



FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

“Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social de drogodependientes en el distrito de Comas -Lima 2018”

“Comunidad Terapéutica Renacer en el distrito de Comas 2019”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Arquitecto

AUTORES:

Caso Mass, Teresa de Jesús (ORCID: 0000-0002-3758-3540)

Ostos Ortega, Silvana Angela (ORCID: 0000-0001-6260-1782)

ASESOR(ES):

Arq. Lujan Chero, Juan José (ORCID: 0000-0001-8491-4026)

MG. Arq. Espínola Vidal, Juan José (ORCID: 0000-0001-7733-7558)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Arquitectura

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

Nuestra tesis está dedicada a nuestros padres Teresa Mass Chistama, Elmer Ostos Rojas, Sofía Ortega Rivera, por el apoyo incondicional, por confiar en nosotros en el transcurso de nuestra vida académica, sus sabios consejos y sus palabras de aliento en los momentos más importantes.

A nuestras mamitas, Elsa Chistama Vargas y Angélica Rivera Vargas por brindarnos su amor y enseñarnos con su ejemplo a salir adelante, guiarnos y ahora cuidarnos desde el cielo.

A nuestros hermanos Katherine Caso Mass, Rosalinda Ostos Ortega y Miguel Ostos Ortega, por ser nuestros compañeros de vida y apoyarnos cuanto más los necesitamos.

A Dios, porque siempre confió en nosotras, también por permitir que llegemos hasta aquí y podamos aprender más de lo que Él es y de lo que hace.

**«Porque esperaba la ciudad que
tienen fundamentos,
cuyo arquitecto y constructor es Dios»
- Hebreos 11:10 -**

Agradecimiento

Agradezco a los arquitectos y nuestros asesores por habernos brindado sus conocimientos profesionales y durante este tiempo del desarrollo de nuestra tesis.

Y a nuestros amigos por su apoyo incondicional.

Muchas Gracias a todos

Los autores

Índice

	Página
Carátula.....	1
Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
Índice	iv
Lista de Figuras	vii
Lista de Tablas	xii
Anexos.....	xv
Resumen	xvi
ABSTRACT	xvii
I. INTRODUCCIÓN	19
1.1 Realidad Problemática	22
1.1.1 Problemática Social	23
1.1.1.1 Sustancias Psicoactivas	23
1.1.1.2 Drogas Sociales.....	27
1.1.1.3 Reinserción Social	33
1.1.2 Problemática Urbana	36
1.1.2.2 Informalidad de las Comunidades Terapéuticas	36
1.1.2.2 Problema Vial.....	39
1.1.3 Problemática Arquitectónica	43
1.1.3.1 Mala Infraestructura	43
1.2 Trabajos previos	50
1.2.1 Internacional	50
1.3 Marco Referencial.....	53
1.3.1 Marco Teórico:.....	53
1.3.1.1 Ñaña, Comunidad Terapéutica Peruana.....	53
1.3.1.2 La Metodología de la Comunidad Terapéutica: Una apuesta de futuro ...	56
1.3.1.3 Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro	59

1.3.1.4	El Emprendimiento dentro del Modelo de Inserción y Reinserción Social de drogadictos.....	62
1.3.1.5	Reinserción Social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica.....	65
1.3.1.6	Características predictoras de éxito en la Reinserción Social de personas drogodependientes	68
1.3.2	Marco Histórico:.....	71
1.3.2.1	Historia de las Comunidades Terapéuticas	71
1.3.2.1.1	A Nivel Mundial.....	71
1.3.2.1.2	A Nivel Nacional	72
1.3.2.2	Evolución de la tipología de los centros médicos.....	75
1.3.2.3	Historia del Distrito de Comas.....	82
1.3.3	Marco conceptual:	84
1.4	Teorías relacionadas al tema	86
1.4.1	Búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: un proceso de investigación.....	86
1.4.2	Luz y sombra construyendo espacio.....	89
1.5	Formulación del problema	92
1.5.1	General.....	92
1.5.2	Problemas Específicos	92
1.6	Justificación del Tema.....	93
1.6.1	Teórica	93
1.6.2	Práctica	93
1.6.3	Metodológica	93
1.7	Objetivos	94
1.7.1	Objetivo General.....	94
1.7.2	Objetivo Específico	94
1.8	Hipótesis	95
1.8.1	Hipótesis Generales	95
1.8.2	Hipótesis Específico	95
1.9	Alcances y Limitaciones de la investigación.....	96
1.9.1	Alcances.....	96
1.9.2	Limitaciones	96
II.	MÉTODO.....	97

2.1	Diseño de investigación.....	98
2.2	Estructura Metodológica	98
2.3	Variables, operacionalización de variables	100
2.3.1	Variables	100
2.3.2	Definición conceptual.....	100
2.3.3	Operación de Variables	101
2.4	Población y muestra	101
2.4.1	Población General.....	101
2.4.2	Población de Estudio	102
2.4.3	Muestra Poblacional	103
2.4.4	Muestreo	104
2.5	Criterios de Selección	105
2.6	Técnicas e instrumentos de recolección y medición de datos, validez y confiabilidad.	105
2.6.1	Instrumento de recolección de datos	106
2.7	Confiabilidad.....	106
2.8	Métodos de análisis de datos.....	110
2.9	Aspectos éticos.....	110
III.	RESULTADOS	111
3.1	Descripción de los resultados	112
3.2	Prueba de hipótesis	114
IV.	DISCUSIÓN	122
V.	CONCLUSIONES	126
VI.	RECOMENDACIONES.....	128
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	130
XII	ANEXOS.....	141

Lista de Figuras

	Páginas
<i>Figura 1.</i> Comunidad Terapéutica pública - Centro de Rehabilitación de Ñaña.....	22
<i>Figura 2.</i> Muertes por sobredosis en el 2015.	24
<i>Figura 3.</i> Consumo de Drogas por Género.	25
<i>Figura 4.</i> Estudio Epidemiológico de Consumo de Drogas en Población Urbana Peruana.	25
<i>Figura 5.</i> Perú 2017: Prevalencia de Vida de Drogas Ilegales según edad.	26
<i>Figura 6.</i> Consumo por tipo de droga en distrito de Comas.	27
<i>Figura 7.</i> Zonas con problemática de Drogas.	27
<i>Figura 8.</i> The Countries Drinking the Most.....	28
<i>Figura 9.</i> Los 10 países latinos que consumen más alcohol	29
<i>Figura 10.</i> Consumo De Alcohol Según edad y sexo.....	29
<i>Figura 11.</i> Consumo De Alcohol Según región	30
<i>Figura 12.</i> Consecuencia del tabaco.....	30
<i>Figura 13.</i> Consumo de cigarrillos en todo el mundo 2016.....	31
<i>Figura 14.</i> Muertes por enfermedades atribuibles al Tabaco.	32
<i>Figura 15.</i> Taller sobre Integración Sociolaboral (Cooperación Chile, Uruguay y Perú)...	34
<i>Figura 16.</i> Ciro Vilca, Administrador de Novo World.....	35
<i>Figura 17.</i> Internos de Centro de Rehabilitación en República Dominicana.....	36
<i>Figura 18.</i> Entorno de las Comunidades Terapéuticas en Lima.....	37
<i>Figura 19.</i> Ubicación de las Comunidades Terapéuticas en proceso de formalización.	38
<i>Figura 20.</i> Terror en Centros Terapéuticos de Comas.....	39
<i>Figura 21.</i> TomTom Traffic Index (de las ciudades con más de 800.000 habitantes).	40
<i>Figura 22.</i> Principales fuentes de ruido.....	40
<i>Figura 23.</i> Mapa del ruido Madrid.....	41

<i>Figura 24.</i> Evaluación rápida de los niveles de ruido en Lima Metropolitana.	41
<i>Figura 25.</i> Tráfico vehicular en el Distrito de Comas.	42
<i>Figura 26.</i> Medición de puntos críticos de contaminación sonora en el distrito de Comas.	43
<i>Figura 27.</i> Centro de Rehabilitación Casa de Restauración "Yo te Ayudo"	43
<i>Figura 28.</i> Inmueble que funcionaba como Comunidad Terapéutica fue clausurado.	44
<i>Figura 29.</i> Ubicación de las C.T. adaptadas a viviendas caso 2.	44
<i>Figura 30.</i> Ubicación de las C.T. adaptadas a viviendas caso 1.	44
<i>Figura 31.</i> Clausura de Centro de Rehabilitación en Comas.	45
<i>Figura 32.</i> Centro de Rehabilitación en México - Dormitorio.	46
<i>Figura 33.</i> Centro de Rehabilitación en México - Cocina.	46
<i>Figura 34.</i> Centro de Rehabilitación en México - Cocina.	47
<i>Figura 35.</i> Centro de Rehabilitación en México - Servicios Higiénicos.	47
<i>Figura 36.</i> Comunidad Terapéutica informal.	48
<i>Figura 37.</i> Portada del libro “Ñaña, comunidad terapéutica peruana”	53
<i>Figura 38.</i> Portada del Artículo “La metodología de la comunidad Terapéutica: una apuesta de futuro”	56
<i>Figura 39.</i> Portada del artículo “Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”	59
<i>Figura 40.</i> Portada del artículo “El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos”	62
<i>Figura 41.</i> Portada del artículo “Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica”	65
<i>Figura 42.</i> Portada del artículo “características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes”	68
<i>Figura 43.</i> Frank Buchman, creador del grupo Oxford.	71

<i>Figura 44.</i> Creación de Centro de Salud - Línea de tiempo.....	76
<i>Figura 45.</i> Hospital Mayor de Milán. Filarette, 1456.	76
<i>Figura 46.</i> Hospital de San Bartolomé en Londres. 1930.	77
<i>Figura 47.</i> Hospital San Juan de Dios. La Plata, 1894.....	77
<i>Figura 48.</i> Hospital de Plymouth. Inglaterra, 1756.....	78
<i>Figura 49.</i> Hospital Lariboisiere de Paris. Francia, 1854.	78
<i>Figura 50.</i> Pabellones conectados por circulaciones cubiertas.	79
<i>Figura 51.</i> Hospital de la quinta avenida, Nueva York. 1920.	79
<i>Figura 52.</i> Hospital San Roque de Gonnet. Argentina, 1934. Esquema volumétrico.....	80
<i>Figura 53.</i> Hospital Dr. Rossi en La Plata. Argentina, 1963. Esquema Volumétrico.....	80
<i>Figura 54.</i> Esquema de la evolución de tipologías previas de Hospitales.	81
<i>Figura 55.</i> Construcción de Veredas en Comas, 1967.	82
<i>Figura 56.</i> Comas 1961.....	82
<i>Figura 57.</i> Portada del artículo “Búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: un proceso de investigación”.....	86
<i>Figura 58.</i> Portada de la investigación “Luz y sombra construyendo espacio”.....	89
<i>Figura 59.</i> Símbolo del diseño	98
<i>Figura 60.</i> Diseño de investigación según dimensión temporal.	99
<i>Figura 61.</i> De la variable 1 “Comunidad Terapéutica”.	112
<i>Figura 62.</i> De la variable 2 “Reinserción Social”	113
<i>Figura 63.</i> Diagrama de dispersión general	115
<i>Figura 64.</i> Barras de error de la hipótesis general	115
<i>Figura 65.</i> Diagrama de dispersión de la hipótesis específica 1.	117
<i>Figura 66.</i> Barras de error de la hipótesis específica 1.	117
<i>Figura 67.</i> Diagrama de dispersión de la hipótesis específica 2.	119

<i>Figura 68.</i> Barras de error de la correlación específica 2.	119
<i>Figura 69.</i> Diagrama de dispersión de la hipótesis específica 3.	120
<i>Figura 70.</i> Barras de error de la hipótesis específica 3.	121
<i>Figura 71.</i> Plano Base - Linderos.....	165
<i>Figura 72.</i> Plano Base - Accesibilidad	187
<i>Figura 73.</i> "La Nueva Sede Proyecto Hombre"	193
<i>Figura 74.</i> Plano de Distribución	194
<i>Figura 75.</i> Proyecto Hombre - Vista exterior.....	194
<i>Figura 76.</i> Ingreso principal del equipamiento	194
<i>Figura 77.</i> Proyecto Hombre – Vista Nocturna.....	195
<i>Figura 78.</i> Proyecto Hombre - Vista Interior	195
<i>Figura 79.</i> Planta primer piso.....	195
<i>Figura 80.</i> Elevación de proyecto	195
<i>Figura 81.</i> Centro de bienvenida de Redbridge	196
<i>Figura 82.</i> Primera planta.....	197
<i>Figura 83.</i> Planta baja del Centro.....	197
<i>Figura 84.</i> Segunda planta.....	197
<i>Figura 85.</i> Tercera planta	197
<i>Figura 86.</i> Corte del centro	198
<i>Figura 87.</i> Maqueta del proyecto	198
<i>Figura 88.</i> Bocetos del proyecto	198
<i>Figura 89.</i> Elevación del centro	198
<i>Figura 90.</i> Comunidad Terapéutica en Arenys.....	199
<i>Figura 91.</i> Comunidad Terapéutica en Arenys – Plano de Distribución primer planta	200
<i>Figura 92.</i> Comunidad Terapéutica en Arenys – Plano de Distribución segunda planta ..	200

<i>Figura 93.</i> Comunidad Terapéutica en Arenys – Área común.	200
<i>Figura 94.</i> Planta baja	201
<i>Figura 95.</i> Primera planta.....	201
<i>Figura 96.</i> Cortes y Elevaciones	201
<i>Figura 97.</i> Características Sociodemográfica del usuario.....	206
<i>Figura 98.</i> Esquema de Necesidades del paciente residente	210
<i>Figura 99.</i> Esquema de Necesidades del Personal Médico Residente	211
<i>Figura 100.</i> Esquema de Necesidades del Personal de Servicio Liviano	212
<i>Figura 101.</i> Esquema de Necesidades del paciente ambulatorio	213
<i>Figura 102.</i> Esquema de Necesidades del Personal Médico ambulatorio	214
<i>Figura 103.</i> Esquema de Necesidades del Personal Administrativo	215
<i>Figura 104.</i> Esquema de Necesidades de profesores	216
<i>Figura 105.</i> Esquema de Necesidades del Personal de Servicio Mediano.....	217
<i>Figura 106.</i> Esquema de Necesidades del Personal de Servicio Pesado.....	218
<i>Figura 107.</i> Esquema de Necesidades de visitantes.....	219

Lista de Tablas

	Páginas
Tabla 1. Consumo de drogas en el Mundo.....	23
Tabla 2. Consumo de drogas en américa latina 2017	25
Tabla 3. Consumo de drogas en el distrito de comas.....	26
Tabla 4. Usuario de estas drogas.....	33
Tabla 5. Ficha Técnica del libro “Ñaña, comunidad terapéutica peruana”.....	53
Tabla 6. Ficha Técnica del artículo científico “La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro”	56
Tabla 7. Ficha Técnica del artículo científico “Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”	59
Tabla 8. Ficha Técnica del artículo científico “El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos”	62
Tabla 9. Ficha Técnica del artículo científico “Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica”	65
Tabla 10. Ficha Técnica del artículo científico “características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes”	68
Tabla 11. Ficha Técnica del artículo científico “Búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: un proceso de investigación”.....	86
Tabla 12. Ficha Técnica de investigación “Luz y sombra construyendo espacio”	89
Tabla 13. Distribución del Universo poblacional de los habitantes del distrito de Comas, Lima 2015.....	101
Tabla 14. Población en quinquenales de edad de los habitantes del distrito de Comas, Lima 2015.....	101

Tabla 15. Distribución de la muestra poblacional de personas de 15 años hasta 49 años del distrito de Comas, Lima 2015.	102
Tabla 16. Muestreo de Afiliación proporcional de edades.....	104
Tabla 17. Resumen del procesamiento de los casos.	106
Tabla 18. Estadísticos de fiabilidad	107
Tabla 19. Tabla de valores de Cronbach	107
Tabla 20. Validez por juicios de expertos.	107
Tabla 21. Prueba binomial de claridad.....	108
Tabla 22. Resultado de claridad.....	108
Tabla 23. Prueba binomial de Pertinencia.	108
Tabla 24. Resultado de Pertinencia.....	109
Tabla 25. Prueba binomial de Relevancia.....	109
Tabla 26. Resultado de Relevancia	109
Tabla 27. Frecuencias de la variable 1 “Comunidad Terapéutica	112
Tabla 28. Frecuencia de la variable 2 “Reinserción Social”	113
Tabla 29. Correlación de la hipótesis general	114
Tabla 30. Correlación de la hipótesis específica 1	116
Tabla 31. Correlación de la hipótesis específica 2.....	118
Tabla 32. Correlación de la hipótesis específica 3	120
Tabla 33. Datos del Terreno	163
Tabla 34. Zonificación de Reglamentación Especial Sector Chacra Cerro Alto y Bajo... ..	183
Tabla 35. Ficha Técnica de la Nueva Sede Proyecto Hombre.....	193
Tabla 36. Ficha Técnica del Centro de bienvenida de Redbridge.	196
Tabla 37. Ficha Técnica de la Comunidad Terapéutica en Arenys	199
Tabla 38. Cuadro de necesidades del paciente residente	209

Tabla 39. Cuadro de necesidades de médico residente	210
Tabla 40. Cuadro de necesidades de personal de servicio liviano	211
Tabla 41. Cuadro de necesidades de paciente ambulatorio	213
Tabla 42. Cuadro de necesidades de médico ambulatorio	214
Tabla 43. Cuadro de necesidades de personal administrativo	215
Tabla 44. Cuadro de necesidades de profesores	216
Tabla 45. Cuadro de necesidades de personal de servicio Mediano	217
Tabla 46. Cuadro de necesidades de personal de servicio Pesado	218
Tabla 47. Cuadro de necesidades de visitantes	219
Tabla 48. Cuadro de resumen por Zonas y Ambientes	219

Anexos	Página
Anexo 1. Operacionalización de la variable Independiente: Comunidad Terapéutica.	142
Anexo 2. Operacionalización de la variable dependiente: Reinserción Social.....	143
Anexo 3. Formato técnico del cuestionario de la variable 01: Comunidad Terapéutica...144	144
Anexo 4. Formato técnico del cuestionario de la variable 2: Reinserción Social.....	145
Anexo 5. Baremación de la variable 1 “Comunidad Terapéutica”	146
Anexo 6. Baremación de la variable 2 “Reinserción Social”	146
Anexo 7. Matriz de Consistencia.....	147
Anexo 8. Cuestionario.....	146
Anexo 9. Certificado de Validez.....	149
Anexo 10. Base de datos Variable 1.....	155
Anexo 11. Base de datos Variable 2.....	158
Anexo 12. Memoria Descriptiva de la Propuesta	161
Anexo 13. Índice Memoria y Planos	303

Resumen

La presente tesis, “Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social de Varones Drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2018” “Comunidad Terapéutica Renacer en el distrito de Comas 2019” es un equipamiento con una organización micro social altamente estructurada, su intención es la rehabilitación con un tratamiento adecuado al drogodependiente, pero no solo se enfocan en rehabilitarlos física y psicológicamente, sino también en el desarrollo de la persona y su reinserción en la sociedad. Para ello, se ha investigado problemas sociales, que abarca sobre el consumo de drogas; urbano, que explica la informalidad y la contaminación sonora y el problema arquitectónico, la falta de calidad espacial.

Las teorías científicas aplicadas para el equipamiento son la búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: Un proceso de investigación y La luz y Sombra construyendo espacio. Además, la hipótesis general de esta investigación es La Comunidad Terapéutica se relaciona con la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019 con una correlación de ,885**por lo tanto, se determina que si existe una correlación significativa. En este sentido se abordó desde el enfoque cuantitativo y la metodología es de tipo aplicada, nivel correlacional con un diseño no experimental transversal. Se desarrolló la investigación con una población estudiada de acuerdo con los criterios de selección de 181 484 y la muestra de 96 habitantes del distrito, dando como resultado una confiabilidad de ,922 muy alta.

En conclusión, a través de los resultados que se ha obtenido, la Comunidad Terapéutica es un equipamiento que ayuda a los pacientes y disminuye la informalidad de los Centros de Rehabilitación.

Palabras clave: Comunidades Terapéuticas (Cts.), drogodependientes, reinserción.

ABSTRACT

The present thesis, "Therapeutic Community and Social Reintegration of Drug-dependent Men in the district of Comas, Lima 2018" "Renacer Therapeutic Community in the district of Comas 2019" is a highly structured micro social organization, its intention is rehabilitation with an adequate treatment for drug addicts, but not only in their opinion. Rehabilitate them physically and psychologically, but also in the development of the person and their reintegration into society. To do this, social problems have been investigated, covering drug use; urban, which explains the informality and sound pollution and the architectural problem, the lack of spatial quality.

The scientific theories applied to the equipment are the search for the senses through architecture: A research process and Light and shadow building space. In addition, the general hypotheses of this research are: The Therapeutic Community is related to the Social Reintegration of drug-dependent males in the district of Comas, Lima 2019 with a correlation of, 885 ** therefore, it is determined if there is a significant correlation. In this sense, the correlation level with a transversal non-experimental design is approached from the quantitative approach and the application-type methodology. An investigation was conducted with a population studied according to the selection criteria of 181 484 and the sample of 96 inhabitants of the district, as a result of a reliability of 922 very high.

In conclusion, through the results that have been obtained, the Therapeutic Community is a team that helps patients and is limited to the informality of Rehabilitation Centers

Key words: Therapeutic Communities (Cts.), Drug addicts, Reintegration.

I. INTRODUCCIÓN

Al realizar estudios preliminares a cerca de las drogas que se consumen en el mundo y en nuestro país, se detecta un mayor porcentaje en los varones, tanto en las drogas psicoactivas y las drogas sociales. Para ello, las Comunidades Terapéuticas, son equipamientos destinados para las personas con esta condición. Se ha detectado que la mayoría de estos centros en el Perú, son informales, siendo el 3% de todos en proceso de formalización.

Igualmente, los datos indican la falta de una Comunidad Terapéutica con los ambientes adecuados para que desarrollen actividades durante su estadía en su recuperación.

Se tiene un conjunto de antecedentes previos para demostrar la relación de las variables de estudio, en tres niveles: mundial, nacional y distrital. Esta información sirve para precisar y delimitar el objeto de estudio y los objetivos de la investigación.

El problema general es ¿Cuál es la relación entre la Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019?

El presente proyecto de investigación se justifica con la información encontrada, carencias y limitaciones, el mismo que servirá de fuente de información a las autoridades universitarias.

El objetivo es determinar la relación entre la Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

El marco teórico contiene los subtemas y/o dimensiones de ambas variables. Así mismo, se incluye los planteamientos teóricos científicos de ambas variables que constatan con la realidad del estudio y otorga la validación científica.

La hipótesis alternativa es: Existe relación entre la Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

Para un estudio sistematizado del problema de investigación, el trabajo está organizado de la siguiente manera:

- I. Planteamiento del problema, en él se presenta la realidad problemática, las formulaciones de los problemas, los objetivos, antecedentes, justificación e hipótesis.
- II. Método, se presenta las variables, la definición conceptual y operacionalización de las variables, la metodología, los tipos, el diseño, la población, la muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos de medición, el formato técnico del instrumento de medición, la prueba de normalidad y el método de análisis de datos.

III. Resultados, presenta la descripción de los resultados, la prueba de hipótesis y dentro de ello el análisis paramétrico y no paramétrico.

Finalmente, el proyecto de investigación contiene la discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos donde adjuntan la matriz de consistencia, los instrumentos de medición, los certificados de validez de juicio de expertos y la base de datos de ambas variables.

1.1 Realidad Problemática

Las Comunidades Terapéuticas (CTs) son centros residenciales donde se tratan a personas con adicciones a las drogas, existen múltiples sustancias tomadas a lo largo de la vida de muchas personas que no se han podido restablecer. En estas CTs se ayuda a las personas para su reinserción en la sociedad, logrando primero establecerse anímica, espiritual y psicológicamente para luego poder salir adelante con ayuda de especialistas profesionales.

La mayoría de los consumidores no adquieren tratamiento necesario y son marginados por la sociedad, llegando a reprimirse, aislarse y refugiarse en drogas, alcohol y/o tabaco. En estas CTs, los usuarios son internados por su propia voluntad, con ganas de querer restablecerse y darse una nueva oportunidad, en esta situación es como volver a nacer.

Gran parte de las CTs son privadas y esto hace que los drogodependientes no puedan acceder a estos centros para ser tratados, en el Perú existen muchas CTs informales que hacen que los usuarios pongan en peligro sus vidas, pero aceptan ser parte de estos centros.

Existen leyes que regulan estos inmuebles para prestar el servicio adecuado a la población que lo requieran, sin embargo, hacen caso omiso y los más perjudicados son los pacientes. El Minsa, es encargado de formalizarlos, este se ve obligado a clausurarlos porque no presentan los documentos necesarios para estos establecimientos.

Hoy en día se busca que las CTs sean de mayor alcance para todos, pero al mismo tiempo, que brinden calidad de servicio, con características necesarias para poder prestar asistencia a este mal, que tanto aqueja a la población. Así mismo, se busca que los pacientes tengan un lugar seguro, confortable con espacios para poder desarrollar actividades que ayude a su mejoría.



Figura 1. Comunidad Terapéutica pública - Centro de Rehabilitación de Ñaña.

1.1.1 Problemática Social

1.1.1.1 Sustancias Psicoactivas

En el mundo existe todo tipo de adicciones que nos lleva a una realidad distinta, llena de temores, conflictos, abandono, problemas con la humanidad y consigo mismo, estamos en una sociedad en donde las enfermedades son señaladas de acuerdo con su magnitud, más no son cubiertas en su totalidad por el estado. El consumo de drogas, legales o ilegales, nos llevan a un mundo vacío en donde el individuo se ve desamparado por el estado y la sociedad, teniendo como un último recurso la ayuda de su familia, la que trata de velar por el paciente y hace todo lo posible para auxiliarlo.

Uno de los grandes problemas que aquejan en el mundo es la droga ilegal, esto no hace diferencia de raza, educación, cultura y mucho menos de nivel económico. Como se observa en la siguiente tabla

Tabla 1. Consumo de drogas en el Mundo

	<i>MARIHUANA</i>	<i>OPIÁCEOS</i>	<i>COCAÍNA</i>	<i>ANFETAMI NAS</i>	<i>EXTASIS</i>
EUROPA	29,2	3,4	4,7	3,1	3,9
ASIA	67,9	12,0	2,3	38,2	17,3
AMERICA DEL NORTE	32,5	1,6	5,6	3,4	3,2
AMERICA CENTRAL	610,0	20	140	320	30
AMERICA DEL SUR	7,6	170,0	2,4	1,8	530
AFRICA	59,1	3,2	4,4	8,1	1,9
OCEANÍA	3,4	50	400	640	920
MUNDO	202,6	20,6	20,5	56,4	28,0

Nota: Cifras en millones de personas.

Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas 2011

Elaboración: Propia

En la *tabla N° 1* se puede notar la gran demanda a nivel internacional, además, el alto índice de la Marihuana seguido del Opiáceo.

En el informe Anual de la ONUDD (2017), estima que 5% de la población mundial consumió drogas una vez en el 2015. Siendo así, 250 millones de personas consumieron drogas, 30 millones sufren de adicciones a las drogas, 739 drogas sintéticas nuevas se aportaron entre el 2009 y 2016, 12 millones usan drogas inyectables en todo el mundo, de esas: 6 millones tienen Hepatitis C y 1,6 millones tienen VIH; 183 millones de personas

usaron Cannabis, 35 millones usaron opioides, 37 millones consumieron Anfetaminas o estimulantes prescritos, 22 millones consumieron Éxtasis, 18 millones consumieron Opiáceos y 17 millones de personas consumieron Cocaína.

Una de las causas de muertes en el mundo son las drogas, siendo Estado Unidos el país con más defunciones, viven una crisis de salud pública y se estima que el 2016, el número de muertes por sobredosis podría haber superado los 59.000 mil casos comparados con 52,404 mil en el 2015. De esos 35,000 mil casos estarían asociados al consumo de la heroína o el derivado de sintético, según INFOBAE. (Arena Pública, 2017)

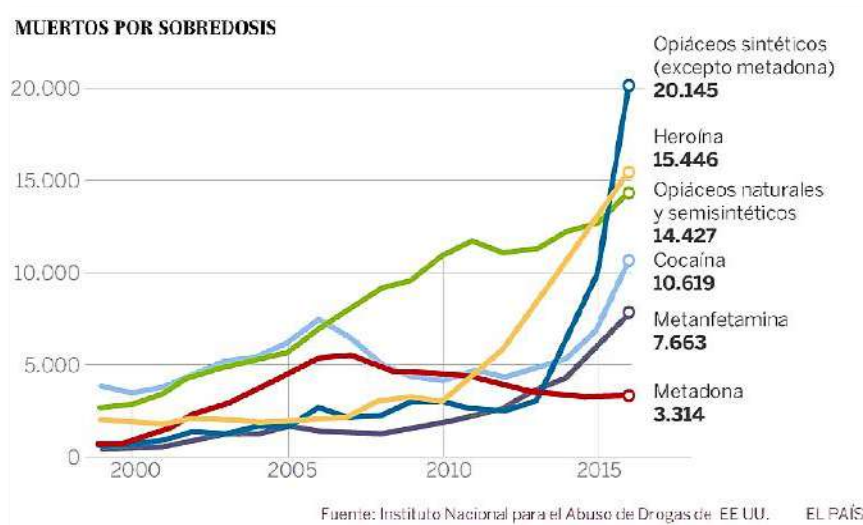


Figura 2. Muertes por sobredosis en el 2015.

En la figura N° 2 del 2015 se puede observar que al pasar los años el consumo de Opiáceos ha incrementado y ha generado mayores muertes en Estados Unidos, seguido de la Heroína, Opiáceos naturales, Cocaína, Metanfetamina y Metadona.

El consumo de drogas en la Unión Europea, para el año 2014, Estonia era el país con 103 millones de muertes por su consumo seguido de Suecia con 100 millones, Noruega con 76 millones, Irlanda con 71 millones, Reino Unido con 60 millones con consumo con edades aproximadas entre 15 y 64 años, según (European Drug Report, 2017).

Para el año 2016 el consumo de Cannabis, Éxtasis, heroína y de las nuevas drogas entre jóvenes europeos aumentaron, entre edades de 16 a 29 años. Según (European Drug Report, 2017).

En América Latina, el mayor productor de cocaína es Colombia y sus mayores dos mercados son Estados Unidos y Europa. Sin embargo, países de América Latina también son

consumidores. En la *tabla N° 2* se observa el consumo de drogas en América Latina donde predomina Argentina con 7.2% de consumo de Cannabis, 2.6% de Cocaína, 0.6% de Metanfetamina y 0.5% de Éxtasis, seguido de Chile con 6.7% de Cannabis, 2.4% de Cocaína, 0.4% de Metanfetamina y 0.1% de Estaxis, entre otros.

Tabla 2. Consumo de drogas en américa latina 2017

	CANNABIS	COCAINA	METANFETAMINAS	ÉXTASIS
MÉXICO	1.0%	0.4%	0.2%	0.1%
COLOMBIA	2.3%	0.8%	0.5%	0.3%
PERÚ	0.7%	0.5%	0.2%	0.1%
BRASIL	2.6%	0.7%	0.7%	0.2%
CHILE	6.7%	2.4%	0.4%	0.1%
ARGENTINA	7.2%	2.6%	0.6%	0.5%

Fuente: Datos Medical Spanish Spring 2017.
Elaboración: Propia.

En el Perú existen consumidores que se promedian en la de edad de 19 años en adelante. Para el año 2015 Cedro realizó un informe en donde se ve datos específicos del incremento del consumo de estas sustancias por género.

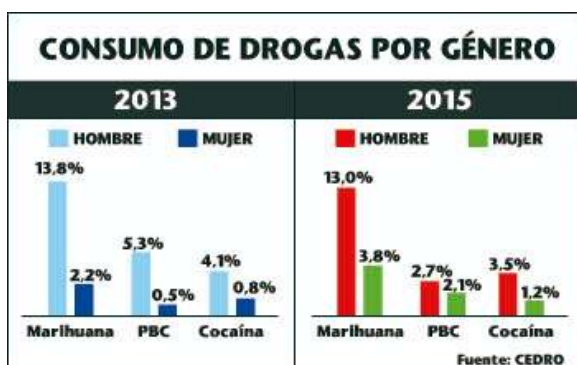


Figura 3. Consumo de Drogas por Género.

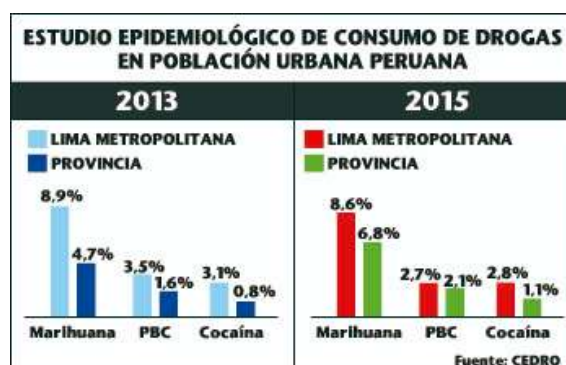


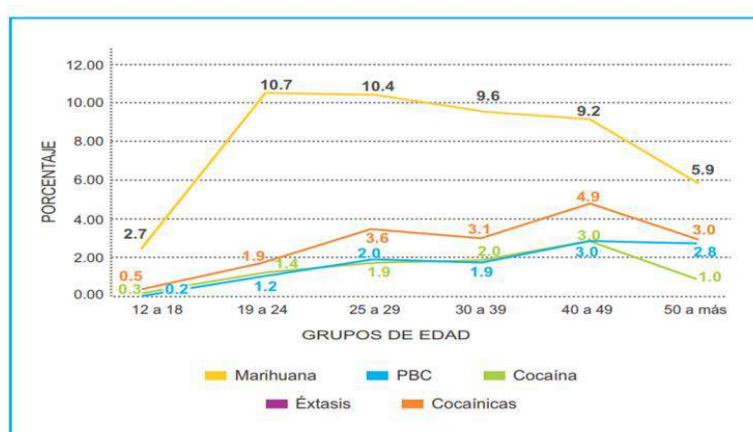
Figura 4. Estudio Epidemiológico de Consumo de Drogas en Población Urbana Peruana.

En la *figura N° 3* se puede apreciar el incremento de estas sustancias del año 2013 al 2015 en donde se ve claramente el crecimiento de consumo en los varones siendo con 13.0% en marihuana, 2.7% PBC, y 3.5% cocaína. Por otro lado, el aumento del consumo de drogas en el grupo de mujeres, siendo 3.8% de marihuana, 2.1% de PBC y 1.2% de cocaína. Así nos damos cuenta de que en dos años el varón sigue siendo el mayor consumidor en el Perú.

Después del consumo de la marihuana, en segundo lugar, están los inhalables (0,41%). Entre ellos, la benzina, la parafina y la acetona. En tercer lugar, los hongos alucinógenos (0,25%) y la ketamina (0,25%).

En la *figura N° 4* se puede visualizar que, en Lima Metropolitana, el consumo de marihuana descendió un 0.3%, quedando con 8.6%; el consumo de PBC también se redujo de 3.5% a 2.7%, igualmente el consumo de cocaína 3.1% a 1.1%, esto indica que se ha podido controlar de cierta manera esta problemática.

En el Perú se empieza a consumir estas sustancias psicoactivas en un promedio de 19 a 24 años el consumo de marihuana, seguido de los 25 a 29 el inicio del consumo de cocaína, PBC, éxtasis, en menor porcentaje.



En todos los grupos de edad la marihuana es la droga ilegal con mayor prevalencia de vida, seguido por las drogas cocaínicas.

Figura 5. Perú 2017: Prevalencia de Vida de Drogas Ilegales según edad.

En la *figura N° 5*, inician a los 19 a 24 años con un porcentaje aproximadamente 10.7% seguido de los 25 a 29 años con 10.4% y de 30 a 39 años con 9.6%, como se observa, el inicio de consumo predomina en el primer grupo.

Tabla 3. Consumo de drogas en el distrito de Comas.

POBLACION	FRECUENCIA	
	TOTAL	%
Niños (hasta 12 años)	3	0.2
Adolescente (hasta 18 años)	259	16.4
Jóvenes (hasta 29 años)	1026	65.1
Adultos (más de 30 años)	289	18.3

Fuente: Diagnóstico Local Participativo del Consumo de Drogas en el Distrito de Comas 2006

La siguiente *tabla N° 3*, se observa que el 65.1% de personas inician a los 29 años, sabiendo que para ese año Comas tenía una población de 46,647 mil personas según

información del INEI. Además, la pasta básica es muy consumido y el 66.9% de estos, lo adquiere.

En Comas existen diversos puntos donde se adquiere y se consume estas sustancias psicoactivas y que la mayoría son en barrios en donde predominan los jóvenes. En la *figura N° 6* se muestra que, en el año 2006, se reportaron 961 casos de consumo de PBC, seguido de la marihuana con 239, esta cifra aumento con respecto al año 2004 en donde se registraban cifras menores.

Año 2004		
DROGAS	FRECUENCIA	
	TOTAL	%
Marihuana	164	17.4
Inhalantes	43	4.6
Pasta Básica	480	50.9
Clorhidrato de Cocaina)	234	24.8
Otros	22	2.3

Año 2005		
DROGAS	FRECUENCIA	
	TOTAL	%
Marihuana	239	16.6
Inhalantes	46	3.2
Pasta Básica	961	66.9
Clorhidrato de Cocaina)	172	12
Otros	18	1.3

Figura 6. Consumo por tipo de droga en distrito de Comas.

N°	ZONAS DEL BARRIO
1	Campo Deportivo Guadalupe
2	Parque N° 5 los Viñedos
3	Parque Santa Rosa
4	Parque Virgen de la Asunción
5	Entre Caracas y Santa Fe.
6	Por Villa Mirador (El Milagro)
7	Entre Cdra.12 de Huayna Capac y Cahuide
8	Por la Posta del Carmen
9	El Carmen
10	El Parral por La Hacienda
11	Plaza de Armas (El Carmen Alto)
12	AAHH 2 de Agosto y Av. San Carlos
13	Universitaria y México
14	Puente Chillón
15	Urb. Santa Luzmila (cancha por México)
16	La Balanza

Figura 7. Zonas con problemática de Drogas.

En la *figura N° 7*, según el informe de Devida que se realizó en Comas, existen 16 puntos en donde sobresalen por el consumo excesivo de drogas.

A nivel distrital, se ha reconocido 22 zonas, en donde se aprecia que son lugares que están conectadas entre sí.

En el distrito de Comas existen puntos específicos en 13 zonas de las 14, de los cuales estos tienen un índice de mayor amenaza. Entre ellos tenemos a: Mercado Clorinda Málaga, en Ira de Mayo, A.A.H.H Incahuasi, Carmen Medio, Cancha del estadio Teófilo Cubillas, Santa Cruz, Las Lomas, Av. Gerardo Unger, Canchas deportivas de las zonas, A.A.H.H 2 de Agosto, parque Santa Rosa, parque Sinchi Roca, parque N°1,2 y 4 de los Viñedos, campo deportivo Nueva Esperanza y por ultimo AV. Belaunde y Av. Túpac Amaru.

1.1.1.2 Drogas Sociales

El alcohol es una droga social muy conocida y consumida a nivel mundial, es una sustancia líquida que se ha hecho participe de la mayoría de las situaciones en nuestra vida, sin embargo, existen personas que saben consumirla de manera moderada, pero otros no, estas personas se vuelven dependientes de cualquier tipo de bebida que contenga alcohol.

Esto quiere decir que de cierta manera sus hábitos cambian y no es para bien, todo lo contrario, se vuelven personas enfermas con angustia y daño tanto físicos y psicológicos, cayendo en el alcoholismo que pocos saben cómo salir de esa situación. En Europa se crea una situación alarmante, el alto consumo de la cerveza, que es una de las bebidas en el mundo con mayor contenido de alcohol, muestra signos de incremento.

Mariann Skar, secretario de European Alcohol Policy Alliance menciona que Europa es el continente con mayor consumo de bebidas alcohólicas (Euronews, 2017).

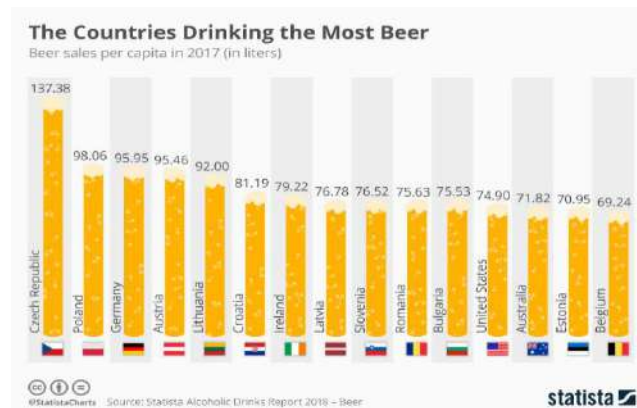


Figura 8. The Countries Drinking the Most

“En la figura N ° 8, se observa que consume excesivo de Republica Checa con 137.38 lt. Seguido por Polonia con 98.06 lt. y Alemania con 95.95 lt.” (Armstrong, 2018).

América Latina es el segundo consumidor de alcohol a nivel mundial y es que las bebidas con este componente son muy populares y más aceptada socialmente. Los varones son los que más compran estos líquidos que hacen más amena las reuniones o situaciones donde se encuentren, sin embargo, las mujeres son más recatadas y controladas a comparación de ellos. Muy poco se toma conciencia de los daños que pueden causar estas bebidas; la mayoría de los casos los jóvenes consumen a temprana edad no se dan cuenta las consecuencias que puede traer más adelante.

Anselm Hennis, director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OMS asegura que “La región de América Latina y el Caribe (...) ha pagado un alto costo en salud, recursos financieros y productividad” (Moreno J. , 2015).

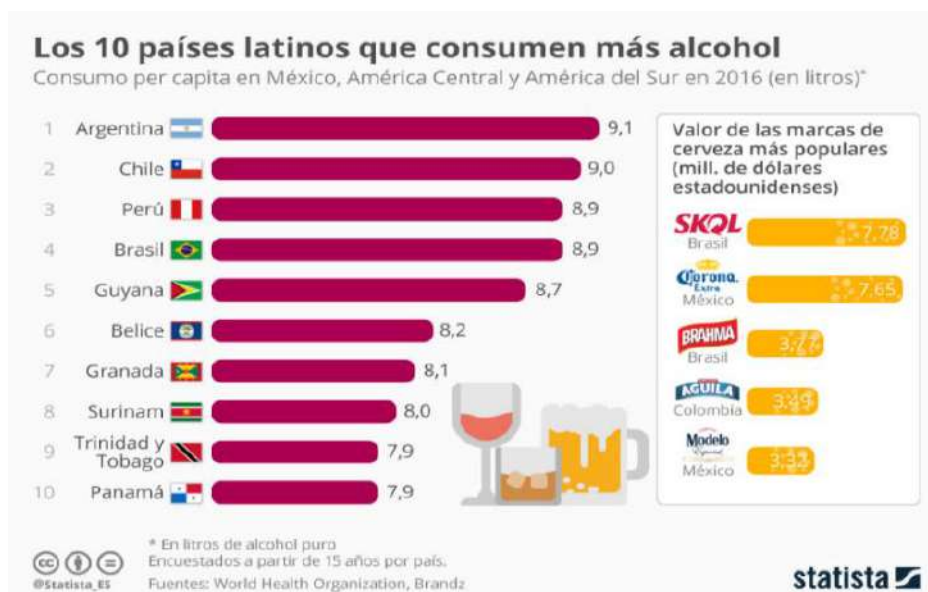


Figura 9. Los 10 países latinos que consumen más alcohol

En la *figura N° 9* se observa que “De los países de América latina, Argentina es el país que más consume alcohol con 9.1%, seguido de Chile con 9.0 y Perú con 8.9 junto con Brasil” (Moreno G. , 2017).

Perú, es el tercer país en América latina según la OMS, se estima que empieza el consumo a los 13 años sin embargo la edad correspondiente debe ser a los 18 años. Los jóvenes se ven influenciados desde sus casas, en reuniones familiares o sociales, lo cual genera estas cifras alarmantes. El alcoholismo en Lima aumentó un 164% en cuatro años, (Devida, 2018). Según Devida. En la *figura N° 10* se muestra el consumo de bebidas alcohólicas. Con estas cifras se muestra el mayor consumo en jóvenes en edad de 19 a 39 años, que son los que más consumen esta bebida.

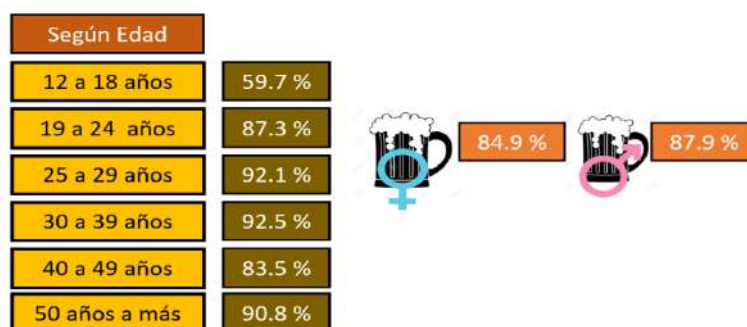


Figura 10. Consumo De Alcohol Según edad y sexo

Fuente: CEDRO / OMS 2018

Según Región del País	
Lima Metropolitana	89.1 %
Provincias	80 %
Resto de la Costa	74.4 %
Sierra	86.7 %
Selva	77.2 %

Figura 11. Consumo De Alcohol Según región

Fuente: CEDRO / OMS 2018

En la *figura N° 11* nos indica los porcentajes según región. En Lima Metropolitana se consume el 89.1%. Según la Organización Mundial de la Salud 2016 realizó un estudio:

En Lima Metropolitana el incremento de las bebidas alcohólicas ha aumentado en cuatro años, hoy existen 281,000 personas que se han convertido en adictos, para ello DEVIDA realizó un estudio entre personas de 12 a 65 años, arrojando 110.072 personas con problemas de adicción. (Publimetro, 2015).

El consumo del tabaco es un hábito extendido en el mundo y una gran amenaza para la salud. Aunque estadísticamente son los varones con mayor demanda de consumo que las mujeres. Para afirmar esta información, la OMS indica que el tabaco es una droga con mayor consumo ya que mueren 7 millones de personas aproximadamente al año.(Organización Mundial de la Salud, 2018).

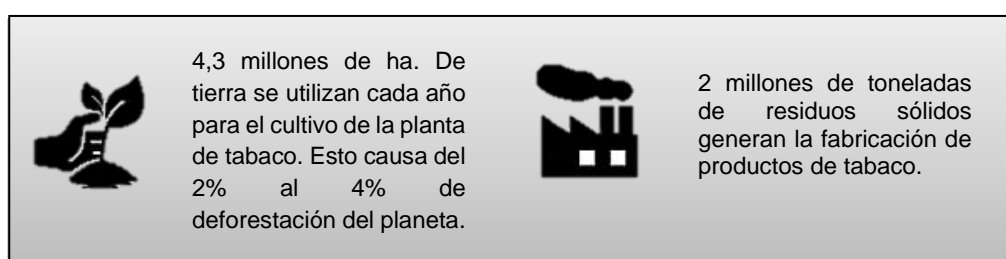


Figura 12. Consecuencia del tabaco.

Fuente: OMS Elaboración: Propia

En la *figura N° 12*, según la OMS menciona que 4,3 millones de ha. Se utiliza para el cultivo plantas y 2 millones de toneladas generan residuos sólidos por la fabricación de tabaco.

Actualmente existe una ley contra la epidemia del tabaco, esta alianza protege los

derechos de la salud pública. Existe el Convenio Marcos que entró en vigencia en febrero del 2005, existen 180 países suscritos, esto representa el 90% de la población a nivel mundial.(Organización Mundial de la Salud, 2018).

En 179 países y la UE que están inscritos en este convenio que luchan contra el tabaco, 14 países han prohibido la difusión de mensajes alentadores al consumo de esta droga social, 35 países restringieron su consumo en áreas públicas donde se puedan ver afectadas personas no fumadoras e incluso niños.

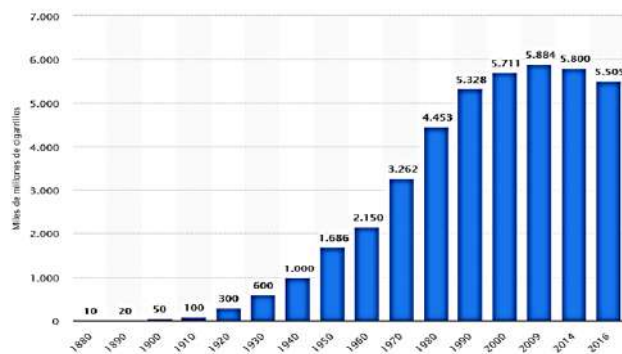


Figura 13. Consumo de cigarrillos en todo el mundo 2016.

Por otro lado, la OMS nos menciona que el Tabaco, es una amenaza que no solo afecta al consumidor sino al que inhala el humo, en el año 2016 se consumió aproximadamente 5,5 billones de cigarrillos en todo el mundo, como se observa en la *figura N° 13*.

En América Latina, el uso de esta droga social ha provocado muchas enfermedades y muertes, las más vinculadas a estas son: el cáncer al pulmón, bronquios y de la laringe, enfermedades cardiovasculares y problemas con el sistema respiratorio. En los países centro americanos y el acibe se registra un bajo consumo de tabaco a diferencia del Cono Sur que excede. (Valdes, Hernández, & Sepulveda, 2002).

En el Perú, alrededor de 16,000 personas fallecen cada año ocasionado por el tabaco; 8000,000 niños, adolescentes y jóvenes consumen cigarrillo cada año. Se estima que 12.5% de todas las muertes en el país se producen por el excesivo consumo de tabaco.

En la *figura N° 14* se observa las enfermedades que producen los cigarrillos, cada año existen 6,894 infartos de enfermedades cardiovasculares, seguido de 71% de cáncer pulmonar, 83% de neumonía y 90% de enfermedades crónico-obstructivas del pulmón.

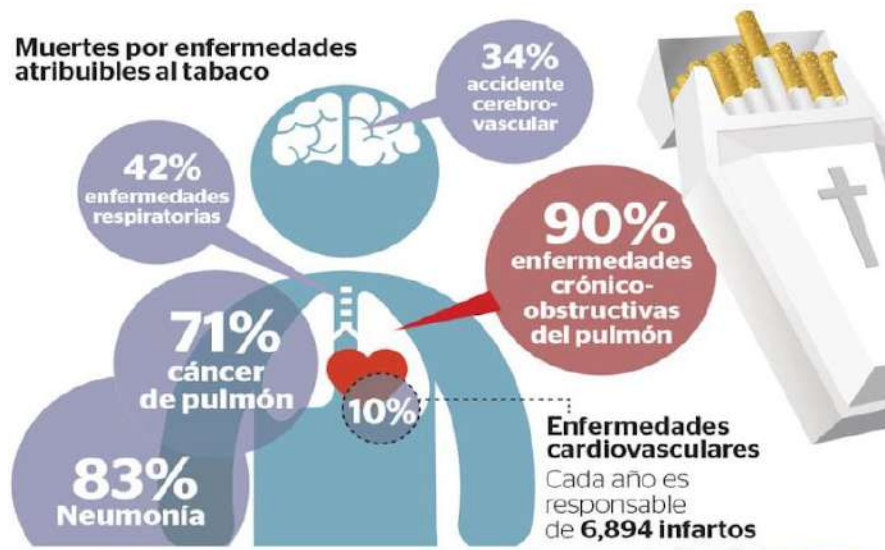


Figura 14. Muertes por enfermedades atribuibles al Tabaco.

Estos porcentajes son demasiados altos y la población más débil son los niños expuestos al humo. Cabe recordar que el cigarrillo cuenta con más de 400 componentes químicos y que la mayoría son cancerígenas.

Según DEVIDA. MINSa y OMS, expresan lo siguiente:

Las regiones en las cuales se consume más tabaco son Lima- Callao, Arequipa y Tacna; s/. 2,500 millones es el costo anual del Estado para tratar enfermedades derivadas del tabaco, s/. 231 millones es la recaudación impositiva por la venta anual de cigarrillo (no cubre los gastos provocados por el tabaco en el sistema de Salud). ... (Devida, OMS, & Minsa, 2017).

En Comas, el consumo de drogas sociales ocupa el tercer lugar como problemática del distrito, el alcohol más utilizado se le llama Alcohol Chasqui que está hecho a base de ron de caña) y tabaco.

En la *tabla N° 4* se observa al usuario de consumidor de drogas, que predomina el género masculino, que empieza desde los 10 años hasta los 25 aprox. En grado de escolaridad, nivel superior, personas sin estudio ni empleo, esta población consume en discotecas, colegios y produce cambios psicosociales.

Tabla 4. Usuario de estas drogas.

DROGAS	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS	CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES
Terokal	Predominantemente masculino	Empiezan desde los 10 años hasta jóvenes de 25 años aprox.	Desde colegiales, Universitarios hasta obreros y desempleados.	Del mismo distrito de Comas. Consumen en discotecas, colegios	Agresivos
Marihuana					Personalidad irritable
Pasta básica de Cocaína					Carecen de valores morales y sociales.
Combinación PBC + Pastillas					Descuidan su apariencia física.
Alcohol					
Alucinógenos					

Fuente: Diagnóstico Local Participativo del Consumo de Drogas en el Distrito de Comas 2006.

La percepción que se tiene de las personas con este tipo de adicción, son personas agresivas, irritables, carecen de valores y moral. Ya que, si bien es cierto el excesivo consumo de estas drogas sociales, cambian el estado psicológico perdiendo el control de sus actos e incluso descuidan demasiado su apariencia física.

1.1.1.3 Reinserción Social

En el mundo, una de las grandes dificultades para los drogodependientes es reinsertarse en la sociedad; los vicios, las malas influencias rondan en cada esquina y los jóvenes y adultos caen en ello.

La falta de oportunidad de empleo para poder sobrevivir en la sociedad es uno de los problemas en España, el presidente diputado, Fernando Rodríguez Villalobos asegura que “Más de una de cada dos personas que se inician en tratamientos de drogodependencia en la provincia de Sevilla, concretamente el 63%, se encuentran en situación de desempleo” (Ruiz, Un 63% de los drogodependientes se encuentran desempleados", 2015)

Los drogodependientes no tienen las mismas oportunidades con la empleabilidad, la mayoría de los usuarios empiezan a temprana edad el consumo y con el tiempo no se han formado para desarrollar una actividad para desenvolverse laboralmente.

En México, las personas con este problema de adicción a drogas tienen varias dificultades para poder reinsertarse en la sociedad, por ello Gustavo Pérez Berlanga, director de Responsabilidad Social de Toks indica que, al finalizar el proceso de internamiento del paciente, se capacita enseñando alguna actividad por tres meses para que se pueda desenvolver en el área laboral al salir del centro. (Corresponsable, 2017).

Este proyecto se realizó por la Secretaría de Gobernación de México, para ayudar a los adictos contribuyendo a su reinserción social, “Con este proyecto se busca incrementar de

3% a 50% la reinserción social productiva con ex pacientes internados” (Corresponsable, 2017).

En el Perú, la reinserción social es la última fase del proceso de rehabilitación que se da a un paciente que tiene problemas con el consumo de drogas psicoactivas y sociales sin embargo existen barreras como la exclusión social por que se tiene una imagen herrada como personas problemas y no como personas que tienen una enfermedad y necesitan ayuda.

En los centros de rehabilitación indica que por cada 30 pacientes debe existir un psicólogo (Daly, 2015) sin embargo, la realidad es otra, solo existe un psicólogo para 100 internos.

En la *figura N° 15* se observa la conferencia de la OEA en el Taller de Integración Socio – Laboral, Perú es participante para el proyecto de reinserción laboral de personas con adicciones, el cual “[...] pretende atender a los pacientes adictos a drogas legales e ilegales, construyendo una propuesta país de Integración Socio laboral”(OEA, 2013).

Con un proyecto de ayuda para la reinserción de jóvenes, disminuiría el porcentaje de exclusión que se tiene con ellos; la mayoría de los casos no encuentran un trabajo digno para poder reinsertarse en lo laboral y esto provoca a un cuadro de crisis.



Figura 15. Taller sobre Integración Sociolaboral (Cooperación Chile, Uruguay y Perú).

En el distrito de Comas, la Comunidad Terapéutica Novo World, alberga a 50 personas de 18 a 39 años y adultos de 40 hasta 55 años aproximadamente. Ciro Vilca, Administrador de la CT Novo World menciona que “la adicción es una enfermedad que tiene tratamiento de por vida y que no se deben desligar de la CT” (Vilca, 2018) como se observa en la *figura N° 16*.

Además, para que un adicto pueda reinsertarse en la sociedad es necesario trabajar el área física, psicológica y espiritual. En Novo World existen dos tipos de tratamiento, la primera dura 14 meses internado sin ningún tipo de permiso de salidas, solo con las terapias y actividades dentro del centro y el segundo tratamiento se da cuando se haya cumplido el primero y dura 3 meses donde obtiene permisos semanales o cada 15 días con un control de salida verificando como se desenvuelve en la sociedad.



Figura 16. Ciro Vilca, Administrador de Novo World.

En Novo World existe un programa de reinserción social, la terapia grupal con personas ya rehabilitadas de la misma CT. Sin embargo, no todos los adictos que están en los programas de reinserción logran salir. Ciro Vilca menciona que:

De 10 adictos internados y en proceso de reinserción, sólo 4 logran una reinserción segura y esto se debe a que muchos salen y creen que ya han superado la adicción, sin embargo, no es así y al probar un poco de alcohol en cualquiera de sus presentaciones, recaen y vuelven a lo mismo, así que no les queda de otra que volver a empezar el tratamiento (Vilca, 2018).

El apoyo fundamental para que puedan reinsertarse y tener una vida plena es la familia, años atrás no eran conscientes que su participación es importante para que su familiar pueda seguir el tratamiento, por eso es que, de 10 adictos, 6 recaen y vuelven a lo mismo por no tener el apoyo de su familia.

En conclusión, al analizar la realidad problemática social, encontramos personas entre los 19 a 39 años consumiendo sustancias psicoactivas y que al pasar los años este porcentaje ha ido incrementando en el mundo; las drogas sociales son las más consumidas por la población y el incremento de personas con problemas de adicción se ve afectada porque con el tiempo llegan a ser excluidos en la sociedad, con problemas graves para superar esta fase de su vida. Las drogas cual fuera su presentación, es un gran problema para la población porque la mayoría no llegan a tratarse a tiempo.

1.1.2 Problemática Urbana

1.1.2.2 Informalidad de las Comunidades Terapéuticas

En América Latina existe la informalidad en las CTs, la mala atención, humillación, maltrato psicológico son algunos de los tratos que se dan en estos centros (Kapkin, 2016). La Organización no Gubernamental en Colombia, Brasil, República Dominicana, Guatemala, México y Puerto Rico, realizó un estudio acerca de los centros de tratamiento o rehabilitación de drogodependientes donde el internamiento es forzado, tienen un mal tratamiento. (Kapkin, 2016).

Las Organizaciones no Gubernamentales en México realizaron un estudio a las Comunidades Terapéuticas donde aproximadamente 35,000 adictos no cumplen con las normas legales. (Kapkin, 2016).

En República Dominicana y Guatemala, los centros terapéuticos no están autorizados y si lo estuvieran, el estado no los monitorea. (Kapkin, 2016).



Figura 17. Internos de Centro de Rehabilitación en República Dominicana.

En la *figura N° 17* se observa las condiciones de los pacientes en el Centro de Rehabilitación de República dominicana.

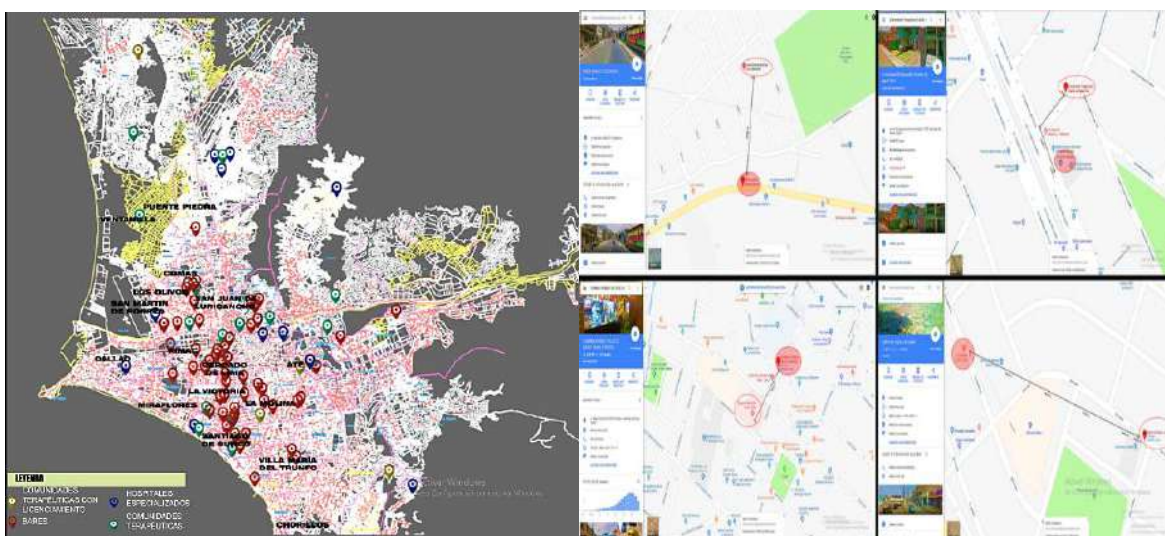
Las comunidades terapéuticas son responsabilidades del estado y del Ministerio de Salud, ello son los encargados de velar por los pacientes residentes y ambulatorios, con un tratamiento especializado con profesionales y no con ex adictos rehabilitados.

En el Perú la informalidad es un tema que aqueja a la sociedad y de esto no se salvan ni las Comunidades Terapéuticas ya que el proceso para formalizarse es presentando más de 30 documentos y por ello, la mayoría de las CT son informales porque no cumplen todos los requisitos que se necesita.

Las exigencias que se han impuesto a ocasionado a que pocas CT se regulen con los trámites “Es por eso que en el año 2013 se registraron ante el Ministerio de salud cinco centros terapéuticos; en el 2014, solo 11; y para el 2015 serían 20” (Espinoza, 2015).

En Perú existen 450 CT de los cuales alrededor de 30 de ellos si están acreditadas por el Ministerio de Salud. (Salinas, 2012).

Si bien es cierto Lima ha crecido de manera desordenada, la población ha ido llegando a la ciudad y la gran parte ha sido planificada de acuerdo a las necesidades que han presentado. Con las Comunidades Terapéuticas pasa lo mismo, no se ha tenido consideración de la ubicación de la mayoría de estos centros y han sido ubicados al azar.



*Figura 18.*Entorno de las Comunidades Terapéuticas en Lima.
Elaboración: Propia

En la *figura N° 18* la ubicación de los 4 Comunidades Terapéuticas con licenciamiento; se puede observar en la imagen del lado izquierdo que las comunidades terapéuticas informales predominan en el centro de Lima, sin importar la ubicación, exponiendo a sus pacientes cerca de los bares, discotecas, centros de mayor consumo en donde existen todo tipo de droga. Además, los hospitales especializados también están en el centro, no existe una planificación equitativa para todo Lima Metropolitana.

En la *figura N° 18* del lado derecho se puede observar la corta distancia que existe entre la Comunidad Terapéutica con los establecimientos que venden Drogas sociales y que no respetan la norma establecida.

Las actividades comerciales quedaron prohibidas con este Decreto Supremo, pero vemos que hacen caso omiso. Las Comunidades Terapéuticas que se encuentran cerca a estos centros, es la informalidad que en su mayoría son inmuebles adaptados, no aptos para este tipo de equipamiento. Hasta el momento se tiene a 25 CT en proceso de formalización. Minsa estima que hay 400 centros de rehabilitación en el Perú. De ellos, 300 están en Lima. Según Yuri Cutipé, jefe de la Dirección de Salud Mental del Minsa: “la formalización es lenta debido a que las comunidades no cumplen los requisitos clínicos” (García, 2014). En la *figura N° 19* se observa la lista de las Comunidades Terapéuticas en proceso de formalización.



Figura 19. Ubicación de las Comunidades Terapéuticas en proceso de formalización.

Se detectó en la zona que solo el 3% de las Comunidades Terapéuticas cuentan con exigencias de la ley 29765. Pedro Cáceda Soriano, es presidente de la Asociación de CT del Perú y director de la Federación Latinoamericana de CT, menciona:

“Actualmente el Estado cuenta con aproximadamente una centena de camas y apenas unas 15 para mujeres, frente a la demanda de atención (...). Por ello, las CT constituyen una alternativa viable de tratamiento” (Gestión, 2015).

Aunque se haya dado la ley que regula las CTs, la formalización no se ha podido avanzar porque son trámites con vallas muy altas y mayor exigencia porque se trata de personas con problemas de drogodependencia. A comparación de otros países, estos pacientes tienen mayor accesibilidad a estos centros y cuentan con la ayuda del estado para poder formalizarlos y así no existan CTs informales.

Comas, es el distrito más poblado de acuerdo al último censo en el 2017 y con alto consumo de drogas entre los jóvenes, por ello, también existen Comunidades Terapéuticas informales que funcionan en casas de oración o son adaptadas en las viviendas.

La Municipalidad de Comas ha empezado a inspeccionar estas CTs con el fin de acabar con la informalidad y el maltrato a los pacientes, ya que en la mayoría de estos centros no cumplen con las medidas de seguridad necesarias. En Comas se realizan inspecciones a los locales donde brindan esta ayuda que funciona sin permisos de ninguna autoridad. (Yashimura, 2017). Como se observa en la *figura N° 20*.



Figura 20. Terror en Centros Terapéuticos de Comas.

Por eso se busca la formalización, se sabe que además de esta CT informal existen más según el especialista de Cedro.

Milton Rojas añade que la Municipalidad son los que otorgan el permiso de apertura de estos centros e inspeccionan antes de brindar el certificado.

1.1.2.2 Problema Vial

Sin duda para que un equipamiento de este tipo funcione correctamente de debe tomar en consideración el entorno donde se acentúa, por lo mismo que al principio empezó en hospitales se evalúa el entorno considerándolo un ámbito sanitario, es por ello que el problema vial es un factor importante para una el funcionamiento de este equipamiento así mismo, el bienestar del paciente.

En el mundo, son pocos los lugares con poco ruido, el tráfico es uno de los problemas que aquejan a la ciudad porque perturba la calma que debe existir alrededor de los centros de salud. En la *figura N° 21*, se muestra que México es el país con más tráfico vehicular, seguido de Bangkok, según el TomTom Index.



Figura 21. TomTom Traffic Index (de las ciudades con más de 800.000 habitantes).

En Europa, exactamente en España, el tráfico produce un 80% de ruido, una gran diferencia con las otras fuentes como se observa en la figura N° 22, Estos altos índices de ruido perturban a los centros de salud, sin respetar los niveles de decibelios (dB) recomendados.

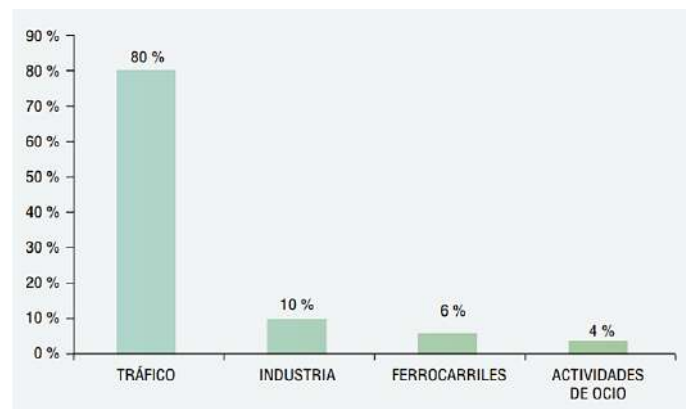


Figura 22. Principales fuentes de ruido.

“TomTom, una compañía originaria de los Países Bajos, explica que la congestión vial aumentó 13% en el mundo desde el año 2008” (Gestión, 2016) esto indica que el incremento de tráfico vehicular ha incrementado y el ruido al mismo tiempo.

La OMS, apuesta por un nuevo modelo de ciudad sostenible para mejorar la salud, y que deberían intervenir a la hora de hacer una planificación urbana para saber dónde ubicar los Centros de Salud cual sea su tipo.

En Madrid en tráfico vehicular cerca a los centros de salud es un problema provocando una contaminación acústica, la OMS menciona que en EU alrededor de 9 millones de la población soporta 65 decibeles. (Europa Press, 2017).

En la *figura N° 23* se muestra al tráfico vehicular y el ruido que produce cerca de los centros de salud, en Madrid.

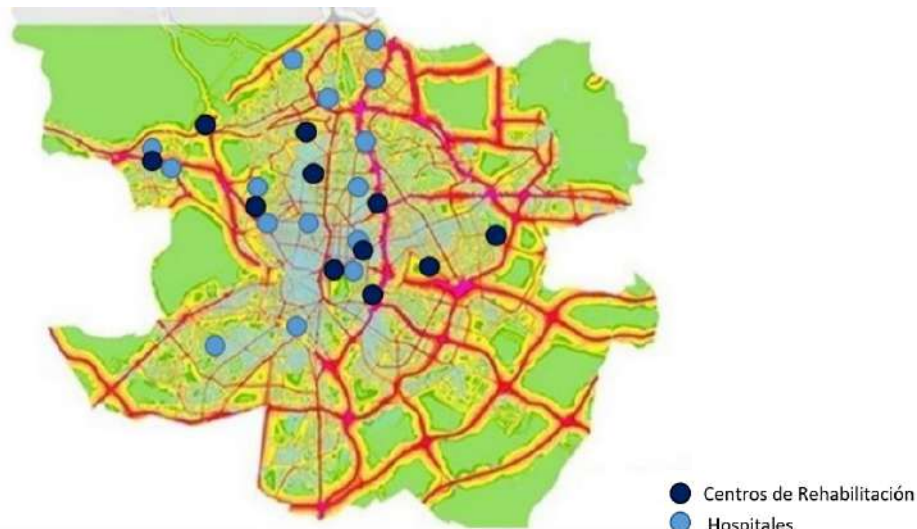


Figura 23. Mapa del ruido Madrid

En el Perú, el alto nivel de ruido que ocasionan los autos se concentra en el centro de Lima Metropolitana, el incremento de los autos genera tráfico, esto afecta de manera directa a los centros de salud que se encuentran cerca de las vías; el tráfico genera pérdida de tiempo en una emergencia para socorrer a las personas que solicitan ayuda. La OEFA menciona que en Lima el 90% de los ruidos supera el límite máximo permitido por los estándares de la calidad. (Polo, 2018)

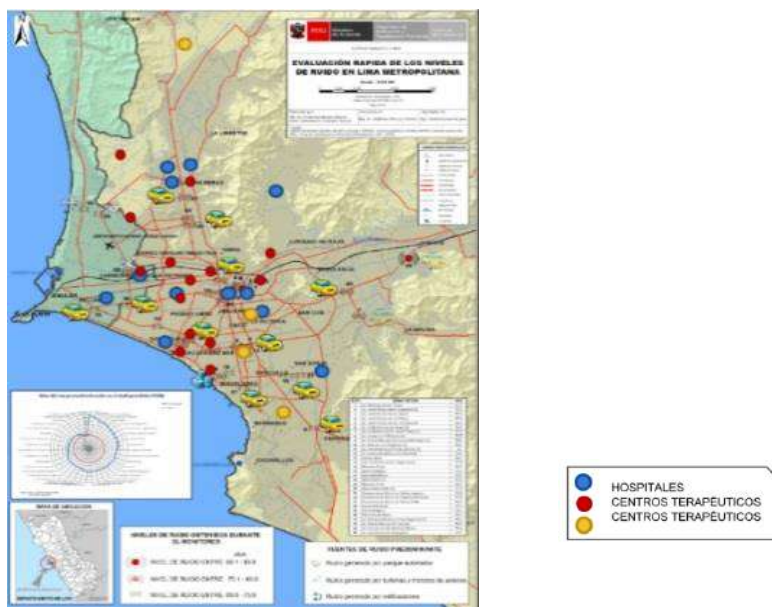


Figura 24. Evaluación rápida de los niveles de ruido en Lima Metropolitana.

profesional y/o por un ex adicto.



Figura 26. Medición de puntos críticos de contaminación sonora en el distrito de Comas.

Por otro lado, la mala planificación urbana hace que las vías afecten a los centros de salud de cierta manera, el caos vehicular y el ruido es un problema que genera el tráfico vehicular cerca a estos establecimientos; el tráfico impide la rápida accesibilidad a los centros de salud y el ruido aturde y estresa a los pacientes.

1.1.3 Problemática Arquitectónica

1.1.3.1 Mala Infraestructura

En el mundo las Comunidades Terapéuticas no todas son diseñadas para la residencia de sus pacientes, en el país de Guatemala los enfermos son internados de forma voluntaria y reciben el tratamiento por los miembros de la casa espiritual. (Pressly, 2014).



Figura 27. Centro de Rehabilitación Casa de Restauración "Yo te Ayudo"

En la *figura N° 27*, Guatemala, nos muestra el centro de rehabilitación adaptada a una vivienda con rejas y en mal estado. Un estudio antropológico de los centros de rehabilitación realizado por Kevin O'Neill, estima que puede existir alrededor de 200 centros espirituales sin embargo estos albergan alrededor de 6000 personas. (Pressly, 2014).



Figura 28. Inmueble que funcionaba como Comunidad Terapéutica fue clausurado.

En la *figura N° 28*, en Ecuador el problema es similar, existen centros de rehabilitación donde la población abre centro en sus propias casas y ahí brindan el servicio de ayuda (Merino, 2013) Menciona Carina Vance, Ministra de Salud.

El mal estado de las CTs y la informalidad con las que operan, la Comisión Interinstitucional de Control de los Centros de Recuperación de Adictos y Alcohólicos, clausuró este centro por el mal estado en que se encontraban los pacientes y por albergar a dos mujeres en el mismo centro que están los varones; los centros de rehabilitación no deben ser mixtos de acuerdo con las normas.

En el Perú el mal estado de los centros de rehabilitación es producto de la informalidad, los centros de rehabilitación son casas o centros de oración adaptados con el fin de poder lucrar con este mal, existen establecimientos que no cumplen las normas. La ley N.ª 29765, pone en orden los establecimiento y sus funciones en las CT.



Figura 30. Ubicación de las C.T. adaptadas a viviendas caso 1.



Figura 29. Ubicación de las C.T. adaptadas a viviendas caso 2.

En la *figura N° 29 y 30* se observan las Comunidades Terapéuticas, que muestra la adaptación de casas para el uso de estos centros. Según Yuri Cutipé el cierre de los centros depende de las municipalidades, existen centros cristianos que se vuelven centros de rehabilitación. La mayoría de estos se encuentran en los distritos alejados de los Cono norte y no son certificados por la Dirección de Salud Mental. (Garcia, 2014).

