



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA CIVIL

**TEMA: CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES
EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR EL GRADO DE
ARQUITECTO

ALUMNO: JULIANA GOMEZ YAGUAL
TUTOR: ARQ. DANIEL WONG CH.

SAMBORONDÓN, MAYO 2018



DEDICATORIA

A mi abuelita y a mi mamá

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A mi mamá

A mi tutor

A mis amigos y compañeros por el tiempo
compartido

ÍNDICE

Dedicatoria	III
Agradecimientos	III
Índice General	IV
Índice De Imágenes	VI
Índice De Gráficos	VIII
Índice De Tablas	VIII
Índice De Ilustraciones	IX
Resumen	XI
Abstract	XII

Introducción	13
1. Planteamiento del Problema	15
1.1. Antecedentes	16
1.2. Descripción del problema	19
1.3. Objetivos	21
1.4. Justificación	22
1.5. Alcances	23
1.6. Limitaciones	24
2. Metodología	25
2.1. Diseño de la Investigación	26
2.2. Métodos de Investigación	27
2.3. Técnicas de Recolección de Información	28
3. Marco Referencial	29
3.1. Introducción	30
3.2. Marco Teórico	31
3.3. Marco Legal	42

3.4. Modelos Análogos	45
4. Entrevistas	73
4.1. Introducción	74
4.2. Entrevista A Director De La Unidad De Conductas Adictivas (Uca) Del Instituto De Neurociencias	75
4.3. Entrevista A Especialista En Psicología	77
5. Análisis de Sitio	79
5.1. Ubicación	81
5.2. Clima, Vientos, Precipitaciones, Temperatura	82
5.3. Asoleamiento	83
5.4. Topografía	84
5.5. Normativas y Uso de Suelo	85
5.6. Entorno Urbano	86
5.7. Movilidad	87

5.6. Infraestructura	89
6. Propuesta Teórico Formal	91
6.1. Introducción	92
6.2. Racional del Proyecto	93
6.3. Proceso de Diseño	95
6.4. Memoria del Proyecto	97
6.5. Diagrama de Relaciones	99
6.6. Programa Arquitectónico	100
6.7. Zonificación	104
6.8. Planos	106
6.9. Renders	115
6.10. Presupuesto Referencial	123
7. Referencias Bibliográficas	129
8. Anexos	139

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen No. 1	18	Imagen No. 17	47
Imagen No. 2	18	Imagen No. 18	47
Imagen No. 3	19	Imagen No. 19	48
Imagen No. 4	20	Imagen No. 20	49
Imagen No. 5	22	Imagen No. 21	49
Imagen No. 6	32	Imagen No. 22	50
Imagen No. 7	33	Imagen No. 23	51
Imagen No. 8	35	Imagen No. 24	52
Imagen No. 9	36	Imagen No. 25	52
Imagen No. 10	37	Imagen No. 26	53
Imagen No. 11	38	Imagen No. 27	53
Imagen No. 12	39	Imagen No. 28	54
Imagen No. 13	40	Imagen No. 29	54
Imagen No. 14	41	Imagen No. 30	55
Imagen No. 15	46	Imagen No. 31	56
Imagen No. 16	46	Imagen No. 32	57

Imagen No. 33	58
Imagen No. 34	58
Imagen No. 35	59
Imagen No. 36	59
Imagen No. 37	60
Imagen No. 38	60
Imagen No. 39	60
Imagen No. 40	61
Imagen No. 41	62
Imagen No. 42	63
Imagen No. 43	64
Imagen No. 44	65
Imagen No. 45	65
Imagen No. 46	66
Imagen No. 47	66
Imagen No. 48	67

Imagen No. 49	67
Imagen No. 50	68
Imagen No. 51	69
Imagen No. 52	80
Imagen No. 53	81
Imagen No. 54	84
Imagen No. 55	84
Imagen No. 56	115
Imagen No. 57	116
Imagen No. 58	117
Imagen No. 59	118
Imagen No. 60	119
Imagen No. 61	120
Imagen No. 62	121
Imagen No. 63	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1	17
Gráfico No. 2	18
Gráfico No. 3	35
Gráfico No. 4	43
Gráfico No. 5	82
Gráfico No. 6	83
Gráfico No. 7	83
Gráfico No. 8	99

Tabla No. 1	43
Tabla No. 2	71
Tabla No. 3	100
Tabla No. 4	123

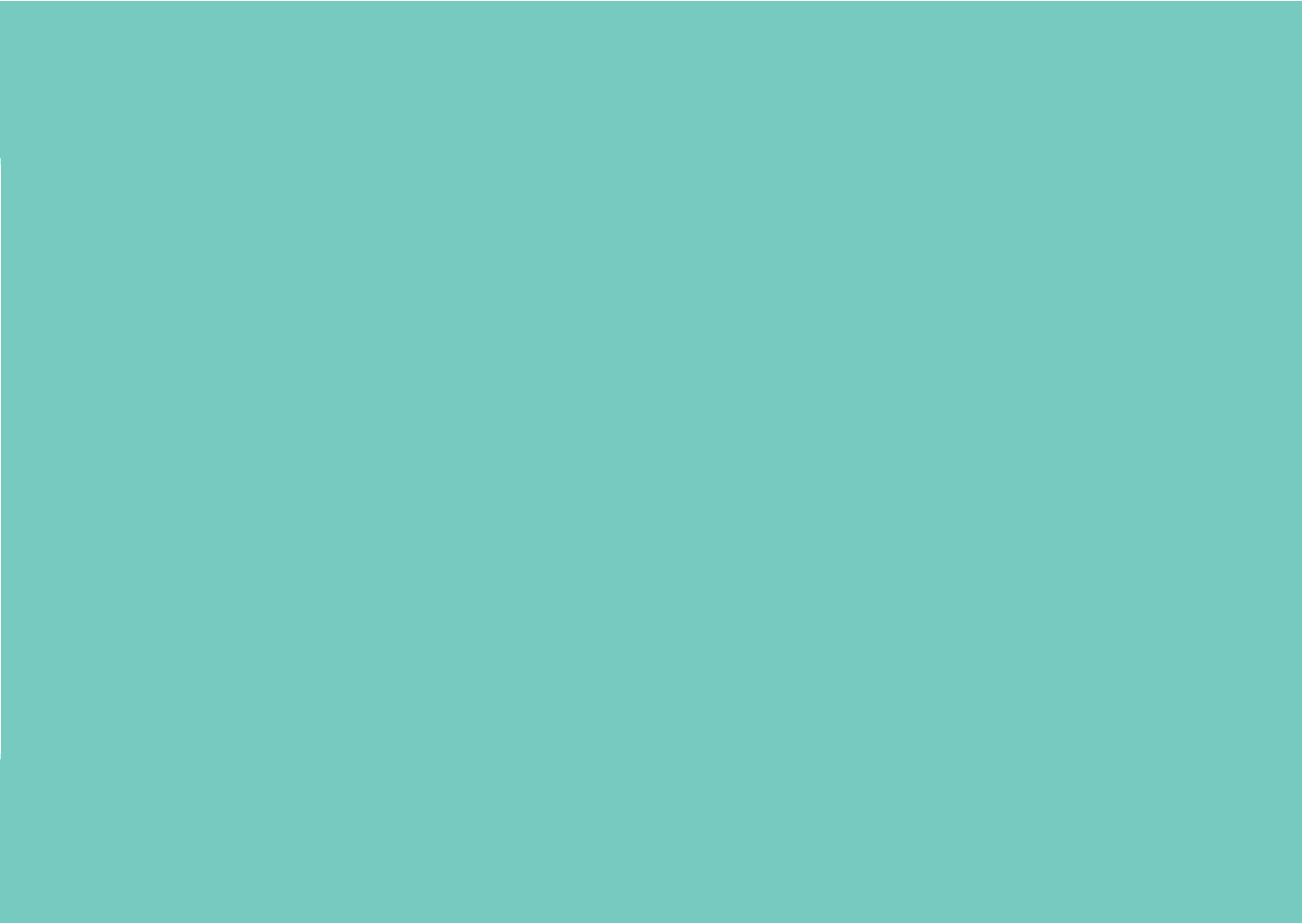
ÍNDICE DE TABLAS

Ilustración No. 1	86
Ilustración No. 2	87
Ilustración No. 3	93
Ilustración No. 4	93
Ilustración No. 5	94
Ilustración No. 6	94
Ilustración No. 7	95
Ilustración No. 8	96
Ilustración No. 9	96
Ilustración No. 10	96
Ilustración No. 11	96
Ilustración No. 12	96
Ilustración No. 13	96
Ilustración No. 14	97
Ilustración No. 15	104

Ilustración No. 16	105
Ilustración No. 17	105
Ilustración No. 18	106
Ilustración No. 19	107
Ilustración No. 20	108
Ilustración No. 21	109
Ilustración No. 22	110
Ilustración No. 23	110
Ilustración No. 24	111
Ilustración No. 25	111
Ilustración No. 26	112
Ilustración No. 27	112
Ilustración No. 28	113
Ilustración No. 29	113
Ilustración No. 30	114



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES



En el Ecuador se encuentran aproximadamente 300 centros de tratamiento de adicciones, de los cuales 110 se encuentran autorizados. La mayoría de estos establecimientos brindan asistencia a adultos o adolescentes varones. La calidad de atención de estos centros no es satisfactoria, pues en algunos se presentan situaciones de insalubridad, hacinamiento y maltrato. Las edificaciones existentes, han sido adecuadas para cumplir con la función de rehabilitar, por lo cual, la infraestructura de las mismas no se encuentra en buen estado ni cumple con los requerimientos técnicos de estos espacios.

El presente trabajo de titulación tiene como propósito el diseño de un centro de tratamiento de adicciones en la Ciudad de Guayaquil, que cuente con espacios óptimos para la atención ambulatoria y residencial de niñas y adolescentes mujeres con un enfoque integral. La metodología empleada consistió en la recopilación de información mediante entrevistas a informantes calificados, revisión de bibliografía referente al tema de estudio y el análisis de modelos análogos.

Palabras clave: centro de rehabilitación, adicciones, adolescentes, mujeres, Guayaquil

RESUMEN

ABSTRACT

There are approximately 300 addiction treatment centers in Ecuador, of which 110 are authorized. Most of these establishments provide assistance to adults or male adolescents. The quality of care in these centers is not satisfactory, since in some cases there are situations of unhealthy conditions, overcrowding and abuse. The existing buildings have been adequate to fulfill the function of rehabilitating; therefore, their infrastructure is not in good condition nor meets the technical requirements of these spaces.

The purpose of this degree work is to design an addiction treatment center in Guayaquil, which offers optimal spaces for outpatient and residential care for girls and adolescents with an integral approach. The methodology consisted in information gathering through interviews with qualified informants, bibliographic review referring to the subject of study and the analysis of analogous models.

Keywords: rehabilitation center, addictions, adolescents, women, Guayaquil

Las estadísticas de consumo de drogas y alcohol a nivel mundial indica que un sector de la población consumidora corresponde a adolescentes y jóvenes. En el Ecuador, encuestas realizadas por autoridades gubernamentales señalan que el primer consumo de alcohol en el 80% de los adolescentes se da a los 12 años.

El Modelo de Atención de Salud Mental del Ministerio de salud pública considera que el sistema de salud en el Ecuador se ha caracterizado por la falta de integración e ineficiencia de los diferentes organismos que lo componen, otorgando así poca importancia a la salud mental.

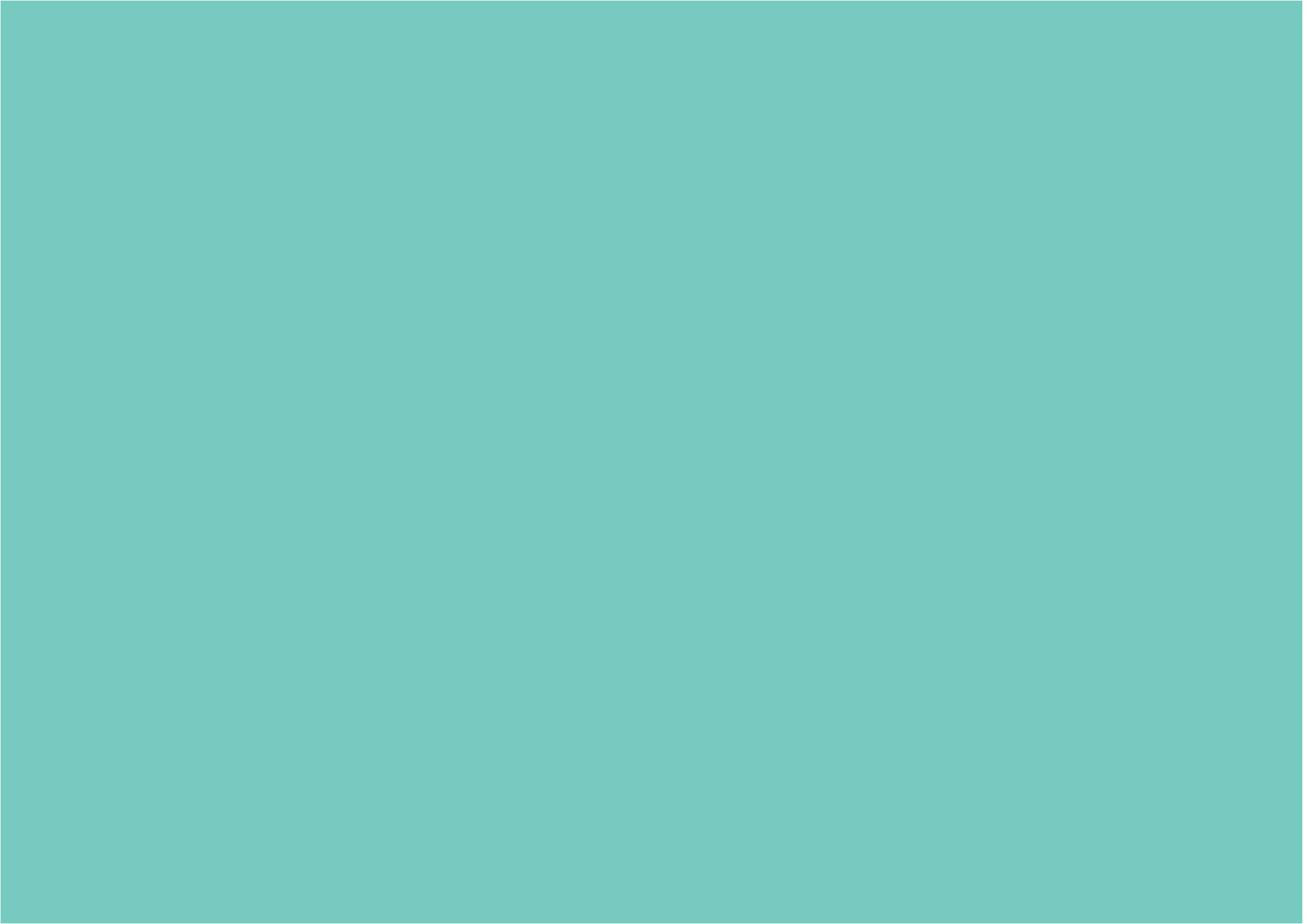
En el país funcionan cerca de 300 centros de rehabilitación, de los cuales 110 de carácter privado cuentan con permisos de funcionamiento, siendo la mayoría destinados al tratamiento de adolescentes y adultos varones (El Telégrafo, 2014). A pesar del establecimiento reglamentos para el funcionamiento de estos centros, existen casos de centros clandestinos en donde la calidad de atención es insatisfactoria,

y en algunos casos los pacientes reciben maltrato físico y psicológico.

Este trabajo tiene como objetivo desarrollar un centro de rehabilitación desarrollar un centro integral de tratamiento de adicciones para niñas y adolescentes en la ciudad de Guayaquil; permitiendo de esta manera otorgar un espacio para el adecuado tratamiento de adicciones de este sector de la población.

El presente escrito se desarrolla en 6 capítulos. Los dos primeros capítulos se enfocan en el planteamiento de la problemática, la definición de los objetivos a cumplir y la metodología con se que lleva a cabo. El tercer capítulo contiene la fundamentación teórica y legal; adicionalmente se incluyen proyectos de similares características al que se desarrolla en este trabajo. Los capítulos cinco y seis corresponden al análisis sitio seleccionado para desarrollar el proyecto y la propuesta arquitectónica del centro integral de tratamiento de adicciones para niñas y adolescentes.

INTRODUCCIÓN



The background features a large, stylized number '1' in a dark teal color, positioned on the right side. The number is composed of a vertical bar and a horizontal top bar. The background is a light teal color with a darker teal geometric shape on the left side that tapers to a point at the top.

1

PLANTEAMIENTO
DEL PROBLEMA

El informe mundial de drogas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) indica que aproximadamente el 5% de la población adulta mundial ha consumido drogas por lo menos en una ocasión durante el año 2015; mientras que más del 11% de la población consumidora, es decir, cerca de 29.5 millones personas padece de trastornos de uso de drogas, como se muestra en el gráfico No. 1. En el continente americano la situación del consumo de drogas y alcohol varía en cada región y país. Sin embargo las cifras van del 20% de la población hasta casi el 70% en los estudiantes de nivel secundario; siendo las más bajas en Ecuador, El Salvador y Venezuela. (Comisión Interamericana par el Control del Abuso de Drogas, 2015).

De acuerdo con los resultados de la Tercera Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza media (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas- CONSEP, 2008), en el Ecuador predomina con el 80% el consumo de alcohol siendo la edad de primer consumo a los 12 años.

El tabaco es la segunda sustancia de mayor consumo con el 46%. Por otra parte, el promedio de inicio de consumos de drogas se encuentra entre los 12 y 14 años, siendo la marihuana la de mayor consumo con un 6% de los estudiantes. La presencia de drogas es mayor en los centros educativos urbanos, en donde el 54% de los estudiantes considera que hay drogas en su centro

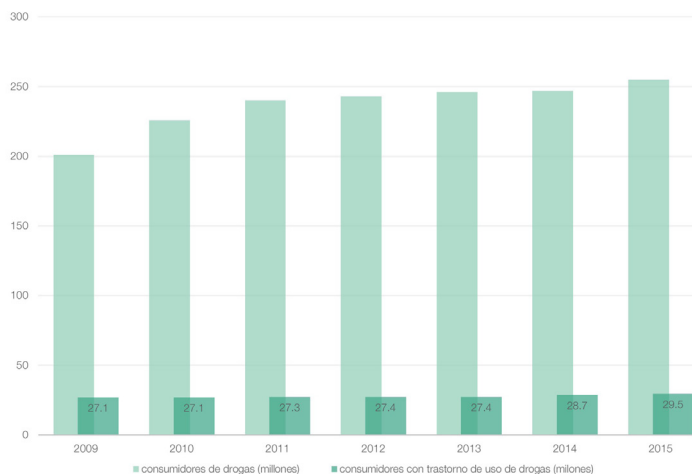


Gráfico No. 1: Estimación de consumidores de drogas.
Fuente: United Nations Office on Drugs and Crime, 2017

1.1. ANTECEDENTES

de estudios. Del mismo modo, consideran que la segunda droga de fácil acceso es la denominada “h”, un derivado de la heroína que tiene altos niveles de adicción (Observatorio Social del Ecuador, 2016). En la ciudad de Guayaquil los porcentajes de los 91 388 estudiantes encuestados prácticamente se mantienen, el 80% ha consumido alcohol en al menos una ocasión, el 40% corresponde al consumo de cigarrillos y consumo de drogas, como la marihuana corresponde al 4.8% (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas- CONSEP, 2008).

Con respecto a los egresos hospitalarios en el Ecuador (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014) se registraron 1 285 por envenenamiento por drogas y sustancias biológicas (ver Grafico No. 2), de los cuales 313 corresponden a la provincia del Guayas. De los 2346 casos de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, y diversos tipos de drogas, 90 se dieron

en niños de 10 a 14 años, mientras que 349 fueron en adolescentes de 15 a 19 años.

El Sistema de Salud en el Ecuador se ha caracterizado por la falta de integración e ineficiencia de los diferentes organismos que lo componen, en consecuencia, el tema de salud mental no ha sido tratado con la importancia debida . Desde el año 2012 se iniciaron acciones para reformar el Sistema de Salud Pública, de tal manera que, las instituciones públicas y privadas trabajen de manera integrada para brindar un mejor servicio a sus usuarios (Ministerio de Salud Pública, 2014). Dentro de los programas de reformas del Sistema de Salud se encuentra el Modelo de Atención de Salud Mental, el cual distingue a los establecimientos de salud según la atención en tres categorías: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel. Dentro del segundo nivel de atención se incluyen los Centros Ambulatorios para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD) y Unidades de Salud Mental Hospitalaria (USMH). Por otro lado, en el tercer nivel de atención se encuentran los Centros Especializados en Tratamiento a personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD).

Entre las funciones que cumplen los CATAD se encuentran el tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo, desintoxicación ambulatoria no hospitalaria a adolescentes y adultos con problemas de alcohol y otras drogas, entre otras. Por su parte, las USMH se encuentran dentro de un hospital general y tienen como finalidad proporcionar atención ambulatoria y de hospitalización a corto plazo a niños, adolescentes y adultos que necesiten atención de salud mental, incluyendo casos de intoxicación debido al consumo de drogas. Los CETAD en cambio, otorgan un servicio especializado en la problemática del consumo de drogas y alcohol mediante tratamiento ambulatorio, ambulatorio intensivo y residencial.

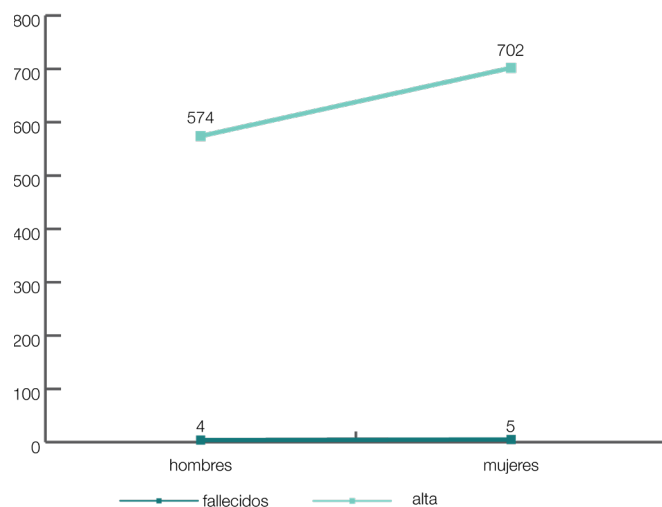


Gráfico No. 2: Egresos hospitalarios por envenenamiento por drogas y sustancias biológicas
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014



Imagen No. 1: Ingreso a la Casa de Acogida Juan Elías, CETAD en la ciudad de Guayaquil
Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2015

A nivel nacional se estima que existen cerca de 300 centros de rehabilitación. No obstante, solo 110 establecimientos de carácter privado cuentan con los respectivos permisos de funcionamiento de los cuales 100 corresponde a la tipología CETAD, ocho son CATAD y dos son USMH. En la provincia del Guayas se encuentran treinta y nueve CETAD de los cuales veinticuatro funcionan en la ciudad de Guayaquil. Los costos del tratamiento inician entre \$300 y \$500 mensuales (El Telégrafo, 2014) y pueden llegar hasta los \$3000 (Medina, 2015). Con respecto a los establecimientos de estatales, la atención ambulatoria está a cargo de los centros de salud, mientras que en la actualidad funcionan diez CETAD en el país para atender a 470 personas. De estos centros tres que se encuentran en Guayaquil, uno está destinado a la rehabilitación de hombres adultos y dos a la de adolescentes únicamente del género masculino. Cada uno tiene capacidad para atender a treinta pacientes (El Universo, 2017).

Dentro de los centros de atención privada se encuentra la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Instituto de Neurociencias (Imagen No. 2), la cual atiende a hombres y mujeres mayores de edad. La mayoría de los centros de tratamiento de adicciones están acondicionados para rehabilitar a mayores de edad y solo acogen a menores de edad con la presentación de orden judicial (El Universo, 2014). Las Casas de Acogida “Juan Elías” (Imagen No. 1) y “Los Libertadores”, son CETADs públicos que brindan tratamiento a adolescentes varones una vez que hayan superado la etapa de desintoxicación. El tipo de tratamiento para las adicciones difiere según cada individuo, en ciertos casos consiste en un programa a largo plazo en donde pueden llegar a presentarse recaídas. Dentro del tratamiento se incluyen terapias de conducta, las cuales pueden ser individuales o grupales y terapias cognitivas; otros tratamientos consisten en la administración de medicamentos o la combinación de diversos tipos de terapias (National Institute on Drug Abuse, 2010).

Se puede evidenciar que si bien en los últimos años se han tomado acciones para un correcto tratamiento de las adicciones, estas aún no satisfacen la demanda de la problemática actual, especialmente en el casos de niños, niñas y adolescentes.



Imagen No. 2: Área de talleres de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Instituto de Neurociencias
Fuente: Elaboración Propia

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA



Imagen No. 3: Actividades como manualidades se realizan en la comunidad terapéutica para mujeres del Hospital Gonzalo González en Quito.
Fuente: El Comercio, 2014

Los centros de rehabilitación de adicciones que se encuentran en funcionamiento, como se indicó en los antecedentes de este documento, no satisfacen la demanda existente de los mismos en la actualidad. Hasta el año 2014, se requería cerca de 1 833 camas para tratar adicciones, de las cuales 1262 eran cubiertas por el sector privado (El Universo, 2014), mientras que el sector público cuenta con 470 plazas disponibles. Los costos para cubrir el tratamiento son elevados, el índice de pobreza a nivel nacional es del 25,35% y en la ciudad de Guayaquil constituye el 8,67% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016), por lo tanto, no toda la población cuenta con los recursos para acceder a los mismos.

Del mismo modo, se evidencia que el número

de egresos hospitalarios de niños y adolescentes relacionados al consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas es significativa. Sin embargo, la mayoría de los centros especializados brindan el tratamiento a adultos, y en Guayaquil funcionan dos que tienen una capacidad máxima de 60 pacientes adolescentes varones en total. El único CETAD público enfocado al tratamiento de adicciones en adolescentes mujeres se encuentra en Quito (Imagen No. 3) y tiene una capacidad para atender a 18 pacientes (El Ciudadano, 2017).

También se evidencia que existe una dispersión, especialmente en el sector público, de los procesos que constituyen el tratamiento de adicciones en adolescentes. Si bien dentro del Modelo de Atención

de Salud Mental se establece que los CETAD también brindan atención ambulatoria, en la práctica esto no se cumple. La atención ambulatoria se da en los CATAD y USHM, mientras que el tratamiento residencial se da en los CETAD a los cuales se ingresa solo después de culminar la etapa de desintoxicación que generalmente se da en los centros de salud de manera ambulatoria o ambulatoria intensiva, dependiendo del caso.

Con respecto a la calidad de los centros de rehabilitación existentes, a pesar de la existencia de una normativa para los mismos, aún se encuentran establecimientos clandestinos, en donde los pacientes llegan a ser maltratados física o psicológicamente, no reciben una buena alimentación e incluso viven en condiciones de hacinamiento e insalubridad (El Telégrafo, 2015). Las edificaciones existentes, tanto públicas como privadas, han sido adaptadas para cumplir con la función de rehabilitar a individuos drogodependientes. En consecuencia, en varias ocasiones la infraestructura de las mismas no se encuentra en buen estado ni cumple con los requerimientos técnicos de estos espacios (Diario La Hora, 2013).

Por otra parte, aunque en menor grado, la encuesta nacional de uso de drogas (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas, 2013) indica que existe una población femenina de estudiantes consumidoras de alcohol o algún tipo de sustancia psicotrópica. Sin embargo, en la ciudad de Guayaquil no existe ningún centro de atención pública encargado del tratamiento de niñas y adolescentes que presenten problemas de adicciones.



Imagen No. 4: El Ministerio de Salud Pública (MSP) clausura aquellos establecimientos que no cumplen con los requisitos de funcionamiento.
Fuente: Diario La Hora, 2013

1.3.1. Objetivo General

Diseñar un centro integral de tratamiento de adicciones para niñas y adolescentes en la ciudad de Guayaquil

1.3.2. Objetivos Específicos

1.3.2.1. Establecer las necesidades de la población a beneficiar mediante entrevistas a profundidad a psicólogos e informantes calificados.

1.3.2.2. Revisar casos análogos de centros de rehabilitación que contribuyan a construir el programa de necesidades.

1.3.2.3. Diseñar espacios para la atención ambulatoria intensiva, tratamiento, prevención y educación de niñas y adolescentes con problemas de adicciones a drogas y alcohol.

El artículo 364 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) establece a las adicciones como un problema de salud pública, por lo que, el Estado tiene la responsabilidad de fomentar programas de prevención, control y rehabilitación referentes al consumo de alcohol, tabaco y demás sustancias estupefacientes. De igual manera el artículo 27 del código de la niñez y adolescencia indica el derecho a la salud física, mental, psicológica y sexual de los niños, niñas y adolescentes; para lo cual el Estado debe proporcionar, entre otros, servicios gratuitos para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación de la salud, así como un acceso eficaz a servicios de emergencia tanto públicos como privados (Ley No. 100, 2003).

Las cifras significativas de casos relacionados a conductas adictivas genera la necesidad de implementar centros de rehabilitación que den un servicio de calidad, proporcionen espacios terapéuticos que contribuyan a la recuperación del paciente, cumplan con las normativas correspondientes y se encuentren al alcance de toda la población independientemente de factores socio- económicos. Si bien no existen datos exactos con respecto al número de mujeres consumidoras de drogas, se estima que cerca del 17% corresponde a América Latina (Kensy, Stengel, Nougier, & Birgin, 2013). Los altos costos del tratamiento en centros privados, y la inexistencia de un centro público especializado en el tratamiento de adicciones que permita la la reinserción social de niñas y adolescentes en la ciudad de Guayaquil es un asunto que requiere ser tratado con celeridad.



Imagen No. 5: El arte como empleada de manera terapéutica en el tratamiento de adicciones.

Fuente: Stepping Sober, 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.5.ALCANCES

1.5.1. El presente trabajo estudiará la problemática del consumo de drogas para aportar soluciones desde una perspectiva arquitectónica con el establecimiento de una tipología de centro de tratamiento de adicciones.

1.5.2. El centro de rehabilitación estará proyectado para tratar adicciones de adolescentes mujeres de la ciudad de Guayaquil.

1.5.3. La propuesta no busca cubrir la demanda de estos centros en la ciudad, ya que, la adicción a sustancias es una problemática causada por una diversidad de factores relacionados al entorno social, cultural y económico de los individuos. Su función principal será la de rehabilitar en un ambiente terapéutico de calidad.

1.6.1. La información referente a la calidad de atención de los centros de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil proviene únicamente de medios de comunicación, mas no existen datos oficiales que muestren la situación actual de los mismos.

1.6. LIMITACIONES



2

METODOLOGÍA

El diseño de un centro de rehabilitación de adicciones para adolescentes mujeres tiene como finalidad mostrar una tipología que permita brindar asistencia de calidad, de tal manera que a través de la arquitectura el tratamiento de adicciones en adolescentes pueda darse de manera efectiva. La manera de determinar las características que debería tener un centro de este tipo será, inicialmente mediante la consulta de bibliografía relacionada a la problemática del consumo de drogas, el tratamiento que se realiza, conceptos relacionados a la arquitectura terapéutica, y normativas y reglamentos de establecimientos de consumo de alcohol. Posteriormente, se estudiarán proyectos de similares características, los cuales serán comparados de tal manera que aporten al establecimiento del programa arquitectónico del proyecto a realizar. Finalmente, con la información previamente recopilada se realizarán entrevistas a informantes calificados que contribuyan al diseño del centro de rehabilitación.

El diseño de la investigación será no experimental de tipo transversal correlacional y de campo. La investigación no experimental se basa en la observación de los fenómenos tal y como estos ocurren en su contexto natural para su posterior análisis (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010). Es de tipo transversal correlacional pues se busca describir y establecer la relación entre determinadas variables involucradas en el tema de investigación (Cancela Gordillo, Cea Mayo, Galindo Lara, & Valilla Gigante, 2010); en este caso para diseñar un espacio de calidad para el tratamiento de adicciones es necesario estudiar la relación existente entre la recuperación del paciente y el entorno en que la misma se da a cabo. La investigación de campo implica un contacto directo del investigador con el entorno o las personas relacionadas al estudio a realizar (El pensante, 2017); en este caso esto se dará mediante entrevistas y el análisis del sitio en donde se implantará la propuesta de centro de rehabilitación.

