

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK  
DEL ECUADOR**

**Facultad de Arquitectura y Urbanismo**

**Diseño de un centro de recuperación tipo,  
para jóvenes con problemas de  
dependencia a las drogas.**

**Dayan Pamela Sandoval Suarez**

**Arq. M. Sc. Jorge Coronel**

**Quito, 27 de septiembre del 2013**

**AGRADECIMIENTO:** Agradezco a mis padres por el apoyo, comprensión y grandes muestras de afecto que me han brindado, ya que gracias a ellos he logrado cumplir mi objetivo.

**DEDICATORIA:** Quiero dedicar este trabajo en especial a mis padres, familia y amigos ya que ha sido realizado con todo mi esfuerzo y dedicación, por eso quiero compartir con ellos este logro tan importante en mi vida.

## **RESUMEN:**

Desde tiempos antiguos, con el surgimiento de las primeras civilizaciones, las sustancias que alteran el sistema nervioso han sido usadas en rituales médicos y religiosos.

Sin embargo, hoy en día el uso de estas sustancias se ha globalizado, lo cual se ha convertido en un lucrativo negocio para ciertos grupos a expensas de la generación de un grave problema social, tanto para los consumidores de estas sustancias de manera dependiente, como para sus allegados y convivientes.

Por esta razón y, además, para conocer datos estadísticos acerca del porcentaje de consumidores afectados por esta realidad, se propone, en la presente investigación, el diseño de un Centro de Recuperación Tipo para jóvenes con drogodependencia.

## **ABSTRACT:**

Since ancient times, with the emergence of the first civilizations, substances that alter the nervous system have been used in medical and religious rituals.

However, nowadays the use of these substances has been globalized, which means that commercializing drugs became a lucrative business for some people at the expense of the social problems that their abuse generates. This problem is affecting to consumers and consequently their relatives and their cohabitants.

For this reason and also for sharing statistic averages of the consumers affected by this social problem, in this research it is proposed, the design of a recovery center for addicted young people.

The proposal named "Project Type", has aim to confront the deficit of recovery centers for youth in Ecuador.

## ÍNDICE

### 1. JUSTIFICACIÓN

1.1. Antecedentes	1
1.1.1. Análisis Histórico	1
1.1.2. Análisis Teórico	6
1.1.2.1. Drogas Naturales y Sintéticas	7
1.1.2.2. Conceptos Referidos al uso de Sustancias	9
1.1.3. ¿Por qué Consumen Drogas las Personas?	9
1.1.4. Factores de Riesgo y Protección para el Consumo de Drogas	10
1.1.4.1. Factores Familiares	10
1.1.4.2. Factores de los Compañeros e Iguales	12
1.1.4.3. Factores Escolares	12
1.1.4.4. Factores Individuales	13
1.1.5. Problemas Sociales a Nivel Mundial	16

### 2. PROBLEMÁTICA

2.1. Factores que Favorecen al Consumo de Drogas	18
2.1.1. Pobreza y Drogas	18
2.1.2. Migración y Drogas	19
2.1.3. Desempleo y Drogas	20
2.2. Análisis de los Centros de Recuperación para Adictos	21
2.2.1. Centros de Recuperación en Ecuador	22

### 3. ESTADÍSTICAS

3.1. Datos Estadísticos de Consumo en Ecuador	25
-----------------------------------------------	----

3.1.1. Estadísticas de Consumo	26
--------------------------------	----

### 4. CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones	28
4.2. Objetivos	28
4.2.1. Objetivo General	28
4.2.2. Objetivos Particulares	28
4.3. Método y Metodología	28
4.3.1. Método	28
4.3.2. Metodología	28
4.4. Alcances	29
4.4.1. A Nivel Teórico	29
4.4.2. A Nivel Arquitectónico	29
4.4.3. A Nivel de Ante Proyecto	29
4.4.4. A Nivel de Proyecto	29

### 5. ANÁLISIS DE REFERENTES

5.1. Referentes Arquitectónicos	30
5.2. Referentes Conceptuales	33

### 6. PROGRAMACIÓN

6.1. Terapia	39
6.1.1. Programa Terapéutico	39
6.1.2. Proceso terapéutico	40
6.2. Programa Arquitectónico	41
6.3. Diagrama de Actividades	42
6.4. Flujo Grama	46
6.5. Programa Arquitectónico	47
6.6. Necesidades de Emplazamiento del Proyecto	50
6.6.1. Parqueaderos	50

### 7. CONCEPTO

7.1. Juego Tangram	51
7.1.1. Reglas	51
7.1.2. El tangram en la Psicología	51
7.1.3. Fases del Tangram	51
7.2. Aplicación del Concepto al Proyecto	52
7.2.1. Formas Definitivas	55
7.3. Análisis Volumétrico del Proyecto	56
7.4. Modulación de Espacios Arquitectónicos	57

### 8. OBTENCIÓN DEL PROYECTO

8.1. Proyectos Descriptivos	58
8.2. Índice de Planos	59

### 9. BIBLIOGRAFÍA

### 10. ANEXOS

#### ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen N° 1	Civilizaciones egipcias antiguas	1
Imagen N° 2	Una primera descripción científica sobre la coca	1
Imagen N° 3	Europa Medieval	2
Imagen N° 4	Incas	3
Imagen N° 5	Fábrica de cigarrillos	4
Imagen N° 6	Mandrágora	4
Imagen N° 7	Amanita Muscaria	5
Imagen N° 8	Claviceps Purpúrea	5
Imagen N° 9	Amapola – Morfina	7
Imagen N° 10	Heroína	7

Imagen N° 11	Éxtasis	7	Imagen N° 32	CREIAD	31	Imagen N° 58	Planta casa 2	37
Imagen N° 12	Cocaína	8	Imagen N° 33	Edificación	31	Imagen N° 59	Corte	37
Imagen N° 13	Marihuana	8	Imagen N° 34	Gimnasio	31	Imagen N° 60	Vista hacia el Exterior	37
Imagen N° 14	Pobreza en el Mundo	16	Imagen N° 35	Dormitorios	31	Imagen N° 61	Implantación	37
Imagen N° 15	Pobreza en el Mundo	16	Imagen N° 36	Fachada principal	32	Imagen N° 62	Corte y Vista Interior	38
Imagen N° 16	Los 15 países con más población extranjera	17	Imagen N° 37	Perspectiva	32	Imagen N° 63	Mesa modelo TANGRAM	38
Imagen N° 17	Inflación mensual de los países de América Latina	17	Imagen N° 38	Planta baja	32	Imagen N° 64	Mobiliario TANGRAM	38
Imagen N° 18	Emigrantes	18	Imagen N° 39	Programa arquitectónico	32	Imagen N° 65	Piezas "TANS"	51
Imagen N° 19	Origen de migrantes en Guayaquil	20	Imagen N° 40	Vista interior	33	Imagen N° 66	Cuadrado	51
Imagen N° 20	Origen de migrantes en Quito	20	Imagen N° 41	Corredores de comunicación	33	Imagen N° 67	Figura	52
Imagen N° 21	Migración interna en relación a Guayaquil	20	Imagen N° 42	Iluminación natural	33	Imagen N° 68	Figura	52
Imagen N° 22	Indicadores de pobreza, desigualdad y desempleo	21	Imagen N° 43	Modelo de Estudio	33	Imagen N° 69	Figura	52
Imagen N° 23	Prevalencia de vida, reciente y actual de consumo de sustancias y drogas total nacional	26	Imagen N° 44	Espacios abiertos	33	Imagen N° 70	Módulos	52
Imagen N° 24	Tendencia de la prevalencia de vida de consumo de drogas encuesta 2005 y 2008	26	Imagen N° 45	Programa de plan de sitio	34	Imagen N° 71	Formas 1	53
Imagen N° 25	Consumo en cifras	26	Imagen N° 46	Plantas	34	Imagen N° 72	Formas 2	53
Imagen N° 26	Consumo de alcohol	27	Imagen N° 47	Corte	34	Imagen N° 73	Formas completas 1	53
Imagen N° 27	Fachada frontal	30	Imagen N° 48	Corte	34	Imagen N° 74	Formas completas 2	53
Imagen N° 28	Interior del edificio	30	Imagen N° 49	Modelo proyecto	34	Imagen N° 75	Formas completas 3	53
Imagen N° 29	Jardín	30	Imagen N° 50	Vista interior de la edificación	35	Imagen N° 76	Formas maleables	54
Imagen N° 30	Imagen nocturna	30	Imagen N° 51	Corte	35	Imagen N° 77	Formas definitivas	55
Imagen N° 31	Perspectiva	30	Imagen N° 52	Vista interior de la edificación	35	Imagen N° 78	Volumetría	56
			Imagen N° 53	Vista entrada principal	35	Imagen N° 79	Fachadas	57
			Imagen N° 54	Casa	35	Imagen N° 80	Modulación	58
			Imagen N° 55	Vista exterior	36	Imagen N° 81	Forma tipo 1	59
			Imagen N° 56	Modelo de estudio	36	Imagen N° 82	Forma tipo 1 zonificación	60
			Imagen N° 57	Planta casa I	37	Imagen N° 83	Forma tipo 2	61

Imagen N° 84	Forma tipo 2 zonificación PB	62
Imagen N° 85	Forma tipo 2 zonificación 1er piso	63
Imagen N° 86	Forma tipo 3	64
Imagen N° 87	Forma tipo 3 zonificación PB	65
Imagen N° 88	Forma tipo 3 zonificación 1er piso	66

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Factores Familiares	10
Tabla N° 2	Factores Comunitarios	12
Tabla N° 3	Factores Escolares	12
Tabla N° 4	Factores Individuales	16
Tabla N° 5	Indicadores de Pobreza	18
Tabla N° 6	Emigrantes en el Ecuador	19
Tabla N° 7	Porcentajes de Desempleo	21
Tabla N° 8	Uso de Drogas	25
Tabla N° 9	Prevalencia de vida – drogas	27

**CAPITULO I**  
**JUSTIFICACIÓN**

# 1. JUSTIFICACIÓN

## 1.1 ANTECEDENTES

El uso de sustancias que alteran el sistema nervioso se practica en todo el mundo, desde el inicio del día hasta el final. La cafeína, la nicotina, el alcohol y los somníferos son drogas como cualquier otra, causan los mismos efectos que las demás, a largo plazo. Llevan el nombre de drogas legales, están al alcance de personas que pertenecen a todos los estratos sociales y económicos.

Es importante saber que ningún grupo de personas está exento de ingerir drogas. La drogadicción no tiene ningún nivel social, económico o cultural. En la actualidad es muy fácil acceder a cualquier variedad o derivado de drogas ya que desde hace mucho tiempo dejó de ser un problema marginal y callejero como se lo conocía. Se ha llegado a convertir en un gran negocio para un pequeño grupo de personas, así como la peor desgracia para los consumidores, sus familiares y amigos, los cuales tienen que vivir de cerca todos los efectos secundarios, y consecuencias que trae consigo el consumo de drogas, ser testigo de la destrucción progresiva, y en ocasiones, hasta la muerte de un ser querido debido al consumo excesivo de drogas.

El uso de drogas responde a un afán de huir de la realidad. Las drogas proporcionan una vía de escape, un alivio temporal a los problemas personales, familiares o sociales. También son una puerta de salida frente al vacío existencial

presente en el interior de la persona, buscan salidas ilusorias que llenen dicho vacío.<sup>1</sup>

Cada vez que una persona considera como única opción acudir a las drogas para, según ella disfrutar de la vida o enfrentarse con valentía a sus exigencias, está limitando la posibilidad de desarrollar sus propios talentos. Por otra parte, el consumo de drogas induce a comportamientos "descontrolados" en los que no se evalúan los riesgos, ni las consecuencias de lo que se está haciendo.

### 1.1.1 ANÁLISIS HISTÓRICO

El hábito de usar drogas no es nuevo. A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre ha sentido el impulso incontrolable de ingerir sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central (ver imagen #1).

IMAGEN #1 CIVILIZACIONES EGIPCIAS ANTIGUAS



Fuente: <http://historiadrogas.blogspot.com/>

El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad y alrededor del año 5.000 a.C.

<sup>1</sup>Que lleva a las personas a consumir drogas? <http://www.aciprensa.com/drogas/consumir.htm> Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 12:00

Se estima que el **cañamo**<sup>2</sup> se cultiva en China desde hace 4.000 años. En América, el imperio andino cosechaba la hoja de coca y la utilizaba como analgésico y energizante de uso diario, especialmente, en virtud de la fatiga producida por la altura. En las civilizaciones Aztecas, se ingería el hongo llamado teonanacati y el consumo de peyote<sup>3</sup> con fines religiosos.<sup>4</sup>

El opio, jugo de un tipo de amapola, es una de las drogas más versátiles conocidas. Gracias a su ingrediente activo, la morfina, el opio adormece el dolor, produce júbilo, induce el sueño y reduce las aflicciones.

Nicolás Monardes, médico español llamado también Bautista, escribe en 1580 "una primera descripción científica sobre la coca", (ver imagen #2) también escribe "Importantes tratados médicos y botánicos". (España).

IMAGEN #2 "UNA PRIMERA DESCRIPCIÓN CIENTÍFICA SOBRE LA COCA"



Fuente: <http://historiadrogas.blogspot.com/>

<sup>2</sup>Cañamo: cannabis sativa, <http://es.thefreedictionary.com/c%C3%A1%C3%B1amo>  
<sup>3</sup>El peyote era una de las drogas alucinógenas más populares entre los indígenas de México, <http://www.botanical-online.com/alcaloidespeyotehistoria.htm>  
<sup>4</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html> Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:00

En el Oriente Medio, históricamente, ya se conocía las funciones psicotrópicas de la planta de la amapola, llamada también adormidera, siempre fue utilizada como alimento, forraje y aceite, pero también la utilizaron como medicina, se extendió hacia la India y, después, en el siglo IX, hasta China. En el siglo XVI, en Europa occidental el opio adquirió importancia terapéutica.

“Un siglo después en China, se hizo popular el consumo de opio fumado. El uso excesivo de esta droga se incrementó en gran manera, y la producción interna no abastecía la demanda. Según estudios realizados, 16,2 millones de chinos se volvieron adictos al opio fumado (6% de la población adulta) en el siglo XIX. Se intentó aplacar el comercio de opio, pero este intento generó dos guerras sucesivas (1839-1842 y 1856-1858), entre Inglaterra y China, de las cuales China llevó la peor parte, ya que Inglaterra logró una serie de privilegios, entre ellos la total legalización del comercio de opio indio y la pérdida de la administración de Hong Kong.”<sup>5</sup>

El consumo de opiáceos a finales del siglo XIX, no constituyó un verdadero problema sanitario en Occidente. La dificultad surgió cuando la cultura de consumir opio recreativamente se popularizó y con el incontrolable aumento de los casos de adicción, sonó la alarma social para este conflicto.

A principios del siglo XIX la morfina, llamada así en honor al dios del sueño, Morfeo, fue alejada del opio y lo suplantó en los tratamientos que tenían que ver con la medicina, en especial, en 1855 cuando apareció la inyección hipodérmica

<sup>5</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión  
<http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>  
 Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:00

como procedimiento terapéutico. Posteriormente, en 1874, fue creada la diacetil-morfina, el primer opiáceo semi-sintético más conocido con el nombre de heroína.

Por el alto efecto **antiálgico**<sup>6</sup> y estimulante que la heroína proporcionaba a todos los que la consumían, llegó a alcanzar gran renombre, y por ende, una alta demanda en todos los continentes. Sólo después de transcurridos muchos años, el propósito de su comercialización se tornó recreativo, primero en Inglaterra y luego en Estados Unidos hasta lograr extenderse hacia casi todo el mundo. Esto derivó en comportamientos heroínómanos que originó la muerte de por lo menos toda una generación de adictos de heroína inyectable (yonquis). Posteriormente a los años 70 se ha transformado en el símbolo por excelencia de los efectos nocivos que produce el consumo de drogas.

Los derivados cannábicos también han sido usados y consumidos desde la antigüedad, después de haberse originado en el Asia Central. En el Oriente, fueron descubiertas, por primera vez sus propiedades alucinógenas. En varios escritos chinos que se remontan al año 3.000 a.C. ya se sugería que “el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo”.<sup>7</sup>

En Europa medieval (ver imagen #3) las hechiceras la usaban con mucha frecuencia y, algún tiempo después, fue adoptada como medicina por los galenos.

<sup>6</sup>Antiálgicos: adj. Que evita o combate el dolor. || m. Medicamento o agente que combate el dolor. <http://www.definicionesdemedicina.com/antialgico/>

<sup>7</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión  
<http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>  
 Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:20

IMAGEN #3 EUROPA MEDIEVAL



Fuente:<http://factoriahistorica.wordpress.com/2011/05/28/la-caza-de-brujas/>

En Alemania el cáñamo era utilizado para curar problemas del estómago y para sanar heridas. A lo largo de todo el siglo XIX se la empleó con propósitos medicinales y recreativos, pero finalmente, el uso de esta droga fue remplazada por nuevos y más eficaces medicamentos, debido a su inestabilidad farmacológica. La cuestión del abuso del cannabis es que siempre fue exclusivo para determinados y pequeños grupos, hasta que la cultura hippie y los aficionados a la música rock y reggae, en los años 60 del siglo pasado, ocasionó que su uso recreativo se extendiera hacia consumidores de todos los niveles y capas sociales dando paso a que se la relacione con la rebeldía que imperaba en los jóvenes de ese tiempo.

Los cannabinoides en occidente son grandes consumidores en la actualidad de tres tipos distintos de esta droga, la marihuana, el hachís y el aceite de hachís.

En América es tan antiguo el uso de la coca como estimulante, como lo es en el Viejo Continente y Asia el uso del alcohol, del opio y del cannabis. Se estima que ya se tenía la costumbre de mascar hojas de coca en la región andina desde aproximadamente 5.000 a.C.

Al principio la planta de coca (*Erythroxylum coca*) crecía de manera silvestre, pero luego empezó a ser cultivada por los indios Chibcha de Colombia en el siglo X a C, que después la difundieron hacia el sur. En la cultura Inca (ver imagen #4) generalmente la usaban como planta sagrada en rituales, para ofrendar regalos especiales o como medicamento. En vista de que era un poderoso estimulante, los trabajadores mascaban la hoja de coca con el fin de amortiguar los efectos derivados de la altitud, el hambre y la fatiga.

IMAGEN #4 INCAS



Fuente:<http://historiadrogas.blogspot.com/>

En muchos casos también fue empleada como medicina para mitigar las molestias gastrointestinales, los catarrros y también las contusiones. La coca no era conocida en otros lugares del mundo hasta que las grandes navegaciones del siglo XVI. Cuando llegaron los españoles, se sorprendieron al verificar los efectos que causaban a los trabajadores que las masticaban. Su primera reacción fue la de prohibir su uso, por motivos religiosos, pero después llegaron a utilizarla por su efecto estimulante en la explotación de las minas de plata.

Cuando Albert Niemann aisló la cocaína de la hoja de coca, en 1859, el consumo fuera de América era irrelevante, pues el transporte de las hojas de coca se tornaba muy complicado y generaba la pérdida de los principios activos. Este inconveniente les hizo pensar en mejorar el embalaje del producto y, con el aislamiento de su principio activo, la cocaína fue paulatinamente ganando espacio entre los consumidores europeos. Los laboratorios farmacéuticos (Merck y Parke Davis) aislaban la cocaína en América y exportaban el producto en bruto. En 1863, Angelo Mariani, un farmacéutico francés, inventó un brebaje a base de extracto de coca y vino (Vino Mariano) que tuvo gran acogida como bebida tonificante en el comercio.<sup>8</sup>

La fórmula original de la mismísima Coca-Cola fue creada por el americano John Styth Pemberton como una imitación del vino Mariano. Al principio contenía vino, cocaína y cola (una nuez africana que contiene cafeína). Luego, con el pasar de los años, fue extraído el vino, después la cocaína y, en la actualidad, la cola ha sido sustituida por cafeína

<sup>8</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión  
<http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>  
Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:20

sintética. Es posible incluso, acceder a la bebida sin cafeína y sin azúcar.

A finales del siglo XIX, el uso como medicina de la cocaína tuvo un gran desarrollo. Existe un tratado sobre la coca escrito por Paolo Mantegazza, en él hace referencia más que nada a sus efectos estimulantes y euforizantes, y recomienda usarla en el tratamiento de las enfermedades nerviosas. Posterior a la realización de muchos estudios y experimentos, Sigmund Freud fue uno de los pioneros en utilizarla para combatir la debilidad nerviosa, la indigestión, la malnutrición, la impotencia, el asma, el alcoholismo y la adicción a la morfina. En 1884, en su artículo "Über Coca" aseguraba que la cocaína poseía propiedades que en tratamiento era capaz de acabar con la adicción a la morfina y además, que no tenía efectos secundarios. Algunos años después intentó, pero no logró, justificar sus errores concernientes a este tema. Las fábricas alemanas y holandesas aumentaron la oferta del producto, y su precio declinó de 280 dólares por onza (28,7 gramos) en 1885 a 3 dólares en 1914, lo que ocasionó una ola de adicción desde Estados Unidos hasta India. En esas fechas fueron creadas varias normas que condicionaban e impedían la libre comercialización del producto.

A partir de los años 70 del siglo pasado, Colombia y Bolivia volvieron a adueñarse del comercio de cocaína en todo el mundo, realizaban exportaciones en gran escala especialmente a Estados Unidos, pero también a Europa Occidental, esto dio origen a una ola de consumo nunca antes vista. Surgieron peligrosas mezclas de la pasta base de la cocaína con productos químicos (crack, basuco, base

libre y merla), en algunos países. En su totalidad abarcaban un alto contenido tóxico y bajo coste económico.

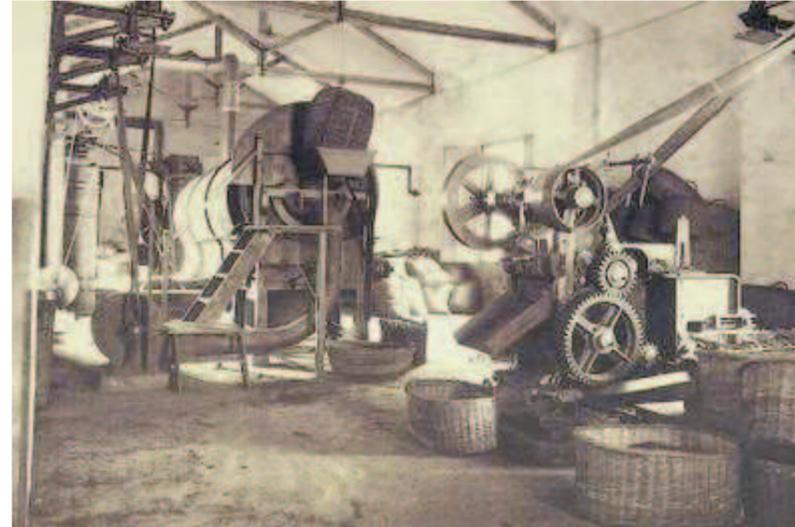
Lo que más preocupa en los países occidentales en la actualidad, así como en la antigüedad es la adicción a la cocaína ya que no ha disminuido, a pesar de los miles de millones que se han invertido con el propósito de erradicarla con tratamientos de desintoxicación y prevención del consumo.

En cuanto al tabaco, a pesar de que existía la presunción de que ya estaba presente en las antiguas organizaciones del oriente, se cree que en América se originó. Se admite que la cultura maya fue la primera en utilizar las hojas de tabaco para fumarlas, desde 2.000 a.C. Cuando Colón llegó al Nuevo Mundo liderando a los conquistadores españoles en el año de 1492, encontró en la Isla Tabago (Hoy Haití) a un indígena que se dedicaba a “chupar con deleite el humo producido por unas hojas arrolladas en forma de cilindros y encendida por uno de sus extremos”. Los conquistadores de la América hispana en vista de sus supuestas virtudes medicinales, trasladaron al viejo continente las semillas para su cultivo, a principios del siglo XVI. Ellos también llevaron su cultivo hacia Prusia y Filipinas (de donde se extendió hacia China) y los portugueses la diseminaron por Italia, África, Java, India, Japón e Irán<sup>9</sup>.

En algunos países hubo restricciones pero a pesar de esto se la conoció rápidamente, en especial en Europa. Posteriormente, los gobiernos se tornaron más condescendientes dejando atrás su actitud prohibicionista y cambiándola por medidas de control y tasación.

<sup>9</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión  
<http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>  
 Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:20

IMAGEN #5 FABRICA DE CIGARRILLOS



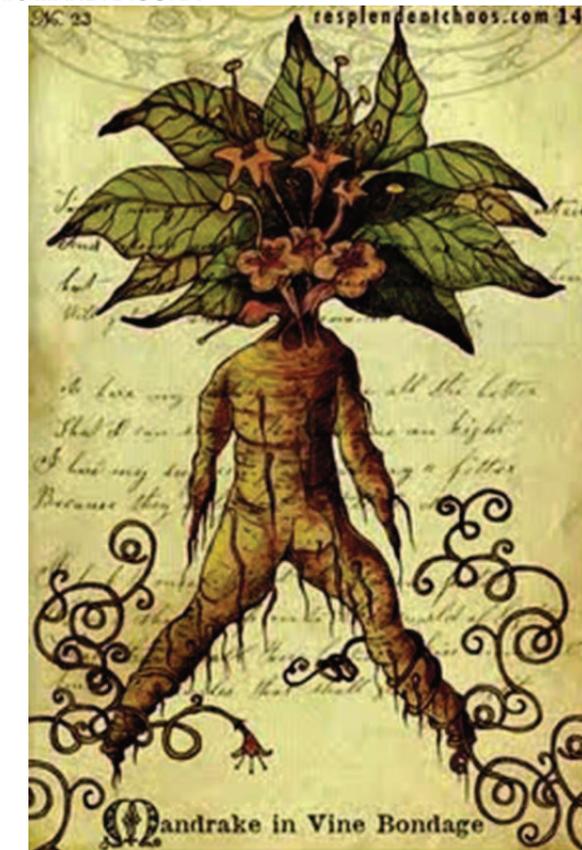
Fuente: <http://www.alicantevivo.org/2008/02/la-historia-de-la-fbrica-de-tabacos.html>

En 1855 se inventó la máquina de fabricación de cigarrillos (Ver imagen # 5), y con esto el consumo de tabaco se incrementó en forma impresionante, la industrialización dio lugar a las empresas tabaqueras a adquirir un enorme poder comercial, especialmente en Estados Unidos, Europa, Turquía y China. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) influenciada por la existencia de muchos problemas de salud derivados del alto índice de consumo de tabaco, se ha visto en la necesidad de definir al tabaquismo como la principal causa evitable de muerte precoz. A pesar de esto, las nuevas generaciones no han podido desligarse de mantenerse adictas a los hábitos de consumo. Sigue teniendo la nicotina muchos seguidores debido a que es una de las sustancias que más adicción genera.

Las sustancias psicotrópicas consumidas son muchas, pero cabe destacarse los alucinógenos y las anfetaminas, ya que su consumo en el mundo entero es de suma importancia.

En el Medio y Extremo Oriente el uso de solanáceas alucinógenas, como el beleño, la belladona, las daturas y la mandrágora (Ver imagen #6), se remonta a viejos testimonios. En Europa, eran empleadas en ceremonias y en fines terapéuticos, pero también se las relacionaba tradicionalmente a la brujería. A ellas se atribuían fenómenos de levitación, telepatía y fantásticas proezas físicas.

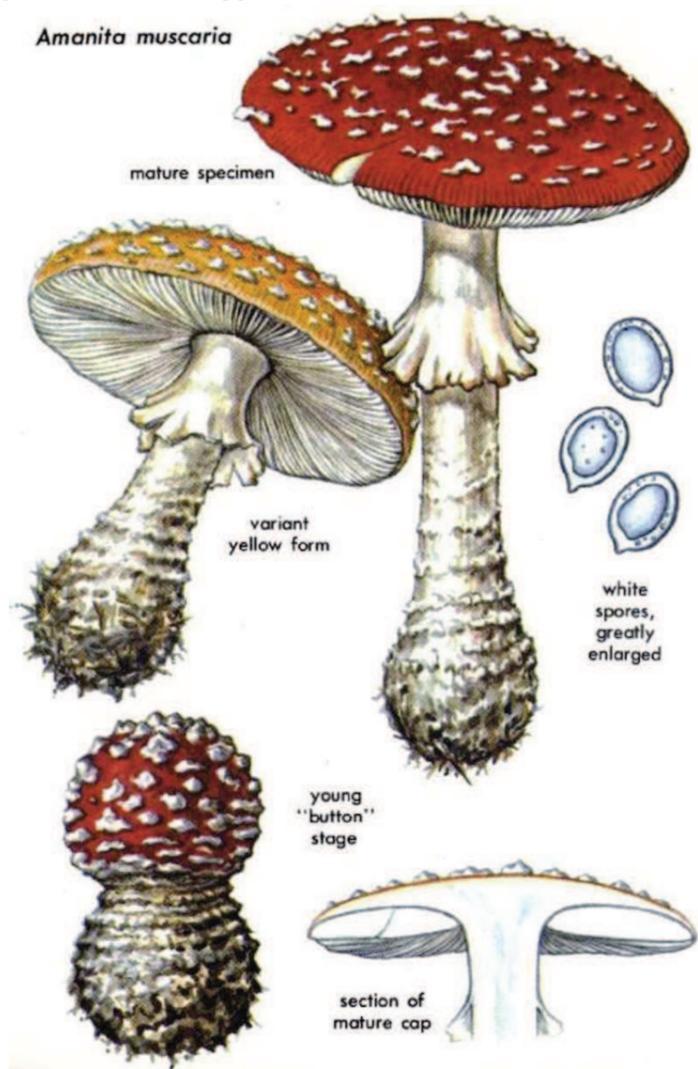
IMAGEN #6 MANDRÁGORA



Fuente: <http://plantasmagicasymedicinales.blogspot.com/2011/07/mandragora.html>

En Eurasia abundaba la amanita muscaria (Ver imagen #7), un hongo psicoactivo empleado en sus rituales por los chamanes de Siberia.

IMAGEN #7 AMANITA MUSCARIA



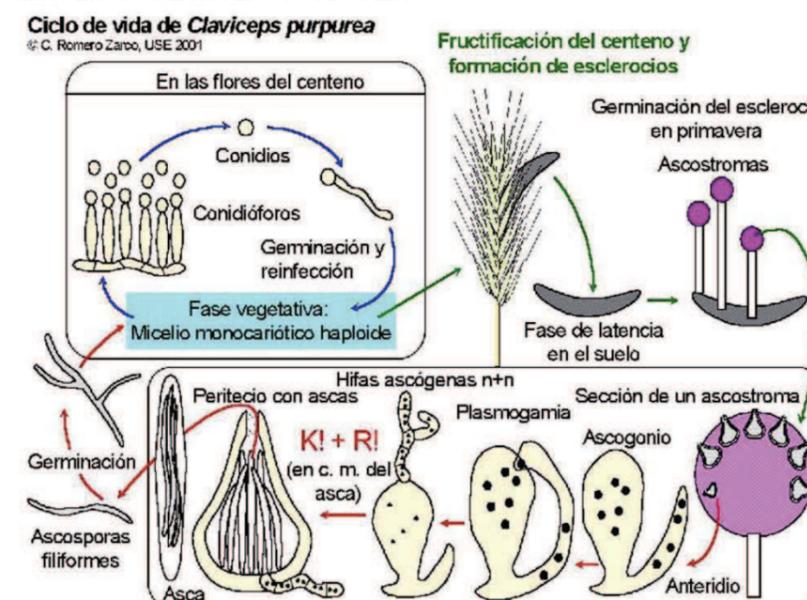
Fuente: <http://www.tabaccheria21.net/goldenlibro/g21-30.htm>

Las antiguas civilizaciones indígenas que habitaban América también acostumbraban utilizar las plantas alucinógenas en sus ceremonias. A partir del siglo X, a.C. existen piedras-hongos ubicadas entre los monumentos de la cultura de Izapa, en la actual Guatemala. Fueron encontradas pipas de cerámica del siglo IV a.C. en la región de Perú, con una

figura del peyote, un cactus alucinógeno que contiene mescalina.

El cannabis es el alucinógeno blando más consumido, pero el ácido lisérgico es el de más importancia en el movimiento de la contracultura de los sesenta del siglo pasado, es el nombre con el que se conoce el núcleo común de todos los alcaloides presentes en el cornezuelo de centeno o *Claviceps purpurea* (Ver imagen #8).<sup>10</sup>

IMAGEN #8 CLAVICEPS PURPUREA



Fuente: <http://www.aloj.us.es/carromzar/botanica1/solucionesII03.htm>

El químico Albert Hoffman descubrió el LSD 25 accidentalmente en el año 1938, se encontraba buscando una sustancia análoga a un estimulante del sistema circulatorio. La casa Sandoz después de finalizada la Segunda Guerra Mundial, se dedicó a ganar terreno para el descubrimiento, bajo el nombre comercial de Delycid. Se lo

<sup>10</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html> Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:20

empleaba de forma experimental para facilitar la psicoterapia y para combatir algún trastorno como el alcoholismo crónico, anomalías sexuales, etc. Posteriormente, terminó prohibiéndose, al verificarse que los efectos producidos eran imprevisibles.

En los años 60 y 70, esta droga se generalizó de forma ilegal, asociado a la llamada "contracultura". Tratando de encontrar nuevos estados de conciencia la fueron utilizando los universitarios, intelectuales, artistas y músicos. Actualmente, están en pleno auge varios alucinógenos de origen sintético como el DOM, DOET, DOB, TMA, MDE, MBDB, TMT, MDA y el MDMA, aunque también se sigue consumiendo el LSD, los hongos mágicos, la mezcalina, el peyote. Generalmente tienen un efecto estimulante y alucinógeno y se los relaciona con determinados grupos urbanos, como el movimiento *new age* y el rave.

El nuevo reto para las autoridades que se encargan de reprimir las drogas en el mercado son las drogas sintéticas o de diseño, ya que comúnmente son de fácil fabricación y circulación, razón por la cual ayuda a que se difunda de manera ilegal. Adicionalmente, no tienen nada que ver con rituales religiosos como acontecía en la antigüedad con los alucinógenos naturales.

Las anfetaminas, relativamente acaban de aparecer en el mercado, no así los alucinógenos. Son estimulantes que logran incrementar los niveles de actividad motriz y cognitiva, fortalecen la vigilia, el estado de alerta y la atención y, con frecuencia, tienen potencial euforizante. La anfetamina procede químicamente de la efedrina, creada en 1887 por el químico rumano L. Edeleano, quien nombró al compuesto fenilisopropilamina. En 1920 se comenzó a

experimentar en el campo médico con las anfetaminas. En diferentes países los militares, en especial, los de la fuerza aérea, fueron utilizando las drogas, con el objetivo de vencer la fatiga y conseguir permanecer más alertas entre las milicias.

A la anfetamina además se la ha utilizado como un medio para incrementar el rendimiento, tanto físico (inaugurando el doping deportivo), como intelectual (doping cognitivo). La forma tan indiscriminada como se la comercializó, sumada, al desconocimiento público respecto de los riesgos que conlleva el consumir este tipo de droga, y a la total ausencia de un sistema ideal de fármaco-vigilancia, originó fenómenos de abuso y adicción. 1971, fue el año en que la anfetamina se vio obligada a rendir cuentas y fue sometida a control internacional en el marco de la Convención Internacional de Psicotrópicos.

La metanfetamina (MDMA), llamada también éxtasis es conocida por ser un estimulante que produce adicción. Esta droga se caracteriza por brindar una sensación general de bienestar, reducir el apetito y además incrementa la actividad, igual que la anfetamina. El MDMA, tiene a su haber un largo trecho recorrido. Los laboratorios Merck, en el año de 1914 en Alemania la patentaron como supresor del apetito y en 1919 en Japón, fue sintetizada, allí se la utilizaba para tratar el asma. Pero, en 1938 y con el nombre de Methedrina se la comenzó a comercializar. Nunca fue trascendido su uso como medicina, en vista de la aparición de efectos secundarios ocasionados por su consumo. Su uso quedó limitado exclusivamente a fines experimentales en interrogatorios y psicoterapias. Además cumplió con un papel muy importante en el campo militar, con el fin de

aumentar el rendimiento de las tropas. Se la utilizó por combatientes tanto de la guerra civil española como de la segunda guerra mundial, de forma muy generalizada. En Japón, la utilizaron los kamikazes por lo que poseían esa conducta temeraria. Los Blitzkriegs de la infantería alemana la tomaron en cuenta para que formara parte de su equipamiento, e integraba el uniforme de la Luftwaffe: ya que en caso de ocurrir un accidente, los sobrevivientes podrían subsistir unos 4 días prescindiendo de alimentos y descanso; sólo debían tomar agua para evitar la deshidratación. Durante la guerra fue entregada al ejército de Montgomery y a la fuerza aérea.

En el oeste de Estados Unidos fueron detectados los primeros consumos ilegales durante los años 60 y 70, lo que fue un detonante para su prohibición en 1985 en aquel país, extendiéndose después hacia los demás. En la actualidad su fabricación se la realiza en laboratorios clandestinos y con la utilización de procedimientos nada complicados e ingredientes que están relativamente al alcance de todo bolsillo, y de fácil acceso. Es por esto que la metanfetamina se ha convertido en una droga de gran circulación, cuyo abuso está muy extendido en Europa y Estados Unidos. La metanfetamina callejera también se conoce como speed, meth o crank., incluso en países de habla hispana, La forma fumada de la droga suele llamarse ice, cristal o glass.

En muchos países de América Latina existen problemas con las drogas, el aumento de su desarrollo económico suele ir de la mano con el incremento de la adicción a las drogas en su población, la misma que es muy numerosa, en especial en países como México, Colombia, que mantienen una lucha

constante contra el narcotráfico con ayudas internacionales, Brasil, Cuba, Panamá, Argentina, Ecuador. Es un gran número de países latinoamericanos los que día a día van aumentando sus cifras de adictos y personas con problemas con las drogas.

En este simplificado resumen de la difusión del consumo de drogas se puede notar que las sustancias utilizadas son muchas y que también son grandes los problemas ocasionados por su consumo masivo y abusivo.<sup>11</sup>

### 1.1.2 ANÁLISIS TEÓRICO

El uso y abuso de las drogas es, por hoy uno de los problemas sociales más importantes en todos los países del mundo, así como en América Latina y también en el Ecuador, debido a que sus consecuencias son sumamente destructivas tanto para las personas que la consumen como para sus familiares y todos los que le rodean. Además su rehabilitación es un proceso muy complejo y demorado.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud):

**LA DROGA:** es "toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste".

Las drogas se pueden clasificar en:

<sup>11</sup>Historia de las drogas y de la guerra de su difusión  
<http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>  
Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:20

### 1.1.2.1 DROGAS NATURALES Y SINTÉTICAS

**Opiáceos:** en la categoría de los opiáceos se incluye a los derivados del opio, como la morfina, la heroína y los sustitutos sintéticos, como la metadona. (OMS)

- **La morfina** (ver imagen #9) es uno de los analgésicos más potentes que se conocen: Se toma como referencia para valorar la potencia de otros analgésicos.

IMAGEN #9 AMAPOLA - MORFINA



Fuente: <http://www.dependencia-heroina.es/>

- **La heroína**, (ver imagen #10) un preparado sintetizado a partir de la morfina, fue un sustituto no adictivo de la morfina. Sin embargo pronto se descubrió la intensa capacidad adictiva de la heroína, que se prohibió en muchos países incluso con fines médicos. Los consumidores refieren que la heroína

produce un estado de embriaguez casi instantáneo tras su consumo.

IMAGEN #10 HEROÍNA



Fuente: <http://www.soydrogadicto.com/drogas/heroina-drogas/>

- **Metadona** Es una sustancia sintética derivada del opio controlada por las autoridades sanitarias de distribución restringida. Es un analgésico potente similar a la morfina (también derivado opiáceo), pero sin un efecto sedante tan fuerte. En su forma básica es un polvo blanco cristalino, pero suele estar disponible en varias formas y concentraciones: comprimidos, supositorios y auto-inyectables.<sup>12</sup>

**Sedantes:** Los fármacos con mayor capacidad adictiva de esta categoría son los barbitúricos, utilizados desde principios de siglo en el tratamiento de la ansiedad y como inductores del sueño. Otros fármacos hipnótico-sedantes son las benzodiazepinas, cuya denominación comercial más habitual es el Valium. Estos se incluyen en el grupo de los

<sup>12</sup>Que es la metadona?

<http://www.sosdrogas.com.ar/metadona.htm> Consultado 18 de marzo del 2012

tranquilizantes menores que se utilizan en el tratamiento de la ansiedad, el insomnio o la epilepsia. (OMS)

**Estimulantes:** Una droga de diseño,

- El 3,4-metilen dioxianfetamina, también conocido como 'éxtasis' produce en el consumidor una intensa sensación de bienestar, de afecto hacia las personas de su entorno, de aumento de energía, y en ocasiones, alucinaciones. (OMS) (Ver imagen #11)

IMAGEN #11 ÉXTASIS



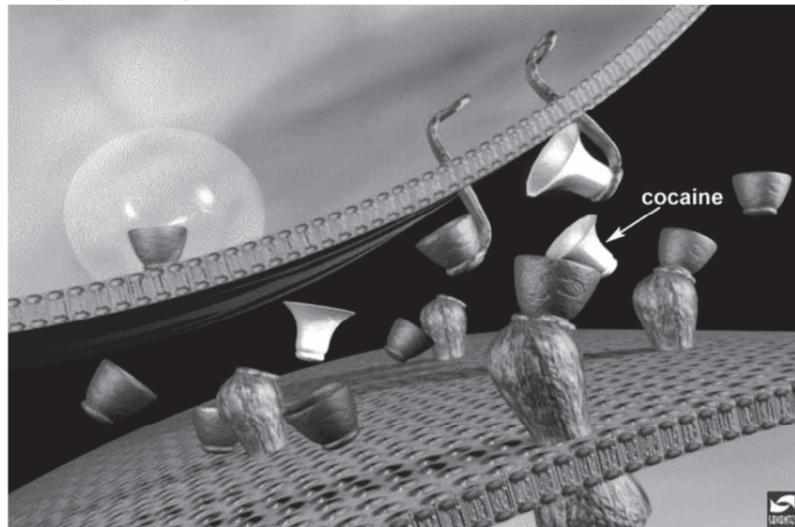
Fuente: <http://www.cubahora.cu/blogs/consultas-medicas/la-pesadilla-del-extasis>

Otros estimulantes cuyo abuso está muy extendido son la cocaína y la familia de las anfetaminas.

- **La cocaína y los psicoestimulantes** en general actúan directamente sobre el sistema de recompensa, siendo especialmente intenso su efecto sobre las neuronas del ATV y NAc. Su mecanismo de acción principal es la inhibición de la bomba de recaptación de dopamina (con lo que incrementan la cantidad y tiempo de exposición de dicha sustancia). Por otra parte activan directamente los receptores

dopaminérgicos postsinápticos. Todo ello conduce a una hipersensibilidad de los receptores D1 y D2 postsinápticos. Estas sustancias alteran, también, otros sistemas cerebrales y actúan sobre otros neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina (a través de la inhibición de las bombas de re-captación respectivas). Los lugares de acción de la cocaína son el NAc, corteza pre-frontal media, núcleos caudado y putamen e hipocampo (Dalley et al., 2007; Belin, Mar, Dalley, Robbin y Everit, 2008).<sup>13</sup> (Ver imagen #12)

IMAGEN #12 COCAÍNA



Fuente: Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma.

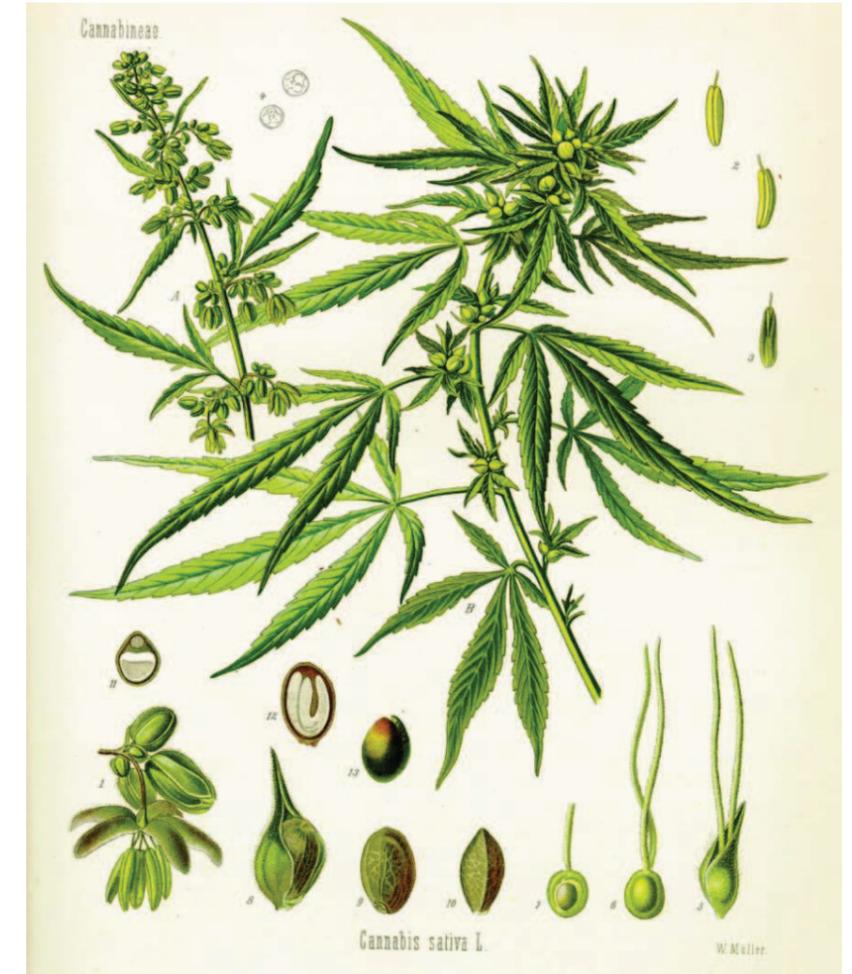
**Alucinógenos:** Los alucinógenos no tienen aplicación médica en la mayor parte de los países salvo quizás para el tratamiento de los pacientes agonizantes, pacientes con trastornos mentales, drogodependientes y alcohólicos. Entre los alucinógenos más utilizados en la década de 1960 destacan el ácido lisérgico de dietilamida, o LSD, y la

mescalina, un derivado del cactus del peyote. La tolerancia hacia estas sustancias se desarrolla con rapidez, pero no aparece síndrome de abstinencia cuando dejan de consumirse. La fenciclidina, o PCP, cuyo nombre vulgar es 'polvo de ángel', no tiene aplicación práctica en los seres humanos, pero los cirujanos veterinarios lo emplean en ocasiones como anestésico y sedante para los animales.

**Cannabis:** De la planta *Cannabis sativa* derivan tanto la marihuana como el hachís. La marihuana se obtiene triturando las hojas, las ramas y las flores, y el hachís es la resina concentrada. La forma más habitual de consumo es fumarlos. Tienen efectos semejantes: producen relajación, aceleración del ritmo cardíaco, alteración de la percepción del tiempo (que transcurre más despacio) y agudización de los sentidos (oído, tacto, gusto y olfato)

- **La Marihuana** su concentración de THC (El tetrahidrocannabinol) varía de 0,5 a 5%. Hay sin embargo algunas modalidades de plantas modificadas genéticamente que ya presentan concentración de THC entre 7 y 34%. (Ver imagen #13)
- **El hachís**, se obtiene de la resina extraída de las plantas y flores disecadas. Su concentración en los procesos actuales de fabricación varía de 10 a 20%.
- **El aceite de hachís** se obtiene de la destilación de la planta por solventes orgánicos y su concentración de THC varía de 15 a 50%, pero hay muestras que llegan a presentar 85% de THC.

IMAGEN #13 MARIHUANA



Fuente: [http://ociomentario.blogspot.com/2009\\_11\\_01\\_archive.html](http://ociomentario.blogspot.com/2009_11_01_archive.html)

**Inhalantes:** Dentro de la categoría de los inhalantes se encuentran ciertas sustancias que no son consideradas drogas, como el pegamento, los disolventes y los aerosoles (productos de limpieza, por ejemplo). La mayoría de las sustancias inhaladas (esnifadas) con intención de conseguir un efecto psicológico tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central.

<sup>13</sup>Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma. Pag. 39.

### 1.1.2.2. CONCEPTOS REFERIDOS AL USO DE SUSTANCIAS.

Cuando el consumo de sustancias se vuelve más regular y crónico en la persona, esta se vuelve drogodependiente.

**ABUSO:** “para referirse al patrón de uso de una sustancia fuera de los márgenes social o médicamente aceptados en una determinada cultura.”<sup>14</sup>

**HÁBITO:** “el conjunto de conductas repetitivas que un individuo realiza, en este caso el consumo de una droga, pero sin mediar todavía el fenómeno de la tolerancia y dependencia, esto es, aún sin llegar a la necesidad de aumento de dosis.”<sup>15</sup>

**ADICCIÓN:** “se define por la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones dis-placenteras, aun sabiendo que a medio y largo plazo dicha conducta produce efectos negativos a diferentes niveles.”<sup>16</sup>

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

<sup>14</sup>Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma. Pag. 34.

<sup>15</sup>Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma. Pag. 34.

<sup>16</sup>Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma. Pag. 34.

**CRAVING:** “aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica. Recoge este término aspectos fisiológicos (tolerancia, abstinencia, búsqueda del efecto euforizante de las sustancias) y psicológicos (incluidos los promovidos por la interacción social).”<sup>17</sup>

**TOLERANCIA:** es "un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto fármaco-dinámico, es necesario una dosis mayor". (Según OMS.)

**TOLERANCIA CRUZADA:** es "un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo". (Según OMS.)

### 1.1.3.¿POR QUE CONSUMEN DROGAS LAS PERSONAS?

En la mayoría de los casos, la decisión de consumir drogas desde un comienzo, es voluntaria. Las personas vulnerables, que se encuentran experimentando serias dificultades en sus vidas, por muchos y diversos motivos, llegan, en un momento dado, a sentir debilidad o a creer que no son capaces de seguir adelante sin la ayuda del cambio del estado de ánimo que les proporciona la droga. Es decir, llegan a creer que la droga les hace más fuertes e incluso, a olvidar sus problemas aunque sea por un momento. Pero

<sup>17</sup>Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma. Pag. 35.

cuando se convierte en adicción, la capacidad de auto controlarse de cada individuo se vuelve absolutamente nula.

Los drogadictos buscan evadir sus aflicciones con el consumo de drogas y lo hacen por las siguientes razones:

**PARA SENTIRSE BIEN.** Gran parte de las drogas de abuso ocasionan intensas sensaciones de placer. Este efecto de euforia que sienten al inicio va seguido por otras consecuencias, que varían dependiendo del tipo de droga utilizada. Así, el “high” o euforia que produce la cocaína y otros estimulantes, es seguido por sentimientos de poder, confianza en si mismo y aumento de energía. Contrariamente a la euforia originada por los opiáceos como la heroína es seguida por sensaciones de relajación y bienestar.

**PARA SENTIRSE MEJOR.** Personas que tienden a sufrir de ansiedad o fobia de índole social, desórdenes concernientes al estrés o depresión, acuden al consumo de drogas con el fin de alcanzar una disminución en su estado de ánimo dominado por la angustia. El estrés es un factor preponderante que establece el comienzo o la rutina de abuso de drogas y las recaídas de las personas que se encuentran en período de recuperación.

**PARA RENDIR MEJOR.** Algunas personas sienten el requerimiento de aumentar su rendimiento deportivo y emplean sustancias químicas que pueden desempeñar un rol semejante en la tentativa de inicio y en la permanencia del abuso de la droga.

**POR CURIOSIDAD o “porque los demás lo hacen”.** A este respecto, los adolescentes son esencialmente indefensos debido a la gran influencia que ejerce sobre ellos

la intimidación que viene de parte de sus amigos y compañeros. Hay más factibilidad, por ejemplo, que se involucren en conductas desafiantes y temerarias.<sup>18</sup>

### 1.1.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS.

#### 1.1.4.1. FACTORES FAMILIARES

En este tema, uno de los elementos más importantes viene a ser la familia, y esto se debe a que en este entorno se desarrolla la personalidad. A medida que va creciendo la persona, va adquiriendo valores morales y principios que solo la familia puede dar mediante las experiencias vividas en el día a día, cuando se siente pertenencia hacia ella.

La facilidad o dificultad para obtener los recursos necesarios para poder afrontar todas las tribulaciones a lo largo de la vida, tienen mucho que ver con la relación de apego existente con los padres debido a que esta, influencia de gran manera en la conformación de la personalidad. (Ver tabla #1).

Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005), realizaron estudios importantes en personas entre las edades comprendidas de 18 y 51 años, en estos lograron encontrar que la convivencia con su familia de origen, cuando esta se maneja de una manera precavida tiene mucho que ver con una personalidad de características más defensivas, con lamentaciones relacionadas con la parte material, tendencia a alejarse de la sociedad, pérdida de apego y alejamiento de complicaciones en el entorno familiar.

<sup>18</sup> CIENCIA DE LA ADICCIÓN PDF (pag. 6)

TABLA #1 FACTORES FAMILIARES

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS	
FACTORES FAMILIARES	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres	Apego familiar
Baja supervisión familiar	Oportunidades para la implicación en la familia.
Baja disciplina familiar	Creencias saludables y claros estándares de conducta
Conflicto familiar	Altas expectativas parentales.
Historia familiar de conducta antisocial	Un sentido de confianza positivo.
Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial	Dinámica familiar positiva.
Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias	
Bajas expectativas para los niños o para el éxito.	
Abuso físico	

Fuente: Manual Adicciones Pires (pag. 49), 19 de agosto del 2010  
Elaboración: Propia

**APEGO ANSIOSO/AMBIVALENTE:** tiene relación con personas que sufren de ansiedad y depresión.

En situaciones sociales se pondrán de manifiesto innegables dificultades para ser aceptados por personas iguales y esto dará ocasión al apareamiento de rivalidad, celos y posesión, con el fin de encontrar aprobación del otro, este tipo de conducta se hará presente en la infancia y permanecerá a lo largo de la vida adulta, ocasionando serias complicaciones en términos relacionados con el aspecto psíquico-social, causando estragos de manera significativa en su bienestar y calidad de vida<sup>19</sup>.

