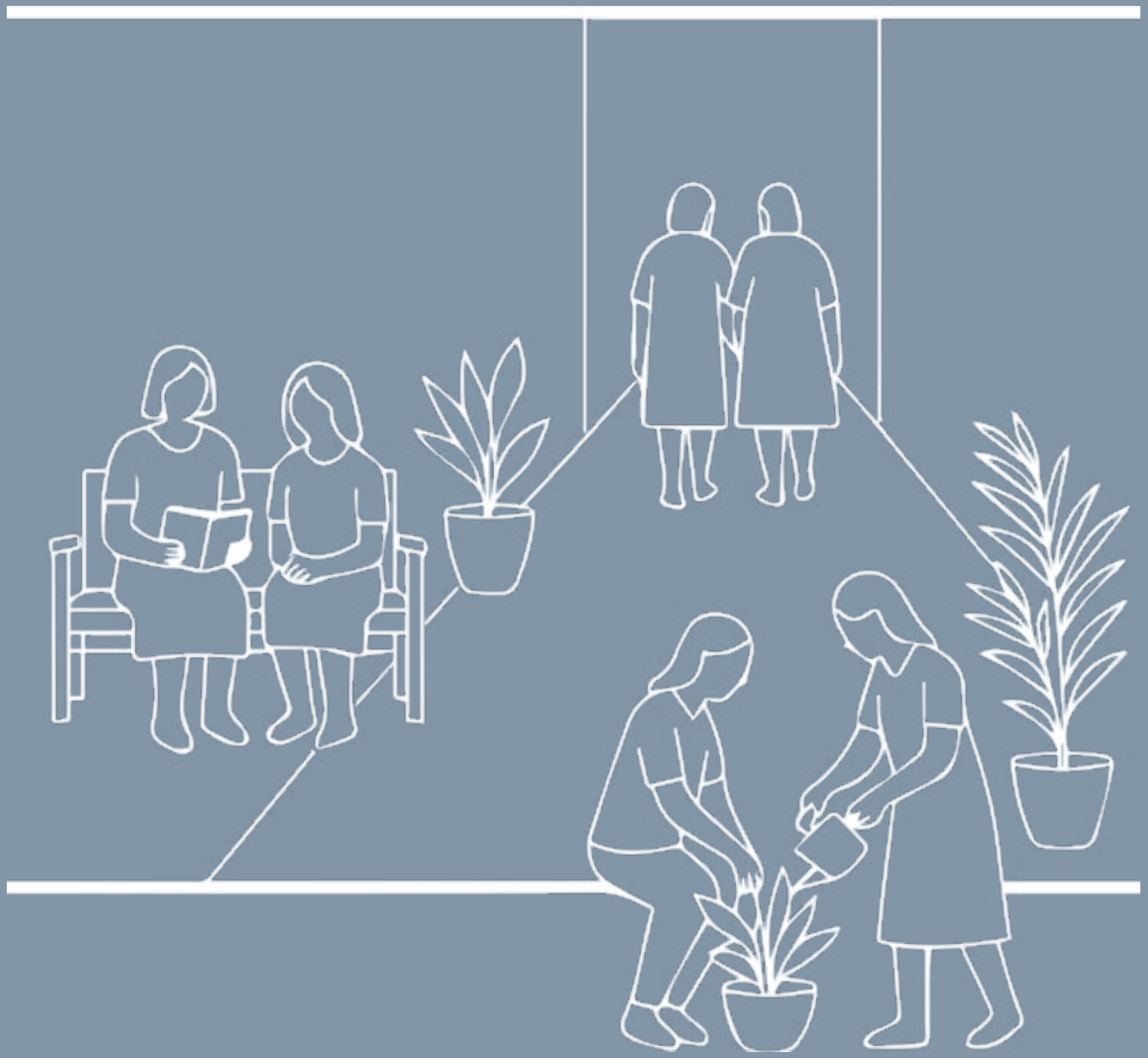
UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DISEÑO ARQUITECTURA Y ARTE
FACULTAD



Escuela de Arquitectura

Proyecto final de carrera previo a la obtención del título de arquitectos

Proyecto arquitectónico para un Centro de rehabilitación de adicciones para mujeres adultas en la parroquia El Valle

Autores:

Matías Xavier Prieto Trujillo
María Caridad Zhiminaicela Ávila

Director:

Arq. Ing. Luis Enrique Barrera Peñafiel

Cuenca - Ecuador

2025

TOMO I

A mi mamá Joanna, por ser mi mayor motivación, por su amor incondicional y por enseñarme con su ejemplo a no rendirme nunca. A mi hermana Sami, por estar siempre a mi lado, con su apoyo inquebrantable y su cariño que me sostiene. A mi tía abuela Ruth, porque sin su generosidad y respaldo no estaría viviendo esta etapa tan importante de mi vida. A mi grupo de amigas, por ser luz en los días grises y alegría en cada paso; gracias por ser las mejores personas que la vida me dio el regalo de conocer.

Matías Prieto

A mis padres, Marcos y Yoli, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme con el ejemplo el valor del esfuerzo y la dedicación. A mi hermano Boris y a mi cuñada Lexie, por su cercanía, su cariño y por estar siempre presentes en los momentos que más importan. A mis abuelitos por siempre estar pendientes de mí y por todo lo que me han brindado a lo largo de mi vida. Y a mi amado hermano David, que desde el cielo ha sido mi guía, mi fuerza y una luz que me acompaña en cada paso que doy.

María Caridad Zhiminaicela

A Sebas, que siempre estará presente en nuestros corazones. Tu amistad, tu alegría y tu apoyo incondicional nos siguen acompañando cada día. Este logro también es para ti.

Matías Prieto y María Caridad Zhiminaicela

A mi mejor amiga Dani, por hacer mi vida mucho más linda con su presencia, por su alegría, su apoyo constante y por ser una persona increíble a quien siempre llevaré en el corazón. A Pablo, por ser mi pilar incondicional, mi apoyo firme en cada momento de mi vida universitaria y personal; gracias por estar siempre, con amor, paciencia y fe en mí. A mis abuelos Zaida, Gerardo, Yolanda y Miguel, y mi bisabuela Leonor, por su amor inmenso, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por ser parte fundamental de mi crecimiento. A Sofi, por ser una amiga incondicional, por su compañía en los momentos buenos y difíciles, y por ser una persona maravillosa que agradezco haber encontrado en el camino. A mis profesores, por compartir sus conocimientos, por guiarme a lo largo de esta carrera y por dejar en mí enseñanzas que llevaré siempre. Y a mi compañera de tesis, Cari, por ser el pilar de este proyecto, por su compromiso, entrega y por compartir conmigo este camino con tanta fortaleza y corazón.

Matías Prieto

A mis padres, Marcos y Yoli, no solo por darme la oportunidad de estudiar, sino por ser el motor de todo lo que he logrado. Esta meta es tan mía como suya. A toda mi familia, por su apoyo constante. A mis amigas, por acompañarme con cariño, risas y palabras de aliento. A mis profesores, por compartir sus conocimientos y por guiarnos con dedicación y compromiso a lo largo de estos años de formación. Y a mi compañero de tesis, Mati, gracias por ser un gran amigo y un apoyo firme durante toda la carrera. Gracias por caminar a mi lado en este proceso y por alcanzar juntos este logro tan importante.

María Caridad Zhiminaicela

A nuestro director Luchito Barrera por ser una guía fundamental en este proceso. Su compromiso y acompañamiento hicieron posible que lleguemos a esta meta.

Matías Prieto y María Caridad Zhiminaicela

DEDICATORIA 4
AGRADECIMIENTO 5
RESUMEN 10
ABSTRACT 11

01 INTRODUCCIÓN

1.1 PROBLEMÁTICA 14
1.2 OBJETIVOS 17
1.3 METODOLOGÍA 19

02 REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 INTRODUCCIÓN Y TÉRMINOS GENERALES 22
2.2 APLICACIÓN DE CRITERIOS DE DISEÑO BIOFÍLICO EN LA ARQUITECTURA SANITARIA 24
2.3 ESPACIOS ADAPTADOS A LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS (EL COLOR Y LA LUZ) 26
2.4 ABORDAJE DEL DISEÑO ARQUITECTÓNICO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 28
2.5 DISEÑO DE ESPACIOS DE TRANSICIÓN Y ZONIFICACIÓN PARA FACILITAR LA REINTEGRACIÓN SOCIAL 29
2.6 SOSTENIBILIDAD EN AMBIENTES TERAPÉUTICOS 30

03
ANÁLISIS DE REFERENTES

3.1 CASO DE ESTUDIO 1 34
3.2 CASO DE ESTUDIO 2 42
3.3 CASO DE ESTUDIO 3 48

04
ANÁLISIS DE SITIO

4.1 UBICACIÓN 56
4.2 ANÁLISIS MACRO 58
4.3 ANÁLISIS MESO 64
4.4 ANÁLISIS MICRO 66
4.5 ESTRATEGIAS 72

05
PROYECTO ARQUITECTÓNICO

5.1 ENTREVISTAS Y ESTRATEGIAS 76
5.2 PROGRAMA ARQUITECTÓNICO 78
5.3 PROCESO DE SELECCIÓN DE EMPLAZAMIENTO 80
5.4 PROYECTO ARQUITECTÓNICO 84

06
RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1 RESULTADOS 112
6.2 CONCLUSIONES 118

07
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 132
7.2 ANEXOS 134

08
TOMO 2

El presente anteproyecto arquitectónico plantea un centro de rehabilitación para mujeres con problemas de consumo de sustancias, ubicado en la parroquia El Valle, Cuenca. Surge como respuesta a la carencia de equipamientos públicos con enfoque de género en la provincia del Azuay. La propuesta incorpora criterios de diseño biofílico, sostenibilidad y arquitectura terapéutica. Se desarrolló a partir del análisis normativo, estudios de sitio y revisión de referentes tipológicos. El programa arquitectónico considera una zonificación funcional que favorece la recuperación progresiva, priorizando el bienestar psicosocial mediante iluminación natural, materiales locales y espacios sensibles a las necesidades femeninas.

Palabras clave: rehabilitación de adicciones, diseño biofilico, centro de rehabilitacion, patios internos.

This architectural preliminary project proposes a rehabilitation center for women facing substance use problems, located in El Valle parish, Cuenca. It addresses the lack of public facilities with a gender-sensitive approach in Azuay province. The design incorporates biophilic principles, sustainability, and therapeutic architecture. It was developed through regulatory analysis, site studies, and review of typological precedents. The architectural program includes functional zoning that promotes progressive recovery, prioritizing psychosocial well-being through natural lighting, local materials, and spaces responsive to women's specific needs.

Keywords Addiction: rehabilitation, biophilic design, rehabilitation center, interior courtyards

INTRODUCCIÓN

01

El consumo de drogas es un problema global que año a año va en aumento, con efectos profundos en la salud pública y la estabilidad social, además de afectar de forma directa e indirecta a la economía, la seguridad y la integridad de las personas. Tomando datos del World Drug Report de la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2023), entre 2011 y 2021, el número de consumidores de sustancias ilícitas aumentó un 23%, pasando de 240 millones a 296 millones de personas. es decir un 5.8% de la población mundial entre 15 y 64 años, siendo una población relativamente joven la que consume este tipo de sustancias. También tomamos en cuenta otro dato que puede llegar a ser alarmante, y es que, en base a UNODC (2023), 13.2 millones de personas se inyectaron algún tipo de droga en el año 2021, lo que supone un aumento del 18% respecto a años anteriores. Con estas cifras mundiales empezamos un análisis a esta problemática que nos afecta de forma local y de forma mundial, lo que de igual manera ha hecho que los gobernantes sientan la necesidad urgente de implementar medidas para su control, que además de políticas y leyes de control, también incluyen centros de rehabilitación especializados en el tratamiento de adicciones.

Según la UNODC (2023), América del sur es una de las regiones más afectadas por el consumo de drogas, contando con la mayor cantidad de personas en tratamiento por consumo de cocaína a nivel mundial. El nivel de consumo de la sustancia muchas veces se vincula a la cercanía del consumidor con los principales países productores, territorios como Colombia, Perú y Bolivia, creando así, redes de consumo de fácil acceso. Dentro del continente, el 50% de personas en tratamiento tiene menos de 25 años.

En nuestro país, Ecuador, el problema de las drogas, en especial el alcoholismo, ha crecido de forma importante en los últimos años. Según Teleamazonas (2024), al ser un país estratégicamente ubicado para ser de tránsito de drogas como la cocaína, Ecuador se ha convertido en el segundo país de Sudamérica con más incautaciones de esta sustancia, y en el cuarto a nivel mundial en cuanto a la cantidad de envíos de cocaína incautados en el extranjero. Sin embargo, las cifras también demuestran que Ecuador enfrenta una grave crisis de alcoholismo, ocupando el noveno lugar en el ranking de consumo en América Latina según la Organización Mundial de la Salud (2014). Braganza (2017) identifica esta situación como una problemática con profundas implicaciones sociales y una tendencia que ha persistido a lo largo de los años.

A pesar de la magnitud del problema, Ecuador solo cuenta con 10 Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) públicos, distribuidos en siete zonas del país. Esto pone de manifiesto la urgente necesidad de expandir los servicios de tratamiento en la región, dado que el acceso a estos centros no se consigue de forma sencilla, además que no responden a la creciente demanda de atención especializada, que cada año se forja como un problema de salud social mucho más fuerte.

La provincia de Azuay, y en particular la ciudad de Cuenca, se acercan de igual forma a esta realidad. Con base en lo señalado por Santander y Tejedor (2022), un estudio del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reveló que el 38% de la población de Azuay entre los 20 y

CENTROS ESPECIALIZADOS DE TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS - CETAD			
CZ	**Centro Especializado**	**Grupo Terapéutico**	**Capacidad instalada**
CZ1	CETAD Otavalo	Adolescentes hombres	15
CZ1	CETAD Esmeraldas	Adultos hombres	58
CZ3	CETAD Puyo	Adolescentes hombres Adultos hombres	54 54
CZ4	CETAD Portoviejo	Adultos hombres	30
CZ6	CETAD Gualaceo	Adultos hombres	40
CZ7	CETAD Santa Rosa	Adultos hombres	33
CZ8	CETAD Libertadores	Adolescentes hombres	31
CZ8	CETAD Guayaquil	Adultos hombres	30
CZ9	CETAD Carlos Diaz Guerra	Adultos hombres	33
CZ9	CETAD Pumamaqui	Adolescentes mujeres	16

Figura 1: CETAD a nivel nacional
Fuente: MSP (2024)

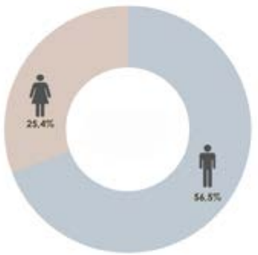


Figura 2: Porcentaje de consumo de alcohol en Azuay
Fuente: Autoría propia

Figura 3: CETAD Renacer
Fuente: Primicias (2024)

Figura 4: CETAD Gualaceo
Fuente: El Vocero Azuay (2018)

59 años ha consumido alcohol, lo que sitúa a la provincia en el primer lugar en cuanto a prevalencia de consumo a nivel nacional. De estas cifras totales, el 56.5 % de personas que reporta haber consumido alcohol mensualmente son hombres, mientras que entre las mujeres la cifra es del 25.4 %. Esto sugiere que dentro de la población relativamente joven hay un número elevado de personas que podrían estar en riesgo de desarrollar una adicción si no se lleva un control del abuso de sustancias.

Pese a la gravedad del problema, la provincia de Azuay cuenta con un solo Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) público, ubicado en la ciudad de Gualaceo. Además, este centro ofrece servicios de rehabilitación únicamente a hombres. Ni en Cuenca ni en el resto de la provincia existe un CETAD que sea público y gratuito que ofrezca servicios de rehabilitación para mujeres, lo que agrava la situación de aquellas que buscan tratamiento sin poder costear opciones privadas. El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024) señala que en la provincia existen quince centros privados mixtos con licenciamiento que brindan este tipo de atención.

La falta de infraestructura pública adecuada, en especial para el género femenino, pone de manifiesto la necesidad urgente de aumentar los recursos destinados al tratamiento de adicciones en la región. La construcción de un centro de rehabilitación especializado en la ciudad de Cuenca, Azuay, que ofrezca planes de rehabilitación que se enfoquen en las mujeres, es una respuesta crucial ante esta crisis. Este centro proporcionará los servicios necesarios para ayudar a las mujeres que también hacen parte de las alarmantes cifras a superar sus adicciones y, al mismo tiempo, servirá como un mecanismo de prevención y concienciación, promoviendo una vida más saludable para las futuras generaciones.

La parroquia de El Valle es el lugar idóneo para la construcción de un nuevo centro de rehabilitación para mujeres, se ha seleccionado la misma debido a varios factores: El Plan de Uso y Gestión del Suelo (PUGS) 2022 sugiere a este área como zona de expansión urbana. Además de ajustarse a las normativas vigentes y disponibilidad de predios, el territorio brinda espacios de conexión entre las edificaciones y la ruralidad, apoyando al proceso de rehabilitación a través del contacto con la naturaleza. Adicionalmente la parroquia se encuentra siendo parte de una red de salud, donde se busca conectar el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) con el Hospital Básico Municipal de la Parroquia El Valle.

Objetivo General:

Desarrollar un anteproyecto arquitectónico para un centro de rehabilitación para mujeres adultas con problemas de adicción en la parroquia El Valle.

Objetivos Específicos:

1. Analizar el funcionamiento de centros de rehabilitación y las necesidades de los usuarios mediante la revisión de literatura, referentes arquitectónicos y entrevistas a informantes clave.

2. Analizar el sitio y su contexto para garantizar que el diseño contribuya a mejorar las condiciones del barrio y se integre con el entorno natural.

3. Diseñar un anteproyecto arquitectónico sostenible que responda a las necesidades terapéuticas y funcionales del programa de rehabilitación de mujeres adultas con problemas de adicción.

Para la primera etapa, se llevará a cabo una revisión de literatura para comprender cómo se aplica el diseño biofílico dentro de la arquitectura sanitaria, la influencia del color, la relación entre arquitectura y género, y sostenibilidad.

Para la segunda etapa, se evaluarán proyectos de centros de rehabilitación, priorizando las características antes mencionadas. Estos proyectos servirán como referencia a nivel de emplazamiento, distribución espacial y materialidad para la proyección de la propuesta.

Para la tercera etapa, se realizará un análisis de sitio y su contexto a nivel macro, meso y micro. Este análisis permitirá plantear estrategias de diseño que garanticen aprovechar todas las oportunidades ofrecidas y a su vez responder a los retos que se planteen en el lugar de intervención.

Para la cuarta etapa, finalmente se desarrollará una propuesta de proyecto arquitectónico en respuesta a la investigación previa, integrando los criterios analizados durante la revisión de literatura y el análisis de sitio.

REVISIÓN DE LITERATURA

02

2.1 Introducción y términos generales:

Los CETAD (Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas) son centros de salud de tercer nivel, dedicados a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas con trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas. La Constitución del Ecuador (2008) en el artículo 364, establece que las adicciones son un problema de salud pública y el Estado debe garantizar la rehabilitación sin criminalizar a los consumidores.

Definiciones clave:

Acompañamiento Terapéutico: al equipo técnico le corresponde una labor de acompañamiento y asesoramiento, significa que el proceso terapéutico lo realiza el adolescente. El terapeuta a cargo ayudará al adulto a hacer buen uso de sus capacidades individuales en el proceso de rehabilitación e incorpora los objetivos que el propio paciente traza, tomando en cuenta los factores individuales, familiares, socio laborales, para establecer objetivos a corto-mediano y largo plazo. (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 9)

Participante: usuario que ingresa a la modalidad residencial para tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas, recibe ayuda ética y profesional, adoptando progresivas y crecientes responsabilidades asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria, ayudando a los miembros más recientes a integrarse.(Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 9)

"Recreación: Toda experiencia o actividad que le proporciona al hombre satisfacción en libertad, permitiendo el olvido momentáneo de su problemática diaria favoreciendo el reencuentro consigo mismo como ser humano, sin presiones ajenas o externas." (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 10).

"Rehabilitación: proceso bio-psico-social mediante el cual el paciente recupera su funcionalidad y retorna a una vida cotidiana adaptada, con bienestar y en ausencia o gran reducción del consumo de drogas." (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 10).

"Usuario: es toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicio de salud." (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 10).

Tipo de terapias:
Según el Ministerio de Salud Pública (2016) se deben realizar siete tipo de actividades para cumplir con la terapia.

1. **Terapia Psicológica Individual:** En este espacio el terapeuta trabaja con el paciente para evaluar y diagnosticar psicológicamente al usuario, identificar problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, elaborar un plan terapéutico integral e individualizado, promover el desarrollo de habilidades y aptitudes para la reinserción social, educativa y laboral; y realizar seguimiento y evaluación una vez concluido el tratamiento.
2. **Terapia Psicológica Grupal:** En este espacio se encuentran grupos de pacientes con objetivos terapéuticos similares. Se enfoca en fortalecer el trabajo de la terapia individual, establecer procesos de convivencia y estrategias de protección frente a factores de riesgo, crear un espacio de discusión sobre temas comunes que afectan a los participantes, fomentar la cohesión, el sentido de pertenencia y la empatía hacia el programa terapéutico.
3. **Terapia Psicológica Familiar:** Este espacio se centra en la familia del paciente, porque el entorno familiar influye en el paciente. Busca identificar cómo el consumo de drogas ha afectado la dinámica familiar, determina factores de riesgo familiares que puedan dificultar la recuperación e involucrar activamente a la familia en el proceso terapéutico.
4. **Terapia ocupacional:** Este espacio es para la realización de actividades para desarrollar la independencia y la reintegración social. Se enfoca en implementar un plan de intervención acorde a las necesidades individuales del usuario, desarrollar habilidades para el uso adecuado del tiempo libre con actividades recreativas y educativas, promover la recuperación de hábitos de higiene y sociabilidad y estimular la psicomotricidad y habilidades laborales como preparación para la reinserción.
5. **Actividades de Integración:** Espacios recreativos que permiten que los pacientes se relacionen y adapten a la vida sin consumir sustancias. Esto incluye la generación de vínculos sociales fuera del ámbito del consumo, mejora de habilidades sociales para mantener una actitud autónoma y responsable, recuperación de emociones previas al consumo en un entorno seguro; y la promoción de prácticas saludables para mejorar la calidad de vida.
6. **Actividades de Expresión Artística:** En este espacio el arte se usa como medio terapéutico para fomentar la creatividad y la autoexpresión. Esto busca permitir la expresión simbólica de emociones y conflictos internos, enseñar técnicas artísticas como herramienta de desarrollo personal; y ayudar a los pacientes a recrearse a sí mismos y fortalecer su identidad.
7. **Tratamiento Psicofarmacológico:** Se basa en la administración de fármacos bajo supervisión médica para tratar síntomas relacionados con el consumo problemático.

Técnicas Psicoterapéuticas:
El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) propone que las técnicas psicoterapéuticas tienen un papel fundamental para la modificación de patrones de pensamiento, comportamiento y relaciones interpersonales.

- Enfoque Cognitivo-Conductual: Este enfoque se basa en la idea de que el consumo de sustancias está influenciado por patrones de pensamiento disfuncionales que conducen a conductas problemáticas. Ayuda al paciente a identificar y cuestionar pensamientos automáticos negativos sobre sí mismo y su capacidad de recuperación, desarrollar estrategias para el manejo de la ansiedad y la prevención de recaídas; y sustituir creencias irracionales sobre el consumo de drogas por pensamientos más realistas y adaptativos (trabaja sobre los pensamientos y hábitos del paciente).
- Enfoque Humanista: Este enfoque se centra en el potencial del paciente para tomar decisiones responsables y lograr bienestar emocional. Se basa en la idea de que todos tienen la capacidad de crecer y avanzar si se les proporciona un entorno seguro y de apoyo (fortalece su identidad y autonomía).
- Enfoque Sistémico: Este enfoque considera que los problemas de adicción no solo afectan al individuo, sino que están influenciados por su entorno familiar y social. La terapia se centra en mejorar las dinámicas relacionales y fomentar la comunicación efectiva (mejora su entorno familiar y social).

Etapas de Intervención Terapéutica en el CETAD para Adultos: De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) el tratamiento residencial sigue un proceso estructurado que está diseñado para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes.

Primera Etapa: Atención Integral Residencial: Esta fase inicial se centra en estabilizar al paciente y establecer las bases para su recuperación.

1. Fase de Desintoxicación: Está destinada a pacientes con cuadros de intoxicación moderada o síndrome de abstinencia. Se brinda atención médica y psicológica las 24 horas del día. Se monitorea el estado de salud del paciente para detectar posibles complicaciones médicas o psiquiátricas.
2. Fase de Evaluación Integral: Analizar el estado físico, psicológico y social del paciente para diseñar un plan de tratamiento personalizado, considerando la severidad del consumo y la necesidad de apoyo en áreas específicas como educación, empleo y relaciones familiares.
3. Fase de Adaptación, Motivación e Inicio del Proceso Terapéutico: Integrar al paciente en la comunidad terapéutica y fortalecer su compromiso con la rehabilitación.

Segunda Etapa: Proceso de Tratamiento Terapéutico: En esta etapa se espera lograr cambios significativos en el comportamiento y desarrollar estrategias para una vida sin consumo. El paciente participa activamente en su tratamiento mediante: terapia psicológica individual, terapia grupal, terapia familiar, terapia ocupacional y recreativa; y tratamiento psicofarmacológico (si es necesario).

Tercera Etapa: Egreso y Seguimiento Post-Tratamiento: Preparar al paciente para su reinserción en la sociedad y prevenir recaídas.

1. Preparación para el Egreso: Se fortalece la autonomía y la toma de decisiones responsable y se desarrollan planes de reinserción a la sociedad. Además, se llevan a cabo talleres para prevenir recaídas y reforzar las habilidades aprendidas para garantizar que los pacientes estén preparados para una vida independiente y libre de drogas.
2. Seguimiento Post-Tratamiento: Los pacientes son acompañados durante el proceso de reintegración y el riesgo de recaída se reduce mediante un seguimiento regular por parte del equipo de tratamiento, la participación en grupos de apoyo externos y estrategias mejoradas para controlar el estrés y el estrés social. Esta fase es clave para evitar la recaída en el consumo, mantener los logros obtenidos durante el tratamiento y promover la independencia y el bienestar general de los egresados.

2.2 Aplicación de criterios de diseño biofílico en la arquitectura sanitaria:

El diseño biofílico en la arquitectura sanitaria tiene como objetivo no solo minimizar los impactos negativos en el medio ambiente, sino también incorporar elementos naturales para mejorar el bienestar. Para Atamewan (2022) los entornos que incorporan elementos naturales pueden reducir el estrés, mejorar las funciones cognitivas y creativas, y fomentar el bienestar general. Para un buen diseño biofílico se debe tener en cuenta principalmente elementos como iluminación natural, ventilación natural, materiales naturales, y vistas y perspectivas hacia la naturaleza. Además, la conexión con la naturaleza estimula la relajación y reduce la ansiedad. En el caso de un centro de rehabilitación de adicciones, se menciona la importancia de los jardines terapéuticos como espacios al aire libre diseñados específicamente para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas.

Complementando esta información, Ferreira-Castellanos (2023), busca que los edificios se integren con el entorno natural, adoptando formas biomórficas y sostenibles, utilizando materiales locales y estrategias energéticas eficientes. Se menciona cómo el diseño biofílico mejora el bienestar mental y físico de los usuarios, generando espacios que reducen la contaminación y favorecen microclimas agradables. También menciona la importancia de jardines y espacios verdes terapéuticos, como senderos para caminatas, áreas de jardinería y zonas de meditación. Como consecuencia, Martínez-Soto et al. (2016) añade que el contacto con elementos naturales promueve la salud mental; la interacción con la naturaleza favorece la recuperación emocional y cognitiva, e incluir espacios verdes dentro del diseño del centro puede contribuir al proceso terapéutico y de sanación.

Microclimas:

Otro tema importante dentro de las condiciones biofílicas es la creación de microclimas, la integración de vegetación y agua en los espacios arquitectónicos representa uno de los aspectos más relevantes del diseño biofílico, dado su impacto positivo tanto en la salud física como mental de los usuarios, fomentando una recuperación que se conecta al entorno natural a pesar de estar dentro de un centro que puede llegar a ser totalmente aislado. Según Lavandera Lazo (2022), las plantas han sido elementos esenciales en la evolución humana, proporcionando no solo recursos vitales como alimento y refugio, sino también beneficios emocionales y psicológicos al conectarnos visualmente con la naturaleza. Diseñar espacios que incluyan jardines, muros vegetales o techos verdes no solo mejora la sostenibilidad ambiental, sino que también contribuye a la creación de microclimas más frescos y saludables, ayudando a purificar el aire y reduciendo significativamente los niveles de estrés en las personas. Por otro lado, la presencia de agua en los entornos arquitectónicos, como fuentes, piscinas terapéuticas o espejos de agua, genera respuestas emocionales positivas al interactuar con este elemento de forma visual, auditiva o táctil.

De acuerdo a Lavandera Lazo (2022), estos cuerpos de agua, cuando están diseñados para ser limpios y multisensoriales, son capaces de fomentar la relajación,

Figura 5: Visual a patio interno
Fuente: Fábrica de Paisaje (2015)

Figura 6: Integración de vegetación
Fuente: Hospital Engineering (2020)

Figura 7: Conexión a patio interno
Fuente: JDS Architects (2005)

reducir la ansiedad y apoyar procesos de rehabilitación, especialmente en instalaciones destinadas al cuidado de la salud. En conjunto, la inclusión de vegetación y agua en el diseño biofílico transforma los entornos construidos en espacios restauradores que favorecen el bienestar integral, creando una conexión armoniosa entre el ser humano y la naturaleza, en diferentes espacios, tanto en patios externos e internos.

Materiales:

La incorporación de materiales y formas transforma los edificios en ambientes restauradores, alineados con la necesidad humana de conectar con lo natural, potenciando tanto la funcionalidad como la armonía ambiental. Para Lavandera Lazo (2022) los materiales como la madera, por su origen natural, aportan calidez, confort y una conexión inherente con el entorno, generando ambientes más acogedores y propicios para la relajación y la recuperación. Asimismo, las formas biomiméticas, inspiradas en la naturaleza, utilizan curvas y trazos suaves que evocan una sensación de seguridad, protección y dinamismo, contrastando con las líneas rectas que suelen generar tensión y ansiedad. La incorporación de estos elementos transforma los edificios en ambientes restauradores, alineados con la necesidad humana de conectar con lo natural, potenciando tanto la funcionalidad como la armonía ambiental.

Sonido:

El sonido desempeña un papel crucial en la percepción del espacio arquitectónico, y su integración en el diseño biofílico puede potenciar significativamente el bienestar de los usuarios. Según Díaz Gallardo (2018), la interacción entre el sonido y los elementos arquitectónicos permite crear ambientes más inmersivos y confortables, promoviendo una conexión más profunda del usuario con el entorno. Incorporar sonidos naturales, como el agua corriente, el canto de los pájaros o el susurro del viento, no solo reduce los niveles de estrés, sino que también estimula respuestas positivas en la mente y el cuerpo, transformando los espacios en lugares restauradores y saludables, pudiendo estas técnicas auditivas servir para la implementación de espacios que traten de reflejar estar en un lugar externo a pesar de desarrollarse entre muros.

Paisaje:

Tras el análisis de diferentes aristas del diseño biofílico, el último punto importante es la conexión directa con el paisaje que se puede crear dentro de un ambiente arquitectónico. Para Castillo Fuentealba (2023) la conexión visual con elementos naturales desde los espacios interiores, como jardines, patios o paisajes integrados, genera efectos restauradores en las personas, mejorando su bienestar físico y mental. En su investigación, señala que los entornos arquitectónicos que permiten vistas hacia la naturaleza contribuyen significativamente a la recuperación y disminución del estrés, especialmente en contextos como hospitales y espacios de rehabilitación. Esta relación entre el interior y el exterior refuerza el impacto positivo que tiene la naturaleza al estar integrada en el diseño de los espacios habitables. La conexión del interior y el exterior no solo aporta ventilación e iluminación natural, también nos demuestra cómo estamos separados por pequeñas barreras materiales de nuestro ambiente.

2.3 Espacios adaptados a las necesidades psicológicas (el color y la luz):

El diseño arquitectónico de espacios adaptados a las necesidades psicológicas, mediante el uso estratégico del color y la luz, juega un papel fundamental en la creación de ambientes terapéuticos para centros de rehabilitación. Mendoza-Lozano (2022) destaca que una iluminación natural adecuada, combinada con una paleta cromática cuidadosamente seleccionada, puede inducir estados de calma y bienestar psicológico en los usuarios, favoreciendo su recuperación física y emocional al minimizar la sensación de aislamiento y monotonía característica de las instalaciones tradicionales. Por otro lado, un uso inadecuado del color podría ralentizar el proceso de rehabilitación, según la misma autora.

