



Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura
y Urbanismo.

(1)

Comunidad Terapéutica Santa Filomena



Centro de Rehabilitación de Drogas para mujeres con hijos pequeños

Alumna: Valeria Badilla Eyherregaray. / Semestre Otoño 2009.
Memoria Proyecto de Título. / Profesor Guía: Pedro Gubbins.



INDICE

1. MOTIVACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	9
3. TEMA	13
3.1. Consumo de drogas	15
3.1.1.problemática social.....	15
3.1.2. Contexto nacional.....	15
3.2. Rol del estado.....	18
3.2.1. CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes).....	19
3.2.2. PREVIENE.....	20
3.2.3. FONASA-MINSAL (Fondo Nacional de Salud / Ministerio de Salud).....	21
3.3. Rehabilitación.....	22
3.3.1. Importancia.....	22
3.3.2. Resultados.....	23
3.3.3. Tipologías de tratamientos.....	24
3.4. Comunidades terapéuticas.....	26
3.4.1. Modelo comunidad terapéutica.....	26
3.4.2. Comparación comunidad terapéutica v/s clínica psiquiátrica.....	28
3.4.3. Reglamentación Ministerio de Salud	29
3.4.4. Referentes comunidades terapéuticas	30
3.4.5. Proyecto fundación paréntesis.....	36
4. USUARIO	39
4.1. Estadísticas según edad y sexo.....	41
4.2. Oferta y demanda según sexo.....	43
4.3. Definición problemática social	45
4.3.1. Mujer Consumidora.....	45



5. TERRENO	47
5.1. Comuna de colina aspectos generales.....	49
5.1.1. Breve descripción histórica.....	49
5.1.2. Breve descripción urbana.....	50
5.2. Colina y la droga.....	52
5.2.1 Estadísticas	52
5.2.2. Datos COSAM Colina.....	53
5.2.3. Colina 1 y Colina 2	54
5.3. Elección del terreno.....	55
5.3.1. Cualidades del lugar.....	55
5.3.2. Emplazamiento.....	56
5.3.3. Normativa.....	59
5.3.4. Factibilidades.....	61
5.3.5. Imágenes.....	62
6. PROYECTO	67
6.1. Programa y relación funcional	69
6.2. Gestión.....	72
6.3. Criterios de Diseño.....	73
6.3.1. Arquitectura y rehabilitación.....	73
6.3.2. Arquitectura y paisaje.....	78
6.4. Propuesta.....	79
6.4.1. Estrategia de diseño.....	79
6.5. Partido general.....	82
6.5.1. Bloque Dormitorios	84
6.5.2. Bloque Terapias.....	87
6.5.3. Circulo.....	89
6.6. Materialidad y estructura.....	90
6.7. Planimetría	92
7. ANEXOS	97
8. BIBLIOGRAFÍA	107



(4)



1. MOTIVACIONES





1. MOTIVACIONES

La motivación por realizar este tema tiene como punto de partida la intención de continuar trabajando en la Comuna de Colina, luego de haber realizado mi Práctica Profesional en la Secretaría de Planificación Comunal del Municipio (SECPLAN). Al Estar dentro de esta área, vi como se van manejando las estrategias comunales desde la arquitectura, y como esto es fundamental para el desarrollo de un territorio en específico.

En la SECPLAN, existe dedicación hacia variados ámbitos que van desde la educación, la cultura, la seguridad comunal, la vivienda, hasta el deporte y la salud. Colina es una comuna con grandes proyecciones de crecimiento y existen planes para abarcarlo, mejorando su infraestructura y servicios. Estos servicios intentan resolver los reales problemas de la comunidad, los que tienen que ver con las posibilidades de obtener en la comuna una buena calidad de vida dentro de un contexto de ciudad periférica a la Capital.

Gracias al conocimiento de la comuna y la experiencia antes descrita, pude detectar un grave problema social asociado directamente a dicha calidad de vida, que es la drogadicción y tráfico, que sin duda afecta en su totalidad a la población, directa o indirectamente, y se esta manifestando en la demanda que existe en el servicio de salud comunal, orientados a este tema.

Es poco frecuente conocer casos en que el tema de la drogadicción se asocia a la arquitectura, es un ámbito un tanto marginal al quehacer profesional y a las publicaciones de arquitectura, motivo que me incentivó en encontrar en esta asociación el tema para mi proyecto de Título.

Además considero que realizar un proyecto de título vinculado a la drogadicción, abarca diferentes realidades asociadas a la drogadicción, ya que este problema afecta no solo la realidad emocional de las personal, si no que también las de su familia, su grupo social cercano, local o regional, generalmente estigmatiza sectores de las ciudades, interviene en la economía, en la seguridad ciudadana, es una de las motivaciones que dirigen al delito, y finalmente producen un sin numero de externalidades negativas en el contexto material e inmaterial.





2. INTRODUCCIÓN





2. INTRODUCCIÓN

El problema de la drogadicción es considerado un problema de salud crónico, que afecta las relaciones sociales, familiares y laborales de la persona involucrada, por lo que la manera inicial de abordarlo nace desde la sensibilidad que puede tener la arquitectura hacia el proceso de rehabilitación, involucrarse con el día a día de un drogadicto, conocer que ambiente es propicio para potenciar el proceso de cambio, el que se logra mediante la reflexión, la meditación, el autocontrol, y autoconocimiento.

La arquitectura si bien es una mezcla integral de especialidades, como diseño, construcción, urbanismo, etc. siempre debe inspirarse en las personas, en las posibilidades que esta puede otorgar para el desarrollo ideal de las actividades, ojala de manera práctica e inspiradora a la vez, en este caso particular he tratado de potenciar los aspectos que el diseño permite explorar como ambientales, de paisaje, las vistas, etc. por lo que el conjunto de especialidades busca estar subordinado a estas particularidades para realizarlas.

Es un constante desafío comprender las situaciones que en teoría podrían contribuir a un proceso de rehabilitación de drogas, donde confluyen situaciones asociadas a procesos biológicos y químicos de adicción como también a problemas psicológicos potentes, que determinaran si este tratamiento será llevado a cabo en su totalidad o si será abandonado. Es por este tipo de variables que el aspecto que si puede ser manejado, como son las percepciones sensoriales de los espacios, la calidad espacial de estos, su configuración y escala pasan a tomar un rol fundamental en el diseño. Para adentrarme en este campo, fue necesario vincular la "Psicología" con la "Arquitectura" y a la vez con el "Paisaje" ya que este será determinante en la contextualización del proyecto y de sus características espaciales.

Por otro lado es muy común estigmatizar este tipo de infraestructuras, asociarlas con clínicas psiquiátricas, o con una especie de cárcel, lo que se aleja profundamente del espíritu que debe tener un centro de rehabilitación, en especial en este tipo de centros, llamados "Comunidades Terapéuticas" en donde se realza el sentido de un hogar común, en donde jamás será internado alguien sin su consentimiento, y que por lo demás no lo priva de su libertad, ni de tomar decisiones como retirarse del tratamiento por ejemplo, si no que muy por el contrario, este sistema pretende que las personas se reeduchen y puedan tomar decisiones acertadas en sus vidas, con toda la libertad que amerita una situación real.

Por lo tanto el desafío principal de la propuesta radica en encontrar el equilibrio entre un diseño práctico para las múltiples actividades que se realizan en una Comunidad Terapéutica, y las posibilidades que este diseño otorga para generar un ambiente propicio para la rehabilitación, realizar la autoestima, los lazos, las motivaciones para el cambio, la meditación y confrontación con sus debilidades y problemas.





3. TEMA





3. TEMA

3.1. Consumo de drogas

3.1.1. Problemática Social

El consumo de drogas es un problema que no distingue territorios, grupos sociales, edades ni géneros, por lo que se convierte en un problema generalizado que puede afectar a toda la sociedad sin excusas. Es considerado como uno de los temas sociales más emergentes de las dos últimas décadas y la mayoría de las encuestas de opinión lo incluyen dentro de los diez temas de mayor preocupación ciudadana, según datos de CONACE. Uno de los factores que producen esta apreciación es la magnitud de crecimiento que presenta y los problemas asociados que conlleva a la sociedad en general consumidora o no consumidora.

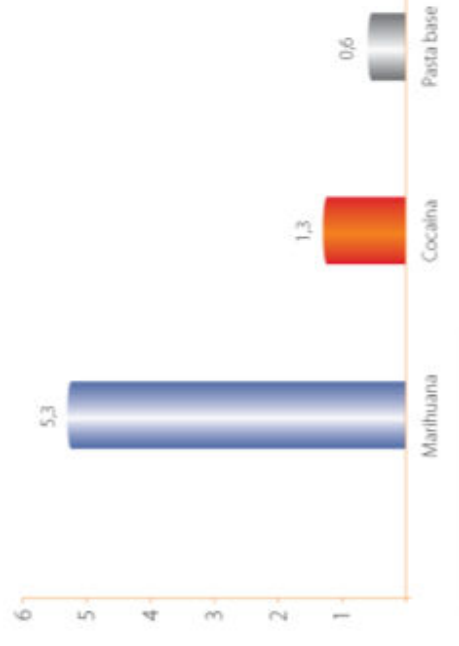
Estos problemas asociados también son variados como por ejemplo, la asociación entre drogas y delitos los que comprenden tres dimensiones principales: infracciones a la Ley de Drogas, como el tráfico, delitos que se cometen bajo la influencia de alguna droga y delitos que se cometen con el motivo de comprar o proveerse de drogas. Por lo tanto el espectro de problemas es sumamente amplio y puede afectar a un sin número de actores. Sin embargo es importante destacar que el consumo no sólo se da en un contexto de marginalidad, puede darse en altas clases sociales, como también en reclusos de centros penitenciarios, en estudiantes, trabajadores o en dueñas de casa; por lo que sugiere que el grupo social, en sus esferas más cercanas también se verá dañado desde el punto de vista de las relaciones, las responsabilidades y el trato cotidiano.

3.1.2. Contexto nacional

Para tener una apreciación real del consumo de drogas a nivel nacional el CONACE, desde hace más de una década, se ha preocupado de realizar estudios que califiquen y cuantifiquen la situación efectiva de este problema. Estos estudios desembocan en la configuración de un "Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile" hecho por el Observatorio Chileno de Drogas, perteneciente al CONACE.

Las mayores conclusiones muestran que las drogas ilícitas más consumidas en el país prevalece sobretodo en 3 tipos de drogas ilícitas, que son: la marihuana, la cocaína y pasta base. Sin duda que el mayor consumo de drogas ilícitas es el de marihuana. Se estima que de cada 4 consumidores recientes de marihuana, 1 de ellos presenta signos de dependencia a esa droga. Asimismo, un tercio de los usuarios recientes de cocaína presenta signos de dependencia, lo cual asciende a 1 de cada 2 en el caso de la pasta base.

Prevalencia de último año de consumo de marihuana, cocaína y pasta base.
(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



Tendencia del consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína y/o pasta base) según prevalencia de último año. (Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



Además existe una gran dependencia por parte de los Chilenos al consumo de psicofármacos sin prescripción médica, como anfetaminas y tranquilizantes. El problema radica en la poca conciencia que se tiene en general de que estos fármacos también producen problemas de adicción y son considerados, como de bajo riesgo en comparación con las drogas que no se venden en locales establecidos. Finalmente son consumidos con cierta aceptación social y cotidianeidad sin considerar los riesgos asociados.

La tendencia de esta última década ha demostrado que el consumo de drogas ha tenido un crecimiento moderado pero sostenido, tanto en drogas lícitas como marcando ligeramente un alza.

Por otra parte también se evidencia que la droga ilícita de mayor consumo en todos los grupos etarios, géneros y socioeconómicos es la marihuana; dentro de las drogas lícitas el consumo de alcohol y tabaco ha experimentado un cambio en la edad de inicio del consumo, es decir, más menores de 14 años comienzan a consumir estas drogas lícitas en comparación a las tasas anteriores



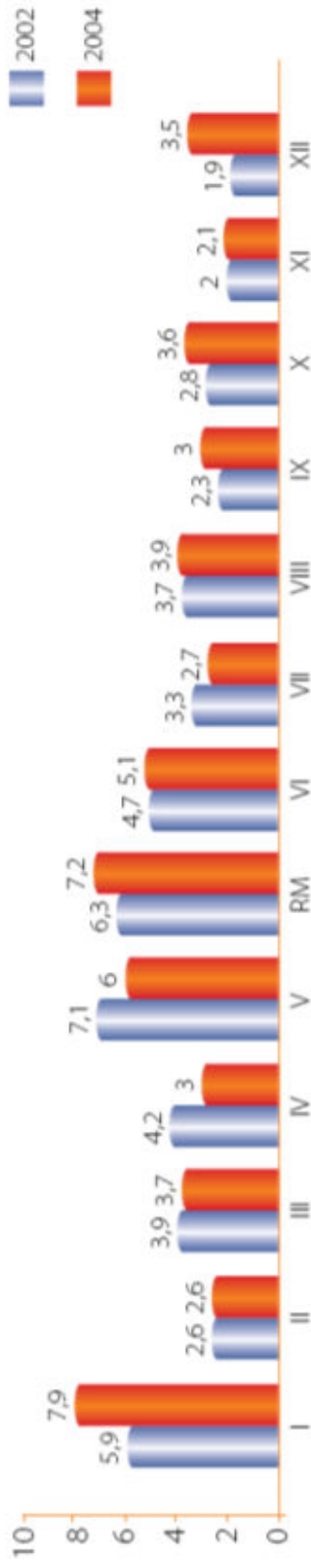
Otra de las características específicas del consumo de Drogas en Chile, es que se distribuye por todo el territorio nacional, descentralizadamente, con mayores índices en la Región Metropolitana, V Región, I Región y VI Región, para luego equilibrarse con las demás regiones.

Es importante considerar los bajos consumos que presentan las regiones al sur del país con respecto a las del norte y sobre todo destacar el caso de la VIII Región que considerando su tamaño poblacional y complejidad urbana presenta bajos índices de consumo en comparación con ciudades de sus mismas características.

De acuerdo a los estudios de CONACE, tanto en población general como en escolares, las regiones indicadas como las de mayor consumo son también aquellas en donde existe una mayor percepción de acceso a drogas y una mayor oferta directa. Según los informes estadísticos de la División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior, es en aquellas mismas regiones donde además se registra la mayor cantidad de denuncias por delitos de mayor connotación social, contra la propiedad y contra las personas. Por lo que podemos inducir la asociación directa que tiene el consumo de drogas y delitos.

Tendencia del consumo de drogas ilícitas (marihuana y/o cocaína y/o pasta base), según prevalencia de último año, por regiones.

(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



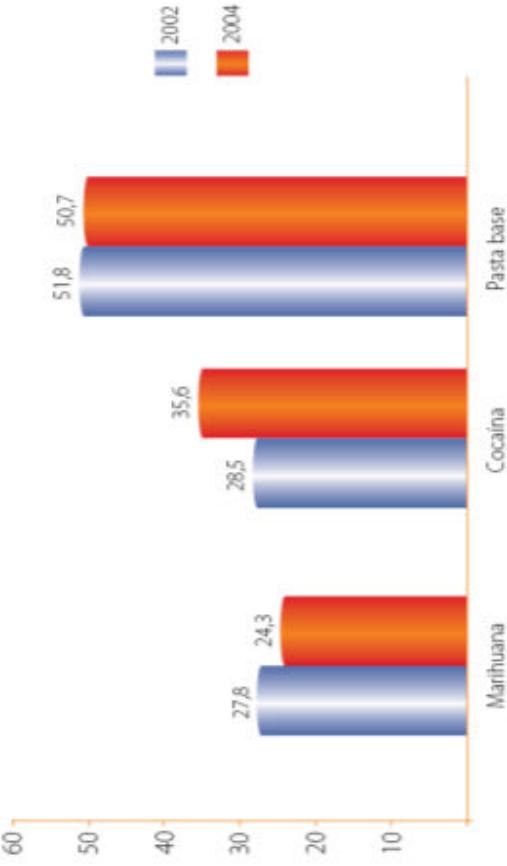
Otro punto importante es la caracterización que se hace entre dependencia, abuso y consumo problemático de Drogas, criterios adoptados desde la Organización Mundial de la Salud. En el caso de las drogas ilícitas, una medida de aproximación a dependencia se relaciona con la detección de los siguientes signos o síntomas:

- Síntoma de privación: se usa la droga para evitar algunos problemas o éstos aparecen cuando se deja de usar la droga;
- Tolerancia: se requiere consumir más drogas que antes para producir el mismo efecto o la misma cantidad de drogas tiene menos efectos; y
- Uso compulsivo: se usa drogas a pesar de que se tiene la intención de no hacerlo o de que ella provoca manifestamente problemas y trastornos que se desearían evitar.

En cambio el abuso implica un uso continuado o recurrente de una sustancia psicoactiva, sin que se reúnan los criterios para el diagnóstico de dependencia a dicha sustancia. Finalmente una sujeto con consumo problemáticos de drogas ilícitas, se refiere a quienes recientemente presentan signos de abuso y/o dependencia a alguna de las tres drogas ilícitas de mayor uso en Chile.



Evolución de la tasa de consumidores con signos de dependencia a las drogas ilícitas.
(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



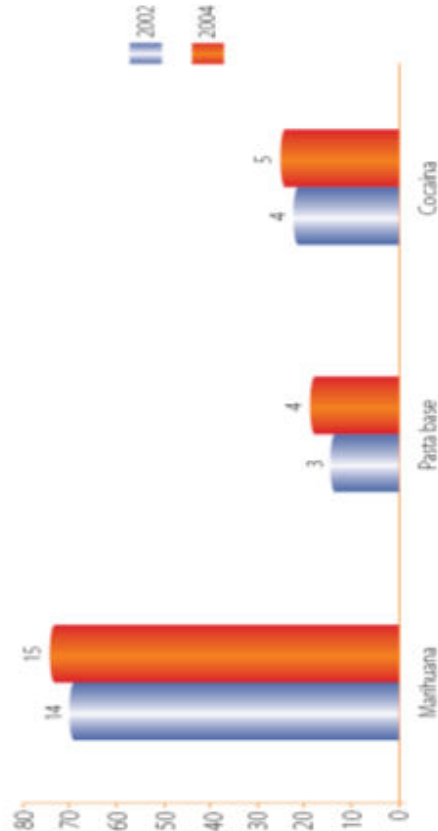
En este caso, la droga ilícita que produce mayor adicción es la pasta base, luego la cocaína y por último la marihuana; a pesar de que en los últimos años ha bajado la dependencia a la pasta base y la marihuana y a aumentado el de la cocaína.

A la vez existen dos conceptos importantes que influyen en el consumo o el NO consumo de drogas ilícitas en el país, uno es la percepción de riesgo, es decir, quienes consideran mayor o menormente peligroso el consumo de alguna de estas drogas, este concepto fija una barrera subjetiva frente al uso de drogas (quienes perciben gran riesgo tienden a evitar el uso de drogas), mientras que el segundo concepto describe la dificultad de acceso a las drogas, es decir, la barrera entre demanda y oferta de la zona fija una barrera objetiva (limita las oportunidades de consumo de quienes tienen una predisposición a hacerlo).

3.2. Rol del estado

Debido a que la drogadicción es considerada un problema de Salud Pública en nuestro país, el estado tiene diferentes programas y organismos asociados a la prevención, estudio y tratamientos, mediante los cuales aborda el tema.

Evolución 2002 -2004 de la oferta directa (%) de drogas ilícitas.
(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



3.2.1. CONACE

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes nace en 1990, con el fin de implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país, depende directamente del Ministerio del Interior. Utilizan sus redes sociales para coordinar y ejecutar programas de prevención del consumo de drogas, tratar su uso abusivo e informar a la ciudadanía sobre alcances del fenómeno. También aborda el tráfico ilícito de sustancias por medio de un control policial y legislación adecuado.

Hoy, CONACE utiliza todo el conocimiento técnico y la capacidad legal y administrativa disponible para organizar una tarea a escala nacional. Este trabajo es posible gracias a la cooperación de todos los órganos e instituciones nacionales e internacionales involucrados.

CONACE es el organismo que realiza los estudios y proporciona la información necesaria para poder planear las políticas de gobierno a seguir, además, es quien da la asesoría técnica a todas las ramas asociadas de tratamiento, en consultorios o programas residenciales y prevención como con el programa PREVIENE. Además desde este organismo surgen las posibilidades de financiamiento para diferentes programas, mediante procesos de concursos, proyectos, etc. Aparte es el ente que genera difusión acerca del tema de las drogas, mediante publicidad, congresos, conferencias, noticias, crea manuales de intervención para padres, profesores, etc. A la vez es el ente que mantiene un control de la actividad profesional en el área, valida centros de rehabilitación, organiza los cupos residenciales, y esta en directa relación con los servicios de salud pública para recoger los problemas externos que puede provocar esta enfermedad, como delitos, violencia intrafamiliar, problemas de familias con riesgo social, etc.



Logo oficial CONACE / PREVIENE.
(Fuente: www.conacedrogas.cl)



Campaña publicitaria año 2008 CONACE.
(Fuente: www.conacedrogas.cl)



3.2.2. PREVIENE

El programa PREVIENE, depende de CONACE, y esta dirigido a la prevención del consumo de drogas, enfocado a escala comunal. PREVIENE, tiene la cualidad de trabajar con pequeños grupos de personas dentro de las comunas, conformados generalmente por dirigentes vecinales y representantes de los municipios, abarcando barrios, colegios, etc. La hipótesis que sustenta este programa es que es en el entorno inmediato donde se puede realizar la real prevención de manera efectiva y rápida, es desde donde se pueden recoger inquietudes y necesidades, además es el lugar donde se pueden proponer soluciones directas a corto plazo para comunidades con problemas específicos, de esta manera se busca mejorar la calidad de vida de las personas. Actualmente el programa PREVIENE, se encuentra trabajando en 140 comunas del país.

Abarca diferentes ámbitos de trabajo como por ejemplo:

Comunitario: donde el objetivo es formar agentes comunitarios y promover la participación y compromiso de los ciudadanos en la ejecución de los programas preventivos.

Salud: El objetivo es sensibilizar e informar sobre los riesgos del consumo de sustancias, mediante talleres en los consultorios comunales; facilitar la detección precoz e intervención temprana en la población de riesgo, y facilitar el acceso de personas con consumo problemático de drogas a programas de tratamiento ambulatorio en los "COSAM" (consultorios de salud mental) o residencial en Comunidades Terapéuticas.

Familiar: El objetivo es formar agentes para desarrollar programas y acciones de prevención al interior de las familias y apoyarlas en la prevención.

Educacional: El objetivo es promover e implementar los programas de prevención escolar, como también las políticas de prevención integral al interior de las unidades educativas, educando a todo el campo estudiantil, desde profesores, directores y alumnos.

Laboral: El objetivo es implementar los programas "Trabajar con calidad de vida" y "Prevenir en Familia" en instituciones públicas y privadas de la comuna, y facilitar la integración social y ocupacional de las personas con consumo problemático de drogas.

Vulnerabilidad social: Diagnosticar la situación de vulnerabilidad de la comuna y sus barrios conflictivos para articular redes de intervención psicosocial y rehabilitación.

Jóvenes: Potenciar el trabajo preventivo con jóvenes a nivel comunitario e informar a los jóvenes sobre la oferta programática y la red asistencial con que cuentan las personas con consumo problemático de drogas.



3.2.3. FONASA - MINSAL

El fondo nacional de la salud junto con el ministerio de salud, son quienes manejan el acceso a tratamiento de las personas con consumo problemático de drogas. Al ser considerado un problema de salud crónico, en una primera instancia el tratamiento comienza de manera ambulatoria en los “CESFAM” (centros de salud familiar) de cada comuna, donde las personas con este tipo de problemas son atendidas por un grupo multidisciplinario de profesionales del área, como psicólogos, médicos especialistas en salud familiar, psiquiatras, asistentes sociales, etc.

Para acceder a estos tratamientos se realiza el procedimiento habitual de los servicios de atención de salud pública, permitiendo el acceso muchas veces gratuito o de escaso valor a todas las personas que lo necesiten. FONASA da cobertura de salud a sus más de 11 millones de beneficiarios sin discriminación de edad, sexo, o situación de salud, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que son otorgadas por profesionales e instituciones tanto del sector público como del privado en convenio con la institución.

Es indispensable esta alianza entre salud pública y el problema de las drogas ya que es desde aquí donde proviene el financiamiento de gran parte de los tratamientos ambulatorios y también residenciales que existen en el país.



3.3. Rehabilitación

3.3.1. Importancia

La rehabilitación consiste en un proceso integral y sistemático que atiende los factores biológicos, sociales, psicológicos y de contexto.

La rehabilitación es el único camino posible para lograr una transformación en las personas como solución a su consumo problemático de drogas, la rehabilitación busca entregar a las personas las herramientas para reinserirse socialmente, y controlar de manera autónoma su adicción a las sustancias psicoactivas. La rehabilitación otorga la posibilidad de acceder a tratamiento psicológico, médico, de desintoxicación, social y laboral, con el propósito de que la calidad de vida de estas personas sea totalmente incompatible con el consumo de drogas.

La necesidad de tratamiento se inscribe para personas que según los criterios de la OMS, las definen con “uso” problemático, es decir, abuso o dependencia de drogas, lo que en los últimos estudios ha llegado a una cifra aproximada del 40% de las consultas por uso de drogas, sin embargo de estas personas tan sólo aproximadamente el 9% reconoce tener problemas serios y la necesidad de acceder a un tratamiento. Este punto es fundamental para las estadísticas, ya que un tratamiento de rehabilitación no puede ser ejecutado sin la voluntad explícita de la persona involucrada, ya que es un proceso muy personal, y que tiene un porcentaje de adhesión y seguimiento muy bajo si no se cuenta con el compromiso del afectado.

Necesidad de tratamiento de personas con signos de dependencia y consumo problemático de drogas ilícitas.

(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)

Signos de dependencia a:	Necesidad de Tratamiento	
	Casos	%
Mariguana	10.388	9,3
Pasta Base	7.070	25,9
Cocaína	6.555	16,5
Cualquier droga ilícita	17.056	11,4
Consumo Problemático	19.648	9,6

Recibir tratamiento y rehabilitación es un derecho en Chile, por mandato legal, lo que se extiende hacia los infractores de ley, responsabilidad Penal Juvenil (infractores de ley y medio libre); Ley de Drogas (Nº 20.000); Reforma Procesal Penal, y casos derivados de Tribunales de Familia. Al respecto, se ha diseñado un sistema de tratamiento y rehabilitación para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas (Ley 20.084) entre el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), el Ministerio de Salud Pública (MINSAL) y el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Esto refleja lo amplio del espectro de las personas que necesitan rehabilitación, por lo que se han creado planes de tratamientos diferentes y enfocados en cada uno.



3.3.2. Resultados

Se han realizado diferentes estudios de seguimiento para definir los resultados de los tratamientos de rehabilitación, estas evaluaciones son fundamentales para ir corroborando los objetivos planteados y mejorar las políticas y métodos de tratamiento. Se realizan estudios según el mantenimiento y cambio de los logros esperados en los diferentes tipos de tratamiento, a personas que ya han terminado por lo menos hace 6 meses, un año o medio su proceso. Además es importante mencionar que el estudio realizado por CONACE, incluye a personas que han sido dadas de alta o que han abandonado el procedimiento de rehabilitación. Es importante mencionar que los logros terapéuticos que se evalúan son: el patrón de consumo, la situación de salud mental y física, la situación ocupacional, situación legal, situación familiar y las relaciones interpersonales.