**APEGO SEGURO:** se encuentran presentes características totalmente inversas a la depresión, ansiedad, aislamiento social y alejamiento de los conflictos por parte de la familia.

<sup>19</sup> Apego ansioso/ambivalente  
[http://www.nswslasa.com.au/main/page\\_spanish\\_\\_apego\\_inseguro\\_ansioso\\_ambivalente.html](http://www.nswslasa.com.au/main/page_spanish__apego_inseguro_ansioso_ambivalente.html). Consultado el 31 de marzo del 2012.

Zimmerman y Becker-Stoll (2002) manifiestan que los adolescentes que crecen en una familia donde se puede experimentar un apego seguro, será más fácil y tendrán más posibilidades para llegar al estado de logro de identidad, si ha sido posible expresarse y tratar abiertamente y de manera directa los problemas que surgen en el diario convivir, contrario a la existencia de un apego inseguro que se relaciona con el estado de pérdida de identidad, El adolescente puede cometer la equivocación de adoptar una estrategia inadecuada para afrontar el estrés emocional cuando ha optado por el camino del consumo de sustancias, y se la relacionaría con la existencia de un apego no seguro. (Temeroso-evitativo) (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner, 2007). La alternativa de consumir drogas legales o ilegales para disminuir la ansiedad y la depresión sería llamativa pero desafortunada, según el contexto, el primer lugar ocuparían las de carácter interpersonal, debido a la inseguridad de que son presas los sujetos. La familia en la que el padre y la madre son extremadamente temerosos son las que mayores problemas han presentando en el funcionamiento de la familia, así como una mayor presencia de trastornos de personalidad<sup>20</sup> con enfermedad psiquiátrica.

**TIPO DE CRIANZA,** la presencia y la calidad del control y la calidez paterna son claves para la crianza de los personas. Cuando se encuentran juntas, conforman los cuatro posibles estilos de crianza:

<sup>20</sup> la comorbilidad.- se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias. (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page119-es.html>) Consultado 31 de marzo del 2012.

1. Autoritario, en el cual el control es elevado y la calidez es baja;
2. Permisivo, el control es bajo y la calidez, alta;
3. Democrático, con alto control y alta calidez; e
4. Indiferente, en el que el control es bajo y la calidez también. (Shaffer, 2000).

Craig (1997) afirma que los hijos apartados y temerosos vienen de familias configuradas por padres autoritarios, en su adolescencia pueden caracterizarse por ser agresivos y rebeldes si son varones; o pasivas y dependientes si son mujeres. En el caso de hijos autoindulgentes, impulsivos e ineptos en el ámbito social o bien activos, sociables y creativos. O también rebeldes y agresivos, hay más probabilidad de que su procedencia sea de una familia con padres permisivos. Los hijos que tienen confianza en sí mismos, un mayor nivel de control personal y más adaptación en el ámbito social vienen de padres democráticos. Por último, la indiferencia en los padres dará lugar a hijos con el peor pronóstico. Por tanto, la influencia que ejercen en los hijos, estas características de los padres y su apreciación por parte del adolescente, hará que aumenten o disminuyan las probabilidades de uso, abuso y dependencia de sustancias en la adolescencia, así como su permanencia posterior (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008).

El clima familiar es otro de los factores importantes a considerar, especialmente al momento de analizar la emocionalidad negativa. Como es sabido, por poner un ejemplo, las dificultades que las madres no pueden superar para controlar las emociones, ya que ellas son las que pasan

la mayoría del tiempo con sus hijos, tienen directa incidencia con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2001).

La presencia de desacuerdos con características destructivas entre los padres, además, influye de forma notable en la relación con los iguales, incrementando la posibilidad de manifestar problemas emocionales y de conducta, así como enfermedades psíquicas, en un futuro (David y Murphy, 2007).

Estudios y análisis que se han realizado muestran que cuando se da más importancia a la familia y a los valores que la rodean, en especial, el apego y la intimidad con los padres, tiende a incrementarse el control que ejercen los padres hacia las amistades de los hijos y las actividades que suelen realizar; y decrecen en general las conductas de riesgo de los hijos, y prácticamente casi es posible descartar el consumo de drogas (Coley, Votruba-Drzal y Schlinder, 2008; Romero y Ruiz, 2007).

Una cualidad que se encuentra íntimamente ligada a las mencionadas con anterioridad, es la disciplina familiar. Debido a la ausencia de firmeza para ser impuesta, la falta de intervención de parte de la madre y las reducidas esperanzas de los padres son una puerta abierta al consumo de sustancias. El alto nivel de emocionalidad negativa en las familias incrementa la posibilidad para la aparición de problemas emocionales y de conducta en los hijos, que es posible desbordar a las madres poco competentes para manejarse, valiéndose de la agresión como una alternativa para llegar a la disciplina (Ramsden y Hubbard, 2002).

En relación a la organización de la familia, son importantes las características antisociales en un mayor grado en los diferentes integrantes de la familia, incluyendo a los hijos, cuando se encuentra ausente uno de los progenitores, en especial, si no es localizable (Pfiffner, McBurnett y Rathouz, 2001).

Por otra parte, los adolescentes que pueden contar con solo uno de sus progenitores, se encuentran más indefensos ante la probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales (Longest y Shanahan, 2007; Oman et al., 2007).

En familias donde existe consumo de sustancias por parte de los padres y sus actitudes hacia este son inadecuadas prevalece otro factor muy importante en el uso y abuso de sustancias. Por tanto, una actitud más favorecedora y una conducta de más alto consumo por parte de los padres tendrán directa relación con hijos que no pueden negarse al consumo de drogas. En este sentido, el hecho de que existan reglas específicas en cuanto al consumo de sustancias ilegales viene a constituir un elemento de protección hacia ellas, siempre y cuando sean aceptadas como un factor de riesgo por parte de los padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

La presencia de enfermedades psicológicas en los padres viene a ser un agente de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, contribuyendo, al mismo tiempo con el riesgo del uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). A su vez, el consumo de sustancias puede causar problemas en la salud mental, formándose una relación de dos direcciones que se alimenta de forma retrógrada, siendo la doble

naturaleza de los conflictos psicológicos un fenómeno condicionalmente repetitivo (Kamon, Stanger, Budnay y Dumenci, 2006).

### 1.1.4.2. FACTORES DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES

El grupo de congéneres va obteniendo mayor importancia durante la adolescencia en un individuo, y esto va de la mano con la conquista progresiva de la autonomía de la familia. Por esta razón está comprobado de manera considerable su rol como elemento de riesgo y/o la protección para las desviaciones en las conductas de forma general. Y el consumo de sustancias de forma particular, en el inicio y durante el tiempo que continúa la adicción, en especial si hay la presencia de diferentes conductas antisociales. (Friedman y Glassman, 2000).

Efectivamente, en estudios realizados se puede observar que el 12% de las personas adictas opinan que el grupo de sus semejantes han influenciado de manera directa para que se de el consumo de sustancias (Swadi,1989). Sin embargo, adicional a esta supuesta presión ejercida de forma directa, está presente una influencia indirecta, esta tiene relación con la selección de un grupo para formar parte de él, y con los procedimientos para socializar (Simons-Morton y Chen, 2006). Swadi (1989) afirma que el considerado mejor amigo del adolescente consumidor también consume drogas en el 24% de los casos, en comparación a tan sólo el 3% de los casos en que los sujetos que consumen sustancias. Evidentemente, el concepto que la persona tenga sobre drogas y la forma de actuar de los compañeros con respecto al consumo de

sustancias, constituye también un agente de riesgo para aquel, al transgredir las propias actitudes y conductas. Igualmente, el hecho de saber que los iguales son consumidores de alcohol, supone el uso de alcohol y cannabis en el sujeto en estudio, y la observación del uso de cannabis en los iguales augura el de alcohol (D'Amico y McCarthy, 2006).

Sin embargo, no solamente el hecho de pertenecer a un determinado grupo puede aumentar el consumo de sustancias, sino que además, cuando el sujeto se siente rechazado por sus iguales es posible que aumente el riesgo de conflictos emocionales y de conducta, igual que de enfermedades psicológicas y de consumo de drogas (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

**TABLA #2 FACTORES COMUNITARIOS**

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS	
FACTORES DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.	Apego a los iguales no consumidores.
Compañeros consumidores.	Asociación con iguales, implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativa, de ayuda, religiosa u otras.
Conducta antisocial o delincuencia temprana.	Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.
Rechazo por parte de los iguales.	No ser fácilmente influenciado por los iguales.

Fuente: Manual Adicciones Pires (pag. 49, 50), 19 de agosto del 2010  
Elaboración: Propia

En suma, se puede afirmar que el grupo y el apego a los iguales, del mismo modo, pueden transformarse en un importante elemento de protección si estos no consumen drogas, debido a que esto hace que se fomente la difusión

de una forma de vida con sanidad y poniendo en práctica valores y actitudes en pro de lo social. (Ver tabla #2)

### 1.1.4.3. FACTORES ESCOLARES

La escuela, junto con la familia, son unos de los primeros medios para socializar desde la infancia temprana, puesto que es allí donde los niños y adolescentes pasan gran parte del día. A esto se debe que sea fundamental el rol que desempeña en la protección contra el uso, abuso y dependencia de sustancias. (Ver tabla #3)

**TABLA #3 FACTORES ESCOLARES**

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS	
FACTORES ESCOLARES	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Bajo rendimiento académico.	Escuela de calidad.
Bajo apego a la escuela.	Oportunidades para la implicación prosocial.
Tipo y tamaño de la escuela (grande).	Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial.
Conducta antisocial en la escuela.	Creencias saludables y claros estándares de conducta.
	Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro.
	Clima institucional positivo.

Fuente: Manual Adicciones Pires (pag. 50), 19 de agosto del 2010  
Elaboración: Propia

Así, cuando adicionalmente se imparte una educación integral de calidad en el centro escolar, se puede evidenciar un satisfactorio seguimiento personal de los alumnos, así como de sus necesidades, y una rectificación de las mismas, se intenta promover una mayor independencia y un sentido de la responsabilidad de mas alto nivel, que se relacionan con una probabilidad mucho menor de que aparezcan

problemas en la conducta, así como consumo de sustancias.

Otra causa importante que repercute en el uso de drogas es el rendimiento escolar, este incrementa el riesgo de consumo al presentarse un caso de fracaso escolar, sin importar cuáles sean sus motivos, y, contrariamente, llegando a establecerse como una de las principales causas de protección si se han obtenido buenos resultados, lo que posiblemente se deba a la experiencia de éxito que experimenta el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010).

El tamaño de la escuela también parece ser importante, ya que se dificulta la supervisión tanto como el apoyo de las autoridades hacia los alumnos en planteles educativos grandes, igual que la motivación y el involucrarse en el proceso completo de la educación. Contrariamente, se consigue innegables factores de protección cuando es posible mostrar interés, percibir y tener disponibilidad por parte del profesorado para analizar los problemas personales y buscar soluciones.

Así como sentir satisfacción con la escuela y encontrar bienestar en ella aumenta la posibilidad de desarrollar conductas adecuadas y reduce las probabilidades de uso de sustancias (Piko y Kovács, 2010), cuando el apego a la escuela es mínimo, existe un peligro latente. Las frecuentes faltas al centro escolar incrementan las posibilidades, de forma irrelevante, de que el adolescente termine involucrándose en conductas equivocadas para su edad o de carácter antisocial, entre ellas, el consumo de drogas (Gottfredson, 1988). Además, a esta variable pueden sumarse los problemas como el fracaso escolar, un bajo apego familiar, etc., que podrían tener un efecto en el cual

el uno podría alimentarse de la existencia del otro sobre los problemas y el desequilibrio del adolescente y, por tanto, sobre las posibilidades de propagar el uso, abuso o adicción de sustancias.<sup>21</sup>

#### 1.1.4.4. FACTORES INDIVIDUALES

Los biológicos, los psicológicos y conductuales, así como los rasgos de personalidad son los factores de riesgo individual que podemos analizar en este grupo.

##### 1. Factores biológicos

Los llamados factores genéticos pertenecen a la mayor parte de los estudios en este campo, existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol en los padres y en los hijos. Estudios genéticos realizados señalan que los hijos adoptados por alcohólicos tienen una mayor tendencia (1,6 – 3,6) a desarrollar adicción al alcohol, comparados con los hijos de personas que no consumen alcohol y que son adoptados (McGue, 1994).

Los tradicionales estudios de Cadoret (1992) y Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth y Stewart (1996) muestran el desempeño de un papel más importante por parte de los factores genéticos en la conversión del uso, al abuso de drogas, que en su propio uso. Fusionan dos esquemas derivados de la biología y de la genética que difieren en la difusión del abuso de sustancias de las personas en adopción: el primero, tiene mucho que ver con el abuso de sustancias por parte del padre biológico y que se condiciona al abuso y dependencia en el individuo que es adoptado; y el

<sup>21</sup>Manual Adicciones Pires (pag. 53), 19 de agosto del 2010, Elisardo Becoña Iglesias, Maite Cortés Tomás.

segundo, que viene a ser una especie de manifestación de un sentimiento de cólera inferior y que tiene relación con la relaciona con la criminalidad por parte del padre biológico.

El Yale FamilyStudy afirma que: “existe una gran relación familiar entre el abuso de sustancias entre padres e hijos; que hay alguna especificidad<sup>22</sup> por pertenecer a esa agrupación familiar, en lo que se refiere a drogas de abuso en particular, y autonomía entre alcoholismo y los trastornos que se producen por el hecho de haber consumido sustancias; las causas familiares se relacionan mucho más con la dependencia que con el abuso de sustancias; y que los trastornos de tipo psiquiátrico tienen directa relación con el apareamiento de trastornos por uso de sustancias, tanto por factores de riesgo que desencadenan los trastornos<sup>23</sup>, así como de resultados” (Merikangas y Avenevoli, 2000, p. 814).

El sexo y la edad son dos factores esencialmente de gran importancia dentro de los factores biológicos, en el uso de sustancias, debido a que en la totalidad de sustancias ilegales se puede observar una mayor prevalencia de consumo en el grupo de menor edad en los varones, en especial en los de 15 a 34 años. Según datos recogidos en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2008), Efectivamente, de acuerdo a lo que se señaló con anterioridad, la adolescencia es una etapa donde predomina el riesgo concerniente al uso de drogas, decreciendo su consumo a medida que se va entrando en la adultez.

<sup>22</sup>especificidad s. f. Conjunto de propiedades o características de una persona o una cosa que permiten distinguirla de otras. <http://es.thefreedictionary.com/especificidad> Consultado 1 de abril del 2012

<sup>23</sup>PREMORBIDO: Todo lo que ocurre, antes de que una enfermedad se manifieste realmente. <http://fepamur.com/glosario.htm>. Consultado 1 de abril del 2012.

## 2. Factores psicológicos y conductuales

El hecho de que la proporción de personas que padecen trastornos por uso de sustancias, ligado a otros trastornos psiquiátricos ha recibido una atención significativa durante los últimos años, dando lugar a la instauración de la investigación psiquiátrica como un factor determinante de riesgo para el consumo de sustancias, en especial cuando se trata la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007).

El incremento de la posibilidad del uso de sustancias en los adolescentes también se da cuando se presentan trastornos de origen psicológico y psicopatológico (Brook et al., 2001). Adicionalmente, en el caso de que ya exista consumo, la probabilidad del apareamiento de perturbaciones mentales aumenta. (Kamon et al. 2006). Según indican estudios realizados la presencia de estado de ánimo depresivo al inicio de la adolescencia incrementa la probabilidad del uso de sustancias y el cannabis podría ser utilizado como una alternativa para combatir los síntomas, Kessler y Kandel, 1977).

Contrariamente, el abuso y la adicción son factores directamente relacionados con el aumento de riesgo de sufrir desajustes en el campo afectivo, en tanto que, en lo que se refiere a los trastornos de ansiedad únicamente la adicción se establece como un factor de riesgo. En cambio, es necesario indicar que las complicaciones que más relación tienen, usualmente, con el consumo de sustancias son el trastorno de conducta y la perturbación derivada del déficit de atención por hiperactividad (TDAH). De este modo, el 52% de los adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta y el 50% de los adolescentes que padecen

TDAH que se encuentran en tratamiento, lo hacen además para trastornos por uso de sustancias (Reebye, Moretti y Lessard, 1995; Horner y Scheibe, 1997).

Adicionalmente, el consumo por parte de los pacientes que sufren de TDAH se da con anterioridad, manifiestan abusos más graves y su probabilidad de presentar desórdenes de conducta es mayor.

La conducta antisocial es uno más de los agentes de riesgo que se halla directamente relacionado con el consumo de sustancias y, en efecto, el consumo de drogas se asocia con otras conductas delictivas.

Resultados obtenidos de estudios realizados indican que la agresividad física en la niñez y en la adolescencia es una advertencia de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008).

Un adolescente cuya conducta es agresiva tiene la probabilidad de convertir esta conducta en una destreza habitual para enfrentar sus problemas, se puede llegar a transformar en un modelo de personalidad que origine un desajuste antisocial de la misma, en el que se hace habitual el consumo de sustancias. (American Psychiatric Association, 2002).<sup>24</sup>

El consumo de drogas a edades prematuras aumenta la posibilidad de que su consumo se prolongue, marcando una relación entre el consumo practicado a partir de la década de los veinte y el actual, al término de esta, con la

<sup>24</sup>Manual Adicciones Pires (pag. 53), 19 de agosto del 2010, Elisardo Becoña Iglesias, Maite Cortés Tomás.

probabilidad de que el uso se convierta en abuso o dependencia y que las drogas lleguen a constituir un agente de estilo de vida (Brook et al., 2000; Newcomb y Bentler, 1988).

Cuando el tabaco y el alcohol son consumidos en edades tempranas, hay el riesgo de que esto se convierta en una puerta abierta hacia las drogas de tipo ilegal. Del mismo modo, el consumo de cannabis en los adolescentes constituye un factor de riesgo de importancia para el consumo de otras sustancias ilegales (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

El abuso físico o sexual en la infancia viene a ser eventos traumáticos que tienen relación con la aparición de desequilibrios mentales, en especial, con depresión y trastorno de estrés postraumático, así también con el abuso de drogas. Las personas que vivieron en su niñez alguna experiencia de este tipo, tienen una probabilidad tres veces más alta de caer en una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000), aumentando hasta siete y diez veces más, en caso de que sus experiencias traumáticas hayan sido cinco o más (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003). En una de las últimas investigaciones de los datos del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, en el cual se estudió detenidamente a más de 43000 individuos, se pudo observar que las personas que habían experimentado dos o más episodios adversos (divorcio de los padres, muerte de un padre biológico, vivir con una familia de acogida, vivir en una institución) tenían 1,37 veces más posibilidades de adquirir una adicción a drogas como el alcohol, en comparación a los

que habían experimentado únicamente un evento trágico o ninguno (Pilowsky, Keyes y Hasin, 2009).

En suma, en lo que concierne a factores de tipo psicológico y de conducta, es necesario mencionar las actitudes existentes hacia el consumo de drogas. De este modo, según estudios realizados se ha concluido que un tipo de actitud más conveniente hacia el consumo de drogas tiene relación con una mayor experimentación, con una deformación en el discernimiento de riesgo y en las creencias desacertadas sobre las consecuencias del uso de drogas, una baja defensa a la presión de grupo y una más alta disposición conductual al consumo y, por ende, con una mayor posibilidad de este (Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006).

### **3. Rasgos de personalidad**

Es una constante en la investigación de las adicciones el tratar de evidenciar una probabilidad de que el consumo frecuente de sustancias se relacione con la clase de personalidad de los sujetos que la consumen, el fin es prever la posibilidad de que aparezca posteriormente al abuso y dependencia, asimismo, tratar de encontrar un tratamiento que sea eficaz y prevenir los mismos, admitiendo las inciertas características de los sujetos mencionados, de forma particular.

Se han realizado algunos estudios e investigaciones con el fin de alcanzar un determinado tipo de personalidad, a la vez que se ha realizado el ajuste de otras características más específicas.

Entre los tipos más conocidos están:

- a) El Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae – que incluyen los siguientes:
  1. Neuroticismo,
  2. Extraversión,
  3. Apertura,
  4. Amabilidad; y,
  5. Responsabilidad.
- b) El Modelo Alternativo de los Cinco Factores, como por ejemplo, el de Zuckerman y sus colaboradores; y
- c) Los Modelos de Tres Factores, entre los principales están:
  1. Eysenck
  2. Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo
  3. El de Cloninger –Evitación del Dolor, Adicción a la Recompensa y Búsqueda de Cosas nuevas– (Sher, Bartholow y Wood, 2000).

Por ejemplo, en lo que se refiere al modelo de Costa y McCrae, las investigaciones realizadas revelan de una manera sólida que los adultos y los adolescentes se rigen por un modelo marcado por evaluaciones altas en Neuroticismo y bajas en Amabilidad y Responsabilidad cuando se presenta abuso o dependencia de sustancias, (p. ej., Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Ball, Poling, Tennen, Kranzler y Rousanville, 1997).

La impulsividad es un rasgo de la personalidad que se relaciona de manera clásica a los estudios en adicciones, en esta se incluye dos tipos. El primero de ellos se encontraría más asociado con los obstáculos para postergar el estímulo y con el apremio de fortalecimiento urgente, y se

considera que la importancia es mayor en la etapa inicial del consumo y en la conducta de obtención del consumo de sustancias. A parte de esto, la nombrada impulsividad no planeada, se relaciona con una respuesta instantánea, espontánea e incluso insensata, y tiene mucho que ver con el hecho de no renunciar al consumo y con la presencia de trastornos psicológicos, a la que puede seguir una pérdida a nivel de lóbulos frontales (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Dawe y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lassar, Herman y Anderson, 2005).

Las investigaciones revelan claramente que existe una relación entre el uso y el abuso de sustancias y un alto nivel de impulsividad, igual que la presencia de aumento de riesgo, lo que da origen a la aparición de mayor cantidad de situaciones así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de situaciones experimentadas con un alto nivel de estrés. A parte de esto, se considera que cuando el consumo es de varias sustancias se relaciona con un incremento de la impulsividad y con una menor incidencia de riesgo (Clark, Robbins, Ersche y Sahakian, 2006; Hayaki et al., 2005; Ryb, Dischinger, Kufera y Read, 2006).

Marvin Zuckerman conceptualiza la Búsqueda de Sensaciones como el requerimiento que tiene la persona de vivir nuevas experiencias y sensaciones, problemáticas y diversas, así también, el anhelo de asumir riesgos físicos y de índole social para llegar a satisfacerlos (Zuckerman, 1979).

Este estudio incluye cuatro clases:

- a) **Búsqueda de Emociones**, consiste en el deseo de involucrarse en actividades que tienen cierto grado de peligro físico.
- b) **Búsqueda de Excitación**, se asocia con crear innovaciones en la forma de vivir y estimulación de la mente.
- c) **Desinhibición**, concierne lo relacionado con comportamientos de extraversión en situaciones sociales.
- d) **Susceptibilidad hacia el aburrimiento**, se refiere a la intolerancia de experiencias repetitivas y a la monotonía.

La búsqueda de nuevas sensaciones tiene una clara y evidente relación con el consumo de sustancias, es así que es posible prever su presencia o ausencia, convirtiéndose en elemento de riesgo para el uso y el abuso (Fergusson et al., 2008).

Varios estudios han sugerido la existencia de cierta diferencia entre varios tipos de sustancia (Adams, Heath, Young, Hewit, Correy y Stallings, 2003). De este modo, los sujetos que tienen baja puntuación en búsqueda de sensaciones adquirirían una tendencia a consumir en mayor cantidad el alcohol y el cannabis, al contrario de los sujetos que tienen alta puntuación, tratarían de encontrar sustancias que les otorgue estimulación. Adicionalmente, los motivos para consumir sustancias serían distintos, puesto que los primeros buscan evadir el tedio, los otros pretenden alcanzar placer por medio de la estimulación. (Ver tabla #4)<sup>25</sup>

<sup>25</sup>Manual Adicciones Pires (pag. 53)

TABLA #4 FACTORES INDIVIDUALES

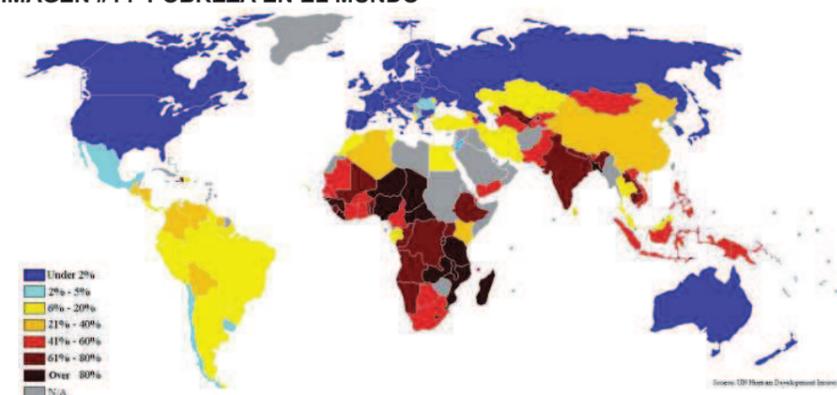
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS	
FACTORES INDIVIDUALES	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Biológicos.	Religiosidad.
Psicológicos y conductuales.	Creencia en el orden social.
Rasgos de personalidad.	Desarrollo de las habilidades sociales.
	Creencia en la propia auto-eficacia.
	Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.
	Orientación social positiva.
	Poseer aspiraciones de futuro.
	Buen rendimiento académico e inteligencia.
	Resiliencia.

Fuente: Manual Adicciones Pires (pag. 50), 19 de agosto del 2010, Elisardo Becoña Iglesias, Maite Cortés Tomás.  
Elaboración: Propia

### 1.1.5. PROBLEMAS SOCIALES A NIVEL MUNDIAL

2. En el mundo uno de los más graves problemas es la pobreza según El Banco Mundial, sugiere una línea de pobreza de (ver Imagen #14 y 15):

IMAGEN #14 POBREZA EN EL MUNDO



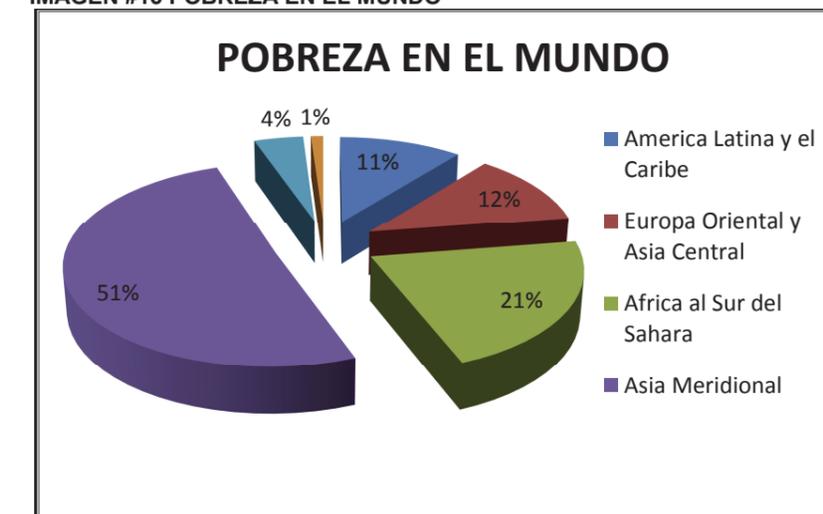
Fuente: <http://www.forometropolis.com/foro/showthread.php?t=13778>

a) 2 dólares diarios para América Latina y el Caribe,

b) 4 dólares diarios para Europa Oriental y la ex Unión Soviética,

c) y 14 dólares diarios por persona para los países industrializados.

IMAGEN #15 POBREZA EN EL MUNDO



Fuente: [http://www.rolandocordera.org.mx/esta\\_inter/pobreza.htm](http://www.rolandocordera.org.mx/esta_inter/pobreza.htm), 2011

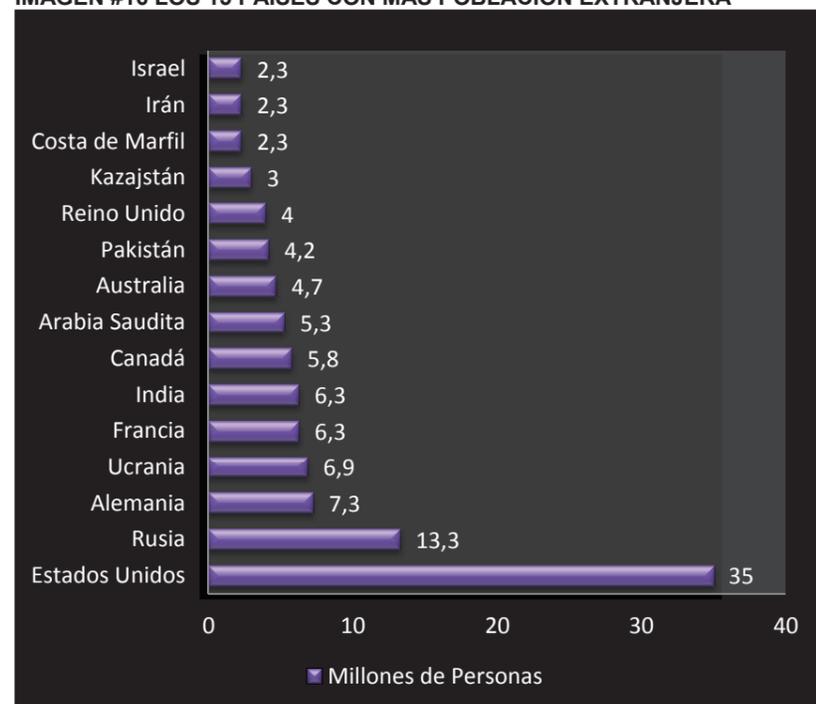
Cada país tiene su cifra de pobreza de acuerdo a la economía del mismo.

Y debido a esto las personas tienen que migrar a los países de primer mundo con mejor estabilidad económica para salir adelante y tener una mejor vida.

Los flujos más importantes de migración partieron con destino a América, aunque también otros europeos se dirigieron hacia África y Australia. Hoy día han vuelto a cambiar estas corrientes predominando los desplazamientos sur-norte, desde países menos desarrollados a los más desarrollados, especialmente Norte América y Europa (ver Imagen #16).<sup>26</sup>

<sup>26</sup> <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/jornadas/exposicion-poblacion/paneles/panelMundo.htm>

IMAGEN #16 LOS 15 PAÍSES CON MAS POBLACIÓN EXTRANJERA



Fuente: Panel Migraciones Mundo PDF

Latino América en los porcentajes de inflación del 2010 disminuyó en la mayoría de países, es así que en el caso de Paraguay, Bolivia, Guatemala, El Salvador y México presentaron deflación, mientras que el Ecuador registró uno de los más bajos niveles de inflación de la región (0.02%). Costa Rica fue el país con la más alta inflación mensual (3.2%), seguido por Venezuela (2.6%).<sup>27</sup> (Ver imagen #17)

IMAGEN #17 INFLACIÓN MENSUAL DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA



Fuente: Banco Central del Ecuador, 2011

La crisis política y económica por la que el Ecuador ha cruzado es causante de la pobreza, migración urbana, rural y extranjera, la dolarización y de la inestabilidad de los gobiernos de turno se ha ido incrementando.

Los problemas sociales existentes en el Ecuador tienen directa incidencia con los pobres y necesitados de las ciudades, y también a los campesinos que equivocadamente deciden migrar a la ciudad afectando principalmente a los niños.

Esta problemática es muy dramática, ya que un 70% de los 4.8 millones de niñas y niños de Ecuador viven en la pobreza. Obligando así a aproximadamente 430.000 niños y niñas con edades entre los 5 a los 17 años de edad a trabajar, la desnutrición está presente en un 15% de los niños y niñas menores de cinco años.<sup>28</sup>

A nivel urbano la pobreza llegó a 22,5% y en el rural a 53% a diciembre de 2010. Mientras que la pobreza extrema bajó de 16,9% en el 2006 a 13,9% en el 2010.

En el caso del Coeficiente de Desigualdad (GINI), Ecuador también registró una caída al pasar de 0,54 en el 2006 a 0,50 en el 2010. Según las encuestas trimestrales de empleo y desempleo en el área urbana, la reducción se acentúa durante el 2011, así el GINI llegó a 0,46 en septiembre de 2011 (en septiembre de 2006 fue de 0,49).<sup>29</sup>

El sector social está completamente desatendido y sus consecuencias son entre otras, la aparición de múltiples problemas sociales como la alimentación de baja calidad y nivel profesional, la delincuencia, la prostitución, asesinatos, el alcoholismo, la desintegración familiar, la drogadicción, y la pobreza; por esta última muchos niños y jóvenes de las familias se ven obligados a trabajar en especial en la calle como betuneros, vendedores de periódicos, frutas, limpia carros, como distribuidores de drogas (mulas), etc,

<sup>27</sup> Inflación en el Ecuador [http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EvolucionEconEcu\\_06-10.pdf](http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EvolucionEconEcu_06-10.pdf) . Consultado 19 de marzo del 2012.

<sup>28</sup> Crisis Social [utiquintob.wikispaces.com/file/view/Reseña+Histórica.doc](http://utiquintob.wikispaces.com/file/view/Reseña+Histórica.doc). Consultado 19 de marzo del 2012

<sup>29</sup> La pobreza en Ecuador bajó 4,8 puntos entre 2006 y 2010 [http://www.inec.gov.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=473%3A%20a-pobreza-en-ecuador-bajo-48-puntos-entre-2006-y-2010&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gov.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=473%3A%20a-pobreza-en-ecuador-bajo-48-puntos-entre-2006-y-2010&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es). Consultado 19 de marzo del 2012

**CAPITULO II**  
**PROBLEMÁTICA**

## 2.1. FACTORES QUE FAVORECEN AL CONSUMO DE DROGAS

Como se explica en el capítulo anterior los factores de consumo más relevantes son:

- La pobreza
- Migración Urbana
- Migración Rural
- Migración Exterior
- Desempleo

Los factores socioeconómicos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas se puede observar un bajo nivel de educación, abandono escolar, el desempleo, los bajos salarios bajo el costo para alcanzar a la canasta básica, los trabajos difíciles de acceder, rentas altas y deudas, falta de domicilio, la mortalidad y las enfermedades relacionadas con las drogas, las dificultades para acceder a la atención médica y los estigmas sociales.<sup>30</sup>

### 2.1.1 POBREZA Y DROGAS

Es uno de los problemas que en los últimos años se ha ido incrementando, y las personas se siguen albergando cada vez más en el consumo de drogas.

La crisis social ha ido creciendo en Ecuador, el país ha ido experimentando durante los últimos años el empobrecimiento más acelerado. Entre 1995 y 2000, el número de pobres subió de 3,9 millones de personas a 9,1 millones; la pobreza extrema se dobló de 2,1 millones de personas a 4,5 millones. Entre el 2001 y el 2002, la pobreza y la exclusión social, que bordea el 80% de la población ecuatoriana, se han incrementado<sup>31</sup>. (Ver tabla # 5)

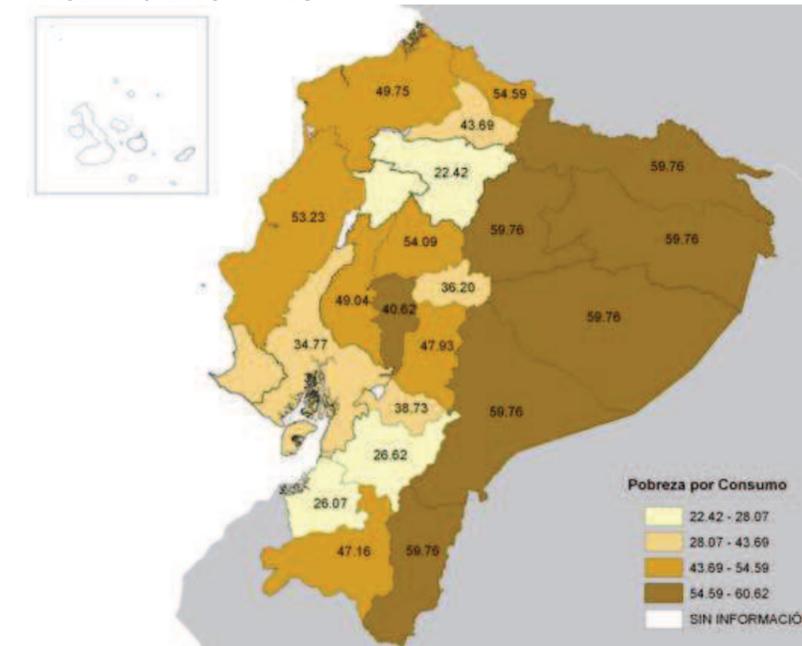
TABLA #5 INDICADORES DE POBREZA

INDICADOR DE POBREZA NACIONAL URBANO RURAL				
Trimestres	Incidencia de pobreza	Error estándar	Límite inferior	Límite superior
Dic-06	37,60%	0,75%	36,15%	39,08%
Dic-07	36,74%	0,68%	35,41%	38,09%
Jun-08	34,97%	0,85%	33,33%	36,65%
Dic-08	35,09%	0,68%	33,77%	36,43%
Dic-09	36,03%	0,69%	34,70%	37,38%
Jun-10	33,01%	0,69%	31,66%	34,39%
Dic-10	32,76%	0,59%	31,61%	33,94%

Fuente: INEC  
Elaboración: Propia

En el mapa (ver imagen #18) se puede observar, las desigualdades sociales y económicas. Las provincias de Bolívar, Carchi, Chimborazo y toda la Amazonía tienen la mayor incidencia de pobreza de consumo. De igual forma, los habitantes de las zonas rurales tienen un nivel de pobreza muy por encima de la media nacional, alcanzando el 62%.<sup>32</sup>

IMAGEN #18 EMIGRANTES



Fuente:SIISE<sup>33</sup>-INEC, con base en ECV 2005-2006, INEC, CISMIL

En el DMQ habita el 15% de la población nacional (12'156.608 habitantes según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y concentra el 17.4% de la población económicamente activa del país.

La subocupación es uno de los fenómenos importantes dado en los últimos años. La existencia de altos índices de desempleo ha originado que una parte de la población del DMQ se dedique a buscar empleos en el sector informal. Existen agudos niveles de desempleo en los jóvenes y un gran número de niños de bajos recursos que trabajan. El DMQ tiene una población de 418.465 niños y adolescentes de entre 6 y 18 años de edad que trabajan. De los niños trabajadores el 78% sólo trabaja y no estudia. El grupo poblacional de entre 15 y 18 años se ve afectado por un 51% de desempleo y desocupación.

<sup>30</sup> <http://ar2003.emcdda.europa.eu/es/page075-es.html>

<sup>31</sup> Pobreza en el Ecuador <http://www.zonaeconomica.com/ecuador/evolucion-inflacion/inflacion>. Consultado 19 de marzo del 2012

<sup>32</sup> PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

<sup>33</sup> Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)

Las pocas oportunidades para conseguir trabajo sumado a la depreciación del salario, a pesar de que el ingreso per cápita es el más alto en comparación al resto del país, han dado como resultado un incremento de la economía informal y también una importante salida de quiteños fuera del país.

Según datos del INEC (2003) la población del DMQ está compuesta principalmente por mestizos (68%) y blancos (25%). Los indígenas y afroecuatorianos son minorías que no acceden a los mismos salarios ni tienen las mismas oportunidades que un mestizo que recibe un sueldo mensual de USD 164 y de un blanco que recibe USD 268. Un indígena recibe un sueldo mensual de USD 89.

La pobreza en la población que habita en el DMQ tiene altos índices, el 45% de la población considerada pobre no tiene acceso a educación de calidad ni puede conseguir empleos bien remunerados en el sector formal.

En cuanto a la situación de la seguridad en el DMQ, se observa una emergencia de economías marginales, tales como el robo de escala, el lavado de capitales, el narcotráfico, entre otros.<sup>34</sup>

### 2.1.2. MIGRACIÓN Y DROGAS

En los últimos años, la migración ha sufrido un drástico incremento, y se ha tornado en un gran problema para la sociedad, debido a que las familias se han desintegrado su núcleo familiar ahora es algún hermano mayor, abuelos, tíos vecinos, los se hacen cargo de los jóvenes y niños que quedan sin sus padres los cuales no tienen el mismo cuidado y vigilancia que un padre o una madre puede dar.

<sup>34</sup> Contexto socioeconómico  
[http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/diagnosticofinal/diagnosticofinal\\_Quito.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/diagnosticofinal/diagnosticofinal_Quito.pdf). Consultado el 19 de marzo del 2010

Es por ello que los jóvenes, empiezan a tener problemas psicológicos y de drogadicción por las malas amistades, el abandono que ellos sienten, les lleva al consumo de sustancias ilícitas.

En estos datos se puede observar el acelerado incremento de los flujos a España desde 1992 (5.373) al 2002 (157.579 personas), convirtiéndose hasta fines del 2003 en el lugar que más incentiva la salida de los ecuatorianos (ver tabla # 6). El crecimiento migratorio hacia Italia: en el año 2000 se pueden registrar más de 23mil ingresos a ese país mientras que en el transcurso de la década del 90 tales ingresos no sobrepasaron la barrera de los 4 mil.<sup>35</sup>

**TABLA # 6 EMIGRANTES SALIDA DE ECUATORIANOS SEGÚN PAÍSES DE DESTINO ENTRE 1990 Y 2002**

Año/Destino	EE.UU.	España	Italia	Alemania	Francia
1990	102,867	2,916	1,663	2,324	2,367
1991	106,926	3,141	1,376	2,573	2,017
1992	119,748	5,373	1,847	2,805	2,233
1993	120,111	4,489	1,965	2,825	2,071
1994	134,323	5,227	2,309	3,026	2,194
1995	139,015	8,133	3,719	3,304	1,929
1996	140,594	10,365	3,489	3,755	2,592
1997	175,294	10,762	3,855	1,816	3,087
1998	129,226	13,992	1,312	524	784
1999	169,453	50,784	9,170	1,477	1,355
2000	181,745	139,152	23,265	4,264	3,643
2001	157,744	139,964	14,698	3,698	2,543
2002	208,741	157,579	15,137	2,865	2,894

Fuente: Dirección Nacional de Migración y Anuario de Migración Internacional – INEC  
 Elaboración: Propia

La migración interna en el país se ha ido incrementando ya que las grandes ciudades son puntos fijos para la migración interna.

<sup>35</sup> Migración en el Ecuador INEC consultado el 22 de marzo del 2010

La población ecuatoriana se encuentra irregularmente repartida. Hasta mediados del siglo XX la Sierra acogía a la mayor parte de la población, pero hoy en día la Costa tiene casi la mitad de los ecuatorianos. El Oriente, por el contrario, está menos poblado, un 3% del total, pero mantiene un porcentaje más alto que la Amazonía de otros países gracias a que cuenta con yacimientos de petróleo. Todo ello debido a un proceso de migración interna que adquiere tintes de auténtico éxodo rural.

Las principales ciudades de Ecuador son:

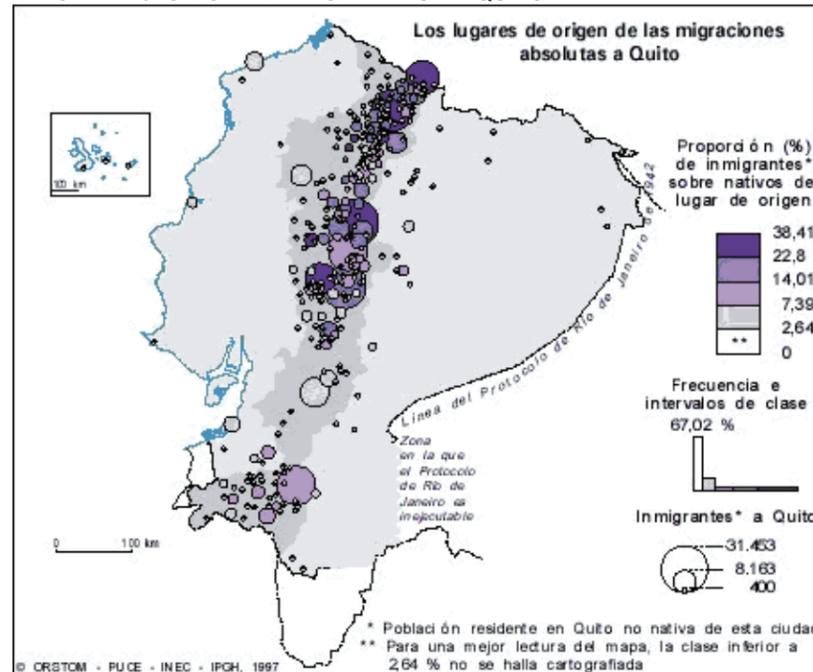
- Guayaquil, 1.952.029 h, provincia de Guayas
- Quito, 1.399.814 h, provincia de Pichincha
- Cuenca, 276.964 h, provincia de Azuay
- Santo Domingo, 200.421 h, provincia de Pichincha
- Machala, 198.123 h, provincia de El Oro
- Manta, 183.166 h, provincia de Manabí
- Portoviejo, 170.326 h, provincia de Manabí
- Eloy Alfaro, 167.784 h, provincia de Guayas
- Ambato, 154.369 h, provincia de Tungurahua
- Riobamba, 124.478 h, provincia de Chimborazo
- Quevedo, 119.436 h, provincia de Los Ríos
- Loja, 117.796 h, provincia de Loja
- Milagro, 110.093 h, provincia de Guayas<sup>36</sup>

<sup>36</sup> <http://www.ecuadorenchina.org.ec/ecuador/perfil-del-ecuador/principales-ciudades-del-ecuador>

Guayaquil y su área metropolitana acoge alrededor de 3.000.000 de personas. Es el polo de concentración de las ciudades del sur de la costa, el motor económico del Ecuador y el puerto principal. El Distrito Metropolitano de Quito, la capital de la República, y su área de influencia cuenta con 2.000.000 de habitantes.

Las migraciones, la emigración, ha sido una de las constantes más llamativas de la población ecuatoriana. El movimiento ha sido desde los pueblos de la Sierra hasta las ciudades de la Costa y el Oriente, especialmente Guayaquil, Machala, Portoviejo, Esmeraldas y Manta. En la Sierra los principales destinos han sido Quito, Cuenca, Ambato, Loja, Ibarra y Riobamba (ver Imagen # 19, 20 y 21).<sup>37</sup>

IMAGEN # 20 ORIGEN DE MIGRANTES EN QUITO



“Por ser el principal centro de comercio del Ecuador, cada año se asientan en Guayaquil un significativo número de personas provenientes de otras provincias y países.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) solo cuenta con cifras que datan de 2006, en las que se revela que la migración interna de esta ciudad asciende a 153 883 personas.

Los oriundos de Vinces representan el 6% de esa población, seguidos de los de Esmeraldas con el 5,9%, Quevedo con el 5,7%, Quito con el 4,1%, y Jipijapa con el 3,9%; el resto pertenece a ciudades como Daule, Paján, Milagro, Babahoyo, Zaruma, Portoviejo, entre otras.

IMAGEN: 19 ORIGEN DE MIGRANTES EN GUAYAQUIL

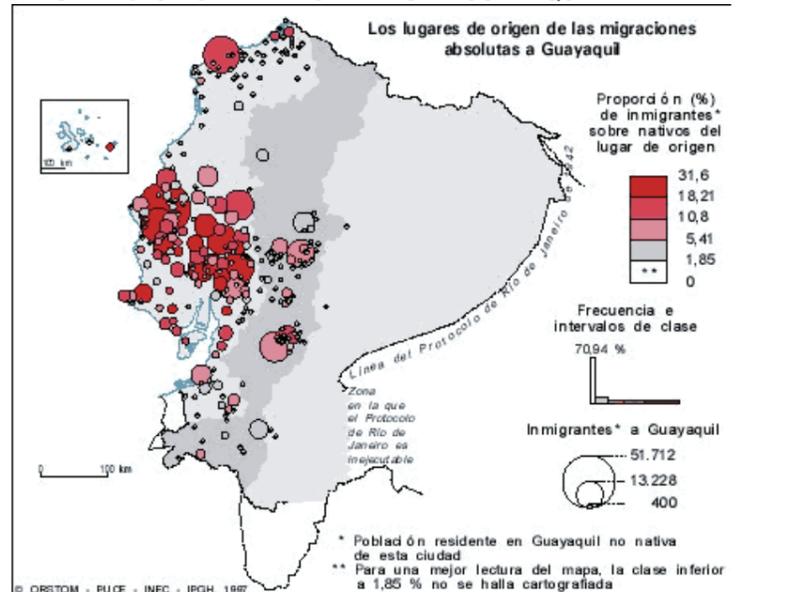
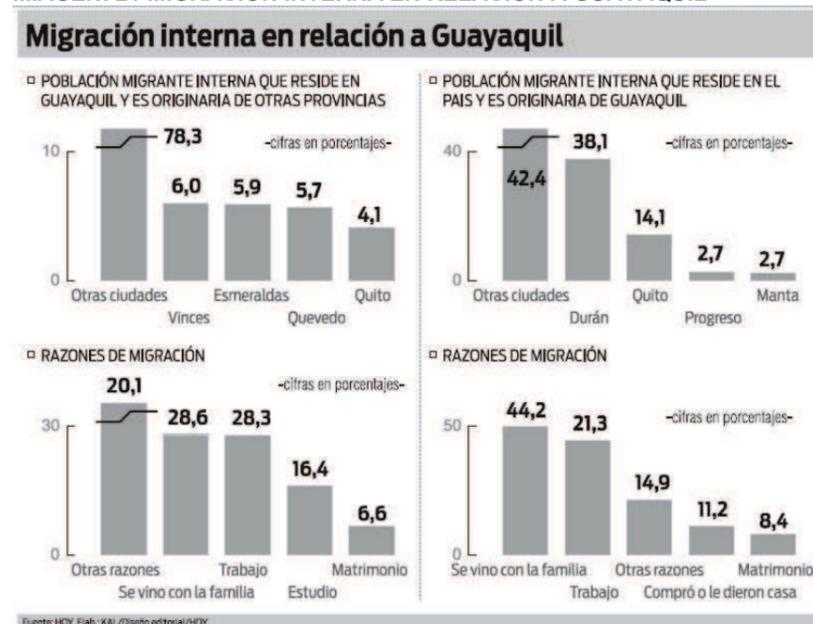


IMAGEN: 21 MIGRACIÓN INTERNA EN RELACIÓN A GUAYAQUIL



Las estadísticas no incluyen a cantones como Colta (Chimborazo), cuyos habitantes se han ubicado principalmente en las invasiones del suroeste del Puerto; negocios de venta de abarrotes y legumbres son su medio de subsistencia.”<sup>38</sup>

### 2.1.3. DESEMPLEO Y DROGAS

El desempleo es un problema social con consecuencias graves, el estrés de las personas de no tener un ingreso económico para sus familias, les lleva a el consumo de drogas para según ellos aliviar el estrés y presión que tienen, y a consecuencia de esto se vuelven dependientes de la droga y es más difícil que un drogodependiente tenga un trabajo fijo y estable.

<sup>37</sup> <http://geografia.laguia2000.com/geografia-de-la-poblacion/ecuador-poblacion>

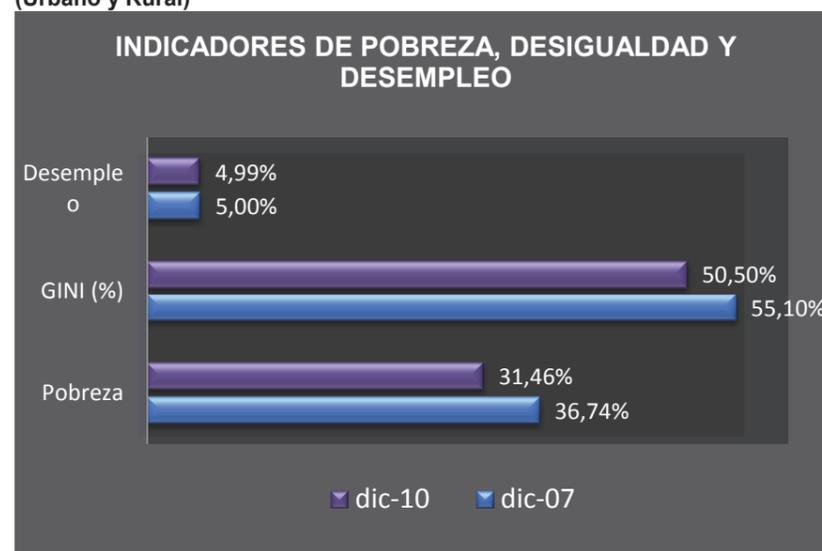
<sup>38</sup> <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/puerto-atrae-a-los-migrantes-469635.html>

**TABLA # 7 PORCENTAJES DE DESEMPLEO**

	2007 (Diciembre)	2008 (Junio)	2008 (Diciembre)	2009 (Diciembre)	2010 (Junio)	2010 (Diciembre)
QUITO	6,1%	5,9%	5,8%	6,1%	6,7%	4,3%
GUAYAQUIL	7,0%	8,7%	9,5%	11,7%	9,0%	7,6%
CUENCA	5,0%	4,6%	4,4%	4,7%	4,0%	2,5%
MACHALA	3,8%	6,2%	8,7%	8,3%	5,5%	4,4%
AMBATO	6,3%	3,9%	3,7%	4,3%	3,2%	3,2%
NACIONAL URBANO RURAL	5,0%	5,2	5,9%	6,5%	6,2%	5,0%

Fuente: INEC  
Elaboración: Propia

**IMAGEN #22 INDICADORES DE POBREZA, DESIGUALDAD Y DESEMPLEO (Urbano y Rural)**



Fuente: INEC  
Elaboración: Propia

El sector social está completamente desatendido y sus consecuencias son entre otras, la aparición de múltiples problemas sociales como la alimentación de baja calidad y nivel profesional, la delincuencia, la prostitución, asesinatos, el alcoholismo, la drogadicción, y la pobreza; por esta última muchos niños de las familias se ven obligados a trabajar en especial en la calle como betuneros, vendedores de

periódicos, frutas, limpia carros, etc.(Ver tabla # 7, Imagen #22)

La relación con la crisis social existente entre la comprensión del hombre y del mundo que una sociedad tiene, al igual que el empleo que da la sociedad a las distintas sustancias psicoactivas es muy importante. Los valores y principios morales que predominan, los estilos de vida y las creencias de la comunidad en su conjunto, con relación a las drogas afectarán, por tanto, en el hecho de escoger las sustancias y en los hábitos de consumo de estas, configurándose como elementos de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos.

