSA DE AGUAS RESIDUALES
- C.O.L.O.S.T.A. NEVA RES. 1.540'1 O 0.91' BALDOSA DE AGUAS LIMPIAS DEPENDIENDO LA CANTIDAD
- R.A.A. RECEPTOR DE AGUAS RESIDUALES
- R.A.A. RECEPTOR DE AGUAS JABONOSAS
- ▨ I.C. TUBO DE CEMENTO
- TUBO DE PVC SANITARIO

NOTAS

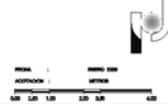
- 1. LOS CHAMBEROS SERÁN INDICADOS EN EL PLANO DE CADA TUBO.
- 2. TODAS LAS CONEXIONES POR LAS QUE SEAN CONDICIONES DE TUBO EN REDONDA.
- 3. TODAS LAS TUBERÍAS DE PVC CONECTADAS CON CONEXIONES BRIDAS EN TUBO DE 2" O 3" DE DIÁMETRO.
- 4. EL TUBO QUE SE SALE PARA EL DRENAJE DE LAS AGUAS RESIDUALES DE CEMENTO O DE PVC SANITARIO DE 4" DE DIÁMETRO PARA RECEPTORES PARA DE 80x40 CM.



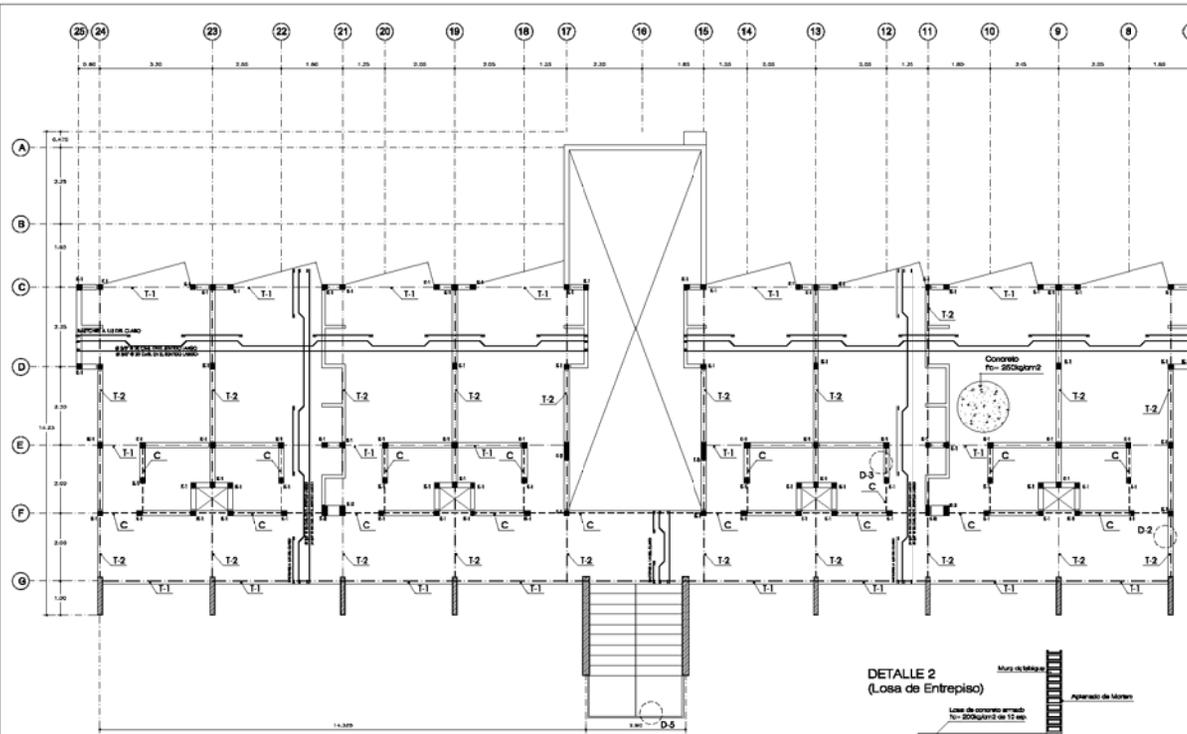
CENTRO DE ATENCIÓN A JOVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN
PLANTA TIPO E ISOMÉTRICO
INSTALACIÓN SANITARIA