Prevalencia de consumo de drogas en pacientes antes del tratamiento, a un mes del egreso, a 6 meses y al año del egreso del tratamiento.

(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)

	Altas terapéuticas				Abandono tratamiento			
	Antes Tto.	Egreso	6º mes	1º año	Antes Tto.	Egreso	6º mes	1º año
Alcohol	65,9	6,7	11,9	18,7	58,7	23,6	24,3	23,8
Tabaco	47,4	4,5	3,0	10,5	52,9	15,0	11,4	16,4
Marihuana	60,0	6,0	6,7	9,7	55,8	22,1	16,4	17,1
Pasta base	83,0	4,5	9,7	3,7	82,6	15,0	15,0	13,6
Cocaína	82,2	5,2	3,0	3,7	82,6	13,6	15,7	7,9

En este cuadro se puede concluir que los pacientes con altas terapéuticas tienen mayores índices de recuperación a sus pares que han abandonado el tratamiento, lo que confirma que es fundamental para el resultado de este, que la decisión de rehabilitarse sea consciente por parte del afectado.

Sin embargo, aun en los pacientes que han abandonado el tratamiento, se demuestra una baja considerable en sus problemas de drogadicción, lo que permite suponer que el tratamiento siempre será efectivo a pesar de no tener una gran adherencia por parte del sujeto.



3.3.3. Tipologías de tratamientos

El sistema de salud pública divide los tipos de tratamiento para la rehabilitación de drogas, segmentados según la intensidad del consumo problemático, lo que genera una escala de intervención cada vez más intensa, estos son atendidos según su grado mediante derivaciones de especialistas en CEFAM, COSAM y/o hospitales de la red pública de Salud.

En cada caso se trabaja en conjunto con la familia, se realiza una evaluación del compromiso biopsicosocial de la persona, apoyándolo y dándole herramientas para producir el cambio, realizando intervenciones terapéuticas y educativas, además busca intervenir en los patrones de consumo, en las posibilidades de recaídas y también reeducar las habilidades sociales. Se ejecutan un conjunto de actividades, como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, sicoterapia individual y de grupo, Psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Estas tipologías son:

- **Tratamiento ambulatorio básico:** se realiza en casos en que las personas presentan un consumo problemático pero que no afecta su vida cotidiana, es decir, tienen un trabajo estable, viven con su grupo familiar, etc. Tiene una duración estimada de 6 meses, 3 días a la semana, 2 a 4 horas por día. Estos tratamientos pueden llevarse a cabo en establecimientos de atención primaria (consultorios, centros de salud familiar, hospitales tipo 4), centros de nivel secundario a cargo de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en Cosam, CRS, CDT, establecimientos privados asociados a la red de salud, debidamente acreditados por el Servicio de Salud (ONG, fundaciones, consultorios parroquiales u otros).
- **Tratamiento ambulatorio comunitario:** la duración estimada de este tratamiento es de 10 meses y su principal función es tratar a la población infante adolescente en vulnerabilidad social, que son niños y adolescentes que se encuentran en riesgo social y fuera de las redes públicas de salud y educación y que además sus lazos familiares son débiles o inexistentes, un ejemplo son los niños en situación de calle, o que están en centros de protección ya que han sido víctimas de la explotación sexual; la intervención y su incorporación al tratamiento se realiza gracias a acciones comunitarias de CONACE, SENAME y/o ONG.
- **Tratamiento ambulatorio intensivo:** este tratamiento está destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, con o sin presencia de enfermedades mental o física, esto quiere decir que tienen pérdidas significativas personales, familiares, laborales, que le han dificultado continuar desarrollando sus actividades habituales y su vida normal. Se desarrolla dentro de un centro de tratamiento durante el día, lo que incluye la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan durante la permanencia en el establecimiento, su duración promedio es de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, 4 a 6 horas por día. Se puede efectuar en establecimientos de salud de nivel secundario (Cosam, CRS, CDT, Hospital de Día, servicios de psiquiatría); Comunidades terapéuticas ambulatorias, debidamente acreditadas por el Servicio de Salud.



- **Tratamiento residencial comunidad terapéutica:** esta prestación está destinada a personas con dependencia a drogas y compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos y reincidencia, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar ni social, con trastorno siquiátrico severo, además de profunda auto percepción de inoperancia e improductividad). La persona afectada se interna en forma residencial en una comunidad terapéutica. Los objetivos específicos son fomentar la reinserción social, como manera de sacarlos de su círculo vicioso, reestructurar sus estilos de vida acercándolos a comportamientos sanos y realizar seguimiento post alta, de manera de ir produciendo el traslape entre la vida dentro de la comunidad y su reinserción con su contexto habitual de manera paulatina y menos violenta. Además al dar de alta es necesario derivar a la red de atención de salud que corresponda.

Esta internación tiene una duración aproximada de 10 meses en plan residencial continuo, es decir, los 7 días de la semana, las 24 horas del día, existiendo permisos de salida los fines de semana, sin embargo este no es un plan privativo de libertad. El plan de seguimiento contempla 3 meses luego de terminado el plan residencial, incluyendo visitas domiciliarias, consultas de salud mental, intervenciones grupales y familiares.

Este tipo de tratamiento se realiza en centros de rehabilitación de drogas, denominados “Comunidades Terapéuticas” las que deben estar acreditadas por el Servicio de Salud.
- **Tratamiento Corta Estadía Desintoxicación (UDX):** La duración promedio es de 1 mes y tal como lo explica su nombre, su objetivo fundamental es la desintoxicación, y que en este proceso la persona se sienta apoyada en la retirada del uso de drogas, para estabilizarla en su síndrome de abstinencia, y fortalecer la motivación al tratamiento para que éste pueda continuar en la modalidad que corresponda, según el caso.

Es una modalidad terapéutica altamente estructurada y con supervisión clínica continua, las 24 horas al día, para quienes no han logrado realizar un proceso de desintoxicación ambulatorio o cursan con una intoxicación severa. Este programa es de ejecución especializada; exige frecuente presencia de psiquiatra y de otros profesionales de salud mental de alta calificación, además de un buen soporte de técnicos entrenados. Por existir la posibilidad de tratarse de niños, niñas y adolescentes, la modalidad está enmarcada en el contexto institucional de protección, contención y facilitación de su desarrollo integral.

Usualmente las unidades de desintoxicación se instalan en hospitales o clínicas. Se ingresa a ellas a través de derivación o referencia de otro dispositivo de la red asistencial sanitaria o de drogas.



3.4. Comunidades terapéuticas

3.4.1. Modelo comunidad terapéutica

Es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de pacientes con adicción severa a las drogas. Son proyectos educativo - terapéutico, para la rehabilitación y sobre todo la reinserción social. Desarrollados a través de terapias en diversas escalas, individuales, grupales, familiares y comunitarias en donde se vive en comunidad y el paciente es responsable de variadas actividades. Considera relevante en la Terapia la participación de la familia y la red social.

La recuperación involucra no sólo la desintoxicación, sino que da énfasis en *restablecer* las habilidades conductuales, las actitudes y valores asociados a convivir en una sociedad. Se desarrolla con un equipo de profesionales de la salud mental, además de las familias y también son monitoreados por los propios ex adictos o adictos en reeducación. Se estructura de la siguiente manera:

Área Administrativa, Área terapéutica (Talleres ocupacionales, salas de terapias grupales), Área Comunidad (dormitorios, comedores, estar), Servicios (Cocina, baños), Áreas de recreación y ocio. (Pacios, áreas deportivas)

El concepto de Comunidad Terapéutica nace con el Dr. Maxwell Jones, Psiquiatra inglés, en las primeras décadas del siglo veinte a partir de su trabajo con pacientes psiquiátricos crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton. Él identificó que el concepto de clínica psiquiátrica en la manera en que se han estado ejecutando, más se acercaba al concepto de cárcel y generaba trastornos secundarios a los pacientes con respecto a su desarrollo con la sociedad, por lo tanto ejercía una influencia negativa en los resultados finales de los tratamientos. En su obra clásica en 1952 " Psiquiatría social, un estudio sobre las CC.TT." revoluciona las expectativas del tratamiento psiquiátrico y médico en general. Analiza la convivencia, la atmósfera, y la organización terapéutica, la confrontación cotidiana a los problemas determinándolos como parte fundamental del progreso de un paciente. Se destaca la relación entre profesionales y técnico con los pacientes, donde se generan lazos y están emocionalmente implicados no solo en la curación sino también en la administración del recinto, siendo para ello imprescindible una libertad en la comunicación entre "staff" y pacientes, una flexibilidad que contrasta con las clínicas psiquiátricas clásicas, construyendo así una cultura terapéutica que idealmente transformara el antiguo tratamiento coercitivo en un proceso educativo y sobretodo de reaprendizaje social. El vivir y trabajar en una Comunidad Terapéutica Significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto de los valores y los derechos inalienables del ser humano y en un ambiente de solidaridad y fraternidad, aquí son los propios residentes los gestores conjuntos en el proceso de crecimiento y desarrollo personal, y el contacto es directo.

En este sentido, es la propia persona la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo. En el trabajo en la C.T. los residentes tienen un papel fundamental, pues ellos son los protagonistas del tratamiento; en sí mismo, el estilo relacional de la C.T. es el principal elemento terapéutico.



La Comunidad Terapéutica es parte de la Comunidad Social, es una base afectivo-espiritual y utiliza una relación de tipo horizontal, aquí son los propios residentes los gestores conjuntos en el proceso de crecimiento y desarrollo personal, y el contacto es directo. La C.T. basa la posibilidad de recuperación en grupo o comunidad, en que se espera lograr un nuevo estilo de vida basado en los valores como concebir la familia y los amigos, el sentido de la amistad, el sentido de la vida, y luego la reinserción social y laboral.

En este sentido, es la propia persona la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo. En el trabajo en la C.T. los residentes tienen un papel fundamental, pues ellos son los protagonistas del tratamiento; en sí mismo, el estilo relacional de la C.T. es el principal elemento terapéutico.

Existen 8 conceptos esenciales de trabajo en el modelo de comunidad terapéutica.

1. Participación:	Las personas son autores activos de su propio proceso de cambio.
2. Compromiso y responsabilidad compartida:	Todos los participantes proveen opiniones y observaciones y se hacen responsables de ellas.
3. Uso de roles modelos:	Cada participante es un modelo del proceso de cambio (ser un espejo en lo que ellos deben y pueden cambiar)
4. Uso de normas y valores compartidos:	Reglas, normas sociales y reglamentos tienen como fin proteger la integridad física, emocional y psicológica de la Comunidad.
5. Régimen de trabajo y de rutina diaria compartido:	Las actividades de la comunidad se realizan a través de un claro y definido sistema de rutinas y trabajos, como una forma de romper la forma desordenada de vida de las personas dependientes. La consigna es volver a la rutina de la "normalidad", con tiempos definidos de actividad, terapia y descanso. Toda actividad es comunitaria y compartida.
6. Comunicación abierta:	Se fomenta una comunicación abierta, cara a cara y en espacios comunitarios. El principio de la confidencialidad es garantizado.
7. Relaciones sociales:	La presión social de los miembros de la comunidad es en sí una forma de presión y de control social, se vive del ejemplo y compromiso de cada uno de los miembros de la comunidad. Las relaciones que se gestan al interior de la comunidad crean y son la base de una futura red de apoyo externo.
8. Desarrollo por etapas o fases:	Las fases o etapas de desarrollo y de crecimiento representan incrementos en el aprendizaje de la persona. Esta se moviliza en un sentido incremental de una fase a otra ganando conocimiento y experiencia.



3.4.2. Comparación comunidad terapéutica v/s clínica psiquiátrica

Como se explicó anteriormente, es importante entender las diferencias entre una comunidad terapéutica y una clínica psiquiátrica, ya que es fundamental para el desarrollo de los objetivos de una rehabilitación de drogas. El trato, el ambiente, el funcionamiento, la estructura y sin duda los espacios, están configurados con objetivos muy opuestos.

Además es común confundir una Comunidad Terapéutica con una Clínica Psiquiátrica, estigmatizándola con un lugar donde se mantendrá encerrados a los pacientes, donde tal vez estarán sedados constantemente, bajo un sistema autoritario y represivo, estigma muy contrario a lo que se pretende de una comunidad terapéutica, en ellas, el paciente es parte de un grupo en donde será acogido, respetado y apoyado en su problema.

Comunidad Terapéutica	Clínica Tradicional
El espacio fomenta lo comunitario	El espacio fomenta la individualidad
Es fundamental convivir y trabajar con los pares	Existen áreas restringidas entre grupos
Favorece el encuentro	Subdividido en áreas y categorías
Es un lugar con música y actividades constantes	Se necesita silencio
Espacios que estimulan la diversidad, el contacto y la comunicación	Espacios Monótonos, parciales y equilibrados, que buscan la tranquilidad



3.4.3. Reglamentación Ministerio de Salud

El MINSAL, mediante el reglamento N° 2298 “para los establecimientos de rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas, a través de la *modalidad comunidad terapéutica y para ejercicio de la actividad de técnico en rehabilitación de personas con dependencia a drogas*”, que fue publicado en el diario oficial el 5 de febrero de 1996, especifica el concepto de comunidad terapéutica, determinando que es un centro de rehabilitación, como se ha dicho anteriormente, es un lugar en donde se busca la reeducación del individuo, la autoayuda y actividades psicosociales con el propósito de conseguir la rehabilitación y reinserción social, además se aclara que estas personas deben asistir voluntariamente al programa, a no ser de tratarse de una situación legal, donde se determine mediante recurso de protección para el individuo y su círculo cercano la internación obligatoria por cierto periodo de tiempo. También se determina la metodología base para el tratamiento, especificando los criterios de evaluación, control, diagnóstico e intervenciones.

Las instalaciones en las que se desarrollan las actividades del programa de rehabilitación deberán satisfacer las exigencias de higiene y seguridad para todas las personas sometidas al programa y para el personal que realiza la rehabilitación. Para verificar que estas exigencias son cumplidas, el Director del servicio de salud del territorio determinado donde se ubiquen debe dar una autorización sanitaria al establecimiento y será su responsabilidad inspeccionarlo.

Estas instalaciones deberán considerar servicios higiénicos, salas de estar, depósito de residuos sólidos, áreas de trabajo grupal, zonas de estar, zonas de recepción, zonas de circulación (pasillos), dormitorios, comedor y dependencias de cocina, además de un espacio privado para guardar sus efectos personales. Estas autorizaciones tienen validez de 3 años, siendo renovadas automáticamente a menos que existan razones calificadas para disponer su caducidad, mediante resolución de la Dirección del Servicio de Salud, así y todo tres meses antes del vencimiento de cada período trienal, la autoridad sanitaria deberá inspeccionar el establecimiento con el fin de reeditar la existencia en él de las condiciones que hacen posible su funcionamiento y formulará las exigencias que deriven de ello, fijando un plazo prudencial para su cumplimiento.

Además el decreto especifica las responsabilidades del personal que trabaja en las comunidades terapéuticas, como el director, los técnicos en rehabilitación, etc., y también las profesiones idóneas para los cargos; como del mismo modo se describen los derechos de los pacientes, como a la privacidad, a la recreación y a que sea respetada su libre voluntad de renunciar a la permanencia en el programa terapéutico.

(Este decreto se encuentra en su extensión total en el capítulo de anexos)



3.4.4. Referentes comunidades terapéuticas

Comunidad Terapéutica Manresa / Hogar de Cristo

Se ubica a las afueras de Santiago en la comuna de Lampa, recibe jóvenes desde los 14 años en adelante, en modalidad residencial diferenciada por sexo, además recibe madres con hijos pequeños; depende del Hogar de Cristo, esta Comunidad fue realizada específicamente para estos fines. Además es una de las pioneras en realizar este tipo de servicios en el país y ha marcado pauta. Se desarrolla en un terreno de aproximadamente 2 Hás, dentro de un entorno natural, ubicado en la comuna de Lampa, al norte de Santiago. Mantiene convenio con Fonasa-Minsal, lo que otorga cupos para la red de salud pública.



Se divide en 2 áreas, la casa masculina es la más antigua (1991) y acoge a 60 hombres entre 18 y 30 años, la casa femenina existe desde el año 96 y tiene acogida para 40 mujeres entre 14 y 30 años.

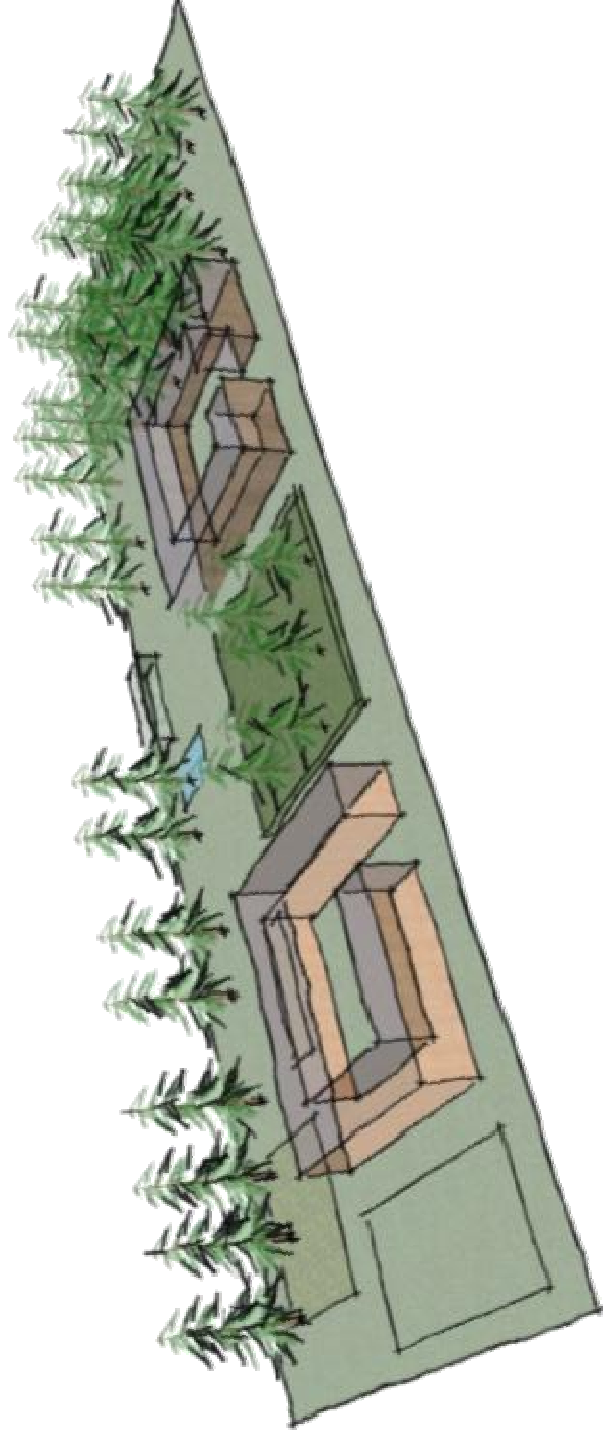
La arquitectura de Manresa tiene un marcado interés por el paisajismo que se integra a la obra con un gran patio central, alrededor de este se desarrolla el programa. El material utilizado es siempre madera, construida en un solo piso, asemejando una casa de campo. Incluye programa recreativo deportivo, como canchas y piscinas. Además existen huertos de hortalizas. Esta caracterización del lugar, permite generar una ambiente de “retiro espiritual” para el paciente, desligándolo de su contexto viciado, y acercándolo a lo natural, a sus sentimientos y a sus pares.

Imágenes Comunidad Terapéutica Manresa. (Fuente: reportaje año 2002 www.chicureo.cl)



La configuración espacial de Manresa, es simple, separa la residencia de varones de la de mujeres, uniéndola con una plaza común que genera un espacio de distribución a los programas recreativos como la piscina, el invernadero, y las áreas verdes.

Sin embargo es fácil desprender que cada unidad funciona independiente de la otra, en un sistema introspectivo.



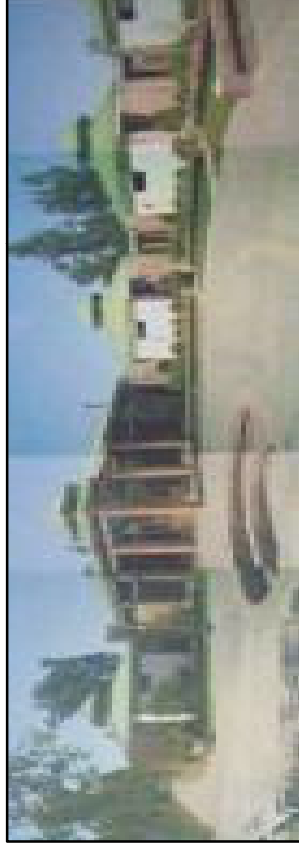
Volumetría y planta esquemática Comunidad Terapéutica Manresa. (Elaboración propia)



Comunidad Terapéutica Credho

Fue construida el año 1997, esta ubicada a las afueras de Santiago en la comuna de Peñaflo, atiende en programa residencial y ambulatorio mixto para personas entre 16 y 50 años con dependencia a alcohol, drogas y fármacos sin enfermedad siquiátrica de base.; depende de la fundación Credho, en esta Comunidad se culmina el proceso de rehabilitación comenzado en otras sedes en Estación Central. Mantiene convenio con Fonasa-Minsal, lo que otorga cupos para la red de salud pública.

Su arquitecto es Ignacio Troncoso, se realizo en albañilería de ladrillo, hormigón armado y madera para la estructura de techumbre. Se estructura haciendo la analogía a través del juego de volúmenes que referencian grupos a diferentes escalas, reunidos en torno a los espacios más importantes del programa; el estar principal o sala de terapias y el patio central que reúne la vida comunitaria. Resaltando el lugar de encuentro, la pertenencia y la integración. Además se busca potenciar la relación con el exterior por medio de vistas y espacios recreativos como huertos comunes.



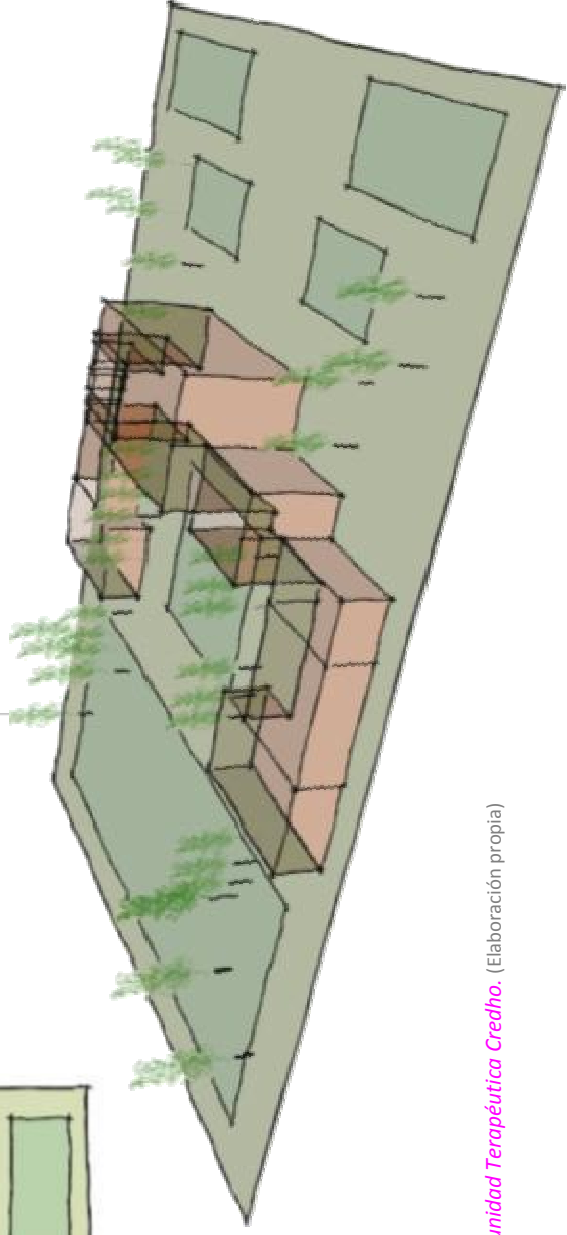
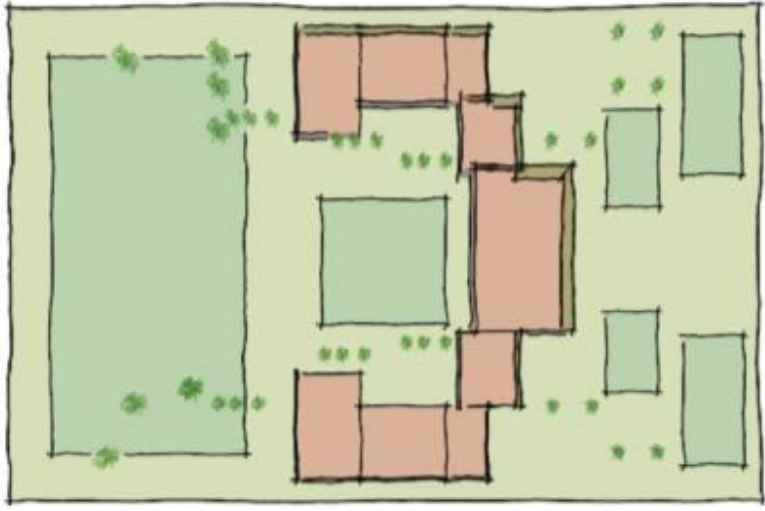
Imágenes comunidad terapéutica Credho. (Fuente: www.risolidario.cl)



(33)

En las imágenes del proyecto es clara la estrategia de concentrar las actividades hacia el patio central, además se configura dentro del espacio natural, dándole protagonismo.

Por otra parte los volúmenes van unidos de manera jerárquica al espacio de recibimiento, evidenciando una estructura principal que subordina las demás estructuras menores. Se utiliza la simetría y lo que potencia el acceso dejándolo en el centro y con mayores dimensiones que las demás.



Volumetría y planta esquemática Comunidad Terapéutica Credho. (Elaboración propia)



Casa de acogida la esperanza / 1998

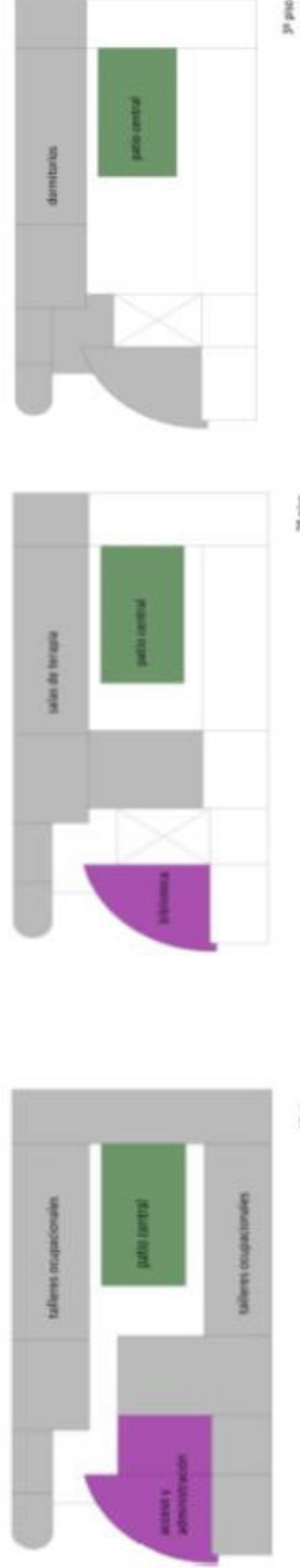
Fue construida en 1998, se ubica en la comuna de San Joaquín, presta servicio ambulatorio y residencial para varones de 18 años en adelante, es de carácter privado, nació gracias a la gestión de Senador Jaime Orpis, para ayudar a la ONG del mismo nombre y mantiene convenio con Fonasa-Minsal, lo que otorga cupos para la red de salud pública.