2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

2.2.1. Método Deductivo

Este método de investigación inicia el proceso de razonamiento de la información desde lo general hacia lo particular, por lo que se llegan a conclusiones particulares mediante el estudio general del problema. En este sentido, la investigación inicia con la recopilación de información general respecto al consumo de drogas para posteriormente referirse a temas específicos sobre los centros de rehabilitación, la arquitectura terapéutica y su aplicación en espacios de rehabilitación.

2.2.2. Método Analítico- Sintético

El método analítico- sintético parte de la descomposición de las partes involucradas en el objeto de estudio para su estudio individual y posteriormente estudiarlas integralmente (Jiménez, 2017).

2.2.3. Método Cualitativo

El método cualitativo se encarga principalmente de describir un fenómeno social considerando sus aspectos determinantes. Se enfoca en valorar la realidad a partir de información obtenida de una población o personas estudiadas, más no de medir estos factor ni respaldarse en datos estadísticos (Bernal , 2010).

2.3.1. Recopilación bibliográfica

Se refiere a la búsqueda y selección de fuentes de información relacionadas al problema que se va a investigar. La revisión bibliográfica permite conocer la situación actual del tema de investigación, así como identificar métodos empleados en investigaciones similares y obtener datos que pueden ser comparados. Las fuentes documentales pueden provenir de artículos científicos, tesis, catálogos, bases de datos, entre otros (Pedraz, 2015).

2.3.2. Análisis de Modelos Análogos

El análisis de casos análogos consiste en obtener información de proyectos similares al tema de investigación con el fin de establecer el contexto en el cual pueden implantarse este tipo de proyectos, el programa arquitectónico de los mismos, su funcionalidad, aspectos que pueden

mejorarse y el uso de materiales.

2.3.3. Entrevistas informantes calificados

La entrevista, considerada como técnica cualitativa de recolección de datos, es una conversación formal, en cuyo proceso de comunicación el entrevistador obtiene, de manera directa, información del entrevistado acerca del tema a investigar (Peláez, et al., 2015).

Las entrevistas pueden clasificarse en estructuradas, semi estructuradas y no estructuradas. Para el presente trabajo investigativo se empleará la entrevista semi estructurada, pues esta consiste en la formulación de preguntas abiertas en base a un guion temático, permiten que el entrevistado exprese su opinión y que a lo largo de la entrevista surjan otros temas que requieren ser tratados (Universidad de Jaén, 2017).

2.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

The background features a large teal shape on the left that tapers to the right, overlapping with a lighter teal shape on the right that tapers to the left. The overall effect is a dynamic, angular composition.

3

MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se presenta el marco teórico, marco legal y casos análogos del tema a investigar, de tal manera que se pueda obtener una visión ampliada de la problemática, sus causas y consecuencias, así como las soluciones propuestas desde el punto de vista arquitectónico y aspectos legales que respaldan la necesidad de diseñar centros de rehabilitación de calidad. En primer lugar se incluye la definición del término drogas y su clasificación. Del mismo modo abordará el consumo de drogas determinando cuando su consumo puede resultar en adicción, así como los factores que intervienen en el abuso de estas sustancias. También se establecerá la función que cumplen los centros de rehabilitación y como la arquitectura terapéutica permite crear ambientes que estimulen la recuperación de los pacientes.

Por otro lado, el marco legal abarca leyes y reglamentos que respaldan la necesidad de brindar una atención de calidad en el ámbito de

la salud. Inicialmente se menciona lo que indica la Constitución del Ecuador con respecto a la problemática de las adicciones, igualmente se expone la importancia que da el Código de la Niñez y la adolescencia al derecho a la salud integral de niños, niñas y adolescentes. Se describe el Modelo de Atención y Salud Mental en donde se determinan las funciones de los establecimientos destinados al tratamientos de personas con problemas de consumo de drogas y alcohol en los diferentes niveles de atención. Finalmente se indican algunos puntos de la normativa que regula los centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol.

Con respecto a los modelos análogos se han analizado cuatro centros de rehabilitación, tomando en consideración el contexto en el que han sido emplazados, el programa arquitectónico y los aspectos relacionados a la arquitectura terapéutica que se emplean en los mismos, entre otras variables.

3.1. INTRODUCCIÓN

3.2.1. Drogas

El término droga posee una variedad de significados los cuales han ido modificándose en diferentes etapas de la historia de la humanidad. En un inicio, se lo empleaba en los medicamentos en estado bruto dentro de la farmacología clásica; por otra parte, también puede hacer referencia al resultado de la manipulación química de alguna sustancia (del Moral & Fernández, 2009). En la actualidad, el término se emplea frecuentemente para englobar a diversas sustancias peligrosas y con potencial adictivo, los cuales varían según la composición particular de cada una, la regularidad de sus uso, dosis, la forma en que es administrada, particularidades de quien la consume y el contexto en el que se realiza el consumo (Organización de Estados Americanos, 2013).

3.2.2. Tipos de Drogas

Las drogas pueden ser clasificadas por su origen, formas de uso, efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC) o por su Valoración Legal u Óptica Social. Por su origen se distinguen entre drogas naturales, sintéticas y semi- sintéticas; según su forma de usos pueden ser sociales, folklóricas, terapéuticas, de abuso o industriales; dependiendo de los efectos en el SNC se consideran estimulantes, depresógenas o alucinógenas; finalmente se diferencia entre drogas legales e ilegales en cuanto a su valoración legal u óptica social (CAPLAB, 2008).



Gráfico No. 3: Clasificación de las drogas
Fuente: Elaboración Propia

3.2.2.1. Drogas según su origen

- **Naturales:** Son aquellas que aparecen de manera espontánea en la naturaleza, en su mayoría de origen vegetal (Caudevilla Gállico, 2016).
- **Semi-sintéticas:** Se denomina a aquellas sustancias provenientes de la naturaleza que ha sido sometidas a procesos químicos (Pons Diez, 2006). Entre estas sustancias se encuentran la morfina, heroína, oximorfona entre otros (Pascual Simón & Fernández Rodríguez, 2002).
- **Sintéticas:** Se trata de drogas existentes cuya estructura es modificada, generalmente en laboratorios clandestinos. Estas sustancias

pueden tener efectos depresógenos, estimulantes como es el caso del éxtasis y las metanfetaminas o mixtos dependiendo de la sustancia. La metilendioxianfetamina (MDA) y el ester inverso de la meperidina (MPTP) forman parte de esta categoría (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2017).

3.2.2.2. Drogas por efectos en el SNC:

- **Estimulantes:** Se refiere a sustancias aceleradoras del funcionamiento del cerebro, del tal manera que su activación genera problemas para conciliar el sueño seguido de un estado de hiperactividad. En este grupo se encuentran las anfetaminas, cocaína, nicotina, cafeína entre otras (Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2010).

- **Depresógenas:** También denominados sedantes o tranquilizantes, estas sustancias suelen emplearse para tratar trastornos de sueño y ansiedad. El abuso de estos medicamentos o su uso sin prescripción médica incrementa la tolerancia del organismo a la sustancia, requiriendo dosis más altas para que

producir algún efecto, como consecuencia, el individuo puede volverse dependiente de la sustancia generando síndrome de abstinencia al momento de suspender el uso de los mismos. Este grupo lo componen las benzodiazepinas, los barbitúricos y otros medicamentos para dormir no benzodiazepínicos (National Institute on Drug Abuse, 2012)

- **Alucinógenas:** Producen alteración de la percepción, los procesos de pensamiento, estados de ánimo y varios procesos fisiológicos. Inicialmente las personas las utilizaban bajo la premisa de que su uso incrementaba la creatividad, sin embargo en los últimos años se emplea de manera ocasional al haberse evidenciado que no influyen en el proceso creativo. Dentro de este grupo se encuentran cerca de 90 especies de plantas y otras sustancias de origen sintético (Imagen No.6). El LSD, las metanfetaminas, éxtasis, ketamina y el cannabis son algunas sustancias que pertenecen a este grupo (Madrid Salud, 2016).

3.2.2.3. Drogas según su valoración legal

- **Legales:** En esta categoría se incluyen sustancias como el alcohol y el tabaco. Se incluyen aquellas sustancias cuyo consumo esta permitido por la ley, pues se lleva un control de su producción, distribución, publicidad y consumo (Pons Diez, Modelos interpretativos del consumo de drogas, 2008).

- **Ilegales:** A esta categoría pertenecen las sustancias cuyo consumo se encuentra sancionado por la ley, pues generan efectos negativos en el organismo, además de consecuencias a nivel personal, social y laboral (CAPLAB, 2008).

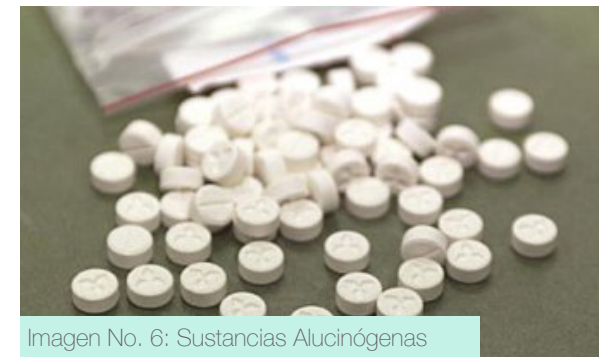


Imagen No. 6: Sustancias Alucinógenas
Fuente: Getty Images, 2014



Imagen No. 7: Consumo cuantitativo de sustancias
Fuente: Addiction.com Staff, 2014

3.2.3. Consumo de Drogas

Desde tiempos remotos el ser humano ha empleado drogas con fines terapéuticos y recreativos, como es el caso del uso de hojas de coca, pócimas u opio para aliviar dolencias. En la actualidad se le suman a estas sustancias derivados químicos como la cocaína, heroína, LSD, entre otras que pueden generar conductas adictivas; igualmente como resultado de entorno tecnológico en el que se desenvuelven las personas, existen otros elementos que pueden generar adicciones relacionadas al comportamiento del individuo entre los que se encuentran el internet, juegos de azar y las compras (Becoña Iglesias, et al., 2010). Es necesario aclarar que el

consumo de una sustancia no necesariamente significa que quien la consume presenta conductas adictivas, de la misma manera que también puede darse el caso de que exista un abuso de alguna o varias sustancias que resulte perjudicial para la salud sin que el consumidor presente una adicción a dichas sustancias (Pons Diez, Modelos interpretativos del consumo de drogas, 2008).

Pons (2007) diferencia entre dos modos de consumo abusivo de drogas, el consumo cualitativo y el cuantitativo. En el primer caso el consumidor abusa de la sustancia en situaciones particulares independientemente de la frecuencia (Imagen No. 7). En cambio, el consumo cualitativo se refiere a que el consumo frecuente de una cantidad particular de una sustancia sobrepasa los rangos tolerables que permiten que se mantenga la salud del consumidor. La Organización Mundial de la Salud (2008) indica que la adicción se presenta cuando un individuo consume una o varias sustancias de manera constante, hasta el punto en que manifiesta un deseo incontrolable por consumir dicha sustancia utilizando cualquier medio para obtenerla.

El fenómeno del consumo de drogas, debido a su complejidad involucra diversos factores. En primer lugar se debe tomar en consideración al individuo que consume a sustancia, la reacción que tiene el organismo a la misma y el entorno en donde se desenvuelve este individuo. La consideración de todas estas variables lleva a que la problemática sea estudiada desde diferentes campos, teniendo implicaciones médicas, psicológicas, sociológicas, jurídicas, educativas, históricas, entre otras (Pons Diez, Modelos interpretativos del consumo de drogas, 2008). Prado, Valenzuela y García (2015) mencionan dos perspectivas desde la cuales se puede

abordar la problemática de las adicciones en los jóvenes: desde un punto de vista biológico-médico o desde una perspectiva jurídico-represiva. El primero considera al individuo que presenta una conducta adictiva como un enfermo que requiere ser tratado, mientras que la segunda le da una valoración de infractor.

Cáceres, Salazar, Varela y Tobar (2006) enlistan diversos factores psicosociales que inciden en el consumo de drogas y las consecuencias de las mismas en la población universitaria. Dentro de estos elementos se encuentran el autoestima, alteraciones psicológicas, comportamientos perturbadores, bajo autocontrol, déficit de habilidades sociales, habilidades emocionales, habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, preconceptos y valoración de drogas, espiritualidad, maltrato, disfunción familiar, relaciones con consumidores e insatisfacción con sus relaciones interpersonales.

3.2.4. Comunidad Terapéutica

En enfoque de comunidad terapéutica surgió luego de la segunda guerra mundial para tratar a las personas que presentaban estrés post traumático. Posteriormente esta metodología se empezó a desarrollar en hospitales psiquiátricos, llegando a emplearse en el tratamiento de adicciones a drogas ilegales (Comas Arnau, 2010). Este modelo se adoptó como una alternativa al método tradicional para tratar adicciones, en el cual se emplean programas de diferentes orígenes y métodos de intervención.

Se puede distinguir entre el modelo americano y el modelo europeo de comunidad terapéutica. El primer modelo, similar al modelo tradicional, incluye dentro de su programa servicios coordinados entre sí como terapia ocupacional, actividades recreativas, terapia individual y grupal, consejo vocacional, servicios educativos y asistencia médica, legal entre otras a las familias de los usuarios. Por otro lado, en el modelo europeo, en el caso de España, las comunidades terapéuticas tanto públicas como privadas se integran a otras redes asistenciales más amplias para satisfacer todas las necesidades de sus usuarios (Llorente del Pozo & Fernández Gómez, 1999).

El modelo tradicional de comunidad terapéutica se basaba en la premisa de que todos los pacientes debían recibir un tratamiento estándar sin cuestionar los motivos por lo cuales en ciertas ocasiones el mismo no daba resultados. Sin embargo, en la actualidad el tratamiento tiene un enfoque más personalizado pues cada individuo, junto con la sustancia o sustancias que consume y su entorno son diferentes. Del mismo modo, se estima

que algunos de los pacientes consumidores de drogas presentan problemas de salud mental preexistentes que con el consumo de drogas suelen agudizarse. Como resultado a esta necesidad se propone un modelo de comunidad terapéutica que emplea una diversidad de métodos aplicados a cada individuo en particular (Mas-Baga, 2006).

3.2.5. Arquitectura Terapéutica

El concepto de arquitectura terapéutica sugiere que espacios arquitectónicos bien diseñados pueden aportar al proceso curativo y al bienestar de los pacientes. La arquitectura en sí no tiene la facultad de curar, sin embargo, el empleo de elementos que estimulen los sentidos como la luz, el color, el sonido e

incluso los olores dentro del diseño arquitectónico afectan física y psicológicamente a la personas, por lo que se genera un entorno propicio para la recuperación (Basson, 2014). Estos criterios se emplean especialmente en edificaciones destinadas a cumplir funciones terapéuticas como hospitales psiquiátricos y centros de rehabilitación.

A partir de estos estudios en los últimos años se ha desarrollado un nuevo enfoque que involucra al campo de la psicología ambiental, neurociencias, economía conductual y arquitectura, conocido como Diseño basado en evidencia o EBD por sus siglas en inglés (AbdelHay & Dewidar, 2016). El enfoque de EBD consiste en el proceso de diseño que emplea de manera explícita, acertada y minuciosa toda la información actual proveniente de investigaciones



Imagen No. 8: Terapia Grupal de Comunidad Terapéutica
Fuente: Portage, 2018

y de la práctica para tomar decisiones críticas que den como resultado un diseño mejorado que satisfaga de manera integral las necesidades del usuario. En el campo de la arquitectura se ha empleado diseño basado en evidencia mucho antes de que se popularice el término, sin embargo la evidencia que se tomaba en consideración era la de campos afines como la ingeniería, física, resistencia de materiales entre otras. Lo que propone el EBD es que la arquitectura tome en consideración la evidencia de otras disciplinas como la medicina, pedagogía, entre otras, según sea el caso (Hamilton & Watkins, 2009). Entre los hallazgos del EBD se encuentran la relación entre el contacto con la naturaleza y la reducción del dolor causado por la medicación en pacientes, la mejora de la calidad del sueño con la implementación de recubrimientos que absorben el ruido, entre otros (Yinming Lee, 2015).

Huisman, Morales, van Hoof y Kort (2012) realizaron una revisión bibliográfica del impacto de los factores del entorno físico en los usuarios de establecimientos de salud. En esta investigación se tomaron en consideración los efectos del entorno tanto en pacientes y familiares como en el personal. En el caso de pacientes y sus familiares se abordaron las variables de seguridad, reducción de errores, control, privacidad, comodidad y apoyo

familiar. Para el personal de los establecimientos se evaluaron las variables de comodidad, organización y funcionalidad y soporte técnico.

Por otra parte, el estudio de arquitectura Hassel (2014) enumera algunos principios a tomar en consideración al momento de diseñar establecimientos de salud mental. En base a investigaciones en EBD y consulta bibliográfica concluyeron que atributos como la luz, supresión de estresores de ambiente, seguridad, bienestar, observación, color, evitar disturbios visuales, interacción del grupo y acceso a la naturaleza dan como resultado instalaciones de salud mental de calidad.

3.2.5.1. El Arte

La exposición de las personas a determinadas manifestaciones de arte relacionadas a la naturaleza (Imagen No. 9), y estados emocionales generan un impacto positivo en el proceso de recuperación de los pacientes, pues ayuda a reducir el estrés. Sin embargo otros trabajos de arte de carácter ambiguo o de tipo abstracto crean disgusto y reacciones negativas (Huisman, Morales, van Hoff, & Kort, 2012).



Imagen No. 9: Phoenix Life Center
Fuente: Fast Company, 2017



Imagen No. 10: Hospital Hillingdon
Fuente: Gray Baynes + Shew Architects, 2014

3.2.5.2. El Color

El color es un elemento importante en el diseño, se lo vincula a aspectos psicológicos, fisiológicos, visuales, estéticos y técnicos de los ambientes creados por el hombre. La elección de colores depende de una diversidad de factores que incluyen el medio geográfico, las características de los potenciales usuarios, el ámbito cultural, edades, entre otras; a su vez también se toma en cuenta aspectos como la luz, el tamaño y la forma de los espacios, y el tipo de actividades que se darán en los mismos (Brent Tofle, Schwarz, Yoon, & Max- Royale, 2003) (Imagen 10). Algunos estudios se refieren a la influencia de los colores en las emociones del ser humano. Dependiendo de los colores, la intensidad y la combinación de los mismos las respuestas emocionales de los individuos varían (Moreno, 2004).

En términos generales se suele diferenciar entre colores fríos y cálidos. El amarillo, rojo y naranja se asocian con el sol y el

fuego; mientras que el azul, verde y violeta se los relaciona con la naturaleza, el mar y el cielo. La percepción visual también se ve afectada por los colores. Los tonos cálidos aparentan más cercanía que los colores fríos; sin embargo, colores fríos vibrantes puedan abrumar la luz y atenuar a los cálidos (Pantone, 2017).

Algunas observaciones empíricas se refieren a la existencia de los efectos terapéuticos del color. No obstante, hay una tendencia a simplificar de manera excesiva la respuesta psicológica al color, por lo que su aplicación desde el punto de vista arquitectónico y del diseño interior en el campo de la salud suele ser inconcluyente. Por lo cual, se puede establecer que es contraproducente el establecimiento de normas universales en el uso del color en entornos del cuidado de la salud (Bosch, Cama, Edelstein, & Malkin, 2012).

El estudio del color en el contexto de la salud se convierte en un desafío pues adicional a los factores mencionados anteriormente también deben tomarse en consideración el contexto particular en el que se aplica. Un estudio realizado por Pallas Textiles resume el efecto de algunos grupos de colores en el ser humano y en su proceso de recuperación en el entorno clínico. El estudio indica que en los tonos neutros fríos los colores claros dan una sensación de pureza, claridad mental y purificación; mientras que los colores oscuros de esta categoría, como el negro, dan una sensación de vacío y misterio aunque desde un punto de vista cultural, en el occidente se considera como símbolo de sofisticación. El color amarillo, por su parte, estimula el intelecto y crea un ambiente de alerta; como este color refleja más la luz puede llegar a fatigar la visión. Con respecto al rojo, se indica que libera adrenalina, por lo que se lo relaciona con actividades de desarrollo motor en el cuerpo humano. El azul se encuentra vinculado a la calma, ayuda a descender los niveles de presión en la sangre, a su vez permite la relajación de los músculos y de la mente. (Guido-Clark, 2011).

Similar a la anterior, existen un sinnúmero de investigaciones referentes a los efectos del color en diferentes ámbitos incluyendo sus efectos terapéuticos. A pesar de ello, los resultados suelen ser contradictorios y poco claros en la mayoría de los casos por lo que no se puede definir que exista un respaldo científico con respecto a estos efectos. De modo que, las investigaciones con respecto a este tema deben ser abordadas desde otra perspectiva menos generalizada, en donde el diseñador se involucre en el proceso investigativo (Evidence Based Design Journal, 2014).

3.2.5.3. Vistas y Confort Visual

El confort visual se encuentra relacionado con factores de luz natural, intensidad lumínica y sus efectos en las personas (Huisman, Morales, van Hoff, & Kort, 2012). La luz natural es considerada en términos generales como parte de un ambiente saludable. En el caso de hospitales puede aprovecharse con el empleo de grandes ventanas, atrios y tragaluces (Imagen No. 11)). Muchos estudios describen los beneficios físicos y psicológicos que obtienen los pacientes de la exposición a la luz natural (Aripin, Healing architecture: a study on the physical aspects of healing environment in hospital design, 2006).

Una revisión publicada en el Diario de Medicina de New England (Horsburgh, 1995) concluye, con respecto a la importancia de las vistas que tienen los pacientes, que en aquellos pacientes con vistas hacia la naturaleza los niveles de estrés se redujeron y existían menos molestias relacionadas con la salud entre los empleados de la institución. Del mismo modo se determinó que prisioneros con vistas hacia la naturaleza desde sus celdas presentaban menos problemas de salud que aquellos privados de estas visuales. Estas junto a otras evidencias sugieren que la vistas a la naturaleza pueden tener un beneficio terapéutico en el ser humano. El estudio indica que es indispensable una apropiada distribución de ventanas, junto



Imagen No. 11: *Seattle Children's Hospital*
Fuente: Clark & Brennan, 2016

con la disponibilidad de vistas naturales. Del mismo modo, debe tomarse en consideración que el antepecho en la habitaciones de los pacientes de baja altura, así como la disposición de ventanas en pasillos que permiten el ingreso de luz natural, lo cual beneficiaría el bienestar tanto de los pacientes como del personal.

3.2.5.4. La Luz

La exposición a la luz natural tiene significativos efectos sobre el organismo. En primer lugar, gran parte de la vitamina D del cuerpo humano se obtiene por la exposición a la luz solar; la vitamina D en el organismo ayuda a la regeneración del tejido óseo. La exposición a la luz natural mejora el ritmo circadiano (Imagen No. 12), incrementa el apetito y el deseo de ser sociable. A su vez, la luz natural permite hacer una mejor diferenciación entre colores y buenos niveles de iluminación natural brindan un buen ambiente y mejor visualización del entorno (Trust Housing Association, 2011).

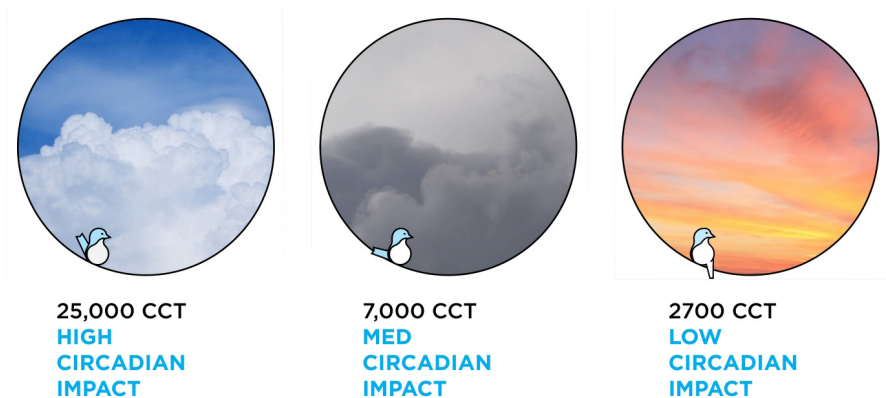


Imagen No. 12: Impacto de la luz natural en el ritmo circadiano a lo largo del día
Fuente: Clark & Brenan, 2016

Algunas investigaciones demuestran los efectos de la luz natural en el alivio del dolor. En el caso de pacientes que habían sido sometidos a una cirugía de médula espinal, aquellos que se encontraban situados en habitaciones que recibían una buena cantidad de luz solar, requería un 22% menos de medicación para aliviar el dolor durante su período de hospitalización (Strong, 2017).

Un estudio denominado “Lighting and health” (Ticleanu, King, Littlefair, Howlett, & BRE, 2015) manifiesta que el uso de luz brillante artificial puede otorgar similares beneficios a los del ciclo natural de la luz. Sin embargo el parpadeo de la iluminación de tipo fluorescente y algunas de tipo LED, por el contrario, pueden causar dolores de cabeza, fatiga visual, e incluso incrementar los síntomas de autismo y agorafobia. El uso de fluorescentes de alta frecuencia y otros tipos de LED pueden evitar que se presenten los problemas anteriormente mencionados.

3.2.5.5. Orientación

Este parámetro indica que la disposición del mobiliario influye en la cantidad de interacción entre los pacientes. Por ejemplo si se colocan sillas alrededor de una mesa pequeñas las posibilidades de interacción incrementan en contraste con la ubicación de sillas en forma lineal (Holahan, 1972) citado en (Huisman, Morales, van Hoff, & Kort, 2012). El sitio también es otro aspecto que interviene en los procesos curativos. En el caso de establecimientos que brindan servicios en modalidad residencial los pacientes prefieren establecimientos cercanos a su hogar, así como la disposición de espacios en donde puedan conectarse con la naturaleza (Eijkelenboom, Verbeek, Felix, & van Hoof, 2017).

La orientación de la edificación también juega un rol importante dentro del campo de la arquitectura terapéutica, pues esta tendrá influencia en aspectos físicos del diseño como lo son elementos

generadores de sombra, ubicación de ventanas, tragaluces, entre otros. La orientación final de la edificación determinará la calidad de luz natural y visuales que tendrán los pacientes y el personal. Un buen criterio de diseño proveerá efectos positivos en el paciente, así como la sensación de conexión con el exterior; mientras que la ausencia de una buena orientación puede generar inconformidad térmica o visual (Aripin, 2007).

3.2.5.6. La Naturaleza

Las propiedades terapéuticas y curativas de la naturaleza han sido tomadas en consideración por diferentes culturas en varios períodos de la historia. Existen registros de escritos refiriéndose a los efectos terapéuticos de la naturaleza desde 1860, en consecuencia se han ido desarrollando diferentes teorías y han surgido diversas escuelas teóricas que relacionan la salud con el entorno natural. En las sociedades occidentales se puede distinguir, entre otras, escuelas como: geografía médica, psicología ambiental, psicología ecológica y horticultura terapéutica. El concepto de jardines terapéuticos es estudiado en cada una de estas escuelas, mientras que en la psicología ambiental también se abordan temas relacionados a ambientes restaurativos y jardines curativos; mientras

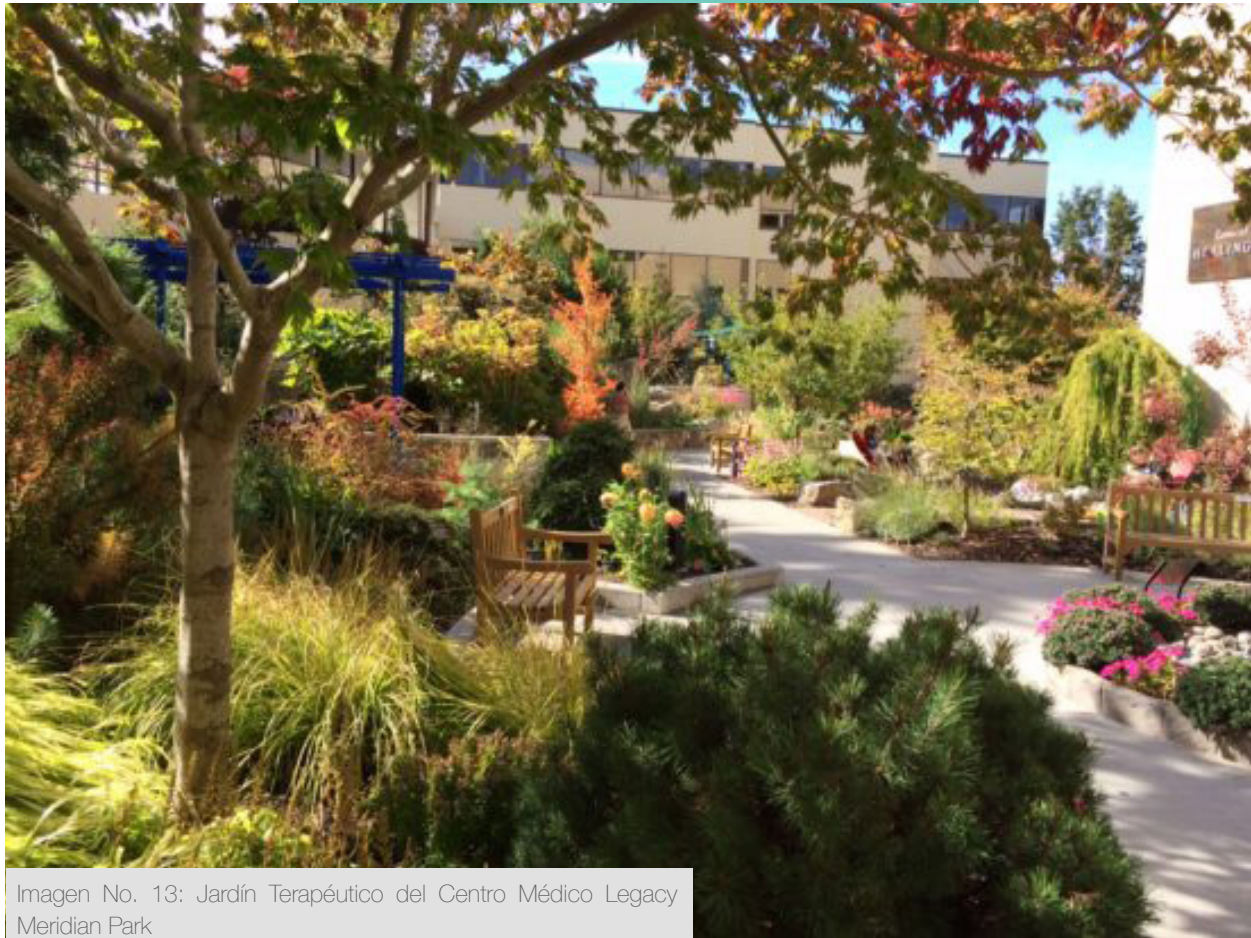


Imagen No. 13: Jardín Terapéutico del Centro Médico Legacy Meridian Park
Fuente: Therapeutic Landscapes Network, 2016

que el tema de ambientes salutogénicos es analizado dentro de la psicología ecológica (Jiang, 2013).

La geografía médica, considerada por algunos autores como una rama de la geografía, se encarga de estudiar los efectos del medio ambiente sobre los seres humanos, a su vez identifica la distribución geográfica de las enfermedades y de los agentes del ambiente que contribuyen a la propagación de las mismas (Barbosa Seguinot, 2012). A mediados de los años 90 inició el cambio de enfoque con respecto a la investigación de la relación de la salud y el medio ambiente. Este cambio le dio una perspectiva humanista, en donde se abandonaron las generalizaciones basadas en los grupos sociales dominantes a lo cual se denominó como geografía de la salud. Como resultado se consiguen interpretaciones más complejas del lugar y del paisaje según la diversidad de identidades e individuos. (Khachatourians, 2006).

Dentro de la geografía de la salud se aborda el tema de paisajismo terapéutico. Los jardines suelen considerarse espacios de carácter netamente lúdico, no obstante, en los años anteriores a 1950 en los espacios hospitalarios los jardines se consideraban espacios que contribuían a la recuperación de los pacientes. Posterior a 1950 debido al predominio del estilo internacional en la arquitectura de la época este concepto se fue

abandonando dando prioridad a factores como economía y productividad al momento de proyectar estas edificaciones. Los amplios espacios en donde el paciente podía entrar en contacto con la naturaleza fueron reemplazados por áreas de parqueos y ubicación de maquinarias; mientras que en los interiores se empleaba casi en su totalidad luz y ventilación artificial (Mulé, 2015).