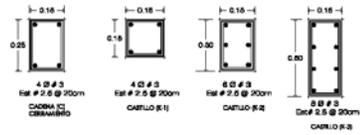
PEDRO JUAN VIVAS



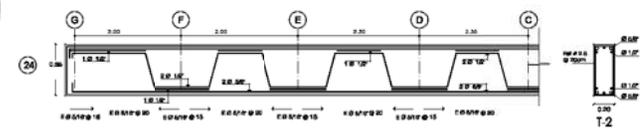
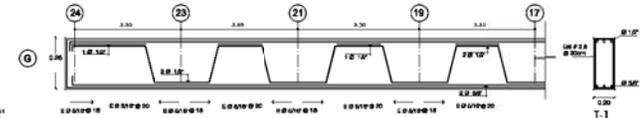
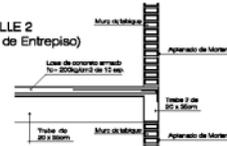
IS-02



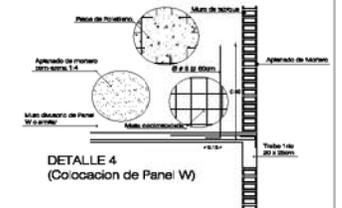
LOSA AZOTEA



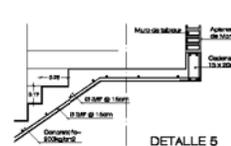
DETALLE 2 (Losa de Entrepiso)



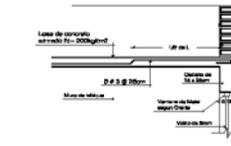
DETALLE 3



DETALLE 4 (Colocación de Panel W)



DETALLE 5



DETALLE 6



UNAM

les aragón

MEMORIA GENERAL

1. APLICACIÓN DE CONEXIONES ENTRE BARRAS.
2. APLICACIÓN DE BARRAS EN CORNEROS Y EN LOS PUNOS DE VIGAS Y COLUMNAS.
3. DETALLE DE BARRAS EN CORNEROS.

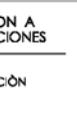
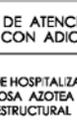
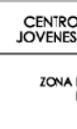
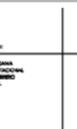
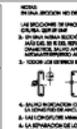
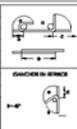
NOTAS DE MATERIAS

1. CONCRETO F-20 (200kg/m³).
2. BARRAS DE ACERO E-240 (240kg/m²).
3. BARRAS DE ACERO E-240 (240kg/m²).

NOTAS DE ARMADOS Y ANCLAJES

1. LOS ARMADOS DE ANCLAJE DE BARRAS DE ACERO E-240 (240kg/m²).

VALOR #	CONCRETO F-20 (kg/m ³)	BARRAS E-240 (kg/m ²)
1	20	240
2	20	240
3	20	240
4	20	240
5	20	240
6	20	240
7	20	240
8	20	240
9	20	240
10	20	240
11	20	240
12	20	240
13	20	240
14	20	240
15	20	240
16	20	240
17	20	240
18	20	240
19	20	240
20	20	240
21	20	240
22	20	240
23	20	240
24	20	240
25	20	240



CENTRO DE ATENCIÓN A JÓVENES CON ADICCIONES

ZONA DE HOSPITALIZACIÓN LOSA AZOTEA ESTRUCTURAL

PEDRO JUAN VIVAS

ES-03

VENTAJAS DE LOS EQUIPOS HIDRONEUMATICOS

- Excelente presión en toda la red hidráulica, mejorando el funcionamiento de lavadoras, filtros, regaderas, llenado rápido de depósitos en excusados, operación de fluxómetros, riego por aspersión, entre otros. Así mismo evita la acumulación de sarro en las tuberías por flujo a baja velocidad.