La privación social de un estímulo y la falta de organización en la comunidad, que casi siempre existen en los suburbios de las grandes ciudades, son características que facilitan el consumo de sustancias en comparación con otros elementos de riesgo. Las dos variables comparten la relación de una mayor probabilidad de que la persona se involucre en casos de delito, así como en el consumo de sustancias, que pueden volverse crónicas y llegar a convertirse en un estilo de vida, debido al entorno, que en ciertas ocasiones se suma al desarrollo de una personalidad con rasgos antisociales (Becoña, 2002).

La falta de adaptación a una cultura nueva, variables que se dan en casos de emigración, a parte de los conflictos y el estrés que se relacionan con esta, contribuye a que el riesgo de usar drogas se incremente, cuando el individuo abandona por una u otra razón su ambiente le es difícil adaptarse a la nueva cultura e incluso al cambio de idioma, todo es nuevo para él, eso le hace caer en el mundo de las

drogas en busca de una estrategia para controlar el estrés y tratar de acoplarse a los cambios (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999).

## 2.2. ANÁLISIS DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA ADICTOS

De acuerdo a entrevistas realizadas a los Psicólogos que prestan sus servicios en Casa de la Prevención en Quito, los Centros de Recuperación y Rehabilitación con los que cuenta la ciudad, no poseen la infraestructura apropiada para este tipo de casos, ya que son casas improvisadas, que no fueron diseñadas por un profesional que tenga profundos conocimientos en el tema. Esto no beneficia en el grado que debería a las personas adictas que llegan en busca de ayuda. Adicionalmente, estos Centros no cumplen con las leyes y normas que exige el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En un mismo centro reúnen a adictos de diferente edad, sexo y estado de adicción y no los seccionan según el caso de cada individuo, que sería lo ideal.

Según investigaciones realizadas, el Ministerio de Salud Pública no cuenta con datos estadísticos referentes a la problemática en la mujer, no porque no existan adictas, simplemente no existe un seguimiento para tratarla en forma personalizada, y tampoco existen Centros de Recuperación especialmente para mujeres.

### 2.2.1. CENTROS DE RECUPERACIÓN EN ECUADOR

**NOMBRE:** DEJANDO HUELLAS Centro de adicciones




<b>UBICACIÓN</b>	Valle de los Chillós
<b>CAPACIDAD</b>	15 se encuentran actualmente, pero no proporcionan información de cuanto es la capacidad del centro.
<b>SEXO</b>	Hombres
<b>EDAD</b>	No proporcionan información
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Medio – alto
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE LA EDIFICACIÓN</b>	
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	Casa adaptada a la rehabilitación

Fuente: <http://www.fundaciondejandohuella.com/galeria.html>

**NOMBRE:** LA ESTANCIA LE CRAD






<b>UBICACIÓN</b>	Ambato, Tungurahua
<b>CAPACIDAD</b>	9 personas
<b>SEXO</b>	mixto
<b>EDAD</b>	Adolescentes y adultos
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Medio
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE LA EDIFICACIÓN</b>	Mala
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	Casa adaptada a la recuperación
<b>COMENTARIOS</b>	Este Centro de Recuperación fue clausurado, por tener a hombres y mujeres, por encontrar adolescentes y adultos juntos, también por maltratos a los pacientes y exceder el número de personas permitidas encontraron a 30 internos y la capacidad del centro era de 9 personas

Fuente: [http://www.elcomercio.com/sociedad/centros-tratamiento-adicciones-clausurados\\_0\\_663533746.html](http://www.elcomercio.com/sociedad/centros-tratamiento-adicciones-clausurados_0_663533746.html)  
<http://ambato.olx.com.ec/centro-de-rehabilitacion-alcoholismo-drogadiccion-trastornos-de-conducta-iiid-50858268>

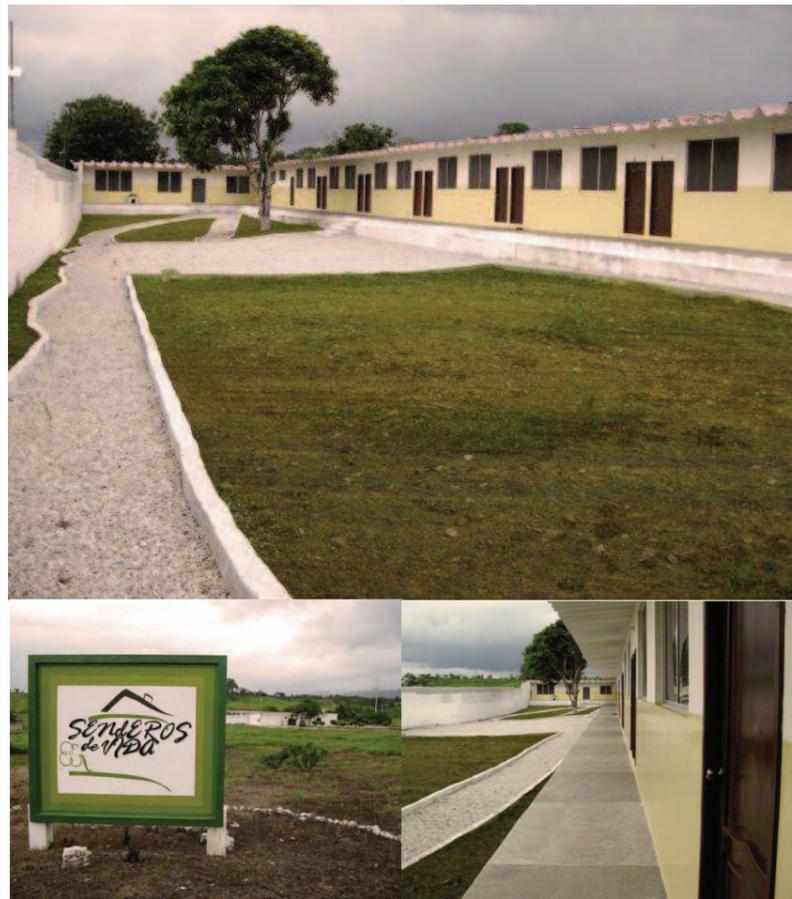
**NOMBRE:** COMUNIDAD TERAPÉUTICA CAMINO DE ESPERANZA “COTECE”




<b>UBICACIÓN</b>	Quito, Tababela
<b>CAPACIDAD</b>	No proporcionan información
<b>SEXO</b>	Hombres y Mujeres
<b>EDAD</b>	No proporcionan información
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Alto
<b>ESPACIO</b>	Una hectárea de terreno y 1500 m2 de construcción
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE LA EDIFICACIÓN</b>	Buena
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	

Fuente: <http://centrolajosefina.com/portal/instalaciones>

**NOMBRE:** SENDEROS DE VIDA



<b>UBICACIÓN</b>	Guayaquil, Gays
<b>CAPACIDAD</b>	No proporcionan información
<b>SEXO</b>	Hombres
<b>EDAD</b>	No proporcionan información
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Alto
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE EDIFICACIÓN</b>	Buena
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	Construcción para el centro

Fuente: <http://guayaquil.olx.com.ec/senderos-de-vida-centro-de-rehabilitacion-de-adicciones-alcohol-y-drogas-iiid-35045720>

**NOMBRE:** Comunidad Terapéutica "San José de Guamaní"



<b>UBICACIÓN</b>	Sur de Quito
<b>CAPACIDAD</b>	25 niños
<b>SEXO</b>	Niños y niñas
<b>EDAD</b>	Desde los 8 a 14 años
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Bajo
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Estatal
<b>ESTADO DE EDIFICACIÓN</b>	
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	

Fuente: <http://www.terciarioscapuchinoscuador.org/instituciones.htm>

**NOMBRE:** CENTRO TERAPÉUTICO CAMINANDO A LA LIBERTAD



<b>UBICACIÓN</b>	Quito
<b>CAPACIDAD</b>	No proporcionan información
<b>SEXO</b>	No proporcionan información
<b>EDAD</b>	No proporcionan información
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Medio-bajo
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE EDIFICACIÓN</b>	Regular
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	Casa adecuada

Fuente: <http://www.alcoholdrogascaminandoalalibertad.com/galeria.html>

**NOMBRE:** LUZ DE ESPERANZA COMUNIDAD TERAPÉUTICA




<b>UBICACIÓN</b>	Puembo, Ecuador
<b>CAPACIDAD</b>	26 personas
<b>SEXO</b>	Hombres
<b>EDAD</b>	No proporciona información
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Medio – Alto
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE EDIFICACIÓN</b>	Buena
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	Construcción para el centro

Fuente: <http://www.rehabilitacionecuador.com/component/content/frontpage.html>

**NOMBRE:** CREIAD




<b>UBICACIÓN</b>	Cuenca
<b>CAPACIDAD</b>	No proporcionan información
<b>SEXO</b>	Mixto
<b>EDAD</b>	No proporcionan información
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Medio
<b>ESTATAL O PRIVADO</b>	Privado
<b>ESTADO DE EDIFICACIÓN</b>	Buena
<b>TIPO DE EDIFICACIÓN</b>	Construcción para el centro

Fuente: <http://www.creiad.com/>

Según el análisis realizado de los centros de recuperación descrito anteriormente, se puede observar que estos son creados para personas de un estrato social medio alto, lo que implica que una persona adicta de escasos recursos económicos se ve totalmente imposibilitada de poder ingresar a uno de estos centros, tomando en cuenta que las personas de esta clase baja son las que mayor problema de drogodependencia sufren y por ende, las que más ayuda necesitan.

El estado no cuenta con centros de rehabilitación apropiados para satisfacer las necesidades de individuos que se encuentran atrapados en la drogodependencia, que han reconocido su adicción y anhelan salir de ella.

Existen centros que no cumplen con las más mínimas normas fijadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (ver anexo 1), razón por la cual están siendo sancionados y algunos hasta clausurados.

Entre las infracciones más comunes están:

- Tienen a hombres y mujeres en el mismo lugar
- Maltrato a los internos
- Capacidad de internos muy arriba de lo adecuado para su infraestructura.
- Dormitorios con literas.

**CAPITULO III**

**CONSUMO DE DROGAS EN EL ECUADOR**

### 3.1. DATOS ESTADÍSTICOS DE CONSUMO EN EL ECUADOR

Es difícil afirmar que se hayan realizado estudios a profundidad, de las características del consumo de drogas en la capital. En la actualidad, es insuficiente el conocimiento relacionado a este tema en la ciudad de Quito, por esta razón se hace imposible poner en práctica estrategias que originen participaciones eficaces en el ámbito de la disminución de la demanda de drogas.

En este país que cuenta con profundas diferencias de población a nivel socio-económico y de cultura, cualquier política acerca de un problema social de esta índole no debería ignorar las características locales, y si lo llega a hacer corre el riesgo de no alcanzar los objetivos esperados.

El país cuenta con investigaciones que descifran la situación actual sobre el consumo de drogas en grupos específicos, como por ejemplo, los estudiantes. No obstante, no se ha podido encontrar mayor cantidad de trabajos de tipo cualitativo acerca del recorrido histórico y las especificaciones del consumo de drogas en las diversas localidades, ni sobre el discernimiento por parte de la sociedad acerca de la droga.

En Ecuador se realizó una investigación acerca del consumo de drogas en adolescentes de nivel secundario del Distrito Metropolitano de la capital del país durante el transcurso del año 2002. En lo referente a las drogas que no son lícitas, el estudio revela que las drogas más consumidas por los adolescentes de la secundaria son el alcohol y el tabaco (ver tabla # 8).

TABLA # 8 USO DE DROGAS

Uso de Drogas entre Adolescentes de Enseñanza Secundaria Área Metropolitana de Quito (%) (2002)			
Tipo de droga	Algún momento de la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
	Total	Total	Total
Alcohol	62.40	42.20	24.40
Tabaco	61.20	37.20	24.00
Solventes o inhalantes	2.50	1.00	0.40
Hashish	0.70	0.30	0.10
Marihuana	8.40	4.70	1.40
Alucinógenos	1.30	0.70	0.20
Morfina	0.40	0.20	0.10
Basuco, o pasta de coca	1.00	0.50	0.20
Hcl de Cocaína	1.20	0.60	0.30
Crack	0.60	0.20	0.10
Tranquilizantes	5.90	2.30	1.40
Estimulantes	3.50	1.80	0.90
MDMA (extasis)	1.90	0.80	0.30
Metanfetaminas	0.50	0.30	0.10
Otras drogas	2.80	1.50	0.80
Todas las drogas ilícitas	12.30	7.20	2.70

Fuente: Policía Judicial  
Elaboración: Propia

A la edad promedio de 13 años, los adolescentes inician el consumo de tabaco y a los 13,6 años, de alcohol.<sup>39</sup>

La primera vez que un adolescente usa drogas ilícitas, lo hace en una edad promedio de 13,4 años para los inhalantes, 13,6 años para los tranquilizantes, y 14,4 años para la pasta básica de cocaína. Adicionalmente, Ecuador señala que el 60,5% de los jóvenes entre 10 y 19 años de edad se percata de que el consumo de drogas es perjudicial para su salud y bienestar.<sup>40</sup>

El estudio en el Ecuador muestra que no existen evaluaciones de la enfermedad asociada con la droga entre los consumidores que se inyectan y además asevera que el

reporte de casos de sujetos infectados por el VIH/SIDA mediante agujas contaminadas es de cero.

Ecuador afirma que, en 2003, se presentaron denuncias de 270 muertes debidas a perturbaciones mentales concernientes al consumo de sustancias psicoactivas, lo que implica una tasa de 0,2 cada 10.000 habitantes o 0,5% de la mortalidad total. El país afirma que no goza de la disponibilidad de un mecanismo para la acertada recopilación de datos acerca de la magnitud de la droga o los niveles de toxicidad existentes en el cuerpo, que se vinculan con la mortalidad originada por las drogas. Este estudio revela que existen datos acerca del consumo de drogas y delitos involucrados. A pesar de esto, necesita de estimaciones pertinentes al consumo de drogas o alcohol en las personas aprehendidas últimamente, las mismas que realizaron su consumo inmediatamente antes de su arresto. En el 2003 y 2004, el país publicó registros acerca de accidentes de tránsito provocados por personas que han consumido alcohol, así como también la cantidad de personas encarceladas por contravenciones de tránsito motivadas por conducir en estado de ebriedad.<sup>41</sup>

El alcohol y el cigarrillo se encuentran ocupando los primeros lugares entre las drogas más conocidas en el país, con el 20,6%; marihuana, 18,7%; cocaína, con el 6,4%; y, éxtasis, 2,6%, según datos Consep<sup>42</sup>.

<sup>39</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

<sup>40</sup> ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA) Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) Grupo de Expertos Gubernamentales (GEG)

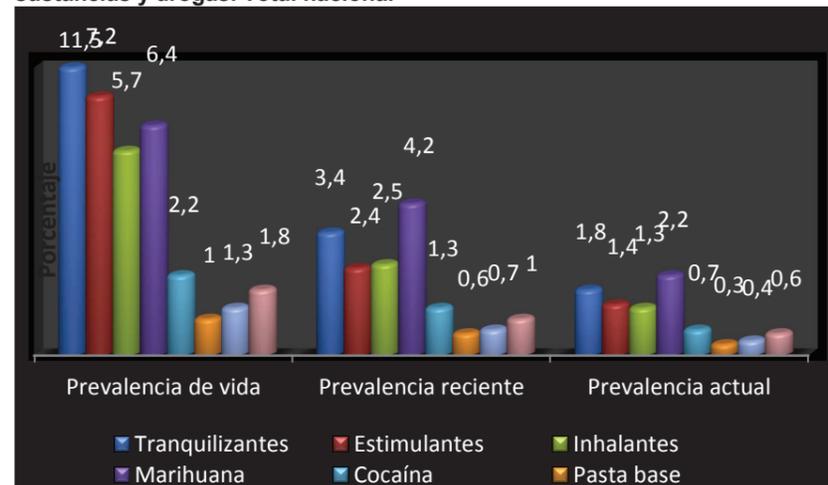
<sup>41</sup> Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

<sup>42</sup> Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Consultado el 28 de abril del 2012.

### 3.1.1. ESTADÍSTICAS DE CONSUMO

A nivel nacional en el 2008 según estudios del Consep<sup>43</sup>, la prevalencia reciente (últimos 12 meses) de consumo de sustancias y drogas, excepto la marihuana, está alrededor de la mitad de la prevalencia de vida en todas las sustancias y drogas. De igual forma, la prevalencia reciente resulta ser casi el doble de la prevalencia actual (últimos 30 días), lo cual quiere decir que el consumo, medido entre la prevalencia de vida y la prevalencia actual, se reduce en alrededor de un importante 70% (ver imagen # 23)<sup>44</sup>.

IMAGEN #23 Prevalencia de vida, reciente y actual de consumo de sustancias y drogas. Total nacional



Fuente: Resumen ejecutivo III Encuesta estudiantes  
Elaboración: Propia

Los resultados de la encuesta del 2008 sobre prevalencia de vida de consumo de drogas, comparados con los observados en la encuesta del 2005, dan a conocer un

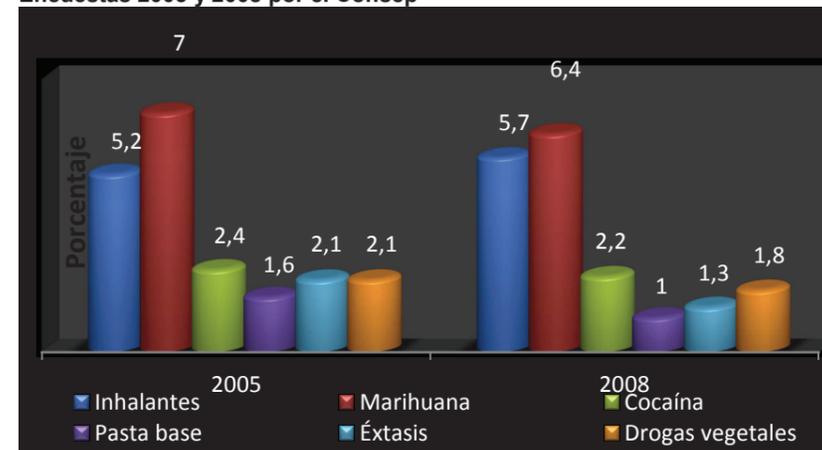
<sup>43</sup> Consep: Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

<sup>44</sup> Resumen ejecutivo III Encuesta estudiantes

pequeño incremento en el consumo de inhalantes (de 5.2% a 5.7%), y disminuciones en el consumo de las otras drogas: marihuana (de 7.0% a 6.4%), cocaína (de 2.4% a 2.2%), pasta base (de 1.6% a 1.0%), éxtasis (de 2.1% a 1.3%) y drogas vegetales (de 2.1% a 1.8%). Resulta importante la disminución en el consumo de pasta base y éxtasis principalmente.

Con relación a la edad promedio al primer consumo de drogas, según la encuesta del 2008 está entre 12.5 años para inhalantes y 14.6 años para la marihuana. Al comparar con lo registrado en el 2005, existen disminuciones con respecto a inhalantes y drogas vegetales, incrementos con relación a marihuana, cocaína y éxtasis, y casi se mantiene el indicador sobre pasta base (ver imagen #24).<sup>45</sup>

IMAGEN #24 Tendencia de la prevalencia de vida de consumo de drogas Encuestas 2005 y 2008 por el Consep



Fuente: Resumen ejecutivo III Encuesta estudiantes  
Elaboración: Propia

<sup>45</sup> Resumen ejecutivo III Encuesta estudiantes

IMAGEN #25 CONSUMO EN CIFRAS



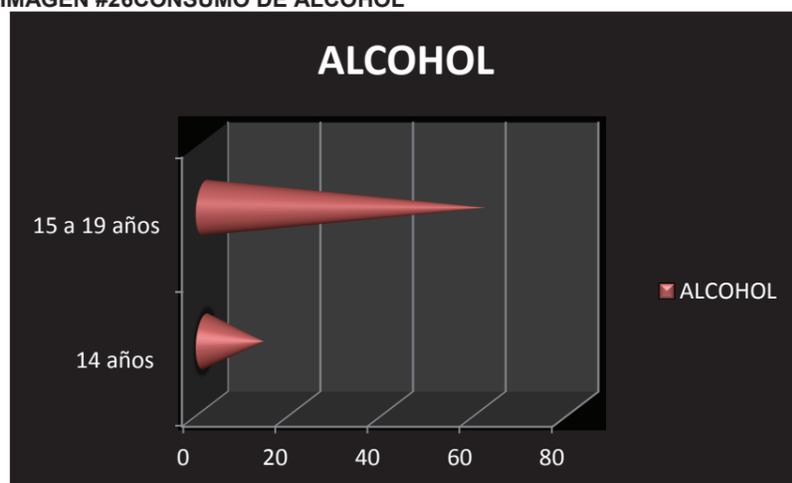
Fuente: Consep  
Elaboración: Propia

Según revela el Consep mediante esta investigación, los inhalantes son las drogas que se consumen a edad más temprana, a los 14 años, aproximadamente; los tranquilizantes y estimulantes, son las que se consumen a edades más avanzadas, este puede empezar alrededor de los 25 años (ver imagen #25).

La sustancia ilegal más solicitada en el Ecuador es la marihuana y se la consume desde aproximadamente los 18 años.

En lo que tiene que ver con el alcohol, las investigaciones revelan que el 12,7% de jóvenes de 14 años probaron o bebieron alguna vez alcohol y que el 60,7% probó una bebida alcohólica entre los 15 a 19 años. (Ver imagen #26)

IMAGEN #26 CONSUMO DE ALCOHOL



Fuente: Consep 2008  
Elaboración: Propia

Sin embargo, y siendo además una droga de tipo legal, los datos estadísticos referentes al cigarrillo arrojan informes diversos, ya que el cigarrillo ha sido probado alguna vez en su vida por un 14,9% de ecuatorianos, referente a este dato, la edad promedio en la que se lo consume es a los 18 años de edad, según datos obtenidos de investigaciones realizadas por el Consep.

Prevalencia de vida de cualquier droga: marihuana, inhalables, base, cocaína, éxtasis y excesos con el alcohol por sexo (%), en el ámbito nacional (ver tabla # 9).<sup>46</sup>

Tabla # 9 Prevalencia de vida de cualquier droga

	Maculino	Femenino
<b>Cualquier droga (p&lt;.000)</b>	18.5	7.7
<b>Marihuana</b>	10.8	3.6
<b>Inhalables</b>	7.1	3.6
<b>Base</b>	2.8	0.6
<b>Cocaína</b>	3.8	1.1
<b>Extasis</b>	3.2	1.1
<b>Excesos con el alcohol</b>	2.86	2.07

Fuente: Diagnostico final quito  
Elaboración: Propia

*“Las drogas más consumidas en Quito son 3 drogas de las ilícitas: pasta básica, marihuana, y éxtasis, a más de estas, las socialmente aceptadas el alcohol y el tabaco”. (Policía Antinarcóticos)*

*“Los que más consumen son hombres, hombres jóvenes, entre los 15 años y 25 años, porque allí están saliendo de la adolescencia, con la expectativa de sentirse ya hombrecito, y pasados los 22 hasta los 27 años, porque ya comienzan a manejar dineros de su trabajo”. (Policía Antinarcóticos)<sup>47</sup>*

<sup>46</sup> Diagnostico final Quito. Pag. # 18 Consultado el 28 de abril del 2012

<sup>47</sup> Diagnostico final Quito. Pag. #18 Consultado el 28 de abril del 2012

**4.1. CONCLUSIONES**

De acuerdo a las investigaciones realizadas en el documento, existe un déficit en los Centros de Recuperación dirigidos por el estado.

Los Centros de Recuperación que existen son casas, fincas, haciendas adaptadas para sus actividades, más no fueron específicamente diseñadas para este fin, esto en cuanto se refiere a infraestructura. A esto se suma el hecho de que la gran mayoría, por no generalizar, son centros que no cumplen con los requerimientos y necesidades que son indispensables para tratar a personas drogodependientes que demandan rehabilitación para re-incorporarse de una forma correcta a la sociedad y a la nueva vida que les espera fuera del centro, rehabilitación que se supone los convertirá en seres útiles y productivos para ellos mismos y para sus familias. La sumatoria de todas estas variantes lleva al conflicto de que la realidad de los resultados obtenidos después de un largo período de tratamiento de un adicto difiere, en gran manera, de los resultados que se esperan.

Es sumamente importante que el estado se involucre en esta problemática, puesto que solamente así, las personas con problemas de adicción que pertenecen a la clase baja, es decir que tienen escasos recursos económicos tendrán la oportunidad de acceder a un tratamiento adecuado para su recuperación, porque a uno de estos centros de rehabilitación, construidos especialmente para este fin les es prácticamente imposible ingresar por el hecho de que como son privados, el valor que tendrían que cancelar es demasiado alto para su economía.

En lo que concierne al tratamiento psicológico y físico de los pacientes, los centros de rehabilitación necesariamente

deben contar con los conocimientos de profesionales responsables e idóneos, que posean la capacidad para proporcionar una atención de calidad, con calidez y que sea efectiva, para brindar una rehabilitación adecuada y completa con autonomía y sin la necesidad de recibir el apoyo de otras instituciones.

## **4.2. OBJETIVOS**

### **4.2.1.OBJETIVO GENERAL**

**DISEÑAR UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO, EN EL CUAL PUEDAN REHABILITARSE 30 JÓVENES DE ENTRE 14 Y 18 AÑOS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A LAS DROGAS.**

### **4.2.2.OBJETIVOS PARTICULARES**

- Lograr el diseño de áreas especializadas para la rehabilitación de jóvenes adictos mediante la realización de un estudio tipológico arquitectónico.
- Diseñar las áreas especializadas tanto funcional y dimensionalmente para una correcta rehabilitación.
- Diseñar un modelo arquitectónico de rehabilitación social tipo que sirva como referente para su aplicación en otras ciudades del país.

## **4.3. MÉTODO Y METODOLOGÍA**

### **4.3.1. MÉTODO**

El método a utilizar será inductivo y deductivo; inductivo, debido a que en una primera etapa que será un recorrido visual y deductivo porque será una exploración de

explicaciones cuantitativas y cualitativas sobre los datos analizados.

### **4.3.2. METODOLOGÍA**

El presente estudio corresponde a un modelo cualitativo, porque busca solucionar un problema social desde las necesidades de una población drogodependiente.

La investigación corresponde a una investigación de campo, por cuanto los datos obtenidos serán recolectados desde el lugar donde se realiza el estudio, se complementa con una revisión bibliográfica que permita definir los conceptos y la historia de las drogas en el Ecuador.

La presente investigación corresponde al tipo exploratorio por cuanto vamos a buscar antecedentes del tema a tratarse, describiendo la necesidad desde una población que no tiene un espacio adecuado para su rehabilitación.

Se define claramente lo que se puede hacer a partir de la determinación de los objetivos a conseguir, los procesos capaces de garantizar su cumplimiento y finalmente tener una buena rehabilitación e inserción a la sociedad de las personas drogodependientes. Son la primera y segunda ley de la didáctica: la primera es la relación entre problema, objeto y objetivo; mientras que la segunda es la relación entre objetivo contenido y método.

Esta metodología integra el conocimiento de conceptos en su relación temporal: identificación, desarrollo y formalización: hechos conceptuales, que en la realidad de la arquitectura y urbanismo tiene su equivalencia.

## 4.4. ALCANCES

### 4.4.1. A NIVEL TEÓRICO

Realizar un Marco Conceptual para resolver el planteamiento problemático a nivel de propuesta teórica.

### 4.4.2. A NIVEL ARQUITECTÓNICO

Programación Arquitectónica (Modelización)

- Modelo dimensional
- Modelo Teórico
- Modelo Funcional
- Modelo Geométrico
- Modelo Propositivo

### 4.4.3. A NIVEL DE ANTEPROYECTO

- Plantas
- Secciones
- Fachadas
- Vistas y Elevaciones
- Modelo Tridimensional

### 4.4.4. A NIVEL DE PROYECTO

- Plantas Arquitectónicas
- Elevaciones
- Secciones

**CAPITULO V**

**ANÁLISIS DE REFERENTES**

## 5.1. ANÁLISIS DE REFERENTES

### Centro Redbridge de Acogida<sup>48</sup>

Por: Peter Barber Arquitectos

Lugar: Ilford Norestes de Londres

El objetivo de la edificación es albergar a personas abandonadas y rehabilitar a personas con problemas con las drogas y el alcohol.

#### CONCEPTO:

Está basado en una cinta continua, que empieza en la rampa de la entrada hasta el techo envolviendo al edificio formando su estructura manteniendo un ritmo.

El edificio por su forma de implantación en “L” genera un jardín privado en la parte trasera.

IMAGEN #27 FACHADA FRONTAL



Fuente: <http://www.dossierdearquitectura.com/noticia.php?id=319&titulo=Centro%20Redbridge%20de%20Acogida%20por%20Peter%20Barber%20Arquitectos>

<sup>48</sup><http://www.dossierdearquitectura.com/noticia.php?id=319&titulo=Centro%20Redbridge%20de%20Acogida%20por%20Peter%20Barber%20Arquitectos>

IMAGEN #28 INTERIOR DEL EDIFICIO



Fuente: <http://www.dossierdearquitectura.com/noticia.php?id=319&titulo=Centro%20Redbridge%20de%20Acogida%20por%20Peter%20Barber%20Arquitectos>

IMAGEN #29 JARDÍN



Fuente: <http://www.dossierdearquitectura.com/noticia.php?id=319&titulo=Centro%20Redbridge%20de%20Acogida%20por%20Peter%20Barber%20Arquitectos>

#### FUNCIONALIDAD:

El centro aloja a 10 personas, cuenta con un jardín, bodegas en el exterior.

Planta Baja y Primer Piso:

- Salas de capacitación y de abandono
- Unidad de alcohol y drogas
- Área administrativa

Segundo y Tercer Piso:

- Alojamiento residencial, 10 habitaciones con baño privado

#### FACHADAS:

Fachadas totalmente acristaladas, le da al proyecto espacios con buena iluminación natural, jugando con luz y sombra en el interior.

Las habitaciones tienen vista ininterrumpida hacia el jardín privado que se encuentra en la parte trasera.

IMAGEN #30 IMAGEN NOCTURNA



Fuente: <http://www.dossierdearquitectura.com/noticia.php?id=319&titulo=Centro%20Redbridge%20de%20Acogida%20por%20Peter%20Barber%20Arquitectos>

IMAGEN #31 PERSPECTIVA



Fuente: <http://www.dossierdearquitectura.com/noticia.php?id=319&titulo=Centro%20Redbridge%20de%20Acogida%20por%20Peter%20Barber%20Arquitectos>

**CREIAD<sup>49</sup>**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ALCOHÓLICOS Y DROGADICTOS**

**Lugar:**

Valle de Challuabamba Panamericana Norte Cuenca – Ecuador

**Edificación:**

- Cuenta con 2 pisos en 3000 m2 de construcción.

IMAGEN #32 CREIAD



Fuente: <http://www.creiad.com/instalaciones>

**Espacios:**

- Oficina de terapia familiar
- Consultorios
- Dormitorios con baño
- Espacio de lockers individuales
- Sala de evaluación y diagnóstico

- Cocina con todos los implementos industriales y espacio para panadería
- Comedor 20m x 5m
- Capilla
- Gimnasio completo
- Cancha de futbol
- Cancha de volley
- Cuarto de herramientas
- Salda de terapia ocupacional
- 24 baterías sanitarias
- Lavandería y secado
- Parqueadero para 40 vehículos

IMAGEN #33 EDIFICACIÓN



Fuente: <http://www.creiad.com/instalaciones>

IMAGEN #34 GIMNASIO



Fuente:file:///C:/Users/Dayan/Desktop/Tesis/Referentes/Centro%20de%20rehabilitaci%C3%B3n%20para%20alcoh%C3%B3licos%20y%20drogadictos%20-%20creiad.htm

IMAGEN #35 DORMITORIOS



Fuente:file:///C:/Users/Dayan/Desktop/Tesis/Referentes/Centro%20de%20rehabilitaci%C3%B3n%20para%20alcoh%C3%B3licos%20y%20drogadictos%20-%20creiad.htm

Este centro de rehabilitación es el que mejor resultados ha tenido con sus pacientes, teniendo una rehabilitación completa, con las instalaciones necesarias para los pacientes.

<sup>49</sup> <http://www.creiad.com/instalaciones>

**CENTRO DE REHABILITACIÓN PADRE GARRALDA**

Lugar: Madrid

Equipo: José Antonio Martín Soto/ Belén SerratsArsuaga

IMAGEN #36 FACHADA PRINCIPAL



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

IMAGEN # 37 PERSPECTIVA



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

El proyecto es una ampliación del centro, ocupando al máximo el espacio del terreno y la edificación.

Las instalaciones exteriores están diseñadas de manera que no sean afectadas por estas ampliaciones.

IMAGEN #38 PLANTA BAJA



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

Centro de Rehabilitación de toxicómanos

**PROGRAMA ARQUITECTÓNICO**

**1 MODULO**

Comunidad Terapéutica

Tratamiento en 2 fases: desintoxicación y reinserción social

**2 MODULO**

Administración

Atención Técnica

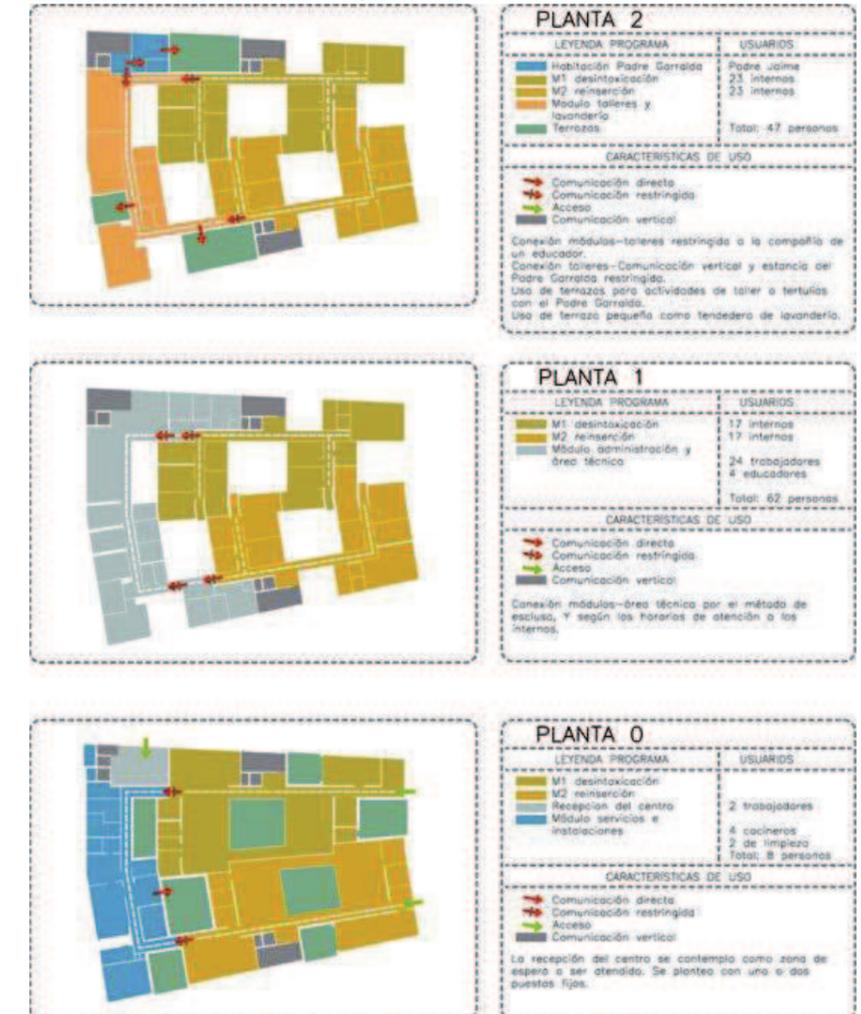
**3 MODULO**

Servicios Complementarios

**4 MODULO**

Talleres

IMAGEN # 39 PROGRAMA ARQUITECTÓNICO



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

Analizan las necesidades prácticas y de programación que un centro de rehabilitación requiere.

Realizan un estudio con respecto a las necesidades de iluminación y apertura, al igual con los exteriores acogedores y seguros en donde los pacientes salen tranquilamente sin ser vigilados.

El edificio da una sensación al paciente de no estar encerrado o por obligación, esto lo logran evitando rejas, paños opacos, buscando espacios interconectados visual y físicamente.

IMAGEN #40 VISTA INTERIOR



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

IMAGEN #41 CORREDORES DE COMUNICACIÓN



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

El patio es un elemento generador que garantiza la iluminación y ventilación naturales en todo el edificio, pero además como elemento terapéutico, ya que configura un espacio exterior agradable y seguro para los residentes, de este modo pueden asociar sus actividades diarias en el interior de edificio al exterior de los patios.<sup>50</sup>

IMAGEN # 42 ILUMINACIÓN NATURAL



Fuente:<http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

### 5.1.1. CONCLUSIONES

#### • Centro Redbridge de Acogida

Es muy interesante la aplicación de proyecto que se compone de una serie de planos doblados formando una cinta continua, la cual le permite al edificio a general grandes ventanales en sus fachadas logrando una interacción, interior exterior.

El proyecto es pequeño da alojamiento a 10 personas.

#### • CREIAD

En el Ecuador CREIAD es uno de los centro de rehabilitación con mejores resultados en sus pacientes.

El Centro cuenta con los espacios necesarios para este tipo de rehabilitación, fue tomado como referente por lo mismo.

Cuenta con amplias áreas de recreación que también es un factor importante para los pacientes en su rehabilitación.

Sin embargo en cuanto a su arquitectura, es muy pobre, no cuentan con un diseño adecuado o acogedor para q sea un complemento para la buena rehabilitación que cuenta el centro.

#### • CENTRO DE REHABILITACIÓN PADRE GARRALDA

Es interesante como maneja la rehabilitación del adicto con la arquitectura.

El edificio le da una sensación al paciente de no estar encerrado o por obligación, esto lo logra por medio espacios interconectados visual y físicamente como los patios que son elementos importantes, son utilizados para generar ventilación e iluminación natural en todo el edificio, así los pacientes salen tranquilos sin ser vigilados.

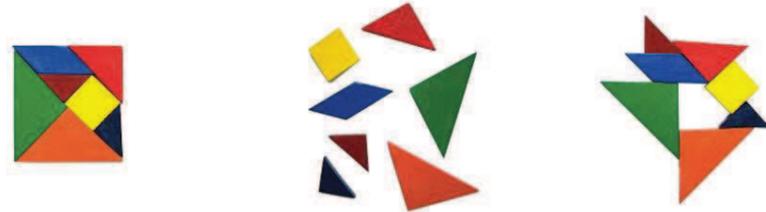
La forma y fachadas del edificio es súper recta lo cual da a primera vista de que son bloques sin mayor iluminación.

<sup>50</sup> <http://puertaverdearquitectura.blogspot.com/2009/03/centro-de-rehabilitacion-padre-garralda.html>

## 5.2. REFERENTES CONCEPTUALES

### CENTRO CULTURAL Xiaopu Xiaopu Culture Center / DnA

IMAGEN #43 MODELO DE ESTUDIO



Fuente: <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

En este proyecto podemos observar como es utilizado el TANGRAM para diseñar arquitectónicamente.

IMAGEN #44 ESPACIOS ABIERTOS



Fuente: <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

Ubicación: Songzhuang ciudad.

Arquitecto a cargo: XuTiantian

Área del terreno: 1600 m<sup>2</sup>

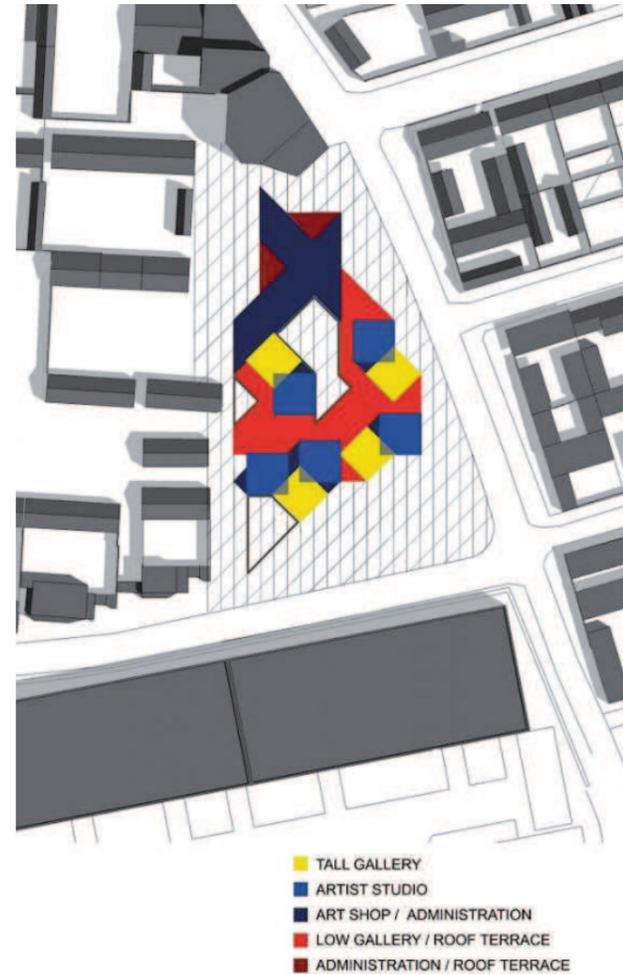
Superficie construida: 2000 m<sup>2</sup>

Xiaopu Cultural Center es un complejo multi-funcional que incluye salas de exposiciones, cinco estudios de residencias

artísticas, talleres de exposición, tienda de arte, y la administración.

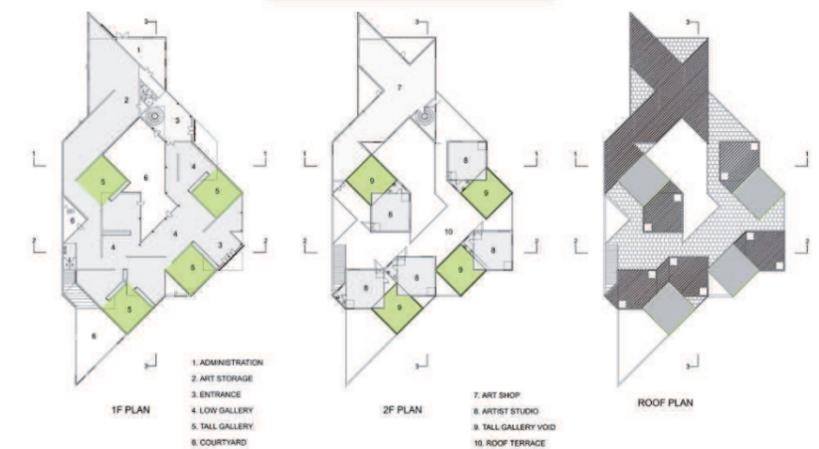
Los diversos programas se unifican a través de un diseño que se adapta al Tangram el sitio, mientras que verticalmente distribuidos en dos niveles de: el programa público en el nivel del suelo como un volumen compacto, con patios, y el área de trabajo privado se encuentra en el nivel superior con estudios individuales que permite viajar a través del paisaje de los techos de tejas rojas de este típico pueblo del norte de China.<sup>51</sup>

IMAGEN #45 PROGRAMA DE PLAN DE SITIO



Fuente: <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #46 PLANTAS



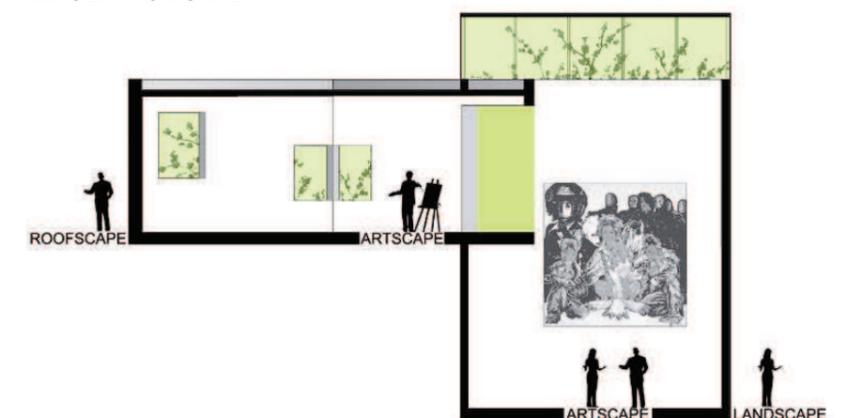
Fuente: <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #47 CORTE



Fuente: <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #48 CORTE



Fuente: <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

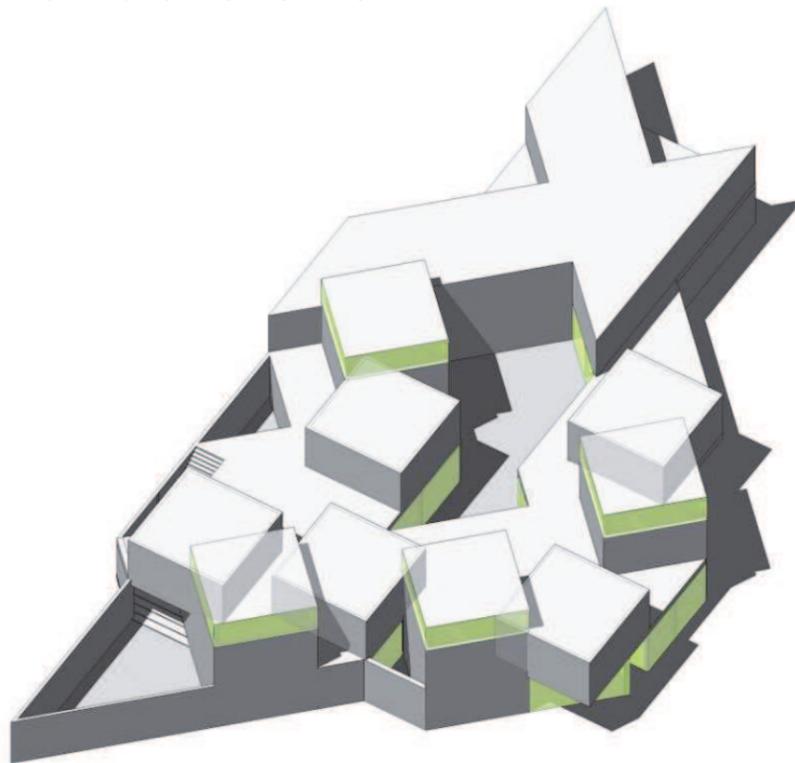
<sup>51</sup> <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

El diseño de Tangram crea una intersección de estudios y galerías de doble altura. Esta conexión visual permite la yuxtaposición de la producción artística y la presentación.

El metal exterior corrugado es para mantener un poco de contexto industrial anterior.

La transformación de la industria en el centro de la cultura se convertirá en catalizador para nuevas posibilidades para la comunidad local.<sup>52</sup>

IMAGEN #49 MODELO PROYECTO



Fuente:<http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #50 VISTA INTERIOR DE LA EDIFICACIÓN



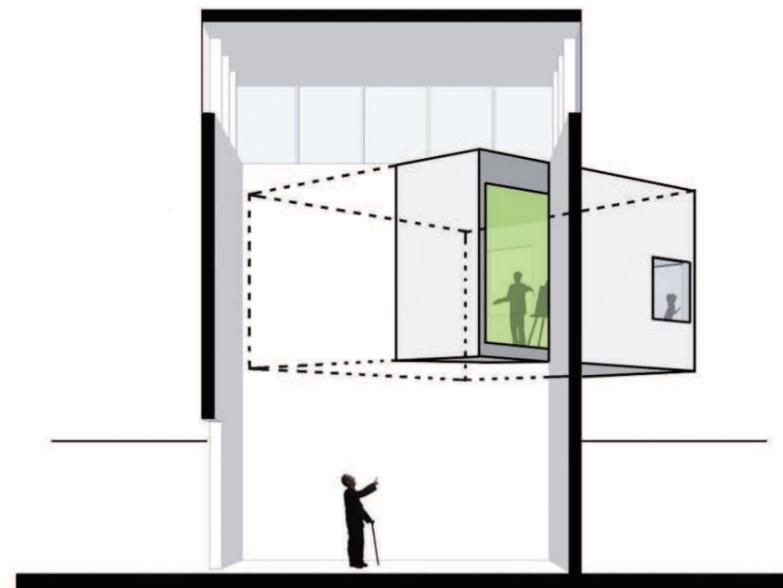
Fuente:<http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #52 VISTA INTERIOR DE LA EDIFICACIÓN



Fuente:<http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #51 CORTE



Fuente:<http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

IMAGEN #53 VISTA ENTRADA PRINCIPAL



Fuente:<http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

<sup>52</sup> <http://www.archdaily.com/36811/xiaopu-culture-center-dna/>

## Twins: Casa en cinco partes o Willian O´Brien Jr.

IMAGEN #54 CASA



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

**Ubicación:** Norte del estado de Nueva York

**Director de Diseño:**William O`Brien Jr.

Es una propuesta de diseño de dos casas de vacaciones en Nueva York.