En relación con el impacto del diseño cromático y lumínico en la salud mental, Basson (2014) destaca que los efectos psicológicos del color y las sombras, combinados con una iluminación bien diseñada, estimulan los sentidos y generan un entorno más acogedor, contribuyendo a la recuperación emocional y física de los pacientes. Asimismo, señala que la elección de una paleta cromática adecuada debe basarse en la respuesta emocional del usuario, evaluando cómo los colores influyen en su estado de ánimo para evitar aquellos que podrían resultar contraproducentes a largo plazo.

Meneses-Castaño (2021) introduce un concepto clave: el uso de ciertos tonos no solo impacta la estabilidad emocional de los pacientes, sino que también estimula la neuroplasticidad, facilitando así la recuperación cognitiva y emocional. El azul y el verde son los colores fundamentales en el ámbito de la psicología del color en relación con la rehabilitación de adicciones y el cuidado de la salud. Según Heller (2004), el azul se asocia con la calma, la serenidad y la introspección, lo que lo convierte en un color ideal para fomentar la relajación y reducir el estrés. Estas características son esenciales en entornos de rehabilitación, donde los pacientes buscan estabilidad emocional y un ambiente propicio para la autorreflexión. La autora de este libro también habla de cómo hay espacios que, con el color azul, pueden inducir la calma en pacientes dentro de centros psiquiátricos. Por otro lado, el verde representa equilibrio, esperanza y renovación, lo que puede ser especialmente útil para promover un sentido de renacimiento y motivación en personas que trabajan para superar una adicción. En hospitales y áreas de salud, estos colores se utilizan estratégicamente: el azul para crear atmósferas tranquilizadoras en salas de espera o habitaciones, y el verde para transmitir un efecto revitalizante en áreas de recuperación.

El color azul en la rehabilitación:

El azul es reconocido en la psicología del color por sus efectos calmantes y relajantes, lo que lo convierte en un elemento clave en entornos diseñados para la rehabilitación de adicciones. Según Heller (2004), este color tiene la capacidad de reducir el ritmo cardíaco y la presión arterial, fomentando un estado de tranquilidad y disminuyendo los niveles de ansiedad. Estas propiedades lo hacen especialmente útil para usarse dentro de espacios destinados a la meditación, la terapia grupal o incluso las áreas de descanso dentro de los centros de rehabilitación. En un estudio realizado por Birren (1988), se encontró que los tonos de azul claro son particularmente efectivos

Figura 8: Big Smile Project I Schema Architecture & Engineering
Fuente: Nikos Alexopoulos (2013)

Figura 9: Centro de Rehabilitación Psicosocial
Fuente: Pedro Pegenaute (2014)

Figura 10: Rueda de color
Fuente: Deep Space Sparkle (2013)

para promover la introspección y la autorreflexión. procesos fundamentales en la recuperación emocional y psicológica de los pacientes. En este sentido, la implementación del azul en el diseño arquitectónico de estos espacios no solo mejora el bienestar emocional, sino que también apoya la creación de un ambiente terapéutico.

El color verde en la rehabilitación:

El verde, asociado con la naturaleza, el equilibrio y la renovación, es un color que promueve una sensación de esperanza y revitalización, cualidades esenciales para personas en proceso de superar una adicción. Según el trabajo de Mahnke y Mahnke (1993), los tonos verdes pueden ayudar a reducir el estrés psicológico y proporcionar una sensación de frescura y renovación, contribuyendo a la creación de un ambiente que inspira optimismo y recuperación. Este efecto se amplifica cuando el verde se integra en espacios interiores con vistas o acceso directo a áreas verdes exteriores, como jardines terapéuticos o patios, implementando también conceptos de diseño biofílico. En un análisis realizado por Ulrich (1984), se demostró que los pacientes expuestos a ambientes verdes experimentan una recuperación más rápida y presentan un estado de ánimo más positivo, lo que refuerza el papel de este color en la arquitectura de rehabilitación. Es decir, este color puede actuar como un catalizador para la sanación integral.

La combinación de estos colores puede contribuir a generar un entorno visualmente terapéutico que apoye los procesos de sanación tanto física como mental. Meneses-Castaño (2021), en su revisión sobre estrategias de rehabilitación, también enfatiza en que los entornos diseñados para abordar problemas de adicción deben incluir elementos que promuevan la regulación emocional y reduzcan el estrés, componentes clave para el éxito de la recuperación. Uno de estos elementos que propone Mendoza-Lozano (2022) es la incorporación de jardines terapéuticos con iluminación natural y espejos de agua, que pueden llegar a romper con el esquema de encierro, conectando de manera artificial con la naturaleza. Basson (2014) también demuestra que los pacientes en habitaciones con vistas naturales tienen mejor recuperación que aquellos con vistas limitadas. Para cerrar este tema, tomando en cuenta a Atamewan (2022), quien resalta que las ventanas son importantes porque, además de la integración de luz natural y elementos paisajísticos, también fomentan la interacción con la naturaleza cuando se ubican de manera correcta.

Cromoterapia:

El diseño interior que incorpora la cromoterapia no solo es un recurso estético, sino que también es un factor determinante en la funcionalidad de los espacios terapéuticos. Según Crespo Flores (2011), la cromoterapia utiliza la combinación de colores como herramienta para influir en los estados emocionales y mentales de los pacientes, lo que resulta especialmente beneficioso en centros de rehabilitación. Enfatiza que los colores deben ser seleccionados y ubicados estratégicamente, evitando saturaciones excesivas o combinaciones que puedan generar estados de ansiedad o incomodidad. Así, el diseño interior puede convertirse en un elemento clave para facilitar la introspección, reducir el estrés y reforzar el proceso de recuperación.

2.4 Abordaje del diseño arquitectónico desde la perspectiva de género:

El diseño arquitectónico con perspectiva de género en centros de rehabilitación para mujeres responde a sus necesidades específicas y redefine el enfoque tradicional de la arquitectura. En este sentido, Pérez-Pérez (2020) enfatiza cómo los avances en el feminismo están transformando la relación entre género y espacio. Señala que, históricamente, las áreas devaluadas como cocinas y lavanderías se asociaban a roles femeninos, mientras que espacios privilegiados como salones o despachos correspondían a roles masculinos. La autora recomienda diseños versátiles que se adapten a las necesidades cambiantes de las usuarias, proporcionando privacidad y calma, elementos esenciales para los procesos de rehabilitación. Complementariamente, Méndez (2016) sostiene que aplicar la perspectiva de género en el diseño arquitectónico implica reconocer y abordar desigualdades mediante decisiones conscientes y participativas. Para ello, es fundamental considerar la experiencia y participación de las mujeres en todas las etapas del proceso de rehabilitación, ya que la perspectiva de género no busca imponer soluciones únicas, sino adaptar el diseño a las realidades sociales y culturales de las usuarias.

Blanco-Zamora et al. (2005) destacan que las mujeres presentan patrones de adicción diferentes a los hombres, influenciados por factores emocionales, culturales y sociales. Señalan que las mujeres tienen necesidades terapéuticas específicas, debido a una mayor tendencia a baja autoestima, soledad y vacíos existenciales, derivados frecuentemente de antecedentes de maltrato, abuso sexual y dependencia emocional. Los programas especializados para mujeres permiten abordar la bidependencia la doble dependencia emocional y de sustancias y fomentar su autonomía desde el inicio. Asimismo, enfatizan la importancia de crear un ambiente seguro y privado que proporcione tranquilidad, facilitando la expresión emocional sin la presión de un grupo mixto. Por otra parte, Langer y Catino (2007) abordan la equidad en el acceso, subrayando que el diseño debe facilitar el acceso a servicios para mujeres de diversos contextos socioeconómicos, con especial prioridad en las más vulnerables. El artículo resalta que la integración de una perspectiva de género en estos procesos es gradual y requiere liderazgo sólido y recursos adecuados.

El diseño de espacios para centros de rehabilitación enfocados en mujeres debe considerar no solo sus necesidades emocionales, sino también su contexto social y cultural. En este sentido, Velázquez Fernández (2016) señala que los proyectos de vida de las mujeres en estos centros están profundamente influenciados por dispositivos de sanación religiosa, como rituales y actividades orientadas a fomentar la introspección y el autodescubrimiento. Estos elementos contribuyen a la construcción de una narrativa personal que permite resignificar el pasado y visualizar un futuro con nuevas oportunidades. Aunque por lo general estos centros son percibidos como espacios cerrados y protegidos, la autora enfatiza que dichas prácticas deben complementarse con estrategias inclusivas que consideren las experiencias de género de las internas. Es fundamental que se promueva una visión a futuro que reconozca la importancia de la rehabilitación para la reintegración social, especialmente en el contexto femenino, donde pueden existir tabúes y estigmas provenientes de la comunidad externa.

Figura 11: His House and Her House
Fuente: CreatAR Images (2017)

Figura 12: Gender based Perceptions
Fuente: Nytimes (2018)

Figura 13: Zonificación inadecuada
Fuente: Primicias (2024)

Figura 14: Rehabilitation center into the Cape Flats
Fuente: Basson (2014)

2.5 Diseño de espacios de transición y zonificación para facilitar la reintegración social:

Dentro de la literatura sobre el diseño de centros de rehabilitación, se destaca cómo estos espacios suelen estar diseñados para imponer orden y rutina, aunque a menudo terminan reprimiendo las individualidades y necesidades de los pacientes. Eisenberg-Guyot (2023), tras analizar un centro de rehabilitación de adicciones, observa que la personalización de los espacios de vida y descanso desafía el diseño original. En este sentido, es fundamental crear espacios adaptados a los usuarios, considerando el tiempo que estos ocupan los lugares, ya que una distribución espacial inadecuada puede dificultar la recuperación. El diseño de espacios de transición en estos centros resulta clave para la reintegración social, pues una zonificación adecuada de áreas terapéuticas, de descanso y socialización mejora la eficacia del tratamiento. Eisenberg-Guyot también analiza cómo las áreas comunes, como cafeterías y salas de terapia grupal, están ubicadas estratégicamente para dirigir las actividades diarias y reforzar una rutina rígida, lo que limita la autonomía y movilidad de los residentes. En contraste, Atamewan (2022) resalta que los espacios bien diseñados facilitan la reintegración social al integrar técnicas terapéuticas con una eficiencia espacial que permite que cada área cumpla una función específica y mantenga una conexión fluida para mejorar la circulación.

Basson (2014) propone un modelo de centro de rehabilitación comunitaria en Mitchells Plain, en el que el equipamiento interactúa con la comunidad para desinstitucionalizar el proceso y crear un entorno inclusivo que facilite una reintegración gradual de los usuarios. En este enfoque, se establece una jerarquía espacial que replica la vida cotidiana: los pacientes inician en áreas protegidas, como dormitorios y salas de terapia, y progresan hacia espacios más abiertos y comunitarios, denominados "barrio simulado". Además, Basson destaca la importancia de la personalización del espacio mediante un sistema adaptativo de fachadas, que permite a los pacientes controlar sus ambientes y equilibrar la privacidad.

Neufert y Neufert (2019) indican que un diseño eficiente de escaleras, ascensores y rampas no solo garantiza la movilidad segura de los usuarios, sino que también facilita la conexión adecuada entre áreas que no necesariamente deben estar vinculadas. Por ello, la circulación vertical es un elemento fundamental en el proyecto, ya que impacta directamente en la accesibilidad y funcionalidad del centro. Además, contribuye al desarrollo de las actividades diarias, conectando a los pacientes con los espacios adecuados para su tratamiento según la etapa en que se encuentren, y separándolos de otros pacientes o áreas que podrían interferir en su proceso de recuperación. Una correcta distribución de la circulación también debe priorizar recorridos técnicos para el personal de asistencia. En este sentido, Basson (2014) destaca que una circulación vertical bien planificada puede segmentar el flujo de actividades, facilitando una transición fluida entre áreas terapéuticas, dormitorios y zonas de recreación. Esto contribuye a mejorar significativamente la experiencia del usuario y optimiza el uso del espacio disponible.

2.6 Sostenibilidad en ambientes terapéuticos:

La sostenibilidad en los ambientes terapéuticos desempeña un papel fundamental al reducir el impacto ambiental y generar espacios que favorezcan la salud. En este marco, Cedrés de Bello (2000) sostiene que la incorporación de materiales como ladrillo, madera y concreto en bruto no solo reduce costos a largo plazo por su durabilidad, sino que también contribuye a una atmósfera menos institucional y más acogedora. Además, el autor destaca la importancia de utilizar recursos locales para minimizar la huella de carbono asociada al transporte y apoyar la economía regional. Asimismo, resalta el aprovechamiento de la luz natural mediante el diseño de espacios con amplias ventanas, corredores iluminados y patios internos, lo que disminuye la dependencia de la iluminación artificial. Cedrés de Bello también enfatiza la incorporación de jardines y áreas verdes en patios o techos, que mejoran la calidad del aire, regulan la temperatura interior y tienen efectos terapéuticos comprobados en los pacientes, sumado al uso de cubiertas vegetales para aislamiento térmico y regulación climática.

En línea con esta visión, Acosta (2009) promueve el uso de materiales renovables y reciclables, así como el diseño orientado a minimizar desperdicios y optimizar recursos. El autor enfatiza la eficiencia energética a través de envolventes adaptadas al clima local, además de la integración de energías renovables, como paneles solares, para reducir la dependencia de fuentes no renovables.

Por su parte, Maqueira (2011) aborda un enfoque similar, pero hace especial énfasis en el diseño considerando el ciclo de vida de los materiales, priorizando aquellos susceptibles de reutilización o reciclaje al final de su vida útil. El autor resalta el uso de compostadores para transformar residuos en abonos naturales para jardines y huertos. En términos de diseño, Maqueira destaca la integración de celosías plegables y vidrieras que permiten controlar la radiación solar y optimizar la iluminación natural, además de la creación de estructuras versátiles que posibilitan modificar los ambientes según las necesidades de los usuarios, reduciendo así el impacto ambiental y promoviendo el confort.

Sistemas bioclimáticos:

Estos sistemas tienen como enfoque diseños arquitectónicos que buscan aprovechar los recursos naturales y condiciones climáticas eficientemente para crear espacios sostenibles y confortables.

Sistemas pasivos: García y Feijoo (2010) explican que este sistema se centra en aprovechar los recursos naturales, como la luz solar, ventilación natural e inercia térmica, con el objetivo de regular las condiciones ambientales sin energía activa, minimizando la dependencia de sistemas mecánicos. Los autores mencionan varios principios fundamentales:

1. Orientación del edificio: aumentar la captación de luz y calor.
2. Ventilación cruzada: flujo de aire a través de aberturas estratégicamente diseñadas.
3. Inercia térmica: materiales que almacenan y liberan calor para mantener la temperatura.
4. Control solar: uso de vegetación y aleros para reducir la radiación directa.
5. Iluminación natural: diseño para maximizar la entrada de luz solar para reducir el uso de iluminación artificial.

Figura 15: Cubierta verde / Centro de Rehabilitación
Fuente: ArquiSalud SSP (2017)

Figura 16: Sistemas bioclimáticos / Passive House
Fuente: Karawitz Architecture (2010)

Figura 17: Recolección agua lluvia / Carruthers House
Fuente: Glenn Murcutt (2009)

Figura 18: Compostaje / Casa Wabi
Fuente: Claudio Sodi (2020)

Sistemas activos: García y Feijoo (2010) señalan que este sistema utiliza tecnología y energía externa para mejorar las condiciones de confort. Los beneficios de este sistema incluyen garantizar confort sin importar la condición climática. Este concepto, aplicado en ambientes terapéuticos, puede implementarse mediante sistemas de iluminación que se adapten a las necesidades específicas del tratamiento.

Recolección de desechos:

En relación con la gestión de residuos en ambientes de salud pública, Abarca (2005) señala que la recolección adecuada es fundamental para evitar riesgos sanitarios y ambientales. Según el autor, una gestión inadecuada puede provocar la proliferación de vectores de enfermedades, afectando directamente a pacientes, personal y comunidades cercanas. Además, advierte que el manejo incorrecto de desechos hospitalarios y domésticos genera un impacto ambiental negativo mediante la contaminación del agua, aire y suelo. Para promover un ambiente terapéutico sostenible, se puede incorporar una compostera para residuos orgánicos no peligrosos. En esta misma línea, Bustos (2009) recomienda implementar prácticas de reciclaje.

Recolección de agua lluvia:

Tras el cambio climático que hemos evidenciado en los últimos años se considera relevante el almacenamiento de agua lluvia para evitar escasez en temporadas de sequía. De acuerdo a Mérida y Martinez (2018) la recolección de agua lluvia es un alternativa sostenible la cual tiene como objetivo almacenar escurrimientos superficiales para diversos usos. La finalidad de la recolección de agua lluvia es disminuir el uso de agua potable como por ejemplo para el riego de jardines terapéuticos y actividades que no necesiten estándares de agua potable. El autor menciona los elementos constructivos básicos:

1. Sistema de captación: Techos fabricados con láminas galvanizadas y estructuras metálicas para mejorar la eficiencia en la recolección.
2. Sistemas de almacenamiento: Uso de cisternas.
3. Distribución del agua: Tuberías de PVC o sistemas de bombeo para facilitar el acceso al agua almacenada.

ANÁLISIS DE REFERENTES

03

3.1 Caso de estudio 1

Sanatorio y Centro Nacional de Rehabilitación del B.S.E:

Autor(es): Estudio Fábrica de Paisaje

Ciudad, país: Montevideo, Uruguay

Fecha de construcción o proyecto: 2015

Área de construcción: 15,000 m²

El proyecto del Sanatorio y Centro Nacional de Rehabilitación del B.S.E. responde al desafío de juntar funcionalidad con innovaciones contemporáneas en arquitectura para la salud. Se prioriza la distribución de los espacios, la creación de atmósferas orientadas al usuario y una organización modular que permita usos flexibles. Los exteriores se diseñan como áreas contemplativas y apropiables, mientras que la separación en volúmenes independientes pero conectados refuerza la funcionalidad. Este enfoque busca empoderar al paciente y establecer un modelo arquitectónico que refleja el estado del arte en infraestructura sanitaria moderna y sostenible.
Como se muestra en la figura 20, el equipamiento mantiene una relación con el Centro Histórico de Montevideo debido a su ubicación dentro del tejido urbano, que facilita la conexión funcional y de movilidad entre ambos sectores. Esta proximidad permite integrar el equipamiento a las dinámicas urbanas existentes con una distancia aproximada de seis kilómetros.

Figura 19: Vista Aérea
Fuente: Fábrica de Paisaje (2015)

Figura 20: Ubicación en relación al centro histórico de Montevideo
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 21: Emplazamiento
Fuente: Fábrica de Paisaje (2015)

Emplazamiento:

El emplazamiento del proyecto se define por una orientación estratégica que optimiza la iluminación natural y mejora la eficiencia energética. Integra paisajismo para conectar con el entorno urbano, con plazas y jardines como transiciones entre lo público y lo privado, creando ambientes accesibles, contemplativos y funcionales.

La disposición de los bloques genera un juego de luces y sombras a lo largo del día. En la figura 22, a las 9:00 a.m., las fachadas frontales reciben la luz solar directa. En la figura 23, a las 13:00, los patios internos y las cubiertas captan la luz, destacando especialmente los pozos de luz. Finalmente, a las 18:00, como se observa en la figura 24, la fachada posterior se ilumina durante el atardecer.

Figura 22: Soleamiento 9:00 am
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 23: Soleamiento 13:00 pm
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 24: Soleamiento 18:00 pm
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Distribución Espacial:

La distribución espacial se enfoca en integrar espacios exteriores con los espacios internos, favoreciendo el bienestar y a una conexión con la naturaleza. La circulación une a los espacios privados con el exterior, no jerarquiza el espacio ni obliga al usuario a tener un solo recorrido, a pesar de ser un centro de rehabilitación.

En la figura 25 se muestra una axonometría del edificio que nos permite identificar diferentes visuales. En V01 se observa la entrada principal y como el alero divide el peso del edificio en dos tramos, en V02 como se crean espacios adaptativos en los patios internos y en V03, como se crea un espacio artificial que cubre los cuartos de máquinas con área verde.

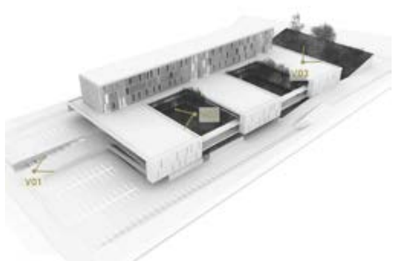


Figura 25: Axonometría para visuales
Fuente: Fábrica de Paisaje (2015)

Figura 26: V01 - Rampa de acceso desde el parqueadero
Fuente: Autoría Propia adaptada de Javier Agustín Rojas (2019)

Figura 27: V02 - Vista hacia patio interno desde puente de conexión
Fuente: Autoría Propia adaptada de Presidencia de la República (2019)

Figura 28: V03 - Vista hacia zona de paneles solares
Fuente: Autoría Propia adaptada de Presidencia de la República (2019)

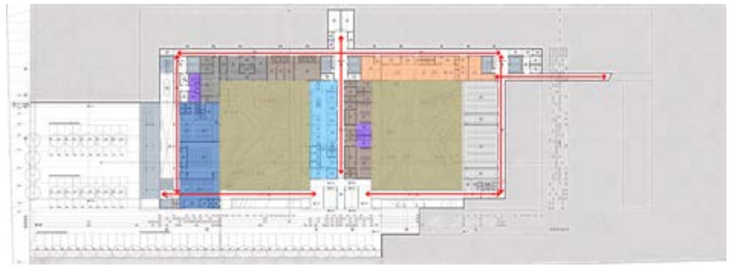
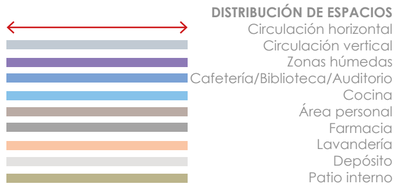
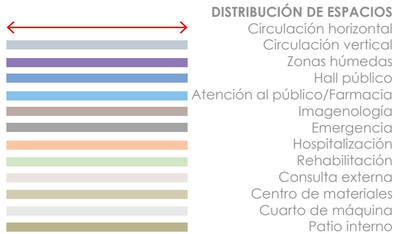


Figura 29: Zonificación Planta Nivel -1
Fuente: Autoría Propia adaptado de Fábrica de Paisaje (2015)

Figura 30: Zonificación Planta Baja
Fuente: Autoría Propia adaptado de Fábrica de Paisaje (2015)





DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS
Circulación horizontal
Circulación vertical
Zonas húmedas
Hall público
Atención al público
Administración/RRHH
Archivo médico
Laboratorio
Rehabilitación
Consulta externa
Patio interno

Figura 31: Zonificación Primera Planta Alta
Fuente: Autoría Propia adaptado de Fábrica de Paisaje (2015)

DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS
Circulación horizontal
Circulación vertical
Zonas húmedas
Habitaciones

Figura 32: Zonificación Segunda y Tercera Planta Alta
Fuente: Autoría Propia adaptado de Fábrica de Paisaje (2015)

Figura 33: Zonificación Cuarta Planta Alta
Fuente: Autoría Propia adaptado de Fábrica de Paisaje (2015)

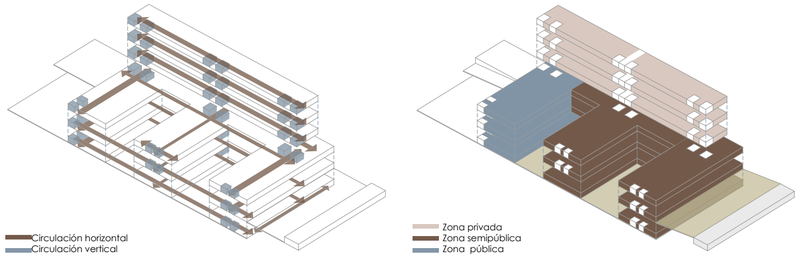


Figura 34: Axonometría de circulaciones y funcionalidad
Fuente: Autoría Propia

El proyecto cuenta con seis niveles en donde se distribuyen diferentes usos, empezando por el nivel -1, como se explica en la figura 29, cuenta con una parte que conecta el parqueadero a la calle y otra que se adapta a la topografía. Esta planta cuenta con algunos espacios como cafetería, lavadero, biblioteca y farmacia, dándoles una mayor privacidad.

En la figura 30, en planta baja, destacamos el hall principal que se conecta hacia el parqueadero, enfatizamos en cómo la rampa llega a convertirse en parte importante de la fachada. Se ubican pozos de luz en puntos estratégicos que llegan a dividir el espacio entre lo público y lo privado. Existen espacios, como la farmacia, que se ubican con un mayor acceso a la calle sin necesidad de recorrer más partes del edificio. La primera planta alta se relaciona directamente con la descripción anterior, solamente añade espacios como laboratorios y área administrativa.

En las siguientes plantas altas, como nos indican las figuras 32 y 33, con una planta tipo que se divide por pasillos, se ubican las habitaciones y los espacios privados. El referente también cuenta con un hotel para familiares que ocupa la mitad de la última planta alta.

En la figura 34, el primer diagrama muestra cómo las circulaciones funcionan de manera estratégica dentro de los bloques, dirigiendo tanto a zonas de acceso público general y otras con mayor privacidad como el hotel para familiares. Dentro de la misma figura, el segundo diagrama resume los usos de cada planta de manera general y enfatiza en los espacios de circulación vertical.

Materialidad:

El edificio se caracteriza por una materialidad basada en una estructura de hormigón armado, complementada con cerramientos en DVH y paneles térmicos autoestructurantes en tonos de blanco y gris. La losa, fabricada in situ, posee partes carentes de vigas en donde se sostiene en las columnas que tienen capiteles (figura 36) para evitar el punzonamiento y a la vez soportar las cargas. Dentro de la figura 38, el alero exterior sirve para cubrir el retranqueo de planta baja y forma parte de la separación de materiales de piso. Las fachadas incluyen parasoles metálicos combinados con vidrio templado, que optimizan el confort térmico y la eficiencia energética, además como se observa en la figura 39, los materiales terminan formando un juego de retículas.

Figura 35: Análisis de losa
Fuente: Autoría Propia adaptado de Javier Agustín Rojas (2019)

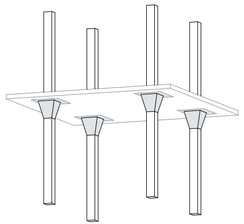


Figura 36: Diagrama de losa sin vigas
Fuente: Autoría Propia

Figura 37: Análisis de soleamiento
Fuente: Autoría Propia adaptado de

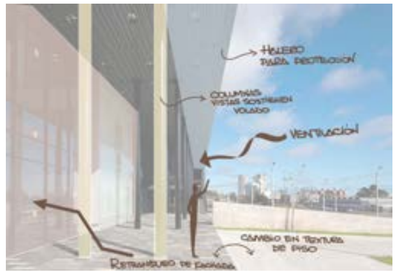


Figura 38: Análisis de soleamiento y viento
Fuente: Autoría Propia adaptado de Javier Agustín Rojas (2019)

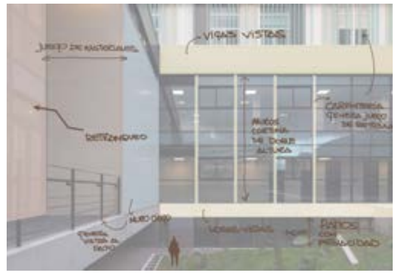


Figura 39: Análisis de materialidad interna
Fuente: Autoría Propia adaptado de

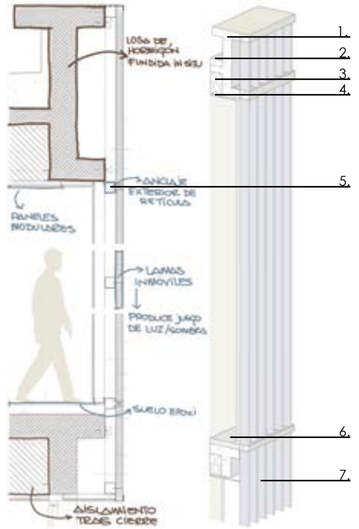


Figura 40: Sección constructiva
Fuente: Autoría Propia adaptado de Fábrica de Paisaje (2015)

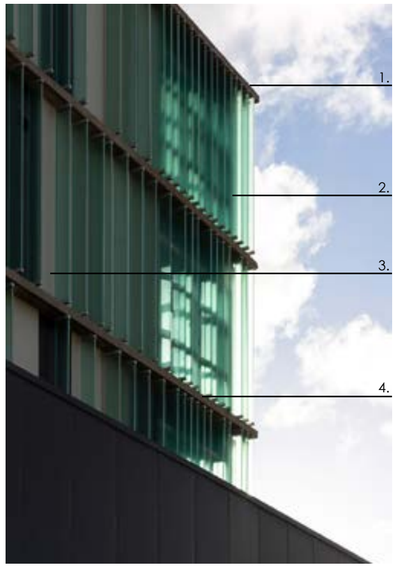


Figura 41: Análisis de materialidad
Fuente: BAQ (2020)

En la figura 40, dentro de la sección original del proyecto, se destacan detalles como la losa de hormigón fabricada in situ, las losas cubiertas de material epoxi que mantienen una modulación al igual que los paneles de yeso cartón que cubren el cielo raso. Los anclajes de los parasoles, que producen un juego de sombras al interior, están ubicados fuera de la losa dentro de una estructura de madera, algunos de estos elementos también responden a la estética del edificio, ya que se colocan en frente de muros ciegos para continuar con la diagramación. Como se ve en la figura 41, donde destacamos la textura y colorimetría usada en las fachadas, los materiales manejan una paleta similar que no afecta al entorno de emplazamiento.

SECCIÓN CONSTRUCTIVA FIGURA 40

1.Losa de hormigón armado in situ, 2. Grava, 3. Fibra de vidrio, 4. Panel de yeso cartón, 5. Anclaje exterior de paneles de vidrio, 6. Cerámica, 7. Paneles de vidrio e. 10mm

1. Losa hormigón armado

2. Paneles de vidrio templado

3. Muros ciegos de hormigón pulido

4. Cierre de fachada y punto de anclaje de madera

3.2 Caso de estudio 2

Centro de Rehabilitación Psicosocial

Autor(es): Otxotorena Arquitectos

Ciudad, país: Alicante, España

Fecha de construcción o proyecto: 2014

Área de construcción: 16,657 m²

El proyecto del Centro de Rehabilitación Psicosocial en San Juan de Alicante combina funcionalidad con un diseño arquitectónico que prioriza la integración social y la recuperación. La distribución de espacios se organiza en torno a un esquema de bandas funcionales, con áreas ajardinadas y una circulación controlada que garantiza privacidad y comodidad. El uso de patios interiores y elementos de diseño sensibles al entorno crea un ambiente acogedor y seguro para los usuarios. Este enfoque arquitectónico promueve un modelo innovador y sostenible que responde a las necesidades específicas de las personas con trastornos mentales graves.

Como se muestra en la figura 43, el equipamiento se ubica en una zona más alejada del Centro Histórico de Alicante, lo que favorece la privacidad al estar apartado de las áreas más concurridas del casco urbano. Sin embargo, mantiene una conexión funcional con el centro histórico a través de accesos a transporte público, amplias áreas verdes y una vía principal. La distancia entre ambos puntos es de aproximadamente ocho kilómetros.

Figura 42: Fachada Frontal
Fuente: Pedro Pegenaute (2014)

Figura 43: Ubicación en relación al centro histórico de Alicante
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

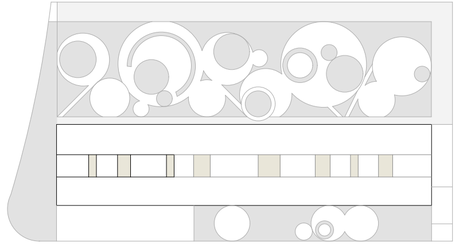


Figura 44: Redibujo de emplazamiento
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArchDaily (2014)

Emplazamiento:

El emplazamiento del edificio es compacto y funcional, organizado en una planta sobre un semisótano. La disposición del volumen en forma rectangular optimiza los programas.

La ubicación del bloque ayuda a iluminar de forma natural durante el paso de las horas. Como se muestra en la figura 45, a las 9:00 a.m., las fachadas frontales reciben la luz solar directa, al igual que gran parte de la cubierta. En la figura 46, a las 13:00, los patios internos de doble altura y las cubiertas captan la luz, permitiendo que el semisótano tenga acceso a este recurso. Finalmente, a las 18:00, como se observa en la figura 47, la fachada posterior con las habitaciones, se ilumina durante el atardecer.