DESCRIPCION

Los equipos integrados incluyen:

- Motobombas
- Tanques
- Tablero de control alternado y simultaneado con protecciones
- Interruptores de presión
- Manómetro
- Cabezal de descarga
- Válvulas succionadoras en la descarga de motobombas y tanques
- Conexiones de descarga para motobombas y tanques
- Conexiones y materiales para interconectar todos los elementos eléctrica e hidráulicamente
- Base chasis estructural para mantener todos los elementos formando una sola unidad



CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

Planta Comercial ASA-JET SERIE 3000

La Planta de Tratamiento ASA-JET SERIE 3000 es prefabricada de concreto armado con aditivos impermeabilizantes integrales a la mezcla de concreto, así como sellado interior. El diseño de la Planta es modular, lo que permite aumentar capacidad según necesidades.

Estas Plantas de Tratamiento, emplean el proceso biológico conocido como "Aereación Extendida o "Digestión Aeróbica". En este proceso las aguas residuales entran en la cámara de aereación donde los contenidos son mezclados y aereados en el interior de la cámara bajo presión. Así como el aire burbujea hacia la superficie transfiere oxígeno a los líquidos de la cámara. Las bacterias aeróbicas presentes en el lodo activado en la cámara usan este oxígeno para transformar las aguas residuales en gases y líquidos puros y sin olores.

Básicamente, el proceso realizado por las Plantas de aereación extendida puede ser dividido en tres etapas: Pretratamiento, Aereación y Clarificación.

Aereación

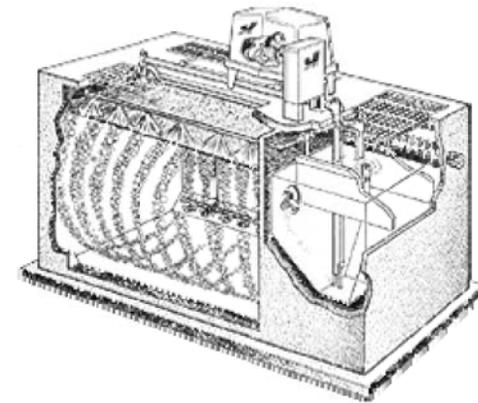
Suministra grandes cantidades de aire a una mezcla de agua residual, bacterias y otros microorganismos. El oxígeno en el aire acelera el crecimiento de microorganismos benéficos los cuales consumen la materia orgánica dañina del agua residual.

Sedimentación Secundaria

Permite que los microorganismos y desperdicios sólidos formen flocos y se sedimenten. Esta mezcla llamada también "lodo activado" puede ser mezclada con aire nuevo para recircularse al tanque de aereación.

La Desinfección

Se añade cloro al agua proveniente del Tanque de Sedimentación Secundaria antes de su vertido final. El desinfectante mata a los organismos que causan los problemas de salud.