La horticultura ha sido empleada como herramienta terapéutica, educativa y socializadora desde hace más de 50 años, especialmente en países como Reino Unido, Alemania, Irlanda, Canadá, Estados Unidos, entre otros (Peña Fuciños, 2011). El paciente al encontrarse en un jardín, es estimulado social e intelectualmente dando una sensación de bienestar, al encontrarse en un espacio al aire libre su condición física puede mejorar y así ayudar en su recuperación (Succulent Avenue, 2015). Dentro de los beneficios de la terapia hortícola en el ámbito médico se puede identificar que los pacientes requieren menor ingesta de medicamentos para el dolor, reducción de ansiedad y fatiga; adicionalmente aquellos pacientes con plantas en sus habitaciones mostraban índices de satisfacción elevados en comparación con aquellos sin plantas (Peña Fuciños, 2011).



Imagen No. 14: Horticultura Terapéutica en Centro de Rehabilitación *Bluff Plantation*
Fuente: Clark & Brenan, 2016

3.3.1. Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República vigente considera a las adicciones como un problema de salud pública, por lo tanto el Estado tiene la responsabilidad de ejecutar programas para prevenir y controlar el consumo de alcohol y demás sustancias estupefacientes, y a su vez otorgar el tratamiento respectivo a consumidores ocasionales, habituales y problemáticos en un ambiente en donde sus derechos no sean vulnerados (Constitución de la República del Ecuador, 2008, art. 364). Por otra parte, dentro del artículo 46 se establecen las medidas que adoptará el Estado para asegurar a niños, niñas y adolescentes. Dentro de estas medidas se incluye la “prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.” (Constitución de la República del Ecuador, 2008, art. 364, núm. 5).

3.3.2. Código de la Niñez y Adolescencia

La finalidad de este código es establecer el papel del Estado, la sociedad y la familia para velar porque se garanticen la protección integral de todos los niños, niñas y adolescentes en el país, que tengan goce pleno de sus derechos y así asegurar su desarrollo integral en un ambiente equitativo, libre y digno (Código de la Niñez y Adolescencia, 2014, art. 1). El artículo 27 determina que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual” (Código de la Niñez y Adolescencia, 2014); para su efecto, el Estado tiene el deber de facilitar el acceso gratuito a diferentes servicios relacionados con la rehabilitación y tratamiento de enfermedades. Del mismo modo, se recalca que la venta de estupefacientes y psicotrópicos que pueden desarrollar conductas adictivas a niños, niñas y adolescentes, se encuentra terminantemente prohibida.

3.3.3. Modelo de atención de salud mental

El Modelo de Atención de Salud Mental tiene como fin el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el país, de tal manera que se garantice una buena atención a la comunidad en dicha área de la salud. Para conseguir este objetivo se propone la organización de actividades que promuevan la salud mental, la práctica de una vida saludable, así como la implementación de programas educativos y de un modelo estructurado de los niveles de atención en la salud mental. Este modelo presenta tres niveles de atención, de los cuales en el primer nivel de atención se encuentran los centros médicos y centros de atención psicosocial; el segundo nivel de atención está compuesto por los centros ambulatorios para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, y unidades de salud mental hospitalaria; el tercer

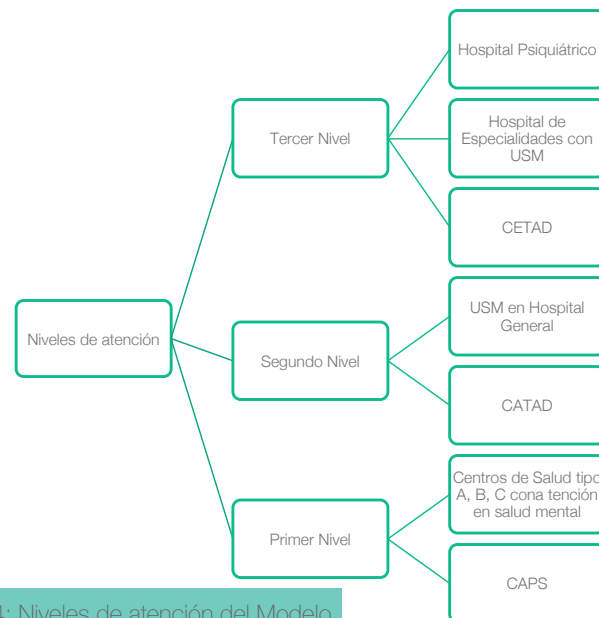


Gráfico No. 4: Niveles de atención del Modelo de Atención de Salud Mental
Fuente: Elaboración propia

nivel de atención corresponde a los hospitales especializados y de especialidades, centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, y los hospitales psiquiátricos.

Los establecimientos relacionados con el tratamientos a personas con consumo problemático de drogas se encuentran en el segundo y tercer nivel de atención, siendo el tercer nivel de atención el más especializado en donde se busca brindar atención integral a adolescentes, adultos y adultos mayores según sea el caso. Los centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) cumplen diversas funciones en materia de promoción de la problemática, prevención, recuperación y rehabilitación de personas con problemas de consumo de drogas.

PROMOCIÓN	Talleres de promoción y prevención con familiares, usuario y comunidad Actividades de vinculación con la comunidad, docencia e investigación
PREVENCIÓN	Asesoramiento mediante grupos de autoapoyo a usuarios y familiares Programa de reducción de riesgos y daños
RECUPERACIÓN	Atención especializada en consumo/ dependencia a sustancias psicoactivas Tratamiento residencial y ambulatorio intensivo Psicoterapia individual, grupal y familiar Grupos de autoayuda y terapia ocupacional Prevención de recaídas: individual y grupal Atención médica: nutricional, psicológica, ocupacional, vivencial a los residentes Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas
REHABILITACIÓN	Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental y atención integral a usos y consumo de drogas, a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio Grupos de autoayuda profesionalizados Integración social, individual, laboral, educativa, familiar

Tabla No. 1: Acciones integral para CETAD
Fuente: Elaboración propia

3.3.4. Normativa a Establecimientos de Servicios de Tratamiento de Alcohol

Esta normativa tiene como finalidad la regulación de los establecimientos de salud que se especializan en brindar tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD) dentro del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo Ministerial 80, 2016, art. 1). La presente normativa establece que:

Los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD), y que brinden servicios de atención residencial contarán con infraestructura, talento humano y equipamiento adecuado diferenciado para el tratamiento de adultos, adultas, niños y adolescentes hombres, niñas y adolescentes mujeres. Las instalaciones pueden estar ubicadas en un mismo inmueble, sin embargo cada grupo etario (...) debe tener independencia y privacidad entre ellos, así como

medidas de seguridad estrictas que garanticen la integridad de los pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas. (art. 6).

Cabe destacar que la normativa indica las áreas tanto generales como particulares de los establecimientos que brinden servicios de atención residencial deben cumplir con todas las normativas vigentes de arquitectura, INEN, ordenanzas municipales entre otras normativas aplicables (Acuerdo Ministerial 80, 2016, art. 10). Del mismo modo se indica el personal con el que debe contar cada uno de estos establecimientos para así asegurar una atención de calidad a los usuarios. Se indica que cada centros de atención debe contar con Trabajador o Trabajadora Social, Psicólogo o Psicóloga Clínica, Licenciado o Licenciada en enfermería, Médico o Médica General, Médico o Médica Especialista en Psiquiatría, Terapeuta Ocupacional y Nutricionista (Acuerdo Ministerial 80, 2016, art. 13)

3.4. MODELOS ANÁLOGOS

El análisis de modelos análogos se realiza con el propósito de obtener información acerca del programa arquitectónico, relaciones funcionales, materialidad, relación con el entorno, entre otros factores que aporten al desarrollo de un centro de tratamiento de adicciones.

A continuación se procederá analizar cuatro tipología de centros de rehabilitación de adicciones para posteriormente realizar un cuadro comparativo de los aspectos en los que se relacionan.

3.4.1. Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre

3.4.1.1. Información del Proyecto

Ubicación: Thunder Bay, Ontario, Canadá

Arquitectos: Kuch Stephenson Gibson Malo Architects and Engineer + Montgomery Sisam Architects

Ciente: St. Joseph's Care Group

Área: 4 831 m²

Año: 2009

Financiamiento: Gobierno Local



Imagen No. 15: Ubicación del proyecto en el mapa.
Fuente: Google Maps, 2017



Imagen No. 16: Fachada Frontal del Centro de Rehabilitación
Fuente: Montgomery Sisam Architects Inc., 2010



Imagen No. 17: Logo de St. Joseph's Care Group.
Fuente: St. Joseph's Care Group , 2017

3.4.1.2. Antecedentes

St. Joseph's Care Group es una organización católica que brinda asistencia en áreas de adicciones y salud mental, rehabilitación y manejo de enfermedades crónicas, y salud del adulto mayor en la ciudad de Thunder Bay al noroeste de Ontario desde 1884. El servicio que presta esta organización a la comunidad se centra en los valores fundamentales de caridad, compasión y compromiso. Los servicios que prestan están dirigidos a una población culturalmente diversa, llegando a sectores en donde el acceso a servicios especializados de salud se vuelve una difícil tarea (St. Joseph's Care Group , 2017).

Los establecimientos de St. Joseph's Care trabajan bajo un modelo centrado en el paciente, mediante el cual buscan mejorar la experiencia del paciente otorgando un servicio respetuoso y caritativo que toma en consideración las necesidades y

preferencias individuales de cada cliente. El modelo de atención se caracteriza por tener a los pacientes, sus familiares y amigos como participantes activos en la toma de decisiones que permiten mejorar los programas y servicios de la organización hacia la comunidad (St. Joseph's Care Group, 2017).

En 1944, Margaret Smith ingresó a la comunidad de las Hermanas de San José. En 1967, implementó el programa de tratamiento de abuso de alcohol y otras sustancias en el hospital de St. Joseph. En ese momento, la oferta de programas y centros de tratamiento era casi nula, por lo cual, en colaboración con el gobierno local trabajó para suplir esta necesidad que no había sido tomada en consideración por otras organizaciones. A manera de reconocimiento por su ardua labor, el centro de tratamiento de adicciones de St. Joseph's Care Group lleva el nombre de la hermana Margareth Smith (TbNewsWatch.com Staff, 2015).



Imagen No. 18: Ubicación en el mapa de Thunder Bay en la provincia de Ontario.
Fuente: ePodunk, 2007

La ciudad de Thunder Bay es una de las comunidades más grandes situadas a orillas del Lago Superior. Su población de 109 140 habitantes la convierte en la municipalidad más habitada del noroeste de Ontario. Los servicios de la ciudad, desde sus parques y espacios recreativos, sistema de transporte hasta el manejo de desechos, buscan la mejora de la calidad de vida de sus habitantes y apoyar de manera responsable la economía. La comunidad trabaja en conjunto para implementar mejoras a futuro que permitan diversificar la economía, proveer un entorno amigable con el medio ambiente y así convertirla en una de las mejores ciudades de Canadá (Corporation of the City of Thunder Bay, 2017).

Con respecto al consumo de drogas, existen algunos programas disponibles en la ciudad incluyendo centros tratamiento residenciales, programas de rehabilitación para jóvenes y diferentes grupos de reuniones de doce pasos. Los habitantes de Thunder Bay se ven afectados por adicción al “crack”, abuso y dependencia de medicamentos para aliviar el dolor, abuso de alcohol y otras

drogas de manera esporádica. El tipo de tratamiento que lleva cada individuo se determina mediante un diagnóstico individual (Drug-Rehab.ca, 2017).

3.4.1.3. Descripción del proyecto

Este centro provee de servicios residenciales y no residenciales para el tratamiento de adicciones a drogas, alcohol, desórdenes alimenticios, apuestas, entre otros. Tomando como referencia los valores fundamentales de St. Joseph’s Care Group, el diseño crea una clara secuencia de espacios que brinda una serie de relaciones con el exterior. Las cualidades curativas de la luz han sido de primordial consideración a lo largo del diseño (ArchDaily, 2011). Dentro de los servicios residenciales se componen de un área de 10 camas para jóvenes menores de 18 años y dos áreas residenciales para adultos con 15 camas cada una. Las dos áreas cuentan con dormitorios privados, comedor, cocina y áreas comunes. Los servicios no residenciales cuentan con oficinas de consejería, salones grupales, salones de talleres (Imagen No. 21), un espacio espiritual, áreas de apoyo administrativo. Los patios en el exterior realzan el vínculo terapéutico con los espacios verdes que se encuentran alrededor, mientras brindan privacidad y seguridad a los usuarios (FORM Architecture Engineering, 2017).

El Noroeste de Ontario se caracteriza por albergar una gran población rural, de los cuales, la mayoría emplea la mayor parte de su tiempo en espacios exteriores, ya sea por trabajo o por recreación. Por este motivo fue de gran importancia proveer de un entorno que permita el ingreso de luz natural y una conexión directa con el exterior. Por lo cual, el centro se distribuye alrededor de dos patios, el primero corresponde al área residencial y el otro incluye las áreas de acceso al público en general (Montgomery Sisam Architects Inc., 2010).



Imagen No. 19: Interior del salón espiritual.
Fuente: (Montgomery Sisam Architects Inc., 2010)

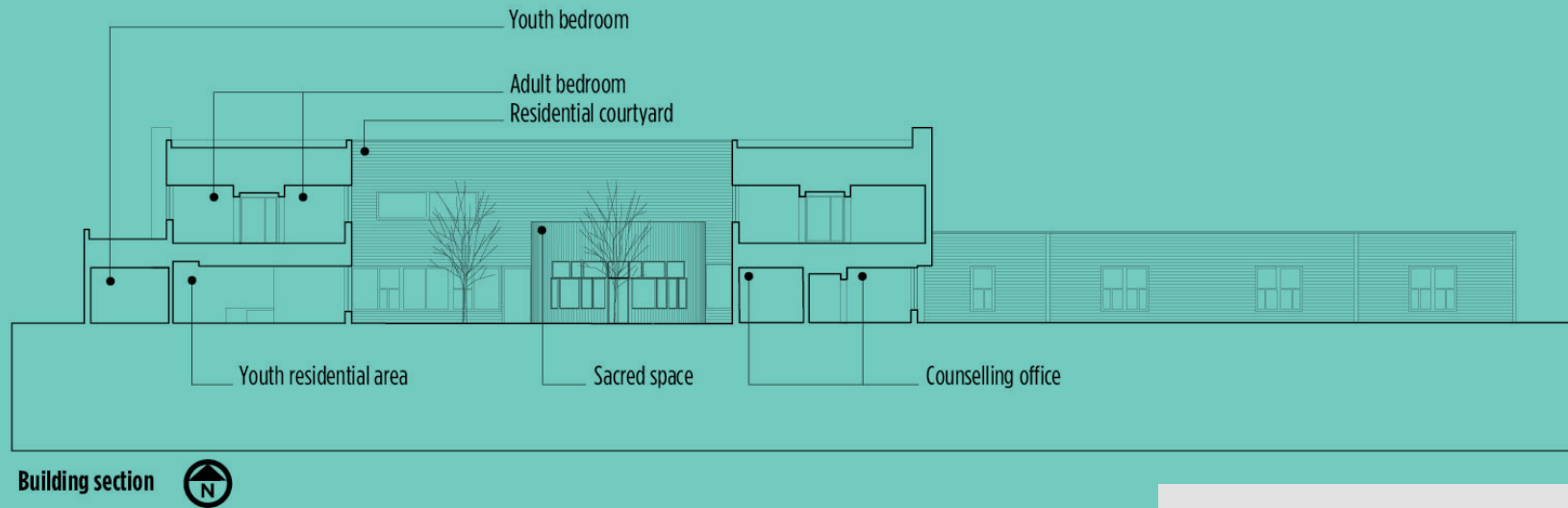


Imagen No. 20: Sección transversal del centro de rehabilitación. Fuente: Davies & Stephenson, 2013

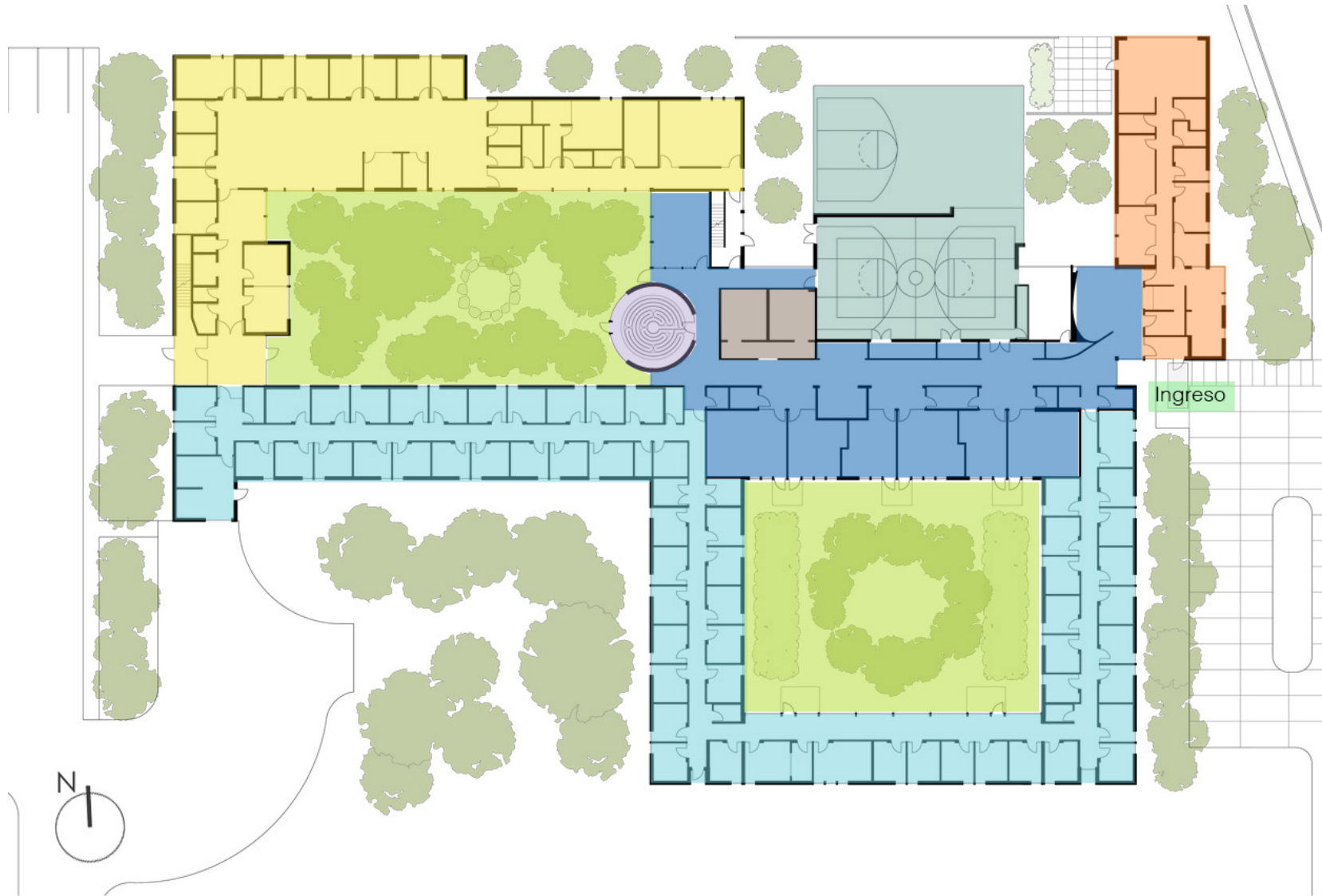
3.4.1.4. Materiales

Para construir el edificio se emplearon acero estructural, losas aligeradas, cerchas de madera, construcción con madera procesada. En la cubierta se empleó un sistema de total adherencia de membrana TPO. La membrana TPO es un impermeabilizante de poli olefina termoplástica que brinda aislamiento térmico y resistencia la fuego a la superficie sobre la que se instala (Kingspan Isoeste, 2017). Las ventanas y tragaluces son de fibra de vidrio. Para el recubrimiento de pisos se utilizó cerámica, epoxy terraza, piedra y linóleo. El edificio cuenta con sensores de temperatura y ocupación (Davies & Stephenson, 2013).



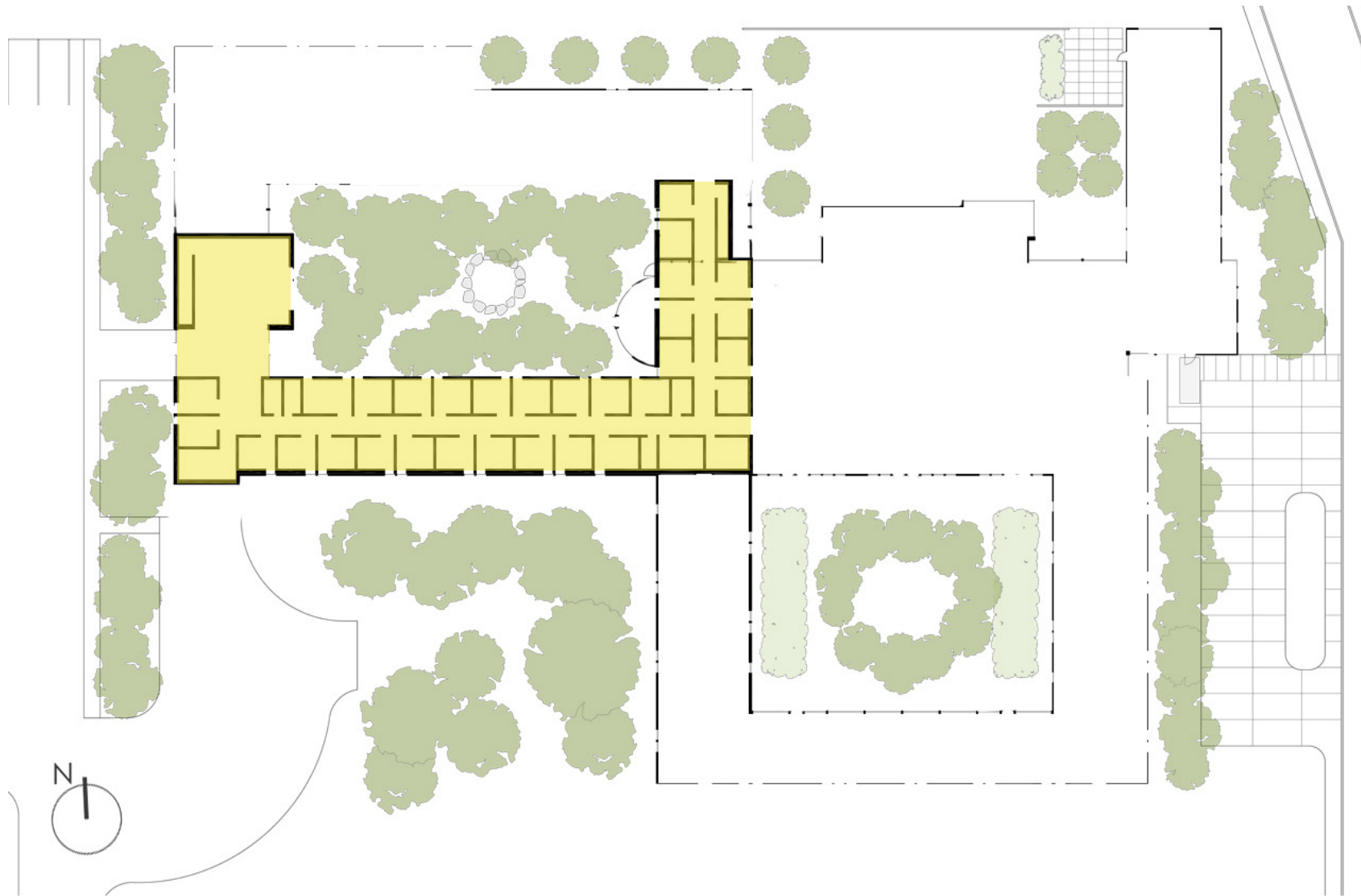
Imagen No. 21: Sala de Talleres de Arte. Fuente: St. Joseph's Care Group, 2016

Imagen No. 22: Ubicación en el mapa de Thunder Bay en la provincia de Ontario.
Fuente: ePodunk, 2007



- Espacios Abiertos/ Areas Verdes
- Gimnasio
- Administración
- Salon Espiritual
- Acceso Público
- Baños
- Area de Terapias
- Area Residencial

Imagen No. 23: Ubicación en el mapa de Thunder Bay en la provincia de Ontario.
Fuente: ePodunk, 2007



● Area Residencial

3.4.2. Proyecto Hombre

3.4.2.1. Información del Proyecto

Ubicación: Santiago de Compostela, A Coruña, España

Arquitectos: Elsa Urquijo Arquitectos

Superficie: 4 809.21 m²

Área de Construcción: 2 996 m²

Año: 2012

Inversión Estimada: \$ 8' 133 650

Financiamiento para construcción: Fundación Monte do Gozo de Galicia junto a la Fundación Amancio Ortega

Certificaciones: N/A



Imagen No. 24: Ubicación del proyecto en el mapa.
Fuente: Google Maps, 2017



Imagen No. 25: Fachada Frontal del Centro de Rehabilitación
Fuente: Fundación Amancio Ortega, 2017

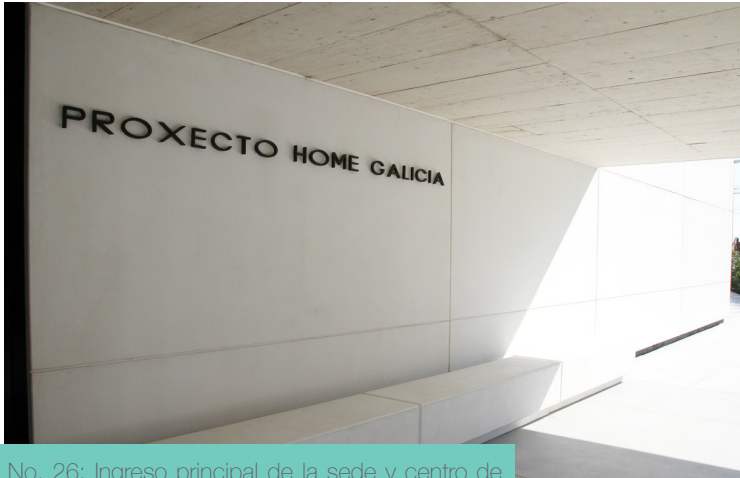


Imagen No. 26: Ingreso principal de la sede y centro de tratamiento Proxecto Home Galicia.
Fuente: Fundación Amancio Ortega, 2017

3.4.2.2. Antecedentes

Proyecto Hombre (Proxecto Home en gallego) es una organización formada en 1984, para brindar servicios relacionados al tratamiento y rehabilitación de drogodependencias y demás adicciones. En la actualidad está conformada por 27 centros de rehabilitación situados en diferentes ciudades de España, los cuales atienden a cerca de 16 600 personas con esta problemática anualmente. La metodología de trabajo se basa en una filosofía humanista, la cual busca identificar los motivos que llevan a un individuo al consumo y posterior adicción a sustancias, de tal manera que se trabaje en un marco terapéutico- educativo, y así las personas recuperen su autonomía y capacidad de tomar decisiones (Proyecto Hombre, 2017).

Dentro de la Asociación Proyecto Hombre se encuentra Proxecto Home Galicia, el cual ha trabajado por cerca de 25 años en sectores

de Galicia para ayudar en la reinserción a la sociedad de personas con diferentes problemas de adicciones. Una característica primordial de Proxecto Home Galicia es la prestación gratuita de sus servicios, la cual no solo busca ayudar al individuo que tiene el problema, sino que también brinda asistencia a su familia y a la sociedad en general. Debido a su carácter educativo-terapéutico, a diferencia de otros programas que orientan el tratamiento a un proceso de desintoxicación y deshabituación de índole sanitaria, el programa de rehabilitación Proxecto Home Galicia es libre de drogas (Fundación Monte do Gozo, 2007).

Santiago de Compostela cuenta con una población de cerca de 95 800 habitantes según el padrón municipal del año 2014. Este ayuntamiento que engloba un total de 29 parroquias rurales, el casco histórico, el Ensanche, y los barrios aledaños comprenden una extensión de 223 km cuadrados (Santiago Turismo, 2017). La ciudad se encuentra a 260 msnm, se encuentra cerca del centro geográfico de Galicia. Su clima es oceánico húmedo, cuya temperatura media anual se encuentra en los 15 °C; en el invierno puede descender a los 8 °C; mientras que en el verano las temperaturas oscilan entre los 20 y 27 °C.



Imagen No. 27: Empleo de pinturas que hacen referencia a la naturaleza.
Fuente: (Fundación Amancio Ortega, 2017)

3.4.2.3. Descripción del Proyecto

El edificio alberga la nueva sede de Proyecto Hombre en la ciudad de Santiago de Compostela. Tomando en consideración la metodología de trabajo e identidad de la organización, se plantea un espacio arquitectónico que gire en torno al individuo. El enfoque que se dio al proyecto sigue una línea horizontal la cual permite expresar visualmente una sola dirección, movimiento y desarrollo (Archello, 2014).

El proyecto se desarrolla en planos horizontales que se interconectan entre sí, albergando en ellos áreas para terapia ambulatoria, área residencial, administración, área para talleres y deportes. Las área de terapia ambulatoria y administración se ubican cerca del acceso principal al edificio desarrollándose en dos plantas; la planta baja corresponde a oficinas de asesoría, consultas e información, mientras que en la primera planta se ubican las salas de terapia y la dirección.

Una de las alas del edificio en la primera planta se destina al área residencial que cuenta con 24 camas para pacientes que no tengan apoyo familiar o tutelar. Esta zona es privada pero se encuentra conectada a la zona de terapias y educación. En la planta baja se encuentran las salas para talleres de ocio, tiempo libre, nuevas tecnologías y las aulas de formación. En el sótano se encuentra la zona deportiva, la cual se conecta mediante una salida al exterior en donde se ubica una pista polideportiva al aire libre. Adicional a esta áreas el edificio cuenta con auditorio, comedor, cocina y lavandería (Plataforma Arquitectura, 2014).