Figura 45: Soleamiento 9:00 am
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 46: Soleamiento 13:00 pm
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 47: Soleamiento 18:00 pm
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Distribución Espacial:

La distribución espacial se organiza en tres zonas: una zona para residentes más privada, una central para actividades sociales y una zona técnica vinculada con el jardín. La V01 - V03, enseña el patio posterior en donde la plaza es protagónica como espacio público, además de aprovechar la pendiente para alejarse las vías que rodean el predio. En V02, los patios interiores permiten la entrada de luz natural y proporcionan ambientes privados, también permiten una conexión entre bloques como área semi-privada.

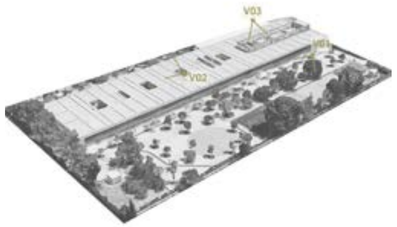


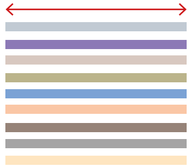
Figura 48: Axonometría para visuales
Fuente: Google Earth (2024)

Figura 49: V01 - Vista hacia plaza posterior
Fuente: Autoría Propia adaptado de Hector Fuentes (2021)

Figura 50: V02 - Vista hacia patio interno
Fuente: Autoría Propia adaptado de Otxotorena Arquitectos (2014)

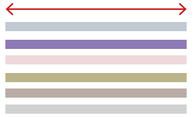
Figura 51: V03 - Vista hacia plaza posterior
Fuente: Autoría Propia adaptado de Otxotorena Arquitectos (2014)

Figura 52: Zonificación Planta Baja
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArchDaily (2014)



DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS
Circulación horizontal
Circulación vertical
Zonas húmedas
Residencia
Jardín interno
Cocina/comedor
Tratamientos grupales
Zona técnica
Archivero
Zona para residentes

Figura 53: Zonificación Planta Semisótano
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArchDaily (2014)



DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS
Circulación horizontal
Circulación vertical
Zonas húmedas
Vestuarios personal
Jardín interno
Zona de mantenimientos
Parqueadero

Como se analiza en planta baja (figura 52), los espacios sociales, como las aulas de terapia grupal, se ubican hacia la fachada principal, donde reciben una mayor iluminación matutina. Las zonas privadas, como las habitaciones, se protegen de las vistas hacia la calle principal y se alejan del nivel del piso, aprovechando la pendiente natural del terreno. En la figura 53, el semisótano, distribuido de forma nuclear, cuenta con cuartos de máquinas, vestuarios para el personal, un área administrativa y el parqueadero, los cuales se iluminan y ventilan también de forma natural con las aberturas que van desde la cubierta.

La propuesta arquitectónica considera una organización espacial lineal que optimiza la funcionalidad y facilita la circulación en el conjunto. A través de una axonometría (figura 54), se observa la disposición estratégica de los elementos programáticos, destacando la conexión entre las áreas mediante circulaciones protegidas y accesibles, así como la ubicación vertical, estratégicamente colocada en puntos clave para minimizar recorridos innecesarios.

La sección transversal enfatiza el uso de soluciones pasivas, como la incorporación de vegetación que actúa como barrera visual y climática. Se puede observar la modulación de la estructura que asegura una distribución equitativa de áreas sociales y privadas, separadas únicamente por patios que no solo permiten la entrada de luz natural, sino que también generan espacios de transición que fomentan la conexión. Además, el diseño muestra una ventilación cruzada eficiente que recorre todo el bloque.

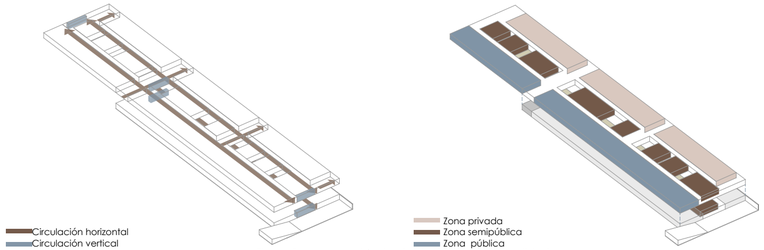


Figura 54: Axonometría de circulaciones y funcionalidad
Fuente: Autoría Propia

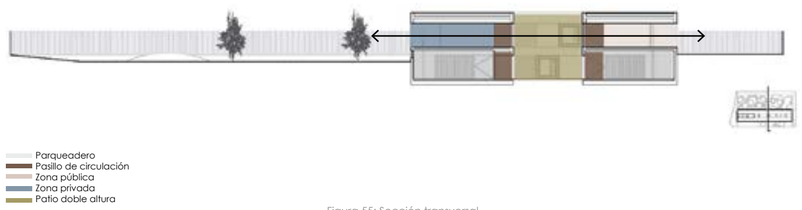


Figura 55: Sección transversal
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArchDaily (2014)

Figura 56: Detalle constructivo de entrepiso
Fuente: Autoría Propia adaptado/Otxotorena Arquitectos(2014)

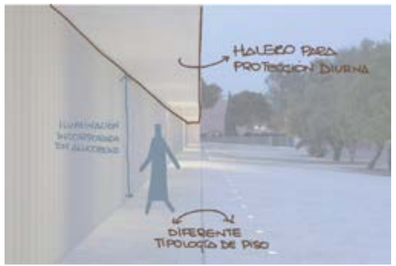


Figura 57: Pasillo exterior
Fuente: Autoría Propia adaptado/Otxotorena Arquitectos(2014)

Figura 58: Pasillo interno
Fuente: Autoría Propia adaptado/Otxotorena Arquitectos(2014)

Figura 59: Lobby
Fuente: Autoría Propia adaptado/Otxotorena Arquitectos(2014)

Materialidad:

El proyecto utiliza hormigón blanco visto como elemento estructural principal, combinado con acabados en vidrio que maximizan la iluminación natural y aportan transparencia. Los revestimientos de alucobond aseguran durabilidad, mientras que la combinación de superficies opacas y transparentes permite un control térmico eficiente y garantiza privacidad en ciertas zonas que lo requieren. La estructura incluye pilares metálicos y de hormigón, junto con vigas, losas y antepechos de hormigón visto, reforzados con anclajes sobre ladrillo para estabilidad y resistencia.

El diseño incorpora aleros (figura 57) para protección diurna, iluminación integrada en alucobond y diferentes tipologías de piso, que separan lo público de lo privado. Como muestra la figura 58, paneles de madera fenólica coloreada, utilizados también en puertas y otros acabados interiores, son una estrategia formal que refuerza el estudio del color en la rehabilitación destacando el tono verde. Además, en los interiores, los elementos traslúcidos en áreas sociales favorecen la entrada de luz y un juego de sombras, como se enfatiza en la figura 59.

3.3 Caso de estudio 3

Centro de Rehabilitación Pilar

Autor(es): ArquiSalud SSP

Ciudad, país: Buenos Aires, Argentina

Fecha de construcción o proyecto: 2017

Área de construcción: 10.000 m²

El Centro de Rehabilitación Pilar integra funcionalidad y sustentabilidad para optimizar la recuperación de pacientes con disfunciones motrices y cognitivas graves. Desarrollado en un predio semiurbano, prioriza la preservación del entorno natural, adaptándose al terreno y respetando su arboleda original. Los espacios interiores y exteriores fueron diseñados como herramientas terapéuticas: patios recreativos y contemplativos se combinan con un jardín que incluye áreas de descanso, pistas de marcha y huertas terapéuticas. La arquitectura modular en un único nivel fomenta la accesibilidad, mientras que las estrategias pasivas y el uso de energías renovables consolidan un enfoque sostenible, funcional y orientado al usuario.

Como se muestra en la figura 61, el equipamiento se ubica en una zona externa al Centro Histórico de Pilar, fuera del núcleo urbano central. Aunque no forma parte del casco histórico, mantiene una conexión eficiente con este a través de la Avenida Dardo Rocha, además de contar con accesos y transporte público. La distancia aproximada entre ambos puntos es de cuatro kilómetros.

Figura 60: Fachada e ingreso principal
Fuente: ArquiSalud SSP (2017)

Figura 61: Ubicación en relación al centro histórico de Buenos Aires
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 62: Emplazamiento
Fuente: ArquiSalud SSP (2017)

Figura 63: Soleamiento 9:00 am
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 64: Soleamiento 13:00 pm
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

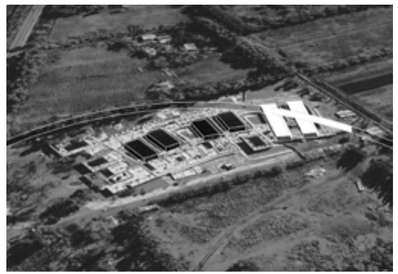


Figura 65: Soleamiento 18:00 pm
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Emplazamiento:

El emplazamiento se integra con su entorno natural, en un terreno semiurbano. El diseño arquitectónico prioriza la preservación de una arboleda existente, organizando la construcción en un solo nivel para favorecer la accesibilidad.

La orientación maximiza la iluminación y ventilación natural. Como se muestra en la figura 63, a las 9:00 a.m., las fachadas frontales de todos los bloques reciben la luz solar directa, también parte de la cubierta, especialmente las zonas abiertas al público. En la figura 64, a las 13:00, los patios internos y las cubiertas captan la luz. Finalmente, a las 18:00, como se observa en la figura 65, se muestra como las habitaciones acumulan el calor de la tarde.

Distribución Espacial:

La distribución espacial del proyecto integra sostenibilidad, funcionalidad y diseño terapéutico. Organizado en un nivel, preserva la vegetación existente y prioriza la accesibilidad. Su distribución incluye siete unidades de internación con patios internos y de expansión. En V01, marcamos la importancia de los exteriores como zonas de recuperación. En V02, el lobby de ingreso tiene un amplio hall que permite al usuario elegir a dónde dirigirse, qué se convierte en mixta para visitantes y personas internadas. En V03, el diseño del edificio implementa una zona de gimnasio para la recuperación física de los pacientes.

Figura 66: Axonometría para visuales
Fuente: Autoría Propia adaptado de Google Earth (2024)

Figura 67: Relación interior - exterior
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

Figura 68: Lobby
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

Figura 69: Gimasio
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

Figura 70: Zonificación Planta Baja
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

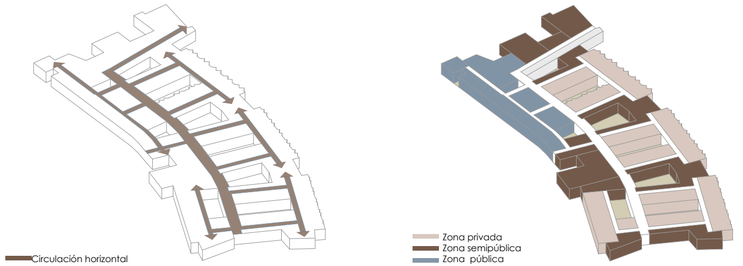


Figura 71: Axonometría de circulaciones y funcionalidad
Fuente: Autoría Propia

DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS
Circulación horizontal
Zonas húmedas
Residencia
Hall de acceso/cafetería
Administración
Gimnasio/piscina
Terapia ocupacional
Servicios generales

En la figura 70, se analiza en planta como la circulación horizontal recorre todo el edificio de manera lineal y no divide los espacios, permite al usuario elegir si acercarse a las áreas privadas como a las áreas sociales. Las zonas húmedas se ubican alrededor de los bloques habitacionales.

En axonometría (figura 71), se detalla la zona abierta al público que dirige su vista hacia la vía principal, alejando a la zona de rehabilitación hacia la parte posterior del predio.

Materialidad:

El proyecto integra un sistema constructivo que prioriza la sostenibilidad y la eficiencia energética. En la figura 72, se destacan los techos verdes, los cuales, además de ser estéticamente agradables, están formados por especies de bajo mantenimiento y piedra pometina, materiales que optimizan el aislamiento térmico. Estos techos contribuyen a reducir el efecto de "isla de calor" tan común en entornos urbanos densamente construidos, al mismo tiempo que ralentizan el drenaje pluvial, ayudando a mitigar problemas de inundaciones. Estos techos están soportados por una losa de hormigón armado, que presenta una ligera pendiente del 2%, como se ilustra en la figura 73. Esta pendiente no solo favorece el drenaje del agua, sino que también permite la flexibilidad estructural necesaria para permitir el paso de la vegetación alta original del terreno.

En cuanto al diseño de las ventanas (figura 74), se busca garantizar la privacidad de cada habitación, utilizando un retranqueo que orienta las aberturas hacia las áreas verdes circundantes. Este tratamiento permite que las vistas sean hacia una vegetación media que crea una atmósfera de privacidad y conexión con la naturaleza. Además, los pasillos que rodean los patios internos funcionan como un espacio de transición semi privado, contribuyendo al flujo de aire y luz natural, mientras que las columnas y tabiques definen visualmente el espacio sin comprometer la accesibilidad o la intimidad de los usuarios.

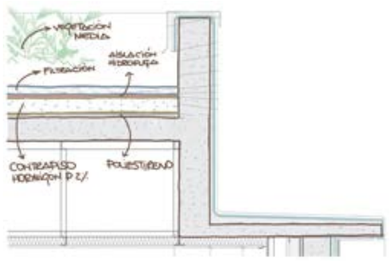


Figura 72: Detalle de cubierta verde
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

Figura 73: Patio interno
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

Figura 74: Patio externo
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

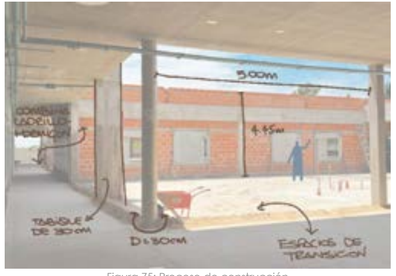


Figura 75: Proceso de construcción
Fuente: Autoría Propia adaptado de ArquiSalud SSP (2017)

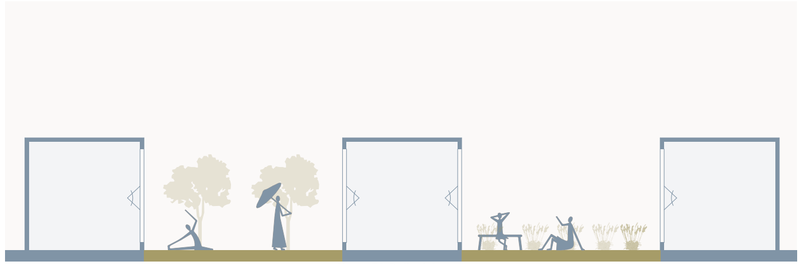


Figura 76: Patios internos
Fuente: Autoría Propia

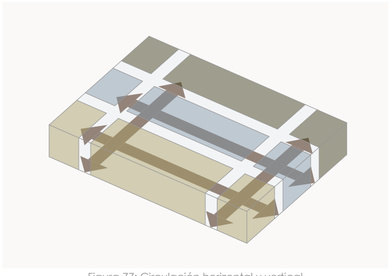


Figura 77: Circulación horizontal y vertical
Fuente: Autoría Propia

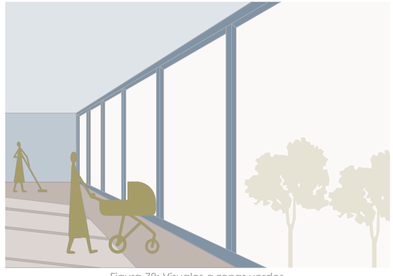


Figura 78: Visuales a zonas verdes
Fuente: Autoría Propia

Estrategias:

1. Patios internos: Los patios interiores (figura 76) actúan como elementos articuladores dentro del esquema volumétrico y funcional, permitiendo la penetración de luz natural y la ventilación cruzada. Estos vacíos estructurales establecen una transición sutil entre lo público y lo privado, proporcionando un filtro visual y acústico que favorece una circulación fluida y una distribución eficiente de los espacios interiores. El uso de diferentes tipos de piso también permite el flujo del agua lluvia.

2. Circulación horizontal y vertical: La circulación (figura 77), se resuelve mediante pasillos, rampas y elevadores, facilitando una conectividad óptima entre los diferentes niveles y zonas del edificio. Estos elementos de transición espacial se diseñan con especial atención a la accesibilidad universal, permitiendo un flujo continuo sin alterar la intimidad de los usuarios y promoviendo la funcionalidad dentro del conjunto arquitectónico. De esta manera, los bloques se pueden distribuir en público, semipúblico y privado, creando conexión entre los espacios que así lo necesiten

3. Visuales a zonas verdes: La integración de arquitectura biofílica (figura 78) se potencia mediante el uso estratégico de paneles de vidrio, que abren vistas hacia las zonas ajardinadas. Esta disposición no solo crea una conexión visual directa con el entorno natural, sino que también contribuye a la creación de microclimas, mitigando ruidos y regulando la temperatura, lo que asegura un confort ambiental integral.

ANÁLISIS DE SITIO

04

4.1 Ubicación:

AZUAY: El predio se localiza en la provincia de Azuay, en la región sur de Ecuador, con una extensión de 8.309,58 km². Según el censo de 2022, su población es de aproximadamente 801.609 habitantes. Además, Azuay se posiciona como un núcleo clave en la administración, economía, finanzas y comercio del país.

EL VALLE: La parroquia rural El Valle, situada al sureste de la ciudad de Cuenca, limita al norte con el área urbana del cantón, al sur con las parroquias Tarqui y Quingeo, al este con Santa Ana y al oeste con Turi. La combinación de su ubicación estratégica y su desarrollo progresivo lo convierte en un espacio atractivo tanto para actividades residenciales como productivas, consolidándose como una zona en expansión y desarrollo dentro del cantón Cuenca

SITIO: El terreno seleccionado, de 3,705.68 m², agrupa cuatro predios y se encuentra a cinco minutos del nuevo Hospital Básico Municipal de la parroquia El Valle, lo que garantiza una conexión directa con la red de salud. Localizado en una zona reservada con vegetación diversa, se sitúa en el camino antiguo y dispone de una vía planificada que facilita el acceso. Su entorno natural, rodeado de vegetación, proporciona la privacidad necesaria, convirtiéndose en un lugar ideal para un centro de rehabilitación que se integre armoniosamente al paisaje, asegurando la privacidad necesaria.

Figura 79: Mapa de la provincia del Azuay en Ecuador
Fuente: Autoría Propia

Figura 80: Mapa de Cuenca en la provincia del Azuay
Fuente: Autoría Propia

Figura 81: Mapa de la parroquia El Valle en Cuenca
Fuente: Autoría Propia

Figura 82: Foto aérea del sitio con medidas previa a la intervención
Fuente: Autoría Propia

4.2 Análisis Macro

Zonificación de centros de rehabilitación en la provincia del Azuay:

Con el objetivo de seleccionar la ubicación adecuada para el proyecto, se llevó a cabo un mapeo para identificar los centros de rehabilitación de adicciones que se encuentren dentro de la provincia del Azuay. Con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública, marcamos los cantones donde se encuentran los equipamientos certificados y acreditados.

Podemos concluir que la mayoría de estos centros se ubican dentro del cantón Cuenca debido a las facilidades de acceso, vialidad y servicios que cuenta la capital de la provincia. Sin embargo, debido al crecimiento de otros cantones como Paute y Gualaceo, se han empezado a implementar estos equipamientos sanitarios a las afueras.

Cantones con CETAD
Cantones sin CETAD

CANTONES DEL AZUAY
1. Cuenca, 2. Gualaceo, 3. Paute, 4. Sevilla de Oro, 5. Guachapala, 6. El Pan, 7. Chordeleg, 8. Sígsig, 9. Nabón, 10. Girón, 11. San Fernando, 12. Santa Isabel, 13. Pucará, 14. Oña.

Figura 83: Zonificación de centros de rehabilitación en la provincia del Azuay
Fuente: Autoría Propia

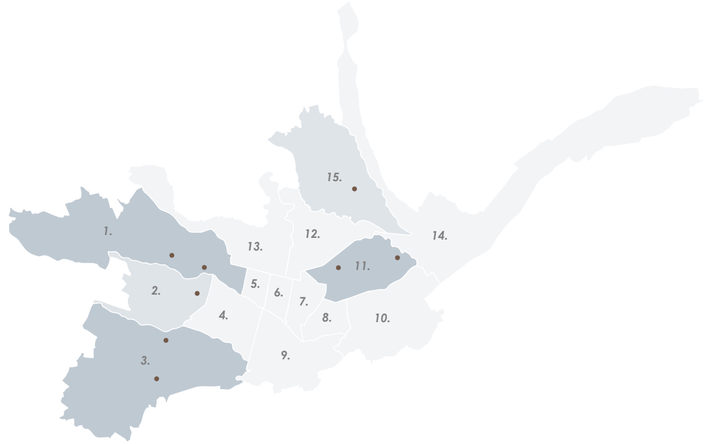


Figura 84: Mapeo de centros de rehabilitación dentro de la ciudad de Cuenca (parroquias urbanas)
Fuente: Autoría Propia

Mapeo de centros de rehabilitación dentro de la ciudad de Cuenca (parroquias urbanas):

Con el objetivo de seleccionar la ubicación adecuada para el proyecto, se llevó a cabo un mapeo para identificar los centros de rehabilitación de adicciones que se encuentren dentro de las parroquias urbanas de Cuenca. De esta manera, se pudo destacar las zonas donde existe una mayor cantidad de este equipamiento sanitario, siendo el número mayor dos centros, otras presentan sólo un centro e identificando igual zonas en donde no existen. A continuación se detallan las zonas con mayor afluencia de edificios sanitarios en base a su colorimetría y su ubicación dentro del mapa.

Parroquias con 2 centros
Parroquias con 1 centro
Parroquias con 0 centros
Ubicación de los centros

PARROQUIAS URBANAS DE CUENCA
1.San Sebastián, 2. El Batán, 3. Yanuncay, 4. Sucre, 5. Gil Ramírez Dávalos, 6. El Sagrario, 7. San Blas, 8. Cañaribamba, 9. Huaynacapac, 10. Monay, 11. Totoracocha, 12. El Vecino, 13. Bellavista, 14. Machángara, 15. Hermano Miguel.

Mapeo de centros de rehabilitación dentro de la ciudad de Cuenca (parroquias rurales):

Con el objetivo de seleccionar la ubicación adecuada para el proyecto, se llevó a cabo un mapeo para identificar los centros de rehabilitación de adicciones que se encuentren dentro de las parroquias rurales de Cuenca. De esta manera, se pudo destacar las zonas donde existe una mayor cantidad de este equipamiento sanitario, siendo gran parte dentro de la escala urbana, identificando igualmente zonas en donde no existen. A continuación se detallan las zonas con mayor afluencia de edificios sanitarios en base a su colorimetría y su ubicación dentro del mapa.

En conclusión, son pocas las parroquias rurales que cuentan con este tipo de centros, a pesar de su condición como zonas de expansión y su actual conectividad vial. Esto las convierte en áreas estratégicas para la implementación de futuros equipamientos que beneficien a la provincia.

Parroquias con 1 centros
Parroquias con 0 centro
Ubicación de los centros

PARROQUIAS RURALES DE CUENCA

1. Molleturo, 2. Chaucha, 3. Sayausí, 4. Baños, 5. San Joaquín, 6. Victoria del Portete, 7. Cumbe, 8. Quingeo, 9. Tarqui, 10. Turi, 11. El Valle, 12. Santa Ana, 13. Cuenca (parroquias urbanas), 14. Paccha, 15. Sinincay, 16. Chiquintad, 17. Checa, 18. Octavio Cordero Palacios, 19. Sidcay, 20. Ricaurte, 21. Llacao, 22. Nulti.

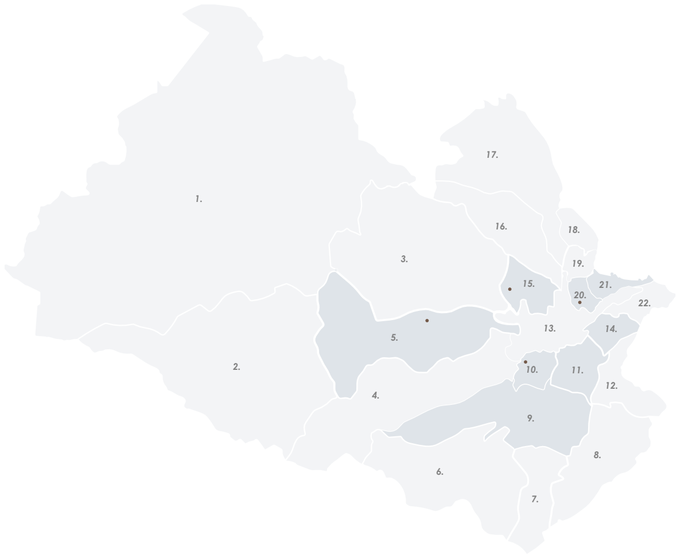


Figura 85: Mapeo de centros de rehabilitación dentro de la ciudad de Cuenca (parroquias rurales)
Fuente: Autoría Propia

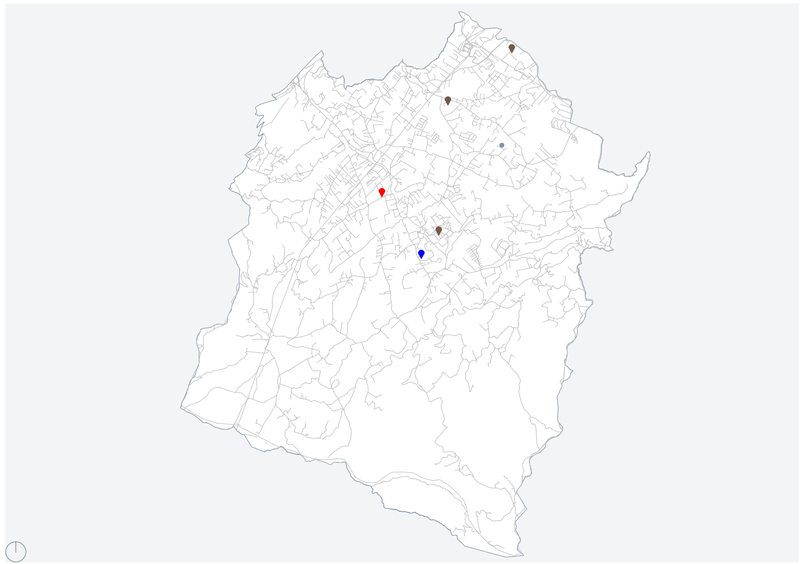


Figura 86: Mapa de equipamientos
Fuente: Autoría Propia

Mapa de equipamientos:

Con el objetivo de seleccionar la ubicación adecuada para el proyecto, se llevó a cabo un mapeo de equipamientos que consideramos relevantes distribuidos por la parroquia rural El Valle, como lo son centros de salud, unidades de policía comunitaria y estaciones de bomberos.

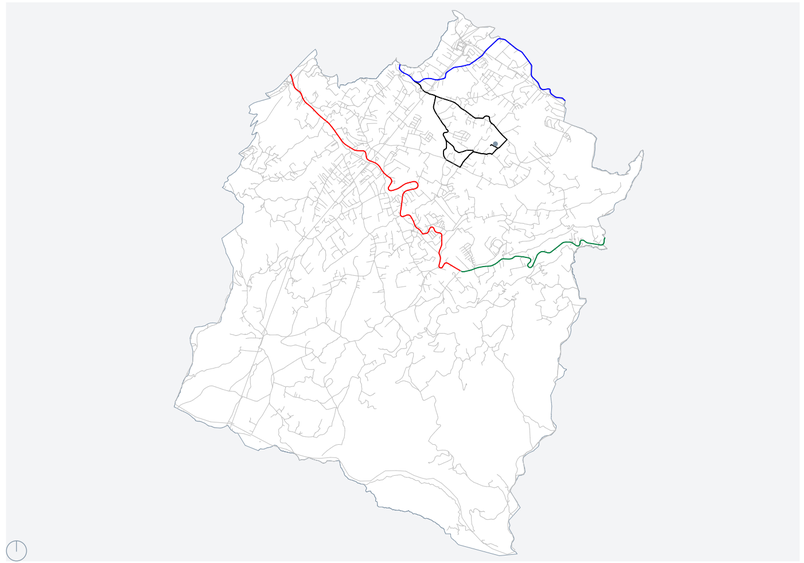
La cercanía a un centro de salud permite una atención médica oportuna en caso de emergencias, complicaciones de salud derivadas del proceso de desintoxicación o necesidades de atención psicológica especializada. La presencia de una UPC cercana contribuye a un entorno seguro, reduciendo riesgos asociados a la violencia de género o situaciones de crisis que requieran intervención policial. Asimismo, la proximidad a un servicio de bomberos asegura una respuesta rápida ante incendios u otras emergencias que puedan comprometer la seguridad del establecimiento. Estos equipamientos fortalecen la red de apoyo del centro.

5 a 7 minutos del sitio — Salud
8 minutos del sitio — Policia
9 minutos del sitio — Bomberos
Ubicación del sitio

Mapa de conectividad víal:

Para seleccionar la ubicación adecuada del proyecto, se realizó un análisis de conectividad en la parroquia rural El Valle, considerando su relación con el futuro Hospital Básico Municipal de la parroquia El Valle. En esta zona, operan tres líneas principales de transporte público: L14, L24 y L15.

La parada más cercana al predio es la de la línea L15, denominada Escuela Catalina Guerrero, lo que garantiza una conexión eficiente con el sistema de transporte de la zona. Además, el acceso principal más cercano es el Camino Antiguo al Valle, una vía clave que facilita la movilidad y el enlace con otros sectores.



Recorrido en automóvil
Línea 14
Línea 15
Línea 24
Ubicación del sitio

Figura 87: Mapa de transporte público
Fuente: Autoría Propia

Mapa de zona inundaciones y deslizamientos:

Continuando con el análisis macro de la parroquia, se analiza las fallas geológicas que presenta El Valle, entre ellas las inundaciones y los deslizamientos, identificadas en el mapa con manchas cafés y azules, respectivamente. Los deslizamientos se localizan en sectores específicos, lo que indica la existencia de pendientes pronunciadas y suelos potencialmente inestables. Por su parte, las inundaciones se concentran en áreas bajas, posiblemente vinculadas a cuerpos de agua o zonas con deficiencias en el drenaje natural.

El sitio seleccionado para el proyecto se encuentra fuera de estas zonas de mayor afectación, reduciendo significativamente la probabilidad de impactos directos por estos fenómenos naturales. Sin embargo, al ser una parroquia con pendientes pronunciados y con planes de expansión,se pueden llegar a considerar medidas preventivas para garantizar la estabilidad y seguridad del proyecto a largo plazo.

Zona de inundaciones
Zona de deslizamientos
Ubicación del sitio

Figura 88: Mapa de zona inundaciones y deslizamientos
Fuente: Autoría Propia

4.3 Análisis Meso

Mapa de uso de suelo:

Para el análisis meso, se delimitó un radio de 500 metros alrededor del predio, considerando esta distancia como caminable y propicia para la conexión con equipamientos cercanos. El área de estudio resultó en un polígono irregular definido por las vías circundantes. Ante la ausencia de hitos urbanos relevantes en la proximidad inmediata, el polígono se cerró estratégicamente en puntos donde las vías enlazan con carreteras de mayor jerarquía que se alejan del sitio.

Dentro de este perímetro, se identifican diversos usos de suelo, con un claro predominio del uso residencial, como se refleja en la colorimetría de la leyenda. La presencia comercial es reducida, limitada a unas pocas tiendas de conveniencia, lo que sugiere una dependencia de otras zonas para el abastecimiento de bienes y servicios.
En cuanto a equipamientos, aunque no guardan una relación directa con el sitio, destaca la presencia del Colegio Alemán Stiehle de Cuenca, lo que indica un flujo de población escolar en el área. Asimismo, se encuentra una pequeña iglesia barrial, que desempeña un rol comunitario y social dentro del sector.