Se trata de una iniciativa particular dentro de la ciudad; fue diseñado exclusivamente para la Comunidad Terapéutica, con el fin de dar asistencia gratuita en la Región Metropolitana, mediante convenios. Realizado por ARCHIPLAN (Jaime Hernández Masses y Raimundo Onetto Torres) en Hormigón Armado.

Esta ubicado en la zona urbana de Santiago a diferencia de los 2 ejemplos anteriores que se encuentran en el campo, debido a que en un principio se daba sólo tratamiento ambulatorio y era necesario tener una ubicación con buena accesibilidad a las vías de transporte metropolitano, además se construyo en una de las comunas que tienen mayores problemas de consumo, para facilitar el acceso a rehabilitación a un mayor grupo de personas y sus contar con el apoyo de las familias en las terapias.



Imágenes Casa Acogida la Esperanza. (Fuente: www.corporacionesperanza.cl)



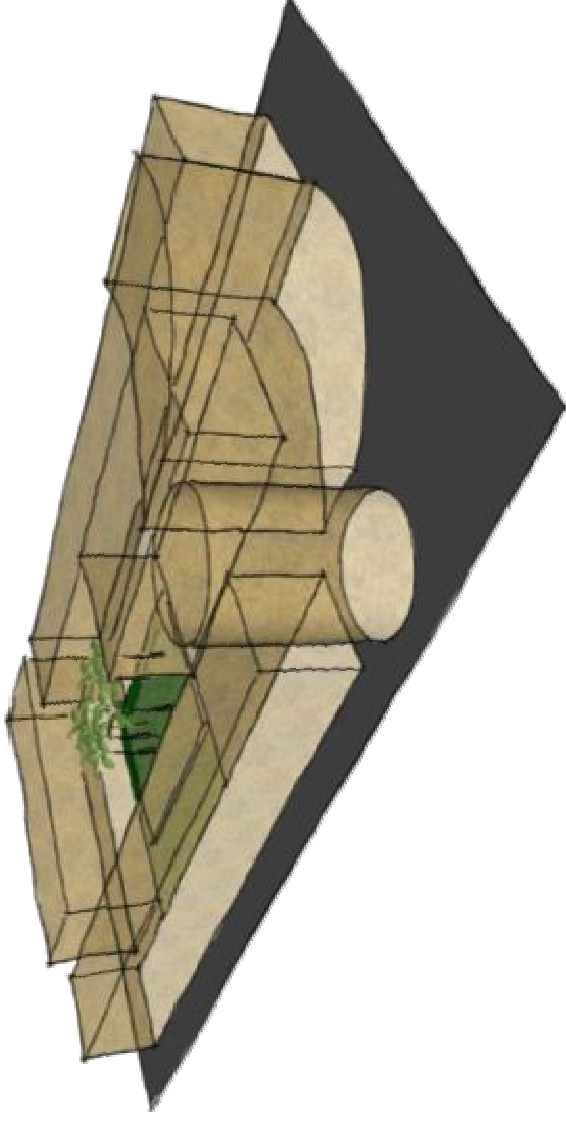
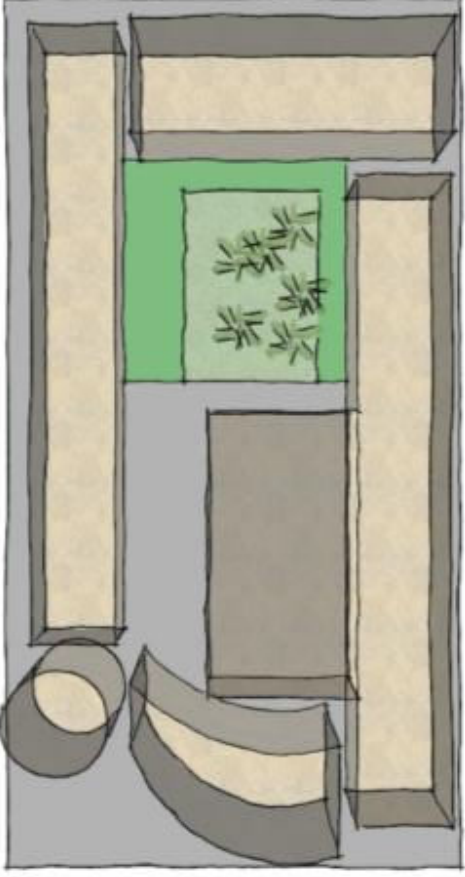
Plantas esquemáticas Casa Acogida la Esperanza. (Elaboración propia)



(35)

El edificio tiene una imagen exterior unitaria y sólida, en su fachada principal esta definida casi completamente por una potente curva que delinea el acceso, acompañado de un cilindro que contiene la única circulación vertical interior. Se demuestra a través de su hermetismo, la situación controlada y protegida del exterior.

En el interior es fundamental la zona pública donde se encuentra el acceso, la sala de estar de la comunidad y la biblioteca esta definida por la curva de la fachada. Se organiza alrededor de un patio central, donde en el 1º piso se encuentran los talleres ocupacionales, en el 2º piso esta el área terapéutica, biblioteca y computación, en el 3º nivel los dormitorios de los internos.



Volumetría y planta esquemática Casa Acogida la Esperanza.
(Elaboración propia)



3.4.5. Proyecto fundación paréntesis

Investigando el tema, pude conocer la iniciativa de la Fundación Paréntesis, asociada con el Hogar de Cristo, de construir un nuevo Centro de Rehabilitación de Drogas, que sirva como ampliación del existente en la Comuna de Lampa “Manresa” que actualmente es mixta, y se encuentra con un sobrecupo en sus instalaciones. Se detectó la falta de infraestructura para el grupo femenino, que además recibe mujeres de diversas edades, entre 14 y 30 años, lo que generó situaciones conflictivas, debido a esto fue necesario generar un nuevo proyecto y finalmente se determinó viable concretarlo específicamente en la comuna de Colina, que atiende casos de toda la región. La existencia de un proyecto con estas características, reafirma que es posible la iniciativa y por sobre todo fundamenta mi propuesta.

En la investigación logré contactarme con el Sr. Pablo Egenau, director de la fundación Paréntesis, quien me informó que el proyecto existe, y la arquitectura ya está realizada, mas sólo faltan fondos para construirla, para lo cual se están realizando campañas nacionales. Sin embargo, el proyecto fue mutando, y se determinó en conjunto con SENAME que será un hogar para niñas menores de edad (desde 14 años hasta 17 años con 11 meses) con problemas delictuales menores asociados al consumo de drogas, como un recurso de protección de los juzgados de menores. Además el proyecto contempla la posibilidad de recibir a las niñas junto con sus hijos menores si es que los tuviesen.

Actualmente la campaña más directa para reunir fondos es “pixelmaspixel” (www.pixelmaspixel.cl) donde se puede ver una imagen objetivo del proyecto.

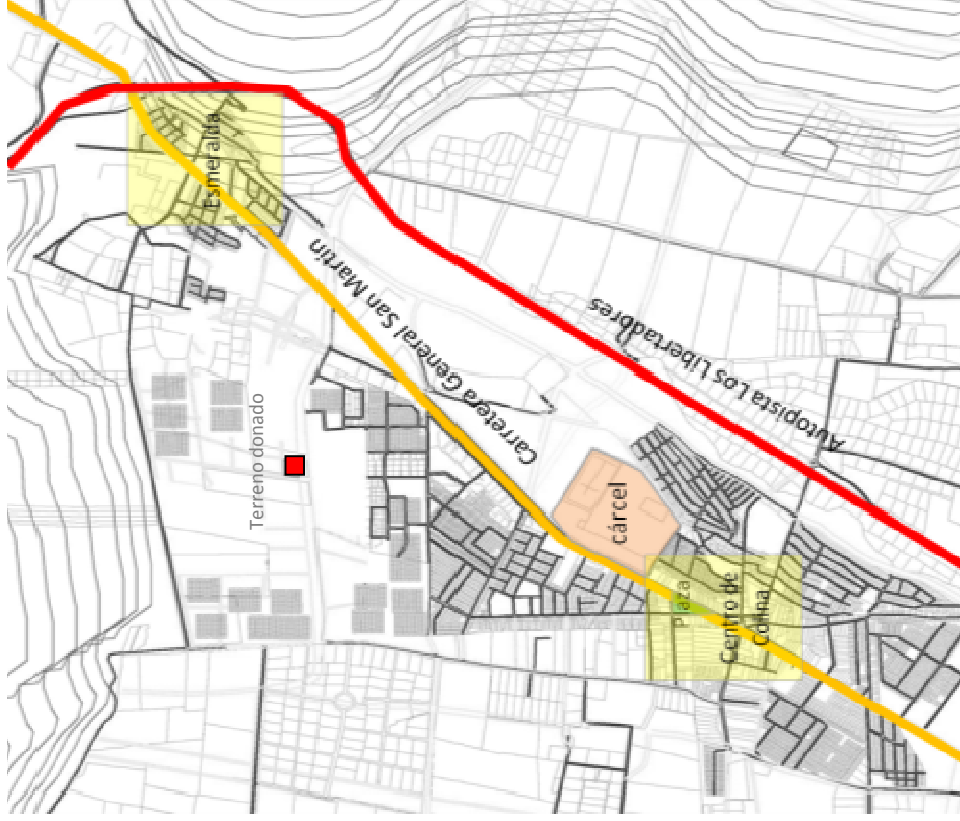


Imágenes promocionales proyecto nueva comunidad terapéutica de la fundación Paréntesis en la comuna de Colina (fuente: www.pixelmaspixel.cl)



(37)

Este proyecto cuenta con el respaldo de la Ilustre Municipalidad de Colina, quienes donaron un terreno en comodato para la fundación paréntesis; este terreno esta ubicado en la zona urbana, es de aproximadamente 3000 m², en una zona donde se han gestionado variados proyectos de vivienda social.



Plano Comuna de Colina (Elaboración propia en base a plano del PRC)



Imagen población cercana a terreno donado a la fundación paréntesis (registro fotográfico personal)



Imagen terreno donado a la fundación paréntesis (registro fotográfico personal)





4. USUARIO

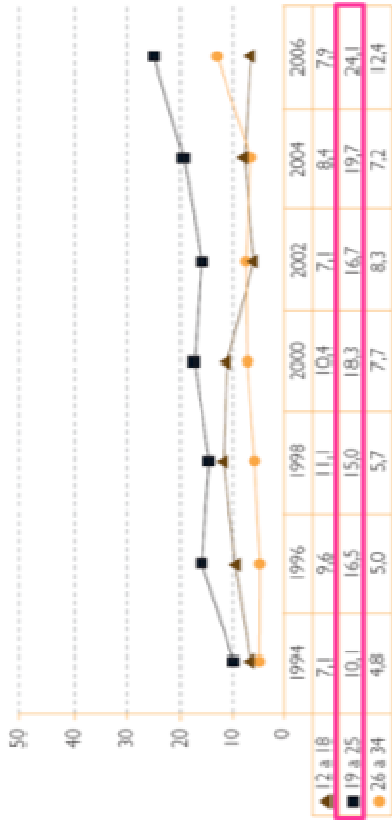




4. USUARIO

4.1. Estadísticas según edad y sexo

Tendencia del consumo de marihuana, en último año según grupos de edad. (Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)

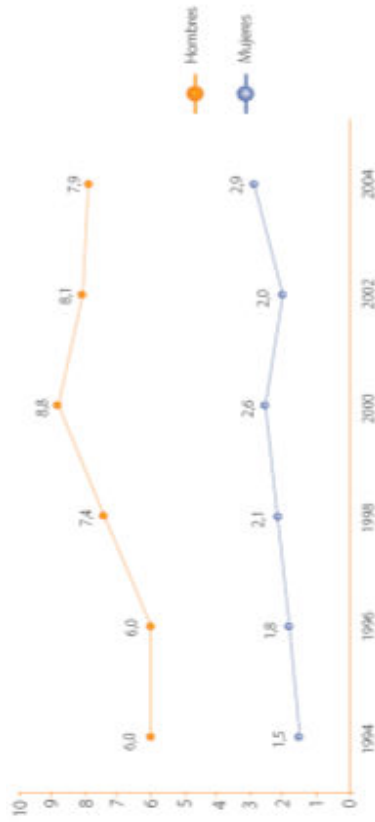


Según Edad

El grupo etario con las mayores tasas de consumo de drogas en todos los estudios corresponde a los jóvenes de 19 a 25 años. En este grupo el uso de cualquier droga ilícita tiene un gran crecimiento desde el comienzo de las mediciones, confirmando un alza progresiva sin interrupciones significativas.

Tendencia del consumo de marihuana, según prevalencia de último año, por sexo.

(Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



Según sexo

Las encuestas realizadas por CONACE demuestran grandes diferencias entre sexos en su comportamiento del consumo de drogas, este punto es fundamental en el análisis, ya que define los problemas asociados en sus círculos social más cercano.

Uno de los cambios más importantes en el comportamiento de la población con respecto a las drogas en este periodo es el aumento del consumo en el grupo femenino, lo que ha generado que la relación que existe entre mujeres y hombres adictos, si antes era de 1:4, ahora se ha cerrado en 1:3.

Si bien el consumo en la mujer no es mayor que el del hombre, el índice se ha duplicado en una década, demostrando que el crecimiento es mucho mayor que para el grupo masculino.

Tendencia de prevalencias de consumo de marihuana, por sexo y grupos de edad. (Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)



Hombre consumidor

El consumo problemático de drogas en los hombres, si bien tiene el mayor índice de entre los dos géneros, tiene una connotación menos estigmatizadora que para la mujer, en el hombre el consumo se asocia a una actividad social entre pares y se desarrolla por lo general fuera del hogar del consumidor. Además se relaciona a una actividad de “recreación”, con menor índice de negatividad que para la mujer; el hombre e n cierto sentido tiene “derecho a recrearse”.

El consumo en ambas tablas es mayor en hombres que en mujeres, lo que se relaciona a la mayor oferta y demanda de rehabilitación que existe para el sexo masculino en el país.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Marihuana vida	11,5	15,5	15,7	18,9	21,3	22,4	24,3
Hombres	17,7	21,7	22,9	26,4	29,9	29,6	32,2
Mujeres	5,4	9,4	8,6	11,7	13,0	15,4	16,7
12-18 (Adolescentes)	9,6	10,7	11,6	12,4	12,7	12,7	14,2
19-25 (jóvenes)	22,3	34,9	32,3	35,9	39,5	39,1	42,2
26-34 (Adultos jóvenes)	21,0	24,6	26,0	32,0	33,6	36,3	38,9
35-44	10,7	13,7	15,6	20,7	24,5	23,8	24,4
45-64	2,6	5,1	4,5	6,7	9,2	12,2	14,3

Tendencia de prevalencias de consumo de clorhidrato de cocaína, por sexo y grupos de edad. (Fuente: Informe Anual de la situación de las drogas en Chile 2006, CONACE.)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Cocaína vida	2,1	2,5	3,7	4,4	4,9	5,2	5,9
Hombres	3,8	4,1	6,1	7,2	8,3	8,1	8,8
Mujeres	0,5	0,8	1,4	1,7	1,7	2,3	3,0
12-18 (Adolescentes)	1,9	1,0	1,5	1,9	1,6	1,5	1,5
19-25 (jóvenes)	5,3	6,2	9,4	9,3	10,7	9,2	9,7
26-34 (Adultos jóvenes)	4,0	5,0	7,0	8,8	10,7	11,4	12,0
35-44	1,1	1,2	3,0	4,1	3,9	5,2	6,4
45-64	0,4	1,0	1,1	1,5	1,9	2,3	3,3



4.2. Oferta y demanda según sexo

Comunidades Terapéuticas en la Región Metropolitana

(elaboración propia según datos CONACE)

Sexo	cantidad	Total
Masculino	29	41 (29 + 12)
Femenino	10	22 (10 + 12)
Mixto	12	

En base a esta demanda, la oferta es casi el doble para el sexo masculino (41) que para el femenino(22). Estas referencias son según las comunidades terapéuticas reconocidas por el CONACE y que tienen convenio vigente con éste.

Comunidades Terapéuticas para mujeres en la Región Metropolitana

(elaboración propia según datos CONACE)

Nombre	Comuna	Observaciones	Costo
1 Crem	Providencia	Mayores de 18/existe guardería	\$800.000
2 Shalom reto a la voluntad	El Bosque	Jóvenes, necesitan apoderado	Plan 4 convenio CONACE- Fonasa. Costo: \$120.000 mensuales
3 Hogares Crem	Ñuñoa	14 años de edad.	Plan 4 convenio Fonasa-Conace. Pagado
4 No te rindas	Renca	Mayores de 18 años	\$ 150.000 Plan Residencial Conace- Fonasa-Minsal
5 Rayun	La Florida	Mayores de 18 años	Plan Residencial Convenio Fonasa-Minsal
6 Dia nova	San Bernardo	18 a 50 años	\$500.000 / Plan Residencial Conace-Fonasa-Minsal
7 Crecer Chile	Buín		\$150.000
8 Bellavista	Malloco	Mayores de 18 años	Plan Residencial Convenio Fonasa-Minsal
9 Puerta Abierta	San Miguel	18 a 45 años / posibilidad de ingresar con niños de hasta 4 años	\$ 90.000
10 Orion	San Bernardo	Todas las edades / de 14 a 18 años infractores de ley	Plan Residencial Convenio Fonasa-Minsal



(44)

Comunidades Terapéuticas mixtas en la Región Metropolitana (elaboración propia según datos CONACE)

	Nombre	Comuna	Observaciones	Costo
1	CIAD	Providencia	Mayores de 18	\$300.000
2	Manresa	Lampa	De 14 a 35 años de edad / guardería infantil	Aporte voluntario. Plan 4 convenio CONACE - Fonasa.
3	CEPSJ	Macul	Mayores de 18 años	\$300.000
4	Vida nueva	Ñuñoa	16 a 50 años	\$ 200.000
5	Comunidad terapéutica colina	Colina	18 años en adelante (8 cupos)	convenio Conace-Fonasa nivel 3 y 4.
6	Centro senderos	Maipo	Mayores de 18 años	Plan Residencial Convenio Conace-Fonasa-Minsal
7	Rayencura	San José de Maipo	Mayores de 18 años	\$1.200.000
8	El camino	Providencia	Mayores de 17 años	\$ 850.000
9	Carpediem	Providencia	18 a 40 años	Pagado / Plan Residencial Convenio Conace-Fonasa-Minsal
10	Ong centra	La Reina	15 a 50 años	\$520.000 / Plan Residencial Convenio Conace-Fonasa-Minsal
11	Tirrenia	Las Condes	15 a 50 años	Pagado , Fonasa , Isapres 10 cupos internado breve.
12	Hogares dar	Ñuñoa / San Miguel	Desde los 16 años	\$ 9.000 diarios

Comunidades Terapéuticas que reciben mujeres con hijos en la Región Metropolitana (elaboración propia según datos CONACE)

	Nombre	Comuna	Observaciones	Costo
1	Crem	Providencia	Mayores de 18/existe guardería	\$800.000
2	Manresa	Lampa	De 14 a 35 años de edad / guardería infantil	Aporte voluntario. Plan 4 convenio CONACE - Fonasa.
3	Puerta Abierta	San Miguel	18 a 45 años / posibilidad de ingresar con niños de hasta 4 años	\$ 90.000

Una de las barreras para la rehabilitación de las mujeres, tiene relación con las responsabilidades familiares, como el cuidado de sus hijos, muchas al dejarlos, temen perder la custodia de ellos. El destino que correrán sus hijos durante su proceso de internación produce inestabilidad en la decisión de rehabilitarse. Por lo tanto se ven truncadas sus intenciones.

A partir de esto podemos resumir que la oferta real y con mayor factibilidad de rehabilitación de una madre drogadicta en la región metropolitana se reduce a 3 Comunidades Terapéuticas, que incluyen la posibilidad de ingresar con sus hijos pequeños. Lo que hace necesario incrementar el número.

Una Comunidad Terapéutica con estas características atiende 2 problemáticas conjuntas:

- El consumo problemático de drogas
- La deteriorada relación madre-hijo, donde es fundamental devolver los roles y el vínculo.



4.3. Definición problemática social

4.3.1. Mujer consumidora

Si bien las mujeres consumen menos drogas que los hombres (4,2% y 10,3% durante el último año, respectivamente), en la mujer la tasa ha aumentado y además ha disminuido la edad en que comienza el consumo. Presentan una drogadicción **más rápida** y de evolución **más dañina**.

La droga más consumida por las mujeres es la marihuana, seguida por la cocaína y la pasta base. Según un informe de CONACE, durante **2007** fueron atendidas 7.738 personas, de las cuales el **26% eran mujeres** (2.010) y el 74%, hombres (5.728).

Su uso problemático tiene **consecuencias más severas** que el resto de la población, principalmente en la familia ya que la mujer es quien tiene el rol de criar y educar a los hijos, lo que, dentro de una familia con madre drogadicta, podría derivar en un **niño potencialmente consumidor**.

El consumo problemático de drogas en la mujer se da en un ámbito más oculto, donde la ella se avergüenza de su consumo, lo que dificulta que llegue a buscar ayuda por miedo a la recriminación social; por lo tanto cuando llegan a tratamiento es cuando realmente han tocado fondo.

Las mujeres drogadictas, dentro de una sociedad estigmatizadora, sufren mayor culpabilidad y ansiedad que los hombres, tienen un autoestima más baja, mostrando muchas veces síntomas depresivos. El consumo de drogas vulnerabiliza a las personas y pone en peligro su seguridad, la mujer se vuelve más proclive al maltrato físico y emocional. En la mayoría de los casos su pareja también consume, lo que los encierra en un círculo vicioso.

Basado en un estudio de CONACE, y específicamente en el Seminario: **Las distinciones en la rehabilitación de mujeres y hombres**, en el que se especifican las distintas estrategias para tratar a mujeres con problemas de drogas, se puede destacar que existe:

- **Discriminación en el acceso mismo a tratamiento.** Ya que conlleva la ausencia en el hogar y en el caso de tratamiento residencial el abandono de los hijos. Lo que la imposibilita a realizar un tratamiento completo.
- **Menor oferta de centros de tratamiento especializados.** Y que ofrezcan la posibilidad de ingresar con sus hijos pequeños.
- **Una mayor deserción de ellas producto de su rol social,** ya que la mujer en su rol tradicional, debe ser la reproductora del hogar, con la maternidad, con el alimento diario, con los afectos y cuidados que requieren los hijos y el esposo.

Por lo tanto el consumo es menos permitido que en el hombre, ya que para este tiene una connotación "social", "viril" y con mayores y mejores posibilidades de tratamiento.



Madre drogadicta y su efecto en los hijos

- Se asocia al consumo la despreocupación por el cuidado y mantención de los hijos, además del abandono de las labores hogareñas como las comidas y desatienden su rol de contención y amor para con sus hijos.
- Presentan mayor irritabilidad, intolerancia y descontrol; lo que puede desencadenar en constantes retos y violencia física o psicológica.
- En casos de pobreza es común que para consumir vendan zapatos, alimentos o pertenencias de sus hijos, incluso inducirlos al trabajo infantil.
- Se pierde el vínculo entre madre e hijo, la mujer deja de ser madre y el niño deja de ser hijo. La mujer se ha desvinculado de su maternidad.
- Esto puede derivar en niños retraídos o hiperactivos. Y peores son las consecuencias para el bebe cuando la mujer consumidora esta embarazada, tales como malformaciones, enfermedades, dependencia a las drogas, incluso abortos espontáneos.
- Los hijos muchas veces no han podido ser niños, crecen con carencias irreparables que se deberían haber desarrollado en el apego con la madre, como la seguridad y la autoestima.
- Ciertamente la relación madre-hijo es fundamental para el desarrollo humano, el que se ve truncado en un hogar con madre drogadicta.

Conclusión problemática detectada

A través de este análisis, se llega a la conclusión de la carencia que existe en la oferta para la rehabilitación de mujeres drogadictas, tomando en cuenta la necesidad práctica que éstas requieren para acceder y adherirse a un tratamiento, que es la posibilidad de internarse junto con sus hijos. Además de ser un detonador de los más variados vicios dentro del grupo familiar, una madre con consumo problemático de drogas, sin duda provocará mayor daño a la familia que el que pueda generar el padre consumidor.

Por otro lado visto desde la rehabilitación en sí, el hecho de tener a sus hijos con ellas, en un mismo espacio, sirve de motivador constante, genera una necesidad de recuperarse para y por sus hijos; activa el deseo de recuperar una vida sana y de esta manera recuperar el vínculo perdido entre madres e hijos; y así otorgar al niño su rol de hijo, formarlo con mejores bases, evitar que el patrón se repita y lograr romper el círculo vicioso de la drogadicción.



5. TERRENO





5.1.2. Breve descripción urbana

La superficie de la comuna alcanza 985 km². Es el 47,5% del total provincial y el 6,41% de la superficie regional total, limita con las comunas de Lampa, Los Andes, Lo Barnechea, Quilicura y Huechurabá. El 99% del territorio de la comuna es rural, siendo su densidad poblacional de 79,1 hab./km². La comuna se encuentra subdividida en localidades, la mayoría de carácter rural. El proyecto está ubicado en la localidad de Santa Filomena (10).

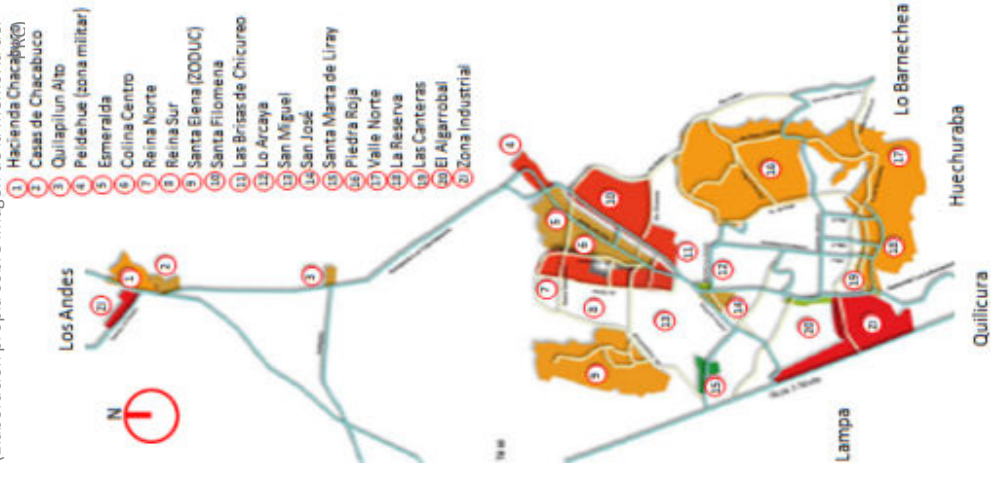
Colina actualmente es centro de importantes inversiones, principalmente en el área Agro industrial, debido a la instalación de grandes e importantes empresas, que de paso entregan un gran número de empleos a la comunidad; y en el área de parcelaciones de agrado, lo que ha contribuido a aumentar considerablemente el número de habitantes, trayendo consigo los beneficios que sustentan las comunas en continuo crecimiento.