Imagen No. 28: Habitaciones dobles en área residencial.
Fuente: Fundación Amancio Ortega, 2017

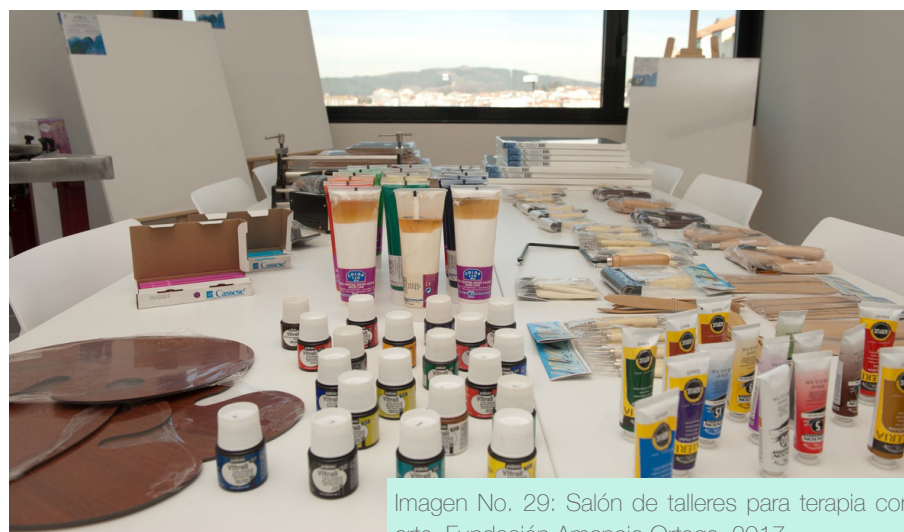


Imagen No. 29: Salón de talleres para terapia con arte. Fundación Amancio Ortega, 2017

Imagen No. 30: Zonificación de la planta baja del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Hombre.
Fuente: Elaboración Propia

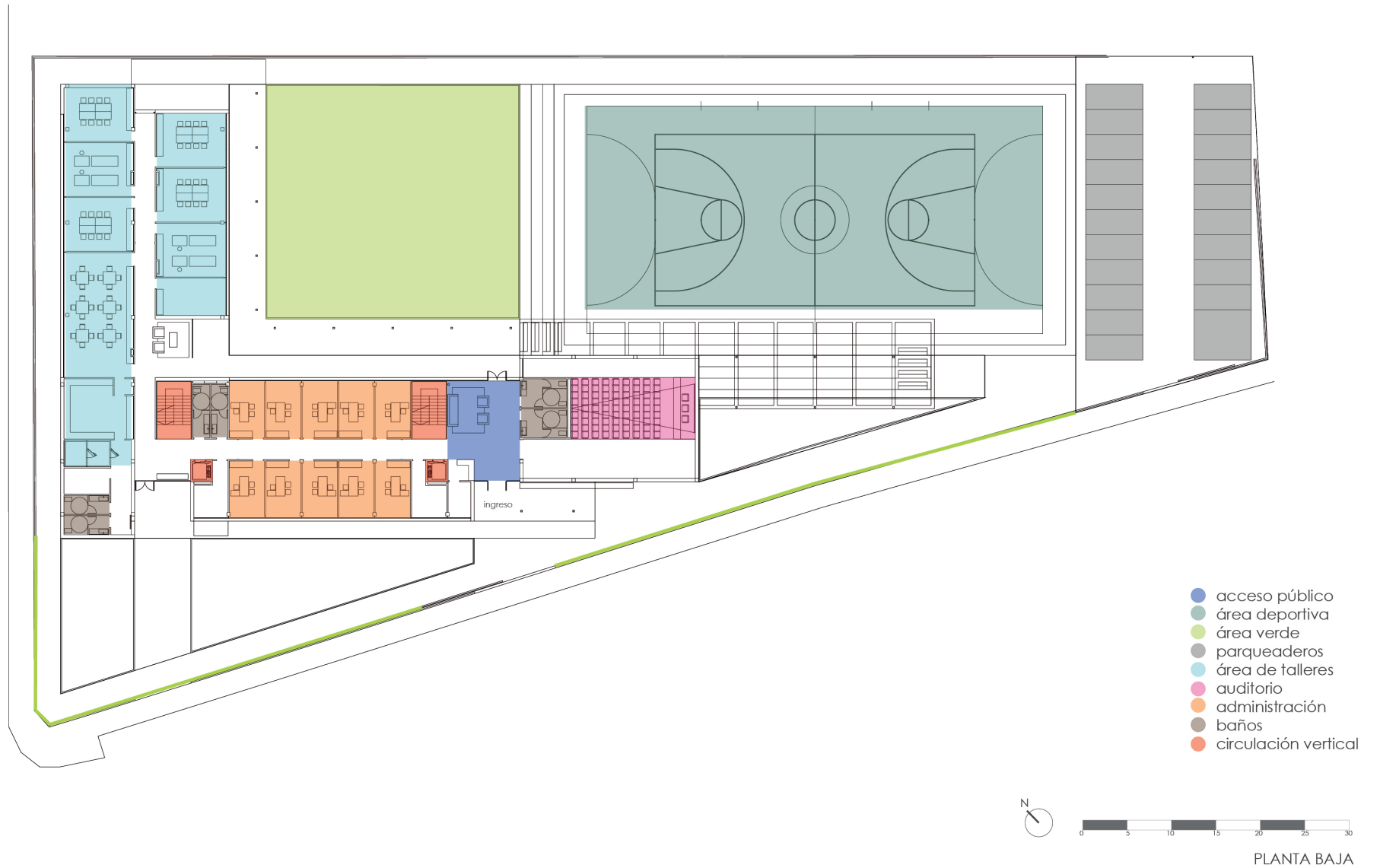


Imagen No. 31: Zonificación de la planta alta del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Hombre.
Fuente: Elaboración Propia

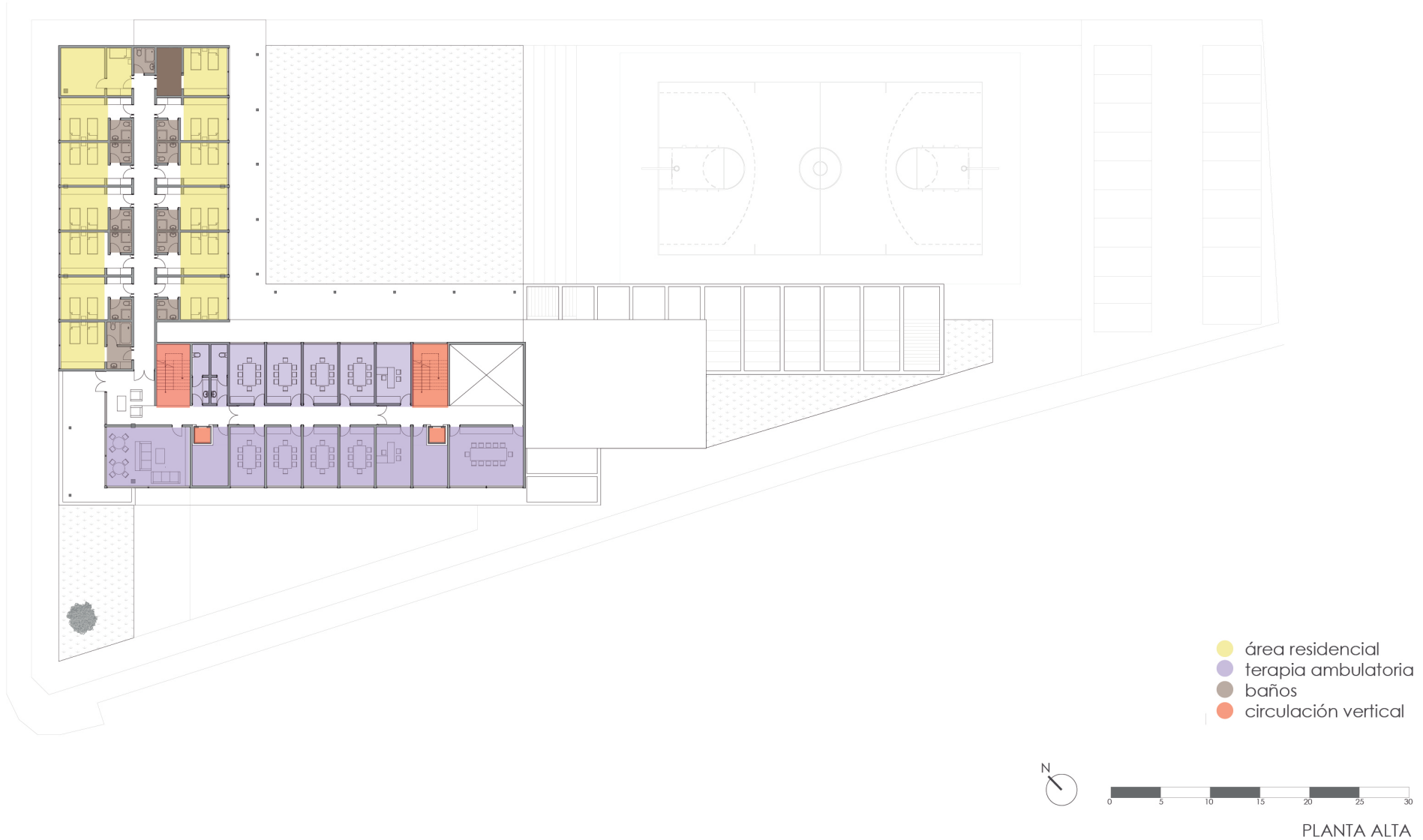
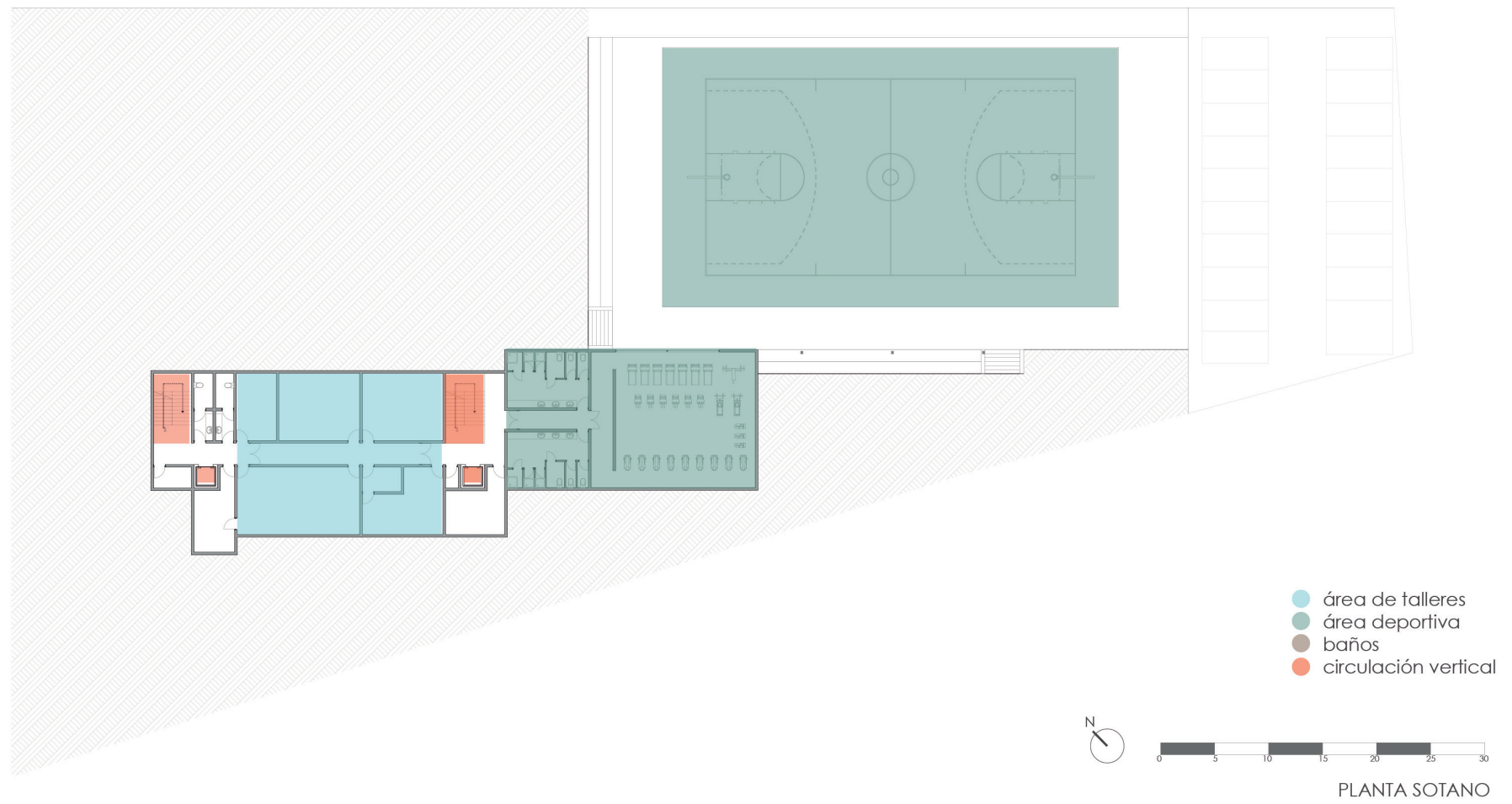


Imagen No. 32: Zonificación de la planta sótano del Centro de Tratamiento de Adicciones Proyecto Hombre.
Fuente: Elaboración Propia



3.4.3. Centro de Acogida en Redbridge

3.4.1.1. Información del Proyecto

Ubicación: Ilford, noreste de Londres, Reino Unido

Arquitectos: Peter Barber Architects

Área: 1 100 m²

Año: 2008

Cliente: The Healthy Living Projects

Certificaciones: N/A



Imagen No. 33: Ubicación del proyecto en el mapa.
Fuente: Google Maps, 2017



Imagen No. 34: Fachada Frontal del Centro de Rehabilitación
Fuente: Peter Barber Architects, 2016



Imagen No. 35: Logo de la organización Healthy Living Projects.
Fuente: Healthy Living Projects, 2015

3.4.3.2. Antecedentes

The Welcome Project es un proyecto sin fines de lucro que provee servicios a personas sin hogar. Este proyecto otorga información, asistencia y orientación en diferentes aspectos relacionados a personas que no cuentan con una vivienda (Healthy Living Projects, 2015). Les brindan alojamiento temporal, servicios de tratamiento de drogas y alcohol, asistencia en temas de salud mental, entre otras. Dentro de las actividades que realizan se encuentran sesiones de arte, ejercicios, jardinería, cocina, carpintería, sesiones de relajación y talleres de comida saludable (Healthy Living Projects, 2015).

The Healthy Living Projects es la fundación encargada de manejar el proyecto, fue fundada en el año 2001 por la Iglesia Bautista de Ilford. El objetivo de esta organización es beneficiar a los habitantes del municipio de Redbridge con la implementación de programas que permitan el acceso a la educación, combatir

la pobreza, y proveer de instalaciones para la recreación de sus habitantes. En un inicio brindaban ayuda a inmigrantes y refugiados de Kosovo y Afganistán, posteriormente el proyecto se extendió hasta las personas sin hogar (Burnip, 2015).

Ilford es un poblado del municipio de Redbridge al noreste de Londres con una población de aproximadamente 168 168 habitantes (Census Information Scheme, 2011). El clima se caracteriza por ser cálido y templado con lluvias frecuentes incluso en los meses más secos. La temperatura promedio anual es de 10.6 °C y la precipitación media es de aproximadamente 603 mm. En octubre se da la mayor precipitación con un promedio de 59 mm, mientras que en febrero, el mes más seco, las precipitaciones no sobrepasan los 37 mm. El mes de julio es el más caluroso con una temperatura de 17.8 °C, mientras que en enero pueden bajar hasta los 4.3 °C. (Climate-Data, 2017)



Imagen No. 36: Corredores del Centro de Acogida en Redbridge. Fuente: Peter Barber Architects, 2016

3.4.3.3. Descripción del Proyecto

El Centro de Acogida en Redbridge es un proyecto destinado principalmente a personas sin hogar que también ofrece servicios para el tratamiento de drogadicción y alcoholismo. En la planta baja se encuentran las unidades de tratamiento de alcohol y drogas, salones de entrenamiento e instalaciones de atención ambulatoria (Peter Barber Architects, 2016). El edificio cuenta con cuatro plantas cuya forma la da el apilamiento irregular de volúmenes de tal manera que se forman terrazas y voladizos hacia la avenida. Las diez habitaciones con las que cuenta este centro tienen vista hacia el jardín que se encuentra en la parte posterior. Los espacios reciben luz natural debido a las fachadas de vidrio que permiten una vista ininterrumpida hacia el exterior (Frearson, 2012).

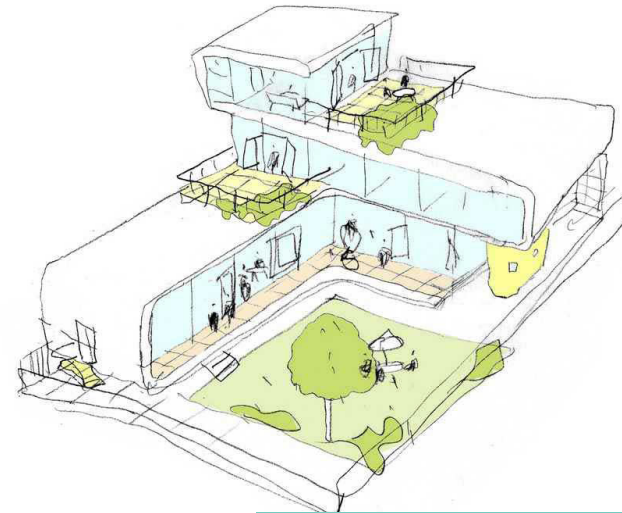


Imagen No. 38: Boceto inicial del proyecto. Fuente: Frearson, 2012



Imagen No. 37: Vista posterior del Centro de Acogida. Fuente: Peter Barber Architects, 2016



Imagen No. 39: Sección . Fuente: Peter Barber Architects, 2016

Imagen No. 40: Zonificación de la planta baja del centro de acogida Redbridge.
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 41: Zonificación del nivel 1 del centro de acogida Redbridge.
Fuente: Elaboración Propia

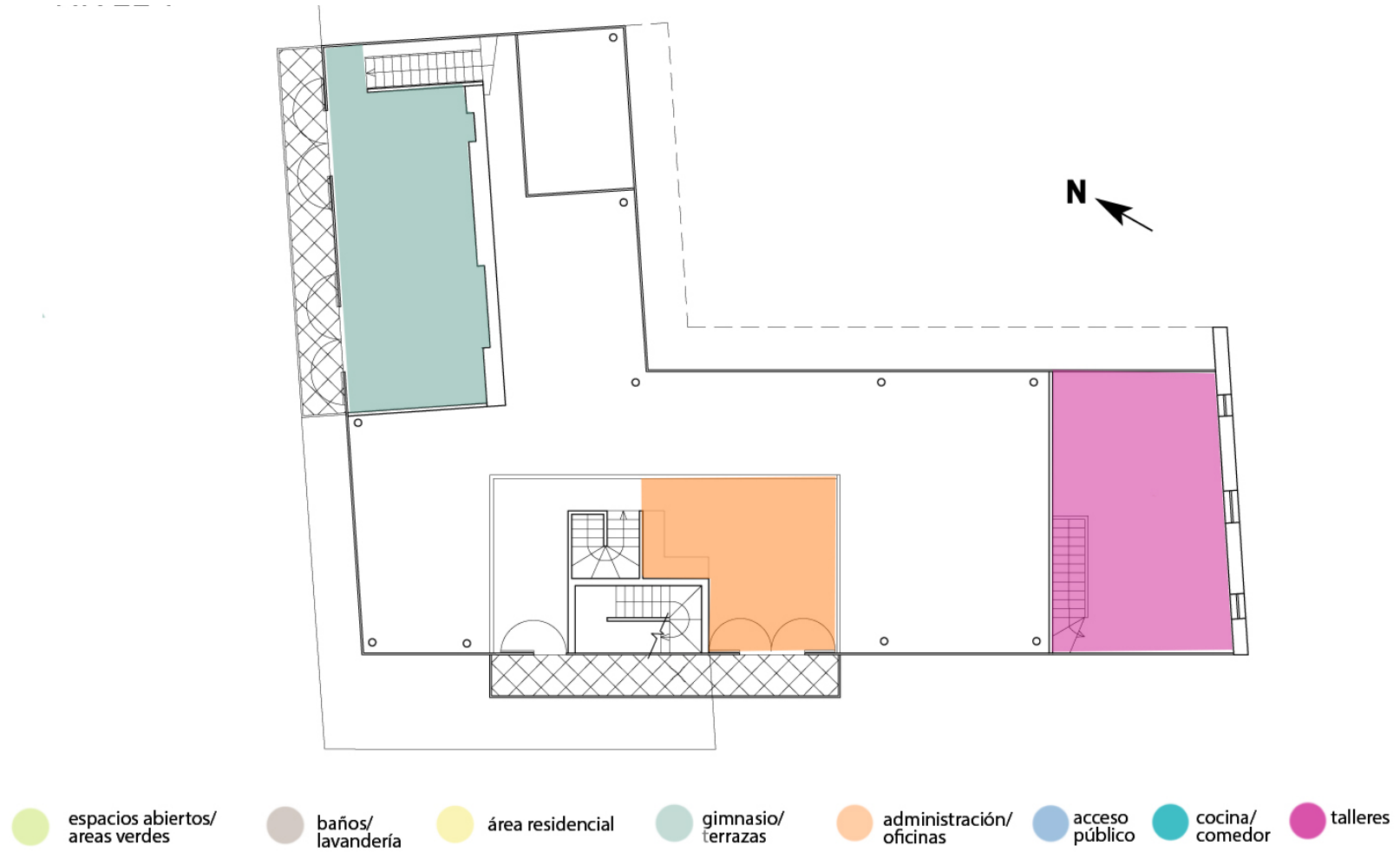


Imagen No. 42: Zonificación del nivel 2 del centro de acogida Redbridge.
Fuente: Elaboración Propia

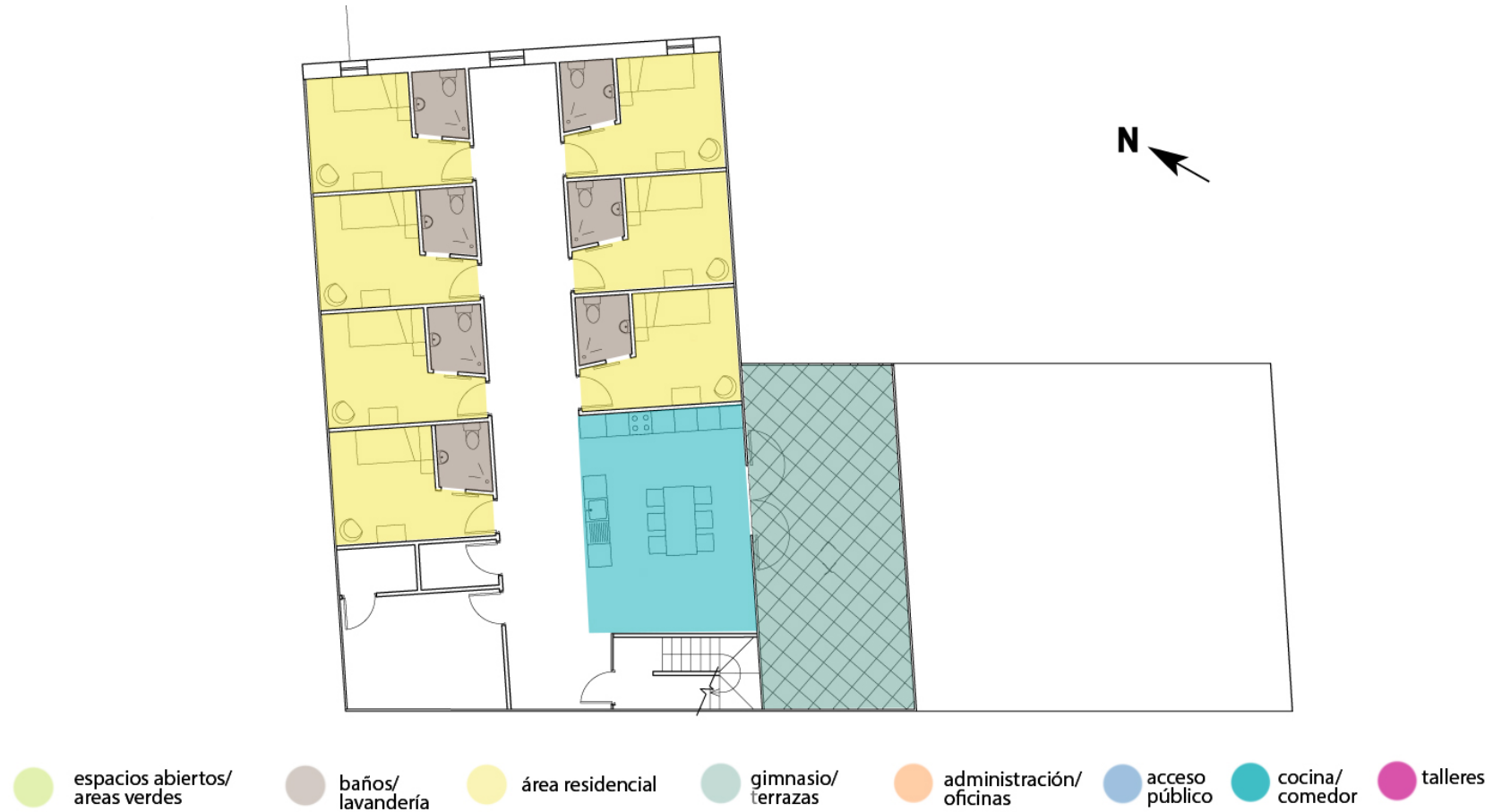


Imagen No. 43: Zonificación del nivel 3 del centro de acogida Redbridge.
Fuente: Elaboración Propia



3.4.4. Fundación Recal

3.4.1.1. Información del Proyecto

Ubicación: Majadahonda, Madrid, España

Arquitectos: A- cero: Joaquín Torres / Rafael Llamazares

Superficie: 3882,56 m²

Área de construcción: 938,4 m²

Costo aproximado: \$1 324 667

Año: 2011



Imagen No. 44: Ubicación del proyecto en el mapa.
Fuente: Google Maps, 2017



Imagen No. 45: Fachada Frontal del Centro de Rehabilitación
Fuente: Montgomery Sisam Architects Inc., 2010

3.4.4.2. Antecedentes

La Fundación Recal se creó en Madrid en el año 2001 como una organización sin fines de lucro que ayude a la reinserción social de personas y familias afectadas por la adicción a sustancias y también por adicciones de comportamiento como lo son los juegos de azar, sexo y trastornos de la alimentación . Dentro de las funciones que cumple esta institución se encuentran la asistencia, tratamiento, recuperación y rehabilitación de pacientes con trastornos adictivos, de la misma manera se encargan de brindar apoyo a los familiares de los pacientes. Adicional a estos servicios brindan asistencia en la reinserción socio-laboral de sus pacientes y forman terapeutas en el tratamiento de adicciones. Su trabajo se realiza bajo los valores de honestidad, respetos, perseverancia, valores cristianos, profesionalismo, entre otras con el fin de brindar la mejor atención a sus usuarios (Fundación Recal, 2017).

El ayuntamiento de Majadahonda tiene una población de aproximadamente 70 000 habitantes. El clima en Majadahonda se caracteriza por ser cálido y templado. La temperatura media anual corresponde a 13.3 ° C y puede llegar a los 23 ° C en julio que es el mes más caluroso, a mediados de enero durante el invierno las temperaturas descienden hasta los 4.6 ° C. Las lluvias pueden presentarse en cualquier época del año, sin embargo son más frecuentes durante el invierno (Climate-data.org, n.d.).



Imagen No. 46: Logo de la Fundación Recal. Fuente: Fundación Recal, 2017



Imagen No. 47: Habitaciones individuales en área residencial. Fuente: Fundación Recal, 2017

3.4.4.3. Descripción del Proyecto

El proyecto consistió en diseñar un centro de tratamiento de adicciones para la Fundación Recal en el área de Majadahonda en Madrid. El edificio consta de dos volúmenes de los cuales uno cuenta con dos plantas. El módulo de las habitaciones cuenta con dos plantas, distribuyéndose en la primera planta 13 habitaciones, lavandería, salón común y terraza; mientras que en la segunda planta se encuentran seis habitaciones. El módulo que cuenta con planta baja incluye las zonas de acceso público como hall, porche, tres oficinas para dirección, psiquiatría y terapeutas, archivo, baños, gimnasio, salón, comedor, despensa, cocina, cuarto de desechos, zona de consulta médica, terapia, kitchenette, y tres salas de conferencias.



Imagen No. 48: Huertos y jardines bordean los bloques que conforman el centro de rehabilitación.
Fuente: Fundación Recal, 2017

En referencia al diseño paisajístico el proyecto busca una integración urbanística de las actividades de apoyo que se realizan en el área exterior del centro con el paisaje que lo rodea; pues el terreno se encuentra próximo al parque Regional de la Cuenca Alta de Manzanares, considerado como el espacio verde protegido de mayor superficie en Madrid y declarado Reserva de la Biosfera por la Unesco. El espacio exterior cuenta con dos zonas de plantaciones, la primera destinada a plantas (Ortega, 2014) conformada por diferentes especies de árboles y arbustos se sitúan en el perímetro del solar. Para la construcción del edificio se empleó un sistema prefabricado, siendo la primera ocasión en que la firma empleaba este sistema para una edificación de otro uso que no sea residencial.

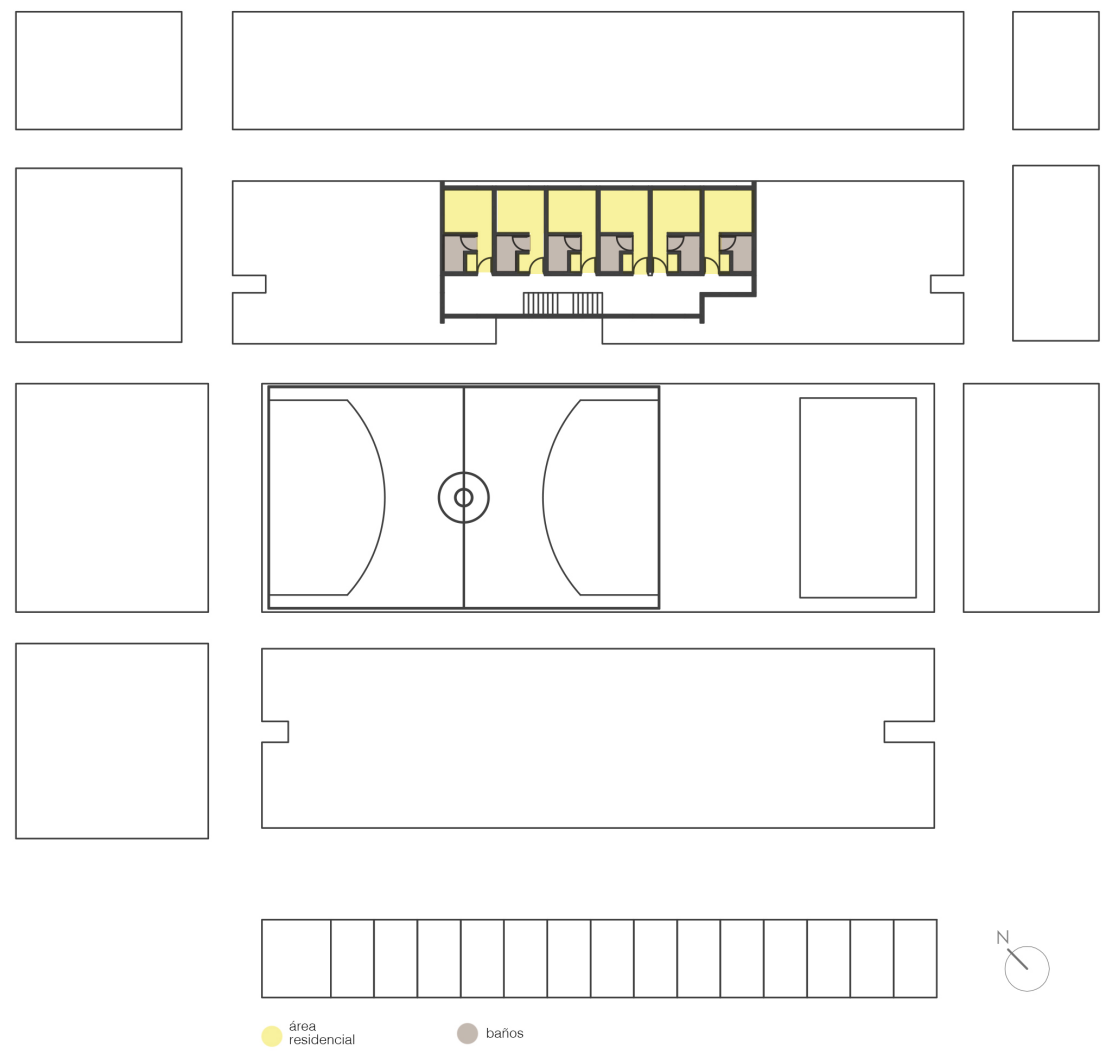


Imagen No. 49: Sala de Terapia Grupal
Fuente: Fundación Recal, 2017

Imagen No. 50: Zonificación de la planta baja del centro de rehabilitación de la Fundación Recal.
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 51: Zonificación de la planta baja del centro de rehabilitación de la Fundación Recal.
Fuente: Elaboración Propia



3.4.5 Conclusiones

- Se puede observar que los modelos análogos estudiados funcionan bajo la administración de Fundaciones y Organizaciones sin fines de lucro, por lo que el financiamiento para su construcción se da mediante las donaciones de sus benefactores.
- Con respecto a las habitaciones para los pacientes de modalidad residencial, estas son individuales o dobles, a diferencia de lo que se da en algunos centros del país en que los pacientes comparte su habitación con hasta con seis personas.
- Adicional a la modalidad de tratamiento residencial en algunas tipologías se prestan otros servicios como asistencia ambulatoria intensiva, programas de reinserción laboral y refugio para personas sin hogar.
- Se disponen espacios tanto para la interacción e integración entre los residentes de los centros, así como áreas destinadas a la reflexión como el Salón espiritual del Centro Sister Margaret Smith.
- En dos de los centros analizados se disponen de espacios verdes abiertos que podrían prestarse para realizar actividades terapéuticas, como lo son los patios del centro Sister Margareth Smith y los jardines y huertos del centro de la Fundación Recal.