Agricultura
Vivienda
Comercio
Servicio
Educación
Religioso
Ubicación de sitio

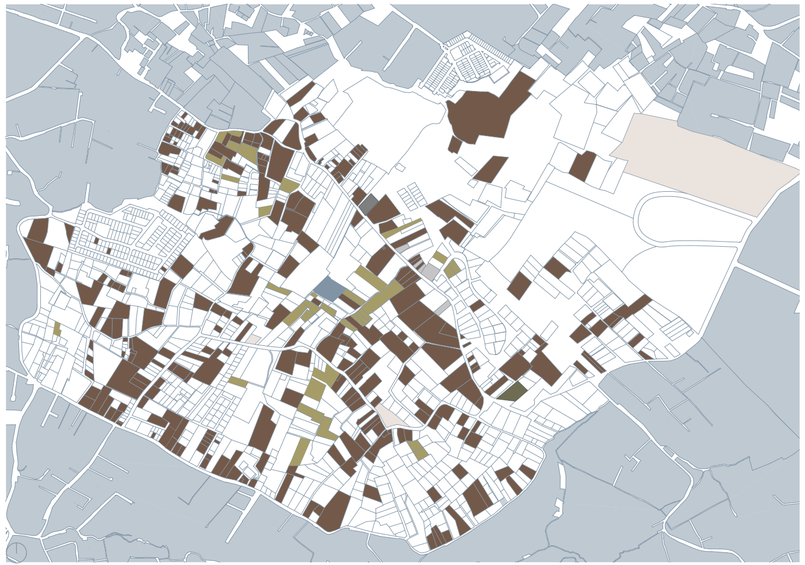


Figura 89: Mapa de uso de suelo
Fuente: Autoría Propia

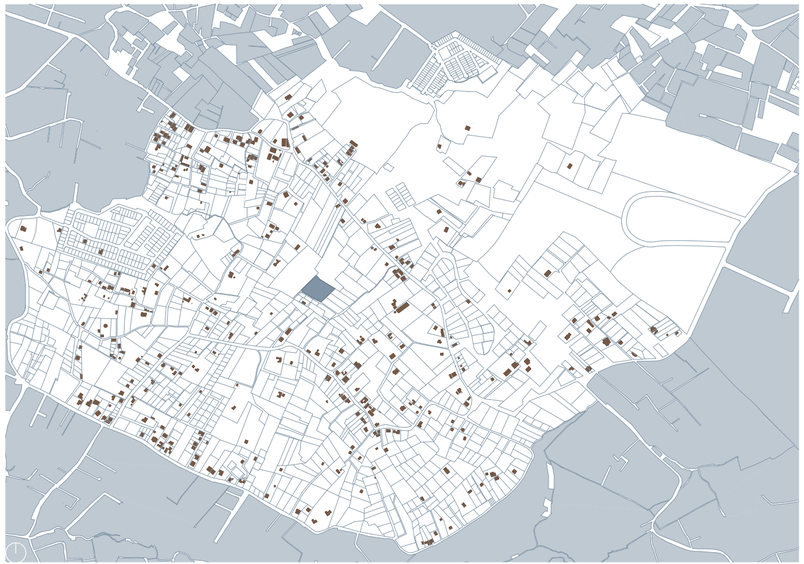


Figura 90: Mapa de llenos y vacíos
Fuente: Autoría Propia

Mapa de llenos y vacíos:

El análisis de llenos y vacíos revela que el sitio seleccionado, ubicado en la zona central del mapa y marcado en azul, se encuentra en un entorno mixto, donde coexisten áreas construidas, vacíos urbanos y zonas agrícolas. La disposición de estos elementos sugiere una transición entre áreas consolidadas y terrenos sin edificar, lo que representa una oportunidad para la expansión urbana o la integración de espacios verdes y productivos.

La presencia de áreas construidas en tonos café indica una estructura urbana existente, mientras que los predios vacíos y zonas agrícolas en blanco reflejan potencial de crecimiento, conservación o regeneración.

Huella de edificaciones
Ubicación del sitio

4.4 Análisis Micro

Análisis FODA:

El análisis FODA es fundamental en la planificación arquitectónica, ya que permite evaluar la viabilidad de un proyecto considerando su contexto físico, social y urbano.

Entre las fortalezas, el sitio se encuentra en una ubicación geográfica privilegiada, cerca de la línea ecuatorial, lo que asegura una iluminación natural constante durante todo el año. Este factor es clave para optimizar el diseño bioclimático del proyecto. Además, su entorno montañoso y la presencia de vegetación contribuyen a crear un ambiente natural que favorece el bienestar de los usuarios al permitirles estar en contacto con la naturaleza, lo cual es fundamental para el proceso de rehabilitación. En cuanto a las oportunidades, el proyecto tiene el potencial de generar un impacto positivo en la comunidad, ya que podría contribuir a la revitalización de la zona.

Sin embargo, existen algunas debilidades que deben ser tomadas en cuenta en la planificación. La falta de transporte público cercano podría dificultar el acceso al centro para los pacientes, sus familiares y el personal especializado. En cuanto a las amenazas, el crecimiento urbano desordenado en la zona representa un riesgo, ya que podría afectar la integración del centro con su entorno y generar problemas de accesibilidad, infraestructura y seguridad. Además, las restricciones impuestas por la normativa territorial podrían limitar el área disponible para el desarrollo del proyecto.

FORTALEZAS

-Ubicación geográfica favorable: cerca de la línea ecuatorial (iluminación).
-Entorno natural: evidencia de paisajes montañosos y vegetación.

OPORTUNIDADES

-Mejoras urbanas: generar un impacto positivo para la revitalización del área.
-Desarrollo sostenible: aprovechar energía solar y la gestión eficiente del agua.

DEBILIDADES

-Falta de transporte público cercano.

AMENAZAS

-Crecimiento urbano desordenado: falta de planificación.

Figura 91: FODA
Fuente: Autoría Propia

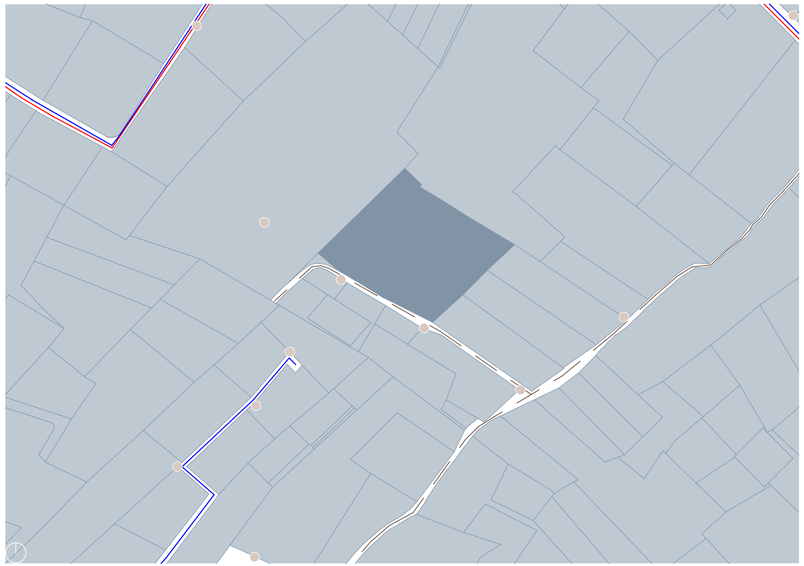
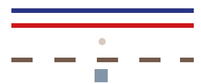


Figura 92: Mapa de servicios
Fuente: Autoría Propia

Mapa de servicios:

Según los datos obtenidos a través del portal público de ETAPA, el terreno cuenta con acceso a alcantarillado y agua potable, infraestructura que se extiende desde las vías principales de la parroquia y permite su expansión hacia las zonas aledañas y las viviendas colindantes, como se indica en el mapa con línea corto-punteada.

Por otro lado, la información del portal público de CENTROSUR evidencia la necesidad de fortalecer la infraestructura eléctrica para asegurar un desarrollo adecuado del área, ya que cuenta con una distribución limitada de postes de luz, muchos de ellos sin una conexión funcional.



Red de agua potable
Red de alcantarillado
Postes de luz
Posible conexión
Sitio

Mapa topográfico:

La parroquia El Valle presenta una topografía accidentada, caracterizada por pendientes pronunciadas y una configuración del terreno definida por curvas de nivel marcadas. Según el análisis del mapa, el predio seleccionado se encuentra en una zona intermedia de estas curvas, con una separación de 1 metro entre ellas. Esta disposición evidencia un relieve dinámico con variaciones de altura significativas.

Sin embargo, dentro del mismo terreno, la disposición de las curvas de nivel genera una depresión natural, conformando un pequeño valle. Esta condición topográfica crea un área de menor pendiente que podría ofrecer una ubicación estratégica para el emplazamiento del bloque tentativo.

En cuanto a la sección del sitio, los predios ubicados frente al terreno (figura 94 y 95) presenta pendientes pronunciadas que se extienden hasta una calle principal de tierra. Como se visualiza en la figura 95 no cuenta con nombre ni veredas y tiene un ancho de 3,89 metros, permitiendo solo un carril de circulación. Por otro lado, en los predios ubicados detrás del terreno, las curvas de nivel comienzan a descender, indicando una transición hacia cotas más bajas y generando nuevas condiciones para el diseño del proyecto.

Ubicación de sitio

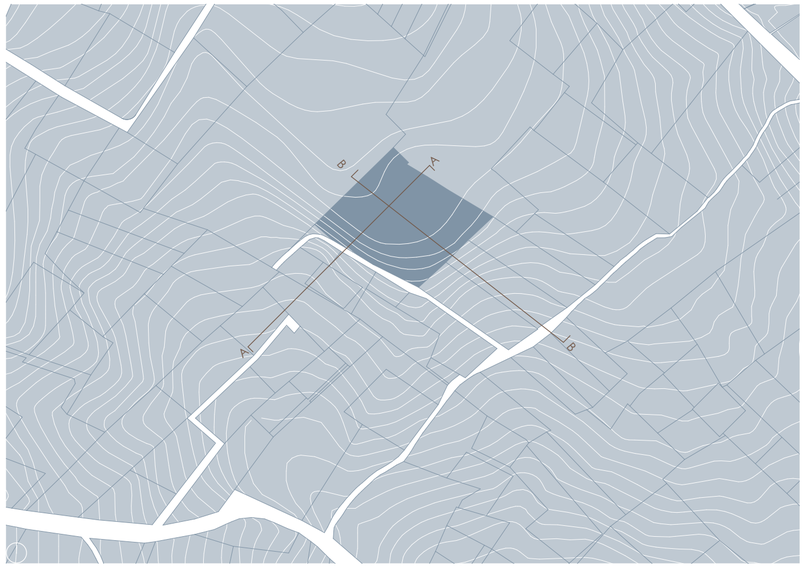


Figura 93: Mapa topográfico
Fuente: Autoría Propia

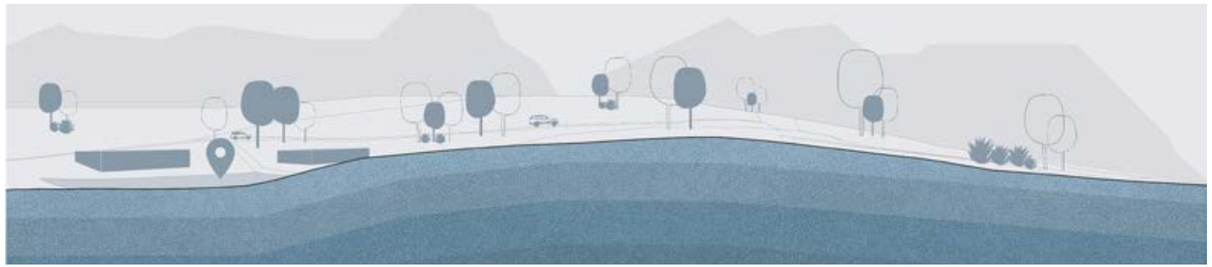


Figura 94: Sección topográfica A - A
Fuente: Autoría Propia

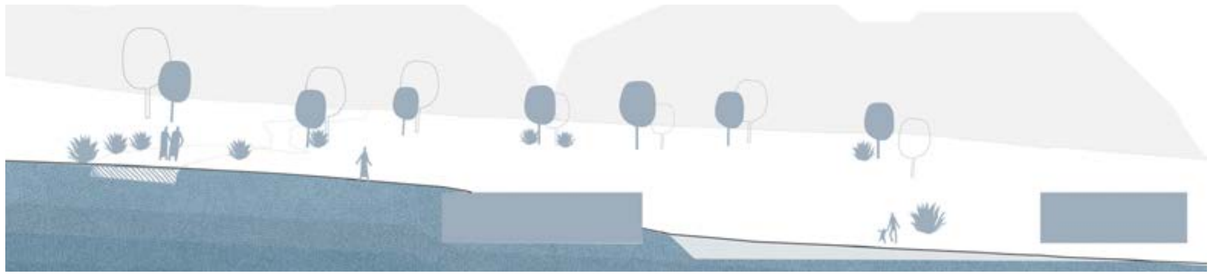


Figura 95: Sección topográfica B - B
Fuente: Autoría Propia

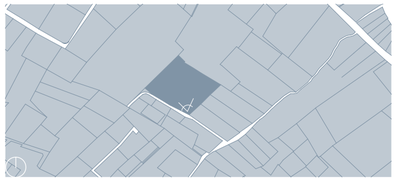


Figura 96: Visual norte
Fuente: Autoría Propia

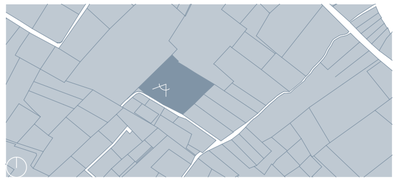


Figura 97: Visual suroeste
Fuente: Autoría Propia

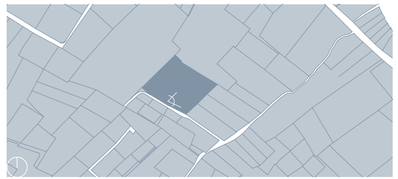


Figura 98: Visual este
Fuente: Autoría Propia

Figura 99: Análisis de soleamiento
Fuente: Autoría Propia

Mapa de análisis de soleamiento:

La ubicación del sitio y su morfología dentro de un valle natural, definen la manera en que el sol impacta dentro de este. Durante la mañana, la radiación proviene del este, impactando principalmente las fachadas y espacios abiertos orientados en esa dirección, lo que permite un calentamiento progresivo y uniforme en las primeras horas del día. En la tarde, la incidencia solar proviene del oeste, generando una mayor acumulación térmica en las superficies expuestas y demandando estrategias de control pasivo para evitar el sobrecalentamiento. Dado que Cuenca se encuentra cerca del ecuador, el recorrido solar mantiene ángulos elevados durante todo el año, lo que favorece la iluminación constante sin generar sombras prolongadas, salvo en zonas de relieve pronunciado.

La morfología del terreno, caracterizada por una depresión natural dentro del predio, influye en la captación solar y la ventilación. Las áreas más bajas pueden retener aire frío durante la noche, mientras que las más elevadas reciben mayor exposición solar a lo largo del día, creando un microclima interno que debe ser aprovechado mediante estrategias arquitectónicas. Los espectros de sombra de los árboles y del bloque colindante están definidos para las 9:00 a.m., momento en el que, en su mayoría, las sombras se proyectan hacia el predio.

4.5 Estrategias

La primera estrategia se enfoca en mejorar la infraestructura de las calles que conducen directamente al predio (figura 102), las cuales carecen de nombre y presentan características similares. Se propone un retranqueo de 4,11 metros para ampliar su ancho, permitiendo la incorporación de un carril adicional y convirtiéndolas en vías de doble sentido (figura 103).

Además, se plantea la inclusión de veredas, actualmente inexistentes, con el fin de mejorar la seguridad peatonal. Con estas modificaciones, la vía alcanzará un total de 10 metros de ancho, optimizando el acceso al predio y contribuyendo a una red de salud más integrada y eficiente.

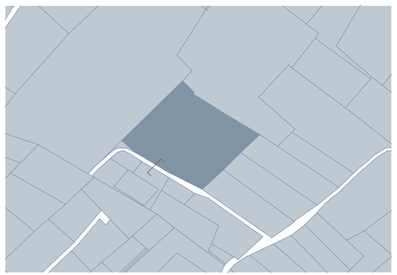


Figura 100:
Fuente: Autoría Propia

Figura 101: Análisis general de sección vial
Fuente: Autoría Propia

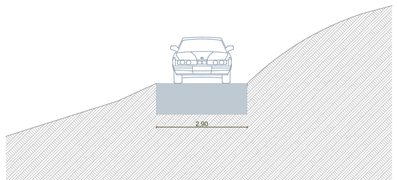


Figura 102: Sección vial - actual
Fuente: Autoría Propia

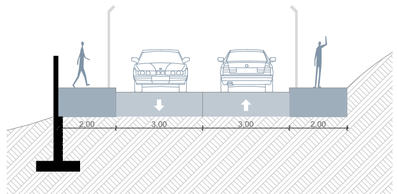


Figura 103: Sección vial - propuesta
Fuente: Autoría Propia

Figura 104: Foto aérea del sitio con medidas después de la intervención
Fuente: Autoría Propia

PROYECTO ARQUITECTÓNICO

05

5.1 Entrevistas y estrategias

Para iniciar la etapa de diseño, se entrevistó a expertos en áreas de la salud mental, específicamente profesionales que hayan tenido o tengan una conexión con centros de rehabilitación. Para así tomar en cuenta las necesidades terapéuticas y emocionales de las usuarias y crear una estrategia de diseño arquitectónico que responda a las mismas. Los expertos entrevistados fueron: Psi. Mgst. Esteban Romero (ex-funcionario de CETAD Gualaceo), Pablo Medina (actual Director de CETAD Hogar Victoria en Tarqui) y Psic. Mgst. Paula Valverde (ex-pasante).

Espacios de autoregulación emocinal:

Es fundamental diferenciar los espacios según las fases del tratamiento. Los primeros días traen negación y es cuando inicia la desintoxicación, es crucial contar con áreas que les permita estabilizarse antes de integrarse al resto del grupo. Estas zonas pueden ser espacios verdes diseñados para minimizar el estrés y permitirá a los profesionales dentro del centro proveer de herramientas de autorregulación emocional, como elementos visuales y psicosensoriales que ayuden a manejar el "craving" o deseo de consumo (P. Valverde, comunicación personal, 17 de marzo de 2025).

Espacios para terapia:

Diferenciar los espacios para terapia individual también tiene gran importancia, por ejemplo, el psicoanálisis requiere divanes, la terapia gestáltica puede incluir cojines en el suelo, y la terapia cognitivo-conductual puede desarrollarse en sillones enfrentados. El tipo de terapia deberá ser regido por el enfoque del centro. (P. Valverde, comunicación personal, 17 de marzo de 2025). Por otro lado, la terapia grupal debe alejarse del clásico círculo de sillas estáticas y optar por un mobiliario flexible, donde las pacientes puedan moverse libremente y sentirse cómodas para compartir sus experiencias (P. Valverde, comunicación personal, 17 de marzo de 2025).

Espacios verdes:

Los espacios verdes y al aire libre siempre favorecerán la estabilidad emocional de los pacientes. Dentro de estas áreas las internas podrán practicar yoga, meditación y respiración consciente, las cuales potencian el bienestar general (P. Valverde, comunicación personal, 17 de marzo de 2025). Otro uso de las áreas verdes pueden ser jardines terapéuticos los cuales permiten resignificar la relación con la naturaleza y fomentan el autocuidado a través de la jardinería (P. Medina, comunicación personal, 13 de febrero de 2025).

Terapia ocupacional:

Es importante pensar en la reinserción laboral de las usuarias; por eso espacios destinados para la terapia ocupacional serán esenciales.La idea es que no se trate solo de pasatiempos, sino de habilidades que les permitan generar ingresos de manera independiente.Actividades como la cocina, el tejido, la carpintería o panadería serán fundamentales para un proceso terapéutico eficaz. (E. Romero, comunicación personal, 11 de febrero de 2025).

Privacidad:

En cuanto a la privacidad, se debe equilibrar la necesidad de espacios personales con la interacción grupal. Las pacientes deben contar con privacidad en momentos clave como el aseo, el uso del baño y las terapias individuales, pero sin llegar al aislamiento, ya que la conexión con sus compañeras es una parte esencial del proceso terapéutico (P. Medina, comunicación personal, 13 de febrero de 2025). Asimismo, para un proceso efectivo, debemos tomar en cuenta que el centro no debe evocar de manera explícita el aislamiento. El diseño debe considerar medidas de seguridad sin que la edificación se perciba como una institución carcelaria, favoreciendo un entorno de confianza y libertad supervisada (E. Romero, comunicación personal, 11 de febrero de 2025).

Maternidad:

Finalmente, se debe tomar en cuenta que las usuarias probablemente puedan ser madres. Para esto se analizó la viabilidad de la propuesta de una guardería dentro del centro, sin embargo, los expertos sugieren que es preferible que los niños permanezcan con familiares mientras sus madres atraviesan el proceso de rehabilitación. Cabe recalcar que la interacción entre madres e hijos será importante en momentos de visita, por lo que se recomienda implementar espacios de visita cómodos y adecuados para la reunión con sus hijos (P. Medina, comunicación personal, 13 de febrero de 2025). Para sintetizar, el centro debe contar con espacios que prioricen la creación de un ambiente seguro, flexible y acogedor, donde se facilite la recuperación y el bienestar de las usuarias, integrando espacios terapéuticos.

1

Armonizar los espacios terapéuticos con naturaleza

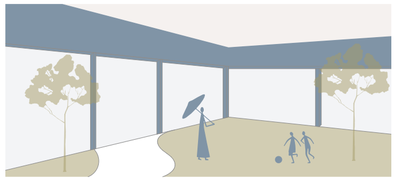


Figura 105: Estrategia 1
Fuente: Autoría Propia

2

Articular la flexibilidad en los espacios de terapia grupal

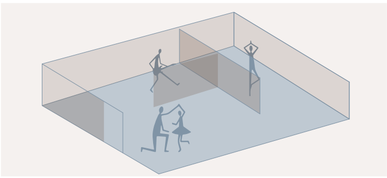


Figura 106: Estrategia 2
Fuente: Autoría Propia

3

Ergonomizar las habitaciones y espacios de descanso

Figura 107: Estrategia 3
Fuente: Autoría Propia

4

Equilibrar espacios de seguridad sin sensación de encierro

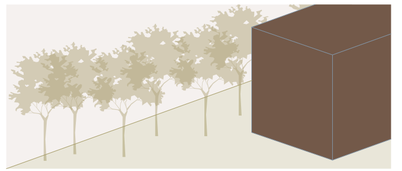


Figura 108: Estrategia 4
Fuente: Autoría Propia

5

Expandir luz y apertura en los espacios de rehabilitación

Figura 109: Estrategia 5
Fuente: Autoría Propia

6

Integrar espacios ocupacionales y de reinserción laboral

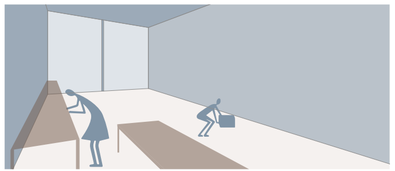


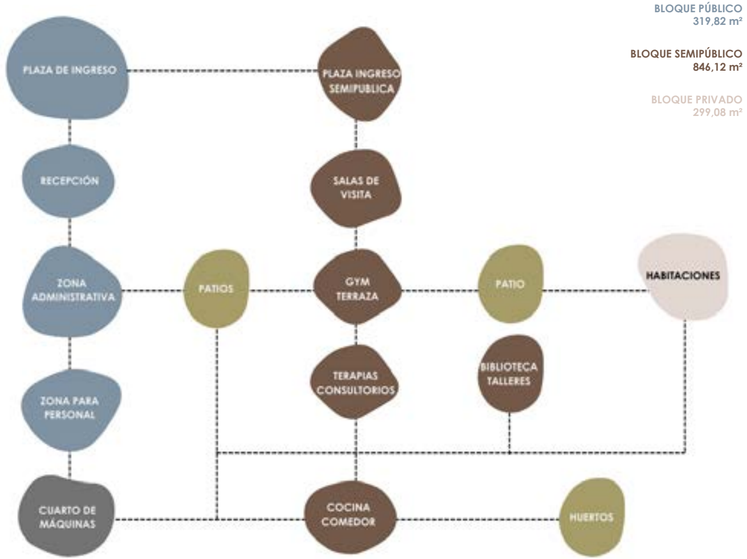
Figura 110: Estrategia 6
Fuente: Autoría Propia

5.2 Programa Arquitectónico

Se diseñará un centro de rehabilitación para 20 usuarias adultas, con una estancia promedio de seis meses por paciente. Esta capacidad se define en base a datos revisados en la literatura, donde el número de hombres con consumo problemático duplica al de mujeres. En coherencia, el CETAD público de Gualaceo, destinado a hombres, cuenta con 40 plazas. Al ser un centro público, su funcionamiento se regirá por las normativas de los CETAD en Ecuador, con ingreso y salida voluntarios.

El programa ha priorizado la división funcional en bloques, lo que facilita el control, la organización y el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas. Estos bloques están conectados mediante circulaciones lineales, que permiten un desplazamiento fluido dentro del centro y optimizan la gestión de desechos.

Se ha dado especial importancia a la versatilidad de los espacios, incluyendo consultorios multifuncionales que pueden adaptarse a diferentes enfoques terapéuticos, así como áreas para talleres ocupacionales que brinden a las usuarias herramientas para su reinserción social y laboral. Además, el diseño pone un fuerte énfasis en la integración de áreas verdes, no solo como elementos estéticos, sino como parte fundamental del proceso de rehabilitación. Estos espacios naturales cumplen la función de separar los bloques y generar jardines terapéuticos, promoviendo un ambiente de tranquilidad y bienestar para las pacientes.
Este programa arquitectónico busca equilibrar la funcionalidad y la humanización del espacio, asegurando que el entorno contribuya activamente a la recuperación de las usuarias, sin generar una sensación de encierro.



BLOQUE PÚBLICO
319,82 m²

BLOQUE SEMIPÚBLICO
846,12 m²

BLOQUE PRIVADO
299,08 m²

Figura 111: Organigrama
Fuente: Autoría Propia

BLOQUE PÚBLICO

Cantidad	Espacio	Área Útil
Administración		
1	Recepción	8,18 m²
1	Oficina de director	21,54 m²
1	Oficina compartida	16,38 m²
1	Sala de reuniones	18,91 m²
1	Archivero	4,93 m²
2	Baterías sanitarias	8,18 m²
1	Bodega de utilería	4,25 m²
1	Farmacia	27,75 m²
11	Parqueadero	137,50 m²
Zona de personal		
1	Vestidores	18,90 m²
1	Sala de descanso	16,40 m²
1	Bodega de utilería	2,60 m²
Cuarto de máquinas		
1	Cuarto de basura	9,00 m²
1	Cuarto de telecomunicaciones	9,00 m²
1	Cuarto hidrosanitario	9,00 m²
1	Cuarto electógeno	9,00 m²

BLOQUE SEMIPÚBLICO

Cantidad	Espacio	Área Útil
Zona social y asistencial		
3	Consultorios terapéuticos	64,37 m²
2	Consultorios médicos	38,65 m²
2	Baterías sanitarias	8,80 m²
1	Sala de visitas	103,14 m²
1	Bodega de utilería	2,66 m²
Zona de servicios internos		
1	Cocina	33,70 m²
1	Comedor	46,46 m²
1	Almacenamiento para alimentos perecibles	3,10 m²
1	Almacenamiento para alimentos no perecibles	3,10 m²
1	Almacenamiento	2,70 m²
Zona recreativa		
1	Gimnasio	52,92 m²
1	Terraza	56,30 m²
5	Huertos	58,07 m²

BLOQUE PRIVADO

Cantidad	Espacio	Área Útil
Zona habitacional		
10	Habitaciones compartidas	131,50 m²
4	Baterías sanitarias	26,71 m²
2	Lavandería	6,36 m²

Figura 112: Área útiles
Fuente: Autoría Propia

5.3 Proceso de selección de emplazamiento

Para definir la forma de emplazamiento del centro de rehabilitación, se analizaron cuatro factores clave que influyeron en la toma de decisiones. El primero es la ubicación de los bloques, en la que se exploraron distintas configuraciones basadas en el soleamiento, las diagonales del terreno y la disposición de la circulación interna. Se realizaron estudios para determinar cómo la posición de cada bloque influiría en la accesibilidad, la relación entre espacios y el aprovechamiento de la luz natural. Se buscó generar una composición equilibrada que permitiera una integración fluida entre las áreas, asegurando que cada bloque tuviera una conexión estratégica con los demás.

El segundo factor es la circulación, que desempeña un papel fundamental en la organización del centro. Se evaluaron diversas configuraciones con el objetivo de generar desplazamientos eficientes y comprensibles para las usuarias y el personal. Aunque se probaron distintas formas de circulación, se priorizó una disposición lineal, ya que facilita la conexión entre los bloques y optimiza los recorridos. Además, esta organización favorece la evacuación en caso de emergencia y permite una gestión eficiente del flujo de personas y de la disposición de desechos.

El tercer aspecto analizado fue la distribución de áreas verdes, dado su impacto positivo en la recuperación de las pacientes. Se priorizó la organización de estos espacios de manera estratégica, permitiendo que cumplan funciones tanto estéticas como terapéuticas. El objetivo es que las áreas verdes y jardines terapéuticos no solo sirvieran como separación entre bloques, sino que también aportaran espacios de descanso y relajación. La disposición de estas zonas se diseñó de forma que pudieran integrarse a la rutina diaria de las usuarias, promoviendo actividades al aire libre y fortaleciendo la conexión con la naturaleza.

El cuarto y último punto es el soleamiento, un factor determinante para garantizar iluminación natural y eficiencia energética. Se estudiaron las mejores orientaciones para los bloques, asegurando una exposición solar óptima durante todo el día. Se priorizó reducir al mínimo las zonas en penumbra, buscando un equilibrio entre luz y sombra para mejorar el confort térmico en los distintos espacios.

Este análisis permitió establecer una disposición equilibrada y funcional, donde cada decisión responde a criterios de eficiencia, bienestar y armonía con el entorno. La combinación de estos cuatro elementos asegura un diseño que no solo optimiza el uso del espacio, sino que también contribuye al proceso de recuperación de las usuarias.

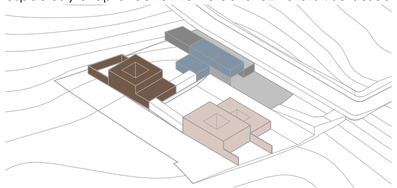


Figura 113: Emplazamiento 1 - Bloques
Fuente: Autoría Propia

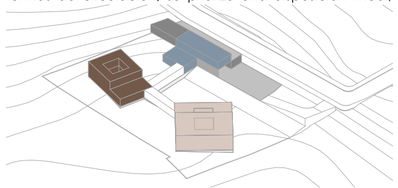


Figura 114: Emplazamiento 2 - Bloques
Fuente: Autoría Propia

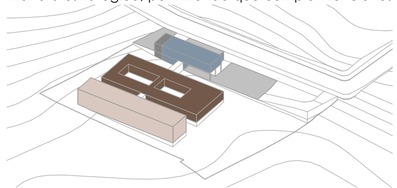


Figura 115: Emplazamiento 3 - Bloques
Fuente: Autoría Propia

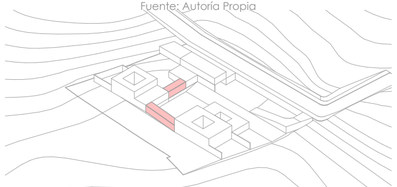


Figura 116: Emplazamiento 1 - Conexiones
Fuente: Autoría Propia

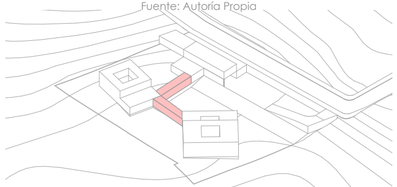


Figura 117: Emplazamiento 2 - Conexiones
Fuente: Autoría Propia

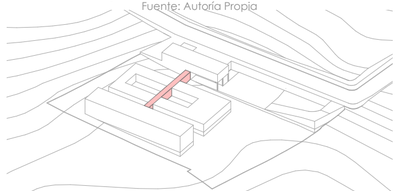


Figura 118: Emplazamiento 3 - Conexiones
Fuente: Autoría Propia

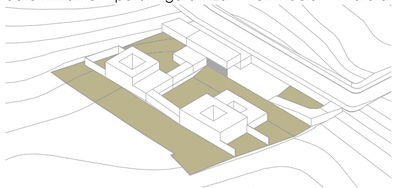


Figura 119: Emplazamiento 1 - Área verde
Fuente: Autoría Propia

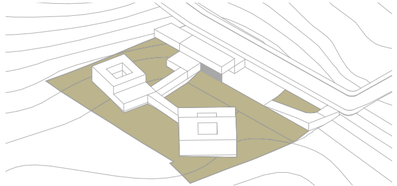


Figura 120: Emplazamiento 2 - Área verde
Fuente: Autoría Propia

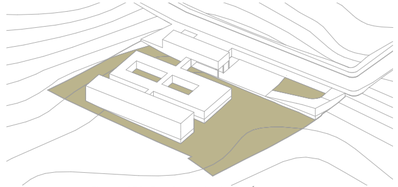


Figura 121: Emplazamiento 3 - Área verde
Fuente: Autoría Propia

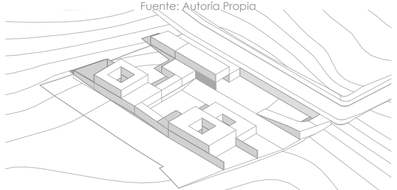


Figura 122: Emplazamiento 1 - Soleamiento
Fuente: Autoría Propia

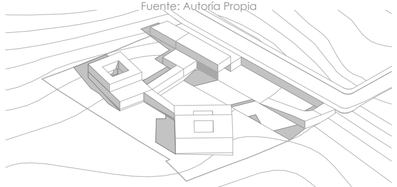


Figura 123: Emplazamiento 2 - Soleamiento
Fuente: Autoría Propia

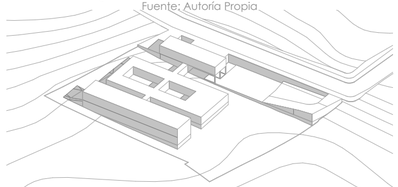


Figura 124:Emplazamiento 3 - Soleamiento
Fuente: Autoría Propia

Masa edificada:

Tras evaluar distintas alternativas volumétricas, se opta por una configuración que ocupa la mayor parte del terreno disponible como estrategia inicial del proceso proyectual. Esta decisión permite maximizar el aprovechamiento del área útil, facilitando la distribución programática.