Colina posee servicios básicos como Compañías de Bomberos —la 1ª en Colina, la 4ª en Esmeralda y la 5ª de Chicureo—; la 8ª Comisaría de Carabineros, Unidades de Rescate, Defensa Civil, Cruz Roja, Consultorio y Posta para atención primaria de urgencias, Centros Médicos, etc. Además posee centros comerciales, bancos, farmacias, supermercados, discoteques, restaurantes, Medios de comunicaciones, como Televisión por cable —TeleMás—, Radio emisora —Cumbre FM 90.9— perteneciente a la ARCHI, el periódico impreso Chicureonews y los portales web Chicureonews.cl y Chicureo.com. Otros servicios básicos: Distribuidoras de gas licuado, Empresa de Agua Potable, Empresa Eléctrica, Etc. Durante los últimos diez años la población de la comuna aumentó en casi un 50%. De acuerdo al Censo del año 2002, es de 77.815 habitantes, de los cuales el 82% vive en sectores urbanos. Las principales actividades económicas son la agropecuaria, la agroindustria, los servicios, incipientemente un sector industrial y en el último tiempo fuertemente el sector inmobiliario. El fuerte desarrollo inmobiliario que ha experimentado la comuna en los últimos años ha llevado a que a pocos kilómetros de distancias se encuentren ubicados campamentos y viviendas por un valor de hasta 35 mil UF.

En la comuna, según los datos de la encuesta CASEN 2000, viven 22.577 personas bajo la línea de pobreza, correspondiente al 29,1% de la población total. En educación, la comuna presenta niveles de escolaridad cercanos a 8,4 años de estudio y la tasa de analfabetismo es de un 5,7%. La gran masa de trabajadores son obreros agrícolas, con un bajo grado de escolaridad y capacitación. En cuanto a salud, en Colina no existen instalaciones hospitalarias y los servicios de salud en su totalidad son administrados por el municipio. La comuna cuenta con dos consultorios, un SAPU y cinco postas rurales. En la comuna de Colina, contiguos a las cárceles Colina 1 y Colina 2, existían dos grandes campamentos que albergaban principalmente familiares de la población carcelaria. Ambos campamentos fueron erradicados a través del Programa Chile Barrio a terrenos de propiedad del Municipio dentro de la misma comuna, proceso llevado a cabo el año 2002. Además de estos dos campamentos adyacentes a los centros penitenciarios ya erradicados, en la comuna existen otros 4 campamentos que no fueron cubiertos por el programa. En la comuna existen aproximadamente 4 mil habitantes que viven como allegados, lo que representa un 5% de la población de la comuna.

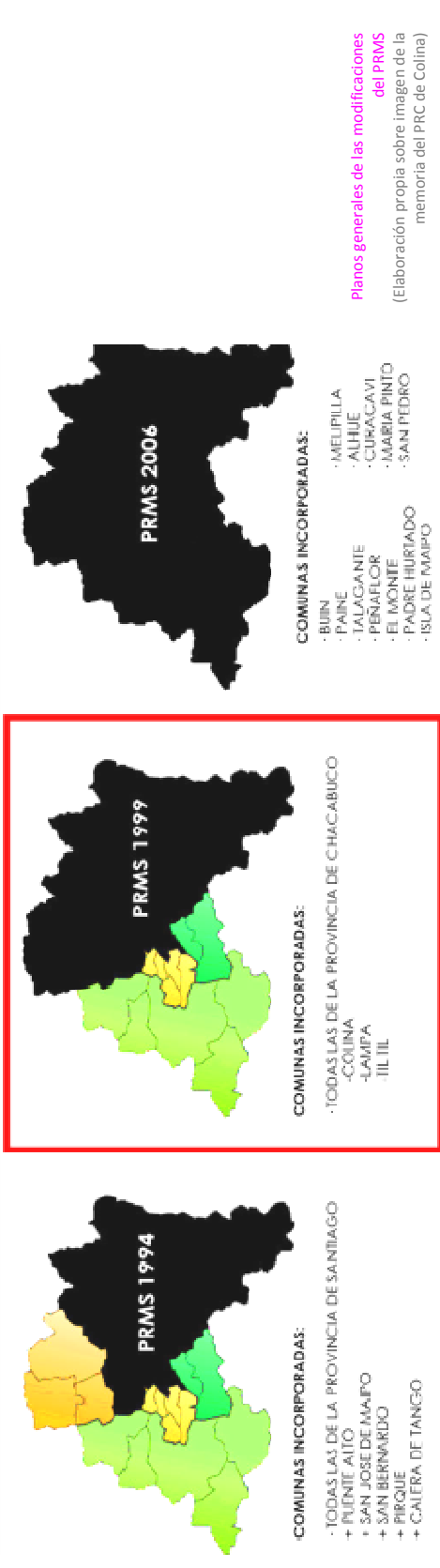
Plano esquemático de Colina

(Elaboración propia sobre imagen de la memoria del



Modificación al plan regulador metropolitano de Santiago

En 1998 el Gran Santiago duplicó su área metropolitana al incorporar las tres comunas de la provincia de Chacabuco (Lampa, Colina y Til-Til), sumando 241.500 hectáreas a la superficie inicial (todas las comunas de Santiago más San José de Maipo, Pirque y Calera de Tango). Ahora, con la integración de estas 12 comunas (Melipilla, Alhué, San Pedro, María Pinto, Curacaví, Talagante, Peñaflo, El Monte, Isla de Maipo y Padre Hurtado), equivalentes a casi 900.000, hectáreas se completan las 1.540.320 há que posee la Región Metropolitana. Esto permitirá ahora que la totalidad de la RM pueda ser urbanizada a partir de Proyectos de Desarrollo Urbano Condicionado (PDUUC).



La modificación de 1999, al incluir a la comuna de colina, generó un gran cambio en la realidad comunal, esto debido a las nuevas áreas urbanizables llamadas ZODUC, en terrenos antes destinados a la producción silvo agropecuaria. Las ZODUC (Zonas de Desarrollo Urbano Condicionadas), son en pocas palabras megaproyectos ubicados en las afueras de Santiago, las que para llevarse a cabo deben realizar una serie de obras urbanas de mitigación, que van desde drenajes de aguas lluvia y nueva vialidad, hasta equipamientos de toda naturaleza. La idea es que sean los privados los que financien la urbanización completa que provocan sus proyectos más allá de sus iniciativas inmobiliarias. Estas iniciativas inmobiliarias corresponden a grandes cantidades de habitantes para la comuna, por lo tanto, generan un impacto importante, lo que es previsto y manejado como pequeñas ciudades dentro de las comunas. El cambio del uso del suelo se constituye en una variable fundamental para la comprensión de la expansión urbana de Santiago ya que permiten alternativas de densificación y crecimiento concretas y que posibilitan el cambio de uso de agrícola a urbano. Estas zonas permiten en un comienzo, una baja constructibilidad y densidad (10 hab/há), pero es posible optar posteriormente a una mayor densificación de hasta 85 hab/há y un índice de constructibilidad de 1,2, luego de desarrollar la infraestructura necesaria. La normativa señala que estas áreas sólo deben dejar un 5% de suelos para el desarrollo de actividades productivas y/o servicios. En la comuna de Colina existen variados proyectos de Zonas de Desarrollo Urbano Condicionado, algunos de estos ya existentes o en proceso, como por ejemplo Piedra Roja, Santa Elena, Chicureo, etc.



5.2. Colina y la droga

5.2.1 Estadísticas

Para tener una aproximación acerca del estado de consumo de las distintas comunas se analizó el “Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, 2001, de 8º Básico a 4º Medio” realizado por CONACE, donde es posible identificar que el problema de consumo se da indistintamente en todas las comunas de la Región Metropolitana, sin importar su sector geográfico ni su estrato social.

En rojo se marcan las comunas con mayores cifras de prevalencia e incidencia del consumo de cualquier droga ilícita, evidenciando que comunas tan diferentes como Cerrillos o Ñuñoa pueden presentar índices altos. Por otra parte en color rosado se marcan las comunas que tienen menores índices en la tabla, mostrando que pueden coincidir en cifras comunas de diferentes estratos sociales como Las Condes y Lo Espejo.

Como último dato se marcó con fucsia la comuna de Colina, que se encuentra en el promedio de prevalencia e incidencia del consumo de cualquier droga ilícita, demostrando ser una comuna en donde existe el problema, es decir, un usuario objetivo; pero que a la vez es capaz de otorgar un contexto un tanto más limpio de consumo, que beneficie el emplazamiento del proyecto alejándolo de las redes de mayor dependencia y por lo tanto accesibilidad y tráfico. Según esta tabla, explicándolo de una manera más cuantitativa, en la comuna de Lo Espejo alrededor de 1 de cada 5 escolares han consumido alguna droga ilícita en su vida, 11 de cada 100 lo han hecho en el último año y 5 de cada 100 la comenzaron a consumir en el último año.

En la comuna de Colina alrededor de 1 de cada 4 escolares han consumido alguna droga ilícita (marihuana, cocaína o pasta base) en su vida, 12 de cada 100 lo han hecho en el último año y 6 de cada 100 la comenzaron a consumir en el último año. En la comuna de Cerrillos alrededor de 2 de cada 5 escolares han consumido alguna droga ilícita en su vida, 30 de cada 100 lo han hecho en el último año y 13 de cada 100 la comenzaron a consumir en el último año.

prevalencia e incidencia del consumo de cualquier droga ilícita en la población escolar por comuna de la RM (2001)				
lugar	prevalencia de vida	prevalencia de último año	incidencia de último año	
la florida	24,5	17,1	7,8	
el bosque	28,5	16,8	10,5	
huechuraba	37,2	23,4	12,8	
independencia	34,1	24,0	12,9	
la cisterna	32,5	22,1	10,3	
recoleta	29,5	19,3	9,4	
renca	28,2	19,6	10,5	
san joaquin	39,1	24,6	13,5	
san miguel	34,8	21,0	10,8	
providencia	23,4	13,0	6,4	
peñalolen	33,4	20,9	10,5	
peñaflor	23,8	11,0	6,0	
padre hurtado	23,9	12,7	5,6	
pedro aguirre cerda	34,9	21,3	10,5	
ñuñoa	36,0	25,4	10,1	
lo prado	25,8	16,3	7,3	
lo espejo	22,2	11,4	4,8	
lo barnechea	30,0	21,1	9,9	
las condes	21,9	15,7	5,9	
la reina	25,7	17,7	7,0	
la pintana	24,8	15,9	8,1	
colina	24,5	12,3	6,0	
cerrillos	42,4	29,4	12,5	
región metropolitana	27,8	18,2	8,5	
país	23,8	15,5	7,4	

(Elaboración propia según Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, 2001, de 8º Básico a 4º Medio, CONACE, Gobierno de Chile)



5.2.2. Datos COSAM colina

Según una entrevista realizada al Psicólogo Matías Silva, encargado del programa alcohol y drogas del COSAM de Colina, existe una amplia demanda para los tratamientos de rehabilitación ambulatorios en la comuna, los que son atendidos en el COSAM (consultorio de salud mental), para estos tratamientos se reciben fondos desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte donde la meta es tratar 38 pacientes mensuales, la que es cumplida sin problemas y también desde el CONACE donde la meta son 30 pacientes mensuales también cumplida.

Solo se da el tratamiento ambulatorio básico (6 meses, 3 a 4 días a la semana) por falta de recursos humanos, de infraestructura y de presupuesto. Los casos más severos son derivados mediante interconsulta generalmente a las Comunidades Terapéuticas, como Manresa (Lampa), Comunidad Terapéutica Colina (Sector de Lo Pinto, Colina) y CREM destinado exclusivamente para mujeres (Ñuñoa). Se pide cupo directamente, por lo general hay que esperar entre 1 y 3 meses, lo que desmotiva al paciente. Por falta de cupos residenciales se prefiere mantener el tratamiento ambulatorio intensificándolo.

Los pacientes llegan derivados desde SAPU, CEFAM y desde la fiscalía comunal. También pueden consultar directamente, de forma inmediata al programa, sin ser derivados.

El programa se divide en :

- 77 horas de psicólogo (al mes)
- 33 horas de técnico en rehabilitación (al mes)
- 36 horas de asistente social (al mes)

Según las estadísticas generales:

- El 85% de quienes asisten a COSAM son hombres.
- El 85% supera los 20 años de edad.
- Se deriva a tratamiento residencial mayoritariamente a pacientes entre 18 a 40 años.
- El 70% de los pacientes abandona el tratamiento antes del 2º mes.

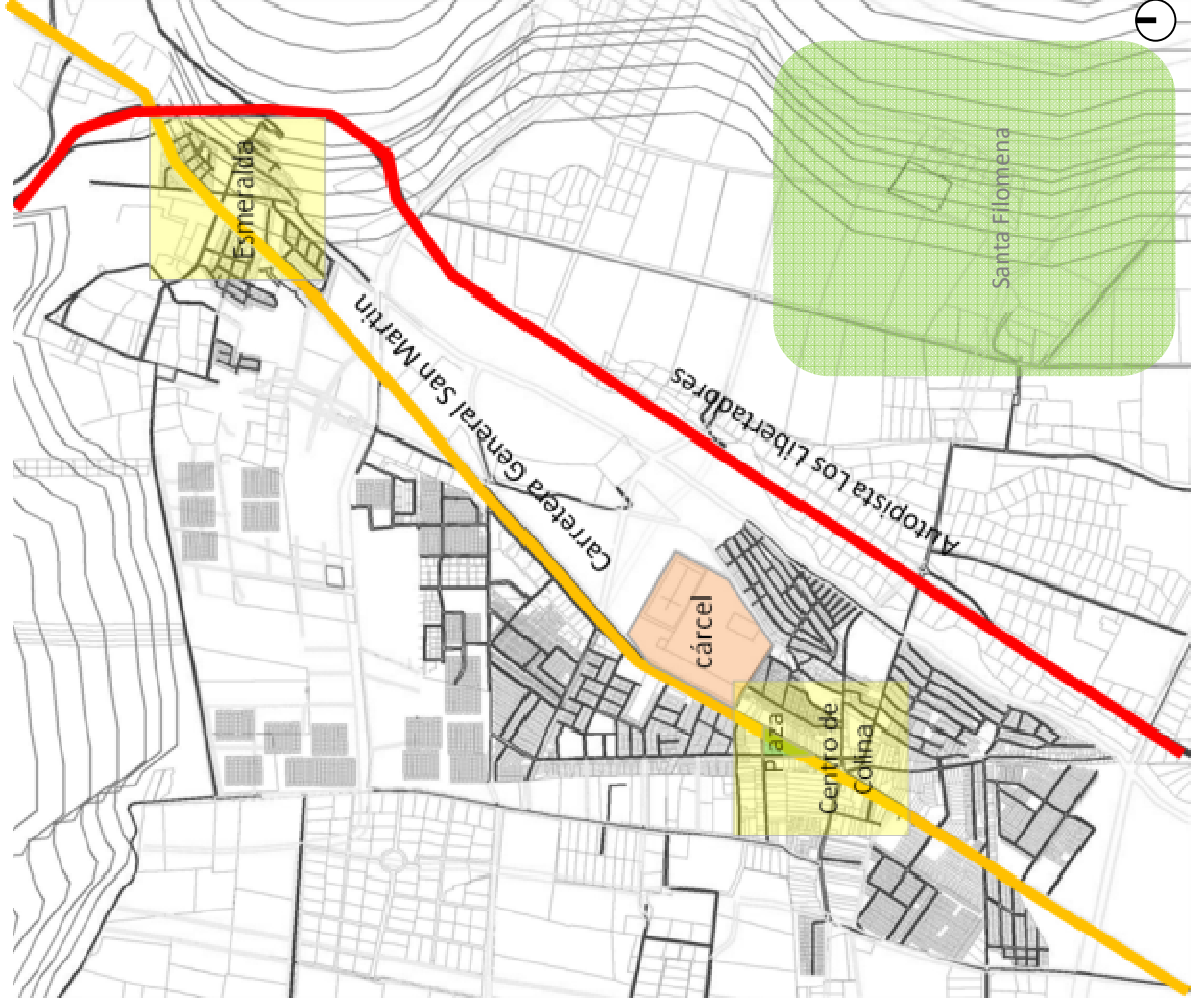


5.2.3. Colina 1 y Colina 2

Relación entre la existencia de las cárceles y el consumo y tráfico de drogas en la comuna de colina.

La existencia de los centros penitenciarios Colina I y Colina II, ejerce una influencia negativa en el entorno comunal, debido a la ineficiencia de los programas de reinserción social de los ex penitenciarios ya que al salir continúan con sus conductas delictuales en la zona. Familias enteras se han desplazado a la comuna siguiendo a su familiar recluso, conformando tomas y campamentos (algunos ya solucionados). El círculo de delincuencia se desarrolla desde la comuna, debido a que dentro de los recintos penitenciarios mantienen sus redes de delincuencia o tráfico de drogas, que luego se trasladan al exterior de las cárceles, es decir, Colina, al ser dados en libertad. Esto genera un alza en los índices de drogadicción y tráfico en la población general de la zona.

Actualmente existen 2 comunidades terapéuticas funcionando en la comuna, "comunidad terapéutica colina" y "de regreso a casa", además existe un proyecto de la fundación (Paréntesis), que ya cuenta con el proyecto de arquitectura y esta próximo a ser construido.



5.3. Elección del terreno

5.3.1. Cualidades del lugar

Para buscar un lugar ideal para un centro de rehabilitación de drogas, se considero como prioridad las cualidades ambientales de este, por sobre su localización estratégica; esto, debido a la poca incidencia que la comuna elegida tiene en la repartición de cupos de las Comunidades Terapéuticas Residenciales, ya que como se explicó anteriormente, estos establecimientos son privados y funcionan en convenio con CONACE, otorgando cupos que se distribuyen en red, es decir, no es excluyente por área geográfica, sino que los cupos se dan a quien lo necesite, sin importar si es residente de la comuna. Además como ya se aclaró el problema de la droga no tiene características espaciales determinadas en la Región Metropolitana, y se expande por todo el territorio, sin una ley explícita.

Por otra parte, el tratamiento residencial en la práctica no necesita estar ubicado dentro del área urbana, cerca de las grandes vías de transporte público como el metro o avenidas principales, ya que al incluir alojamiento, el traslado no se hace necesario, a diferencia de los tratamientos ambulatorios, en donde es necesario acudir diariamente desde los hogares respectivos.

A la vez una de las principales razones por las que una persona con problemas de adicción a las drogas es internada, se basa en la necesidad de ser sacados de su contexto social. Esta necesidad esta comprobada mediante los escasos resultados de los tratamientos ambulatorios previos, que se realizan en los diferentes centros de salud públicos de la comuna, y que al fracasar determinan pasar a un tratamiento residencial.

El tratamiento residencial busca entre otras cosas reeducar a la persona en sus conductas adictivas para luego ir propiciando mediante técnicas de autocontrol y cambio interno, la reinserción paulatina a su contexto habitual, desde donde ya existe un reflejo condicionado al consumo. El cambio es difícil y muchas veces drástico, las comunidades terapéuticas funcionan en un ambiente de “retiro” en donde el paciente puede obtener el espacio y el tiempo para generar el cambio. Esta necesidad de cambio de contexto y retiro; la ofrece en equilibrio la comuna de Colina, de esta manera representa una posibilidad real de emplazamiento para la rehabilitación, al decir en equilibrio, se refiere a la cercanía con Santiago, lo que no produce una sensación de desarraigo, lo que jugaría en contra del proceso, al agregar una connotación negativa al tratamiento residencial.

Por otro lado, se encuentra en un ambiente natural, rodeado de cerros, áreas rurales de cultivo, etc.; con buenas vías de comunicación vial, lo que permite el acceso a los pacientes al centro de rehabilitación. En términos simples, es un lugar de retiro intermedio, ni tan cerca, ni tan lejos de la ciudad. Además Colina si bien no tiene los más altos índices de consumo por comuna en la región, se convierte en un usuario objetivo.

Conclusión

La Comuna ofrece una efectiva calidad de accesos y equipamiento, un ambiente natural positivo para el tratamiento y un posible usuario objetivo.



5.3.2. Emplazamiento

Como ya se explicó, las cualidades ambientales buscadas en el terreno serán prioridad para el emplazamiento del terreno, de esta manera se identificó un lugar dentro de la comuna de Colina, ubicado a pies de los cerros del sector Oriente, desde donde es posible apreciar el valle de la comuna. El terreno específico es una meseta llamada popularmente “Cerro Chato” perteneciente a la “Comunidad de Cerros” del sector de Santa Filomena, estos cerros son utilizados por la comunidad para dejar pastar animales. El sector de Santa Filomena esta ubicado al lado oriente de la Autopista Los Libertadores, de marcado carácter rural, lo que ha ido cambiando desde hace algunos años, desde la construcción de Condominios de viviendas ABC1, como “Ayres de Chicureo”, “Las Brisas de Chicureo Norte”, etc.



- 1: Terreno (Comunidad de Cerros)
- 2: Santa Filomena
- 3: Minimarket
- 4: Casas Ayres de Chicureo
- 5: Acceso Condominio “Ayres de Chicureo”
- 6: Autopista Los Libertadores
- 7: Estero Colina
- 8: Salida de la autopista por peaje “San Luis”
- 9: Cárcel de Colina 1 y 2
- 10: Centro de Colina
- 11: Parque Deportivo Colina y edificio Consistorial

Imagen satelital Ubicación (Elaboración propia desde imágenes de Google Earth)

En la imagen no es posible ver el estado actual del lugar, ya que el proyecto “Ayres de Chicureo”, ya se encuentra construido en un 70%, además existe un minimarket. Es posible apreciar la cercanía con el pueblo de Colina y a la vez el cambio inmediato de urbano a rural. Por otra parte la autopista y el Estero forman un límite natural para el crecimiento del pueblo.



Cualidades específicas

- Además de estar conectado directamente con la salida “San Luis” (rosado) de la Autopista Los Libertadores (rojo) que comunica el terreno con Santiago, también se encuentra ubicado dentro de la vialidad proyectada por el nuevo Plan Regulador Comunal, al final de la Avenida “Ignacio Carrera Pinto”. Que actualmente se encuentra pavimentada ya que corresponde al camino para acceder al Condominio “Ayres de Chicureo”(amarillo)



Plano ubicación (Elaboración propia sobre plano del PRC de Colina)



Imagen satelital Ubicación (Elaboración propia sobre imágenes de Google Earth)

- Presenta una vista constante hacia el poniente “horizonte” lo que potencia la reflexión, la meditación acerca del futuro, pero sin perder de vista la realidad, en este caso la vista hacia el pueblo de Colina, como referente de la vida cotidiana.

- La libertad visual de un espacio sin límites inmediatos, ayuda a disminuir la sensación de encierro, de un tratamiento residencial prolongado.



- Permite tener un reconocimiento visual general del contexto, logrando generar el lazo de pertenencia con el nuevo “hogar”. Este lazo es indispensable en el proceso de rehabilitación, ya que de esta manera la persona con problemas de drogadicción logran apropiarse de su espacio, involucrarse y hacerse responsables de su nueva situación, ayudando a la fortalecer la adherencia al tratamiento.
- La pendiente permite jugar con diferentes alturas y vistas; permite hacer la analogía del proceso de rehabilitación. “Emerger desde los problemas”.
- La pendiente permite reconocer el volumen completo del proyecto, no tan solo las fachadas. Abre a posibilidades de diseño de la 5^a fachada.



Vista hacia el norte desde el terreno Registro fotográfico personal.



Imagen 5^º fachada Casa Pite Arquitecto Smiljan Radic.



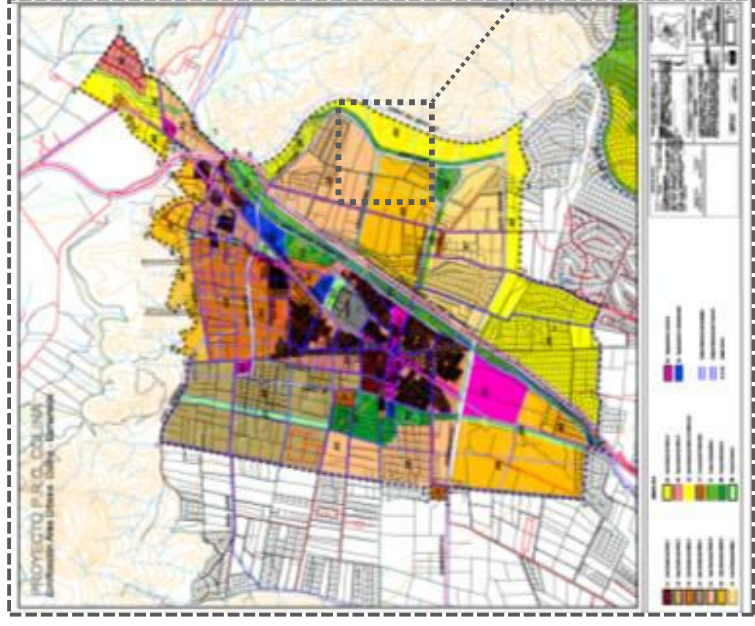
Vista hacia el puente desde el terreno Registro fotográfico personal.



5.3.3. Normativa

El terreno se encuentra ubicado dentro de la zona A8 del Nuevo Plan Regulador Comunal, "Área Residencial Mixta".

"Zonas A5, A6, A7, A8 Y A9: áreas emplazadas en la periferia inmediata al caso urbano central de colina, tanto hacia el sur poniente como hacia el oriente de la ciudad, sectores que presentan una ocupación muy baja, exhibiendo desarrollos puntuales y en algunos casos bastante recientes. En consecuencia, el objetivo de estas zonas es la expansión de la ciudad hacia el oriente del río Colina, reconociendo algunos desarrollos preexistentes dentro de las áreas AUDP (ex ZODUC) determinadas por el PRMS y por otra parte la habilitación de suelos a sur de la ciudad, cuyos usos recientes se han desafectado (base aérea), permitiendo así la incorporación de tipologías residenciales de densidad media a baja correspondientes a estratos medios y medios altos. Para lograr lo anterior, en estas zonas se permiten densidades que varían entre los 100 y los 16 habitantes por hectárea, con una altura máxima común de 2 pisos y una división predial mínima que va desde los 250m² a los 2500 m², considerados para el desarrollo de viviendas unifamiliares, sin perjuicio de que en las zonas con mayor densidad se permite también la vivienda colectiva.