MODELO ANÁLOGO	UBICACIÓN	ÁREA	ÁREA VERDE	NÚMERO DE CAMAS	TIPO DE HABITACIÓN	USO DE LUZ/ COLOR	PÚBLICO O PRIVADO	ESPACIOS
SISTER MARGARETH SMITH ADICTION TREATMENT CENTER	dentro de la ciudad, junto a zonas residenWciales y de servicios de asistencia médica	superficie: 14 000m2 aprox. construcción: 4 830 m ² (planta y media)	espacios distribuidos alrededor de dos patios centrales con jardines y areas de contemplación	25	individual	ventanas y tragaluces permiten ingreso de luz natural en área residencial y espacios de talleres	privado	dormitorios para adultos y jovenes, baños, comedor, cocina, oficinas de consejería, salones grupales, salón espiritual, oficinas administrativas, salones de talleres, salones de terapia grupal, familiar, psiquiatría, psicología, terapias de estres, sala de desintoxicación, sala de asesoría, parqueo
PROYECTO HOMBRE	dentro de la ciudad, junto a zonas residenciales y equipamientos comerciales	superficie: 4 809,21 m ² construcción: 2 996 m ² (2 plantas y un sotano)	edificio con poca vegetación, área cubierta de cespced para realizar actividades al aire libre.	24	doble	ventanas permiten ingreso de luz natural en área residencial y espacios de talleres	privado	terapia ambulatoria, comedor, dormitorios, auditorio biblioteca, Aseos y vestuarios, aulas, oficinas administrativas, salones de talleres, gimnasio, Pista deportiva, jardin, parqueos
CENTRO DE ACOGIDA EN REDBRIDGE	dentro de la ciudad, junto a zonas residenciales, equipameintos educativos y de culto	terreno: 550 m ² construcción: 1 100m ² (4 plantas)	empleo de áreas verdes con fines ornamentales.	10	individual	ubicación de ventanas de tal manera que los usuarios tengan acceso a luz naturales y vistas hacia los jardines en la terrazas	privado	dormitorios, sala de talleres, consultorios para atención ambulatoria, oficinas de consejería, salones de entrenamiento.
FUNDACION RECAL	dentro de la ciudad, junto a equipamientos comerciales.	superficie: 3882,56 m ² construcción: 938,4 m ² (planta y media)	diseño de jardines que sirven de área de contempalción y huertos para uso de los residentes.	19	doble	no se menciona	privado	dormitorios, lavandería, salón común, terraza, oficinas administrativas, consultorio para terapia y psiquiatría, archivo, baños, gimnasio, sala, comedor, despensa, cocina, cuarto de desechos, consultorios médicos, salones de terapia, salas de conferencias, parqueos.

Tabla No. 1: Análisis comparativo de casos análogos.
Fuente: Elaboración Propia

"Creo que la arquitectura es un deber cívico que se relaciona con la humanidad, un deber social que afecta a la sociedad y un deber ético, ya que representa los valores relacionados con la forma en que vivimos"

Mario Botta



4

ENTREVISTAS

Se procedió a realizar dos entrevistas para obtener información específica desde diferentes puntos de vista, que aporte al desarrollo del proyecto. Las entrevistas se dieron bajo un formato semiestructurado, de tal manera que a medida que esta avanzaba surgían nuevas inquietudes que requerían ser resueltas.

En primer lugar se entrevistó al director de la Unidad de Conductas Adictivas del Instituto de Neurociencias para tener un panorama general de las funciones que cumple un centro de rehabilitación, su perspectiva de cómo se ha abordado la problemática a nivel de las autoridades y una breve descripción de los espacios con que cuenta el establecimiento que dirige.

La segunda entrevista consistió en profundizar en la influencia del entorno construido en la rehabilitación de adicciones, para lo cual se consultó con una psicóloga los aspectos que fomentan un ambiente de calidad para la recuperación de adolescentes que se encuentran en tratamiento por adicciones.

4.1. INTRODUCCIÓN

**4.2. ENTREVISTA A DIRECTOR DE LA
UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCA)
DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS**

4.2.1 Entrevistado

Dr. José Valdevila, Psiquiatra

4.2.2. Banco de Preguntas

- Funciones de un centro de rehabilitación
- ¿Qué diferencia existe entre el tratamiento de adultos y el de adolescentes?
- ¿Cuál es su opinión con respecto al modelo actual de atención en salud mental?
- ¿Qué porcentaje de los tratados consigue una rehabilitación exitosa?
- ¿Qué tipos de terapia se emplean en el tratamiento de adicciones?
- Espacios que compone la Unidad de Control de Adicciones.

4.2.3. Resultados

El Dr. José Valdevila es el director de la Unidad de Conductas adictivas del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil. La entrevista se realizó con el propósito de conocer de manera general las funciones que cumple un centro de tratamiento de adicciones, los diferentes espacios y usuarios con los que cuentan y su punto de vista acerca de la manera en que se ha abordado esta problemática en el país. La entrevista se dió a manera de comunicación personal en el Instituto de Neurociencias, con una serie de preguntas abiertas que aporten a la investigación.

En primer lugar, se establecieron las funciones que tiene un centro de rehabilitación que, como su nombre lo indica se encargan de rehabilitar a personas que presentan algún tipo de conducta adictiva, mas no de prevenir que estas conductas ocurran. El Dr. Valdevila indicó por su parte que, el tratamiento en adultos se aborda desde un enfoque comportamental, mientras que en adolescentes el tratamiento es familiar y del entorno social. En cada individuo las adicciones se manifiestan de diferente manera, por lo que, si bien se sigue un programa estándar para tratar las adicciones, este se ejecuta en función de cada individuo

por separado (comunicación personal, 28 de septiembre de 2017).

Con respecto al modelo actual de Atención en Salud Mental mencionado en el marco legal de el presente documento, manifiesta que este tiene una estructura adecuada para garantizar la mejora de atención a sus usuarios, sin embargo la falta de comunicación entre las autoridades de los diferentes niveles dificulta que el modelo funcione en el país (J.Valdevila, comunicación personal, 28 de septiembre de 2017).

La Unidad de Control de Adicciones trata únicamente a adultos, funciona en modalidad residencial, la cual se compone de dos bloques, uno para hombres y otros para mujeres. Cuenta con áreas de recreación y deportes, huerto, salón para actividades grupales como arte terapia, habitaciones dobles, enfermería, consultorio médico, consultorio psicológico, comedor y cocina. Debido a que sus instalaciones se encuentran dentro del complejo del Instituto de Neurociencias y que funciona bajo la modalidad de comunidad terapéutica el mantenimiento es realizado en su mayoría por los pacientes.

4.3.1. Entrevistado

Dra. Patricia Marcial, Diplomado en Psicología,
Docente de la UEES.

4.3.2. Banco de Preguntas

- ¿Considera que la percepción del espacio afecta de alguna manera a la recuperación de pacientes con conductas adictivas? ¿Cómo?
- ¿Cree que es viable la incorporación de vegetación o huertos con fines terapéuticos en el tratamiento de pacientes drogodependientes? Tienen algún efecto en su tratamiento? Cómo?
- ¿El manejo de la luz natural en espacios de recuperación puede otorgar beneficios en el tratamiento de personas con conductas adictivas?
- ¿Factores como el ruido y ambientes con poca iluminación y ventilación afectan el proceso de recuperación del paciente?
- ¿Qué equipos y espacios debería tener este centro desde el punto de vista medico?
- ¿En dónde se considerada pertinente situar un centro de rehabilitación?

4.3.3. Resultados

La Dra. Patricia Marcial tiene un diplomado en Psicología, actualmente labora como docente de la UEES. Se procedió a realizar una entrevista a manera de comunicación personal con la finalidad de conocer como el entorno construido influye en la rehabilitación de adicciones. A lo largo de la entrevista se abordaron diferentes factores como la percepción del espacio, el uso del color y de la vegetación, entre otros.

Con base en las preguntas guía, se pudo concluir que la percepción del espacio tiene efectos sobre la rehabilitación de los pacientes con problemas de adicciones. La Dra. Marcial indica que en el caso de la mayoría de las clínicas que funcionan en la actualidad en el país, estas tienen espacios reducidos en donde sus ocupantes reciben el tratamiento incluso en condiciones de hacinamiento, perjudicando el proceso de recuperación (comunicación personal, 13 de diciembre de 2017). Con respecto al uso de vegetación, se indicó que un elemento clave en la rehabilitación es el contacto con la naturaleza, para esto sería recomendable desarrollar el programa en un terreno amplio que permite tener este tipo de espacios, o en su defecto incorporar elementos como jardines verticales que promuevan estos ambientes positivos para la mejoría del paciente.

Se recomienda el empleo de colores neutros, pasteles y blancos de baja intensidad pues, así, como en el caso de la luz solar, los colores muy vivos pueden sobre estimular al paciente afectando su recuperación. El empleo de texturas como acabados de madera generando estímulos en el paciente y lo conectan con la naturaleza.

En cuanto al ruido, la iluminación y ventilación es pertinente evitar ruidos intensos, pues estos producen estrés y desfases de atención. Con respecto a la iluminación se sugiere que espacios de trabajo como los salones de talleres empleen luz blanca, pues esta fomenta la actividad; en cambio, áreas de transición hacia espacios de descanso y relajación, así como las habitaciones podrían emplear luz cálida para reducir estos niveles de actividad y preparar al organismo hacia el descanso y la pasividad (P.Marcial, comunicación personal, 13 de diciembre de 2017).

En relación a los espacios, señaló que es necesario espacios de recreación y ocupación cuyos usos van sesgados en base al usuario, en el caso de adolescentes mujeres podría tener mínimo dos espacios: uno para la recreación y otro de capacitación (P.Marcial, comunicación personal, 13 de diciembre de 2017). Los espacios para capacitación podrían ser talleres de cocina, costura, belleza o manualidades, de tal forma que una vez culminado el tratamiento las jóvenes tengan una ocupación que a futuro les permite ser miembros económicos activos de la sociedad y así alejarse de las drogas. También es importante disponer de espacios para el deporte como canchas o gimnasio, espacios que fomenten el conocimiento, como una biblioteca o videoteca, pues durante el período de rehabilitación las jóvenes no pueden asistir a su centro educativo (P.Marcial, comunicación personal, 13 de diciembre de 2017). En referencia a los espacios del personal médico, no existen particularidades, lo importante es que cada especialista cuente con su consultorio para poder dar seguimiento personalizado a sus pacientes.



5

ANÁLISIS DE SITIO



Imagen No. 52: Vista del terreno desde la Av. Francisco de Orellana
Fuente: Elaboración propia

5.1. UBICACIÓN

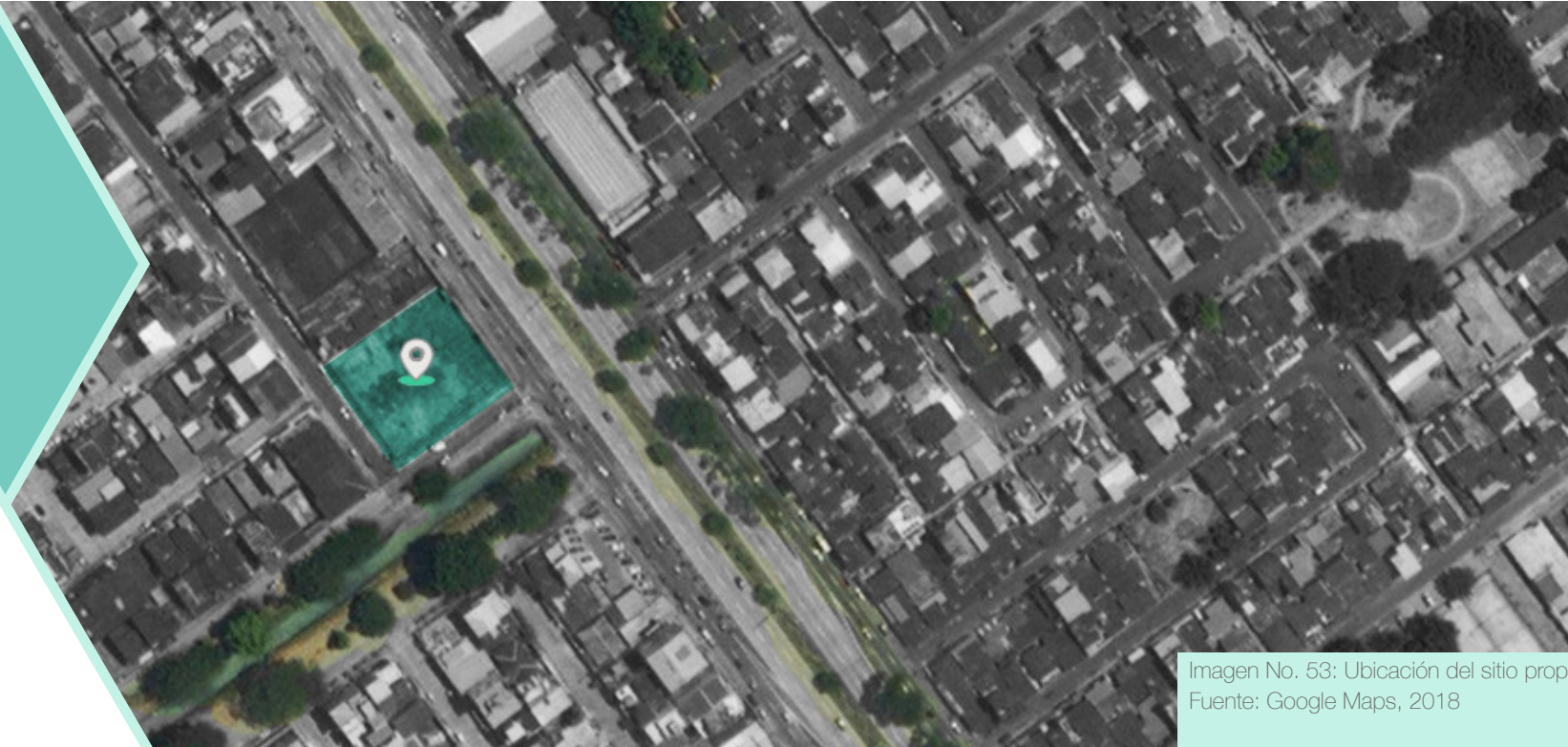


Imagen No. 53: Ubicación del sitio propuesto
Fuente: Google Maps, 2018

El sitio se encuentra ubicado en la sexta etapa de la ciudadela La Alborada en la ciudad de Guayaquil. Según el cuadro de compatibilidad de usos de suelo el sector corresponde a la zona de Corredores Comerciales y de Servicios H (CC-H).

El terreno propuesto es un solar esquinero con un área de 2 287.50 m², teniendo como lindero norte un solar, al sur la Calle 4ta, al este la Avenida Francisco de Orellana y al oeste la Avenida Dos.

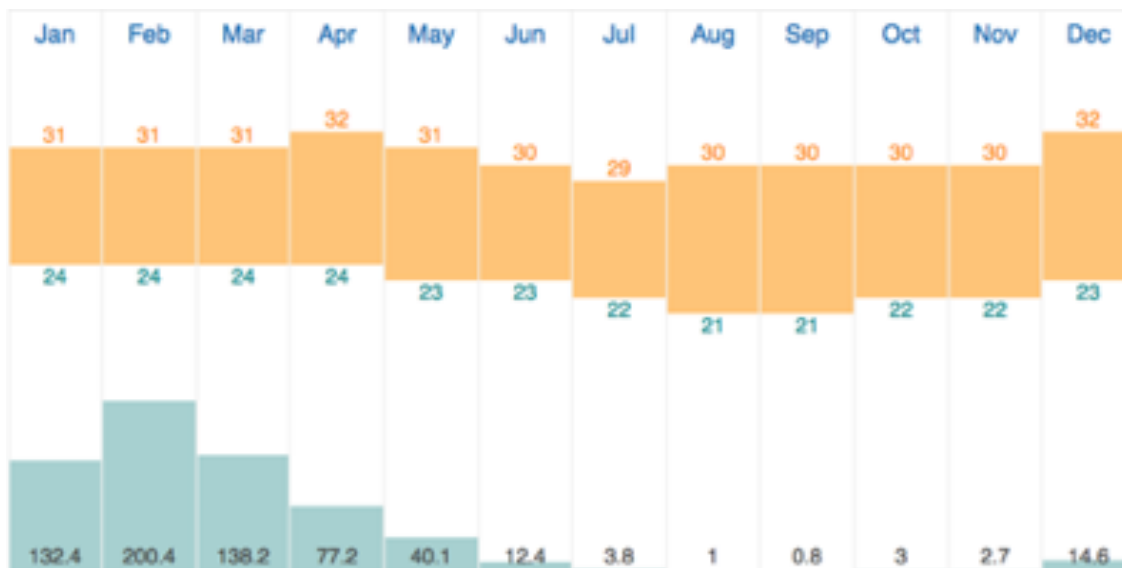


Gráfico No. 5: Cuadro de temperaturas y precipitación anual promedio de Guayaquil.
Fuente: (Time and Date AS, 2017)

La ciudad de Guayaquil se encuentra a 4msnm, su clima se categoriza como tropical mega térmico yendo desde húmedo hasta seco y semiárido con una humedad promedio del 69%. Entre los meses de mayo a diciembre es la época seca por lo que las precipitaciones son escasas, lo contrario se da desde el mes de diciembre hasta finales de mayo en donde se presentan altos niveles de precipitación llegando a inundar varios sectores de la ciudad. La temperatura anual promedio es de 27 °C, la temperatura

puede llegar a los 32 °C y descender hasta los 21 °C, siendo abril el mes más caluroso y agosto el más frío (Time and Date AS, 2017).

La precipitación promedio es de 52.2 mm, en el mes de febrero la precipitación promedio es de 200.4 mm, mientras que el promedio de lluvias anual es de 626.6 mm. La velocidad promedio de los vientos, que provienen del suroeste, es de 10 km/h y en el mes de octubre llega hasta los 14 km/h (Time and Date AS, 2017).

5.2. CLIMA, VIENTOS, PRECIPITACIONES, TEMPERATURA

5.3. ASOLEAMIENTO

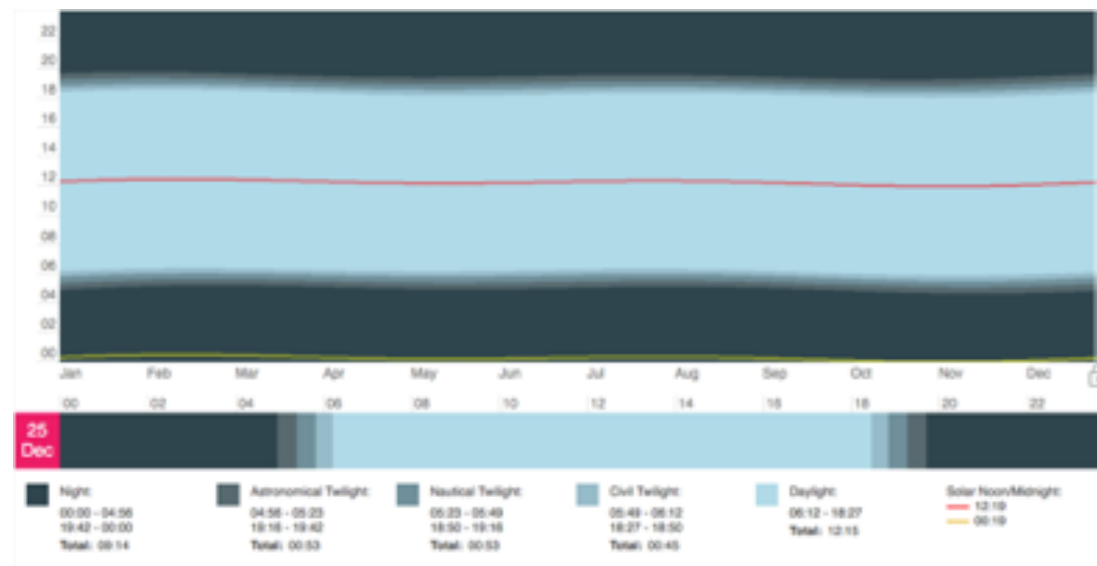


Gráfico No. 6: Gráfico solar anual de la ciudad de Guayaquil.
Fuente: (Time and Date AS, 2017)

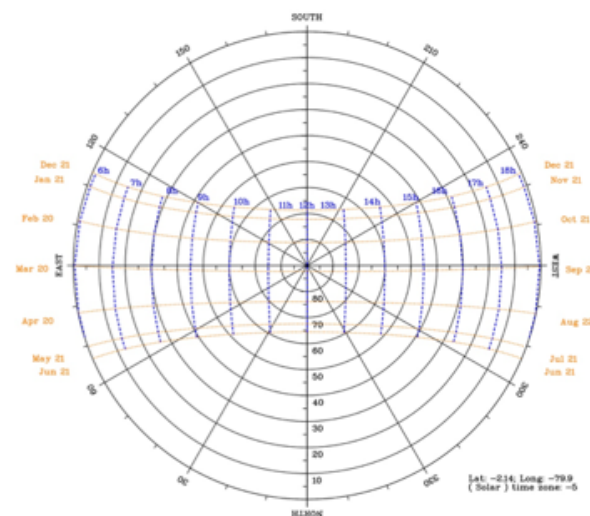


Gráfico No. 7: Diagrama del recorrido anual del sol en el sector escogido.
Fuente: UO Solar Radiation Monitoring Laboratory, 2017

El recorrido del sol se da en dirección de este a oeste. El amanecer es entre las 6:00 y 6:30 horas, mientras que el atardecer ocurre entre las 18:00 y 18:30 dando de un total aproximado de 12 horas de luz solar recibida durante el día.

La topografía del sector se caracteriza por ser plana, el terreno se encuentra pavimentado pues fue utilizado como parqueadero.



Imagen No. 55. Vista hacia el interior del terreno
Fuente: Elaboración Propia

Imagen No. 54: Exteriores del Terreno
Fuente: Elaboración Propia

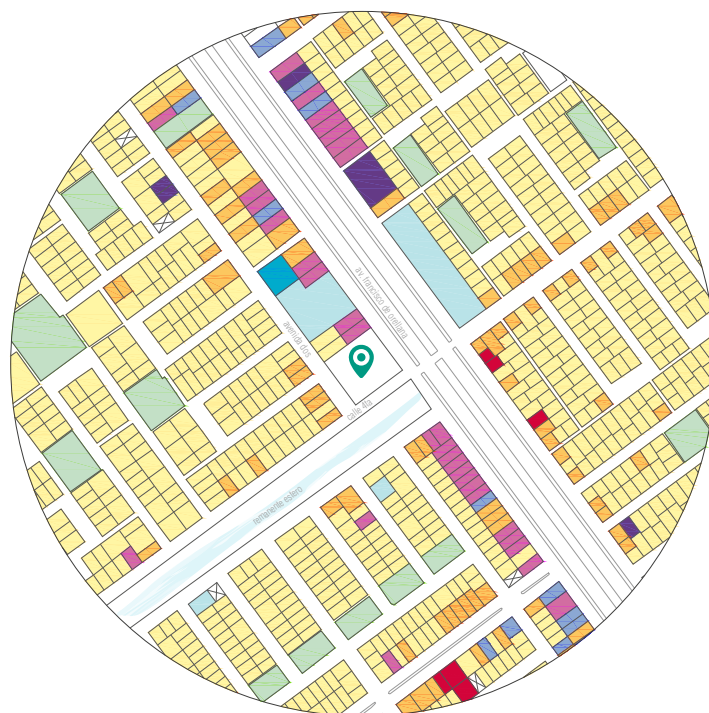


5.4. TOPOGRAFÍA

5.5. NORMATIVAS Y USO DEL SUELO

Los usos de suelo según el tipo de actividades a realizar en suelo urbanizado y urbanizable corresponden a: Uso Residencial, Uso de Comercio y Servicios, Uso de Equipamiento Urbano y Uso Industrial. En el caso del suelo no urbanizable se distingue entre Usos Extractivos, Suelo Protegido y Suelo de Valor Paisajístico. Por otra parte, para efectos del desarrollo urbanístico en el ámbito geográfico la Ordenanza Sustitutiva de Edificaciones y Construcciones del Cantón Guayaquil divide a la ciudad en subzonas de la siguiente manera: Zona Central, Zonas Pericentrales, Corredores Comerciales y de Servicios, Zonas Mixtas Residenciales Consolidadas y No Consolidadas, Zonas Residenciales, Zonas Industriales, Zonas de Equipamiento Comunal y Zonas Especiales.

El terreno se encuentra en la Zona Corredor Comercial y de Servicios- H (CC-H), dentro de los usos permitidos se encuentran las instalaciones de salud y asistencia social, que incluyen a los centros de rehabilitación de drogadicción y alcoholismo. La normativa indica que debe existir un estacionamiento por cada 30m² de área de construcción.



● salud ● comercio ● area verde/parques ● culto ● servicios ● educación ● deportivo ● residencial ● mixto

Ilustración No. 1: Zonificación del sector.
Fuente: Elaboración propia

Debido a su categorización como Corredor Comercial y de servicios, a lo largo de la Avenida Francisco de Orellana se sitúan locales comerciales y de servicios. En el entorno inmediato se encuentran en su mayoría restaurantes, seguido por lubricadores y locales de venta de autos. También se sitúan cerca al terreno escogido equipamiento religioso como los son una iglesia cristiana y un Salón del Reino de los Testigos de Jehová. Frente al solar, se localiza el Club de

Natación Jorge Delgado y en la cuadra del solar se encuentran canchas de fútbol que pueden ser alquiladas.

Hacia las calles secundarias del sector el uso es casi en su totalidad residencial, en las calles peatonales se pueden encontrar pequeños parques y áreas verdes, al igual que a lo largo de la de a calle cuarta y la calle 16b.

5.6. ENTORNO URBANO

5.7. MOVILIDAD

5.7.1. Sentido de Vías

El terreno se encuentra rodeado por una vía principal que es la Avenida Francisco de Orellana, y dos vías secundarias: La Calle Cuarta y la Avenida Dos respectivamente. Las tres vías que limitan con el sitio son de doble sentido lo cual facilita el acceso vehicular al predio.

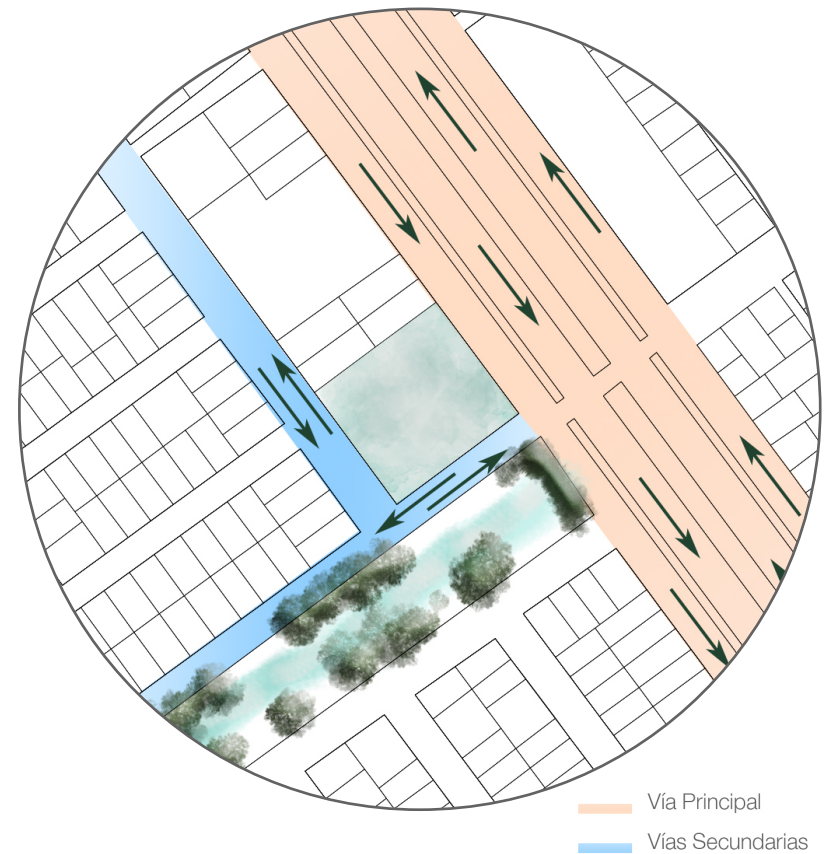


Ilustración No. 2: Sentido de vías.
Fuente: Elaboración propia

5.7.2. Transporte

Debido a que el terreno se encuentra junto a una vía principal se puede llegar al lugar tanto por medio de transporte propio o público.

A 500 m del terreno se encuentra la Av. Benjamín Carrión por la cual circulan diferentes líneas de buses urbanos y una ruta alimentadora del Sistema de Transporte Masivo Metrovía que conectan con diferentes sectores de la ciudad.

En el tramo de la Av. Francisco de Orellana donde se sitúa el terreno circulan dos líneas de buses de transporte urbano.

5.8.1. Agua Potable

En la ciudad de Guayaquil el 95% del territorio tiene cobertura de agua potable. La situación varía en los diferentes distritos de la ciudad. El sector en donde se encuentra el solar cuenta con el servicio de agua potable.

5.8.2. Alcantarillado Sanitario

Se puede observar que el sector cuenta con alcantarillado.

5.8.3. Eliminación de Basura

La recolección de basura se da por parte de la empresa Puerto Limpio, en el sector de la sexta etapa de la ciudadela La Alborada el horario de recolección es los días martes, jueves y sábado en la noche.

5.8.4. Energía Eléctrica

El sector cuenta con alumbrado público, cuyos postes se encuentran situados cada 40 metros aproximadamente.

“La arquitectura, a diferencia del arte, no puede existir sin personas”

Kjetil Trædal Thorsen (Snøhetta)



6

PROPUESTA TEÓRICO- FORMAL

En función de la información recopilada en el marco teórico, el estudio de proyectos análogos y datos obtenidos de las entrevistas, se pudieron determinar las necesidades de un centro de rehabilitación, que en este caso estará dirigido a tratar las adicciones en jóvenes mujeres. El terreno seleccionado se encuentra dentro de la ciudad de Guayaquil, pues de esta manera los pacientes una vez concluido el tratamiento pueden readaptarse a su entorno con mayor facilidad.

El área del terreno es de 2 287.50 m², la superficies de los terrenos en donde se implantaban los modelos análogos estudiados era muy variada, por lo cual se escogió un terreno dentro del rango de los mismos, adicionalmente las ordenanzas municipales indican que el uso de suelo del mismo es apto para el desarrollo de esta actividad.

El diseño de este centro se basa en el concepto de la colmena como organismo de cooperación, el cual es uno de los puntos en los que se trabaja en los programas de rehabilitación. Par ello, se realizó una abstracción geométrica del hexágono el cual sirvió de elemento regulador para la generación de los diferentes espacios necesarios para que los usuarios reciban una atención integral y de calidad.

6.1. INTRODUCCIÓN

6.2. RACIONAL DEL PROYECTO

El racional de un proyecto recopila los lineamientos a seguir de tal manera que el resultado final responda a las necesidades a satisfacer. Para el centro de rehabilitación se han determinado dos criterios principales a implementar, los cuales se detallan a continuación:

6.2.1. Diseñar un centro para el tratamiento de adicciones en jóvenes mujeres que emplee criterios terapéuticos.

6.2.1.1. Implementar en el proyecto terrazas ajardinadas junto al área de residencias de tal manera que se aprovechen los efectos terapéuticos de la naturaleza (Imagen No. 59).



Ilustración No. 3: Jardineras en terrazas
Fuente: Elaboración Propia

6.2.1.2. Utilizar luz cálida en las áreas destinadas al descanso y relajación como lo son las habitaciones, corredores del área residencial, áreas comunes y el salón espiritual.

6.2.1.3. Definir los colores a emplear dependiendo de las actividades a realizar en cada espacio del centro de tratamiento de adicciones.

6.2.1.4. Diseñar recorridos que faciliten la orientación del paciente dentro del edificio (Imagen No. 60).

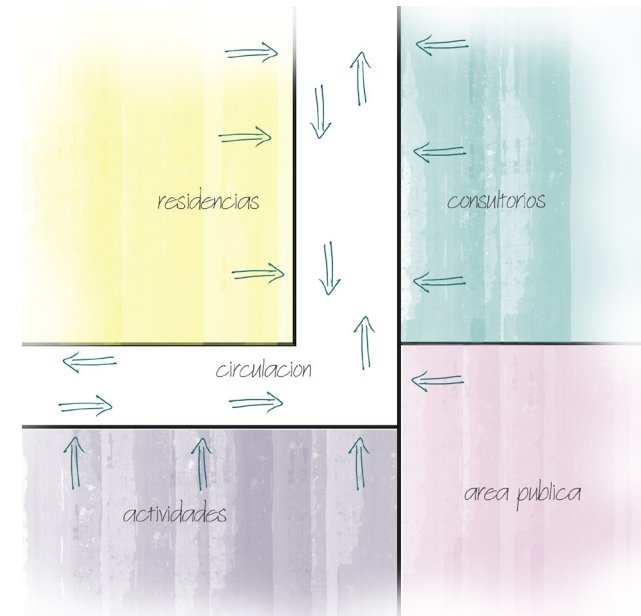


Ilustración No. 4: Recorridos simplificados
Fuente: Elaboración Propia

2. Otorgar las herramientas para que el paciente reciba un tratamiento integral que brinde resultados a largo plazo

2.1. Diseñar salones de terapia recreativa y ocupacional, para que así una vez culminado el tratamiento las pacientes sean capaces de realizar actividades productivas que faciliten su reinserción a la sociedad (Imagen No. 61).