Retiros normativos:

El bloque inicial se ajusta conforme a las normativas urbanísticas vigentes, aplicando un retiro frontal de cinco metros y retiros laterales y posteriores de tres metros, lo que garantiza una adecuada relación con el entorno urbano inmediato y permite futuras intervenciones paisajísticas.

Adaptación al terreno:

Debido a la geometría irregular del predio, marcada por diagonales predominantes, se plantea una implantación que respete dicha orientación. Esta estrategia reduce la necesidad de movimientos de tierra significativos, evitando rellenos o excavaciones profundas, y favoreciendo una mejor integración al sitio.

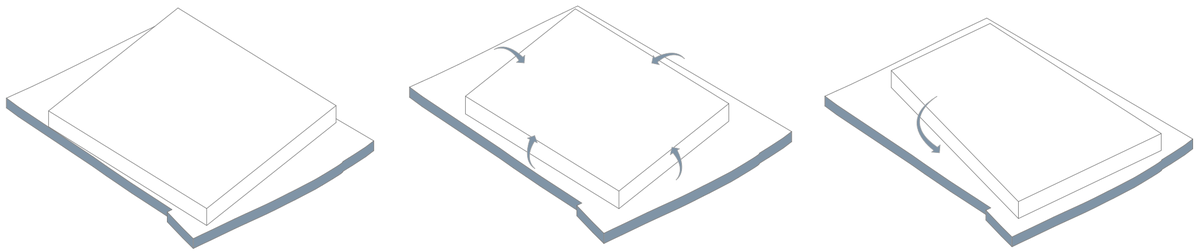


Figura 125: Axonometrías de exploración de forma
Fuente: Autoría Propia

Fragmentación volumétrica:

Considerando los análisis de referentes arquitectónicos, se decide dividir el volumen inicial en tres bloques independientes pero articulados. Esta fragmentación permite albergar los distintos usos programáticos de manera especializada, generando además espacios intersticiales que funcionan como patios interiores.

Adaptación a la pendiente:

Con el fin de lograr una correcta adecuación a la topografía del terreno, se propone un sistema de terraceo que acompaña la topografía de nivel existentes. Esta solución permite escalonar los bloques funcionalmente y reducir impactos sobre el relieve natural, a la vez que enriquece la diversidad espacial.

Patios y jardines terapéuticos:

A partir de los criterios obtenidos en la revisión de literatura, se incorporan patios y jardines como elementos fundamentales del diseño. Estos espacios, además de permitir la entrada de luz natural y ventilación cruzada, actúan como componentes terapéuticos que conectan visual y emocionalmente el interior con el entorno natural, promoviendo el bienestar de las usuarias.

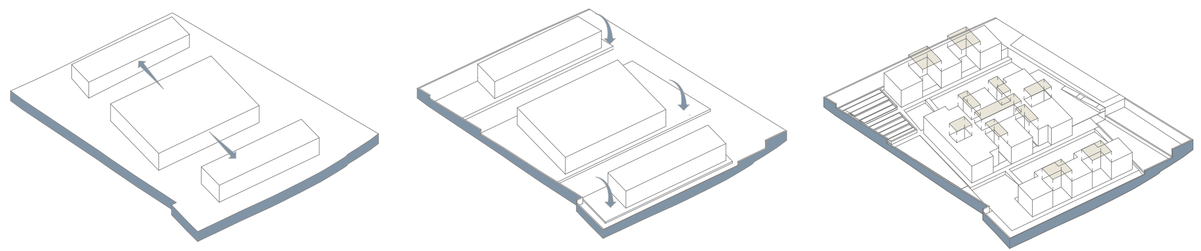


Figura 126: Axonometrías de exploración de forma
Fuente: Autoría Propia

5.4 Proyecto Arquitectónico

Bloqueamiento:

El diseño del centro de rehabilitación propuesto en el anteproyecto se estructura en torno a tres bloques funcionales, organizados de acuerdo con su nivel de accesibilidad: público, semipúblico y privado. Esta disposición responde a una estrategia de control espacial que asegura la adecuada progresión terapéutica de las usuarias y garantiza distintos niveles de privacidad. Los bloques se organizan sobre una retícula modular de 3x3 metros, con luces estructurales de 6 metros entre columnas, lo que permite una organización espacial clara, eficiente y repetible. Se han respetado los retiros normativos establecidos, y se ha ubicado el parqueadero a nivel de la calle, con el fin de liberar el interior del terreno para usos más significativos como áreas verdes y zonas terapéuticas.

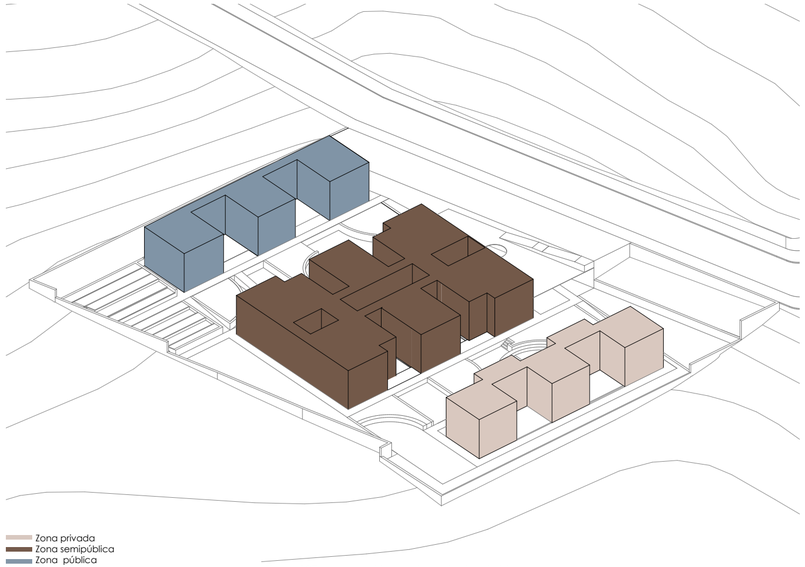


Figura 127: Axonometría emplazamientos de bloques
Fuente: Autoría Propia

Circulaciones:

La circulación principal del anteproyecto se resuelve mediante un sistema lineal y vertical, que articula los tres bloques a través de recorridos interno-exteriores, permitiendo la conectividad funcional sin comprometer la independencia de cada unidad. Este sistema facilita el control de accesos, la relación visual entre espacios y la orientación del usuario. La pendiente natural del terreno ha sido aprovechada para incorporar rampas, gradas y terrazas funcionales, especialmente en el bloque semipúblico, donde se ubican espacios como el gimnasio al aire libre y un taller multifuncional, pensados para complementar el proceso terapéutico desde la actividad física y la creación.

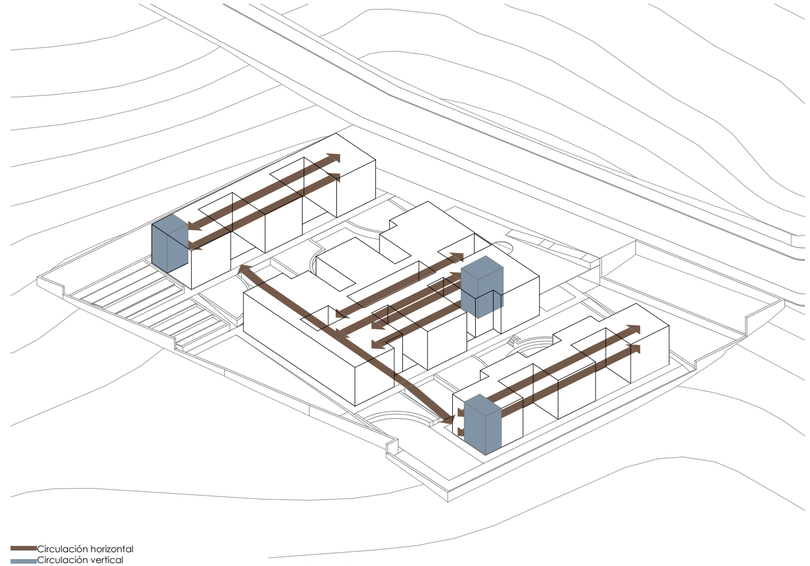


Figura 128: Axonometría de circulaciones
Fuente: Autoría Propia

Espacio verde y duro:

Las áreas verdes y la estrategia de tratamiento del suelo cumplen una función esencial dentro del diseño. Se han integrado huertos escalonados, patios internos y jardines terapéuticos, adaptados al relieve del lugar, fomentando la conexión sensorial con la naturaleza como parte activa de la rehabilitación. En el espacio público, el diseño contempla una plaza multiuso que puede funcionar como cancha o espacio de cohesión social, un parque infantil y áreas de descanso. La propuesta de paisaje incorpora la alternancia entre pavimentos blandos y duros, generando transiciones y delimitaciones claras entre zonas de circulación y permanencia. El anteproyecto responde a las normativas CETAD, priorizando la integración del entorno natural sobre la edificación, para garantizar el bienestar físico, psicológico y emocional de las usuarias.

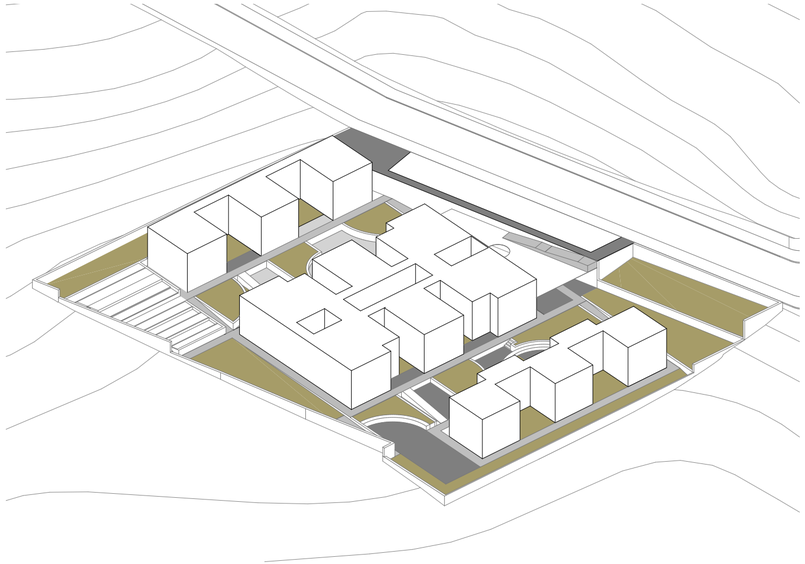


Figura 129: Axonometría espacio verde y duro
Fuente: Autoría Propia

Soleamiento:

El soleamiento juega un papel fundamental en el diseño del centro de rehabilitación, asegurando iluminación natural en los distintos espacios y mejorando el confort térmico y ambiental.

La figura 130 muestra cómo las fachadas habitacionales están orientadas para aprovechar la luz de la mañana, permitiendo que las habitaciones reciban radiación solar directa en las primeras horas del día. Esto no solo mejora la temperatura interior en las mañanas frías, sino que también favorece el despertar de las usuarias, creando un ambiente más acogedor y estimulante para iniciar las actividades diurnas.

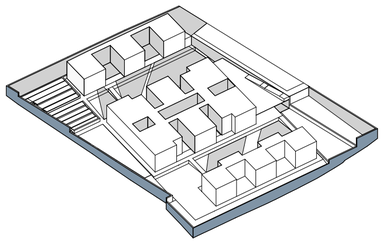


Figura 130: Soleamiento 9:00 am
Fuente: Autoría Propia

A mediodía, como se observa en la figura 131, la luz solar ingresa principalmente a través de los patios internos, iluminando las zonas verdes y fomentando su uso en actividades terapéuticas y recreativas. La exposición al sol en estos espacios permite el desarrollo de terapias ocupacionales al aire libre, como jardinería, relajación o ejercicios físicos, lo que refuerza el bienestar de las pacientes y el aprovechamiento de la naturaleza en su proceso de rehabilitación.

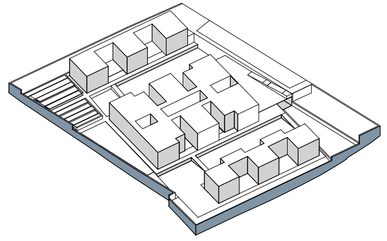


Figura 131: Soleamiento 12:00 pm
Fuente: Autoría Propia

Por la tarde, como se muestra en la figura 132, la luz del atardecer impacta principalmente en las fachadas orientadas hacia la calle, así como en las áreas de talleres. Esto permite aprovechar las últimas horas de luz natural en espacios donde se desarrollan actividades productivas y de reinserción social.

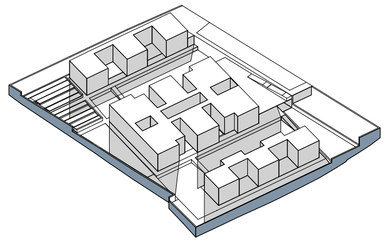


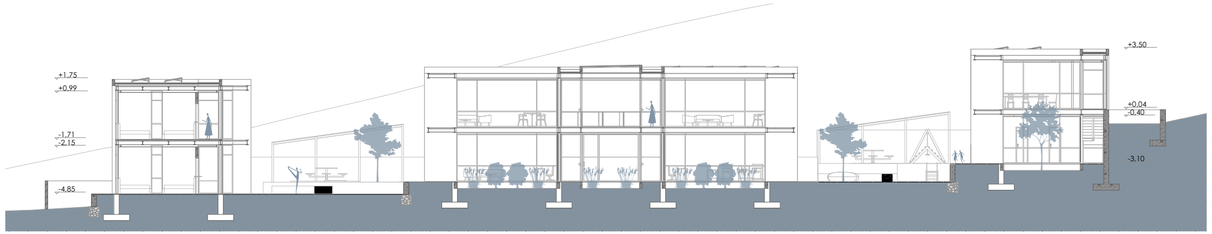
Figura 132: Soleamiento 18:00 pm
Fuente: Autoría Propia

EMPLAZAMIENTO
ESC 1:400

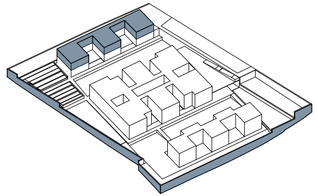
PLANTA BAJA
ESC 1:400

PLANTA SUBUELO
ESC 1:400

Alzado general porterior
ESC 1:250



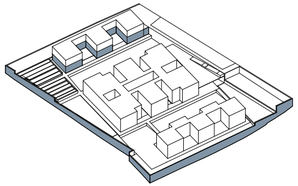
Sección general
ESC 1:250

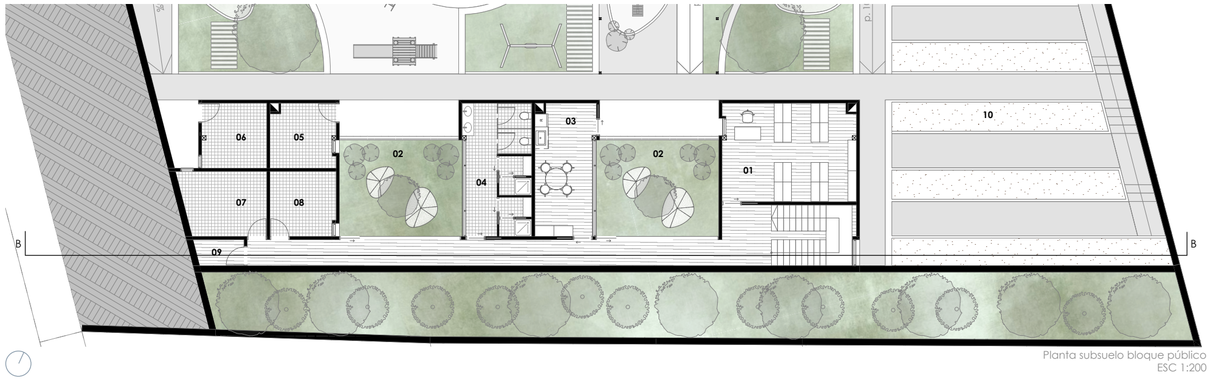


Listado de espacios:
01. Recepción
02. Bodega de utilería
03. SS.HH
04. Sala de reuniones
05. Oficina de servicio social
06. Oficina de director
07. Archivero

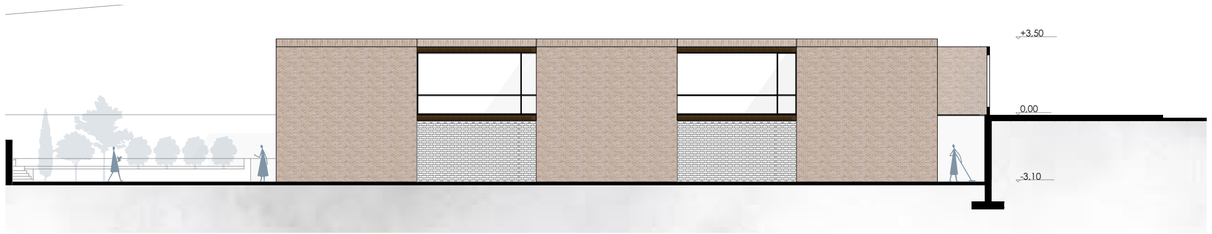
Planta baja bloque público
ESC 1:200

Listado de espacios:
01. Farmacia
02. Patio interior accesible
03. Sala para personal
04. Vestidores para personal
05. Cuarto hidrosanitario
06. Cuarto de basura
07. Cuarto electrógeno
08. Cuarto de telecomunicaciones
09. SS.HH
10. Huertos

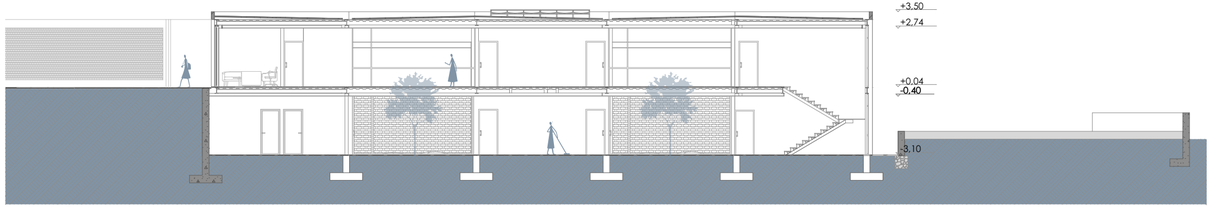




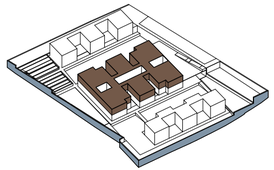
Planta subsuelo bloque público
ESC 1:200



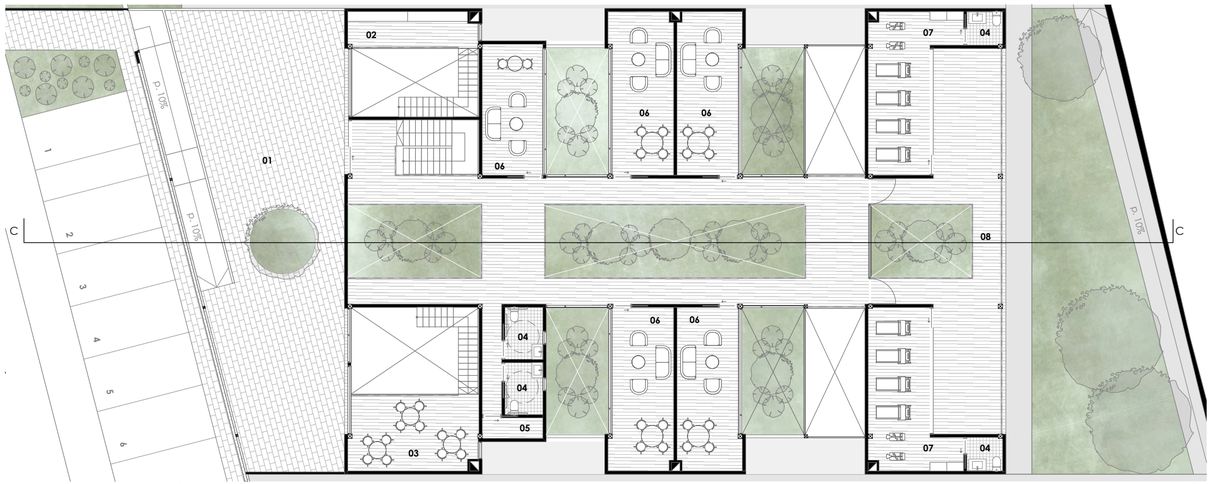
Alzado
ESC 1:200



Sección B - B
ESC 1:200

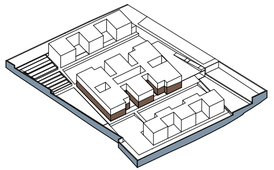


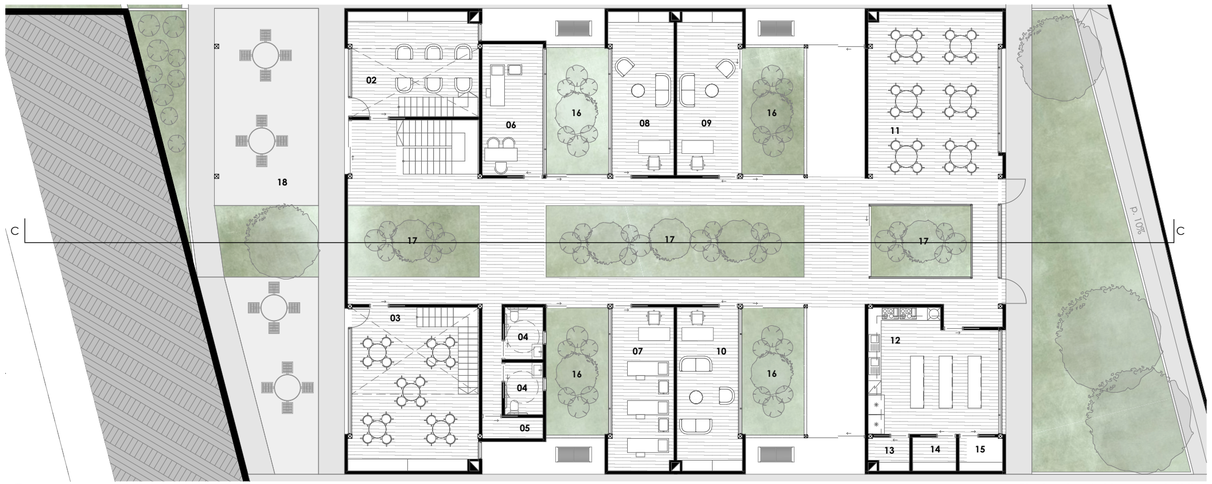
Listado de espacios:
01. Plaza de ingreso
02. Biblioteca
03. Talleres ocupacionales
04. SS.HH
05. Bodega de utilería
06. Salas de visita
07. Gimnasio
08. Terraza cubierta



Planta baja bloque semipúblico C - C
ESC 1:200

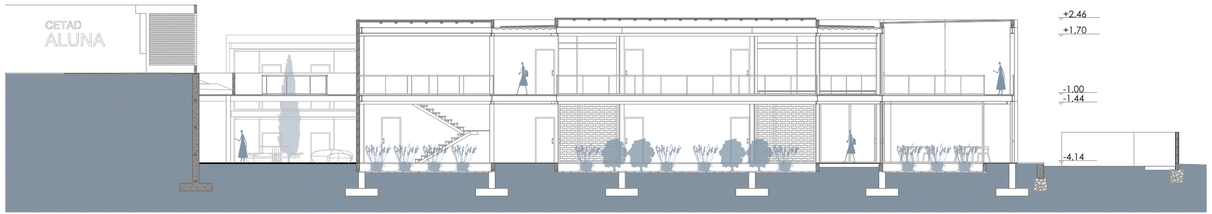
Listado de espacios:
02. Biblioteca
03. Talleres ocupacionales
04. SS.HH
05. Bodega de utilería
06. Consultorio médico
07. Enfermería
08. Consultorio de terapia psicológica
09. Consultorio de terapia psiquiátrica
10. Consultorio de terapia familiar
11. Comedor
12. Cocina
13. Almacenamiento
14. Almacenamiento alimentos perecibles
15. Almacenamiento alimentos no perecibles
16. Jardín terapéutico
17. Patio de descanso
18. Zona de estancia



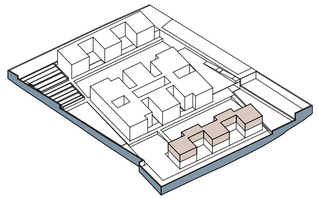


Planta subsuelo bloque semipúblico
ESC 1:200

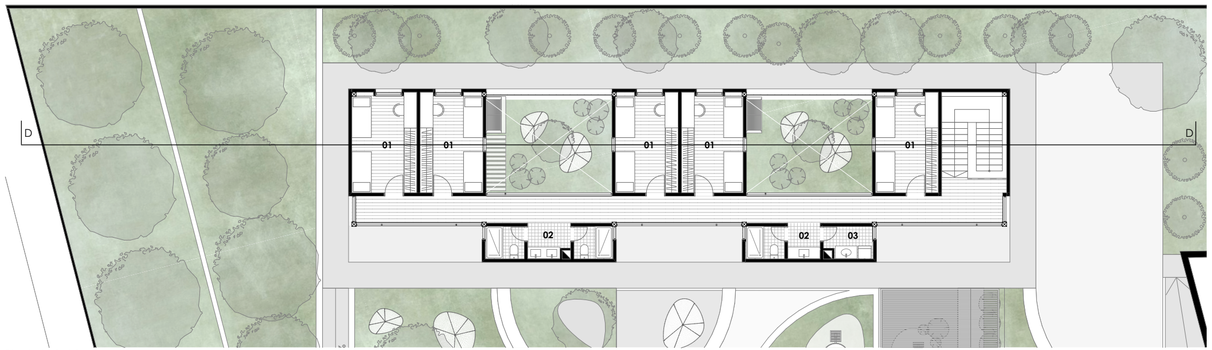
Alzado
ESC 1:200



Sección C - C
ESC 1:200

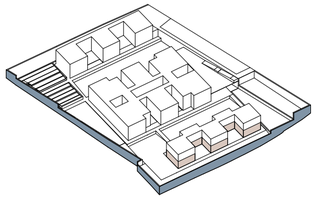


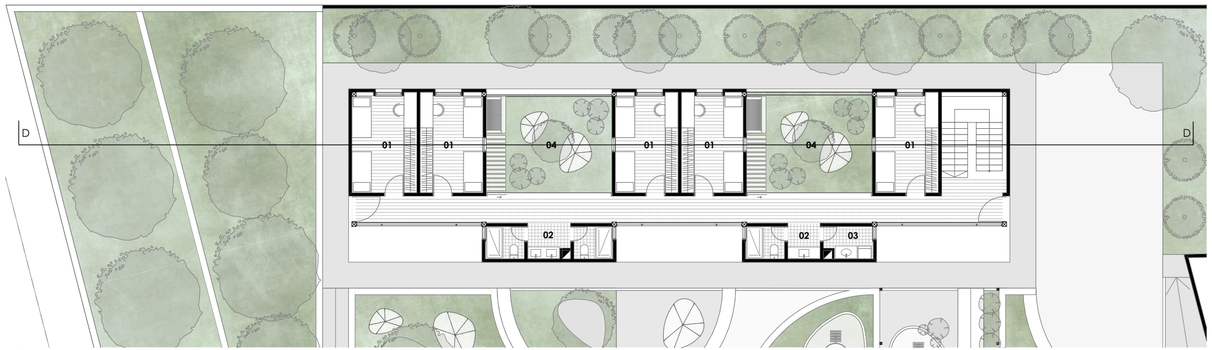
Listado de espacios:
01. Habitación compartida
02. SS.HH
03. Lavandería



Planta baja bloque privado
ESC 1:200

Listado de espacios:
01. Habitación compartida
02. SS.HH
03. Lavandería
04. Patio interior accesible



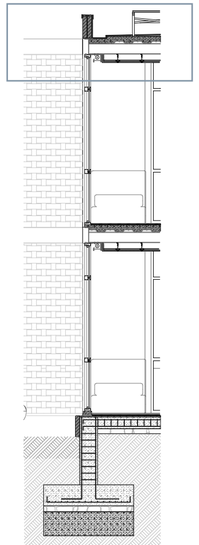


Planta subsuelo bloque privado
ESC 1:200

Alzado
ESC 1:200

Sección D - D
ESC 1:200

Detalles constructivos



Listado de materiales:
01. Goterón de remate en aluminio extruido 6063 T5
02. Tornillo de anclaje de acero galvanizado - M8x80 mm
03. Ladrillo de 360x130x70 mm
04. Mortero de asentado para mampostería de ladrillo
05. Canal de recolección pluvial de aluminio prefabricado, ancho 30 mm
06. Panel solar fotovoltaico de silicio monocristalino, estructura de aluminio, ancho 1000 mm
07. Tornillo de anclaje de acero galvanizado - M10x80 mm
08. Viga de acero IPE 270
09. Losa de concreto armado de 12 cm de espesor con resistencia de 240 kg/cm²
10. Placa colaborante de acero galvanizado tipo Metaldeck de 0,8 mm
11. Viga de acero IPE 240
12. Perfil de aluminio CEDAL serie 5020 para marco de ventana
13. Cielo raso de yeso cartón de 12.5 mm sobre estructura metálica galvanizada
14. Vidrio templado transparente de 6 mm para cerramiento vertical

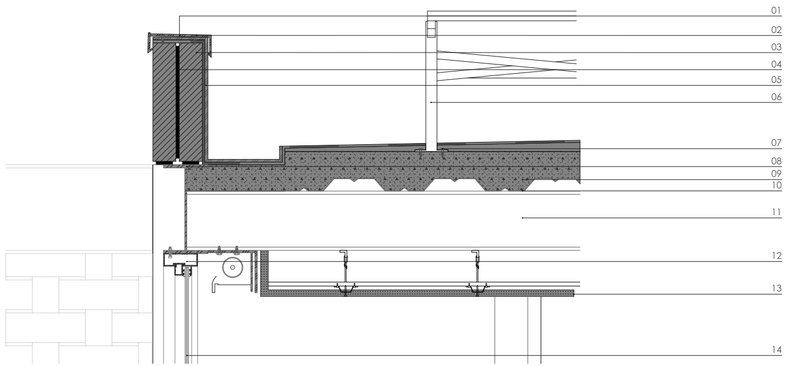


Figura 133: Detalle 01
Fuente: Autoría Propia

Listado de materiales:
09. Losa de concreto armado de 12 cm de espesor con resistencia de 240 kg/cm²
10. Placa colaborante de acero galvanizado tipo Metaldeck de 0,8 mm
11. Viga de acero IPE 240
12. Perfil de aluminio CEDAL serie 5020 para marco de ventana
13. Cielo raso de yeso cartón de 12.5 mm sobre estructura metálica galvanizada
14. Vidrio templado transparente de 6 mm para cerramiento vertical
15. Piso flotante laminado sobre base de poliexpán de 5 mm para aislamiento acústico

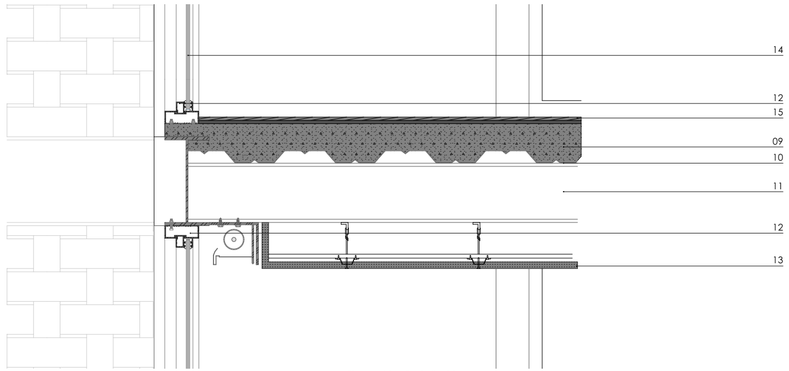
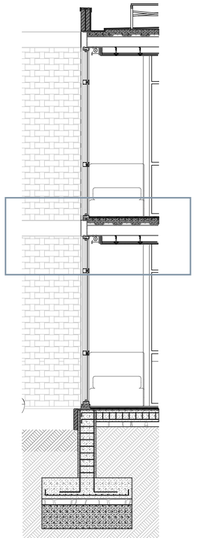
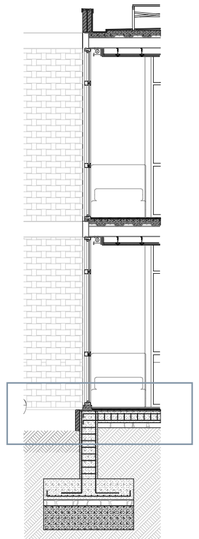


Figura 134: Detalle 02
Fuente: Autoría Propia

Detalles constructivos



Detalles constructivos



Listado de materiales:
03. Ladrillo de 360x130x70 mm
12. Perfil de aluminio CEDAL serie 5020 para marco de ventana
14. Vidrio templado transparente de 6 mm para cerramiento vertical
15. Piso flotante laminado sobre base de poliexpán de 5 mm para aislamiento acústico
16. Dado de hormigón armado fc'=210 kg/cm² - 400x400x600 mm
17. Mortero de nivelación cemento:arena 1:3 - espesor 20 mm
18. Varilla estructural de acero fy=4200 kg/cm² - Ø16 mm (5/8")
19. Hormigón empobrecido ciclópeo fc'=100 kg/cm² - espesor 100 mm
20. Tierra fértil tamizada - espesor 400 mm
21. Tierra normal compactada al 95% Proctor

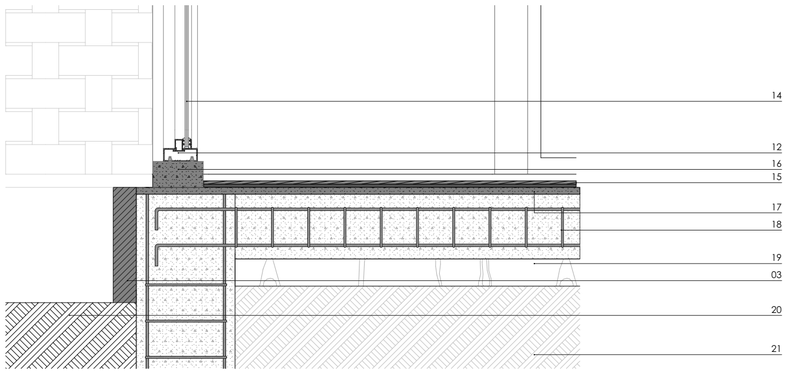


Figura 135: Detalle 01
Fuente: Autoría Propia

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

06

6.1 Resultados

1. Patio - parque:

El anteproyecto contempla un patio principal con variaciones topográficas que integran zonas de descanso y un parque infantil. Este espacio responde a los resultados de las entrevistas realizadas, donde se identificó la importancia del área como lugar de encuentro durante las visitas familiares, reforzando el rol maternal de las usuarias. Se prioriza la inclusión de elementos lúdicos, sombra natural y accesibilidad universal.