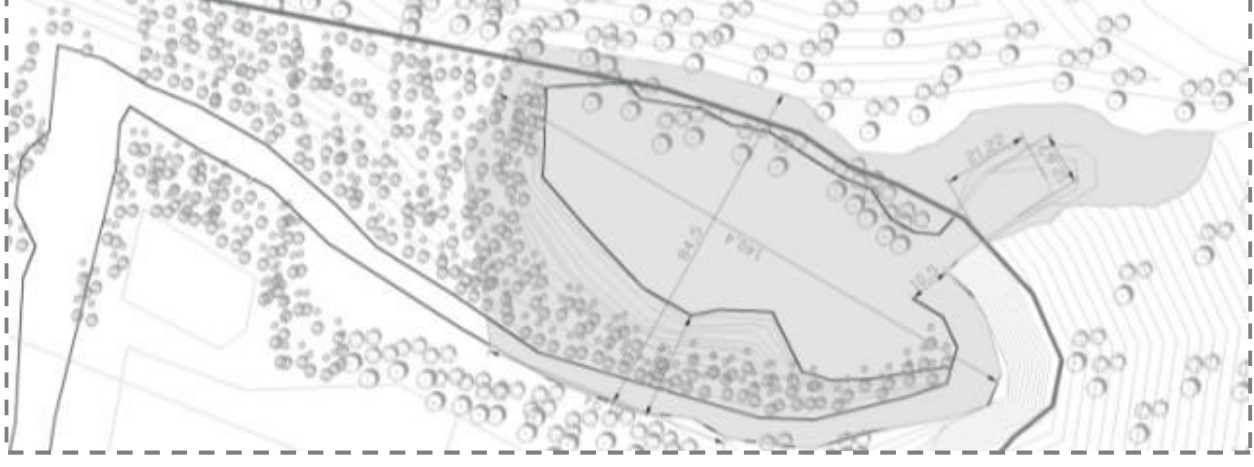
Usos de suelo permitidos	
Residencial	Vivienda unifamiliar.
Equipamiento	De escala básica de tipo: salud, educación, comercio, servicios, culto y cultura, deportes, social.
Áreas verdes	Parques y plazas.
Infraestructura	Sanitaria: estanques de distribución de agua potable y sus redes respectivas; Energética: redes; Vialidad: calles, pasajes, ciclovías

Normas de edificación	Exigido	Proyectado
Densidad bruta máxima	60 hab/há	60hab/há.
Tamaño predial mínimo	500 m2	10.700 aprox.
Coefficiente de constructibilidad	0,5	0,11
Coefficiente de ocupación de suelo	30%	11%
Altura máxima	2 pisos	1 piso
Rasante	Según O.G.U.C.	Según O.G.U.C.
Sistema de agrupamiento	Aislado	Aislado
Frete mínimo	16 metros	70 mt aprox.
Ancho mínimo faja vial que enfrenta	-----	-----
Antejardín	5 metros	25 mt aprox.
Cierros	60% min de transparencia a la calle, 2 mt altura máxima.	ídem

(Fuente: Ordenanza de la memoria del PRC.)

Según la ordenanza comunal, los usos de suelo permitidos para la zona A8, especificados en la tabla, el proyecto estaría catalogado como equipamiento de servicios de escala básica.

Además según lo exigido en normas de edificación el edificio proyectado cumple sobradamente, ya que el área aproximada del volumen que se encuentra sobre el nivel natural del terreno NTN, es de 1250 m² y el que se encuentra bajo el NTN es de aproximadamente 990 m², metraje que no se contabiliza para efectos de coeficiente de constructibilidad ni para el coeficiente de ocupación de suelo, al encontrarse semienterrado.



USO DE SUELO	ESTÁNDAR MÍNIMO
RESIDENCIAL	
Vivienda de 50 a 100 m ²	1 por vivienda
Vivienda de 100 o más	1 por cada 100 m ² de sup. útil const.
Hotel, Apart-Hotel, Residenciales o similares	1 cada 6 camas o 2 habitaciones
EQUIPAMIENTO	
Salud	
Unidades de Hospitalización, hospitales	1 por cada 100 m ² de sup. útil const.
Clinicas, postas, Consultorios médicos	1 por cada 60 m ² de sup. útil const.
Educación	
Enseñanza Preescolar, básica y media	1 cada 150 m ² de sup. útil const.
Enseñanza Técnica o Superior	1 por cada 100 m ² de sup. útil const.

(Fuente: Ordenanza de la memoria del PRC.)

(Fuente: Ordenanza de la memoria del PRC.)



Ubicación copas de agua potable comité rural "Santa Filomena"

(Elaboración propia sobre imagen satelital Google Earth.)

Estacionamientos: según la Ordenanza de la comuna, el requerimiento de estacionamientos se realiza según una tabla aplicable según destino de la edificación. En el caso de mi proyecto, el cual no está tipificado en la tabla, podría aplicarse el criterio para residenciales que es de 1 cada 6 camas o 2 habitaciones, lo que daría un total de 15 estacionamientos (30 habitaciones / 2) o por unidades.

En terminos prácticos, se necesitarían por lo menos 10 estacionamientos mínimo, para los profesionales y el personal administrativo de la comunidad, ya que deben viajar diariamente; más 5 para visitas.

5.3.4. Factibilidades

Agua Potable

El terreno pertenece al sector de Santa Filomena, por lo tanto para acceder al agua, es necesario pedir la factibilidad técnica a la "comité de agua potable Rural Santa Filomena" la que esta dividida en zona norte y sur; cada una cuenta con su propia copa de agua, los sectores están divididos por la avenida "Ignacio Carrera Pinto", por lo que el terreno se a una distancia parecida entre ambas en el medio, por lo que podría acceder a cualquiera de los dos. Además a escasos metros del terreno, se encuentra una copa de propiedad particular del condominio "Ayres de Chicureo", desde donde también podría ser revisada la posibilidad de obtener agua potable.

Alcantarillado

El terreno si bien se encuentra en el límite definido como urbano, no cuenta con factibilidad de alcantarillado, por estar muy alejado de las redes existentes en la comuna. Por lo que es necesario financiar sistemas particulares de tratamiento de aguas servidas, como fosas sépticas, pozos absorbentes, drenes, etc.

Electricidad

Gracias a la existencia del condominio "Ayres de Chicureo" el cableado público es existente en el sector, por lo que no sería problema obtener este servicio.

(62)

5.5.5. Imágenes

El terreno es una meseta que esta aproximadamente en la cota +700 mt sobre el nivel del mar, pero respecto al camino existente tiene una separación de entre 20 mt a 17 mt aproximadamente.

Se accede a la meseta por un camino que rodea el cerro, subiendo hasta el extremo sur-oriente del terreno, generando una curva que termina hacia la vista principal del lugar (horizonte).

Se configura en dos partes, una la meseta y la segunda una grieta de piedra en el cerro .



Fotografía panorámica interior de la grieta Elaboración propia sobre Registro fotográfico personal.



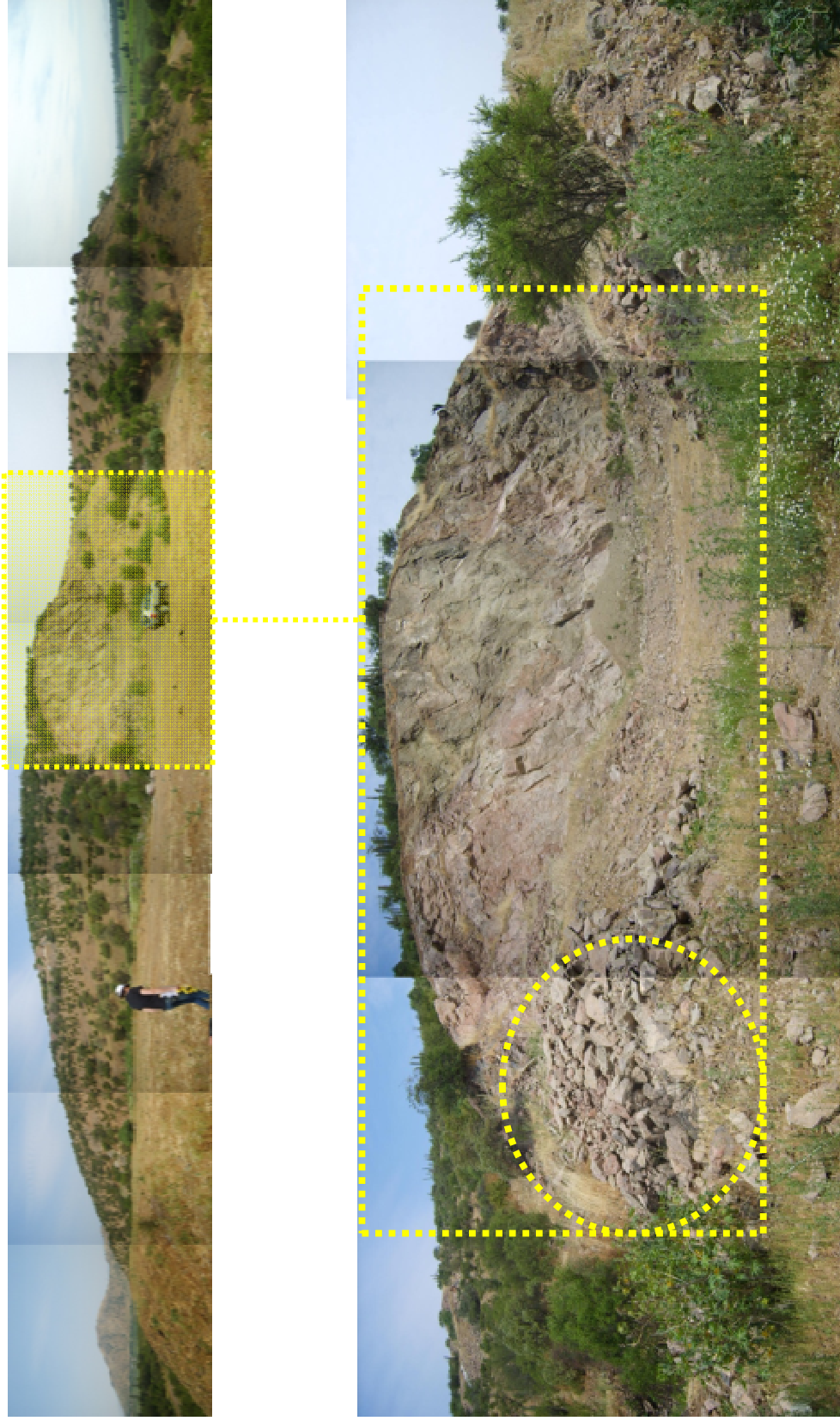
Imagen satelital terreno (Elaboración propia sobre imagen satelital Google Earth.)



Fotografía camino para acceder a la meseta Registro fotográfico personal



A la vez el terreno tiene una gran grieta en el lado oriente, donde bordea el cerro contiguo, posiblemente explotado como cantera, ya que se puede apreciar la piedra rosada típica del sector.



Fotografía grieta- piedras de cantera Registro fotográfico personal



(64)

También por su lado oriente, a los pies del cerro que lo contiene pasa un canal de regadío de aproximadamente 1 mt de profundidad por 0,80 mt de ancho, aguas que son utilizadas por la comunidad de Santa Filomena para cultivos.

La vegetación existente es la típica del sector, como arbustos tipo espinos, flores silvestres, pasto silvestre comúnmente llamado "chepika", además bordeando el canal existen higueras de mediana altura y sobre el cerro continuo existen especies cactáceas.



Imágenes canal de regadío y vegetación existente.
Registro fotográfico personal



La vista principal del terreno es hacia terrenos agrícolas del sector. Además se puede ver el condominio "Ayres de Chicureo". De fondo hacia el norte se puede distinguir el cordón montañoso de Chacabuco, que es el límite natural de la Región Metropolitana con la región de Valparaíso



Fotografía vista principal desde el terreno Registro fotográfico personal



Vista hacia condominio "Ayres de Chicureo" Registro fotográfico personal



Camino común entre el condominio y el terreno Registro fotográfico personal





Imagen interior grieta Registro fotográfico personal

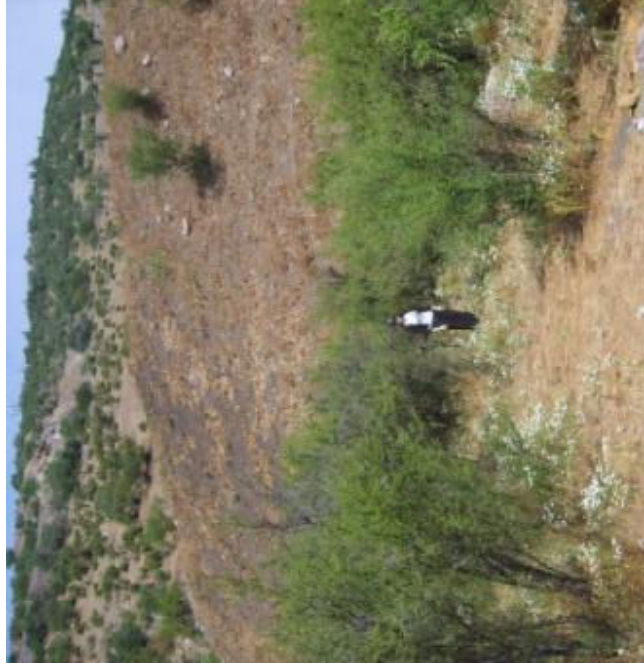


Imagen desde camino que bordea la meseta Registro fotográfico personal

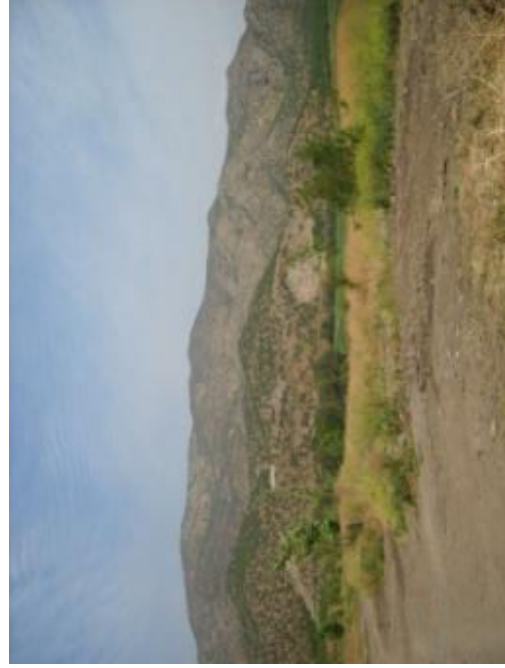


Imagen general del lugar Registro fotográfico personal



Imagen general de la meseta, vista hacia el norte Registro fotográfico personal



6. PROYECTO





6. PROYECTO

El proyecto de título, luego de la investigación previa, se resume como un centro de rehabilitación de drogas, con enfoque de Comunidad Terapéutica, como usuario específico de mujeres mayores de edad, que tengan hijos menores de 6 años y que necesiten internarse junto con ellos, ya que se ven imposibilitadas de dejarlos encargados, lo que anularía sus posibilidades de ingresar a un tratamiento residencial.

Se estima un cupo de 29 madres con 2 hijos máximo cada una, lo que da un total máximo de 87 personas, más 2 personas del personal administrativo (director(a) y secretaria), 10 personas del personal terapéutico (1 asistente social, 3 técnicos en rehabilitación, 1 psicólogo, 1 psiquiatra, 1 profesor, 1 parvularia, 1 asistente de parvularia para sala cuna, 1 enfermera) y 1 persona para aseo de la administración, ya que el aseo de las áreas de terapias comunes, cocina, salas de estar y el área de dormitorios dependen de las propias residentes.

6.1. Programa y relación funcional.

El programa en una Comunidad Terapéutica, busca rehabilitar de manera integral incluyendo en el programa terapéutico terapias personales, grupales, familiares y comunitarias, como el llamado “circulo” momento de reunión comunitaria con un carácter más solemne, donde se hace un resumen de los aspectos fundamentales de la semana, esta dirigido por un equipo multidisciplinario con psiquiatras, psicólogos y técnicos en rehabilitación (profesionales idóneos al área de la rehabilitación, como asistentes sociales, psicólogos, asistentes en recreación, profesores, ex adictos, etc. que se han formado a través de la experiencia y que mediante decreto del Ministerio de Salud, se les ha otorgado este título técnico).

Además se le suma la necesidad de complementar esta rehabilitación con una reinserción social, que genere nuevas redes libres de consumo, esto se logra con capacitación laboral en los talleres ocupacionales, donde se enseñan oficios tales como carpintería, mueblería, cerámica, cestería, costura, peluquería, computación, repostería, amasandería, talleres artístico-creativo como pintura, teatro y literatura. Otra arista de la reinserción social tiene que ver con la nivelación de estudios de las mujeres que están internadas en el centro, por este motivo, existe un área de educación asociada con el Ministerio, donde se imparten clases y luego se puede acceder a exámenes que acrediten su ascenso de nivel; esto permite al paciente ser dado de alta con mayor cantidad de herramientas para comenzar un nuevo ciclo de su vida.

Por otra parte se busca potenciar el autoestima de las mujeres residentes, lo que va asociado directamente a su apariencia y percepción del valor de cada una; este punto es fundamental en el tratamiento, ya que el consumo en la mujer se asocia directamente a la depresión lo que puede estar derivado, entre muchos problemas, a una baja autoestima; desde aquí comienza la apreciación de la necesidad de cambio y de que cada persona tiene valor en sí misma. Una de las maneras para abordar este tema es a través de clases de yoga, de aeróbica, clases de gimnasio, baile entretenido, etc. Además el área de recreación se ve resuelta con las anteriores ya descritas, como teatro, yoga, etc.

Por último al sumar la variable de los hijos, es necesario agregar sala cuna y jardín infantil, además de espacios para reforzar el vínculo entre madre-hijo, como rincones de juegos, de tareas, de cariño, lo que se desarrolla a diferentes escalas, es decir, a escala familiar en cada dormitorio y a escala comunitaria, con salas de estar, juegos infantiles, etc.



El programa se diseñó en base a las descripciones anteriores y se calculó según los m² que indica la O.G.U.C. para cada recinto, estas áreas son las necesarias para la carga de ocupación estimada, sin embargo en el proyecto existen variaciones, los recintos en su general son mayores a los tamaños especificados. Se adjunta tabla comparativa.

RECINTO	M ² /PERSONA	Nº PERSONAS	TOTAL EXIGIDO	TOTAL PROYECTADO
ÁREA ADMINISTRACIÓN				
baños administración			3 m ²	3,5 m ²
baños públicos			3 m ²	3,5 m ²
sala de reuniones	0,8 m ²	15	12 m ²	12 m ²
Oficina director	10 m ²	1	10 m ²	12 m ²
recepción	0,8 m ²	10	8 m ²	26,4 m ²
of. administrativa	7 m ²	1	7 m ²	-----
of. Asistente social	7 m ²	1	7 m ²	11 m ²
of. Técnicos en rehabilitación	7 m ²	1	7 m ²	11 m ²
Enfermería	6 m ²	2	12 m ²	12 m ²
subtotal administración			69 m ²	91,4 m ²
ÁREA SERVICIOS				
lavandería	15 m ²	1	15 m ²	15 m ²
planchado y bodega ropa	10 m ²	1	10 m ²	10 m ²
comedor	1 m ²	75	75 m ²	75 m ²
cocina	1,5 m ² x 20 hab + 1 m ² x 5 hab extra		40 m ²	51,6 m ²
zona servicio cocina			15 m ²	17,3 m ²
baños			15 m ²	15 m ²
depósito residuos sólidos			9 m ²	9 m ²
subtotal casino			179 m ²	192,9 m ²
ÁREA TERAPIAS Y EDUCACIÓN				
consultas	3 m ²	(2 consultas x 3 personas) 6	18 m ²	25,5 m ²
sala de espera	0,8 m ²	10	8 m ²	10 m ²
círculo	0,8 m ²	60	48 m ²	52 m ²
terapia grupal	1,5 m ²	10	45 m ² (3 x 15 m ²)	60 m ²
baños	3 m ²	2	6 m ²	6 m ²
of. Técnicos en rehabilitación	7 m ²	2	14 m ²	27 m ²
jardín infantil	1,1 m ²	25	27,5 m ²	60 m ²
sala nivelación	1,5 m ²	30	45 m ²	62,5 m ²
sala de computación / estudio / biblioteca	1,5 m ²	30	45 m ²	50 m ²
talleres ocupacionales	1,5 m ²	(2 de 30 pers)	90 (2 salas de 45 m ²)	105 m ²
gimnasio	4 m ²	(1 de 15 pers)	60 m ²	60 m ²
baños área educación			9 m ²	16,2 m ²
subtotal área			415,5 m ²	534,2 m ²
ÁREA DORMITORIOS				
sala cuna	2,5 m ²	15	37,5 m ²	38 m ²
dormitorios	5 m ² x cama	30 dorm.(29 residentes + 29 niños + 2 tec. Rehab= 60 camas)	300 m ²	30 dorm. X 15,5 m ² c/u 465 m ²
baños	1 por dormitorio	2,25 m ² x 30	67,5 m ²	3 m ² x 30 90 m ²
estar	0,8 m ²	60	48 m ²	48 m ²
subtotal dormitorios			453 m ²	641 m ²
TOTAL		(sin áreas verdes)	1116,5 m ²	1459,5 m ²

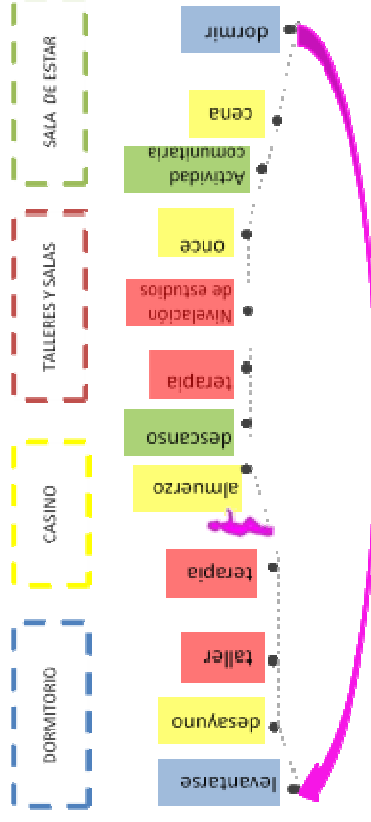
Elaboración propia



Relación Funcional

Para comenzar a entender la relación funcional de este programa, es necesario adentrarse en los conceptos esenciales de trabajo en el modelo de comunidad terapéutica, estos son:

- Participación
- Compromiso y responsabilidad compartida
- Uso de normas y valores comunes
- Uso de roles modelos
- Comunicación abierta
- Relaciones sociales desarrollo por etapas o fases

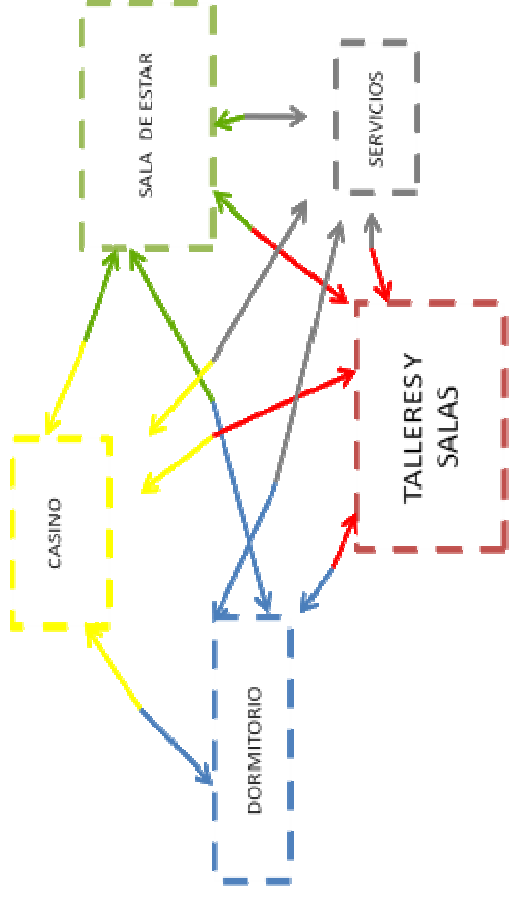


Por lo que el régimen de trabajo y de rutina diaria se desarrolla de manera compartida, esto quiere decir que las actividades de la comunidad se realizan a través de un claro y definido sistema de rutinas y trabajos, como una forma de romper la forma desordenada de vida de las personas dependientes. La consigna es volver a la rutina de la “normalidad”, con tiempos definidos de actividad, terapia y descanso. Toda actividad es comunitaria y compartida. Como por ejemplo las comidas, el aseo, el descanso, las terapias, las visitas, etc., donde cada persona asume una responsabilidad en su entorno.

Finalmente se va generando un curso diario compartido, lo que espacialmente deriva en un sistema sin orden específico, ni lineal ni cíclico.

Conclusión

Es necesario desarrollar una estrategia que mantenga todas las relaciones en constante presencia, de manera que se logre desarrollar la rutina diaria en un espacio de “encuentro permanente”, y de esta manera, permitir que la metodología de la Comunidad sea coherente con los espacios.



6.2. Gestión

Como ya se ha mencionado anteriormente, este tipo de establecimientos si bien cumplen una función netamente de salud en el ámbito social, tienen una estructura mixta, entre privados y entes de gobierno. Por lo tanto la organización y gestión involucra a variados actores. Como ejemplo de gestión se propone:

- Para la obtención del financiamiento para la construcción de la comunidad terapéutica, se podría contar con el real interés que tuvo la fundación Paréntesis, la que esta asociada con el Hogar de Cristo, en generar una comunidad terapéutica en Colina, quienes podrían aportar con la difusión y obtención de recursos mediante campañas publicitarias, colectas nacionales, socios, voluntarios, etc., de la misma manera que se esta realizando para el proyecto vigente (www.pixelmaspixel.cl).
- La obtención del terreno se desarrollaría junto con la Ilustre Municipalidad de Colina, quienes motivados en generar mayores servicios de salud al problema evidente de drogadicción de la comuna, comprobados mediante estadísticas, pueden apoyar financieramente para comprar o arrendar el terreno a la “Comunidad de Cerros Santa Filomena” y darlo en comodato a la comunidad terapéutica.
- Para financiar el área técnica-terapéutica y la puesta en marcha de los tratamientos se trabajaría con los convenios que dispone CONACE, donde mediante concurso se accede a recursos para infraestructura y tratamiento.
- Para financiar los cupos de los residentes que pudiesen ser derivados desde el servicio de salud público, se trabajaría con los recursos que tiene a disposición para este tipo de problemas de salud el Fondo Nacional de Salud FONASA, lo que absorbería un porcentaje de los cupos, el porcentaje restante sería de carácter privado.
- Finalmente una manera de crear recursos internos que se usa en otras comunidades terapéuticas se basa en la autogestión de productos alimenticios con huertas de hortalizas, arboles frutales por ejemplo, y con la venta de los insumos que pueden ser elaborados por las pacientes dentro de los talleres ocupacionales, como mermeladas, costuras, artesanía, etc.



6.3. Criterios de diseño

6.3.1. Arquitectura y rehabilitación

Para poder relacionar estos 2 conceptos es necesario entender los aspectos espaciales que pueden caracterizar una rehabilitación y además entender más profundamente de que se trata ésta.

En una primera instancia es importante reconocer las etapas del paciente y las tareas del terapeuta, donde se puede destacar lo significativo que es el apoyo y contención en el proceso al cambio.