El principio matemático de la "disección" establece que cualquiera de los dos polígonos regulares con áreas iguales pueden ser divididos en conjuntos de formas similares; "disección mínima" es la búsqueda de la menor cantidad de subdivisiones en cada polígono. Este régimen se apropia de este principio como una solución de 1) similitudes generales en las necesidades programáticas, y 2) distinciones en las relaciones que desee en el sitio, expresadas por los dos hermanos para cada uno de sus hogares.<sup>53</sup>

<sup>53</sup>[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

IMAGEN #55 VISTA EXTERIOR

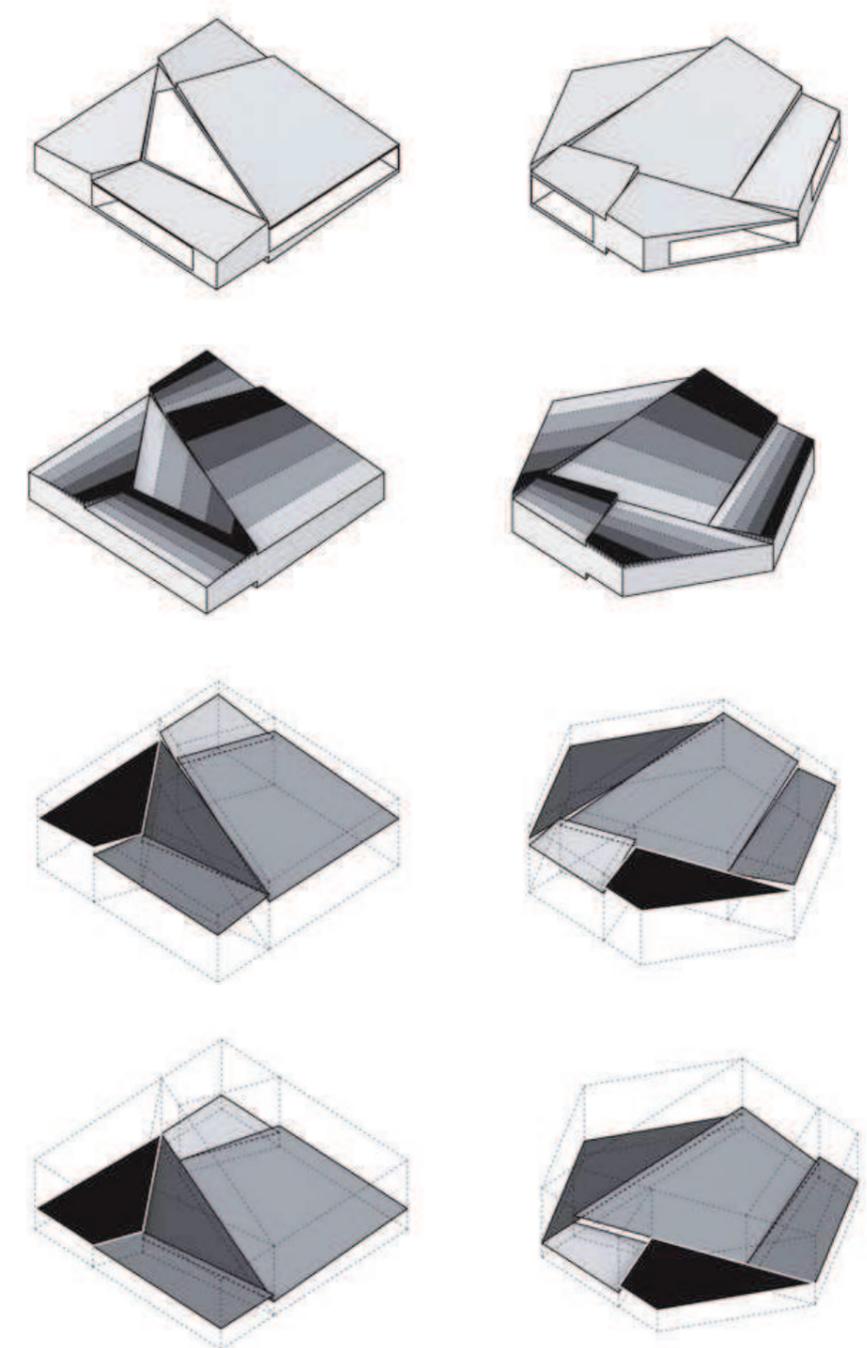


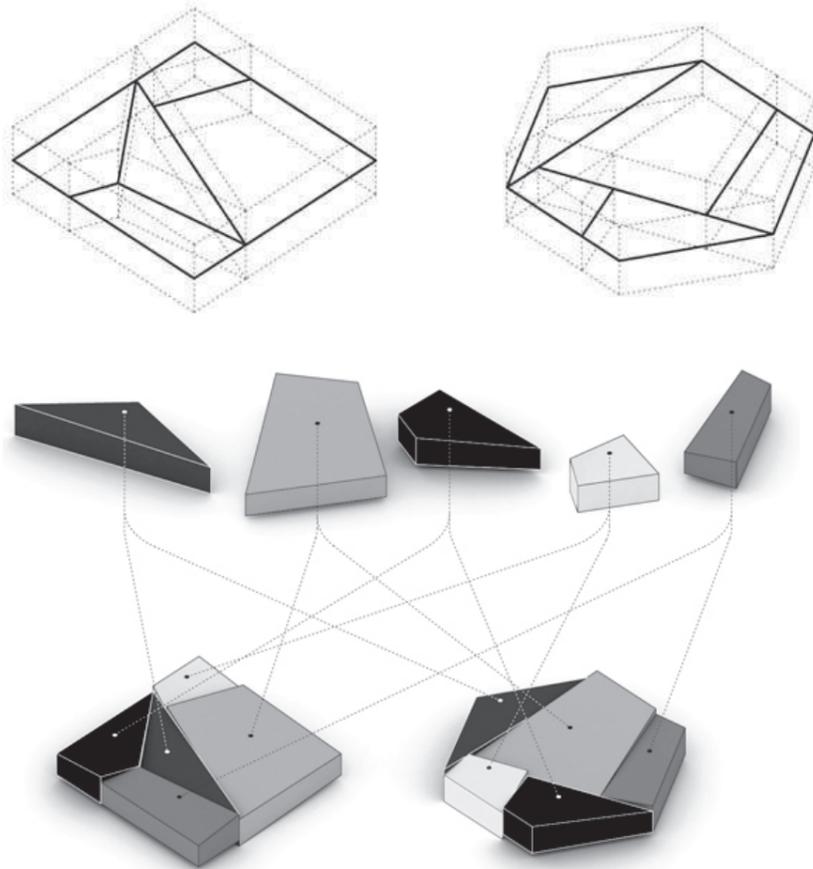
Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

Un habitual de seis lados del polígono y un polígono regular de cuatro lados, contiene las mismas cinco formas de cada uno se componen de los mismos cuatro trapecios y triángulos uno. Las adyacencias entre las cinco formas son diferentes dentro de cada uno de los polígonos regulares, como son sus orientaciones con relación a los perímetros exteriores de los polígonos. Traducido a las divisiones espaciales en un plano arquitectónico, estos arreglos fijos pedirá sección de flexibilidad. Conceptualmente, en la sección de los planos del piso y los planos de techo están configurados para acomodar estratégicos de micro-topográficos continuidades y discontinuidades a través de las superficies colectivos.<sup>54</sup>

<sup>54</sup><http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/>

IMAGEN #56 MODELO DE ESTUDIO



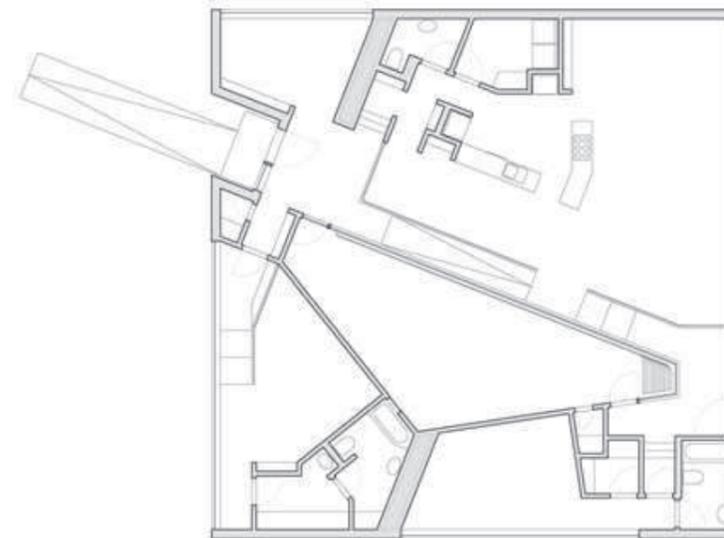


Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

Los flujos en la circulación de los residentes y el agua rigen las configuraciones posibles de los floorscapes y roofscapes respectivamente. Una articulación global de los cinco volúmenes como partes discretas actúa como una segunda ambición que dirige los posibles resultados formales de las casas. Programación, los pares de piezas se utilizan de manera similar entre las dos cámaras, aunque cada pieza de programación utiliza sus adyacencias únicas, por ejemplo, el espacio triangular se utiliza como una orientada verticalmente, sala de sol en el centro de la casa cuadrada, y

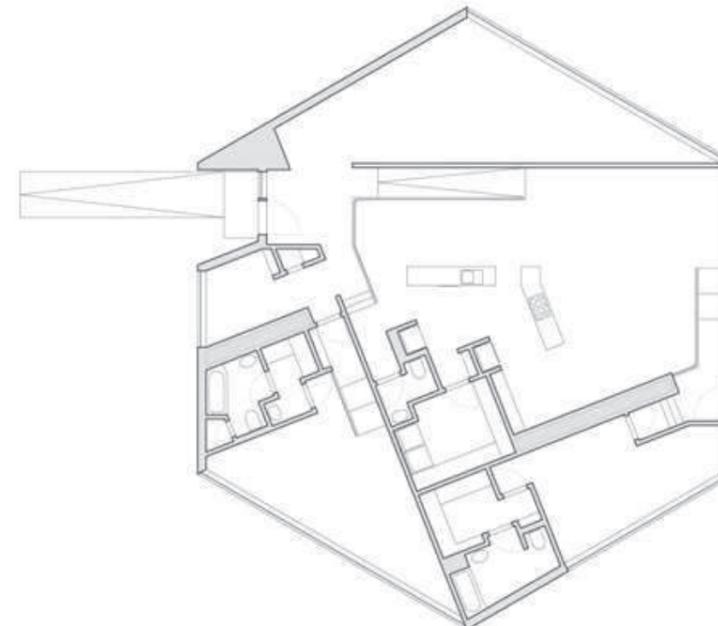
como un con orientación horizontal, porche en la casa hexagonal.<sup>55</sup>

IMAGEN #57 PLANTA CASA 1



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

IMAGEN #58 PLANTA CASA 2



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

IMAGEN #59 CORTE



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

La proximidad de las casas de uno respecto al otro es calibrado mediante el desarrollo del uso agrícola de la tierra intersticial. Captación de los dos techos está dirigida a un sistema de tubería subterránea entre las casas. El desarrollo agrícola de la tierra entre las dos casas que los separa visualmente (en diferentes grados dependiendo de la temporada), mientras que las vincula indisolublemente, tanto infraestructurales como comunitariamente. La dispersión del agua se debe a dos pares de "canales de agua" incrustados en dos paredes de cada casa. La articulación plano métrica de cuatro cultivos diferentes, que oscilan en las temporadas de cosecha, acomoda las proximidades de cultivos diferentes a cada una de las casas. Hortalizas de hoja, frutas, trigo y maíz son trenzadas con el fin de proporcionar a cada uno el acceso inmediato a casa de cada tipo de alimento.<sup>56</sup>

<sup>55</sup> <http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/>

<sup>56</sup> <http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/>

IMAGEN #60 VISTA INTERIOR HACIA EL EXTERIOR



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

Materialmente, las casas siguen siendo abstractas, para ofrecer una lectura de las formas como los paquetes de volúmenes discretos con diferencias en la orientación posible gracias a las aberturas de gran tamaño. Hay un sistema de techado de goma que se utiliza para los techos de las casas y el estuco oscuro y grueso que recubre las paredes y vientres de las casas.<sup>57</sup>

IMAGEN # 61 IMPLANTACION



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

IMAGEN #62 CORTE GENERAL



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

IMAGEN #62 VISTA INTERIOR



Fuente:[http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins\\_q\\_small\\_450x720/](http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/twins_q_small_450x720/)

Como se puede ver los referentes anteriores el Tangram es un objeto del cual se puede obtener arquitectura para diferente fin.

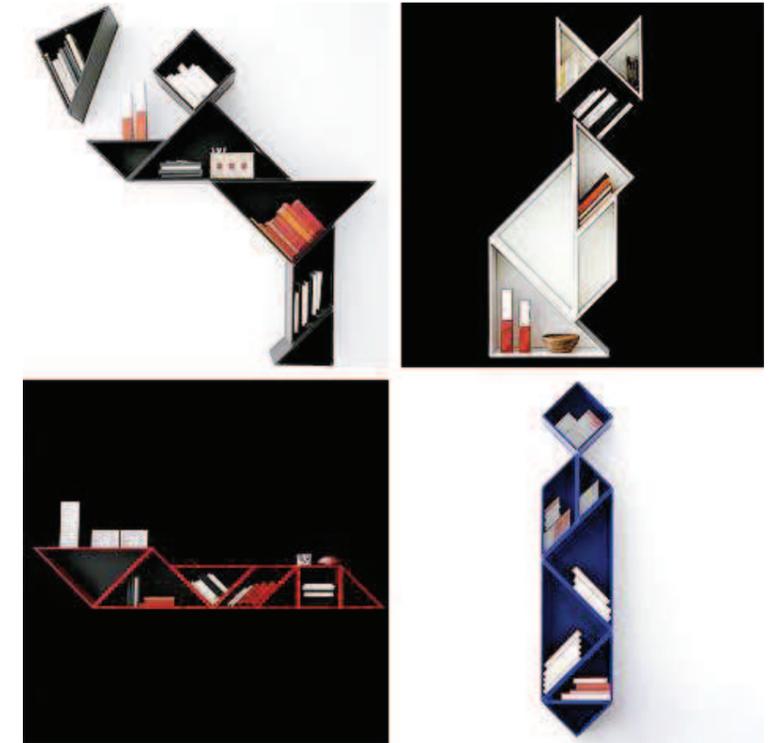
Se diseñan mobiliarios con diferentes figuras del Tangram.

IMAGEN # 63 MESA MODELO TANGRAM



Fuente:<http://www.archiexpo.es/prod/alexandra-tsoukala/mesas-modernas-64877-248787.html>

IMAGEN #64 MOBILIARIO TANGRAM



Fuente:<http://www.decoralis.com/estanteria-de-diseno-con-piezas-de-tangram/>

### CONCLUSIÓN:

El tangram y sus fichas que lo conforman como podemos observar en los referentes anteriormente, nos dan una variedad de opciones en cuanto a forma y funcionalidad arquitectónica, y diseño de mobiliario variado. Dándonos una diversidad de opciones de implantación de proyectos arquitectónicos.

<sup>57</sup> <http://www.archdaily.com/157788/twins-houses-in-five-parts-william-obrien-jr/>

**CAPITULO VI**  
**PROGRAMACIÓN**

## 6. PROGRAMACIÓN

Para la programación nos basaremos en los análisis de referentes anteriormente realizados y el análisis de las necesidades de la sociedad drogodependiente.

De acuerdo a investigaciones realizadas en la Casa de la Prevención y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los centros de recuperación se manejan con un máximo de 30 internos, para tener un buen control y vigilancia de los pacientes.

De este modo el proyecto cumple con las condiciones necesarias, para que el usuario tenga una buena rehabilitación.

El centro tipo de rehabilitación para 30 jóvenes drogodependientes va a estar conformado por:

- Área Pública: Área administrativa, su principal función es la atención e información al público y la organización del centro.
- Área Semi-Pública: Área de tratamiento y emergencia, su función es el tratamiento de los internos y familiares, atención ambulatoria las 24 horas.
- Área Privada: Área de alojamiento, su función es el acoger al interno para un buen control.

Este proyecto tiene el fin que la sociedad drogodependiente tenga una vida digna, con un proceso de rehabilitación en las mejores condiciones que la edificación les puede brindar.

Para el Programa Funcional y Programa Arquitectónico nos guiaremos según el REGLAMENTO PARA LA

REGULACIÓN DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (ver ANEXO #1).

### 6.1. TERAPIA

Según las investigaciones científicas realizadas desde mediados de los años setenta, un tratamiento adecuado puede ayudar a los toxicómanos a dejar de consumir las drogas, evitar las recaídas y recuperar con éxito sus vidas.

Es necesario investigar los tipos de tratamientos que se pueden utilizar, ya que según el caso, siempre habrá uno que sea el indicado, el más eficaz para cada individuo.

Un cuidado continuo que comprenda un régimen de tratamiento individualizado que tome en cuenta todos los aspectos de su vida, puede ser esencial para lograr y mantener exitosamente un estilo de vida sin drogas. Este cuidado abarca servicios médicos y de salud mental, así como también terapias grupales, familiares, etc. Cabe destacar que para elegir un tratamiento para un adicto, cualquiera que este sea, existe un orden a seguir. Y es sumamente necesario que el adicto reconozca y esté consciente de que es un adicto, de que desea rehabilitarse y que acudió al centro de forma voluntaria.

#### 6.1.1. PROGRAMA TERAPÉUTICO

Identificación de sí mismo

Aceptación de la adicción a las drogas

Terapia Emocional/Psicológica

Terapia Vocacional/habilidades de supervivencia

Terapia Individual y grupal (medico, trabajo social)

Terapia física, lúdica (cultura física, piscina, sauna, canchas, etc.)

#### Espacio Laboral para terapia

Es en el que permite al paciente desarrollar actividades diarias de acuerdo a las normas del centro de recuperación.

Es necesaria una distribución equitativa para las terapias ocupacionales como: carpintería, manualidades, etc.

#### Espacio de tiempo libre

Terapia física (deportes)

Terapia ocupacional

Socialización entre pacientes

Descaso

#### Herramienta Terapéutica

Terapia individual y grupal

Terapia familiar

Terapia espiritual

Grupo NA

Terapia ocupacional (carpintería, manualidades, música, piscina)

Terapia educativa

Charlas de motivación

Terapia Audio-visual

### 6.1.2. PROCESO TERAPÉUTICO

Por: Dr. Patricio Cabrera

El tratamiento a utilizarse depende del grado de adicción del individuo y también de la etapa de la adicción por la que el adicto esté pasando.

El tratamiento del abuso y la adicción a las drogas se puede llevar a cabo en entornos muy distintos usando una variedad de enfoques conductuales.

Dado que el abuso de drogas tiene tantas dimensiones y altera tantos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento no es sencillo. Los programas eficaces de tratamiento suelen incorporar muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias.

Cada individuo adicto es un caso diferente, tiene diferentes necesidades en comparación a otro, por ejemplo puede usarse el tratamiento de medicamentos para ayudar a restablecer la función normal del cerebro, prevenir las recaídas y disminuir los deseos de consumir la droga. Sin embargo, la mayoría de las personas con problemas graves de adicción son toxicómanos múltiples y necesitan un tratamiento diferente para aplacar la necesidad de abusar de todas esas sustancias.

En contraste, los tratamientos conductuales ayudan a que los pacientes se comprometan con el proceso de tratamiento, modifiquen sus actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de las drogas y aumenten sus destrezas para llevar una vida más saludable. Estos tratamientos también pueden mejorar la eficacia de los

medicamentos y ayudar a que las personas continúen en tratamiento por más tiempo.

El tratamiento para la adicción debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. Puesto que la adicción es una enfermedad crónica, las personas simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse. Los pacientes requieren cuidados a largo plazo o varios episodios de tratamiento para lograr la verdadera meta de la abstinencia continuada y su recuperación total.

- **Fases I: DESINTOXICACIÓN**

Esta fase es controlada en un ambiente médico Psiquiátricamente, se utilizan fármacos si es necesario, se realiza terapia individual y grupal. Esta fase es responsabilidad de profesionales: Médico General, Médico Psiquiatra y Psicólogos Clínicos.

- **Fase II: EVALUACIÓN DIAGNOSTICA:**

En esta fase se evalúa Biopsicosocialmente<sup>58</sup> al paciente para detectar rasgos o anomalías de la personalidad que podría dificultar el manejo residencial y adaptar la terapia medica psicológica más adecuada para el paciente. Esta fase es responsabilidad de profesionales: Médico general, Psicólogos clínicos, trabajadora social.

<sup>58</sup>El Modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.  
<http://www.definicionesde.com/e/biopsicosocial/> consultado el 17 de julio del 2012

- **Fase III: TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN:**

En esta etapa del tratamiento se señala a los pacientes habilidades sociales de diversa índole que le permitan al individuo adicto, enfrentar los problemas vitales sin tener que recurrir al alcohol u otras drogas, para cumplir con este objetivo se utilizan herramientas del programa de LOS 12 PASOS DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS, técnicas de modificación de la conducta y terapia espiritual. Esta fase es responsabilidad de todos los miembros del centro de recuperación.

- **LOS PASOS DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS**

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.

9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.<sup>59</sup>

• **Fase IV:** SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDA:

Luego de terminar el tratamiento residencial en el centro de recuperación los pacientes deberán acudir a una reunión semanal con profesionales Psicólogos.

**6.2. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO**

Como se mencionó anteriormente el centro de recuperación va destinado para 30 jóvenes, que es lo óptimo manejar en estos centros, como también se mencionó que para los espacios arquitectónicos nos guiaremos según el REGLAMENTO PARA LA REGULACIÓN DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A

PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (ver ANEXO #1)

De acuerdo con las entrevistas del personal encargado de los Centros de Recuperación de La Casa de Prevención de Quito, se realizó un listado con las siguientes actividades para que el edificio esté en óptimas condiciones.

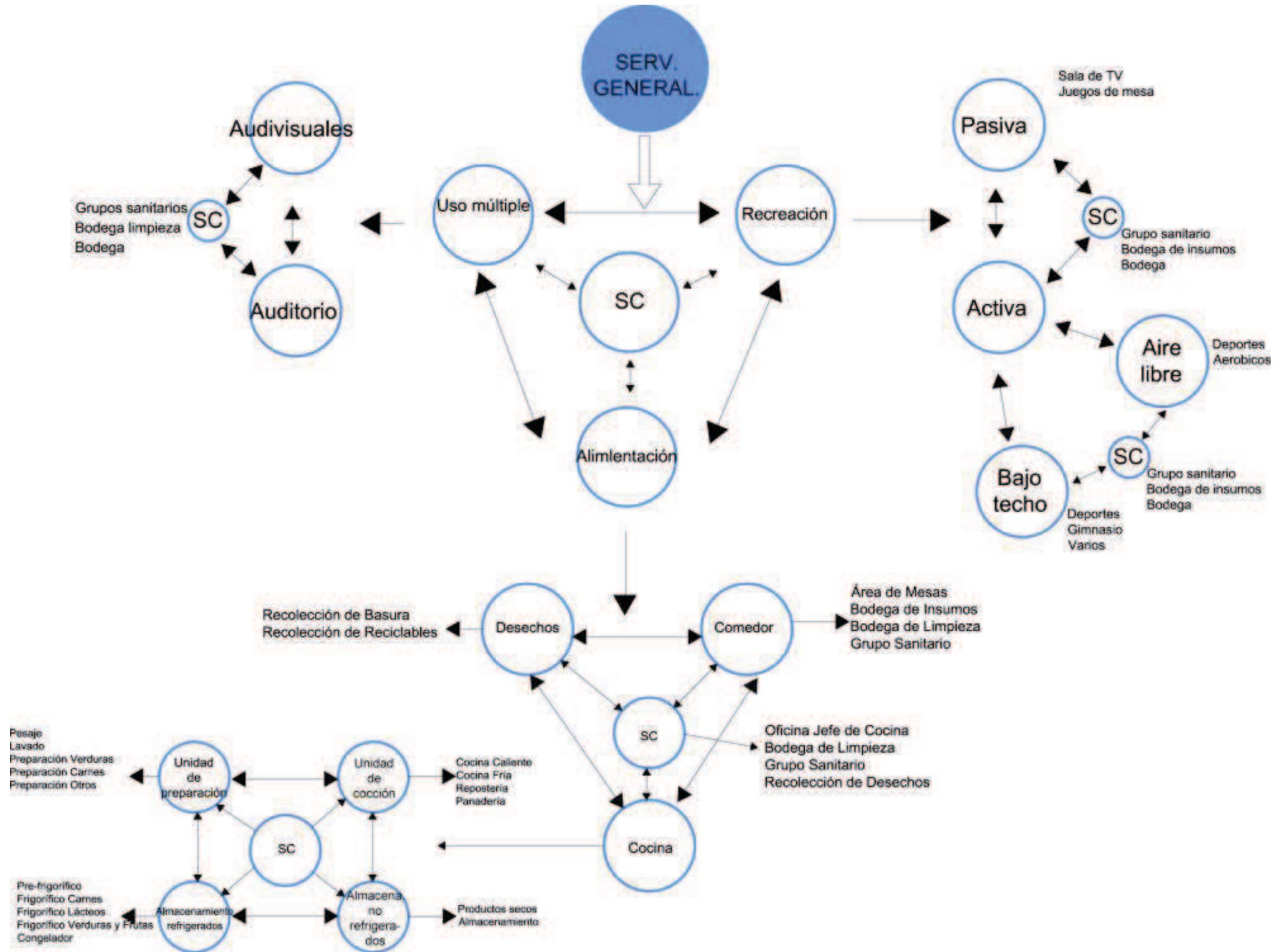
<b><u>ZONA TERAPÉUTICA</u></b>
<b><u>TRATAMIENTO</u></b>
<i>DIAGNOSTICO</i>
CONSULTORIO MEDICO GENERAL
CONSULTORIO PSIQUIÁTRICO
CONSULTORIO PSICOLÓGICO
<b><u>OCUPACIONAL</u></b>
TALLER PLÁSTICO
TALLER MEDITACIÓN
TALLER DE MÚSICA
TALLER DE CARPINTERÍA
<b><u>TERAPIA</u></b>
SALA DE TERAPIA FAMILIAR
CONSULTORIO PSICOLÓGICO
CONSULTORIO MEDICO GENERAL
CONSULTORIO CLÍNICO
<b><u>ALOJAMIENTO</u></b>
DORMITORIOS DOBLES
ENFERMERÍA
BAÑOS
<b><u>EMERGENCIA</u></b>
RECEPCIÓN
SALA DE ESPERA
SALA DE EMERGENCIA

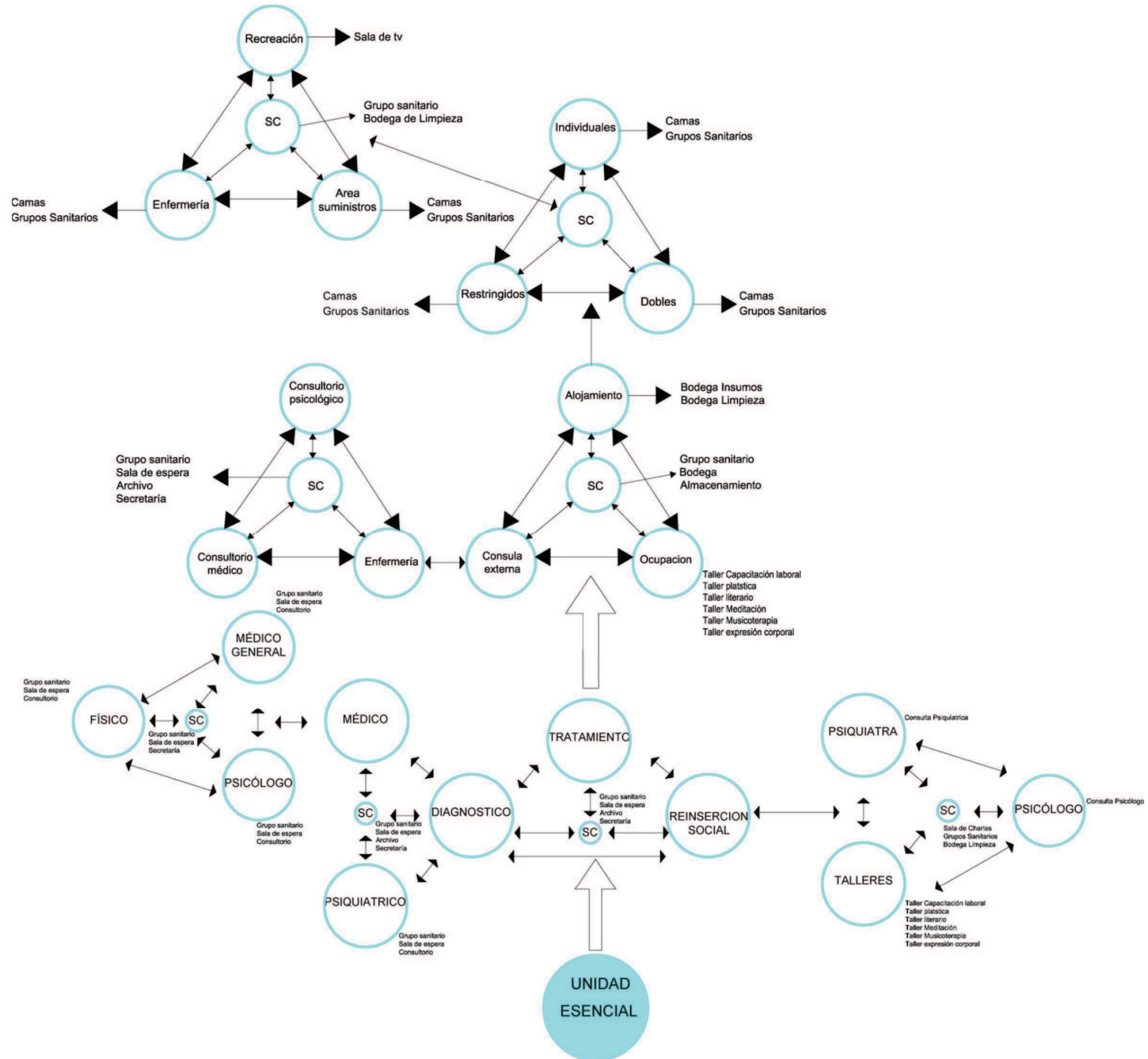
<b><u>RECREACIÓN</u></b>
CANCHA DE FUTBOL
CANCHA DE VÓLEY
PISCINA
GIMNASIO
AERÓBICOS
JUEGOS DE MESA
SALA DE TV
<b><u>ADMINISTRACIÓN</u></b>
RECEPCIÓN/INFORMACIÓN
SECRETARIA
GERENCIA
ADMINISTRACIÓN
RECURSOS HUMANOS
SALA DE REUNIONES
CONTABILIDAD
ARCHIVO
TRABAJO SOCIAL
OFICINA JURÍDICA
<b><u>SERVICIOS GENERALES</u></b>
<b><u>USO MÚLTIPLE</u></b>
SALÓN DE USO MÚLTIPLE
BAÑOS
<b><u>COMEDOR</u></b>
COCINA
COMEDOR
BODEGA DE INSUMOS

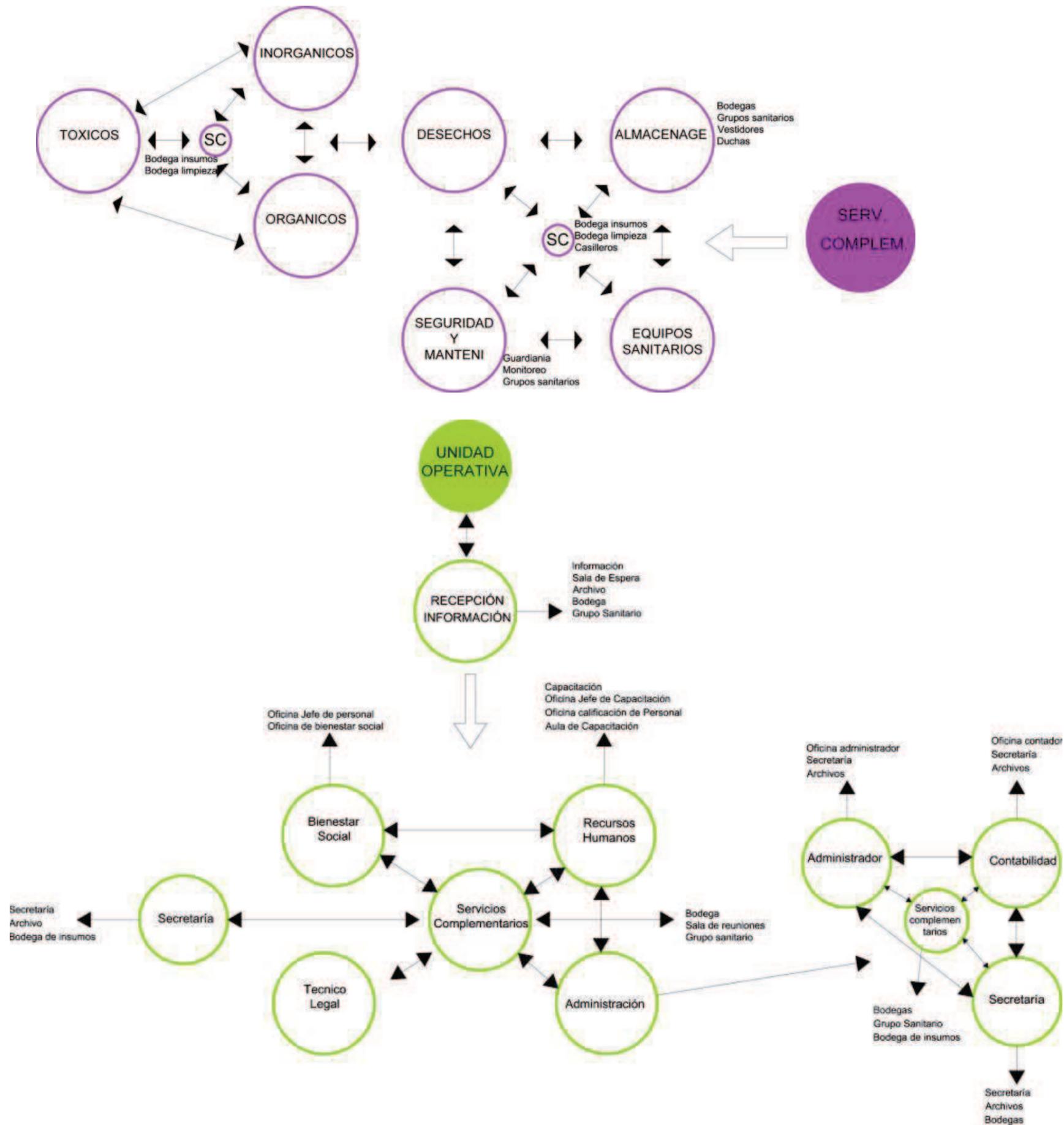
<sup>59</sup> Libro: Guías para trabajar Los pasos de Narcóticos Anónimos.

### 6.3. DIAGRAMA DE ACTIVIDADES

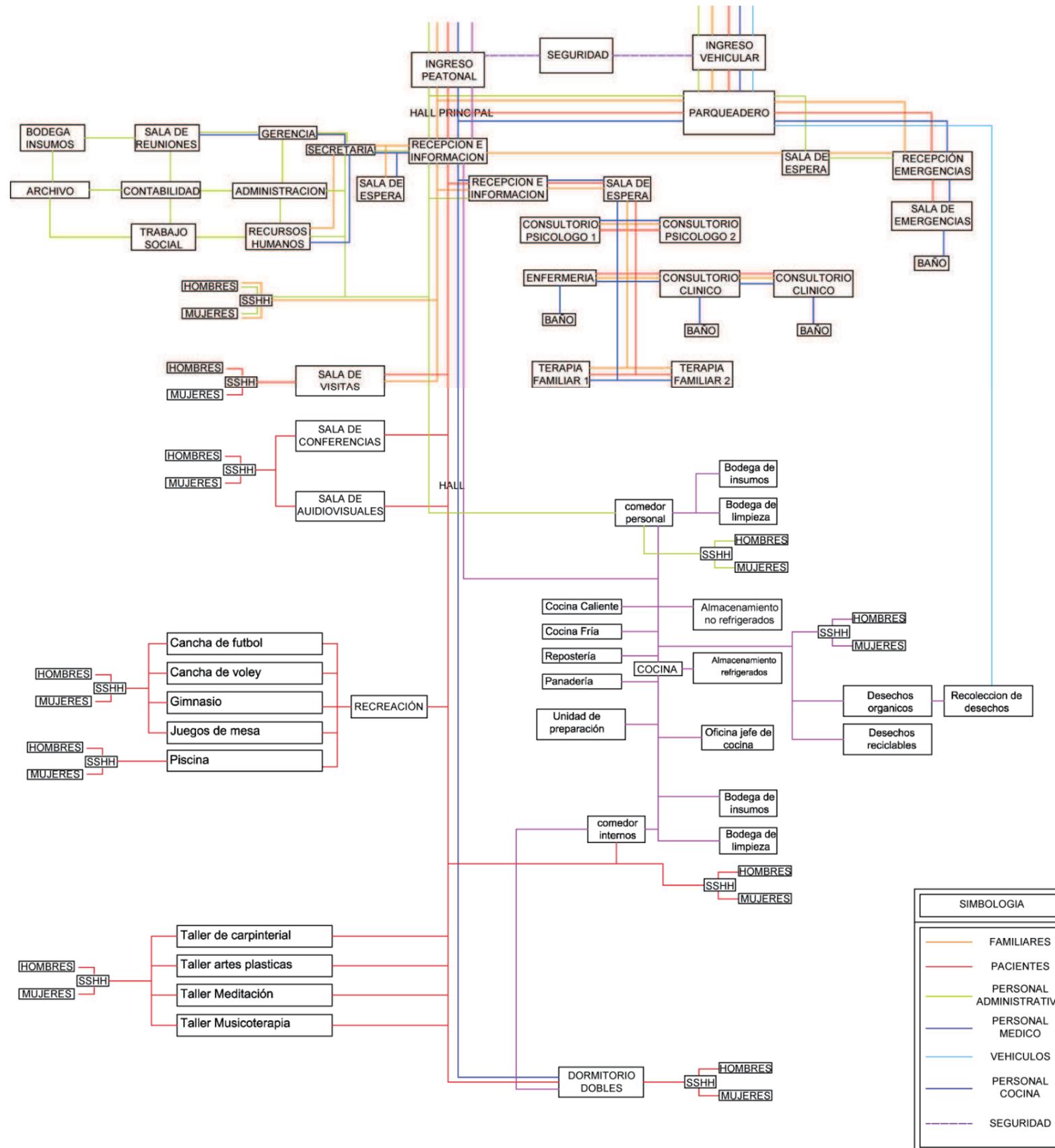




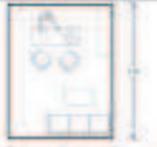
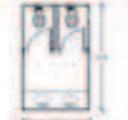


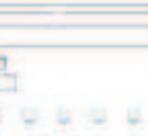
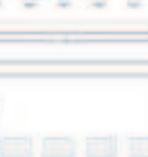


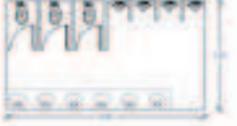
6.4. FLUJO GRAMA

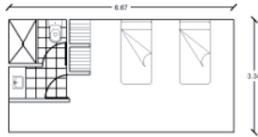


### 6.5. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2	UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2	
UNIDAD ADMINISTRATIVA	Recepción/ información	Recepción/ información	4	1		3.90 X 3.90	15.21	UNIDAD ADMINISTRATIVA	Servicios Complementarios	Grupos sanitarios Mujeres	1	1		3.54 X 3.54	12.53	
	Secretaria	Secretaria General	2	1		2.00 X 3.00	6.00			Grupos sanitarios Hombres	1	1		3.54 X 3.54	12.53	
		Archivo	1	1		2.40 X 1.80	4.32		Area Tecnica Legal	Archivo	1	1		2.40 X 1.80	4.32	
	Administración	Of Director	2	1		3.54 X 3.54	12.53			Of Asesor Legal	1	1		3.54 X 3.54	12.53	
		Of Administrador	2	1		3.54 X 3.54	12.53			Area Trabajo Social	Archivo	1	1		2.40 X 1.80	4.32
	Archivo	1	1		2.40 X 1.80	4.32	Of. Trabajo Social				1	1		3.54 X 3.54	12.53	
	UNIDAD ADMINISTRATIVA	Contabilidad	Of Contador	3	1		3.54 X 3.54		12.53	Servicios Complementarios	Sala de terapia familiar	1	1		3.54 X 3.54	12.53
			Archivo	1	1		2.40 X 1.80		4.32		Grupos Sanitarios Mujeres	1	1		3.54 X 3.54	12.53
		Sala de Reuniones	7	1		7.08 X 3.54	25.06		Grupos Sanitarios Hombres			1	1		3.54 X 3.54	12.53
	Bodega de Limpieza	1	1		5.00 X 3.54	16.00										

UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2	UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2
	Servicios Complementarios	Bodega de Limpieza	1	1		2.50 X 2.50	6.25		Servicios Complementarios	Bodega de Limpieza	1	1		2.50 X 2.50	6.25
UNIDAD MEDICA	Área Médica	Enfermería	2	1		3.54 X 7.08	25.06	UNIDAD MEDICA	Área de Emergencias	Información/Espera	1	1		3.90 X 3.90	15.21
		Const. Psicólogo Clínico	2	1		5.00 X 5.00	25.00			Sala de Emergencias	1	1		3.90 X 4.20	16.38
		Const. Psiquiatría Clínica	2	1		5.00 X 5.00	25.00			Bodega de Limpieza	1	1		2.50 X 2.50	6.25
		Sala de Terapia Familiar	5	1		5.00 X 5.00	25.00		Área Educativa	Taller de Carpintería	1	1		10.00 X 10.00	100.00
		Const. Médico General	2	1		5.00 X 5.00	25.00			Taller Plástico	1	1		10.00 X 10.00	100.00
		Información/Espera	3	1		3.54 X 3.54	12.53			Taller de Música	1	1		10.00 X 10.00	100.00
		Sala de Reuniones	7	1		7.08 X 3.54	25.06			Taller de Meditación	1	1		10.00 X 10.00	100.00
UNIDAD MEDICA	Servicios Complementarios	Grupos Sanitarios Mujeres	1	1		3.54 X 3.54	12.53	Servicios Complementarios	Bodega de Material	1	1		3.54 X 3.54	12.53	
		Grupos Sanitarios Hombres	1	1		3.54 X 3.54	12.53								

UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2	UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2
UNIDAD RECREATIVA	Área Deportiva al Aire Libre	Cancha de Fútbol	1	1		15.00 X 30.00	450.00	UNIDAD SERVICIOS GENERALES	Servicios Complementarios Personal	Grupos sanitarios Personal Mujeres	1	1		3.00 X 3.30	9.90
		Cancha de Voley	1	1		9.00 X 18.00	162.00			Grupos sanitarios Personal Hombres	1	1		3.00 X 3.30	9.90
	Área de Gimnasio	Gimnasio	1	1		6.00 X 8.00	48.00		Servicios Complementarios Internos	Baños Internos	1	1		6.00 X 3.30	19.80
		Baños	1	1		3.30 X 6.00	19.80			Servicios Complementarios	Bodega de Limpieza	1	1		2.50 X 2.50
	Servicios Complementarios	Bodega de Limpieza	1	1		2.50 X 2.50	6.25		Bodega de Basuras		1	1		5.00 X 3.00	15.00
		Área de Entretenimiento	Sala de TV	1	1		3.00 X 3.00		10.00	Salas Múltiples	Sala de Terapia Grupal	1	1		5.40 X 8.00
	Área de Entretenimiento	Sala de Juegos	1	1		5.00 X 3.00	15.00		Salon Múltiple		100	1		20.00 X 10.00	200.00
	UNIDAD SERVICIOS GENERALES	Piscina	Piscina	1	1		25.00 X 12.50		100.00	Servicios Complementarios	Baños Internos	1	1		6.00 X 3.30
Comedor Personal			1	1		5.10 X 8.00	40.80	Bodega de Limpieza	1		1		2.50 X 2.50	6.25	
Área Alimentaria Personal e Interna		Cocina Personal	1	1		4.80 X 5.40	25.92								

UNIDAD	DEPARTAMENTO	ESPACIO	# DE USUARIOS	# DE ESPACIOS	FORMA DE ACTIVIDAD	MEDIDAS M	AREA M2		
UNID DEN C IAL	Alojamiento	Dormitorio	1	15		6.67 X 3.34	334.20		
								TOTAL	2643,53
								2643,53 *0.02 (PAREDES)	2696,40
								2696,40 *0.20 (CIRCULACIÓN)	3235,68
								TOTAL	3235,68

### 6.6. Necesidades de Emplazamiento del Proyecto

#### Conclusiones:

En la actualidad tenemos una idea errónea de la palabra “tipo”, este concepto no representa la imagen de un modelo que hay que copiarlo o imitarlo perfectamente, sino conceptualizar la idea abstracta que se obtiene de un grupo de objetos destinados a un fin en común, de los que se han abstraído cualidades generales comunes.

El “tipo” es un concepto a partir del cual cada persona puede crear obras que no se asemejan entre sí, pero obteniendo un mismo fin.

Abarca objetos con la misma condición esencial pero sin parecerse a ninguno.

Presta su interés a similitudes estructurales, existentes entre objetos arquitectónicos, al margen de sus diferencias epiteliales o aparentes: es indiferente al estilo de los mismos.

El proyecto por ser un proyecto tipo, su principal función es adaptarse de mejor manera, a determinados terrenos a escoger.

Para la aplicación de este proyecto tipo, se necesitan superficies de entre 17,500 m2 a 8,500m2 para el emplazamiento del proyecto.

Los Centros de Recuperación deben ser colocados a las afueras de la ciudad.

### **6.6.1. PARQUEADEROS:**

Criterios: Salida e ingreso vehicular no interfiere con el ingreso y salidas de ambulancias, parqueaderos de discapacitados.

Características: parqueaderos de visitas y del personal.

**CAPITULO VII**

**CONCEPTO**

## 7. CONCEPTO

El objetivo principal del presente trabajo es el diseño de un edificio “tipo” que implica una idea de cambio o de transformación, los cambios van actualizando los “tipos” hasta que por lo general estos agoten su capacidad de transformación pero siempre podrán ser reinventados, esto permite que el proyecto pueda adaptarse a cualquier terreno, que varíe su forma, pero sin afectar los espacios arquitectónicos internos.

Con este antecedente, el concepto arquitectónico elegido es basado en un juego de mesa popular chino llamado tangram el cual nos permite tener la flexibilidad que requiere el proyecto.

### 7.1. JUEGO TANGRAM

Es un juego popular de origen chino, muy antiguo, llamado Chi Chiao Pan, que significa TABLA DE LA SABIDURÍA.

El juego consta de 7 piezas llamadas “tans” que son:

2 triángulos grandes

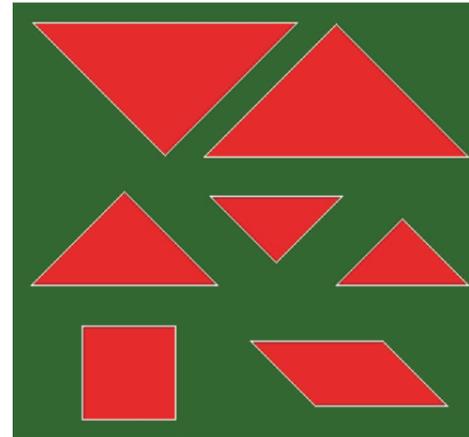
1 triángulo mediano

2 triángulos pequeños

1 cuadrado

1 paralelogramo

IMAGEN #65 PIEZAS “TANS”

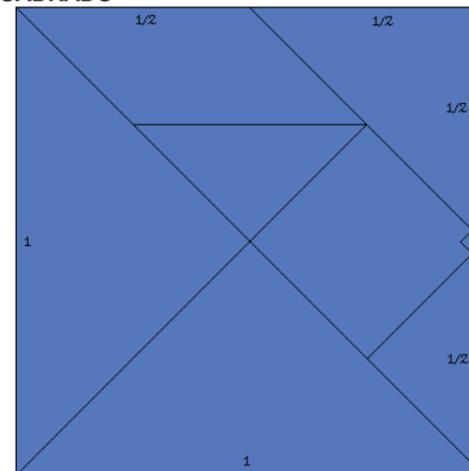


Fuente: <http://enciclopedia.us.es/index.php/Tangram>

Las 7 piezas forman un cuadrado.

El Tangram es un juego individual que estimula la creatividad y consiste en formar diferentes figuras.

IMAGEN #66 CUADRADO



Fuente: <http://www.juegotangram.com.ar/TGram/Construir.htm>

#### 7.1.1. Reglas:

- Se deben utilizar las 7 piezas
- Todas deben estar contenidas en el mismo plano.
- No pueden superponerse ni solaparse total o parcialmente ninguna pieza.

- Las piezas se pueden girar o voltear libremente para ajustarlas como crea conveniente a sus creaciones.

El tangram es utilizado para entretenimiento, en la psicología, diseño, filosofía, pedagogía.

Es muy útil para introducir conceptos de geometría plana y para promover el desarrollo de capacidades psicomotrices e intelectuales.

#### 7.1.2. EI TANGRAM EN LA PSICOLOGÍA

El Tangram facilita la estimulación de diferentes habilidades de carácter clave para el aprendizaje, que son:

Orientación espacial

Estructuración espacial

Coordinación viso motora

Atención

Razonamiento lógico espacial

Percepción visual

Memoria visual

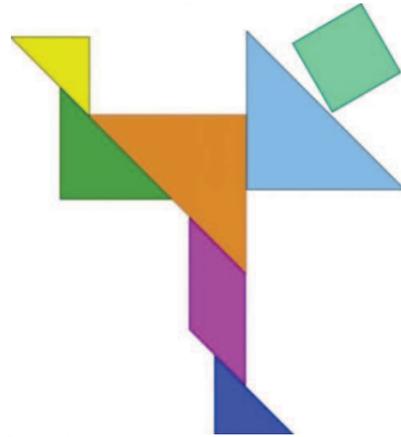
Percepción de figura y fondo

#### 7.1.3. FASES DEL TANGRAM

- Reproducción de la figura con la solución delante, es decir que en el dibujo se ve claramente cuáles son las piezas que debe colocar y donde. En esta primera fase estaríamos trabajando claramente: coordinación

viso motora, atención y orientación y estructuración espacial.<sup>60</sup>

IMAGEN #67 FIGURA



Fuente: [http://www.freepik.es/vector-gratis/tangram-imagenes-predisenadas\\_383569.htm](http://www.freepik.es/vector-gratis/tangram-imagenes-predisenadas_383569.htm)

- Reproducción de la figura sin la solución. En esta fase ya entra más en juego la percepción visual y el razonamiento espacial, al mismo tiempo que seguiríamos potenciando los mismos aspectos que en la primera fase pero de forma más compleja.

IMAGEN #68 FIGURA



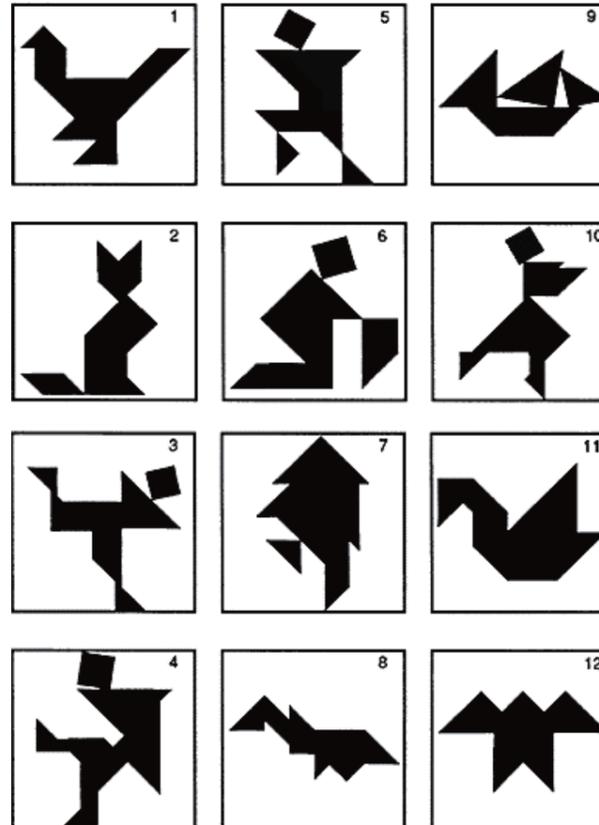
Fuente: <http://psicopedagogias.blogspot.com/2008/01/el-tangram-un-juego-y-una-potente.html>

- Reproducción de la figura sin la solución y posterior reproducción sin estímulo visual, es decir, de memoria. Esta fase resulta evidentemente la más

<sup>60</sup> <http://psicopedagogias.blogspot.com/2008/01/el-tangram-un-juego-y-una-potente.html>

compleja, puesto que aparte de requerir una mayor estructuración espacial y el trabajo de todas las habilidades antes descritas potencia la memoria visual de formas.

IMAGEN #69 FIGURA



Fuente: <http://hackerdou.com/?p=653>

Al ser el Tangram un juego flexible, con respecto a diseñar diferentes formas, en este proyecto es factible utilizarlo por el hecho de su flexibilidad de ordenar sus piezas para diferente espacio.

## 7.2. APLICACIÓN DEL CONCEPTO AL PROYECTO

Para tener un buen resultado entre arquitectura, forma y tangram, se tomaron 5 tangrams de diferentes tamaños que

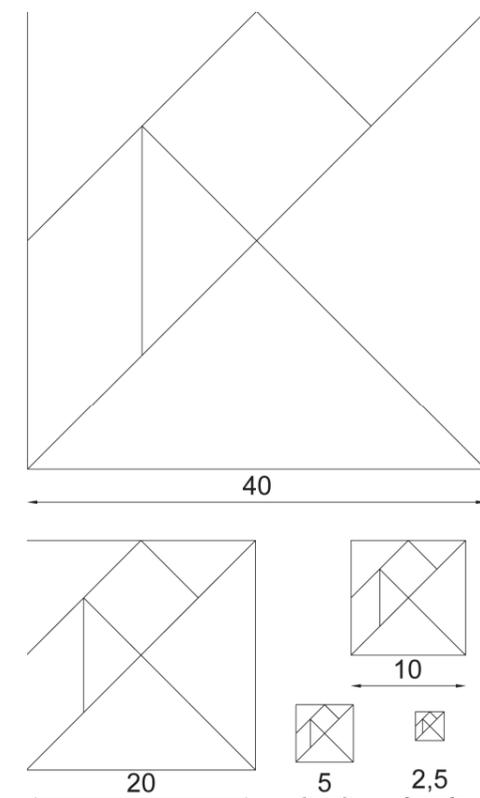
empiezan de un cuadrado de 2.5m y van aumentando su medida al doble secuencialmente hasta llegar a 40m (ver imagen #70), se tomó esta secuencia por la facilidad en cuanto a obtener módulos que se adapten a la arquitectura requerida:

Tangram de 40 x 40m y sus piezas, será tomado para la forma del edificio y sus cubiertas.

Tangram de 20 x 20m y de 10 x 10m, con sus piezas será tomado para la modulación de espacios arquitectónicos, los cuales se van a repetir en cada proyecto.

Tangram de 5 x 5m y de 2.5 x 2.5m, con sus piezas, van hacer usadas en fachadas y para la modulación de las ventanas.

IMAGEN #70 MÓDULOS



Fuente: propia

Se realizó varios estudios en cuanto a forma y distribución arquitectónica.

**DORMITORIOS:**

Como se puede observar en la Imagen #71 las distintas formas fueron armadas con 38 cubos basados en el tangram, con dimensiones de 3.54 x 3.54m y con una altura de 3,54m, estos son los espacios de dormitorios y baños cada cubo es un espacio arquitectónico, se realizaron distintas distribuciones con el mismo número de cubos, en una sola planta y en dos plantas y así saber el área necesaria para los dormitorios.



**IMAGEN #71 FORMAS**  
Fuente: propia

OFICINAS:

Para el área de oficinas se utilizaron 14 piezas con una altura de 3.54m:

2 piezas de 2.5 x 2.5m para información.

1 pieza de 3.54 x 7.08m, sala de reuniones.

2 piezas de 7.08 x 7.08m, circulación horizontal.

1 pieza de 3.54 x 10.62m, baños.