Las municipalidades son los encargados de brindar los permisos y la fiscalía se encarga de revisar la infraestructura. El Minsa monitorea las patologías y verifica el certificado de los profesionales a cargo de los pacientes. Además, la fiscalía supervisa que se cumpla los derechos humanos y calidad de atención. (Cárdenas, 2012).

Las Comunidades Terapéuticas en mal estado se encuentran en los distritos periféricos de Lima, el MINSA se encarga de supervisar estos centros informales adaptados a viviendas sin considerar los ambientes necesarios para los pacientes.

En el distrito de Comas existen CT informales que han sido clausurados por la Municipalidad del Distrito, ya que no tiene el apoyo de profesionales, una buena infraestructuras y permisos municipales. (Garcia, 2014).

Las inspecciones que realiza el Minsa a las Comunidades Terapéuticas solo el “75% está en proceso de mejora a diferencia de los demás centros de ayuda (Garcia, 2014) menciona Yuri Cutipé.



Figura 31. Clausura de Centro de Rehabilitación en Comas.

En la *figura N° 31*, se puede observar que se ha clausurado este centro de rehabilitación en una vivienda en donde albergaban 80 internos en este centro, aparte de una mala infraestructura tiene un mal funcionamiento e incumplían la ley en muchos puntos, por lo tanto, fue intervenido por la Subgerencia de Control Ciudadano y la Policía en el distrito de Comas.

1.1.3.2 Carencia de Calidad Espacial

Mejorar la salud de los pacientes no solo implica de buenos profesionales a cargo de la salud sino también del establecimiento de salud, que tenga presente cada detalle como el confort, limpieza, luz, y apariencia del establecimiento.

Según Azul Hicks, arquitecta dedicada a hacer diseños “para el alma” menciona que: “Lo importante es que al momento de ver un espacio lo sientas e incluso, puedas llegar a sanarte, sentirte mejor, a sentir un estado de meditación, un bienestar en tu vida [...]” (Hicks, 2017).

Si bien es cierto, existen centros de salud antiguos, en donde las circulaciones, públicas, de servicio y médicas, son un solo pasillo, antes no se tenía en consideración la separación de estos, y se mezclaban entre todos. Los centros de salud antiguos son una base muy importante para poder esclarecer los espacios necesarios que se necesitan y gracias a ellos, se ha podido mejorar y realizar una arquitectura más limpia considerando todos los aspectos.

Azul Hicks menciona las cualidades arquitectónicas que debe tener un centro médico para beneficiar a sus pacientes, “Luz natural, ventilación natural, contacto con la naturaleza, colores alegres, presencia de agua, posibilidad de paseos al exterior en contacto con el sol” (Hicks, 2017).

En este sentido las comunidades terapéuticas necesitan tener adecuados ambientes por tener ámbito sanitario, a la vez residencial y educativo, como indica la ley y normativa que regula este equipamiento, con circulaciones separadas, ambientes que brinden buen confort para la rehabilitación óptima del paciente.

Sin embargo, esto no se da en las Comunidades Terapéuticas en el Mundo porque existen irregularidades al aperturar estos centros. En México la Fiscalía General del Estado Mexicano de Jalisco, intervinieron a cuatro centros de rehabilitación en donde los enfermos se encontraban en pésimas condiciones como se observa en la *figura N° 32 y 33*.



Figura 33. Centro de Rehabilitación en México - Cocina.



Figura 32. Centro de Rehabilitación en México - Dormitorio.



Figura 35. Centro de Rehabilitación en México - Cocina.



Figura 34. Centro de Rehabilitación en México - Servicios Higiénicos.

En las *figuras 34 y 35* se puede observar las carencias de salubridad que poseen los cinco Centros de Rehabilitación donde albergaban 380 varones, 68 mujeres y 43 niñas y adolescentes, retenidos sin su consentimiento en México.

En Guatemala, el caso es similar, los internos de los Centros de Rehabilitaciones “Yo te Ayudo” los espacios no son amplios y carecen de ambientes necesarios para su rehabilitación y estadía. El Ministerio de Salud de México informó que los pacientes vienen en espacios reducidos, con exceso de aforo por habitación, falta de áreas comunes, etc. (Valdez, 2010).

En Perú, las condiciones en que se encuentran las CTs informales, llegan a reunir a la mayoría de los pacientes en un mismo ambiente sin ofrecer seguridad y con una mala alimentación. Según la directora del MINSA, Gloria Cueva Vergara las infraestructuras cuentan con rejas en las ventanas y puertas, siendo un peligro para los pacientes en caso de emergencia” (González, 2012).

La mayoría de las CTs son inmuebles adaptados en casas o casas de oración y son clausuras por las Municipalidades cuando se detectan estos centros. La mayoría cuenta sin licencia de funcionamiento o condiciones de insalubridad.

En Lurín, las Comunidades Terapéuticas funcionaban “Tiempo de Vida” y “Proyección a la Vida” que funcionaban sin licencia fueron clausurados, “Entre las deficiencias detectadas en materia de Defensa Civil carecen de extintores y de luces de emergencia, cables eléctricos expuestos, etc.” (Gestión, 2012).

Comas, las Comunidades Terapéuticas no cuentan con los espacios adecuados para los internos y la Municipalidad del distrito.

En el distrito de Comas se va realizando inspecciones en los centros de rehabilitación clandestinos, además, estos lugares se encuentran insalubres, llenos de basuras y llegando a vivir en espacios muy reducidos, sin ventilación, muebles en mal estado, etc.



Figura 36. Comunidad Terapéutica informal.

En la *figura N° 36* se observa las condiciones en donde albergan a estos pacientes, Defensa Civil también informó la carencia de energía eléctrica para los ambientes de la vivienda adaptada. (Yashimura, 2017)

Por lo tanto, las Comunidades Terapéuticas son adaptadas a viviendas y/o centros de oración para la rehabilitación de los drogodependientes, haciendo caso omiso a la ley N°29765 que regula a los establecimientos de rehabilitación.

En conclusión, los problemas sociales que se han desarrollado mencionan el crecimiento de las drogas en la población. El sobre exceso es uno de los problemas de mayor demanda; la OMS trata de combatir esta situación con ayuda de las entidades encargadas de cada país a nivel mundial, sin embargo, el proceso de rehabilitación es muy largo porque en la mayoría de los casos existen drogodependientes que no aceptan su enfermedad y como consecuencia no se dejan ayudar.

En cuanto al problema urbano, la informalidad que se da en las Comunidades Terapéuticas que solo buscan lucrar con esta enfermedad y la desesperación de los familiares, llegan a internarlos por el bajo costo que ofrecen estos centros sin contar con los permisos necesarios. Además, estos centros son ubicados sin importar las restricciones que tiene la Comunidad Terapéutica para su funcionamiento adecuado.

Por otro lado, el problema arquitectónico se evidencia la carencia de calidad espacial que se da en estos centros que albergan a un promedio de 30 a 60 personas lo cual no es factible por el poco espacio que se tiene en la residencia; en la mayoría de estos centros agrupan a 9 personas por habitaciones, no cuentan con espacios de recreación y viven encerrados todo el día. Las Comunidades Terapéuticas deben respetar los ambientes necesarios para el desarrollo de recuperación de los pacientes.

Así mismo, el análisis de estos problemas sociales, urbanos y arquitectónicos nos da como resultado la falta de implementación de una Comunidad Terapéutica con un programa arquitectónico bien definido y desarrollado de acuerdo con la ley N° 29765 que permite a los pacientes con enfermedades de adicción a sustancias psicoactivas y sociales, una residencia con espacios de calidad, confort y salubridad.

Entonces, con el análisis de estas tres problemáticas, da como resultado la falta de una Comunidad Terapéutica que ayude al desarrollo de los pacientes y saber ¿Cuál es la relación entre la Comunidad terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019?

1.2 Trabajos previos

1.2.1 Internacional

Valdez (2010) desarrolló su tesis de grado en la Universidad de San Carlos de Guatemala titulada “Centro de Rehabilitación de individuos adictos y/o dependientes NICKY CRUZ”. El tipo de investigación que desarrolló fue descriptivo. La muestra de estudio fue en Mixco, Municipio de Guatemala, en el área de la Colonia Primero de Julio y lugares aledaños. La técnica que se empleó fue documental, además de estudios anteriores sobre el tema y revistas. El objetivo principal fue el de diseñar un centro de rehabilitación para pacientes consumidoras de drogas legales y sociales. En conclusión, la investigación descriptiva es muy importante porque se tomó en cuenta trabajos de tesis relacionados al tema para enriquecer el proyecto, a la vez el trabajo de investigación realizada servirá como referencia de diseño, y por último este proyecto tiene como prioridad de este servicio a las personas drogodependientes para que puedan dejar su enfermedad y también ser productivos en la sociedad.

Marañón (2015) desarrolló su tesis de grado en la Universidad Mayor de San Andrés titulada “Centro de Rehabilitación Renovada Y Transformada”, Mallasa distrito 20. El tipo de investigación que abordó fue descriptivo. La muestra de estudio fue en la Paz, provincia Murillo, en la zona de Periférico de Mallasa - Bolivia. La técnica de desarrolló fue investigativa y la recolección de datos se obtuvo en textos (libros), estudios anteriores sobre el tema, noticias para entender más el tema. El objetivo principal fue el de Otorgar a las adolescentes mujeres con problemas de drogadicción, la atención especializada y la rehabilitación integral de su problema, para mejora de su salud y su reinserción hacia la sociedad. En conclusión, el proyecto planteó una infraestructura adecuada también por la demanda que existe y a la vez donde puedan enderezar su vida y tener una mejora en reinserción social de estos usuarios.

Moya (2012) desarrolló su tesis de grado en la Universidad Tecnológica Equinoccial, nombrada “Diseño arquitectónico de un centro de Rehabilitación para adictos a sustancias Estupefacientes y psicoactivas”. El tipo de investigación que se abordó fue descriptivo. La muestra de estudio fue en el barrio de la Esperanza, Cantón Pedro Moncayo, Provincia de Pichincha, zonas aledañas y la sección norte de la provincia de Pichincha, en particular a la ciudad de Quito, Calderón, Guayabamba, Tabacundo, Cayambe - Ecuador. La técnica que se utilizó fue Brief, Investigación donde se tomó en cuenta varios parámetros como marco

histórico, marco conceptual, análisis de referentes arquitectónico, marco legal, principios básicos de diseño, proyecto arquitectónico y la recolección de datos se obtuvo en textos. El objetivo principal fue el de diseñar un centro de atención para adictos de drogas ilícitas y lícitas, además un programa arquitectónico apta para la terapia y así reinsertarlos, así como un esquema funcional especializado y distribución espacial adecuado para el usuario. En conclusión, los análisis del marco conceptual y referencial fueron apropiados para poder entender las necesidades del usuario y establecer un programa arquitectónico, a la vez generar espacios de uso interno, externo y mixto que le den confort y sensaciones gratas ya que el aislamiento no se debería dar en este equipamiento sino integración entre los residentes.

1.2.2 Nacional

De Las Casas (2017) desarrolla su tesis de grado en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas titulada “Centro de Rehabilitación e Inserción Social por abuso de drogas en el Callao”. El tipo de investigación que abordó fue cuantitativo. La muestra de estudio fue en Lima Norte, como el Callao – Perú. La técnica que aplicó fue la recolección de datos estadísticas y problemas, estudios de tipos y números de usuarios y horarios, análisis de la realidad como en flujos y necesidades. El objetivo principal fue el de diseñar un Centro de Rehabilitación por consumo de drogas para reinsertarlos socialmente, por donde se pudiera brindar información suficiente para este tema, así como poder ayudarlos en este tratamiento, utilizando la arquitectura como forma de su recuperación. En conclusión, el problema de la micro comercialización no es el único problema de la drogadicción en el sector sino también el aumento de equipamientos informales de este tipo y la falta de una adecuada infraestructura para poder atender a estos usuarios, también en el proceso de investigación se encontró la necesidad de este equipamiento pero a la vez generar espacios de calidad para la rehabilitación requerida y su buena re inserción social., además la estructura se logró dar prioridad a un equipamiento funcional, como circulaciones definidas , así la arquitectura cumple su función.

Vilca y Núñez (2017) desarrollaron su tesis de grado en la Universidad San Ignacio de Loyola nombrada “Centro de Rehabilitación para drogodependientes”. El tipo de investigación que realizaron fue analítica y descriptiva. La muestra de estudio fue en el distrito de San Juan de Lurigancho, Perú. La técnica que abordó fue la recolección de datos en libros, estudios previos sobre el tema, noticias para entender más el tema abordado. El

objetivo principal fue el de diseñar la ambientación de una edificación para la rehabilitación de drogodependientes que tendrá lugar en el distrito para la recuperación de personas con problemas de adicción y así ayudar a su reincorporación a la sociedad. En conclusión, el equipamiento tendrá un impacto al nivel metropolitano, así tendrán los usuarios más posibilidades de rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad, a la vez el proyecto es una respuesta social porque será autofinanciado, y por último la arquitectura presenta un diseño paisajista de acuerdo con la necesidad del usuario.

Gubbins (2015). Desarrolla su tesis de grado en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas titulada “Comunidad Terapéutica en Pachacamac”. El tipo de investigación que abordó fue analítica y descriptiva La muestra de estudio en el distrito fue en Pachacamac - Perú. La técnica que aplicó para la recolección de datos fue investigativa ya que se hizo visitas de campo e investigación por fotos y encuestas, además de lecturas bibliográficas. El objetivo principal fue de proponer y desarrollar una C.T en el distrito mencionado. Así mismo el de proponer espacios que tengan como prioridad al paciente y a la vez emplear elementos arquitectónicos. Y por último el de Integrar el equipamiento al entorno urbano con características paisajísticas y propiciar la inclusión de los pacientes con en lugar que los rodea. Para ello se ha elegido el sector debido a la cercanía de la capital y a sus características semi rural. En conclusión, la investigación es un aporte para el centro terapéutico, así mismo deberíamos tomara en cuenta el entorno urbano para poder diseñar.

1.3 Marco Referencial

1.3.1 Marco Teórico:

FUNDAMENTO DE LA VARIABLE 1: COMUNIDAD TERAPEUTICA

1.3.1.1 ÑAÑA, COMUNIDAD TERAPÉUTICA PERUANA

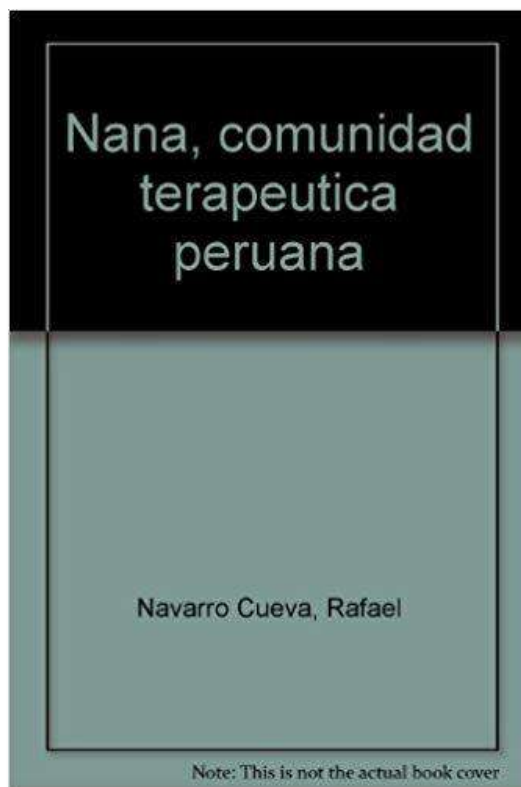


Figura 37. Portada del libro “Ñaña, comunidad terapéutica peruana”

Fuente: Navarro, R. (1997)

Tabla 5. Ficha Técnica del libro “Ñaña, comunidad terapéutica peruana”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Rafael Navarro Cueva
AÑO	1997
TITULO	Ñaña, comunidad terapéutica peruana
ISSN	9972-634-03-5
LUGAR	Lima – Perú
EDITORIAL	CEDRO

Elaboración: Propia

Este libro presenta una de las primeras comunidades terapéuticas en el Perú y que hoy es muy reconocida por su organización, funcionamiento y estructura, (Navarro, 1997, p.30) explica sobre la C.T. como modalidad que brinda un enfoque social y psicológico para rehabilitar a personas drogodependientes. Su espacio representativo es una residencia situada en localidades urbanas y rurales, No obstante, han ido desarrollándose en diferentes edificaciones, por ejemplo, hospitales, cárceles, escuelas.

La Comunidad Terapéutica entonces se desarrolla en espacios de residencia, además también se puede dar en muchos equipamientos de salud que se centran en el aspecto social y psicológico.

Así mismo, hace hincapié de cómo se estructura las Cts. que se caracterizan básicamente en una casa familiar, donde todos interactúan y asumen roles de miembros familiares, a la vez una estructura funcional como un programa terapéutico con bases psicológicas y educativas, (Navarro, 1997, p.114) nos menciona que en la Comunidad Terapéutica de Ñaña se cuenta equipo capacitado en múltiples áreas disciplinarias como educación, psicología, salud, entre otros. La participación de los internos es de suma importancia, integrándolos a esta serie de programas y actividades que son hacia un fin de la comunidad.

Las Comunidades Terapéuticas no solo tienen espacios de residencia sino también se enfocan en lo educativo, psicológico, salud y otros que ayudan a la mejoría para los residentes internados.

Además, nos explica de cómo es el proceso de la persona que ingresa a la Cts., no es solo cuestión de dejar las sustancias psicoactivas sino también un proceso de convivencia y aprendizaje, como la primera fase de la rehabilitación nos habla de la admisión que debe ser voluntaria, además es un tratamiento residencial donde aquí les enseñan a realizar actividades cotidianas con el apoyo de los profesionales de la comunidad y el equipo técnico, mientras va avanzando en su recuperación, también hay una fase que se llama la fase de la reinserción que nos explica Navarro a continuación:

Se llama así a esta etapa por tratarse de la reincorporación a la comunidad de donde proviene el residente. Él estará preparado para vencer muchos obstáculos, especialmente para manejar el estrés, habrá reemplazados sus estilos negativos de afrontamiento por estilos confortativos directivos con un adecuado manejo de las emociones. Sin embargo, esta es la más difícil de las

fases ya que debe regresar generalmente al ambiente donde consumió drogas por muchos años, donde se deterioró, donde incorporo comportamientos psicopáticos o disociales, donde emitió comportamientos autodestructivos y destruyo a sus familias, donde cometió delitos y donde fue marginado (1997, pp.120-121).

Aunque nos solo queda aquí sino debe ir a sesiones ambulatorias, además le sigue una fase de seguimiento para prevenir las recaídas y por último un sistema de autogestión ya que cada persona debe ser autónoma y seguir con sus responsabilidades como ciudadano.

Como aporte a la investigación este libro nos ayuda a entender como la Comunidad terapéutica se desarrolla, que ambientes son necesarios, su organización, también comprendimos que se pueden dar en equipamientos de salud y cuál es su objetivo primordial en las últimas fases para la recuperación del residente.

1.3.1.2 LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: UNA APUESTA DE FUTURO

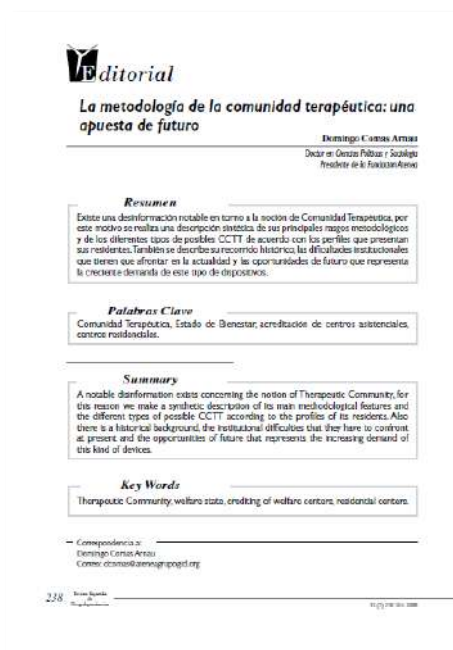


Figura 38. Portada del Artículo “La metodología de la comunidad Terapéutica: una apuesta de futuro”

Fuente: Comas, D. (2008)

Tabla 6. Ficha Técnica del artículo científico “La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Domingo Comas Arnau
AÑO	2008
TITULO	La metodología de la comunidad terapéutica: Una apuesta al futuro
ISSN	0213-7615
LUGAR	Madrid – España
EDITORIAL	Revista Española de drogodependencia

Elaboración: Propia

En el presente artículo científico. (Jones, 1963) indica que una C.T es un lugar residencial, en el que habitan la mayor parte del tiempo y donde los residentes cohabitan e interactúan con el equipo profesional.

El objetivo del artículo es dar a conocer los rasgos esenciales de la metodología tomando en cuenta el esquema que realizó Maxwell Jones (como citó Jones 1963, 1968 y 1976), así que sostiene Comas que:

La permanencia en el centro tiene una duración determinada [...]

- a. Cada Comunidad Terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto y preestablecido, solo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro. [...]
- b. El ingreso es voluntario [...]
- c. Una Comunidad Terapéutica exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar [...]
- d. La vida en la Comunidad terapéutica es un intento de reproducir una vida cotidiana [...]
- e. La vida cotidiana real en la Comunidad es la fuente de un aprendizaje social [...] (2008, págs. 240-243).

Así mismo nos precisa que hay una lógica al implantar una comunidad terapéutica además nos menciona que es altamente especializado y debe ser un centro donde ayude a conectar con redes de atención para así ser un mayor soporte para los residentes que están en el proceso de la reinserción social. También nos menciona (Comas, 2008, p.246) que es un espacio característico indefinido, puede ser de tipo sanitario dado que a la vez comprende áreas sanitarias, psicológicas y educativas y queda explícito que ninguna área predomina.

También nos menciona que hay diferentes tipos de Comunidades Terapéuticas porque cada persona tiene un tratamiento específico para su enfermedad a continuación mencionaremos los tipos:

- Adictos a drogas
- Otras adicciones
- Patologías mentales
- Los centros de menores

- Las unidades Penitenciarias de Reinserción social
- Personas maltratadas
- Personas que sufren otros desajustes.

En conclusión, este artículo científico nos hizo entender que la comunidad terapéutica es una metodología que está basada en un esquema de Maxwell Jones donde nos da los rasgos esenciales de ella y nos explica que hay varios tipos de CTs para diferentes pacientes y el objetivo principal es rehabilitarlos para que puedan ser reinsertados a la sociedad.

1.3.1.3 COMUNIDADES TERAPÉUTICAS. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO



Figura 39. Portada del artículo “Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”

Fuente: Llorente, J. y Fernández, C. (1999)

Tabla 7. Ficha Técnica del artículo científico “Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Llorente del Pozo, J. y Fernández Gómez, C.
AÑO	1999
TÍTULO	Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro
ISSN	0214-4840
LUGAR	Victoria – España
EDITORIAL	Revista Adicciones

Elaboración: Propia

El artículo científico nos define que es una comunidad terapéutica y para quienes se dirige, (Llorente y Fernández 1999, p.329) nos menciona que la expresión comunidad terapéutica empieza a emplearse cuando se brindaba programas residenciales para personas dependientes de sustancias psicoactiva, sin embargo, estos tratamientos se empezaron fuera del área hospitalaria psiquiátrica.

Se menciona en el artículo como surge el término C.T, así mismo los profesionales de España sugieren el término de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos (1985) que nos cita Llorente y Fernández:

[...] para definir algunos centros de internamiento para toxicómanos con una finalidad de reinserción social, y distinguirlos de centros que se configuraban como meros lugares de exclusión y control. Estas CC.TT. profesionales se asociaron como colectivo en el año 1986 en la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos (APCTT) y recientemente en la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (I.C.T.). Estos colectivos han definido unas bases comunes que articulan su modelo de intervención (1999, p.330).

Entonces entendemos que las C.T. es un tratamiento residencial para personas drogodependientes que ayuda no solo en su rehabilitación sino en su proceso de reinserción social que a la vez en esta fase se necesita apoyos de colectivos para su recuperación total, también nos aclara que dentro de este modelo de CC.TT (Comunidades Terapéuticas) engloba un sin fin de programas como nos afirman Llorente y Fernández (1999, pág. 330) que hoy en día se halla varios tipos de tratamientos para intervenir a estos pacientes que se denominan comunidades terapéuticas; de cuales se basan algunos en tratamientos científicos o religiosos.

Además, nos menciona esta investigación que existen comunidades terapéuticas con un modelo americano que es un poco más estructurado y se basa en normas y a la vez un modelo europeo que se fundamenta en la psiquiatría y aprendizaje social, ahora se le llaman C.T. tradicionales el americano y C.T contemporáneo el europeo como funcionan también nos explica Llorente y Fernández (1999):

En la C.T. tradicional, el “terapeuta principal”, agente terapéutico y modelo a seguir es la propia comunidad, formada por los pares y el staff como modelos de rol que modelan un cambio personal exitoso. En el modelo europeo, junto con los componentes grupales y comunitarios, los agentes activos del cambio suelen ser estrategias formales de intervención, basadas en las ciencias médicas y sociales. En ambos casos, sin embargo, la interacción diaria, continuada e intensiva constituye un elemento esencial del modelo de intervención. Finalmente, el modelo tradicional de

C.T. en la rehabilitación del abuso de drogas se basa en una perspectiva explícita sobre el trastorno adictivo, el cliente o paciente, el proceso de recuperación y el modo de vida correcto y saludable (p.330).

Ya que nos dio un panorama más claro de existen como dos modelos fuertes en las CC.TT. un modelo tradicional que se dio en América y el modelo profesional que se estableció en Europa, además la investigación se torna más precisa cuando nos menciona como se desarrolla o estructura las actividades de las comunidades terapéuticas, así nos afirman (Llorente y Fernández, 2008, p.131) establecen un programa para la Comunidad Terapéutica, de las cuales se desarrolla con reuniones y seminarios frecuentes, terapias grupales e individuales, actividades para recreación y que refuercen el área laboral , así como tareas cotidianas ayudan a interactuar con los demás pacientes.

En conclusión, el artículo científico es primordial para la investigación ya que nos explica claramente con que finalidad se creó las comunidades terapéuticas, para que usuarios y como se clasifican por modelos y es específico en cómo se organiza o estructura, así nos da una idea evidente de los espacios que se necesitan en este equipamiento.

FUNDAMENTO DE LA VARIABLE 2: REINSERCIÓN SOCIAL

1.3.1.4 EL EMPRENDIMIENTO DENTRO DEL MODELO DE INSERCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL DE DROGADICTOS



Figura 40. Portada del artículo “El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos”

Fuente: Rugel, C. y Gonzáles, F. (2018)

Tabla 8. Ficha Técnica del artículo científico “El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Carmen Imelda Rugel Torres y Franklin Gonzáles Soriano
AÑO	2018
TITULO	El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos
ISSN	2550-6862
LUGAR	Guayaquil– Ecuador
EDITORIAL	Espirales revistas multidisciplinares de investigación

Elaboración: Propia

Este artículo científico Rugel y Gonzáles (como citó Nieto,2013) define que “la reinserción como aquellas actividades relacionadas con la vinculación con el entorno social, las cuales pueden generarse después de un periodo de crisis, donde se ha producido el aislamiento o la exclusión del ser humano” (2018, p.7).

Sin embargo, para tener más claro Rugel y Gonzáles (como citó Mendizábal, 2015) nos define que:

La reinserción de los adictos se refiere al proceso integral mediante el cual se suministra inducción a los pacientes diagnosticados con adicciones y se los capacita para que puedan desempeñar una actividad laboral o productiva, con el fin de integrarlos como individuos que pueden convivir armónicamente en la sociedad y ser agentes positivos para el desarrollo de las comunidades (2018, p.7).

Nos enfatiza que su objetivo principal es el de dar a conocer los diferentes tipos de modelos de reinserción social que se ha ido dando para la recuperación del drogodependiente. A la vez nos manifiesta las teorías por Volkow y otros profesionales en este problema, entre ellos esta:

✓ Modelo inclusivo

Nos explica que el modelo inclusivo es para las personas drogodependientes, donde se brinda la recuperación en los centros de rehabilitación o programas donde se le trato en primera instancia ya que ahí hay estrategias como el emprendimiento, para que vuelvan a fortalecer los aspectos personales, familiares y sociales y así vencer la discriminación.

✓ Modelo holístico

Este tipo de modelo que se nos es mencionado es integral ya que aparte del tratamiento, también hay terapias comunicacionales y cognitivas para fortalecer sus destrezas, es importante que haya profesionales que se involucren en estos programas para que lo pacientes lo tomen como modelo de vida y también actividades como el deporte ya que es una manera de integrarlos socialmente.

✓ El modelo comunitario y sociopolítico de las redes sociales

Este modelo estructura la posición y el lugar que le corresponde a cada persona, también nos aclara que nuestros lazos familiares, amicales y sociales son esenciales para su

rehabilitación, así mismo el tener un trabajo, es una manera de motivación para ellos y aquí se promueve las actividades productivas y el emprendimiento.

- ✓ Modelos de inserción y reinserción social, emprendimiento y rehabilitación integral del adicto.

Este modelo se suscitó en la década de los 90, se busca la reintegración social del adicto, ya que previamente estuvo estigmatizado por la sociedad, para esto se dio como una solución brindarle conocimientos necesarios para que sea un emprendedor en el ámbito laboral y se supere del estado donde se encuentra, para así ganarse una posición y ser un elemento útil en la sociedad.

En conclusión, este artículo nos da un aporte que existente tipos modelos de reinserción en muchos aspectos, con terapias de comunicación y cognitivas, de fortalecer las habilidades y destrezas, enseñar el emprendimiento y así obtenga trabajo digno y lleguen a rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad.

1.3.1.5 REINSERCIÓN SOCIAL DE USUARIOS DE DROGAS EN REHABILITACIÓN UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



Figura 41. Portada del artículo “Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica”

Fuente: Rodríguez, S. y Nute, L. (2013)

Tabla 9. Ficha Técnica del artículo científico “Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTORES	Solveig Rodríguez Kuri y Luis Nute Méndez
AÑO	2013
TITULO	Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación una revisión bibliográfica
ISSN	1870-8420
LUGAR	Ciudad de México – México
EDITORIAL	Revista Electrónica de Psicología Iztacala

Elaboración: Propia

El artículo científico nos define que es reinserción social, Rodríguez y Nute (como citó Nieto, 2001) nos indica que:

“En este sentido, la reinserción podría definirse como ese proceso de vinculación con el entorno, que tiene lugar tras un período de crisis, de aislamiento o de exclusión” (2013, p.174).

Además, nos manifiesta que hicieron un estudio comparativo, separando a hombres y mujeres porque el proceso actúa de diferente manera para reinsertarse socialmente.

En este sentido, el objetivo de la reinserción es dar una mejor calidad de vida al drogodependiente, por ello en el artículo hicieron una revisión bibliográfica para entender cómo funciona este proceso y que es lo que causa este problema.

✓ **Reinserción Social y Uso de Drogas**

Los estudios se enfatizaron a grupos de personas distintas, se tomó en cuenta sus características más que todo por su posición de exclusión, por sus diferentes grados y maneras. Tomando en cuenta los criterios que se aplicó, la muestra de la investigación son drogodependientes en distintos contextos. Entre esta población mencionada se encuentran adolescentes, adultos, reclusos, pacientes de Cts, en géneros femeninos y masculinos etcétera.

✓ **Obstáculos para la reinserción social del usuario de drogas**

Se señala algunos elementos que transgrede negativamente en fase de tratamiento de los pacientes para su reinserción social, entre los que se precisa que como comienzo hay un proceso de abstinencia, ya que muchas veces llegan en un estado de salud muy dañado, también ya dejan de estudiar, muchas veces por la pobreza, separación familiar en donde los conflictos es un causante para la apatía y dejadez en el caso de los pacientes, mayormente la población joven.

Nos menciona que el estar preso por actos delictivos ya sea de menor grado se convierte en una pérdida de vínculo con su entorno social y también con las instituciones formales, donde colocan a la persona drogodependiente en una condición más desfavorable de marginación y finalmente optan por excluirse. También es un factor importante tu situación económica actual ya que la pobreza va en contra de la reinserción exitosa. En este sentido, algunos estudios encuentran que la autonomía en el factor económico beneficia en la transición de la etapa de reinserción.

✓ Estrategias y Programas de Reinserción

Otros componentes actúan más cercano a la persona drogodependiente. En este sentido, una de las estrategias es encaminarlos a desarrollar sus habilidades y a la vez ampliar y enriquecer las redes sociales con nuevas redes, ya sean familiares, amicales o apoyos ambulatorios fuera del entorno anterior del consumo.

✓ Dimensión política de los programas de reinserción.

En este caso la mayoría de los programas de reinserción deberían tener un programa integral, una estructura muy organizada que contemple todos los procesos hasta llegar al proceso de reinserción del residente, algunos recomiendan que estos recursos de apoyo fuera de donde se están tratando tenga alianzas como parte de una red asistencial, así mismo utilizar todas las herramientas necesarias de ambas.

Finalmente, concluimos que este artículo científico nos aporta que la reinserción es un proceso o una etapa final de tratamiento por el cual pasa el paciente para poder tener otra vez esa relación con la sociedad o su entorno, en este proceso existen varias estrategias que toma como prioridad al usuario para su buena reinserción social.

1.3.1.6 CARACTERÍSTICAS PREDICTORAS DE ÉXITO EN LA REINSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES



Figura 42. Portada del artículo “características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes”

Fuente: Menéndez, C. (2018)

Tabla 10. Ficha Técnica del artículo científico “características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Cristina Menéndez Vega
AÑO	2018
TÍTULO	Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes
ISSN	1989-9742
LUGAR	España
EDITORIAL	PEDAGOGÍA SOCIAL. Revista Interuniversitaria

Elaboración: Propia

En este artículo científico Menéndez y García afirman que la reinserción social es:

[...] ofrecer un servicio especializado profesional de apoyo para el abandono de la droga, la modificación del estilo de vida y la estructura de pensamiento que los llevó a la adicción; la reconstrucción de la identidad personal, el desarrollo de habilidades y la creación de una nueva red social positiva (2018, p.109).

[...] favorecer un cambio en la persona a través de la incorporación de herramientas y habilidades personales y de la adquisición de nuevos esquemas de valores y comprensión de la realidad; un cambio que le permita no solo dejar la adicción, sino mantener posteriormente un estilo de vida saludable y socialmente integrado (2018, p.109).

También El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016) nos muestra los distintos programas de reinserción que se encuentran en España para atender a personas drogodependientes:

- ✓ Centros ambulatorios de asistencia.
- ✓ Comunidades terapéuticas.
- ✓ Centros de día.
- ✓ Unidades de desintoxicación hospitalaria.
- ✓ Unidades hospitalarias de atención psiquiátrica.
- ✓ Pisos de apoyo al tratamiento
- ✓ Programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos
- ✓ Programas de reducción de daños.

La investigación del artículo científico tuvo como objetivo conocer el perfil del drogodependiente que se llevó a cabo en el PPL Adsis Asturias ente 2002 y 2014 y reconocer el vínculo que existe con los aspectos sociales e individuales y el éxito reinsertarlos en su vida, además el método que se utilizo fue tomar los datos verdaderos en el programa de 211 caso.

Después de dicho análisis, con estadísticas, grafico de barras, y tablas el resultado arrojo que en el rubro de perfil de las personas que nos mencionan Menéndez y García (2018) es el siguiente:

Su nivel formativo es bajo: el 73,3% ha realizado únicamente estudios obligatorios o menos, por otra parte, el 76,7% se encuentran al inicio del programa en una situación de desempleo. [...] Más de la mitad de las personas acuden al programa cuando ya tienen serios problemas de salud: VIH en un 22,9%, hepatitis C en un 42 %; problemas de salud mental, el 50,3%, y con discapacidad reconocida el 31%. Un 8,6 % ha intentado suicidarse en alguna ocasión. El 90,7% tiene un problema penal. [...] Un 43,6% había seguido previamente otros programas de reinserción. El

55,9% proviene de familias cuyos padres estaban conviviendo en su infancia. El 40,8% refiere una adicción de su padre y el 13,9 % una adicción de su madre. El 19,7% sufrió maltrato, y el 6,9% abusos sexuales (p. 114).

Si bien es cierto, todos estos datos son importantes para entender cómo llegan los pacientes a estos programas terapéuticos para una buena reinserción debemos tomar en cuenta lo que ellos anhelan, como nos presentan a continuación:

Las motivaciones más importantes para incorporarse al programa son lograr una estabilidad y proyección personal, en el 44,8% de los casos, el desarrollo personal (39,2 %), cambiar de vida (35,2%), recuperar la relación con la familia o con parte de ella (32,8%); obtener ayuda para mantenerse fuera de la droga (20,8%), salir o no entrar en prisión (12%) y solo un 5,6 % refiere la necesidad específica de recibir apoyo emocional (Menéndez y García, 2018, p. 114).

En conclusión, entendemos por la investigación brindada del artículo científico que el grado de deterioro personal y la salud del paciente es muy importante debido que la probabilidad para su recuperación y reinserción sean favorables se tomaran en cuenta de que tan avanzada este su salud física y psicológica a la vez que sustancia psicoactiva consumió antes de su internamiento, es por ello por lo que se recomienda intervenir tempranamente, también el grado de residencia que tiene para afrontar sus problemas o que puede desarrollar en los programas, es necesario un entorno afectivo y de relación segura y elementos de normalización que nos precisa (Menéndez y García, 2018, p.122) Las parejas, la familia y el trabajo son factores que afectan a las personas que tiene o no estos problemas. Para curarse se necesita motivaciones que ayuden en la parte afectiva y el desarrollo de su identidad para hacer frente a su realidad actual.

El aporte que brinda la investigación es de suma importancia, nos muestra características del usuario, los programas que se brindan en otros países y quienes son apoyo favorable para su recuperación de estas personas para entender el éxito de la reinserción social.

1.3.2 Marco Histórico:

1.3.2.1 Historia de las Comunidades Terapéuticas

1.3.2.1.1 A Nivel Mundial

En 1900 se crea el grupo Oxford de carácter religioso. Ellos se guían de la biblia para poner en práctica sus comportamientos, empiezan a identificar que el veinticinco por ciento de los pobladores eran alcohólicos y lograron a restituirlos a la sociedad con ayuda de la palabra de Dios, es aquí donde inicia las CTs actuales. En 1935 se establece el grupo de Alcohólicos Anónimos, sin participación de médicos profesionales, grupo de apoyo y autoayuda mutua. En 1943, al finalizar de la Segunda Guerra Mundial, de en Inglaterra, un grupo psiquiatras realizaron experimentos en el Hospital Militar de Northfield, con el propósito de curar los traumas causados por la guerra e incorporarlos de nuevo para poder combatir y reinsertarse a la sociedad. Marxel Jones era un psiquiatra inglés de Belmont y Dingleton, él comienza a desarrollar un nuevo modelo de rehabilitación, haciendo participe a los médicos, pacientes y personal de servicio, tomando en cuenta como valores principales la tolerancia y la igualdad.



Figura 43. Frank Buchman, creador del grupo Oxford

En 1958, en Estados Unidos se crea Alcohólico Anónimos por Charles Dererich, un paciente rehabilitado e inicia una CT sustituyendo lo religioso por sus propias conductas que considera buenas para ayudar a los demás. En Synanon, se inicia una nueva oportunidad para los pacientes restablecidos, se brinda los puestos administrativos por la ausencia de personal. Sin embargo, esto no funcionó. En 1961, nace CISLA (Centro de Investigación sobre las Adicciones) en Puerto Rico, una sucursal que luego cambia a CT, a raíz de esto, las CTs empiezan a expandirse por toda América, tomando como ejemplo las anteriores y empiezan

a surgir Cts respondiendo a las problemáticas social en muchos países. En 1963, en Nueva York, los egresados de Synanon crean la CT de Daytop, con profesionales especializados. Esta nueva CT empieza a evolucionar y crecer, llegando a Italia a través del Proyecto Hombre, tomo como ejemplo a la CT de Norteamérica e incluye en su proyecto la cultura europea, latina y familiar.

1.3.2.1.2 A Nivel Nacional

En el Perú, en su primer indicio de establecimiento de Comunidad Terapéutica fue guiado por el Dr. Humberto Rotondo, experto en psiquiatría, esto se realizó en el Hospital Hermilio Valdizán. Se desarrolló los principios de CT establecidos por el doctor Marxel Jones, en 1963, tomando en cuenta los derechos democráticos, participativos e incluyendo a todo el personal y pacientes para poder interactuar entre ellos, relacionándose en las actividades. Es así que todos los miembros de las CT tanto pacientes, empleados y profesionales empiezan a convivir con el fin de que la residencia sea más amigable, llegando a un punto de respeto entre ellos, pero con un plano de igualdad. Los médicos profesionales empezaron a dejar los mandiles, para reducir la distancia y ser más amena las conversaciones y el trato con los pacientes.

En 1968, empiezan a surgir nuevos cambios, desvaneciendo la igualdad que se tenía con los pacientes. Sin embargo, fue un nuevo ejemplo para la creación de la CT Ñaña. En 1975, Rafael Navarro y María Arévalo fundaron el Hospital Hermilio Valdizán, la Unidad de Análisis y Modificación del Comportamiento, ahí se tratan a los enfermos, se realizan terapias personales y grupales. En 1988, Ñaña se toma como ejemplo de CT, contando con las particularidades socioculturales del Perú y generalizable a América Latina. Como consecuencia, surgieron dos CT que siguieron las características de Ñaña, logrando una de ellas abastecer a más de cuatro mil residentes y logró obtener ayuda de diferentes instituciones.

En 1995 se forma la Federación de Comunidades Terapéuticas del Perú, ligada a las Federaciones Internacionales de Comunidades Terapéuticas. Ya en 1994 se confirma el abuso de poder de los profesionales contra los pacientes, llegando a golpearlos y maltratarlos física y psicológicamente. A raíz de esta situación, se empieza a tomar las riendas de estos establecimientos que empiezan a ser un terror para los pacientes, logrando establecer nuevas normas para garantizar el desarrollo eficaz y ético de estas instituciones. Actualmente existen más de cien CT en el Perú, de las cuales el 80% son informales y el resto se encuentra dentro

de la Asociación Peruana de Comunidades Terapéutica. En el Perú se da dos casos de CT:

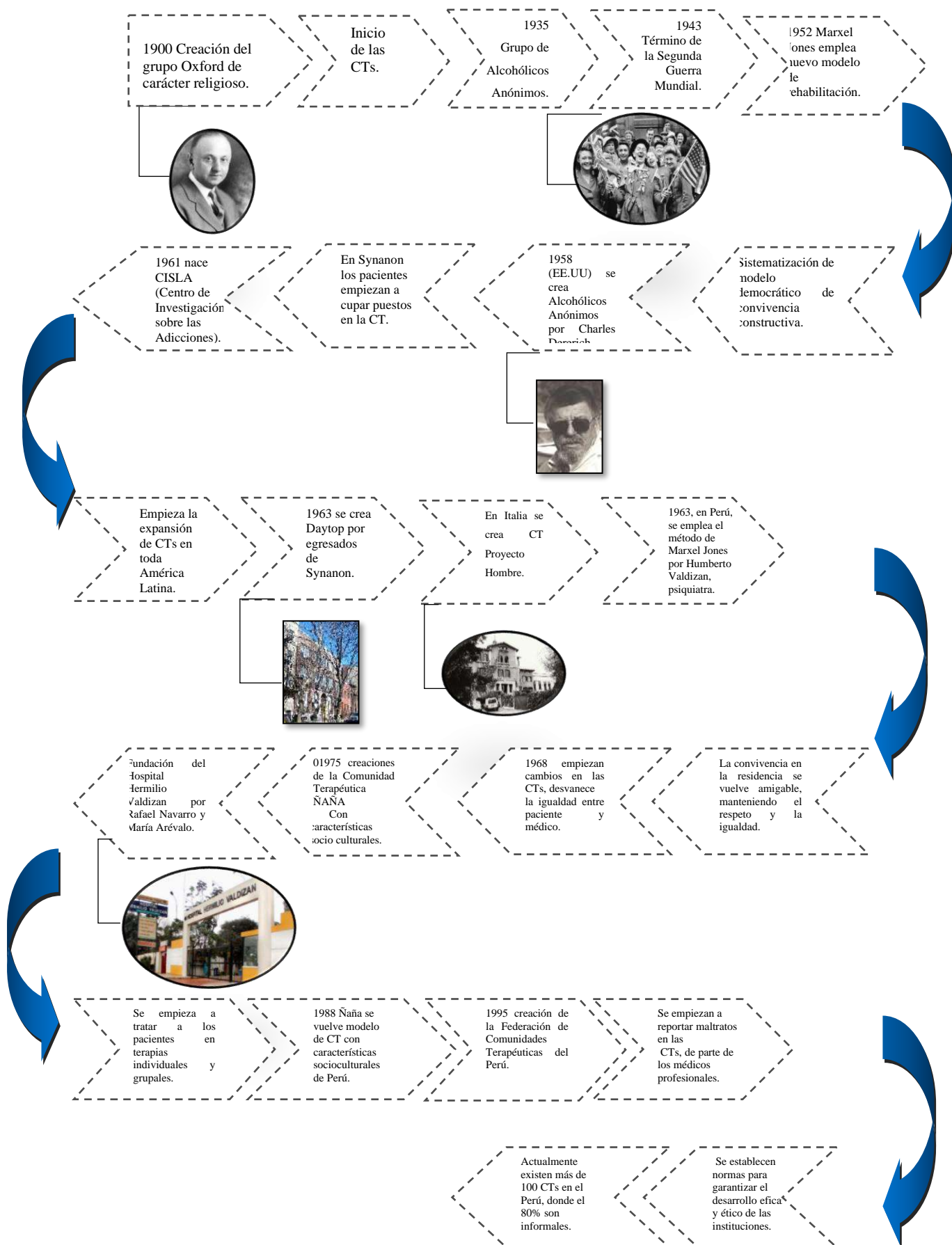
Comunidad Terapéutica Competente, se desarrolla con equipos profesionales como: medicina, psicología, trabajador social, formando todos juntos una fase y algunas funciones son llevadas a cabo de residentes avanzados en su rehabilitación. Estas CT han sido basadas en Marxell Jones.

Comunidad Terapéutica Tradicionales, estas CT son dirigidas por usuarios en pleno desarrollo de rehabilitación, que han logrado poner en orden y fuerza de voluntad para su reinserción a la sociedad y poder ayudar a los demás.

Existe cierta tendencia de seguir con las CT Tradicionales, separando a los profesionales de esta labor porque se quiere lograr que los pacientes lleguen a terminar una carrera profesional como puede ser psicólogo, médico, trabajador social, etc. con el fin de poder insertarse a la sociedad. En Estado Unidos y Europa se está llevando esta nueva meta.

A continuación, se mostrará una línea de tiempo, donde se resumió los acontecimientos más resaltantes de las CT.

• Línea de Tiempo de las CT



1.3.2.2 Evolución de la tipología de los centros médicos

Las Comunidades Terapéuticas para personas drogodependientes no tienen tipología definida como tal, ya que no han sido diseñados exclusivamente para esta función y llevo a cabo dentro de centros psiquiátricos. Es así, que ahora estas infraestructuras son nuevas y especializadas para cada problema de salud, por lo tanto, abordaremos las tipologías de los centros médicos en general.

Los centros de salud han evolucionado con la sociedad, los primitivos carecían de centros especiales para tratar sus enfermedades. Con el paso del tiempo se han creado centros de salud especializados para cada tipo de enfermedades.

Los primeros centros de salud se dieron en dos civilizaciones antiguas, India y Egipto. Buda, era el máximo representante y destinó a un médico por cada 10 aldeas y empezó a construir hospitales y refugios.

En la India se construyó 18 hospitales por mandato del Rey Azoka en 273 – 232 a.C. algunos de estos establecimientos tienen características similares a los hospitales modernos de estos tiempos. En estos centros se atendía a los pacientes con un trato afectuoso, tenían calidad de vida. Los alimentos eran frescos y todo natural, mantenían la higiene de estos y se respetaba los secretos íntimos. (Turnes, 2009)

En Grecia y Romas los templos eran usados como centros de salud.

Estas edificaciones fueron refugio para los pacientes y dentro existía un santuario en memoria a Esculapio, divinidad griega de la medicina, (1134 a.C.). (Turnes, 2009)

En estos hospitales a los enfermos se los acompañaba con ritos mágicos y religiosos. Luego fue Constantino quien prohibió el culto a Esculapio e incentivo a la construcción de hospitales médicos cristianos en el siglo IV y V. (Turnes, 2009)

Los musulmanes tuvieron un trato muy especial con sus enfermos e incluso construyeron hospitales muy amplios y lujosos. Harun Al-Rashid, estuvo muy interesado en la salud del pueblo así que desarrollo un sistema y pago el mismo a los doctores. Estos servicios eran gratuitos. (Turnes, 2009).

Damasco fue el más grande hospital musulmán en 1160 y durante tres siglos distribuyó las medicinas de forma gratuita para su pueblo. (Turnes, 2009)

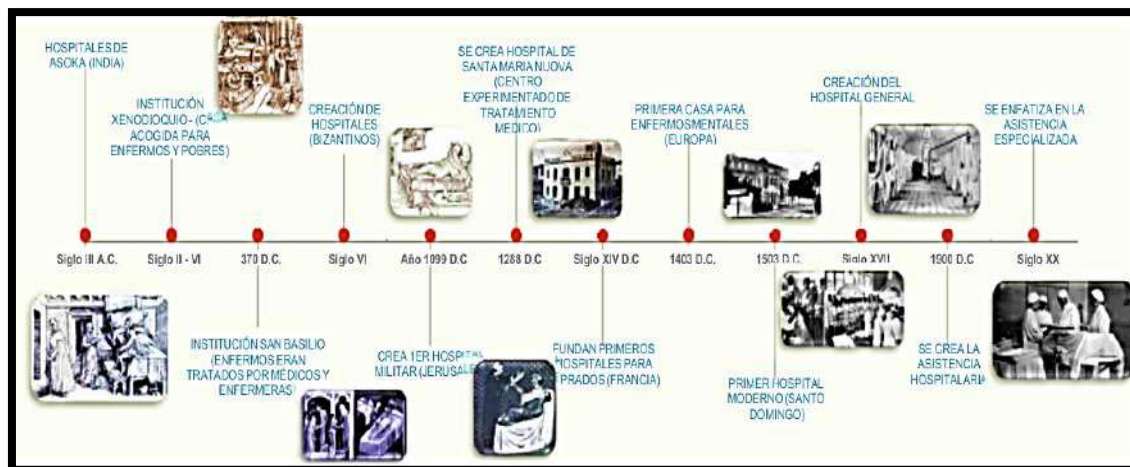


Figura 44. Creación de Centro de Salud - Línea de tiempo.

Los Centros de Salud han sufrido cambios con el paso del tiempo, mejorando con nuevas visiones para la estadía de los enfermos. Los análisis tipológicos que se analizan permiten descubrir las diferentes líneas evolutivas del equipamiento, la funcionalidad, los materiales y la visión que se tiene por mejorar el diseño de los centros médicos. A continuación, se presenta las tipologías:

Tipología Claustral:

Este hospital tenía la función de cumplir en la guerra del medievo de Europa. Propuesto por Filarete en 1456 en la ciudad del Milán. (CZAJKOWSKI, 2000).

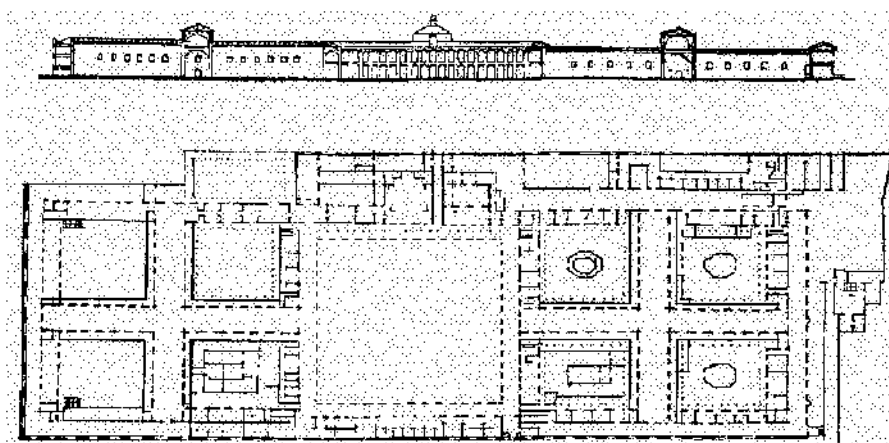


Figura 45. Hospital Mayor de Milán. Filarete, 1456.

Tipología Pabellonal:

Esta tipología tiene por característica los amplios espacios de circulación y la distancia entre los edificios que la conforman. Las enfermedades empezaron a surgir, por ello se tuvo la idea de distanciarlos.

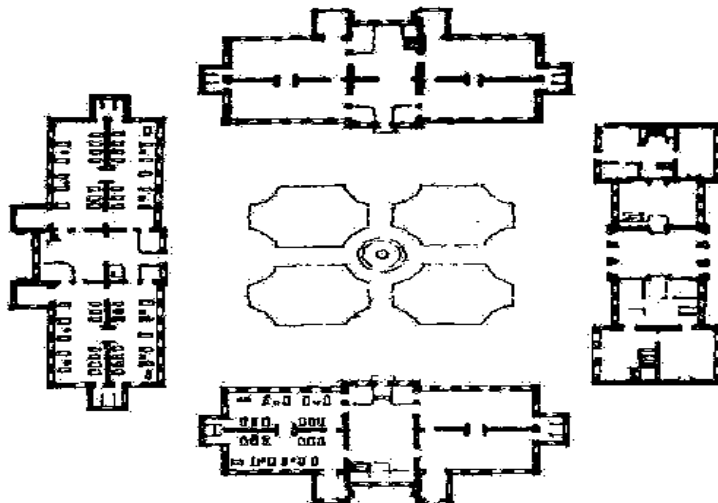


Figura 46. Hospital de San Bartolomé en Londres. 1930.

Pabellones Ligados por circulaciones abiertas:

Esta propuesta fue promovida por la Escuela de Alemania, la cual fue apoyado por el Dr. Oppert en 1860. (CZAJKOWSKI, 2000)

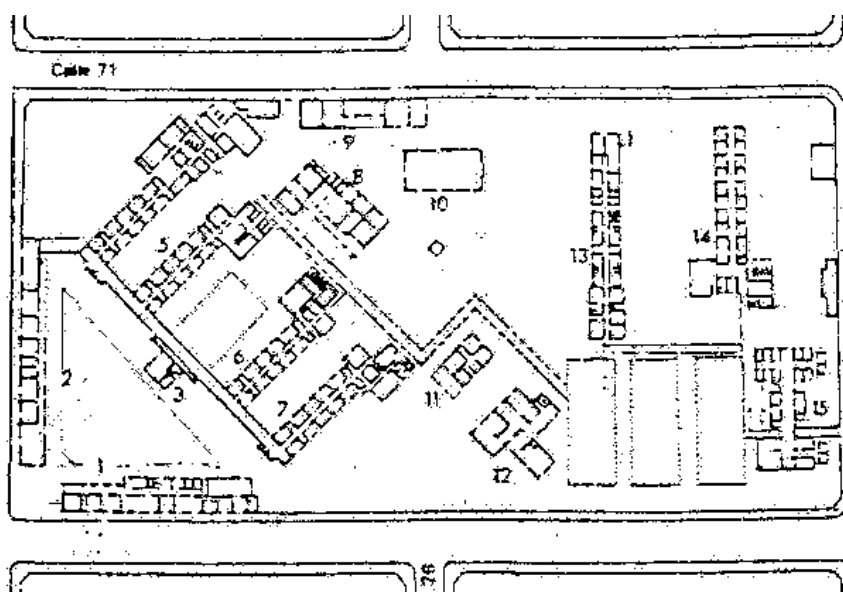


Figura 47. Hospital San Juan de Dios. La Plata, 1894.

Pabellones ligados por circulaciones semi-cubiertas:

Plymouth es uno de los modelos de hospitales en Inglaterra (1756) esta edificación sirvió como antecedente a una de las teorías sanitarias en una academia de Ciencias en Paris. (CZAJKOWSKI, 2000).

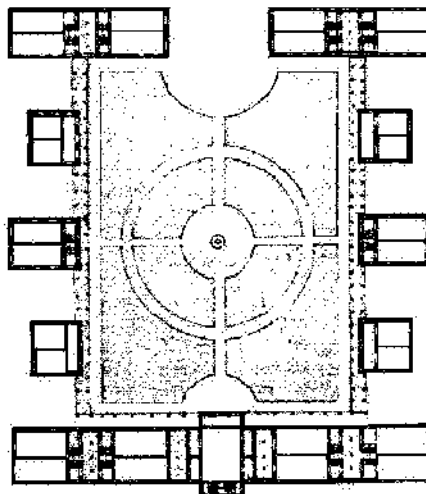


Figura 48. Hospital de Plymouth. Inglaterra, 1756.

Pabellones coligados por circulaciones semi-cubiertas:

Se muestra tres hospitales construidos bajo los lineamientos de la Academia de Paris. (CZAJKOWSKI, 2000).

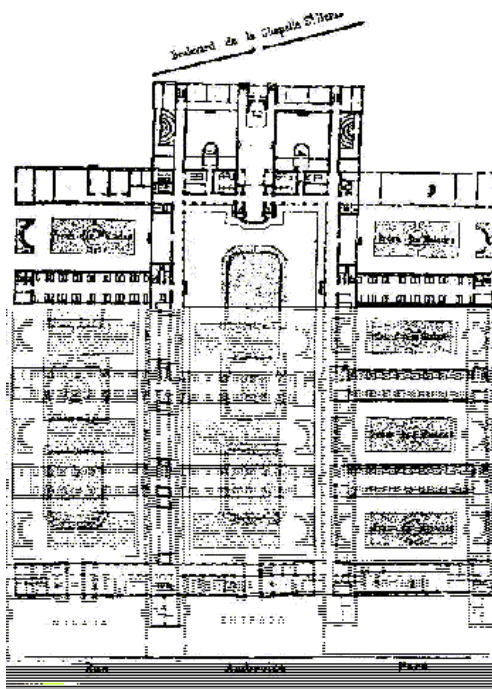


Figura 49. Hospital Lariboisiere de Paris. Francia, 1854.

Pabellones Unidos por recorridos cubiertos:

“El primero propone pabellones que se intercalan hacia uno y otro lado permitiendo así una mayor iluminación de las salas sin aumentar las circulaciones” (CZAJKOWSKI, 2000).

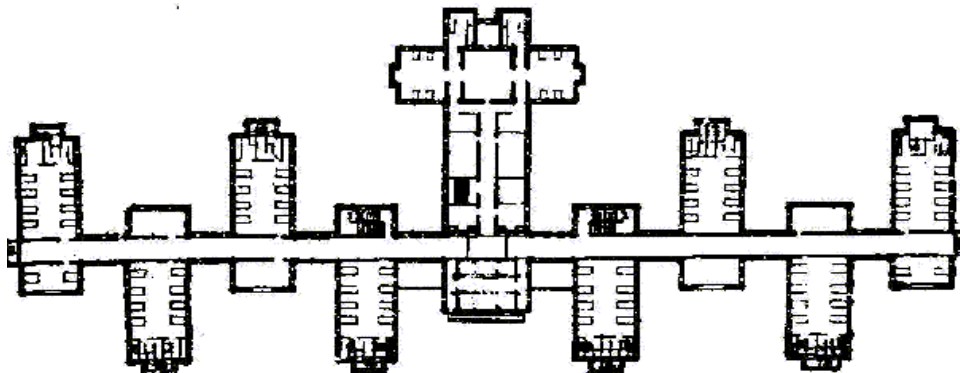


Figura 50. Pabellones conectados por circulaciones cubiertas.

Tipología Monobloque:

En este tipo de tipología ya se encuentra más desarrollada en cuanto a su proceso constructivo, ya que cuenta con tecnología constructiva, en Chicago, se plantea el sistema de HVAC entre otros. Además, cuenta con ascensores por sus diez pisos y su núcleo central hace que sea más fácil poder ubicarse dentro de ello. (CZAJKOWSKI, 2000).

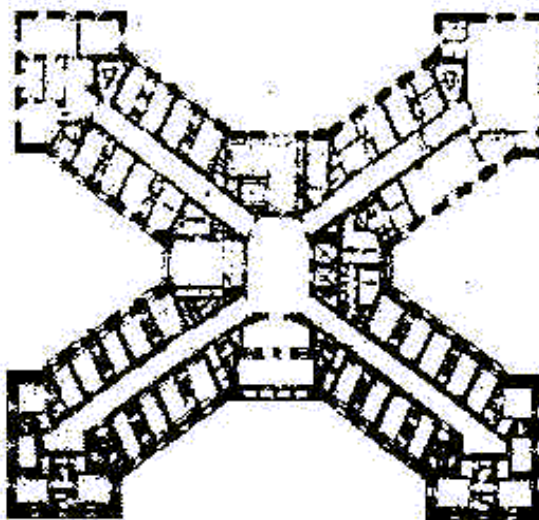


Figura 51. Hospital de la quinta avenida, Nueva York. 1920.

Modelo Bloque Basamento:

A partir de los años cincuenta, las tipologías de hospitales van mejorando en cuanto a su distribución de las áreas médicas y circulación de pacientes y personal médico. (CZAJKOWSKI, 2000)

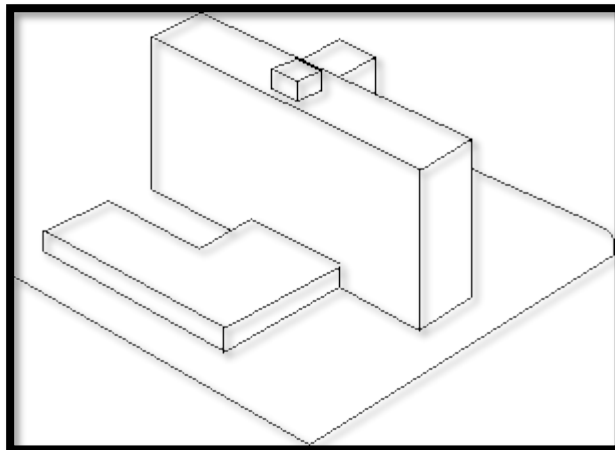


Figura 53. Hospital Dr. Rossi en La Plata. Argentina, 1963. Esquema Volumétrico.

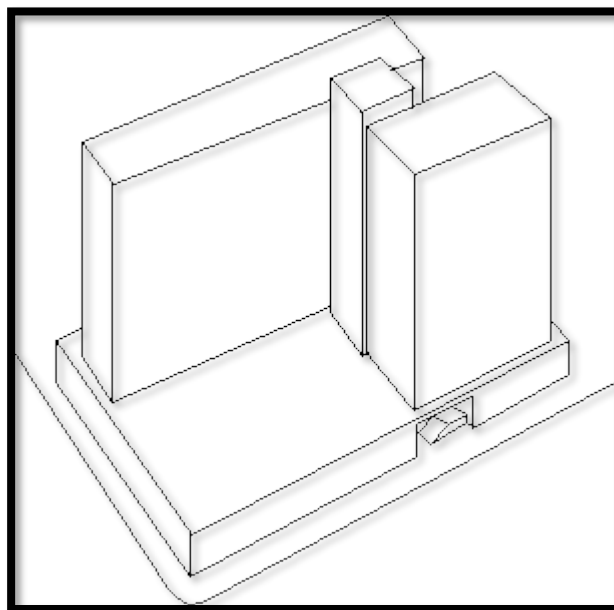


Figura 52. Hospital San Roque de Gonnet. Argentina, 1934. Esquema volumétrico.

Tipología del centro médico

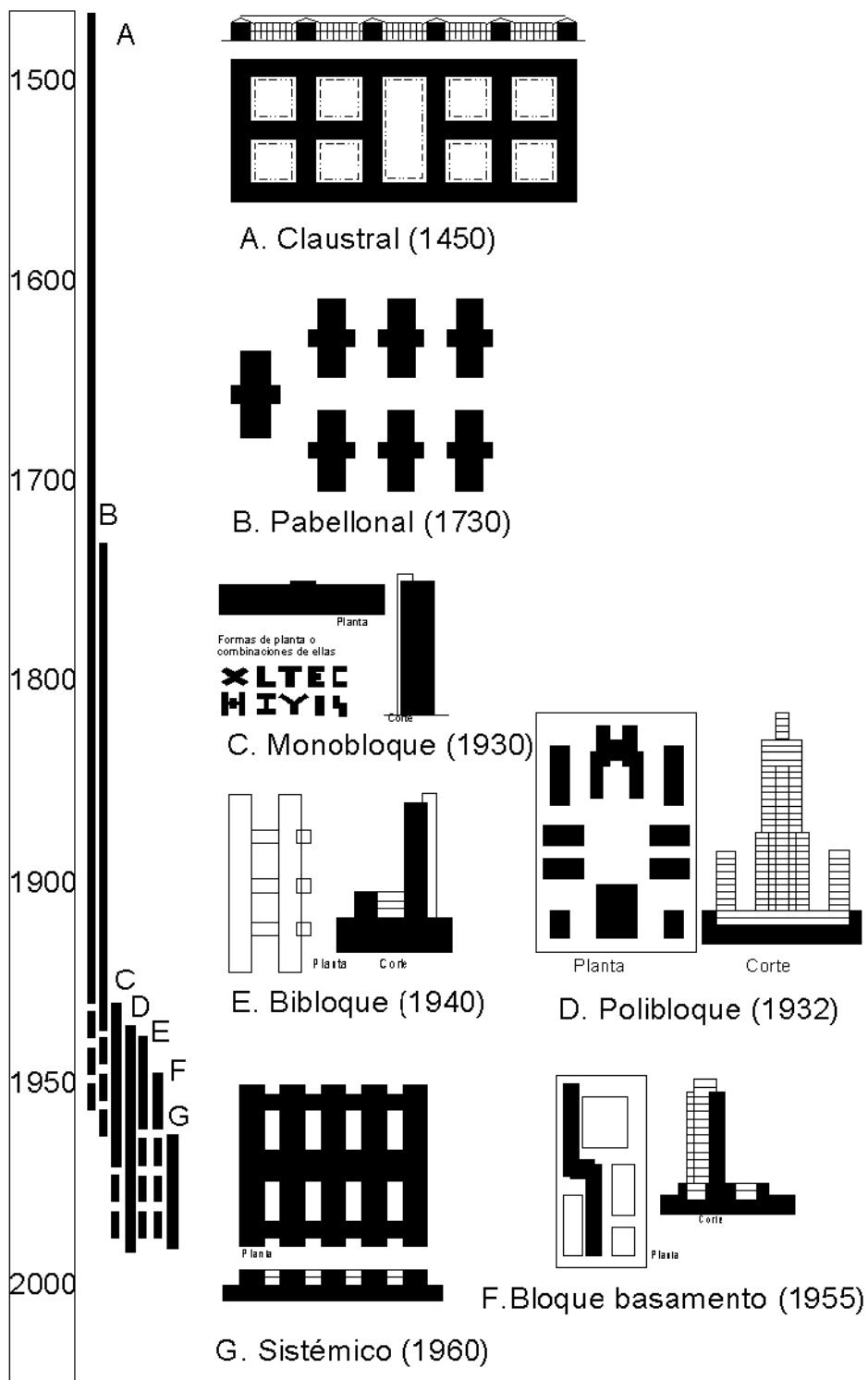


Figura 54. Esquema de la evolución de tipologías previas de Hospitales.

1.3.2.3 Historia del Distrito de Comas

Al término de la dominación colonial, acabando la guerra de la independencia, los terratenientes criollos, tenían bajo su poder las tierras de Carabayllo. El Marqués de valle Umbroso (dueño de la hacienda Chuquitanta), Marqués de la casa Dávila (propietario de la hacienda naranjal), y por último el Marqués de Montemira (dueño de las haciendas Chacracerro y Pro).

Los propietarios aprovecharon que Simón Bolívar fundara Carabayllo (valle de bocanegra, Carabayllo Bajo y Alto), cuando los hacendados fallecieron, tomaron lugar sus hijos, quienes continuaron como propietario de las tierras y amos de los esclavos. En el siglo XIX, los esclavos llegaron a comprar su libertad con años de trabajos para sus amos. En la mitad del siglo llegó Ramón Castilla que logró la libertad de los esclavos que seguían bajo el mando de los hacendados, aunque ya estos habían sido cambiados de título, pero seguían con el mismo poder de explotación, pero ahora era con los chinos que llegaban de Asia.

Comas fue parte del distrito de Carabayllo pero el 11 de diciembre de 1961 se independizó ya que no podían atender las necesidades de todo el pueblo por el gran tamaño que poseía en ese entonces. El primer alcalde, Wenceslao Luque Ramírez, impulsa la incursión a la finca Pampa de Collique, Cuando esto sucede, ya existían 7 barrios, logrando a aumentar a 11 barrios.

Las incursiones eran de bajos recursos por lo que se denominan barriadas. Estos eran barrios sin planificación, creciendo en desorden y sin servicios básicos. En el mandato de Belaunde se da el agradecimiento a este organismo vecinal por la Ley N° 13517 así se crea la Junta Nacional de Vivienda en Comas, habilitaciones Urbanas, remodelación, equipamiento Urbano, etc. En 1963 cambia de Barriadas a Urbanizaciones Populares y pueblos jóvenes. En 1964 se emplea el transporte público y los vecinos empiezan a nivelar las calles.



Figura 56. Comas 1961.



Figura 55. Construcción de Veredas en Comas, 1967.

En la década del 70 empiezan a organizarse por corporativas para poder legitimidad los servicios básicos para el Distrito de Comas, hecho que demoró entre 20 y 30 años. Con el tiempo se construye una de las av. principales para el distrito, Av. Túpac Amaru y servicios básicos. En la década de los 80 aparecen las Organizaciones de subsistencias ya que la población de Comas es de bajos recursos. En el gobierno de Alan Gracia, todo empieza a mejorar de cierta manera, se inician la ejecución de los proyectos para los servicios básicos por las empresas.

1.3.3 Marco conceptual:

Comunidad Terapéutica

La CT. Tiene enfoque social y ayuda psicológica, esto permite su pronta compensación de las drogas, su centro de actividades está en zonas residenciales y centros de salud. (1997, p.30).

La CT. Es un centro residencial donde el paciente permanece durante un periodo determinado para poder tratar de mejorar su salud, llevando a cabo tratamiento especializado por profesionales en cuanto a salud mental como física (Citado en Jones, 1963),

Droga Ilegal

El consumo de las sustancias psicoactivas, producción, distribución y venta de esta droga está prohibido. (Salud, Glosario de términos de alcohol y drogas, 2008).

Droga Legal

La droga legal está permitida siempre y cuando tenga prescripción médica o esté cerca de su jurisdicción. (Salud, Glosario de términos de alcohol y drogas, 2008).

Toxicomanía

Esta enfermedad te causa problemas psicológicos, cambios de emoción y estrés en el trabajo. (Diccionario de términos de cáncer del NCI).

Comportamiento Disociales

Causa trastorno de conducta, te destruye emocionalmente, cambio de comportamiento y cambia el carácter a una manera muy negativa (Link To Media, 2018)

Espacios de Residencia

Son espacios diseñados contando con las medidas necesarias para poder desarrollar la vida cotidiana, de igual manera genera un confort tanto en lo personal como en lo social. (Rodriguez, Hacia un modelo de alojamiento. Las residencias en las que queremos vivir, 2011).

Espacios Educativos

Estos ambientes están diseñados para el aprendizaje, logrando mantener la concentración de actividades que se desarrollen (Alondriz, 2017).

Espacio de Salud:

Es el diseño de ambientes y circulación horizontal, logrando una buena comunicación con el personal médico y los pacientes. (Cedres, 2000).

Reinserción Social:

Según mencionan Rugel y Gonzáles (como citó Mendizábal, 2015) la reinserción social es el proceso de mejora en los pacientes, en tanto a la realización de actividades laborales o productiva. Así puedan salir adelante a la hora de salir de los centros de rehabilitación. (2018, pág. 7)

Inserción Socio laboral:

Es la acción de mejora de una persona que se encuentra desempleado, logrando insertarse en el ámbito laboral y desarrollar sus capacidades. (Sanz, 2007).

Red de Apoyo:

Es una red especializada que se compone en centros, formando lazos de ayuda, relaciones saludables y recíprocos. (Arranz, 2010, pág. 164)

Terapias Cognitivas-conductuales:

Según Secades, García, Fernández y Carballo (como citó Monti, Rohse-now, Colby y Abrams, 1995) define que estas actividades que se desarrollan de forma personal como grupal ayuda a auto controlarse y afrontar las situaciones de que desencadena las ganas intensas de tomar o consumir. Ayuda a mejorar los estados cognitivo – emocionales (2007, pág. 35).

CT	Comunidad Terapéutica
ACTP	Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas
FLACT	Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas
WFTC	Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas
DEVIDA	Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin Drogas

1.4 Teorías relacionadas al tema

1.4.1 BÚSQUEDA DE LOS SENTIDOS A TRAVÉS DE LA ARQUITECTURA: UN PROCESO DE INVESTIGACIÓN



Figura 57. Portada del artículo “Búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: un proceso de investigación”

Fuente: Sánchez, A. (2013)

Tabla 11. Ficha Técnica del artículo científico “Búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: un proceso de investigación”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Ana Sánchez Fúnez
AÑO	2013
TÍTULO	Búsqueda de los sentidos a través de la arquitectura: un proceso de investigación
ISSN	1989-9548
LUGAR	Universidad Jaén – España
EDITORIAL	Arte y Movimiento. Revista interdisciplinar del departamento de didáctica de la expresión musical, plástica y corporal

Elaboración: Propia

En esta presente revista científica, nos menciona primero una introducción que el propósito es hacemos reflexionar de cómo vivimos hoy en cuanto al aspecto visual, hace hincapié a que los estímulos sobrecargados que tenemos visualmente nos ciegan siendo nosotros videntes, se apoya también de distintos arquitectos avalan este tema.

En el proceso investigativo, menciona que la metodología que utiliza es de tipo documental, descriptiva porque se tuvo en cuenta la historia y los conceptos para ampliar el conocimiento de la investigación, además de la auto etnografía, aunque no fue exclusivo. También al empezar el trabajo investigativo, él tuvo una autorreflexión del propósito por el cual quería ser arquitecto y hacer preguntas que funcionaron como guías para llegar al problema de la investigación.

La opinión del autor es que el arquitecto no solo debería construir con materiales de construcción, sino también con armonía en cuanto a la naturaleza y el hombre, a la vez la arquitectura trabaja para la mejora del espacio, ya sea un espacio público o privado, la intención principal de un buen diseño es conseguir espacios confortables.

Después de varias investigaciones se centró el autor en un tema específico, tuvo ayuda del arquitecto norteamericano Chris Downey que a pesar de ser invidente hace poco, sigue ejerciendo su profesión, también a María Caffarena arquitecto en Madrid que escribe sobre este tema, otros arquitectos como Juhani Pallasmaa y Roberto Guerrero, este último desarrollo su tesis en base a este tema.

El objetivo de este estudio es precisar la relación entre la mente humana y los sentidos, demás las interrogativas son: ¿cómo se percibe el espacio y la intervención de los sentidos?, también su aporte y función de los sentidos en el espacio, la ocupación del hombre en el espacio, que rol juega los sentidos, ¿Enriquece la experiencia del habitar de espacio la arquitectura multisensorial?