ETAPA DEL PACIENTE	TAREAS DEL TERAPEUTA
PRECONTEMPLACION	Aumentar la percepción de los riesgos que corre el paciente y de los problemas derivados de su conducta actual.
COMTEMPLACION	Inclinar la balanza evocando las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar. Ayuda a aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
PREPARACION	Ayudar al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
ACCIÓN/MANTENIMIENTO	Ayudar al paciente a dar los pasos hacia el cambio. Ayudar a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir las recaídas.
RECAIDA	Ayudar al paciente a renovar el proceso de contemplación, preparación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Por otra parte las técnicas y programas de tratamiento psicológico, también abordan la relación directa entre paciente y terapeuta, demostrando que el trato de ayuda hacia el paciente es fundamental. Si esto lo trasladamos a la arquitectura, se reafirma el sentido de comunidad y de hogar necesario para generar lazos de confianza, para no estigmatizar la situación.

TÉCNICAS Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	
Intervención motivacional	Reconocer y trabajar el interés del paciente y su predisposición para avanzar en el proceso de cambio
Intervención cognitivo – conductual	Ayudar al paciente a reconocer las situaciones en las que más probablemente consumirá. Enseñar a evitar estas situaciones mediante el autocontrol.
Técnicas de extinción de respuestas condicionadas	Están dirigidas a reducir la reactividad condicionada a las señales relacionadas con el consumo de sustancias mediante procedimientos de exposición y control estimular.



Mediante este tipo de criterios lo que se busca es crear habilidades de autocontrol en 3 aspectos principales:

- Control del estímulo
- Control del impulso
- Control social.

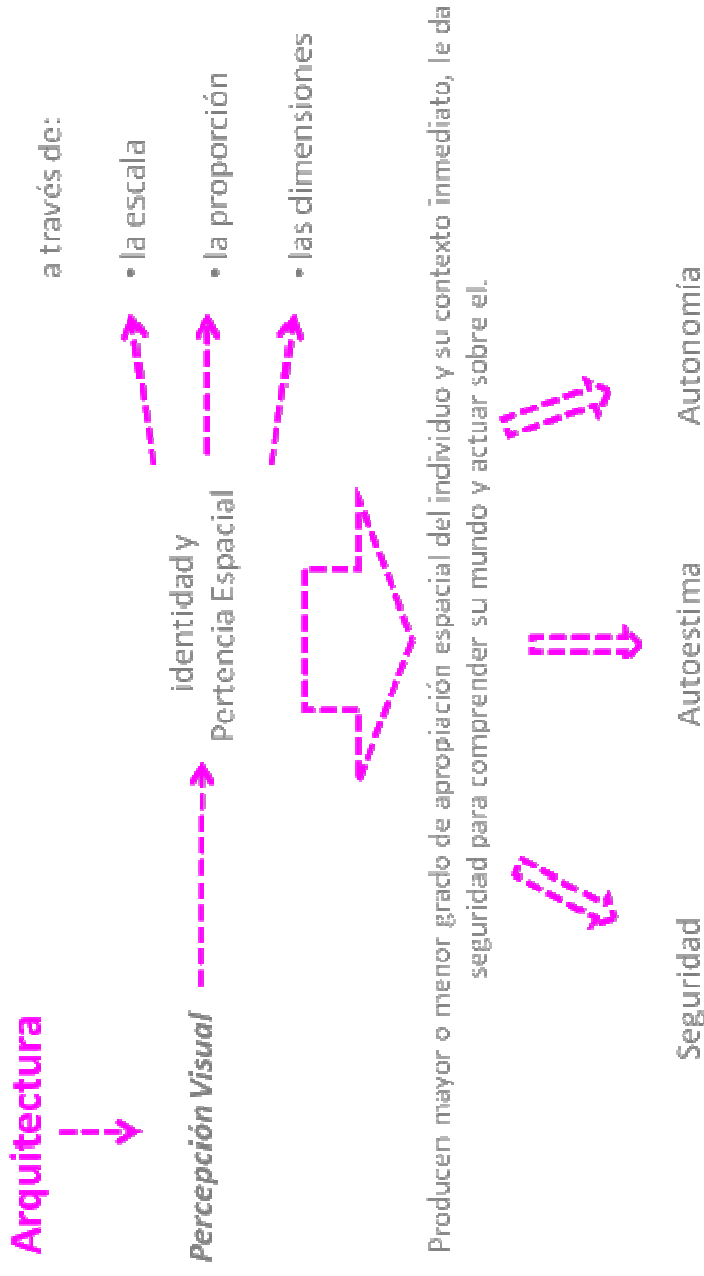
Para generar este cambio en la persona y reeducarla en su comportamiento y de esta manera provocar el autocontrol al estímulo, al impulso y con la sociedad, la arquitectura puede favorecer el proceso a través de espacios que fomenten la diversidad de manera de analogar el contexto natural de una persona. Si el paciente es capaz de formar nuevos hábitos dentro de la comunidad terapéutica, estos deberían mantenerse y no ser trastocados en un ambiente externo. Es por esto que se privilegian espacios con posibilidades de cambio, de amplitud, abiertos, cerrados, etc. donde exista toda la gama posible de situaciones y poder fomentar el control dentro de situaciones inesperadas para el individuo al momento de ser dado de alta. Se fomenta la libertad de acción, de exploración, de manera que el paciente logre una mayor cantidad de reflejos positivos hacia miles de situaciones.



Arquitectura/percepción/psicología

Según el psicólogo Rudolf Arnheim *“En la base del pensamiento y de la formación de los conceptos se haya siempre un acto de percepción visual que desencadena una multiplicidad de procesos mentales e incluye a toda organización de pensamiento”*

Mediante esta asociación entre arquitectura, percepción y psicología es posible encontrar una relación directa entre los espacios que se proyectan y la capacidad de generar cambios en la psiquis de la persona. Para aplicarlo al proyecto se tomó en consideración los siguientes aspectos:



El Yo de una persona es “la suma de todo lo que se puede llamar suyo”

Persistencia o negación de objetos en el espacio	(presencia en la memoria)
Límites dentro de un espacio o superficie	(consideración de extensión o fijación propia)
Llenos o vacíos	(su significación o positivización)
Concepción de proporciones o dimensiones	(alto/bajo, grande/pequeño, próximo/lejano, etc) y sentimiento respecto de ello: apropiación de relaciones dimensionales.
Relación interior/exterior	(significados de límite, cerramiento, protección, oportunidad)
Escala en relación a los tamaños	(conducta respecto de dicho parámetro; noción de situación en la línea de crecimiento de la persona)
Condiciones de intimidad	Identificarse y apropiarse (dominio espacial) Límites, bordes, subespacios apropiables.
La vegetación	(seguridad, expresión, flexibilidad y múltiple ocupación)

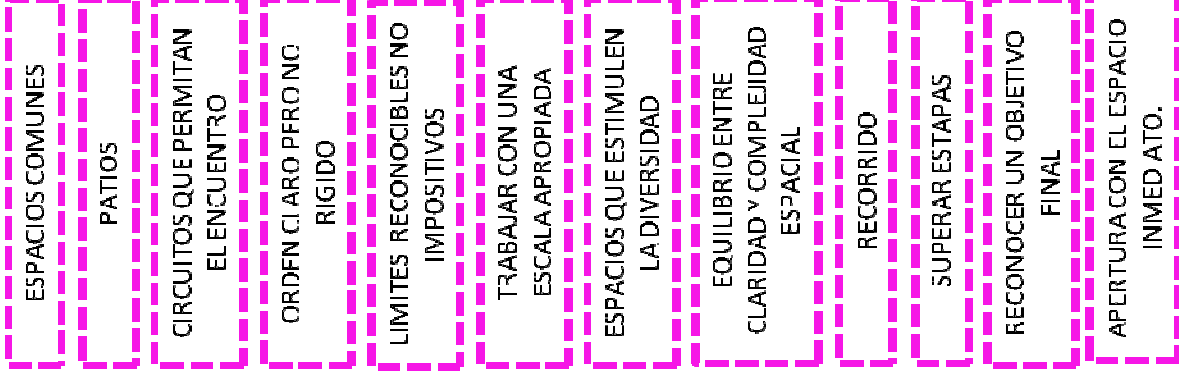
Del cuadro anterior se pueden desprender ciertos aspectos espaciales positivos para aplicar en el diseño de una comunidad terapéutica que fortalezca la seguridad, la autoestima y la autonomía, los que son conceptos esenciales de fortalecer para una posible rehabilitación.

- Una clara accesibilidad y un recorrido interior fluido de espacios interrelacionados da seguridad e independencia. **“orden claro pero no rígido”**.
- El dominio y pertenencia esta ligado a la capacidad de intervenir lo propio, de **entender el espacio** y sus escalas.
- Generar un modelo de **control severo** en el uso del espacio **desfavorece** la sociabilidad, la independencia, la expresión y seguridad.
- Los espacios ojala tengan posibilidades de **crecimiento y transformación** en dimensiones, capacidades, la multiplicidad **apoya la adaptación y apertura al cambio**.
- A través de las áreas verdes se estimula una relación más personal con el medio físico-natural de **apropiación y pertenencia**.



Conclusión Ideas de Arquitectura

- **La Experiencia Comunitaria:** Reforzar el encuentro, el concepto de comunidad es fundamental; el proyecto debe fomentar la participación entre individuos de un mismo grupo, donde se confronten las realidades día a día. Fomentar la convivencia y la responsabilidad mutua sobre un espacio propio, donde sientan seguridad, donde logren identificarse y reforzar su autoestima.
- **Lograr contención emocional:** El espacio debe aportar al bienestar Psíquico de los residentes, tomando en cuenta que la rehabilitación contiene procesos de abstinencia que conllevan estados depresivos, de desesperación, angustia, etc. Debe otorgar tranquilidad y calma, un espacio de resguardo, que no agrada, ni intimide visualmente.
- **Privilegiar el sentido de hogar:** Debido a la larga estadía y al ambiente familiar, sin jerarquías; y a la calidad íntima de los actos humanos que se desarrollan dentro de una Comunidad Terapéutica; es necesario lograr un sentido de hogar colectivo.
- **Diversidad Espacial:** El tratamiento de rehabilitación en una Comunidad Terapéutica apunta a la Reeducación de la persona, en diferentes situaciones de la vida cotidiana; por lo que es necesario que éste enfrente constantemente diversos escenarios en los que sea capaz de resolver situaciones, sentirse cómodo, explorar el lugar y comprenderlo.
- **Rehabilitación entendida como un proceso:** La persona atraviesa por un proceso de cambio, donde deja atrás un pasado autodestructivo y se proyecta hacia un futuro mejor. El espacio puede fomentar este cambio, el proceso, el recorrido hacia el objetivo final, un “nuevo horizonte”.
- **Exteriorización emocional:** En la terapia se trabaja con la exteriorización y apertura de los sentimientos con el medio cercano, con el grupo, con el espacio inmediato, de manera de ir cerrando etapas.



6.3.2. Arquitectura y Paisaje

El terreno escogido presenta sin duda variadas características que pueden influenciar el proyecto, estas son:

- Estar sobre una meseta natural privilegiando la vista al horizonte. Refuerza el sentimiento de la contemplación y la reflexión necesaria para la rehabilitación.
- Su acceso rodea el cerro, para luego evidenciar el valle, en un gesto propio de descubrimiento del contexto. Lo que se relaciona directamente con los puntos analizados sobre “arquitectura/percepción/psicología” ya que un punto fundamental para comenzar a apropiarse de un espacio y sentirlo propio, esta en el reconocimiento del contexto en que se encuentra, esto potencia la seguridad de poder controlar este nuevo hábitat y de esta manera asumirlo en vez de rechazarlo.
- La presencia de la erosión del cerro en la grieta de la cantera, donde es posible evidenciar una analogía con respecto al proceso en que se encuentra el paciente al llegar a la comunidad terapéutica, y que al estar enfrentándose al horizonte, muestra el enfrentamiento entre el pasado “erosión” y el futuro “horizonte”.

Es posible ver en la imagen el fuerte contraste que produce en la continuidad del cerro, la grieta de piedra, además el contexto natural en el que se encuentra la meseta.



Imagen general del terreno (Registro Fotográfico personal)



6.4. Propuesta

Finalmente la propuesta se basa en recoger como aspectos fundamentales del proceso de rehabilitación “el encuentro entre pares, como un espejo de superación y apoyo”, “el encuentro con los hijos para reforzar el vínculo, como una motivación personal para el cambio y la superación personal” y “el encuentro consigo mismo, para enfrentar el pasado y generar un mejor futuro”.

6.4.1. Estrategia de diseño

Determinando como punto de partida la importancia del “encuentro” es necesario encontrar una estrategia de diseño que responda a este fenómeno, para lo que se analizó espacios comunes de encuentro, de los cuales se abstraigo lo necesario para crear una estrategia propia que confluyera con el programa específico de una comunidad terapéutica.

Ejemplos de espacios de encuentro comunes

- **La plaza;** se tomó como ejemplo la plaza de armas de Santiago, la que distingue como lugar de encuentro no sólo por una connotación histórica, sino que también por su relación espacial entre “lleno/vacio” con la cuadrícula fundacional. Además representa un espacio de permanencia dentro de los flujos constantes del centro de Santiago.
- **Plaza Baquedano;** la esencia de este espacio típico de encuentro de nuestra idiosincrasia, radica en la convergencia de flujos viales estratégicos dentro de nuestra ciudad.



Plaza de Armas Fuente: www.plataformaarquitectura.cl



Plaza Baquedano Elaboración propia sobre imagen de Google Earth

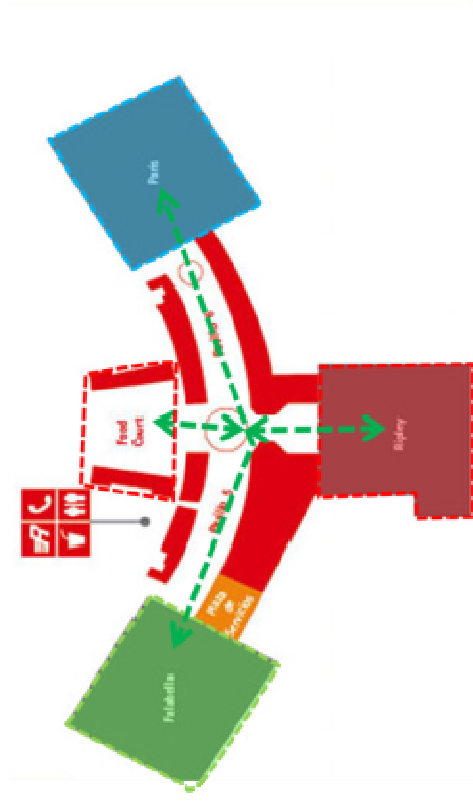


- **“Pircas”** Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile, su jerarquía como lugar de encuentro dentro de la facultad se evidencia también por ser el espacio de mayor flujo dentro del lugar, además es hacia donde llegan todos los flujos de la estructura “en peineta” de los bloques de nuestra escuela. Por otra parte representa el mayor espacio de permanencia y descanso, asociado al área verde existente.



Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile. Elaboración propia sobre planta general de la facultad.

- **Mall Plaza Tobalaba**, como un ejemplo contemporáneo, la estructura típica de un mall, para potenciar los recorridos continuos y el encuentro permanente entre las personas, esta basada en polarizar las plantas hacia “tiendas ancla” hacia donde serán distribuidos con mayor fuerza los flujos y de esta manera asegurar que estos flujos sean constantes.



Mall plaza Tobalaba. Elaboración propia sobre planta esquemática.



CONCLUSIÓN ESTRATEGIA

Luego de este análisis se definió fundamental para el proyecto la organización de los flujos y las características de permanencia de los espacios, lo que sumado con los factores determinantes para el tratamiento, como lo es en un primer lugar reforzar el encuentro y en un segundo lugar, generar un enfrentamiento constante entre la realidad actual del proceso de rehabilitación, que se caracteriza por superar el pasado para configurar un mejor futuro, se decidió definir la estrategia de diseño de la comunidad terapéutica **dividiendo el programa en dos grandes bloques separados y enfrentados entre sí, generando un 3º espacio común entre ellos**, lo que responde a ambos objetivos, de la siguiente manera:

- Los flujos están en permanente IR Y VENIR desde uno de los bloques hacia el otro, generando miles de momentos de encuentro entre estos en este 3º espacio definido como el espacio del vínculo.
- A la vez este recorrido constante va alternando las vistas desde el horizonte a la grieta y viceversa.

Finalmente se estructuró el proyecto de la siguiente manera:

Bloque de Terapias / Área Verde Central / Bloque Dormitorios

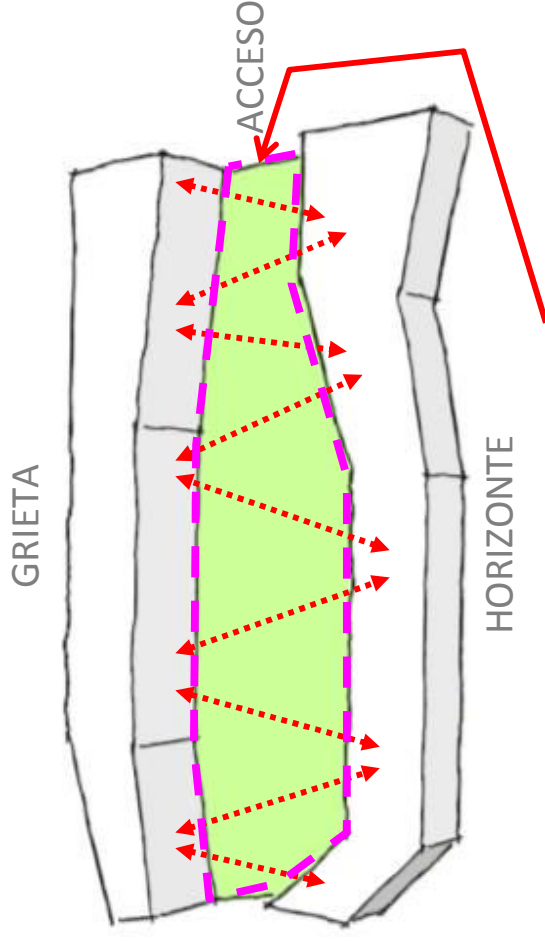


Imagen conceptual estrategia de diseño



6.5. Partido general

Luego de decidir la estrategia de diseño, es necesario complementar el partido general, de esta manera se decidió:

- **separar** el área privada (dormitorios) del área pública (terapias, casino, administración y talleres) Quedando los dormitorios en el bloque poniente.
- Además para darle mayor privacidad y no obstaculizar las vistas este **bloque se hundió** casi completamente y permite generar una **continuidad visual** que evoca el horizonte.

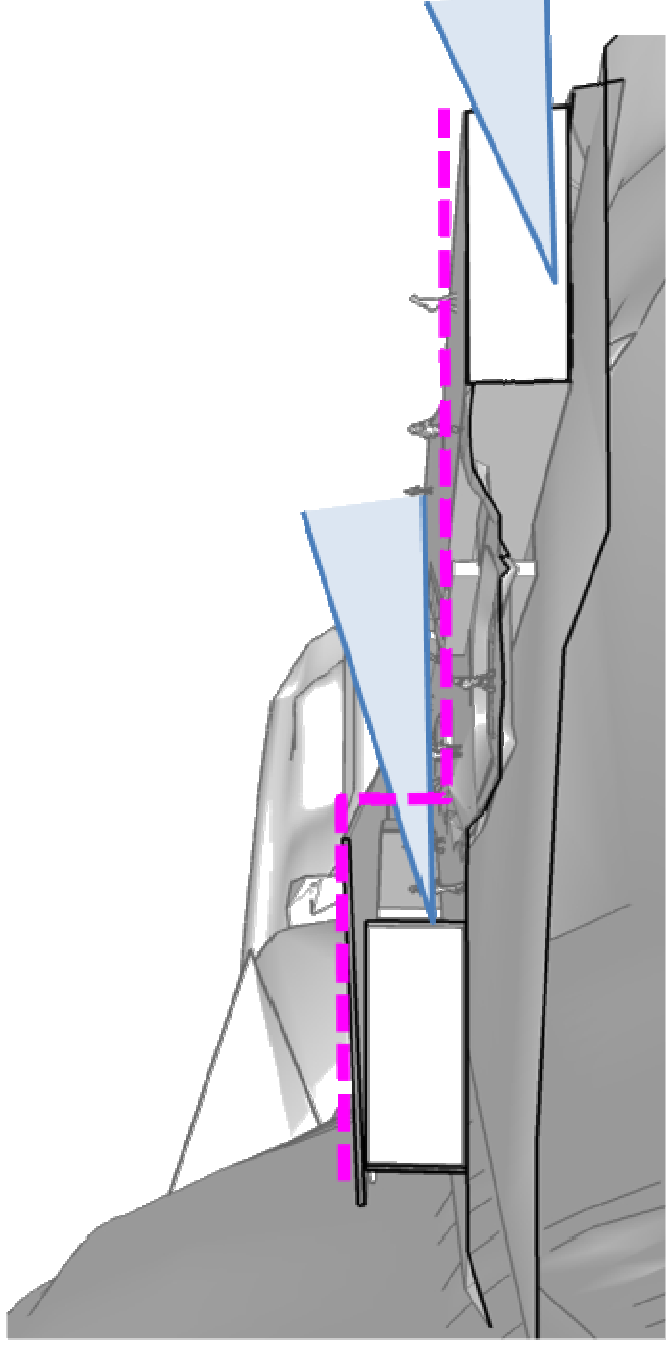


Imagen conceptual estrategia de diseño "bloque hundido"



- Esta continuidad visual se acentúa con una cubierta vegetal sobre el bloque hundido, lo que permite que sea utilizado como paseo-mirador y además se une con la vegetación del valle. Finalmente se distingue un gran área ver continua, sin límites visuales duros establecidos.

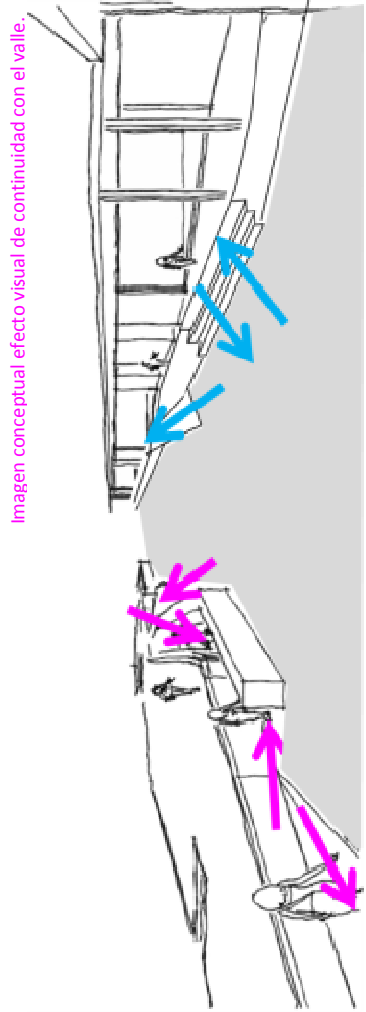


Imagen conceptual efecto visual de continuidad con el valle.

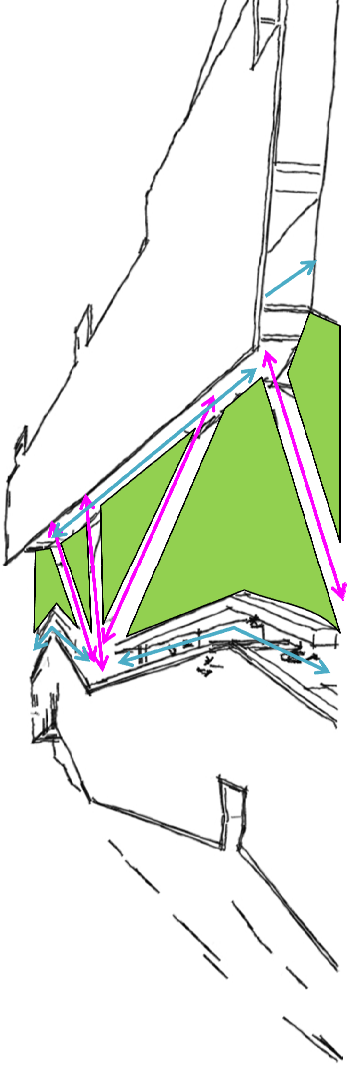
Los accesos hacia ambos bloques también se diferencian según público y privado, el bloque de terapias tiene escalas y rampas directas hacia las salas, en cambio los dormitorios tienen accesos quebrados y semiocultos. En sentido paralelo al bloque, potenciando el bloque de dormitorios como un espacio más íntimo y protegido.

Esquema accesos.



(84)

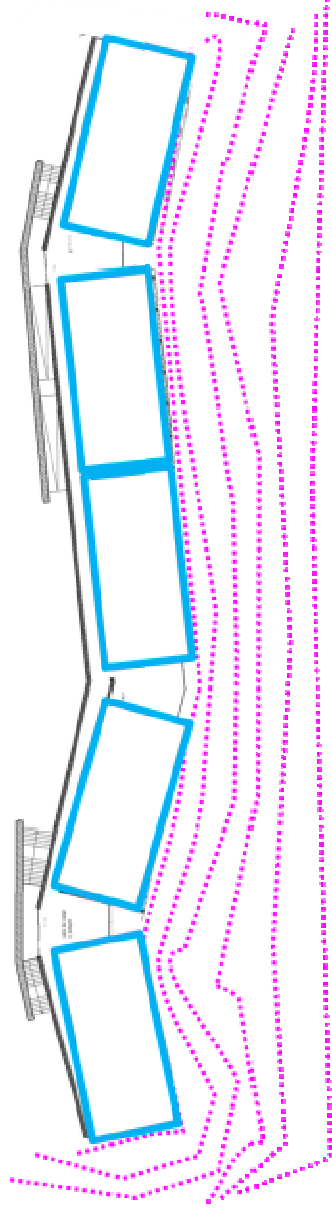
- Para solucionar el espacio de vínculo, se trabajó realizando los flujos que se cruzan entre bloques, demarcándolos y dejando áreas verdes entre ellos, estas áreas verdes van diferenciando subespacios en el total, por ejemplo la zona de acceso, de descanso, de juegos, el huerto, etc.



Esquema de flujos que determinan el área verde.

6.5.1. Bloque Dormitorios

El bloque de dormitorios se estructuró en módulos base de 6 habitaciones que van siguiendo la silueta quebrada de la cota, lo que permite generar espacios intermedios entre módulos, que son destinados a las salas de estar y juegos del área, además se suma la sala cuna, la que se caracteriza como una habitación más y se decide mantener en el área de dormitorios.

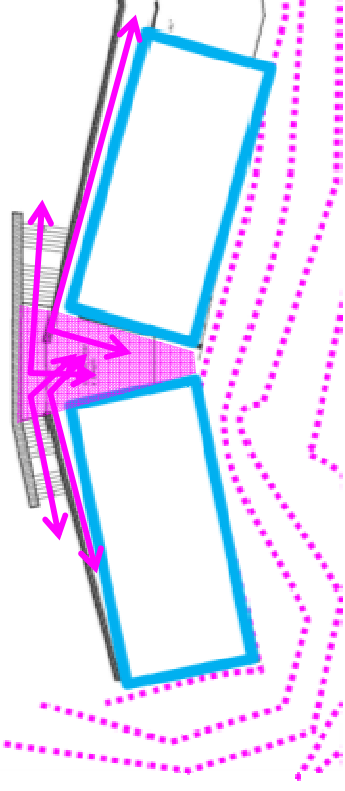


Esquema módulos de dormitorios.