Figura 136: Patios
Fuente: Autoría Propia

Figura 137: Patios
Fuente: Autoría Propia

2. Patio - foro:

Se propone un patio con desniveles que incorpora diferentes tipos de pavimentos para delimitar áreas específicas de uso, incluyendo zonas de descanso, interacción social y actividades comunitarias. El mobiliario urbano es dinámico y flexible, y la vegetación cumple una función tanto estética como ambiental, generando sombra y confort térmico.

3. Biblioteca:

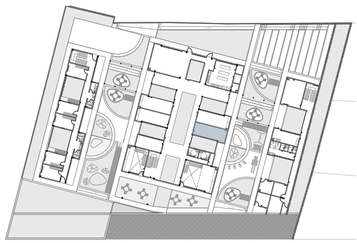
La biblioteca se diseñó como un volumen de doble altura destinado a fomentar actividades culturales, educativas y de recreación. Cuenta con espacios de lectura y descanso conectados visual y físicamente con un patio cubierto, promoviendo una relación directa con la vegetación y la luz natural, factores que aportan al bienestar de las usuarias.

Figura 138: Biblioteca
Fuente: Autoría Propia

Figura 139: Enfermería
Fuente: Autoría Propia

4. Enfermería:

La enfermería se ubica en relación directa con patios internos que permiten una iluminación y ventilación adecuadas. Se emplean materiales semipermeables que filtran la luz y protegen del exterior, generando un ambiente íntimo, higiénico y con calidad ambiental controlada.



5. Cocina y comedor:

El comedor y la cocina se diseñan como espacios articulados a actividades de terapia ocupacional. La cocina permite la participación activa de las usuarias en procesos cotidianos como parte de su rehabilitación. Ambos espacios están vinculados a un jardín terapéutico con un pozo de luz, fomentando una experiencia sensorial y una conexión directa con el entorno natural.

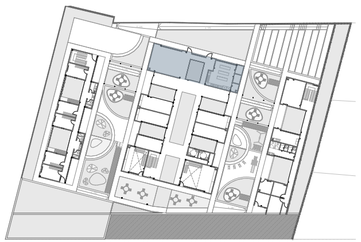


Figura 140: Cocina y comedor
Fuente: Autoría Propia

Figura 141: Sala de reuniones y oficina compartida
Fuente: Autoría Propia

6. Oficinas y salas de reuniones:

Los espacios administrativos cumplen con la normativa vigente y están concebidos para ofrecer condiciones óptimas de trabajo. Se orientan hacia patios interiores que favorecen la iluminación natural y la ventilación cruzada. El mobiliario propuesto es ergonómico, y las visuales hacia la naturaleza refuerzan un entorno laboral saludable y equilibrado.

6.2 Conclusiones

Objetivo General:

Se ha formulado un anteproyecto arquitectónico que satisface los requerimientos funcionales, espaciales y normativos para la implementación de un centro de rehabilitación para mujeres con problemas de adicción en la parroquia El Valle, considerando criterios de habitabilidad, accesibilidad, seguridad y pertinencia contextual. La organización espacial del proyecto responde a niveles de privacidad: el bloque público se ubica hacia la calle principal, mientras que las áreas privadas, como las habitaciones, se sitúan en la parte posterior, separadas de la vía pública mediante una barrera vegetal. El bloque semipúblico cuenta con un segundo nivel que también se conecta con la calle, permitiendo un acceso controlado sin comprometer la privacidad de las usuarias.

Figura 142: Emplazamiento
Fuente: Autoría Propia

Figura 143: Sala de terapia - jardín terapéutico
Fuente: Autoría Propia

Objetivo 1

Integración de diseño biofílico dentro de los espacios interiores y exteriores:

El anteproyecto incorpora el diseño biofílico como una herramienta arquitectónica fundamental para apoyar el proceso de rehabilitación de las usuarias, mediante la creación de ambientes que evocan elementos de la naturaleza dentro de un entorno construido y controlado. Esta estrategia se materializa principalmente en las zonas de terapia, donde se integran patios internos, jardines terapéuticos artificialmente diseñados y ventanales de gran formato que permiten una conexión visual con espacios verdes interiores.

El uso del color dentro de los acabados y la integración de la luz:

La propuesta arquitectónica incorpora el color como recurso de intensificación sensorial orientado al bienestar psicoemocional de las usuarias. En las unidades de descanso, se prioriza una paleta basada en gamas suaves de verde, integradas en los elementos de envolvente interior. Esta elección responde a estudios sobre la influencia cromática en entornos terapéuticos, donde el verde se asocia con sensaciones de calma, estabilidad y restauración emocional. La atmósfera resultante se ve reforzada por una iluminación natural tamizada, que regula los estímulos visuales y promueve un ambiente introspectivo y de baja carga sensorial.

En áreas de interacción semiprivada, como el espacio destinado a visitas familiares, se incorpora el azul como componente predominante en la configuración espacial. Este recurso cromático, aplicado de forma estratégica en superficies de contacto visual, busca inducir percepciones de seguridad, comunicación empática y contención afectiva. La relación entre materialidad, color y temperatura lumínica configura un entorno emocionalmente equilibrado, alineado con los objetivos funcionales y terapéuticos del programa arquitectónico.

Figura 144: Habitación compartida
Fuente: Autoría Propia

Figura 145: Sala de visitas
Fuente: Autoría Propia

Diseño de patios y jardines:

El anteproyecto contempla un esquema funcional y compositivo basado en distintas tipologías de patios y jardines. Los patios se conciben como extensiones del interior, capaces de enriquecer la experiencia del usuario. Estas áreas están diseñadas para fomentar la cohesión social, el descanso individual y grupal, así como el fortalecimiento de vínculos afectivos durante las visitas, contribuyendo al proceso terapéutico desde una dimensión espacial y emocional.

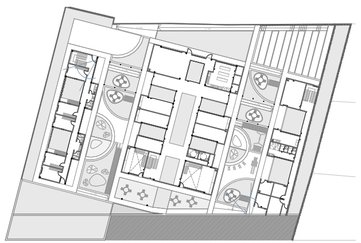


Figura 146: Patios y jardines
Fuente: Autoría Propia

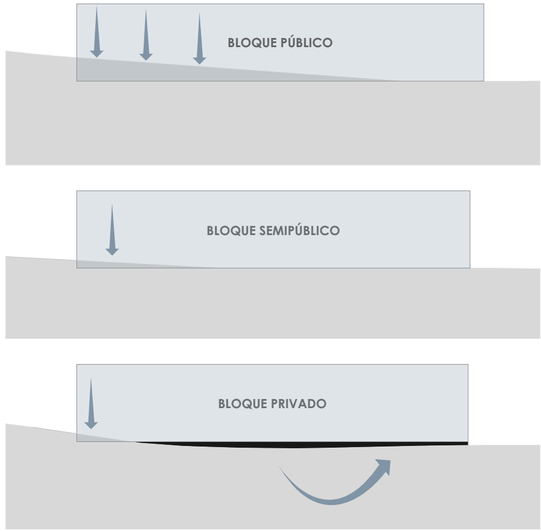


Figura 147: Diagrama de equilibrio de masas
Fuente: Autoría Propia

Objetivo 2

Adaptación del diseño a la pendiente original del terreno:

El anteproyecto arquitectónico se adapta a la topografía existente mediante la disposición de los bloques edificatorios de forma perpendicular a la pendiente natural del terreno. Esta estrategia permite minimizar las intervenciones sobre el relieve original, reduciendo significativamente la necesidad de grandes movimientos de tierra. En lugar de una nivelación generalizada, se propone un reacomodamiento de masas controlado, aprovechando las excavaciones para conformar terrazas de altura mínima. Estas terrazas se estabilizan con muros de contención de baja altura, lo que no solo optimiza los recursos constructivos, sino que también mantiene una armonía visual y estructural con el entorno. La circulación entre los diferentes niveles se resuelve mediante rutas accesibles que cumplen con criterios de circulación universal, garantizando la inclusión y el desplazamiento seguro de todos los usuarios.

Formación de un eje de salud dentro de la parroquia:

Dado el carácter público del anteproyecto, se planteó una integración territorial activa con el contexto urbano y social de la parroquia El Valle. En este sentido, el anteproyecto busca consolidar un eje de salud a nivel parroquial, articulando espacial y funcionalmente el nuevo centro de rehabilitación con los equipamientos sanitarios existentes, como los centros de salud y el Hospital Básico Municipal de la parroquia. Esta estrategia fortalece la red local de atención en salud, promoviendo una distribución más equitativa de los servicios, mejorando la accesibilidad y fomentando la complementariedad entre infraestructuras.

Además, el anteproyecto no se concibe como un objeto cerrado o aislado, sino como una intervención abierta y flexible, capaz de integrarse a futuras planificaciones territoriales. Su implantación busca generar un precedente que permita y estimule la formulación de nuevos equipamientos públicos en la parroquia, consolidando progresivamente un sistema de salud comunitario más robusto, accesible y territorialmente coherente.

Figura 148: Eje de salud
Fuente: Autoría Propia

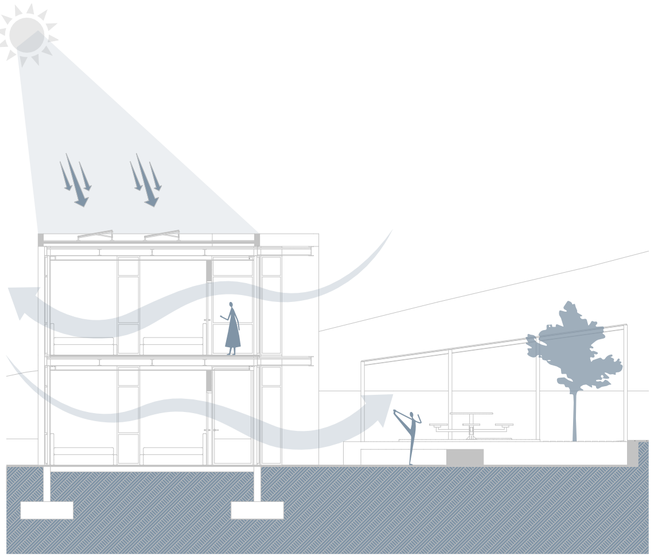


Figura 149: Diagrama de ventilación cruzada y paneles solares
Fuente: Autoría Propia

Objetivo 3

Integración de ventilación cruzada y paneles solares:

En respuesta a los objetivos de sostenibilidad, el anteproyecto se ha diseñado considerando la ventilación cruzada como un elemento clave para la optimización del confort térmico y la eficiencia energética. Esta estrategia se implementa mediante la disposición de ventanales amplios, el uso de muros con aparejo de ladrillo y la configuración de patios y jardines internos, que permiten una circulación de aire fluida a través de los espacios comunes, habitaciones y áreas públicas. La ventilación cruzada no solo contribuye a la renovación constante del aire interior, sino que también facilita el control natural de la temperatura, reduciendo la necesidad de sistemas de climatización artificial.

Asimismo, el anteproyecto incorpora paneles solares como parte integral de su estrategia de sostenibilidad. Estos paneles se distribuyen de manera estratégica en cada bloque, según los cálculos de consumo energético específicos. La ubicación de los paneles está optimizada para aprovechar al máximo la exposición solar, asegurando una captación eficiente de energía renovable y reduciendo el impacto ambiental del centro.

Recolección de agua lluvia:

Como parte de las estrategias de sostenibilidad del anteproyecto, se plantea la implementación de un sistema de recolección de agua lluvia en cada uno de los tres bloques que conforman el centro de rehabilitación. Este sistema tiene como objetivo principal abastecer el riego de huertos terapéuticos y áreas verdes del complejo, promoviendo el aprovechamiento eficiente de los recursos hídricos disponibles de manera natural.

Cada bloque contará con su propio sistema de captación, que incluirá un pozo de almacenamiento con desarenador incorporado. El desarenador cumple la función de eliminar sedimentos gruesos y otras impurezas del agua recolectada, mejorando su calidad para su posterior uso en riego.

Las dimensiones de cada pozo serán de 3,00 metros de ancho por 1,80 metros de alto, lo que equivale a un volumen de almacenamiento de aproximadamente 15,3 metros cúbicos (m³), es decir, 15.300 litros de agua por unidad. Esta capacidad permite acumular un volumen significativo de agua durante los períodos de lluvia, reduciendo así la dependencia de fuentes externas y fortaleciendo la autonomía del centro en cuanto al manejo de recursos naturales.

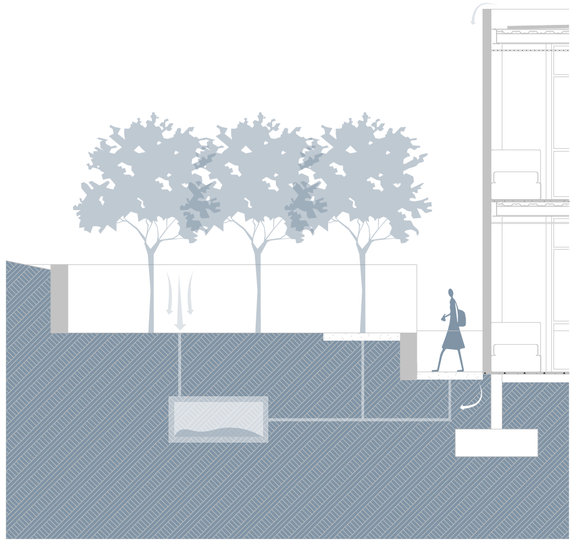


Figura 150: Esquema de recolección de agua lluvia
Fuente: Autoría Propia

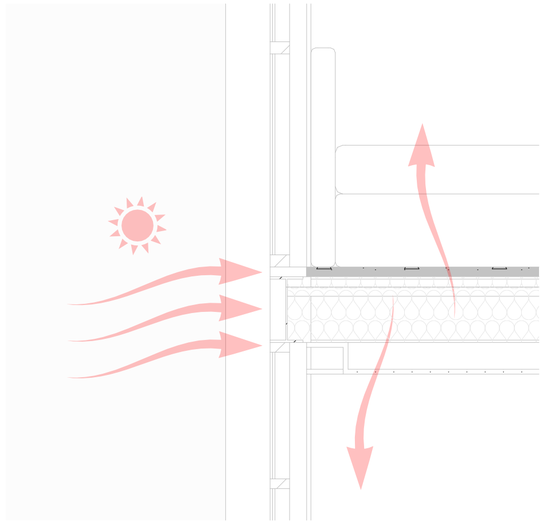


Figura 151: Diagrama de integración de lana de roca
Fuente: Autoría Propia

Integración del material lana de roca para mejorar la calefacción interna:

En el desarrollo del anteproyecto, se incorporó el uso de lana de roca como material aislante con el objetivo de mejorar el confort térmico interior, específicamente en el bloque privado, el cual requiere condiciones ambientales más estables por la naturaleza de los espacios y el proceso avanzado de rehabilitación de sus usuarias.

La lana de roca fue colocada dentro de las vigas estructurales y elementos de cerramiento superior, permitiendo una mejora sustancial en el aislamiento térmico del edificio. Gracias a sus propiedades físicas, este material actúa como una barrera eficaz frente a la pérdida de calor, contribuyendo a mantener temperaturas internas más estables, especialmente durante las épocas frías.

Además de su excelente desempeño térmico, la lana de roca aporta beneficios adicionales como la resistencia al fuego, la absorción acústica y una alta durabilidad, convirtiéndola en una solución integral que favorece tanto la eficiencia energética como la calidad del ambiente interior.

BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

07

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abarca Guerrero, L. (2005). Manejo de los desechos sólidos domiciliarios y hospitalarios. Tecnología en marcha, 18(2), 40-45.
2. Acosta, D. (2009). Arquitectura y construcción sostenibles: Conceptos, problemas y estrategias. Dearq, 4, 14-23.
3. Atamewan, E. E. (2022). Architecture and societal problems: Development of rehab facility for drug addicts reintegration. Journal of Studies in Science and Engineering, 2(4), 1-16.
4. Basson, J. (2014). Adaptive healing: Exploring therapeutic architecture and the integration of addiction rehabilitation into the Cape Flats, Mitchells Plain [Tesis de maestría, Universidad de Cape Town].
5. Birren, F. (1988). Principles of Color: A Review of Past Traditions and Modern Theories of Color Harmony. Schiffer Publishing.
6. Blanco Zamora, P., Sirvent Ruiz, C., & Palacios Ajuria, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. Salud y drogas, 5(2), 81-97.
7. Castillo Fuentealba, C. I. (2023). Interior-exterior en arquitectura [Tesis doctoral, Universitat Politècnica de Catalunya].
8. Cedrés de Bello, S. (2000). Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. Revista de la Facultad de Medicina, 23(1), 19-23.
9. Crespo Flores, A., & Contreras Arias, M. A. (2011). Relación diseño rehabilitación [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio DSpace de la Universidad del Azuay.
10. Díaz Gallardo, B. (2018). Arquitectura y sonido [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Politécnica de Madrid].
11. Eisenberg-Guyot, N. (2023). Pushing back the walls: The politics of maneuver in women's drug rehabilitation. Design and Culture, 15(2), 187–205.
12. Ferreira-Castellanos, L. A., Muñoz Moreno, S. M., & Álvarez de la Roche, C. A. (2023). Arquitectura biofílica como sponsor de edificios públicos sostenibles y urdimbre del paisaje. Terminal Biofílica Parque Botánico.
13. García Chávez, J. R., & Feijoo Garza, L. (2010). Sistemas de naturación en cubiertas de edificaciones para obtener confort térmico y ahorro de energía. Revista Legado de Arquitectura y Diseño, 5(8), 95-109.
14. Heller, E. (2004). La psicología del color: Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón. Gustavo Gili.
15. Langer, A., & Catino, J. (2007). Un análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano. Salud Pública de México, 49(1), 8-9.
16. Lavandera Lazo, E. G. (2022). Propuesta de un centro de rehabilitación y terapia física basado en los patrones de diseño biofílico en la ciudad de Chimbote [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte].
17. Mahnke, F. H., & Mahnke, R. H. (1993). Color, environment, and human response: An interdisciplinary understanding of color and its use as a beneficial element in the design of the architectural environment. Van Nostrand Reinhold.
18. Maqueira Yamasaki, Á. (2011). Sostenibilidad y ecoeficiencia en arquitectura. Ingeniería Industrial, 29, 125-152.
19. Martínez-Soto, J., Montero, M., López-Lena, M., & de la Roca Chiapas, J. M. (2016). Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental. Interamerican Journal of Psychology, 50(2), 204–214.
20. Mendoza Lozano, Z. S. (2022). Aplicación de la arquitectura terapéutica en un centro de rehabilitación y terapia física, Chimbote 2022.
21. Meneses Castaño, C. Y. (2021). Eficacia de las estrategias en rehabilitación para la salud mental de pacientes en adicción a drogas. Revisión sistemática. Revista Salud Uninorte, 37(3), 828-852.
22. Méndez, A. (2016). Género y arquitectura. Una perspectiva desde lo conceptual. Conversando con Zaida Muxí. Revista Científica de Arquitectura y Urbanismo, 37(1), 71-76.
23. Mérida Martínez, Y., & Martínez Tapia, M. (2011). Cosecha de lluvia: Una estrategia para lograr una ciudad sustentable y competitiva. Revista Legado de Arquitectura y Diseño, 6(9), 87-98.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Modelo de atención integral residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adultos (CETAD).
25. Municipio de Cuenca. (2021). Plan de Ordenamiento Territorial y Gestión de Suelo del Cantón Cuenca (PUGS 2021–2033). Dirección de Planificación Territorial, Municipio de Cuenca.
26. Neufert, E., & Neufert, P. (2019). Architect's data. Wiley-Blackwell.
27. Pérez Pérez, E. (2020). Arquitectura y género: La evolución del espacio privado.
28. Santander Guiracocha, J. P., & Tejedor Astudillo, K. D. (2022). Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol y sus factores asociados en el cantón Nabón, 2021 [Tesis de grado, Universidad del Azuay].
29. Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. Science, 224(4647), 420-421.
30. Velázquez Fernández, J. B. (2016). "Si yo fuera yo, ya me habría fugado". El dispositivo de sanación pentecostal: Experiencia y proyectos de vida de mujeres internas en un centro de rehabilitación (Tijuana, B.C. 2014-2016) [Tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte].

REFERENCIAS DIGITALES

1. Braganza, E. (2017, 10 de enero). El alcoholismo: un gran problema en Ecuador. Universidad de las Américas (UDLA).
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD).
3. Teleamazonas. (2024). Ecuador es el segundo país de Sudamérica con más incautaciones de cocaína.
4. UNODC. (2023). Informe Mundial sobre las Drogas 2023. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

7.2 ANEXOS

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS PARA CAP. 5 DE PROYECTO DE GRADUACIÓN SOBRE CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA MUJERES ADULTAS EN LA PARROQUIA EL VALLE.

Realizado por: Matías Xavier Prieto Trujillo y María Caridad Zhiminaicela Ávila.

Consentimiento informado para participantes de entrevista

La siguiente información tiene como fin proveer a los participantes en esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma. La presente entrevista es conducida por Matías Xavier Prieto Trujillo y María Caridad Zhiminaicela Ávila, estudiantes de décimo ciclo de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es analizar las dinámicas y espacios que se manejan dentro de un centro de rehabilitación de adicciones dentro de Ecuador.
Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. La conversación durante la sesión será registrada en audio, de modo que los estudiantes puedan transcribir después las ideas que usted haya expresado.
La participación en esta entrevista es estrictamente voluntaria. Durante este proceso usted no será intencionalmente sometido a situaciones que atenten contra su seguridad e integridad física; sin embargo, en caso de malestar de cualquier naturaleza, usted está en libertad de interrumpir su participación, sin que eso lo perjudique en ninguna forma; igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.
La información que se recoja se usará con fines estrictamente académicos. Sus respuestas a la entrevista serán utilizadas bajo el criterio de los estudiantes. Si usted no objeta ser tratado como fuente identificable, su nombre puede ser citado como fuente dentro de la investigación, siempre en base a la información registrada en la grabación como prueba única de la información facilitada.
Acepto participar voluntariamente en esta entrevista y reconozco que he sido informado sobre el proceso y las opciones que tengo durante el mismo. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con los estudiantes al correo: matias.prieto@es.uazuay.edu.ec y maria.zhiminaicela@es.uazuay.edu.ec.

ANEXO 1: Transcipciones de entrevista a Psicol. Clínico Esteban Romero (ex-funcionario de CETAD Gualaceo)

1. Funcionamiento del Centro y Necesidades de las Usuarias
M.P: Como parte de nuestra investigación, somos estudiantes de arquitectura en el 10º ciclo en la Universidad de Azuay. Actualmente, estamos trabajando en el diseño de un centro de rehabilitación para mujeres con adicciones, ubicado en la parroquia del Valle. Estamos realizando entrevistas con personas que trabajan en centros de rehabilitación para poder obtener una visión detallada sobre su funcionamiento interno, sus necesidades y los desafíos a los que se enfrentan. La entrevista está organizada en cinco puntos clave que abordan aspectos fundamentales sobre el funcionamiento del centro y las necesidades de las usuarias. Utilizamos preguntas específicas para entender cómo se podría mejorar el diseño y asegurar que cumpla con los objetivos terapéuticos y funcionales del centro, donde la primera pregunta es: ¿Cómo considera el estado actual de los centros de rehabilitación de adicciones para mujeres?
E.R: Actualmente, los centros de rehabilitación para mujeres están enfocados principalmente en el sector privado. En nuestro medio, a nivel nacional, creo que contamos con un solo centro público de tratamiento para mujeres. Esto ha limitado mucho el acceso a estos servicios, primero por la complejidad del tema y luego por la falta de recursos del Estado. Todo se ha dirigido hacia la parte privada, y son pocos los centros que ofrecen este servicio para mujeres. ¿Por qué no lo hacen? Porque, en las clínicas, la comorbilidad, es decir, la presencia de una enfermedad de adicción junto con otras enfermedades, es muy común en mujeres. Ante esto, muchas instituciones prefieren no asumir ese reto y evitar, por así decirlo, ese lío.
M.P: ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan las mujeres en su proceso de rehabilitación?
E.R: Bueno, la pregunta sería si son adolescentes o adultas, porque si son adultas, en general, claro, muchas de ellas son madres. Necesitan cuidar a sus hijos y, además, trabajar para poder sostener a su familia, en la mayoría de los casos.
Por lo que he observado, esto es bastante complejo. En el caso de las adolescentes, el apoyo de la familia es un factor fundamental. Estos serían, en mi opinión, los puntos más importantes y complejos a considerar.
M.P: ¿Qué actividades terapéuticas se realizan con mayor frecuencia y qué espacios requieren?
E.R: A ver, en los CETAD o espacios, se busca crear un diario vivir que simule las actividades de la vida normal. El objetivo es que las personas se reintegren y digan: "Voy a cumplir ocho horas, como en un trabajo". Entonces, estarán ocho horas en su actividad, con su hora de almuerzo y su hora para hacer ejercicio.
En general, gran parte de las actividades se enfocan en el tratamiento, porque es una manera de resignificar el sentido del trabajo. Por eso, es necesario que pasen tiempo en la sala de terapia, asimilando que esa rutina es como una jornada laboral. Las personas que consumen drogas, en su mayoría, pierden la orientación en cuanto a responsabilidades, horarios y trabajo, por lo que estas actividades buscan recuperar esas habilidades. Los espacios requeridos suelen ser comunitarios, ya que se busca brindar la terapia de una manera conjunta. En general, esto es lo que suele implementarse.
M.P: ¿Cuáles son los momentos más críticos del tratamiento y cómo debería responder el espacio a estos momentos?
E.R: Los momentos más críticos en el tratamiento son los iniciales, porque la persona está en un estado de negación en el que no acepta su realidad. ¿Qué pasa entonces? En los centros, al menos en los que conozco, no creo que exista, en promedio, un espacio que reciba a la persona en esa primera etapa para desintoxicarla, por ejemplo.
Aquí, al paciente se le ingresa y se le dice que empezará a trabajar directamente, pero no se le da ese tiempo necesario para abordar la desintoxicación y el manejo de esa negación inicial. Esa negación suele manifestarse en frases como: "Yo no tengo ningún problema; el problema es la familia, la sociedad, no yo. Yo estoy bien".
Por eso, sería importante contar con un espacio específico que permita desintoxicar al paciente y trabajar esa primera fase antes de iniciar directamente con el tratamiento.
M.P: ¿Qué tipo de privacidad necesitan las pacientes en diferentes momentos del tratamiento?
E.R: En diferentes momentos del tratamiento, bueno, necesitan privacidad, especialmente en el área del uso de baños, creo yo. Pero en el resto, por ahí, las habitaciones son compartidas y se pierde mucho el tema de confidencialidad, pero es por la dificultad del trabajo.
Entonces, se vuelve un trabajo más comunitario. Tiene que estar toda la comunidad junta, todo el equipo junto, las personas ahí, porque si no, se disipa el tema y se vuelve muy complicado el manejo. Entonces, el tema de la privacidad, como tal, es difícil, pero además, al estar en una comunidad, casi no hace falta esa privacidad de las cosas externas. Entonces, por ahí, eso.
M.P: ¿Cómo es la rutina diaria dentro del centro?
E.R: Y, ¿cómo es la rutina diaria dentro del centro? A ver, ellos, como decía, la actividad es como la de una vida normal. Tienen una hora para despertarse, una hora para limpiar los espacios comunitarios, una hora para las terapias individuales, a las que asiste cada uno, pero en general, pasan la mayor parte del tiempo en grupo.
Hay un diario vivir, y cada centro lo maneja de acuerdo con lo que considere conveniente, pero en general, se maneja así. Las actividades están planificadas de lunes a domingo; no hay día ni hora sin planificación. Hay una hora para el sueño, una hora para el almuerzo, una hora para todas las actividades. Ya, ya.
2. Espacios Terapéuticos y Funcionales
C.Z: ¿Qué espacios considera esenciales en un centro de rehabilitación para mujeres, teniendo en cuenta que algunas usuarias podrían ser mamás?