Para comprender este tema se abordó la mente humana y los sentidos, los sentidos transmiten información al cerebro y aquella información nosotros llamamos sensaciones, este proceso lo desarrollamos por las etapas vividas en nuestra vida, en este sentido se entiende que en la arquitectura poli- multisensorial es necesaria que se transmita la percepción humana del espacio y así darle un sentido que algunos lo pierden por la arquitectura.

Para la concepción y la percepción del espacio, se definió más a fondo, el espacio arquitectónico, así mismo menciona Sánchez (como citó Almagro, 2008) "desde el momento

en el cual obtengamos una percepción del mismo. [...] a través de la experiencia interactiva directa de nuestros sentidos con la realidad" (2013, p.73).

Así mismo también nos explica que los órganos de los sentidos son esenciales para percibir estímulos sensitivos, cada órgano capta y es receptora de diferente información, los órganos de nuestro cuerpo son el tacto que por tener la piel capta más información como las temperaturas, la textura, las cantidades, etc., en cambio el oído al igual que la vista capta y comprende el espacio, aunque más se enfoca en el interior y la vista en el exterior, el olfato te transmite sensaciones que hacen retornar hacia tus etapas anteriores, son nuestros recuerdos brotan al instante, así como el gusto ya que al probar bocado nos produce diferentes sensaciones gustativas, pero también es un órgano que une a todos los órganos para captar el objeto.

Por consiguiente, nos explica que esto lo desarrollan en sus obras arquitectónicas, arquitectos como Frank Lloyd Wright, Alvar Aalto, Luis Barragán, Tadao Ando, buscando transmitir diferentes sensaciones para cada tipo de espacio que diseñan, que finalmente nos añaden certeza de lo que se vino investigando.

En conclusión, el artículo científico abordó un tema importante que hoy en día ya no se toma en consideración estos aspectos para un buen diseño del espacio, no obstante, es necesario entender al usuario para así poder potenciar el espacio creando diferentes sensaciones y dando el confort que requiera, por consiguiente, es un aporte que contribuirá al equipamiento.

1.4.2 LUZ Y SOMBRA CONSTRUYENDO ESPACIO



Figura 58. Portada de la investigación “Luz y sombra construyendo espacio”

Fuente: Loya, V. (2015)

Tabla 12. Ficha Técnica de investigación “Luz y sombra construyendo espacio”

ITEMS	DESCRIPCIÓN
AUTOR	Vanessa Loya Piñera
AÑO	2015
TITULO	Luz y sombra construyendo espacio
ISSN	2594-0856
LUGAR	Ciudad de México– México
EDITORIAL	Revista Bitácora Arquitectura

Elaboración: Propia

En este artículo demarca que la luz es un elemento natural, impalpable y cambiante esto hace que tenga diferentes significados para las personas.

Además, el autor considera que este elemento es esencial para nuestra supervivencia en la tierra porque tenemos necesidades fisiológicas, pero también este elemento nos transmite emociones y sensaciones gratas y demarca que en la arquitectura es afecta.

Otro elemento que se menciona es la sombra, nos direcciona en el tiempo, aunque no se suele tomar en cuenta, también la asocian al negativismo y ocultismo, mientras la luz es inspiración de escritores, a la vez existieron arquitectos preocupados por la utilización de este elemento en sus obras arquitectónicas, para dar otra perspectiva a las superficies esto contribuye mucho al espacio y diseño arquitectónico.

Por consiguiente, el autor nos resalta que en la arquitectura se usa como un material estos elementos, no solo hoy en día sino desde la antigüedad, la importancia de la Luz y espacio se acentuó más en el siglo XX donde algunos arquitectos que trabajaron en este proceso como: Le Corbusier, Alvar Alto, Louis I.Kahn, donde además de trabajar con esto elementos sumaron la penumbra, para dar experiencias espaciales, a la vez los arquitectos nacionales han optado por usar este elemento en sus proyectos, trabaja como trasmisor de emociones y más con el tema espiritual.

Sin duda impacta la luz dentro del contexto arquitectónico, en algunas edificaciones es muy importante para fomentar la sanidad social, en este sentido la luz se debe graduar y regular, a la vez conectar con la naturaleza y con las emociones, así mismo comprender y respetar en primer lugar a la naturaleza y después la arquitectura.

Entonces estos elementos definen, crea y da paso a distintos espacios. Así mismo genera experiencias únicas, pero no es solo en el campo de la arquitectura sino también el arte, como la artista Eliasson menciona que la luz y el espacio van de la mano y se proyecta en sus obras realizadas, pero no son simples abstracciones, sino que representan momentos actuales, una historia y le da una percepción distinta al observador que a pesar de que sea inmaterial esta propuesta artística se convierte en material.

Otra disciplina que se menciona donde se encuentra desarrollada la luz y el espacio es el teatro, este tipo de espacio trae con estos elementos a cada observador una percepción sin igual, el escenógrafo Adolphe Appia hace mención sobre esto, espacio escenográfico tiene más vida, esto se visualiza en una obra cuando la luz central da prioridad a un elemento llena el espacio y da protagonismo a ese elemento.

Así mismo sus obras de Eduardo Chillida enmarcan esto, sus esculturas tornan visible el espacio, aunque juega mucho con el vacío y crea espacios existentes, pero a la vez es parte de la percepción de uno mismo.

Así que se concluye el autor que la luz se puede convertir en un elemento vivo, tangible, cambiante, pero constantemente presente, también vemos cómo funciona en distintos contextos, como en las artes plásticas, la arquitectura y también en el teatro, aunque en la arquitectura, se tiene que tener en cuenta de se debe crear diferentes espacios para percibir diferentes sensaciones, así mismo el contraste toma una gran importancia que es de la luz, la sombra, que toma un papel fundamental.

Finalmente entendemos que la importancia del libro es dar a conocer como la luz y la sombra juega un papel fundamental en distintas áreas y espacios donde se pueden proyectar natural o artificialmente, así mismo es un aporte favorable, porque al aplicar esta teoría, ayudará a tener óptimos espacios en el equipamiento que se quiere plantear.

1.5 Formulación del problema

1.5.1 General

- ¿Cuál es la relación entre la Comunidad terapéutica ya la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019?

1.5.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación entre los Espacios de Residencia y la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019?
- ¿Cuál es la relación entre los Espacios Educativos y la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019?
- ¿Cuál es la relación entre los Espacios de Salud y las Terapias Cognitivas-
¿Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019?

1.6 Justificación del Tema

1.6.1 Teórica

El Proyecto de Investigación se elaboró mediante el estudio de la variable independiente Comunidad Terapéutica, definiendo el concepto de manera puntual las características a través del estudio de revistas científicas. La variable dependiente Reinserción Social, nos da características del usuario que necesita ayuda para poder reinsertarse en la sociedad. El desarrollo de una Comunidad Terapéutica tiene como gran impacto a nivel mundial, para ello, es necesario hacer una investigación que aborde este gran problema y demostrar que se puede generar una solución que sea factible tanto para el paciente como para la sociedad.

1.6.2 Práctica

El Proyecto de Investigación tiene como variable independiente Comunidad Terapéutica y variable dependiente Reinserción Social complementándose de manera directa por el grado de similitud de los usuarios y la ayuda que se da para su mejoría brindando una mejor calidad de atención a las personas en la Comunidad Terapéutica con problemas de adicción con el fin de poder reinsertarlos a la sociedad y que puedan desenvolverse en sus actividades con total normalidad sin temores de poder recaer en los vicios.

1.6.3 Metodológica

Propone un método científico que demuestra su confiabilidad para mostrar la hipótesis de esta. Además, se abordará campos urbanos como sociales que ayuden a la investigación y a reconocer con esta muestra la veracidad del estudio realizado.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre la Comunidad terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

1.7.2 Objetivo Específico

- Determinar la relación que existe entre los Espacios de Residencia y la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019.
- Determinar la relación que existe entre los Espacios Educativos y la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019.
- Determinar la relación que existe entre los Espacios de Salud y las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019.

1.8 Hipótesis

1.8.1 Hipótesis Generales

- La Comunidad terapéutica se relaciona con la reinserción social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

1.8.2 Hipótesis Específico

- Los Espacios de Residencia se relacionan con la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019.
- Los Espacios Educativos se relacionan con la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019.
- Los Espacios de Salud se relacionan con las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019.

1.9 Alcances y Limitaciones de la investigación

1.9.1 Alcances

- A los habitantes del de Comas se evaluará para conocer las expectativas con este proyecto de Investigación.
- Se analizará la población existente en distrito de Comas para poder saber las características sociales y económicas.
- Se realizará un estudio previo si existen Comunidades terapéuticas Informales dentro del distrito de Comas con el fin de poder captar información de la población que recurre a estos centros.
- Se realizará entrevista a profesionales destacados en el tema de Comunidades Terapéuticas de adicciones a jóvenes.

1.9.2 Limitaciones

- La principal limitación es la económica, ya que, es un factor primordial para obtener recursos donde se encuentren información para el proyecto de investigación.
- La vulnerabilidad de las investigadoras al presentarse en las zonas de mayor peligro para la recaudación de información que se necesita para el proyecto de investigación.
- Encuestar a profesionales requeridos ya que no cuentan con mucho tiempo disponible para la entrevista y se tiene que obtener una cita anticipada.
- La falta de información de proyectos que se necesita como referencia para el proyecto.
- Falta de información de los usuarios, estadísticas de personas con adicciones.
- Falta de datos estadísticos actuales y completos.
- El corto tiempo para el progreso del proyecto de investigación que exige la universidad.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

El Informe de Investigación es de diseño no experimental por cuanto no se ha manipulado ningún resultado de la variable independiente con relación a la variable dependiente, así mismo transversal debido a que se ha recopilado los datos en una sola medición y por último correlacional puesto que se ha medido el nivel de relación entre variables.

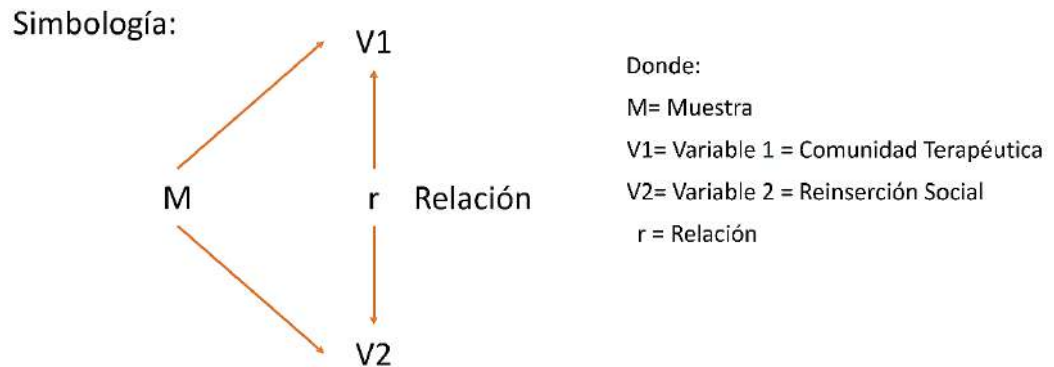


Figura 59. Símbolo del diseño

2.2 Estructura Metodológica

2.2.1 Metodología

En la elaboración de esta investigación se empleó el método hipotético deductivo como indica Bisquerria 2010:

A partir de la observación de casos particulares se plantea un problema. A través de un proceso de inducción, este problema remite a una teoría. A partir del marco teórico se formula una hipótesis, mediante un razonamiento deductivo, que posteriormente se intenta validar empíricamente. El ciclo completo inducción/deducción se conoce como proceso hipotético-deductivo (p.62).

2.2.2 Tipo de Estudio

Finalidad: Aplicada, según indican Hernández, Fernández y Baptista que:

La investigación es el conjunto sistemático, crítico y empírico que se aplican al estudio de un fenómeno o problema. Se dice que es empírico porque se puede realizar de muchas maneras con tal de llegar a la verdad y críticos porque se hace preguntas constructivas con respecto a la investigación que se realiza, el resultado tiene que ser verídico para poder ser científico. (2014 p.4)

Carácter: Es Correlacional, debido a que los autores mencionan a continuación, Describen relaciones estos diseños por medio de dos o más categorías, conceptos o variables en un

momento único. En ocasiones, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causan efecto (causales). (Hernández, Fernández y Baptista, 2014 p.4).

Naturaleza: Es cuantitativo el estudio como indican Hernández, Fernández y Baptista,

El **enfoque cuantitativo** (que representa, como dijimos, un conjunto de procesos) es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos.³ El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones de la o las hipótesis. (2014, p.4)

Alcance: Transversal (como citó Liu, 2008 y Tucker, 2004) puesto que, los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.154).

Orientación: Es orientada a la aplicación, dado que el diseño y desarrollo de la investigación: La investigación Científica/Teórica y Metodológica (2016) Indica que la propuesta corresponde a Gómez (2006), Kerlinger (1986), y Hernández et al. (2010), entre otros, quienes coinciden en tipificar los diseños no experimentales propiamente dichos en el orden siguiente:

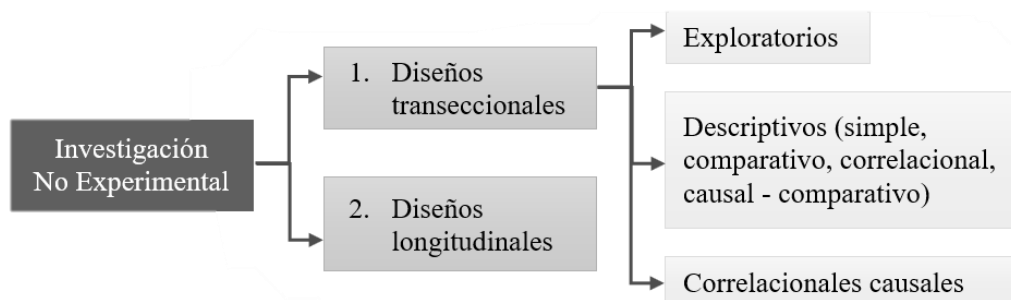


Figura 60. Diseño de investigación según dimensión temporal.

Elaboración: Propia

2.3 Variables, operacionalización de variables

2.3.1 Variables

Variable Independiente: Comunidad Terapéutica

Variable Dependiente: Reinserción

2.3.2 Definición conceptual

1 VARIABLE INDEPENDIENTE: COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La comunidad terapéutica es una modalidad que utiliza un enfoque social y psicológico para la rehabilitación de los dependientes a drogas. Su escenario característico es una residencia basada en la comunidad en locales urbanos y rurales. Sin embargo, los programas de comunidad terapéutica han sido desarrollados en una variedad de otros establecimientos, residenciales y no residenciales; tales como hospitales, cárceles, escuelas, clínicas de día, y clínicas ambulatorias (1997, p.30).

Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial, en el se habita la mayor parte o todo el día (particularmente se pernocta puesto que “se reside” en ese lugar) y donde los residentes cohabitan de manera constante con el personal del equipo técnico. (Citado en Jones, 1963),

2 VARIABLE DEPENDIENTE: REINSERCIÓN SOCIAL

Según mencionan Rugel y Gonzáles (como citó Mendizábal, 2015) que:

La reinserción a personas con problemas de drogadicción se entiende como el proceso integral que se suministra inducción a los pacientes diagnosticados con adicciones y se les enseña para que ellos puedan ejercer una ocupación laboral o productiva, con el propósito de incorporarlos como individuos que pueden cohabitar armónicamente en la sociedad y ser influencias positivas para el progreso de las comunidades (2018, pág. 7).

2.3.3 Operación de Variables

Operacionalización de variable independiente y dependiente se muestra en anexo 01 y anexo 02.

2.4 Población y muestra

2.4.1 Población General

La población general fue 524 894 habitantes del distrito de Comas, como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13. *Distribución del Universo poblacional de los habitantes del distrito de Comas, Lima 2015.*

N.º	POBLACIÓN	DISTRITO	PERSONAS CENSADAS
01	GENERAL	COMAS	524,894

Nota. Datos obtenidos de INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2015.
Elaboración: Propia

Así mismo, se mostrará la población quinquenal del distrito de Comas, tal cual se precisa en la tabla 14.

Tabla 14. Población en quinquenales de edad de los habitantes del distrito de Comas, Lima 2015.

GRUPOS QUINQUENALES	Nº DE POBLACIÓN
De 0 a 04 años	42,565
De 05 a 09 años	42,677
De 10 a 14 años	43,824
De 15 a 19 años	45,499
De 20 a 24 años	47,490
De 25 a 29 años	43,993
De 30 a 34 años	44,502
De 35 a 39 años	42,520
De 40 a 44 años	33,582
De 45 a 49 años	29,208
De 50 a 54 años	26,743
De 55 a 59 años	23,136
De 60 a 64 años	20,045
De 65 a 69 años	15,119
De 70 a 74 años	10,503
De 75 a 79 años	7,176
De 80 años a más	6,312
POBLACIÓN TOTAL	524,894

Nota. Datos adquiridos del INEI – 2015
Elaboración: Propia

2.4.2 Población de Estudio

La población de estudio calificado así a un pequeño grupo de población general, separada de con criterios de selección: inclusión y exclusión.

-Criterios de Inclusión

Para el desarrollo de criterios de inclusión, se tomará en cuenta

- Edad de 15 – 34 años.
- Distrito Comas.

-Criterios de Exclusión

- No se considerar la población menor de 15 años.

• Población de Estudio

Fue de 181 484 la población de estudio debido a que es la población más consumidora de drogas ilegales y sociales y propensa a tener este problema del distrito de Comas, así lo representamos en la tabla 15.

Tabla 15. *Distribución de la muestra poblacional de personas de 15 años hasta 49 años del distrito de Comas, Lima 2015.*

CENSO DEL 2015		
	EDADES	SUB TOTAL DE LA POBLACIÓN
DISTRITO DE COMAS	De 15 a 19 años	45,499
	De 20 a 24 años	47,490
	De 25 a 29 años	43,993
	De 30 a 34 años	44,502
	TOTAL	181 484

Nota. Cantidad obtenida de acuerdo con los criterios de selección.

Elaboración: Propia

Obtuvimos las muestras de la población de estudio donde aplicamos formulas estadísticas correspondientes.

2.4.3 Muestra Poblacional

Determinamos el tamaño de la muestra al utilizar la fórmula proporcional poblacional de población conocida donde el resultado fue de 119 personas y se ha conseguido con el este proceso:

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{N-1e^2 + Z^2p(1-p)}$$

Notas:

1. Se toma el 95% y se considera como valor de estándar 1,96.
2. El valor estándar de “p” es 0,05.
3. Cuando no se conoce el error, se considera un 5% (0,05).

Donde:

n: tamaño de muestra

Z: nivel de confianza

P: variable positiva

1-p: variable negativa

N: tamaño de la población de estudio

E: precisión o error: 5% (0,05)

APLICACIÓN :

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{N-1e^2 + Z^2p(1-p)} = \frac{181\,484(1.96)^2(0.50)(0.5)}{181\,484 - 1(0.05)^2 + (1.96)^2(0.50)(0.5)} = \frac{131502.72}{343,4125}$$

N= 383 Personas

2.4.4 Muestreo

Con el muestreo probabilístico y el muestreo aleatorio estratificado se investigó porque las personas tenían probabilidad de ser elegidos para participar de la muestra. Se desarrolló la fórmula esta manera:

$$f = \frac{Nh}{N} \cdot n$$

Donde:

f = Factor de distribución

Nh = Subpoblación o grupo

N = Población total

n = Muestra

APLICACIÓN:

$$f_X = \frac{45\,499}{181\,484} \times 383 = 0.25071 \times 383 = 96$$

Explicando:

1. Se obtiene el valor porcentual, dividiendo el número de personas entre la población total. Por ejemplo, tenemos $45\,499/181\,484 = 0.25071$ y se ha conseguido la “fracción de fijación”.
2. La fracción de afijación se multiplica por el total de la muestra. En este caso se conoce la cantidad para encuestar a 96 personas del distrito.

Tabla 16. *Muestreo de Afiliación proporcional de edades.*

	ETAPAS	N	FRACCIÓN DE FIJACIÓN	n*	EDADES	SUB TOTAL
DISTRITO DE COMAS	Adolescentes	45,499	0.2507 x 383	96.06	De 15 a 19 años	96
	Jóvenes	47,490	0.2617 x 383	100.22	De 20 a 24 años	100
	Jóvenes	43,993	0.2424 x 383	92.84	De 25 a 29 años	92
	Adultos	44,502	0.2453 x 383	93.97	De 30 a 34 años	93
	TOTAL	181 484		383		383

Nota: * tamaño de muestra
Elaboración: Propia

2.5 Criterios de Selección

2.5.1 Criterios de Inclusión:

- La población de 15 años a 34 años consumidora de drogas ilegales y sociales y a la vez propensas a tener este problema.
- La población del Distrito de Comas.

2.5.2 Criterios de Exclusión:

- No se considera la población menor de 15 años.
- No se considera la población mayor de 34 años.

2.6 Técnicas e instrumentos de recolección y medición de datos, validez y confiabilidad.

Técnica de recolección de datos

a. Fuentes primarias

La Observación Ordinaria: procedimiento que no incluye la participación directa del investigador, información sin deseo de manipular la realidad. Esta técnica se utilizó porque se tuvo la dificultad de ingresar al contexto social de la investigación.

b. Fuentes secundarias

- La fuente bibliográfica se usó para recopilar información de los libros para el proceso de investigación.
- Las fichas de tesis se utilizaron las que mantenían relación con temas de la investigación. Los antecedentes ayudan a comprender el problema de estudio por medio de sus teorías y conclusiones, así mismo se tomó en cuenta la discusión de los resultados.
- La ficha textual ha sido la más importante porque, se recopiló la información primordial que avala el tema de investigación. Se transcribió entre comillas, también de errores lo que se ha considerado de mayor validez.

2.6.1 Instrumento de recolección de datos

- El Instrumento de medición de la variable independiente: elaborada por un cuestionario de escala de Likert, con el propósito de medir la necesidad de espacios y/o ambientes con relación a la variable.
- Instrumento de medición de la variable dependiente: así mismo, se realizó un cuestionario de escala de Likert, para lograr adquirir datos sobre el proceso de reinserción.

2.6.2 Medición de datos

- Por su nivel Ordinal

En ese Proyecto de Investigación se empleó el cuestionario de escala de Likert con preguntas cerradas con alternativas de respuesta para cada pregunta.

2.7 Confiabilidad

- Confiabilidad de la variable Independiente “Comunidad Terapéutica” para emplear la prueba de confiabilidad se usó los resultados de la encuesta, siendo 96 personas encuestadas con las mismas características de la muestra. Utilizando el análisis estadístico de Alfa de Cronbach para tener escalas de medición ordinales.
- Confiabilidad de la variable Dependiente “Reinserción Social” para emplear la prueba de confiabilidad se usó los resultados de la encuesta, siendo 96 personas encuestadas con las características de la muestra. Así mismo, se utilizó el análisis estadístico de Alfa de Cronbach para tener escalas de medición ordinales.

Tabla 17. *Resumen del procesamiento de los casos.*

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	96	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	96	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Elaboración: Propia

Tabla 18. Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,922	18

Elaboración: Propia

MUY ALTA

Tabla 19. Tabla de valores de Cronbach

Coefficiente	Relación
0.00 a +/- 0.20	Despreciable
0.2 a 0.4	Baja o Ligera
0.40 a 0.60	Moderada
0.60 a 0.80	Marcada
0.80 a 1.00	Muy Alta



INTERPRETACION

Los resultados del análisis de fiabilidad son de ,922 puntos. Se determina que el instrumento de medición es muy alto. De acuerdo con la tabla de valores de Cronbach.

2.7.1 Validez

Tabla 20. Validez por juicios de expertos.

Nº	ESPECIALISTAS	ESPECIALIDAD	VALORACIÓN %
01	Espinola Vidal, Juan José	Arquitecto Urbanista	100%
02	Utia Chirinos, Fernando Hernán	Arquitectura, Arte y Filosofía	100%
03	Cornejo Guerrero, Miguel Antonio	Arqueólogo	100%

Elaboración: Propia.

- Análisis Binomial de “Claridad”

Tabla 21. *Prueba binomial de claridad*

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Experto1	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		
Experto2	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		
Experto3	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		

- El resultado del nivel de significancia para el análisis de binomial de “Claridad es de 0,000.

Tabla 22. *Resultado de claridad*

P promedio = 0,000
P promedio < 0.05
La prueba binomial indica que el instrumento de medición es válido en su contenido en relación con la “Relevancia”, porque el resultado es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$

- Análisis Binomial de “Pertinencia”

Tabla 23. *Prueba binomial de Pertinencia.*

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Experto1	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		
Experto2	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		
Experto3	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		

- El resultado del nivel de significancia para el análisis de binomial de “Pertinencia” es de 0,000.

Tabla 24. Resultado de Pertinencia

P promedio = 0,000
P promedio < 0.05

La prueba binomial indica que el instrumento de medición es válido en su contenido en relación a la “Relevancia”, porque el resultado es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$

- Análisis Binomial de “Relevancia”

Tabla 25. Prueba binomial de Relevancia

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Experto1	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		
Experto2	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		
Experto3	Grupo 1	Si	18	1,00	,50	,000
	Total		18	1,00		

- El resultado del nivel de significancia para el análisis de binomial de “Relevancia es de 0,000.

Tabla 26. Resultado de Relevancia

P promedio = 0,000
P promedio < 0.05

La prueba binomial indica que el instrumento de medición es válido en su contenido en relación con la “Relevancia”, porque el resultado es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$

2.8 Métodos de análisis de datos.

- 1.- Se realizó la base de datos en las Variables Independiente y Dependiente. Los valores conseguidos se aplican en los instrumentos de medición para utilizarlos en el análisis descriptivo e inferencial en el programa SPSS y el Excel.
- 2.- Los resultados obtenidos por parte investigativa se desarrollaron en tablas de frecuencia y figuras estadísticas para la mejor visualización y comprensión de los datos

2.9 Aspectos éticos.

Las contemplaciones éticas se efectúan al comienzo hasta el término del Proyecto de Investigación. Por lo tanto:

No se develan los nombres de las personas encuestadas que contribuyeron a las encuestas del Proyecto de Investigación, tampoco de los docentes asesores. Asimismo, las encuestas brindadas a la población mantiene en confidencialidad sus nombres y están informados sobre el Proyecto Investigativo.

III. RESULTADOS

3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se utilizó los resultados de las encuestas, siendo 96 personas encuestadas con elementos semejantes de la muestra. Se aplicó el análisis estadístico de Alfa de Cronbach para obtener escalas de medición ordinales.

- DE LA VARIABLE 1 “COMUNIDAD TERAPÉUTICA”

Tabla 27. Frecuencias de la variable 1 “Comunidad Terapéutica

		COMUNIDADTERAPÉUTICA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo	6	6,3	6,3	6,3
	De Acuerdo	55	57,3	57,3	63,5
	Totalmente de Acuerdo	35	36,5	36,5	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Nota: Estos datos han sido procesados mediante el SPSS.

Elaboración: Propia

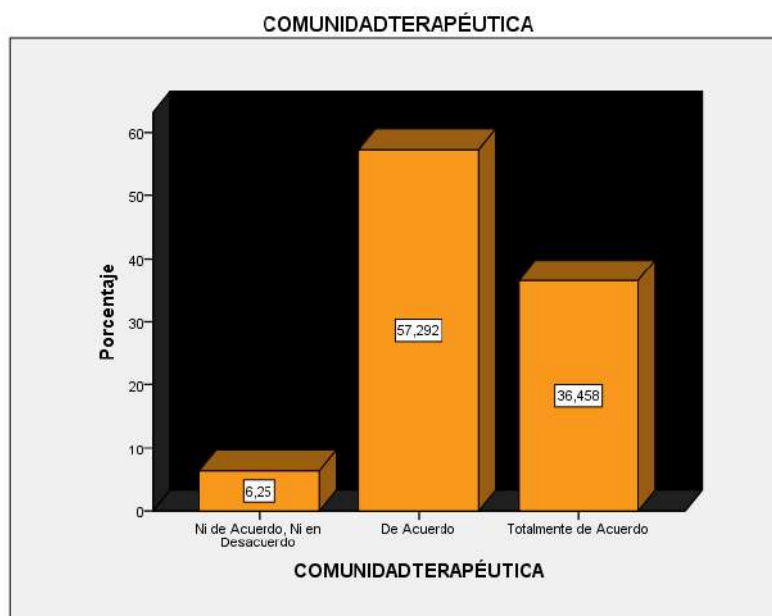


Figura 61. De la variable 1 “Comunidad Terapéutica”.

INTERPRETACIÓN

En la *tabla N° 27* y la *figura N° 61* se percibe que de 96 encuestados, 6,25% manifiesta que no está de acuerdo ni en desacuerdo, 57,29 % de acuerdo y 36,45 % totalmente de acuerdo.

DE LA VARIABLE 2 “REINSERCIÓN SOCIAL”

Tabla 28. Frecuencia de la variable 2 “Reinserción Social”

		REINSERCIÓN SOCIAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo	8	8,3	8,3	8,3
	De Acuerdo	50	52,1	52,1	60,4
	Totalmente de Acuerdo	38	39,6	39,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Nota: Estos datos han sido procesados mediante el SPSS.

Elaboración: Propia

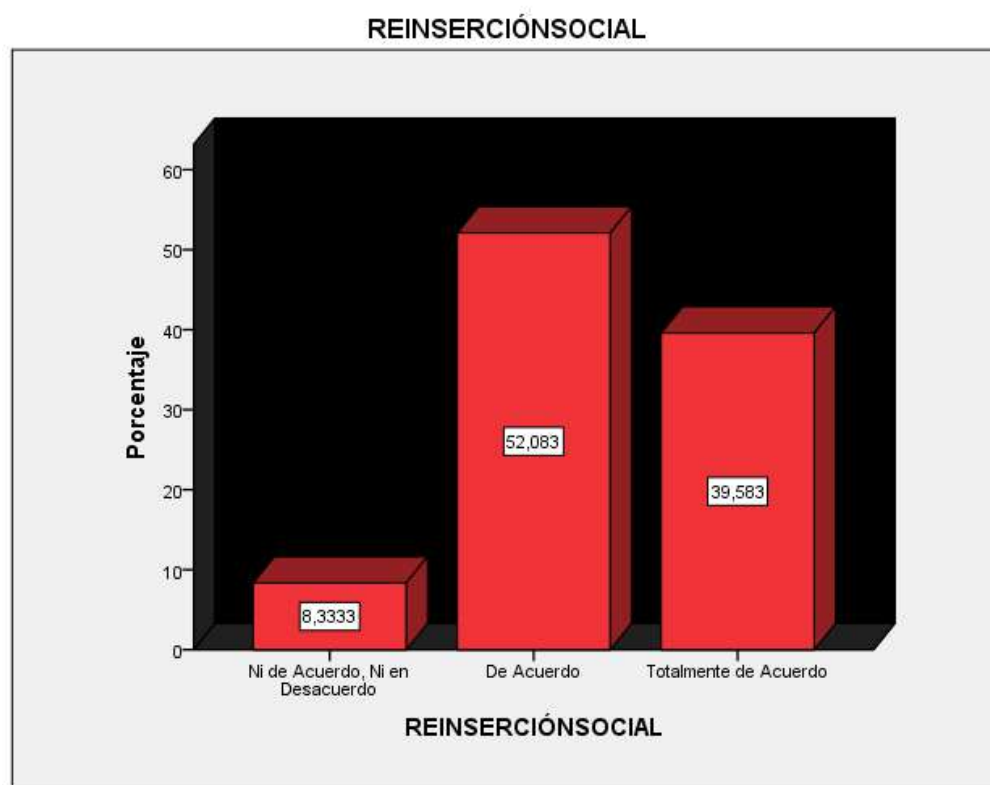


Figura 62. De la variable 2 “Reinserción Social”

INTERPRETACIÓN

En la *tabla N° 28* y la *figura N° 62*, se analiza que, de 96 encuestados, 8,3% manifiesta que está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 52,0 % de acuerdo y 39,5 % totalmente de acuerdo.

3.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

1.- Se formula la hipótesis nula y alternativa

Hipótesis Nula (H_0)

No existe relación entre la Comunidad Terapéutica y la reinserción social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

Hipótesis Alternativa (H_1)

Existe relación entre la Comunidad Terapéutica y la reinserción social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

2.- Asumimos el nivel de confianza = 95%

3.- Margen de error = Al 5% (0.05)

4.- Regla de decisión

$p \geq$ = acepta H_0 se rechaza la hipótesis alternativa

$p <$ = rechaza H_0 se acepta la hipótesis alternativa

5.- Prueba de Hipótesis

Tabla 29. Correlación de la hipótesis general

		Correlaciones		
			COMUNIDAD TERAPÉUTICA	REINSERCIÓN SOCIAL
Rho de Spearman	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	Coefficiente de correlación	1,000	,885**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	96	96
	REINSERCIÓN SOCIAL	Coefficiente de correlación	,885**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	96	96

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración: Propia

Decisión Estadística

En la *tabla N° 29* se muestra el resultado de correlación de Spearman es de 0,885** de modo que, se precisa la existencia de una correlación significativa al nivel de 0,001. La variable 1: Comunidad Terapéutica sobre la variable 2: Reinserción Social; puesto que, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

Diagrama de Dispersión

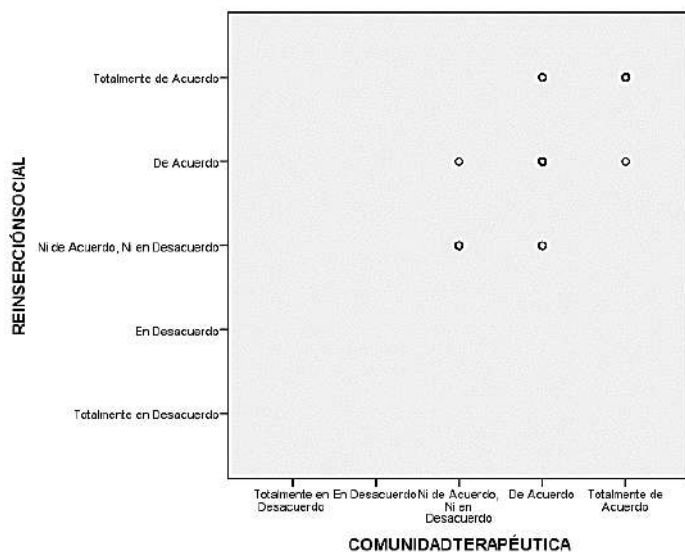


Figura 63. Diagrama de dispersión general

Interpretación

En la *figura N° 63* se presenta en el diagrama se observa la relación entre Comunidad Terapéutica y Reinserción Social, existe una relación lineal positiva entre las dos variables graficadas; debido a lo cual, es una correlación positiva.

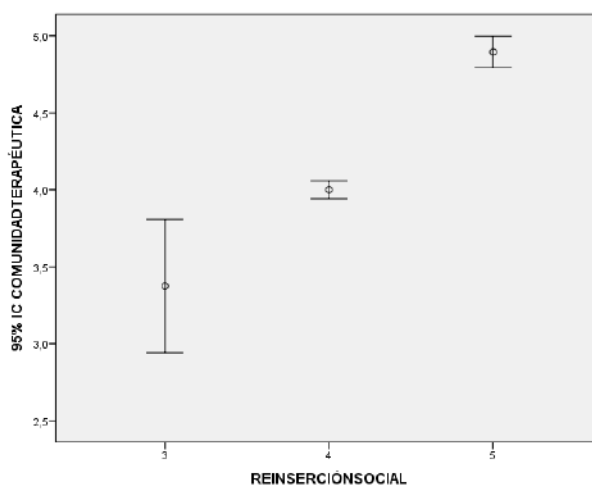


Figura 64. Barras de error de la hipótesis general

Interpretación

En la *figura N° 64* se muestra los gráficos de barras de error general, donde se identifica la variabilidad de la medida utilizada como función de resumen en él. La estructura del gráfico presenta en un punto central que determina el valor de la media, así mismo se sitúa en una línea vertical; la longitud de la línea (barra de error) indicando un intervalo de confianza o

un número especificado de errores típicos o inclusive un número específico de desviaciones típicas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hipótesis Nula (H_0)

No existe relación entre los Espacios de Residencia con la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019.

Hipótesis Alternativa (H_1)

Existe relación entre los Espacios de Residencia con la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019.

Tabla 30. *Correlación de la hipótesis específica 1*

Correlaciones				
			ESPACIO DE RESIDENCIA	RED DE APOYO SOCIAL
Rho de Spearman	ESPACIO DE RESIDENCIA	Coefficiente de correlación	1,000	,648**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	96	96
	RED DE APOYO SOCIAL	Coefficiente de correlación	,648**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	96	96

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración: Propia

Decisión Estadística

En la *tabla N° 30* el resultado de correlación de Spearman es de 0,648** debido a lo cual, se determina que hay existencia de una correlación positiva moderada. La dimensión 1: Espacios de Residencia sobre la dimensión 4: Red de Apoyo Social; así pues, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

Diagrama de Dispersión

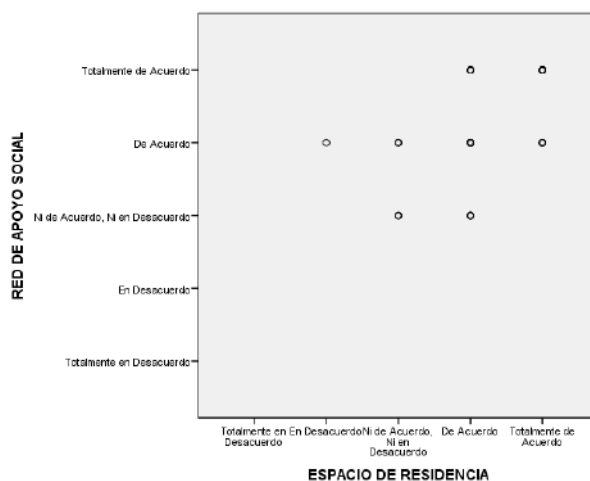


Figura 65. Diagrama de dispersión de la hipótesis específica 1.

Interpretación

En la *figura N° 65* se muestra el diagrama de relación entre Espacios de Residencia y Red de Apoyo Social, existe una relación lineal positiva entre las dos variables graficadas; de modo que, es una correlación positiva.

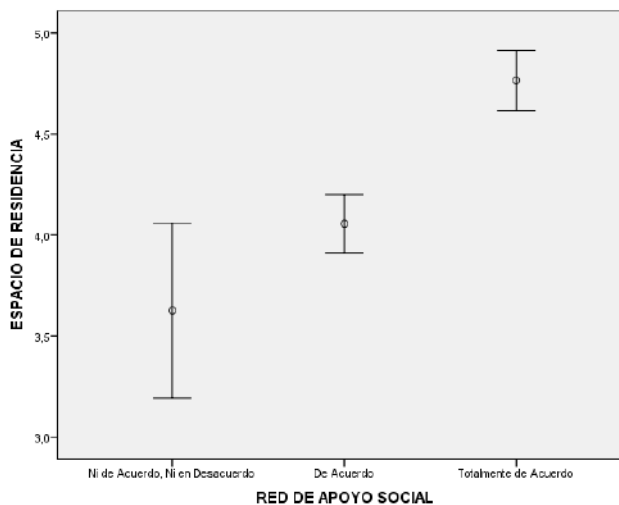


Figura 66. Barras de error de la hipótesis específica 1.

Interpretación

En la *figura N° 66* se muestra los gráficos de barras de error general, donde se identifica la variabilidad de la medida utilizada como función de resumen. La estructura del gráfico presenta en un punto central que determina el valor de la media, así mismo se sitúa en una línea vertical; la longitud de la línea (barra de error) indicando un intervalo de confianza o

un número especificado de errores típicos o inclusive un número específico de desviaciones típicas.

Hipótesis Nula (H_0)

No existe relación entre los Espacios Educativos con la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019.

Hipótesis Alternativa (H_1)

Existe relación entre los Espacios Educativos con la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019.

Tabla 31. *Correlación de la hipótesis específica 2*

Correlaciones				
			ESPACIO DE EDUCACION	INSERCIÓN SOCIO LABORAL
Rho de Spearman	ESPACIO DE EDUCACION	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 96	,637** ,000 96
	INSERCIÓN SOCIO LABORAL	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,637** ,000 96	1,000 . 96

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración: Propia

Decisión Estadística

En la *tabla N° 31* se percibe el resultado de correlación de Spearman es de 0,637** por consiguiente, se concluye que si existe una correlación positiva moderada. La dimensión 2: Espacios Educativos sobre la dimensión 5: Inserción Socio Laboral; de modo que, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

Diagrama de Dispersión

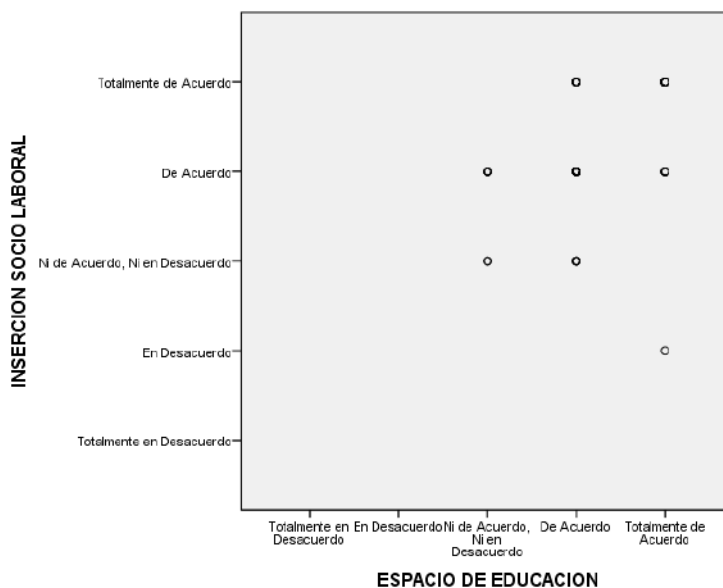


Figura 67. Diagrama de dispersión de la hipótesis específica 2.

Interpretación

En la *figura N° 67*, el diagrama se observa la relación entre Espacios Educativos e Inserción Socio Laboral, existe una relación lineal entre las dos variables graficadas; sin embargo, existe una correlación aceptable.

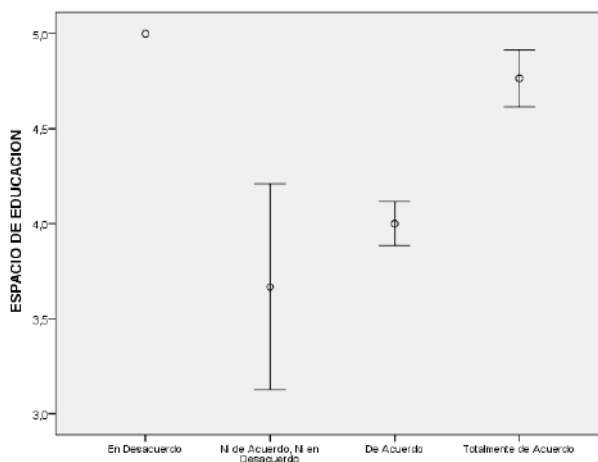


Figura 68. Barras de error de la correlación específica 2.

Interpretación

En la *figura N° 68* se muestra los gráficos de barras de error general, donde se identifica la variabilidad de la medida utilizada como función de resumen en él. La estructura del gráfico presenta en un punto central que determina el valor de la media, así mismo se sitúa en una línea vertical; la longitud de la línea indicando un intervalo de confianza o un número especificado de errores típicos o inclusive un número específico de desviaciones típicas.

Hipótesis Nula (H_0)

No existe relación entre los Espacios de Salud con las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019.

Hipótesis Alternativa (H_1)

Existe relación entre los Espacios de Salud con las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019.

Tabla 32. Correlación de la hipótesis específica 3

Correlaciones				
			ESPACIO DE SALUD	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL
Rho de Spearman	ESPACIO DE SALUD	Coefficiente de correlación	1,000	,870**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	96	96
	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL	Coefficiente de correlación	,870**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	96	96

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración: Propia

Decisión Estadística

En la *tabla N° 32* se observa el resultado de correlación de Spearman es de 0,870** por cuanto, existe una correlación positiva alta. La dimensión 3: Espacios de Salud sobre la dimensión 6: Terapias Cognitivas Conductuales; por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

Diagrama de Dispersión

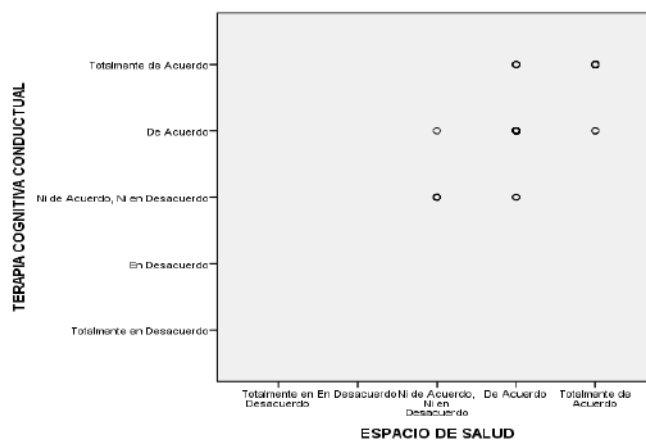


Figura 69. Diagrama de dispersión de la hipótesis específica 3.

Interpretación

En la *figura N° 69*, el diagrama se observa la relación entre Espacios de Salud y Terapias Cognitivas Conductuales, existe una relación lineal positiva entre las dos variables presentadas.

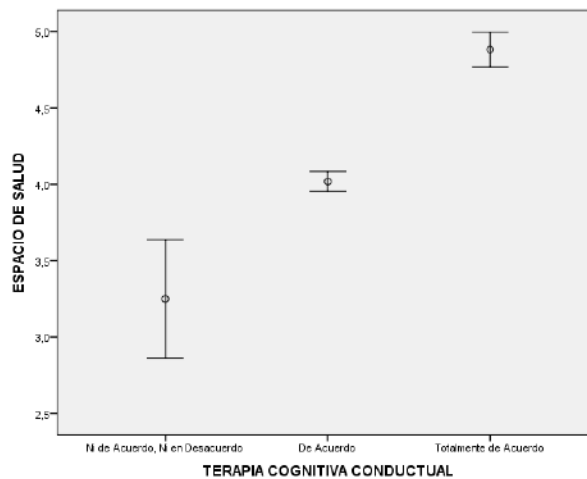


Figura 70. Barras de error de la hipótesis específica 3.

Interpretación

En la *figura N° 70* se muestra los gráficos de barras de error general, donde se identifica la variabilidad de la medida utilizada como función de resumen en él. La estructura del gráfico presenta en un punto central que determina el valor de la media, así mismo se sitúa en una línea vertical; la longitud de la línea indicando un intervalo de confianza o un número especificado de errores típicos o inclusive un número específico de desviaciones típicas.

IV. DISCUSIÓN

Luego de identificar la realidad problemática, se identificó que las Comunidades terapéuticas son un equipamiento residencial necesario que a la vez es organizado y estructurado, esto funciona como una micro sociedad entre los profesionales y residentes, ya que brinda al usuario un ambiente para poder rehabilitarse del consumo de drogas psicoactivas y sociales, pero no solo queda en el tratamiento de abstinencia sino tiene la finalidad de que haya un proceso de reinserción como la última etapa para así poder reinsertarlos favorablemente a la sociedad, también las estrategias y actividades que se dan es de tipo educativo, ocupacional, psicoterapéutico, sanitario, además se debe cumplir con las leyes y reglamentos establecidos para un ambiente óptimo.

De acuerdo con lo planteado se ha formulado la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre la Comunidad terapéutica y la reinserción social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019?

Los antecedentes mantienen relación con el objeto de estudio a nivel internacional y estos son: Valdez (2010) Universidad de San Carlos de Guatemala. El autor asegura que su tipo de investigación que desarrollo fue descriptivo. La muestra de estudio fue en Mixco, Municipio de Guatemala, en el área de la Colonia Primero de Julio y lugares aledaños. como Colonia El Milagro, Colonia El Trébol, Lo de Bran, Colonia Carolingia, Colonia Miralvalle. La técnica que se empleo fue documental y la recolección de datos se obtuvo en libros, folletos, manuales, tesis de grado, normas, leyes y reglamentos, además de estudios anteriores sobre el tema y revistas. Mientras Marañón (2015) Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia determina que el tipo de su investigación es descriptivo. La muestra de estudio fue en la Paz, provincia Murillo, en la zona de Periférico de Mallasa - Bolivia. La técnica que se desarrollo fue investigativa y la recolección de datos fue se obtuvo en textos (libros), manuales, tesis de grado, normas, leyes y reglamentos, estudios anteriores sobre el tema, revistas o noticias para entender más el tema. También Moya (2012) Universidad Tecnológica Equinoccial, Ecuador menciona que el tipo de investigación que se abordó fue descriptivo. La muestra de estudio fue en el barrio de la Esperanza, Cantón Pedro Moncayo, Provincia de Pichincha, y sectores aledaños y la sección norte de la provincia de Pichincha, sobre todo a la ciudad de Quito, Calderón, Guayabamba, Tabacundo, Cayambe - Ecuador. La técnica que se utilizo fue Brief Investigación donde se tomó en cuenta varios parámetros como marco histórico, maraco conceptual, análisis de referentes arquitectónico, marco legal, principios básicos de diseño, proyecto arquitectónico y la recolección de datos se obtuvo en textos.

En relación con los antecedentes nacionales encontramos a De Las Casas (2017) Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas indica que el tipo de investigación que se realizó fue cuantitativo. La muestra de estudio fue en Lima Norte, como el Callao – Perú. La técnica que se utilizó fue la recolección de datos estadísticas y problemas, estudios de tipos y números de usuarios y horarios, análisis de la realidad como en flujos y necesidades. Mientras Vilca y Núñez (2017) de la Universidad San Ignacio de Loyola. Los autores afirman: El tipo de investigación que se realizó fue analítica y descriptiva. La muestra de estudio fue en el distrito de San Juan de Lurigancho, Perú. La técnica que se utilizó fue la recolección de datos en libros, noticias para entender más el tema abordado. Gubbins (2015). De la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas nos menciona el tipo de investigación que se realizó fue analítica y descriptiva La muestra de estudio fue en el distrito de Pachacamac - Perú. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue investigativa ya que se hizo visitas de campo e investigación por fotos y encuestas, además de lecturas bibliográficas.

Los resultados de la investigación a través de la muestra de 96 personas demuestran que existe una correlación alta de acuerdo al estudio con criterio del objetivo general, ya que cuya propuesta es determinar la relación entre la Comunidad terapéutica y la reinserción social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019. Los resultados de las variables son de ,922 puntos entre la variable 1 Comunidad terapéutica y la variable 2 reinserción social.

En relación a la variable 1, los resultados según la tabla N° 38 y figura N° 85, muestra que, de 96 encuestados, 6,25% manifiesta que está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 57,29 % de acuerdo y 36,45 % totalmente de acuerdo. Por consiguiente, estos datos estadísticos son respaldo para el enfoque cuantitativo que se da en la investigación.

En relación con la variable 2 de acuerdo con la tabla N° 39, la figura N° 86, muestra que, de 96 encuestados 8,3% manifiesta que está ni de acuerdo ni en desacuerdo, 52,0 % de acuerdo y 39,5 % totalmente de acuerdo. De manera que estos datos son fuente de respaldo para este tipo de investigación y para el carácter correlacional que se está abordando.

Los resultados confirman con criterios objetivos, que las comunidades Terapéuticas tienen correlación con la reinserción social obtenidos con la investigación no experimental de tipo cuantitativa, mientras que, en las tesis internacionales abordaron de tipo descriptivo con técnica de recolección de datos en libros, entrevistas, tesis, etc., no obstante, estos instrumentos fueron favorables para el proceso de la investigación, así mismo las tesis de

nacionales fueron de tipo descriptiva analítica, cuantitativa, con recolección de datos señalados anteriormente, por consiguiente este tipo de investigación e instrumentos dieron un aporte para empezar el análisis urbanos y el proceso de diseño.

Por último, se tiene en cuenta que este estudio es un aporte que permitirá apoyar a futuros estudios y nueva manera de abordaje para el crecimiento de la Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.

V. CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestros objetivos, hipótesis, marco teórico, llegamos a las conclusiones de esta manera:

Primera. La correlación de Spearman tiene como resultado de 0,885** por tanto, existe una correlación significativa al nivel de 0,001. La variable 1: Comunidad Terapéutica sobre la variable 2: Reinserción Social; A la vez en la *figura N° 63* del diagrama se observa la relación entre Comunidad Terapéutica y Reinserción Social, existe una relación lineal positiva entre las dos variables graficadas; de esta manera, es una correlación positiva.

Segunda. La correlación de Spearman tiene como resultado de 0,648** por lo cual, existe una correlación moderada pero aceptable. La dimensión 1: Espacios de Residencia sobre la dimensión 4: Red de Apoyo Social; A la vez en la *figura N° 65* del diagrama se observa la relación entre Espacios de Residencia y Red de Apoyo Social, existe una relación lineal positiva entre las dos variables graficadas; así que tiene una correlación positiva.

Tercera. La correlación de Spearman tiene como resultado de 0,637** de ese modo, existe una correlación positiva moderada. La dimensión 2: Espacios Educativos sobre la dimensión 5: Inserción Socio Laboral; A la vez en la *figura N° 67* del diagrama se observa la relación entre Espacios Educativos e Inserción Socio Laboral, existe una relación lineal positiva entre las dos variables graficadas.

Cuarta. La correlación de Spearman tiene como resultado de 0,870** de esta manera, existe una correlación positiva alta. La dimensión 3: Espacios de Salud sobre la dimensión 6: Terapias Cognitivas Conductuales; A la vez en la *figura N° 69* del diagrama se observa la relación entre Espacios de Salud y Terapias Cognitivas Conductuales, existe una relación lineal positiva entre las dos variables graficadas.

Se concluye que el tema abordado de comunidad terapéutica y la reinserción social se relacionan entre sí, así mismo las dimensiones tienen una correlación alta.

VI. RECOMENDACIONES

- Primero.** De acuerdo al resultado de la correlación general entre las dos variables es necesario construir una Comunidad Terapéutica, por el grado de relación que existe, además, porque los adictos con este tipo de enfermedad son excluidos y no existe un equipamiento adecuado donde se puedan tratar, además recomendar al equipamiento incluir estrategias para su vinculación con el entorno del usuario, porque no solo se debería quedar en el tratamiento de la abstinencia sino llegar al último proceso que es la reinserción social para que la persona excluida pueda ser un miembro activo en la sociedad.
- Segunda.** Se debe incluir en el diseño arquitectónico espacios de residencia, que permita generar nuevas redes de apoyo, por el grado de relación que existe entre ambos, para fortalecer lazos familiares, identificar las amistades dañinas y conocer a amistades en su nuevo entorno que aporten a su rehabilitación y finalmente los servicios profesionales de apoyo son un sustento para poder seguir en este proceso de reinserción.
- Tercera.** Se recomienda que en el equipamiento exista espacios educativos, por el grado de relación que existe, además, por ser indispensable para el desarrollo de habilidades, así mismo aprender conocimientos en el ámbito ocupacional y que esto sea una herramienta para insertarlos socio laboralmente con propósito para sus vidas.
- Cuarta.** En la Comunidad Terapéutica es necesario que exista espacios de salud, por tener un grado de relación alto, generando terapias no solo individuales sino grupales, así pueda el usuario entender y conocerse más afondo para después desarrollarse y mejorar.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 013-2006-SA, D. S. (06 de Noviembre de 2014). *Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicio Médico de Apoyo*. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/SINADEF/DS-013-2006-SA.pdf>
- Almagro, A. (2008). *El concepto de espacio en la arquitectura palatina andalusí: Un análisis perceptivo a través de la infografía. (Tesis doctoral)*. Universidad de Madrid, Madrid.
- Alondriz, C. (26 de Febrero de 2017). *Gestión Educativa*. Obtenido de <http://www.eoi.es/blogs/gestioneducativa/2017/02/26/espacios-educativos-8/>
- Arena Pública*. (27 de Julio de 2017). Obtenido de <https://www.arenapublica.com/blogs/jose-miguel-moreno/2017/07/27/6609/drogas-globalizacion-desempleo-produccion-de-drogas-crisis>
- Armstrong, M. (12 de Junio de 2018). *Statis* . Obtenido de <https://www.statista.com/chart/12510/the-countries-drinking-the-most-beer/>
- Arranz, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en el proceso de reinserción. *REDES-Revista hispana para el analisis de redes sociales*, 18(7),pp.163-182.
- CALCSICOVA. (18 de Febrero de 2015). *Cordinadora de Asociaciones de VIH y Sida de la Comunidad Valenciana*. Obtenido de <http://www.calcsicova.org/es/sobre-consumo-de-drogas-y-exclusi%C3%B3n-social-balance-2015-cibe-maritim-ccascv>
- Caplan, G., & Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations* . New York: Grune and Stratton.
- Cárdenas, C. (4 de Febrero de 2012). *Terapia de Fuego*. Lima, Lima, Perú.
- Cedres, S. (2000). Efectos Terapéuticos del Diseño en los Establecimientos de Salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 19-23.
- Chura, M. (25 de Enero de 2014). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/marychuracutipa/glosario-de-terminos-de-elementos-viales>
- Ciudad Morfológica. (11 de Diciembre de 2018). *Ficus*. Obtenido de http://ficus.pntic.mec.es/ibus0001/ciudad/morfologia_urbana.html
- Comas. (5 de Enero de 2017). *Plan Local de Seguridad Ciudadana Codisec Comas 2017*. Obtenido de http://www.municomas.gob.pe/modernizacion-municipal/plan-local-seguridad-ciudadana/Plan%20Local%20Seguridad%20Ciudadana_Visado.pdf

- Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: Una apuesta al futuro. *Revista Española de drogodependencias*, 33(3) 238-254. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2145>
- Comercio. (10 de Febrero de 2014). Obtenido de <https://elcomercio.pe/lima/4-400-centros-adictos-drogas-permisos-291950>
- Congreso de la República. (25 de Abril de 2017). *Proyecto de ley 1312/2016-CR - Ley para la Protección de Espacios Públicos*. Obtenido de https://es.scribd.com/document/372455024/Proyecto-de-ley-1312-2016-CR-Ley-para-la-proteccion-de-espacios-publicos#fullscreen&from_embed
- Consejo Municipal del Distrito de Comas. (22 de Diciembre de 2016). *Ordenanza Municipal N° 496/MC*. Obtenido de <http://www.municomas.gob.pe/Documentacion/pdf/ORDENANZA%20N%20496-2016-MDC.pdf>
- Corresponsable. (30 de Octubre de 2017). Toks pone ruedas a la reinserción de ex adictos . *Corresponsables*, pág. 1.
- CZAJKOWSKI, J. (31 de Marzo de 2000). *Evolución de los Edificios Hospitalarios. Aproximación a una visión Tipológica*. Obtenido de http://jdczajko.tripod.com/publicaciones/aadah93/evolucion_tipos_hospitalarios.htm#TIPOLOGIA%20CLAUSTRAL:
- Daly, G. (14 de Junio de 2015). Los problemas de los Centros de Reinserción Juvenil. *El Comercio*, pág. 1.
- De Las Casas, L. (2017). *Centro de Rehabilitación e Inserción Social por abuso de drogas en el Callao. (Tesis de pregrado)*. Obtenido de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621886>
- DePerú. (08 de Diciembre de 2018). *DePerú*. Obtenido de <https://www.deperu.com/cultural/museos/museo-de-los-colli-4396>
- Devida. (02 de Marzo de 2018). Alcoholismo en Lima aumentó en 164% durante los últimos cuatro años. pág. 1.
- Devida, OMS, & Minsa. (31 de Mayo de 2017). Niños y Adolescentes en Peligro ¡Dile No al Tabaco! *Niños y Adolescentes en Peligro ¡Dile no al Tabaco!* Limas, Lima, Perú.
- Diccionario de términos de cáncer del NCI. (s.f.). *Instituto Nacional del Cáncer en los Institutos Nacionales de la Salud*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer en los

- Institutos Nacionales de la Salud:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/pdq>
- Dora, C. (30 de Junio de 2017). Toda la planificación urbana del mundo es para los coches; la gente no importa. (A. García, Entrevistador)
- ESCALE. (2017). *Boletín Estadístico 2017*. Lima: ESCALE.
- Espinoza, G. (25 de Enero de 2015). Ilegalidad campea en Centros de Rehabilitación. *Correo*, pág. 1.
- Euronews. (17 de Mayo de 2017). *Euronews*. Obtenido de <https://es.euronews.com/2017/05/17/en-que-pais-europeo-es-donde-mas-alcohol-se-bebe-del-mundo>
- Europa Press. (12 de Enero de 2017). *Europa press*. Obtenido de <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-mapa-ruido-nivel-contaminacion-acustica-soportan-espanoles-20170112101349.html>
- European Drug Report. (2017). Obtenido de Vidas que se cobra la droga en Europa: <https://es.statista.com/grafico/10365/cuanto-mas-al-sur-de-europa-menos-muertes-por-sobredosis-de-drogas/>
- Farfán, W. (5 de Septiembre de 2017). En Comas detectan puntos críticos de contaminación sonora. *Diario Comas*, pág. 1.
- Gálvez, V. (29 de Mayo de 2017). CCL:¿Por que los jóvenes no encuentran empleo? *El Comercio*, pág. 1.
- Garay, K. (31 de Mayo de 2018). *Día Mundial sin Tabaco: niños y adolescentes son nuevos clientes de industria del cigarro*. Obtenido de <https://andina.pe/agencia/noticia-dia-mundial-sin-tabaco-ninos-y-adolescentes-son-nuevos-clientes-industria-del-cigarro-669013.aspx>
- García, L. (17 de Junio de 2006). imparable en el Norte Comas. *La República*, pág. 1.
- García, L. (10 de Febrero de 2014). Solo 4 de los 400 Centros para adictos a drogas tiene permisos. *El Comercio*, pág. 1.
- Geoenciclopedia. (08 de Diciembre de 2018). *Geoenciclopedia*. Obtenido de <https://www.geoenciclopedia.com/estructura-urbana/>
- Gestión. (14 de Mayo de 2012). Clausuran dos centros de rehabilitación para adictos en Lurín. *RPP*, pág. 1.
- Gestión. (21 de Octubre de 2015). En Perú existe mas de 400 centros informales de rehabilitación. pág. 1.

- Gestión. (21 de Octubre de 2015). En Perú existe mas de 400 centros informales de rehabilitación. *Gestión*, pág. 1.
- Gestión. (18 de Abril de 2016). Estas son las ciudades con el tránsito mas pesado del Mundo. *Gestión*, pág. 1.
- Gestión. (23 de Febrero de 2017). *Gestión*. Obtenido de <https://gestion.pe/tendencias/pais-latinoamerica-bebe-compra-cerveza-129301?foto=4>
- Gonzáles, L. (21 de Mayo de 2012). En el Perú solo hay 47 Centros de Rehabilitación Formales. *Perú21*, pág. 1.
- Gubbins, C. (2015). *Comunidad terapéutica en Pachacamac (Tesis Pregrado)*. Obtenido de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/577362?show=full&locale-attribute=en>
- Guzmán, M. (2011). *Teoría y Práctica del Color*. Obtenido de <https://vdocuments.site/teoria-del-color-guzman-galarza.html>
- Guzmán, M. (2011). *Teoría y Práctica del Color*. Obtenido de <https://vdocuments.site/teoria-del-color-guzman-galarza.html>
- Hérmadez, R.; Fernández, C.y Baptista,P. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México : McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hicks, A. (03 de Marzo de 2017). ENTREVISTA: Wellness, arquitectura para establecimientos de salud. (L. C. Yañez, Entrevistador)
- Hicks, A. (26 de Marzo de 2017). Wellness, arquitectura para establecimientos de salud. (L. Castillo, Entrevistador)
- Hijos, C. d. (2004). *Mediación Sociolaboral* . España: Accem.
- INEI. (2015). *Censos Nacionales de Población y Vivienda* . Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- Jones, M. (1963). *Beyond the Therapeutic Community; Social learnng and social psychiatry*,New Haven,Yale University Press,*Más allá de la comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Genitor, 1968.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Comunity*, Harmondsworth, Penguin Books.*Versión en español: La Psiquiatría Social en la práctica: La Psiquiatría Social en la práctica: la idea de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Americalee, 1970.
- Jones, M. (1976). *Maturation of the Therapeutic Community: an organic approach to health and mental health*. Nueva York: Human Scienes Press.

- Kapkin, S. (5 de Abril de 2016). Cruelda y problemas en los Centros de Rehabilitación de América Latina. Montreal, Quebec, Canadá.
- Laespada, T. (julio de 2004). *Factores de riesgo y protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un modelo explicativo*. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- Link To Media. (7 de Marzo de 2018). *psicologia-online.com 2018*. Obtenido de [psicologia-online.com 2018: https://www.psicologia-online.com/](https://www.psicologia-online.com/)
- Llorente, J. y Fernández, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Revista Adicciones*, 11(4), 329-336. Obtenido de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>
- Loya, V. (2015). Luz y sombra construyendo espacio. *Bitacora Arquitectura*, pp.58-65.
- Marañón, R. (2015). *Centro de Rehabilitación RENOVADA Y TRANSFORMADA: Mallasa distrito 20. (Tesis de pregrado)*. Obtenido de <http://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/11171>
- Mejía, J. (1 de Marzo de 2014). *Concepto del Sistema Urbano*. Obtenido de <https://prezi.com/qb4umzao8svo/concepto-de-sistema-urbano/>
- Menéndez, C. (2018). Características predictorias de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes. *PEDAGOGÍA SOCIAL.Revista Interuniversitaria*, (32),107-126.
- Merino, K. (01 de Diciembre de 2013). Rehabilitación, solo hay 15 centros públicos. *El País*, pág. 1.
- Ministerio de Salud. (26 de Agosto de 2016). *Docplayer*. Obtenido de https://docplayer.es/44755773-Analisis-de-situacion-de-salud.html?fbclid=IwAR24eGm3BUrsjgc1nmBhXXavW5Q9p0Y4VCNWalb0yTfi_ebcIr7WKRm-Odw
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. (20 de Julio de 2011). *Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastre*. Obtenido de http://sigrid.cenepred.gob.pe/docs/PARA%20PUBLICAR/CISMID/ZonSism_PautasTecnicas_COMAS.pdf
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. (3 de Julio de 2013). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/capacita/2_present_desarrollo_urbano.pdf

- Mondragón, G. (23 de Diciembre de 2014). *Las Lomas de Collique*. Obtenido de <http://ginomondragon.blogspot.com/2014/12/las-lomas-de-collique.html>
- Moreno, G. (04 de Agosto de 2017). *Statista*. Obtenido de <https://es.statista.com/grafico/10566/las-marcas-de-cerveza-preferidas-en-latinoamerica/>
- Moreno, J. (24 de Julio de 2015). *BBC*. Obtenido de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150723_consumo_alcohol_latinoamerica_muertes_paises_jm
- Mouzo, J. (30 de Junio de 2017). Toda planificación urbana del mundo es para los coches, la gente no importa. *El País*, pág. 1.
- Moya, S. (2012). *Diseño arquitectónico de un centro de Rehabilitación para adictos a sustancias Estupefacientes y psicoactivas. (Tesis de pregrado)*. Obtenido de <https://docplayer.es/1053431-Diseno-arquitectonico-de-un-centro-de-rehabilitacion-para-adictos-a-sustancias-estupefacientes-y-psicotropicas.html>
- Municipalidad de Comas. (02 de Septiembre de 2005). *DIAGNÓSTICO AMBIENTAL*. Obtenido de <http://aynidesarrollo.org.pe/wp-content/uploads/2018/02/Diagn%C3%B3stico-Ambiental-de-Comas.pdf>
- Municipalidad de Comas. (1 de Enero de 2011). *Diagnóstico y Plan de Desarrollo Concertado 2011-2021*. Obtenido de http://www.imp.gob.pe/images/IMP%20-%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/comas_plan_de_desarrollo_concertado_2011_2021.pdf
- Municipalidad de Comas. (11 de Diciembre de 2018). *Identificación de Zonas de Riesgo de Accidente de Tránsito*. Obtenido de <http://www.municomas.gob.pe/anuncios/INFORME%20FINAL%20META.pdf>
- Municipalidad de Comas. (20 de Febrero de 2018). *Plan de Desarrollo Local Concertado de Comas*. Obtenido de <http://www.municomas.gob.pe/presupuesto-participativo/2018/2%20Plan%20de%20Desarrollo%20Local%20Concertado%202017%20-%202021%20del%20Distrito%20de%20Comas.pdf>
- Municipalidad Distrital de Comas. (10 de Diciembre de 2010). *Diagnóstico y Plan de Desarrollo Concertado 2011 - 2021*. Obtenido de http://www.imp.gob.pe/images/IMP%20-%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/comas_plan_de_desarrollo_concertado_2011_2021.pdf

- Municipalidad Distrital de Comas. (2017). Presupuesto Institucional de Apertura Año Fiscal de la Municipalidad de Comas. *MuniComas*, 14-30.
- Municipalidad Metropolitana de Lima. (1 de Noviembre de 2012). *Plan Regional de Desarrollo Concertado de Lima 2012-2025*. Obtenido de <http://sinia.minam.gob.pe/documentos/plan-regional-desarrollo-concertado-lima-2012-2025>
- Navarro, R. (1997). *Ñaña, comunidad terapéutica peruana*. Lima: CEDRO, Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
- Neyra, C. (2008). *LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO URBANO DE LA CIUDAD DE COMAS*. Lima: MebLatam, Hemisferio y Dalse.
- Neyra, C. (2008). *LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO URBANO DE LA CIUDAD DE COMAS*. Lima: MebLatam, Hemisferio y Dalse.
- Núñez Ato, D. O., & Valdivia Fernández, H. L. (15 de Diciembre de 2006). *Metodología para el Acondicionamiento Ambiental Local y su Aplicación en el distrito de Comas*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1076/valdivia_fh.pdf?sequence=1
- OEA. (17 de Junio de 2013). *Organización de los Estados Americanos*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/savia/proyectoslocales/peru/peru%20taller%20is_spa.asp
- Oficina De Naciones Unidas Contra La Droga y el Delito. (2017). Obtenido de <https://cnnespanol.cnn.com/2017/06/22/la-onu-alerta-que-el-mercado-de-las-drogas-ha-crecido-y-se-ha-diversificado-con-nuevas-sustancias-peligrosas/>
- Orbegoso, A. (14 de Febrero de 2011). En 38 puntos de Lima y Callao se superan los límites máximos permitidos de ruido. *Andina*, pág. 1.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Rehabilitación basada en la comunidad: Folleto complementario*. Washington D. C.: OMS, OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Marzo de 2018). Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Rehabilitación basada en la comunidad: Componente social*. Washington D.C: OMS, OPS.

- Ortíz, M. (20 de Enero de 2013). *LaMurala*. Obtenido de <https://miguelortiz.lamula.pe/2013/01/20/la-fortaleza-asediada-amenazas-a-la-zona-arqueologica-fortaleza-de-collique/miguelortiz/>
- Perú21. (21 de Mayo de 2012). *En el Perú solo hay 47 Centros de Rehabilitación Formales*, pág. 1.
- Plan Bicentenario. (11 de Marzo de 2011). *CEPLAN*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversionfinal.pdf
- Polo, J. (21 de Abril de 2018). Lima es una de las ciudades con mayor contaminación sonora en el Mundo. *La República*, pág. 1.
- Pressly, L. (28 de Agosto de 2014). Los centros de rehabilitación que encierran adictos contra su voluntad. *BBC*, pág. 1.
- Publimetro. (2 de Marzo de 2015). *Publimetro*. Obtenido de <https://publimetro.pe/actualidad/noticia-alcoholismo-lima-aumento-164-durante-ultimos-cuatro-anos-32111>
- Rodriguez, P. (2011). Hacia un modelo de alojamiento. Las residencias en las que queremos vivir. *Fundación Pilares para la autonomía personal*, 10-11.
- Rodriguez, P. (2011). Hacia un modelo de alojamiento. Las residencias en las que queremos vivir. *Fundación Pilares para la autonomía personal*, 10-11.
- Rodríguez,S. y Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación un revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 172-196.
- Rugel, C. y Gonzáles F. (2018). El emprendimiento dentro del modelo de inserción y reinserción social de drogadictos. *Espirales revista multidisciplinaria de investigación*, 2(12),1-18. Obtenido de <http://www.revistaespirales.com/index.php/es>
- Ruiz, M. (15 de Julio de 2015). Un 63% de los drogodependientes se encuentran desempleados. *El Mundo*, pág. 1.
- Ruiz, M. (15 de Julio de 2015). Un 63% de los drogodependientes se encuentran desempleados". *El Mundo*, pág. 1.
- Salinas, E. (1 de Febrero de 2012). De 450 albergues para adictos solo 30 estan acreditados. *La República*, pág. 1.
- Salud, O. M. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones .

- Salud, O. M. (12 de Diciembre de 2011). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/publication>
- Sánchez, A. (2013). BÚSQUEDA DE LOS SENTIDOS A TRAVÉS DE LA ARQUITECTURA: un proceso de investigación. *Arte y Movimiento. Revista interdisciplinaria del departamento de didáctica de la expresión musical, plástica y corporal*, pp. 63-80.
- Sanz, F. (2007). *Reinserción social de las personas drogodependientes, en Drogodependientes y trabajo social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Secades, R., García, O., & Fernández, J. y. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), pp.29-40.
- Secretaría Distrital de Tránsito y Seguridad Vial. (13 de Diciembre de 2014). *Alcaldía de Barranquilla*. Obtenido de http://www.barranquilla.gov.co/transito/index.php?option=com_content&view=article&id
- Trovato, G. (2007). *Des-Velos: autonomía de la envolvente en la arquitectura contemporánea*. Madrid: Akal.
- Turnes, A. (2009). Origen, evolución y futuro del Hospital. *Historia y evolución de los Hospitales en las diferentes culturas*, 4-5.
- TYS Magazine. (09 de Junio de 2016). *Urbanismo y Ordenación del Territorio*. Obtenido de <http://www.tysmagazine.com/conceptos-basicos-urbanismo-ordenacion-del-territorio/>
- UNAM. (2016). *Cómo afectan las Drogas en la Sociedad*. Obtenido de <http://lasadiccionestienensolucion.com/sociedad/como-afectan-las-drogas-en-la-sociedad/>
- UNODC. (27 de Junio de 2016). *Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. Obtenido de <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2016/06/06-politicas-sobre-drogas-y-el-desarrollo-sostenible-es-tema-de-nota-tecnica-de-unodc.html>
- Urbania. (2 de Febrero de 2017). *El Comercio*. Obtenido de <https://urbania.pe/blog/asesoria-inmobiliaria/attractivos-de-los-olivos-y-comas/>
- Valdes, R., Hernández, M., & Sepulveda, J. (2002). El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. *Salud Pública de México*, 2.