2.2. Incorporar un salón destinado a la espiritualidad, en el que el usuario, respetando la libertad religiosa, pueda acercarse a reflexionar en el momento en que lo desee (Imagen No. 62).

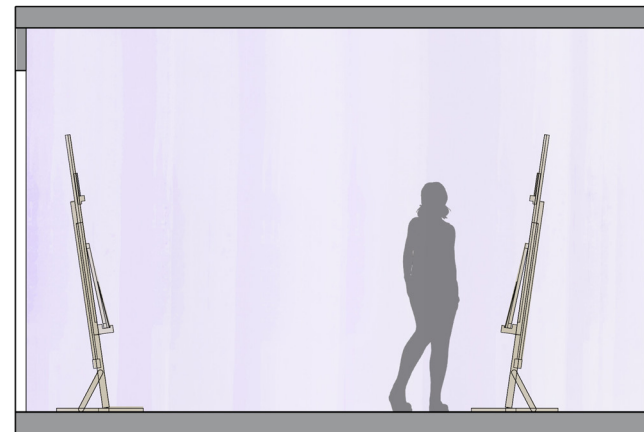


Ilustración No. 5: Talleres de Arte
Fuente: Elaboración propia

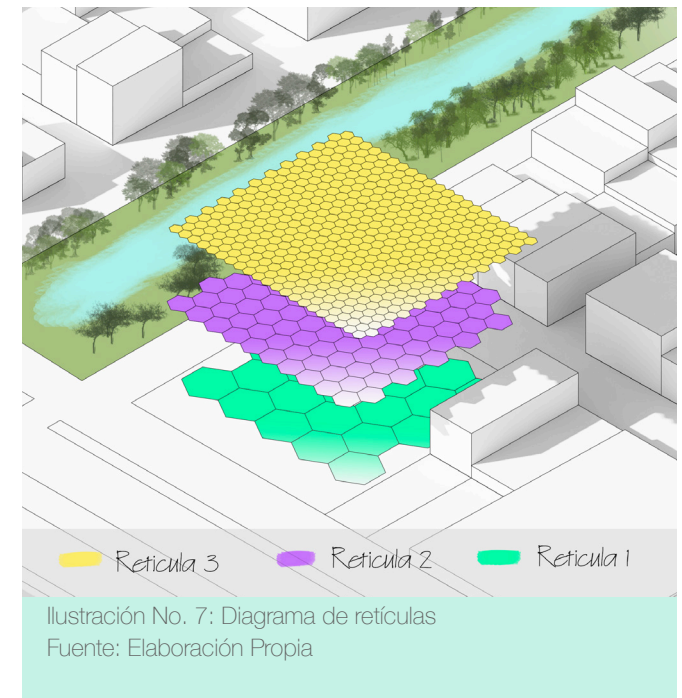


Ilustración No. 6: Oratorio
Fuente: Elaboración propia

6.3. PROCESO DE DISEÑO

Los programas de rehabilitación constan de actividades individuales, las cuales varían en cada paciente y actividades grupales que estimulen la cooperación entre los miembros de la comunidad. En la naturaleza, las abejas son uno de los pocos insectos que se caracterizan por sus habilidades sociales y de trabajo en conjunto (Aula Apícola, 2015).

Tomando esta premisa de referencia se procedió a abstraer la forma hexagonal característica de los panales para generar retículas (Ilustración No. 7) que sirvan como elementos delimitadores de la forma y distribución del programa arquitectónico. Esta malla hexagonal se repetirá en cada nivel de manera intercalada generando así pequeñas terrazas hacia la fachada principal de la edificación principal (Ilustraciones No. 8-13).



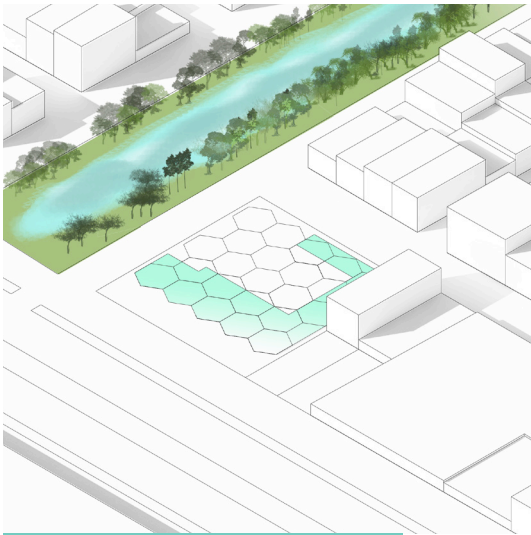


Ilustración No. 8: Diagrama planta baja
Fuente: Elaboración propia

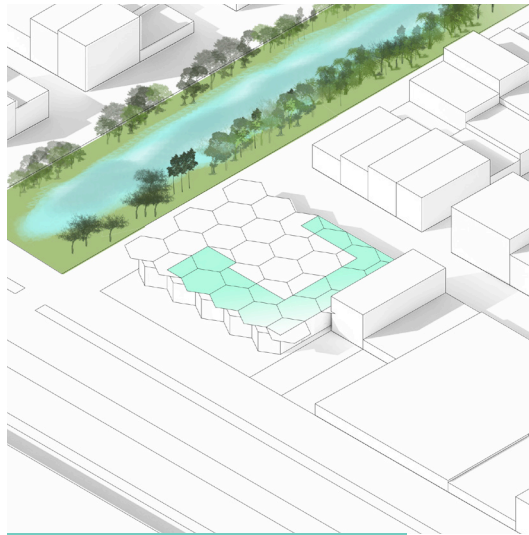


Ilustración No. 9: Diagrama primer piso
Fuente: Elaboración propia

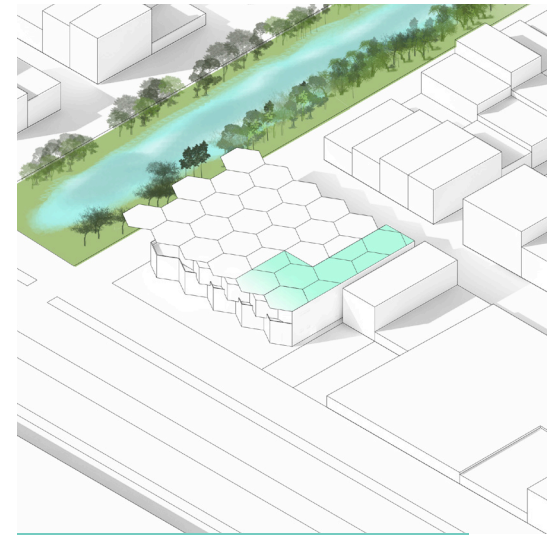


Ilustración No. 10: Diagrama segundo piso
Fuente: Elaboración propia

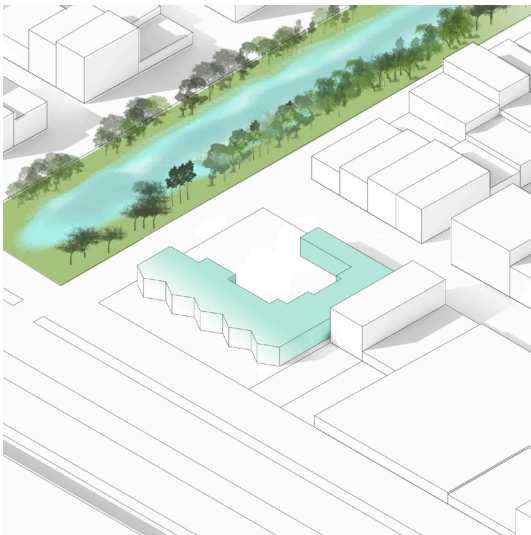


Ilustración No. 11: Volumen planta baja
Fuente: Elaboración propia

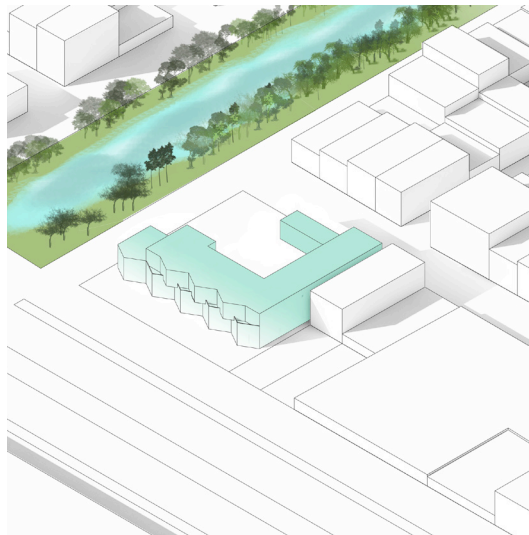


Ilustración No. 12: Volumen primer piso
Fuente: Elaboración propia

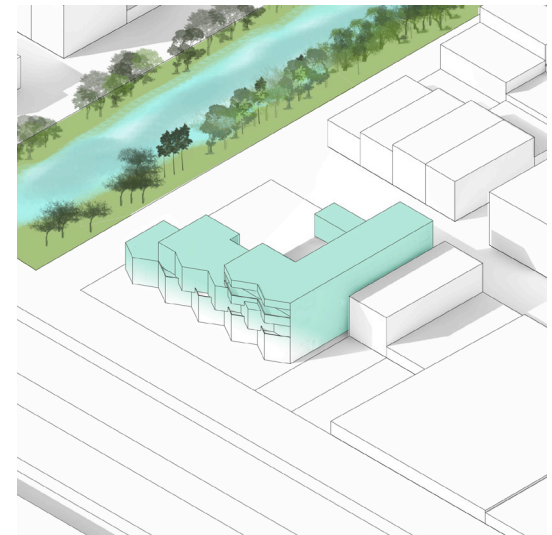


Ilustración No. 13: Volumen segundo piso
Fuente: Elaboración propia

6.4. MEMORIA DEL PROYECTO

6.4.1. Accesos

Tomando en cuenta las vías de acceso al terreno, se definió el ingreso principal al edificio desde la Avenida Francisco de Orellana, sin embargo, para evitar congestión vehicular y mostrar en su totalidad la fachada principal del edificio el ingreso a los parqueos será por la calle cuarta. El entorno inmediato del terreno cuenta con poca vegetación, por lo que la misma será implementada en los exteriores del centro de rehabilitación tanto en el ingreso principal, la zona de parqueos y hacia la Avenida Dos, para así contribuir a la imagen urbana del sector.

6.4.2. Descripción Funcional

Tomando esto en consideración el programa arquitectónico, el centro de rehabilitación se desarrolló en tres niveles, permitiendo la incorporación de espacios al aire libre en donde las pacientes puedan realizar actividades deportivas y demás relacionadas con el tratamiento de adicciones, como lo es la horticultura terapéutica, a sus vez estos espacios contarán con vegetación carácter ornamental y de bajo mantenimiento que permitirán crear un ambiente agradable y proveer aislamiento térmico y acústico, tomando en consideración las condiciones climáticas y los ruidos que pueden generarse en el exterior del centro.

En la planta baja se encuentra el área de atención al público, área administrativa, consultorios y oficinas del personal de asistencia médica y social, el acceso a la zona residencial el cual se encuentra conectado a

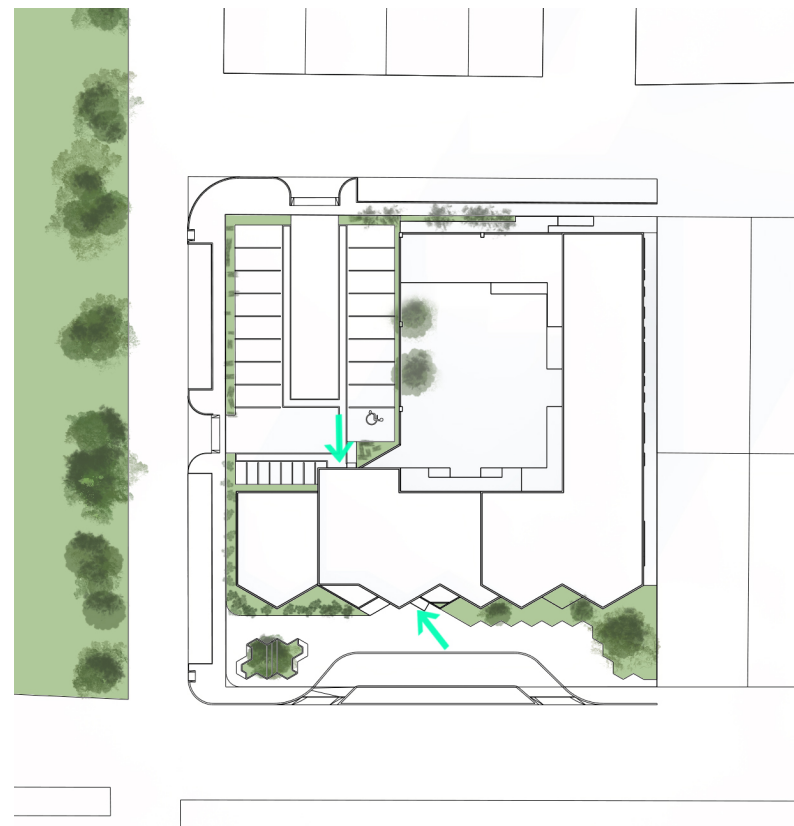


Ilustración No. 14: Accesos a centro de rehabilitación
Fuente: Elaboración propia

los servicios médicos y sociales, gimnasio, oratorio y los servicios generales. En el primer piso se dispone de un auditorio, el área para talleres, lectura y terapia grupal, los cuales se conectarán con el área residencial facilitar el acceso de los pacientes en modalidad residencial. El segundo piso cuenta con las demás habitaciones del área residencial y con áreas de estar.

A lo largo del proceso de rehabilitación es necesario que la paciente tenga momentos de reflexión personal, los cuales en muchas ocasiones resultan en un acercamiento a Dios a través de la religión, por lo cual se consideró conveniente la incorporación de un oratorio. De igual manera, el establecimiento de relaciones con otras personas fuera de las actividades incluidas en el tratamiento permite que el individuo se apoye en una comunidad a lo largo del proceso de rehabilitación, para lo cual áreas como la salas comunes facilitan el fortalecimiento de estas relaciones.

Aprovechando las visuales generadas por la vegetación, el salón espiritual y áreas de encuentro común como los salones de talleres, salones de terapia y comedor tienen amplias aberturas con vista hacia el área verde, de igual manera las salidas de las habitaciones se conectarán hacia terrazas con acceso al área verde, a su vez esto permitirá el ingreso de luz natural durante el día, la cual en el caso de el área de talleres y salones de terapia permitirá que sus ocupantes puedan realizar adecuadamente sus actividades. Con respecto a la iluminación artificial se procura emplear luz blanca en las zonas de actividad como lo son los salones de talleres, salones de terapia y gimnasio, áreas como pasillos, habitaciones y demás

espacios que inviten al descanso y la inactividad tendrán luz cálida.

6.4.3. Estructura

La edificación tiene una estructura conformada por columnas y vigas de acero. Las losas son de hormigón armado.

6.4.4. Capacidad

La capacidad de ocupantes en el área residencial se determinó en base a la información proporcionada por las entrevistas, la cual es de 20 camas, pues de esta manera todas las personas podrán recibir atención personalizada. Tomando en consideración que quienes recibirán el tratamiento son adolescentes se dispondrá de habitaciones dobles, para de esta manera fomentar el apoyo mutuo a lo largo del proceso.

6.4.5. Materialidad

Con respecto a los materiales se procurará el empleo de texturas como paneles de madera en determinados espacios interiores, recubrimientos de piedra y pisos que simulen materiales naturales en espacios exteriores, y colores en tonos neutros y blancos de baja intensidad que evoquen un entorno tranquilo.

Con respecto al tratamiento de fachadas, estas son de cemento pulido con una envolvente compuesta de louvers de diferentes dimensiones y ubicados a diferentes alturas.

6.5. DIAGRAMA DE RELACIONES

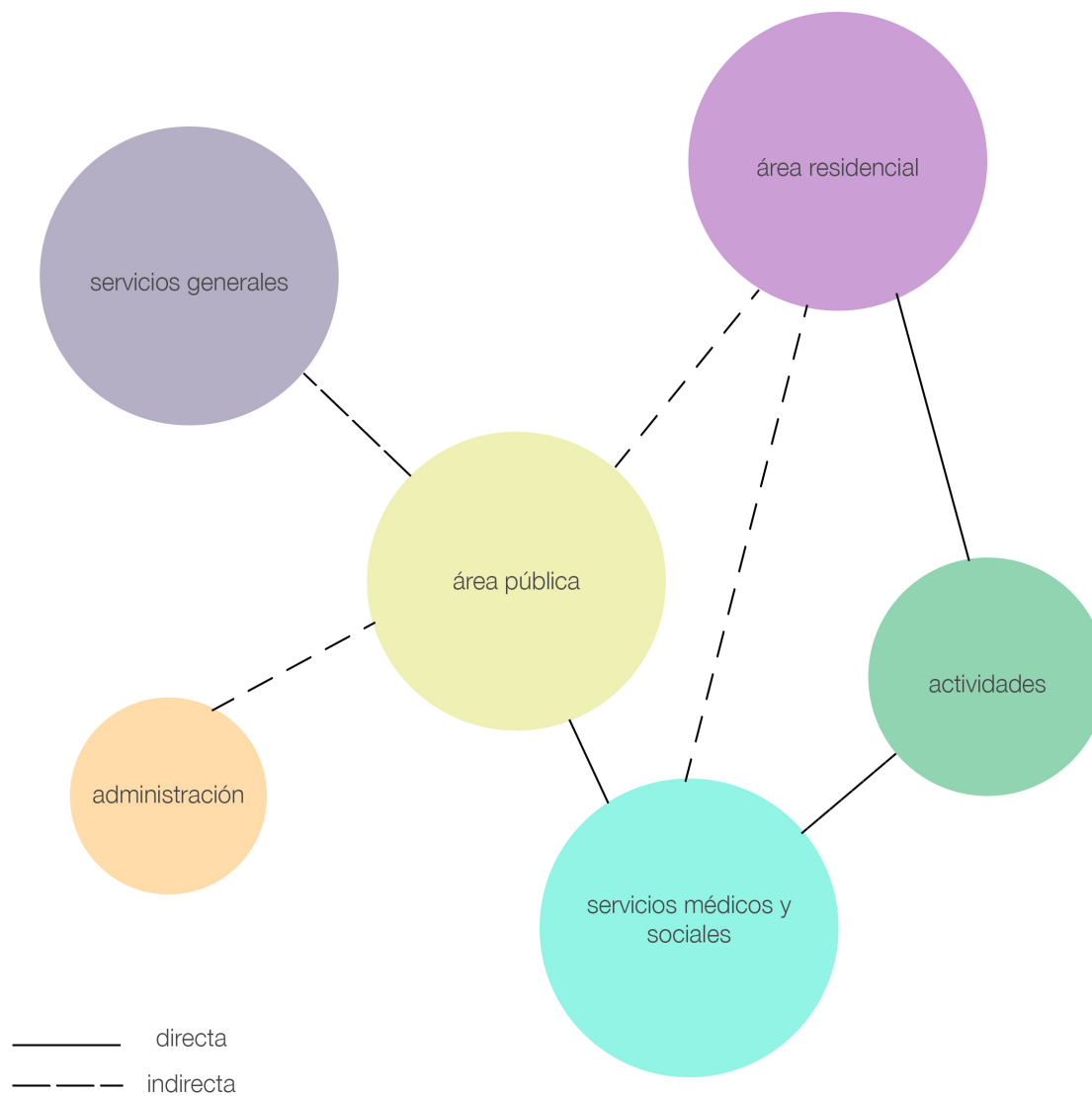


Gráfico No. 8: Diagrama de relaciones.
Fuente: Elaboración propia

BLOQUE	ESPACIO	CANTIDAD	ÁREA (M ²)	ÁREA TOTAL
ACCESO AL PÚBLICO	Recepción	1	77.91	77.91
	Auditorio	1	101.55	101.55
	Útil Auditorio	1	4.50	4.50
	Baño Visitantes	2	11	22
	Baño Discapacitados	1	3.70	3.70
ADMINISTRACIÓN	Administración	1	14.72	14.72
	Contabilidad	1	8.76	8.76
	Sala de Reuniones	1	19.76	19.76
	Archivo	1	4.79	4.79
	<i>Kitchenette</i>	1	5.90	5.90
	Útil	1	2.50	2.50
	Baño	1	3.20	3.20
SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES	Enfermería	1	12.94	12.94
	Medicina General	2	12.80	12.80

6.6. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

Tabla No. 3: Programa Arquitectónico
Fuente: Elaboración Propia

BLOQUE	ESPACIO	CANTIDAD	ÁREA (M ²)	ÁREA TOTAL
SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES	Psicología	1	12.80	12.70
	Psiquiatría	1	12.90	12.90
	Nutrición	1	12.70	12.70
	Químico Farmacéutico	1	6.80	6.80
	Operador de Casa	1	9.42	9.42
	Terapista Ocupacional	1	9.32	9.32
	Trabajador Social	1	9.32	9.32
	Oratorio	1	31.10	31.10
	Baño	1	2.90	2.90
Actividades	Gimnasio	1	85.30	85.30
	Cancha Multiusos	1	200	200
	Terapia Grupal	3	15.91	47.74
	Talleres 1	2	33.47	66.94
	Talleres 2	1	26.81	26.81

Tabla No. 2: Programa Arquitectónico
Fuente: Elaboración Propia

BLOQUE	ESPACIO	CANTIDAD	ÁREA (M ²)	ÁREA TOTAL
ACTIVIDADES	Área de Lectura	1	33.69	33.69
	Horticultura Terapéutica	1	95.83	95.83
	Terraza 1	2	5.01	10.02
	Terraza 2	1	7.23	7.23
RESIDENCIAL	Dormitorio Doble	10	19.50	195
	Dormitorio Simple	1	9.01	9.01
	Baño	11	4.76	52.36
	Área Común 1	1	41.70	41.70
	Área Común 2	1	15.01	15.01
	Área Común 3	1	40.72	40.72
	Terraza 1	1	72.08	72.08
	Terraza 2	1	83.30	83.30
	Terraza 3	1	40.18	40.18
	Comedor	1	57.25	57.25

Tabla No. 2: Programa Arquitectónico
Fuente: Elaboración Propia

BLOQUE	ESPACIO	CANTIDAD	ÁREA (M ²)	ÁREA TOTAL
RESIDENCIAL	Cocina	1	15.24	15.24
	Lavandería	1	7.63	7.63
	Útil	1	1.20	1.20
SERVICIOS	Generador	1	20.45	20.45
	Transformador	1	12.84	12.84
	Bodega	1	13.46	13.46
	Cuarto de Bombas	1	11.10	11.10
	Cuarto de Desechos	1	9.51	9.51
CIRCULACIÓN				398.28
TOTAL (M ²)				2073.77

Tabla No. 2: Programa Arquitectónico
Fuente: Elaboración Propia

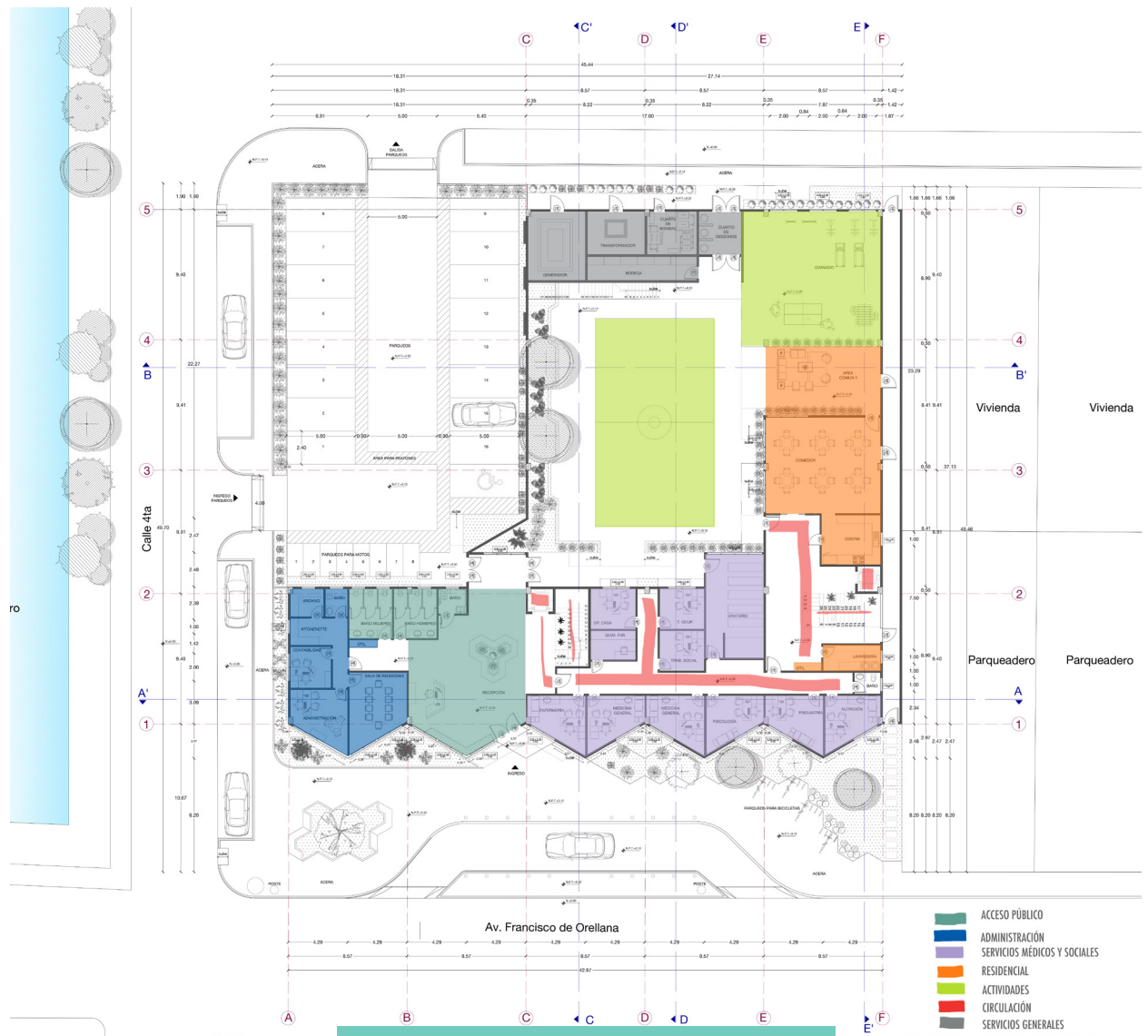


Ilustración No. 15: Zonificación planta baja
 Fuente: Elaboración propia

6.7. ZONIFICACIÓN

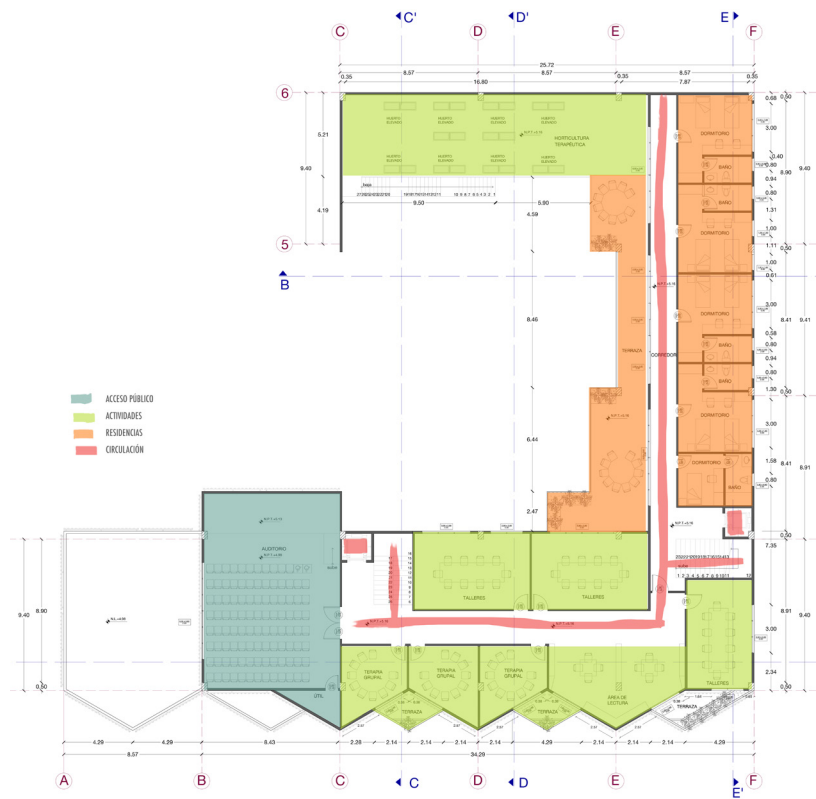


Ilustración No. 16: Zonificación primer piso
Fuente: Elaboración propia

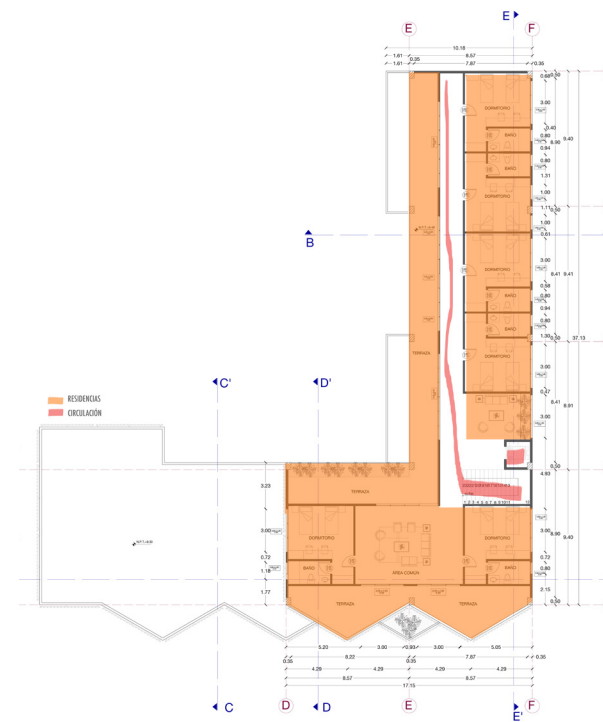
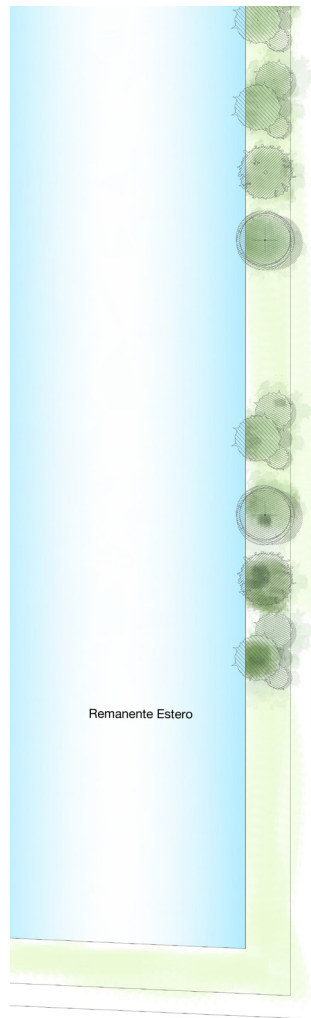