Ya que el encuentro es fundamental en el proyecto, se busca propiciarlo al interior y al exterior de los recintos, por ejemplo:

- Los accesos al bloque de dormitorios, se enfrentan y propician la llegada a zonas de encuentro dentro del gran corredor que unifica las habitaciones.
- Las habitaciones se diseñan a escala familiar, donde cada madre pueda tener espacios de intimidad con sus hijos, por lo que se generó una subdivisión espacial dentro de cada habitación mediante diferentes alturas de piso, que la configuran de la siguiente manera:



Esquema áreas comunes.

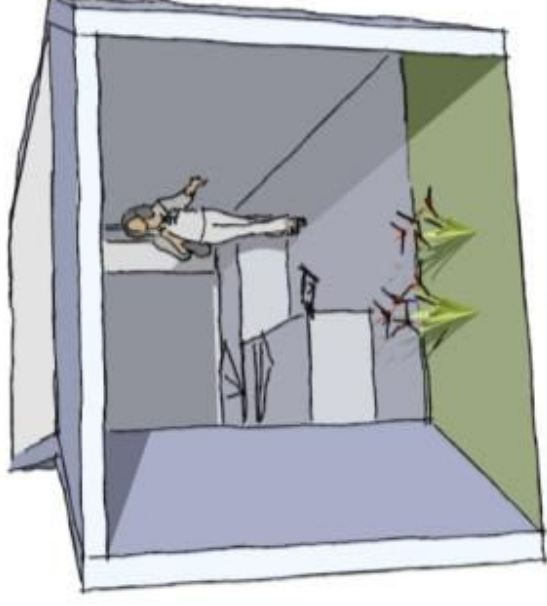
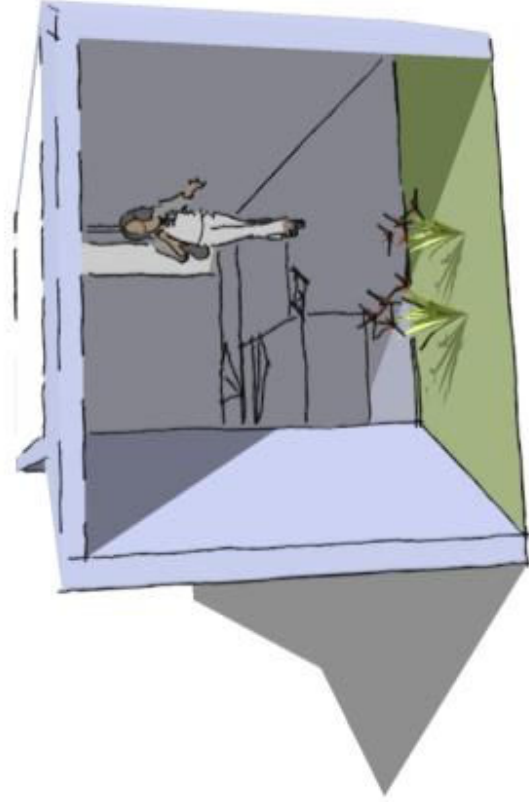
- Zona servicio (acceso, baño y closet) produce una separación entre el corredor principal y el interior de las habitaciones;
- Luego existen 2 zonas de dimensiones muy parecidas, donde la madre y sus hijos tendrán la libertad de ubicar el mobiliario y destinar su uso, esto puede ser, 1º el estar, luego las camas, viceversa o alternadas, esto privilegia la identidad y la apropiación de cada mujer con su espacio y así con el compromiso en su rehabilitación.



Habitaciones con diversas opciones de ubicar el mobiliario.



- Ya que en el proyecto se quiere dar privilegio a la vista hacia el horizonte del terreno, este debe tener cierto control solar (poniente), por lo que se genera una terraza techada de 1 metro que sirve de alero al ventanal principal de cada habitación, y además se prolongan los muros divisorios de cada habitación para proteger el ángulo del sol; estos se giran para tapar el sol de verano en un porcentaje, sin perder la luz necesaria para que ilumine toda la habitación.



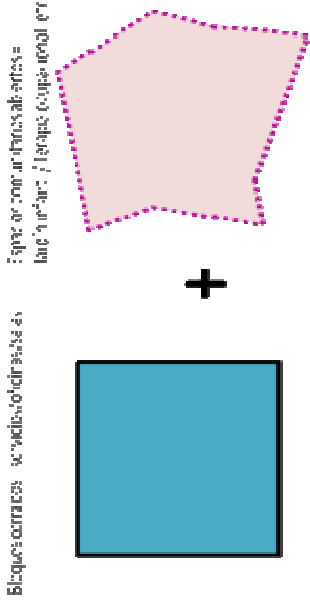
Estudio de sombras, ejemplo 1: día de verano aproximadamente a las 16:00 hrs. Ejemplo 2: día de invierno aproximadamente a las 16:00 hrs.



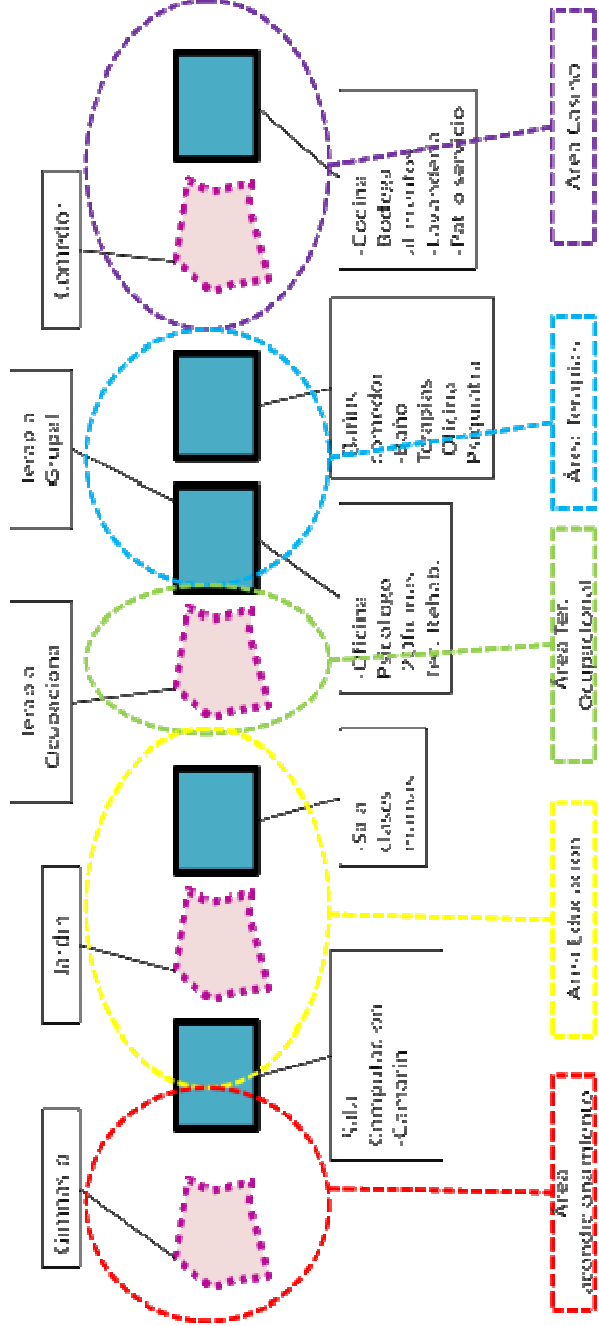
6.5.2. Bloque Terapias

El bloque de terapias es donde se realizan las actividades diarias de la comunidad, estas actividades son muy variadas y tienen diferentes grados de privacidad; es por esto que para organizar este bloque se distinguen 2 tipos de recintos:

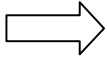
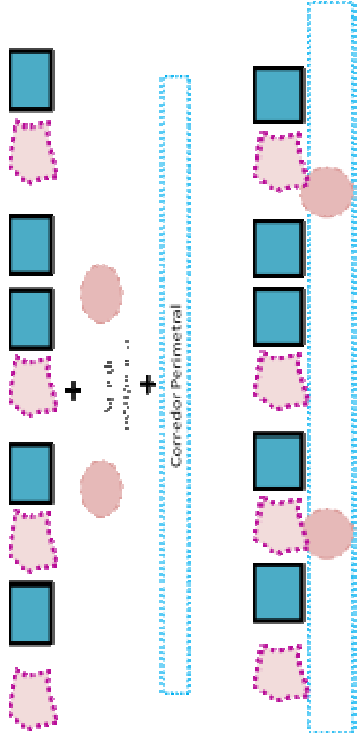
- El 1º corresponde a aquellos públicos, que congregan mayor cantidad de personas y donde la actividad que allí se realiza puede exteriorizarse a las áreas verdes. Como por ejemplo los talleres ocupacionales (teatro, cerámica, etc.) el comedor, el jardín infantil, el gimnasio, etc.
- El 2º tipo, son los recintos que necesitan privacidad, concentración e intimidad. Como por ejemplo las consultas de psicólogo, los servicios, las oficinas y la sala de nivelación de estudios.



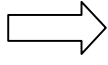
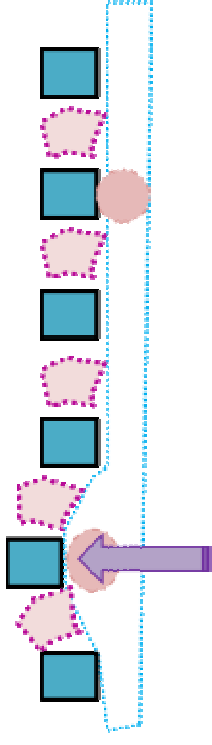
El esquema general del bloque de terapias va creando sub áreas de recintos relacionados entre si, configurándose de la siguiente manera:



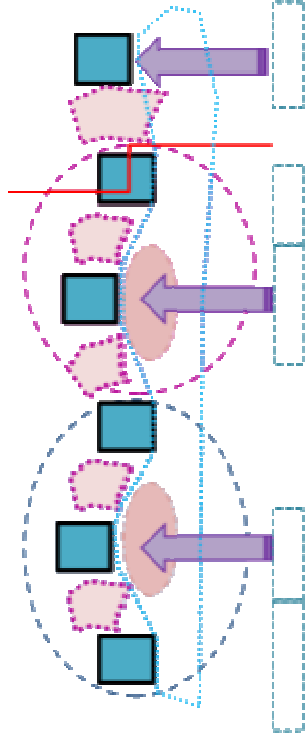
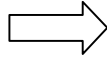
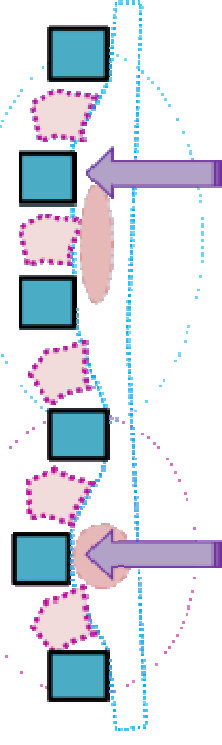
A la lógica establecida de los recintos principales del bloque de terapias es necesario sumarle los recintos que sirven de complemento, tales como las salas de espera/estar y el corredor perimetral. Este corredor representa el flujo principal del bloque.



Para generar distintos espacios dentro de este bloque, se toma como referencia las salas de estar que a su vez van separando las áreas anteriormente explicadas, de esta manera se decidió quebrar la geometría de los recintos, logrando formar subespacios dentro del corredor.



Finalmente este ejercicio permite unir áreas y separar otras, por ejemplo: el área de acondicionamiento con el área de educación; el área de terapias ocupacionales con las terapias psicológicas y por último se logra crear una pausa entre la zona de terapias y la del comedor.



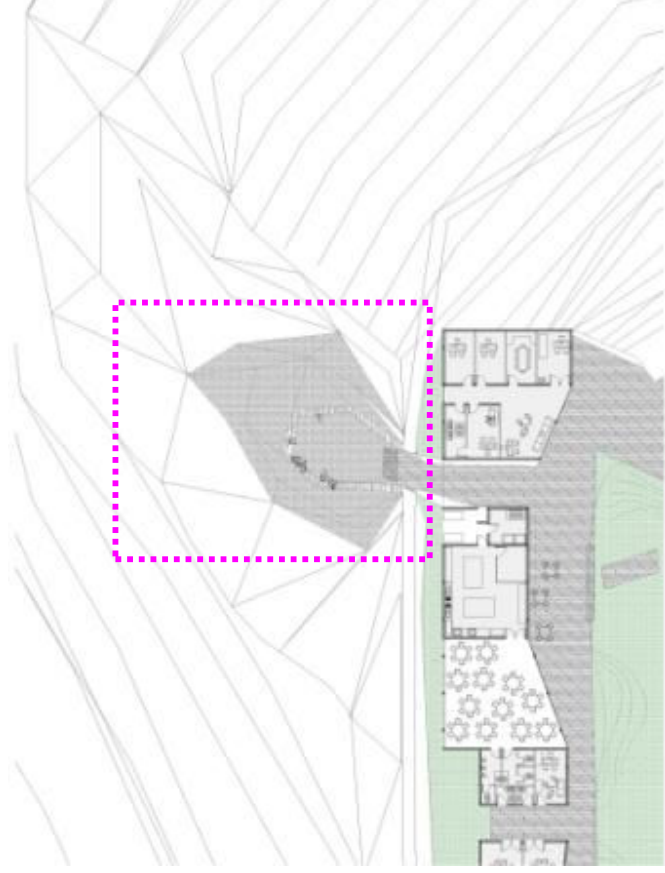
6.5.3. Círculo

Existe un espacio especial dentro de una comunidad terapéutica, donde se realiza una de las terapias comunitarias que tiene mayor sentido ceremonial o solemne; este espacio o momento es llamado “círculo”, es donde se reúnen 1 vez por semana a recapitular el progreso del tratamiento, es un momento de mayor contención emocional que los demás momentos de terapias. Por este significado más íntimo y por la importancia o relevancia que tiene este suceso, se decidió generar un espacio diferente y único dentro del proyecto.

Por lo mismo es necesario ubicarlo fuera de los flujos constantes y de encuentro permanente, para proteger su carácter especial.

Para esto se eligió la grieta de piedra como lugar específico, abogando a su carácter opuesto, más cerrado, mucho más protegido que el contexto general del proyecto.

Se creó una especie de “gruta” construida con grandes pircas de las mismas piedras de cantera esparcidas por el lugar, de manera de reconstruir esta grieta y lograr un espacio acogedor dentro de la roca. Es un espacio abierto, con cierto trabajo de paisajismo, que permita realizar un fogón, meditar en silencio, etc.



Ubicación e imagen conceptual “Círculo”



6.6. Materialidad y Estructura

La materialidad empleada en el proyecto se divide por bloques.

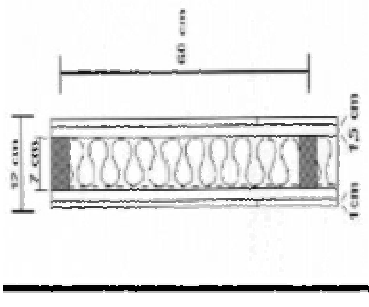
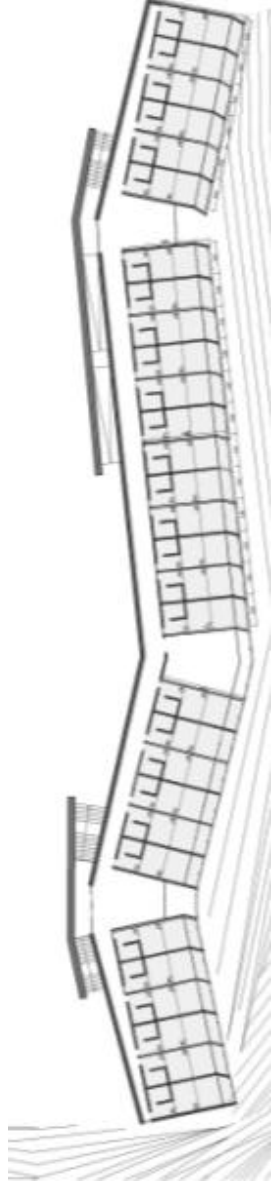
Bloque Dormitorios: la estructura soportante son muros de hormigón armado de 15 cm de espesor en las habitaciones y en los núcleos de baños, estructuralmente se necesitan muros uno por medio en sentido oriente poniente y en sentido norte sur para que no queden demasiado excéntricos los módulos se definen los núcleos de baños como estructurales. Estos cumplen con el aislamiento acústico exigido, ya que con 10 cm ya se cubren los 45 db exigidos en la O.G.U.C.

Los muros intermedios son de tabiquería de madera de 12 cm de espesor con un aislamiento acústico mínimo de 45db como lo exige la O.G.U.C. Este se configura con dos soleras, una inferior y otra superior, con pies derechos cada 60 cm, cubiertos por doble plancha de yeso cartón clavados a la estructura de madera, esta deja espacio interior libre para rellenar con lana de vidrio de 60 mm de espesor. (Se adjuntan fichas técnicas en el anexo).

Para establecer un mejor comportamiento en una estructura mayor a 30 o 40 metros de largo, es necesario generar juntas de dilatación, las que se resuelven mediante módulos independientes de cada 6 habitaciones.

También se trabaja con muros de contención de hormigón Armado para generar el desnivel necesario para el bloque de dormitorios.

Además la cubierta de este bloque es completamente vegetal, esta es en pocos términos una cubierta convencional con la adición de substrato y de plantas, estos actúan como aislamiento acústico y térmico, ya que la capa vegetal retienen aire en su interior, y protección del impermeabilizante, a la vez ofrece gran protección contra la radiación solar al no permitir que se caliente la cubierta, por otra parte al proteger la cubierta se minimizan los flujos energéticos entre ambiente exterior e interior. Finalmente ayuda a disminuir las islas de calor dentro de la edificación, y producir durante el verano grandes efectos refrigerantes.



Detalle tabique de madera. Fuente: Listado Oficial de Soluciones Constructivas para Aislamiento Acústico, Ministerio de Vivienda y Urbanismo.



Ejemplo cubierta vegetal
www.cebe.biz/windidrain.php



Bloque Dormitorios y Detalle muros estructurales



Bloque Terapias: La estructura de este bloque es mixta, debido a las grandes luces que debe soportar la techumbre (entre 7 y 9 metros) se utiliza una cercha invertida de acero, de sección en sus puntos medios de 1/20 de la luz que abarca. La cercha va sobre pilares de acero los que van siguiendo el perfil de los muros de los recintos.

Para absorber la carga sísmica se decide generar núcleos de hormigón armado que absorben ambos sentidos del sismo, estos son los “recintos cerrados” anteriormente descritos en el partido general del proyecto. Además estos núcleos están distribuidos de forma homogénea a lo largo del bloque.

Además el proyecto está dividido por espacios de grandes pasillos conectores transversales que sirven de juntas de dilatación para este gran bloque de más de 100 metros de largo. El cerramiento de los demás recintos está proyectado con ventanales con pilarización de acero.



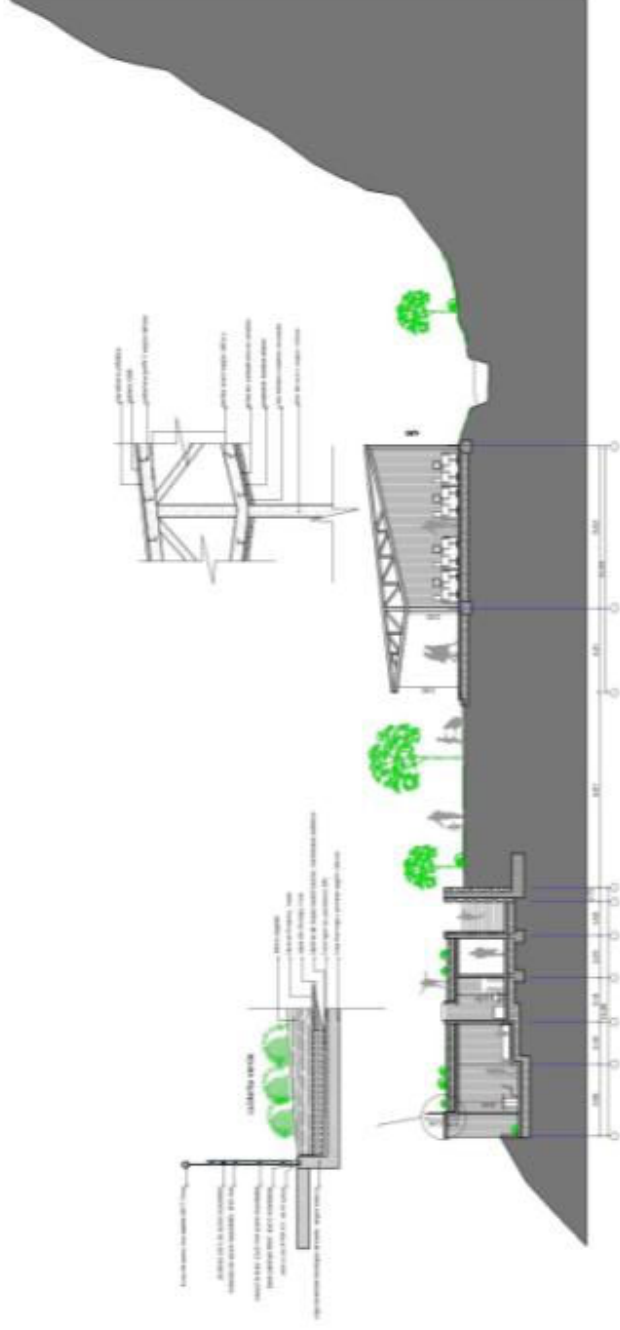
Bloque Terapias y Detalle estructura



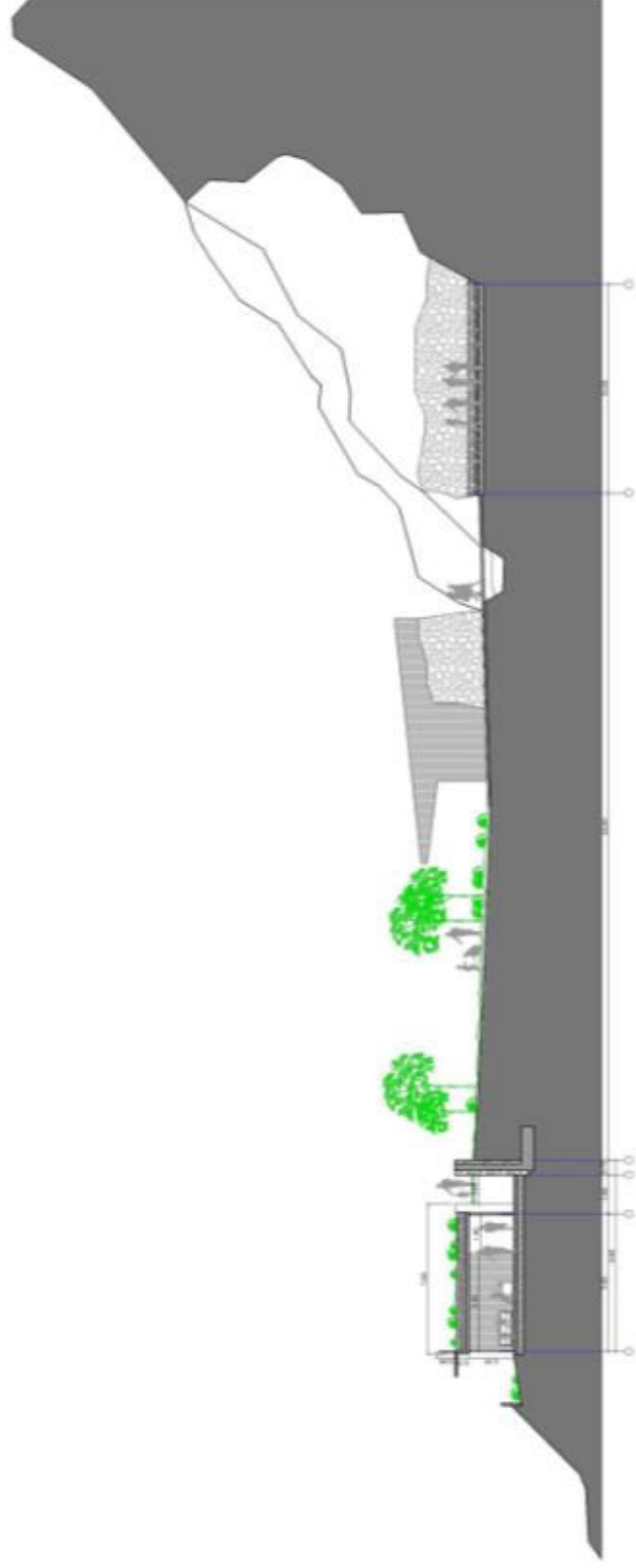


Planta General (Preliminar)

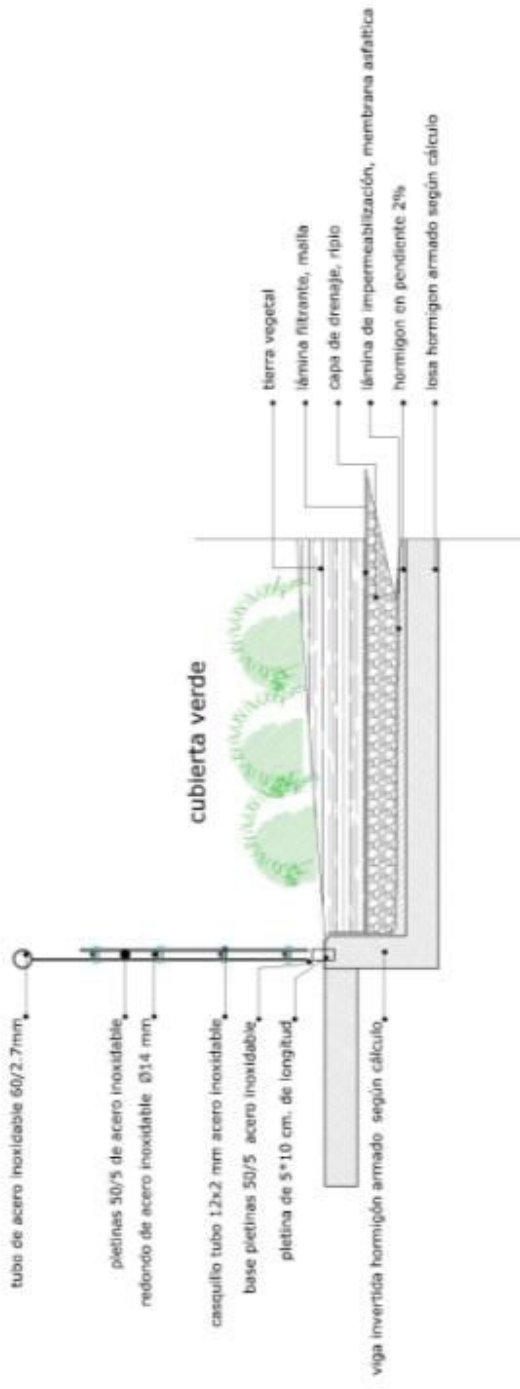




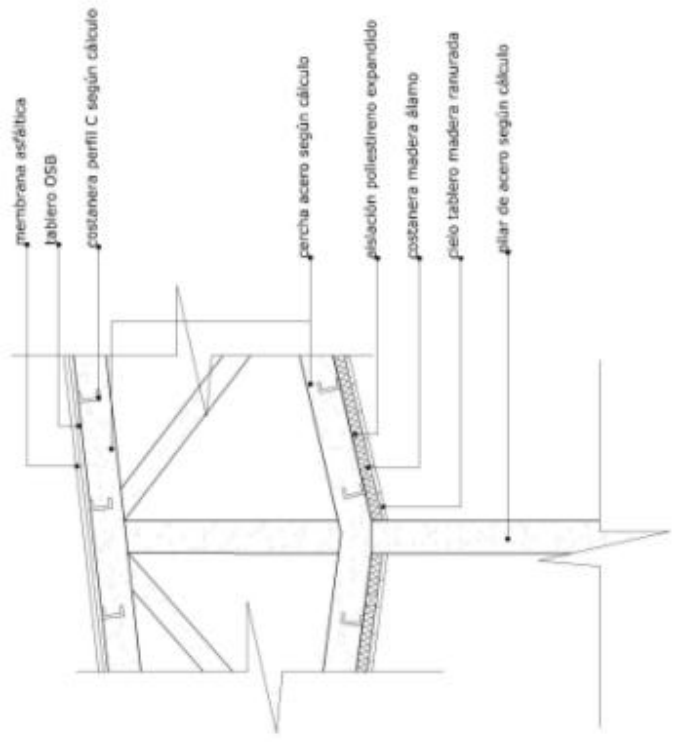
Corte B.B` (Preliminar)



Detalle Cubierta Vegetal (Preliminar)



Detalle Cubierta Metálica (Preliminar)



7. ANEXOS





REGLAMENTO PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE REHABILITACION
DE PERSONAS DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,
A TRAVES DE LA MODALIDAD COMUNIDAD TERAPEUTICA
Y PARA EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE TÉCNICO
EN REHABILITACION DE PERSONAS CON DEPENDENCIA A DROGAS

N° 2298

DIARIO OFICIAL 05.02.96

SANTIAGO, 10 de octubre de 1995

VIOTO: lo dispuesto en los artículos 129 y 130 del Código Sanitario -decreto con fuerza de ley N° 725 de 1968, del Ministerio de Salud- y
TENIENDO PRESENTE: las facultades que me confiere el artículo 32 N° 8 de la Constitución Política del Estado, dicto el siguiente

D E C R E T O:

APRUÉBASE el siguiente Reglamento que regirá a los establecimientos de rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas, a través de la modalidad de comunidad terapéutica, en adelante Establecimientos de Comunidad Terapéutica.