- Valdez, J. (2010). *Centro de Rehabilitación de individuos adictos y/o dependientes "Nick Cruz"* (Tesis de pregrado). Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_2668.pdf
- Vilca, C. (25 de Noviembre de 2018). Reinserción Social en las Comunidades Terapéuticas. (S. Ostos, Entrevistador)
- Vilca, C. y Núñez, M. (2017). *Centro de Rehabilitación para drogodependientes (Tesis de pregrado)*. Obtenido de repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3310/1/2017_Vilca-Jirald.pdf
- Yashimura, H. (10 de Marzo de 2017). Terror en Centros Terapéuticos de Comas. *Diario Comas*, pág. 1.

XII ANEXOS

ANEXO 01. Operacionalización de la variable Independiente: Comunidad Terapéutica.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Comunidad Terapéutica	La comunidad terapéutica es una modalidad que utiliza un enfoque social y psicológico para la rehabilitación de los dependientes a drogas. Su escenario característico es una residencia basada en la comunidad en locales urbanos y rurales, Sin embargo, los programas de comunidad terapéutica han sido desarrollados en una variedad de otros establecimientos, residenciales y no residenciales; tales como hospitales, cárceles, escuelas, clínicas de día, y clínicas ambulatorias (1997, p.30).	Se elaboró un cuestionario de escala de Likert con 18 ítems para medir las siguientes dimensiones: Comunidad Terapéutica y Reinserción Social.	Espacios de Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas privadas • Áreas comunes • Áreas de esparcimiento 	Ordinal/Likert 1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo	Cuestionario y su organización será:
			Espacios Educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Biblioteca • Talleres • SUM 		Dim. 1: 3 preguntas
			Espacios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de Salud • Tratamiento Terapéutico • Tratamiento Ambulatorio 		Dim. 2: 3 preguntas Dim. 3: 3 preguntas Sub total: 9 preguntas

Nota: Se llevó a cabo la operacionalización de la variable porque se tiene en cuenta las tres dimensiones propuestas por los autores.

Elaboración: Propia

ANEXO 02. Operacionalización de la variable dependiente: Reinserción Social.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Reinserción Social	La reinserción a personas con problemas de drogadicción se entiende como el proceso integral que se suministra inducción a los pacientes diagnosticados con adicciones y se les enseña para que ellos puedan ejercer una ocupación laboral o productiva, con el propósito de incorporarlos como individuos que pueden cohabitar armónicamente en la sociedad y ser influenciados positivamente para el progreso de las comunidades. (2018, pág. 7).	Se elaboró un cuestionario de escala de Likert con 18 ítems para medir las siguientes dimensiones: Comunidad Terapéutica y Reinserción Social.	Red de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Amigos • Servicio profesional de Apoyo 	Ordinal/Likert 1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo	Cuestionario y su organización será: Dim. 1: 3 preguntas Dim. 2: 3 preguntas Dim. 3: 3 preguntas Sub total: 9 preguntas
			Inserción socio laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Formación • Orientación • Empleabilidad 		
			Terapias cognitivas-conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol • Toma de decisiones • Afrontamiento de emociones 		

Nota: se llevó a cabo la operacionalización de la variable teniendo en cuenta las tres dimensiones propuestas por los autores.

Elaboración: Propia

**ANEXO 03. Formato técnico del cuestionario de la variable 01: Comunidad
Terapéutica.**

ASPECTOS	DETALLES
COMPLEMENTARIOS	
Objetivo:	Determinar la relación entre la Comunidad terapéutica y la reinserción social de drogodependientes en el distrito de Comas - Lima 2019.
Tiempo:	3 h.
Lugar:	Distrito de Comas – Lima
Hora:	De 9:00 a.m. – 12:00 p.m.
Administración:	Individual
Niveles:	1= Bueno 2= Regular 3= Malo
Dimensiones:	Numero de Dimensiones: 3 Dimensión 1: 3 ítems Dimensión 2: 3 ítems Dimensión 3: 3 ítems
Escalas:	1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo
Descripción:	Con el uso del software SPSS Si las respuestas son altas: valor de escala. Total, de ítems 9 x 5 = 45 Si las respuestas son bajas: valor de la escala. Total, de ítems = 9 x 1 = 9 Rango = valor máximo – valor mínimo = 45 - 9= 36 La constante = Rango entre número de niveles = 36 / 3 = 12
Baremación:	1= Bueno = 9 - 21 2= Regular = 22 - 32 3= Malo = 33 – 45

ANEXO 04. Formato técnico del cuestionario de la variable 2: Reinserción Social

ASPECTOS	DETALLES
COMPLEMENTARIOS	
Objetivo:	Determinar la relación entre la Comunidad terapéutica y la reinserción social de drogodependientes en el distrito de Comas - Lima 2019.
Tiempo:	3 h.
Lugar:	Distrito de Comas – Lima
Hora:	De 9:00 a.m. – 12:00 p.m.
Administración:	Individual
Niveles:	1= Bueno 2= Regular 3= Malo
Dimensiones:	Numero de Dimensiones: 3 Dimensión 1: 3 ítems Dimensión 2: 3 ítems Dimensión 3: 3 ítems
Escalas:	1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo
Descripción:	Con el uso del software SPSS Si las respuestas son altas: valor de escala. Total de ítems $9 \times 5 = 45$ Si las respuestas son bajas: valor de la escala. Total de ítems = $9 \times 1 = 9$ Rango = valor máximo – valor mínimo = $45 - 9 = 36$ La constante = Rango entre número de niveles = $36 / 3 = 12$
Baremación:	1= Bueno = $9 - 21$ 2= Regular = $22 - 32$ 3= Malo = $33 - 45$

ANEXO 05. Baremación de la variable 1 “Comunidad Terapéutica”

COMUNIDAD TERAPÉUTICA	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	D 1	D2	D3
	RANGOS	RANGOS	RANGOS	RANGOS
BUENO	9 - 21	3 - 7	3 - 7	3 - 7
REGULAR	22 - 32	8 - 10	8 - 10	8 - 10
MALO	33 - 45	11 - 15	11 - 15	11 - 15

ANEXO 06. Baremación de la variable 2 “Reinserción Social”

REINSERCIÓN SOCIAL	REINSERCIÓN SOCIAL	D 1	D2	D3
	RANGOS	RANGOS	RANGOS	RANGOS
BUENO	9 - 21	3 - 7	3 - 7	3 - 7
REGULAR	22 - 32	8 - 10	8 - 10	8 - 10
MALO	33 - 45	11 - 15	11 - 15	11 - 15

Matriz de Consistencia																																	
Título: "COMUNIDAD TERAPEUTICA Y LA REINSENCION SOCIAL DE VARONES DROGODEPENDIENTES EN EL DISTRITO DE COMAS, LIMA 2019"																																	
Autor: Caso Mass, Teresa de Jesus / Ostos Ortega, Silvana Angela																																	
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores																														
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable 1: Comunidades Terapéuticas																														
¿Cuál es la relación entre la Comunidad terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019?	Determinar la relación entre la Comunidad terapéutica y la Reinserción Social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.	La Comunidad terapéutica se relaciona con la reinserción social de varones drogodependientes en el distrito de Comas, Lima 2019.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Dimensiones</th> <th style="text-align: center;">Indicadores</th> <th style="text-align: center;">Ítems</th> <th style="text-align: center;">Escala de Medición</th> <th style="text-align: center;">Niveles o Rangos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Espacios de Residencia</td> <td>Áreas Privadas</td> <td rowspan="3">1,2,3,</td> <td rowspan="3">Ordinal/Likert</td> <td rowspan="3">ALTA MEDIA BAJA</td> </tr> <tr> <td>Áreas Común</td> </tr> <tr> <td>Áreas de Esparcimiento</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Espacios Educativos</td> <td>Sala de Lectura</td> <td rowspan="2">4,5,6,</td> <td rowspan="2">1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo</td> <td rowspan="2">ALTA MEDIA BAJA</td> </tr> <tr> <td>Talleres</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Espacios de Salud</td> <td>Sala de Usos Múltiples</td> <td rowspan="3">7,8,9,</td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Tratamiento de Salud</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento Terapéuticos</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tratamiento ambulatorio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Niveles o Rangos	Espacios de Residencia	Áreas Privadas	1,2,3,	Ordinal/Likert	ALTA MEDIA BAJA	Áreas Común	Áreas de Esparcimiento	Espacios Educativos	Sala de Lectura	4,5,6,	1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo	ALTA MEDIA BAJA	Talleres	Espacios de Salud	Sala de Usos Múltiples	7,8,9,			Tratamiento de Salud	Tratamiento Terapéuticos		Tratamiento ambulatorio			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Niveles o Rangos																													
Espacios de Residencia	Áreas Privadas	1,2,3,	Ordinal/Likert	ALTA MEDIA BAJA																													
	Áreas Común																																
	Áreas de Esparcimiento																																
Espacios Educativos	Sala de Lectura	4,5,6,	1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo	ALTA MEDIA BAJA																													
	Talleres																																
Espacios de Salud	Sala de Usos Múltiples	7,8,9,																															
	Tratamiento de Salud																																
	Tratamiento Terapéuticos																																
	Tratamiento ambulatorio																																
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre los Espacios de Residencia y la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019? ¿Cuál es la relación entre los Espacios Educativos y la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019? ¿Cuál es la relación entre los Espacios de Salud y las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación que existe entre los Espacios de Residencia y la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019. Determinar la relación que existe entre los Espacios Educativos y la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019. Determinar la relación que existe entre los Espacios de Salud y las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> Los Espacios de Residencia se relacionan con la Red de Apoyo Social en el distrito de Comas, Lima 2019. Los Espacios Educativos se relacionan con la Inserción Socio Laboral en el distrito de Comas, Lima 2019. Los Espacios de Salud se relacionan con las Terapias Cognitivas-Conductuales en el distrito de Comas, Lima 2019. 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Dimensiones</th> <th style="text-align: center;">Indicadores</th> <th style="text-align: center;">Ítems</th> <th style="text-align: center;">Escala de Valores</th> <th style="text-align: center;">Niveles o Rangos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Red de Apoyo Social</td> <td>Familia</td> <td rowspan="3">10,11,12</td> <td rowspan="3">Ordinal/Likert</td> <td rowspan="3">ALTA MEDIA BAJA</td> </tr> <tr> <td>Amigos</td> </tr> <tr> <td>Servicio Profesional de Apoyo</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Inserción Socio Laboral</td> <td>Formación</td> <td rowspan="3">13,14,15</td> <td rowspan="3">1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo</td> <td rowspan="3">ALTA MEDIA BAJA</td> </tr> <tr> <td>Orientación</td> </tr> <tr> <td>Empleabilidad</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Terapias Cognitivas-conductuales</td> <td>Autocontrol</td> <td rowspan="2">16,17,18</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Toma de Decisiones</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Afrontamiento de emociones</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Valores	Niveles o Rangos	Red de Apoyo Social	Familia	10,11,12	Ordinal/Likert	ALTA MEDIA BAJA	Amigos	Servicio Profesional de Apoyo	Inserción Socio Laboral	Formación	13,14,15	1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo	ALTA MEDIA BAJA	Orientación	Empleabilidad	Terapias Cognitivas-conductuales	Autocontrol	16,17,18			Toma de Decisiones		Afrontamiento de emociones			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Valores	Niveles o Rangos																													
Red de Apoyo Social	Familia	10,11,12	Ordinal/Likert	ALTA MEDIA BAJA																													
	Amigos																																
	Servicio Profesional de Apoyo																																
Inserción Socio Laboral	Formación	13,14,15	1= Totalmente en Desacuerdo 2= En Desacuerdo 3= Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo 4= De Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo	ALTA MEDIA BAJA																													
	Orientación																																
	Empleabilidad																																
Terapias Cognitivas-conductuales	Autocontrol	16,17,18																															
	Toma de Decisiones																																
	Afrontamiento de emociones																																
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Variable 2: Reinserción Social																														

INTRODUCCIÓN

El objetivo del Proyecto de Investigación es determinar la relación entre la Comunidad Terapéutica y la reinserción social de varones drogodependientes, en este sentido se pide su valiosa colaboración de la manera más objetiva posible para cada una de las preguntas, marcando una "X". Agradecemos anticipadamente su colaboración y garantizamos la confidencialidad de los datos.

CUESTIONARIO

VARIABLE INDEPENDIENTE		Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	Las áreas privadas (habitaciones, servicios higiénicos) que aprovechan la luz y ventilación contribuyen a la calidad del servicio de la Residencia.					
2	Las áreas comunes (salas, comedor) son espacios amplios y necesarios para el confort de la Residencia.					
3	Las áreas de esparcimiento (área deportiva y jardines) son espacios indispensables para el desarrollo de actividades al aire libre.					
4	La sala de lectura es un espacio que integra a los usuarios.					
5	Los talleres con espacios abiertos (al aire libre) fomentan el desarrollo de habilidades.					
6	La sala de usos múltiples bien iluminado y distribuido resalta la calidad del diseño de espacios.					
7	Los espacios de tratamientos de salud son diseñados de acuerdo a la necesidad de los usuarios.					
8	Los tratamientos terapéuticos en espacios amplios e iluminados generan el confort necesario.					
9	Los espacios de tratamiento ambulatorio son confortables.					
VARIABLE DEPENDIENTE		Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
10	La familia es el apoyo más importante.					
11	Los amigos son el apoyo social para la reinserción.					
12	Los servicios profesionales de apoyo contribuyen a la reinserción en la sociedad.					
13	La formación es necesaria para desenvolverse en el ámbito laboral.					
14	La orientación de expertos ayuda al desenvolvimiento laboral.					
15	La actitud es necesaria para insertarse en un empleo laboral.					
16	El autocontrol es necesario para desarrollarse en situaciones que se presente.					
17	Las terapias ayudan a una buena toma de decisiones.					
18	Afrontar los estados emocionales con la ayuda de un psicólogo y terapias ayuda a la mejora en la reinserción.					

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Nº	DIMENSIONES / ítems ESPACIOS DE RESIDENCIA	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Las áreas privadas (habitaciones, servicios higiénicos) que aprovechan la luz y ventilación contribuye a la calidad del servicio de la Residencia.	✓		✓		✓		
2	Las áreas comunes (salas, comedor) son espacios amplios y necesarios para el confort de la Residencia.	✓		✓		✓		
3	Las áreas de esparcimiento (área deportiva y jardines) son espacios indispensables para el desarrollo de actividades al aire libre.	✓		✓		✓		
	ESPACIOS EDUCATIVOS							
4	La sala de lectura es un espacio que integra a los usuarios.	✓		✓		✓		
5	Los talleres con espacios abiertos (al aire libre) fomentan el desarrollo de habilidades	✓		✓		✓		
6	Las salas de usos múltiples bien iluminados y distribuidos resaltan la calidad del diseño de espacios.	✓		✓		✓		
	ESPACIOS SALUD							
7	Los espacios de tratamientos de salud son diseñados de acuerdo a la necesidad de los usuarios.	✓		✓		✓		
8	Los tratamientos terapéuticos en espacios amplios e iluminados generan el confort necesario.	✓		✓		✓		
9	Los espacios de tratamiento ambulatorio son confortables.	✓		✓		✓		
	Observaciones (precisar si hay suficiencia): <u>SI</u>							

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable Aplicable después de corregir No aplicable de... de... de... del 2018

Apellidos y nombre s del juez evaluador: ESPINOZA V.PAL JUAN JOSE DNI: 08518979

Especialidad del evaluador: ANALISTAS URBANISTAS

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE DEPENDIENTE: REINSERCIÓN SOCIAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	RED DE APOYO SOCIAL							
10	La familia es el apoyo más importante.	✓						
11	Los amigos son el apoyo social para la reinserción.	✓		✓		✓		
12	Los servicios profesionales de apoyo contribuyen a la reinserción en la sociedad.	✓		✓		✓		
	INSERCIÓN SOCIO LABORAL							
13	La formación es necesaria para desenvolverse en el ámbito laboral.	✓		✓		✓		
14	La orientación de expertos ayuda al desenvolvimiento laboral.	✓		✓		✓		
15	La actitud es necesaria para insertarse en un empleo laboral.	✓		✓		✓		
	TERAPIAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES							
16	El autocontrol es necesario para desarrollarse en situaciones que se presente.	✓		✓		✓		
17	Las terapias ayudan a una buena toma de decisiones.	✓		✓		✓		
18	Afrontar los estados emocionales con la ayuda de un psicólogo y terapias ayuda a la mejora en la reinserción.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** [] 09 de 11 del 2018

Apellidos y nombre s del juez evaluador: ESPINOLA VIGOR JUAN JOSE DNI: 08518979

Especialidad del evaluador: ARQUITECTO URBANISTA

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensiones



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE DEPENDIENTE: REINSECCIÓN SOCIAL

N°	DIMENSIONES / items	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	RED DE APOYO SOCIAL							
10	La familia es el apoyo más importante.	✓		✓		✓		
11	Los amigos son el apoyo social para la reinsección.	✓		✓		✓		
12	Los servicios profesionales de apoyo contribuyen a la reinsección en la sociedad.	✓		✓		✓		
	INSECCIÓN SOCIO LABORAL							
13	La formación es necesaria para desenvolverse en el ámbito laboral.	✓		✓		✓		
14	La orientación de expertos ayuda al desenvolvimiento laboral.	✓		✓		✓		
15	La actitud es necesaria para insertarse en un empleo laboral.	✓		✓		✓		
	TERAPIAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES							
16	El autocontrol es necesario para desarrollarse en situaciones que se presente.	✓		✓		✓		
17	Las terapias ayudan a una buena toma de decisiones.	✓		✓		✓		
18	Afrontar los estados emocionales con la ayuda de un psicólogo y terapias ayuda a la mejora en la reinsección.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []
 de noviembre del 2018

Apellidos y nombre s del juez evaluador: UTIA CHIRINOS, Fernanda Hernán DNI: 06.10.2532

Especialidad del evaluador: ARQUITECTURA, ARTE Y FILOSOFÍA

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensiones

F. Cig.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: COMUNIDAD TERAPÉUTICA

ANEXO 9

N°	DIMENSIONES / ítems ESPACIOS DE RESIDENCIA	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Las áreas privadas (habitaciones, servicios higiénicos) que aprovechan la luz y ventilación contribuye a la calidad del servicio de la Residencia.	✓		✓		✓		
2	Las áreas comunes (salas, comedor) son espacios amplios y necesarios para el confort de la Residencia.	✓		✓		✓		
3	Las áreas de esparcimiento (área deportiva y jardines) son espacios indispensables para el desarrollo de actividades al aire libre.	✓		✓		✓		
	ESPACIOS EDUCATIVOS							
4	La sala de lectura es un espacio que integra a los usuarios.	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Los talleres con espacios abiertos (al aire libre) fomentan el desarrollo de habilidades	✓		✓		✓		
6	Las salas de usos múltiples bien iluminados y distribuidos resaltan la calidad del diseño de espacios.	✓		✓		✓		
	ESPACIOS SALUD							
7	Los espacios de tratamientos de salud son diseñados de acuerdo a la necesidad de los usuarios.	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Los tratamientos terapéuticos en espacios amplios e iluminados generan el confort necesario.	✓		✓		✓		
9	Los espacios de tratamiento ambulatorio son confortables.	✓		✓		✓		
	Observaciones (precisar si hay suficiencia): <i>SI</i>							

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

.09...desarrollado del 2018

Apellidos y nombre s del juez evaluador: *COARRA GARRERA, MIGUEL ANTONIO* DNI: *06538096*

Especialidad del evaluador: *ARQUITECTO*

Miguel Coarra

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE DEPENDIENTE: REINSECCIÓN SOCIAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	RED DE APOYO SOCIAL							
10	La familia es el apoyo más importante.	✓	✓	✓		✓		
11	Los amigos son el apoyo social para la reinserción.	✓	✓	✓		✓		
12	Los servicios profesionales de apoyo contribuyen a la reinserción en la sociedad.	✓	✓	✓		✓		
	INSERCIÓN SOCIO LABORAL							
13	La formación es necesaria para desenvolverse en el ámbito laboral.	Si	No	Si	No	Si	No	
14	La orientación de expertos ayuda al desenvolvimiento laboral.	✓	✓	✓		✓		
15	La actitud es necesaria para insertarse en un empleo laboral.	✓	✓	✓		✓		
	TERAPIAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES							
16	El autocontrol es necesario para desarrollarse en situaciones que se presente.	Si	No	Si	No	Si	No	
17	Las terapias ayudan a una buena toma de decisiones.	✓	✓	✓		✓		
18	Afrontar los estados emocionales con la ayuda de un psicólogo y terapias ayuda a la mejora en la reinserción.	✓	✓	✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): si

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [✓]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []** 09...de ABRIL del 2018

Apellidos y nombre s del juez evaluador: COONEJO GUEA, FERRER, MIGUEL ANTONIO..... DNI: 06538026

Especialidad del evaluador: Psicólogo.....


¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensiones

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 1: COMUNIDAD TERAPÉUTICA									
N	ESPACIOS DE RESIDENCIA			ESPACIOS DE EDUCACIÓN			ESPACIOS DE SALUD		
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	3	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	4	4	3	4	4	3	4
5	4	3	4	4	3	4	4	3	4
6	4	5	4	4	4	4	4	4	4
7	4	3	4	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	4	3	4	4	3	4	4	3	4
10	4	5	4	4	3	4	4	3	4
11	4	5	4	4	5	4	4	5	4
12	4	4	4	4	5	4	4	5	4
13	4	3	4	4	5	4	4	5	4
14	4	3	4	4	4	4	4	4	4
15	5	4	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	4	5	5	4	5	5	4	5
18	5	4	5	5	5	5	5	5	5
19	5	4	5	5	4	5	5	4	5
20	5	3	5	5	4	5	5	4	5
21	5	4	5	5	4	5	5	4	5
22	4	3	4	4	3	4	4	3	4
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4
24	4	5	4	4	4	4	4	4	4
25	4	5	4	4	2	4	4	2	4
26	4	4	4	4	5	4	4	5	4
27	4	3	4	5	4	4	5	4	4
28	4	2	4	5	4	4	5	4	4
29	4	3	4	5	3	4	5	3	4
30	5	4	5	5	3	5	5	3	5
31	5	3	5	5	4	5	5	4	5
32	5	4	5	5	4	5	5	4	5
33	5	5	5	5	3	5	5	3	5

34	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	5	5	5	5	4	5	5	4	5
36	5	3	5	5	2	5	5	2	5
37	5	5	5	5	4	5	5	4	5
38	5	4	5	5	4	5	5	4	5
39	5	3	5	5	3	5	5	3	5
40	5	3	5	5	4	5	5	4	5
41	5	4	5	5	3	5	5	3	5
42	5	5	5	5	4	5	5	4	5
43	5	5	5	5	4	5	5	4	5
44	5	4	5	5	3	5	5	3	5
45	5	4	5	5	4	5	5	4	5
46	5	4	5	5	4	5	5	4	5
47	5	5	5	5	4	5	5	4	5
48	5	3	5	5	4	5	5	4	5
49	5	3	5	5	3	5	5	3	5
50	5	3	5	5	3	5	5	3	5
51	5	5	5	5	4	5	5	4	5
52	5	5	5	5	4	5	5	4	5
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5
54	5	3	5	5	2	5	5	2	5
55	5	5	5	5	4	5	5	4	5
56	4	5	4	4	4	4	4	4	4
57	4	3	4	4	4	4	4	4	4
58	4	5	4	4	3	4	4	3	4
59	4	5	4	4	4	4	4	4	4
60	5	5	5	5	4	5	5	4	5
61	5	5	5	5	4	5	5	4	5
62	5	5	5	5	3	5	5	3	5
63	5	4	5	5	4	5	5	4	5
64	5	2	5	5	3	5	5	3	5
65	5	5	5	5	3	5	5	3	5
66	5	5	5	5	4	5	5	4	5
67	5	4	5	5	2	5	5	2	5
68	4	5	4	4	3	4	4	3	4
69	4	5	4	4	3	4	4	3	4

70	3	3	3	3	5	5	3	5	5
71	5	3	5	5	5	5	5	5	5
72	4	3	4	4	4	4	4	4	4
73	3	5	3	3	3	3	3	3	3
74	3	5	3	3	4	3	3	4	3
75	4	3	4	4	3	4	4	3	4
76	4	4	4	4	5	4	4	5	4
77	3	5	3	3	3	3	3	3	3
78	4	3	4	4	5	4	4	5	4
79	3	5	3	3	2	3	3	2	3
80	5	5	5	5	3	5	5	3	5
81	5	4	5	5	4	5	5	4	5
82	4	3	4	4	5	4	4	5	4
83	4	3	4	4	3	4	4	3	4
84	1	3	1	4	5	5	4	5	5
85	4	5	4	4	4	4	4	4	4
86	3	4	3	3	5	3	3	5	3
87	3	3	3	3	3	3	3	3	3
88	4	5	4	4	5	4	4	5	4
89	4	5	4	4	4	4	4	4	4
90	5	5	5	5	5	5	5	5	5
91	3	3	3	3	5	5	3	5	5
92	4	3	4	4	4	4	4	4	4
93	4	4	4	4	4	4	4	4	4
94	4	3	4	4	4	4	4	4	4
95	3	4	3	3	3	3	3	3	3
96	4	3	4	4	4	4	4	4	4

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 2: REINSERCIÓN SOCIAL									
N	RED DE APOYO SOCIAL			INSERCIÓN SOCIOLABORAL			TERAPIAS COGNITIVAS - CONDUCTUALES		
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	3	4	4	4	4
4	4	3	4	4	3	4	4	3	4
5	4	3	4	4	3	4	4	3	4
6	4	4	4	4	5	4	4	4	4
7	4	4	4	4	3	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	4	3	4	4	3	4	4	3	4
10	4	3	4	4	5	4	4	3	4
11	4	5	4	4	5	4	4	5	4
12	4	5	4	4	4	4	4	5	4
13	4	5	4	4	3	4	4	5	4
14	4	4	4	4	3	4	4	4	4
15	5	5	5	5	4	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	4	5	5	4	5	5	4	5
18	5	5	5	5	4	5	5	5	5
19	5	4	5	5	4	5	5	4	5
20	5	4	5	5	3	5	5	4	5
21	5	4	5	5	4	5	5	4	5
22	4	3	4	4	3	4	4	3	4
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4
24	4	4	4	4	5	4	4	4	4
25	4	2	4	4	5	4	4	2	4
26	4	5	4	4	4	4	4	5	4
27	5	4	4	4	3	4	5	4	4
28	5	4	4	4	2	4	5	4	4
29	5	3	4	4	3	4	5	3	4

30	5	3	5	5	4	5	5	3	5
31	5	4	5	5	3	5	5	4	5
32	5	4	5	5	4	5	5	4	5
33	5	3	5	5	5	5	5	3	5
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	5	4	5	5	5	5	5	4	5
36	5	4	5	5	3	5	5	4	5
37	5	4	5	5	5	5	5	4	5
38	5	4	5	5	4	5	5	4	5
39	5	4	5	5	3	5	5	4	5
40	5	4	5	5	3	5	5	4	5
41	5	4	5	5	4	5	5	4	5
42	5	4	5	5	5	5	5	4	5
43	5	4	5	5	5	5	5	4	5
44	5	3	5	5	4	5	5	3	5
45	5	4	5	5	4	5	5	4	5
46	5	4	5	5	4	5	5	4	5
47	5	4	5	5	5	5	5	4	5
48	5	4	5	5	3	5	5	4	5
49	5	3	5	5	3	5	5	3	5
50	5	3	5	5	3	5	5	3	5
51	5	4	5	5	5	5	5	4	5
52	5	4	5	5	5	5	5	4	5
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5
54	5	4	5	5	3	5	5	4	5
55	5	4	5	5	5	5	5	4	5
56	4	4	4	4	5	4	4	4	4
57	4	4	4	4	3	4	4	4	4
58	4	5	4	4	5	4	4	5	4
59	4	4	4	4	5	4	4	4	4
60	5	4	5	5	5	5	5	4	5
61	5	4	5	5	5	5	5	4	5
62	5	3	5	5	5	5	5	3	5
63	5	2	5	5	4	5	5	2	5

64	5	3	5	5	2	5	5	3	5
65	5	3	5	5	5	5	5	3	5
66	5	5	5	5	5	5	5	5	5
67	5	2	5	5	4	5	5	2	5
68	4	3	4	4	5	4	4	3	4
69	4	3	4	4	5	4	4	3	4
70	3	5	3	3	3	3	3	5	3
71	5	5	5	5	3	5	5	5	5
72	4	4	4	4	3	4	4	4	4
73	3	3	3	3	5	3	3	3	3
74	3	4	3	3	5	3	3	4	3
75	4	3	4	4	3	4	4	3	4
76	4	2	4	4	4	4	4	2	4
77	3	3	3	3	5	3	3	3	3
78	4	5	4	4	3	4	4	5	4
79	3	5	3	3	5	3	3	5	3
80	5	3	5	5	5	5	5	3	5
81	5	4	5	5	4	5	5	4	5
82	4	5	4	4	3	4	4	5	4
83	4	3	4	4	3	4	4	3	4
84	5	3	5	1	3	1	5	3	5
85	4	4	4	4	5	4	4	4	4
86	3	5	3	3	4	3	3	5	3
87	3	3	3	3	3	3	3	3	3
88	4	5	4	4	5	4	4	5	4
89	4	4	4	4	5	4	4	4	4
90	5	5	5	5	5	5	5	5	5
91	3	2	3	3	3	3	3	2	3
92	4	4	4	4	3	4	4	4	4
93	4	4	4	4	4	4	4	4	4
94	4	4	4	4	3	4	4	4	4
95	3	3	3	3	4	3	3	3	3
96	4	4	4	4	3	4	4	4	4

ANEXO 12. MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA PROPUESTA

1.1. Antecedentes de la Propuesta Urbana Arquitectónica

1.1.1. Concepción de la Propuesta Urbano Arquitectónica

Comas tiene una población de jóvenes mayores de edad con adicciones a sustancias psicoactivas, drogas sociales como el alcohol y cigarros. Según el informe de Devida que se realizó en Comas, existen 16 puntos en donde se ven afectados por las drogas.

El consumo de sustancias alcohólicas ocupa el tercer lugar como problemática del distrito que predomina el género masculino, que empieza desde los 10 años hasta los 25 aprox. Sin embargo, existen Comunidades Terapéuticas que la Municipalidad de Comas ha empezado a inspeccionar con el fin de acabar con la informalidad y el maltrato a los pacientes; la mayoría de estos centros no cumplen con las medidas de seguridad necesarias.

En el distrito de Comas existen Comunidades Terapéuticas informales que han sido clausurados por la Municipalidad del Distrito, los escasos de profesionales e infraestructuras y permisos municipales, hace que solo el 1% se haya formalizado. (García, 2014).

Menciona Yuri Cutipé, Director Ejecutivo de Salud Mental que en estos centros de rehabilitación son viviendas donde se albergan 80 internos, aparte de una mala infraestructura tiene un mal funcionamiento e incumplen la ley en muchos puntos, por lo tanto, son intervenidos por la Subgerencia de Control Ciudadano, la PNP y Serenazgo de Comas.

Por lo tanto, se debe implementar una Comunidad Terapéutica en la cual se brinde los ambientes necesarios para la ayuda correspondiente a los ciudadanos que necesiten restablecerse con esta enfermedad y así poder lograr una reinserción y ser útil para la sociedad.

1.1.2. Objetivos de la Propuesta Urbano Arquitectónica

1.1.2.1. Objetivo General

- El objetivo es diseñar una Comunidad Terapéutica que se ubicará en el distrito de Comas, esto implica crear espacios funcionales para un encuentro mutuo y apoyo de los pacientes con los médicos profesionales.

1.1.2.2. Objetivos específicos

- Diseñar espacios que permitan el confort necesario para que los usuarios aprendan en los talleres lo mejor para su reinserción sociolaboral.
- Crear espacios abiertos para interconectar todas las zonas de la comunidad propagando vínculos entre los pacientes.
- Generar con el diseño esa relación que se necesita del objeto arquitectónico con el entorno para la reinserción del paciente en la sociedad.

1.1.3. Aspectos Generales

1.1.3.1. Ubicación

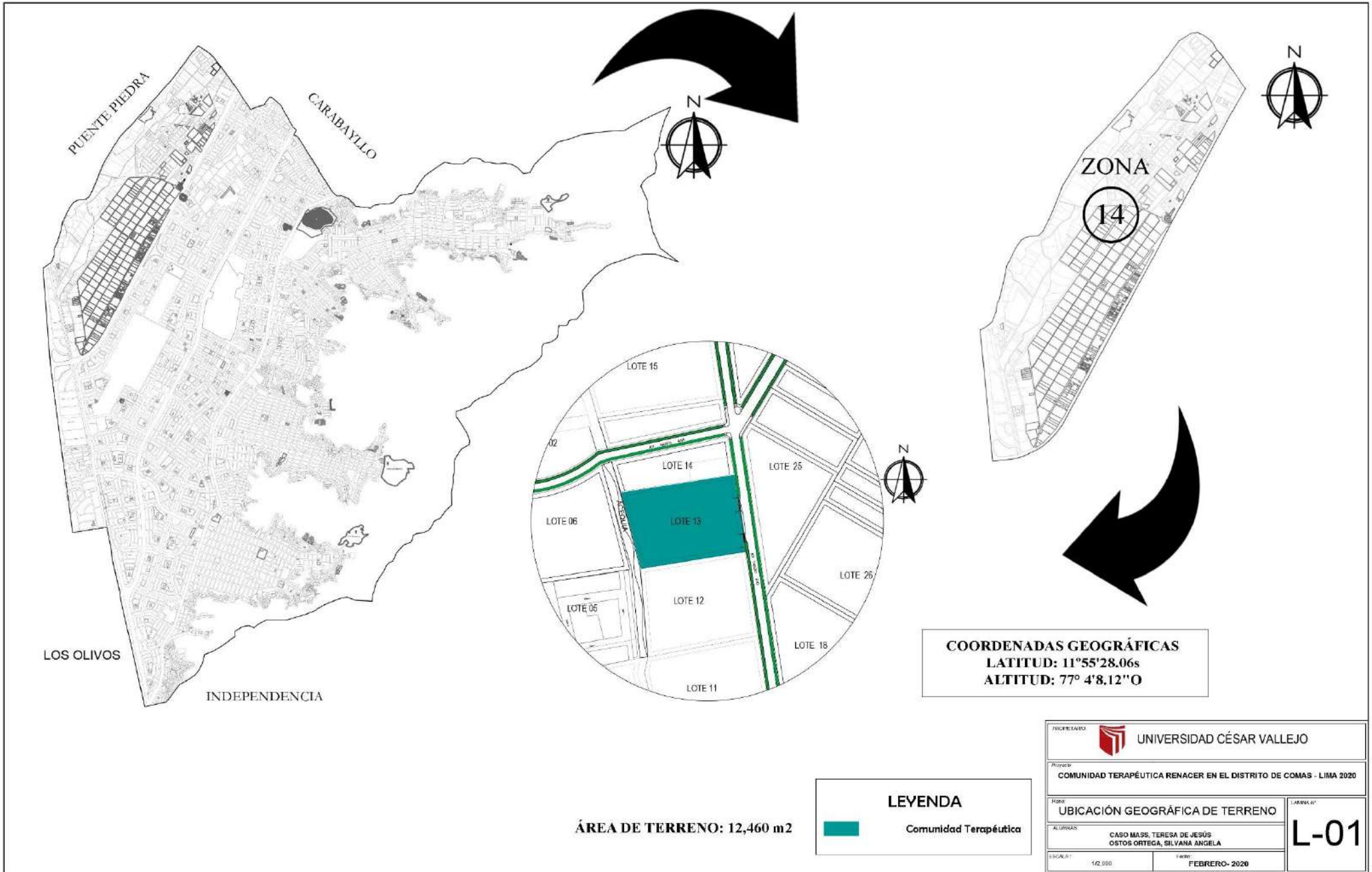
El terreno se encuentra ubicado en el distrito de Comas, específicamente en la zona 14, cruce de la avenida Tambo Rio y Av. Santa Ana.

El terreno posee una forma de polígono irregular, con un área de 12 460.45 m² según levantamiento topográfico y un perímetro de 454.54 ml.

Tabla 33. *Datos del Terreno*

Terreno	
Área	12 460.45 m ²
Perímetro	454.541

Elaboración: Propia



COORDENADAS GEOGRÁFICAS
LATITUD: 11°55'28.06s
ALTITUD: 77° 4'8.12''O

LEYENDA

Comunidad Terapéutica

ÁREA DE TERRENO: 12,460 m²

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Título: UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE TERRENO	
Alumnos: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	L-01
Escala: 1/2.000	Fecha: FEBRERO-2020

- **Áreas y Linderos (Utilizar información oficial IGN/ICL, etc.)**

- ✓ **Linderos**

El terreno de objeto arquitectico está colindando con las siguientes avenidas equipamientos:

Por el lado Norte: Vivienda taller

Por el lado Sur: Industria

Por el lado Este: Av. Tambo Rio

Por el lado Oeste: Glad Cerv Gazd Multiple Service E.I.R.L. y J Y J Transporte

El Terreno tiene las áreas que continuación se las detallaremos:

Por el lado Norte: 137,95 ml —————

Por el lado Sur: 128,18 ml —————

Por el lado Este: 92,00 ml —————

Por el lado Oeste: 93,58 ml —————



Figura 71. Plano Base - Linderos



ÁREA: 12,460 m²
 PERÍMETRO: 454.54 ml

LEYENDA

 Terreno

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
TÍTULO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENAGER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PLAN: LÁMINA - ÁREA DE TERRENO	
FECHA: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: 1/2.000	FECHA: FEBRERO - 2020
L-02	

1.1.3.2. Características del Área de Estudio

- **Aspecto Climático**

En el distrito de Comas presenta un clima subtropical árido, aunque sabemos que por cada estación varía su comportamiento, la temperatura anual es de 22.1 C° y en épocas de verano con una temperatura de 26 C° y en épocas de inviernos alrededor de 11°C constantemente nublado, así mismo el terreno tiene orientación de vientos sureste a noreste, estos datos nos permitirán tener una comprensión clara al diseñar.

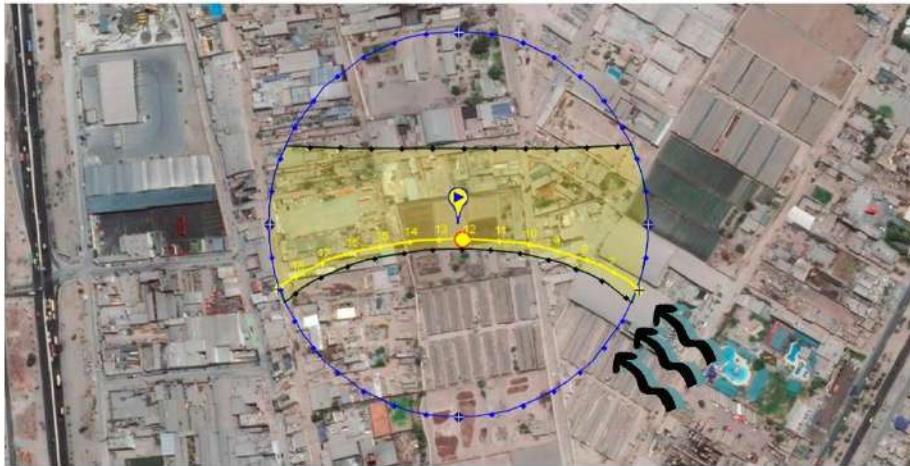
- **Referencias Geotécnicas**

El CIMID nos muestra 5 zonas definidas de lugares vulnerables del distrito de Comas, donde se encuentran las características geotécnicas diferenciadas, como la capacidad portante, las cuales permite “elegir las dimensiones adecuadas de las cimentaciones, así como algunos procesos constructivos para excavaciones. Su buen uso y difusión al interior de los municipios podría repercutir en la reducción del número de accidentes de obra por deslizamientos de taludes” (Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, 2011).

El terreno se encuentra ubicado en la zona I (Apta para construir) sabiendo que el tipo de suelo es de arcillas y limos con su capacidad portante de 2.0 kg/cm², tiene afloramientos rocosos, estratos de grava que conforman los conos de deyección de los ríos Rímac y Chillón y los estratos de grava coluvial - eluvial de los pies de las laderas.

ASPECTO CLIMÁTICO

RECORRIDO SOLAR



RAYOS SOLARES



CARTA SOLAR

Fecha: 25 de ENE

Datos del Lugar:
 Latitud: 11 ° N
 Longitud: 77 ° O

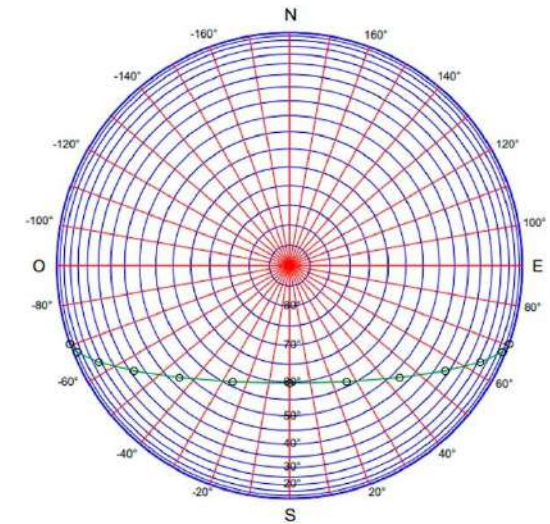
Hora SOLAR de
 Salida del Sol: 6:15
 Puesta del Sol: 17:44
 Durac. del día: 11 h 28 m

Hora Oficial:
 hora solar + 0 hs 20 min

COORDENADAS SOLARES

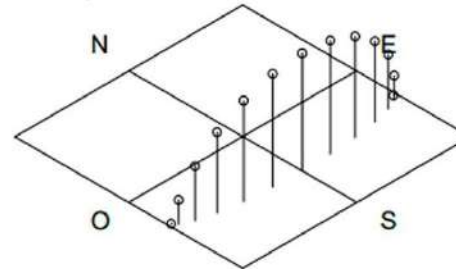
Declinación: -19.264 °

Hora	ws	Altitud	Azimut
6:15	086	00.00	070.4
07	075	10.19	067.9
08	060	23.60	063.1
09	045	36.32	055.9
10	030	47.69	044.5
11	015	56.32	026.1
12	000	59.74	000.0
13	-015	56.32	-026.1
14	-030	47.69	-044.5
15	-045	36.32	-055.9
16	-060	23.60	-063.1
17	-075	10.19	-067.9
17:44	-086	00.00	-070.4



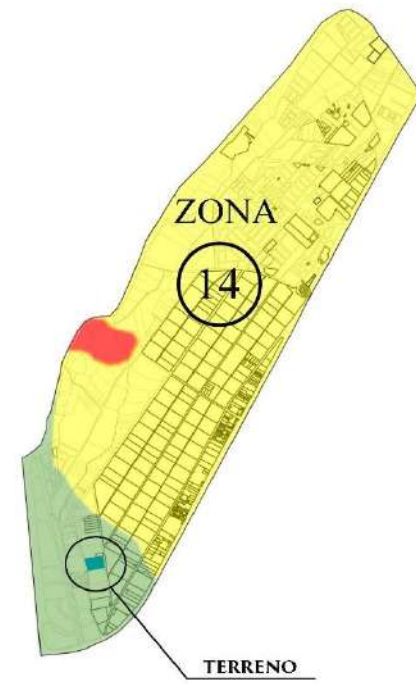
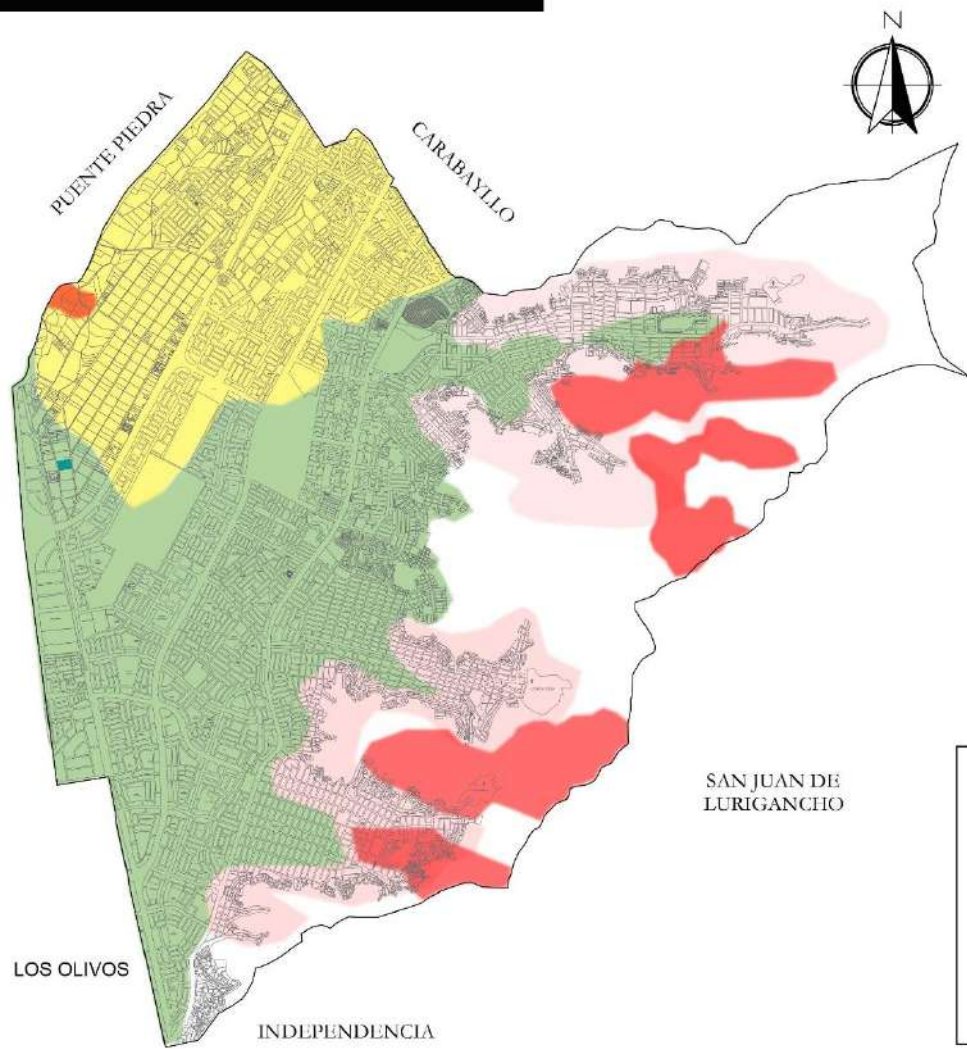
Nuestro Terreno presenta la orientación de vientos de Sureste a Noroeste, la cual aprovecharemos para el diseño de nuestros ambientes, así mismo ubicamos con los datos del recorrido solar de la siguiente manera:

Día :25/01/2019
 Tiempo: 12:15
 Elevación: 82.89°
 Azimuth: 169.24°



 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Fase: LÁMINA DE ASPECTO CLIMÁTICO	LÁMINA N.º: L-03
ALUMNO: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: 1/2,000	Fecha: FEBRERO - 2020

REFERENCIA GEOTÉCNICA



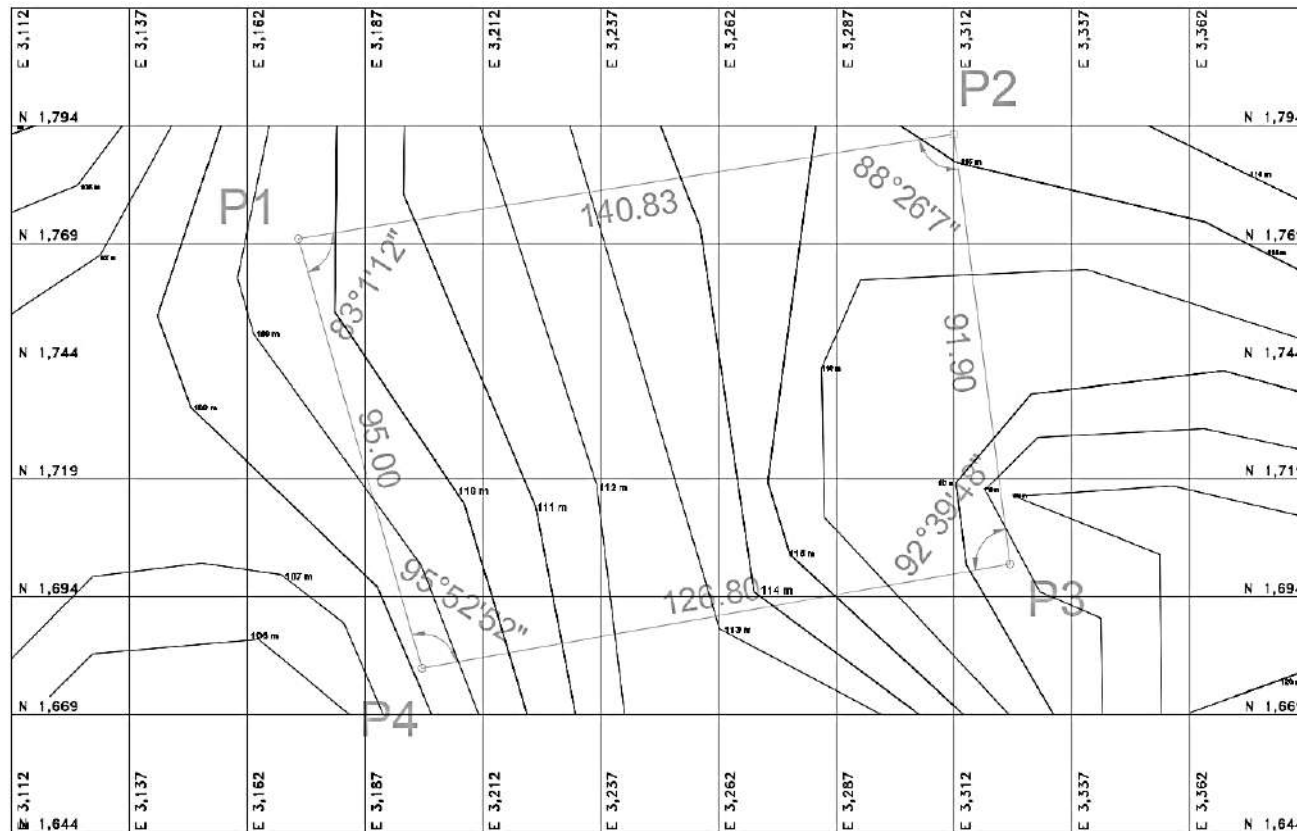
El CISMID nos indica que Comas no es uno de los distritos vulnerables aunque presenta el 22% de viviendas en riesgo de colapsar sin embargo según el mapa de suelo de Lima ubicamos al distrito que presenta una variedad de suelos, pero la zona 14 en donde pertenece nuestro terreno se localiza en la ZONA I y ZONA II que es apta para construir porque posee un suelo más firme y resistente y una mínima parte de en las laderas del río que es Zona de alto riesgo.

LEYENDA	
	Terreno
	ZONA I (Apta para construir) Este suelo posee afloramientos rocosos, estratos de grava que conforman los conos de deyección de los ríos Rimac y Chillón y los estratos de grava coluvial-eluvial de los pies de las laderas.
	ZONA II (Apta para construir) Terreno conformado por un estrato superficial de los suelos granulares finos y suelos arcillosos.
	ZONA III (Suelo no recomendable. Se necesita una construcción especial) Conformada en su mayor parte por depósitos de suelos finos y arenas de gran espesor.
	ZONA IV (Suelo no recomendable. Los muros y columnas deben ser más fuertes) Terreno con depósitos de arenas eólicas de gran espesor y sueltas.
	ZONA V (No apta para vivir) Conformada por depósitos de rellenos sueltos de desmontes heterogéneos que han sido colocados en depresiones naturales o excavaciones realizadas en el pasado.
	ZONA DE ALTO RIESGO Suelo de arena o relleno.

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Distrito: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Tema: REFERENCIA GEOTÉCNICA	
Autores: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
Escala: 1/50,000	Fecha: FEBRERO - 2020

L-04

CONDICIONANTES DEL TERRENO:



El terreno se encuentra ubicado en la zona 14 del distrito de Comas.

El terreno es un polígono irregular y presenta los siguientes ángulos:

P1: 83°1'12"

P2: 88°26'7"

P3: 92°39'48"

P4: 95°52'52"

Topografía:

Presenta una topografía inclinada, desde su punto más bajo hasta el punto más alto.

LEVANTAMIENTO FOTOGRÁFICO (DENTRO Y ENTORNO):



- **Servicios Básicos**

El terreno elegido, cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y energía eléctrica y sus alrededores también.

VER EN LA LAMINA 05 SERVICIOS BASICOS -AGUA

VER EN LA LAMINA 06 SERVICIOS BASICOS -DESAGUE

VER EN LA LAMINA 07 SERVICIOS BASICOS -ELECTRICO



LEYENDA

- Terreno
- Red de Desague
- Direccion de la corriente del tubo

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PLAN: SERVICIOS BÁSICOS - DESAGÜE	LÍNEA N°:
ALTERNATIVAS: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: 1/5,000	FECHA: FEBRERO - 2020
L-06	



ESCUELA DE AVIACION CIVIL DEL PERU
COLLIQUE

LEYENDA

- Terreno
- Red de Energia
- Transformador Electrico

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Plan: SERVICIOS BÁSICOS - ELÉCTRICO	LÁMINA N°:
AUTORES: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: 1/5.000	FECHA: FEBRERO - 2020
L-07	

1.1.3.3. Análisis del entorno

- **Zonificación**

La zona 14 cuenta con una zonificación, donde indica la nueva propuesta aceptada en el 2016 por la Municipalidad Metropolitana de Lima, a continuación, se presenta la Ordenanza N° 2021 Que aprueba la complementación del estudio de Planeamiento Integral del Sector Chacra Cerro Alto y Bajo – Distrito de Comas – Zona de Reglamentación Especial.



MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA
ALCALDÍA

ORDENANZA N° 2021

EL ALCALDE METROPOLITANO DE LIMA;

POR CUANTO

EL CONCEJO METROPOLITANO DE LIMA

Visto en Sesión Ordinaria de Concejo, de fecha 22 de diciembre de 2016, el Dictamen N° 99-MML-CMDUVN de la Comisión Metropolitana de Desarrollo Urbano Vivienda y Nomenclatura:

Aprobó la siguiente:

ORDENANZA

QUE APRUEBA LA COMPLEMENTACIÓN DEL ESTUDIO DE PLANEAMIENTO INTEGRAL DEL SECTOR CHACRA CERRO ALTO Y BAJO – DISTRITO DE COMAS – ZONA DE REGLAMENTACIÓN ESPECIAL

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el Estudio denominado "Complementación del Estudio de Planeamiento Integral del Sector Chacra Cerro Alto y Bajo – Distrito de Comas – Zona de Reglamentación Especial", según los volúmenes I, II y III, que forman parte de la presente Ordenanza.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Aprobar la propuesta de Zonificación contenida en este estudio, conformada por el Plano de Zonificación de los Usos del Sector Chacra cerro Alto y Bajo - Anexo N° 1, las Normas Especiales de Zonificación -Anexo N° 2, las Especificaciones Normativas - Anexo N° 3 y el Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas - Anexo N° 4.

ARTÍCULO TERCERO.- Modificar los Planos del Sistema Vial Metropolitano - Anexo N° 5, la Aprobación de las secciones viales normativas del Sistema Vial Metropolitano - Anexo N° 6, del Plano de Derechos de Vía - Anexo N° 7 y las Disposiciones Reglamentarias Complementarias para la Gestión de la Vialidad - Anexo N° 8.

ARTÍCULO CUARTO.- Disponer que los Anexos que forman parte integrante de la presente Ordenanza, deberán ser publicados en el portal electrónico (www.munlima.gob.pe).

ARTÍCULO QUINTO.- Disponer que el Instituto Metropolitano de Planificación de la Municipalidad Metropolitana de Lima, efectúe las modificaciones del Plano de Zonificación de los Usos del Suelo, del Plano del Sistema Vial Metropolitano y de las Secciones Viales Normativas, de acuerdo con las modificaciones aprobadas en los artículos precedentes que correspondan.

ARTÍCULO SEXTO.- Señalar que los predios que se encuentran en blanco en el plano de Zonificación de los Usos de Suelo de la Zona de Reglamentación Especial del sector Chacra Cerro, quedan pendientes de zonificación hasta la culminación del proceso judicial en que se encuentran inmersos.

POR TANTO,
MANDO SE REGISTRE, PUBLIQUE Y CUMPLA.

Lima, 22 DIC. 2016



MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA

JOSÉ MANUEL VILLALOBOS CAMPANA
SECRETARIO GENERAL DEL CONCEJO

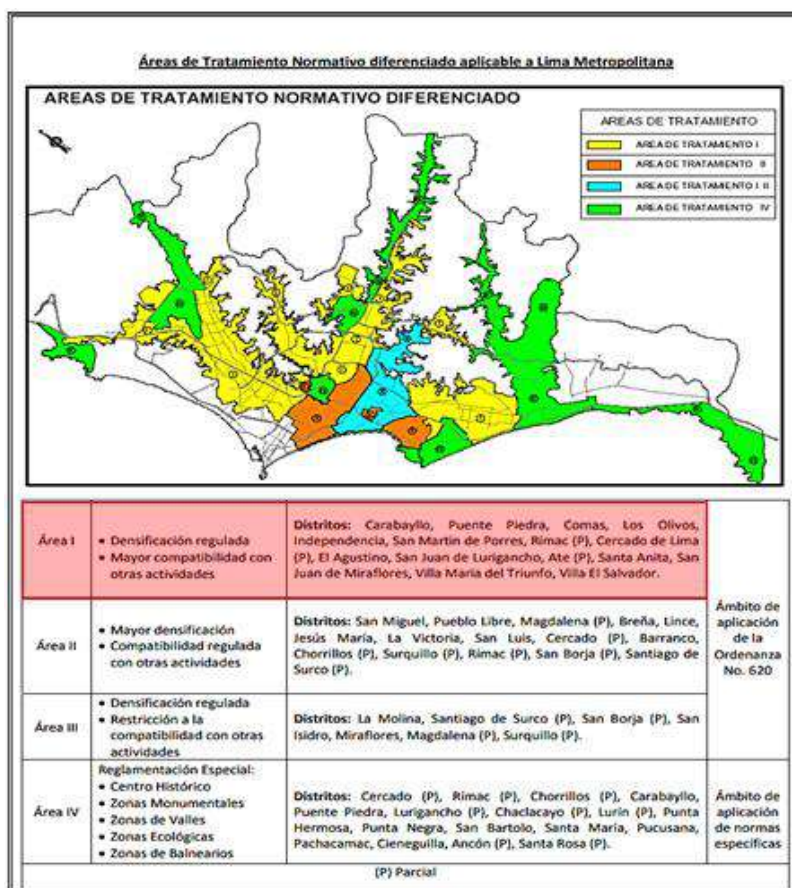


LUIS CASTAÑEDA LOSSIO
ALCALDE DE LIMA

La zona 14 ubicado en el distrito, cuenta con una zonificación especial aprobado con la Ordenanza 2021-29-12-2016.



El distrito de Comas, cuenta con el Área de Tratamiento Normativo I, dado por el Instituto Metropolitano de Planificación.



ÁREA DE TRATAMIENTO NORMATIVO I																
						RDM	RDA	VT	CV	CZ	CM	I-1	I-2	I-3	I-4	
85	3															
85	3	1														
85	3	1	02									X	X			

En el cuadro de Tratamiento Normativo, nos índice la zonificación específica para el equipamiento de Centro de Rehabilitación de personas adictas, dando como resultado Comercio Metropolitano (CM) e Industria Liviana (I-1).

Sin embargo, la zona 14 del distrito de Comas, cuenta con un Índice de Usos para la Ubicación de Actividades Urbanas.

INDICE DE USOS PARA LA UBICACIÓN DE ACTIVIDADES URBANAS													
ZONA DE REGLAMENTACIÓN ESPECIAL ZRE CHACRA CERRO ALTO Y BAJO													
						RDM	RDM-1	RDM-2	CZ	CZ-E	IE-1	IE-2	ZR-E
N	85	3											
N	85	3	1										
N	85	3	1	02									

En la Zonificación de la Zona de Reglamentación Especial ZRE Chacra Cerro Alto y Bajo, se puede observar para poder proyectar el equipamiento, se deberá realizar un estudio, esto será un estudio de impacto ambiental y vial.

CLAVES DEL INDICE DE USOS PARA LA UBICACIÓN DE ACTIVIDADES URBANAS	
<input type="checkbox"/>	Ubicación Conforme
<input type="checkbox"/>	Frente a Vías Expresas, Arteriales, Colectoras o Avenidas.
<input type="checkbox"/>	Actividad a desarrollarse a nivel artesanal y con un máximo de 3 personas ocupadas
<input type="checkbox"/>	Actividades que requieren estudio específico para definir su localización
<input type="checkbox"/>	Solo las existentes, debiendo cumplir con la normativa vigente sobre la materia.

- **Usos de Suelos Actuales**

Nuestro terreno presenta diferentes usos de suelos a su alrededor como industria elemental y complementaria, industria liviana, comercio vecinal, comercio zonal, educación básica, residencia de densidad media, residencia de densidad alta, zona de recreación pública.

Tipos de usos de suelos en el entorno mediano e inmediato:

Entorno Inmediato:

Educación

- ✓ IE. N° 8181 “Héroes del Alto Cenepa”
- ✓ I.E.P “Henri la Fontainer”
- ✓ Colegio Inicial “Mundo Mágico Henri la Fontainer”

Otros Usos

- ✓ Residencia Hogar Geriátrico “Madre Caterina”

Recreación Pública

- ✓ Urb. El Pinar cuenta con 3 parques
- ✓ Parque N° 11
- ✓ Parque Comas 15316

Comercial Zonal

- ✓ Hotel Hacienda del Norte
- ✓ Restaurante picantería turística “Tradiciones Arequipeñas”
- ✓ Restaurante el Rincón del León

USOS DE SUELO ACTUALES

ENTORNO INMEDIATO
ESC 1/10,000



ENTORNO MEDIATO
ESC 1/3000



HOTEL HACIENDA LIMA NORTE



CIUDAD SOL EL RETABLO



RESTAURANTE EL RINCÓN DEL LEÓN

Cabe señalar que la Zona 14 tenía en la zonificación del distrito de Comas como Zona de Reglamentación Especial ZRE, esto es porque los usos no estaba definidos y en disputa , por ello hasta hace 4 años se le designó en la ordenanza N° 2021 una zonificación actualizada es por ello que se analiza los usos de suelos actuales.

LEVENDA	
	Terreno
ZONAS RESIDENCIALES	
	Viviendas
	Multifamiliares
	Talleres
ZONAS COMERCIALES	
	Comercio Vecinal
	Restaurantes y hoteles
ZONAS INDUSTRIALES	
	Industrias pequeñas
	Industria Livianas
ZONAS DE EQUIPAMIENNTOS	
	Colegio
	Parques
	Otros Usos
	Zona Agrícola

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
TÍTULO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PLAN: LÁMINA DE USOS DE SUELO	LÁMINA N°: L-09
AUTORES: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: INDICADA	FECHA: FEBRERO - 2020

ÁREAS VERDES

ENTORNO INMEDIATO
ESC 1/10,000



ENTORNO MEDIATO
ESC 1/3000



En la Zona 14 cuenta con tres parques con una extensión de 27,300.00 m², este dato nos muestra que es una de las zonas con menor áreas verdes, así mismo se observa una carencia en el estado de conservación

ESPECIES DE PLANTAS EXISTENTES

NOMBRE CIENTIFICO: Malvaviscus arboreus NOMBRE COMÚN: Abutilón	
NOMBRE CIENTIFICO: Schinus Molle NOMBRE COMÚN: Molle costeño	
NOMBRE CIENTIFICO: Cereus NOMBRE COMÚN: Cactus	
NOMBRE CIENTIFICO: Musa Basjoo NOMBRE COMÚN: Platanero japonés	
NOMBRE CIENTIFICO: Aloe vera NOMBRE COMÚN: Sábila	
NOMBRE CIENTIFICO: Ficus Benjaminii NOMBRE COMÚN: Ficus verde	

LEYENDA

	Áreas de recreación Pública / Parques
	Terreno

PROYECTO: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
PROYECTO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
TÍTULO: LÁMINA DE TERRENO - ÁREAS VERDES	LÁMINA N°: L-10
AUTORES: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: INDICADA	FECHA: FEBRERO - 2020

- **Aplicación de la Normatividad y Parámetros Urbanísticos**

El distrito de Comas, cuenta con una zona de reglamentación especial dada en la zona 14, bajo la Ordenanza N° 2021 Que aprueba la complementación del estudio de planeamiento integral del sector Chacra Cerro Alto y Bajo – Distrito de Comas – Zona de Reglamentación Especial.

Tabla 34. Zonificación de Reglamentación Especial Sector Chacra Cerro Alto y Bajo

Código	Zona	Usos permitidos	Especificaciones Normativas	Área de lote	Altura máxima	Área libre	Estacionamiento
IE-1	Industria Especial - 1	Industria Elemental, de características limpias, sin contaminación ni peligrosidad. De nivel elemental y complementario. Actividades compatibles establecidas en el Índice de Usos.	<p>El área libre de 50% dentro de cada lote habilitado deberá ser tratada como área verde arborizada. No se permitirá la subdivisión de lotes.</p> <p>La habilitación Urbana deberá considerar el tendido de redes especiales para la evacuación de los residuos industriales los cuales no podrán ser vertidos bajo ningún concepto a la red pública. Se deberá considerar el tratamiento de las aguas residuales antes de ser vertidos a la red.</p> <p>Se deberá dejar un retiro de 5 mts. en todo el perímetro del predio el cual deberá estar arborizado y con tratamiento vegetal compacto que permita la filtración de la contaminación del aire con partículas químicas y de polvo.</p>	2,500 m2	15 mts	50%	De acuerdo a N° de trabajadores

PARAMETROS URBANISTICOS



LEYENDA

- Terreno
- Retiro normativo

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Plan: PARAMETROS URBANISTICOS	LÁMINA N°:
Autores: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	L-11
Escala: 1/1.500	Fecha: FEBRERO - 2020

Perfil Urbano

El perfil urbano de nuestro terreno consta de 2 vías que se encuentran intersecadas entre sí, a continuación, detallaremos las vías que permiten un fácil acceso a nuestro terreno.

✓ **Vía Gerardo Unger**

Aunque esta vía está ubicada por el lado posterior del terreno, es una de nuestras vías principales cercanas, además es continuación de la AV. Metropolitana que es una de nuestras vías arteriales y por supuesto importantes del distrito.

✓ **Vía Tambo Río**

Esta vía nos brinda fácil acceso a nuestro equipamiento, está ubicado en la fachada, es una vía colectora, además cuenta 2 carriles, vía principal y porque es una zona industrial es obligatorio tener un colchón de árboles en el retiro de predios.

✓ **Vía Chacra Cerro**

Es una vía principal paralela a la Av. Santa Ana, y perpendicular a la Av. Tambo Río, esta brinda un rápido y fácil acceso a la autopista Chillón Trapiche que es una vía expresa en el distrito.

✓ **Vía Santa Ana**

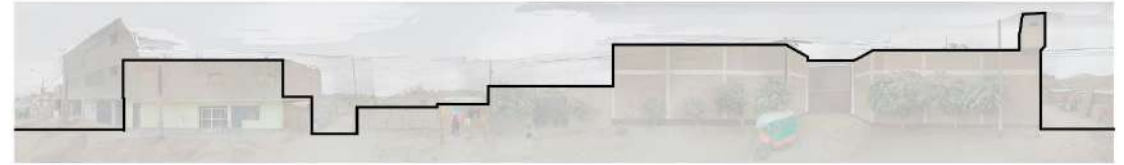
Esta vía pasa cerca del terreno interceptado a la Av. Tambo Río, tiene 2 carriles que brinda un fácil acceso, se exige retiros para colchón de árboles por predios industriales.

PERFIL URBANO

ENTORNO INMEDIATO ESC 1/10,000



ENTORNO MEDIATO ESC 1/3000



PERFIL URBANO A-A
VÍA: AV. TAMBO RIO



PERFIL URBANO B-B
VÍA: AV. SANTA ANA



PERFIL DEL TERRENO
FACHADA FRONTAL

El perfil del terreno presenta un cerco perimetral de 3 m de altura, así mismo se observó el perfil cerca de las vías que cruzan cerca del terreno la cual se demarca hasta 3 pisos de altura en las industriales o viviendas taller.

LEYENDA

 Terreno

INSTITUCIÓN:  UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
TÍTULO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PÁGINA: LÁMINA DE PERFIL URBANO TERRENO	
AUTOR: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
FECHA: INDICADA	FECHA: FEBRERO - 2020
L-12	

vialidad y Accesibilidad

La vialidad en el entorno de nuestra área de estudio son vías importantes como la Carretera Panamericana Norte y la Autopista Chillón trapiche, pero las que colindan son la av. Santa Ana y la Av. Tambo rio. Además, mencionaremos la accesibilidad urbana.

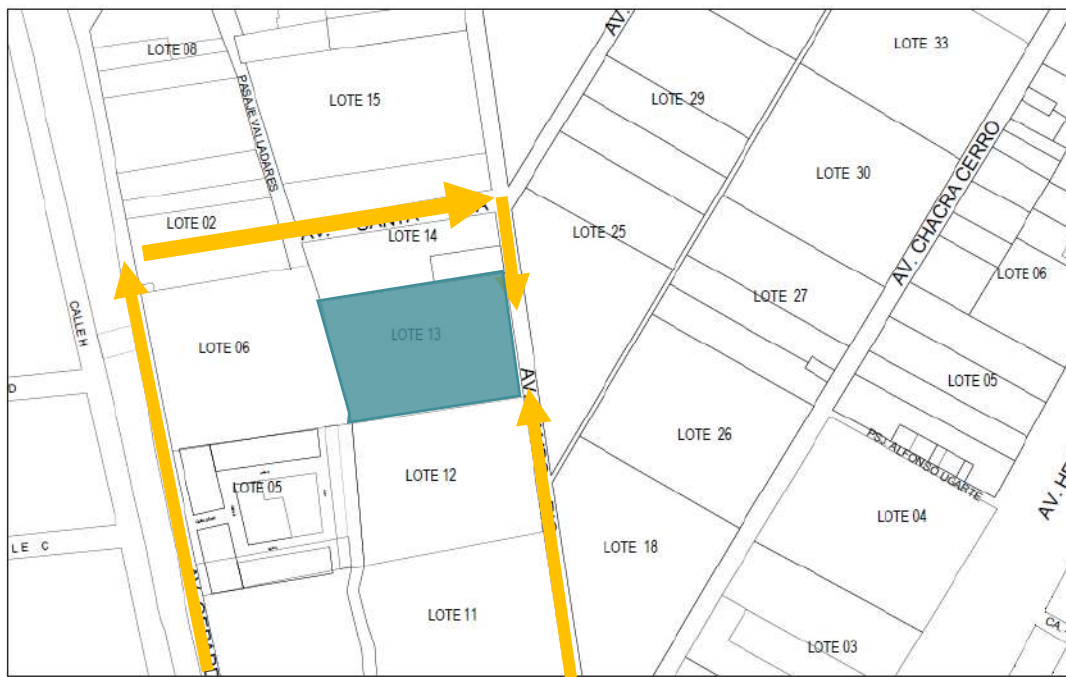


Figura 72. Plano Base - Accesibilidad

INFRAESTRUCTURA VIAL NORMATIVO

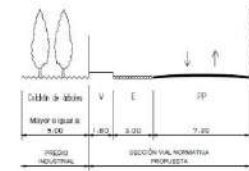
ENTORNO INMEDIATO ESC 1/10,000



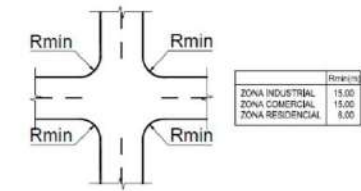
ENTORNO MEDIATO ESC 1/3000



De acuerdo a la ordenanza N° 2021 se tiene en el anexo N° 08 las disposiciones complementarias para la gestión de la vialidad metropolitana en el Sector Chacra Cerro siendo esto la zona 14 de acuerdo a la zonificación establecida en la zona, es por ello que se consideró en el análisis.



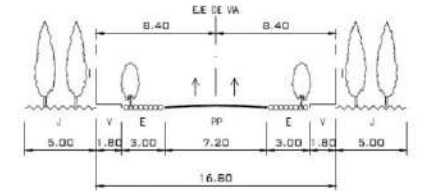
DETALLE COLCHÓN DE ÁRBOLES OBLIGATORIO EN RETIRO DE PREDIOS INDUSTRIALES



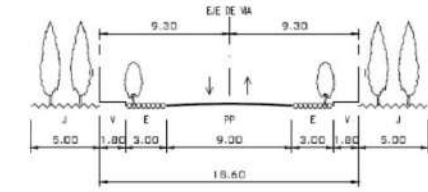
DETALLE DE RADIO MÍNIMO EN INTERSECCIONES

LEVENDA

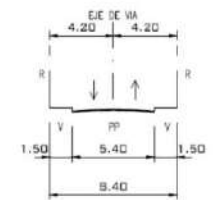
- V = Vereda
- J = Jardín
- E = Estacionamiento
- PP = Pista Principal
- Vías Expresas
- Vías Colectoras
- Vías Locales
- Terreno



SECCIÓN: C-17-Axx
TRAMO: CANTA CALLAO - INDUSTRIAL
NOMBRE: VÍA GERARDO UNGER



SECCIÓN: C-19-Axx
TRAMO: CANTA CALLAO - CHILLÓN
NOMBRE: VÍA TAMBO RIO



SECCIÓN: LP-09-Axx
TRAMO: CANTA CALLAO - CHACRA CERRO
NOMBRE: VÍA S/N LP-3

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
TÍTULO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PLAN: LÁMINA DE PERFIL URBANO TERRENO	LÁMINA N°: L-13
AUTORÍA: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: INDICADA	FECHA: FEBRERO - 2020

INFRAESTRUCTURA VIAL EXISTENTE

ENTORNO INMEDIATO ESC 1/10,000



AV. GERARDO UNGER



AV. TAMBO RIO



AUTOPISTA CHILLÓN TRAPICHE



AV. CHACRA CERRO



ENTORNO MEDIATO ESC 1/3000



AV. SANTA ANA



PASAJE VALLADARES



LEYENDA

- Vías Expresas
- Vías Colectoras
- Vías locales Preferenciales
- Comunidad Terapéutica

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
TÍTULO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PLAN: LÁMINA DE TERRENO - VIALIDAD	LÁMINA N.º: L-14
AUTORES: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
FECHA: INDICADA	FECHA: FEBRERO - 2020

CONTEXTO VIAL

ENTORNO INMEDIATO ESC 1/10,000



AV. TAMBO RIO



- Falta alfaltar pista principal
- Sin diseño de sardinel y jardín
- Falta construcción de veredas
- Espacio para estacionar

AUTOPISTA CHILLÓN TRAPICHE



- Falta alfaltar pista principal y secundaria
- Sin diseño de sardinel y jardín
- Falta construcción de veredas y berma
- Falta construcción de separador lateral y central

ENTORNO MEDIATO ESC 1/3000



AV. SANTA ANA



- Falta alfaltar pista principal
- Falta construcción de veredas
- Espacio para estacionar
- Sin retiro de colchon de árboles

LEYENDA

- Vías Expresas
- Vías Colectoras
- Vías locales Preferenciales
- Comunidad Terapéutica

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proceso: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Plano: LÁMINA DE TERRENO - VIALIDAD	LÁMINA N°: L-15
ALUMNOS: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: INDICADA	Fecha: FEBRERO - 2020

- **Transportes Públicos**

Se toma en cuenta las líneas de transporte que pasan cerca del terreno donde se realizara la propuesta de la Comunidad Terapéutica la cuales son:

Línea Principal

- ✓ Alimentador Metropolitano (Ruta Servicio AN-03 Trapiche)
- ✓ 7103 E.T. MACHU PICCHU (Ruta Carabayllo -Chorrillos)
- ✓ ET. SAFRASA (Ruta Carabayllo -Villa María del Triunfo)

Línea Secundarias**Buses menores**

- ✓ ET. SSACOCSA (Ruta San Felipe -Canta Callao)
- ✓ ET.22 DE OCTUBRE SA. (Ruta Comas -Puente Piedra)

Mototaxis

- ✓ ATC.CHACRA CERRO (Ruta AV. Chacra Cerro -Santa Ana)
- ✓ EL ALAMO S.A (Ruta AV. El Alamo -Santa Ana)

TRANSPORTE

ENTORNO INMEDIATO ESC 1/10,000



ENTORNO MEDIATO ESC 1/3000



ET.SAFRATA
RUTA Carabaylo - Villa Maria del Triunfo



ET. MACCHU PICCHU
RUTA Carabaylo - Chorillos



ET.SSACOCSA
RUTA San Felipe - Santa Callao



ALIMENTADOR METROPOLITANO
RUTA Naranjal - Av. Chimpun Ocello



EL ALAMO S.A
RUTA Av. El Alamo - Santa Ana



ATC. CHACRA CERRO
RUTA AV. Chacra Cerro - Santa Ana



LEVENDA

- Ruta Carabaylo - Villa Maria del Triunfo
- Ruta Av. Naranjal - Av. Chimpun Ocello
- Ruta Carabaylo - Chorillos
- Ruta San Felipe - Santa Callao
- - - Ruta Av. El Alamo - Av. Santa Ana
- - - Ruta Av. Chacra Cerro - Av. Santa Ana
- Comunidad Terapéutica

PROYECTO: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
TÍTULO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
PLANO: LÁMINA DE TERRENO - TRANSPORTE	LÁMINA N°: L-16
ALABADOS: CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: INDICADA	FECHA: FEBRERO - 2020

1.1.3.4. Estudio de casos análogos

Para determinar el diseño de la programación arquitectónica de la Comunidad Terapéutica, se evaluará las funciones espaciales de tres referentes internacionales.