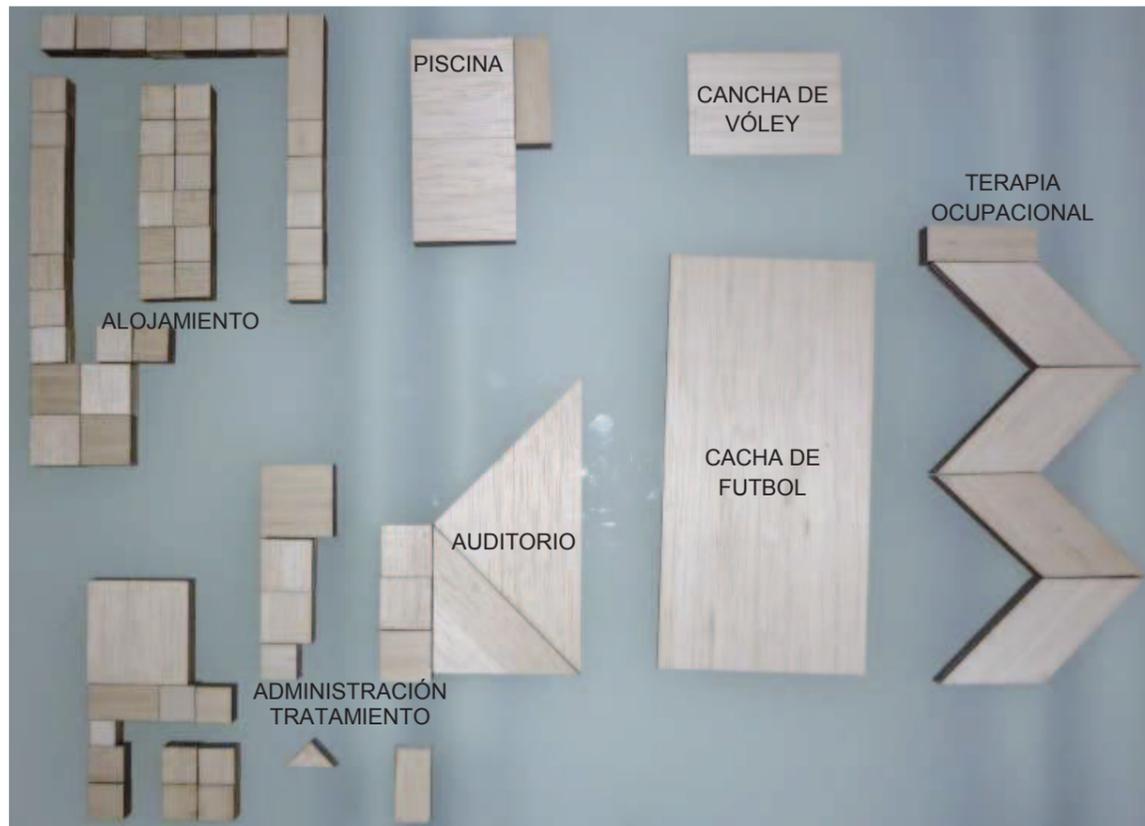
8 piezas de 3.54 x 3.54m, oficinas.

Se realizaron distintas formas para seguir con el juego tangram y demostrar que se pueden formar distribuciones diferentes con los mismos espacios arquitectónicos.



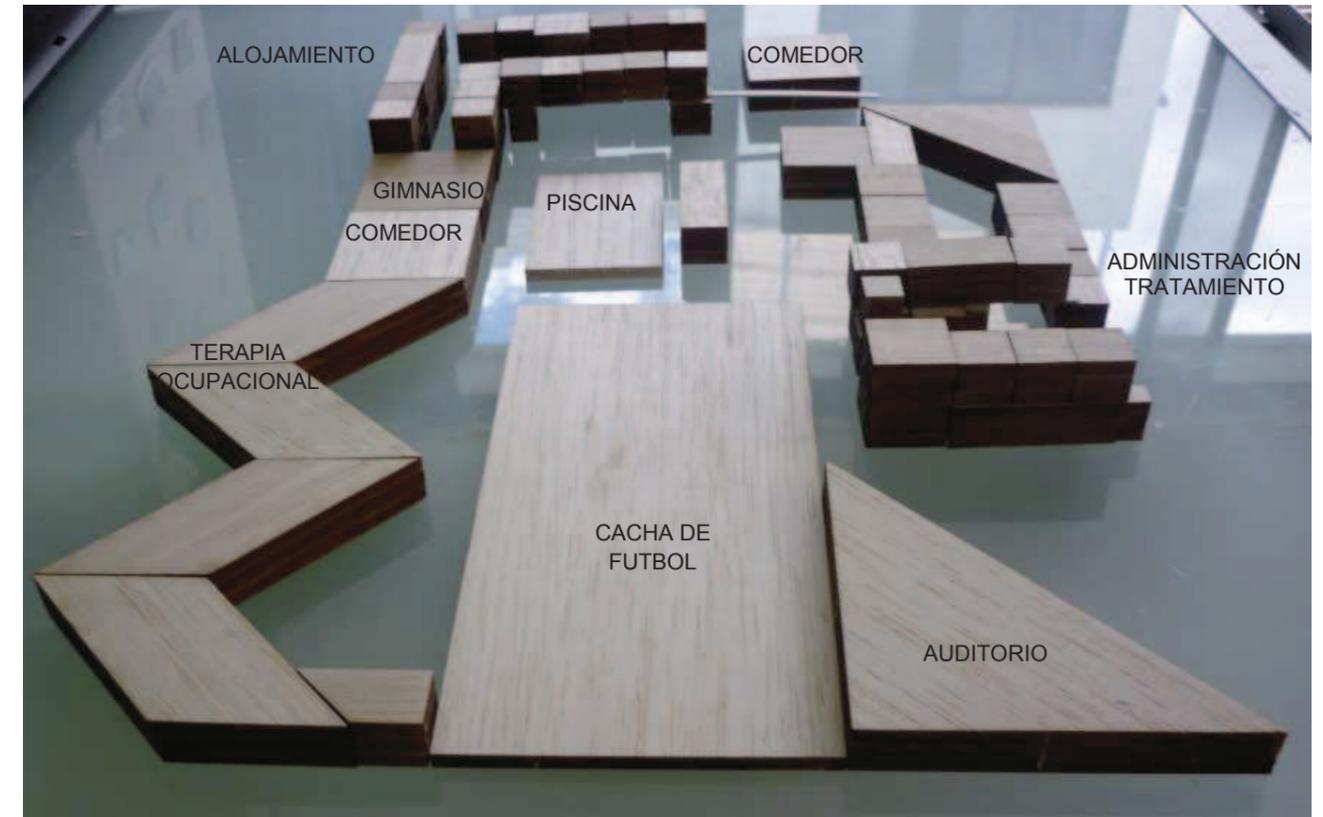
IMAGEN #72 FORMAS  
Fuente: propia

IMAGEN #73 FORMA COMPLETA 1



Fuente: propia

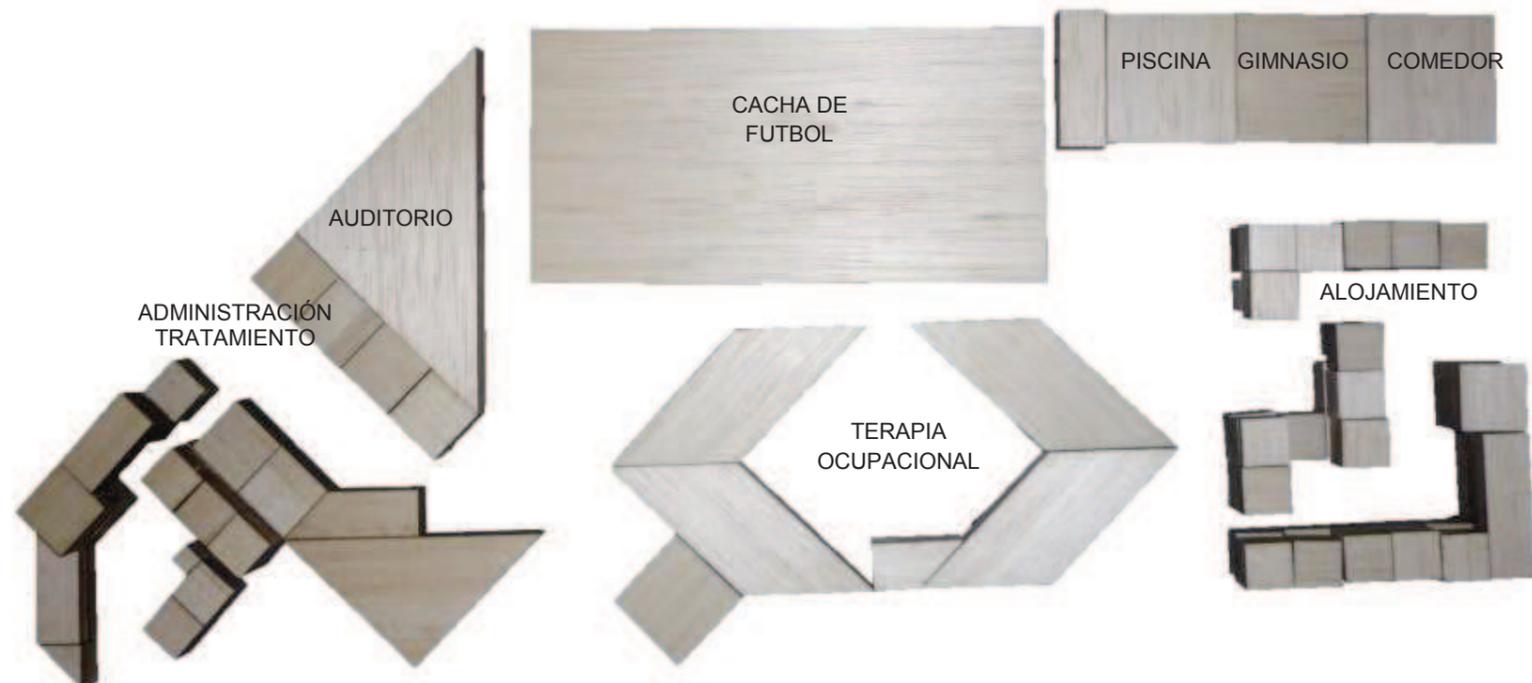
IMAGEN #74 FORMA COMPLETA 2



Fuente: propia

IMAGEN #75 FORMA COMPLETA 3

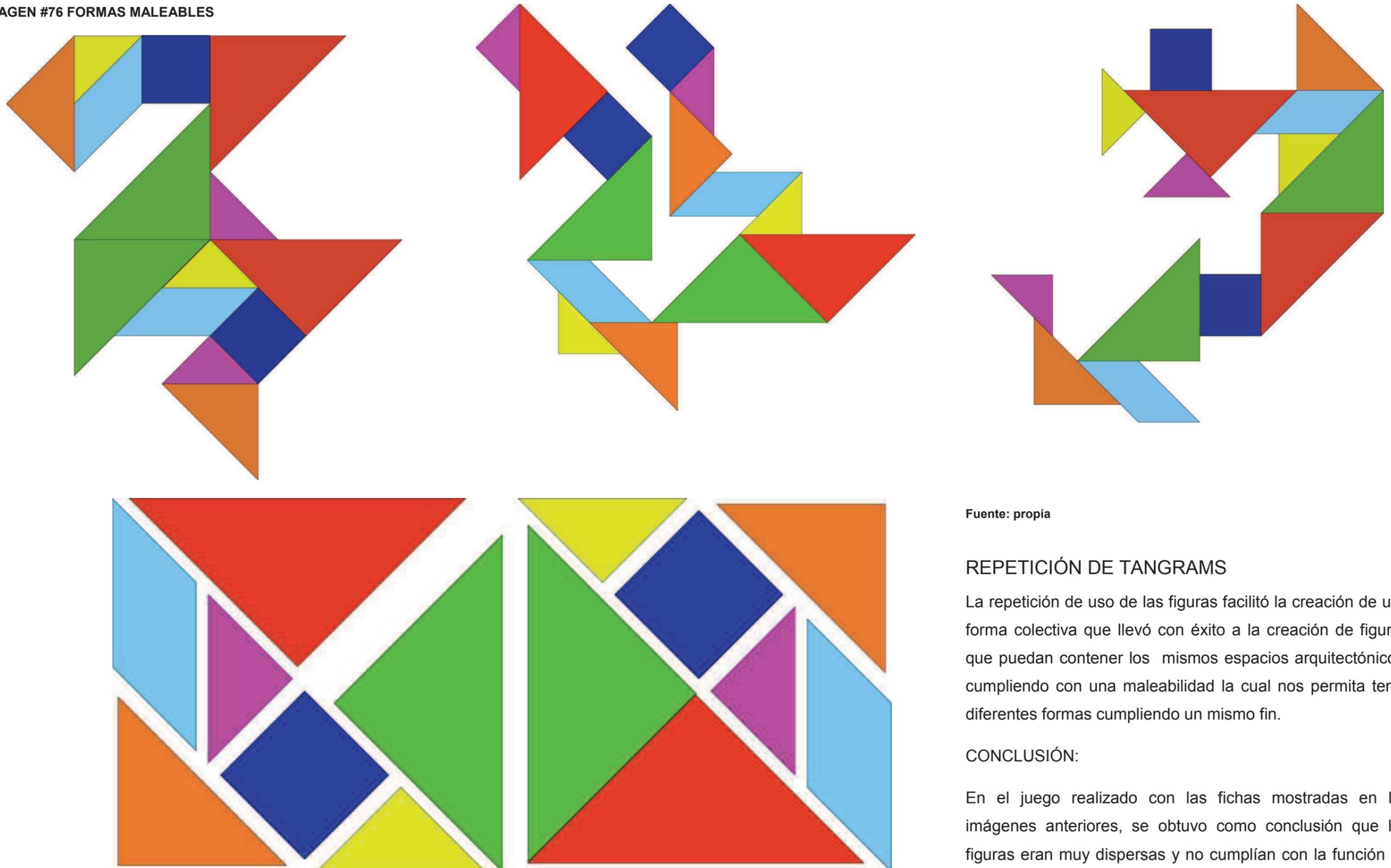
Fuente: propia



FORMA COMPLETA DEL PROYECTO

Con 70 piezas se formaron todos los espacios necesarios para el proyecto, como se observan en las Imágenes #73,74 y 75 cada ejercicio es diferente del otro.

IMAGEN #76 FORMAS MALEABLES



Fuente: propia

### REPETICIÓN DE TANGRAMS

La repetición de uso de las figuras facilitó la creación de una forma colectiva que llevó con éxito a la creación de figuras que puedan contener los mismos espacios arquitectónicos, cumpliendo con una maleabilidad la cual nos permita tener diferentes formas cumpliendo un mismo fin.

### CONCLUSIÓN:

En el juego realizado con las fichas mostradas en las imágenes anteriores, se obtuvo como conclusión que las figuras eran muy dispersas y no cumplían con la función de formar un elemento conjunto para poder armar la edificación,

por cuanto se optó por unir las piezas armando formas más sobrias las cuales se adaptan a las necesidades del proyecto.

Para encontrar mejor armonía entre los elementos dispersos fue necesario ir jugando con la posición y la repetición de varias figuras hasta encontrar la mejor alternativa para que el proyecto cumpla con los objetivos dispuestos.

### 7.2.1. FORMAS DEFINITIVAS

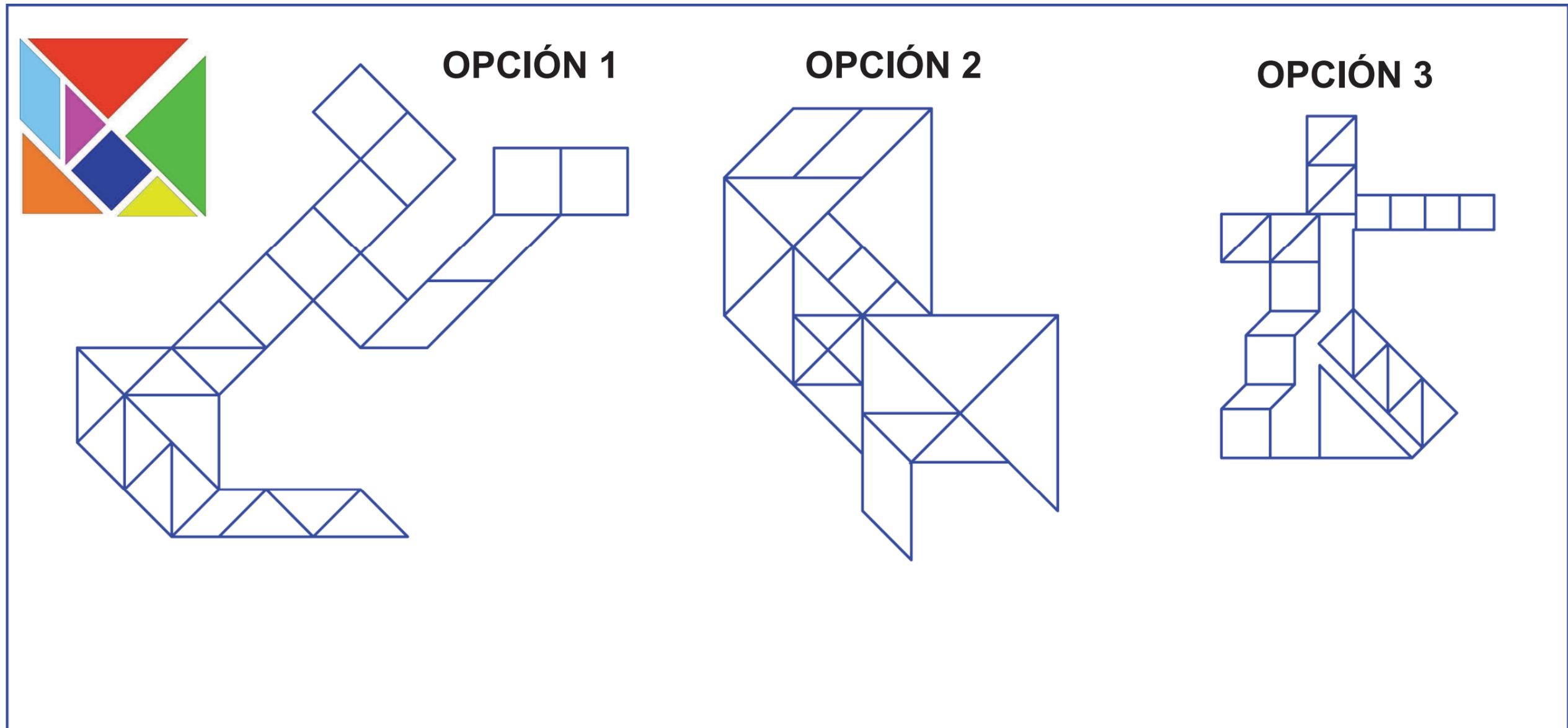
Para cumplir con los objetivos propuestos en el presente trabajo se ha escogido 3 formas diferentes para el planteamiento del proyecto (ver imagen #77).

Opción 1, compuesta por 24 fichas.

Opción 2, compuesta por 21 fichas

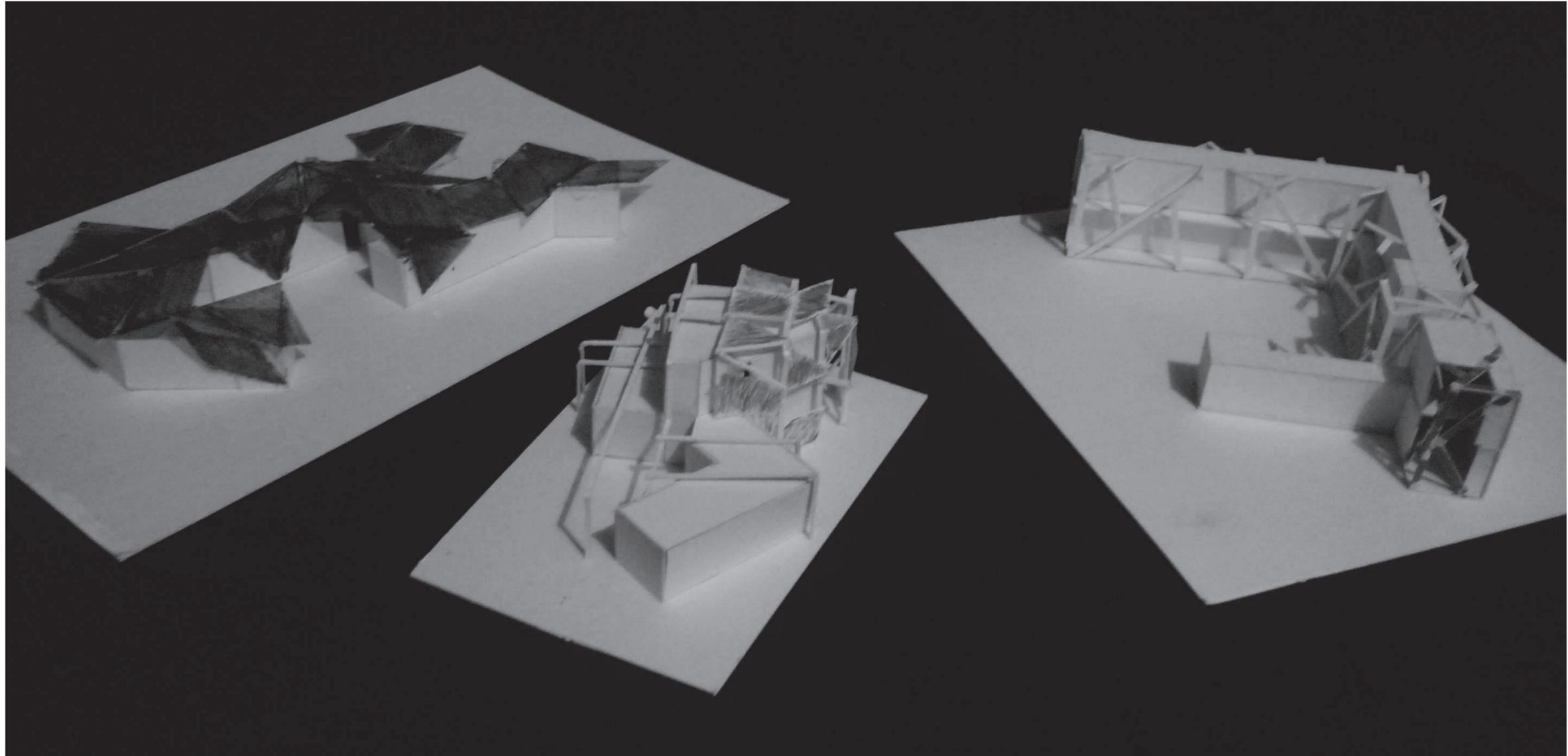
Opción 3, compuesta por 24 fichas

IMAGEN #77 FORMAS DEFINITIVAS



Fuente: propia

### 7.3. ANÁLISIS VOLUMÉTRICO DEL PROYECTO



Se analizaron varias opciones de volumetría, las cuales no fueron escogidas; para el proyecto es necesario tener una volumetría sobria y tranquila.

**IMAGEN #78 VOLUMETRÍA**  
Fuente: propia

### 7.4. FACHADAS

Para las fachadas se tomó el tangram de 2,5 x 2,5m que fue uno de los módulos obtenidos anteriormente, de este módulo de tangram de las 7 fichas que lo conforman se utilizó el cuadrado de 0,88 x 0,88 como modulo para tener ventas, y fachadas.

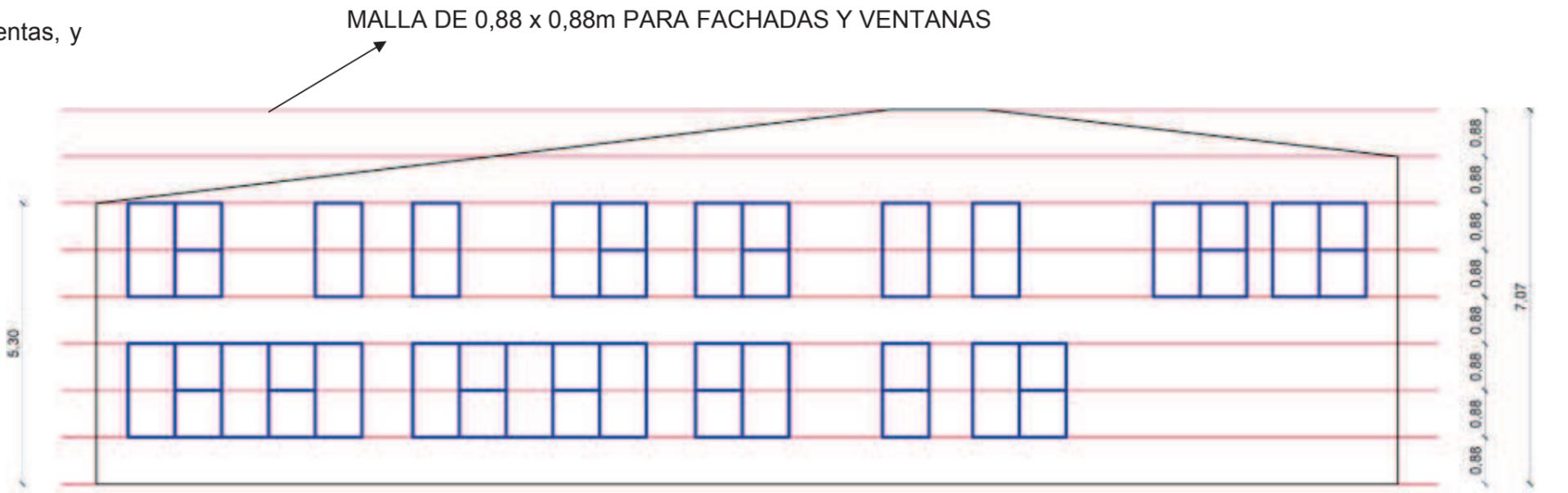
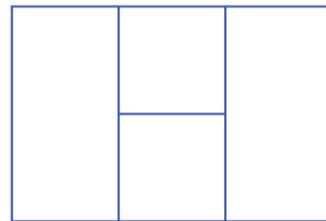
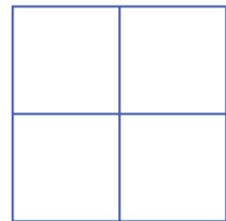
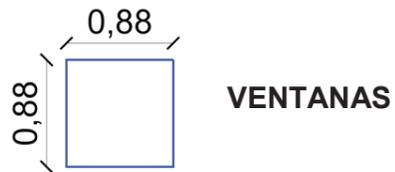
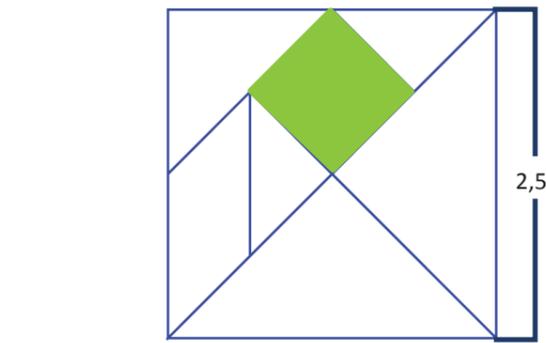


IMAGEN #79 FACHADAS  
Fuente: propia

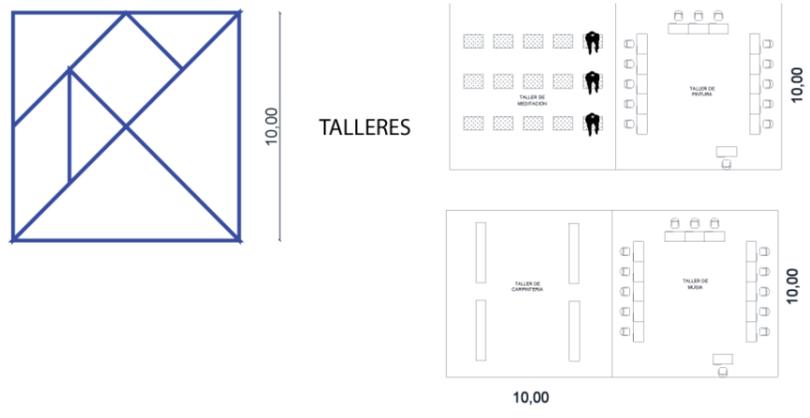
### 7.5. MODULACIÓN DE ESPACIOS ARQUITECTÓNICOS

El Tangram no fue usado únicamente para el diseño de la forma del proyecto, también aportó en el aspecto funcional.

Cada espacio arquitectónico fue concebido en base a las figuras con la modulación que se usó anteriormente, las áreas fueron diseñadas según los módulos de las fichas del juego y de las necesidades de los usuarios.

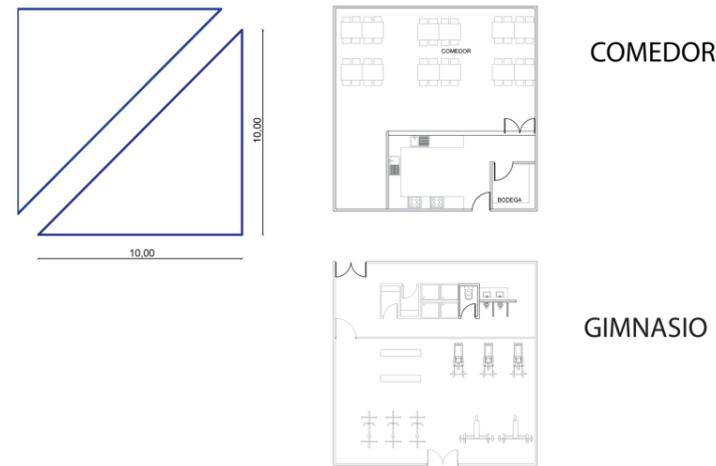
#### TALLERES:

Para los talleres se utilizó el tangram de 10 x 10m con un área de 100m<sup>2</sup>.



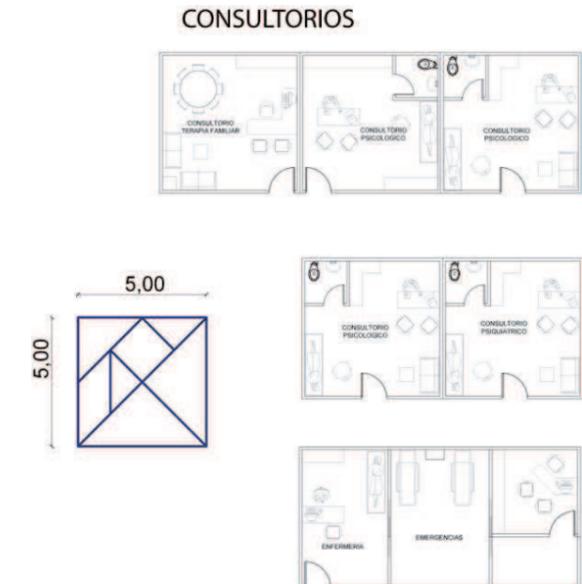
#### COMEDOR Y GIMNASIO

Para el comedor y gimnasio, se tomaron del tangram de 10x10m, los triángulos grandes que unidos tomaron el área requerida que es 100m<sup>2</sup>



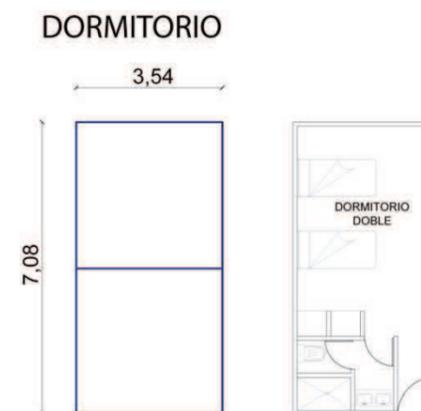
#### CONSULTORIOS Y ENFERMERÍA

Para los consultorios y enfermería, se tomó del tangram de 5x5m, con un área de 25m<sup>2</sup> el cual es requerida para el espacio arquitectónico.



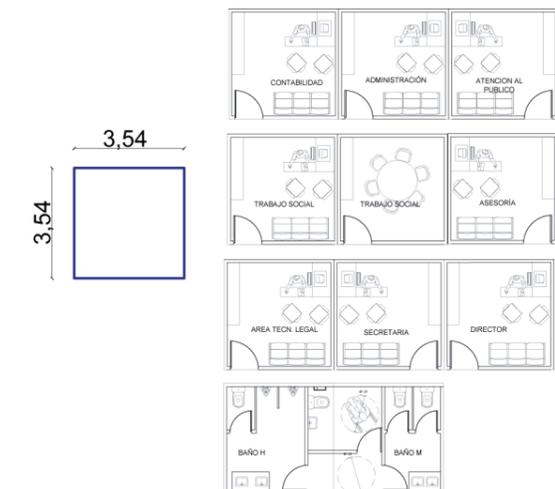
#### DORMITORIOS

Para los dormitorios dobles, se tomaron del tangram de 10x10m, se tomó el cuadrado con medidas de 3,54x3,54m, uniendo dos cuadrados de estas medidas se obtuvo un rectángulo de 3,54x7,08m con un área de 25,06m<sup>2</sup>.



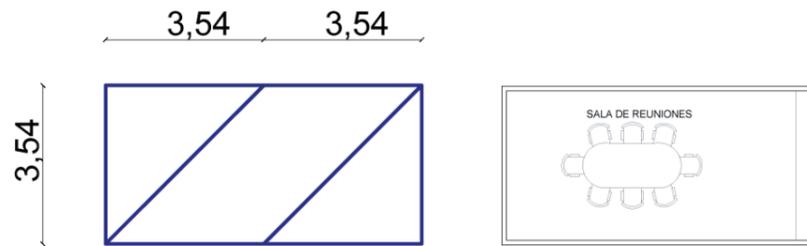
#### OFICINAS

Para el área administrativa, el módulo de oficinas fue tomado del tangram de 10x10m, utilizando el cuadrado con dimensiones de 3,54x3,54m, con un área requerida de 12,53m<sup>2</sup>.



### SALA DE REUNIONES

Para el área de la sala de reuniones se tomó del tangram de 10x10m 3 figuras dos triángulos pequeños con área de 6,25m<sup>2</sup> y un romboide de 12,50m<sup>2</sup>, los cuales unidos se obtuvo un rectángulo con un área requerida de 25,06m<sup>2</sup>.



Estos espacios arquitectónicos son los que van hacer utilizados en cada proyecto, mismos espacios diferentes formas.

### AUDITORIO

Para el área del auditorio se tomó el tangram de 10x10m, 2 veces, utilizando los 4 triángulos grandes con un área de 25m<sup>2</sup> cada triángulo, uniendo los cuatro triángulos formando un rectángulo se obtuvo el área requerida de 200m<sup>2</sup>.