PARRAFO I

AMBITO DE APLICACION

ARTICULO 1°:- Para los efectos de este reglamento, se entenderá por Establecimiento de Comunidad Terapéutica a una institución que presta servicios para la rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas con un régimen residencial de internación prolongada o en forma ambulatoria.

Su modalidad de trabajo se basa en que dependientes, rehabilitados y expertos compartan múltiples y diversas actividades en que se combinan la reeducación del individuo, la autoayuda y actividades psicosociales con el propósito de conseguir la rehabilitación y reinserción social.

ARTICULO 2°:- En la Comunidad Terapéutica se admitirá a personas que abusan y/o son dependientes de sustancias psicoactivas y que voluntariamente desean ingresar al programa de rehabilitación.

La metodología de rehabilitación deberá integrar los siguientes criterios:

a) Existencia de un registro actualizado y continuo del manejo y evolución de la persona que abusa o es dependiente.
b) El programa de rehabilitación será lo suficientemente flexible para que se adapte a las condiciones de abuso y/o dependencia de la persona que requiere de los servicios del programa, considerando:

- Tipo de sustancias utilizadas.
- La naturaleza y severidad de los trastornos síquicos y físicos presentados.
- Los desajustes psicosociales.
- Género de la persona.
- Edad.
- Etnicidad.

c) Existencia de un Sistema de Evaluación constante del programa de rehabilitación, que integre las opiniones del personal del programa en conjunto con la persona dependiente.

d) Existencia de normas específicas para realizar intervenciones de acuerdo a las necesidades de cada persona.

e) Existencia de un Sistema de referencia expedito a Servicios Médicos Especializados y de Urgencia.

PARRAFO II

DEL LOCAL Y SUS INSTALACIONES



ARTICULO 3°.- Las instalaciones en las que se desarrollan las actividades del programa de rehabilitación deberán satisfacer las exigencias de higiene y seguridad para todas las personas sometidas al programa y para el personal que realiza la rehabilitación.

Estas instalaciones deberán considerar los siguientes elementos cuando corresponda de acuerdo a si el programa terapéutico es con internación o ambulatorio:

- Servicios higiénicos.
- Salas de estar.
- Depósito de residuos sólidos.
- Areas de trabajo grupal.
- Zonas de estar.
- Zonas de recepción.
- Zonas de circulación (pasillos).

Dentro de las instalaciones de una comunidad terapéutica que realizan actividades de rehabilitación en un régimen de internado, las personas deberán contar con dormitorios, comedor y dependencias de cocina, además de un espacio privado para guardar sus efectos personales.

PARRAFO III

DE LA AUTORIZACION DE INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO

ARTICULO 4°.- La instalación de los Establecimientos de Comunidad Terapéutica sometidos al presente reglamento, será autorizada por el Director del Servicio de Salud en cuyo territorio estén ubicados, al que corresponderá, además, inspeccionar su funcionamiento.

La autorización tendrá una vigencia de tres años, vencidos los cuales se entenderá automáticamente renovada, por períodos iguales y sucesivos, a menos que existan razones calificadas para disponer su caducidad, mediante resolución de la Dirección del Servicio de Salud.

Con todo, tres meses antes del vencimiento de cada período trienal, la autoridad sanitaria deberá inspeccionar el establecimiento con el fin de reacreditar la existencia en él de las condiciones que hacen posible su funcionamiento y formulará las exigencias que deriven de ello, fijando un plazo prudencial para su cumplimiento.

Requerirán también autorización del Servicio de Salud correspondiente las modificaciones de las plantas físicas o de los objetivos y campos de acción de los establecimientos y su traslado a otras dependencias.

ARTICULO 5°.- La instalación de todo Establecimiento de Comunidad Terapéutica, deberá hacerse en un local independiente y adecuado. Para su aprobación, el interesado presentará al Servicio de Salud una solicitud en la que deberán acompañarse los siguientes datos y antecedentes:

- a) Ubicación y nombre del establecimiento;
- b) Individualización del representante legal;
- c) Instrumentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo;
- d) Objetivos, campos de acción y programa de rehabilitación en base al cual se desarrollará la actividad del establecimiento;
- e) Croquis del edificio, que indique la distribución funcional de las dependencias;
- f) Copias de los planos o croquis de las instalaciones de electricidad, agua potable, de gas y de seguridad; y
- g) Capacidad del programa de rehabilitación para recibir a personas con problemas de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

ARTICULO 6°.- Las solicitudes de autorización sanitaria, serán estudiadas por profesionales expertos en el tema, de la oficina o dependencia del Servicio de Salud a la que su Director asigne esta función y deberán ser informadas, previa visita al inmueble y revisión de los aspectos del programa, dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente complete los antecedentes exigidos para ello.

Con dicho informe, el Director del Servicio dictará una resolución aprobando la instalación del Establecimiento de Comunidad Terapéutica o rechazando la solicitud, en cuyo caso deberán expresarse las razones en que se funda la denegación.

Si al cabo del plazo señalado en el inciso primero, el Servicio no ha emitido un pronunciamiento, el local se entenderá autorizado.

Tanto el cierre temporal programado, de parte de las dependencias de los establecimientos, como el cierre definitivo voluntario o derivado de fuerza mayor del establecimiento, deberán comunicarse a la Dirección del Servicio de Salud.



PARRAFO IV
DE LA ORGANIZACIÓN Y DIRECCION TECNICA

ARTICULO 7°.- Cada establecimiento podrá determinar sin restricciones su organización interna, sin perjuicio de que los establecimientos deberán contar con un sistema de registro e información estadística que consulte al menos:

- a) Registro de ingresos y egresos;
- b) Carpetas individuales que recolecten la evolución actualizada del proceso de rehabilitación de cada persona;
- c) Fichas de seguimiento de personas que terminan el tratamiento o son derivadas;
- d) Informe de evaluación final, al momento del alta o egreso.

ARTICULO 8°.- La dirección técnica de cada establecimiento estará a cargo de un profesional del área de la salud u otra o de un técnico en rehabilitación de personas con dependencia a drogas, todos ellos con un mínimo de tres años de experiencia en el área de la rehabilitación psicosocial de personas con dependencia a drogas, a quien se le asignará esta función de modo permanente y que deberá ser reemplazado de inmediato por otro profesional, técnico o experto de similar experiencia en caso de ausencia o impedimento del titular. Todo cambio de la Dirección Técnica deberá ser comunicado al Servicio de Salud competente, dentro de los 30 días siguientes. El Director será responsable de todos los aspectos técnicos y administrativos de la gestión del establecimiento y deberá velar por el adecuado funcionamiento de los equipos, programas de trabajo e instalaciones necesarias para la correcta atención de las personas, así como por la observancia de las normas y procedimientos respectivos, por parte de la dotación del establecimiento.

Esta responsabilidad incluye:

- a) Las relaciones con la autoridad sanitaria;
- b) La ejecución de los programas de rehabilitación;
- c) El registro de los datos y de la información estadística;
- d) La higiene del personal y del establecimiento;
- e) Control de alimentos;
- f) Disposición de excretas y basuras;
- g) Medidas de seguridad.

ARTICULO 9°.- Toda la información estadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en la Comunidad Terapéutica tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional.

Sólo el Director Técnico del establecimiento podrá proporcionar o autorizar la entrega de dicha información a los Tribunales de Justicia y demás instituciones legalmente autorizadas para requerirla.

Respecto de otra clase de instituciones, sólo podrá proporcionarse información a solicitud de la persona afectada o entregar datos estadísticos globales en los que no se identifique a personas determinadas.

PARRAFO V
DEL PERSONAL

ARTICULO 10°.- El establecimiento deberá contar con personal idóneo y en número suficiente para llevar adelante, adecuada y permanentemente, los programas terapéuticos y de rehabilitación.

ARTICULO 11.- Se considera Técnico en Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas, en adelante llamado técnico en rehabilitación, a quien participa directamente en la rehabilitación de las personas dependientes a sustancias psicoactivas, para reforzar el proceso terapéutico dirigido a ese fin, a través de la modalidad de comunidad terapéutica y apoyarlos adecuada y permanentemente en la realización de las actividades que contempla el programa de rehabilitación correspondiente.

ARTICULO 12.- Serán funciones del técnico en rehabilitación, en su desempeño en instituciones asistenciales públicas o privadas, las siguientes:



- a) Efectuar labores de recepción, entrevistas individuales y conducción de grupos, como parte del proceso de rehabilitación de personas dependientes a drogas o con problemas severos derivados de su consumo, bajo supervisión del director técnico de la comunidad terapéutica correspondiente;
- b) Apoyar a la persona dependiente a drogas o con problemas severos derivados de su consumo, en la realización de las actividades que se contemplan en su programa individual de rehabilitación, según sea indicado por:
- un médico especializado en psiquiatría, o por
 - un profesional de la salud que se desempeñe en un establecimiento de salud o en un equipo de trabajo multiprofesional, reconocidamente dedicado a la atención de personas con dependencia a drogas, o por
 - el equipo de rehabilitación de la comunidad terapéutica, incluido el director técnico.
- Conjuntamente con la iniciación del programa de rehabilitación individual, luego de la fase de evaluación y preparación, debe realizarse una interconsulta médica para efectuar un examen de salud.
- En el caso de coexistencia de otras patologías de medicina general o mentales, deberá establecerse conjuntamente con el médico interconsultor u otro, a decisión del afectado o de sus familiares, la forma y oportunidad del tratamiento a la o las enfermedades asociadas.
- c) Informar a la persona dependiente a drogas y a sus familiares acerca de la naturaleza y contenido del programa de rehabilitación, así como de los riesgos y beneficios esperados y de los motivos que fundamentan su eventual suspensión;
- d) Solicitar el consentimiento de la persona dependiente a drogas para efectuar el registro de las diversas etapas de su tratamiento en el establecimiento sea por sistema de audio, video o fotografías, y su utilización con fines de enseñanza, investigación, publicidad u otros;
- e) Realizar actividades educativas dirigidas a la prevención del consumo de drogas y promoción de salud mental, en personas sanas o en riesgo de consumo de ellas, particularmente entre los familiares de las personas en proceso de rehabilitación.

ARTICULO 13.- Para desempeñarse como técnico en rehabilitación, el interesado deberá contar con el título de técnico en rehabilitación, otorgado por un establecimiento de Educación Superior reconocido por el Estado.

Quienes no cuenten con dicho título podrán desempeñarse como tales previa autorización del Servicio de Salud.

Para estos efectos el interesado deberá presentar en la Oficina de Profesiones Médicas y Paramédicas del Servicio de Salud los siguientes antecedentes:

- a) Certificado que acredite 4° año de Enseñanza Media cumplido.
 - b) Certificado de desempeño profesional idóneo otorgado por los establecimientos dedicados a la rehabilitación de drogadictos y que cuenten con la autorización del Servicio de Salud correspondiente.
 - c) Las competencias consideradas necesarias para desempeñarse como técnico en rehabilitación incluyen a lo menos conocimientos básicos sobre las siguientes materias: las características y efectos en los seres humanos, de las sustancias psicoactivas más frecuentemente utilizadas en la población nacional; las manifestaciones de la privación y de la sobredosis de ellas en las personas que presentan dependencia a la respectiva sustancia; las enfermedades físicas y mentales que se asocian más corrientemente al consumo y dependencia de cada una de esas sustancias y las manifestaciones más frecuentes y evidenciables para una persona sin formación profesional; los factores propios del desarrollo psicológico o derivados de las condiciones de vida en los ambientes familiar, escolar, microsocial y cultural, que más frecuentemente se asocian al consumo y dependencia a drogas en la población chilena; la existencia de centros de atención médica y profesional de salud en el entorno local a los cuales podría recurrir una persona con dependencia a sustancias, nociones básicas sobre medicamentos que podrían tener efectos beneficiosos en estas personas. Además, entre las habilidades susceptibles de ser aprendidas y entrenadas, con que deben contar los técnicos en rehabilitación, se cuentan las que facilitan y permiten: educar la comunicación interpersonal basada en la verdad, la mutua confianza, el reconocimiento y expresión de los sentimientos; proveer ayuda emocional; reeducar los hábitos de responsabilidad y trabajo; promover el autocuidado de la salud, la solidaridad con el que sufre, la firmeza con el que defrauda la palabra empeñada y manejo de técnicas de trabajo en pequeño grupo. Todos y cada uno de estos conocimientos y habilidades, se podrán demostrar más bien en la práctica de la tarea que en el manejo conceptual o teórico.
- Con todo, el Servicio de Salud competente podrá requerir la ampliación de estos antecedentes a fin de proceder con mejor fundamento en su cometido.
- El Servicio de Salud correspondiente, si considera que los antecedentes presentados por el aplicante no demuestran o no alcanzan los estándares requeridos para un técnico en rehabilitación, se reservará el derecho de hacerle rendir un examen de competencia, ante una comisión conformada por profesionales afines, con experiencia en el trabajo con personas dependientes a drogas en la modalidad de Comunidad Terapéutica, entre los cuales deberá estar presente un médico-cirujano con formación en psiquiatría y salud mental. Para tal objeto, le fijará la fecha, hora y lugar de la toma del examen, el que se llevará a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la solicitud.



PARRAFO VI
DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

ARTICULO 14.- Las personas en tratamiento tienen derecho a su ingreso, a pactar un programa individual de rehabilitación que considere metas, objetivos y plazos, el que podrá contemplar, además la realización de actividades laborales remuneradas o no, aún cuando no se hayan convenido inicialmente, si son aceptadas por el paciente. Este programa no podrá impedir la iniciación o continuación de tratamientos médicos que se estimen necesarios para otras enfermedades asociadas o no con la dependencia a drogas, sea que éstas se verifiquen dentro o fuera del Establecimiento de Comunidad Terapéutica.

Tanto, las personas como sus familiares tendrán derecho a ser informadas acerca de la naturaleza y contenido del programa de rehabilitación, así como de los riesgos y beneficios esperados y de los motivos que fundamentan su eventual suspensión.

ARTICULO 15.- El paciente en tratamiento tiene derecho al respeto a su privacidad, razón por la cual no se realizará registro por audio, video o fotográfico del mismo, sin su consentimiento y, en el caso de obtenerlo, su utilización con fines de enseñanza, investigación, publicidad u otros deberá ser aceptada también previamente. La correspondencia y efectos particulares de la persona en tratamiento tendrán carácter privado.

ARTICULO 16.- Todos los pacientes que se encuentren en régimen de internación tendrán derecho a la recreación y a contar con espacios para ello. Asimismo, deberán contar con un espacio que les permita privacidad si así lo requieren, de acuerdo a las condiciones y recursos del programa de rehabilitación.

ARTICULO 17.- Se deberá respetar la libre voluntad de renunciar a la permanencia en el programa terapéutico.

La internación no podrá ser utilizada para retener personas en contra de su voluntad, a menos que exista una orden judicial en tal sentido, o bien, que una certificación médica lo disponga así, caso éste último en que no podrá exceder de 24 horas.

ARTICULO 18.- Las personas en tratamiento tendrán derecho a manifestar su disconformidad con el programa de rehabilitación o la forma como se lleva a la práctica, ante las autoridades del Establecimiento, del Servicio de Salud o a la Justicia Ordinaria, según sea el caso. Existirá un mecanismo documentado con este objeto, que estará a disposición del paciente y de sus familiares.

ARTICULO 19.- Toda contravención a las disposiciones de este reglamento será sancionada en la forma dispuesta en el Libro Décimo del Código Sanitario.

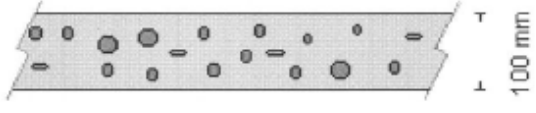
ARTICULO TRANSITORIO.- Las personas que en la actualidad efectúen actividades descritas en el artículo 12, que puedan ser enmarcadas de acuerdo al presente reglamento y que no cuenten con la acreditación a que se refiere el artículo 13, deberán normalizar su situación dentro del plazo de 6 meses contados desde la fecha de publicación en el Diario Oficial de este reglamento.

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN, PUBLÍQUESE EN EL DIARIO OFICIAL E INSÉRTESE EN LA RECOPIACIÓN DE REGLAMENTOS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.-



Índice de Reducción Acústica		45 dB(A)	
Descripción de la Solución			
<p>El tabique está formado por una estructura de madera. Consta de dos soleras (inferior y superior) y montantes (pies derechos), hechos de madera de 1½" x 70 mm, distanciados entre ejes cada 0,6 m, aproximadamente. Esta estructuración está forrada por cada una de sus caras con dos planchas de yeso-cartón tipo estándar de 110 y 15 mm de espesor traslapadas. Todas las planchas están clavadas a la estructura de madera con clavos distanciados a 25 cm, aproximadamente. Tal configuración deja espacios libres en el interior del elemento, los cuales están rellenos con lana de vidrio de 60 mm de espesor, con densidad nominal de 14 kg/m³.</p> <p>El espesor total de este elemento resulta ser de 120 mm.</p>			
Nombre Comercial	Institución	Densidad del Aislante	Plazo Vigencia
Muro tipo tabique.	Constructora CADEL Ltda.	14 kg/m³	Enero 2013
Planta: 		Frecuencia, Ensayo (Hz) bandas 1/3 oct. 100 125 160 200 250 315 400 500 630 800 1000 1250 1600 2000 2500 3150 4000 5000	Índice de Reducción Acústica dB 21,2 33,9 32,4 35,6 38,7 41,0 42,0 43,3 45,4 49,0 48,0 50,1 50,7 51,0 50,1 49,7 - -



Índice de Reducción Acústica		45 dB(A)	
Descripción de la Solución			
Muro de Hormigón Armado de 100 mm de espesor			
Nombre Comercial	Institución	Densidad del Aislante	Plazo Vigencia
Hormigón Armado de 10 cm. de espesor	Instituto del Cemento y del Hormigón de Chile	-----	septiembre 2009
Planta:	 <p>Detalle: 100 mm</p>		Índice de Reducción Acústica dB
		100	29.4
		125	27.1
		160	32.4
		200	36.8
		250	38.0
		315	37.6
		400	41.0
		500	43.3
		630	44.0
		800	46.9
		1000	49.2
		1250	52.1
		1600	54.2
		2000	56.1
		2500	56.5
		3150	56.8
		4000	-
		5000	-





8. BIBLIOGRAFÍA





8. Bibliografía

Publicaciones

- CONACE, Informe anual de la situación de drogas en Chile, 2006, Santiago de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Gobierno de Chile.
- MINSAL, Reglamento para los establecimientos de Rehabilitación de personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas, a través de la modalidad Comunidad Terapéutica y para ejercicio de la Actividad de Técnico en Rehabilitación de Personas con Dependencia a Drogas, 1996, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- URBE, Ordenanza Plan Regulador de la Comuna de Colina, 2002, Santiago de Chile, Ilustre Municipalidad de Colina.
- Juan Palacios, "Comunidad Terapéutica" una breve síntesis de su desarrollo, 2004, Santiago de Chile.
- Carolina Correa Maturana, Daniela Vío Giacaman, "Ser madre en pobreza y drogadicción", Una aproximación explicativa acerca de la vivencia de la maternidad como motivación para rehabilitarse en mujeres drogadictas urbano populares, Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología, 1999, Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Universidad Central.
- CONACE, Situación del consumo de drogas en mujeres de Chile, 2004, Santiago de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Gobierno de Chile.
- Consejería para la igualdad y bienestar social, Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes, Dirección general para drogodependencias y adicciones, junta de Andalucía
- DIANOVA, Programa de tratamiento con perspectiva de género para mujeres adultas con o sin hijos con consumo problemático de alcohol y/o drogas.
- Egenau, P., Villatoro, P., Evaluación de resultados de las comunidades terapéuticas del hogar de Cristo, Santiago de Chile, Hogar de Cristo en colaboración con la Universidad de Chile.
- Nella Gonzales, Javier., Arquitectura Bioclimática en un entorno sostenible, 2004, Madrid España, editorial Munilla-lería.

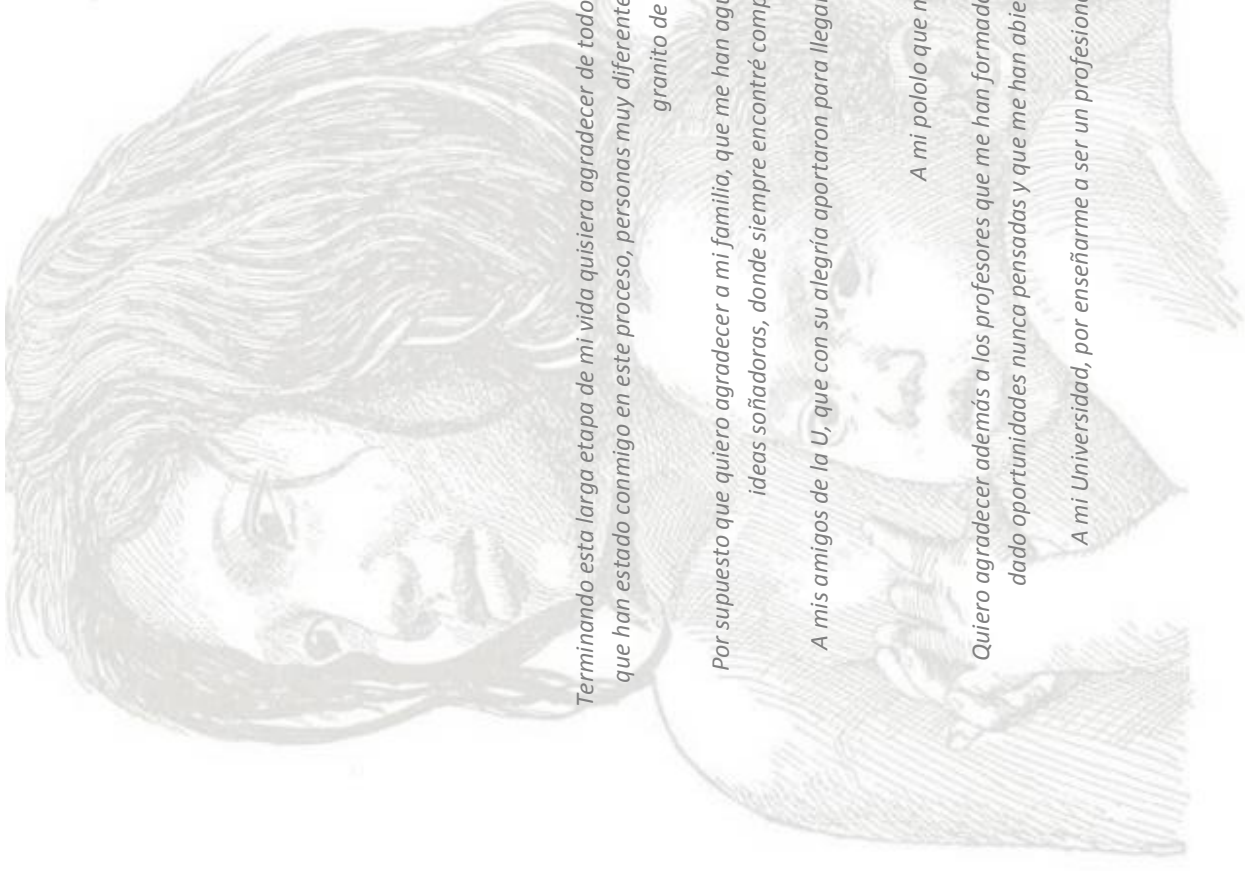
Páginas de Internet

- www.conacedrogas.cl
- www.parentesis.cl
- www.risolidaria.cl
- www.casadeacogidaesperanza.cl
- www.minsal.cl
- www.minvu.cl
- www.pixelmaspixel.cl
- www.colina.cl
- www.dianova.cl
- www.comunidadterapeuticolina.cl





Agradecimientos



Terminando esta larga etapa de mi vida quisiera agradecer de todo corazón a todas aquellas personas que han estado conmigo en este proceso, personas muy diferentes entre sí, que me han aportado su granito de arena para llegar a este momento.

Por supuesto que quiero agradecer a mi familia, que me han aguantado de todo, desde pataletas a ideas soñadoras, donde siempre encontré comprensión y apoyo para concretarlas.

A mis amigos de la U, que con su alegría aportaron para llegar con ánimo a cada entrega, a cada corrección.

A mi pololo que me ha hecho feliz todo este tiempo.

Quiero agradecer además a los profesores que me han formado como profesional, los que me han dado oportunidades nunca pensadas y que me han abierto muchas posibilidades de crecer.

A mi Universidad, por enseñarme a ser un profesional íntegro, con preocupación social.

Valeria Badilla Eyherregaray