Nueva Sede Proyecto Hombre



Figura 73. "La Nueva Sede Proyecto Hombre"

Tabla 35. *Ficha Técnica de la Nueva Sede Proyecto Hombre.*

ITEMS	DESCRIPCIÓN
ARQUITECTOS	Elsa Urquijo Arquitectos
UBICACIÓN	Santiago de Compostela, A. Coruña, Spain.
AREA	2996.0 m2
AÑO PROYECTO	2012
FOTOGRAFIAS	-----
PROVEEDORES	ArchDaily Perú

Elaboración: Propia

Este proyecto nace con la necesidad de poder sosegar al individuo durante su proceso de recuperación.

Así mismo, crea espacios de integración, donde se crea espacios que transmitan sensaciones de tranquilidad, paz ya que los usuarios lo necesitan, además tiene una estructura

multifuncional que le remitirá al paciente tener una recuperación favorable por lo mismo que habrá una atención integral.

A continuación, detallaremos el equipamiento el funcionamiento y como es estructuralmente para captar el diseño:

Programa Arquitectónico. El proyecto cuenta en la planta sótano área deportiva, primera planta área de administración, área de talleres, áreas comunes como un auditorio, comedor, servicio de cocina y lavandería y la segunda planta se conforma por el área residencial, terapias ambulatorias y dirección.



Figura 74. Plano de Distribución

Relación con el entorno. La arquitectura desarrollada se adapta a la morfología de la parcela donde se encuentra, con voladizo y sombras, cobijo y notándose el acceso principal, además los servicios de área ambulatoria y otros permiten que este equipamiento no sea exclusivo o enclaustrado sino todo lo contrario así mismo la fachada que se utilizó no limita la visión aportando esta relación y no exclusión para los usuarios.



Figura 76. Ingreso principal del equipamiento



Figura 75. Proyecto Hombre - Vista exterior

Volúmenes. Los volúmenes son horizontales interconectados entre sí, a pesar de que hay ambientes privados y comunes, además se considera lo que el usuario necesita para el mayor desarrollo de las actividades que se da en estos espacios, a la vez las circulaciones verticales y horizontales están bien definidas en ambas plantas.

Estructuras. La estructura es de hormigón, también con acabados de perfiles de aluminio y vidrio como ventanales, mamparas.



Figura 77. Proyecto Hombre – Vista Nocturna



Figura 78. Proyecto Hombre - Vista Interior

Detalles constructivos. En los corredores que conectan con el exterior, las áreas libres y el área deportiva, está protegido por una cobertura del mismo material de la edificación soportado por pilotes metálicos para el confort de los usuarios y visitantes.

Planos.

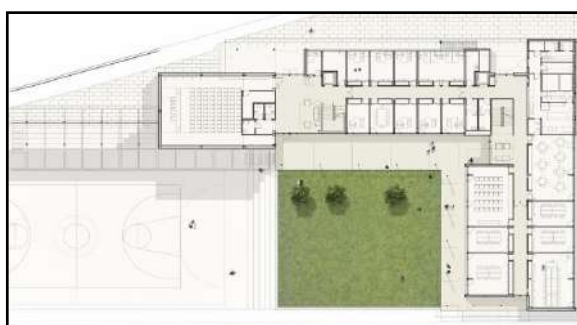


Figura 79. Planta primer piso



Figura 80. Elevación de proyecto

Centro de bienvenida de Redbridge



Figura 81. Centro de bienvenida de Redbridge

Tabla 36. Ficha Técnica del Centro de bienvenida de Redbridge.

ITEMS	DESCRIPCIÓN
ARQUITECTOS	<u>Peter Barber Architects</u>
UBICACIÓN	Ilford -Municipio de Redbridge al Noreste de Londres
AÑO PROYECTO	2012
FOTOGRAFIAS	<u>Morley von Sternberg .</u>
PROVEEDORES	Dezeen

Elaboración: Propia

El Centro de bienvenida de Redbridge es un proyecto comunitario para atender a personas consumidoras de sustancias psicoactivas y sociales, que muchas veces por su condición terminan sin hogar, por eso en este centro se trata de ayudar con los programas de rehabilitación y reinserción, a la vez con una estructura organizada que posee este equipamiento.

Programa Arquitectónico. El Centro de bienvenida tiene en la planta baja área de información, áreas comunes, área médica, en la primera planta área común y área educativa, así mismo en la segunda planta área residencial, áreas comunes y de servicios y por último en la tercera planta área de alojamiento temporal y común.



Figura 83. Planta baja del Centro.

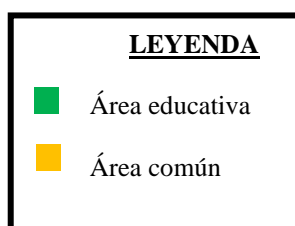
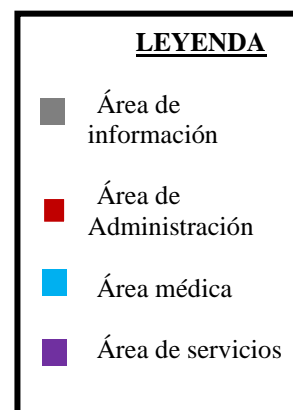


Figura 82. Primera planta



Figura 84. Segunda planta

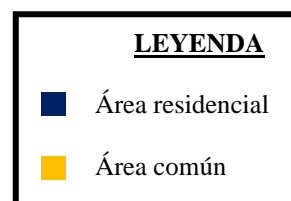


Figura 85. Tercera planta

Comunidad Terapéutica en Arenys



Figura 90. Comunidad Terapéutica en Arenys

Tabla 37. Ficha Técnica de la Comunidad Terapéutica en Arenys

ITEMS	DESCRIPCIÓN
ARQUITECTOS	Josep Miás
UBICACIÓN	Barcelona
AREA	1720.0 m2
AÑO PROYECTO	2012
FOTOGRAFIAS	Adriá Goula
PROVEEDORES	Hicarquitectura

Elaboración: Propia

La Comunidad Terapéutica Arenys, es una ampliación de dos edificios auxiliares existente, manteniendo su uso de taller de planta e incorporando las habitaciones para los residentes, este volumen tiene forma de L que permite la conexión de ellos manteniendo un área común como patio central del conjunto.

El objetivo primordial del equipamiento es que los pacientes desarrollen actividades productivas y no tengan recaídas.

Programa Arquitectónico. El equipamiento cuenta en la planta primera con áreas de talleres, áreas comunes, áreas administrativas y en la planta segunda área residencial conectada con dirección, área común y área servicios.



Figura 91. Comunidad Terapéutica en Arenys – Plano de Distribución primer planta

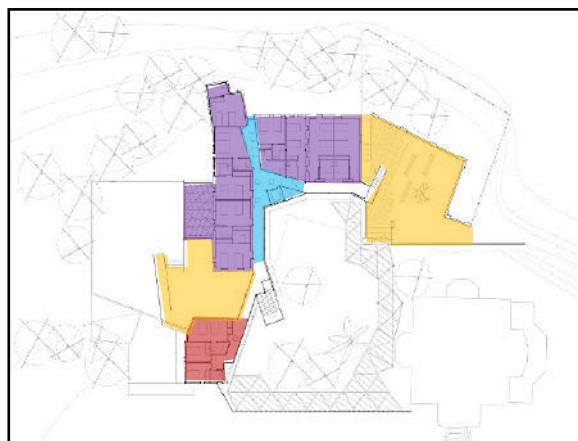


Figura 92. Comunidad Terapéutica en Arenys – Plano de Distribución segunda planta

Relación con el entorno. La propuesta establece la diferencia clara entre lo existente y lo nuevo, manteniendo la armonía entre ellos y tomando en cuenta los ambientes necesarios para poder brindar un servicio de calidad a los pacientes.



Figura 93. Comunidad Terapéutica en Arenys – Área común.

Volúmenes. Son dos edificios auxiliares existentes y uno nuevo que se conectan entre sí por la propuesta realizada, a través de corredores como sistema de conexión y transición, también el patio central genera esta conectividad.

Estructuras. Estructura con materiales de la zona, cubiertas inclinadas a 2 aguas, fachada con cerramientos, metálicos y de madera, ventanas amplias y mamparas.

Detalles constructivos. La galería exterior en forma de T esta soportado por una estructura metálica cubierta con paneles multicapa, también la nueva intervención se construye con materiales, semi industriales que se da en el corredor.

Planos.

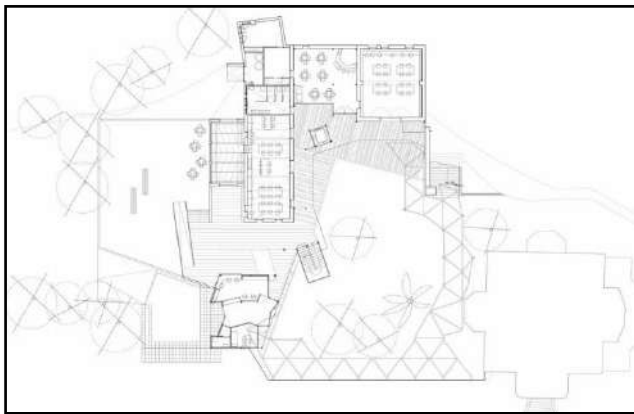


Figura 94. Planta baja

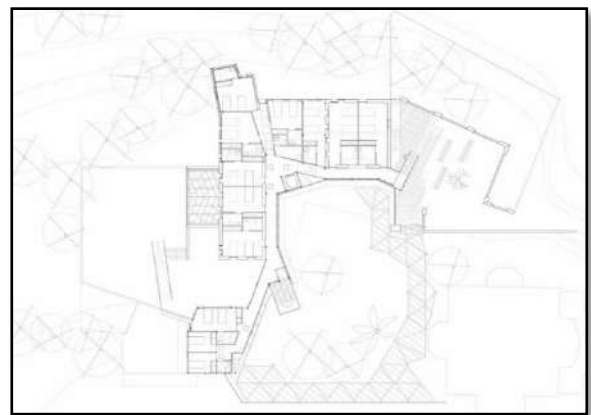


Figura 95. Primera planta

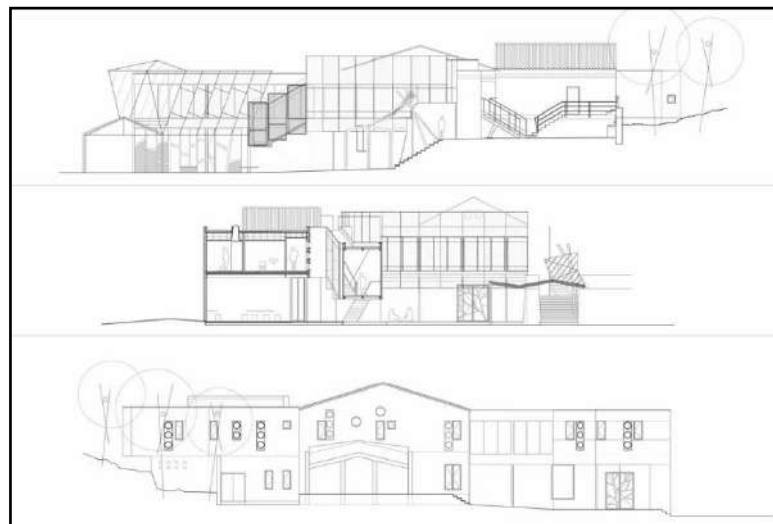


Figura 96. Cortes y Elevaciones

1.1.3.5. Leyes, Normas y Reglamentos aplicables en la Propuesta Urbano Arquitectónica.

A nivel Distrital

Especificaciones Normativas

Según la Ordenanza N° 2021, nos da las siguientes especificaciones Normativas para la zona 14:

A.-Parámetros Urbanísticos y Edificatorios

A.9 En los predios calificados como Zona Industrial, Industria Especial IE-1 e Industria Especial IE-2 las instalaciones industriales deberán dejar retiros: frontal, posterior y laterales al interior del predio, no menores de 5 mts. los cuales deberán ser arborizado y con vegetación compacta a fin de evitar la contaminación producida por emanación de partículas químicas y polvo.

A.10 El área libre de 50% dentro de cada lote habilitado con el uso industrial IE-1 o IE2 deberá ser tratado como área verde arborizada.

A.11 En las zonas Industriales IE-1 e IE-2 se permitirá la edificación industrial en lotes existentes menores al área normativa, siempre que se respeten las demás condicionantes especificadas para el uso industrial como son retiros y áreas libres. No se permite la subdivisión de lote en áreas menores a la normativa aprobada en la presente Ordenanza.

B. De las Habilitaciones Urbanas

B.7 La habilitación Urbana en zonas Industriales IE-1 e IE-2 deberá considerar el tendido de redes especiales para la evacuación de los residuos industriales los cuales no podrán ser vertidos bajo ningún concepto a la red pública. Se deberá considerar el tratamiento de las aguas residuales antes de ser vertidos a la red.

B.8 En las zonas calificadas con el uso industrial se deberá respetar el Sistema de disposición de desechos sólidos de acuerdo a las normas específicas vigentes para establecimientos industriales.

C. De Las Compatibilidades De Uso

C.6 Las industrias existentes que se encuentren en uso no conforme tendrán un plazo para su reubicación el que será definido por la Municipalidad Distrital de Comas en función a la inversión realizada.

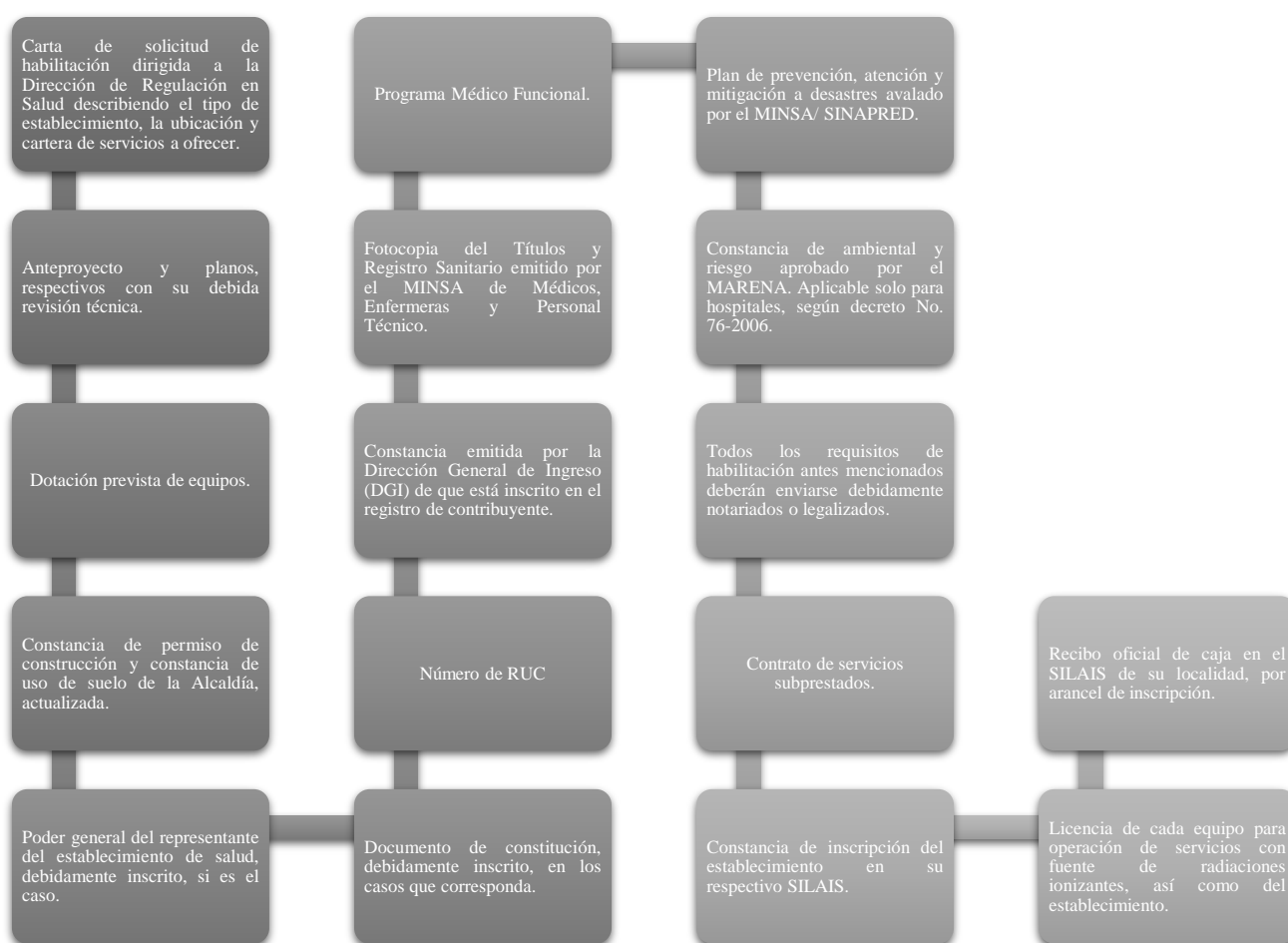
C.7 Las asociaciones de vivienda existentes localizadas en zonas calificadas con uso industrial que fueran aprobadas como Vivienda Taller, podrán excepcionalmente mantener su uso y localización conforme.

1.1.3.6. Procedimientos Administrativos aplicables a la Propuesta Urbano

Arquitectónica.

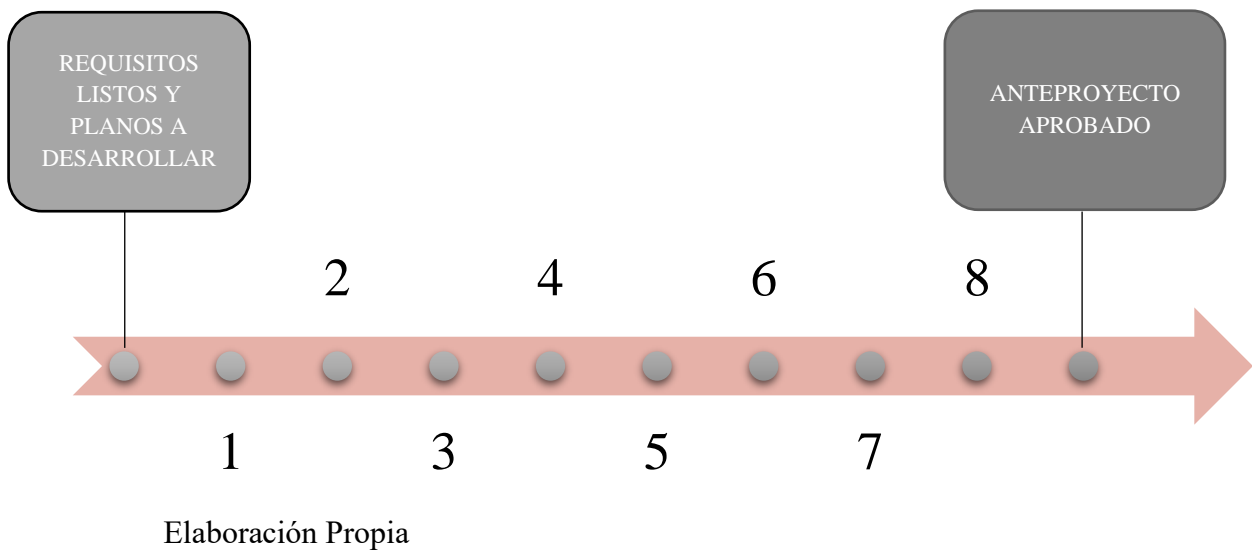
Los procedimientos para esta propuesta para un equipamiento de Comunidad Terapéutica son los siguientes:

GRÁFICO DE REQUISITOS GENERALES PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS



Elaboración Propia

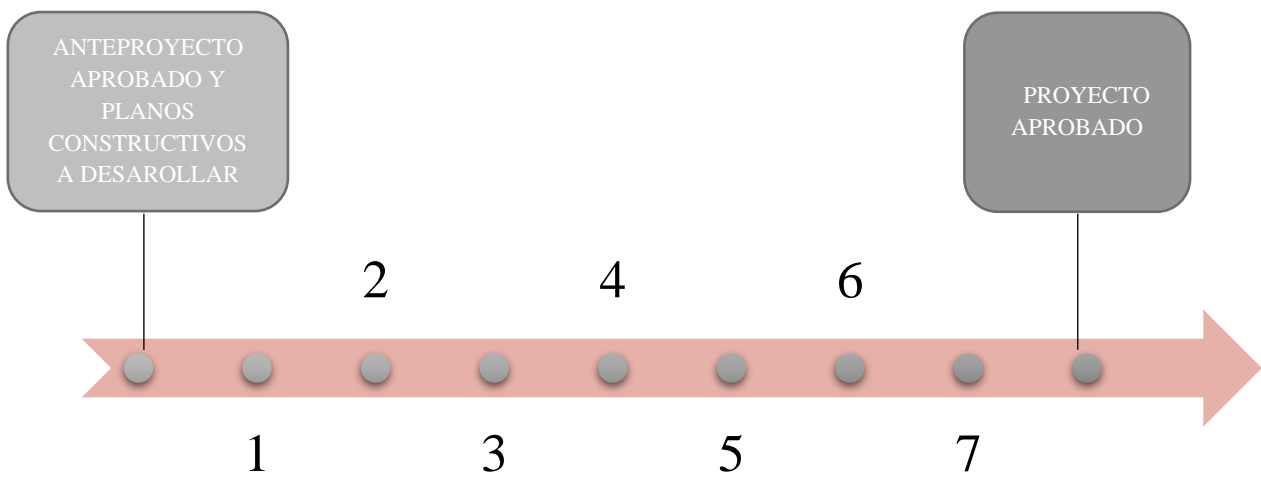
GRÁFICO DE PLANOS REQUERIDOS PARA REVISIÓN TÉCNICA DE CONSTRUCCIONES NUEVAS Y REMODELACIONES



REQUISITOS:

1. anteproyecto consta de: a. Plano de localización: El plano deberá permitir la visualización del entorno del sitio, de existir lugares de referencia se deberán plasmar. De ser un sitio cercano a puntos críticos, se deberá plasmar los radios de influencia.
2. Planta de Conjunto a escala 1/200: La escala del plano debe tener buena visualización. Acotar: las circulaciones horizontales, accesos, distancia de los accesos al edificio en sí. Dimensiones del terreno.
3. Planta Arquitectónica a escala 1/100 o 1/50. Deberá poseer cotas generales. Cotas específicas: ancho de puertas, circulaciones, dimensiones por ambiente. Nombrar el área en m² de cada ambiente.
4. Planta arquitectónica de techo escala 1/100 ó 1/50.
5. Elevaciones arquitectónicas escala 1/100 ó 1/50.
6. Cortes y/o secciones arquitectónicas.
7. Plano de circulaciones: flujo de personal y de insumos limpios y sucios.
8. Constancia de uso de suelo, emitido por la alcaldía.

GRÁFICO DE PLANOS CONSTRUCTIVOS, SEGUNDO MOMENTO EL PROYECTO



Elaboración Propia

REQUISITOS:

1. Planos topográficos y de movimiento de tierras.
2. Planos Arquitectónicos (plantas, elevaciones, secciones, detalles, muebles).
3. Planos estructurales.
4. Planos eléctricos. Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud noviembre 2011 41
5. Planos de instalaciones hidrosanitarias.
6. Planos de gases médicos.
7. El juego de planos debe ser soportado con las respectivas memorias de cálculo estructurales, eléctricas, sanitarias e instalaciones especiales . Además, firmados y sellados por los diseñadores responsables y con los permisos correspondientes.

Finalmente, en el DECRETO SUPREMO N° 006-2012-SA del reglamento de la ley 29675 que regula las comunidades terapéuticas específicamente en el artículo 7 nos detalla los documentos que son necesarios para poder registrar este tipo de equipamiento y al cumplir y tener los documentos que se requiere se podrá dar el funcionamiento.

1.1.4. PROGRAMA URBANO ARQUITECTÓNICO

1.1.4.1. Descripción de los usuarios (síntesis de las necesidades sociales)

Perfil socioeconómico del Usuario:

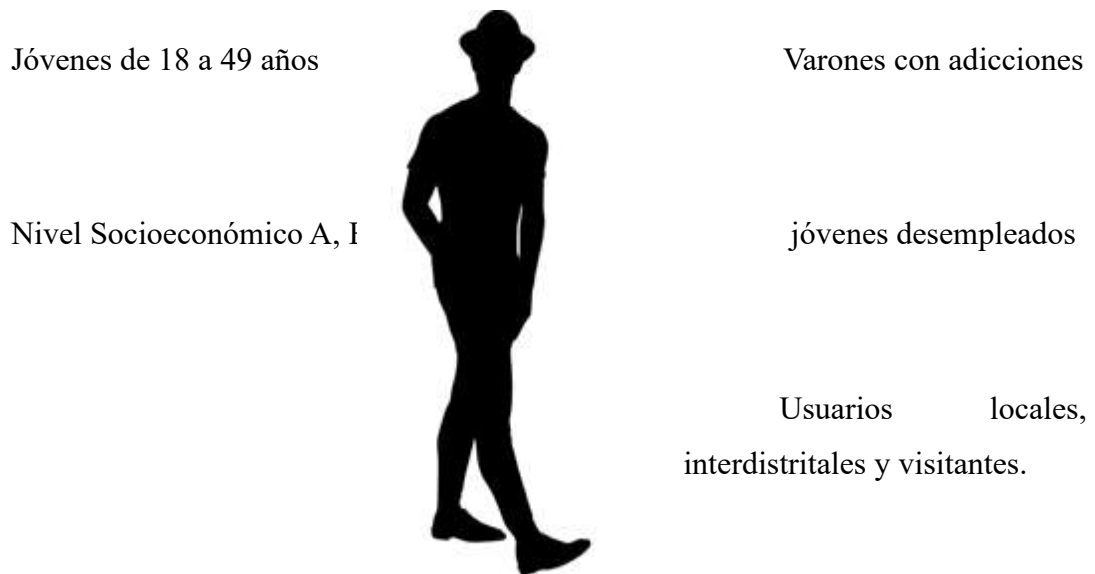
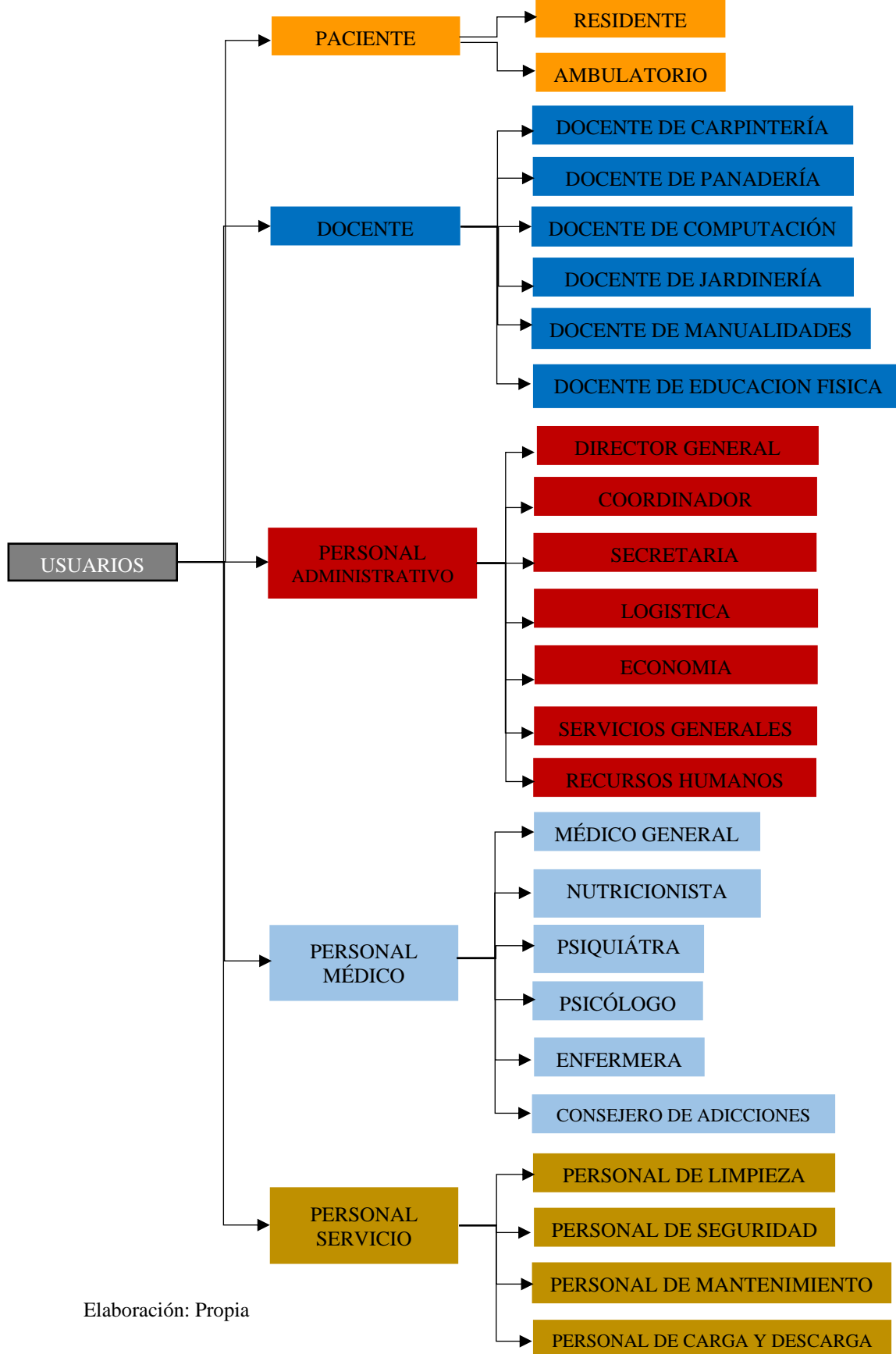


Figura 97. Características Sociodemográfica del usuario.

En conclusión, se tiene como objetivo al usuario de la Comunidad Terapéutica, de acuerdo a la Ley N° 29765, artículo 12, solo admite a mayores de edad y del mismo género; por lo tanto, se tendrá una población de un solo género, en este caso varones con adicciones, entre edades de 18 a 49 años, desempleados y con nivel económico A, B, C y D.

➤ **Funcionales**

- **Usuarios:** Para determinar el tipo de usuario de las Comunidades Terapéuticas se tomó como referencia los equipamientos, donde se concluye que existen 5 tipos de usuarios:



Usuario Residente:

Los usuarios permanentes se denominarán a aquellos que se encuentre dentro de las instalaciones de la Comunidad Terapéutica con mayor tiempo, el cual se clasifican de la siguiente manera:

- ✓ Pacientes Residentes
Personas que residen en la comunidad terapéutica.
- ✓ Pacientes Semi- residentes
Personas que residen por un corto periodo por emergencia en la comunidad terapéutica.
- ✓ Médicos
Médicos profesionales al cuidado de los pacientes internado que se quedan a pernoctar por cualquier emergencia
- ✓ Personal de Servicio liviano
Personal de servicio encargado del orden y limpieza de la comunidad terapéutica.

Usuario Ambulatorio:

Los usuarios temporales se denominarán a aquellos que visiten o tengan menor tiempo de estancia dentro de la comunidad terapéutica, el cual se clasifica de la siguiente manera:

- ✓ Pacientes Ambulatorios
Los pacientes ambulatorios son aquellos que realizan sus terapias por horas dentro de la comunidad terapéutica.
- ✓ Médicos
Médicos profesionales al cuidado de los pacientes ambulatorios en horas de trabajo.
- ✓ Personal Administrativo
Personal encargado de la administración de la comunidad terapéutica.
- ✓ Profesores
Son personal que son especializados para los talleres para la inserción sociolaboral.
- ✓ Personal de Servicio liviano
Personal de servicio encargado del orden y limpieza de la comunidad terapéutica.
- ✓ Personal de Servicio Mediano
Personal de servicio encargado del mantener del equipamiento.
- ✓ Personal de Servicio Pesado
Personal de servicio encargado de hacer mantenimiento pesado del equipamiento.
- ✓ Visitantes

Los visitantes son aquellos que lleguen a las instalaciones para informarse sobre el avance de su familiar.

Análisis de las necesidades de los Usuarios:

Usuarios Permanentes:

- ✓ Pacientes Residentes

Cuadro de necesidades del paciente residente

Tabla 38. *Cuadro de necesidades del paciente residente*

USUARIO RESIDENTE	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES	
Paciente Residente	Informarse y registrar	Solicitar información	Recepción	Sub Ambiente de Atención	
		Esperar	Sala de espera		
	Evaluar	Entrevistar y evaluar		Triaje	Sub Ambiente Médico
				Tópico	
	Residir	Descansar	Dormitorios	Sub Ambiente de Residencia	
	Rehabilitarse	Tratarse		Consultorio de Psicología	Sub Ambiente Médico
				Consultorio de Psicoterapia	
				Consultorio de Psiquiatría	
			Atenderse	Consultorio médico	
				Consultorio de nutrición	
				Consultorio de consejería	
				Sala de terapias grupales	
	Aprender	Recibir clases para insertarse laboralmente		Taller de carpintería	Sub Ambiente Educativo
				Taller de cómputo	
				Taller de panadería	
	Exponer	Exponer trabajos y escuchar charlas		Sala de usos múltiples	Sub Ambiente Recreativo
Recrearse	Interacción con los demás residentes		Cancha de Multiusos		
			Gimnasio		
			Sala de Ping Pong		
	Meditar		Capilla		
Alimentarse	Comer		Comedor	Sub Ambiente de Residencia	
Asearse	Aseo personal		Servicios Higiénicos		
Atenderse	Atenderse en ante una emergencia		Estación de enfermería		

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario residente paciente

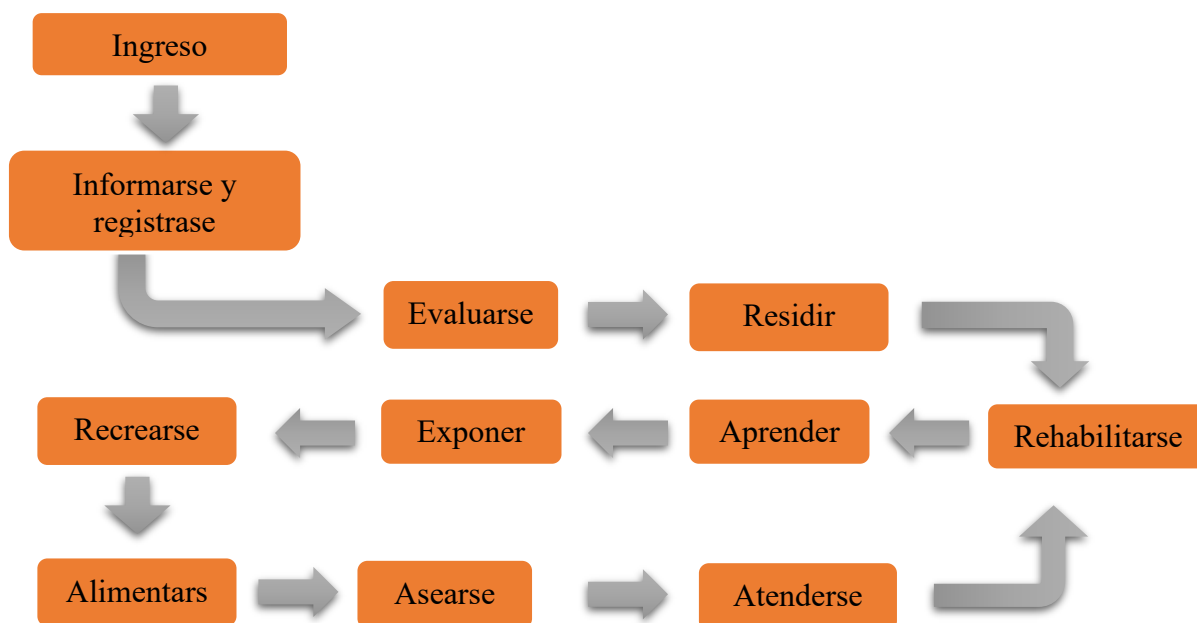


Figura 98. Esquema de Necesidades del paciente residente

Elaboración: Propia

✓ Médico Residente

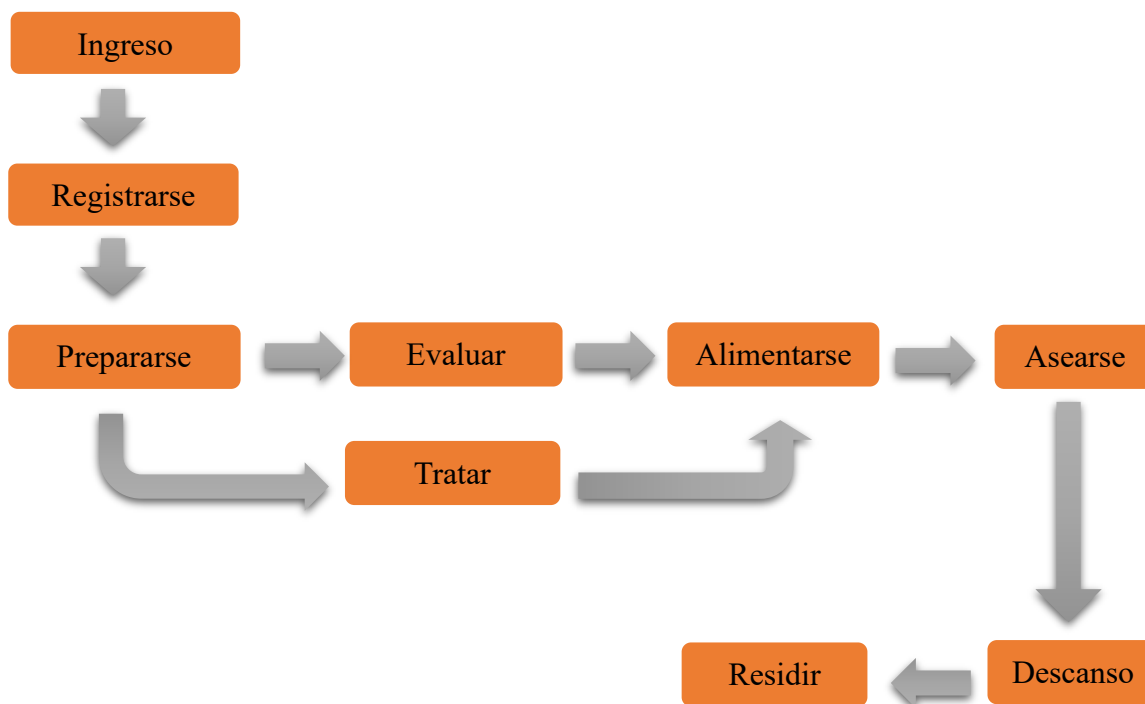
Cuadro de necesidades del médico residente

Tabla 39. Cuadro de necesidades de médico residente

USUARIO RESIDENTE	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Médico Residente	Registrarse	Registrar su ingreso	Control	Sub Ambiente de atención
	Prepararse	Cambiarse y guardar sus cosas el personal médico	Vestidores Servicios Higiénicos del personal	Sub Ambiente de Servicios
	Evaluar	Evaluaciones contantes del proceso	Triaje Tópico Consultorio Médico Consultorio de Nutrición	Sub Ambiente Médico
	Tratar	Atender a los residentes	Consultorio de Psicología Consultorio de Psiquiatría Consultorio de Psicoterapia Sala de terapias grupales	
	Alimentarse	Comer	Kitchenette	Sub Ambiente de Servicios
	Asearse	Servicios higiénicos	Servicios Higiénicos del personal	
	Descanso	Descansar	Sala de estar médico	
	Residir	Descansar y asearse	Dormitorios Servicios higiénicos	

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario residente médico



Elaboración: Propia

Figura 99. Esquema de Necesidades del Personal Médico Residente

✓ Personal de Servicio liviano

Cuadro de necesidades del personal de servicio liviano

Tabla 40. Cuadro de necesidades de personal de servicio liviano

USUARIO RESIDENTE/ AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Personal de Servicio liviano	Registrarse	Registrar su ingreso	Oficina de Control	Sub Ambiente de Acceso
	Prepararse	Guardar sus cosas	Vestidores	Sub Ambiente de Servicios
		Cambiarse		
	Equiparse	Equiparse con los utensilios de limpieza	Cuarto de limpieza	Sub Ambiente de Servicios
	Recopilar	Recoger desechos	Cuarto de desechos	Sub Ambiente de Servicios
	Informar	Atender, informar y registrar	Recepción	Recepción
	Cocinar	Cocinar para todos los residentes	Cocina	Sub Ambiente de Servicios

Controlar	Controlar y dirigir la biblioteca	Recepción Área de libros Sala de lectura	Sub Ambiente de Residencia
Vigilar	Vigilar a la comunidad terapéutica	Módulo de vigilancia	Módulo de vigilancia
Asearse	Aseo personal	Servicios Higiénicos	Sub Ambiente de Servicios
Atenderse	Atenderse en el tópicó ante una emergencia	Tópico	
Alimentarse	Comer	Comedor del personal	Sub Ambiente de Servicios
Descansar	Descansar	Sala de Personal	
Residir	Descansar y asearse	Dormitorios Servicios higiénicos	

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio Personal de servicio liviano

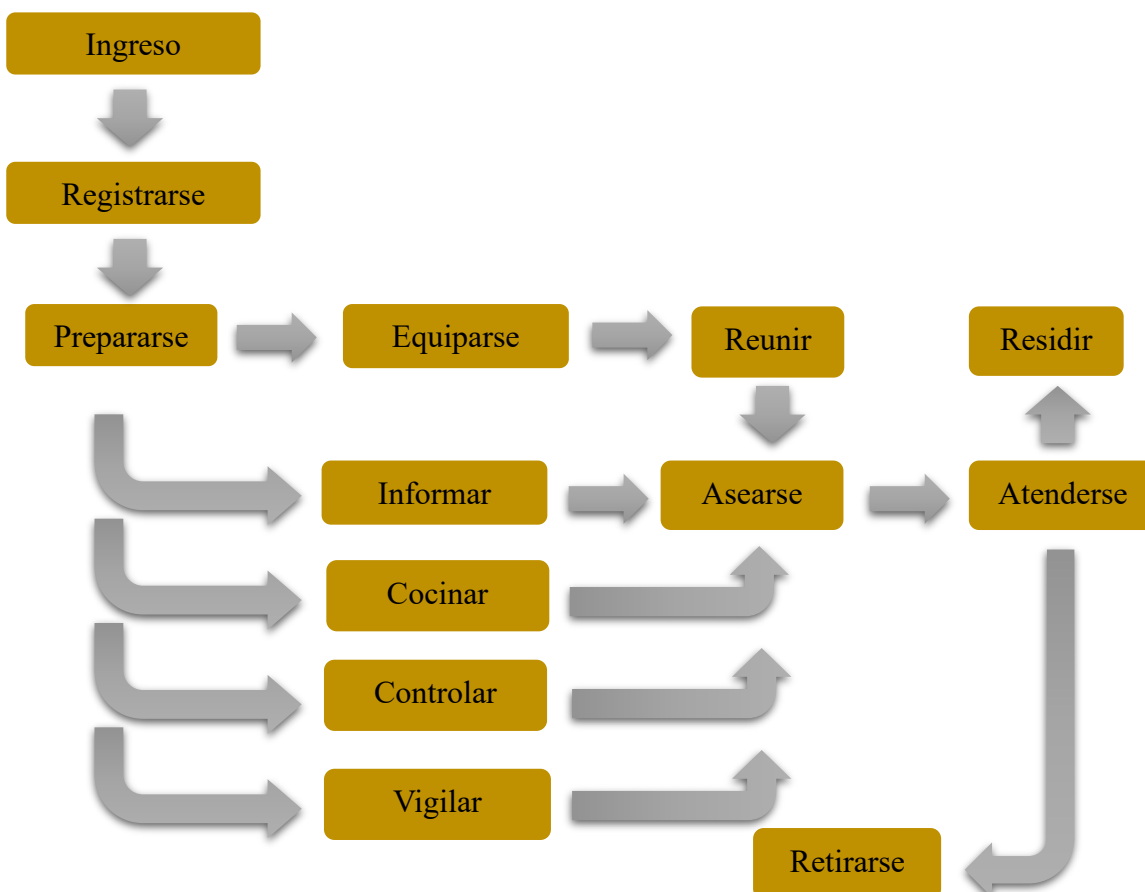


Figura 100. Esquema de Necesidades del Personal de Servicio Liviano

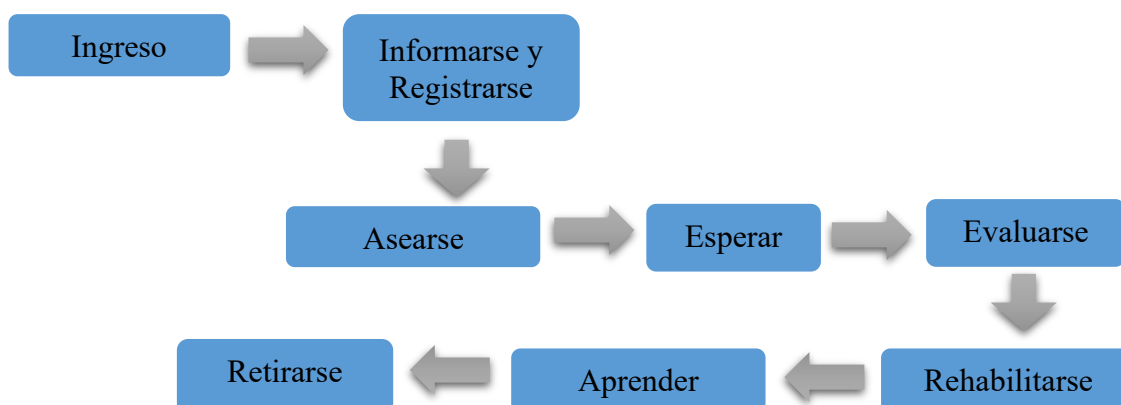
Elaboración: Propia

✓ Paciente Ambulatorio

Cuadro de necesidades del paciente ambulatorio**Tabla 41.** *Cuadro de necesidades de paciente ambulatorio*

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Paciente Ambulatorio	Informarse y registrarse	Informarse del tratamiento ambulatorio con o sin SIS	Recepción	Sub Ambiente de Atención
		Pagar para la consulta	Caja	
		Registrarse para tratamiento ambulatorio con o sin SIS	Registro	
	Esperar	Esperar para la consulta	Sala de espera	
	Asearse	Aseo personal	Batería de baños Públicos	
	Evaluar	Tratar y diagnosticar las patologías	Triaje	Sub Ambiente Médico
			Tópico	
	Rehabilitarse	Atenderse	Consultorio de psiquiatría	
			Consultorio trabajo social	
			Consultorio de consejería	
Consumir medicamentos	Comprar los medicamentos recetados	Farmacia		
Aprender	Recibir clases para insertarse laboralmente	Taller de Jardinería	Sub Ambiente Educativo	
		Taller de Manualidades		

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio paciente

Elaboración: Propia

Figura 101. Esquema de Necesidades del paciente ambulatorio

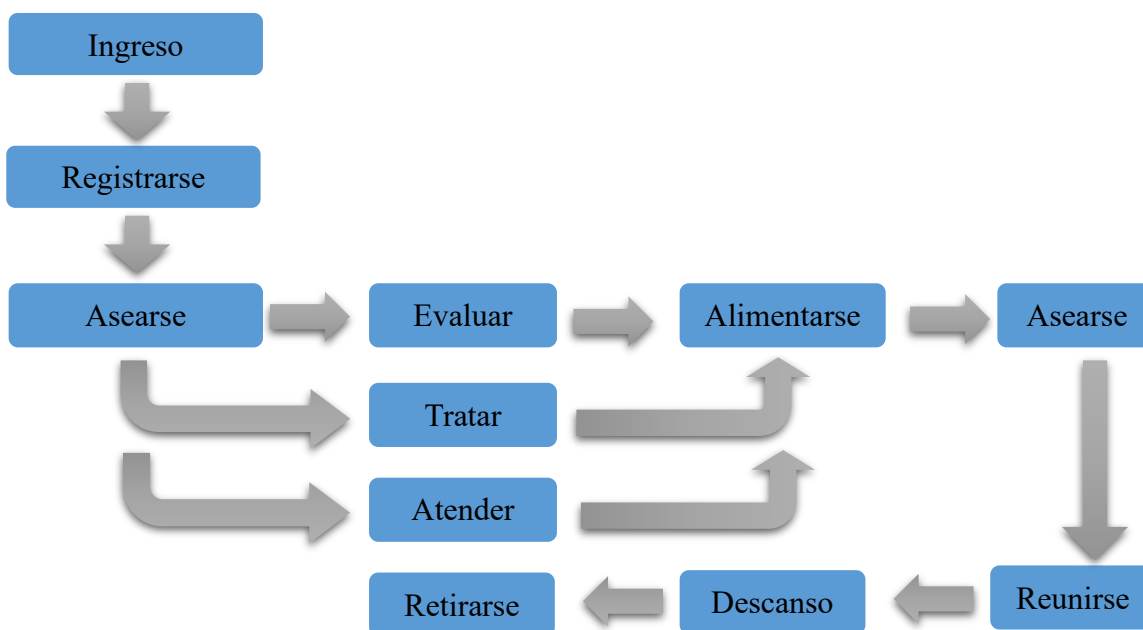
Cuadro de necesidades del médico ambulatorio

Tabla 42. Cuadro de necesidades de médico ambulatorio

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Médico Ambulatorio	Registrarse	Registrar su ingreso	Oficina de Control	Sub Ambiente de Acceso
	Prepararse	Cambiarse y guardar sus cosas el personal médico	Vestidores	Sub Ambiente de Servicios
	Evaluar	Tratar y diagnosticar las patologías	Área de diagnóstico Consultorio Médico	Sub Ambiente Médico
	Tratar	Atender a los pacientes	Consultorio de Psicología Consultorio de Psicoterapia	
	Guardar	Guardar los equipos y materiales	Depósito de equipos y materiales	
	Alimentarse	Comer	Kitchenette	Sub Ambiente de Servicios
	Asearse	Aseo personal	Servicios Higiénicos del personal	
	Descanso	Descansar	Sala de estar médico	Sub Ambiente de Servicios

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio médico



Elaboración: Propia

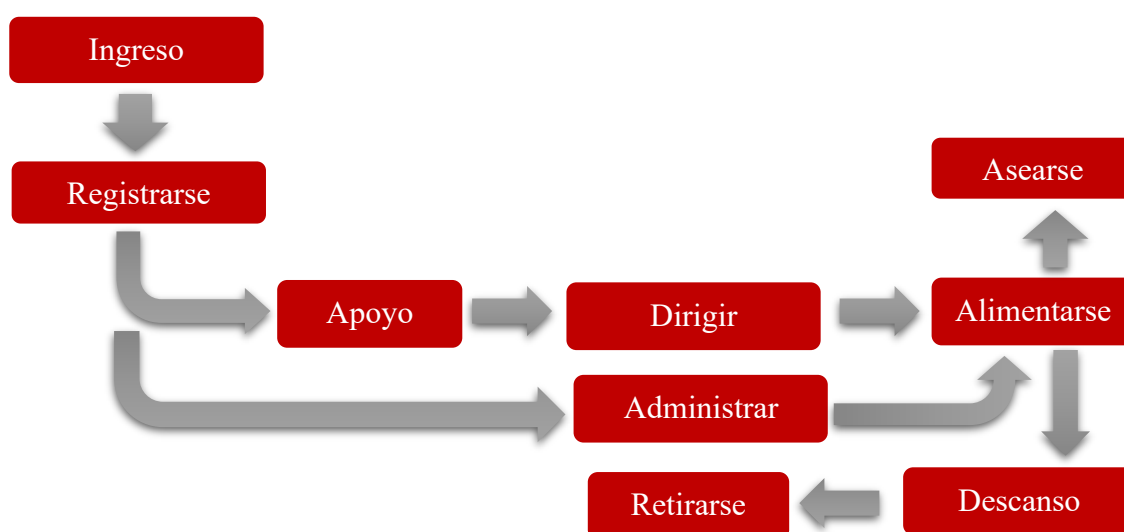
Figura 102. Esquema de Necesidades del Personal Médico ambulatorio

✓ Personal Administrativo

Cuadro de necesidades del personal administrativo**Tabla 43.** Cuadro de necesidades de personal administrativo

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Personal Administrativo	Registrarse	Registrar su ingreso	Oficina de Control	Sub Ambiente de Acceso
	Asearse	Aseo del personal médico	Servicios higiénicos del personal	Sub Ambiente de Servicios
	Apoyo	Apoyar a dirección	Secretaría	Sub Ambiente Directivo
	Dirigir	Dirigir el equipamiento	Dirección	
	Archivar	Asearse	Baño	Archivos generales
		Archivar	Archivar información administrativa	
	Reunirse	Reunirse para coordinar	Sala de juntas	Sub Ambiente administrativo
	Administrar	Administración y gestión de ganancias	Secretaría	
			Oficina administrativa	
	Alimentarse	Comer	Oficina de Contabilidad y tesorería	Recursos humanos
Oficina de				
Descanso	Descansar	Kitchenette	Sub Ambiente de Servicios	
		Sala de estar administrativo		

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio personal administrativo.**Figura 103.** Esquema de Necesidades del Personal Administrativo

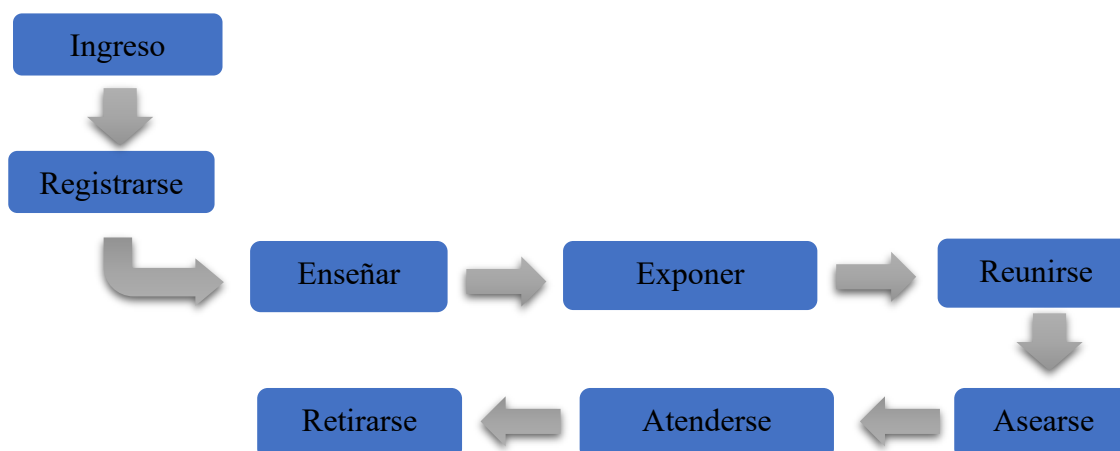
Elaboración: Propia

✓ Profesores

Cuadro de necesidades de profesores**Tabla 44.** *Cuadro de necesidades de profesores*

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Profesores	Registrarse	Registrar su ingreso	Oficina de Control	Sub Ambiente de Acceso
	Enseñar	Dictar clases para la inserción sociolaboral	Taller de carpintería Taller de cómputo Taller de panadería Taller de jardinería	Sub Ambiente Educativo
	Exponer	Exposición de la charla o exhibición de las actividades realizadas	Sala de Usos múltiples	
	Reunirse	Coordinar actividades	Sala de profesores	Sub Ambiente de Servicios
	Asearse	Aseo personal	Servicios higiénicos	
	Atenderse	Atenderse en el tópico ante una emergencia	tópico	

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio profesores*Figura 104.* Esquema de Necesidades de profesores

Elaboración: Propia

✓ Personal de Servicio Mediano

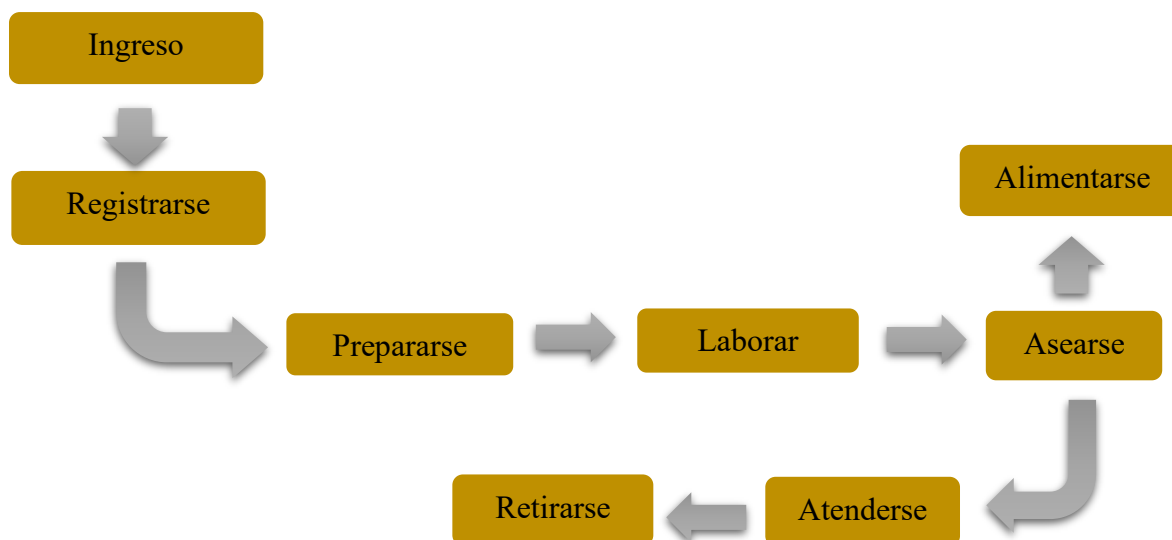
Cuadro de necesidades del personal de servicio Mediano

Tabla 45. Cuadro de necesidades de personal de servicio Mediano

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Personal de Servicio Mediano	Registrarse	Registrar su ingreso	Oficina de Control	Sub Ambiente de Acceso
	Prepararse	Guardar sus cosas Cambiar	Vestidores	Sub Ambiente de Servicios
	laborar	Desempeña su labor en el área asignada	Taller de Mantenimiento y reparación	Sub Ambiente de Mantenimiento
	Alimentarse	Comer y descansar	Comedor del personal	Sub Ambiente de Servicios
	Asearse	Aseo personal	Servicios Higiénicos	
	Atenderse	Atenderse en el tópico ante una emergencia	tópico	

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio Personal de servicio mediano



Elaboración: Propia

Figura 105. Esquema de Necesidades del Personal de Servicio Mediano

✓ Personal de Servicio Pesado

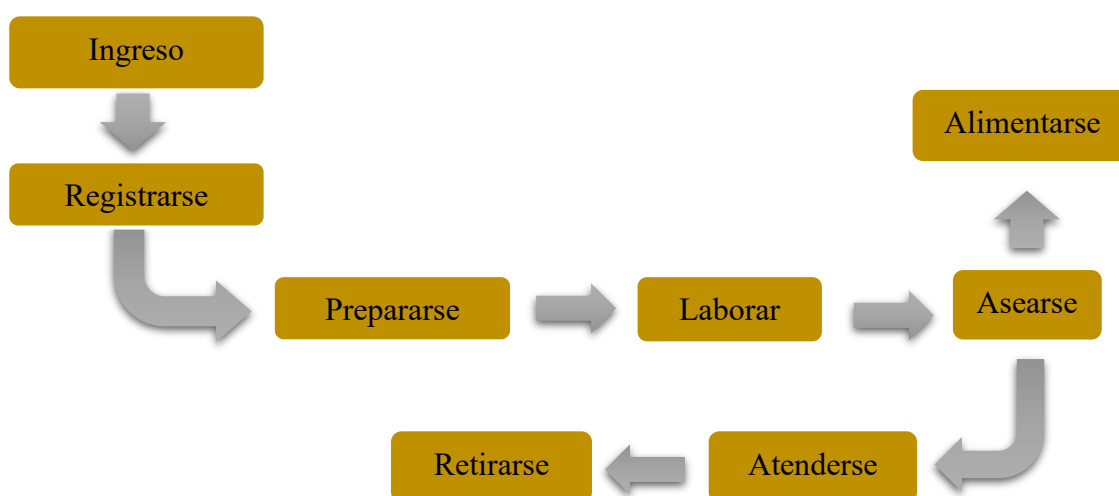
Cuadro de necesidades del personal de servicio Pesado

Tabla 46. Cuadro de necesidades de personal de servicio Pesado

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Personal de Servicio Pesado	Registrarse	Registrar su ingreso	Oficina de Control	Sub Ambiente de Acceso
	Prepararse	Guardar sus cosas y Cambiarse	Vestidores	
	Laborar	Desempeña su labor en el área asignada	Cuarto de tablero	Sub Ambiente de Mantenimiento
			Cuarto de bombas	
			Cuarto de extracción de aire con CO2	
			Cuarto de computo, cable e internet	
			Cuarto de electrógeno	
			Subestación	
			Área de carga y descarga	
			Patio de Maniobras	
	Cuarto de depósito			
Asearse	Aseo personal	Servicios Higiénicos	Sub Ambiente de Servicios	
Alimentarse	Comer y descansar	Comedor del personal		
Atenderse	Atenderse en el tópico ante una emergencia	tópico		

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio Personal de servicio pesado



Elaboración: Propia

Figura 106. Esquema de Necesidades del Personal de Servicio Pesado

✓ Visitantes

Cuadro de necesidades de visitantes

Tabla 47. Cuadro de necesidades de visitantes

USUARIO AMBULATORIO	NECESIDAD	ACTIVIDAD	NECESIDADES ESPACIALES	SUB NECESIDADES ESPACIALES
Visitantes	Estacionarse	Estacionar	Estacionamiento	Sub Ambiente de Mantenimiento
	Registrarse	Registrarse para visitar	Control de visitas	Sub Ambiente de Atención
	Esperar	Esperar	Sala de Espera	
	Visitar	Visitar a el paciente residente	Estar de visitas para paciente	Sub Ambiente de Residencia
	Asearse	Aseo personal	Servicios higiénicos de visitas	Sub zona de servicios

Elaboración: Propia

Esquema de Necesidades de usuario ambulatorio visitantes

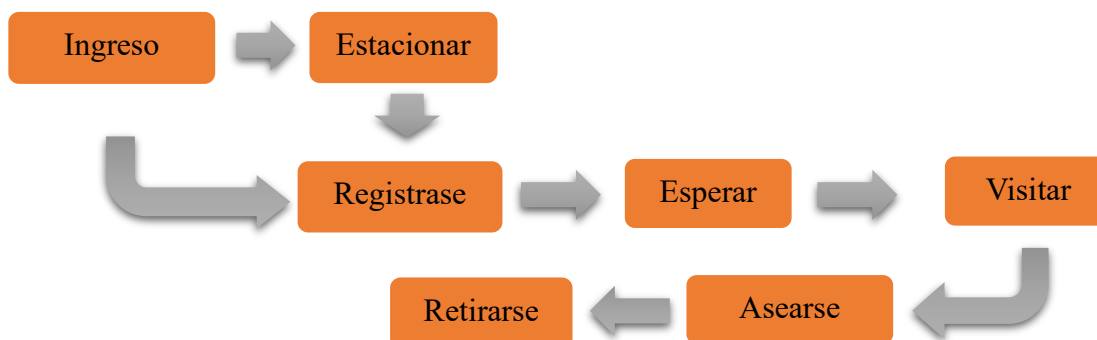


Figura 107. Esquema de Necesidades de visitantes

Elaboración: Propia

Cuadro de Resumen de Zonas y Ambientes

Tabla 48. Cuadro de resumen por Zonas y Ambientes

ZONAS	SUB ZONAS	AMBIENTES
ZONA DE ADMINISTRACIÓN	ATENCIÓN	Recepción
		Sala de Espera
		SS.HH. público mujeres
		SS.HH. público varones
		SS.HH. público discapacitados
	DIRECTIVA	Secretaria
		Dirección + baño
		Archivos generales

	ADMINISTRATIVA	Secretaría
		Oficina administrativa
		Oficina de Contabilidad y tesorería
		Oficina de Recursos humanos
	SERVICIOS	Sala de juntas
		SS.HH. del personal mujeres
		SS.HH. del personal varones
		Sala de estar administrativo
		Kitchenette
		Cuarto de limpieza
ZONA DE RESIDENCIA	ATENCIÓN	Almacén
		Recepción
		Caja
		Registro
		Triaje
		Tópico
		Sala de espera
		Estar de visitas
		SS.HH. público mujeres
		SS.HH. público varones
MÉDICA	SS.HH. público discapacitados	
	Archivos clínicos residentes	
	Consultorio de evaluación	
	Consultorio de Psicología	
	Consultorio de Psicoterapia	
	Consultorio de Psiquiatría	
SERVICIOS	Consultorio médico	
	Consultorio de nutrición	
	Sala de estar médico	
	Depósito de equipos y materiales	
	SS.HH. + vestidores del personal mujeres	
RESIDENCIA	SS.HH. + vestidores del personal varones	
	Estación de enfermería	
	Dormitorio	
	Baños + duchas	
	Comedor	
	Cuarto de limpieza	
RECREATIVA	Área de camillas y sillas de ruedas	
	Cancha de Multiusos	
	Gimnasio	
	Sala de Ping Pong	
ZONA AMBULATORIA	ATENCIÓN	Recepción
		Caja
		Registro
		Archivos clínicos
		Sala de Espera
		SS.HH. público mujeres
		SS.HH. público varones
		SS.HH. público discapacitados
		Área de camillas y sillas de ruedas
		Jefatura Médica

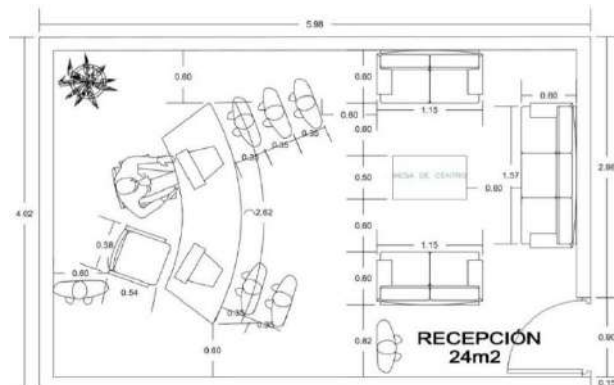
	MÉDICA	Triaje Tópico Consultorio de Psiquiatría Consultorio trabajo social Consultorio de consejería Farmacia
	SERVICIOS	Sala de estar médico Kitchenette SS.HH. + vestidores del personal mujeres SS.HH. + vestidores del personal varones Depósito de equipos y materiales
ZONA EDUCATIVA	EDUCATIVA	Cuarto de limpieza Taller de carpintería Taller de cómputo Taller de panadería Taller de Manualidades Taller de Jardinería
	SERVICIOS	Sala de Profesores Almacén Cuarto de limpieza Sala de usos múltiples SS.HH. del personal mujeres SS.HH. del personal varones SS.HH. Varones
ZONA DE SERVICIOS Y MANTENIMIENTO	ACCESO	Módulo de vigilancia SS.HH. + vestidores del personal mujeres SS.HH. + vestidores del personal varones
	MANTENIMIENTO	Cuarto de bombas Cuarto de extracción de aire con CO2 Cuarto de cómputo, cable e internet Cuarto de electrógeno Subestación Cuarto de tableros Taller de mantenimiento y reparación
	SERVICIOS	Cuarto de limpieza Cuarto de depósito Estacionamiento Patio de Maniobras Área de carga y descarga Comedor del personal Cocina Cuarto de desechos Lavandería Anatomía Patológica
ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	RECREATIVA	Capilla Sala de lectura

Elaboración: Propia

1.1.4.2. Descripción de Necesidades Arquitectónicas

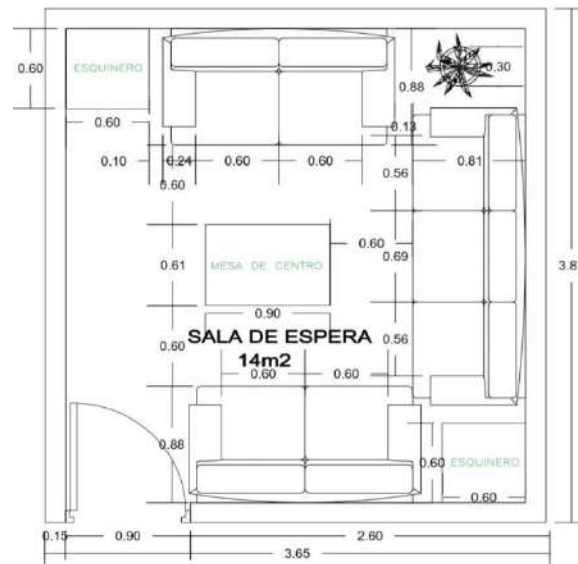
ZONA ADMINISTRATIVA
SUBZONA DE ATENCION
RECEPCION

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.02	5.98	1	24



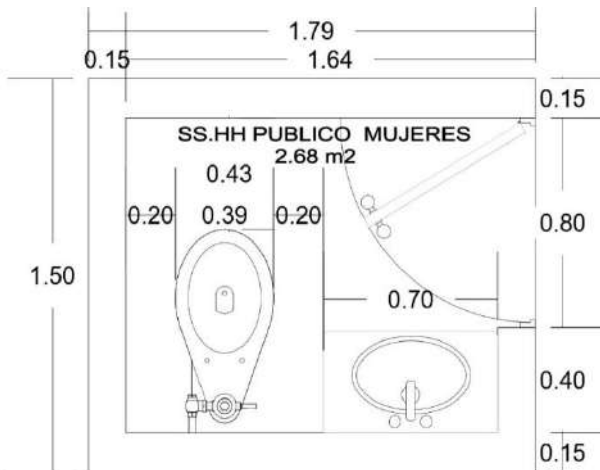
ZONA ADMINISTRATIVA
SUBZONA DE ATENCION
SALA DE ESPERA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.87	3.65	1	14



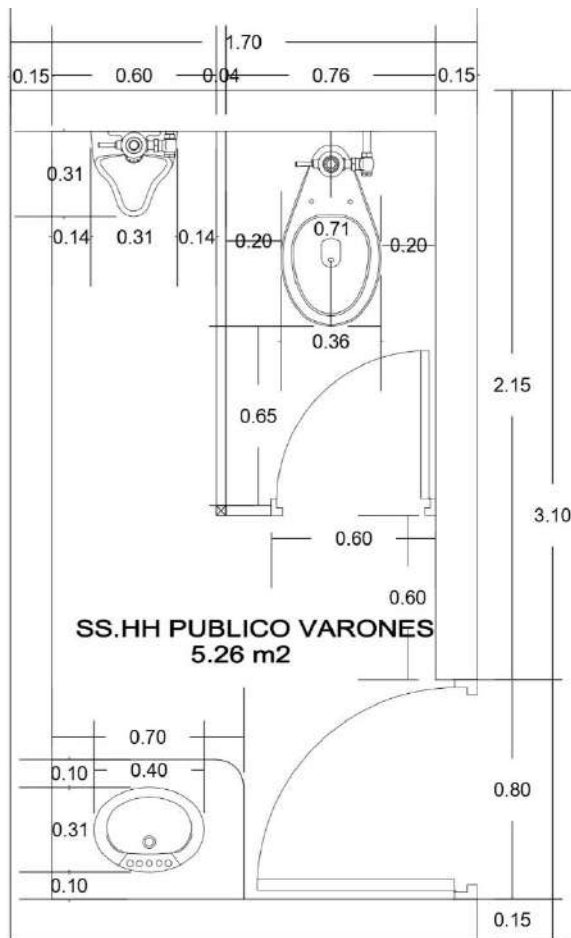
ZONA ADMINISTRATIVA
SUBZONA DE ATENCION
SS.HH. PUBLICO MUJERES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
1.50	1.79	1	2.68



ZONA ADMINISTRATIVA
SUBZONA DE ATENCION
SS.HH. PUBLICO VARONES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.10	1.70	1	5.26