CENTRO DE ATENCION A JOVENES CON ADICCIONES

10 PRESUPUESTO Y PROGRAMA DE OBRA

PRESUPUESTO GLOBAL POR AREAS

Área Construida: 3,150 m²

Área Pavimentada: 8,262 m²

Áreas verdes: 2,957 m²

Área Total: 14,369 m²

Área Total del Terreno: 13,235 m²

CLAVE	ESPACIO	AREA m2	COSTO m2	IMPORTE	IMPORTE (29% INDIRECTOS)
1	AUDITORIO	305.40	9,000	2'748,600	3'545,694.00
2	BIBLIOTECA	369.98	7,500	2'774,850	3'579,556.50
3	ZONA ADMINISTRATIVA	254.44	7800	1'984,632	2'560,175.28
4	ZONA DE ATENCION MEDICA	454.59	8,500	3'864,015	4'984,579.35
5	CAFETERIA	68.35	6,500	444,275	573,114.75
6	ZONA DE TALLERES	463.03	7,800	3'611,634	4'659,007.86
7	ZONA DE HOSPITALIZACION	342	12,500	4'275,000	5'514,750.00
8	SERVICIOS	175.77	4,500	790,965	1'020,344.85
9	ZONA DE RECREACION	1,907.02	1,200	2'288,424	2'952,066.96
10	ÁREA PAVIMENTADA	1,269.2	600	761,520	982,360.80
11	ESPEJOS DE AGUA	130	250	32,500	41,925.00
12	AREA VERDES	2,957.79	350	1'035,226	1'335,442.85
	TOTAL			\$24,585,641.00	\$31,746,018.20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR PARTIDAS

Presupuesto de edificio de hospitalización

CLAVE	PARTIDA	PORCENTAJE	IMPORTE
7.1	PRELIMINARES	1 %	\$ 55,147.50
4.2	CIMENTACIÓN	12 %	\$ 661,770.00
4.3	ESTRUCTURA	15 %	\$ 827,212.50
4.4	ALBAÑILERÍA	14 %	\$ 772,065.00
4.5	CUBIERTA S	12 %	\$ 661,770.00
4.6	INST. HIDROSANITARIA	5 %	\$ 275,737.50
4.7	INST. ELECTRICA	7 %	\$ 386,032.50
4.8	ACABADOS	20 %	\$ 1,102,950.00
4.9	HERRERIA Y CANCELERIA	5 %	\$ 275,737.50
4.10	CARPINTERÍA	4 %	\$ 220,590.00
4.11	JARDINERÍA	2 %	\$ 110,295.00
4.12	LIMPIEZA	3 %	\$ 165,442.50
	TOTAL	100 %	\$5,514,750.00

PROGRAMA DE OBRA EDIFICIO DE HOSPITALIZACION

CLAVE		%	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
7.1	PRELIMINARES	1 %	[Bar chart showing activity in January]												
7.2	CIMENTACIÓN	12 %	[Bar chart showing activity from February to May]												
7.3	ESTRUCTURA	15 %	[Bar chart showing activity from March to August]												
7.4	ALBAÑILERÍA	14 %	[Bar chart showing activity from March to September]												
7.5	CUBIERTAS	12 %	[Bar chart showing activity from April to October]												
7.6	INST. HIDROSANITARIA	5 %	[Bar chart showing activity from February to April and June to August]												
7.7	INST. ELECTRICA	7 %	[Bar chart showing activity from March to May and July to September]												
7.8	ACABADOS	20 %	[Bar chart showing activity from May to November]												
7.9	HERRERIA Y CANCELERIA	2 %	[Bar chart showing activity from March to April and July to August]												
7.10	CARPINTERÍA	5 %	[Bar chart showing activity from March to May and July to August]												
7.11	JARDINERÍA	3 %	[Bar chart showing activity from October to December]												
7.12	VARIOS	4 %	[Bar chart showing activity in January]												

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

El proyecto expuesto en el presente trabajo, establece una solución arquitectónica, sobre una necesidad real de Equipamiento que solicita la Delegación Iztapalapa, en la Ciudad de México.

Este Centro de Atención se fue formando en base a una serie de factores que fueron influyendo en la realización de cada uno de los espacios que conforman este conjunto. Desde la selección de los materiales, hasta la necesidad de implementar equipos especiales para un mejor funcionamiento, buscando aprovechar los recursos existentes al máximo, por medio de plantas de tratamiento de agua o plantas de energía alterna.