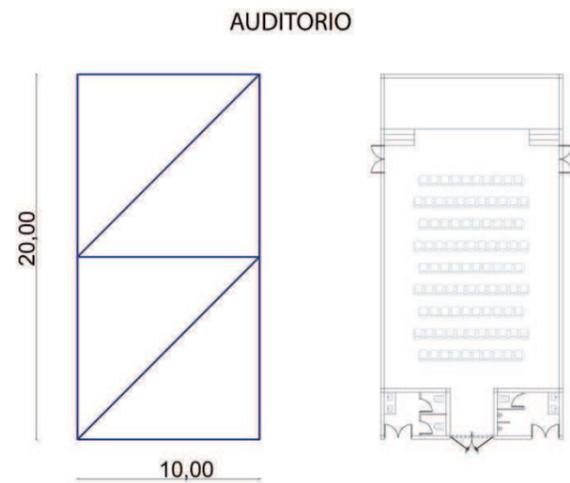


IMAGEN #80 MODULACIÓN  
Fuente: propia

**CAPITULO VIII**

**PROYECTOS**

### 8. OBTENCIÓN DEL PROYECTO

#### PROYECTO OPCIÓN 1



IMAGEN #81 FORMA OPCIÓN 1  
Fuente: propia

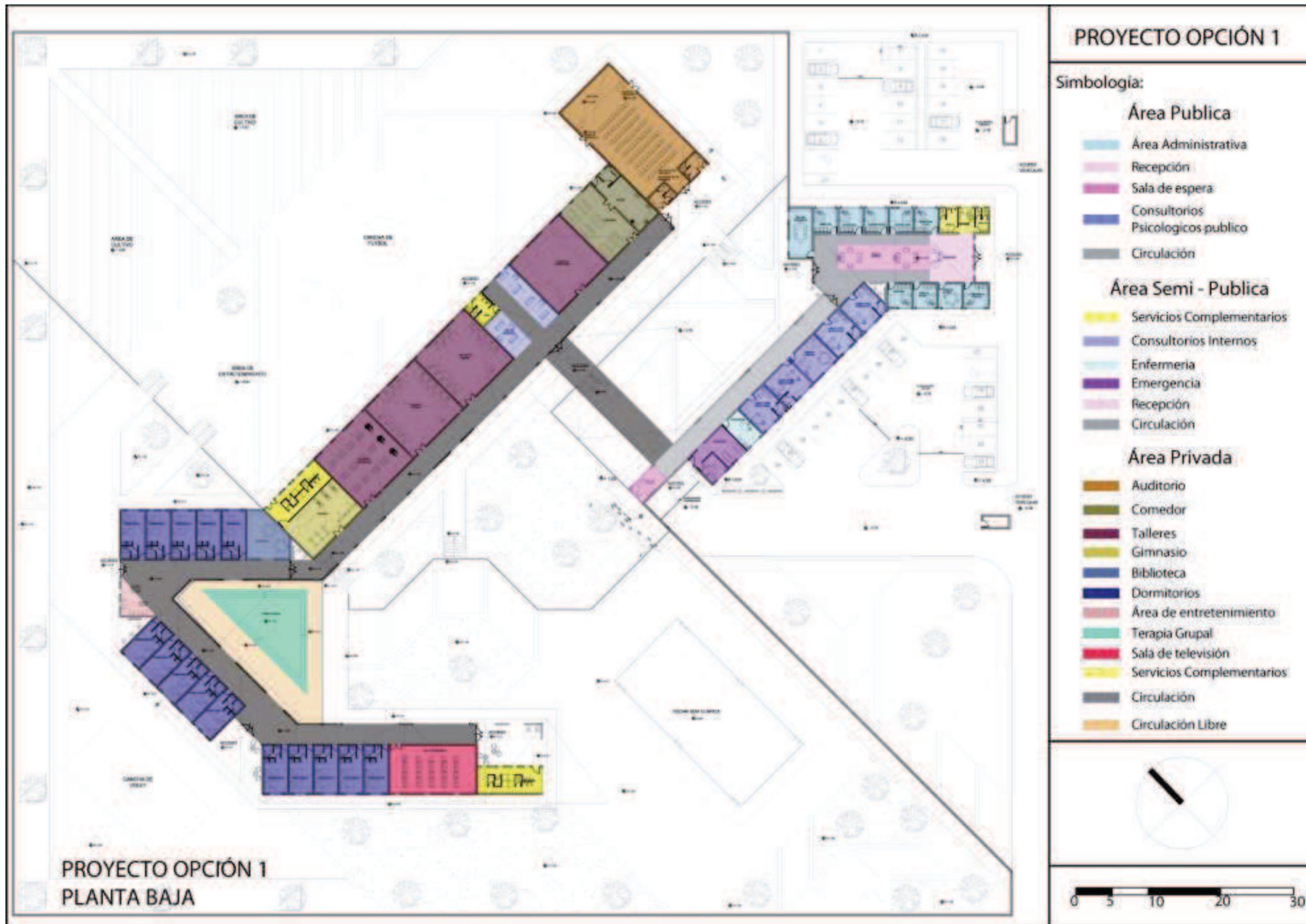


IMAGEN #82 FORMA OPCIÓN 1  
Fuente: propia

## VISTAS DEL PROYECTO

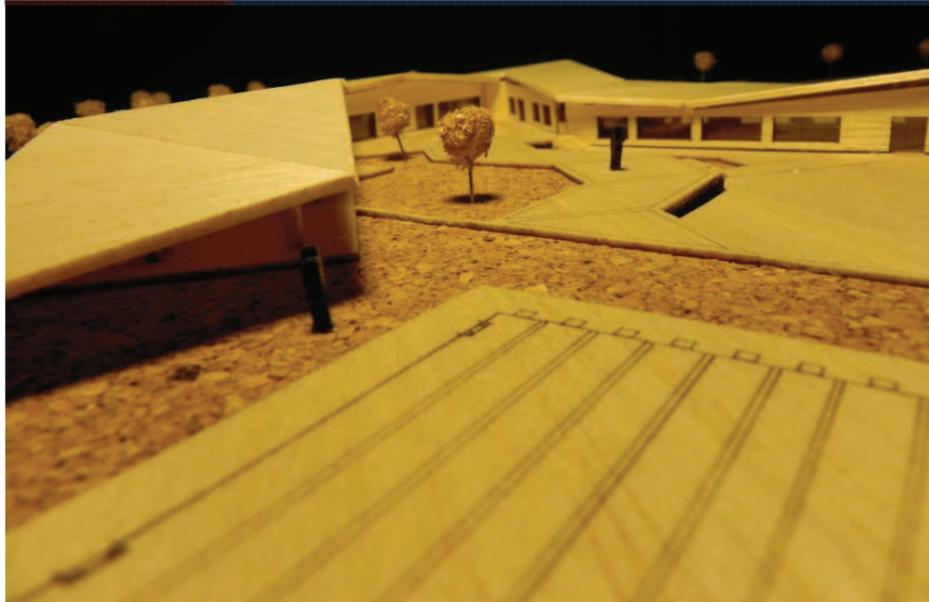
OPCIÓN 1

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO



OPCIÓN 1

VISTA DE PISCINA Y DORMITORIOS



OPCIÓN 1

VISTA PLAZA INTERNAS, CONSULTORIOS, AUDITORIO



OPCIÓN 1

VISTA PARQUEADEROS, PISCINA, PLAZA INTERNA, IMPLANTACIÓN



OPCIÓN 1

VISTA DE PISCINA



OPCIÓN 1

VISTA PLAZA INTERNA, TALLERES, DORMITORIOS



PROYECTO OPCIÓN 2

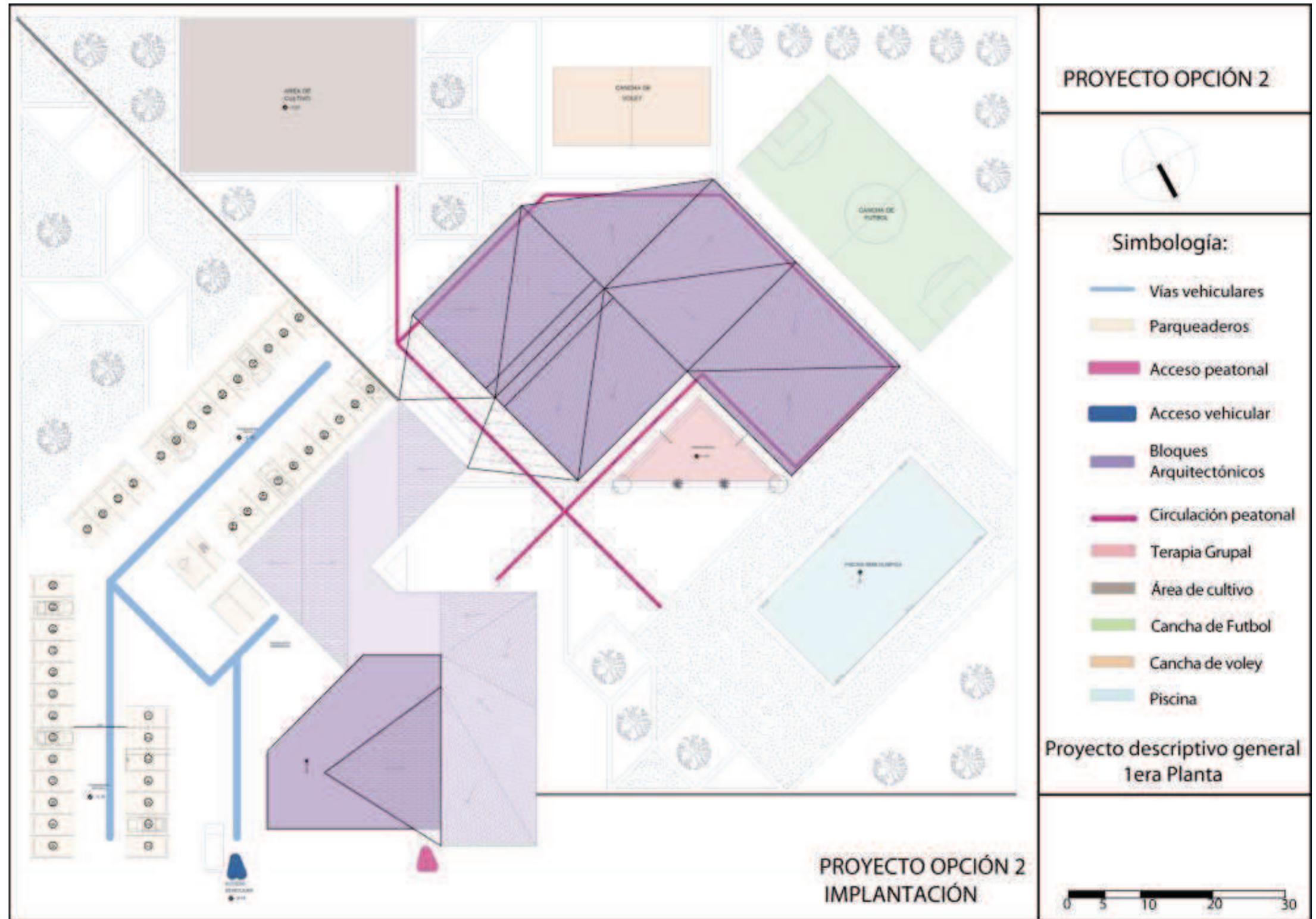


IMAGEN #83 FORMA OPCIÓN 2  
Fuente: propia



IMAGEN #84 FORMA OPCIÓN 2 PLANTA BAJA  
Fuente: propia

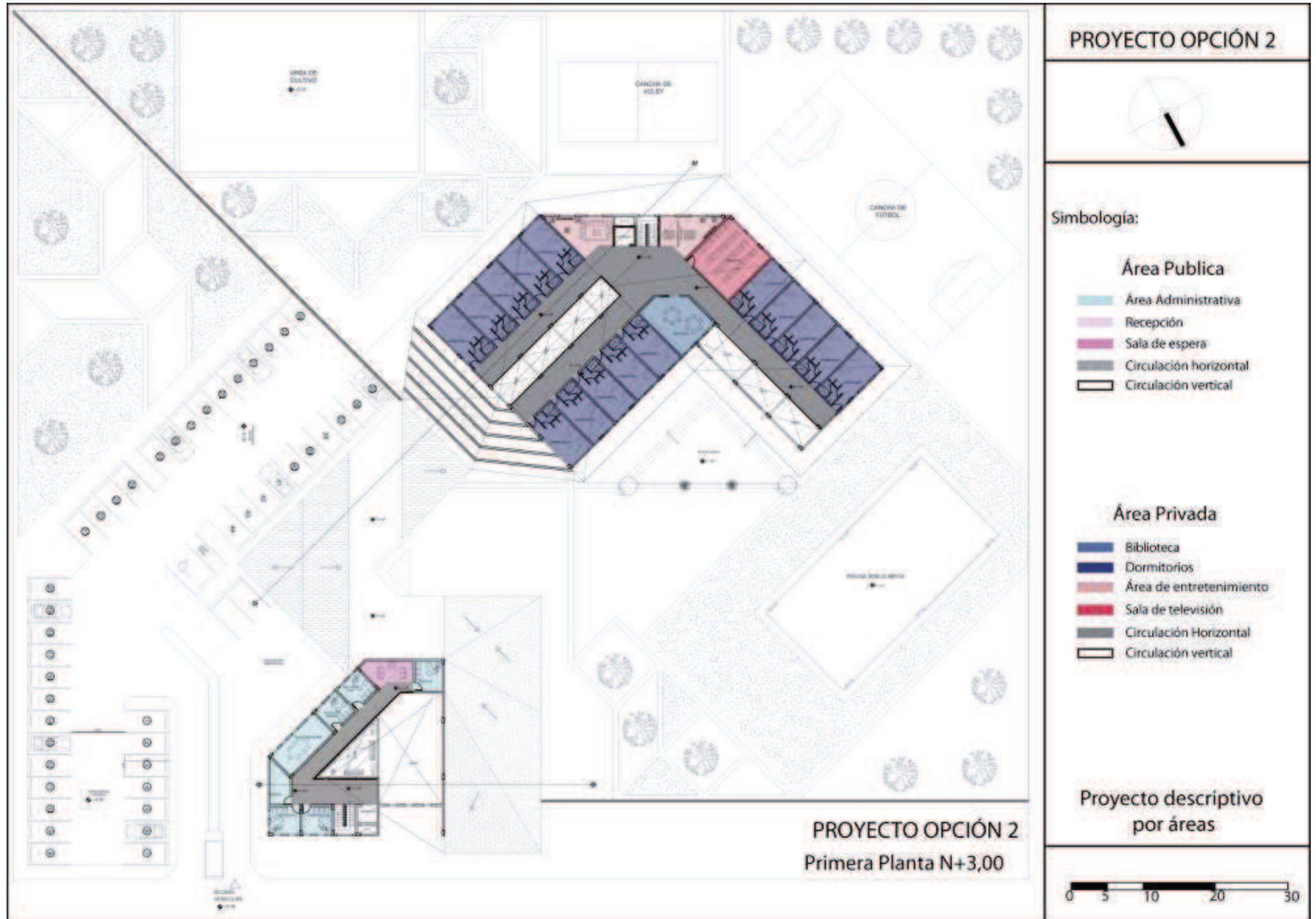


IMAGEN #85 FORMA OPCIÓN 2 PRIMERA PLANTA  
Fuente: propia

VISTAS DEL PROYECTO

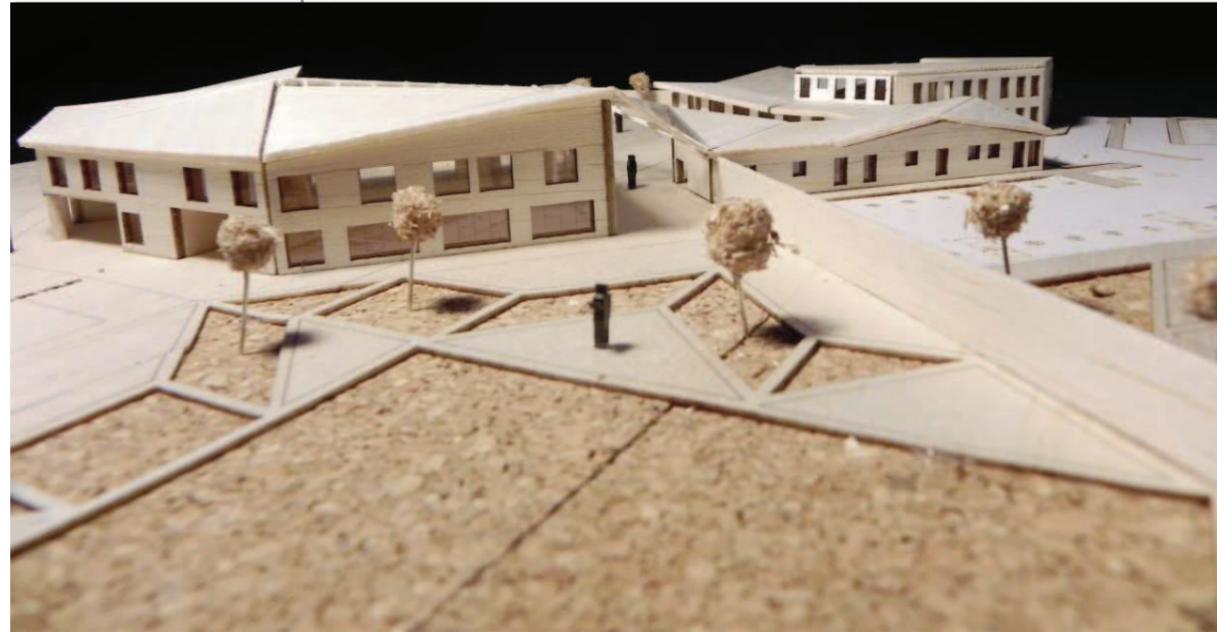
OPCIÓN 2

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO



OPCIÓN 2

VISTA CONSULTORIOS, DORMITORIOS TALLERES



OPCIÓN 2

VISTA PISCINA, DORMITORIOS TALLERES



OPCIÓN 2

VISTA PISCINA, AUDITORIO Y TERAPIA GRUPAL



OPCIÓN 2

VISTA PISCINA, AUDITORIO Y TERAPIA GRUPAL



OPCIÓN 3

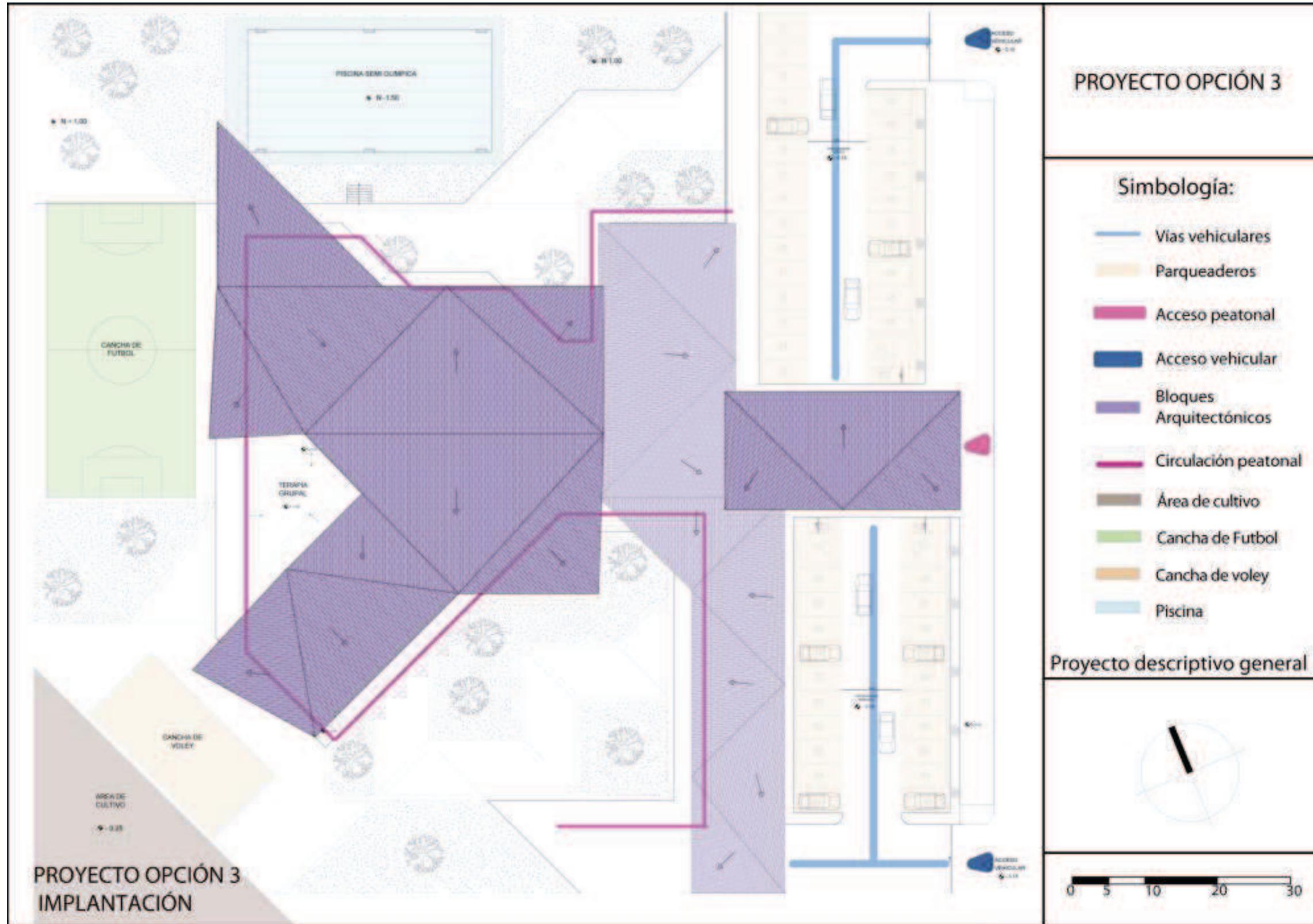


IMAGEN #86 OPCIÓN 3  
Fuente: propia

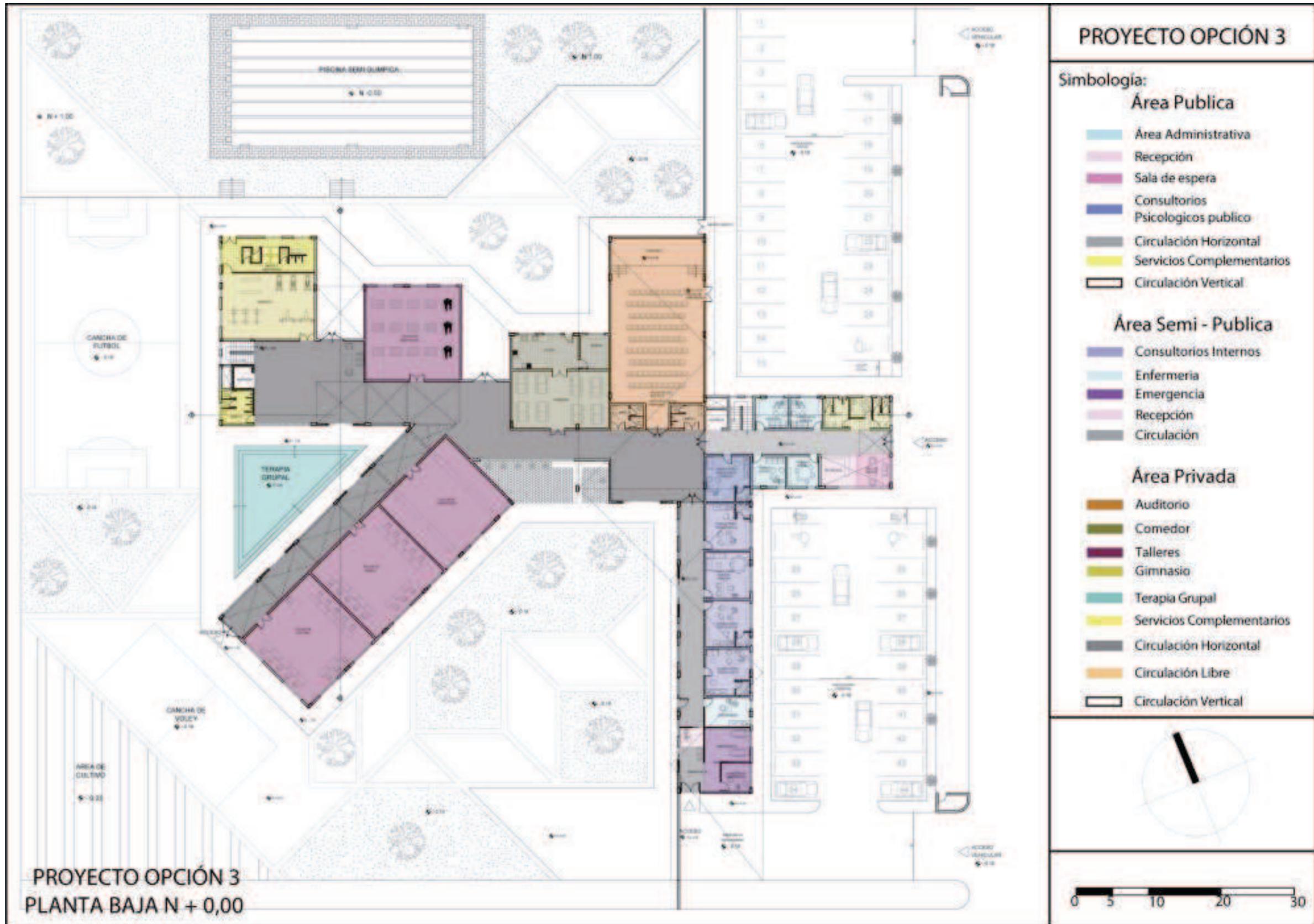


IMAGEN #87 FORMA OPCIÓN 3 PLANTA BAJA Fuente: propia

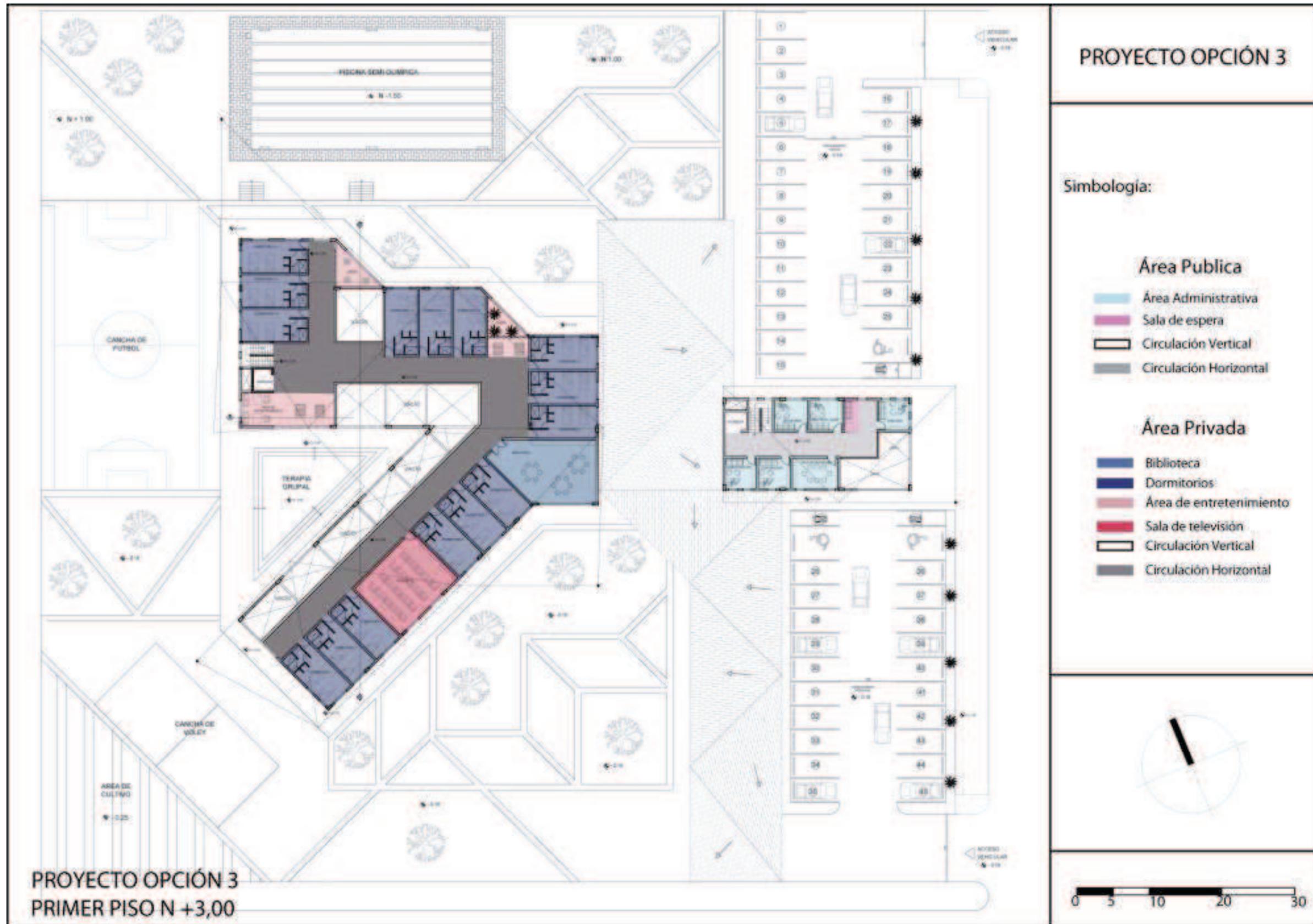
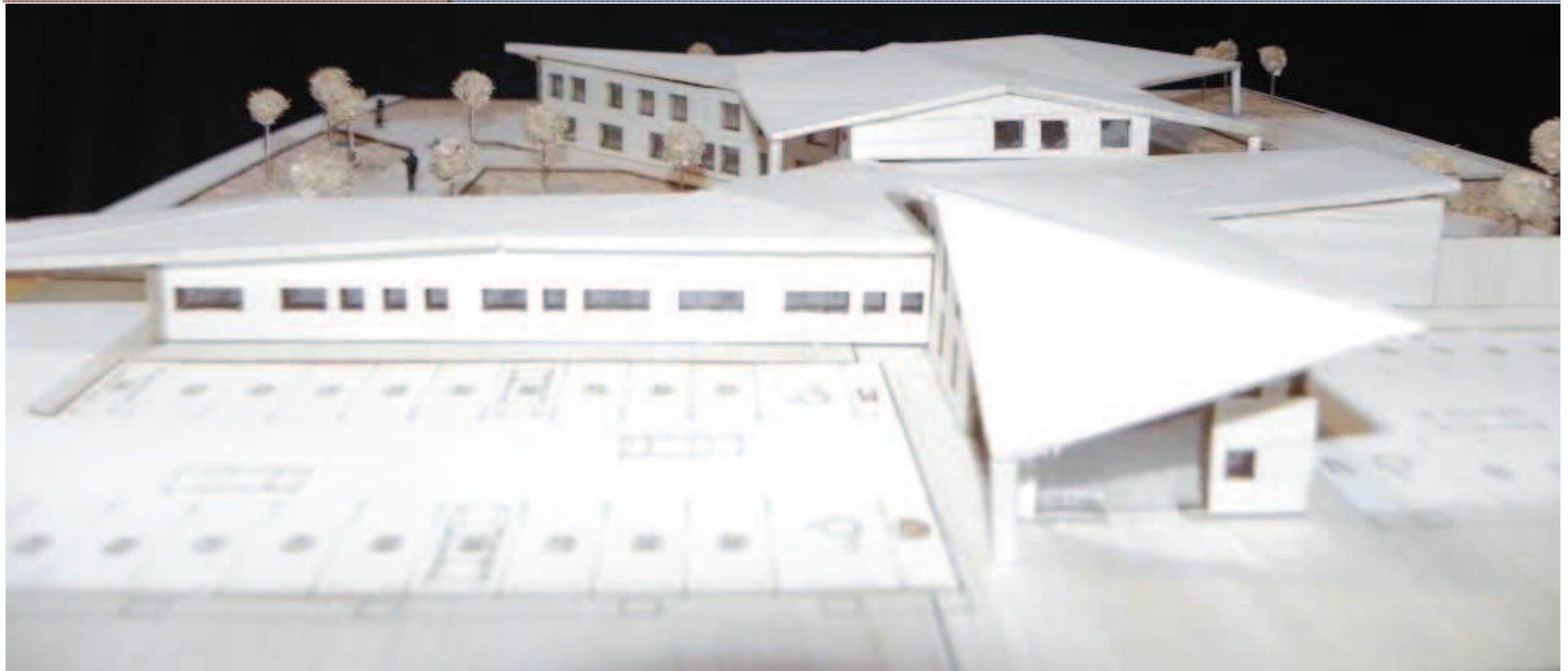


IMAGEN #88 FORMA OPCIÓN 3 PRIMER PISO  
Fuente: propia

OPCIÓN 2

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO



OPCIÓN 3

VISTA PLAZA CONSULTORIOS TALLERES



OPCIÓN 3

VISTA PLAZA CONSULTORIOS TALLERES, IMPLANTACIÓN



OPCIÓN 3

VISTA PISCINA, DORMITORIO, GIMNASIO



OPCIÓN 3

VISTA PARQUEADEROS



OPCIÓN 3

VISTA PLAZA CONSULTORIOS



**8.2. ÍNDICE DE PLANOS.**

		Lámina Nº 7	Primer Piso Alojamiento
		Lámina Nº 8	Fachadas
		Lámina Nº 9	Cortes
<b>LÁMINA</b>	<b>CONTENIDO</b>		
<b>Proyecto Opción 1</b>		<b>Proyecto Opción 3</b>	
Lámina Nº 1	Implantación	Lámina Nº 1	Implantación
Lámina Nº 2	Planta Baja General	Lámina Nº 2	Planta Baja General
Lámina Nº 3	Bloque Administración Tratamiento	Lámina Nº 3	Primer Piso General
Lámina Nº 4	Bloque Talleres - Auditorio	Lámina Nº 4	Planta Baja, Administración, Consultorios, Auditorio
Lámina Nº 5	Bloque Alojamiento	Lámina Nº 5	Primer Piso Administración
Lámina Nº 6	Fachas	Lámina Nº 6	Planta Baja Talleres
Lámina Nº 7	Cortes	Lámina Nº 7	Primer Piso Alojamiento
		Lámina Nº 8	Fachadas
		Lámina Nº 9	Cortes
<b>Proyecto Opción 2</b>		<b>Detalles</b>	
Lámina Nº 1	Implantación	Lámina Nº 1	Detalles Estructurales
Lámina Nº 2	Planta Baja General	Lámina Nº 2	Detalles puertas y ventanas
Lámina Nº 3	Primer Piso General	Lámina Nº 3	Detalles Piso tipo y Jardinería
Lámina Nº 4	Planta Baja Administración Terapia		
Lámina Nº 5	Primer Piso Administración		
Lámina Nº 6	Planta Baja Talleres		

## 9. BIBLIOGRAFÍA

### Sitios de Internet

- Historia de las drogas y de la guerra de su difusión, <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html> Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 18:00.
- ¿Qué lleva a las personas a consumir drogas? <http://www.aciprensa.com/drogas/consumir.htm> Consultado el 11 de octubre del 2011. A las 12:00
- ¿Qué es la metadona? <http://www.sosdrogas.com.ar/metadona.htm> Consultado 18 de marzo del 2012
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, Mapa de Emigrantes en el Ecuador <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=4#>. Consultado el 23 de noviembre del 2011.
- Entrevista diario el Hoy Consumo de drogas en Quito <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/quito-en-90-barrios-se-vende-droga-276918-276918.html>. Consultado el 13 de abril del 2012.
- Pobre en el Ecuador, datos INEN, <http://www.zonaeconomica.com/ecuador/evolucion-inflacion/inflacion>. Consultado 19 de marzo del 2012
- Contexto Socioeconómico, [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/diagnosticofinal/diagnostico\\_final\\_Quito.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/diagnosticofinal/diagnostico_final_Quito.pdf) Consultado el 19 de marzo del 2010

### Documentos PDF

- Elisardo Becoña Iglesias, Maite Cortés Tomás. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en forma. p. 34, 35, 39, 53.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Institutos Nacionales de la Salud, CIENCIA DE LA ADICCIÓN. p. 6.
- Diagnóstico final Quito. p. 18. Consultado el 28 de abril del 2012
- Consejo Nacional de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas. Consultado el 28 de abril del 2012.
- Rodrigo Tenorio Ambrossi, editorial El Conejo, 2010, Ecuador Academia y Drogas. Consultado 11 de febrero del 2012.
- Fredy Rivera V., Fenando Torre G., Programa de Cooperación en Seguridad Regional, Ecuador, ¿país de tránsito o país productor de drogas?, consultado 12 de mayo del 2012.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Pobreza y desigualdad en el Ecuador. consultado 14 de enero del 2012.
- Silvia Corella R. PROYECTO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN LOS PAÍSES ANDINOS, 2006, consultado 15 de enero del 2012.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, ACUERDO MINISTERIAL No. 00000767, REGLAMENTO PARA LA REGULACIÓN DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIAS

A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Consultado 22 de junio del 2012.

### Libros

- Narcotics Anonymous World Services, Inc. Chatsworth, California, GUÍA PARA TRABAJAR LOS PASOS DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS, Catalog Item No. CS-1400.



**ANEXO # 1****MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA****ACUERDO MINISTERIAL No. 00000767****REGLAMENTO PARA LA REGULACIÓN DE LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

**Art.- 2.- Ámbito.-** Los Centros de Recuperación exclusivamente podrán realizar actividades destinadas al diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por adicciones a sustancias psicoactivas, de acuerdo a la normativa expendida por el Ministerio de Salud Pública.

**Art.- 4.- Clases.-** Los Centros de Recuperación podrán ser públicos o privados y podrán prestar servicios ambulatorios o de internamiento transitorio o prolongado.

**Art.- 5.- Categorías.-** Los Centros de Recuperación podrán ofrecer servicios en las siguientes categorías:

- a) Centros de desintoxicación o pre comunidad;
- b) Comunidad Terapéutica; y
- c) Centros de Recuperación Integral.

Los centros referidos en los literales anteriores, deberán atender únicamente a pacientes de un mismo sexo, sean: adolescentes, o adultos, por lo que no podrán constituirse centros mixtos.

Estos centros no podrán atender a pacientes adultos en el mismo lugar que a los niños, niñas y adolescentes, pues se

requiere de centros especializados para la atención de la niñez y de la población adolescente.

**Art. 6.-** Normas Técnicas para el Licenciamiento y Calificación de Centros de Recuperación:

e.) Nomina de gerentes, profesionales, terapéuticos, operadores vivenciales, técnicas/os y demás empleados/as del Centro de Recuperación, quienes deberán cumplir con los perfiles establecidos en las Normas Técnicas para el Licenciamiento y Calificación; sin perjuicio en lo establecido en el literal anterior para el equipo profesional y técnico.

**Art. 9.-** Para el internamiento de cualquier persona en un Centros de Recuperación, se debe cumplir los siguientes requerimientos y garantizar a las personas el acceso a:

1.- Entrevista de admisión: todo ingreso a un Centro de Recuperación debe ser precedido por una entrevista de admisión al paciente.

La entrevista de ser realizada por un equipo de profesionales del Centro de Recuperación, con la finalidad de determinar al menos:

- 3. La voluntariedad de la persona de ingresar al programa;
- 4. La estrategia terapéutica y su modalidades y;
- 5. La pertinencia o no del internamiento.

2.- Fase Clínica: en que se realizara los estudios médicos, psicológicos y social necesarios que permitan emitir un diagnóstico acertado, según los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud Pública.

**Art. 20.- Prohibiciones.-** Para los procesos de admisión, tratamiento e internamiento de las personas con problemas de adicción o de dependencia de sustancias psicoactivas, y, en general, en su funcionamiento del Centros de Recuperación y su Personal no podrán:

- a) Ofrecer, practicar o recomendar tratamientos o terapias que tengan como finalidad la afectación de derechos humanos de las personas, en especial el libre desarrollo de la personalidad, la identidad de género, la orientación sexual ( como deshomosexualización), la libertad, la integridad, la no discriminación, la salud y la vida, o cualquier otro tipo de prácticas que ratifican o propugnan violencia de género o contra niños, niñas y adolescentes;
- b) Utilizar forma alguna de maltrato físico, psicológico, sexual, violencia de género sobre las personas como: utilización de cadenas, esposas, grilletes o similares, baños forzados, intimación de ninguna forma;
- c) Establecer centros mixtos de hombres y mujeres,
- d) Establecer centros con población adulta y adolescente, para cada una de estas poblaciones deben existir centros especializados así como de personas adultas y niños, niñas, adolescentes;
- e) Adoptar medidas disciplinarias que vulneren los derechos de los pacientes como: privarles del derecho de alimentación, comunicación, visita de familiares, rapado de cabello, retirar por la fuerza accesorios o implantes corporales, forzar a usar vestimenta ajena a su expresión de género, cultura u otras.

- f) Efectuar prácticas que manipulen la voluntad para conseguir obediencia y sumisión o aquiescencia para lograr el consentimiento del tratamiento;
- g) Retener, someter a personas por medios violentos para proceder a su internamiento forzado;
- h) Ingresar ilegalmente a propiedad privada con el fin de retener o someter a una persona sin orden de autoridad competente; y,
- i) Obligar a las/os pacientes a realizar trabajos dentro o fuera del Centro de Recuperación como parte de su tratamiento o forma de pago de su rehabilitación.
- j) Efectuar atención terapéutica en un mismo edificio a hombres y mujeres y/o adolescentes y adultos.
- k) Usar literas dentro de sus instalaciones.
- l) Ofrecer tratamiento a pacientes duales, es decir pacientes cuya adicción es secundaria a su patología psiquiátrica, estos pacientes deberán ser referidos a un Hospital Psiquiátrico u otro centro especializado en su tratamiento y cuidado.

## ANEXO # 2

*"Ecuador: consumo de drogas subió 8,7% en 7 años"*

*Publicado el 12/Julio/2009 | 00:02*

### **La marihuana es la droga preferida**

*Un estudio comparativo del Observatorio de Drogas revela que jóvenes tienen fácil acceso a estas sustancias*

*Las estadísticas de los estudios realizados en jóvenes de colegios en el Ecuador, revelan que desde 1998 el consumo de drogas ilícitas en el país ha aumentado en un 8,7%.*

*En drogas como el cigarrillo, el estudio estimó que desde 1998 y 2005, es decir en siete años, un 16,4% de personas empezaron a fumar. En cuanto al alcohol, su consumo subió un 17,1%. En tanto, en drogas ilícitas las estadísticas también arrojaron un aumento. No obstante, en 2005 y hasta la fecha (2009) fueron aumentadas al estudio drogas como el crack, el opio, la morfina, drogas vegetales (ayahuasca, hongos, entre otros).*

*"Conseguir drogas es fácil, se lo puede hacer en fiestas, en la calle, la venden los pusher (expendedores de droga), se la puede encontrar en cualquier lugar", dijo Silvia Carolla, directora del Observatorio de Drogas.*

*Esa opinión es apoyada por Franklin Espinoza, jefe de Intervención de la Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (Dinapen) en Pichincha, quien manifestó que aunque la Policía realice operativos, ellos nada pueden hacer sin el apoyo real de los padres y de la comunidad.*

*Añadió que las drogas se consumen dependiendo a los estratos sociales. Como ejemplo puso el consumo de marihuana y cemento de contacto en las clases baja y media baja, por la capacidad adquisitiva de estos colectivos. Y el consumo en clases media y media alta de cocaína, heroína, éxtasis y otras.*

*Sin embargo, este criterio no fue compartido por Carolla, la cual explicó que eso es relativo. "En el estudio que realizamos, la realidad fue distinta, descubrimos que a jóvenes, de sexo femenino y de colegios particulares les gustaba el cemento de contacto, entonces no podemos generalizar", dijo.*

### **Consumo en cifras**

*Entre las drogas más ofrecidas en el país están el alcohol y el cigarrillo, con el 20,6%; marihuana, 18,7%; cocaína, con el 6,4%; y, éxtasis, 2,6%, según datos del Consejo Nacional de Sustancias Estuperficientes y Psicotrópicas (Consep).*

*Según este estudio del Consep, las drogas que se consumen a edad más temprana son los inhalantes, a los 14 años, aproximadamente; las consumidas a edades mayores son los tranquilizantes y estimulantes, su consumo puede empezar a alrededor de los 25 años.*

*La marihuana es la droga ilegal más requerida en el Ecuador y se la consume desde alrededor de los 18 años.*

*En cuanto al alcohol, el estudio reveló que el 12,7% de jóvenes de 14 años probaron o bebieron alguna vez alcohol y que el 60,7% probó una bebida alcohólica entre los 15 a 19 años.*

*No obstante y aunque también es una droga legal, las estadísticas en cuanto al cigarrillo arrojan datos diferentes, puesto que un 14,9% de los ecuatorianos han probado cigarrillo alguna vez en su vida, de esto la edad promedio en la que se consume son los 18 años de edad, según datos de estudios del Consep.*

*Asimismo, Carolla afirmó que hay una "nueva moda", la del éxtasis. Sin embargo, "a este estuperficiente acceden jóvenes de mejor capacidad adquisitiva", mencionó la experta. Añadió que los jóvenes han aumentado su capacidad adquisitiva, puesto que a raíz de la migración "los muchachos tienen más dinero para gastar", indicó.*

### **Expertos opinan**

*Espinoza recalzó que para prevenir estos casos de consumo de droga, los padres deben comunicarse con sus hijos y saber "leer" a tiempo las señales que muestran, como son: ojos rojos, comportamiento agresivo, entre otros síntomas que pueden mostrar los adolescentes consumidores de drogas.*

*"Muchas veces los padres nos hacemos los ciegos ante esta realidad, pero debemos frenarla con la comunicación, estando más cerca de nuestros hijos, porque confundimos este comportamiento con la famosa edad difícil", manifestó.*

*Para Carolla, la edad no es una de las causas específicas, pero recalzó que puede ser un motivo, porque el niño o la niña está en una etapa de transición en la que existe curiosidad. (VYJ)*

### **Drogas, un problema regional**

*Un estudio regional realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Onudd) en 2008, en seis países de Sudamérica, situó a la Argentina, Chile y Uruguay como los más grandes países consumidores de droga en la región.*

*En dicho análisis se estudió a la Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, lo cual determinó que en todos estos países la droga ilícita preferida es la marihuana. "Alrededor de 2,1 millones de 13 millones de personas han consumido marihuana en la región", conforme el documento de la Onudd. Esta droga es la que más afecta a la Argentina, Chile y Uruguay, en donde el consumo se acerca al 7%, mientras que en Bolivia es del 4,3% y en el Perú y Ecuador el consumo regular es menor.*

*En cuanto al consumo de cocaína, la cifra promedio de los países es de 1,4%. Es así que 600 mil personas de la región confesaron haber consumido esta sustancia alguna vez. Además, en el estudio de este alcaloide se analizaron también sus derivados, como es la pasta base.*

*Dicho informe determinó que los hombres son más vulnerables a las drogas que las mujeres, puesto que según el estudio son mayores consumidores de pasta base, marihuana, alcohol, cigarrillo y cocaína en la región*

*El alcohol y el cigarrillo son las drogas de mayor consumo en la región y son políticas de prevención regional".<sup>61</sup>*

---

<sup>61</sup><http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/ecuador-consumo-de-drogas-subio-8-7-en-7-anos-357777.html>

### ANEXO # 3

*“Quito: en 90 barrios se vende droga*

*Publicado el 10/Septiembre/2007 | 00:00*

*En más de 90 barrios, de unos 1 600 que existen en Quito, se expenden drogas sin control.*

*Según datos de la Jefatura Antinarcóticos de Pichincha (JPAP), existen frecuentes denuncias debidas al consumo y venta de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en el Distrito Metropolitano de Quito.*

*Los lugares en que más comercialización ilegal existe, entre otros, son: Carcelén, sector de la Universidad Central, La Ofelia, Pisullí, Comité del Pueblo, La Michelena, Turubamba, Lucha de los Pobres, Solanda, La Ferroviaria, La Vicentina, Valle de los Chillos.*

*Según Gonzalo Guerra, integrante del JPAP, las drogas que más se consumen y se comercializan en Quito son la marihuana, la cocaína y la heroína, en el mismo orden. Sin embargo, otros productos como el éxtasis y el LSD también son comercializados.*

*En 2006, la Policía Antinarcóticos consiguió confiscar un total de 623 896 kilogramos (kg) de droga en el Distrito Metropolitano de Quito; mientras que en lo que va de este año se han capturado unos 73 781 kg.*

*En 2006, 518 personas fueron arrestadas por la Policía debido a tenencia, tráfico y consumo de droga, de estas, 28 eran de origen extranjero.*

*En 2007 se ha logrado detener a 276 personas.*

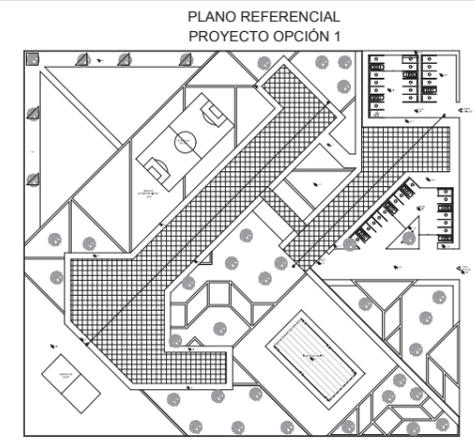
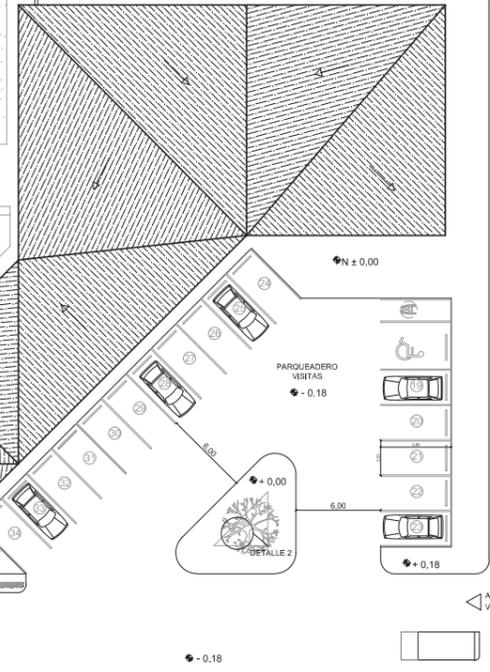
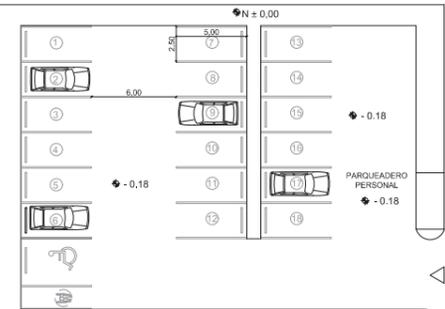
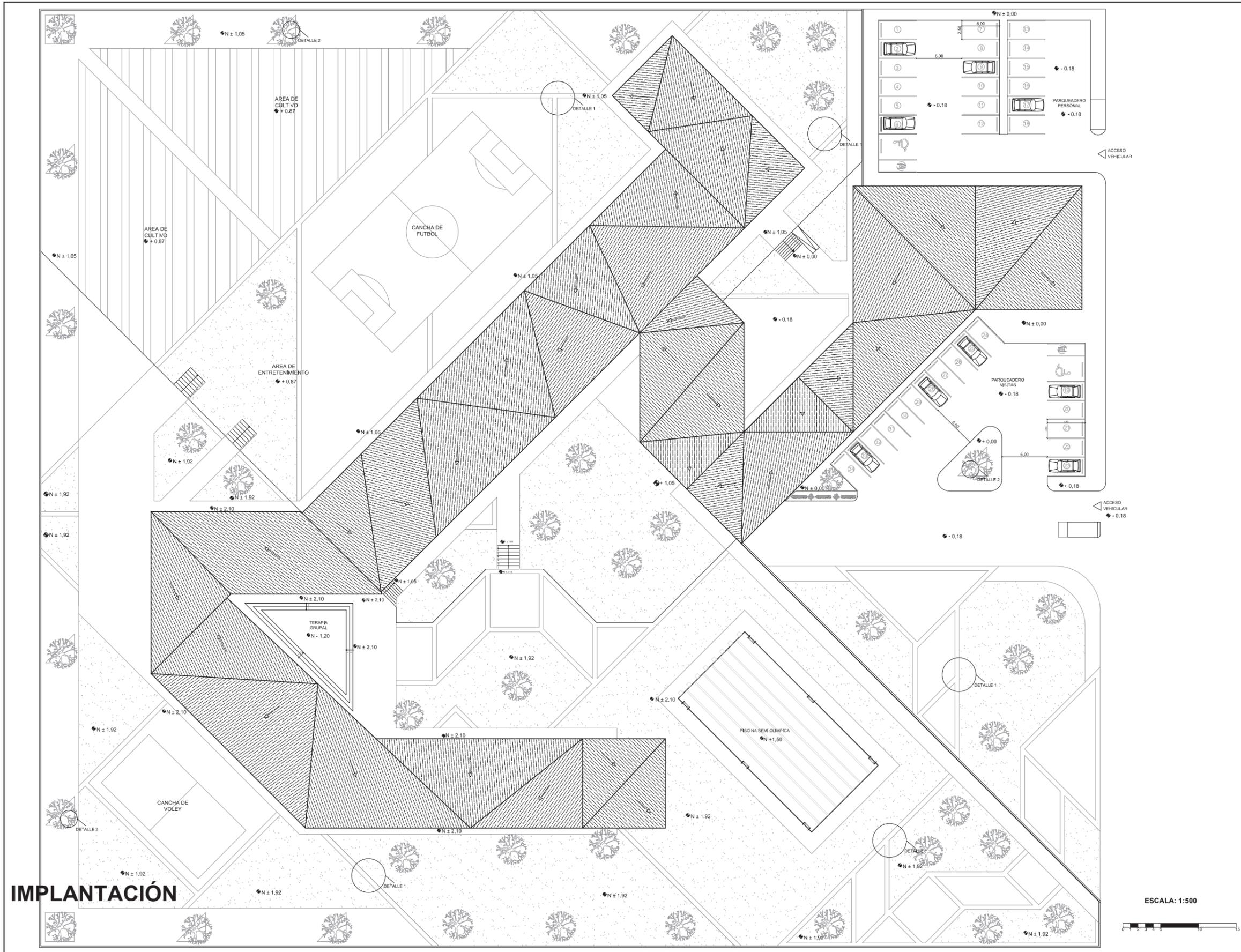
*En el mercado negro de Quito, el valor de los alcaloides en varía según el tipo y la calidad de la sustancia. “Picas”, quien se identificó con este apodo y que distribuye drogas en algunos sectores de la ciudad, afirmó: La venta es bastante rentable, más que nada por los extranjeros, porque ellos saben comprar bastante y de la más cara.*

*La marihuana es lo que más se vende, incluso hay veces que vienen a comprar chamos´ que no saben y hasta se les vende césped en vez de marihuana, y uno sale ganando más”, añadió el “Picas”.*

*Cada libra de marihuana en Quito cuesta alrededor de \$60 y \$70, entretanto la cocaína se la comercializa a \$8 y \$12 el gramo. Además se emplean otras sustancias, como por ejemplo, el cemento de contacto, que se consigue en ferreterías; y, en farmacias se vende ribotril, desde los ¢30. La JPAP se encarga de vigilar y controlar la venta y consumo de droga en el Distrito Metropolitano de Quito, mediante un grupo de 170 agentes, entre oficiales, clases y policías. (JFE)<sup>62</sup>*

<sup>62</sup>Entrevista diario el Hoy Consumo de drogas en Quito <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/quito-en-90-barrios-se-vende-droga-276918-276918.html>. Consultado el 13 de abril del 2012.





CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BANDAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSEJEROS PARA PÚBLICO	456,33	756,77
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	300,44	
BLOQUE 2	1.05	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV	2363,16	2363,16
<b>TOTAL</b>				<b>3119,93</b>

# UISEK

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

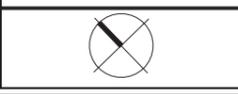
CONTIENE: Plantas Generales Implantación

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 1/7

ESCALA: 1:500

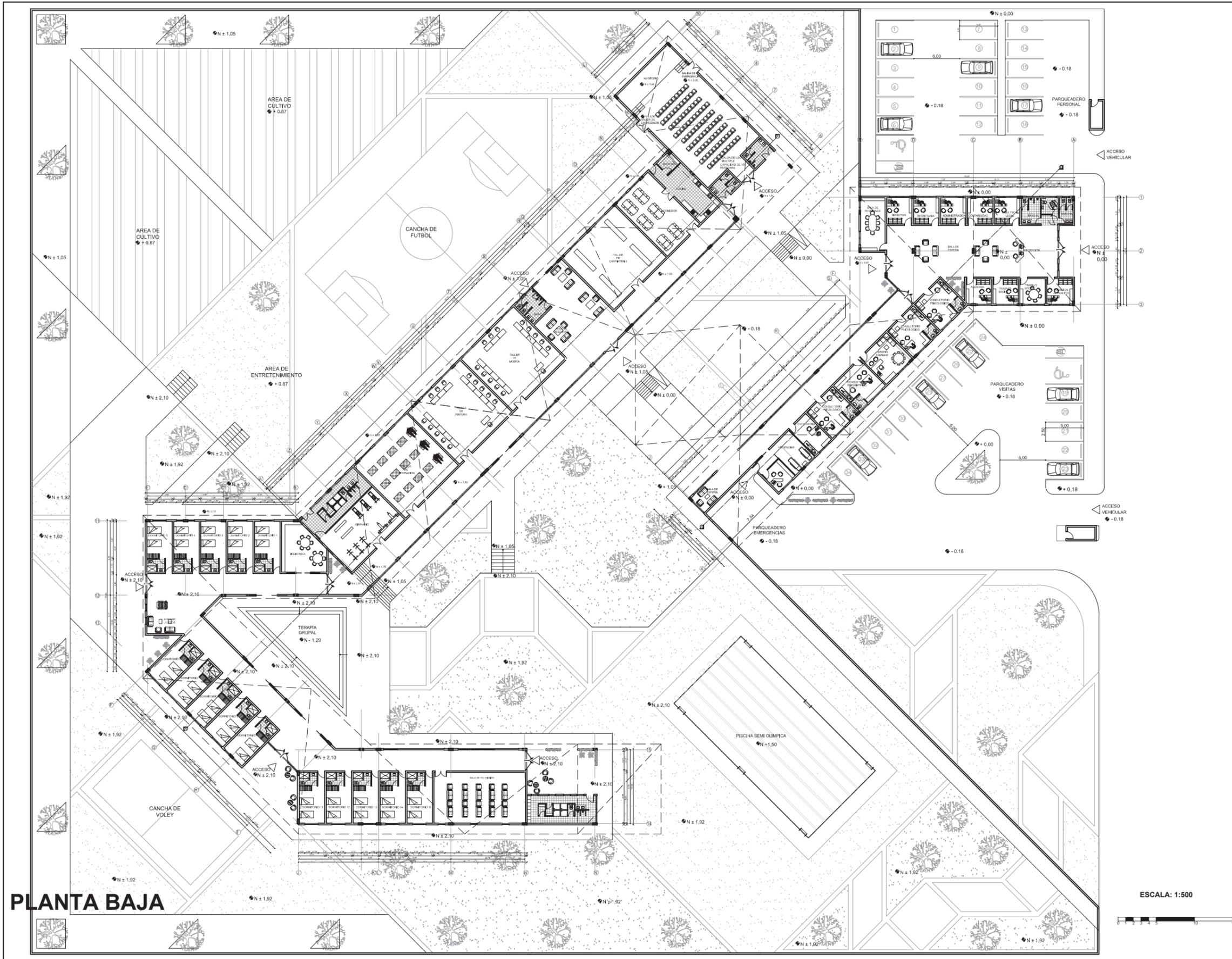
Director: Arq. Jorge Coronel



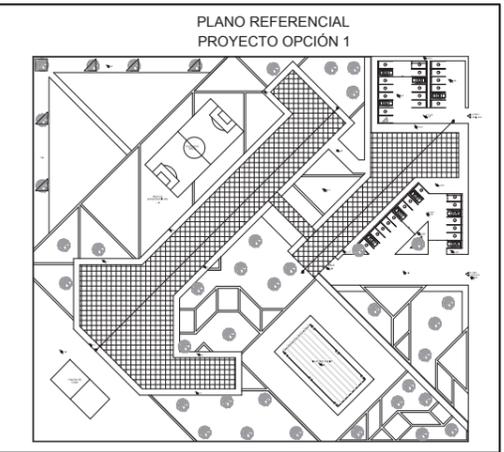
ESCALA: 1:500



**IMPLANTACIÓN**



**PLANTA BAJA**



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BANOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSEJO TUTORIAL PARA PÚBLICO.	456,33
	0.00	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA.	300,44
		<b>756,77</b>	
BLOQUE 2	1.05	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV.	2363,16
	1.05		
		<b>2363,16</b>	
<b>TOTAL</b>			<b>3119,93</b>

# UISEK

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA**

CONTIENE: Plantas Generales Planta Baja

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 2/7

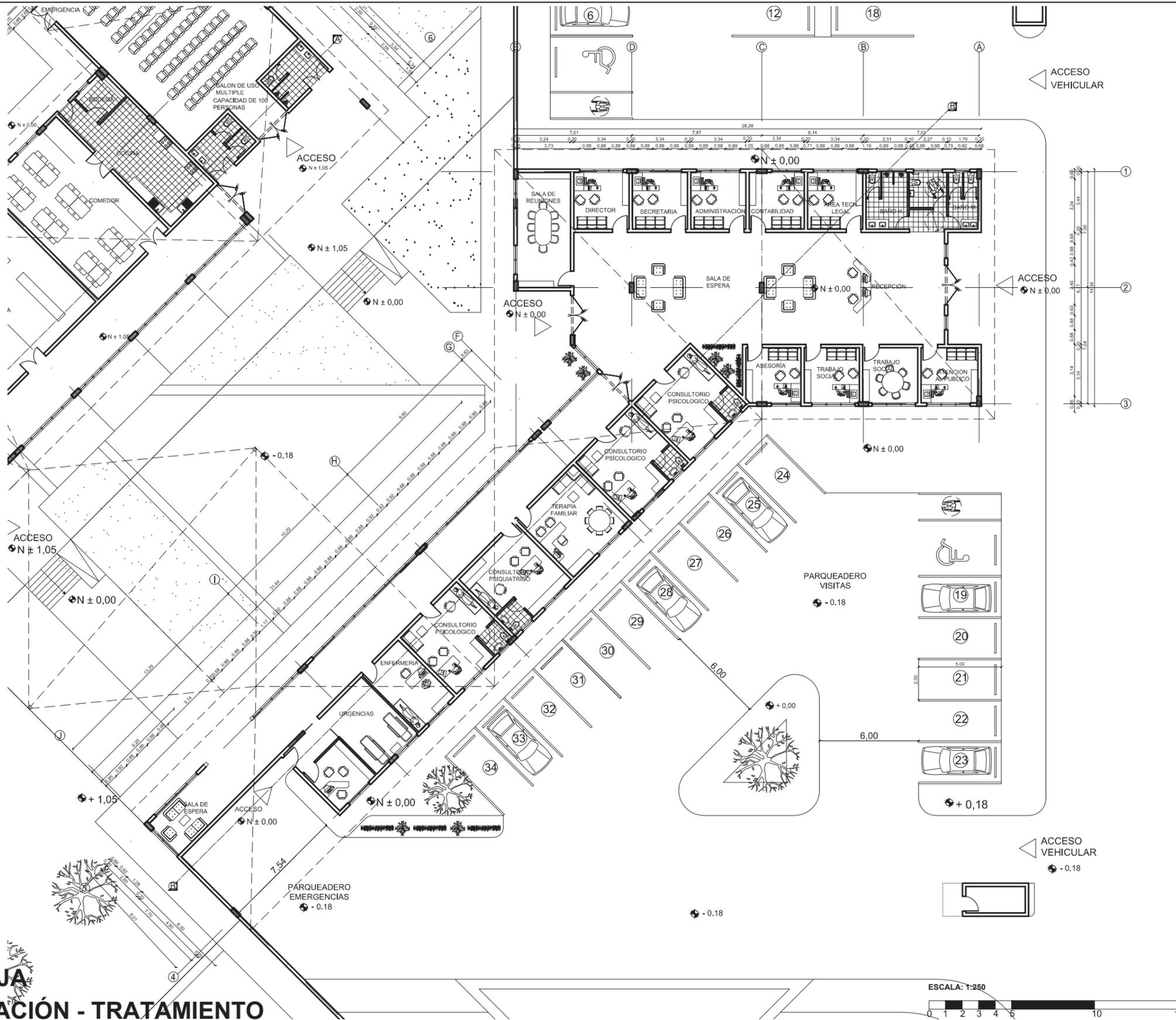
ESCALA: 1:500

Director:  
Arq. Jorge Coronel

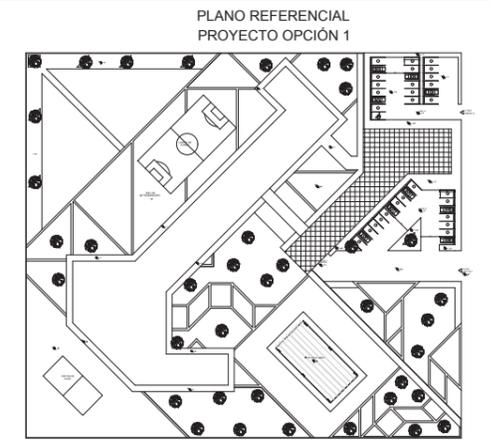


ESCALA: 1:500





**PLANTA BAJA**  
**ADMINISTRACIÓN - TRATAMIENTO**



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	BANOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO.	456,33	756,77
	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA.	300,44	
BLOQUE 2	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV	2363,16	2363,16
<b>TOTAL</b>			<b>3119,93</b>

**UISEK**

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA**

CONTIENE: BLOQUE ADMINISTRACIÓN - TRATAMIENTO

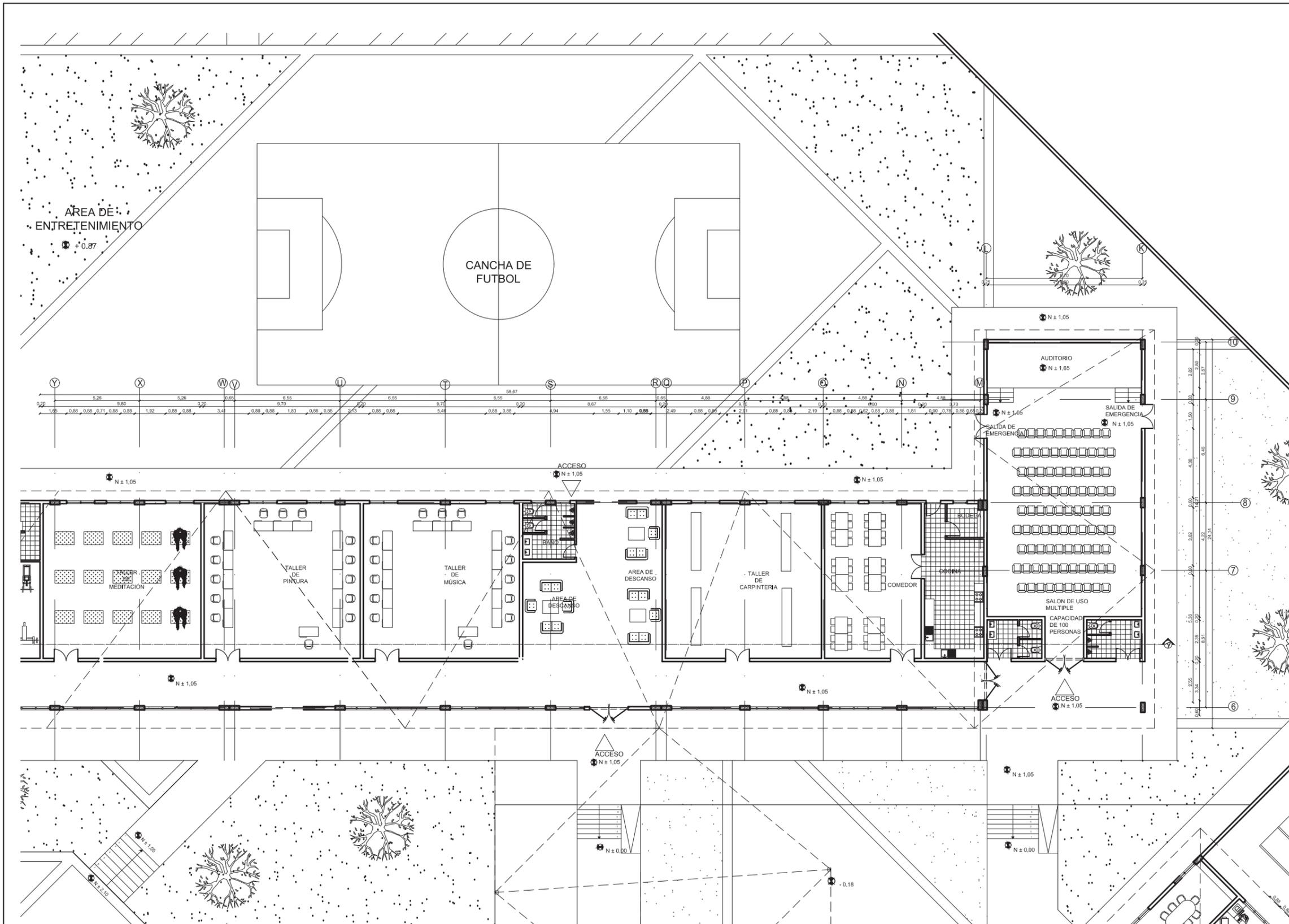
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 3/7

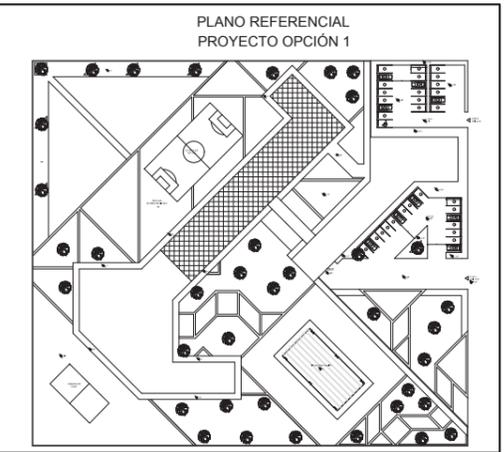
ESCALA: 1:250

Director:  
Arq. Jorge Coronel





**PLANTA BAJA**  
**TALLERES - AUDITORIO**



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BANOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO.	456,33
	0.00	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA.	300,44
		<b>TOTAL</b>	<b>756,77</b>
BLOQUE 2	1.05	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV	2363,16
		<b>TOTAL</b>	<b>2363,16</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>3119,93</b>

**UISEK**

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA**

CONTIENE: BLOQUE TALLERES - AUDITORIO

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
4/7

ESCALA:  
1:250

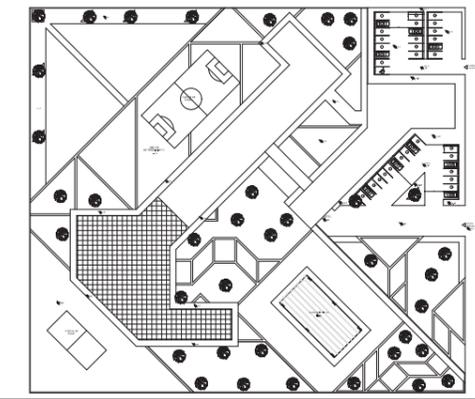
Director:  
Arq. Jorge Coronel





**PLANTA BAJA  
ALOJAMIENTO**

PLANO REFERENCIAL  
PROYECTO OPCIÓN 1



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	BANOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO.	456,33	756,77
	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA.	300,44	
BLOQUE 2	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV	2363,16	2363,16
<b>TOTAL</b>			<b>3119,93</b>

**UISEK**

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

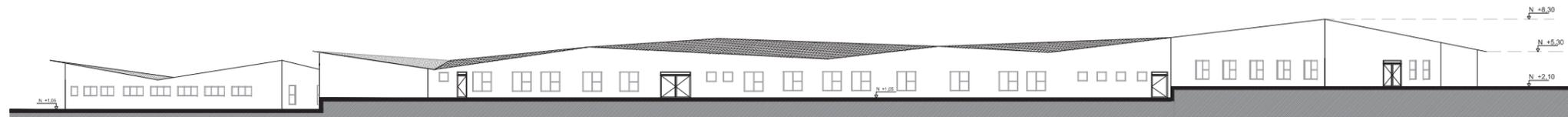
DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: BLOQUE ALOJAMIENTO

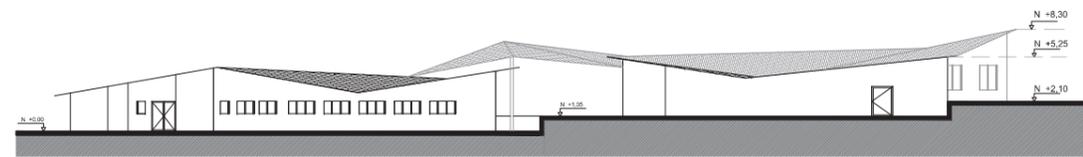
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 5/7	ESCALA: 1:250
Director: Arq. Jorge Coronel	

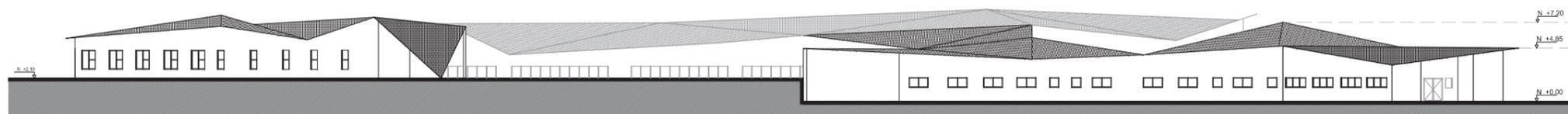




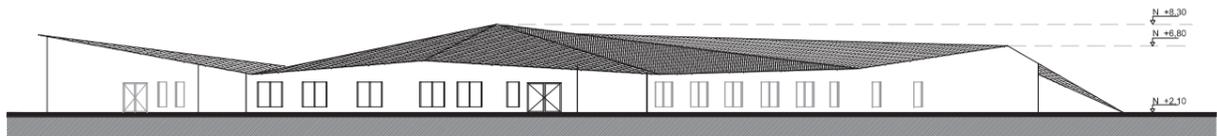
FACHADA TRACERA  
ESC: 1:500



FACHADA DERECHA  
ESC: 1:500



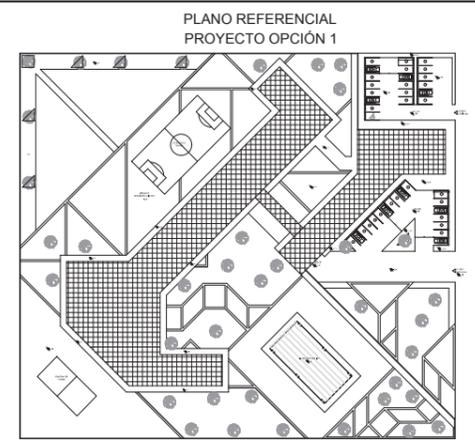
FACHADA FRONTAL  
ESC: 1:500



FACHADA IZQUIERDA  
ESC: 1:500

# FACHADAS

ESCALA: 1:500



## CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO.	456,33	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA.	300,44	
			756,77	
BLOQUE 2	1.05	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV	2363,16	
			2363,16	
<b>TOTAL</b>				<b>3119,93</b>

## UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: FACHADAS

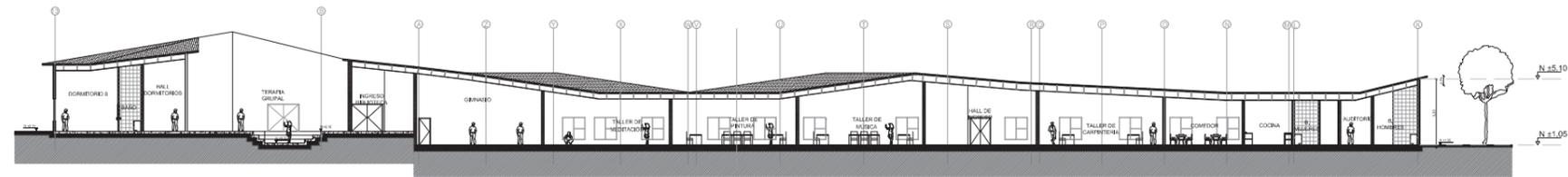
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
6/7

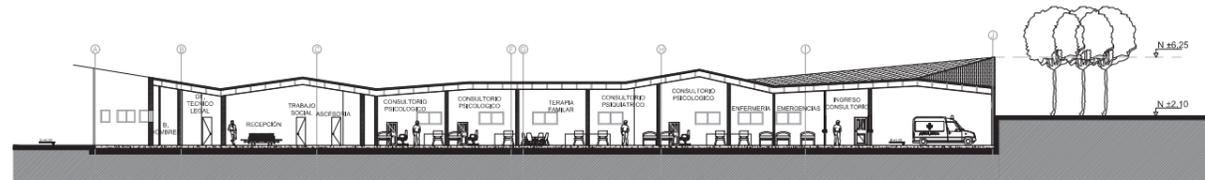
ESCALA:  
1:500

Director:  
Arq. Jorge Coronel





**CORTE AA'**  
ESC: 1:500



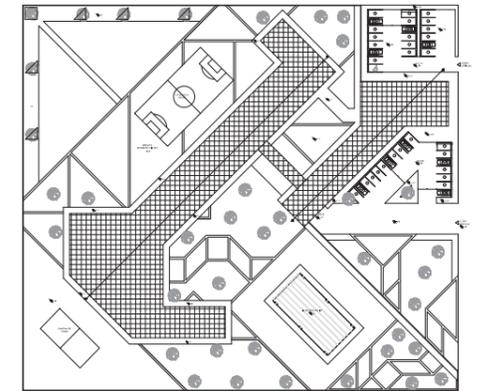
**CORTE BB'**  
ESC: 1:500

# CORTES

ESCALA: 1:500



## PLANO REFERENCIAL PROYECTO OPCIÓN 1



### CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS			
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL
BLOQUE 1	0.00	BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO.	456,33
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSICHIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA.	300,44
			756,77
BLOQUE 2	1.05	AUDITORIO, COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, BIBLIOTECA, DORMITORIOS, SALAS DE ENTRETENIMIENTO, TERAPIA GRUPAL, SALA DE TV.	2363,16
			2363,16
<b>TOTAL</b>			<b>3119,93</b>

## UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: CORTES

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
7/7

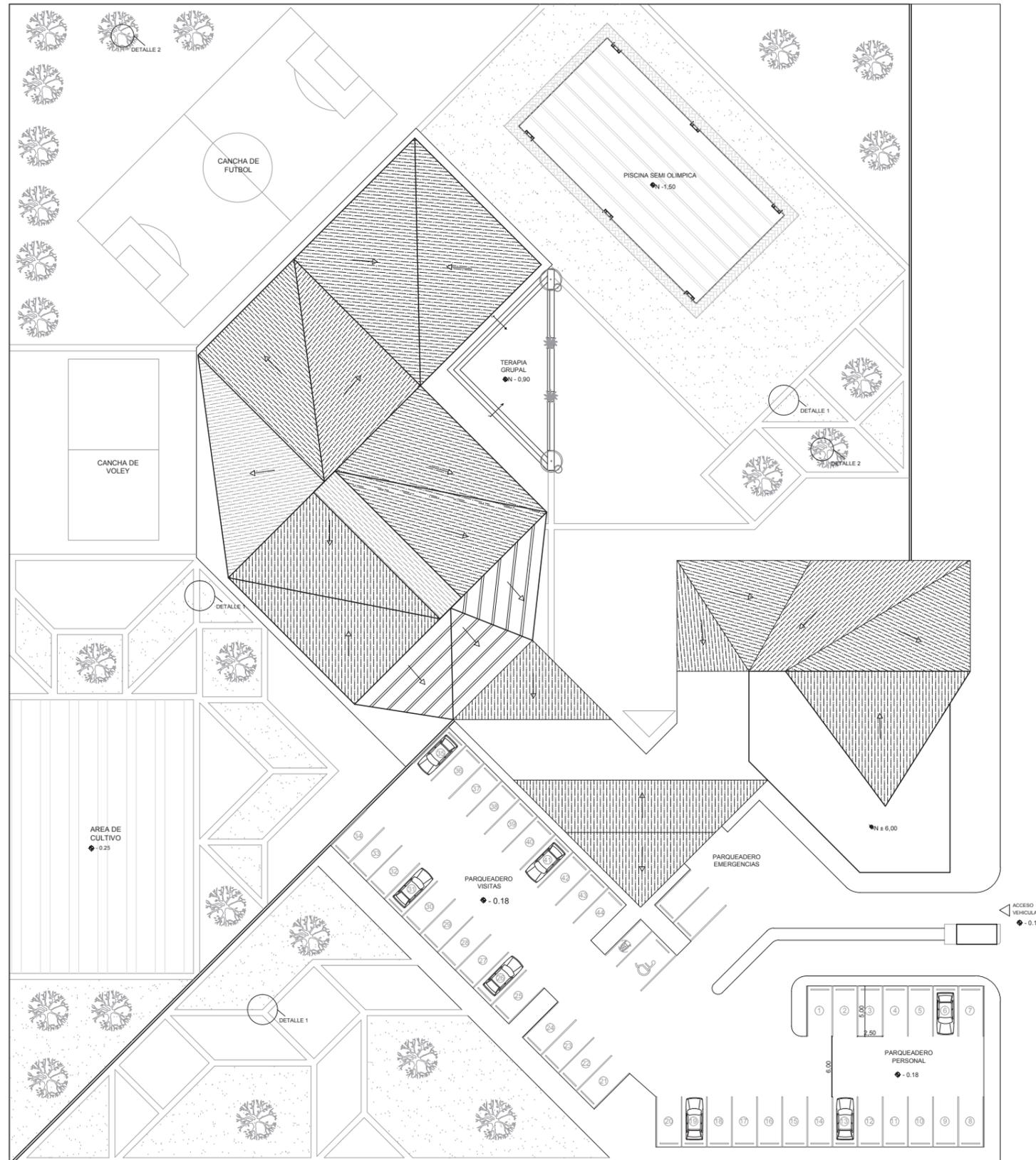
ESCALA:  
1:500

Director:  
Arq. Jorge Coronel





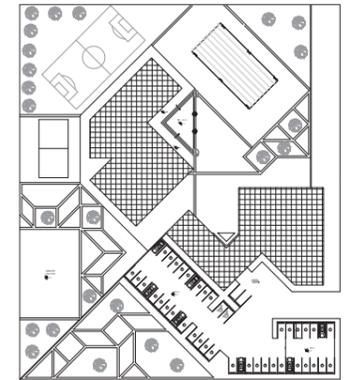
# IMPLANTACIÓN



ESCALA: 1:500



## PLANO REFERENCIAL PROYECTO TIPO 2



### CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BARRIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA	388.27	851.4
		AUDITORIO	261.52	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA.	301.61	
BLOQUE 1	2.00	ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456.33	456.33
BLOQUE 2	0.00	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BARRIO, TERAPIA GRUPAL	338.11	2383.10
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, ÁREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940.12	2383.10
<b>TOTAL</b>			<b>6134.05</b>	

## UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: Implantación

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
1/9

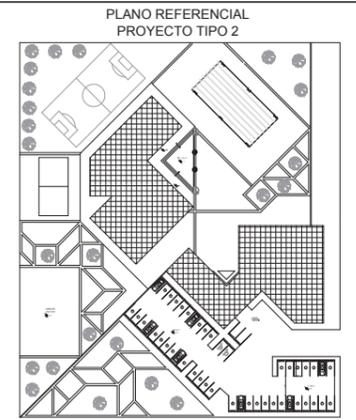
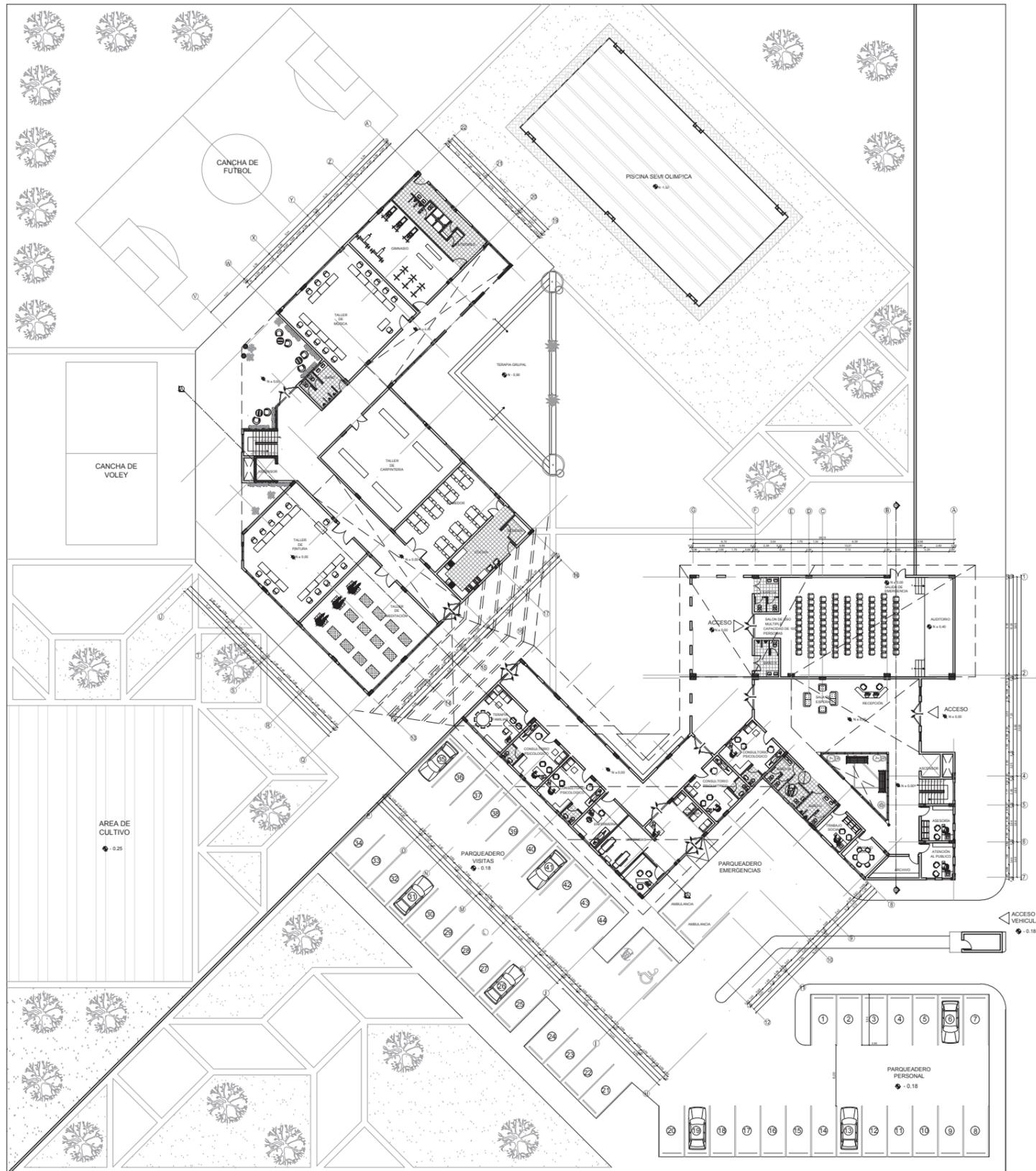
ESCALA:  
1:500

Director:  
Arq. Jorge Coronel



# PLANTA BAJA

N + 0,00



### CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BARRIO, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA	388,27	851,4
		AUDITORIO	261,52	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	301,61	
BLOQUE 1	2.00	ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456,33	456,33
BLOQUE 2	0.00	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BARRIO, TERAPIA GRUPAL	338,11	2363,10
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, ÁREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940,12	
<b>TOTAL</b>			<b>6134,05</b>	

## UISEK

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: Planta Baja N + 0,00

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 2/9

ESCALA: 1:500

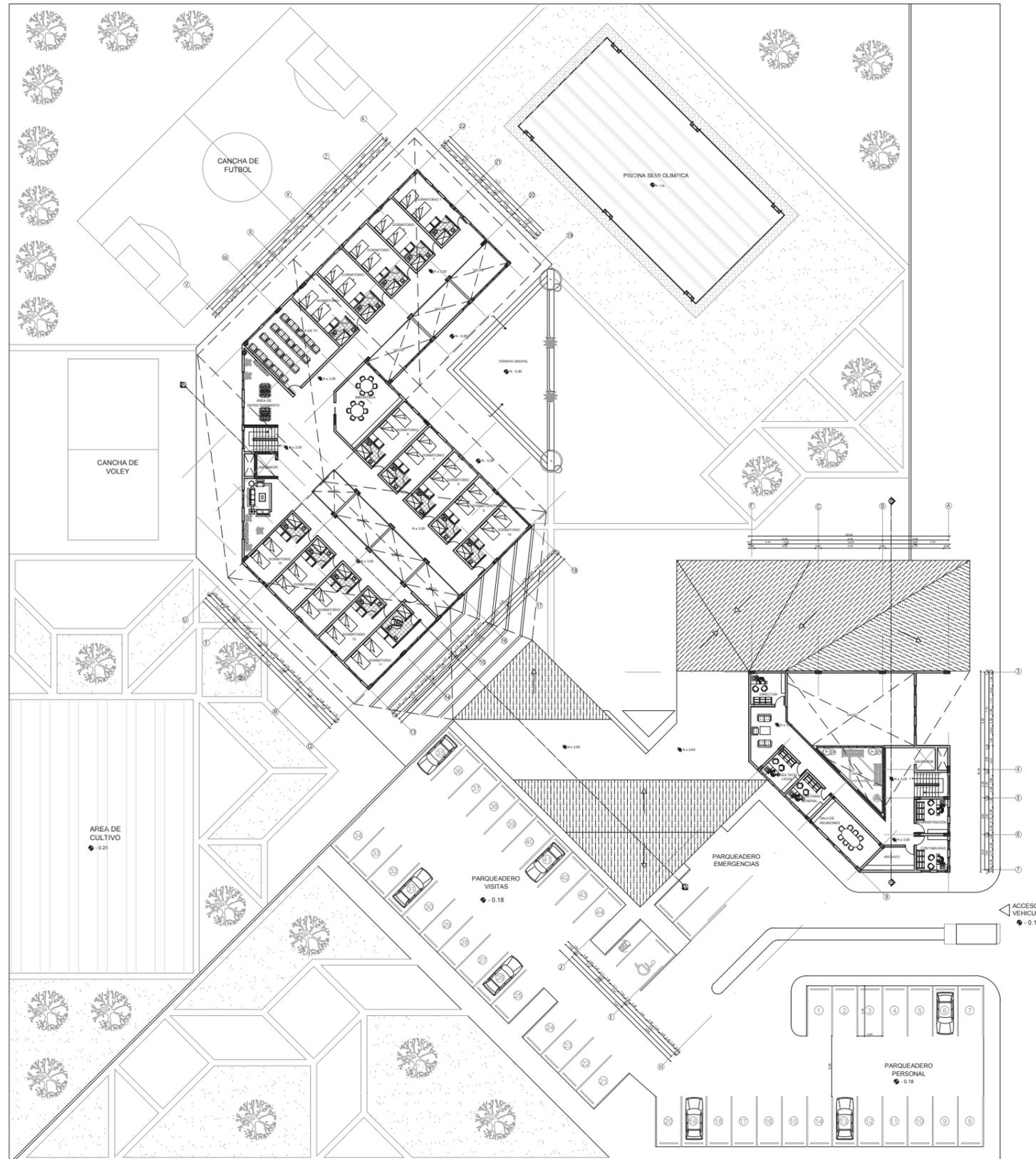
Director: Arq. Jorge Coronel



ESCALA: 1:500

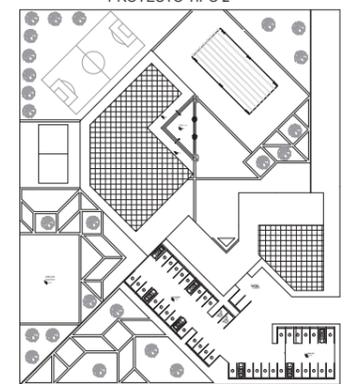


**PRIMER PISO**  
N + 3,00



ESCALA: 1:500

PLANO REFERENCIAL



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	BARRIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA	388,27	
	AUDITORIO	261,52	
	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA.	301,61	951,4
BLOQUE 1	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456,33	456,33
BLOQUE 2	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BARRIO, TERAPIA GRUPAL	338,11	2363,10
BLOQUE 2	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940,12	2363,10
TOTAL			6134,05

**UISEK**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: Primer Piso N + 3,00

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

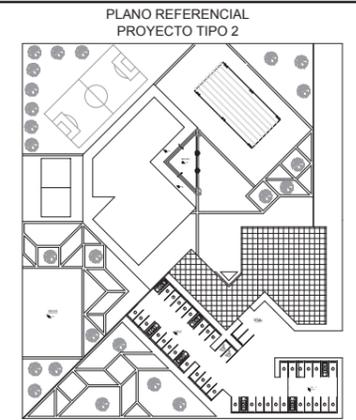
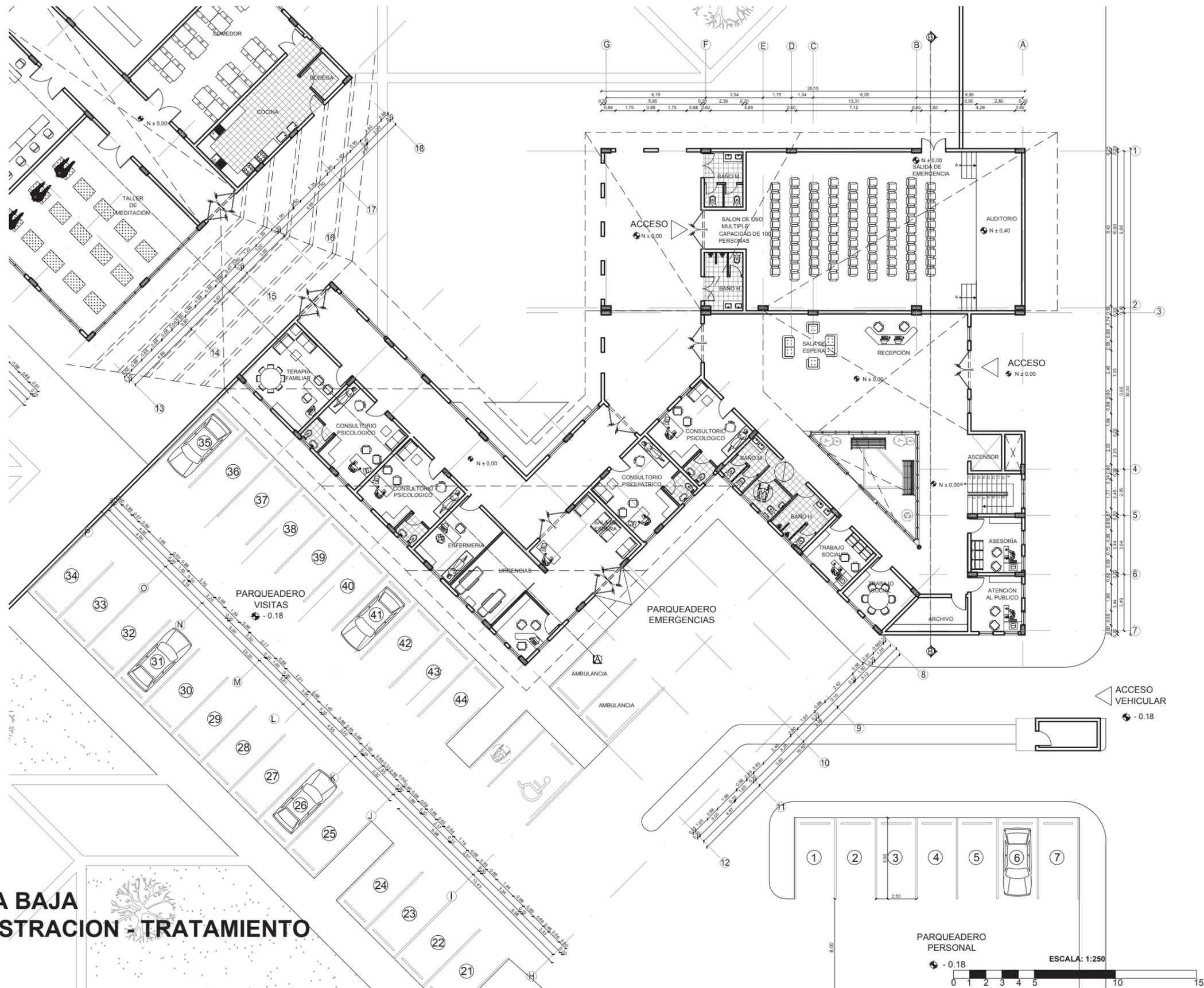
LÁMINA: 3/9

ESCALA: 1:500

Director: Arq. Jorge Coronel



**PLANTA BAJA  
ADMINISTRACION - TRATAMIENTO**  
N + 0,00



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	BARRIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA, AUDITORIO	388,27	951,4
	CONSULTORIO PSICOLOGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	261,52	
	TERAPIA FAMILIAR	301,61	
BLOQUE 1	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456,33	456,33
BLOQUE 2	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BARRIO, TERAPIA GRUPAL	338,11	2363,10
	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940,12	
<b>TOTAL</b>			<b>6134,05</b>

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA**

**CONTIENE:** Planta Baja Administración - Terapia  
N + 0,00

**NOMBRE:** Dayan Pamela Sandoval Suarez

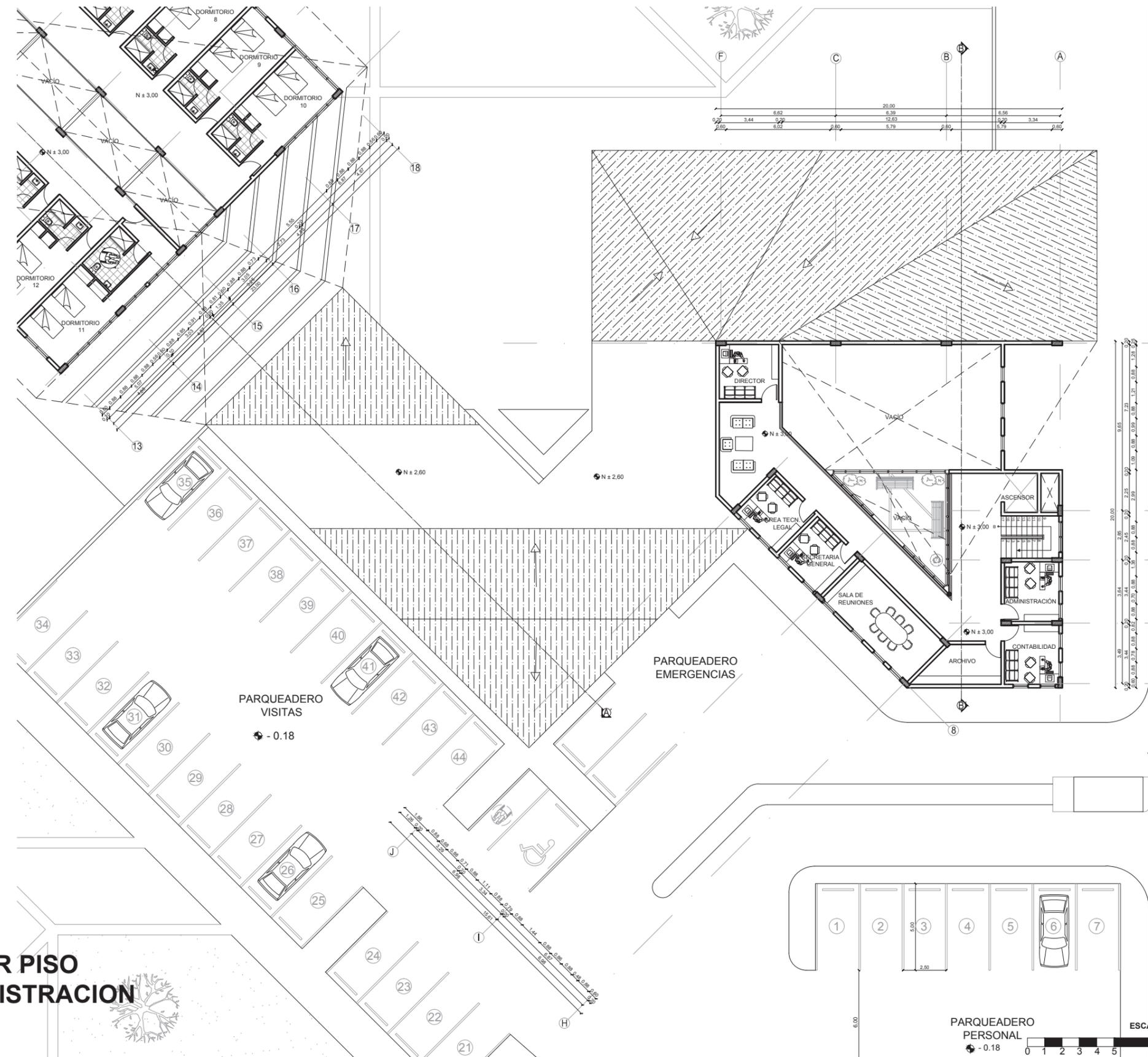
**LÁMINA:** 4/9      **ESCALA:** 1:250

**Director:** Arq. Jorge Coronel

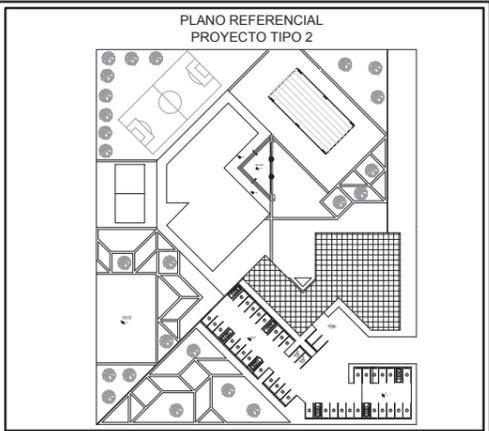


PARQUEADERO PERSONAL  
-0.18      ESCALA: 1:250





**PRIMER PISO  
ADMINISTRACION**  
N + 3,00



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	BARRIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	388,27	951,4
	TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA		
	AUDITORIO	261,52	
BLOQUE 2	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA.	301,61	456,33
	ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456,33	
BLOQUE 3	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BARRIO, TERAPIA GRUPAL	338,11	2363,10
BLOQUE 4	DORMITORIOS, SALA DE TV, ÁREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940,12	2363,10
<b>TOTAL</b>		<b>6134,05</b>	

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA**

**CONTIENE:** Primer Piso Administración  
N + 3,00

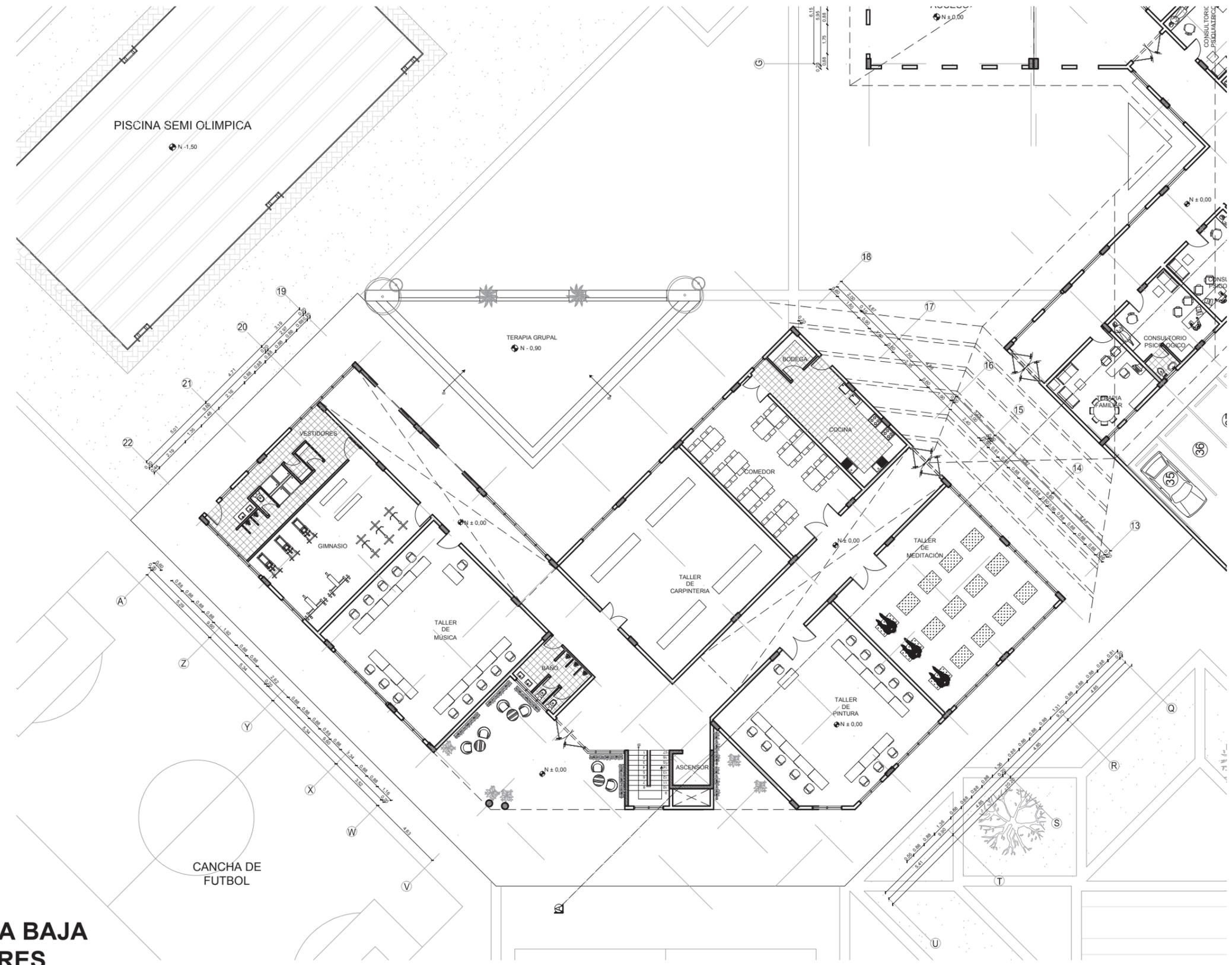
**NOMBRE:** Dayan Pamela Sandoval Suarez

**LÁMINA:** 5/9      **ESCALA:** 1:250

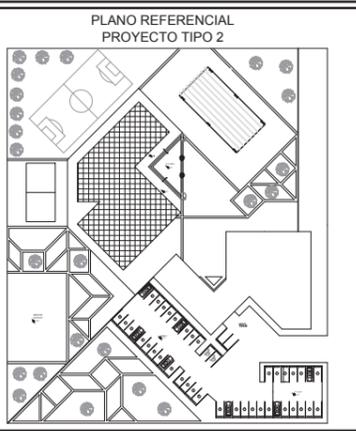
**Director:** Arq. Jorge Coronel



ACCESO VEHICULAR  
- 0.18



**PLANTA BAJA TALLERES**  
N + 0,00



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BARRIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	388,27	
		TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA		
		AUDITORIO		
BLOQUE 1	0.00	CONSULTORIO PSICOLÓGICO	301,61	
		PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA		
991,4				
BLOQUE 1	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN	456,33	
		SECRETARIA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES		
456,33				
BLOQUE 2	0.00	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BARRIO, TERAPIA GRUPAL	338,11	
338,11				
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940,12	
940,12				
<b>TOTAL</b>			<b>6134,05</b>	

**UISEK**

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: Planta Baja Talleres  
N + 0,00

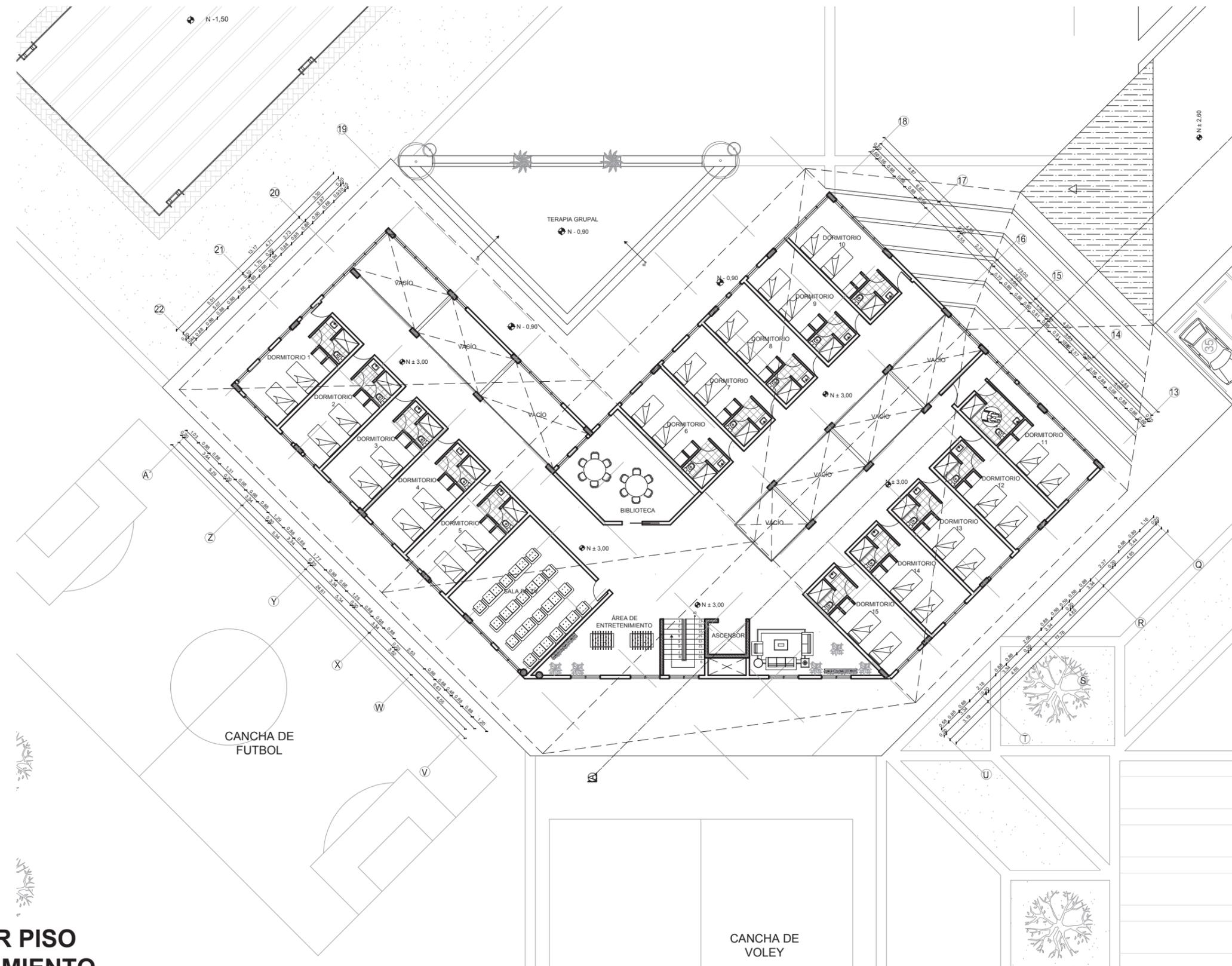
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 6/9

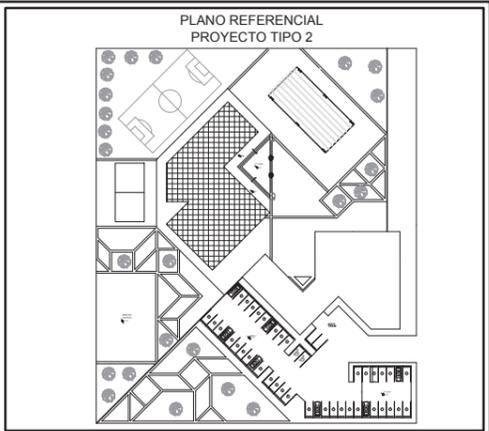
ESCALA: 1:250

Director: Arq. Jorge Coronel





**PRIMER PISO  
ALOJAMIENTO  
N + 3,00**



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
BLOQUE	NIVEL	USO	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BARRIO, OF ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA	388.27
		AUDITORIO	261.52
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	301.61
			951.4
BLOQUE 1	2.00	ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456.33
		456.33	
BLOQUE 2	0.00	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, TERAPIA GRUPAL	338.11
		338.11	
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, ÁREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	940.12
		940.12	
<b>TOTAL</b>			<b>6134.05</b>

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA**

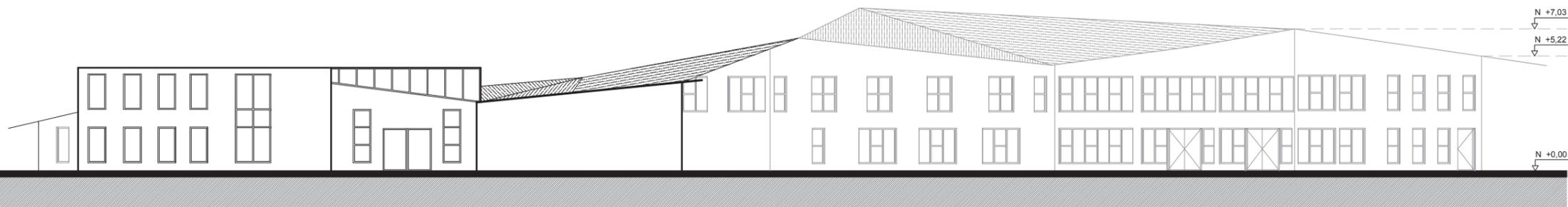
**CONTIENE:** Planta Baja Alojamiento  
N + 3,00

**NOMBRE:** Dayan Pamela Sandoval Suarez

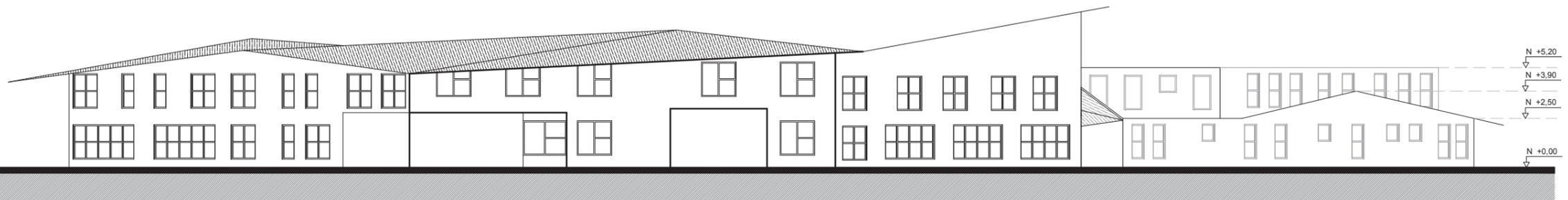
**LÁMINA:** 7/9 **ESCALA:** 1:250

**Director:** Arq. Jorge Coronel

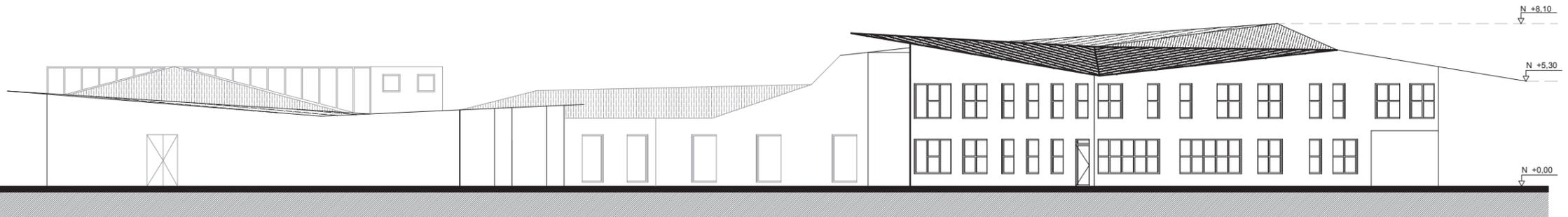




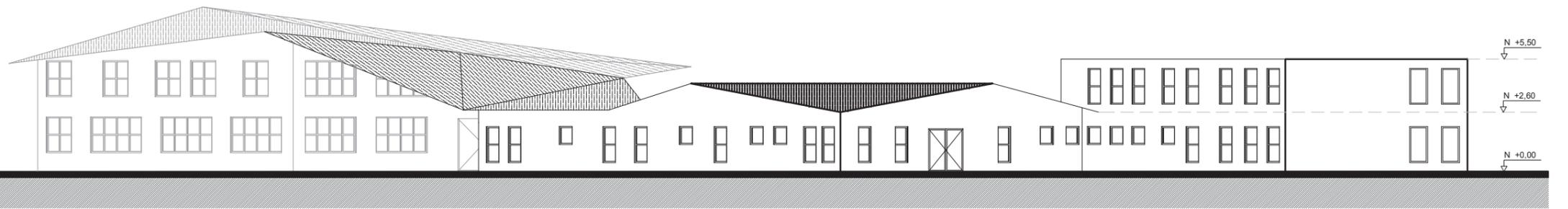
FACHADA FRONTAL  
ESC. 1:250



FACHADA TRACERA  
ESC. 1:250



FACHADA DERECHA  
ESC. 1:250

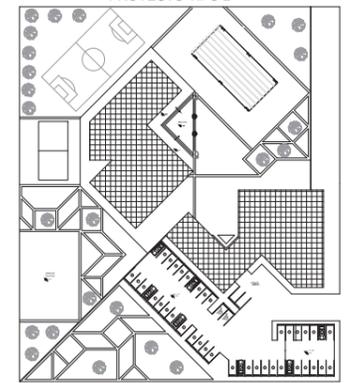


FACHADA IZQUIERDA  
ESC. 1:250

ESCALA: 1:250



PLANO REFERENCIAL  
PROYECTO TIPO 2



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	BANCOS OF ATENCIÓN AL PÚBLICO	388,27	
	TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA	281,52	
	AUDITORIO	301,61	
	<b>CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSICUATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA EMERGENCIA.</b>		<b>951,4</b>
BLOQUE 1	AREA LEGAL, ADMINISTRACION, SECRETARIA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456,33	456,33
BLOQUE 2	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, TERAPIA GRUPAL	339,11	
			<b>2363,16</b>
BLOQUE 2	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	840,12	
			<b>2363,16</b>
<b>TOTAL</b>			<b>6134,05</b>

## UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: Fachadas

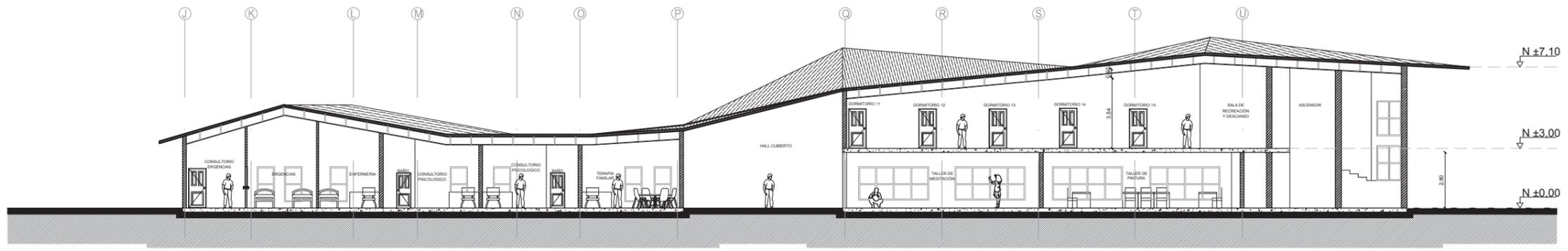
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
8/9

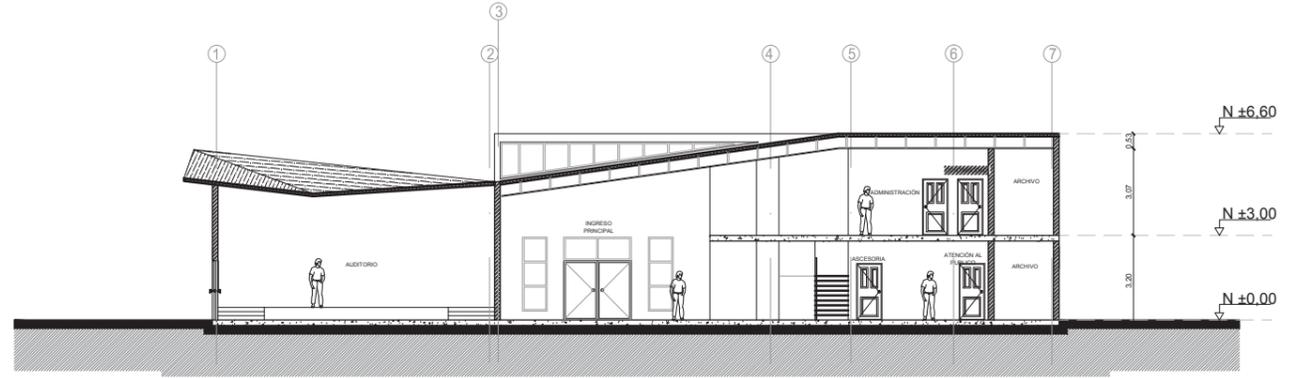
ESCALA:  
1:250

Director:  
Arq. Jorge Coronel

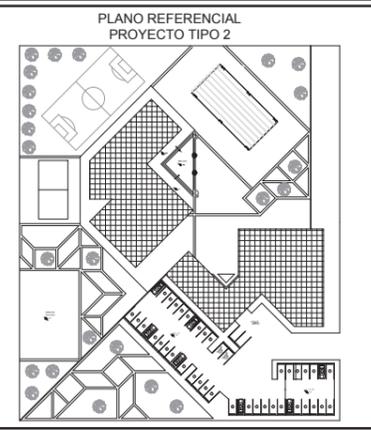




CORTE AA'  
ESC. 1:250



CORTES BB'  
ESC. 1:250



**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	BANCOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIOS PARA PÚBLICO, SALA DE ESPERA, AUDITORIO	388,27
	1.00	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSICUÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA EMERGENCIA	301,61
			689,88
BLOQUE 1	2.00	ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	456,33
BLOQUE 2	0.00	COMEDOR, TALLERES, GIMNASIO, BAÑOS, TERAPIA GRUPAL	339,11
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, ÁREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	840,12
			2363,16
TOTAL			6134,05

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

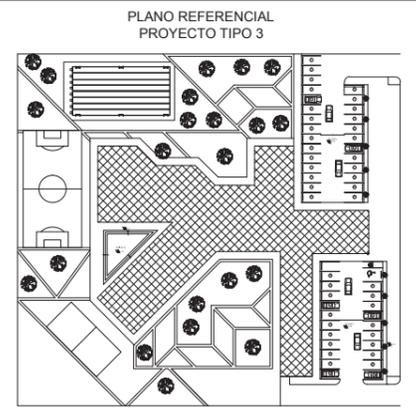
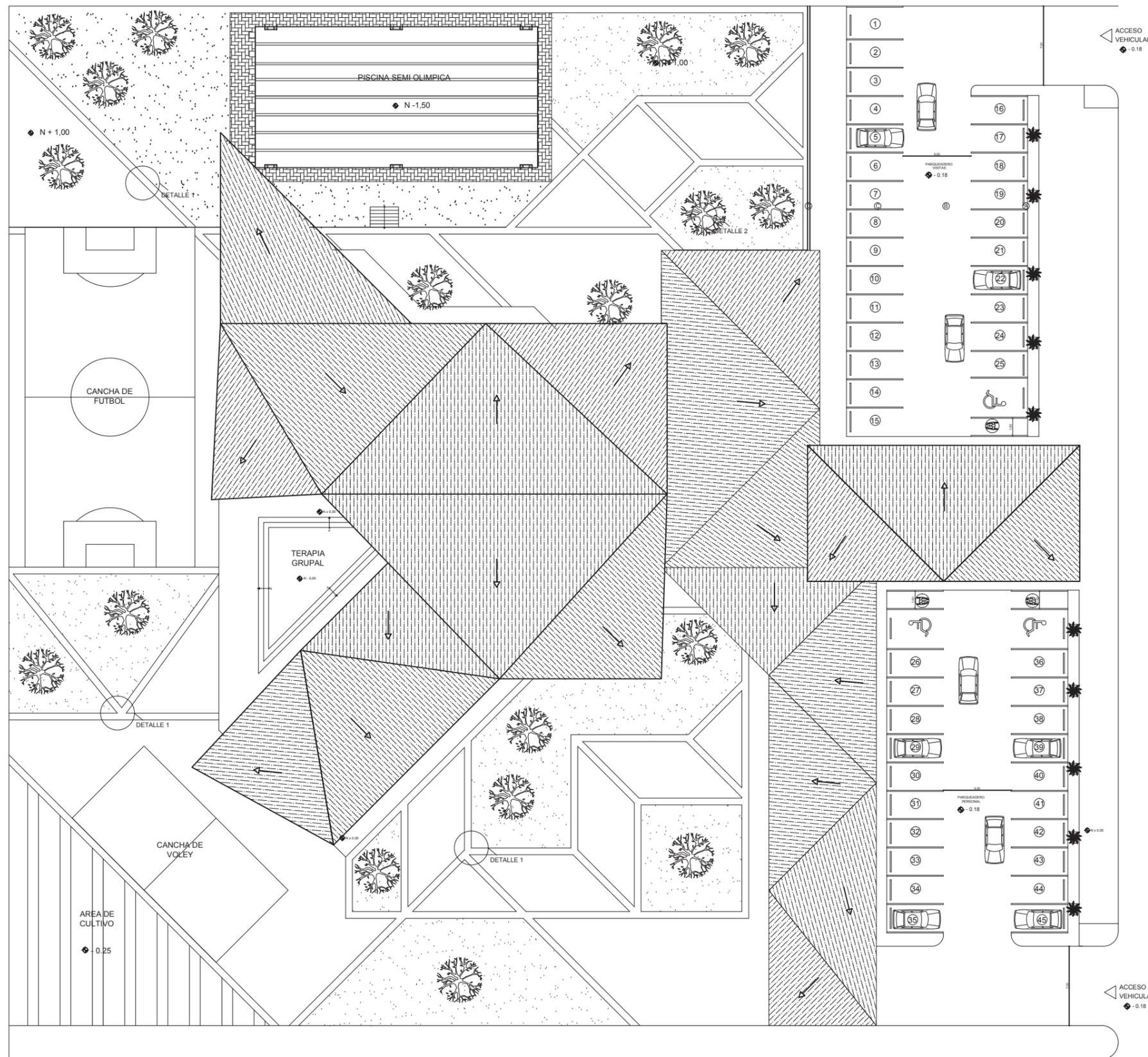
CONTIENE: Corte

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 9/9	ESCALA: 1:250
----------------	------------------

Director:  
Arq. Jorge Coronel





CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09	1765,61
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61	
BLOQUE 2	2.00	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9	215,28
		AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28	
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09	1024,09
TOTAL				3034,97