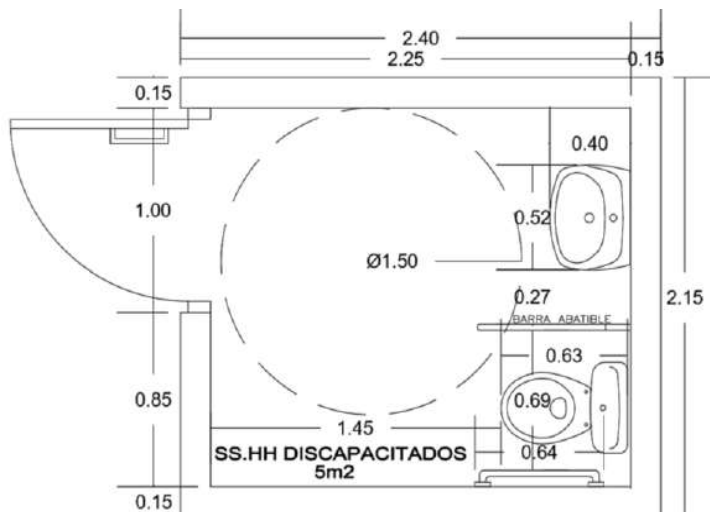
ZONA ADMINISTRATIVA

SUBZONA DE ATENCION

SS.HH. PUBLICO

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.15	2.40	1	5



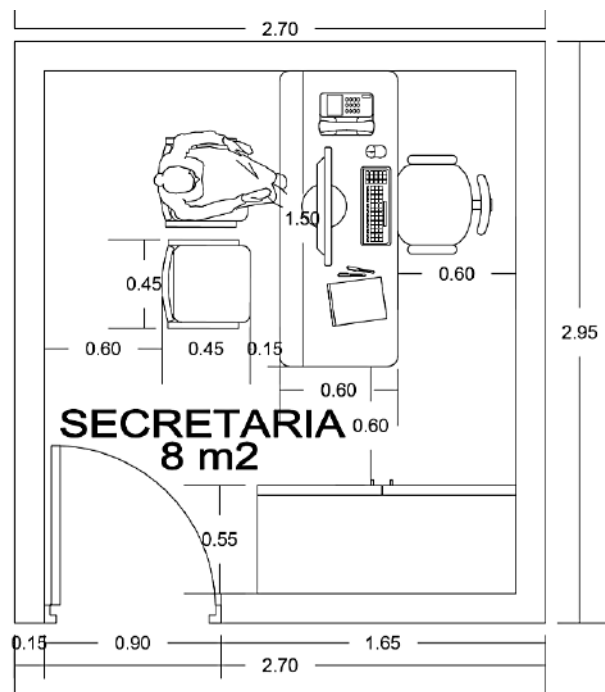
ZONA ADMINISTRATIVA

SUBZONA DE DIRECTIVA

SECRETARIA

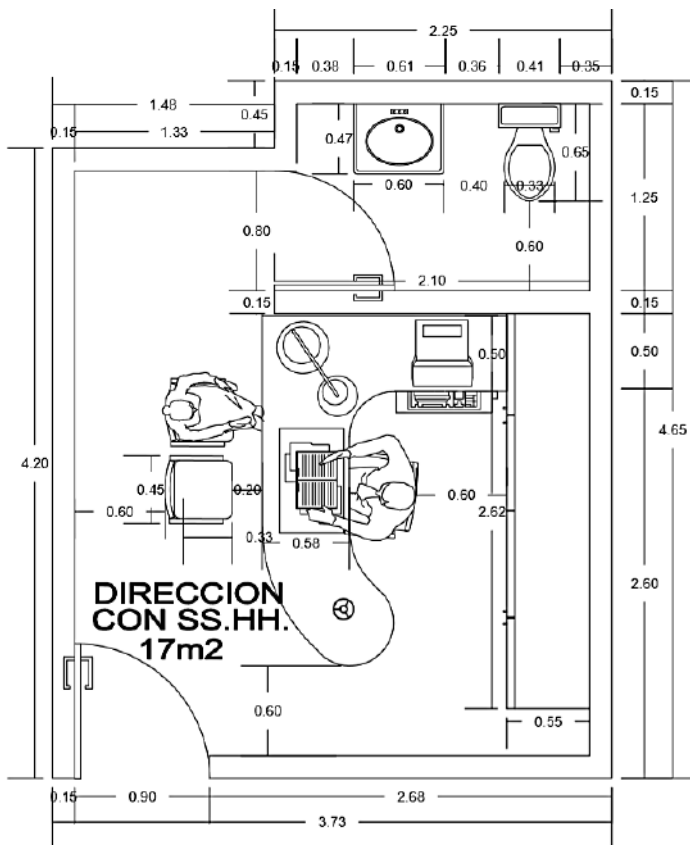
CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.95	2.70	1	8



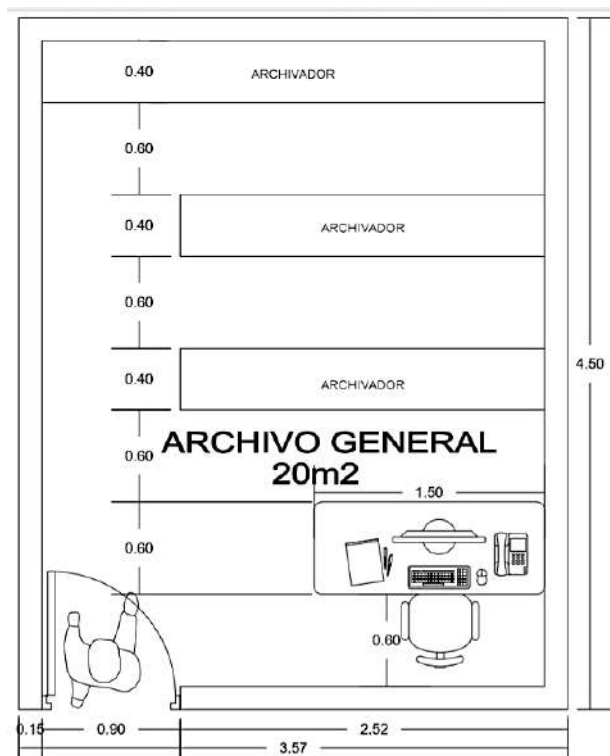
ZONA ADMINISTRATIVA
SUBZONA DE DIRECTIVA
DIRECCION + BAÑO

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.65	3.73	1	17



ZONA ADMINISTRATIVA
SUBZONA DE DIRECTIVA
ARCHIVOS GENERALES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.50	3.57	1	20



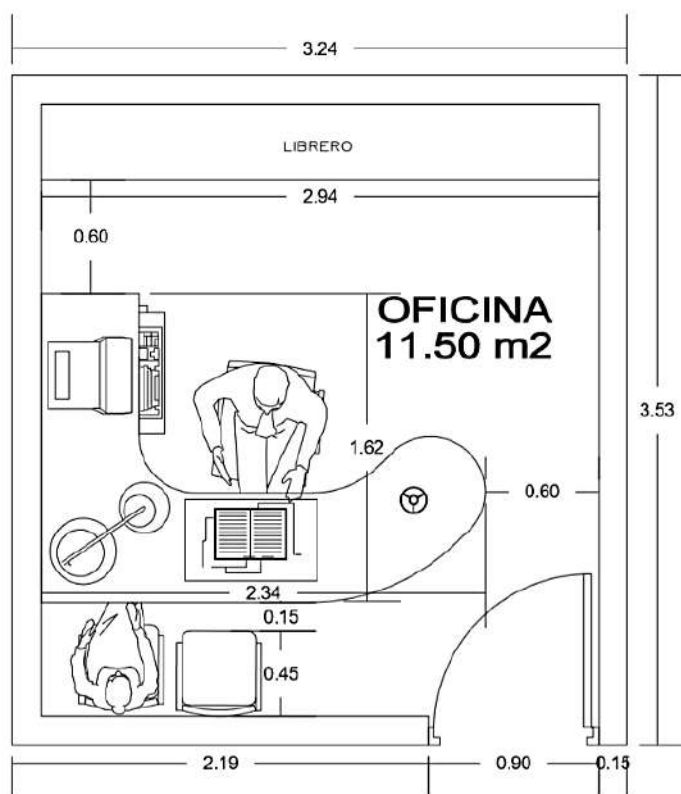
ZONA ADMINISTRATIVA

SUBZONA DE ADMINISTRATIVA

OFICINA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.53	3.24	1	11.50



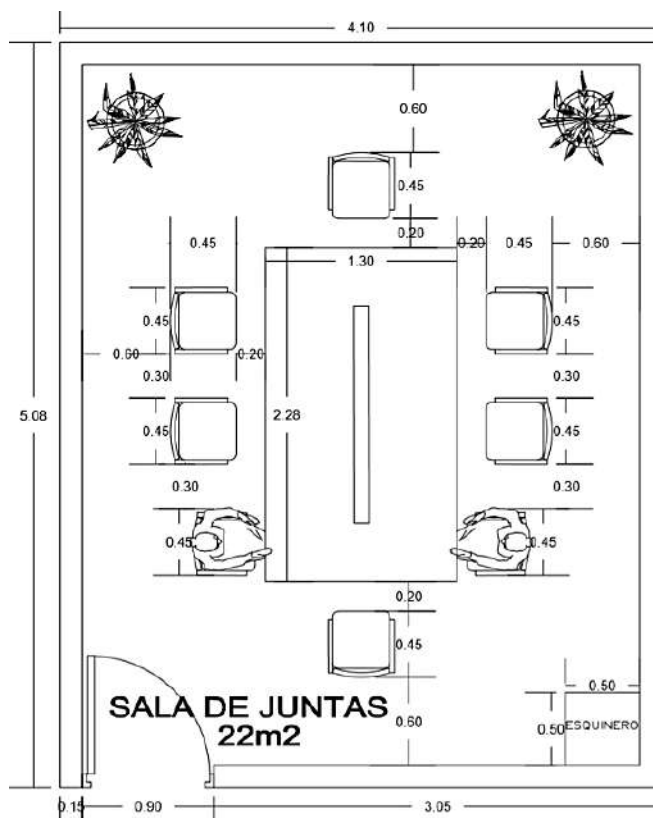
ZONA ADMINISTRATIVA

SUBZONA DE SERVICIOS

SALA DE JUNTAS

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
5.08	4.10	1	22



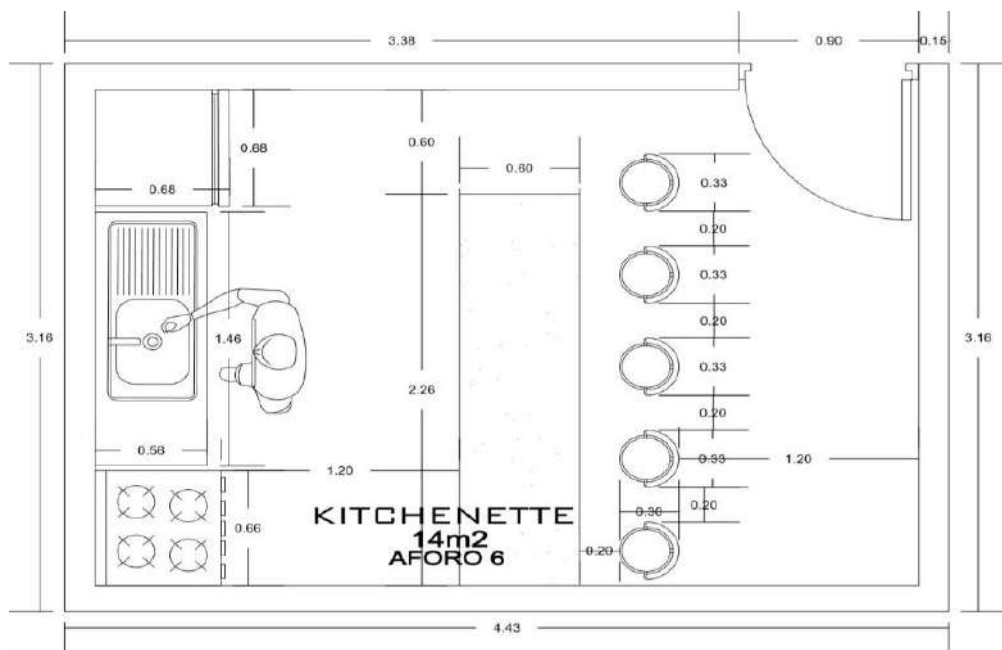
ZONA ADMINISTRATIVA
 SUBZONA DE SERVICIOS
 SALA DE ESTAR ADMINISTRATIVO



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.91	4.52	1	9

ZONA ADMINISTRATIVA
 SUBZONA DE SERVICIOS
 KITCHENETTE

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.16	4.43	1	14

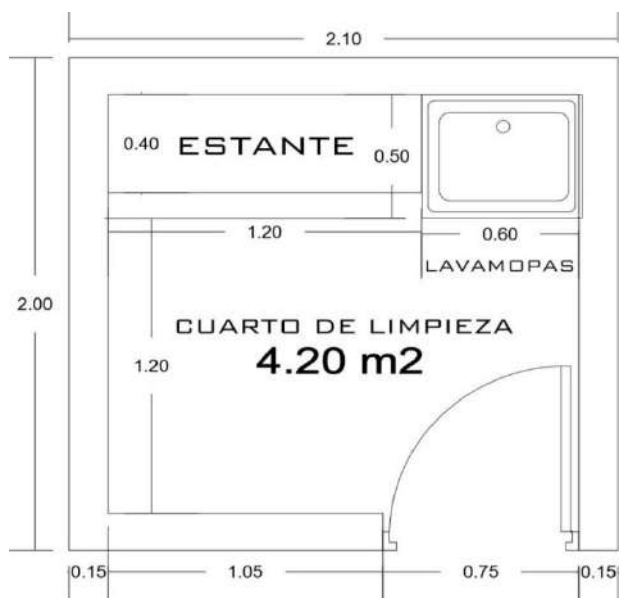


ZONA ADMINISTRATIVA

SUBZONA DE SERVICIOS

CUARTO DE LIMPIEZA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.00	2.10	1	4.20

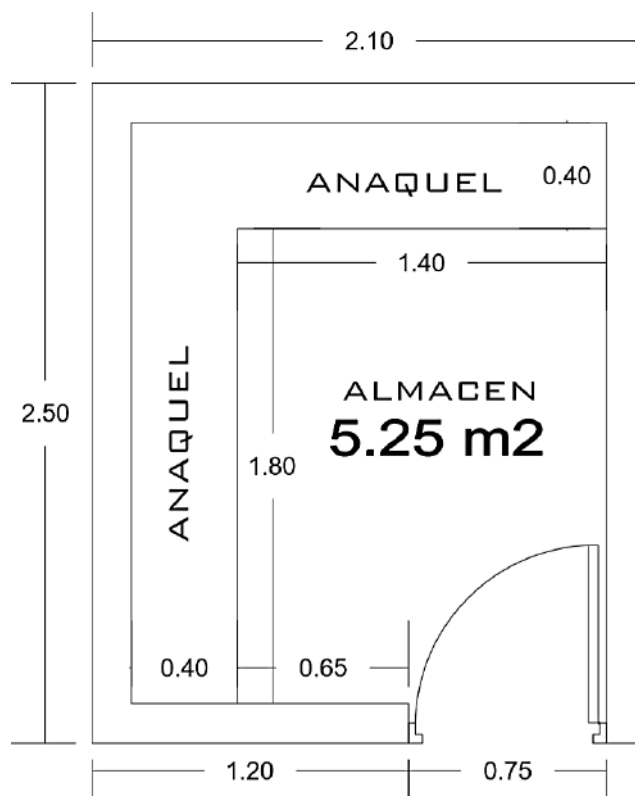


ZONA ADMINISTRATIVA

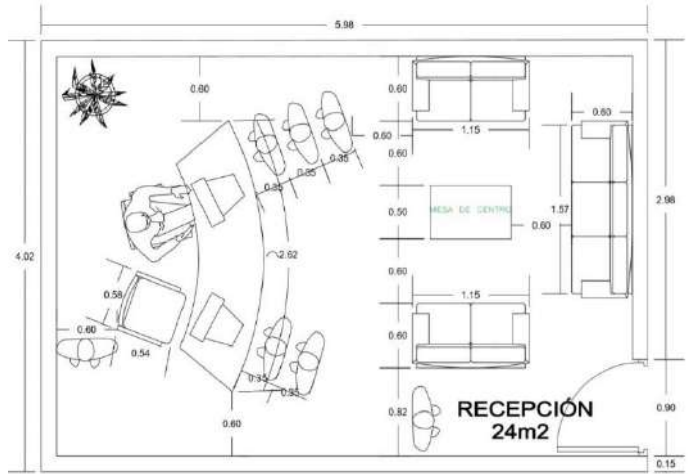
SUBZONA DE SERVICIOS

ALMACEN

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.50	2.10	1	5.25

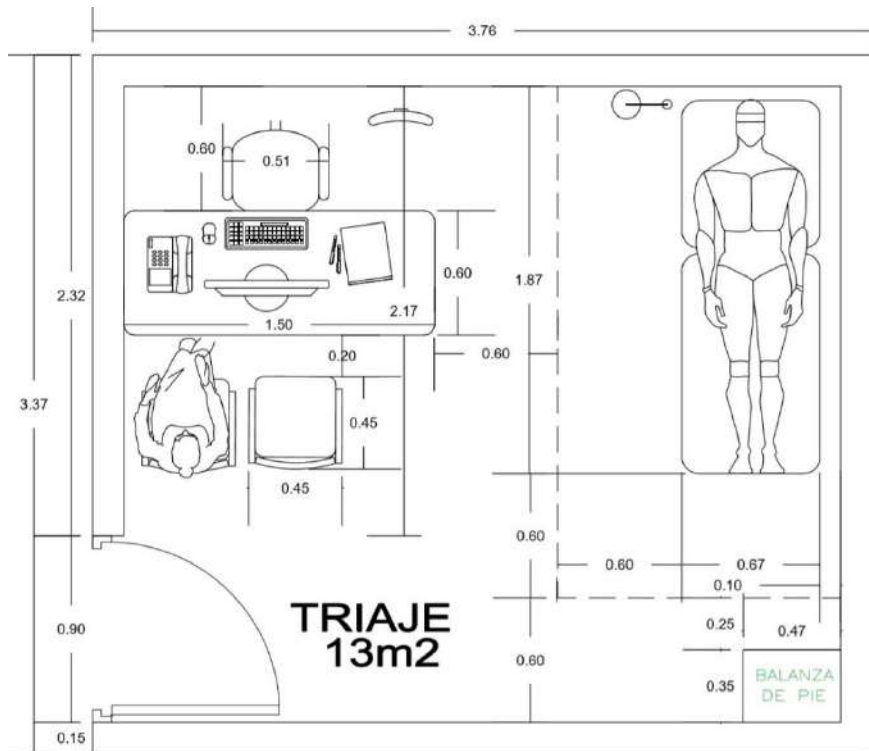


ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
RECEPCION



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.02	5.98	1	24

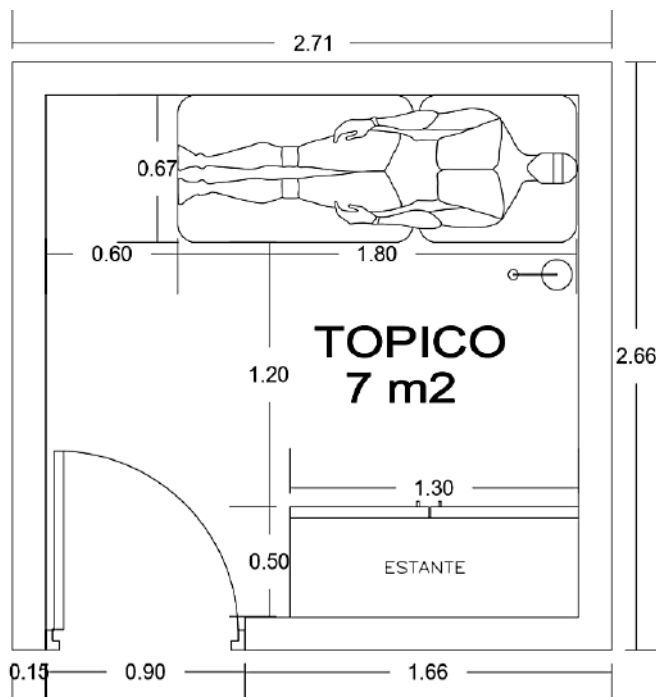
ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
TRIAJE



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.37	3.76	1	13

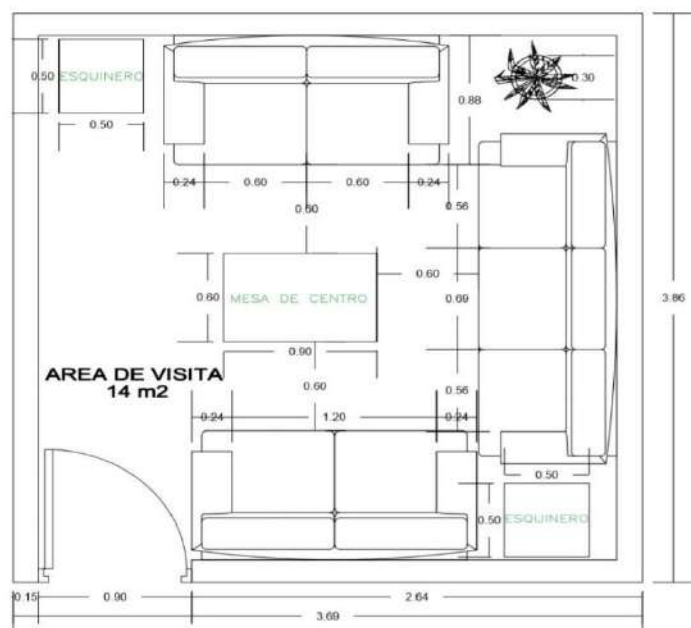
ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
TOPICO

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.66	2.71	1	7

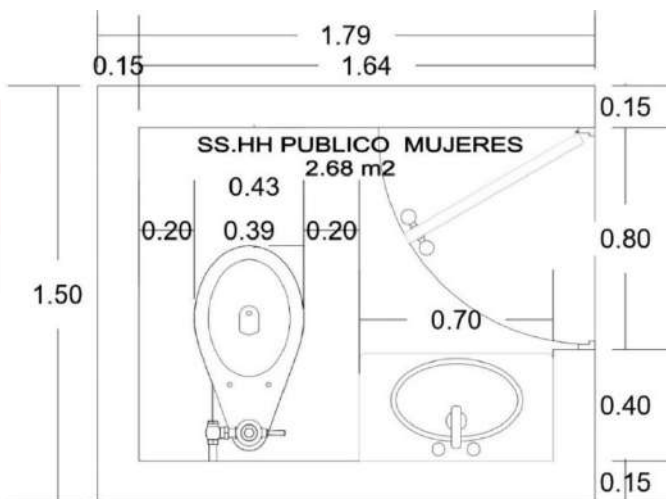


ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
ESTAR DE VISITA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.00	3.82	1	14

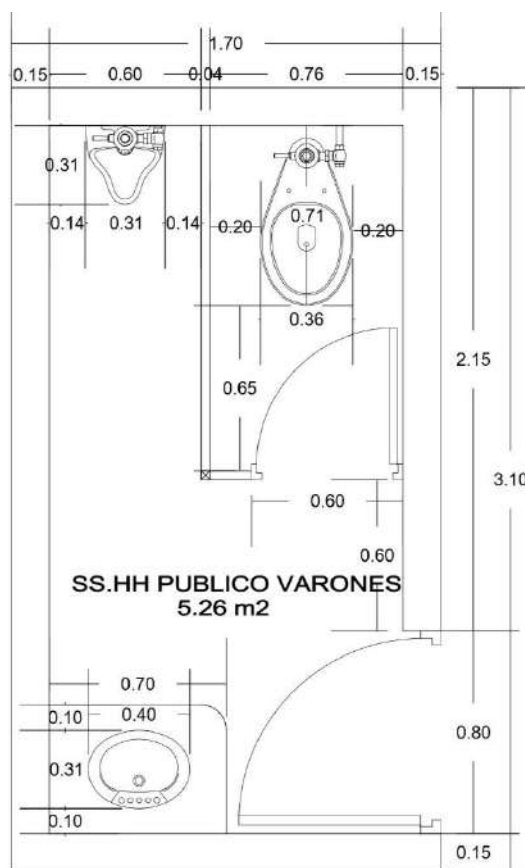


ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
SS.HH. PUBLICO DAMAS



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
1.50	1.79	1	2.68

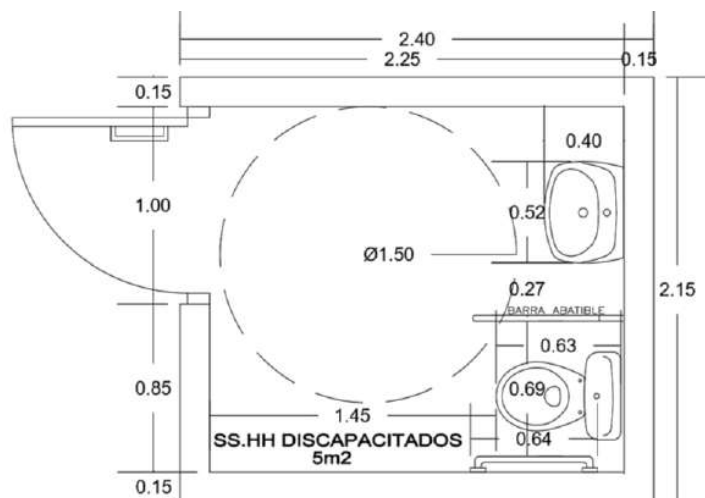
ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
SS.HH. PUBLICO VARONES



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.10	1.70	1	5.26

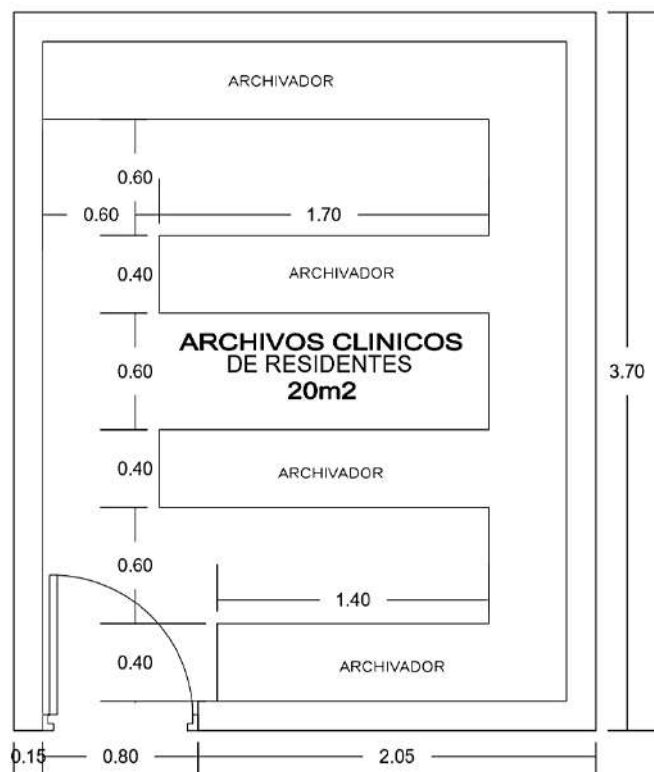
ZONA RESIDENCIA
SUBZONA ATENCION
SS.HH. PUBLICO

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.15	2.40	1	5



ZONA RESIDENCIA
SUBZONA MEDICA
ARCHIVOS CLINICOS

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.70	3	1	20



ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIOS

SALA DE ESTAR MEDICO

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.90	4.52	1	9



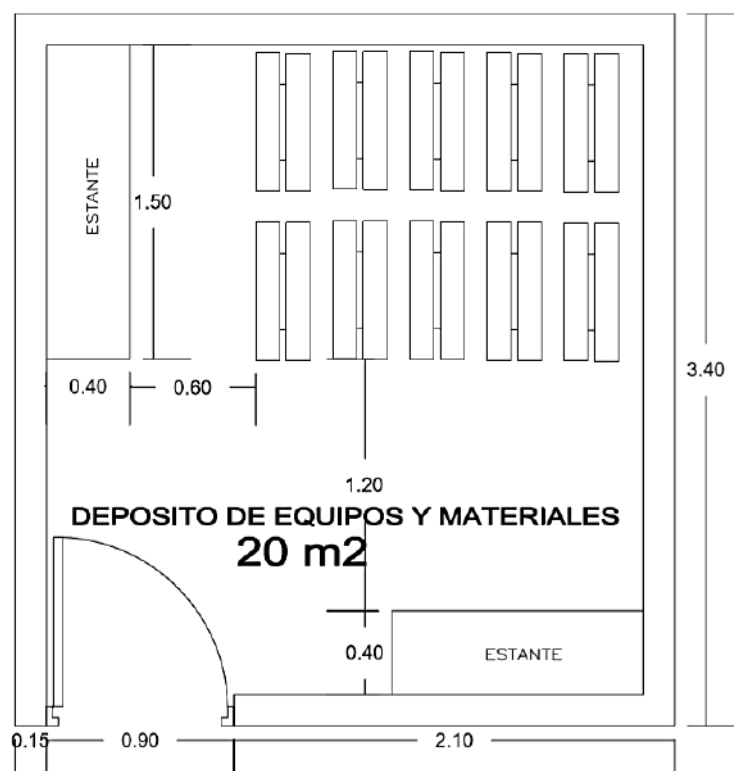
ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

DEPOSITO DE EQUIPO Y MATERIALES

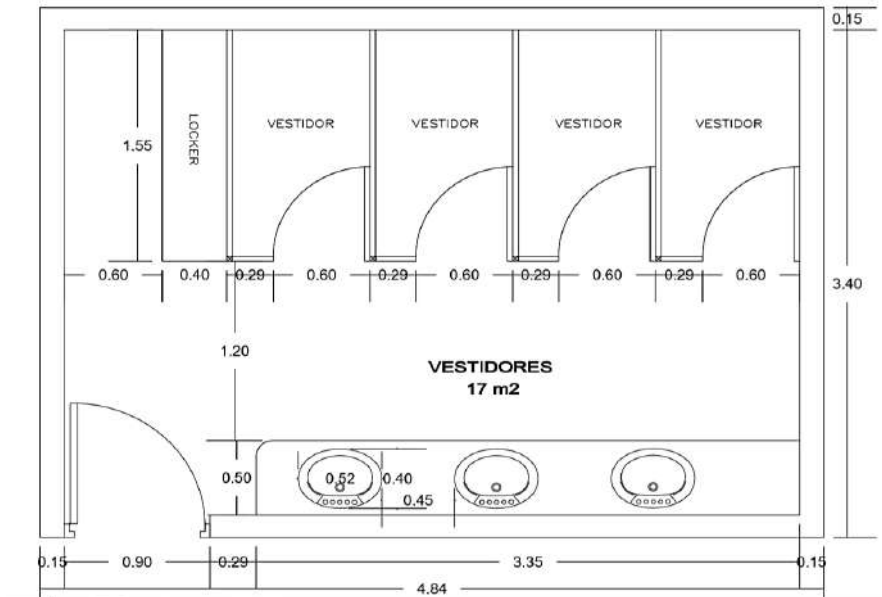
CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.40	3.25	1	20



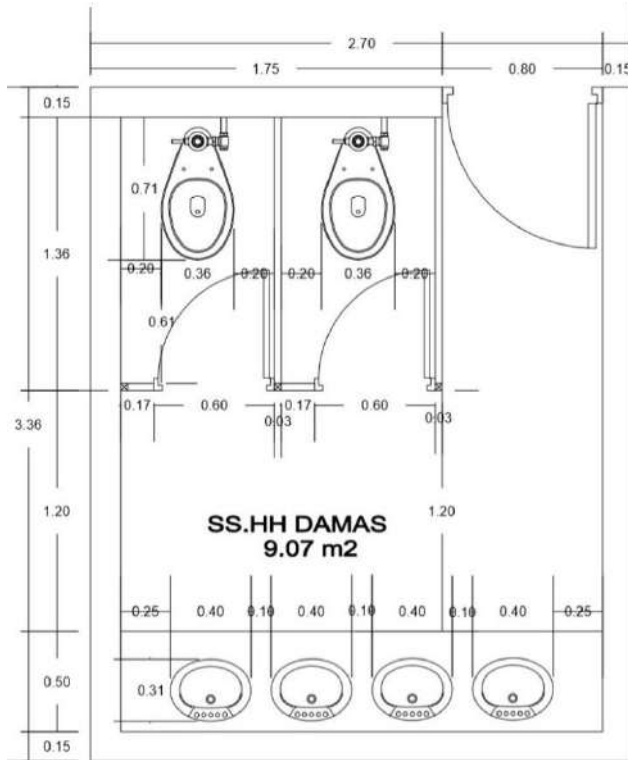
ZONA RESIDENCIA
 SUBZONA SERVICIO
 VESTIDORES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.40	4.84	1	17



ZONA RESIDENCIA
 SUBZONA SERVICIO
 SS. HH PERSONAL DE MUJERES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.36	2.70	1	9.07



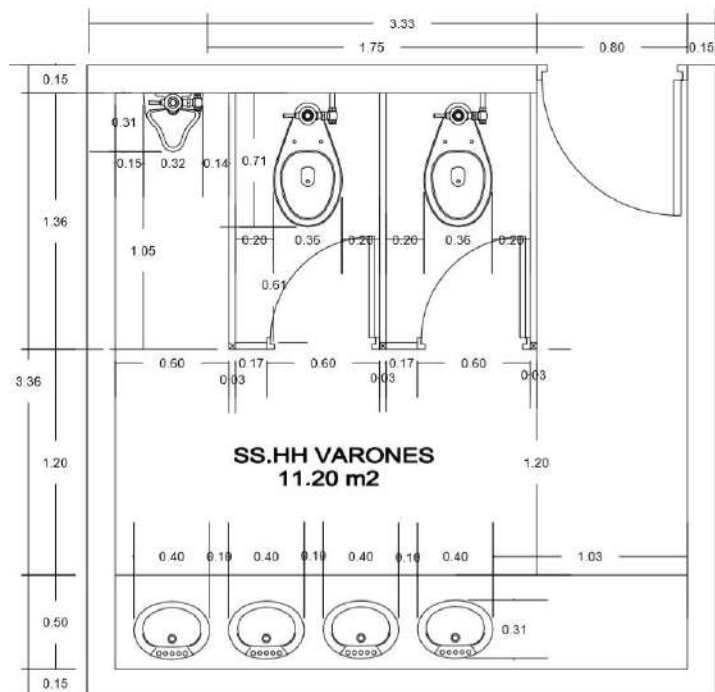
ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

SS. HH PERSONAL DE VARONES

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.36	3.33	1	11.20



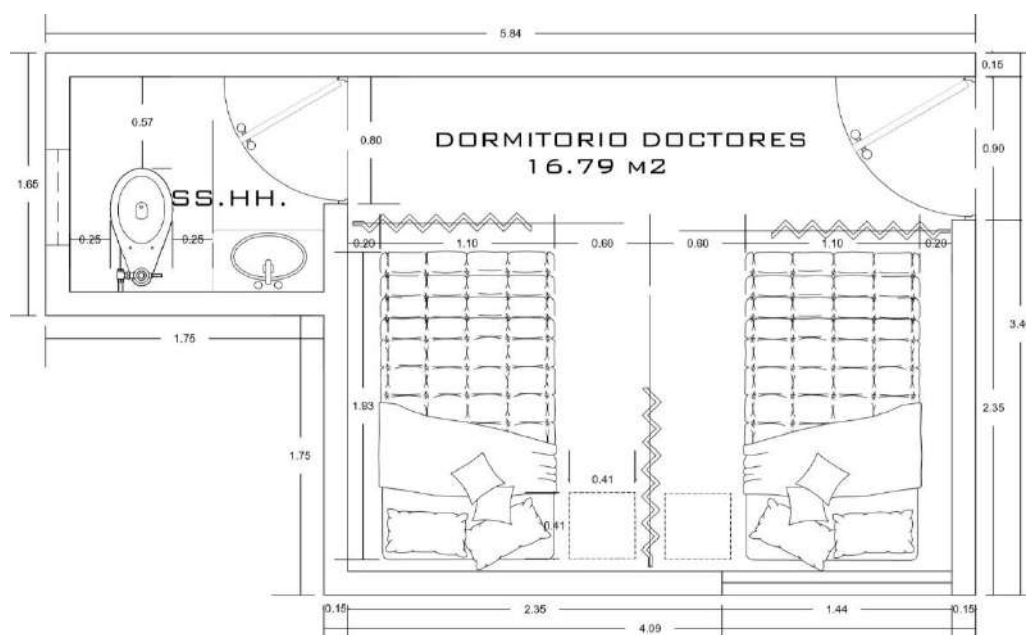
ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

DORMITORIO

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.40	5.84	1	16.79



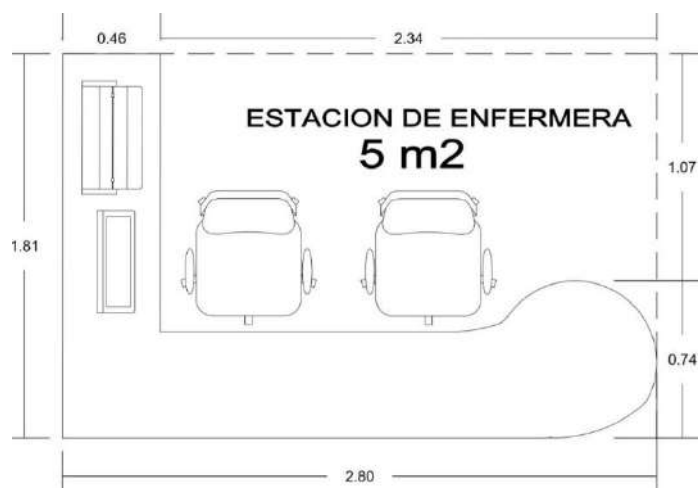
ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

ESTACION DE ENFERMERIA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
1.81	2.80	1	5



ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

DORMITORIO

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.85	2.64	1	7.5

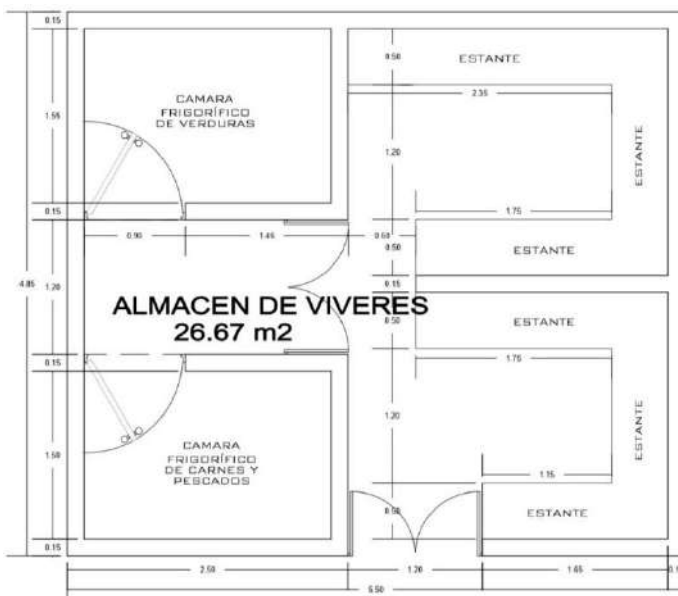


ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

CUARTO DE LIMPIEZA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.85	5.50	1	26.67



ZONA RESIDENCIA

SUBZONA SERVICIO

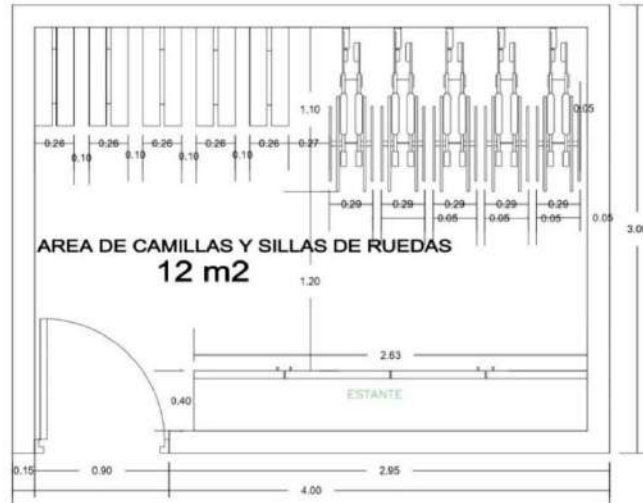
CUARTO DE LIMPIEZA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.00	2.10	1	4.20



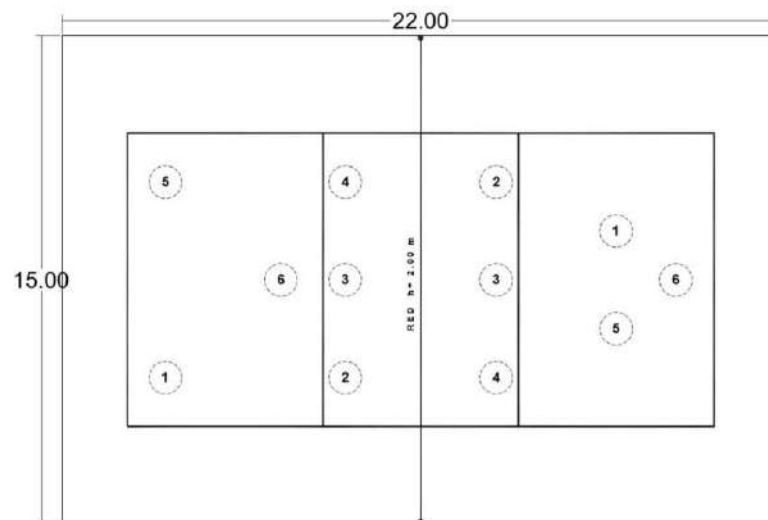
ZONA RESIDENCIA
SUBZONA SERVICIO
AREA DE CAMILLAS Y SILLAS DE RUEDAS

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.00	4.00	1	12



ZONA RESIDENCIA
SUBZONA RECREATIVA
CANCHA MULTIUSOS

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
15.00	22.00	1	329.75



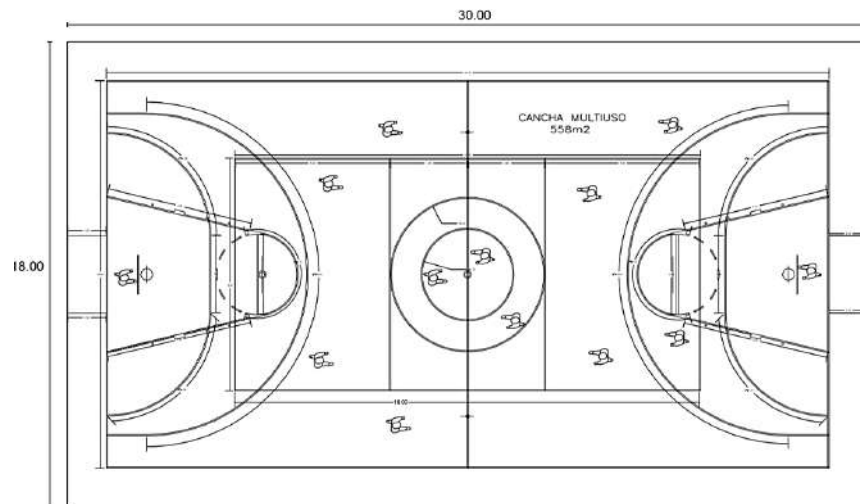
ZONA RESIDENCIA

SUBZONA RECREATIVA

CANCHA MULTIUSOS

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
18.00	30.00	1	558



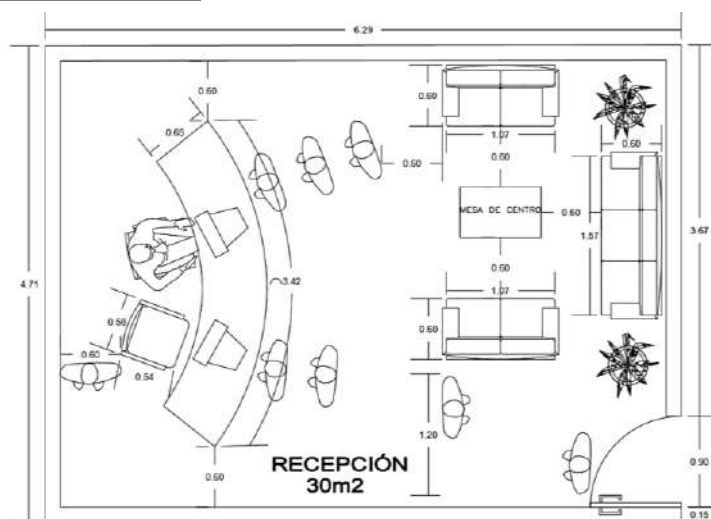
ZONA MÉDICA

SUBZONA ATENCION

RECEPCION

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.17	6.29	1	30



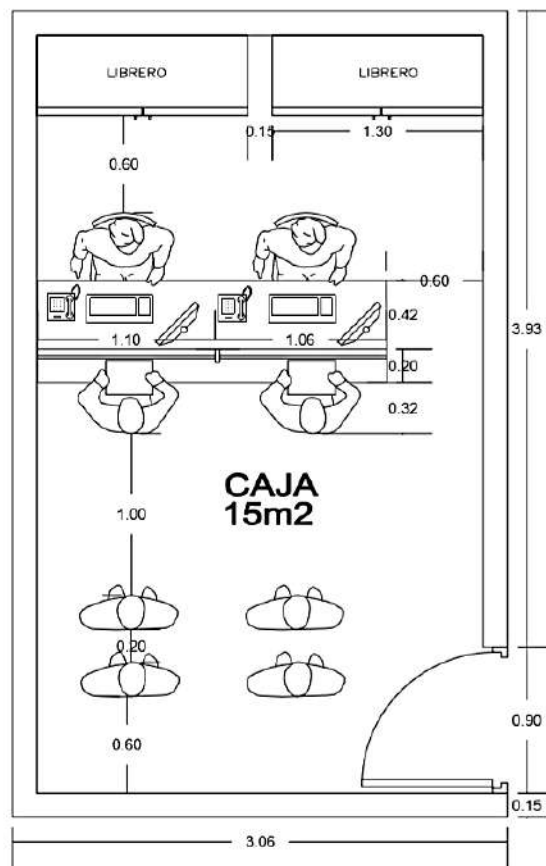
ZONA MÉDICA

SUBZONA ATENCION

CAJA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.98	3.06	1	15



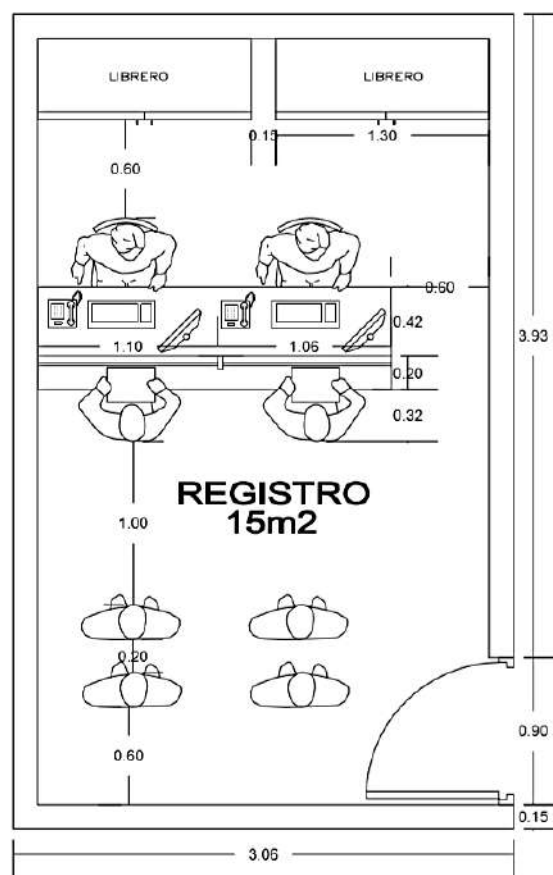
ZONA MÉDICA

SUBZONA ATENCION

REGISTRO

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.98	3.06	1	15



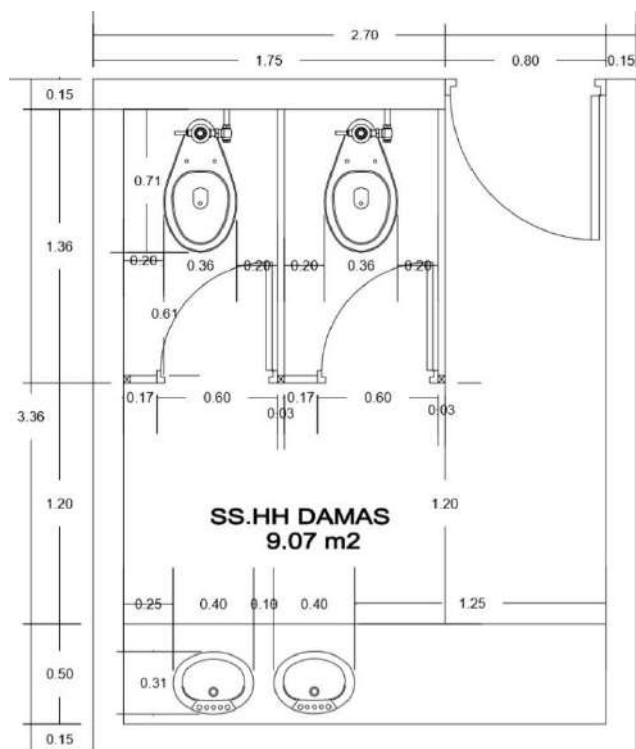
ZONA MÉDICA

SUBZONA ATENCION

SS.HH. PUBLICOS DAMAS

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.36	2.70	1	9.07



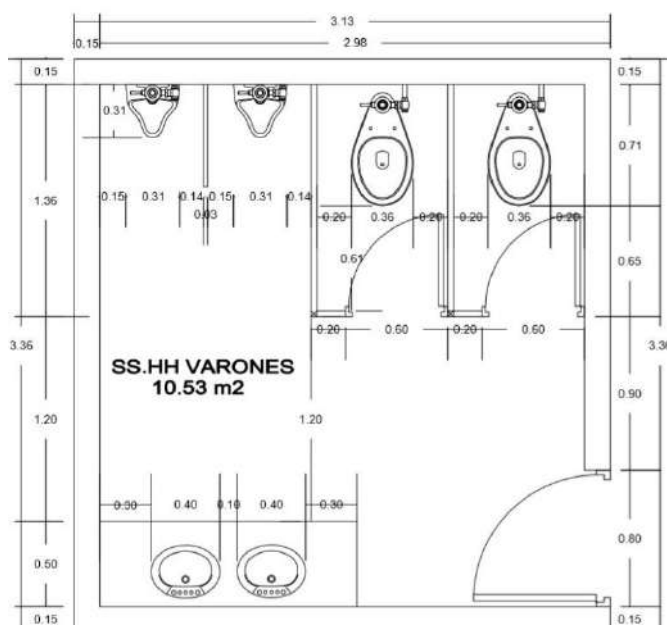
ZONA MÉDICA

SUBZONA ATENCION

SS.HH. PUBLICOS VARONES

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.36	3.13	1	10.53



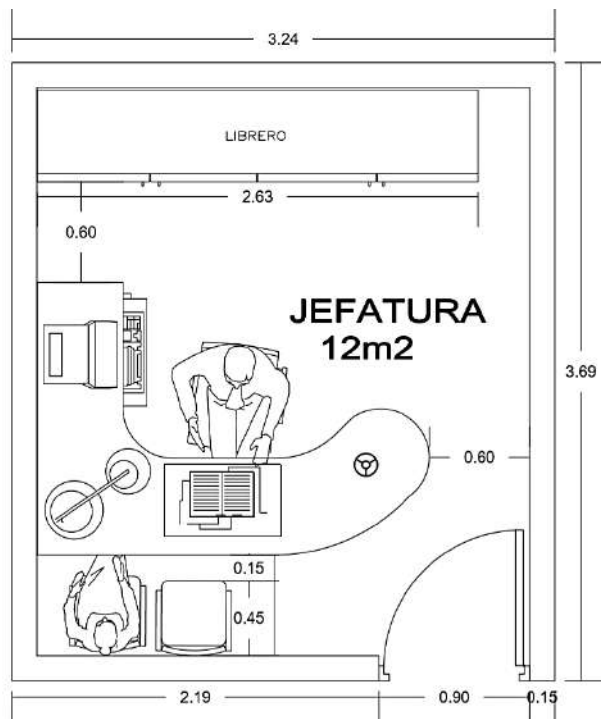
ZONA MÉDICA

SUBZONA MÉDICA

JEFATURA MEDICA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.69	3.24	1	12



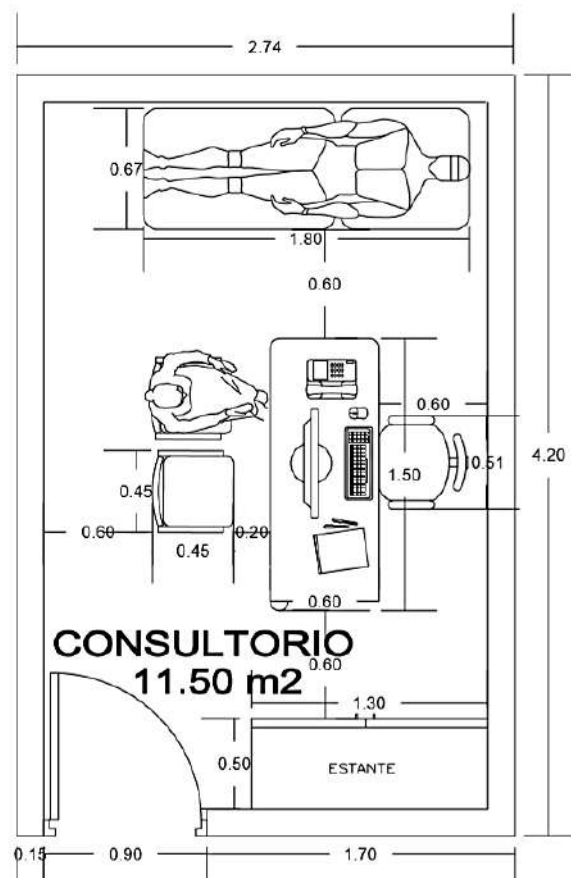
ZONA MÉDICA

SUBZONA MÉDICA

TRIAGE

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.20	2.74	1	11.50



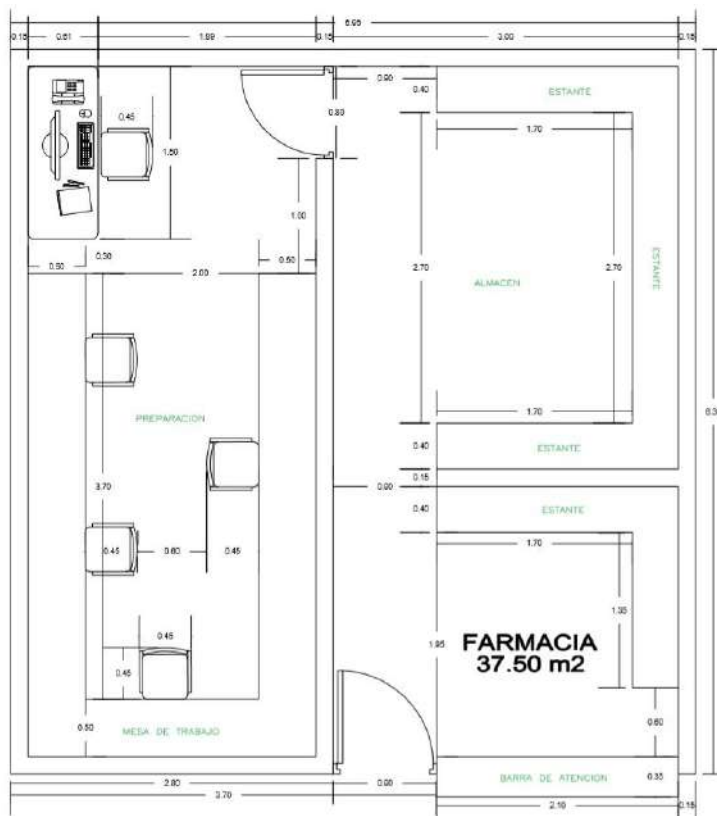
ZONA MÉDICA

SUBZONA MÉDICA

FARMACIA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
6.30	5.95	1	37.50



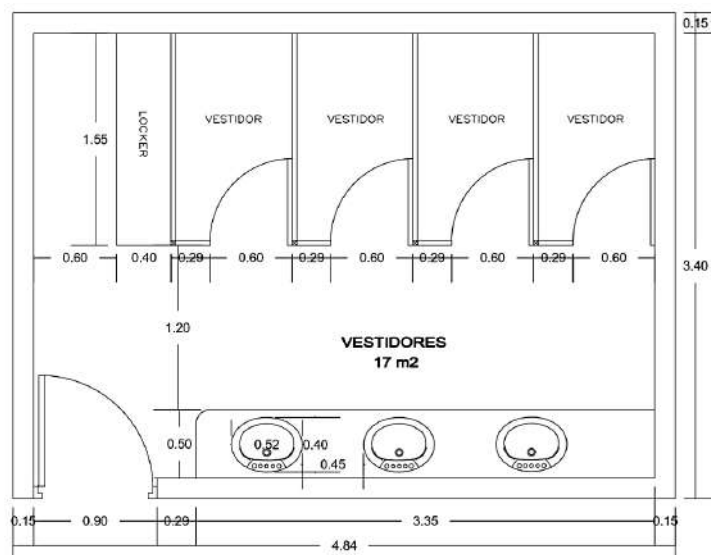
ZONA MÉDICA

SUBZONA SERVICIOS

VESTIDOR DEL PERSONAL

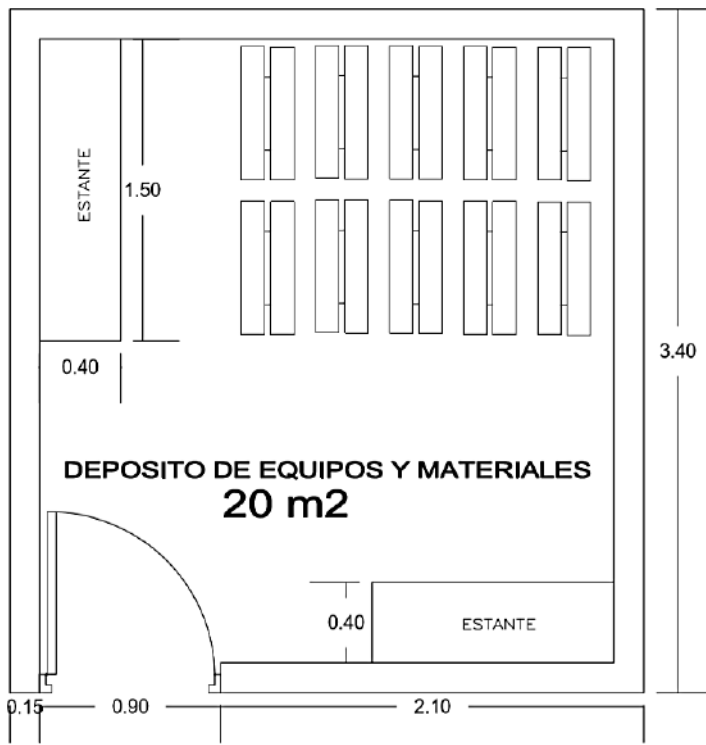
CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.40	4.84	1	17



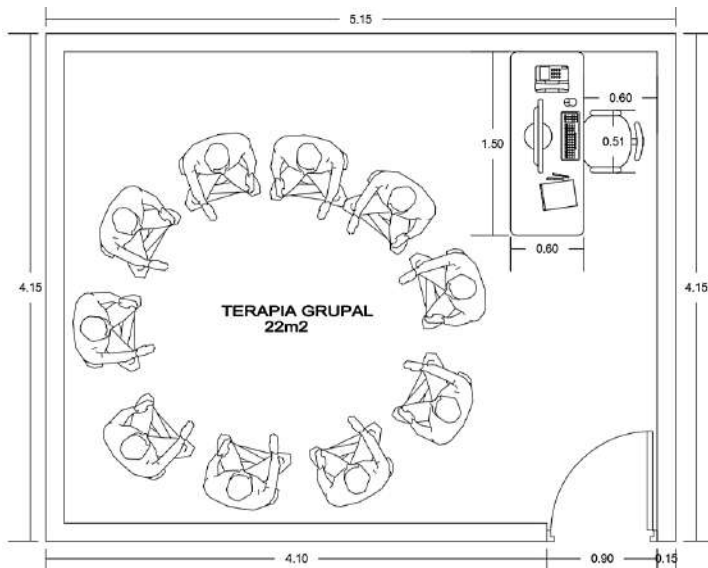
ZONA MÉDICA
SUBZONA SERVICIOS
DEPOSITO DE EQUIPOS Y MATERIALES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.40	3.15	1	20



ZONA MÉDICA
SUBZONA MÉDICA
SALA DE TERAPIAS GRUPALES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.15	5.15	1	22



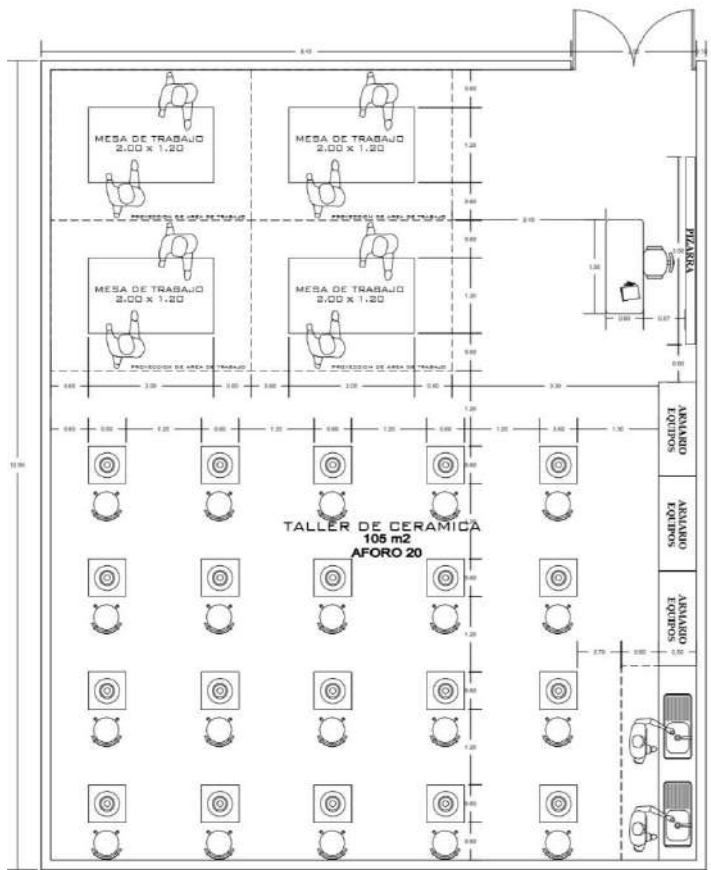
ZONA EDUCATIVA

SUBZONA EDUCATIVA

TALLER DE CERÁMICA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
12.90	8.45	1	105



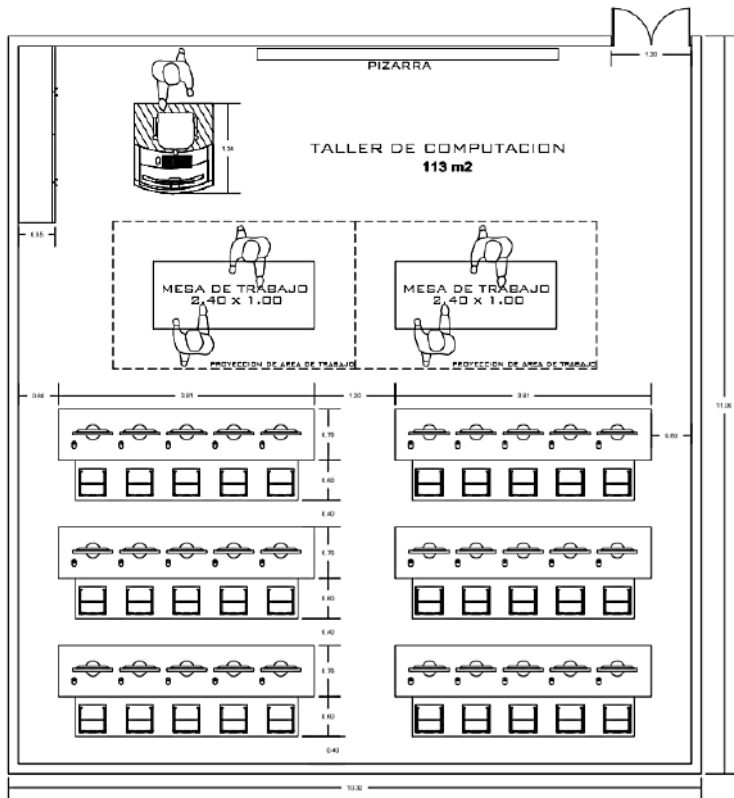
ZONA EDUCATIVA

SUBZONA EDUCATIVA

TALLER DE COMPUTACIÓN

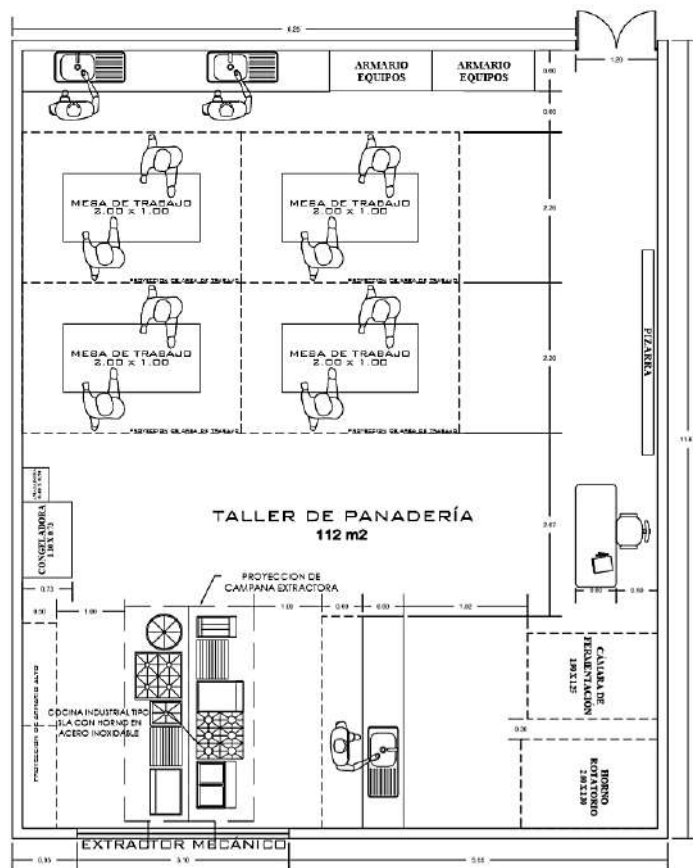
CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.98	3.06	1	105



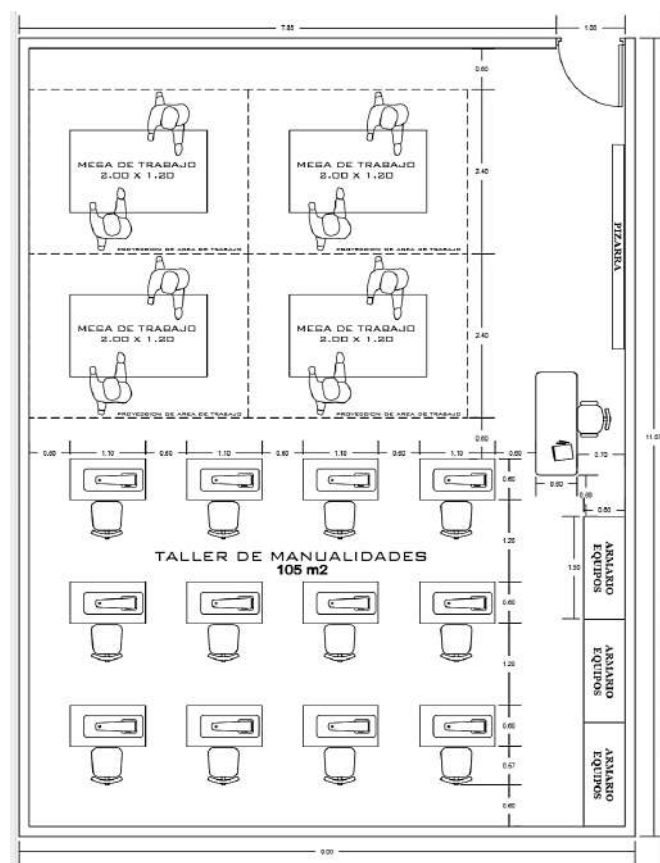
ZONA EDUCATIVA
SUBZONA EDUCATIVA
TALLER DE PANADERIA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
11.67	7.60	1	112



ZONA EDUCATIVA
SUBZONA EDUCATIVA
TALLER DE MANUALIDADES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
11.67	9.00	1	105



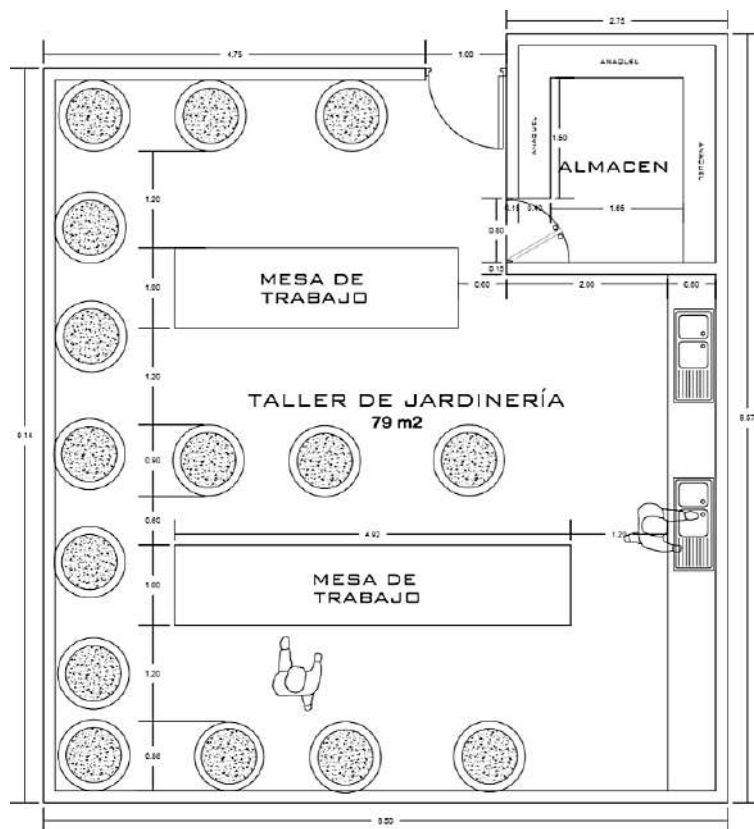
ZONA EDUCATIVA

SUBZONA EDUCATIVA

TALLER DE JARDINERIA

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
9.57	8.50	1	79



ZONA EDUCATIVA

SUBZONA SERVICIOS

SALA DE PROFESORES

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.49	2.96	1	3.53



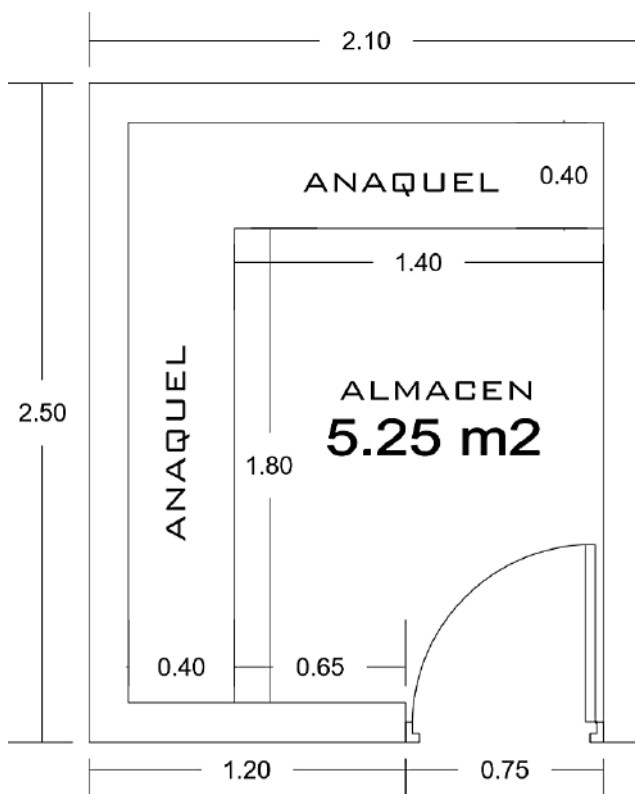
ZONA EDUCATIVA

SUBZONA SERVICIOS

ALMACEN

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.50	2.10	1	5.25



ZONA EDUCATIVA

SUBZONA SERVICIOS

CUARTO DE LIMPIEZA

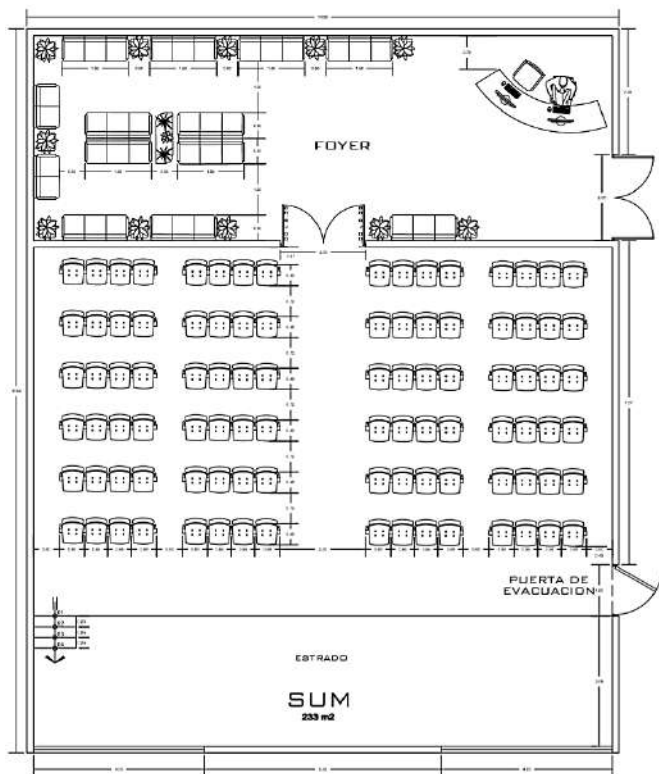
CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.00	2.10	1	4.20



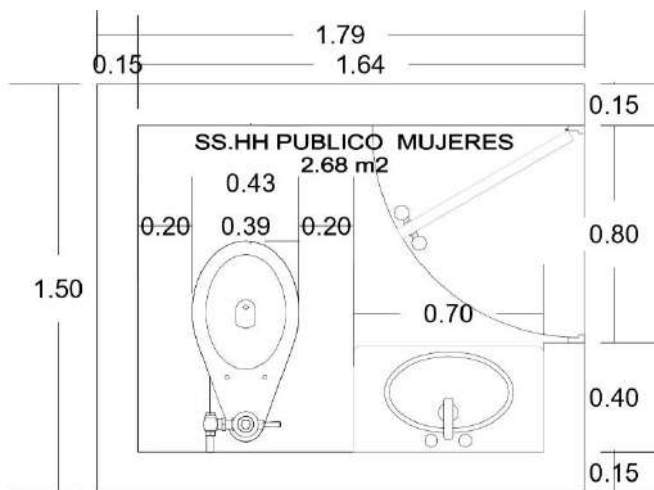
ZONA EDUCATIVA
SUBZONA SERVICIOS
SALA DE USOS MULTIPLES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
16.92	13.82	1	233