Ilustración No. 17: Zonificación segundo piso
Fuente: Elaboración propia



6.8. PLANOS

Ilustración No. 18: Implantación con entorno urbano
Fuente: Elaboración propia

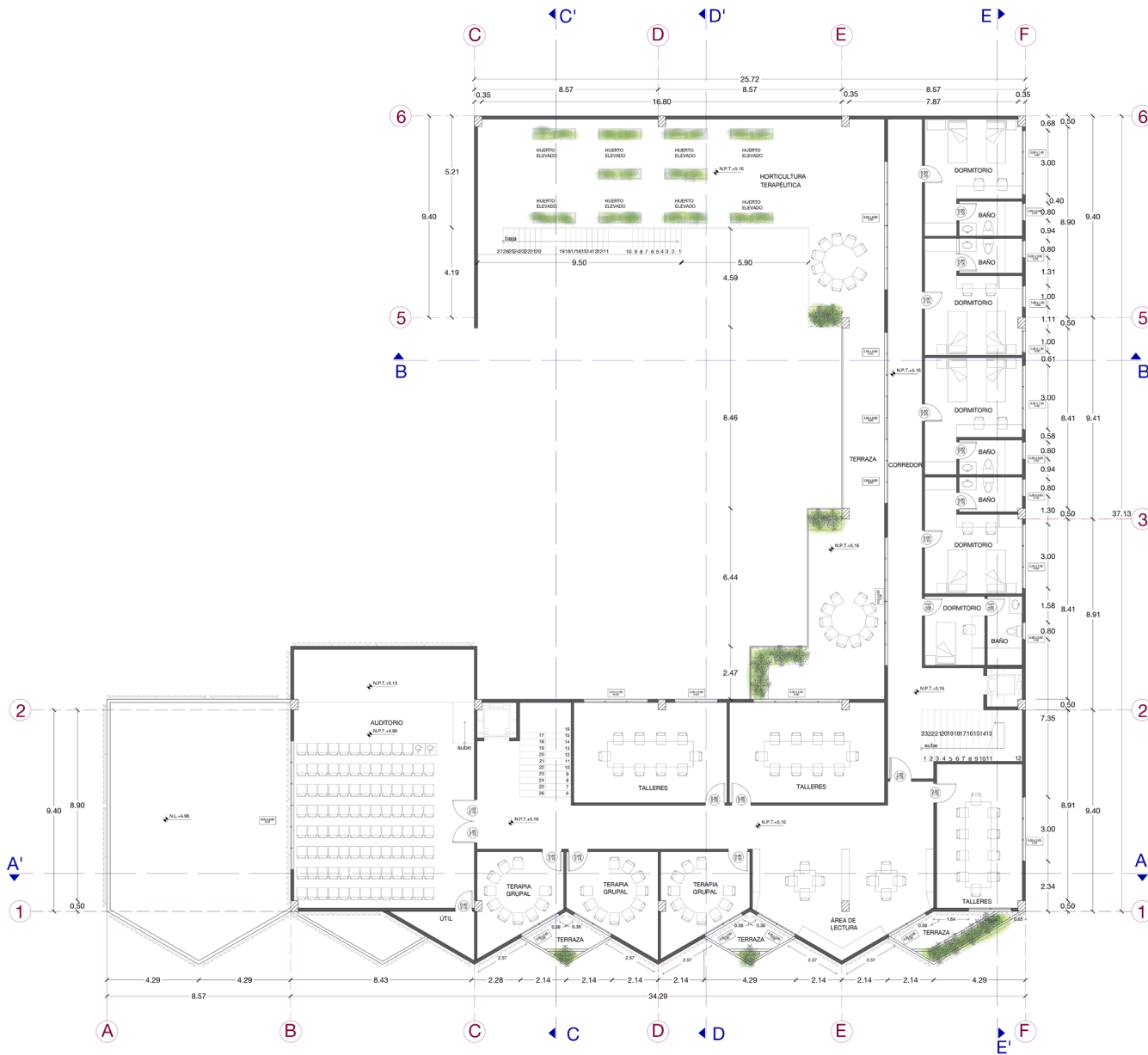


Ilustración No. 20: Planta Primer piso
Fuente: Elaboración propia



Ilustración No. 22: Elevación frontal
Fuente: Elaboración propia

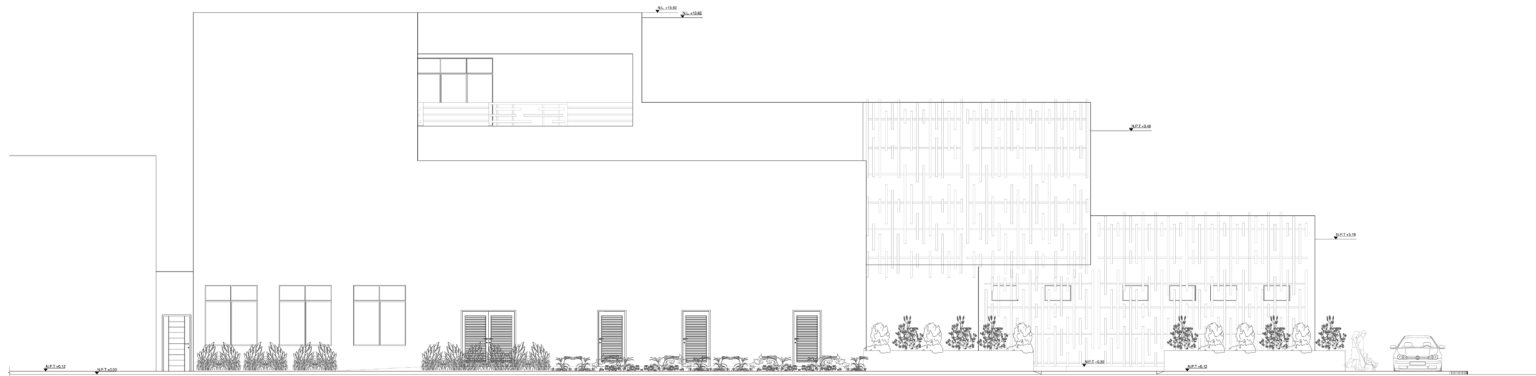


Ilustración No. 23: Elevación posterior
Fuente: Elaboración propia

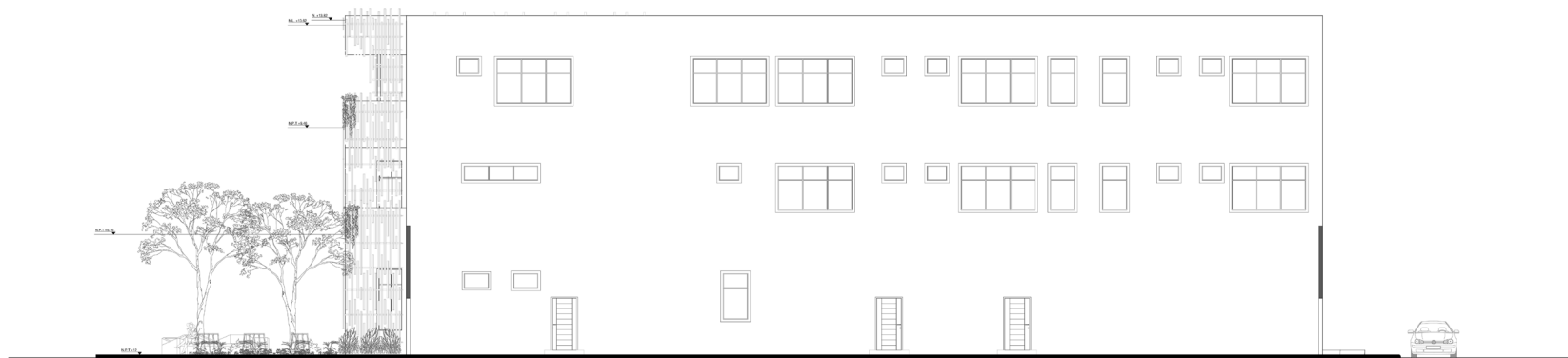


Ilustración No. 24: Elevación lateral derecha
Fuente: Elaboración propia

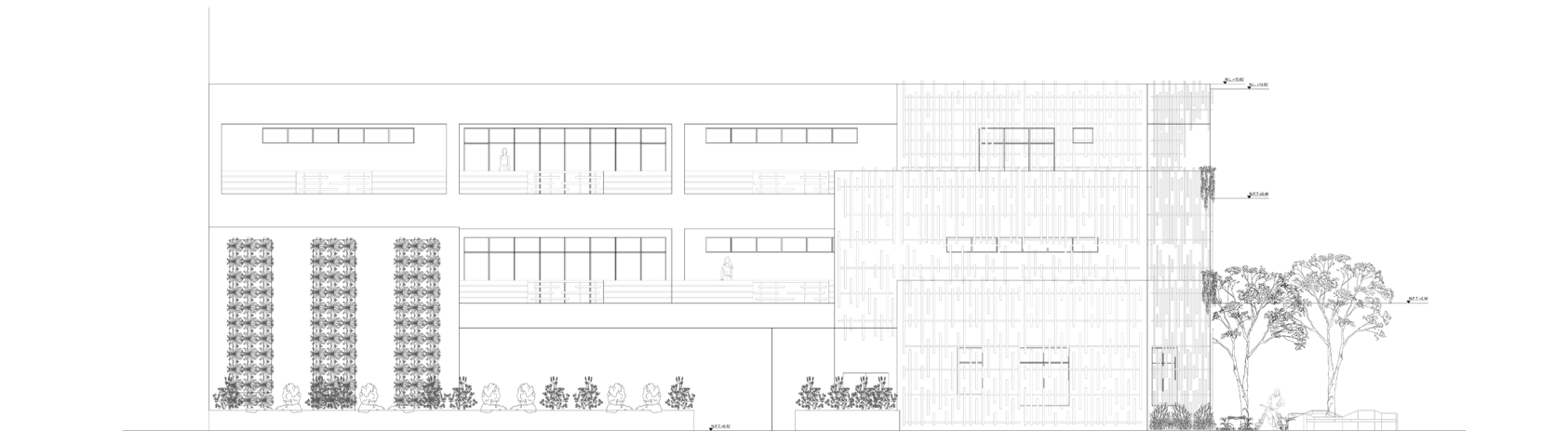


Ilustración No. 25: Elevación lateral izquierda
Fuente: Elaboración propia

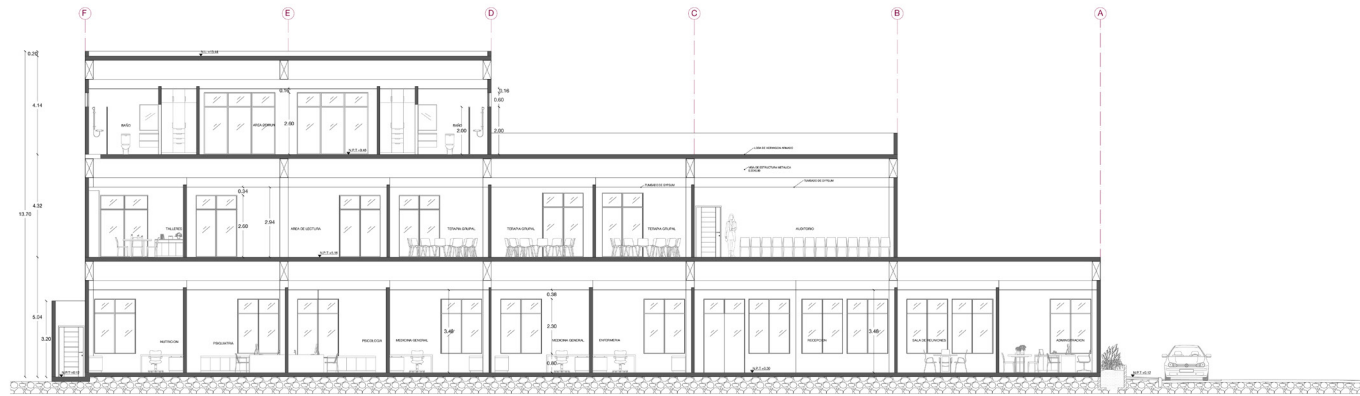


Ilustración No. 26: Sección A-A
Fuente: Elaboración propia

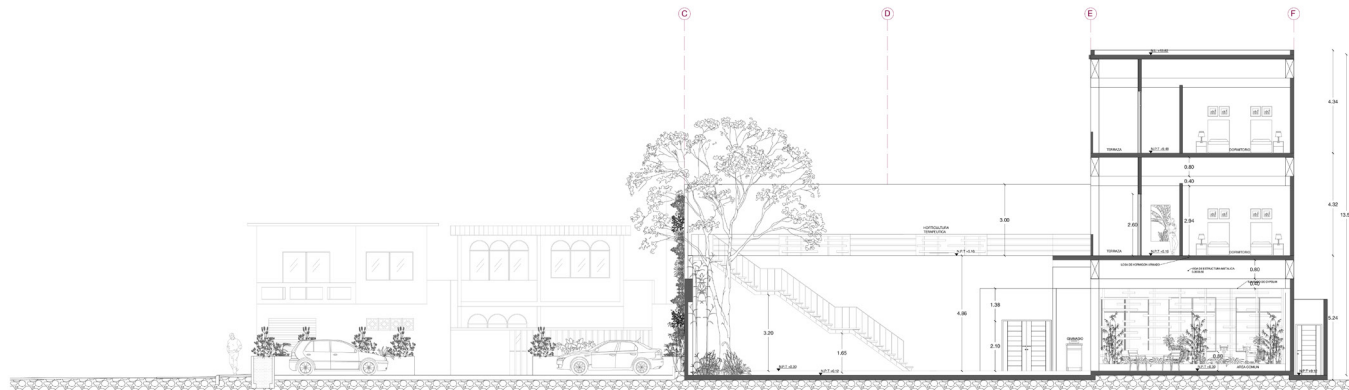


Ilustración No. 27: Sección B-B
Fuente: Elaboración propia

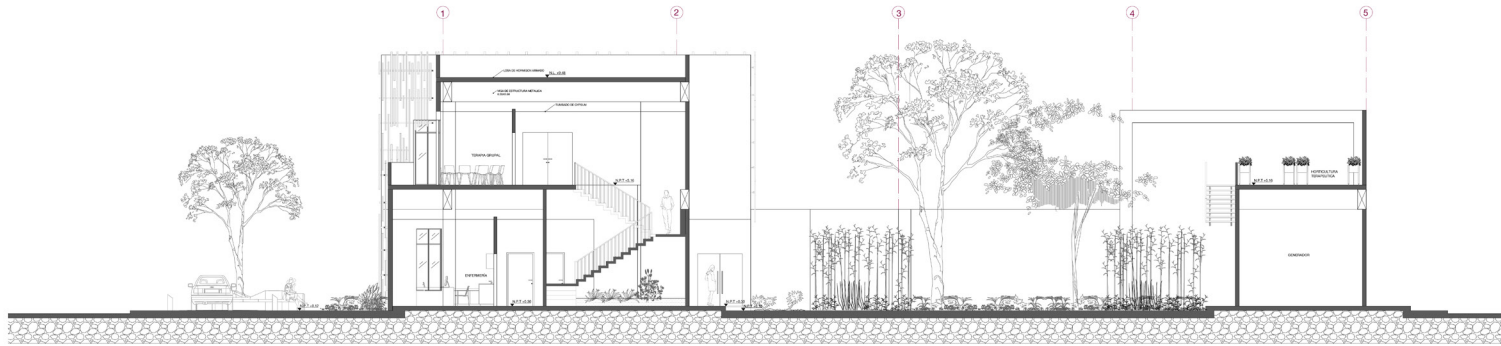


Ilustración No. 28: Sección C-C
Fuente: Elaboración propia



Ilustración No. 29: Sección D-D
Fuente: Elaboración propia

6.9. RENDERS



Imagen No. 56. Vista hacia el ingreso principal
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 57. Vista hacia el ingreso principal
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 58. Vista hacia el ingreso desde parques
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 59. Vista hacia el área de horticultura
terapéutica
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 60. Dormitorio Doble
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 61. Dormitorio Doble
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 62. Consultorio
Fuente: Elaboración Propia



Imagen No. 63. Consultorio
Fuente: Elaboración Propia

6.10. PRESUPUESTO REFERENCIAL

ÁREA DEL TERRENO: 2287.50 m²

ÁREA DE CONSTRUCCIÓN: 2073.77 m²

CÓDIGO	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	I.- PRELIMINARES- INSTALACIONES DE OBRAS				
1.1	Caseta de guardián y bodega	m2	12	44.36	532.36
1.2	Instalación provisional eléctrica	gbl	1	165.95	165.95
1.3	Instalación provisional de agua	gbl	1	58.40	58.40
1.4	Limpieza de terreno	m2	2287.5	0.72	1655.46
1.5	Trazado y replanteo	m2	1194.83	1.42	1690.92
	II.- OBRAS DE SEGURIDAD				
	Cerramiento perimetral	ml	6708.65	37.20	6708.65
	III.- EXCAVACION Y RELLENO				
3.1	Excavación cimientos h=1,50	m3	83	10.21	847.05
3.2	Relleno compactado h=1,20	m3	1805.02	24.39	1805.02
	IV.- CIMENTACIÓN				
4.1	Replanteo (e=0,05 cm)	m2	588	9.53	5601.05
4.2	Plintos	m2	10.5	470.44	4939.62
4.3	Riostras	m3	120.95	700.27	84697.66
5.1	Contrapiso hormigón simple e=0,08	m2	1519.65	13.30	20209.83

Tabla No. 4: Presupuesto referencial
Fuente: Elaboración Propia

CÓDIGO	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	V.-ESTRUCTURAS				
5.1	Columnas metálicas	kg	16088.80	2.30	37004.24
5.2	Vigas metálicas	kg	50876.6	2.30	117016.18
5.3	Losa	m3	345.23	625.00	215768.75
5.4	Escalera	m3	5.32	590.99	3144.07
	VI.- MAMPOSTERÍA				
6.1	Paredes bloque liviano concreto 9x19x39	m2	1349.27	20.56	27743.69
6.2	Paredes bloque pesado de concreto 14x19x39	m2	2498.24	27.14	67802.23
6.3	Jardineras	m2	57	58.17	3315.69
6.4	Losa de mesón	ml	79.37	84.12	6676.38
6.5	Lavarropa H.A.	unidad	1	260.67	260.67
	VII.- ENLUCIDOS				
7.1	Exteriores	m2	2317	23.67	54838.99
7.2	Interiores	m2	4385.32	15.43	67644.88
7.3	Pisos	m2	1757.46	14.60	25658.92
7.4	Losas	m2	1888.72	10.49	19812.67
7.5	Jardinera	m2	79.37	18.69	1483.43
7.6	Interiores	m2	75.34	19.45	1465.36

Tabla No. 4: Presupuesto referencial
Fuente: Elaboración Propia

CÓDIGO	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	VIII.-REVESTIMIENTOS				
8.1	Cerámica en pared de baños	m2	395.73	37.50	14839.88
8.2	Cerámica Cocina	m2	4.55	23.99	109.15
8.3	Porcelanato 60x60	m2	745.29	52.49	39120.27
8.4	Porcelanato 30x60cm	m2	129.34	17.25	2231.12
8.5	Porcelanato 19x60cm	m2	372.34	28.57	10637.75
8.6	Porcelanato 19x120cm	m2	185.67	33.26	6175.38
8.7	Cerámica 40x40 cm	m2	419.46	24.25	10171.57
8.8	Piso cemento alisado	m2	325.56	215.00	69995.40
8.6	Piso Escalera	m2	75.34	55.00	4143.70
8.7	Piedra Natural 10x30 cm	m2	125.24	18.57	2325.71
8.8	Piedra Natural 30x60 cm	m2	197.86	22.03	4358.86
	IX.-PINTURAS				
9.1	Exterior	m2	2425.4	6.43	15591.93
9.2	Interior	m2	4385.32	6.11	26791.67
	X.-TUMBADOS				
10.1	Tumbado de Gypsum	m2	1985.75	20.02	39754.72
	XI.-ALUMINIO Y VIDRIO				
11.1	Puerta de vidrio templado 1.00x2.10	unidad	6	280.00	1680.00
11.2	Puerta metálica 1.00x2.10	unidad	9	130.00	1170.00
11.3	Ventana Al/Vidrio	m2	337	93.90	31644.30

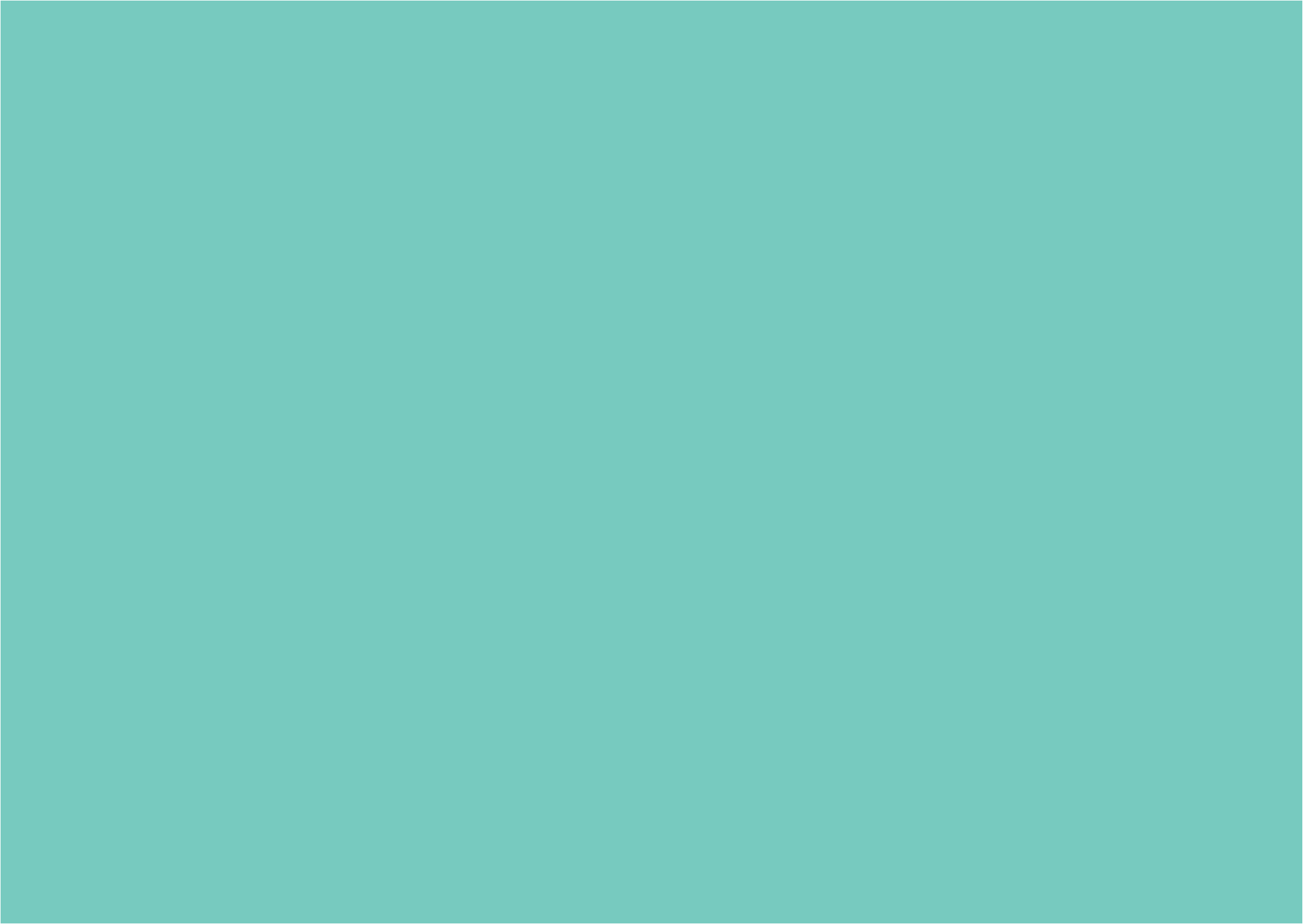
Tabla No. 4: Presupuesto referencial
Fuente: Elaboración Propia

CÓDIGO	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	XII.- CARPINTERIA DE MADERA				
12.1	Puertas interiores alistonadas	unidad	58	142.50	8265.00
12.2	Cerraduras para puertas interiores	unidad	58	64.59	3746.22
	XII.-INSTALACION ELECTRICA				
13.1	Acometida	ml	35	205.93	7207.46
13.2	Panel de medidor	gbl	1	279.52	279.52
13.3	Panel de distribución	gbl	2	760.14	1520.28
13.4	Puntos de luz	unidad	230	65.48	15059.39
13.5	Tomacorrientes 110V	unidad	112	67.14	7520.20
13.6	Tomacorrientes 220 V	unidad	15	88.79	1331.81
13.7	Punto de teléfono	unidad	13	58.50	760.50
13.8	Tomacorriente polarizado refrigerador	unidad	1	58.10	58.10
13.9	Tomacorriente cocina	unidad	1	74.45	74.45
	XIII.- INSTALACION SANITARIA				
14.1	Acometida de AAPP- Medidor	ml	37	25.00	925.00v
14.2	Punto de agua fría	pto	25	58.47	1461.84
14.3	Punto de agua caliente	pto	11	67.45	741.92

Tabla No. 4: Presupuesto referencial
Fuente: Elaboración Propia

CÓDIGO	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
14.4	Cajas de registro	unidad	25	352.63	8815.73
14.5	Tubería AASS PVC 2"	ml	220.50	49.90	11002.95
14.6	Tubería AASS PVC 4"	ml	85.68	58.89	5045.70
14.7	Bomba	unidad	2.00	700.00	1400.00
	XIV.- PIEZAS SANITARIAS				
15.1	Lavatorio	unidad	20	111.67	2233.34
15.2	Inodoro	unidad	20	141.79	2835.87
	XIV.- VARIOS				
16.1	Impermeabilización de losa de cubierta	m2	533.26	12.00	6399.12
16.2	Louvers	m2	185.24	325.00	60203.00
16.3	Tierra vegetal para jardín	m3	359.2	24.00	8620.80
16.4	Desalojo	viaje	2	44.76	89.52
	TOTAL				1214887.22

COSTO POR M²: \$585.84



The bottom of the page features two overlapping teal geometric shapes. The left shape is a large triangle pointing upwards, and the right shape is a smaller triangle pointing downwards, partially overlapping the first one.

7

BIBLIOGRAFÍA

AbdelHay, M., & Dewidar, K. (Mayo de 2016). Effect of Applying Therapeutic Architecture on the healing of drug addicts.

Addiction.com Staff. (5 de Septiembre de 2014). Alcohol Abuse, For Yourself, Helping a Loved One, Painkillers and Opioids, Prescription Drugs, Risk Factors, Stimulants. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de Addiction.com: https://www.addiction.com/wp-content/uploads/2014/09/iStock_000036039358_Full-800x588.jpg

ArchDaily. (15 de Febrero de 2011). Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre / Kuch Stephenson Gibson Malo Architects and Engineer + Montgomery Sisam Architects. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de ArchDaily: <https://www.archdaily.com/109414/sister-margaret-smith-addictions-treatment-centre-montgomery-sisam-architects/>

Archello. (17 de Octubre de 2014). PROYECTO HOMBRE. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Archello: <http://www.archello.com/en/project/proyecto-hombre>

Aripin, S. (2006). Healing architecture: a study on the physical aspects of healing environment in hospital design. 40th Annual Conference of the Architectural Science Association.

Aripin, S. (5- 7 de Noviembre de 2007). Healing Architecture: Daylight in Hospital Design. Malaysia.

Aula Apícola. (2015). Recuperado el Marzo de 2018, de <http://www.aulaapicolahoyo.com/insectos-sociales/>

Barbosa Seguinot, J. (2012). Geografía médica y de la salud: Conceptos, paradigmas y visiones en el contexto del cambio climático. Revista Geográfica Digital.

Basson, J. (2014). Adaptive Healing Exploring therapeutic architecture and the integration of addiction rehabilitation into the Cape Falts, Mitchells Plain. Cape Town.

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Llorente del Pozo, J., . . . Villanueva Blasco, V. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona, España: Socidrogalcohol.

Bernal , C. (2010). Metodología de la investigación. Bogotá: Pearson Educación Colombia.

Bosch, S., Cama, R., Edelstein, E., & Malkin, J. (2012). The Application of Color in HealthCare Settings. Concord: The Center for Health Design.

Brent Tofle, R., Schwarz, B., Yoon, S.-Y., & Max- Royale, A. (2003). Color In Healthcare Environments - A Research Report. San Francisco,

California, Estados Unidos: Coalition for Health.

Burnip, L. (16 de Marzo de 2015). Ilford homeless centre is a place where people can change. Ilford Recorder.

Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Galindo Lara, G., & Valilla Gigante, S. (2010). Recuperado el 17 de Diciembre de 2017, de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EX-POST-FACTO_Trabajo.pdf

CAPLAB. (2008). Manual para la prevención del consumo de drogas. AVANFIT.

Caudevilla Gállico, F. (25 de Mayo de 2016). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Segovia.

Census Information Scheme. (2011). 2011 Census Ward Population Estimates.

Climate-Data. (2017). Clima: Ilford. Recuperado el 5 de Diciembre de 2017, de <https://es.climate-data.org/location/47937/>

Climate-data.org. (s.f.). Clima: Majadahonda. Obtenido de Climate-data.org: <https://es.climate-data.org/location/26230/>

Comas Arnau, D. (2010). La comunidad terapéutica: una [erspectiva metodológica. En F. Atenea, La metodología de la comunidad terapéutica.

Comisión Interamericana par el Control del Abuso de Drogas. (2015). Informe sobre uso de Drogas en las Américas. Washington, Estados Unidos: OAS Documentos Oficiales.

Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas- CONSEP. (2008). Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Quito, Ecuador: CONSEP.

Corporation of the City of Thunder Bay. (2017). About Thunder Bay. Obtenido de City of Thunder Bay: http://www.thunderbay.ca/Living/About_Thunder_Bay.htm

Davies, R., & Stephenson, J. (2 de Abril de 2013). Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre - Sustainable design improves the healing process. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de Sab Magazine.

del Moral, M. M., & Fernández, P. L. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. Drogodependencias.

Drug-Rehab.ca. (2017). Drug and Alcohol Treatment Services in Thunder Bay. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de Drug-Rehab.ca: <http://www.drug-rehab.ca/drug-and-alcohol-treatment-services-in-thunder-bay.html>

Eijkelenboom, A., Verbeek, H., Felix, E., & van Hoof, J. (2017). Architectural factors influencing the sense of home: An operationalization for practice. *Frontiers of Architectural Research*.

El pensante. (2017). La investigación de campo. Recuperado el 17 de Diciembre de 2017, de El pensante: <https://educacion.elpensante.com/la-investigacion-de-campo/>

El Telégrafo. (5 de Octubre de 2014). Costos de internación por drogas van desde \$ 300. *El Telégrafo*.

El Universo. (5 de Octubre de 2014). El drama más duro de la droga: acceder a atención. *El Universo*.

El Universo. (19 de Julio de 2017). 30 plazas más en Guayaquil para tratar adicciones. *El Universo*.

ePodunk. (2007). Thunder Bay. Recuperado el 19 de Diciembre de 2017, de ePodunk: <http://ca.epodunk.com/profiles/ontario/thunder-bay/2002806.html#local-map>

Evidence Based Design Journal. (21 de Julio de 2014). Mythbusting: Colour Therapy What if nearly everything you thought you knew about the use of colour was wrong? *Evidence Based Design Journal*.

FORM Architecture Engineering. (2017). SJCG SISTER MARGARET SMITH CENTRE, LEED® GOLD CERTIFIED. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de FORM Architecture Engineering: <http://www.formarchitecture.ca/projects/sjcg-sister-margaret-smith-centre>

Frearson, A. (27 de Febrero de 2012). Redbridge Welcome Centre by Peter Barber Architects. Recuperado el 05 de Diciembre de 2017, de Dezeen Magazine: <https://www.dezeen.com/2012/02/27/redbridge-welcome-centre-by-peter-barber-architects/>

Fundación Amancio Ortega. (2017). Galería.