E.R: O sea, debería haber un área para el cuidado de los hijos, y es lo que yo decía. Es por eso que no hay muchos centros ni servicios para mujeres, porque son mamás. Entonces, debería existir un ala destinada al cuidado de los hijos, donde la madre pueda atender su tratamiento sin descuidar el cuidado de su hijo, sin tener que elegir entre uno u otro.
Se debería plantear como una especie de guardería, con una persona encargada de cuidar a los niños durante las ocho horas de actividades de la madre. Sí, eso debería implementarse, si realmente se quiere ofrecer un servicio completo.
C.Z: ¿Y usted considera que los niños deberían estar hasta cierta edad dentro de este espacio?
E.R: Bueno, lo que pasa es que solo deberían permanecer aquellos niños que realmente necesitan estos cuidados. Si son niños que estudian o que cuentan con un familiar que pueda atenderlos, lo ideal sería no tenerlos en esos espacios.
Obviamente, esa área tendría que estar completamente aislada del entorno diario de las usuarias, pero estaría destinada únicamente a aquellos niños que requieren cuidado durante el tiempo que sus madres están en tratamiento.
C.Z: ¿Cómo se organizan los espacios de terapia grupal e individual?
E.R: Bueno, la terapia individual se realiza en los consultorios. Hay una normativa para el manejo de los setups. Por ejemplo, esta normativa establece que, por cada 10 usuarios, debe haber cierto número de personal: un psicólogo, un psiquiatra o médico, una trabajadora social y un terapista ocupacional. Cada profesional tiene su consultorio para trabajar de manera individual. Si hay 20 usuarios, deben haber dos psicólogos, por lo tanto, dos consultorios; si hay 30, serían tres psicólogos y tres consultorios. Todo depende del número de personas que se van a tratar para determinar el espacio necesario.
La terapia ocupacional también debería tener su consultorio y, además, un área específica para talleres, porque esta se trabaja en forma de taller. Asimismo, existe un espacio destinado a la terapia grupal, que puede ser utilizado por cualquier profesional, aunque, en general, lo ocupa el grupo. Cada especialidad debería contar con su espacio correspondiente.
C.Z: ¿Y usted considera que se organiza según la etapa de la rehabilitación en la que se encuentran o todas las personas participan juntas?
E.R: Bueno, existen distintos modelos. Depende mucho del modelo terapéutico que se vaya a instaurar. Hay algunos que separan a las personas por fases: los de primera fase tienen su propio espacio grupal, al igual que los de segunda y tercera fase. Sin embargo, la normativa no exige esa diferenciación; solo establece que debe existir una sala de terapia, por lo que generalmente se reúne a todo el grupo en un solo espacio.
Desde una perspectiva terapéutica, lo ideal sería contar con esa diferenciación, porque no es lo mismo una persona que ingresa hoy que una que lleva cuatro meses en tratamiento.
M.P: ¿Cuáles serían las fases principales dentro de un centro de rehabilitación?
E.R: Esto también depende del modelo terapéutico, pero, en general, suelen existir tres fases:
Fase de inicio: Se trabaja en la desintoxicación y en la toma de conciencia sobre el tratamiento.
Fase de modificación: Se enfocan en cambiar conductas y pensamientos.
Fase de inserción: Se prepara a la persona para reintegrarse a su entorno, enseñándole habilidades laborales y ayudándole a construir una carpeta que facilite su reinserción.
En general, así es como se estructura el proceso.
C.Z: En cuanto a lo que estamos hablando de que son las usuarias, por ejemplo, en este caso serían madres, las habitaciones que por lo general que hemos visto en los CETAD son compartidas. ¿Sería una buena idea que estas mamás puedan tener habitaciones separadas tal vez con sus hijos?
En realidad, lo ideal sería que las madres tuvieran su propia habitación, pero surge el problema de quién cuidaría a los hijos. Ella está en tratamiento y necesita atención, por lo que es importante priorizar su recuperación. Si le damos demasiado espacio para que asuma el cuidado de otras áreas, como el de su hijo, podría descuidarse el tratamiento.
Por ejemplo, en Quito existe un centro, Pumamaqui, donde cuentan con un lactario y un espacio de guardería. Las madres pueden estar con sus hijos cuando es necesario, pero, fuera de esos momentos, la prioridad es su proceso de rehabilitación. Esto evita que pierdan el hilo de su tratamiento.

3. Seguridad y Control
M.P: ¿Qué medidas de seguridad son necesarias dentro del centro?
E.R: La norma establece que no debería haber ninguna medida de seguridad, porque el tratamiento debe ser voluntario. Es decir, si una persona no quiere permanecer en el centro, nadie puede obligarla a quedarse. Si desean conocer más sobre esto, pueden visitar el centro en Gualaceo; puedo darles el contacto de una persona del Estado que les explicará el proceso. Ahí no hay rejas, mallas, ni guardias que controlen si los pacientes deciden irse o quedarse. Difiere mucho de lo que ocurre en la parte privada, según tengo entendido, pero la norma es clara: nadie debe ser retenido contra su voluntad.
Es como en un hospital: si ingreso con una fractura pero no quiero operarme, nadie puede obligarme a hacerlo.
Ahora, respecto a la seguridad en las farmacias internas, todo debería estar organizado en pabellones diferenciados. Por ejemplo:
Área administrativa: consultorios, farmacia, personal administrativo y operativo.
Área comunitaria: habitaciones y espacios de acceso para las personas en tratamiento.
Si estas áreas no están claramente separadas, existe el riesgo de que alguien acceda a medicamentos. En ese caso, se podría colocar un guardia únicamente para evitar la manipulación indebida de estos insumos, pero nada más.
M.P: ¿Cómo debería ser el diseño para evitar fugas o recaídas dentro del mismo espacio?
E.R: Eso ya va… creo que ya respondí. No es un tema de fugas; si alguien quiere irse, simplemente pide su alta terapéutica y listo.
M.P: ¿Cómo equilibrar el control del centro sin que se sienta como una institución carcelaria?
E.R: Eso lo maneja muy bien un buen aseo, por ejemplo. Tienen visitas familiares, están ahí de manera voluntaria y, si quieren, pueden salir. En la última fase incluso se les consigue espacios de trabajo, van, cumplen sus 8 horas fuera y regresan a dormir. El objetivo es que se reinsertan poco a poco.
Todo esto porque el ingreso a los CETAD es voluntario. Por supuesto, también pueden salir si lo deciden. Hay que entender que es un centro de tratamiento de tercer nivel en salud mental, no una institución para personas que han cometido delitos. Quienes han cometido delitos deben estar en otro espacio. Aquí no necesariamente son delincuentes; están en tratamiento, no por otra razón.
4. Sostenibilidad y Bienestar
C.Z: ¿Cómo influye el diseño arquitectónico en la estabilidad emocional de las pacientes?
E.R: La estabilidad emocional de las pacientes, imagínense estar en una institución donde sea un edificio, en cuatro paredes, donde haya un pabellón, donde esté todo y no podamos ni salir, ni tengamos una cancha ni un espacio verde. Creo que a cualquiera le va a afectar emocionalmente. Mientras tengamos espacios más abiertos, donde podamos ocupar terapéuticamente estos espacios, va a mejorar muchísimo el estado de ánimo, porque va a ser justo eso con lo que decían en la pregunta anterior.
No sé, yo cómo me voy a sentir si me siento encerrado, me siento prisionero. Ya el tratamiento se vuelca en un conflicto enorme. Pero si me siento parte de una comunidad, la cosa va a cambiar.
C.Z: ¿Qué papel juegan los espacios verdes en la recuperación emocional y física de las pacientes?
E.R: Bueno, ustedes pueden ver aquí cómo vamos con el tema de la conexión con todo, ¿no? Y obviamente, los espacios verdes me van a permitir a mí conectarme con la naturaleza, con ir dejando de lado muchas cosas que quizá no tenía tiempo ni espacio antes. Entonces, debe resignificarse también ese espacio, porque la gente que consume ocupa los espacios verdes para consumir, para esconderse, no para disfrutar como tal.
Por eso tiene que haber, y además, uno aprende a cuidar una planta, aprende a cuidar un animal, aprende a cuidar. Eso va a beneficiar muchísimo.
C.Z: ¿Qué tipo de actividades se puede realizar como terapia ocupacional?
E.R: Bueno, la terapia ocupacional tiene un fin: aprender a resignificar las actividades diarias. A veces se confunde mucho y se piensa que la terapia ocupacional tiene que ser car-

pintería o algo por el estilo, y no es así. Es mucho más profunda.
Es un plan para resignificar las actividades diarias. Si, dentro de esas actividades, alguien aprende algo, es otra cosa, pero el enfoque es resignificar. Por ejemplo, si alguien aprende electricidad, puede resultarle más sencillo reinsertarse si no tiene un trabajo. Si aprende una actividad durante el tratamiento, mucho mejor
5. Integración con la Comunidad y el Entorno
M.P: ¿Cómo afecta la ubicación del centro a la percepción de las pacientes y sus familias?
E.R: Primero, que ubicar un centro es muy difícil porque la comunidad no va a estar de acuerdo. Ninguna comunidad quiere un centro de salud mental en su barrio, y ¿que va a afectar? Por supuesto. Pero el plan es hacerlo lo más comunitariamente posible, en un espacio que tenga espacio verde, que sea amplio, que tenga comodidades, en las que me permita a mí valorarme como ser humano.
Si se lo hace a nivel céntrico es más complicado por esto de la comunidad. Saben, van a estar como más expuestos, y la gente todavía tiene ese complejo de "uy, el consumidor es ladrón", entonces van a estar mal vistos y por ahí entran conflictos. Es mejor ubicarlo en centros o comunidades donde nos permitan estar tranquilos, funcionar en paz y tener espacios amplios, mucho mejor que estar en una ciudad.
M.P: ¿Qué tipo de espacios serían útiles para visitas de familiares o reinserción social?
E.R: Sería buenísimo tener espacio verde con sillas, mesas, con toda la comodidad que pueda tener la familia y las personas. Pero eso depende obviamente de recursos, ¿no? A veces uno se limita mucho porque tiene que adecentar un espacio y le toca conformarse con lo que hay. Pero si se puede, claro, debería haber un espacio adecuado para que las familias estén, porque a la final eso es un tema de ir reinsertándonos de lado y lado. No estamos buscando nada más que rehabilitación, y ese debería ser el plan.
C.Z: ¿Y hablando un poco sobre el personal que va a diario, qué espacios recomendaría para ellos?
E.R: Bueno, el personal operativo necesita su consultorio para tener su espacio individual, su grupo, nada más que eso. A veces se cree que el personal también debe quedarse en la cocina o en el comedor, pero pasar todo el día ahí no es recomendable. Es mejor que tengan su espacio para almorzar, que salgan una hora y luego regresen.
M.P: ¿Y hablando de en cuanto a la falta de espacios o a espacios que no son funcionales, por ejemplo, lo que ya existe actualmente?
E.R: Probablemente eso: algunos servicios que ya existían se fueron acoplando a las normas y consiguieron permisos para funcionar. Conozco algunos centros que no están en las mejores condiciones. Si pueden darse el tiempo de ir a Gualaceo, al centro del Ministerio de Salud Pública, tal vez su perspectiva cambie.

ANEXO 2: Transcipciones de entrevista a Pablo Medina (Director de CETAD Hogar Victoria)

1. Funcionamiento del Centro y Necesidades de las Usuarias
M.P: Como parte de nuestra investigación, somos estudiantes de arquitectura en el 10º ciclo en la Universidad de Azuay. Actualmente, estamos trabajando en el diseño de un centro de rehabilitación para mujeres con adicciones, ubicado en la parroquia del Valle. Estamos realizando entrevistas con personas que trabajan en centros de rehabilitación para poder obtener una visión detallada sobre su funcionamiento interno, sus necesidades y los desafíos a los que se enfrentan. La entrevista está organizada en cinco puntos clave que abordan aspectos fundamentales sobre el funcionamiento del centro y las necesidades de las usuarias. Utilizamos preguntas específicas para entender cómo se podría mejorar el diseño y asegurar que cumpla con los objetivos terapéuticos y funcionales del centro, donde la primera pregunta es: ¿Cómo considera el estado actual de los centros de rehabilitación de adicciones para mujeres?
P.M: Diría que de manera global. Como mencioné antes, hay mucha clandestinidad y, además, este es el único centro avalado para mujeres.
Los centros específicos para mujeres son muy escasos. Nosotros trabajamos con adolescentes de 12 a 17 años, una población que no recibe mucha atención. Existen algunos centros mixtos con alas separadas para hombres y mujeres, pero los espacios exclusivos para adolescentes mujeres son prácticamente inexistentes.

El trabajo con mujeres en el ámbito de las adicciones es más complejo de lo que parece. A menudo, las instituciones imponen restricciones que dificultan nuestra labor. Por ejemplo, se exige que la persona llegue voluntariamente al centro para recibir tratamiento, lo cual es poco realista. De cada 300 casos, tal vez solo dos llegan por voluntad propia, generalmente porque han tocado fondo o su vida está en peligro.
En muchos casos, las jóvenes no solo consumen, sino que también están involucradas en la distribución de sustancias. Esto las expone a amenazas y persecuciones, lo que las obliga a esconderse en centros de rehabilitación para protegerse. Actualmente, tenemos a una chica en esa situación. En su colegio distribuía droga y ahora la están buscando. No llegó aquí diciendo "quiero curarme", sino porque tenía miedo. La adicción no es un vicio, es una enfermedad, y aunque ella ahora está en tratamiento, su ingreso no fue motivado por un deseo inicial de rehabilitación, sino por el riesgo que corría afuera.
Otro gran problema es la falta de apoyo institucional. Tanto entidades públicas como privadas ponen demasiadas trabas, especialmente en lo relacionado con permisos y regulaciones. Como asociación, contamos con licenciamiento y trabajamos bajo normativa de ley, pero las exigencias que nos imponen no siempre se ajustan a nuestra realidad.
Por ejemplo, el programa que nos piden aplicar es un modelo canadiense, diseñado para una población completamente distinta. Además, se requieren infraestructuras de primer nivel que ni siquiera existen en Ecuador. Son normas creadas en oficinas por personas que desconocen por completo la realidad del trabajo en campo.
Construir un centro de rehabilitación desde cero es extremadamente costoso y complejo. Por eso, la mayoría de los centros adaptan espacios según sus necesidades básicas, porque cumplir con todas las exigencias es prácticamente imposible. Muchos operan en casas, oficinas o espacios remodelados que no fueron concebidos originalmente para este propósito. Lo que antes era un cuarto se convierte en oficina, jardines se transforman en canchas y salas en comedores. Esto demuestra las dificultades estructurales y económicas que enfrentan estos centros para poder funcionar.
M.P: ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan las mujeres en su proceso de rehabilitación?
E.E: La enfermedad de las adicciones afecta a todos por igual. No distingue sexo, posición social, raza, cultura ni religión. Sin embargo, en el caso de las mujercitas, existen factores que agravan su situación.
Cuando me refiero a "mujercitas", no lo hago en un sentido despectivo, sino porque trabajo con adolescentes y así es como las llamo. Hemos trabajado con ambas poblaciones. En nuestro segundo centro, mi esposa y yo —ella es la directora técnica— tuvimos un espacio llamado "Mujer Libre", dirigido a mujeres adultas y adolescentes. Actualmente, manejamos "Hogar Victoria", enfocado exclusivamente en adolescentes mujeres.
La diferencia más cruda entre hombres y mujeres en la adicción es que las mujeres pierden su dignidad física de una manera más cruel y acelerada. De cada 100 casos, aproximadamente el 90% han sido víctimas de abuso sexual. Si bien esto también ocurre en los hombres, el porcentaje en mujeres es significativamente mayor, incluso podría llegar al 95%.
Las mujeres son mucho más vulnerables a exponerse o a prostituirse a cambio de drogas. Aunque este fenómeno también ocurre en hombres, la frecuencia es mucho más alta en mujeres. Creo que esta es la diferencia más desgarradora que he observado.
La adicción como enfermedad se desarrolla de la misma manera en ambos sexos, pero el impacto en la dignidad y la integridad de la mujer, especialmente en el ámbito sexual, es mucho más profundo. Con demasiada frecuencia, la adicción las empuja a situaciones en las que su cuerpo es utilizado como moneda de cambio, lo que las vuelve aún más vulnerables dentro de este círculo destructivo.
M.P: ¿Qué actividades terapéuticas se realizan con mayor frecuencia y qué espacios requieren?
P.M: Las chicas tienen un cronograma de actividades desde las 5:30 de la mañana hasta las 10 de la noche. Dentro de ese cronograma de actividades hay un horario día tras día que, obviamente, cumplen diversas actividades. Hay actividades fijas, como por ejemplo las terapias, las terapias vivenciales. Ellas tienen la terapia vivencial más o menos desde las 8 de la mañana hasta las 10:30 de la mañana todos los días. Esa es una parte que no podemos saltarnos porque está fijo en nuestro plan de tratamiento. Tienen terapias grupales con otro tipo de profesionales, trabajador social, otro tipo de psicólogo, no necesariamente porque la terapia vivencial también es una terapia grupal. Están todas con el terapista vivencial.

Ahí tienen terapia deportiva, terapia, bailoterapia. La bailoterapia la tienen los lunes y los días viernes, tienen dos horas de bailoterapia. En las noches, por ejemplo, tienen terapias todos los días variadas. Entonces, un día es lectura, otros días son juegos lúdicos, otras veces karaoke. O sea, son actividades varias. ¿Para qué? Para que ellas no tengan lo que tienen a veces en la cabeza. La mayor parte de la gente dice: "Les encerramos aquí". No están encerradas. Y como usted puede ver, nuestro centro no tiene rejas, no tiene muros, no tiene mallas, no tiene nada. Porque nosotros trabajamos, nos enfatizamos en que seamos mejores. Nosotros somos la atracción, no repelemos a las pacientes.
¿A qué me refiero con esto? Antes, ¿qué pasaba? Entraba una persona a un cebado en comunidades de permiso o clínicas. Ahora, somos CETAD. Rapidito, la diferencia entre clínicas y CETAD: CETAD significa Centro Especializado para el Tratamiento de Adicciones.
La clínica era simplemente cualquier persona que se recuperaba, estaba 3, 4, 5 años en recuperación, alquilaba una casa, ponía rejas, compraba camas, compraba sillas y simplemente daba su vivencia, y era solo netamente vivencial.
¿Qué cambia eso con el CETAD? Al ser especializado, Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones, trabajamos con profesionales de la salud mental. Aquí no les cuidan vivenciales, ya que son cuidadas por enfermeras. Aquí hay un director técnico que es psicólogo con maestría en drogodependencia. Aquí hay dos psicólogas, tres psicólogas más que tienen experiencia, que han hecho sus prácticas preprofesionales y ya tienen un lapso de mínimo 4 años en centros de tratamiento de adicciones. Tenemos trabajadoras sociales que se encaminan a la parte legal y a la parte social, si cabe el término, de las chicas que están en esta parte de recién su tratamiento en serio. Esa es la diferencia entre CETAD y centros de represión.
Me fui de la pregunta, ¿me puedes repetir? Ah, sí. Entonces, ¿qué actividades terapéuticas realizan? Ya. Entonces, unas son actividades múltiples porque nosotros somos un centro integral. Nuestro tratamiento es un tratamiento integral.
Al ser integral, abarcamos todas las esferas de la vida de ella: psicológico, social, espiritual, emocional, familiar, parental. Absolutamente todas las esferas que pueden abordar la vida de la usuaria son las que nosotros tenemos. Nosotros tenemos un cupo para 24 pacientes. ¿Por qué? Porque nuestro tratamiento es personalizado. Nosotros no metemos a 70 a escuchar una terapia todo el día en una sala de terapia. No. Somos personalizados. Por eso es nuestro cupo bajo, para poder brindar ese servicio acorde a lo que ofrecemos y lo que nos piden las usuarias.
Entre espacios, los espacios son bastante importantes aquí porque en espacios reducidos se siente el estar encerrado. Nosotros aquí contamos con 7.000 m², entonces tenemos espacios para realizar diferentes actividades en el espacio acorde al que se requiere. Por ejemplo, he visto otros lugares donde el mismo lugar es el comedor, el mismo lugar es la sala de uso múltiple, el mismo lugar es la sala de terapia. Simplemente, dependiendo de la hora, se va cambiando las cosas. Por ejemplo, cuando es sala de terapia, ponen las sillas en forma de U. Cuando es comedor, meten las mesas y ponen ahí mismo. Cuando es uso múltiple, ponen las mesas de otra forma.
Ese no cambiar de espacio, no tener un espacio acorde para cada una de las actividades, creo que también les afecta a las usuarias. En el caso de aquí, el tratamiento va aproximadamente de 6 meses. ¿Por qué digo aproximadamente? Porque nosotros tenemos un proceso que culmina con 5 etapas. La etapa más difícil es la primera, la de la aceptación. Entonces, nosotros ponemos un promedio del tiempo en que van a cumplir eso.
Más o menos, de un mes y medio a dos meses. Hay chicas que lo cumplen en ese tiempo, pero hay chicas que siguen en negación hasta los tres meses y medio. Entonces, obviamente no vamos a alcanzar a cumplir el tratamiento en los 6 meses.
¿Por qué? Porque cada una de las personas somos distintas. Hay chicas que están en negación más del tiempo, entonces, obviamente, las otras etapas van a ir cumpliéndose más tarde. Si ya no son de 6 meses, ya no son de 7 meses, a veces son 8 o 9. Por eso es aproximadamente. Entonces, ¿a qué me refiero? A tenerles en espacios encapsulados, donde no se puedan disipar, donde no tengan áreas verdes, donde no puedan ver la claridad. Porque aquí hay centros que son construidos tipo modelo carcelario, en donde son 3 o 4 pisos. Claro, les ofrecen hermoso, 4 pisos con comodidades, todo, pero son 4 pisos donde todo el tiempo están ahí. Entonces, obviamente ahí sí podemos hablar de un encierro, porque vivimos en modo de un sistema carcelario. Ellos dicen "sistema hospitalario", pero un sistema hospitalario es para chicas o chicos o usuarios que están enfermos físicamente, los cuales tienen que estar en reposo en una cama en un cuarto.

Pero esta enfermedad de las adicciones no es que uno tiene que estar acostado todo el día en un cuarto recibiendo terapia. Hay un modelo de terapias que se van confabulando, ¿para qué? Para disipar su mente. Por ejemplo, ¿qué les hacemos a ellas? A enseñarse a divertir. Aquí tienen fiesta, celebran cumpleaños, carnaval, Año Viejo, Navidad, todo. Les pongo música, saltan, bailan, brincan, todo sin alcohol y sin drogas. Entonces, ellas saben que hay cómo divertirse. Aprenden a divertirse, aprenden a bailar. Les pongo el mismo reguetón que oyen afuera, los mismos vallenatos con los que antes todos consumían. Pero simplemente con la diferencia de que sí hay cómo. Sí hay cómo ir, pero sin consumir. Porque hay lugares donde dicen: "Es que eso es un viejo esquema y donde vos haces eso, estás en recaída". Eso no es así. Ese es más o menos el esquema, los espacios que manejamos y más o menos justo.
M.P: Ahora va más o menos hacia el tema de las fases, ¿Cuáles son los momentos más críticos del tratamiento y cómo debería responder el espacio a estos momentos?
P.M: Los momentos más críticos son cuando hay etapas de abstinencia y crisis de abstinencia, que generalmente no desembocan en que la paciente quiera portarse así. Hay episodios bastante feos que se ven acá. Yo los llamo bastante crueles a veces, pero no crueles porque se le haga algo a la paciente, sino porque la sustancia está haciendo efecto de la forma más cruel sobre un ser humano. No depende de ella, porque no es que ella está queriendo portarse así. Aparecen sudoraciones, desesperaciones, se ponen temblorosas, lloran, se quieren escapar, se quieren agredir al cuerpo ellas mismas a veces, pero es porque su cuerpo lo está pidiendo. No es que ellas quieren así, es su cuerpo lo está pidiendo. Sí depende, obviamente, del tipo de droga. Se ponen agresivas, su estado emocional es completamente distinto al de una persona normal. Se agreden dentro de un centro y es muy difícil que agredan a otras personas porque, obviamente, nosotros tenemos estrategias para calmar eso. Se agreden a sí mismas, sí. Justamente, este rato estoy con una chica que tiene 12 años y está en una crisis de abstinencia bastante cruel. Como no puede agredirse, su cuerpo solito está necesitando su sustancia y está desencadenando una fase alérgica. Tiene unos brotes, unas ronchas en el cuerpo, pero es por la abstinencia. Entonces, todo eso está en la cabeza de ella.
Claro, entonces esas son las etapas. Como les dije, son cinco etapas que se cubren, pero la más cruel, yo creo que la más dura, la más difícil, la que es más complicada de superar es la negación. Ellas, cuando ingresan acá, lo primero que se preocupan es por el tiempo en el que van a estar aquí. El tiempo lo ponen ellas porque ellas son las que van cumpliendo las etapas. Mientras no cumplan esas cinco etapas, no van a poder salir. Generalmente, tratan de hacernos ver como que ya están bien al mes y medio, dos meses. Entonces, usted ve aquí a chicas educaditas, que hacen todo, que responden todo, que están muy bien, que ya se sienten de lo mejor y todo. Pero, obviamente, es una pseudo emoción, o sea, es una falsa muestra de que ellas están bien. Es una parte de la enfermedad, sí, pero como nosotros, como equipo técnico y equipo especialista, sabemos la forma en la que se les hace caer en cuenta, eso es muy importante. Porque a partir de que ellas nos muestran esa pseudo emoción o ese falso bienestar, es cuando llegan a tocar piso y comienza su recuperación. Es parte del proceso.
Sin embargo, yo creo que la parte de la aceptación es la más difícil. Es la primera etapa. Y, muchas veces, en algunas ocasiones, también es complicada la etapa de la reinserción, que es la última etapa. ¿Por qué? Porque, lastimosamente, hay chicas que no tienen un sitio acorde donde reintegrarse. Me pasó con una adolescente aquí, que estuvo ocho meses, salió perfecta, salió de lo mejor, 100% recuperada y muy bien. Sus papás son migrantes, mejor dicho, la mamá es migrante. El papá vive su vida loca, es de una provincia de la costa. Salió extremadamente bien. Nosotros hacemos seguimiento de por vida. O sea, ellas pueden venir hasta cuando sean viejitas y sin costo. Pero el papá ya no la quiso traer. Obviamente, el papá también tiene su consumo, sus malos manejos, trabaja lo justo y lo necesario, tiene peleas con la mamá que está en el extranjero. Entonces, no hay un lugar acorde a donde ella se pueda reintegrar. Aguantó ese ritmo cinco, seis meses y se cayó de la forma más fea, porque ya se cayó con armas. La cogió la policía, está en un proceso penal. Ahora está aquí, retomando su proceso. Gracias a Dios, le pudimos salvar de la parte penal, porque iba cinco años adentro. Le salvamos de la parte penal, pero, lastimosamente, este rato no tiene un lugar seguro. Esa es una de las partes más feas. Uno hace el trabajo, pero si no hay un sitio donde reinsertarlas, el esfuerzo se pierde. Aquí tienen terapia de por vida y gratis, pero a veces la misma familia se opone. "¿Para qué te vas a ir? Qué pereza tan lejos. Que ya vuelta la doctora, que ya vuelta la clínica. Ya cuéntame a mí, ya estás bien. ¿Hasta cuándo vas a depender de esta clínica?" No entienden.
Entonces, esa es la parte más amarga. Creo que la etapa de la negación es la más difícil de atacar. Es cuando ingresan agresivas, cuando quieren pegarle a todo el mundo, cuando quieren fugarse, cuando se portan mal. Esa etapa de la negación, al principio, no les dura más de una semana. A lo mucho, exagerando, una semana. A los tres, cuatro días,

ya están tranquilas.
M.P: ¿Qué tipo de privacidad necesitan las pacientes en diferentes momentos del tratamiento?
P.M: La privacidad es un aspecto fundamental, especialmente en momentos como el aseo, la ducha o el uso del baño. Sin embargo, cuando una paciente recién llega, no podemos dejarla sola, ya que existe el riesgo de que se autolacere o se autodañe por desesperación. Ha pasado antes. En otra clínica, una chica pidió ir al baño, y la psicóloga, que estaba embarazada, la acompañó. La paciente rompió un vidrio, lo tomó y dijo que solo quería hablar con la psicóloga embarazada. Se encerró en el baño y amenazó con clavarse el vidrio si no la dejaban salir. Tuvimos que aplicar estrategias para calmarla, porque no podemos simplemente rendirnos y dejar que se hagan daño. Nuestro deber es buscar soluciones. Eso ocurrió hace mucho tiempo en otra clínica, pero demuestra por qué la privacidad debe manejarse con seguridad.
Aquí se maneja la privacidad con medidas de seguridad. Durante los primeros días o meses de tratamiento, las chicas no pasan solas a ciertos espacios, ya que algunas tienen un potencial suicida altísimo. Dejar a una chica sola en un cuarto con la puerta cerrada toda la noche podría ser un riesgo. Por eso, utilizamos un sistema llamado "sombras". Es decir, cada paciente nueva tiene una compañera con un proceso más avanzado que la acompaña y la cuida. Esto fomenta la paciencia y la responsabilidad en la paciente que ya está más avanzada. Por ejemplo, si la nueva paciente necesita ir al baño, su sombra la acompaña hasta la puerta, puede cerrar la puerta pero no ponerle llave. La sombra está atenta a cualquier sonido o señal de peligro sin invadir la dignidad de la otra, ya que entendemos que nadie quiere sentirse vigilado en un momento tan privado. Sin embargo, es una medida de seguridad necesaria.
En cuanto a los dormitorios, aquí son compartidos, con dos o tres personas en cada uno. Las enfermeras hacen veladas nocturnas para supervisar y garantizar la seguridad de todas. Además, utilizamos pequeños dispositivos en las camas que funcionan como alarmas discretas. Si alguien se levanta durante la noche, estos dispositivos suenan y alertan al personal.
En las áreas grupales, la privacidad es diferente. En oficinas y consultorios, se trata de manera especial. Los consultorios de psiquiatría, medicina y psicología no pueden ser espacios abiertos, ya que ahí se tratan temas muy sensibles y personales. En el consultorio médico, por ejemplo, una paciente podría necesitar desvestirse para un examen. En los consultorios psicológicos, se discuten problemas que requieren privacidad absoluta. Por eso, estos espacios deben estar separados y protegidos.
Sobre la convivencia entre las pacientes nuevas y las que ya llevan más tiempo, es importante que las de nuevo ingreso no estén juntas en un mismo espacio. En un centro de tratamiento de adicciones, el grupo es clave en la recuperación, no solo el psicólogo. Si tres pacientes nuevas ingresan la misma semana y se alojan juntas, es más probable que se motiven entre ellas a escapar o a resistirse al tratamiento. Una sola puede tener miedo, pero si son dos, ya se sienten más seguras, y si son tres, pueden planear estrategias para huir. Podrían pensar en romper paredes, buscar armas improvisadas o incluso amotinarse contra el personal. Por eso, al inicio, las nuevas tienen prohibido comunicarse entre sí durante al menos el primer mes. Su sombra es la única que puede interactuar con ellas.
Aquí no hay personas malas, hay personas enfermas. Pero cuando alguien está en negación, se crean alianzas negativas. Por eso, al principio no pueden hablar entre ellas. En esta etapa inicial, la abstinencia es intensa, la desesperación por consumir es fuerte y se sienten desubicadas en un lugar desconocido. Todo esto genera un deseo profundo de escapar. Además, se enfrentan a un cambio radical: pierden su rutina, su espacio, su comida, todo lo que conocían. Aunque aquí se les brinda muchas comodidades dentro de lo posible, no es un hotel de lujo ni un lugar de castigo. Buscamos que la recuperación se haga con dignidad, respetando sus derechos, pero sin permitir que caigan en alianzas que retrasen su proceso. Esta es la razón por la que, al inicio, no se les deja hablar entre ellas.
M.P: ¿Cómo es la rutina diaria dentro del centro?
P.M: La rutina tiene una serie de actividades que comienzan con el levantarse, en la zona donde ellas duermen. No se trata de un área de aseo, pero sí de una parte destinada para la limpieza personal. Ellas tienden su cama y arreglan su ropa. Luego, pasan a la ducha. Después de esto, tienen 30 minutos de ejercicio. Estos ejercicios son simples, como estiramientos, elongaciones y trotes ligeros, diseñados para que se despierten y activen.
Después de la sesión de ejercicios, suben a bañarse y, una vez que se asean, deben dejar su cuarto ordenado. Luego, bajan para el desayuno. Toda esta actividad ocurre en un lapso de 6 a 8 de la mañana. A las 8 de la mañana, después de desayunar, se suben nuevamente a asearse los dientes y se preparan para la terapia vivencial, que comienza a las 8 y dura hasta las 10 de la mañana. Luego, entran a terapias grupales, dependiendo del día, y algunos días tienen baño terapia. En otros días, hacen terapias manuales, como trabajos con fomi, cerámica o arcilla, dependiendo del proyecto del mes.
En la tarde, las actividades continúan hasta la 1 de la tarde, momento en el que tienen su almuerzo. Después del almuerzo, tienen tiempo para hacer deberes, desde la 1 hasta las 2 de la tarde. Luego, tienen un breve descanso, donde algunas duermen, otras conversan y otras leen. A las 2 o 2:30 de la tarde, deben comenzar con los deberes. Las pacientes estudian bajo un modelo denominado "aula hospitalaria", aprobado por el Ministerio de Salud. Este sistema les permite seguir su rutina educativa con contacto directo con el colegio, de manera que cuando salgan de allí, se encuentren al mismo nivel que sus compañeros.
En la tarde, después de los deberes, tienen terapia nuevamente. Dependiendo del día, estas terapias pueden ser individuales o grupales. La terapia dura hasta las 6 de la tarde. Durante la mañana, entre las 10:30 y las 11:00, tienen un refrigerio y un breve tiempo para ir al baño, estirarse y relajarse. A las 4:30 de la tarde, tienen otro refrigerio y un momento para relajarse, caminar por la cancha o cambiar de ambiente.
A las 6 de la tarde, regresan a terapia hasta las 6:30. En algunos días, también tienen citas con médicos, nutricionistas o psiquiatras, quienes las ven mientras están en terapia. El médico las examina para asegurarse de que no estén enfermas y les administra la medicación necesaria. La nutricionista les controla el peso y otros aspectos de su salud. El psiquiatra también realiza visitas periódicas. Después de la terapia, tienen un lapso entre las 6 y las 7 de la noche para hacer más deberes. A las 7 de la noche, tienen su merienda, que dura una hora, hasta las 8. Después de merendar, cada grupo de pacientes se reúne con su enfermera, ya que el centro está dividido en tres casas con diferentes grupos de pacientes. Cada enfermera se encarga de su grupo. Entre las 8 y las 10 de la noche, las actividades incluyen lectura, juegos lúdicos, karaoke, juegos de mesa o autocuidado, dependiendo de las necesidades del día.
El autocuidado se refiere a las acciones que las pacientes toman para mejorar su convivencia, como comprometerse a ser más puntuales en la ducha o cuidar los tiempos de las actividades para no retrasar a los demás. Esto fomenta la colaboración y mejora la convivencia dentro de cada casa y en el centro en general.
2. Espacios Terapéuticos y Funcionales
C.Z: ¿Qué espacios considera esenciales en un centro de rehabilitación para mujeres, teniendo en cuenta que algunas usuarias podrían ser mamás?
P.M: Bueno, el espacio primordial de un CETAD, o el núcleo donde más tiempo se pasa, es en la sala de terapia. Este espacio es fundamental para la recuperación. Antes, el lugar era de aproximadamente 5x5 metros, donde metían a 20 personas con literas y colchones en el suelo. Este tipo de hacinamiento no se considera un trabajo digno, ya que la privacidad de los usuarios se veía invadida. Por ejemplo, una persona podía estar desnuda en la ducha mientras la otra esperaba afuera. Esto no es un ambiente adecuado para la recuperación, sino que se basaba en el miedo: las personas dejaban de consumir no porque fueran conscientes de su problema, sino porque temían ser internadas nuevamente.
Este tipo de enfoque no se puede considerar una verdadera recuperación. En términos clínicos, se llamaría "tapar la botella y apagar el pucho". Dejan de consumir, pero no entienden que tienen un problema con el alcohol o las drogas. Están en abstinencia, pero no tienen conciencia de su enfermedad. Esto crea una falsa sensación de recuperación, y eventualmente, las personas recaen en el consumo con más fuerza, ya que no comprendieron su problema desde una perspectiva cognitiva y conductual.
Es muy importante que los espacios no vulneren la dignidad de los pacientes. A veces, por error, se les trata como "viciosos" y se les aplica un trato duro, lo cual es contraproducente. Muchas personas que llegan aquí tienen carencias afectivas, y en lugar de aplicarles disciplina a través de maltrato, es más efectivo escuchar y comprender. La recuperación con dignidad es fundamental, y los espacios juegan un papel esencial en esto.
El principal espacio en este contexto es la sala de terapia, ya que es donde las chicas pasan la mayor parte del tiempo. Este espacio debe ser cómodo, claro y espacioso. Si se creara un ambiente oscuro, como una sala con paredes grises o negras, eso solo contribuiría a que las chicas se sintieran más deprimidas. Cuando se trata de vivencias difíciles, como llantos o recuerdos dolorosos, es fundamental un ambiente que sea acogedor, con luz natural, que permita la reflexión y la expresión.
Otro espacio fundamental son las habitaciones. Para evitar el hacinamiento, es importante que no se asignen demasiadas personas a un cuarto. Si no duermen bien, no comen adecuadamente o no están cómodas, no podrán levantarse al día siguiente con la disposición necesaria para compartir lo que les ocurre. Los espacios verdes también son esenciales.