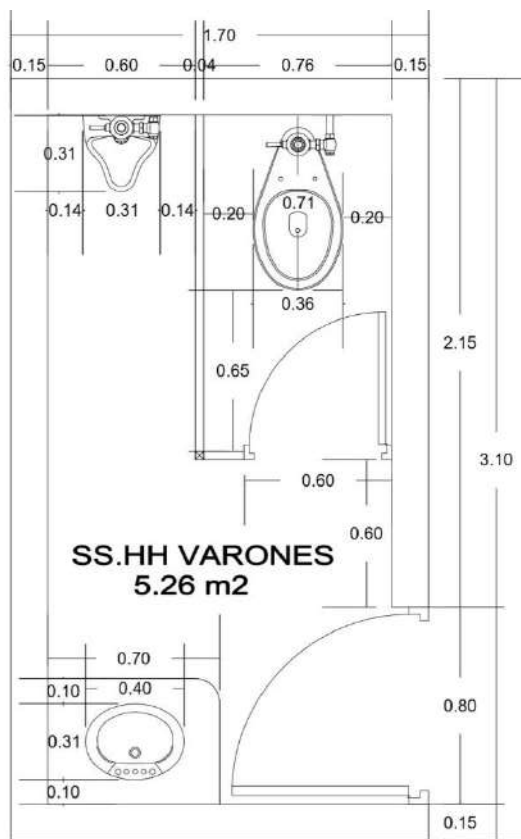
ZONA EDUCATIVA
SUBZONA SERVICIOS
SS.HH. DAMAS

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.05	2.10	1	6.50



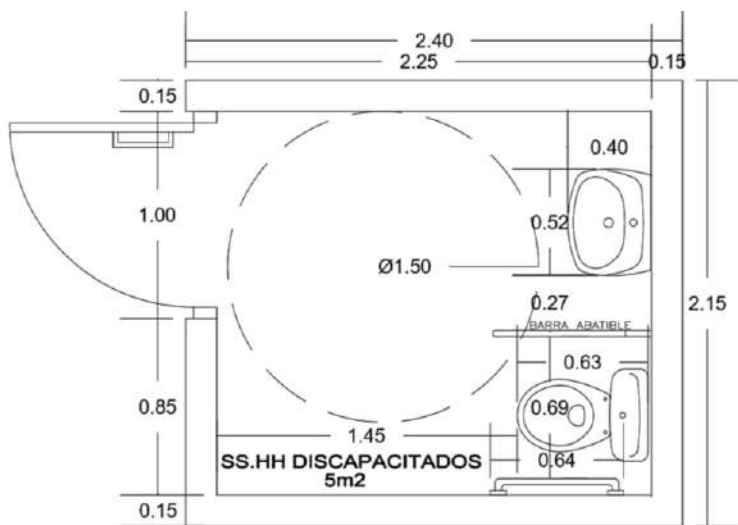
ZONA EDUCATIVA
SUBZONA SERVICIOS
SS.HH. VARONES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.05	2.10	1	5.26

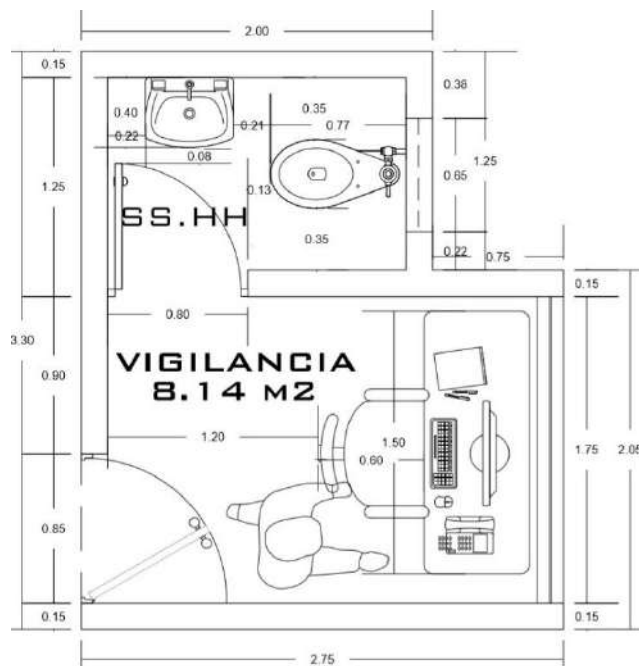


ZONA EDUCATIVA
SUBZONA SERVICIOS
SS.HH. DISCAPACITADOS

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.15	2.40	1	5

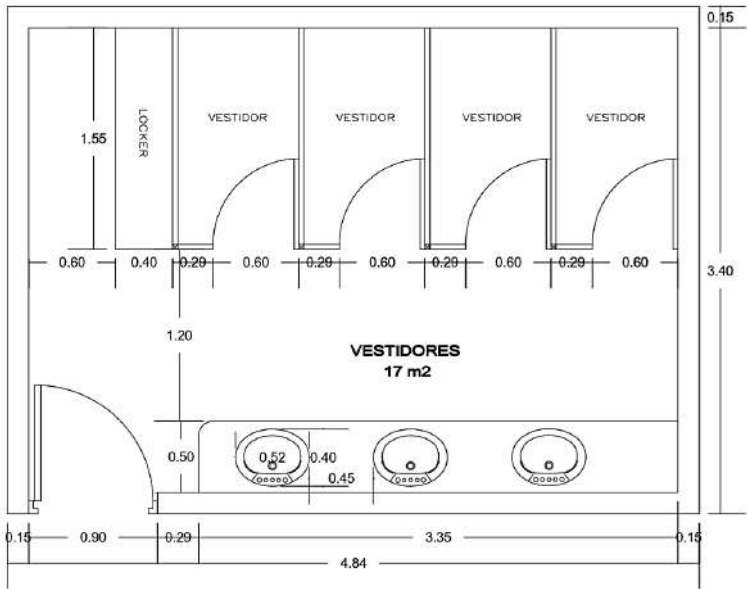


ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO
 SUBZONA ACCESO
 MÓDULO DE VIGILANCIA



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.30	2.75	1	8.14

ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO
 SUBZONA ACCESO
 VESTIDORES DEL PERSONAL



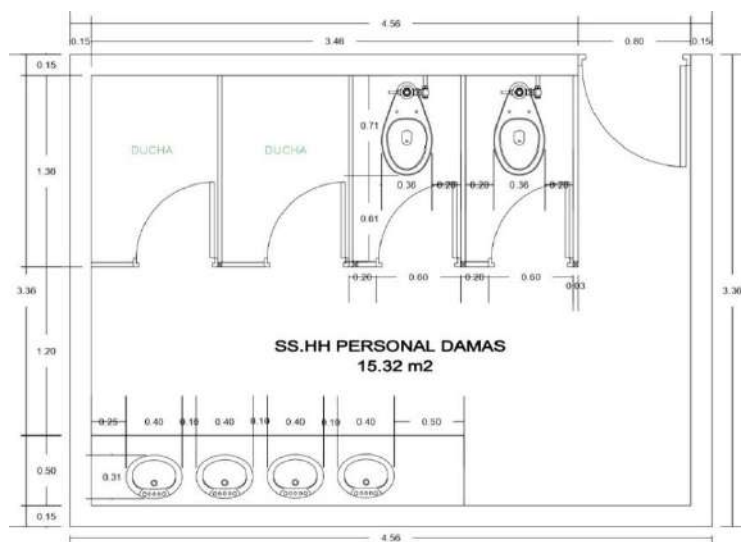
CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.55	4.84	1	17

ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO

SUBZONA ACCESO

SS.HH. DAMAS

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.36	4.56	1	15.32

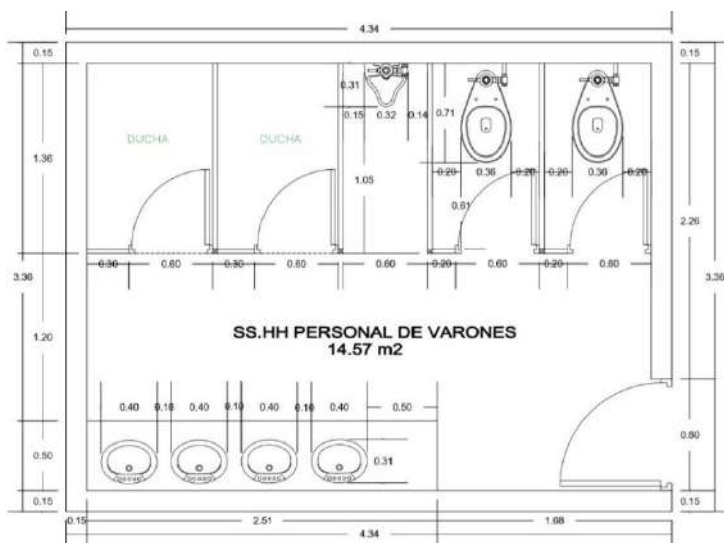


ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO

SUBZONA ACCESO

SS.HH. VARONES

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.05	2.10	1	6.50



ZONA DE SERVICIO Y

SUBZONA MANTENIMIENTO

CUARTO DE DEPOSITO

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.40	3.15	1	4.38



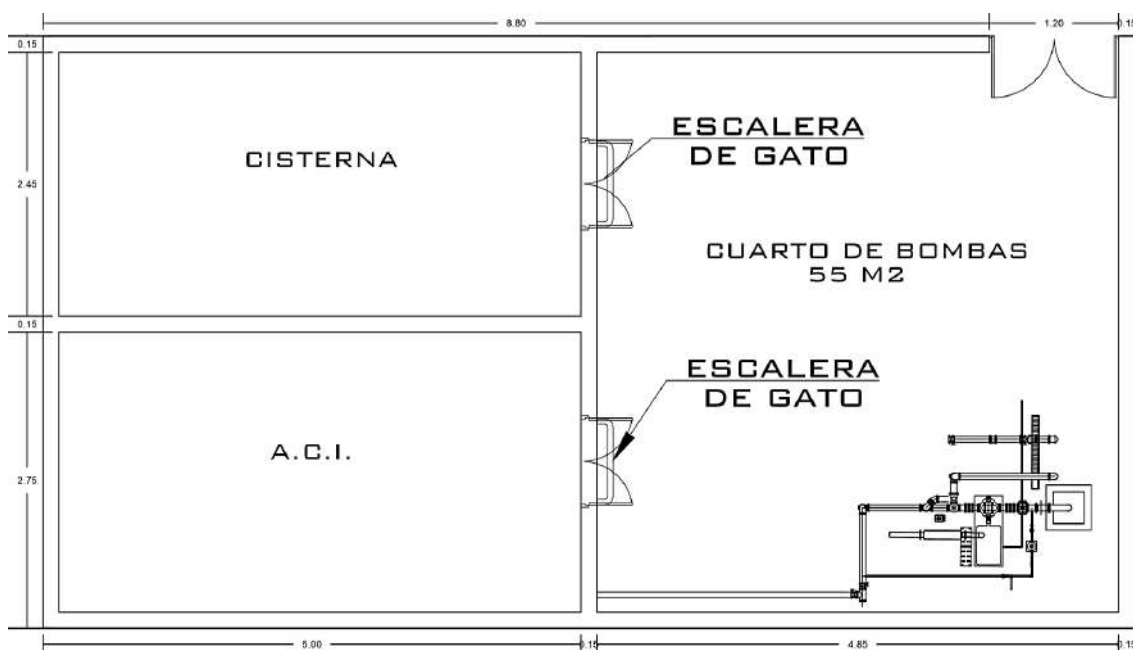
ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO

SUBZONA MANTENIMIENTO

CUARTO DE BOMBAS

CUADRO DE AREAS

LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
5.50	8.80	1	55



ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO

SUBZONA MANTENIMIENTO

CUARTO DE MANTENIMIENTO



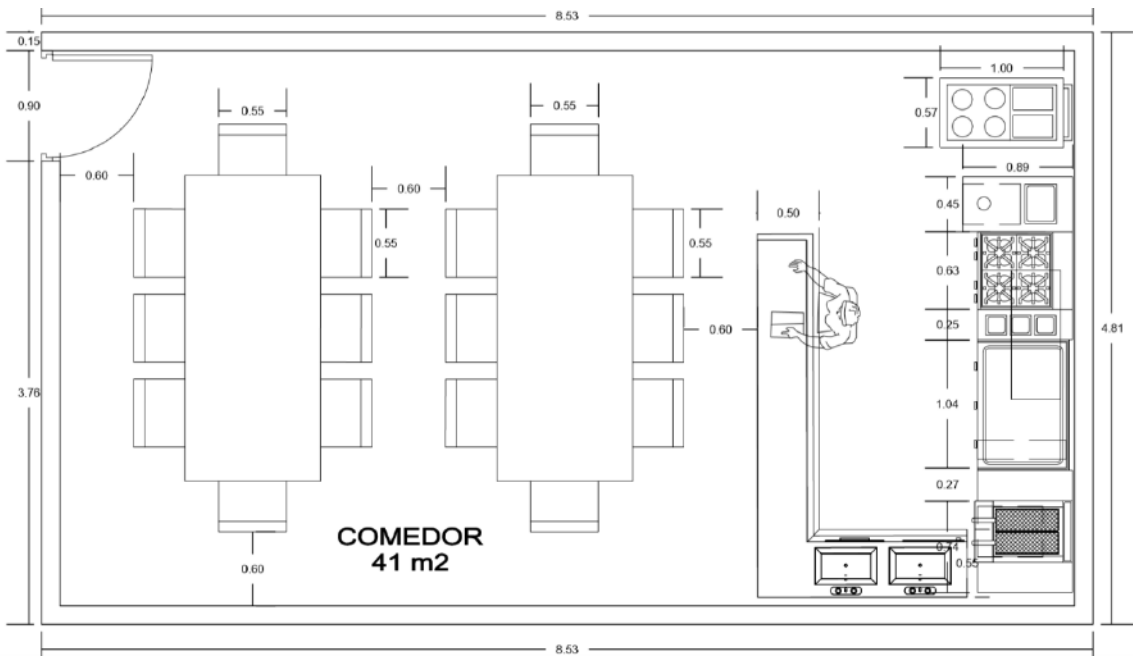
CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
3.00	3.50	1	10.50

ZONA DE SERVICIO Y

SUBZONA SERVICIOS

COMEDOR DEL PERSONAL

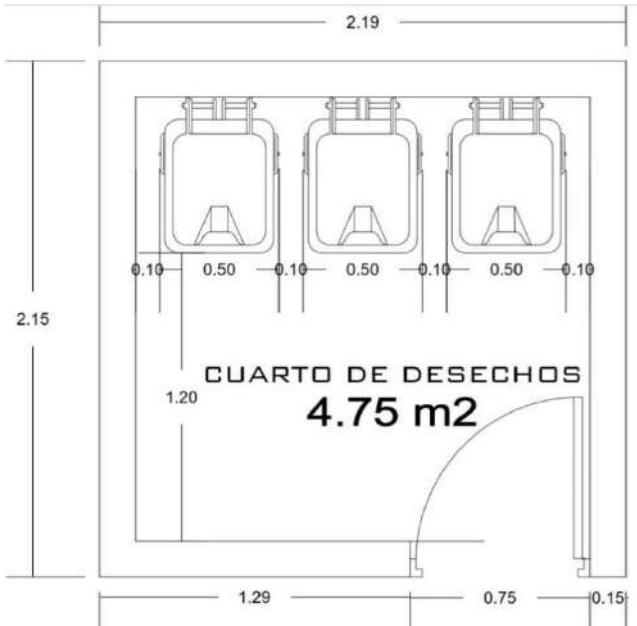
CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
4.81	8.53	1	41



ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO

SUBZONA SERVICIOS

CUARTO DE DESECHOS

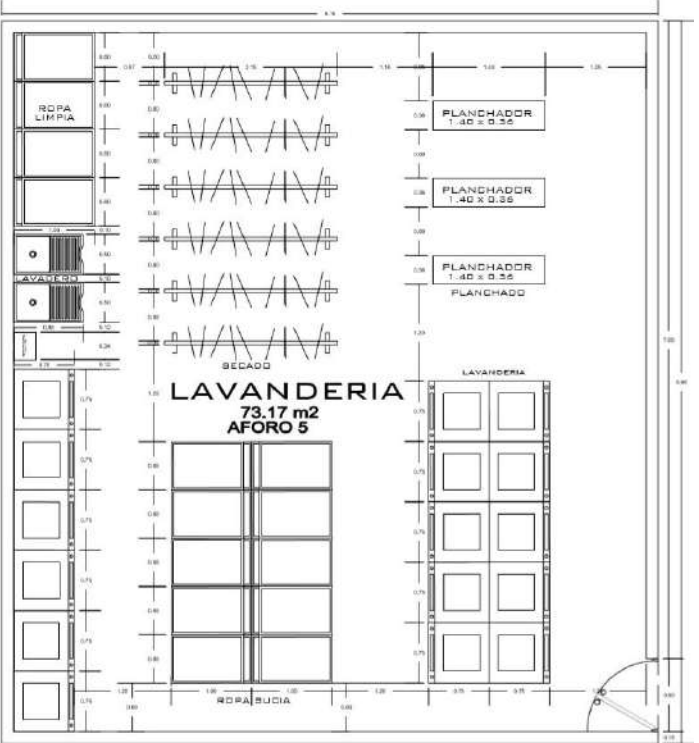


CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
2.50	2.50	1	4.75

ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO

SUBZONA SERVICIOS

LAVANDERIA



CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
8.98	8.15	1	73.17

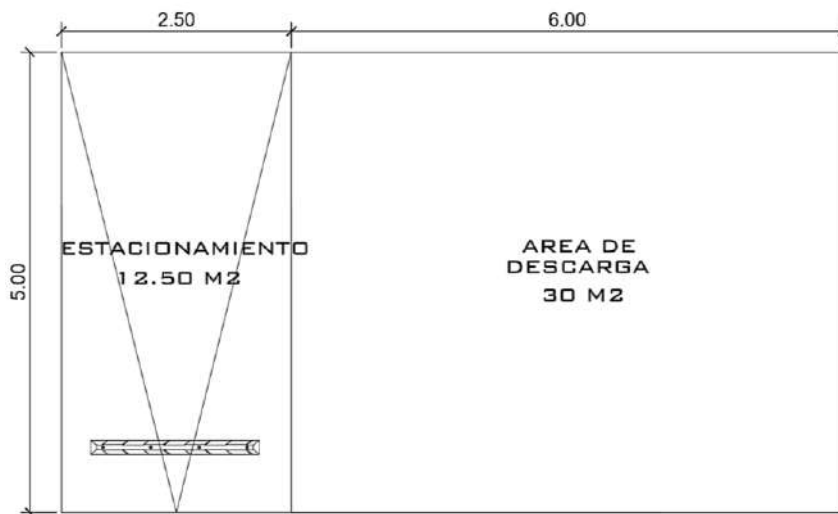
ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO
SUBZONA SERVICIOS
ESTACIONAMIENTO

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
5.00	2.50	1	12.50



ZONA DE SERVICIO Y MANTENIMIENTO
SUBZONA SERVICIOS
AREA DE CARGA Y DESCARGA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
5.00	6.00	1	30

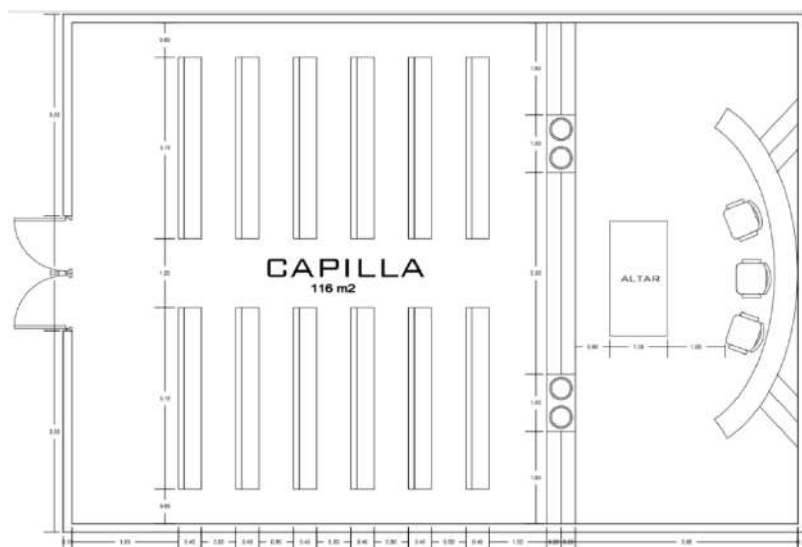


ZONA DE SERVICIOS

SUBZONA SERVICIOS

CAPILLA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
9.00	12.91	1	116

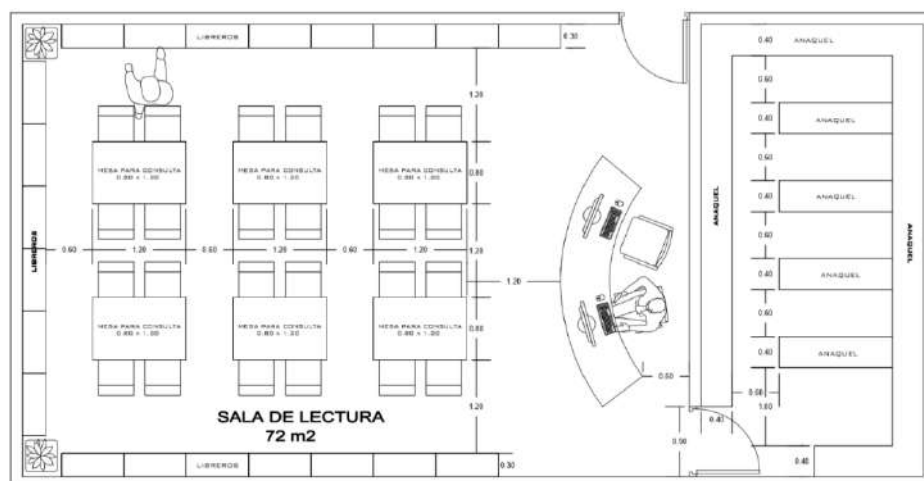


ZONA DE SERVICIOS

SUBZONA SERVICIOS

SALA DE LECTURA

CUADRO DE AREAS			
LARGO	ANCHO	CANTIDAD	AREA
6.10	11.85	1	72



1.1.4.3. de Resumen de la Matriz de espacios funcionales

ZONAS	SUB ZONAS	AMBIENTE	FUNCIÓN	ACTIVIDADES	USUARIO		MOBILIARIO	ÁREA
					T	P		
ZONA DE ADMINISTRACIÓN	ATENCIÓN	Recepción	recibir	informar	2	2	Módulo de recepción Mesa de Centro Sofás	24.00 m ²
		Sala de Espera	recibir	repcionar	7		Sofás Mesa de Centro Esquinero	14.00 m ²
		Tópico	atender	asistencia inmediata	1	1	Camilla	7.00 m ²
				brindar atención al paciente			Estante	
		SS.HH. público mujeres		necesidades fisiológicas	2		Inodoro	2.68 m ²
				asearse			Lavamanos	
		SS.HH. público varones		necesidades fisiológicas	2		Inodoro	5.26 m ²
				asearse			Lavamanos Urinarios	
		SS.HH. público discapacitados		necesidades fisiológicas	1		Barra Abatible	5.00 m ²
				asearse			Inodoros Lavamanos	
		Secretaría	recibir	informar	2	1	Escritorio Silla Armario	8.00 m ²
		Dirección + baño	recibir	atender	2	1	Escritorio Armario Silla Inodoro Lavamanos	17.00 m ²
		Archivos generales	almacenar	guardar	1	1	Archiveros Escritorio Silla	20.00 m ²
ADMINISTRATIVA	Oficina administrativa	recibir	atender	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas Archivero Cesto de basura Macetas	11.50 m ²	

Oficina de Contabilidad y tesorería	recibir	atender	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas Archivero Cesto de basura Macetas	11.50 m2
Oficina de Recursos humanos	Promover incorporación	Gestión administrativa de personal relaciones laborales beneficios sociales planificación de la planilla	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas Archivero Cesto de basura Macetas	11.50 m2
Oficina de Docencia	Gestión del proceso de evaluación académica	supervisa reporta evalúa coordina	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas Librero computadoras	11.50 m2
Oficina Médica	Gestión del proceso de evaluación médica	Dominio de procesos administrativos Producción de documentos médicos Manejo de personal médico	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas Librero computadoras	11.50 m2
Oficina de Enfermería	Se encarga de manejar al personal	Actualización de personal Registro de incidentes médicos conocer la normativa vigente que aplica a los establecimientos delicados a la prevención, tratamiento y control de adicciones.	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas Librero computadoras	11.50 m2
Oficina de Trabajo Social	Coordina todas las actividades externas del tratamiento	contactos con familias coordina visitas, talleres y encuentros familiares	2	1	Escritorio ejecutivo Sillas ejecutivas	11.50 m2

ZONA DE RESIDENCIA	SERVICIOS		calidad y calidez en el servicio de atención			Librero		
			promoción de los servicios con diferentes estrategias			computadoras		
		Oficina de Mantenimiento	Asegura de que todas las instalaciones y equipos	prevención	2	1	Escritorio ejecutivo	11.50 m2
				mantenimiento			Sillas ejecutivas	
							Librero	
							computadoras	
		SS.HH. del personal mujeres		necesidades fisiológicas asearse	1		Inodoros	2.68 m2
							Lavamanos	
		SS.HH. del personal varones		necesidades fisiológicas asearse	1		Inodoros	5.26 m2
							Lavamanos	
							Urinarios	
		Sala de juntas		reuniones exposiciones conferencias	1		Mesa de juntas	22.00 m2
							Macetero	
							Sillas ejecutivas	
		Sala de estar administrativo		platicar platicar leer	1		Sofás	9.00 m2
							Macetero	
		Kitchenette		cocinar	1		Mesa	14.00 m2
					Lavadero			
					Estufa			
Cuarto de limpieza		limpieza lavado	1		Estante	4.20 m2		
					Lavamopas			
Almacén		almacenar proteger custodia	1		Anaqueles	5.25 m2		
Recepción		informar	1	2	Módulo de recepción	24.00 m2		
		controlar			Mesa de Centro			
		gestionar			Sofás			
		coordinar			Librero			
Triaje	recibir	atención al paciente	1	1	Camilla	7.00 m2		
		clasifica la urgencia del paciente			Escritorio			
		asigna el recurso apropiado para el cuidado del problema			Silla			
					Librero			

		identificado en el paciente.				
	Tópico	recibir	asistencia inmediata	1	1	Camilla 7.00 m2
			brindar atención al paciente			Estante
	Área de visitas	recibir	esperar	7		Sofás Sillas 14.00 m2
			platicar leer			Mesa de centro
	SS.HH. público mujeres		necesidades fisiológicas	2		Inodoros Lavamanos 6.50 m2
	SS.HH. público varones		necesidades fisiológicas	2		Inodoros Lavamanos 6.50 m2
			asearse			Urinarios
	SS.HH. público discapacitados		asearse	1		Inodoros Barra Abatible 5.00 m2
			necesidades fisiológicas			Lavamanos
	Sala de estar médico	descansar	esperar	31		Sofás Sillas 9.00 m2
			leer			Mesa de centro
			descansar			
	Depósito de equipos y materiales	almacenar	guardar	1		Estante 20.00 m2
	Vestidores	vestirse	cambiarse	4		Lockers Lavadero 17.00 m2
	SS.HH. del personal mujeres		necesidades fisiológicas	2		Lavadero 9.07 m2
			asearse			Inodoro
	Dormitorios médicos de turno + baños	descansar	dormir	2		Cama Velador Lavadero Inodoro 20.00 m2
	SS.HH. del personal varones		necesidades fisiológicas	2		Lavadero Inodoro 11.20 m2
			lavarse			Mingitorio
	Estación de enfermería	informar	recepcionar	2	2	Escritorio Sillas 18.00 m2
	Dormitorio	descansar	dormir		2	Cama Ropero 16.00 m2
	Baños + duchas	ducharse	asearse	4		Lavadero Inodoro 28.00 m2
	Comedor	alimentarse	servir	16		Mesas Cocina Barra de servir 41.00 m2
	Cuarto de limpieza	almacenar	limpieza		1	Estante Lavamopas 5.25 m2

SERVICIOS

ZONA MÉDICA	RECREATIVA	Área de camillas y sillas de ruedas	almacenar	guardar	1	Estante	20.00 m ²	
		Cancha de Voley	recreación		12	1	Red de voleibol	329.75 m ²
		Cancha Multiusos	recreación	jugar	12	1	Portería multiusos	558.00 m ²
		Gimnasio	entrenar	entrenar	9	1	Caminadora bicicleta eléctrica Banco de Pesas	74.50 m ²
		Sala de Ping Pong	recreación	jugar	16	1	Mesa de juego	53.00 m ²
	Recepción	recibir	informar controlar gestionar coordinar	2	2	Módulo de recepción Mesa de Centro Sofás	24.00 m ²	
	Caja	recibir	atender	2	2	Módulo de recepción Librero	15.00 m ²	
	Registro	recibir	registrarse	2	2	Librero Módulo de recepción	15.00 m ²	
	Archivos clínicos	almacenar	guardar	1		Archivador	20.00 m ²	
	Sala de Espera	recibir	esperar leer	7		Mesa de centro Sofás Macetero	14.00 m ²	
	SS.HH. público mujeres		necesidades fisiológicas asearse	2		lavadero inodoro	9.07 m ²	
	SS.HH. público varones		necesidades fisiológicas asearse	2		lavadero inodoro Mingitorio	10.53 m ²	
	SS.HH. público discapacitados		necesidades fisiológicas asearse	1		lavadero inodoro Barra Abatible	5.00 m ²	
	Área de camillas y sillas de ruedas	almacenar	guardar	1		Estantes	12.00 m ²	
	Jefatura Médica	recibir	supervisa controlar coordina	1	1	Escritorio Sillas Librero	11.50 m ²	
	triaje	recibir	atención al paciente	3	1	Escritorio	13.00 m ²	

		clasifica la urgencia del paciente			Sillas	
		asigna el recurso apropiado para el cuidado del problema identificado en el paciente.			Librero	
					Camillas	
Tópico	recibir	asistencia inmediata	1	1	Escritorio	7.00 m2
		brindar atención al paciente			camilla	
Consultorio de Psiquiatría	recibir	atender	1	1	Escritorio	11.50 m2
		diagnosticar			Sillas	
		tratamiento			Librero	
		prevención			Camillas	
Médico General	recibir	diagnosticar	1	1	Escritorio	11.50 m2
		cuidar			Sillas	
		refiere a los pacientes con especialistas			Librero	
					Camillas	
Consultorio de Psicología	recibir	atención individual	1	1	Escritorio	11.50 m2
		prevención				
		terapia individual				
		diagnóstico				
Consultorio de prevención y promoción		prevenir	1	1	Sillas	11.50 m2
		informar			Librero	
		difundir			Camillas	
		orientar			Escritorio	
Consultorio de consejería	recibir	ayuda a la toma de decisiones	1	1	Escritorio	11.50 m2
		construye un vínculo de confianza entre el médico y el paciente			Sillas	
		informa			Librero	
		orienta			Camillas	
Farmacia	recibir	vender	2	5	Escritorio	37.50 m2
					Sillas	
					Estantes	
Archivos Clínicos residentes	almacenar	resguardar expedientes	1		Archivador	20.00 m2
		planificación de las posteriores atenciones				
Consultorio de consejería residencia	atender	ayuda a la toma de decisiones	1	1	Escritorio	11.50 m2
					Silla	
					Librero	

			orienta					
			construye un vínculo de confianza entre el médico y el paciente					
	Consultorio de Psicoterapia	recibir	atender	1	1	Camilla Escritorio Silla Librero	11.50 m ²	
	Sala de terapias grupales	aprender	reunirse	10	1	Escritorio	22.00 m ²	
	Sala de estar médico	recibir	esperar leer Descansar	12		Mesa de centro Sofás Macetero	9.00 m ²	
	Kitchenette	preparar	cocinar	6		Cocina Mesa Silla	14.00 m ²	
SERVICIOS	Vestidores del personal	vestirse	cambiarse	4		lavadero lockers	17.00 m ²	
	SS.HH. del personal mujeres		necesidades fisiológicas asearse	2		lavadero inodoro	9.07 m ²	
	SS.HH. del personal varones		necesidades fisiológicas asearse	4		lavadero inodoro Mingitorio	11.20 m ²	
	Depósito de equipos y materiales	almacenar	guardar lavado	1		estantes lavamopas	20.00 m ²	
	Cuarto de limpieza	almacenar	limpieza	1		estantes lavamopas	4.20 m ²	
	Taller de cerámica	aprender	expresar su creatividad creación de objetos	20	1	mesas lavaderos	133.00 m ²	
	Taller de cómputo	aprender	aprendizaje interactúa con la tecnología	30	1	escritorios computadoras	113.00 m ²	
ZONA EDUCATIVA	EDUCATIVA	Taller de panadería	aprender	aprendizaje culinario	15	1	maquinas mesas	112.00 m ²
		Taller de Manualidades	aprender	formación	15	1	maquinas mesas	105.00 m ²
		Taller de Jardinería	aprender	formación aprendizaje podar las plantas	15	1	mesas maceteros lavaderos	79.00 m ²
		SS. HH Discapacitado		necesidades fisiológicas asearse	1		inodoro lavadero Barra Abatible	5.00 m ²
		S.HH. Varones		necesidades fisiológicas	4		inodoro Mingitorio	10.53 m ²

SERVICIOS			asearse			lavadero	
	Estar de profesores	recibir	esperar	5		sofás	3.53 m2
	Almacén	almacenar	almacenar	1		maceteros	
	Cuarto de limpieza	almacenar	limpieza	1		estantes	5.25 m2
	Sala de usos múltiples	recibir	formación	96	1	lavamopas	4.20 m2
	SS.HH. del personal mujeres	necesidades fisiológicas		2		estantes	
	SS.HH. del personal varones	necesidades fisiológicas		2		lavadero	2.68 m2
		asearse				inodoro	
	SS.HH. Discapacitado	necesidades fisiológicas		1		lavadero	5.26 m2
		asearse				inodoro Mingitorio	
ACCESO	Módulo de vigilancia	vigilar	cuidar		1	escritorio	8.14 m2
	Vestidores del personal	vestirse	cambiarse	4		lockers	17.00 m2
	SS.HH. del personal mujeres	asearse		4		lavadero	15.32 m2
	SS.HH. del personal varones	necesidades fisiológicas		5		inodoro	
		necesidades fisiológicas				lavadero	14.57 m2
MANTENIMIENTO	Cuarto de limpieza	almacenar	limpieza	1		estante	4.20 m2
	Cuarto de depósito	almacenar	almacenar	1		lavamopas	4.38 m2
	Cuarto de bombas	almacenar	proteger	1		estante	50.00 m2
	Cuarto de extracción de aire con CO2	almacenar	proteger	1		estante	10.50 m2
	Cuarto de computo, cable e internet	almacenar	proteger	1		estante	10.50 m2
	Cuarto de electrógeno	almacenar	proteger	1		estante	10.50 m2
	Subestación	almacenar	proteger	1		estante	10.50 m2
	Cuarto de tableros	almacenar	proteger			estante	10.50 m2
	Taller de mantenimiento y reparación	almacenar	proteger	1		estante	10.50 m2

ZONA DE SERVICIOS Y MANTENIMIENTO

SERVICIOS	Estacionamiento	recibir	aparcar	1		auto	1425.00 m ²		
	Patio de Maniobras	recibir	aparcar	1			242.00 m ²		
	Área de carga y descarga	recibir	abastecer	1			15.00 m ²		
	Comedor del personal	cocinar	alimentarse	16		comedor	41.00 m ²		
	Cocina	cocinar	preparar	2		cocina	82.00 m ²		
	Cuarto de desechos	almacenar	guardar	1		tachos	6.25 m ²		
	Lavandería	lavar	lavar	4		maquinas	73.17 m ²		
ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	RECREATIVA	Capilla	predicar	orar	48	4	Bancos Mesa	116.00 m ²	
		Sala de lectura	aprender	leer	24	2	Mesas Sillas Escritorio Librero Macetero	120.00 m ²	
		SS. HH Varones		necesidades fisiológicas asearse		2	inodoro lavadero Urinarios	5.26 m ²	
		SS. HH Discapacitado		necesidades fisiológicas asearse		1	inodoro lavadero Barra Abatible	5.00 m ²	

Elaboración: Propia

7.1.4.3. Cuadro de Ambientes y Áreas

ZONAS	SUB ZONAS	AMBIENTE	ÁREA FINAL
ZONA DE ADMINISTRACION	ATENCIÓN	Recepción	30 m ²
		Sala de Espera	17.50 m ²
		SS.HH. público mujeres	8.75 m ²
		SS.HH. público varones	3.35 m ²
		SS.HH. público discapacitados	6.57 m ²
	DIRECTIVA	Secretaria	10.00 m ²
		Dirección + baño	21.25 m ²
		Archivos generales	25.00 m ²
	ADMINISTRATIVA	Oficina administrativa	14.37 m ²
		Oficina de Contabilidad y tesorería	14.37 m ²
		Oficina de Recursos humanos	14.37 m ²
		Oficina de Docencia	14.37 m ²
		Oficina Médica	14.37 m ²
		Oficina de Enfermería	14.37 m ²
		Oficina de Trabajo Social	14.37 m ²
Oficina de Mantenimiento	14.37 m ²		
SERVICIOS		SS.HH. del personal mujeres	3.35 m ²

ZONA DE RESIDENCIA		SS.HH. del personal varones	6.57 m2
		Sala de juntas	27.50 m2
		Sala de estar administrativo	11.25 m2
		Kitchenette	17.50m2
		Cuarto de limpieza	5.46 m2
		Almacén	6.56m2
	ATENCIÓN	Recepción	30.00m2
		Triaje	16.25m2
		Tópico	8.75 m2
		Estar de visitas	17.50 m2
		SS.HH. público mujeres	3.35 m2
		SS.HH. público varones	6.57 m2
		SS.HH. público discapacitados	6.25 m2
		Sala de estar médico	11.25 m2
		Depósito de equipos y materiales	25.00 m2
		Vestidores	11.25 m2
		SS.HH. del personal mujeres	11.33 m2
SERVICIOS	Dormitorios médicos de turno + baños	20.98 m2	
	SS.HH. del personal varones	14.00 m2	
	Estación de enfermería	6.25 m2	
	Dormitorio	1020.58 m2	
	Baños + duchas	43.75 m2	
	Comedor	323.75 m2	
	Cuarto de limpieza	33.33 m2	
	Área de camillas y sillas de ruedas	15.00 m2	
	Cancha de Vóley	412.18 m2	
	Cancha Multiusos	697.5 m2	
RECREATI VA	Gimnasio	93.12 m2	
	Sala de Ping Pong	66.25 m2	
ZONA MÉDICA	ATENCIÓN	Recepción	30.00m2
		Caja	18.75 m2
		Registro	18.75 m2
		Archivos clínicos	25.00 m2
		Sala de Espera	17.50 m2
		SS.HH. público mujeres	11.33 m2
		SS.HH. público varones	13.16 m2
	MÉDICA	SS.HH. público discapacitados	6.25 m2
		Área de camillas y sillas de ruedas	15.00 m2
		Jefatura Médica	14.37 m2
		triaje	16.25 m2
		Tópico	8.75 m2
		Consultorio de Psiquiatría	14.37 m2
		Médico General	14.37 m2
		Consultorio psicología	14.37 m2
		Consultorio de Prevención y Promoción	14.37 m2
		Consultorio de consejería	14.37 m2
		Farmacia	46.87 m2
		Archivos Clínicos residentes	25.00m2
		Consultorio de Psicoterapia	25.00m2
Consultorio de consejería residencia	25.00m2		
Sala de terapias grupales	27.50 m2		

	SERVICIOS	Sala de estar médico	11.25 m2
		Kitchenette	17.50 m2
		Vestidores del personal	21.25 m2
		SS.HH. del personal mujeres	11.33 m2
		SS.HH. del personal varones	14.00 m2
		Depósito de equipos y materiales	25.00 m2
		Cuarto de limpieza	5.46 m2
		Taller de Cerámica	170.00 m2
		Taller de cómputo	131.25 m2
		Taller de panadería	140.00 m2
ZONA EDUCATIVA	EDUCATIVA	Taller de Manualidades	131.25 m2
		Taller de Jardinería	98.75 m2
		SS.HH. Discapacitado	6.25 m2
		SS.HH. Varones	13.16 m2
		Sala de profesores	4.41 m2
		Almacén	6.56 m2
		Cuarto de limpieza	5.46 m2
		Sala de usos múltiples	291.25 m2
		SS.HH. del personal mujeres	3.35 m2
		SS.HH. del personal varones	6.57 m2
ZONA DE SERVICIOS Y MANTENIMIENTO	ACCESO	Módulo de vigilancia	10.17 m2
		Vestidores del personal	21.25 m2
		SS.HH. del personal mujeres	19.15m2
		SS.HH. del personal varones	18.21 m2
		Cuarto de limpieza	5.46 m2
	MANTENIMIENTO	Cuarto de depósito	5.47m2
		Cuarto de bombas	62.50 m2
		Cuarto de extracción de aire con CO2	13.12 m2
		Cuarto de cómputo, cable e internet	13.12 m2
		Cuarto de electrógeno	13.12 m2
ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	SERVICIOS	Subestación	13.12 m2
		Cuarto de tableros	13.12 m2
		Taller de mantenimiento y reparación	13.12 m2
		Estacionamiento	1781.25 m2
		Patio de Maniobras	314.60 m2
		Área de carga y descarga	18.75 m2
		Comedor del personal	51.25 m2
		Cuarto de desechos	5.93 m2
		Lavandería	91.46 m2
		Capilla	145.00 m2
ZONA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	RECREATIVA	Sala de lectura	150.00 m2
		SS.HH Varones	6.57 m2
		SS.HH Discapacitado	5.25 m2
		SS.HH Personal Mixto	4.47 m2
		CIRCULACIÓN 30 %	93.687 m2
TOTAL		9,825.78 m2	

Elaboración: Propia

1.1.5. CONCEPTUALIZACIÓN DEL OBJETO URBANO ARQUITECTÓNICO

1.1.5.1. Esquema conceptual

CONCEPTUALIZACIÓN

DES- ORDEN

Tomamos en cuenta como punto de partida la **contraposición** el orden y desorden, para que se entienda los dos momentos emocionales que pasa el usuario antes, durante y después de su rehabilitación, comprendiendo esto se tomará para la idea rectora y lo último que se desea es que el objeto arquitectónico se adapte a su entorno.



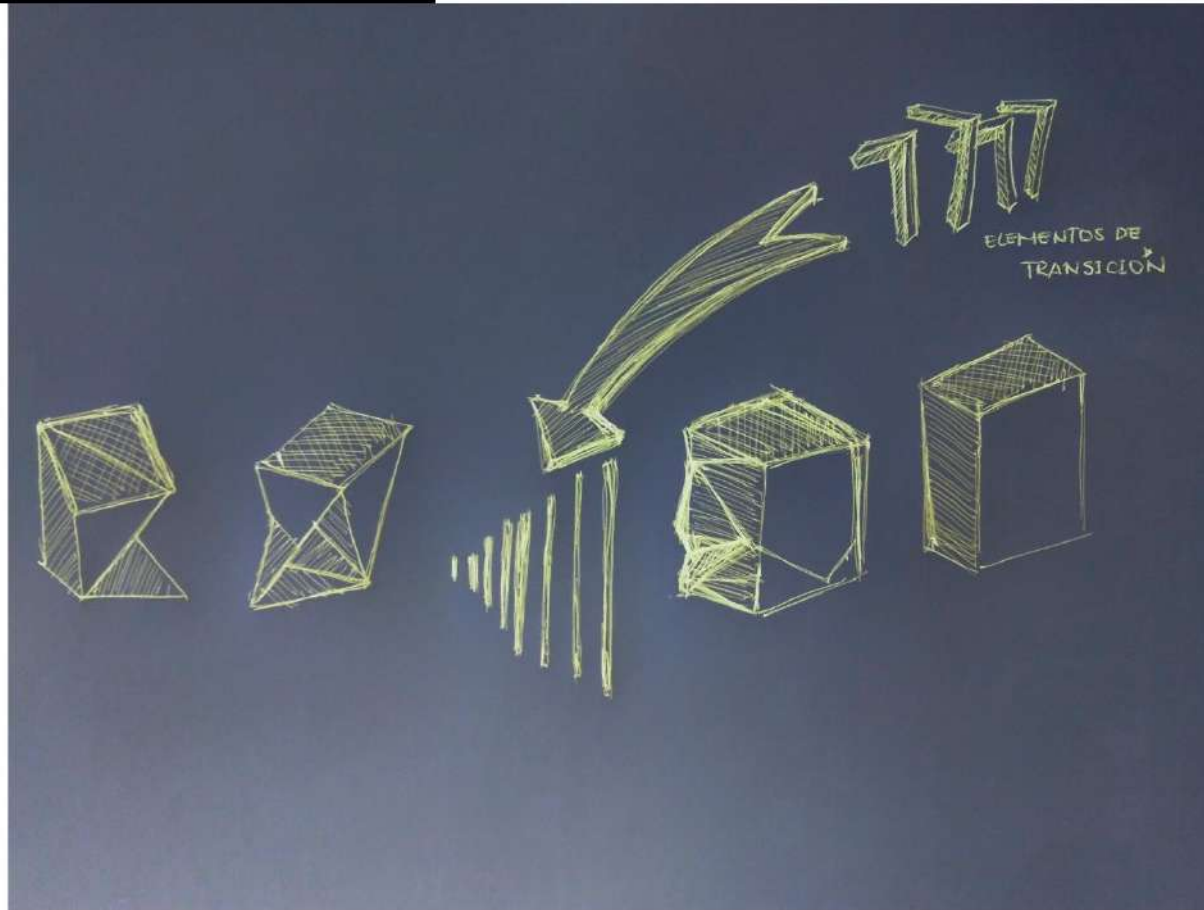





 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE GOMAS - LIMA 2020	
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA	
Al (Señor):	CASO MARÍA TERESA DE JESÚS OSORIO ORTEGA, SILVANA ANGELA
P.O.C.A.	FEBRERO - 2020
L-34	

1.1.5.2. Idea rectora y partido arquitectónico

IDEA FUERZA O RECTORA



De esta manera se empezará a tomar en cuenta las ideas del concepto para el equipamiento, además tomando en cuenta los elementos de transición que en este caso son planos seriados lo que utilizaremos.

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA	L-35
CABO MARI, TERESA DE JESUS CETOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	FEBRERO - 2020

1.1.5.3. Funcionales

Matriz de Relación por Zonas

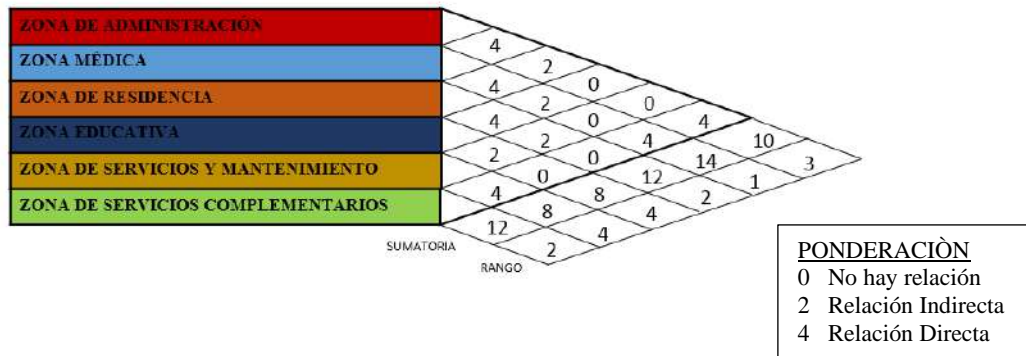
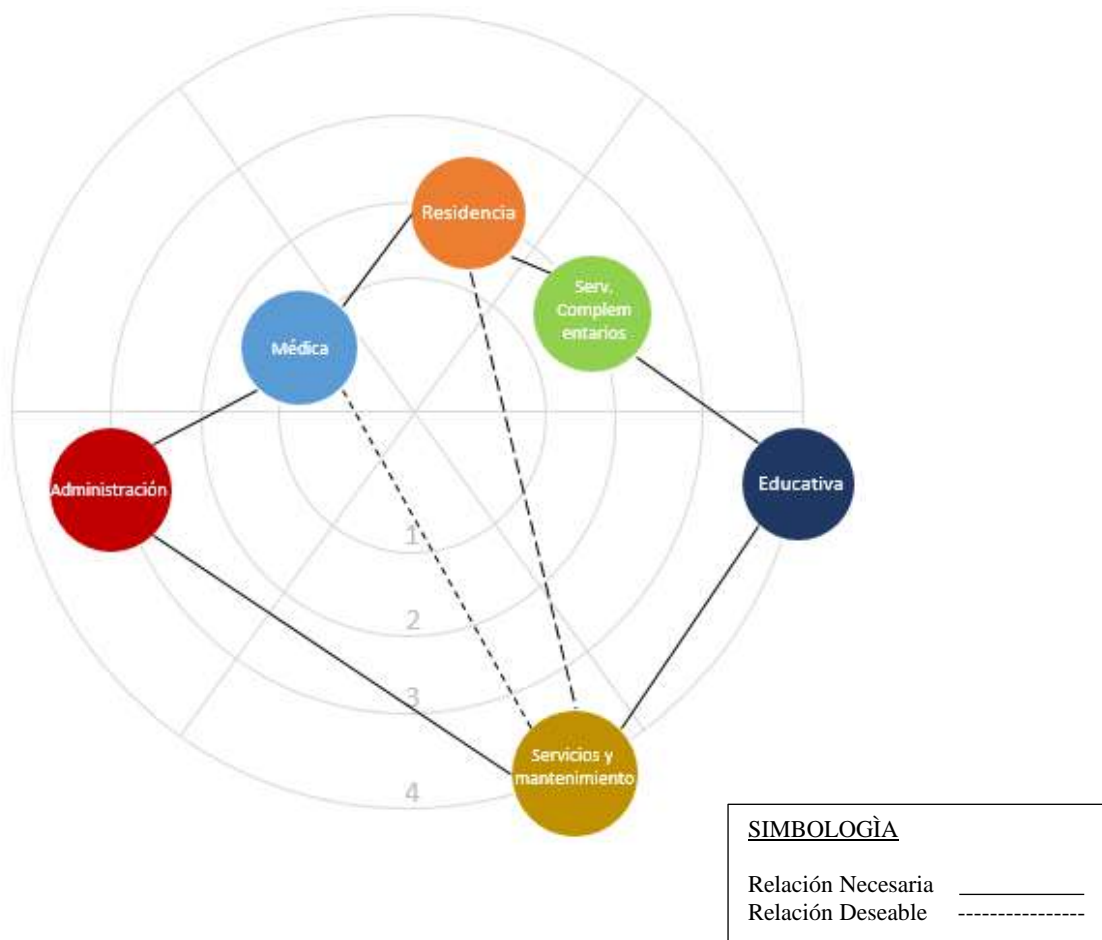
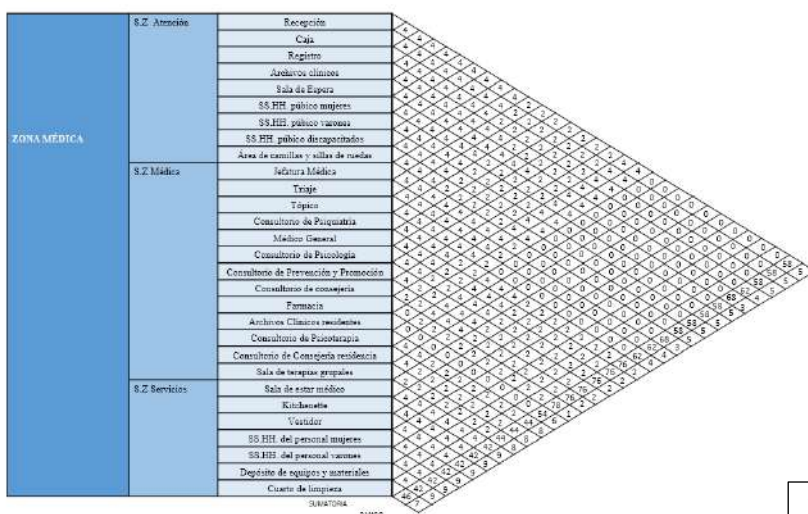


Diagrama de Relación por Zonas

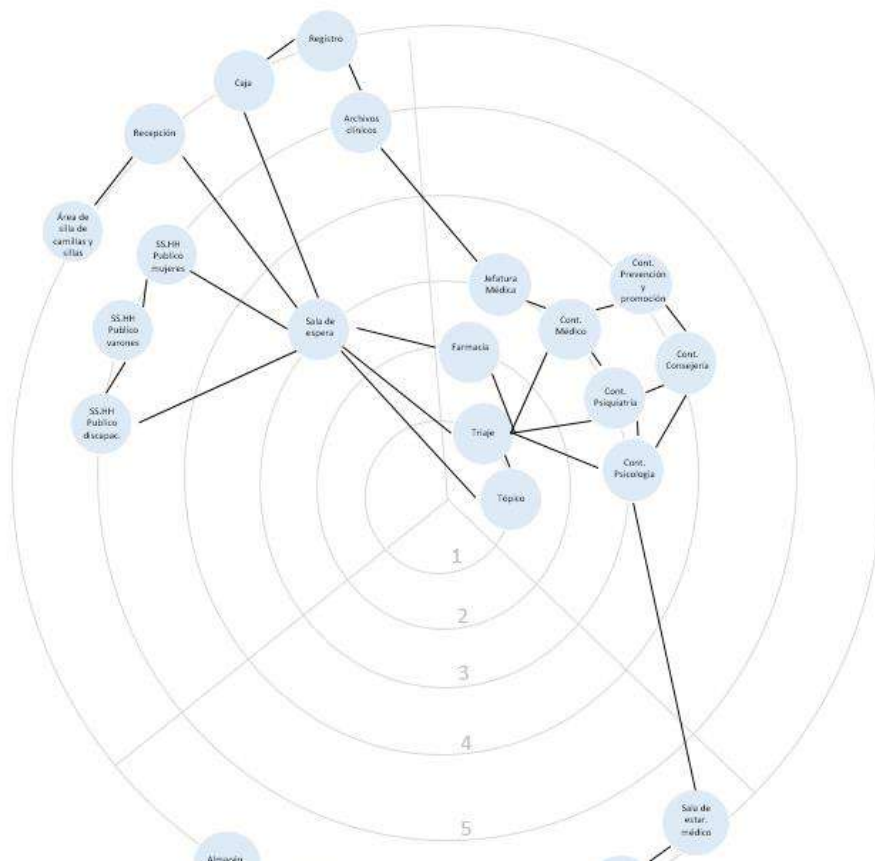


Matriz de Relación por Ambientes - Zona Médica



PONDERACIÓN
 0 No hay relación
 2 Relación Indirecta
 4 Relación Directa

Diagrama de Relación por Ambientes - Zona Médica



SIMBOLOGÍA
 Relación Necesaria —————
 Relación Deseable - - - - -

- **Estructura de Flujos**

Para entender cómo funciona esta propuesta se tomará en cuenta el tipo de circulaciones que tiene los hospitales, porque para este equipamiento es importante saber el tipo de personas que se encuentran residiendo e ingresando y el tipo de desplazamiento que hacen.

- Circulación de pacientes ambulatorios
- Circulación de pacientes internados
- Circulación de personal
- Circulación de visitantes
- Circulación de suministros
- Circulación de ropa sucia
- Circulación de desechos

Flujo de Pacientes Ambulatorios

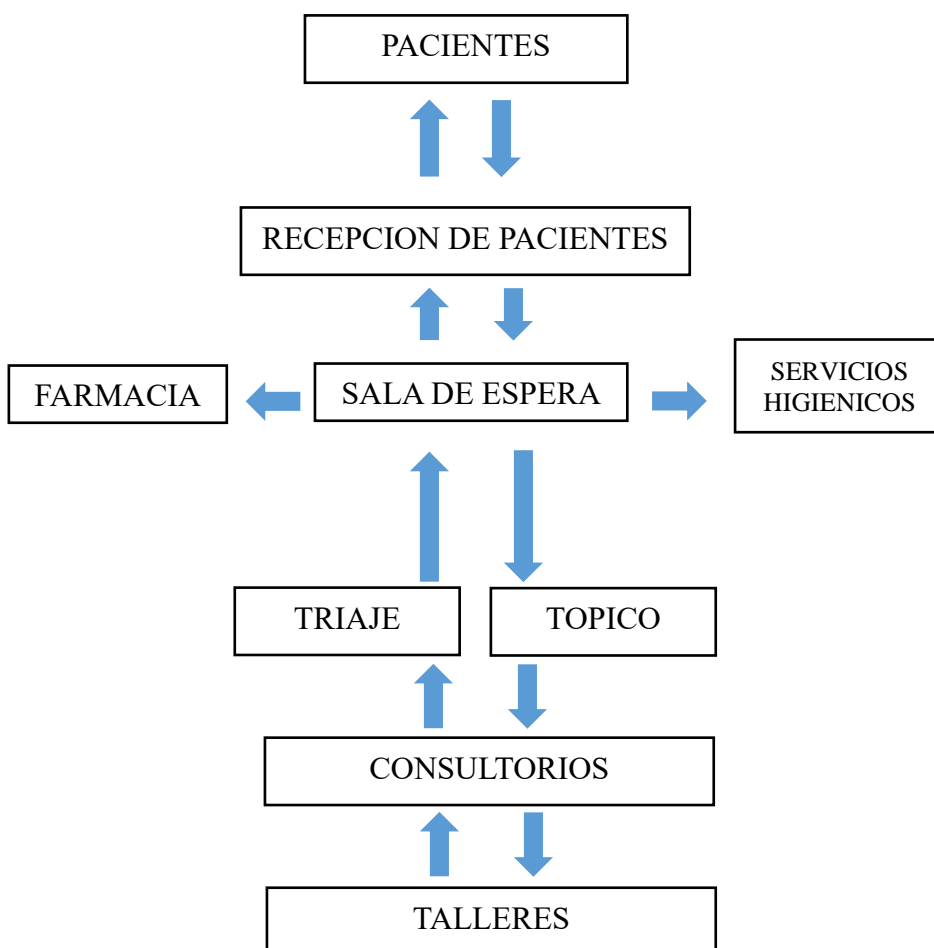


Figura 108. Esquema de flujos de pacientes ambulatorios

Flujo de pacientes internados

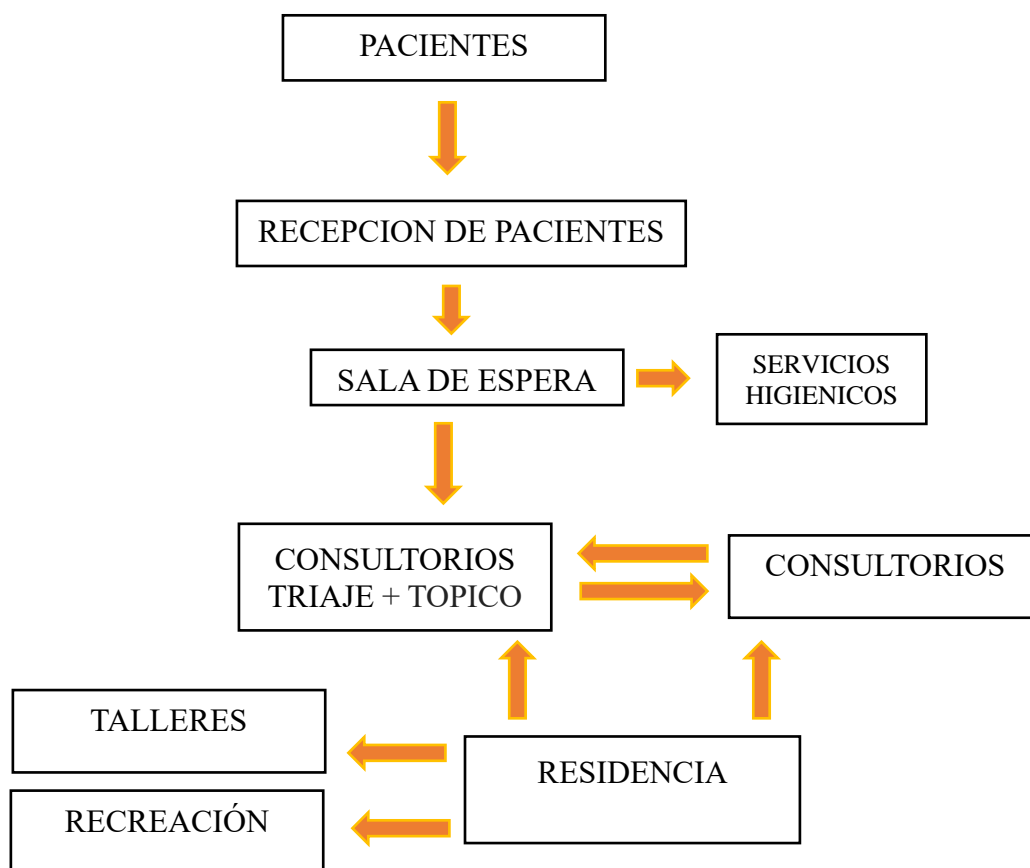


Figura 109. Esquema de flujos de pacientes internados

Flujo del personal médico

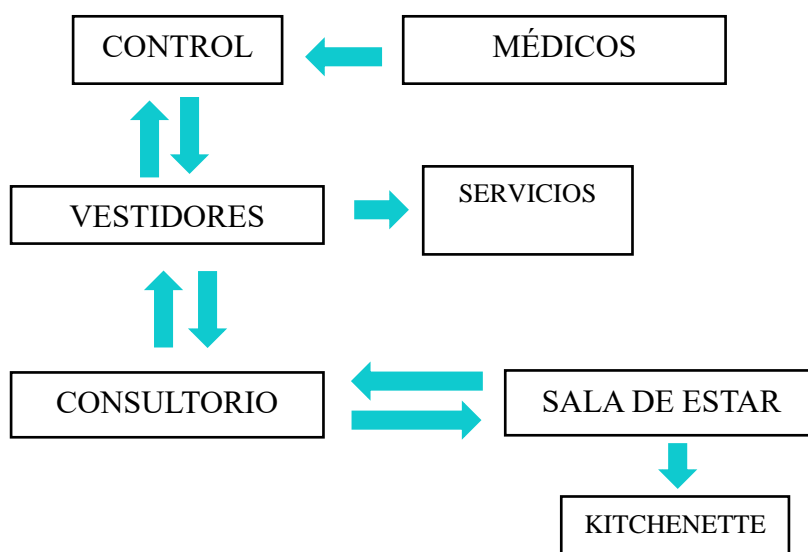


Figura 110. Esquema de flujos del personal médico

Flujo del personal administrativo

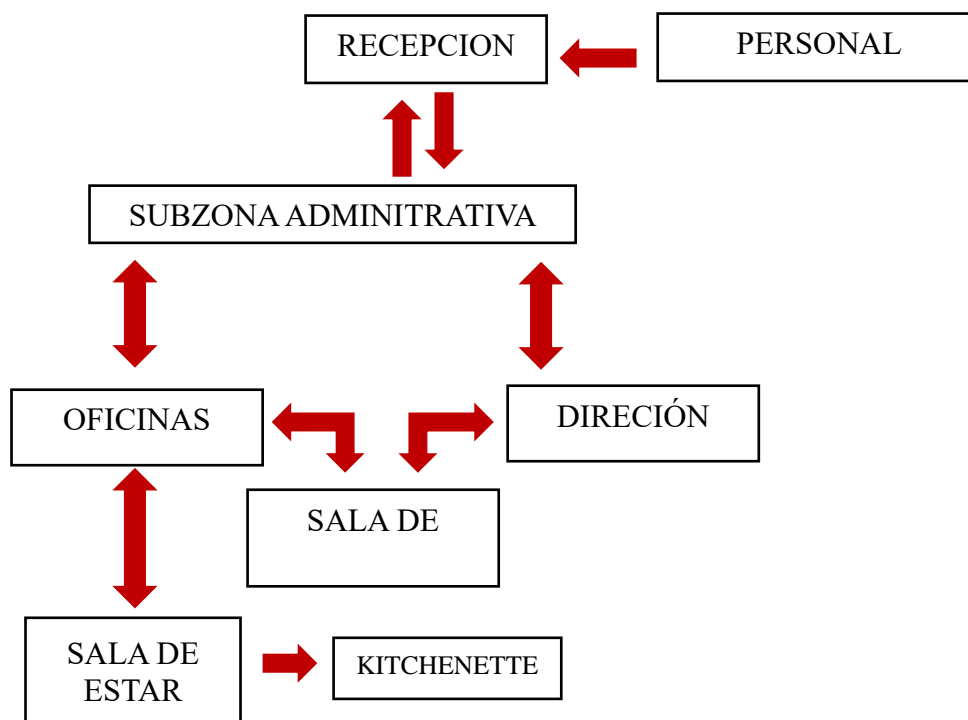


Figura 111. Esquema de flujos del personal Administrativo

Flujo del personal docente

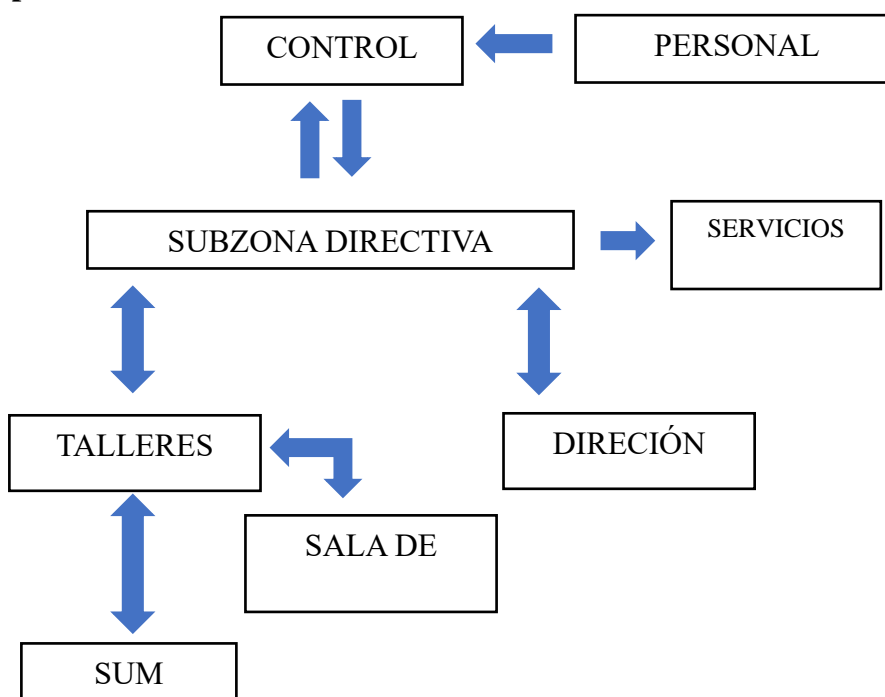


Figura 112. Esquema de flujos del personal docente

Flujo de visitantes

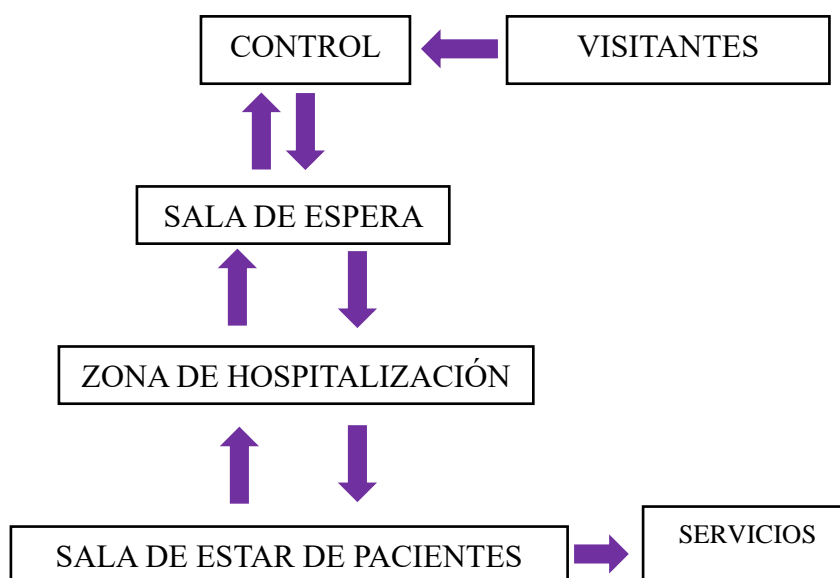


Figura 113. Esquema de flujos de visitantes

Flujo de suministros

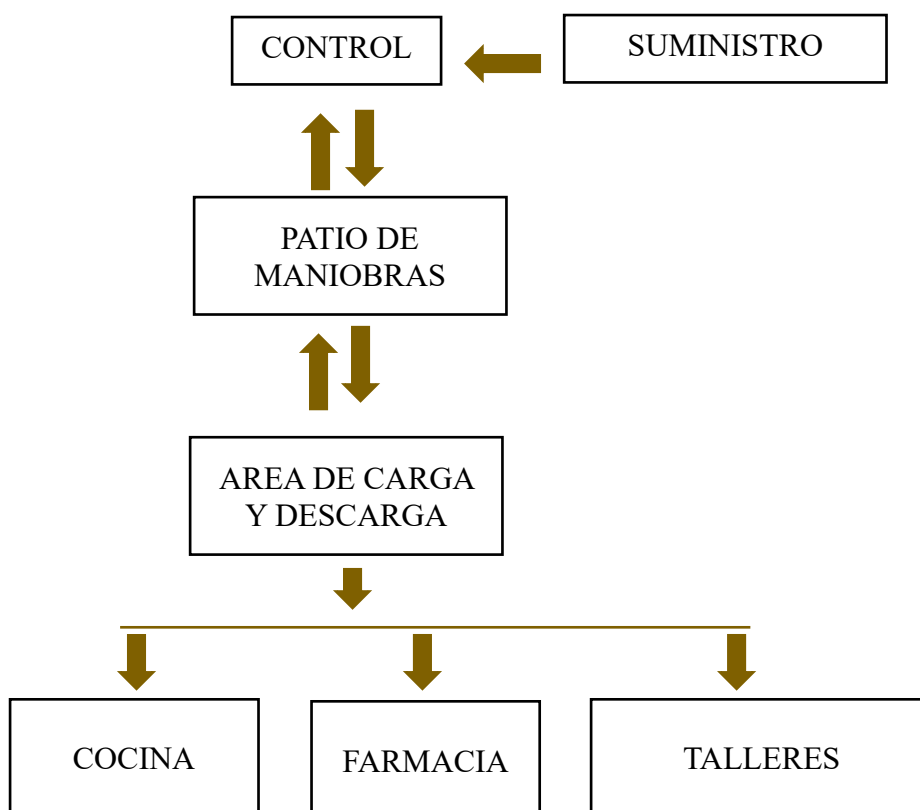


Figura 114. Esquema de flujos de suministros

Flujo de ropa sucia

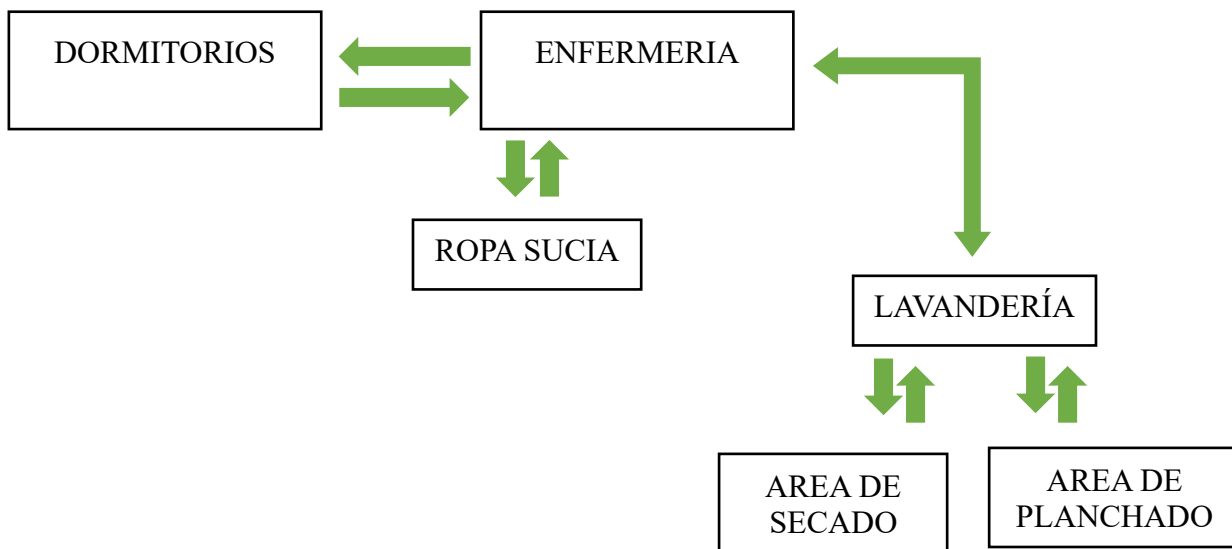


Figura 115. Esquema de flujos de ropa sucia

Flujos de desechos

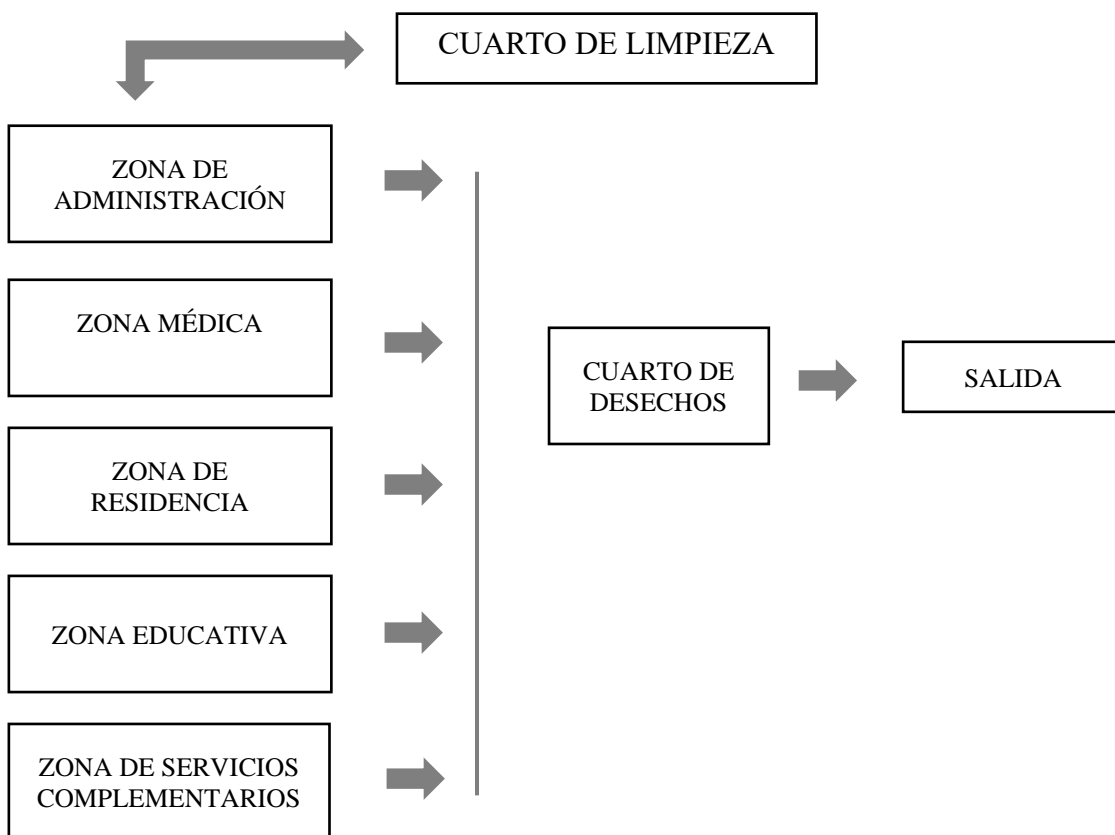
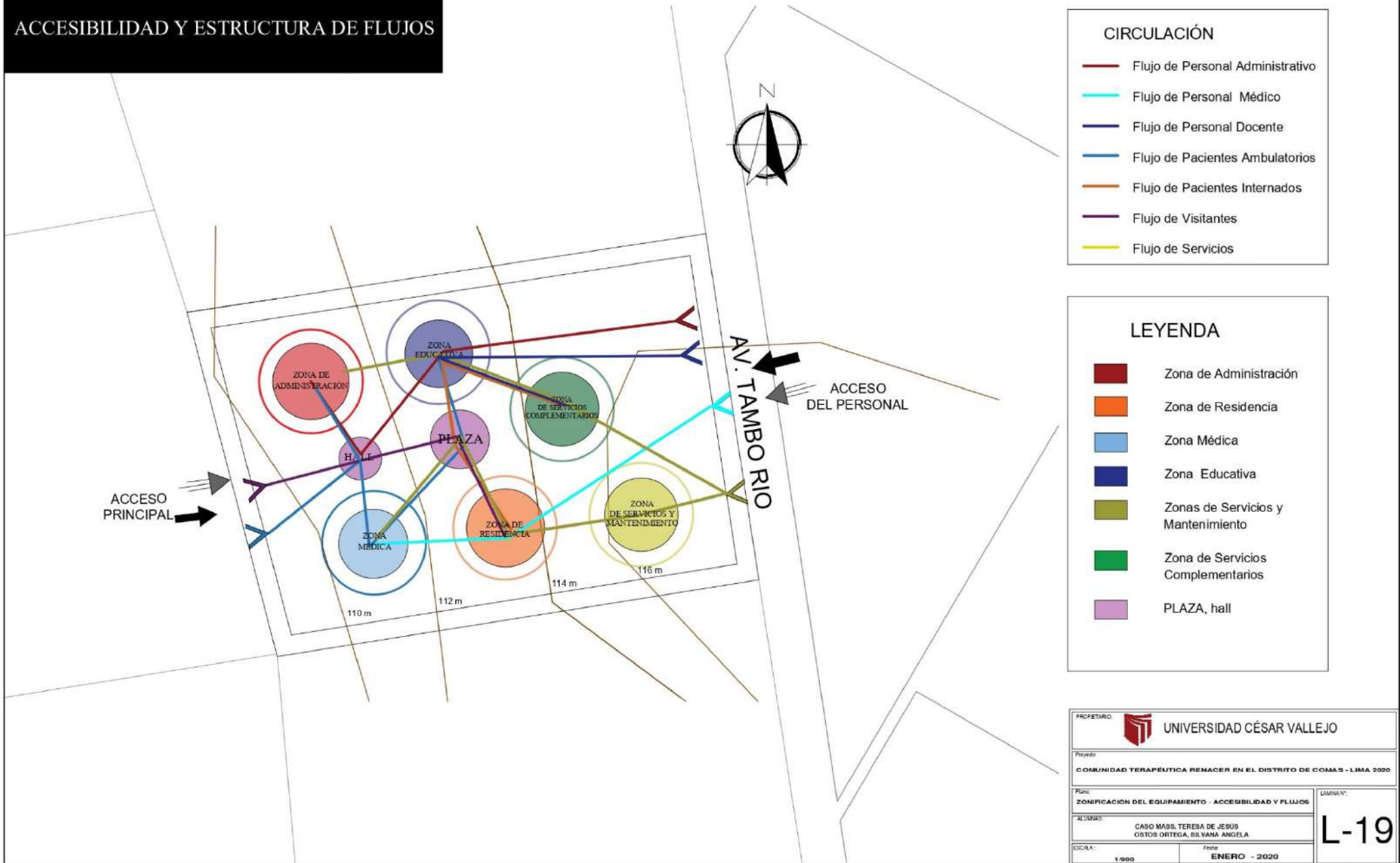