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: IMPLANTACIÓN

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 1/9

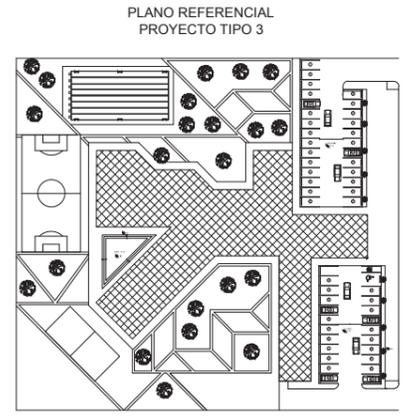
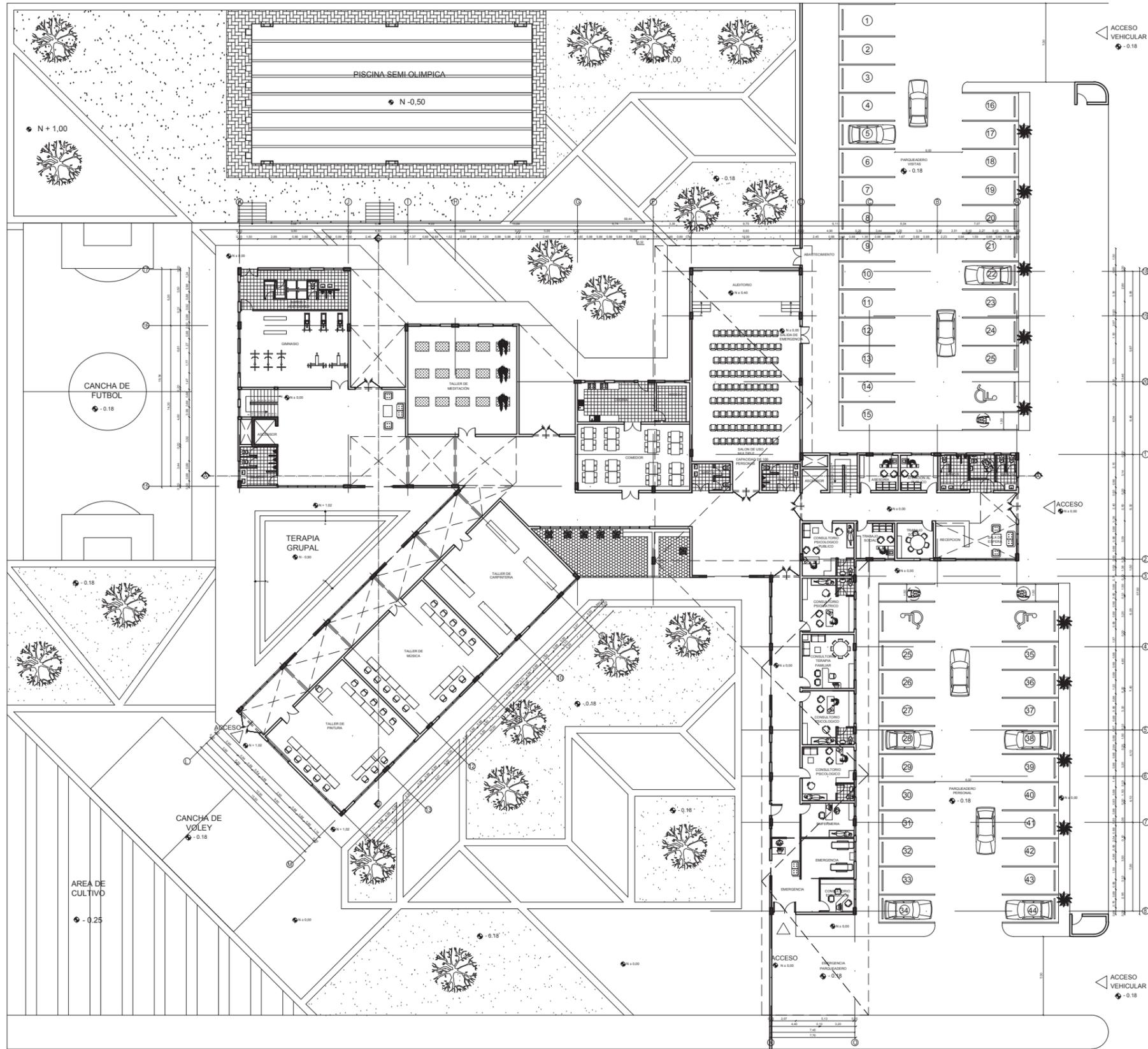
ESCALA: 1:400

Director: Arq. Jorge Coronel



IMPLANTACIÓN  
ESC. 1:400





CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09	1765,61
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61	
BLOQUE 1	2.00	CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9	215,28
		AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28	
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09	1024,09
TOTAL				3034,97

# UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: PLANTA BAJA N ± 0,00

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 2/9

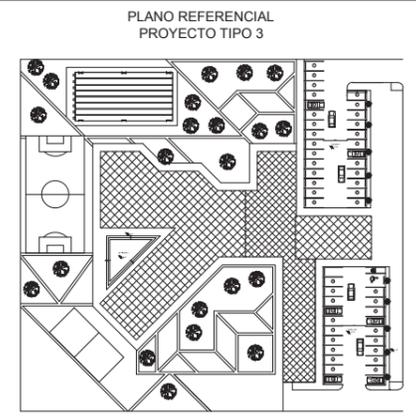
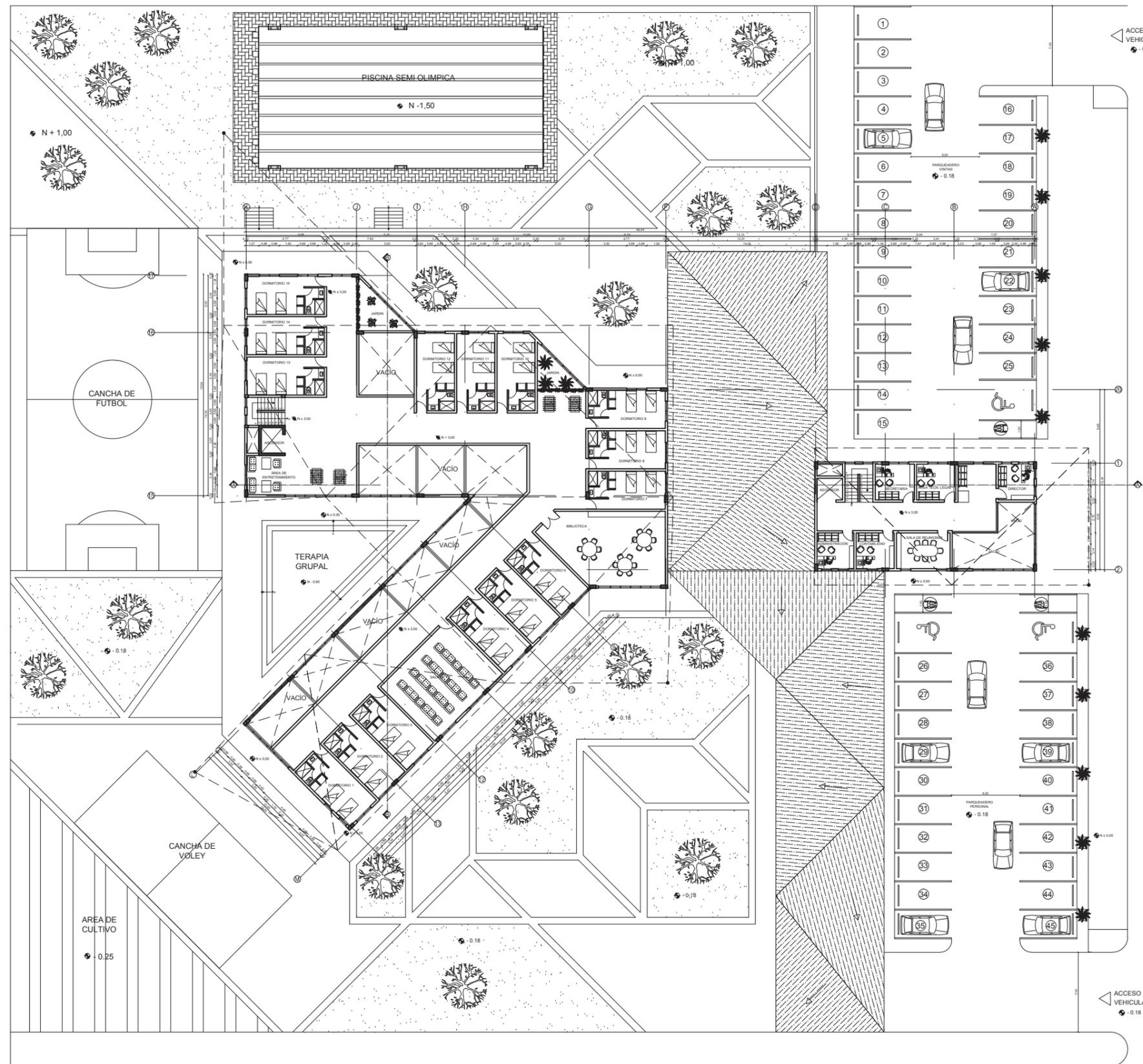
ESCALA: 1:400

Director:  
Arq. Jorge Coronel



PLANTA BAJA N ± 0,00  
ESC. 1:400





CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09	
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9	1795,6
BLOQUE 2	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28	215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09	1024,09
<b>TOTAL</b>				<b>3034,97</b>

# UISEK

Facultad de Arquitectura y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO PARA JÓVENES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

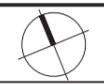
CONTIENE: PRIMER PISO N ± 3,00

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 3/9

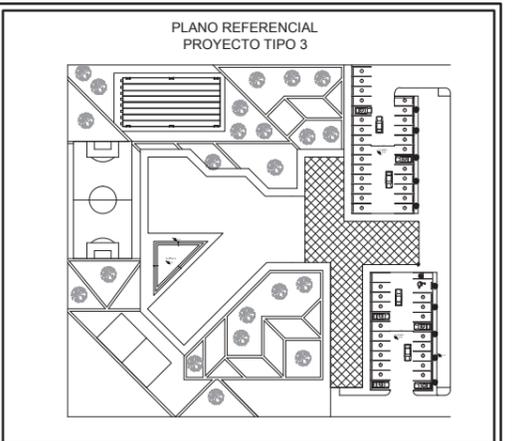
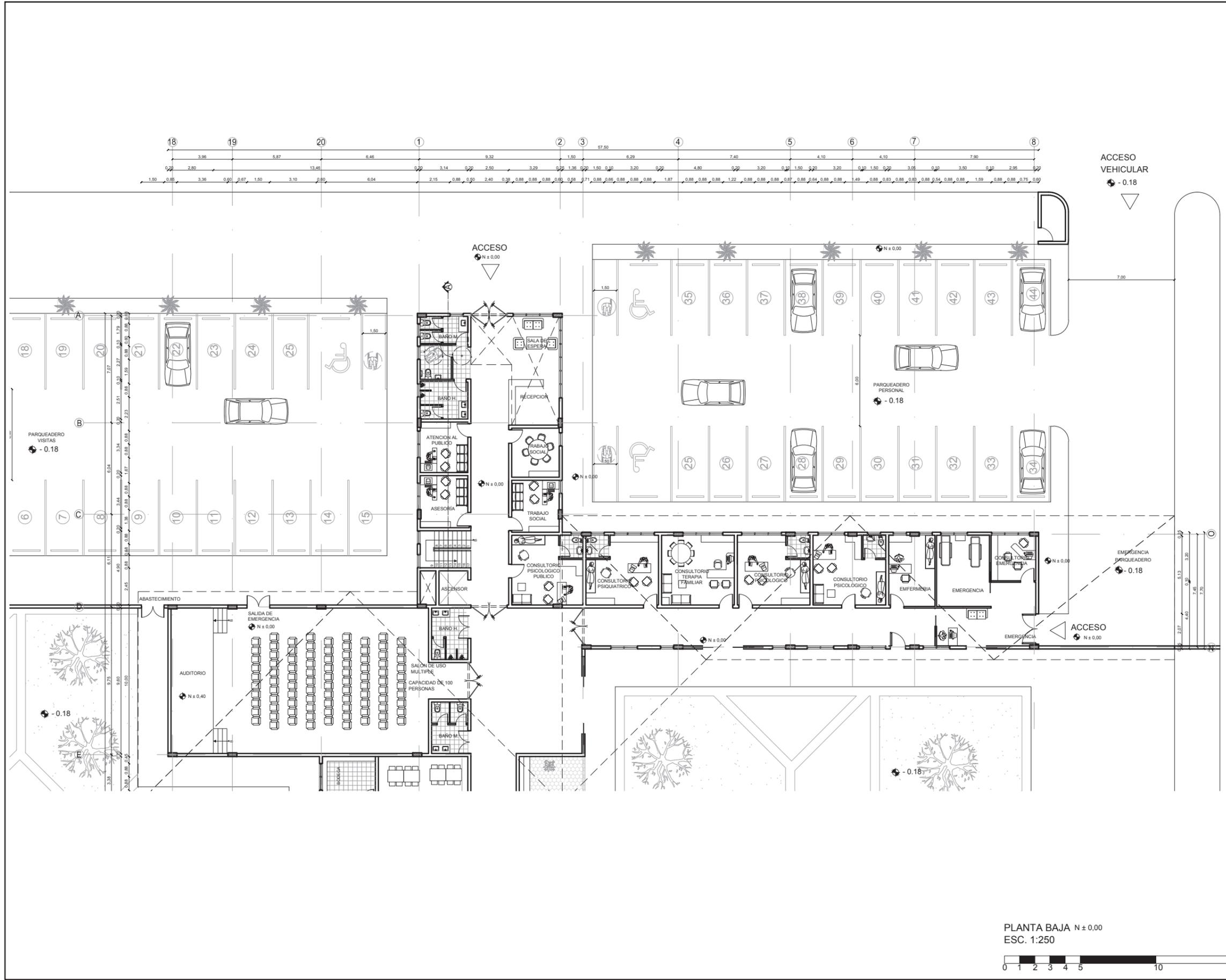
ESCALA: 1:400

Director: Arq. Jorge Coronel



PRIMER PISO N ± 3,00  
ESC. 1:400





**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
BLOQUE	NIVEL	USO	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERÍA, EMERGENCIA	251,9
			1795,6
BLOQUE 1	2.00	ÁREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28
			215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, ÁREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09
			1024,09
<b>TOTAL</b>			<b>3034,97</b>

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

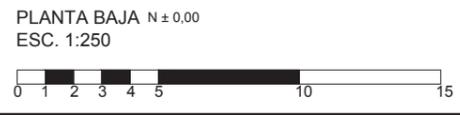
DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

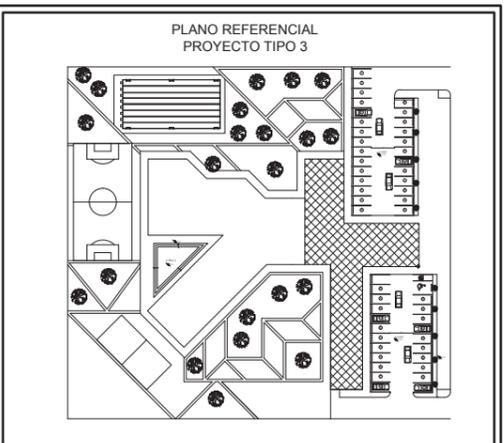
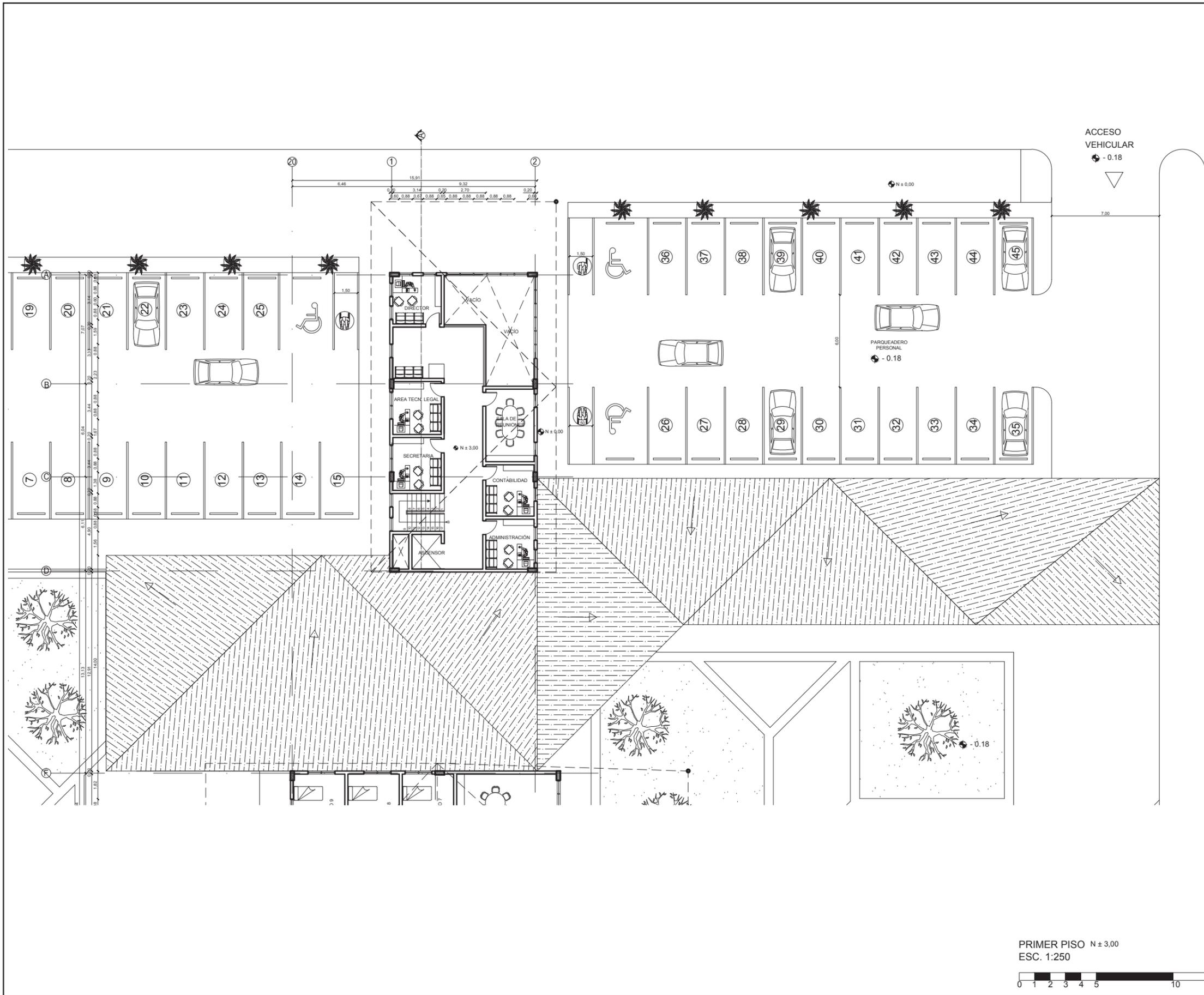
CONTIENE: PLANTA BAJA ADMINISTRACION,  
CONSULTORIOS Y AUDITORIO  
N ± 0.00

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA: 4/9      ESCALA: 1:250

Director:  
Arq. Jorge Coronel





**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS				
	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09	
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BANCOS	1320,61	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9	
				1795,6
BLOQUE 1	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28	215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09	1024,09
<b>TOTAL</b>				<b>3034,97</b>

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

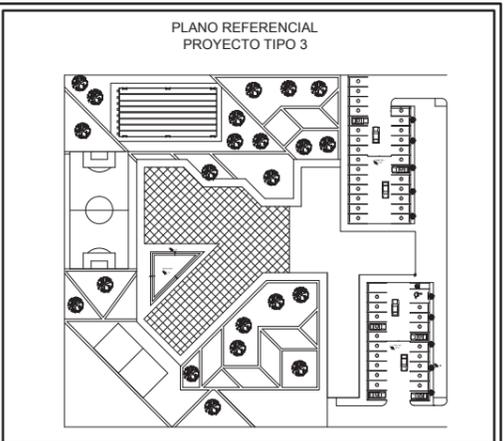
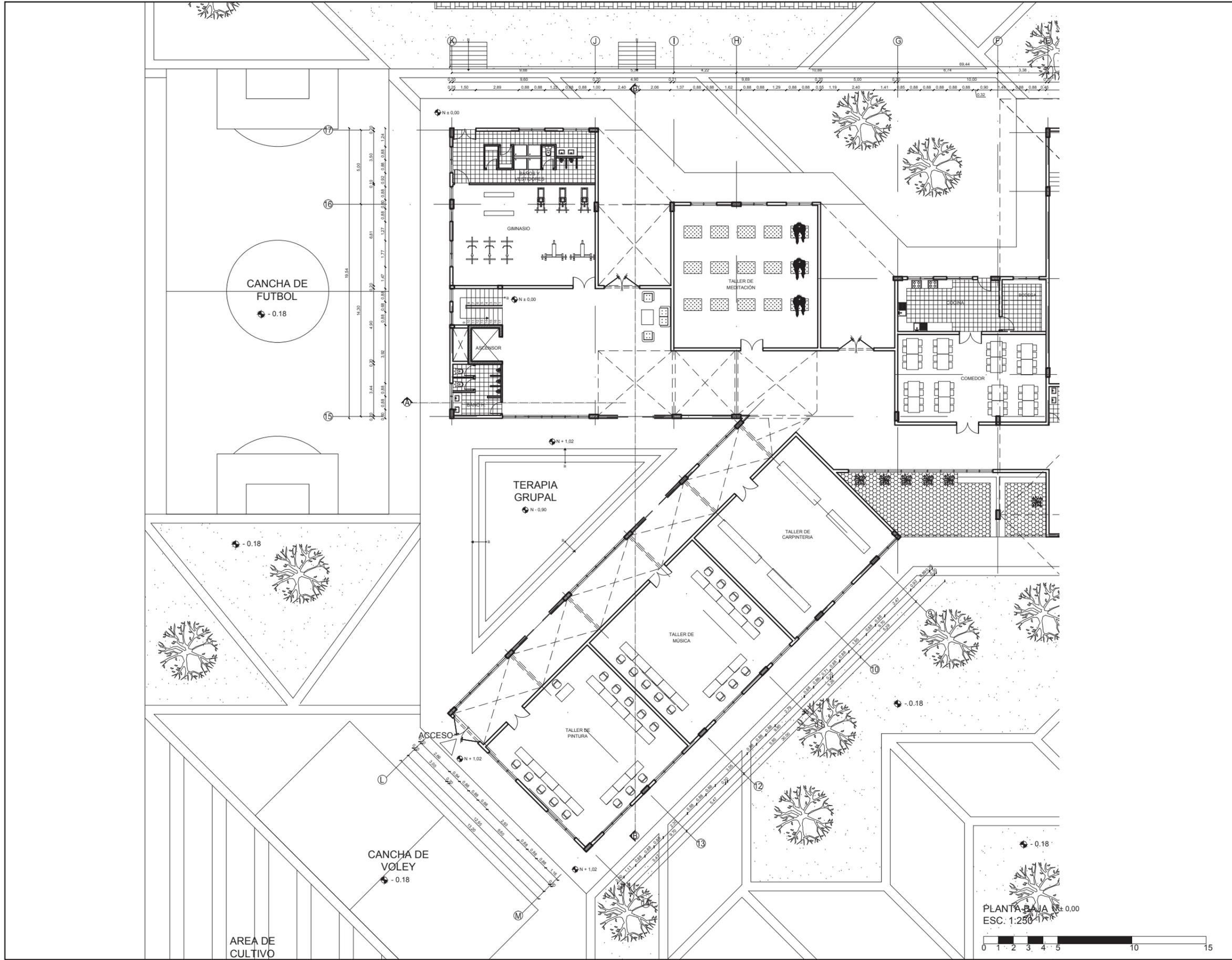
**DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JÓVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA**

**CONTIENE:** PRIMER PISO, ADMINISTRACION  
N ± 3,00

**NOMBRE:** Dayan Pamela Sandoval Suarez

<b>LÁMINA:</b> 5/9	<b>ESCALA:</b> 1:250
<b>Director:</b> Arq. Jorge Coronel	





**CUADRO DE ÁREAS:**

CUADRO DE ÁREAS			
BLOQUE	NIVEL	USO	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9
			1795,6
BLOQUE 1	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28
			215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09
			1024,09
<b>TOTAL</b>			<b>3034,97</b>

**UISEK**  
Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGADependencia

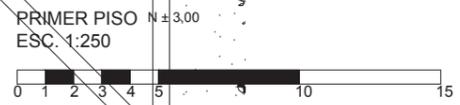
CONTIENE: PLANTA BAJA, TALLERES  
N ± 0,00

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

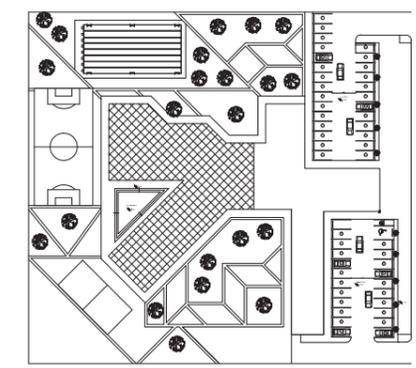
LÁMINA: 6/9 ESCALA: 1:250

Director: Arq. Jorge Coronel

PLANTA BAJA N ± 0.00  
ESC: 1:250



PLANO REFERENCIAL  
PROYECTO TIPO 3



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09	
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9	1795,6
BLOQUE 1	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28	215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09	1024,09
<b>TOTAL</b>				<b>3034,97</b>

**UISEK**

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

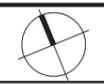
CONTIENE: PRIMER PISO, ALOJAMIENTO  
N ± 3,00

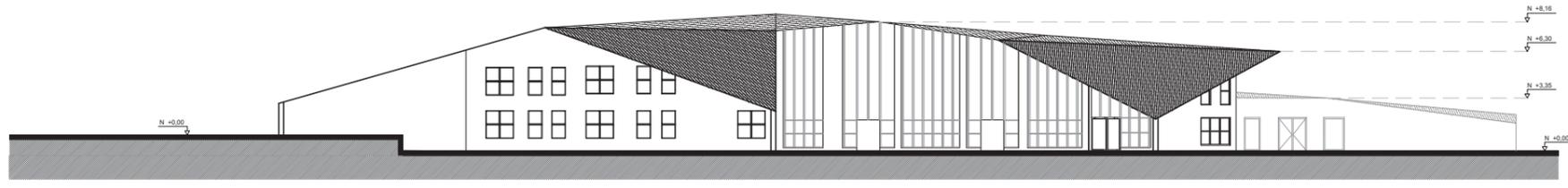
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
7/9

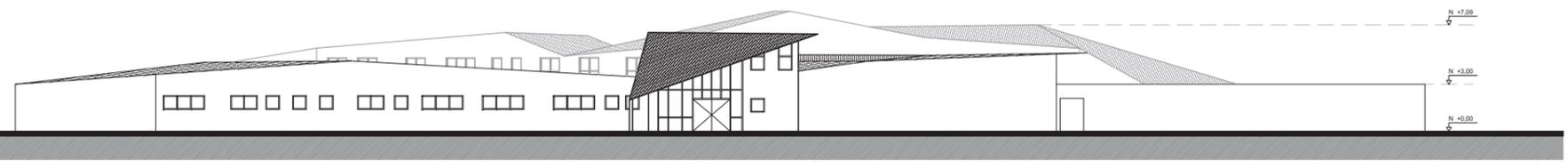
ESCALA:  
1:250

Director:  
Arq. Jorge Coronel

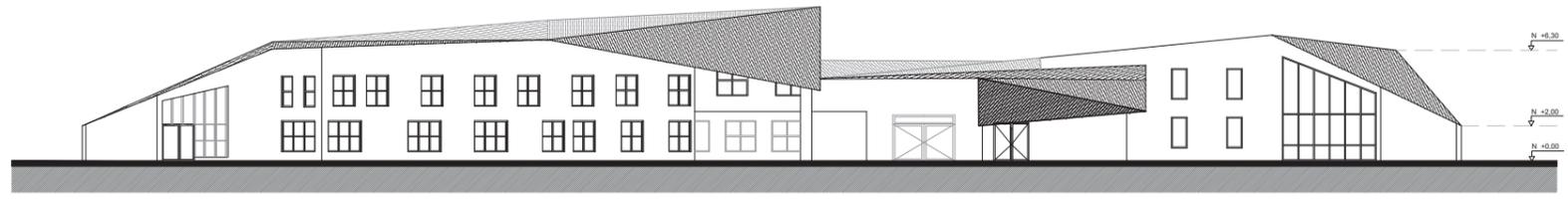




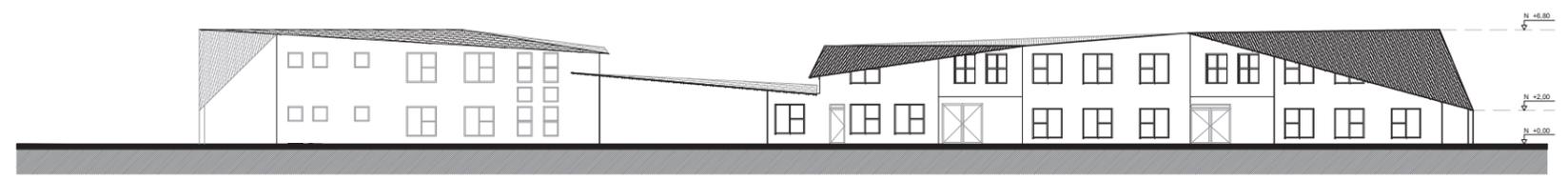
FACHADAS TRACERA  
ESC. 1:400



FACHADAS FRONTAL  
ESC. 1:400



FACHADAS IZQUIERDA  
ESC. 1:400

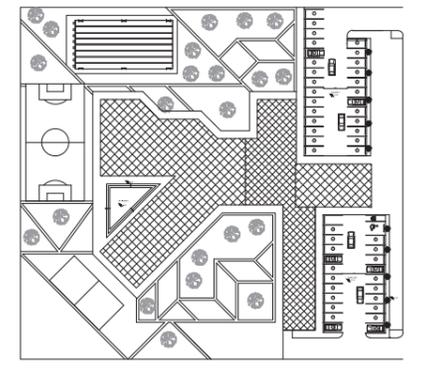


FACHADAS DERECHA  
ESC. 1:400

FACHADAS  
ESC. 1:400



PLANO REFERENCIAL  
PROYECTO TIPO 3



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS				
BLOQUE	NIVEL	USO	M2 POR NIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09	
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61	
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSIQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9	
			1795,6	
BLOQUE 1	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28	215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09	1024,09
			1024,09	
<b>TOTAL</b>			<b>3034,97</b>	

## UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

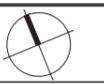
CONTIENE: FACHADAS

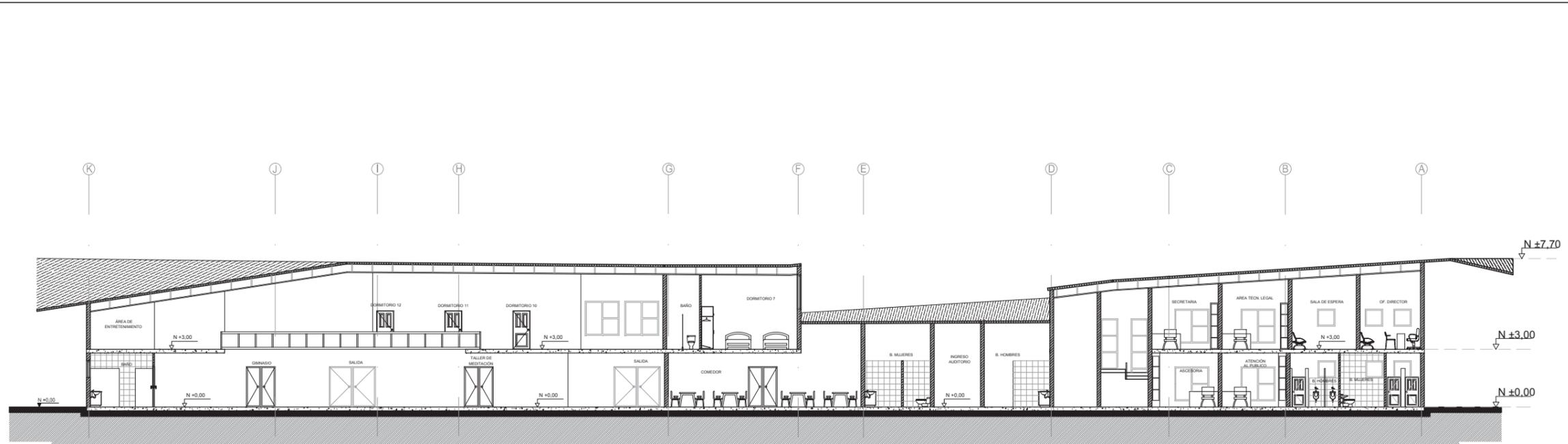
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
8/9

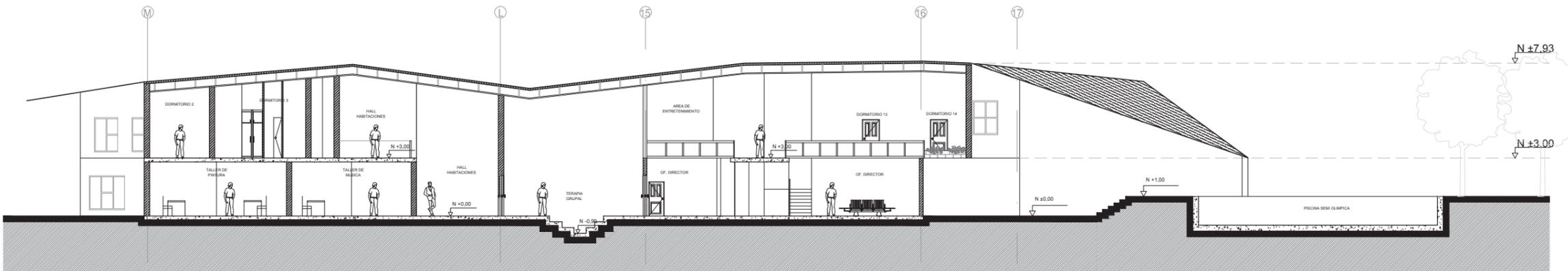
ESCALA:  
1:400

Director:  
Arq. Jorge Coronel





CORTES AA'  
ESC. 1:250

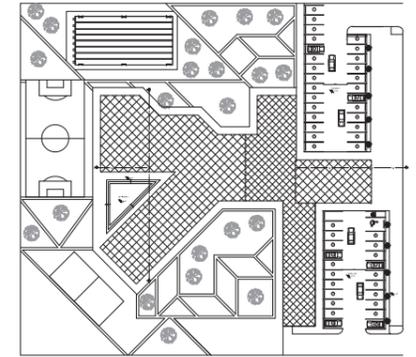


CORTES BB'  
ESC. 1:250

CORTES  
ESC. 1:250



PLANO REFERENCIAL  
PROYECTO TIPO 3



CUADRO DE ÁREAS:

CUADRO DE ÁREAS			
NIVEL	USO	M2 PORNIVEL	TOTAL
BLOQUE 1	0.00	RECEPCIÓN, BAÑOS, OF. ATENCIÓN AL PÚBLICO, TRABAJO SOCIAL, CONSULTORIO PARA EL PÚBLICO, SALA DE ESPERA	223,09
		AUDITORIO, COMEDOR, GIMNASIO, TALLERES, BAÑOS	1320,61
		CONSULTORIO PSICOLÓGICO, PSQUIATRICO, TERAPIA FAMILIAR, ENFERMERIA, EMERGENCIA	251,9
			1795,6
BLOQUE 1	2.00	AREA LEGAL, ADMINISTRACIÓN, SECRETARÍA GENERAL, CONTABILIDAD, DIRECTOR, SALA DE REUNIONES	215,28
			215,28
BLOQUE 2	2.00	DORMITORIOS, SALA DE TV, AREA DE ENTRETENIMIENTO, BIBLIOTECA	1024,09
			1024,09
TOTAL			3034,97

# UISEK

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: CORTES

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

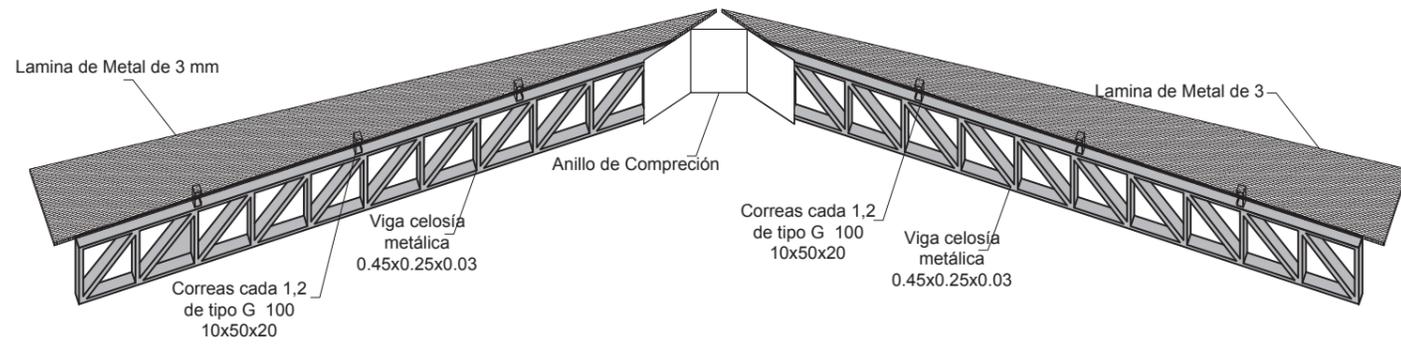
LÁMINA:  
9/9

ESCALA:  
1:250

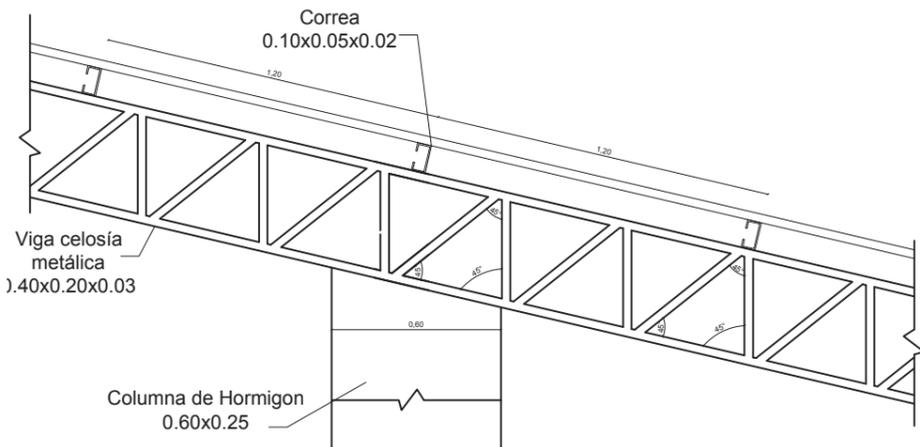
Director:  
Arq. Jorge Coronel





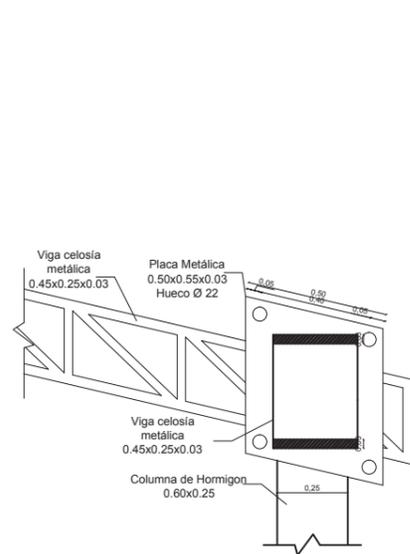


ANILLO DE COMPRESIÓN - CUBIERTA - VIGA  
ESC. 1:50

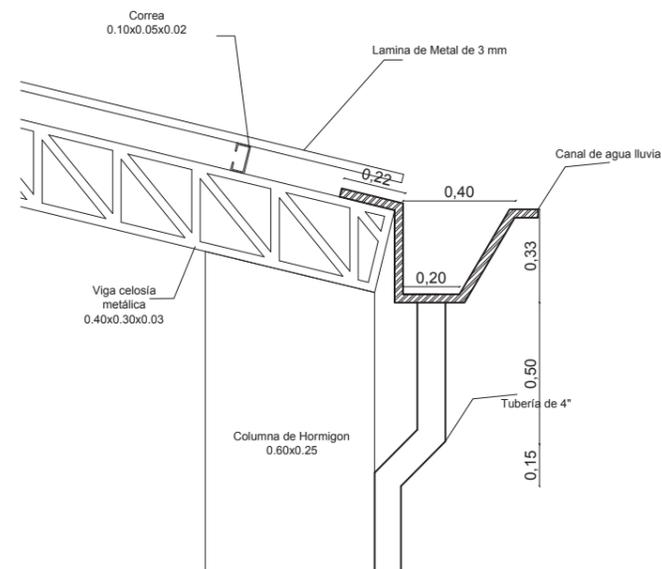


VIGA PERIMETRAL - COLUMNA  
ESC. 1:25

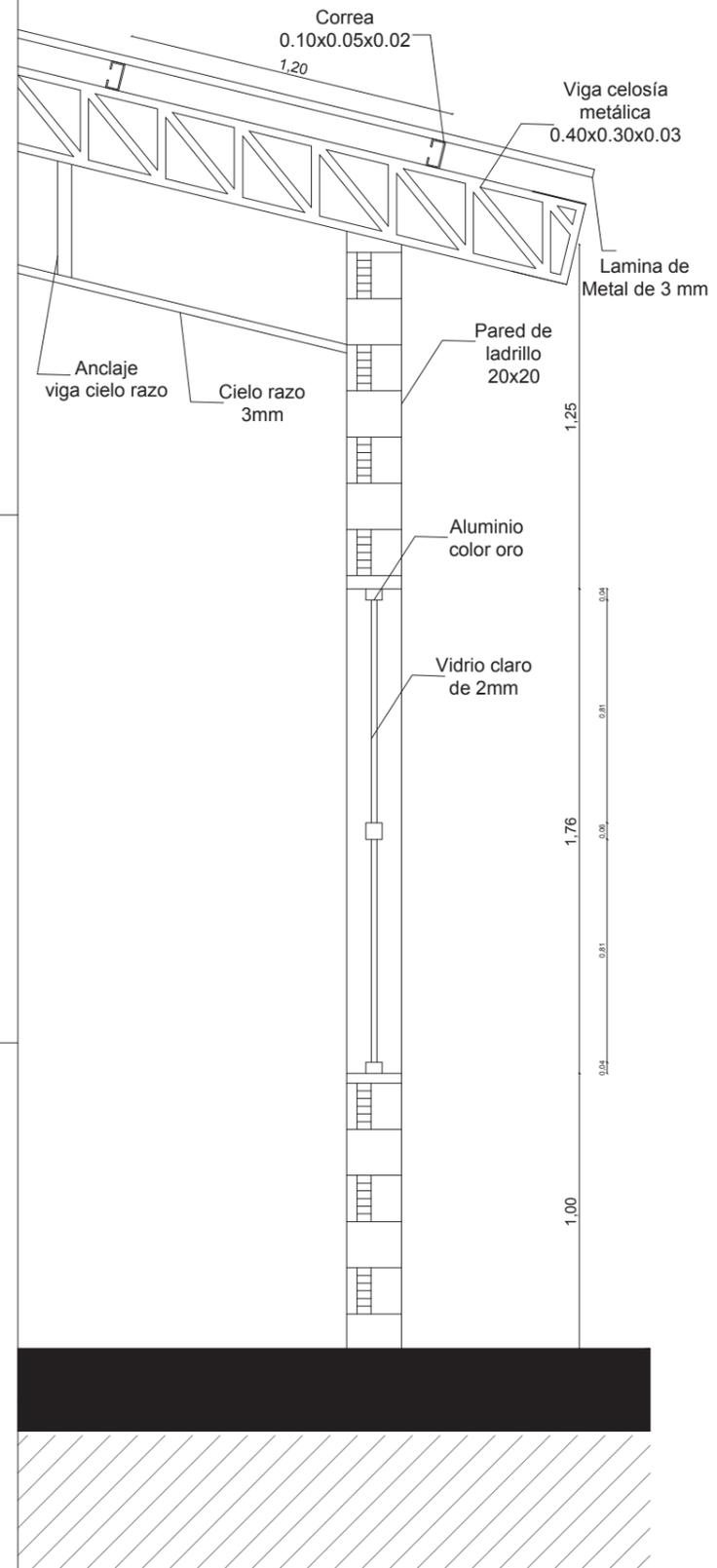
DETALLE ARMADO DE HIERRO  
COLUMNA DE HORMIGON  
ESC. 1:25



DETALLE UNION VIGAS  
ESC. 1:25

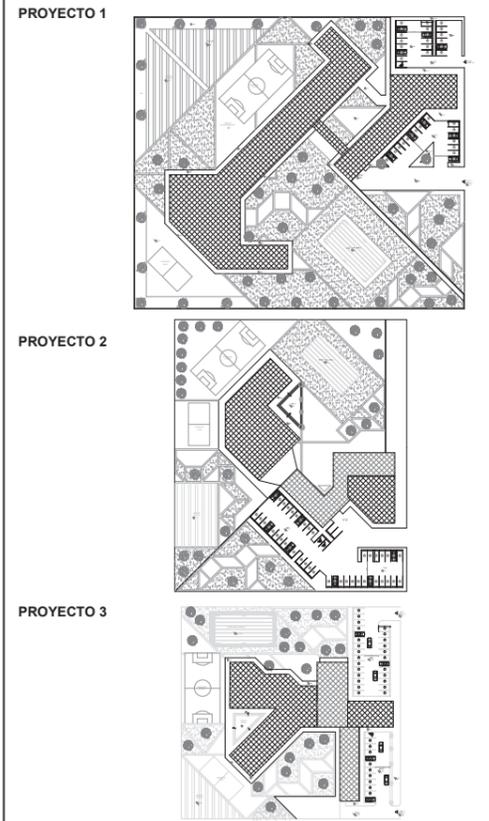


BAJANTE DE AGUA LLUVIA  
ESC. 1:25



DETALLE COMPLETO PISO, PARED, TECHO  
ESC. 1:25

PLANO REFERENCIAL  
IMPLANTACIÓN DE PROYECTOS



**UISEK**

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: DETALLES ESTRUCTURALES

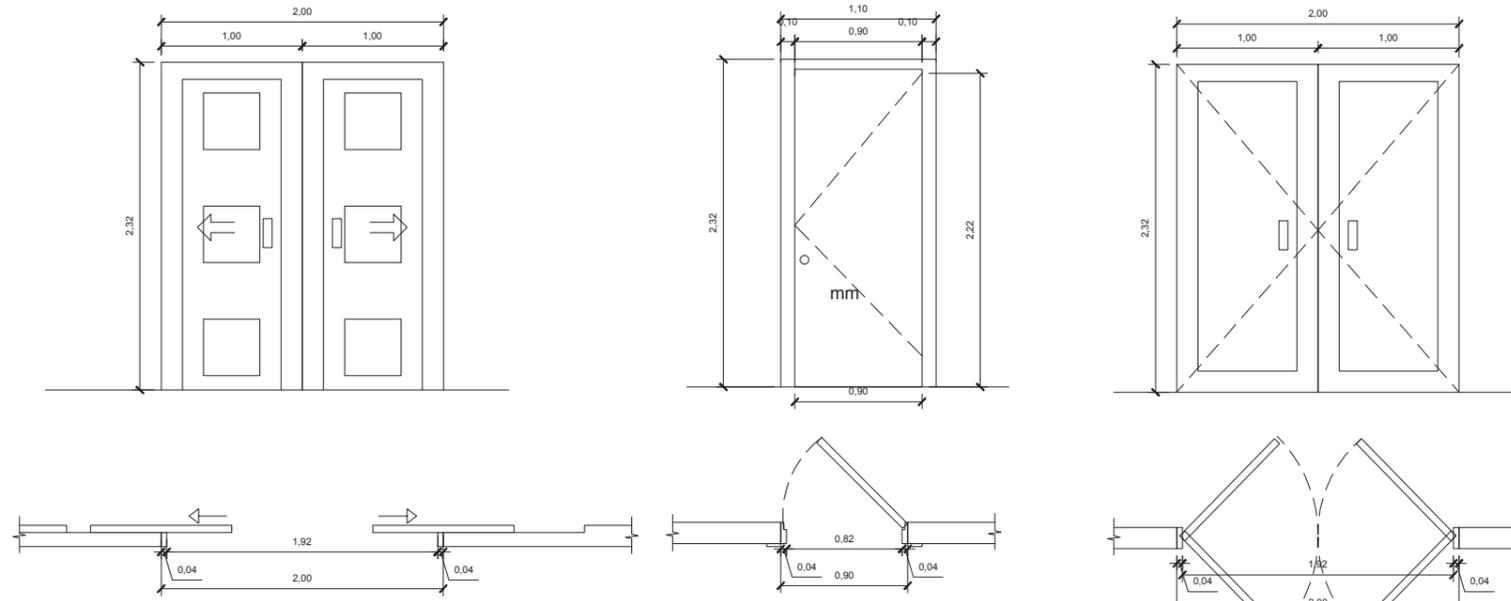
NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
1/3

ESCALA:  
1:25

Director:  
Arq. Jorge Coronel

DETALLES DE PUERTAS  
ESC. 1:50

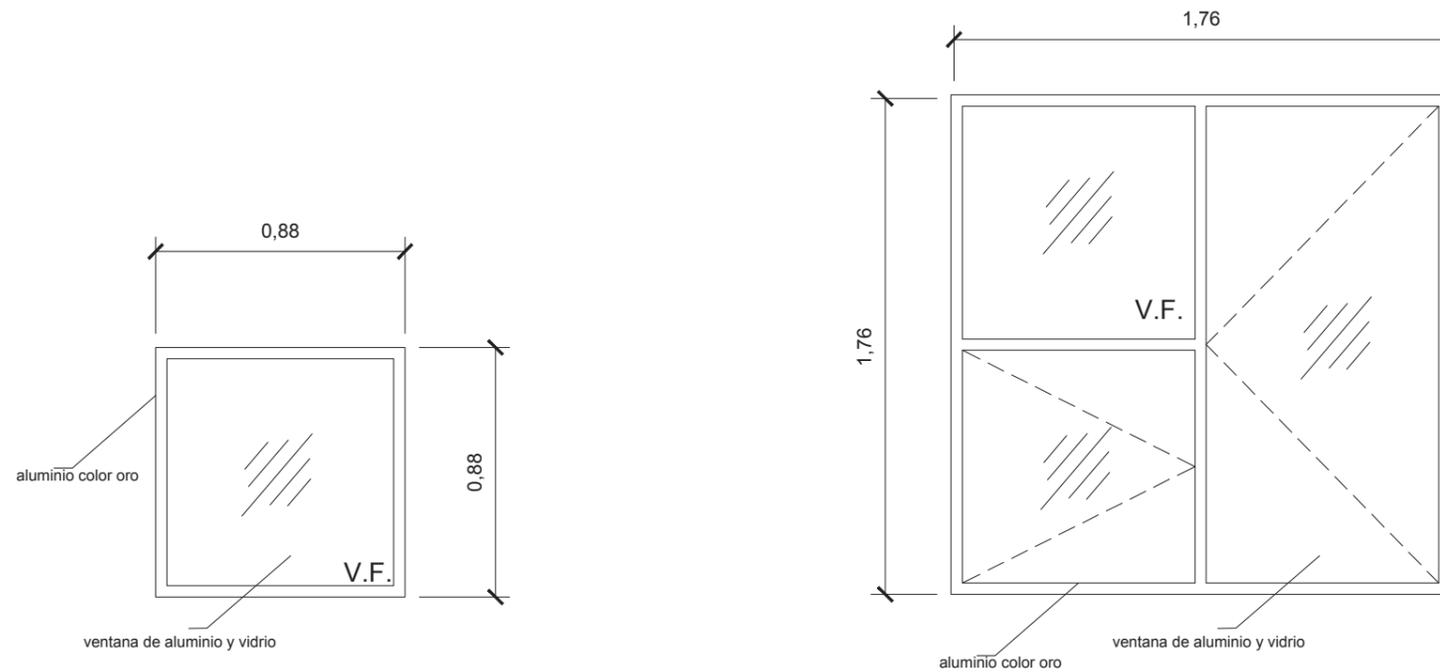


USO: Ingresos  
PUERTA TIPO ESC 1:50

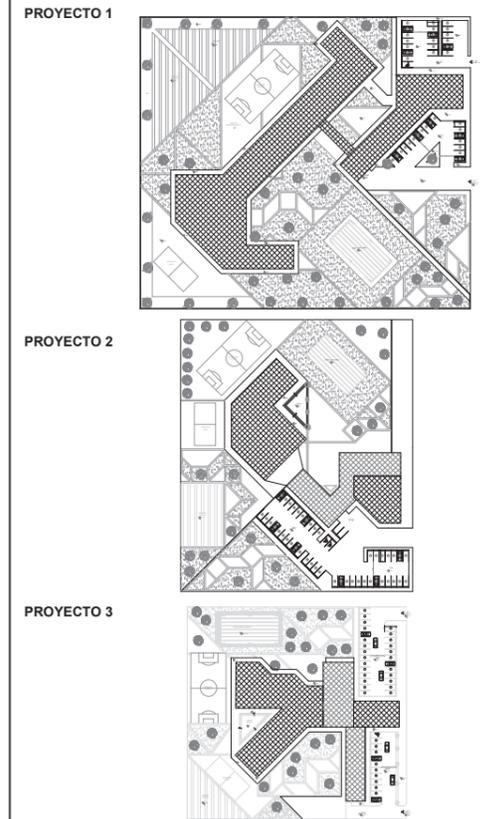
USO: Oficinas, dormitorios, Ingresos Baños,  
PUERTA TIPO ESC 1:50

USO: Talleres, Comedor, Gimnasio, Auditorio.  
Ingreso Principal  
PUERTA TIPO ESC 1:50

DETALLES DE VENTANA TIPO  
ESC. 1:25



PLANO REFERENCIAL  
IMPLANTACIÓN DE PROYECTOS



**UISEK**

Facultad de Arquitectura  
y Urbanismo

DISEÑO DE UN CENTRO DE RECUPERACIÓN TIPO  
PARA JOVENES CON PROBLEMAS DE  
DROGODEPENDENCIA

CONTIENE: DETALLES PUERTAS Y VENTANAS

NOMBRE: Dayan Pamela Sandoval Suarez

LÁMINA:  
2/3

ESCALA:  
1:50

Director:  
Arq. Jorge Coronel