En este Conjunto Arquitectónico se busco cumplir con todas la necesidades requeridas por la Delegación, para poder brindar un servicio de apoyo a todos los habitantes de la comunidad que tengan la facilidad de asistir a este Centro y puedan aprovechar al máximo todos los servicios que ahí se impartan.

Todos y cada uno de los espacios creados en este proyecto se fueron conformando en base a una composición de volúmenes y fachadas, así como el manejo de materiales que se utilizan en la zona y el aprovechamiento de los materiales prefabricados que facilitan el trabajo, obteniendo así un ahorro de tiempo.

Las propuestas de instalaciones en este conjunto, son de acuerdo a un aprovechamiento de reutilización de agua, obtenida de cada uno de los edificios que conforman este Centro. Evitando así el problema que ocasionaría este Centro si toda el agua que requiere la tomara de la red municipal.

Con la realización de este proyecto se fueron conociendo y dando solución a un sin fin de necesidades que se requerían para un buen funcionamiento tanto arquitectónico como funcional de este conjunto.

BIBLIOGRAFIA

- Secretaria de desarrollo social "SEDESOL"
Tomo 1 Educación y Cultura
- GONZÁLEZ DE LEÓN, Teodoro,
Obra completa
Segunda edición publicada por Arquine + Editorial RM
Editorial RM, S.A. de CV. México, 2004
- Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal,
Editorial Trillas
México, D.F. 2004
- PANERO, Julius, Zelnik
Las dimensiones humanas en los espacios interiores
Tercera edición, Ed. G. Gili, S.A., México D.F. 1984
- VICENTE PEREZ ALAMA
El concreto armado en las estructuras
5ta Edición, Noviembre de 1977.
- CRESPO PEREZ, Wifredo,
Conexiones Estructurales
Cuaderno Auxiliar, Ed. UNAM, México D.F. 2005
- Normas para Instalaciones del IMSS "Tabla 6.4 Gastos en función de unidades-muebles", "Tabla 6.6.3
Perdidas por fricción para agua en metros"
- ¡ADICCIONES SIN DROGAS?
Echeburua
5ta edición mayo 2002 España editorial desclee de brouwer s.a
- ADICCION PREVENCIÓN REABILITACION
Víctor pierce
Primera edición abril del 2003 editorial trillas
México
- Plan de desarrollo Estratégico de la delegación Iztapalapa.
- NEUFERT.
Arte de Proyectar en Arquitectura
Ediciones G. Gili, S.A México, D.F 1991
- ALFREDO PLAZOLA CISNEROS Y ALFREDO PLAZOLA ANGUIANO
Arquitectura Habitacional Vol. I
Editorial Limusa. 1991
- ARQUEOLOGÍA MEXICANA.
Directora María Teresa Franco.
Bimestral.
México D.F.
Nº 1 Abril, Mayo 1993.
Nº 11 Enero, Febrero 1995.
Nº 24 Marzo, Abril 1997.
Nº 36 Marzo, Abril 1999.
- FRANCIS D.K. CHING.
Arquitectura: Forma, Espacio y Orden.
Ediciones G. Gili S.A de C.V. México D.F. 1989.

Ing. Becerril L. Diego Onesimo
- INSTALACIONES ELÉCTRICAS PRÁCTICAS.
11ª Edición México D.F. 1991
- LOS ESQUEMAS COMPOSITIVOS APLICADOS COMO MÉTODO DEL DISEÑO
Universidad Iberoamericana Marzo 1996
Ing. Becerril L. Diego Onesimo
Datos prácticas de Instalaciones Hidráulicas y Sanitarias.
7ª Edición México D.F. 1991
- MANUAL DE INSTALACIONES HIDRÁULICAS Y SANITARIAS.
Ing. Sergio Zepeda C.
Editorial Limusa México D.F. 1992.

Suárez Salazar.
- COSTO Y TIEMPO EN LA EDIFICACIÓN.
Editorial Limusa México S.A de C.V D.F. 1995.