El contacto con la naturaleza, tomar el sol, es algo positivo para las chicas. A veces, las terapias se realizan en espacios exteriores, lo cual es muy beneficioso.
C.Z: ¿Podría hablarnos un poco más sobre el caso de las mujeres que son mamás? Suponiendo que haya apoyo económico, como por ejemplo del estado, ¿consideraría viable implementar una guardería dentro del centro de rehabilitación para aquellas mujeres que desean ingresar pero no tienen quién cuide a sus hijos menores de 5 años? La idea sería contar con un espacio separado dentro del centro donde ellas pudieran estar tranquilas sabiendo que sus hijos están siendo cuidados mientras ellas cumplen con su tratamiento. ¿Qué opina sobre este proyecto?
P.M: En cuanto a la idea de implementar una guardería dentro del centro de rehabilitación para las mujeres que tienen hijos menores de 5 años, pienso que, aunque sería un buen proyecto, no es adecuado que una persona que está comenzando un proceso de recuperación se haga responsable de cuidar a un niño. A veces suena cruel, pero la separación de la madre y el hijo es necesaria para proteger al menor. Incluso cuando algunas mujeres han dado a luz aquí durante su tratamiento, el centro no está preparado para ser una guardería.
En este caso, sería más prudente que familiares responsables se hagan cargo de los niños hasta que la madre esté completamente recuperada y pueda proporcionarle el cuidado adecuado. Además, aunque los niños puedan estar aquí temporalmente, no es un ambiente adecuado para ellos. La recuperación de la madre y la protección del niño deben ser prioridades separadas.
En cuanto al reencuentro familiar, las mujeres tienen la posibilidad de recibir visitas de sus hijos durante su tratamiento. A los cuatro meses y medio, se permite un reencuentro familiar, pero no en un ambiente como este, que no es adecuado para los niños. Los niños pueden pasar un rato con su madre, pero el entorno no es el mejor para su bienestar.
C.Z: ¿Cómo se organizan los espacios de terapia grupal e individual?
P.M: La terapia grupal generalmente se realiza en una sala de terapia o en un espacio exterior, donde las usuarias comparten vivencias. Ahí, se apoyan mutuamente, ya que lo que una ha vivido puede ayudar a otra. Por ejemplo, si una mujer, debido al alcohol, llegó a estar a punto de prostituirse pero no lo hizo, puede compartir esa experiencia con otra que sí pasó por esa situación. De esta forma, la compañera le da su perspectiva de lo que vivió, y la otra sabe lo que le hubiera pasado. La terapia individual, por otro lado, se realiza en un consultorio con el profesional, donde se trabaja de manera más personalizada según lo que cada una necesite. A veces, los terapeutas prefieren no estar en una oficina y, como el centro es grande, realizan las sesiones en espacios exteriores o en áreas como un columpio. Aunque la terapia grupal normalmente se realiza en la sala de terapia, el espacio puede variar según lo que el terapeuta considere necesario.
3. Seguridad y Control
M.P: ¿Qué medidas de seguridad son necesarias dentro del centro?
P.M: Oh, eso sí es bastante, eh. A ver, como le manifesté al principio, nosotros hemos adaptado este lugar para un centro, pero hemos tomado medidas de seguridad. Como le comentaba, esto de las sombras y esas cosas, por lo que no tenemos afuera un muro ni nada por el estilo. Pero obviamente, eh, si hubiera la posibilidad de poner algo, nosotros somos muy vulnerables en la parte del frente, muy vulnerables.
Nosotros vamos a trabajar en esa concientización para que después puedan pasar por aquí y caminar solas y todo, pero al principio no. Sí, sí, sí, ese es el mayor miedo de las familias cuando vienen a dejar. Cuando ya vienen, les dejan, ese "no sé doctor, dame viendo porque mire cómo son las rejas". No tiene rejas, no tiene muros. "Puh, ella se salta del tercer piso, ella se ha fugado de ni sé dónde". Entonces, obviamente, sí es una preocupación, y en un descuido sí puede ser vulnerable para que se nos escape.
Sí, fuera un poquito peligroso dejar así como tenemos nosotros acá ahora. Yo considero que tendría que haber en el espacio de seguridad muros, tal vez. Rejas no, no soy amigo de las rejas. Tal vez unos muros, pero unos muros alusivos a qué. Si yo hago un muro acá afuera, un muro acá adentro, tendría que ser tal vez pintado con algo. Ya, Mati, compenso muro con qué, con espacios verdes, donde ellas no sientan que están encerradas, no sientan que están encerradas.
El encierro es uno de los peores enemigos, o el sentirse encerrado es uno de los peores enemigos de la recuperación. Porque usted le está quitando la libertad a una persona, le quitan la libertad, le quitan absolutamente todo. Sí, entonces, eh, claro, la seguridad es muy importante, ¿no? Pónganse, ellas en la noche duermen en cada una de las casas, pero duermen con llave. No es que pueden entrar y salir cuando quieren, están supervisadas con una enfermera, están supervisadas con guardia en las noches. Aquí hay guardia rondando las noches, las enfermeras también.
Ellas tienen un equipo de comunicación entre las tres enfermeras del guardia. Tengo guardia externo también, sí. Obviamente, no es que están así nomás. Pero ya dependiendo del sistema, de cómo se ve, porque aquí, como le digo, estamos adaptados. Yo no puedo mandar ni un muro de 300 metros. Sí, me cuesta más el muro que todo lo que he invertido en el centro. Entonces, obviamente, hay que ir tomando decisiones, pero la seguridad es muy importante.
Como le digo, si yo tuviera la posibilidad, sí. Póngase en la parte de atrás, que éramos vulnerables cuando pusimos el centro, nos tocó poner mallas. Sí, porque atrás usted entraba y caminaba por la propiedad como quería. Entonces, pusimos mallas. Obviamente, es bastante costoso, como le digo, pero no puedo poner un muro. Usted ve que tenemos un cerramiento verde más que de algún otro tipo de material. Pero si hubiera la posibilidad, obviamente, yo no dudaría en poner un muro o cerrar esta parte de los lados. Sí, pero a veces cerrar 7.000 metros es difícil.
M.P: Justamente la siguiente pregunta creo que más o menos se responde en base a eso porque es ¿Cómo debería ser el diseño para evitar fugas o recaídas dentro del mismo espacio?
P.M: O sea, ¿y por qué le hablo de muros cuando hay mallas? La gente es muy curiosa, y no la de acá adentro, sino la de afuera. A veces están en actividades y, obviamente, no es ningún pecado tener esta enfermedad, pero la gente ve el letrero y, si tengo mallas, se ve. "Adictos, adictas", los tachan, los juzgan, les ponen etiquetas. Ustedes saben cómo es aquí. Imagínense el CRA con mallas, que se pueda ver de adentro para afuera: "¡Ay, ve los locos!". Pero no.
Es como darles privacidad en la situación que están pasando en este momento. Yo sí consideraría más bien esto de los muros. Por ejemplo, en mi caso, yo quisiera muros, pero ¿qué pasa en la parte de adentro? En vez de que esté pintado de blanco o que sea ladrillo visto, hiciera murales motivacionales. Quisiera pintar un mural motivacional adentro: "Solo por hoy", "Tú sí puedes", "Eres una guerrera", "Un día a la vez", muchas cosas así.
Sí, pero compensando, como les decía al principio, con una parte en la que no se sientan que ese muro, o ese cerramiento, o esa malla, o lo que sea con lo que ustedes cierren—porque ustedes saben más que yo de eso—les haga sentir que están encerradas. Compensando con áreas verdes, con espacios amplios, con lugares en los que se sientan bien.
Si salgo y veo una cancha grande, ya, el muro está al frente, pero tengo una cancha. Pero si salgo, doy dos pasos y veo un muro, me doy la vuelta, dos pasos, un muro, me doy la vuelta, dos pasos, otro muro, entonces sí estoy encerrado, claro. Pero si yo salgo a un lugar donde tengo 100 metros para correr y más allá de esos 100 metros hay un muro, entonces estoy libre. A eso me refiero.
M.P: ¿Cómo equilibrar el control del centro sin que se sienta como una institución carcelaria?
P.M: Es justamente como les decía. Yo no soy amigo de las construcciones en altura, para nada. Máximo dos pisos, acoplando un segundo piso tal vez para dormitorios, pero construcciones tipo edificio, no. Eso no sirve, eso no vale.
Si tengo un espacio grande como para construir en una sola planta, sería mucho mejor. Sí, eh… no, no, eso de rejas, de mallas, no, no, no. Usted aquí no ha visto una reja, sí, nada. Usted ve las ventanas, no, o sea, son de madera, son más abiertas. Afuera, por aquí, no, porque somos bien claros.
Si usted ve la calle, la casa donde habitan ellas, es más decorativa que una estructura de protección. Ajá, sí, pero obviamente es un esquema en el que usted tiene que implementar más recursos en seguridad, en enfermeras, en sombras, en cámaras, en todo ese tipo de cosas. Pero si va a poner muros, que sea en un espacio amplio, y no en construcciones de dos, tres ni cuatro pisos. Eso, para mí, no vale.
4. Sostenibilidad y Bienestar
C.Z: ¿Cómo influye el diseño arquitectónico en la estabilidad emocional de las pacientes?
Usted póngale a una paciente que se recupere en una obra gris y no se va a recuperar nunca. Espacios amplios, espacios verdes, el color… el color tiene muchísimo que ver, muchísimo en la recuperación. La comodidad influye mucho. Influye mucho cuando uno va a transformar un lugar o cuando va a acoplar un espacio para un centro. En nuestro caso,

no hemos construido desde cero, sino que hemos adaptado, y hay que tener mucho cuidado con eso.
Ahora, depende de cómo usted lo visualice. Hay gente que ve un cuarto y piensa: "Mientras más meto, más plata tengo. Más chicos meto aquí, más plata tengo". Claro, pero tiene que visualizar cuántos pacientes puede atender para ofrecerles un servicio acorde. Eso también depende de quién lo administre.
Obviamente, todos necesitamos dinero para subsistir y para que el lugar funcione, pero hay que saber hasta dónde se va a ofrecer un buen servicio y qué tipo de servicio será. Como les digo, yo podría meter aquí a 15 personas en un mismo espacio y legalmente no pasaría nada, pero no estaría cumpliendo con lo que ofrecí ni con la calidad del servicio.
Hablando de las habitaciones, ¿usted considera que es mejor que tengan baños privados o compartidos? A ver, en nuestra matriz, que nos rige según la normativa, tenemos 5 m² por paciente. Es decir, si quiero meter 5 pacientes en un cuarto, ese cuarto debe tener 25 m². Y cada 5 pacientes, un baño completo. Esa es la normativa. El peor enemigo de un adicto es la soledad. Nunca solos.
C.Z: ¿Qué papel juegan los espacios verdes en la recuperación emocional y física de las pacientes?
Como les dije, es muy importante, muy importante. Es una sensación de libertad, es otra cosa. Incluso a ellas les gusta estar descalzas, jugar fútbol, jugar balonmano… les gusta tener contacto con la naturaleza.
Les gusta estar en contacto con, póngase, con el medio ambiente. Y una de las actividades que más disfrutan los fines de semana, que ellas mismas han pedido, es la jardinería. Se dedican a podar las plantitas. Si bien el personal de servicios generales poda el césped, ellas recogen, hacen formas, se les asigna una planta para cuidar.
Antes teníamos animales aquí arriba pero el Ministerio nos prohibió. Póngase, ellas tenían acceso a los animales, los cuidaban. Cuando nacían los pollitos, les decíamos: "Toma, este es tuyo, cuídalo". Y, obviamente, cuando se iban del centro, el pollito ya no era pollito… ya era gallina o gallo, y se lo llevaban.
Créame que es muy importante. No es lo mismo estar en un lugar donde solo se ve cemento. Por más bonito que sea, por más adornado que esté, por más que los acabados sean los mejores… sigue siendo cemento. Nosotros somos seres sociales y necesitamos contacto con la naturaleza. Como le dije, los espacios amplios y las zonas verdes son las que las chicas más disfrutan aquí, especialmente después de la comida.
C.Z: ¿Qué tipo de actividades se puede realizar como terapia ocupacional?
P.M: Bueno, como les dije hace un rato, tenemos varios tipos de terapia. Esto se organiza bajo un cronograma mensual.
Se trabaja con arcilla, con papel, con fomix, con cartulina. A veces se usa pintura; se les compran esas esculturitas de yeso que ya vienen listas para pintar. También hacen trabajos manuales con lana e hilo: a veces tejen bufandas, a veces crochet, otras veces con palillos o incluso con las manos. Han hecho bordados también.
Es un espacio de uso múltiple. No sé si han visto cómo son las mesas de reuniones. Obviamente, cuando se va a tejer, no es necesario cubrir nada, pero cuando se trabaja con arcilla sí, porque se hace un desastre.
Póngase, una sala de uso múltiple con alfombra no sirve, porque cuando cae arcilla o pintura, se mancha y se arruina. Aquí al menos el piso es de baldosa. Sí, como el ambiente es frío, hay que adaptarlo con calefactores.
Además, tiene que ser un lugar con bastante luz.
5. Integración con la Comunidad y el Entorno
M.P: ¿Cómo afecta la ubicación del centro a la percepción de las pacientes y sus familias? o sea tal vez del hecho de que esté a las afueras, justamente nosotros también estamos haciendo el proyecto en la parroquia del Valle…
P.M: Encontrar un espacio acorde, bastante grande y céntrico es difícil de encontrar. Generalmente, cuando usted está en la zona urbana, la gente del barrio o la comunidad donde se va a poner el centro de tratamiento de adicciones piensa que son, incluso, peores que los que están en la cárcel de Turi, y no es así.
Yo pienso que a la gente de afuera le cuesta mucho más adaptarse. La familia se adapta, pero de repente escuchan "aquí hay gente que viene de diferentes partes". Tengo una chica de Galápagos, otra que está internada y es de Londres, dos chicas de Estados Unidos, y otras de Guayaquil, Quito, Cañar, Machala, Loja. Entonces, la necesidad las lleva a donde se pueda.
Para mí es mucho mejor conseguir un espacio fuera de la ciudad, aunque este espacio es propio. El ruido de los carros, los cláxones y la contaminación no son adecuados en la zona urbana. Es mucho más complejo allí. Aquí, lo único que tenemos en las afueras es tranquilidad, lo que le da paz a la paciente.
Las familias se adaptan. De hecho, tengo dos o tres familias que me han dicho: "Si usted se va de este lugar, yo saco a mi hija". Les gusta mucho este lugar porque, aunque es más difícil mantenerlo, con el tema de los árboles, las hojas caídas en los techos y los canales, que requieren limpieza constante, el acceso que no es asfaltado, al final, para el objetivo de la recuperación de las chicas, este lugar es mucho mejor.
M.P: ¿Qué tipo de espacios serían útiles para visitas de familiares o reinserción social?
P.M: La reinserción es un proceso paulatino que realizamos antes de la definitiva. Esto se lleva a cabo solo cuando la paciente ya está lista para salir, y se empieza con visitas familiares. Lo curioso es que, cuando vienen las familias, siempre traen algo: un yogur, unas galletas, pollo o cualquier otro detalle. Y, aunque no lo crean, lo que más disfrutan las chicas son los espacios exteriores. Se sientan en los jardines o en un llano, tenemos juegos como columpios y resbaladeras. A veces hacen un picnic con sus familiares o simplemente comparten un buen rato al aire libre. Cuando el clima no lo permite, se reagrupan en las salas de las casas, pero las partes exteriores son siempre lo que más aprecian.
Esto resalta la importancia de las áreas verdes. Además, en el futuro, sería ideal contar con una cancha techada, ya que a veces el clima restringe algunas actividades. Si bien el presupuesto no siempre lo permite, tener un espacio cubierto para actividades físicas sería fundamental. Las visitas de las familias suelen ser semanales, y al principio, las pacientes no pueden ver a sus familiares durante varios meses, con el objetivo de evitar que manipulen o presionen a la paciente para que abandone el tratamiento antes de tiempo. Después de unos cuatro meses y medio, se realizan los reencuentros familiares, y se hacen valoraciones para observar el comportamiento de la paciente en esas visitas. A partir de ahí, las visitas se dan con mayor regularidad.
Además, trabajamos con la familia mediante terapias que les ayudan a entender mejor el proceso y apoyar a la paciente en su reinserción. Antes de la pandemia, las terapias familiares se daban todos los sábados, pero ahora, debido a la situación, se realizan de forma individual. Sin embargo, la estructura del espacio es muy importante, no solo para las pacientes, sino también para las familias y para los colaboradores que están a cargo del lugar. Un ambiente adecuado para todos es esencial para el éxito del proceso de recuperación.
Cierre
P.M: Un lugar bien diseñado facilita enormemente la recuperación, además de mejorar el trabajo del personal. No estoy hablando de lujo, sino de un espacio adecuado, con buen diseño, iluminación, temperatura controlada, y materiales que favorezcan el bienestar. Por ejemplo, en un consultorio psicológico, es importante que no esté decorado con colores oscuros o demasiado fríos, como un consultorio todo negro con persianas grises. Aunque a mí me encanta el color negro, para un espacio de terapia no es adecuado. La funcionalidad es clave: el espacio debe ser cómodo, no necesariamente grande, pero sí adecuado para lo que se necesita.
Un enfoque importante debe ser la sala de terapia y los dormitorios. No se trata de lujo, sino de cumplir con lo básico que exige el Ministerio de Salud. Lo que hace que el lugar sea funcional, seguro y cómodo. Hay una estructura que incluye diferentes aspectos, como el personal, lo jurídico y lo estructural, que se deben tomar en cuenta para obtener los permisos y licencias para que el centro funcione adecuadamente.
Además, al pensar en el espacio para el personal, es fundamental incluir áreas cómodas y prácticas para ellos, ya que son esenciales para el buen funcionamiento del lugar. Y siempre estaré dispuesto a ayudarles en cualquier detalle: medir, tomar fotos, ver cómo están distribuidos los espacios. Es un trabajo colaborativo, y lo importante es asegurar que todos, tanto pacientes como personal, estén cómodos en el ambiente que se crea

ANEXO 3: Transcipciones de entrevista a Psicol. Clínico Paula Valverde (ex-pasanate de CETAD)

1. Funcionamiento del Centro y Necesidades de las Usuarias
La entrevista tiene como objetivo ser una herramienta para nuestra tesis de grado en la cual se diseñará un Centro de Rehabilitación de Adiciones para Mujeres en la parroquia El Valle. Tenemos tres grupos de preguntas en el primero, el funcionamiento del centro y las necesidades de las usuarias.
M.P: La primera pregunta es, en caso de conocer un centro de rehabilitación para mujeres, ¿cómo consideraría su estado actual?
P.V: Yo conozco el Hogar Victoria y lo tomo como referencia. Me parece un muy buen lugar o una referencia adecuada sobre lo que se necesita, tanto en el espacio físico como en el espacio de rehabilitación psicológica.
M.P: ¿Cuáles son las principales dificultades que podrían enfrentar las mujeres dentro del proceso de rehabilitación?
P.V: Pienso que el control más preciso de los síntomas, especialmente los síntomas ansiosos o los efectos secundarios de dejar la adicción, es fundamental. Creo que la mayor dificultad es estabilizar a la paciente al inicio, porque ni siquiera una terapia psicológica puede funcionar bien si aún está atravesando toda la sintomatología de abstinencia.
Por eso, creo que debería existir un área de preparación, un espacio donde las pacientes recién ingresadas puedan estabilizarse antes de integrarse completamente. Es importante que sigan un proceso progresivo, para que todas estén en un mismo punto antes de avanzar. Un desafío sería mezclar a quienes están en etapas avanzadas con quienes recién empiezan, ya que esto podría dificultar la adaptación y el desarrollo adecuado del proceso de rehabilitación.
M.P: ¿Cuáles son los momentos más críticos del tratamiento y cómo deberían responder el espacio a estos momentos?
P.V: ¿Qué cosa?
M.P: ¿Cuáles son los momentos más críticos del tratamiento y cómo deberían responder el espacio a estos momentos?
P.V: Ya, creo que los momentos más críticos son justo estos, como las recaídas o el craving, que es ese deseo intenso de querer consumir. Entonces, pienso que sería súper lindo contar con un espacio diseñado específicamente para estos momentos. No sé si en otros centros exista algo así, no tengo idea, pero creo que sería muy chévere tener una sala especializada donde los pacientes puedan identificar cuando están experimentando ansiedad por consumir o sintomatología ansiosa por la abstinencia.
Me parece una muy buena idea crear un espacio que les ayude a autorregularse en esos momentos. En esta sala podría haber... no sé, habría que hablar con expertos en el área, pero creo que podría incluir elementos visuales o herramientas psicosensoriales que les ayuden a gestionar la emoción del craving. Así, después de pasar por este espacio, podrían continuar con las demás actividades. Tal vez en la mayoría de centros no existen espacios específicos para esto, donde puedas decir: "Si estás teniendo esta sintomatología, anda allá y regula tu emoción", y justamente por eso me parece una buena idea.
M.P: La última de este bloque sería ¿qué tipo de privacidad necesitan las pacientes en diferentes momentos de tratamiento?
P.V: El tipo de privacidad... pienso que debería resguardarse en ámbitos íntimos y personales, como en sus terapias individuales y en los encuentros con la familia. Pero creo que también la idea de este centro de rehabilitación de adicciones es el contacto con otras pacientes que están pasando por lo mismo. Entonces, si por darles privacidad las aislamos y hacemos que esto sea un tratamiento muy individual, estaríamos perdiendo el plus de la interacción y el apoyo mutuo.
Yo diría que la privacidad debería ser la normal, la que todos necesitamos, como al momento de usar el baño o tener una terapia con la familia. Pero no creo que sea necesario un nivel de privacidad constante que las mantenga separadas, porque justamente eso haría que la terapia de grupo no funcione de la misma manera.
Por ejemplo, si en un momento alguien tiene sintomatología ansiosa y luego va y lo comparte con el grupo, esto nutre a las demás, les sirve para darse cuenta de que no son las únicas, de que a otras también les está pasando y de que es parte del proceso. Entonces, no limitaría mucho la privacidad más allá de lo justo y necesario.
2. Espacios Terapéuticos y Funcionales
C.Z: El segundo bloque de preguntas es espacios terapéuticos y funcionales, la primera es ¿qué espacios considera esenciales en un centro de rehabilitación para mujeres teniendo en cuenta que algunas usuarias podrían ser mamás?
P.V: Ya, de pronto, ¿qué espacios sería bueno considerar, no? Sí, la verdad. Yo creo que tendríamos que encaminarnos bastante hacia algún espacio que promueva la actividad física. Siento que el mover el cuerpo de diferentes formas puede ser un gran plus, y sería increíble si pudiéramos además mostrarles distintos tipos de ejercicios físicos, más allá del típico gimnasio. Quizá ellas puedan tener, no sé, una hora de yoga, a la que normalmente no se tiene acceso, o de pronto pilates, o algo más recreativo que también implique movimiento.
Creo que las partes artísticas pueden ser un gran plus, como la musicoterapia o incluso la escritura, que cada vez tiene más evidencia científica sobre sus beneficios. Entonces, generar una sala de escritura o una sala de arte y creatividad me parecería súper interesante.
Por otro lado, en cuanto a la maternidad, creo que más que un espacio físico, podría tratarse de un grupo separado. No necesariamente todo el tiempo, sino algo que podríamos coordinar con el director del centro. Por ejemplo, los lunes a las 5 podría haber terapia de grupo para mamás. En ese caso, solo necesitaríamos el mismo espacio donde se realizan las terapias de grupo, pero con una selección especial para las mamás, para que puedan compartir actividades, pensamientos y ejercicios relacionados con la maternidad. Entonces, en cuanto a un espacio físico exclusivo para mamás, no creo que sea necesario.
C.Z: Ya, la segunda pregunta es ¿cómo podría organizarse los espacios de terapia individual y grupal?
P.V: Ya, creo que para la terapia individual siempre será ideal contar con un consultorio, ¿no? Entonces, el espacio debería adaptarse al estilo de terapia que el centro vaya a manejar. Porque los psicólogos trabajamos mucho en función de eso. Por ejemplo, si estamos hablando de psicoanálisis, se necesitaría una banca para recostarse; si es terapia gestáltica, tal vez sesiones con cojines en el piso; y si es una terapia más cognitiva, bastarían dos sillones. Así que el consultorio de terapia individual debería ajustarse al enfoque del centro.
En cuanto a la terapia grupal, creo que ahí sí valdría la pena hacer algo diferente a lo típico. Porque si siempre es alrededor de un círculo fijo, eso puede predisponer al aburrimiento. Tal vez sería interesante que el mobiliario no fuera estático, que un día las sesiones puedan hacerse en el piso, otro día sentados, otro día en tipo salas o con cojines. Creo que en la terapia grupal es donde el espacio físico realmente podría marcar la diferencia.
3. Sostenibilidad y Bienestar
M.P: Y el último bloque de preguntas es sobre la sostenibilidad del bienestar, en donde la primera pregunta es ¿cómo influye el diseño arquitectónico en la estabilidad emocional de los pacientes?
P.V: Yo creo que el diseño influye muchísimo. Al menos en mi experiencia, en mi consultorio pasa algo interesante. Está en un edificio relativamente antiguo, así que las personas llegan con una predisposición sobre el tipo de espacio que van a encontrar. Pero cuando entran, el 90% de mis pacientes hace algún comentario sobre el espacio físico. Me dicen cosas como: "¡Qué lindo!", "Hay mucha luz", "Qué linda vista tiene", "Me encanta el sofá". Y eso me llama la atención porque creo que suma mucho a la sensación de seguridad y bienestar que necesitan para sanar.
En un centro de rehabilitación, creo que se podría potenciar aún más este efecto si nos enfocamos en crear un espacio agradable, donde las personas se sientan cómodas, en lugar de que parezca un hospital típico: blanco, frío y aburrido. Como estamos tratando con una población específica, mujeres en proceso de rehabilitación, podríamos diseñar espacios que realmente las hagan sentir bien. Creo que eso tiene un impacto significativo en su recuperación.
M.P: ¿Qué papel juegan los espacios verdes en la recuperación emocional y física de las pacientes?
P.V: Mucho también tiene que ver con promover espacios al aire libre, donde las pacientes puedan salir y tener contacto con la naturaleza. Tal vez ahí mismo realizar actividades grupales como sesiones de respiración, meditación o yoga al aire libre sería súper beneficioso.
Ahora, en cuanto a la recuperación… Siendo realistas, creo que por más hermoso que sea el espacio físico, si no se hace un trabajo profundo con el psicólogo, no habrá una verdadera recuperación. Así estemos en el lugar más bonito, lo esencial sigue siendo el proceso terapéutico.
Dicho esto, los espacios verdes y bien diseñados pueden ser un gran plus, pero la recuperación depende mucho de la paciente y de las herramientas que le brinde el psicólogo. He visto pacientes que avanzan muy bien en clínicas con espacios bastante simples, y otras que, a pesar de estar en entornos hermosos, no logran aprovecharlos. Entonces, más allá de la estética del lugar, lo fundamental es el enfoque terapéutico del centro. Aun así, un espacio agradable, cómodo y acogedor siempre será un valor agregado y puede

contribuir al bienestar de las pacientes.
M.P: Y la última pregunta sería justo, pues lo que se había hablado más o menos, ¿qué tipo de actividad se puede realizar como terapia ocupacional?
Yo, desde la terapia ocupacional, he visto que en general los centros trabajan con actividades como la cocina, donde las propias pacientes preparan y sirven comida a sus compañeras. Me parece algo súper lindo porque fomenta la colaboración y el servicio hacia los demás.
También he visto actividades ocupacionales relacionadas con el arte y el tejido, pero lo que más me gustaría sería brindarles algún tipo de actividad de la que luego puedan desarrollar un emprendimiento. Sería increíble, porque así estaríamos pensando en su reinserción en la sociedad. No se trataría solo de un hobby, como pintar, sino de una actividad ocupacional que les permita sostenerse económicamente, generar ingresos para sus familias y alejarse definitivamente del mundo de las adicciones.
Se me ocurren actividades ocupacionales relacionadas con oficios, el arte, el trabajo manual… pero también podrían ser actividades intelectuales, como lectura o escritura. Aun así, me enfocaría principalmente en aquellas que les permitan adquirir un oficio, como panadería, tejido o cualquier otra habilidad que les sirva en su futuro.
M.P: Eso sería básicamente todo en cuanto a las preguntas que hemos planificado. A partir de ellas, también podemos profundizar un poco más en la parte de la terapia y los espacios.
P.V: Yo haría que, de alguna forma, el espacio para la terapia de grupo sea lo más cómodo posible, para que ellas puedan sentirse más relajadas y abrirse con mayor facilidad. Si ya de por sí es complicado abrirse con un psicólogo, mucho más lo es hacerlo con compañeras, sin saber si te van a juzgar, qué van a opinar o cómo van a reaccionar.
Ahí creo que el espacio puede hacer una gran diferencia. Por ejemplo, el mobiliario podría ser flexible, no estático. Se me ocurre que si una quiere echarse en el piso, pueda hacerlo; si prefiere sentarse en una silla o en un cojín, también tenga esa opción. Es decir, que haya más libertad para encontrar una postura en la que realmente se sientan cómodas.
M.P: Eso sería, en líneas generales. Ya en la entrevista podemos ver si hay que ajustar algo según las preguntas que hayamos planificado y decidir si es suficiente para abordar la parte de la terapia en sí.
P.V: Bueno, eso, me avisan igual si necesitas algo más.
M.P - C.Z: Muchas gracias, Paulisa.