Fundación Monte do Gozo. (2007). Quen somos. Obtenido de Proyecto Hombre Galicia: <http://proxectohome.org/es/presentacion.asp>

Fundación Recal. (2017). Nuestro Propósito. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Fundación Recal: <https://www.fundacionrecal.org/nuestro-proposito>

Gray Baynes + Shew. (2014). Hillingdon Hospita. Obtenido de Gray Baynes + Shew: https://www.gbsarchitects.co.uk/architecture/healthcare/hillingdon-hospital#.Wu5SmC_MzYM

- Guido-Clark, L. (2011). *The Power of Color in the Healthcare Environment*. Estados Unidos: KI and Furnishing Knowledge.
- Hamilton, K., & Watkins, D. H. (2009). *Evidence-Based Design for Multiple Building Types*. Hoboken, New Jersey, Estados Unidos: John Wiley and Sons, Inc.
- Hassel Studio. (2014). *Future Directions in Design for Mental Health Facilities*. Melbourne, Victoria, Australia: Hassel Limited.
- Healthy Living Projects. (2015). About the Project. Obtenido de Welcome Project: <http://www.hlpltd.org.uk/about-the-project.html>
- Healthy Living Projects. (2015). What we do. Obtenido de Welcome Project: <http://www.hlpltd.org.uk/information-advice-and-guidance.html>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- Holahan, C. (1972). Seating patterns and patient behaviour in an experimental dayroom. *Abnorm Psychol* .
- Horsburgh, R. (Septiembre de 1995). Healing by Design. *New England Journal of Medicine*.
- Huisman, E., Morales, E., van Hoff, J., & Kort, H. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment* 58, 70- 80.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas*. Quito.
- Jiang, S. (29 de Septiembre de 2013). Therapeutic landscapes and healing gardens: A review of Chinese literature in relation to the studies in western countries. *Planning Design and Built Environment*.
- Jiménez, A. (2017). Método Analítico y Sintético. Recuperado el 17 de Diciembre de 2017, de Academia: https://www.academia.edu/16835717/Metodo_analitico_y_sintetico
- Khachatourians, A. (2006). *Therapeutic landscapes: a critical analysis*.
- Kingspan Isoeste. (2017). Sistema de Cubierta TPO. Recuperado el Noviembre 3 de 2017, de Kingspan Isoeste: http://www.isoeste.com.br/portfolio_item/sistema-de-cubierta-tpo/?lang=es
- Llorente del Pozo, J. M., & Fernández Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*.
- Madrid Salud. (22 de Junio de 2016). Conocer permite actuar (X). Drogas alucinógenas: LSD, mescalina, psilocibina. Recuperado el

8 de Octubre de 2017, de Madrid Salud: <http://madridsalud.es/conocer-permite-actuar-x-drogas-alucinogenas-lsd-mescalina-psilocibina/>

Mas-Baga, M. (2006). La REBT en una comunidad terapéutica: REBTC. Revista Toxicomanías(47).

Medina, F. (14 de Septiembre de 2015). El Tratamiento para dejar las drogas es costoso. El Comercio.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Montgomery Sisam Architects Inc. (2010). Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre. Recuperado el 22 de Octubre de 2017, de Montgomery Sisam: <http://www.montgomerysisam.com/projects/sister-margaret-smith-addictions-treatment-centre>

Moreno, L. (8 de Junio de 2004). Estudio de algunos colores. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Desarrollo Web: <https://desarrolloweb.com/articulos/1527.php>

Mulé, C. (2015). Jardines Terapéuticos. Revista Consensus.

National Institute on Drug Abuse. (Julio de 2010). ¿En qué consiste el tratamiento para la drogadicción? Recuperado el 9 de Septiembre de 2017, de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/en-que-consiste-el-tratamiento-para-la-dro>

National Institute on Drug Abuse. (Diciembre de 2012). Los depresores del SNC. Recuperado el 8 de Octubre de 2017, de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/los-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/los-depresores-del-snc>

Observatorio Social del Ecuador. (2016). Niñez y Adolescencia desde la intergeneracionalidad. Quito.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016. Lima, Peru: Mix Negociaciones S.A.C.

Organización de Estados Americanos. (2013). El Problema de drogas en las Americas: Estudios. Washington.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid, España: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ortega, J. (2014). El único centro público para tratar la adicción a la droga está al límite . El Comercio.

Pantone. (2017). Color Psychology: How does color affect us? Recuperado el 5 de Noviembre de 2017, de Pantone: <https://www.pantone.com/color-psychology-how-does-color-affect-us>

Pascual Simón, J. R., & Fernández Rodríguez, B. L. (2002). Consideraciones generales sobre drogas de abuso. Medisan.

Pedraz, A. (10 de Mayo de 2015). Revisión Bibliográfica.

Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vázquez, A., & González, L. (2015). Entrevista.

Peña Fuciños, I. (25 de Octubre de 2011). Terapia Hortícola-Horticultura Educativa Social y Terapéutica. Revista Autonomía Personal.

Peter Barber Architects. (2016). RedBridge Welcome Centre. Recuperado el 05 de Diciembre de 2017, de Peter Barber Architects: <http://www.peterbarberarchitects.com/redbridge-welcome-centre/>

Plataforma Arquitectura. (24 de Septiembre de 2014). Proyecto Hombre / Elsa Urquijo Arquitectos" [Proyecto Hombre / Elsa Urquijo Arquitectos. Recuperado el 4 de Noviembre de 2017, de Plataforma Arquitectura: <https://www.plataformaarquitectura.cl/cl/627592/proyecto-hombre-elsa-urquijo-arquitectos>

Pons Diez, X. (2006). Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas. Alicante.

Pons Diez, X. (2007). Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas. Alicante: Editorial Club Universitario.

Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. POLIS, 4.

Portage. (2018). Therapeutic Community. Obtenido de Portage: https://portage.ca/wp-content/uploads/bb-plugin/cache/img_9214-1024x683-panorama.jpg

Prado, F. C., Valenzuela, S., & Vidal García, G. I. (2015). Adicciones: ¿delincuencia o enfermedad? Una mirada sociológica sobre la problemática. Revista de Ciencias Sociales y Humanas.

Proyecto Hombre. (2017). Qué es Proyecto Hombre. Recuperado el 04 de Noviembre de 2017, de Proyecto Hombre: <http://proyctohombre.es/proyecto-hombre/>

Santiago Turismo . (2017). Población. Recuperado el Diciembre 5 de 2017, de Santiago Turismo: <http://www.santiagoturismo.com/info-xeral/poboacion>

St. Joseph's Care Group . (2017). About St. Joseph's Care Group. Recuperado el 03 de Noviembre de 2017, de St. Joseph's Care

Group: <http://www.sjcg.net/aboutus/main.aspx>

St. Joseph's Care Group. (12 de Diciembre de 2016). Photo Album. Recuperado el 5 de Diciembre de 2017, de St. Joseph's Care Group: <http://www.sjcg.net/aboutus/photo-video-album/main.aspx>

St. Joseph's Care Group. (2017). Model of Client-Centred Care. Recuperado el 3 de Noviembre de 2017, de St. Joseph's Care Group: <http://www.sjcg.net/aboutus/client-centred-care.aspx>

Strong, D. (22 de Mayo de 2017). Daylight Benefits in Healthcare buildings. Design Buildings.

Succulent Avenue. (2015). La horticultura terapéutica puede aumentar la sensación de bienestar y autoestima. Recuperado el 18 de Diciembre de 2017, de Succulent Avenue: <https://succulentavenue.com/horticultura-terapeutica-bienestar-autoestima/>

TbNewsWatch.com Staff. (21 de Julio de 2015). Beautiful example of caring and contributions to Northwest, Sister Margaret Smith dies at 93. Thunder Bay News Watch.

Therapeutic Landscapes Network. (11 de Septiembre de 2016). What is a Healing Garden? Recuperado el 10 de Abril de 2018, de Therapeutic Landscapes Network: <http://www.healinglandscapes.org/blog/tag/healing-gardens/>

This New Treatment Center Wants To Revolutionize Addiction Rehab. (22 de Septiembre de 2017). Obtenido de Fast Company: <https://www.fastcompany.com/40470483/this-new-treatment-center-wants-to-revolutionize-addiction-rehab>

Ticleanu, C., King, S., Littlefair, P., Howlett, G., & BRE. (7 de Agosto de 2015). Lighting and health. BREPress.

Time and Date AS. (2017). Annual Weather Averages Near Guayaquil. Recuperado el 12 de Diciembre de 2017, de Time and Date AS: <https://www.timeanddate.com/weather/ecuador/guayaquil/climate>

Time and Date AS. (2017). Guayaquil, Ecuador — Sunrise, Sunset, and Daylength, December 2017. Recuperado el 12 de Diciembre de 2017, de Time and Date AS: <https://www.timeanddate.com/sun/ecuador/guayaquil>

Trust Housing Association. (2011). Daylight Sapces. North Lanarkshire, Reino Unido: Trust Housing Association.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). Global Overview of Drug and Supply. En U. N. Crime, World Drug Report 2017. Viena: United Nations publication.

Universidad de Jaén. (2017). La Entrevista en investigación cualitativa. Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de Universidad de Jaén:

http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_entrevista.pdf

Universidad Nacional de Educación a Distancia. (2 de Febrero de 2010). Tipos de Drogas. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de Universidad Nacional de Educación a Distancia: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/Educacion-Vial/efecto-de-alcohol-las-drogas-y-otras-sustancias-en-la-conduccion/cap3>

UO Solar Radiation Monitoring Laboratory. (2008). Polar sun path chart program. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de University of Oregon Solar Radiation Monitoring Laboratory: <http://solardat.uoregon.edu/PolarSunChartProgram.html>

Yinming Lee, C. (2015). Healing Spaces. Wellington, Wellington, Nueva Zelanda.

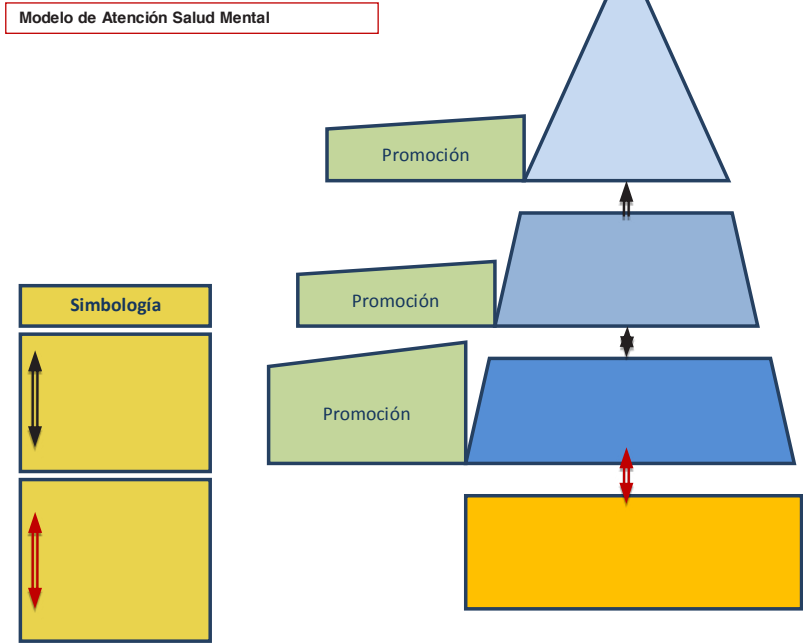


8
ANEXOS

- Coordinación con los actores de la red de salud mental comunitaria tendientes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio, así como coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios y con otras instituciones
- Grupos terapéuticos, grupos de autoayuda profesionalizados
- Estrategias de integración social: individual, laboral, educativa, cultural y familiar
- Trabajo en Asambleas para discusión de temas institucionales con los usuarios y profesionales.

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental

Gráfico 3: Modelo de Atención de Salud Mental



4.3 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

4.3.1 Niveles de Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud. Modalidades de atención. Talento humano.

Cuadro 16. Tipología de servicios de salud mental por nivel de complejidad

Niveles de atención	Categoría de Establecimientos de Salud	Nombre
Primer nivel de atención	2do nivel	Consultorio psicológico
	3er nivel	Centros Tipo A (apoyo de psicología)
	4to nivel	Centros Tipo B (atención psicológica)
	5to nivel	Centros Tipo C (Servicio de psicología y psicorehabilitación de base comunitaria)
	5to nivel	Centro de Atención Psicosocial CAPS
Segundo nivel de atención	UM	Unidad móvil (atención psicológica)
	1er nivel	Consultorio de especialidad (psiquiatría)
	2do nivel	Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD)
Tercer nivel de atención	3er y 4to nivel	Unidad de salud Mental en Hospital general y básico
		Centro especializado en salud mental/psiquiatría
	2do nivel	Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) Hospital psiquiátrico

Fuente: MAIS-FCI
Elaborado por: Equipo de Salud Mental

4.3.1.1 Servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Cuadro 17. Primer Nivel de Atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	horario
Consultorio psicológico	Menos de 2.000	Presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento de psicología. Puede ser público o privado	8 horas
Centros Tipo A (apoyo de psicología)	De 2.000 a 10.000	Se dan primeras contenciones psicológicas; y se identifican casos por parte de todo el personal de salud. Se derivan y/o refieren casos que requieran atención especializada. Se realizan acciones de promoción de la salud	8 horas

89

		y prevención primaria (detección precoz)	
Centros Tipo B (atención psicológica)	De 10.000 a 50.000	Presta servicios de promoción, prevención, recuperación y psicorehabilitación. Promueve acciones de salud pública y participación social. Atiende referencia y contrarreferencias. El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL).	12 horas
Centros Tipo C	De 50.000 a 200.000	Potencia acciones de promoción y prevención primaria con la población, en base a recursos presentes en la comunidad, con participación social y comunitaria (a través del arte, la cultura, el deporte), y trabajo interinstitucional e intersectorial. Además brinda atención en recuperación y psicorehabilitación, a través de los servicios de psicología Clínica, psicología infantil y psicorehabilitación, trabajadora social. Dispone de Servicios de psicorehabilitación. Atiende referencias y contrarreferencias El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL). Servirá como apoyo técnico para los profesionales de APS en los servicios de SM en centros de salud tipo A y B, con la figura de supervisión para mejorar capacidad técnica y facilitar sistema de referencia y contrarreferencia)	24 horas
Centro de Atención Psico Social – CAPS	Hasta 50.000	Atención ambulatoria de trastornos crónicos y agudos. Servicios de salud abiertos y comunitarios; que ofrecen atención diaria en psiquiatría, psicología, enfermería, medicina general, trabajo social, terapia ocupacional. Servicio de emergencia en salud mental. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intra y extramural.	8 horas – 24 horas
Unidad móvil (atención psicológica)		Tendrá servicios móviles de promoción de la salud mental y prevención, recuperación y rehabilitación, respondiendo a una programación periódica.	

Fuente: MAIS 2013
Elaborado por: equipo Salud Mental MSP 2013

4.3.1.2 Servicios de Salud Mental en el Segundo Nivel de Atención

De acuerdo al MAIS (MSP, 2012) este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de

90

Atención; por lo que en salud mental se crean nuevos servicios que responden a los casos referidos de las unidades de este nivel. En este sentido se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, como son:

Cuadro 18. Segundo Nivel de Atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	Horario
Consultorio de especialidad (psiquiatría)		Atención ambulatoria de la especialidad de Psiquiatría. Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente aprobados de acuerdo a la especialidad. Puede ser público o privado	8 horas
Unidad de salud Mental en Hospital General y Básico	50.000 a 100.000	Evaluación médico-psicológica y social; Atención a personas con casos agudos de abusos de sustancias; episodios psicóticos; trastornos emocionales graves; derivados de CAPS, CR; referidos de unidades de primer nivel. Servicio de emergencia. Internación de corta estancia. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente	24 horas
Centros Ambulatorios para el Tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD)	Hasta 100.000	El CATAD es un establecimiento que funciona en el segundo nivel de atención para brindar servicios especializados a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, que cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. Es un establecimiento de referencia zonal. Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo.	12 horas

Fuente: MAIS 2013
Elaborado por: equipo Salud Mental MSP 2013

4.3.1.3 Servicios de Salud Mental en el Tercer Nivel de Atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad (MSP, 2012). En salud mental, los hospitales especializados (psiquiátricos) y los hospitales de especialidades deberán cubrir la demanda en el tercer nivel, cuando no se haya podido resolverla en los niveles de menor complejidad. En el tercer nivel, el trabajo es de compensación de crisis agudas solamente, buscando evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos. Una vez alcanzada la estabilidad, deberán retornar a su núcleo familiar o social, donde se garantizará que los usuarios dados de alta de este nivel, tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera; y se incluyen los siguientes:

Cuadro 19. Tercer Nivel de Atención

Tipo de establecimiento	Población asignada	Caracterización y servicios que presta	Horario
Centro/Unidad especializada de Psiquiatría		Servicio de salud con o sin hospitalización, bajo la responsabilidad de un médico especialista o sub-especialista. Presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en psiquiatría; presta servicios también de psicología, terapia ocupacional. Cuenta con un stock de medicamentos e insumos de acuerdo a su especialidad. Realiza actividades de promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente.	24 horas
Centro Especializado para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas	Hasta 2000000	La CETAD es un establecimiento que funciona en el tercer nivel de atención para brindar servicios especializados al consumo problemático de alcohol y otras drogas. Cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. Los servicios que ofrece son: Desintoxicación no hospitalaria, Abordaje psicológico, médico, psiquiátrico, terapia ocupacional, odontológica, vivencial, ocupacional, familiar. Integración social. Programa de reducción de riesgos y daños.	24 horas

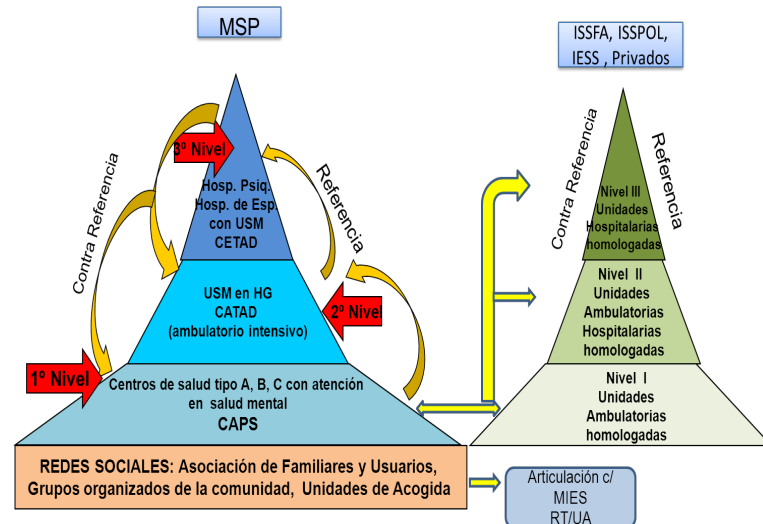
Hospital Psiquiátrico	Hasta 150.000	Establecimiento de salud de la más alta complejidad. Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en especialidades y subespecialidades como: Psiquiatría, Psiquiatría pediátrica, neuropsiquiatría. Destinado a brindar atención clínico – quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrarreferencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado	24 horas
------------------------------	---------------	---	----------

Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental - MSP 2013

4.3.2 Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria

Gráfico 4. Red Pública Integral de Salud y Complementaria



Fuente: MAIS 2013

Elaborado por: Equipo técnico de la Comisión de Salud Mental

La atención de salud mental se da en el sistema operativo de atención de la Red de servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), que abarca los tres niveles de Atención:

- a) Primer Nivel de Atención conformado por centros de salud tipos A, B y C; y Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
- b) Segundo Nivel de Atención, conformado por hospitales básicos, hospitales generales a través de la Unidad de Salud Mental (USM) que contará con un servicio de desintoxicación de acuerdo a las necesidades y al perfil epidemiológico; Centros ambulatorios especializados en consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- c) Tercer Nivel de Atención conformado por hospitales especializados, hospitales de especialidades, Hospital psiquiátrico, y Comunidades terapéuticas para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

El Sistema operativo de atención de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de las instituciones de salud del sector privado, está conformado por los tres niveles de Atención de cada una de las instituciones que lo conforman: Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas (ISSFA.), Policía (ISSPOL) y sector privado.

El proceso para la referencia y contrarreferencia de los Servicios de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud se desarrolla de la siguiente manera:

1. La referencia o traslado del usuario desde una unidad de menor complejidad, que, al no tener la capacidad resolutive, lo envía a otra de mayor complejidad para que se resuelva la atención en un proceso continuo, integrado e integral.
2. En casos de emergencia y/o de acuerdo a la valoración clínica de usuarios se puede determinar el traslado directo a unidades de segundo nivel o de máxima complejidad en el tercer nivel de atención.
3. En el caso de que la unidad de salud no disponga de los recursos tecnológicos o profesionales que atiendan a la persona con su problema de salud, se procede a la transferencia o traslado del usuario a otra unidad de la misma capacidad resolutive.

Cuando estos procesos de traslado se dan de una institución a otra (pública-pública o pública-privada) es necesario hacerlo a través de un convenio inter-institucional que determine los requisitos, formas y otras condiciones de atención, con el formulario de referencia-contrarreferencia, con la figura de compra de servicios.

ANEXO # 4
ORDENANZA SUSTITUTIVA DE EDIFICACIONES Y CONSTRUCCIONES DEL CANTON GUAYAQUIL
NORMAS DE EDIFICACION

ZONA	CONDICIONES DE ORDENAMIENTO						CONDICIONES DE EDIFICACION							ESTACIONAMIENTO # DE PLAZAS				
	CON LINEA DE LINDERO						CARACTERISTICAS DEL LOTE		DENSIDAD META	INTENSIDAD DE LA EDIFICACION		ALTURA SEQUIV. FRENTE LOTE			RETIROS			
	C/Superior	S/Superior	Alzado	Adosado	Continuo	Otros	Area	Frente		COB	CLB	Altura	Fronal		Lateral	Posterior		
ZMR-1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	mas de 800 m ²	12-18 m.	280	0.7	1.3	10 mts	0.1	0.1	3 m.	Para usos no residenciales ver las Normas de Estacionamiento, Anexo 5		
ZMR-2	SI	SI	SI	SI	SI	200-800 m ²	8-10 m.	280	0.8	1.8	1.0	---	---	---				
ZMR-3	SI	SI	SI	SI	SI	10-200 m ²	8-10 m.	1300	0.7	2.0	1.0	---	---	---				
ZMR-4	SI	SI	SI	SI	SI	mas de 800 m ²	10-12 m.	1300	0.7	3.2	1.0	---	---	---				

Los separales tendrán un ancho de 3 mts., su altura fluctuara entre 3 y 4 mts.
 (*) Esta normativa es aplicable tanto para las zonas ZMR y ZMR-NC.

ZONA	CONDICIONES DE ORDENAMIENTO						CONDICIONES DE EDIFICACION							ESTACIONAMIENTO # DE PLAZAS				
	CON LINEA DE LINDERO						CARACTERISTICAS DEL LOTE		DENSIDAD META	INTENSIDAD DE LA EDIFICACION		ALTURA SEQUIV. FRENTE LOTE			RETIROS			
	C/Superior	S/Superior	Alzado	Adosado	Continuo	Otros	Area	Frente		COB	CLB	Altura	Fronal		Lateral	Posterior		
CC-1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	340-380 m ²	10-16 m.	800	0.70	1.3	0.75	V	---	1.20	0.15	1 por vivienda.	
CC-2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	80-180 m ²	8-10 m.	800	0.80	2.5	1.00	V	---	1.00	0.15	Para usos no residenciales ver las Normas de Estacionamiento, Anexo 5	
CC-3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	15-100 m ²	8-12 m.	1,200	0.85	2.0	1.00	V	---	1.20	0.15	Para excepción a edificación de parques ver Art. 14.7.	
CC-4	SI	SI	SI	SI	SI	Torre ¹	mas de 1800 m ²	Min. 20 m.	700	0.70	2.5	0.75	V	0.20 en la torre	---	---		
CC-5	SI	SI	SI	SI	SI	SI	menos de 1800 m ²	15-20 m.	700	0.70	1.8	1.00	V	---	0.15	0.15		
CC-6	SI	SI	SI	SI	SI	SI	180-240 m ²	10-18 m.	1,800	0.80	2.5	1.00	V	---	0.15	0.15		
CC-7	SI	SI	SI	SI	SI	SI	80-120 m ²	8-10 m.	1,800	0.80	2.5	1.00	V	---	0.15	0.15		
CC-8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	120-200 m ²	10-12 m.	1,300	0.80	3.2	1.00	V	---	0.15	0.15		
CC-9	SI	SI	SI	SI	SI	SI	380-600 m ²	15-20 m.	870	0.80	4.0	1.00	V	---	1.2	0.15		
CC-10	SI	SI	SI	SI	SI	SI	120-200 m ²	Min. 10 m.	1,300	0.80	3.2	1.20	V	---	1.2	0.15		
CC-11	SI	SI	SI	SI	SI	SI	180-300 m ²	10-12 m.	700	0.80	3.2	1.20	V	---	1.2	0.15		
CC-12	SI	SI	SI	SI	SI	SI	200-250 m ²	12-16 m.	1,800	0.75	3.2	1.20	V	---	1.2	0.15		
CC-13	SI	SI	SI	SI	SI	SI	240-280 m ²	10-12 m.	1,800	0.80	6.0	2.00	---	---	---	0.15		
CC-14	SI	SI	SI	SI	SI	SI	180-240 m ²	10-12 m.	1,900	0.80	4.0	1.50	---	---	0.2 mts en	0.15		
CC-15	SI	SI	SI	SI	SI	Torre ¹	480 m ²	Min. 18 m.	1,800	0.85	6.0	2.00	V	---	---	0.15		
CC-16	SI	SI	SI	SI	SI	SI	240-480 m ²	10-16 m.	1,300	0.85	6.5	1.80	V	---	---	0.14		
CC-VE 2/	SI	SI	SI	SI	SI	Torre	---	20 y más	670	0.80	2.8	0.70	---	---	---	0.12		
A1 (*)	SI	SI	SI	SI	SI	Torre	---	15-20 m.	670	0.80	2.8	0.80	---	---	---	---	0.1	
B1 (*)	SI	SI	SI	SI	SI	Torre	---	12-16 m.	670	0.80	2.8	1.20	---	---	---	---	0.1	
B2 (*)	SI	SI	SI	SI	SI	Torre	---	12-16 m.	670	0.80	2.8	1.20	---	---	---	---	0.1	

En predios del Corredor Comercial a la Av. J. Pérez Concha, se aplicarán normas de la subzona CC-VE.
 1) Torre: La base incluye planta baja y una planta más, las que se ascotan hasta 1 m. de los límites laterales y posteriores; incluye un volado frontal de 1 m. Frontalmente, la torre se alinea con el resto respectivo. Ver Art. 12.4
 2) En aplicación y modificación de la Ordenanza de Edificación y Cambio del Uso del Suelo en lotes con frente a la Av. V.E. Estrada (Circunvalación)
 Sector A= Av. Víctor E. Estrada, desde Av. J. Pérez Concha hasta la Av. Presidente Juan de Dios Martínez Mera
 Sector B1= Av. Víctor E. Estrada, desde Av. Presidentes Juan de Dios Martínez Mera hasta la Av. Guayaquiles
 Sector B2= Av. Víctor E. Estrada, desde la Av. Guayaquiles hasta el puente de la calle Maritona.
 (*) Para solares equineros esta norma será aplicable solo para el frente del corredor comercial, para el otro frente corresponden los retiros y volados aplicables a la subzona del caso.

RETIRO FRONTAL: V= Variable (Ver Art. 14.8, literal a)
 RETIRO LATERAL: (Ver Art. 14.6, literal a)
 RETIRO POSTERIOR: (Ver Art. 14.8, literal b)

[Handwritten signature]

M. I. MUNICIPALIDAD DE GUAYAQUIL

ANEXO 2

ORDENANZA SUSTITUTIVA DE EDIFICACIONES Y CONSTRUCCIONES DEL CANTON GUAYAQUIL

ORDENANZA SUSTITUTIVA DE EDIFICACIONES Y CONSTRUCCIONES DEL CANTON GUAYAQUIL

ANEXO No.5
NORMAS DE ESTACIONAMIENTOS PARA CORREDORES COMERCIALES Y DE SERVICIOS

2/3

USOS	COMPATIBILIDAD E	COMPATIBILIDAD F	COMPATIBILIDAD G	COMPATIBILIDAD H	COMPATIBILIDAD I	CC-VE
INDUSTRIAL:						
Pequeña	---	---	---	1 c/100 m ² de construcción	---	---
Mediana	---	---	---	1 c/100 m ² de construcción, mas 1 c/unidad transp. propio (*)	1 c/100 m ² de construcción, mas 1 c/unidad transp. propio (*)	---
Grande	---	---	---	---	---	---
COMERCIALES:						
Comercio al por Mayor	1 por c/50 m ² de construcción, mas 1 para camión por c/500 m ² de construcción.					
Comercio al Detall:	1 c/25 m ² de área de venta, en locales de hasta 400 m ² ; 1 c/15 m ² de área de venta en locales mayores de 400 m ² , más un espacio para camión por c/400 m ² de bodega a					
Supermercados	1 c/40 m ² de área de venta, en locales de hasta 400 m ² ; 1 c/30 m ² de área de venta en mayores de 400 m ²					
Almacenes por departamentos	1 por c/30 m ² de locales y área de atención al público					
Centros Comerciales	1 por cada 30 m ² de área de atención al público, más 1 c/50 m ² de bodega a instalac. administ.					
Restaurantes	1 cada 15 m ² de local	1 cada 30 m ² de local	1 cada 15 m ² de local	1 cada 15 m ² de local	1 cada 30 m ² de local	1 cada 15 m ² de local
Hoteles	1 c/2 habitaciones	1 c/6 habitaciones	1 c/3 habitaciones	1 c/2 habitaciones	1 c/3 habitaciones	1 c/2 habitaciones
Locales comerciales	1 por cada 30 m ² de área de atención al público, más 1 c/50 m ² de bodega a instalac. administ.					
SERVICIOS COMERCIALES						
Oficinas, Consultorios, Despachos para profesionales	1 c/ofic. de hasta 50 m ² , 1 parqueo adicional por c/50 m ² de excedente	1 c/2 ofic. de hasta 50 m ² , 1 parqueo adicional por c/50 m ² de excedente	1 por c/oficina de hasta 50 m ² , 1 parqueo adicional por c/50 m ² de excedente	1 c/2 ofic. de hasta 50 m ² , 1 parqueo adicional por c/50 m ² de excedente	1 c/2 ofic. de hasta 50 m ² , 1 parqueo adicional por c/50 m ² de excedente	1 c/2 ofic. de hasta 50 m ² , 1 parqueo adicional por c/50 m ² de excedente
Servicios a las empresas	1 c/30 m ² de área de const.	1 c/40 m ² de área de const.	1 c/30 m ² de área de const.	1 c/40 m ² de área de const.	1 c/30 m ² de área de const.	1 c/30 m ² de área de const.
Finanzas (bancos) y Seguros	1 c/30 m ² de área de const.	1 c/40 m ² de área de const.	1 c/30 m ² de área de const.	1 c/40 m ² de área de const.	1 c/30 m ² de área de const.	1 c/30 m ² de área de const.
Servicios de esparcimiento. Bares/discot.	1 c/10 m ² de const.	1 c/50 m ² de const.	1 c/10 m ² de const.	1 c/10 m ² de const.	1 c/30 m ² de const.	1 c/20 m ² de área de const.
Servicios de reparación	---	1 por c/50 m ² de const.	---	---	1 por c/50 m ² de const.	---
COMUNICACION Y TRANSPORTE						
Terminales de transporte	1 por cada 10 m ² de construcción, o 1 c/15 usuarios.					
Reparaciones de automóviles	---	1 c/20 m ² de construcción	---	---	1 c/20 m ² de construcción	---
Despacho, almacenamiento y empaque de mercaderías (Bodega)	1 espacio para camión por cada 500 m ² de construcción, más 1 para vehículo pequeño por cada 150 m ² de construcción					
BIENESTAR GENERAL						
Educación y Cultura	Primaria, 1 c/2 aulas, mas 2 para visitantes. Secundaria, 1 c/2 aulas, mas 4 para visitantes. Superior 1 c/25 m ² de const. para Univ. privadas; 1 c/100 m ² de const. para Univ. Estatales					
Organizaciones Religiosas (Culto)	Bibliotecas y galerías de arte, 1 c/80 m ² de área de uso público. Museos, 1 c/30 m ² de exposición.					
Recreación	1 c/15 m ² de área de const. 1 c/30 m ² de área de const. 1 c/15 m ² de área de const. 1 c/15 m ² de área de const. 1 c/30 m ² de área de const. 1 c/15 m ² de área de const.					
Feria	Deportes, 1 por c/50 asientos o 25 m ² de construcción. Clubes náuticos, 2 por c/3 atracaderos, para restaurantes 50% de lo exigido.					
Servicios médicos (Balud)	1 por c/20 m ² de área de construcción cubierta y atención al público					
Seguridad y gobierno	1 por cada 40 m ² de construcción. 1 cada 30m ² de construcc. 1 cada 30m ² de construcc.					
Teatros y Cinematografos	1 c/15 m ² de const. 1 c/30 m ² de const. 1 c/15 m ² de const. 1 c/15 m ² de const. 1 c/30 m ² de const. 1 c/15 m ² de const.					
Emisiones de Radio y Televisión	1 c/10 asientos, o 1 c/10 m ² de área de acceso al público					
Centros de Investigación y ciencia	1 c/2 empleados o investigadores					

(*) Si la industria cuenta con oficinas, se aplicaran las normas prescritas para aquellas.

M. I. MUNICIPALIDAD DE GUAYAQUIL