Figura 116. Esquema de flujos de desechos

ACCESIBILIDAD Y ESTRUCTURA DE FLUJOS



CIRCULACIÓN

- Flujo de Personal Administrativo
- Flujo de Personal Médico
- Flujo de Personal Docente
- Flujo de Pacientes Ambulatorios
- Flujo de Pacientes Internados
- Flujo de Visitantes
- Flujo de Servicios

LEYENDA

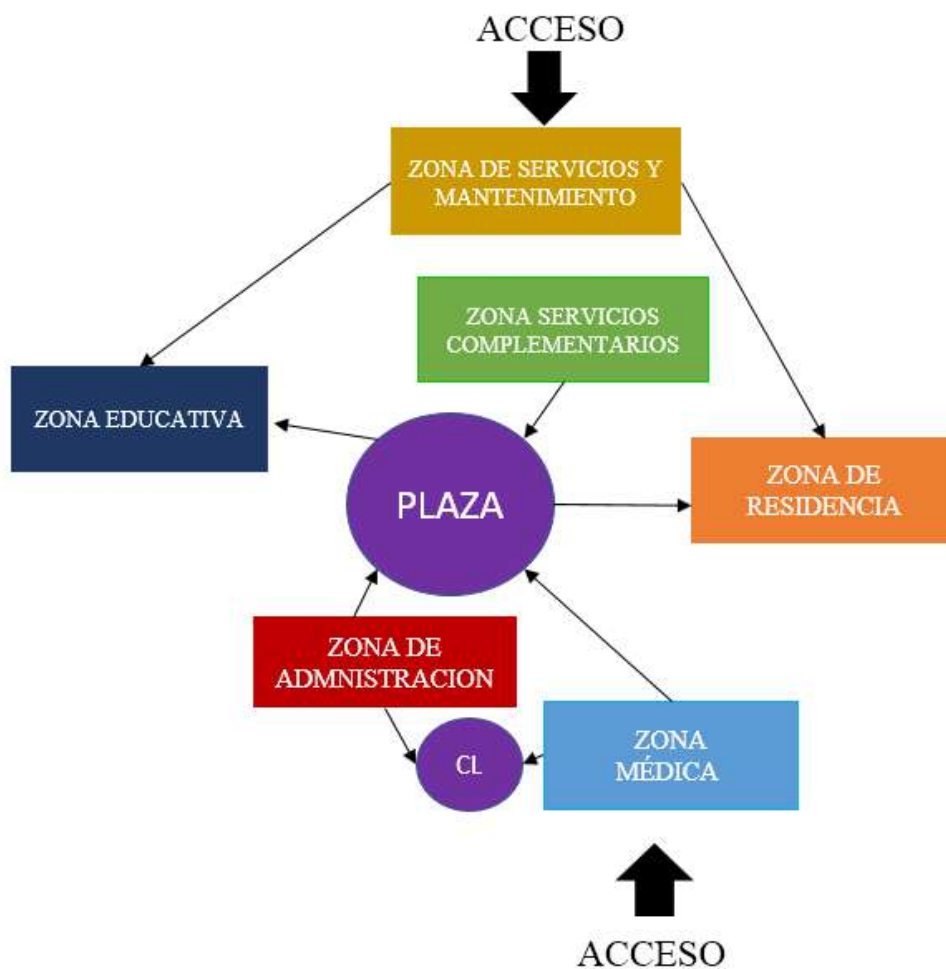
- Zona de Administración
- Zona de Residencia
- Zona Médica
- Zona Educativa
- Zonas de Servicios y Mantenimiento
- Zona de Servicios Complementarios
- PLAZA, hall

PROPIETARIO: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Plano: ZONIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO - ACCESIBILIDAD Y FLUJOS	
ALDORA:	LAMINA: L-19
ESCALA: 1:500	Fecha: ENERO - 2020

1.1.5.4. Espaciales

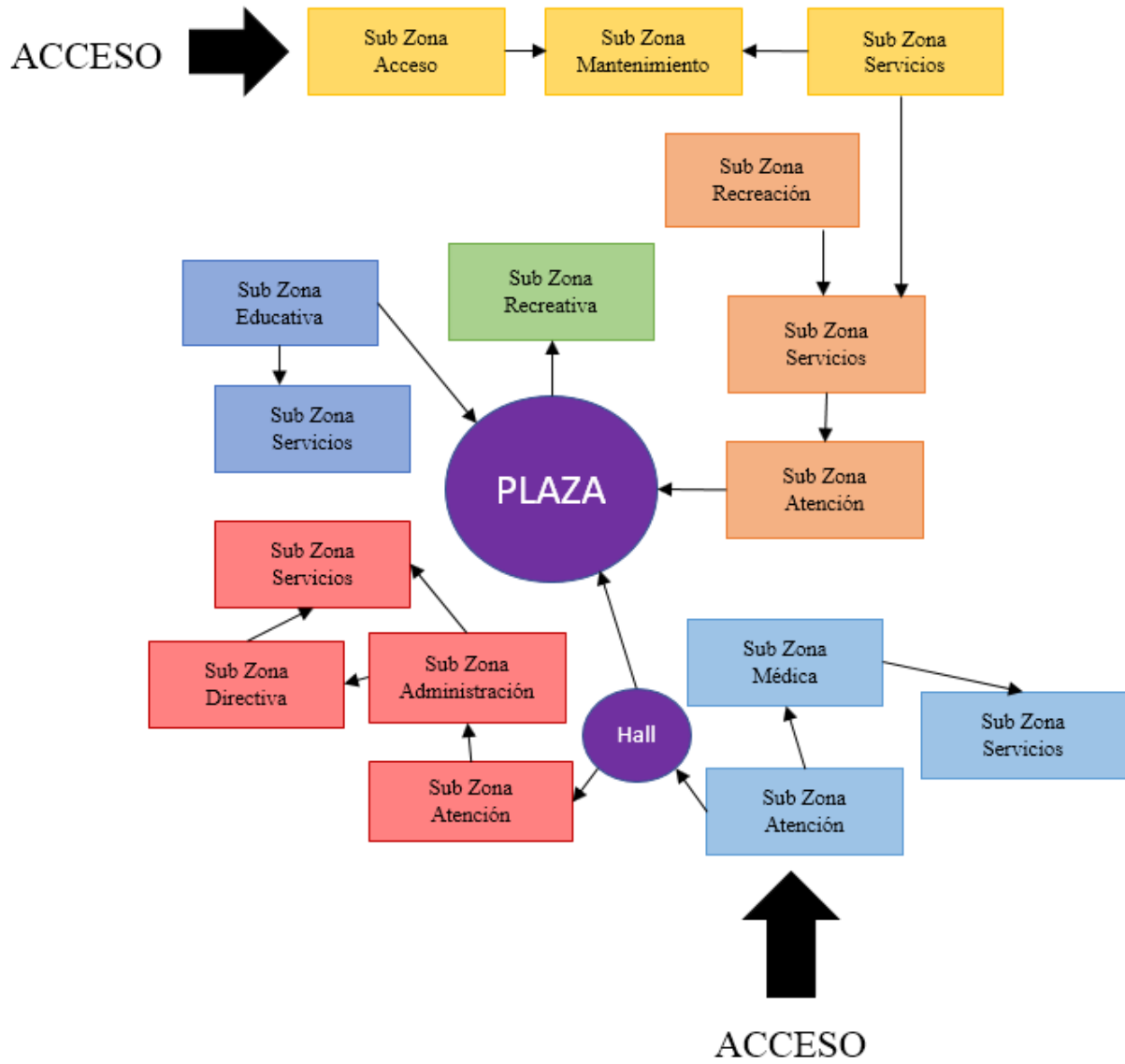
El diagrama de burbujas se divide en 6 zonas donde estará compuesta el proyecto de la Comunidad Terapéutica las cuales son: Zona de Administración, Zona de Servicios Complementarios, Zona Ambulatoria, Zona Residencial, Zona de Servicios y Mantenimiento, Zona Educativa.

Esquema de Burbujas por Zonas

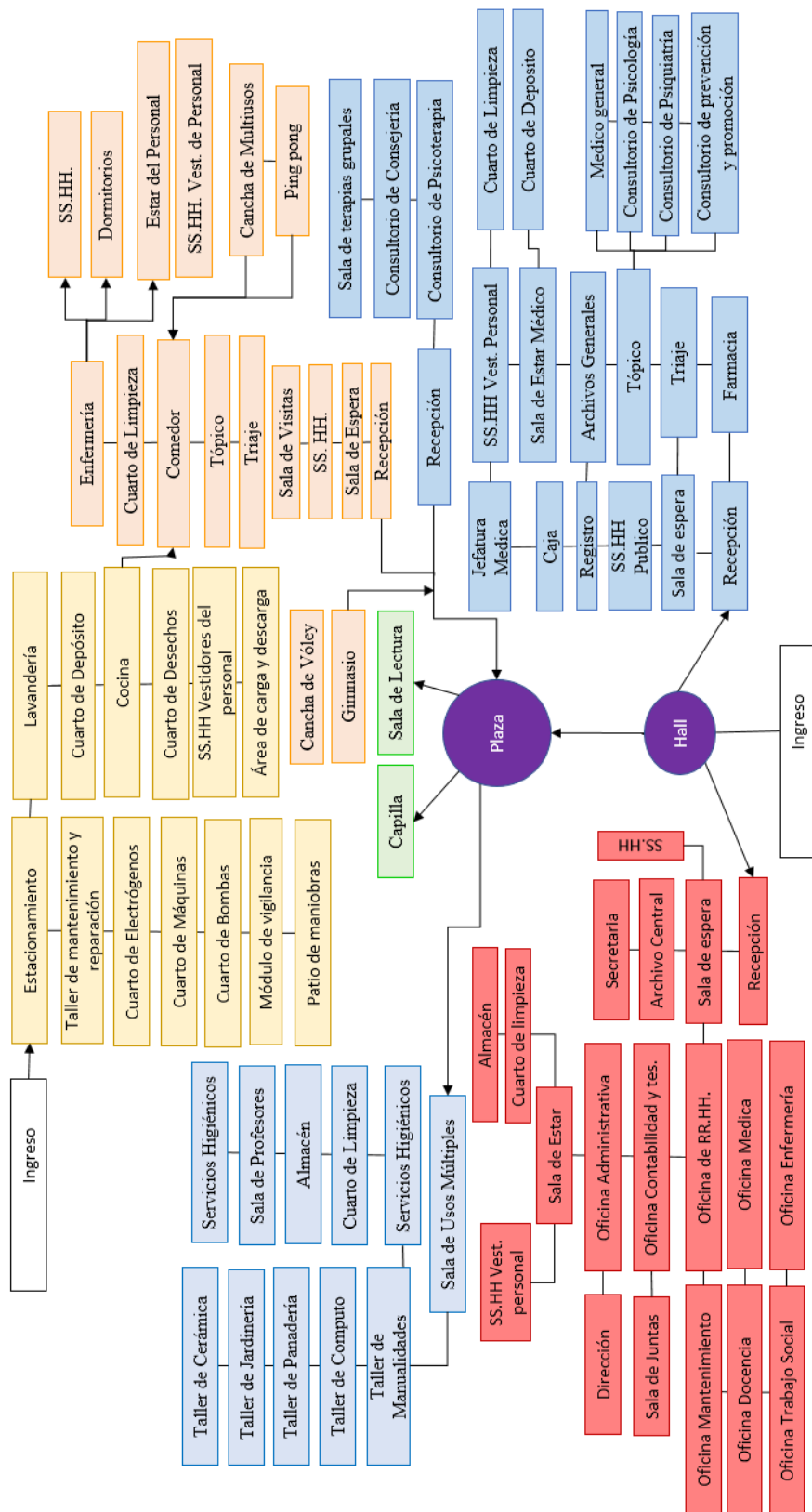


Además de las zonas, estas se dividen en subzonas y ambiente e implementaremos las áreas de circulación, halls y plazas como núcleo de articulación para el proyecto.

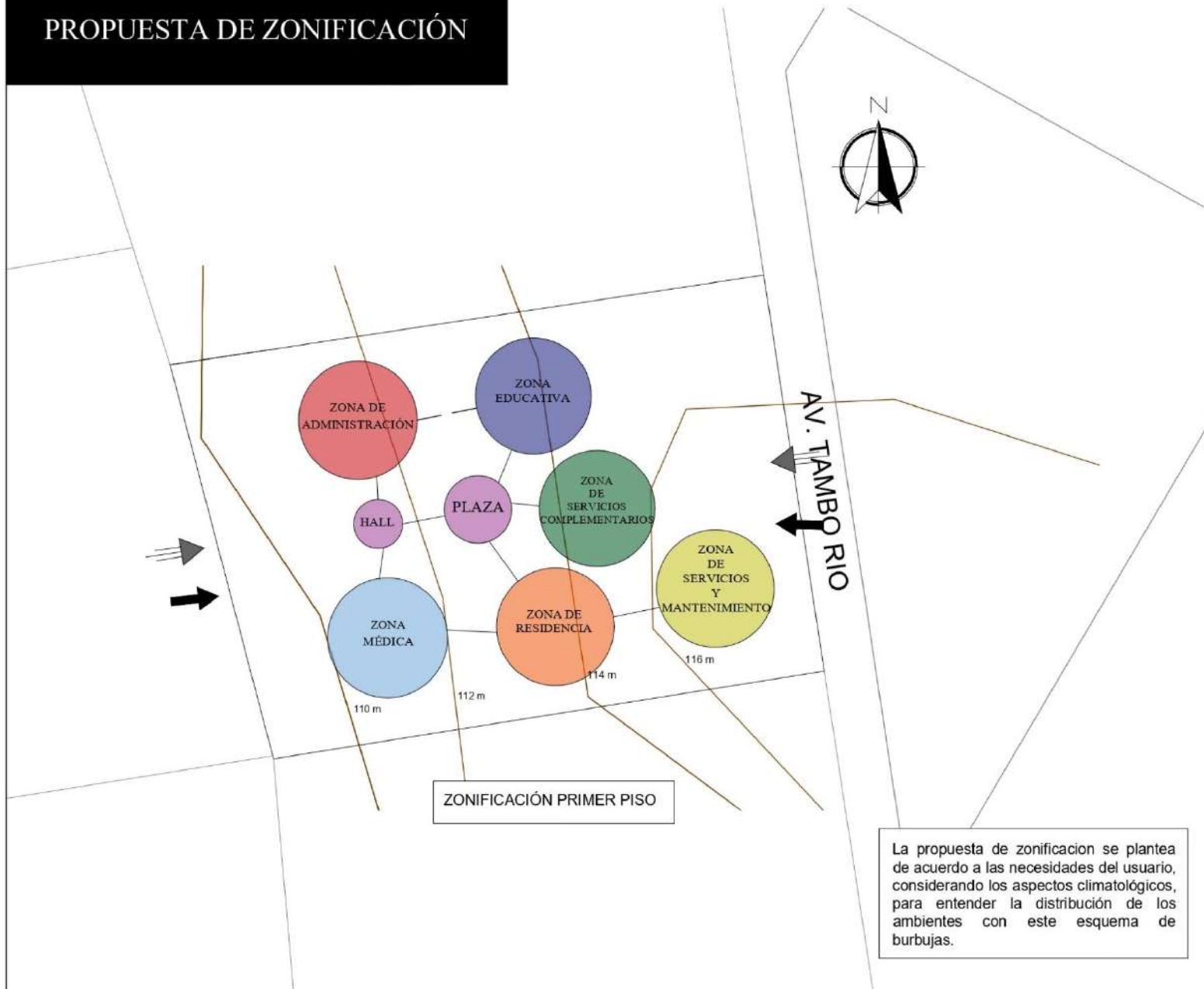
Esquema de Burbujas por Sub Zonas



Esquema de Burbujas por Ambientes



PROPUESTA DE ZONIFICACIÓN



SIMBOLOGIA

- Relación Necesaria
- - - Relación Deseable
- ← Acceso Vehicular
- ⇐ Acceso Peatonal

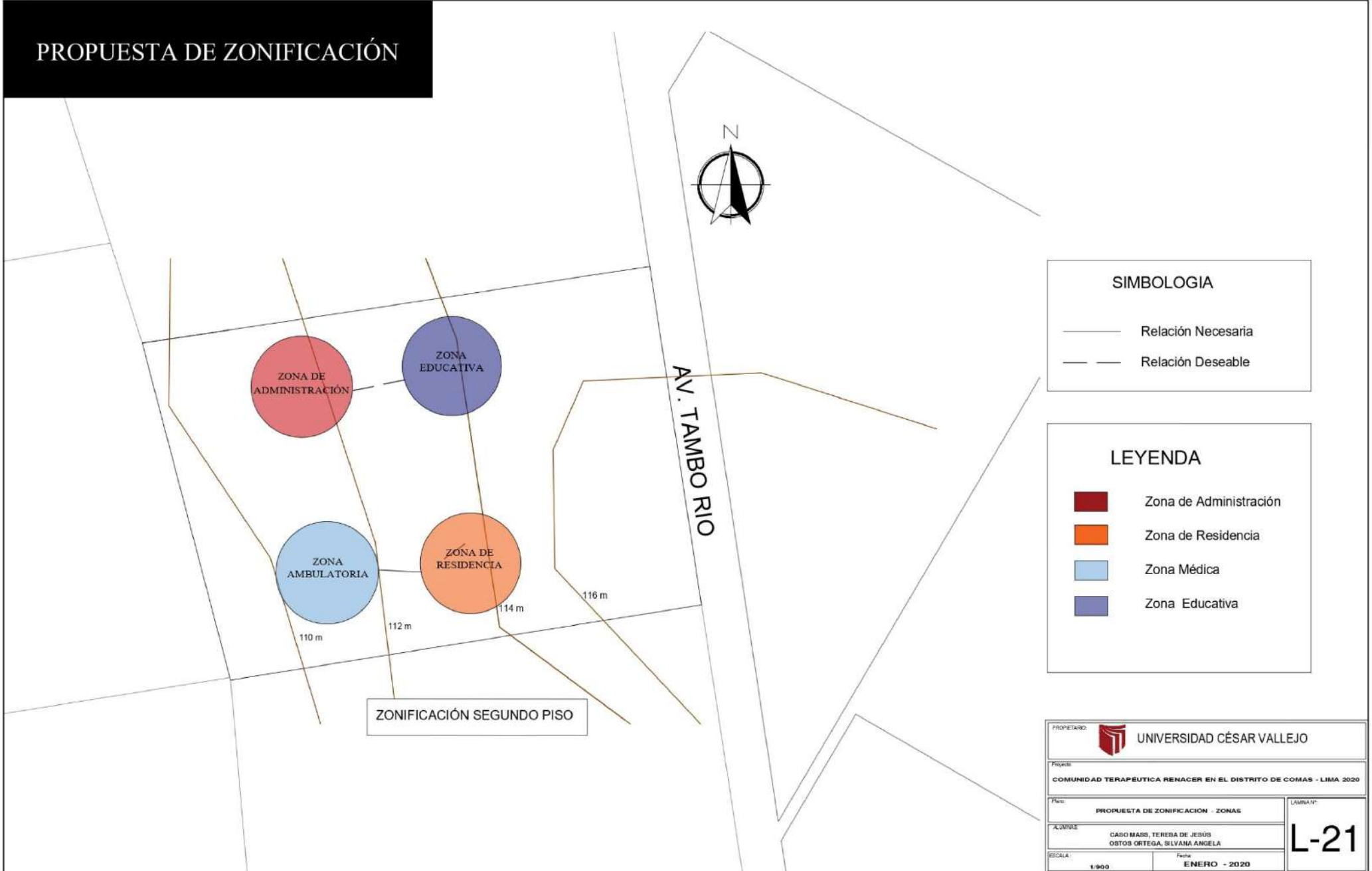
LEYENDA

- Zona de Administración
- Zona de Residencia
- Zona Médica
- Zona Educativa
- Zonas de Servicios y Mantenimiento
- Zona de Servicios Complementarios
- PLAZA, hall y circulación

La propuesta de zonificación se plantea de acuerdo a las necesidades del usuario, considerando los aspectos climatológicos, para entender la distribución de los ambientes con este esquema de burbujas.

PROPIETARIO		UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto			
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020			
Plano:		PROPUESTA DE ZONIFICACIÓN - ZONAS	
AUTORES		LÁMINA N°	
CASO MASS, TERESA DE JESUS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANDELA		L-20	
ESCALA			
1/500		Fecha ENERO - 2020	

PROPUESTA DE ZONIFICACIÓN



SIMBOLOGIA

	Relación Necesaria
	Relación Deseable

LEYENDA

	Zona de Administración
	Zona de Residencia
	Zona Médica
	Zona Educativa

PROPIETARIO:	UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
Proyecto:	COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020
Plan:	PROPUESTA DE ZONIFICACIÓN - ZONAS
ALUMNO:	CASO MASS, TERESA DE JESUS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA
ESCALA:	1:900
Fecha:	ENERO - 2020
LÁMINA N°:	L-21

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN ESPACIAL



SIMBOLOGIA

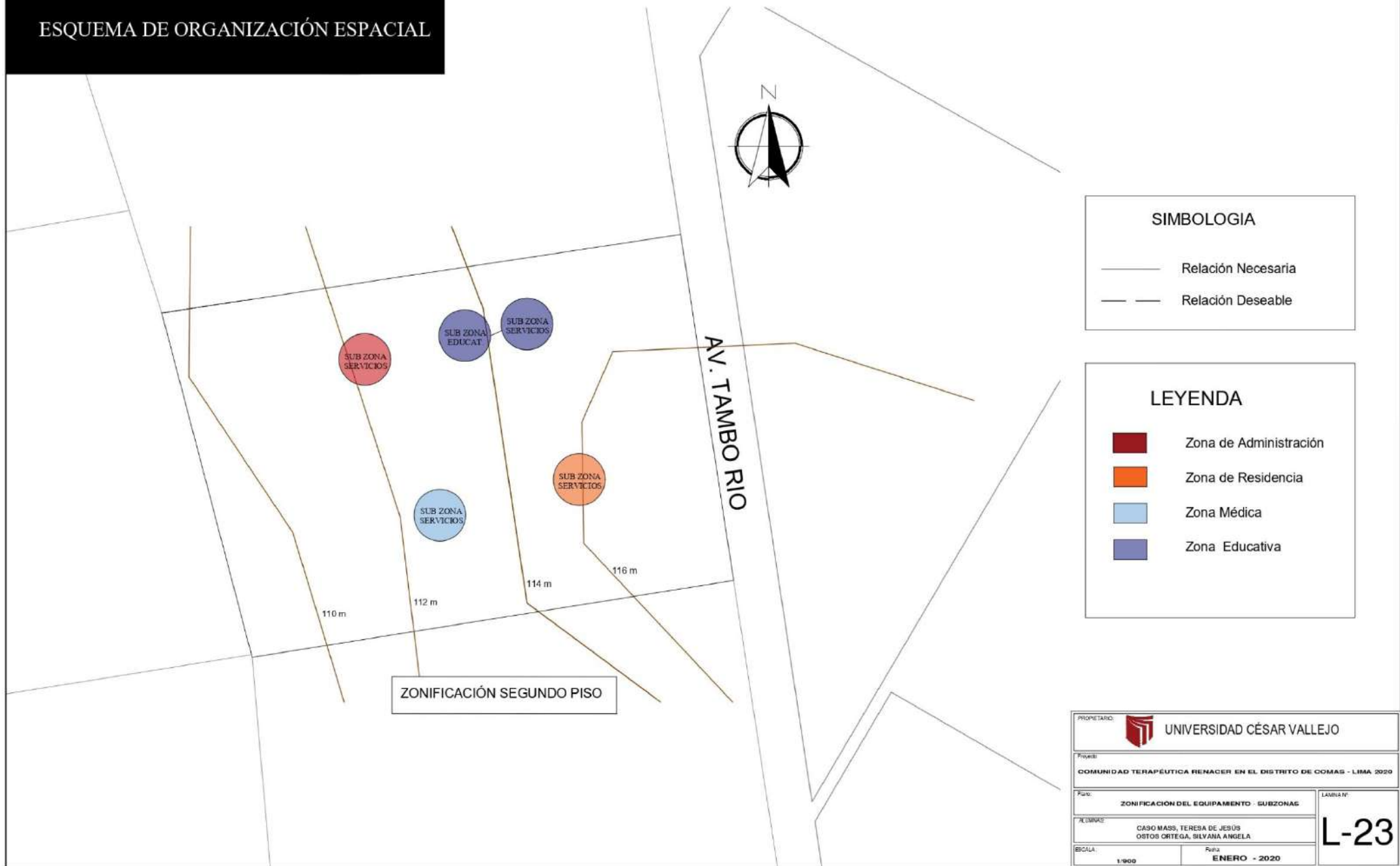
- Relación Necesaria
- - - Relación Deseable
- ← Acceso Vehicular
- ←←← Acceso Peatonal

LEYENDA

- Zona de Administración
- Zona de Residencia
- Zona Médica
- Zona Educativa
- Zonas de Servicios y Mantenimiento
- Zona de Servicios Complementarios
- PLAZA, hall y circulación

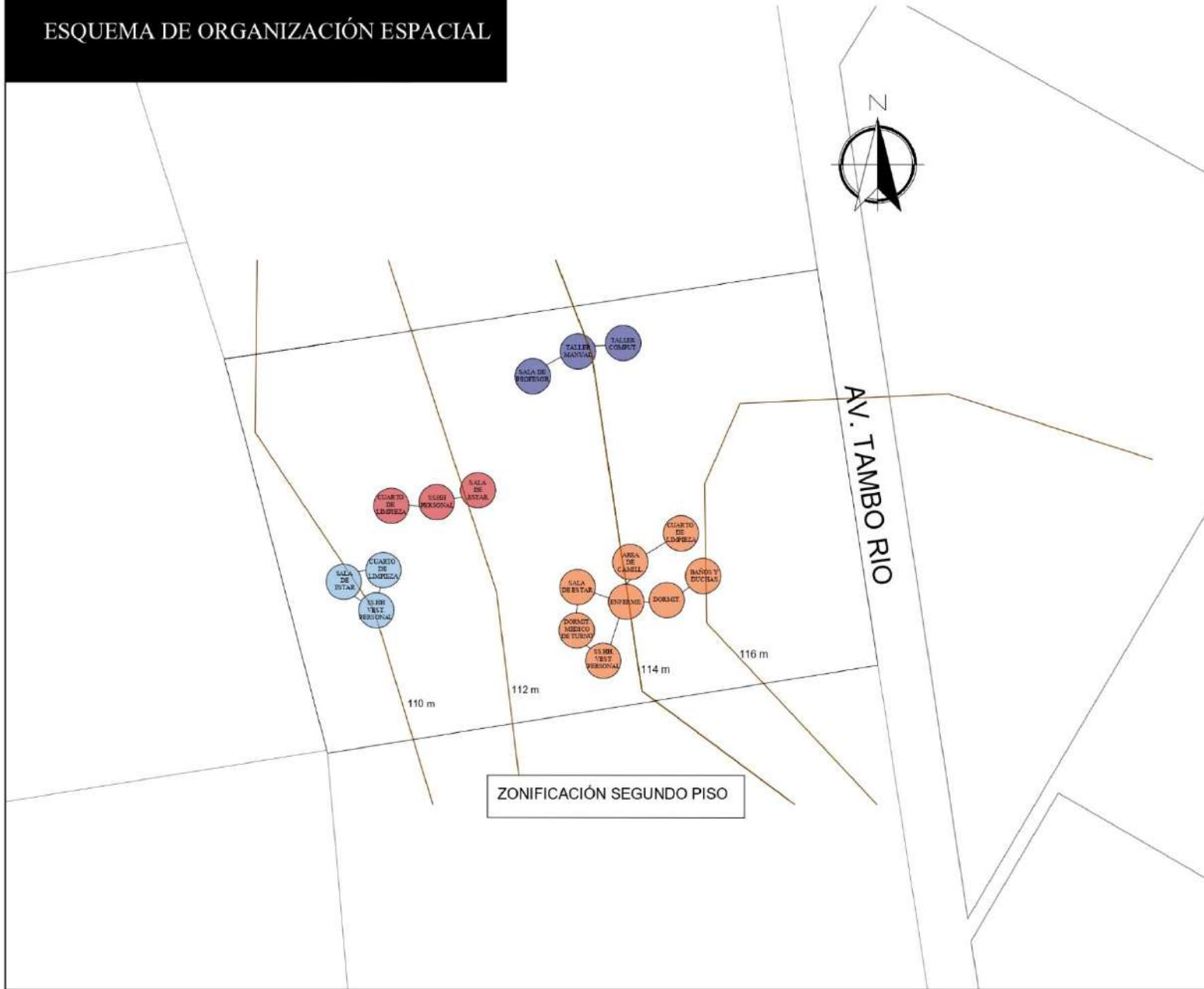
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Plano: ZONIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO - SUBZONAS	
ALDRESE: CABO MARR, TERESA DE JESUS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA: 1/900	Fecha: ENERO - 2020
L-22	

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN ESPACIAL



PROPIETARIO:	 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto:	COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020	
Plan:	ZONIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO - SUBZONAS	LÁMINA N°
ALUMNOS:	CASO MASS, TERESA DE JESÚS OSTOS CRTEGA, SILVANA ANGELA	L-23
ESCALA:	1/900	
		Fecha: ENERO - 2020

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN ESPACIAL



SIMBOLOGIA

- Relación Necesaria
- - - Relación Deseable

LEYENDA

- Zona de Administración
- Zona de Residencia
- Zona Médica
- Zona Educativa

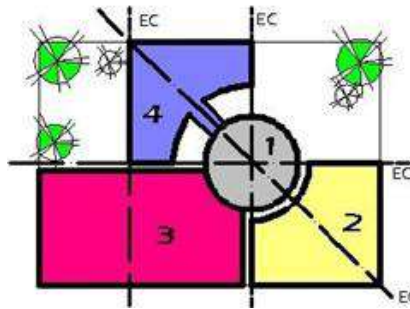
ZONIFICACIÓN SEGUNDO PISO

PROPIETARIO		UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	
Proyecto			
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA 2020			
Plano		ZONIFICACION DEL EQUIPAMIENTO - AMBIENTES	
LÁMINA N.º		L-25	
ALDANAS		CASO MASS, TERESA DE JESUS OSTOS ORTEGA, SILVANA ANGELA	
ESCALA:	1/900	Fecha:	ENERO - 2020

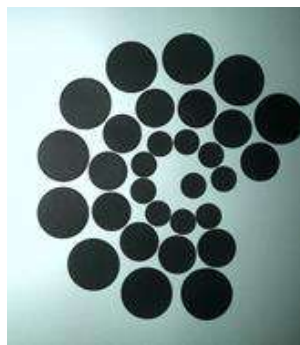
1.1.5.5. Formales

La propuesta arquitectónica tomará en cuenta los siguientes criterios de diseño, tomando en cuenta los materiales a utilizar para llegar a la armonía de los mismos.

EJE: este elemento organiza regularmente formas y espacios arquitectónicos. Los ejes pueden ser imaginarios e invisibles, esto implica la simetría y equilibrio.



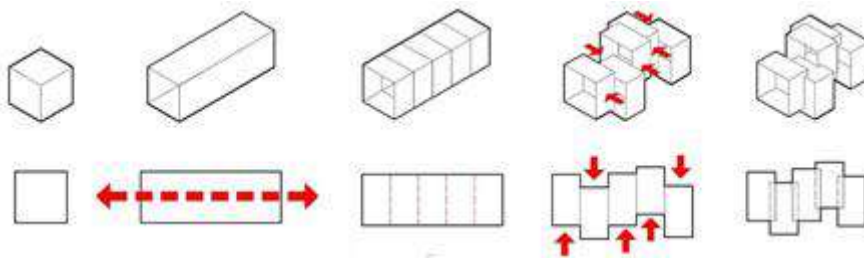
Jerarquía: el elemento de jerarquía es definido de acuerdo a las necesidades del usuario, para ello se toma en cuenta el espacio de la organización, la dimensión y la forma. La predominancia de la forma o espacio que es jerárquicamente importante se logra por tres tipos: por dimensión excepcional (tamaño), forma única (contorno) y localización estratégica (situación de la composición).



Ritmo: es la sucesión o repetición de elementos (líneas, contornos, formas o colores), puede ser constante o alterno; el color, la textura y la posición, logrando una composición grata y armoniosa. Existe dos tipos: Ritmo monótono (elementos iguales, constantes) y Ritmo Dinámico (elementos iguales, elementos desiguales que pueden crecer o decrecer en dimensiones).



Transformación: es semejante a la transición, pero el atributo que se modifica repercute en la forma bi o tridimensional. La transformación se da luego de seleccionar un modelo arquitectónico típico, formal, mediante ligeros cambios y permutaciones apenas perceptibles. La transformación de ver ser comprendida y captada, logrando que el diseño resultante sea más evidente que el primero, pero sin destruirlo.



Armonía: es la proporción, integración, interrelación y concordancia adecuada logrando estos elementos un todo. Con esto se logra la unidad, donde se nota claramente que cada elemento es un componente indispensable de ese todo.

1.1.5.6. Tecnológico – Ambientales

Para la propuesta de la Comunidad Terapéutica se tomará en cuenta el recurso tecnológico, para brindar un óptimo servicio:

Iluminación LED

Como propuesta amigable con el medio ambiente, se tomará en cuenta este recurso que se mencionará a continuación

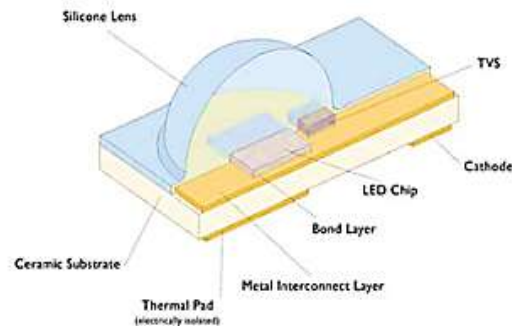
Muros Verdes

Los muros verdes se llevarán a cabo en los espacios abiertos, con el fin de incrementar las áreas verdes. Además, de aprender al cuidado de su mantenimiento.

ILUMINACION LED

LED (Light Emitting Diode) es un diodo compuesto por la superposición de varias capas de material semiconductor que emite luz en una o más longitudes de onda (colores) cuando es polarizado correctamente.

Un diodo es un dispositivo que permite el paso de la corriente en una única dirección. El diodo y su correspondiente circuito eléctrico se encapsulan en una carcasa plástica, de resina epoxi o cerámica según las diferentes tecnologías. Este encapsulado consiste en una especie de cubierta sobre el dispositivo y en su interior puede contener uno o varios LED.



TIPOS DE ILUMINACION LED

LEDs DIP

Los LED DIP nos los solemos encontrar en sistemas de señalización y desde que existe la iluminación LED para el hogar, se crearon bombillas de este tipo, aunque no son para nada las más recomendables ya

que su tecnología es la más obsoleta en comparación con las SMD.



LEDs SMD

Un LED SMD es un diodo emisor de luz de montaje en superficie, este tipo de LED está encapsulado (solo o junto a más LEDs) en una resina semirrigida y dispuesto sobre un circuito impreso.



LEDs COB

El significado de COB es "Chip on board" Lo que significa que este chip va integrado en la placa base. Estos chips son de alta potencia y tienen un mayor rendimiento lumínico, equivalente a 120LM/w, con un ángulo de 175° y CRI de 90%. Podemos encontrarlos fácilmente en los focos.



LEDs de alta potencia

Tienen una potencia similar o superior a los SMD, aunque requieren de una mejor conducción del calor para funcionar, tienen un mayor consumo y una mayor emisión de energía.

Cuentan con una vida útil de 80.000 horas y se pueden encontrar en dicroicas y linternas LED, y su precio es superior al de los SMD.

INSTALACION

1. Mide el espacio donde vas a colgar la tira.
2. Corta el tramo necesario según el espacio donde se va a instalar. Corta la tira por los sitios marcados según el modelo.
3. Limpia la superficie donde se va a pegar la tira, retirar protector adhesivo de la parte posterior y pegar en la zona seleccionada.
4. Conecta el final de la tira al conector y este a su vez a la fuente de alimentación. Si la longitud que vamos a poner es superior a los 8 metros, tendremos que instalar un amplificador de potencia para que llegue bien la señal a toda la tira.
5. Conectar fuente de alimentación y listo. La fuente de alimentación de la tira LED será como el total de vatios (W) que tenga el tramo que vayamos a instalar. Tendremos que tener en cuenta la potencia del controlador y del amplificador.



MUROS VERDES

El Muro Verde es una estructura de contención que consiste en un núcleo de suelo reforzado donde las solicitaciones a las que está sometido son soportadas por geomallas, que permite inclinaciones variables y sin limitaciones de altura, con la particularidad de que el paramento es vegetalizable.

BENEFICIOS

- Los muros verdes utilizan menos agua que un jardín tradicional (Usando el sistema de recuperación o recirculación de agua de Generación Verde)
- Producen oxígeno y filtran partículas nocivas
- Permiten aprovechar el espacio vertical de las paredes
- Dan confort y una imagen saludable a las construcciones
- Mitigan los efectos de la contaminación atmosférica
- Reducen los efectos del ruido exterior
- Reducen la transferencia de calor hacia el interior del inmueble

MANTENIMIENTO

La apariencia de cualquier jardín requiere de cuidados y un tratamiento profesional, en Generación Verde realizamos este trabajo con esmero y dedicación.

- Poda estética
- Aplicación de nutrientes
- Aplicación de insecticidas si requiere
- Revisión de sistema de riego y ajuste de tiempos por temporada

- Cambio de vegetación que presente cierto daño
- Limpieza de los canalones y depósitos de almacenamiento de agua

SISTEMAS CONSTRUCTIVOS GREEN LIVING TECHNOLOGIES

Consiste en paneles modulares de aluminio o acero inoxidable de distintos tamaños. Este tipo de pieza permite la ejecución de formas complejas y facilita el proceso de plantación, ya que el sustrato se compacta en las celdas de los paneles y la vegetación crece en posición horizontal. Además, el sistema de riego por goteo se sitúa entre los paneles, el agua se drena a través de toda la fachada y se recoge en la parte inferior.



PANELES DE 60X60CM

Son de chapa metálica perforada con o sin base de poli estireno, quedan fijados a través de perfiles a un cerramiento e incluyen un sistema de riego automático. En este sistema, los perfiles deben ser solicitados con antelación ya que se suministran con las plantas enraizadas y ya crecidas.



MODULAR G-SKY

Es un panel de 12x12 pulgadas de polipropileno montado sobre soportes de acero. Este sistema viene pre plantado con el sustrato apropiado, un filtro de malla y hasta 13 plantas por panel.



HORMIGÓN VEGETAL

La vegetación crece en los poros del hormigón que se humedece con un sistema de tuberías y aspersores vistos. Luego de un tiempo, se espera que las plantas cubran el hormigón en su totalidad.



MURO VEGETAL DE PATRICK BLANC

A diferencia de los otros modelos, en esta técnica se utiliza la superposición de diversos elementos que favorecen el proceso de crecimiento y fijación de las raíces de las plantas sobre una superficie. En esta técnica, se grapan dos capas de fieltro de poliamida sobre planchas de PVC expandido de 10mm de grosor y se fijan sobre una estructura metálica que asegura el aislamiento en el muro adosado. El riego se efectúa a partir de un conjunto de tubos, superpuestos a partir de la cima del muro vegetal.



1.1.5.7. Constructivos - Estructurales

A continuación, se muestra las siguientes láminas donde se mostrar los diferentes ámbitos para la construcción de la Comunidad Terapéutica:

- Sistema constructivo: Aporticado.
- Estructuras: Losa aligerada.
- Recubrimiento: Muro Cortina.
- Techo: Cielo Raso.

Para ello, se realizó fichas de cada material, con sus características, ventajas y desventajas y el proceso de instalación de cada una.

SISTEMA APORTICADO

Es una estructura de concreto armado con la misma dosificación en las columnas, vigas peraltadas o chatas, formando un ángulo de 90°.

CARACTERÍSTICAS:

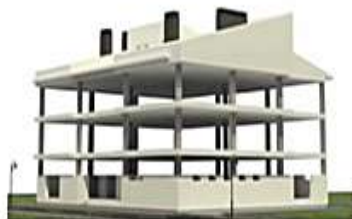
Es un sistema de construcción conformado por vigas y columnas conectadas por nudos, formando pórticos resistentes en las dos direcciones (x e y).

VENTAJAS

- 1.- El sistema constructivo de aporticado permite las modificaciones posteriores que se realicen en el interior de la edificación por que los muros no soportan peso y es más fácil moverlos.
- 2.- se tiene mayor conocimiento de la construcción con este sistema, es más simple que los demás.
- 3.- el sistema aporticado es más versátil para definir los espacios que impliquen el uso del ladrillo.
- 4.- el sistema aporticado permite el uso de ladrillos huecos que forma una cámara de aire en su interior y hace que el calor no se transmita en su totalidad.

DESVENTAJAS

- 1.- Este sistema limita las grandes luces cuando se usa el concreto reforzado.
- 2.- El desplazamiento lateral de la edificación mayor a 4 pisos hace que las estructuras sean más flexibles.



MATERIALES

Aceros corrugados: se utiliza mayormente de 40 y 60 grados ksi (280MPa y 420MPa).

Hormigón: su resistencia varía entre 21 MPa y 28 MPa. Las condiciones de control y calidad de los materiales y preparación de los hormigones en obra son el factor determinante para la obtención de estas resistencias.

Mampostería en ladrillo: es un elemento de arcilla cocida, que se utiliza para definir espacio, cimientos, muros, etc.

PROCESO CONSTRUCTIVO

Base de Piso

Es el intermedio entre el terreno y el piso superior, se debe emplear una placa de hormigo de un espesor entre 7.5 cm. Y 10 cm como máximo. Además, debe tener una superficie rugosa y de poro abierto, libre de sustancias que impidan la adherencia entre la losa u la losa base.

- 1.- humedecer la capa donde se va verter el concreto.
- 2.- Si existen algún tipo de tubería o zanja se debe compactar hasta 20 cm para evita posteriores rupturas.
- 3.- Se debe colocar formaletas, iniciando la primera a la orilla de la pared y colocando la franja adyacente después de que se haya endurecido o construyendo en franjas alternas.
- 4.- La altura de la formaleta debe ser igual al espesor de la losa.
- 5.- Colocar una malla de acero en la parte superior a 4cm de la superficie.

6.- Vaciar el concreto evitando la segregación de los componentes del mortero. Luego se compacta el concreto seco.

Columna

Es un soporte vertical que permite sostener el peso de la estructura, es bastante delgado respecto a su longitud.

- 1.- Primero se coloca el acero de forma longitudinal y luego transversal.
- 2.- luego encofrar la estructura de forma temporal para el vaciado del concreto.
- 3.- luego se puede desencofrar la columna pasado 5 o 7 das

Viga entrepiso

Una viga se define como un miembro estructural que descansa sobre apoyo en sus extremos.

- 1.- Se puede encofrar con madera o metal y se debe untar con aceite quemado o parafina con ACPM los testeros de la formaleta para que el concreto no se pegue en el encofrado.
- 2.- Se coloca riostras diagonales clavadas en las orillas para que resistan el empuje lateral del hormigón durante el vaciado.
- 3.- Se procede a fundir la viga para lo cual se utiliza un concreto de 3000 PSI. Durante el vaciado se debe chuzar el hormigón con una varilla de ½ o 5/8 de pulgada. Luego se empareja el concreto u hormigón en la corona de la viga.
- 4.- Después de 12 horas se procede a desencofrar. Luego se cura, roseando agua durante 7 días continuos.

LOSA ALIGERADA

La losa aligerada está hecha de concreto armado y se utilizan en entrepisos. Se apoyan sobre los muros portantes, vigas o placas.

CARACTERISTICA:

Está constituido por viguetas de concreto armado y elementos livianos de relleno. Las viguetas van unidas entre sí por una sola losa o capa superior de concreto que es donde se coloca la armadura secundaria.

VENTAJAS

Se puede lograr peraltes muy altos, lo que permite salvar claros muy grandes en comparación de la losa maciza tradicional, lo que lo vuelve más viable para naves industriales o en edificios donde se necesiten salvar claros grandes entre apoyos de losas.

DESVENTAJA

Requiere de una cimbra tradicional como una losa maciza lo que lo hace que se vuelva una opción cara para usarla en edificaciones con claros pequeños, aun así, algunos diseñadores las usan por motivo de estética.



PROCESO CONSTRUCTIVO

- 1.- Se debe utilizar losas aligeradas de 20 cm de espesor y ladrillos de 15 cm para techar ambientes hasta de 4,5 m de largo.
- 2.- El techo aligerado está constituido por viguetas, losa y ladrillos huecos. Las viguetas deben seguir la misma dirección de la medida más corta del espacio a techar.
- 3.- Una vez terminado el vaciado, cada metro cuadrado de techo (con un espesor de 20 cm) pesa aproximadamente 300 kg, lo que indica aproximadamente el peso que tendrá todo tu encofrado mientras esté soportando el peso del techo.
- 4.- El encofrado debe estar soportado por pies derechos y para armarlo, es necesario

contar con soleras corridas cuya sección mínima debe ser de 2" x 4".

5.- El fierro de temperatura se coloca sobre los ladrillos, atravesando las viguetas y apoyado sobre dados de concreto de 2 cm de espesor cada 25 cm.

6.- Luego colocar las instalaciones y proceder al vaciado de concreto en la losa.



CIELO RASO

El cielo raso es también conocido como falso cielo raso, es un elemento constructivo que mantiene una distancia del techo original.

VENTAJAS

1. Fibro asbesto, fibromineral y PVC
2. Aislante acústico
3. Material contra incendio
4. Material liviano
5. Se puede pintar el color que desee
6. Menor deterioro por la humedad
7. Permeable al vapor
8. Fácil colocación

DESVENTAJAS

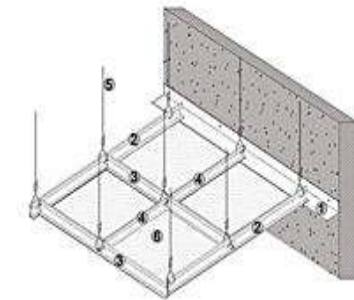
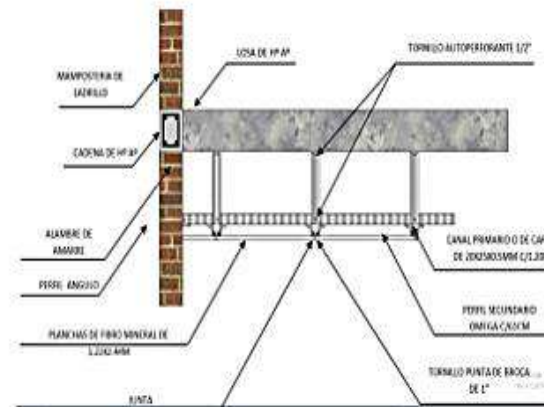
1. Se puede producir manchas
2. Fragilidad
3. GYPSUM: se destruye por la humedad.

MATERIALES

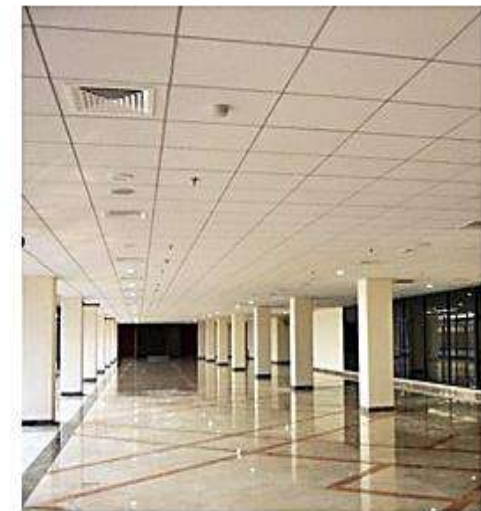
1. Placa de Yeso
2. Fibra de Vidrio
3. PVC
4. Aluminio
5. Paneles acústicos

PROCESO CONSTRUCTIVO

- 1.- Trazar las líneas perimetrales del área donde se va instalar el cielo raso.
- 2.- Fijar los rieles con clavos galvanizados.
- 3.- Colocar los parales verticales que sostendrán la estructura de metal.
- 4.- Colocar los parales horizontales y los omegas la cuadrícula metálica de la estructura del cielo raso.
- 5.- Finalmente la estructura instalada, se coloca las láminas de yeso, fijándolas con tornillos de cabeza avellana espaciados a una distancia de 20 cm. Aprox.



- 1 Angulo perimetral de 3,05mts
- 2 Perfil Principal de 3,66mts
- 3 Perfil Secundario de 1,22mts
- 4 Perfil Secundario de 0,61mts
- 5 Cuelga de alambre o Guaya
- 6 Placa en fibra de vidrio Optima 610 x 610 cm



ANEXO 14. INDICE MEMORIAS Y PLANOS

0.1. MEMORIAS DESCRIPTIVAS

0.1.2. ARQUITECTURA

0.1.3 ESTRUCTURA

0.1.4 ELECTRICAS

0.1.5 SANITARIAS

0.2 ANTEPROYECTO

0.2.1 PLANTEAMIENTO INTEGRAL

U 01	Plano de ubicación y localización
T 01	Plano topográfico
MP 01	Master Plan - Diagnostico
MP 02	Master Plan - Propuesta
MP 03	Master Plan – Inmediato

0.2.2 ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO

AG 01	Plano Planta General – 1er Sótano
AG 02	Plano Planta General – 2do Sótano
AG 03	Plano Planta General – 1era Planta
AG 04	Plano Planta General – 2da Planta
AG 05	Plano Planta General – 3era Planta
AG 06	Plano Planta General – 4ta Planta
AG 07	Plano Planta General – Techos
AG 08	Plano Planta General – Corte Generales
AG 09	Plano Planta General – Elevaciones Generales
AG 10	Plano Planta General – Plot Plan 3D - vistas interiores y exteriores

0.3 PROYECTO

0.3.1 PROYECTO ARQUITECTÓNICO

A 01	Plano Sector A - 1er y 2do Sótano
-------------	-----------------------------------

A 02	Plano Sector A - 1er y 2do Piso
A 03	Plano Sector A - 1er Piso
A 04	Plano Sector A - 2do Piso
A 05	Plano Sector A -Techo
A 06	Plano Sector A - Cortes
A 07	Plano Sector A - Cortes
A 08	Plano Sector A - Elevaciones
A 09	Plano Sector E – Sótano de Residencia
A 10	Plano Sector E - 1er Piso
A 11	Plano Sector E - 2do Piso
A 12	Plano Sector E - 3er Piso
A 13	Plano Sector E - Techo
A 14	Plano Sector E - Cortes
A 15	Plano Sector E - Cortes
A 16	Plano Sector E - Elevaciones
A 17	Plano Sector A - Escalera
A 18	Plano Sector E - Escalera
A 19	Plano Sector A - SS. HH
A 20	Plano Sector E – SS. HH
A 21	Plano Cuadro de Vanos - Puertas
A 22	Plano Cuadro de Vanos - Puertas
A 23	Plano Cuadro de Vanos - Ventanas
A 24	Plano Cuadro de Vanos - Ventanas
A 25	Plano Falso Cielo Raso – Adoquin
A26	Plano Falso Cielo Raso – Sectores A y E
A 27	Cuadro Acabados

0.3.2 INGENIERÍA DEL PROYECTO

0.3.2.1 ESTRUCTURA

E 01	Plano Sector A - 2do Sótano (Cimentación)
E 02	Plano Sector E – Sótano de Residencia (Cimentación)
E 03	Plano Sector A -1er y 2do Sótano (Techos)
E 04	Plano Sector E - 1er y 2do Piso (Techos)

- E 05** Plano Sector A - Sótano (Techo)
- E 06** Plano Sector E - 1er, 2do y 3er Piso (Techos)

0.3.2.2 INSTALACIONES SANITARIAS

- IS 01** Plano Sector A – 1er y 2do Piso (Agua)
- IS 02** Plano Sector E – 1er y 2do Piso (Agua)
- IS 03** Plano Sector E – 3er Piso (Agua)
- IS 04** Plano Sector A – 1er y 2do Piso y Techo (Desagüe)
- IS 05** Plano Sector E – Sótano de Residencia (Desagüe)
- IS 06** Plano Sector E – 1er y 2do Piso (Desagüe)
- IS 07** Plano Sector A – 3er Piso y Techo (Desagüe)

0.3.2.3 INSTALACIONES ELÉCTRICAS

- IEL 01** Plano Sector A – 1er Sótano
- IEL 02** Plano Sector A – 2er Sótano
- IEL 03** Plano Sector A - 1er y 2do Piso
- IEL 04** Plano Sector E - Sótano
- IEL 05** Plano Sector E - 1er y 2do y 3er Piso

0.3.2.4 SEGURIDAD

- S 01** Plano Sector A – 1er Sótano (Señalización)
- S 02** Plano Sector A – 1er Sótano (Evacuación)
- S 03** Plano Sector A - 2do Sótano (Señalización)
- S 04** Plano Sector A - 2do Sótano (Evacuación)
- S 05** Plano Sector A – 1er y 2do Piso (Señalización y Eva.)
- S 06** Plano Sector E – Sótano de Residencia
- S 07** Plano Sector E - 1er y 2do y 3er Piso (Señalización)
- S 08** Plano Sector E - 1er y 2do y 3er Piso (Evacuación)

<https://drive.google.com/file/d/1HSa8Ow0YrBe2vu-Vip4lVxWMPJOBRRXI/view?usp=sharing>

0.1. Memoria Descriptiva del Proyecto

0.1.2 Arquitectura

*Aspectos generales

- **PROYECTO**

“COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER”

- **ANTECEDENTES**

El terreno de elección para el proyecto se encuentra vacío en el interior y cercado por muros de material noble, el suelo no tiene acabado, se encuentra en su estado natural. Actualmente, funciona como almacén de empresas y cochera de los propios.

- **UBICACIÓN**

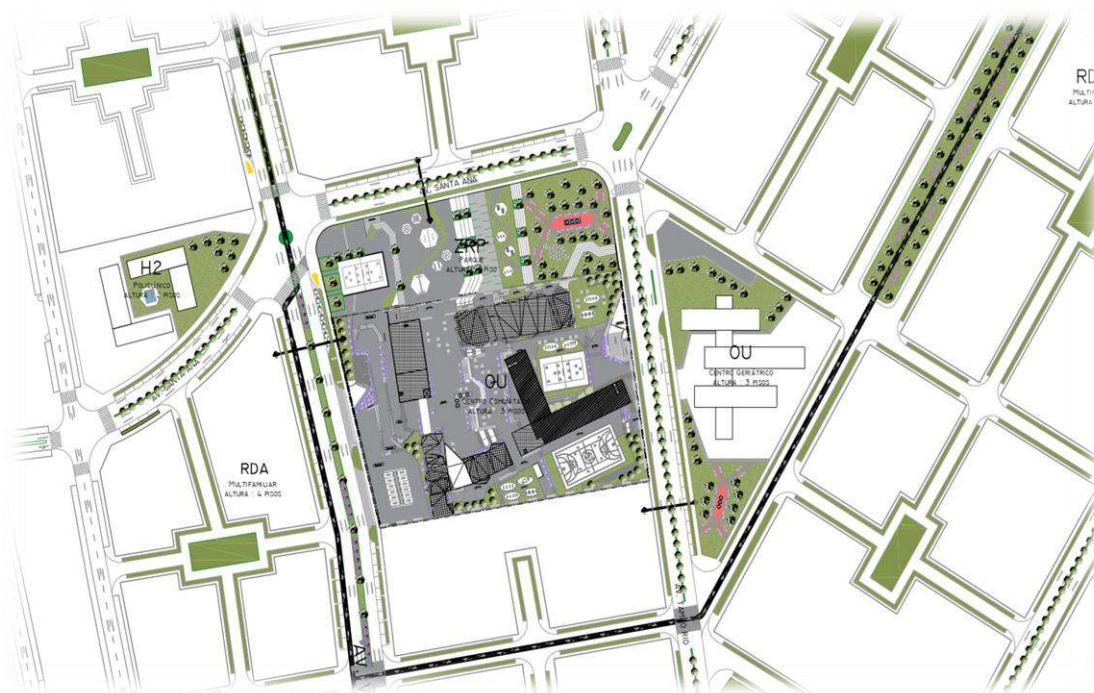
De acuerdo con el máster plan presentado, la propuesta responde a la problemática del sector, esta deberá ser emplazará en un terreno de fácil acceso, frente a una vía principal conectado hacia una vía arterial del lugar, contará servicios básicos y no tan cerca de las residencias de densidad media ni alta, es por ello por lo que se ubicó en el siguiente lugar:

El sector de Chacra Cerro bajo, zona 14 en Av. Valladares, Lote 13, zona B

Departamento: Lima

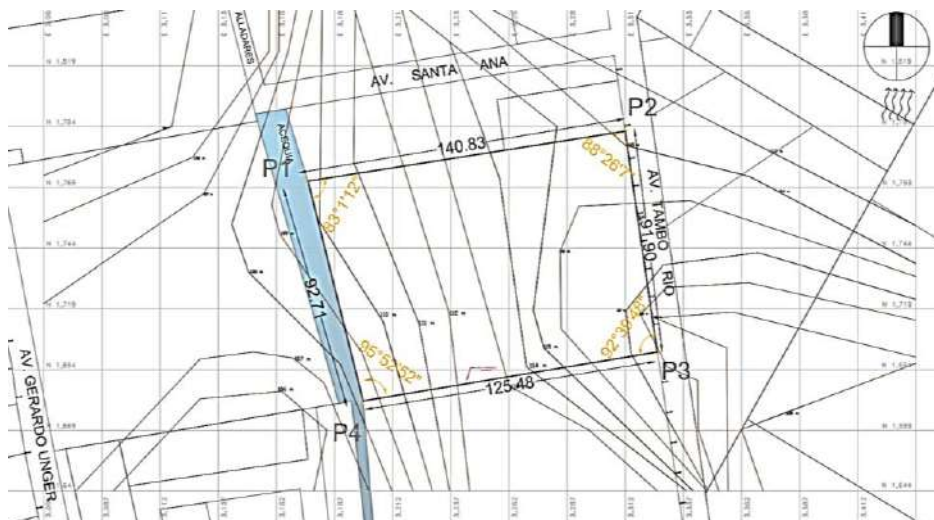
Provincia: Lima

Distrito: Comas



- **TOPOGRAFIA**

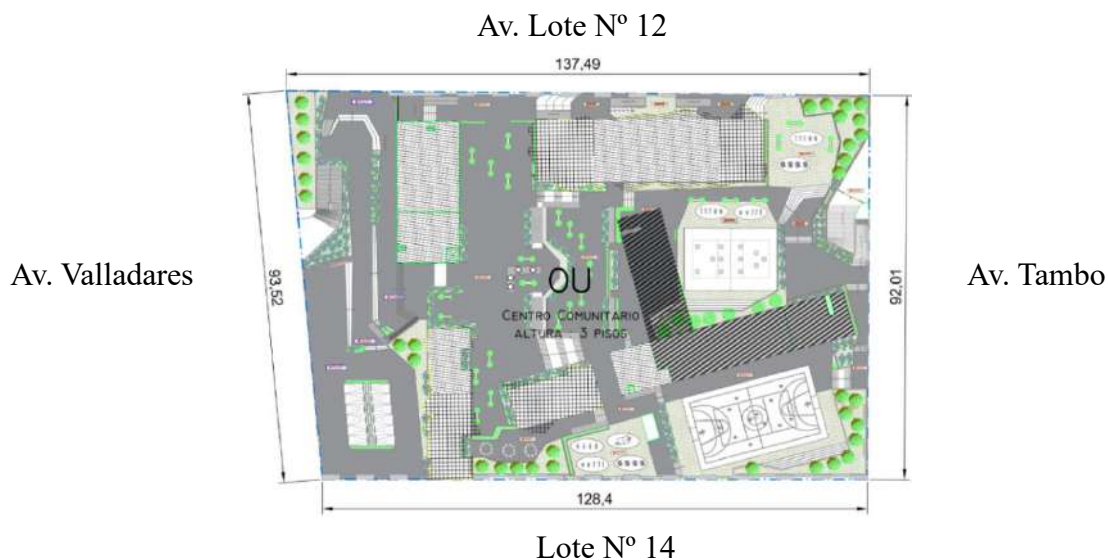
El terreno elegido cuenta con una topografía accidentada, con un desnivel de 9 mts. y una pendiente de 7% y está entre las zonas estables, aptas para construir.



- **GENERALIDADES**

La presente memoria descriptiva es acerca del proyecto: “Comunidad Terapéutica”. El terreno es de forma irregular, similar a un rectángulo, cuenta con un área de 12 460.45 m² y su perímetro 454.54 ml y sus linderos son los siguientes:

Por el frente:	con av. Valladares	mide 93.52 ml
Por la derecha:	con lote N.º 14a	mide 137.49 ml
Por el Izquierdo:	con lote N.º 12	mide 128.40 ml
Por el fondo:	con av. Tambo Rio	mide 92.01 ml



*AREAS Y AMBIENTES

El proyecto de arquitectura contempla las siguientes características del diseño:

- **FUNCIÓN:**

Brindar al usuario el confort necesario para su rehabilitación en las áreas privadas así también como en las áreas comunes, permitir que los espacios cumplan su función requerida tanto que el profesional pueda realizar sus labores, como el paciente en sus actividades correspondientes.

- **ZONIFICACIÓN:**

Esta identificado el anteproyecto en seis zonas para realizar sus funciones como son:

- Zona Medica
- Zona Administrativa
- Zona Educativa
- Zona de Residencia
- Zona de Servicios y Mantenimiento
- Zona de Servicios Complementarios

- **FORMA:**

Para obtener la forma del anteproyecto se tuvo en cuenta los criterios de diseño como eje para tener una orientación clara, jerarquía para resaltar el acceso principal, transformación para representar el proceso en el cual se basa nuestro concepto y la armonía teniendo integración con el entorno.

- **CRITERIOS DE EMPLAZAMIENTO**

Se tomó en consideración para el emplazamiento del proyecto los parámetros urbanísticos, el uso de suelo permitido para el equipamiento, aspectos climatológicos para la orientación de los vanos en las distintas zonas, materiales a utilizar, además se hizo un estudio de impacto vial y ambiental del entorno inmediato para comprender la magnitud del proyecto y se consideró hacer un máster plan que ayude a fortalecer las deficiencias el sector, como el mínimo porcentaje en áreas verdes y espacios públicos, así también se unificaría el proyecto con el entorno, que busca la inclusión y aceptación de este tipo de proyectos .

• DESCRIPCIÓN DE LA ARQUITECTURA

Cada una de las zonas del proyecto mencionadas anteriormente se desarrollan funciones determinadas y específicas para los usuarios y los profesionales, además estas dependen de unas a otras para que el equipamiento tenga un resultado final, que la rehabilitación del paciente termine en una reinserción social favorable, por este propósito, el proyecto está diseñado de la siguiente manera:

SECTOR A – SERVICIO

- En el primer sótano se encuentra el estacionamiento de visita que cuenta con una capacidad de 40 vehículos, con una altura de 4.53 m, además cuenta con 1 almacén, un hall que tiene 2 ascensores y una escalera que te lleva a el hall principal.
- En el segundo sótano se encuentra un ingreso vehicular de visita a través de una rampa para llegar al estacionamiento con una capacidad de 40 vehículos, con una altura de 3.00 m, el hall que tiene 2 ascensores y una escalera que te lleva a el hall principal.
- La primera planta cuenta con un ingreso principal peatonal que deriva al ingreso principal del equipamiento y 2 ingresos vehiculares con una caseta de vigilancia, con áreas verdes alrededor y un pequeño estacionamiento para 12 vehículos.

SECTOR A - ADMINISTRACION

- La zona de administración, contando un cuarto de control + servicios higiénicos, cuarto de limpieza, hall conectando con dos ascensores y escaleras que vienen del estacionamiento de visita hasta al segundo piso, la recepción, sala de espera + servicios higiénicos, secretaria, archivos generales, tópico, secretaria, archivo general, oficina de recursos humanos, oficina de trabajo social, oficina de contabilidad y tesorería, oficina de médica, oficina de enfermería, oficina de seguridad, oficina de docencia, oficina de mantenimiento, oficina de administración + servicios higiénicos, sala de juntas + servicios higiénicos, dirección administrativa.

SECTOR B – ZONA MEDICA

- También se encuentra en otro bloque la zona médica, que se encuentra el área de recepción, caja, registro, archivos clínicos, farmacia, sala de espera, una escalera que conecta con el segundo piso, tópico, triaje, jefatura, nueve consultorios, una sala de espera, batería de baño para damas, varones y un baño para discapacitado, por último, un área de camillas y silla de ruedas.

SECTOR C – SERVICIO COMPLEMENTARIOS

- La sala de lectura tiene un almacén, servicios higiénicos para personal y usuario, una sala amplia para leer y un aforo de 76 personas.
- La capilla que tiene la nave, el altar y una sacristía + servicios higiénicos del personal.

SECTOR E – MATENIMIENTO Y SERVICIO

- En esta planta se encuentra un ingreso vehicular a través de una rampa para llegar al estacionamiento del personal con una capacidad de 21 vehículos con una altura de 3.68 m, además de 1 almacén, un hall que tiene 2 aseos y una escalera que tiene conexión al hall de residencia, también se encuentra la Zona de Servicios generales que tiene un acceso del personal por una escalera que lleva a la segunda planta, batería de baños de damas y varones, vestidores. Además, el comedor del personal, patio de maniobras, área de carga y descarga, lavandería, también el área de mantenimiento con el cuarto de bombas, cisternas, cuarto de tableros eléctricos, cuarto de cómputo e internet, cuarto de extracción del co₂, área de calentador de agua, así también el área de anatomía patológica, con sus respectivos espacios, como laboratorio, cámara de conservación de cadáveres, sala de autopsias, preparación de cadáveres, cuarto de desechos y almacén.

SECTOR A - ADMINISTRACION

- En la segunda planta en el primer bloque se encontrando el segundo piso de la zona de administración con el área de estar administrativo, servicios higiénicos, cuarto de limpieza y kitchenette, sala de capacitación, almacén, sala de juntas, subdirección y dirección.

SECTOR B – ZONA MEDICA

- El segundo piso de la zona medica cuenta con áreas de sala de estar médica, batería de baños, vestidores y kitchenette.

SECTOR D – ZONA MEDICA

- En esta zona se realiza las terapias grupales, cuenta con un área de recepción, sala de espera, servicios higiénicos y dos consultorios.

SECTOR E - RESIDENCIA

- La zona de residencia cuenta con áreas de recepción, sala de visita, batería de baños, triaje, tóxico, almacén, cuarto frigorífico, cocina, almacén, comedor, escalera de emergencias, hall, almacén de equipos deportivos y una escalera que conecta con el segundo piso.

SECTOR F – ZONA EDUCATIVA

- La Zona educativa, un hall, una recepción, foyer, para la sala de usos múltiples servicios higiénicos, una escalera conectando al segundo con talleres, talleres de panadería, jardinería y cerámica, baterías de baños, cuarto de desechos, cuarto de limpieza y una escalera de emergencias.

ZONA E - RESIDENCIA

- El segundo piso de la zona de residencia que cuenta con escaleras al tercer piso, estación de enfermeras+ servicio higiénico, cuarto de limpieza, depósito de equipos y materiales, tres salas de estar, dieciséis dormitorios + dos baterías de baños con duchas, con una escalera de emergencia además de una sala de estar médica, dormitorio para doctores, batería de baño para varones y damas y un Kichenette.

SECTOR F – ZONA EDUCATIVA

- El segundo piso de la zona educativa talleres de computación y manualidades con baños para pacientes dos almacenes, una escalera de emergencias y una sala de estar.

ZONA E - RESIDENCIA

- El tercer piso de la zona de residencia que cuenta con escaleras al cuarto piso, estación de enfermeras+ servicio higiénico, cuarto de limpieza, depósito de equipos y materiales, dos salas de estar, dieciséis dormitorios + dos baterías de baños con duchas, con una escalera de emergencia.

ZONA E - RESIDENCIA

- El cuarto piso de la zona de residencia cuenta con una estación de enfermeras+ servicio higiénico, cuarto de limpieza, depósito de equipos y materiales, dos salas de estar, dieciséis dormitorios + dos baterías de baños con duchas, con una escalera de emergencia.

*** CUADRO RESUMEN DE AREAS POR CADA ZONA**

ZONA	AREA
Administrativa	691.69 m2
Médica	468.11 m2
Recreativa	308.63 m2
Educativa	1197.80 m2
Residencia	4528.06 m2
Mantenimiento y Servicio	5023.48 m2
TOTAL	12 217.77 m2



PLANO DE UBICACIÓN
ESC. 1/500

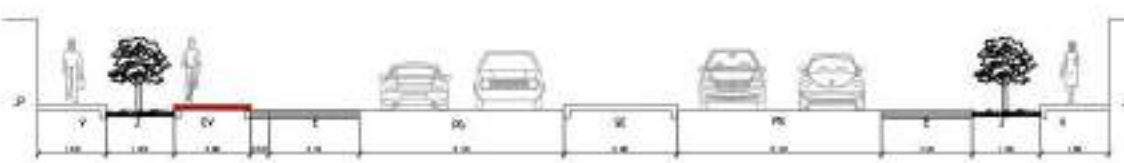


ESQUEMA DE LOCALIZACIÓN

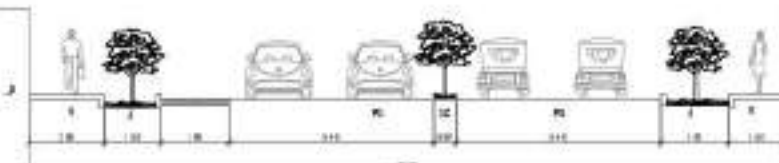
ESC. 1/5000

SECCIÓN VIAL
ESC. 1/200

UTEREM
U1. LÍMITE DE PASADIZO
U2. VEREDA
U3. PARQUE
U4. BARRERA
U5. PISTA PERSONAL
U6. PISTA PARA VEHÍCULO
U7. BARRERA
U8. BARRERA
U9. BARRERA
U10. BARRERA
U11. BARRERA
U12. BARRERA
U13. BARRERA
U14. BARRERA
U15. BARRERA
U16. BARRERA
U17. BARRERA
U18. BARRERA
U19. BARRERA
U20. BARRERA
U21. BARRERA
U22. BARRERA
U23. BARRERA
U24. BARRERA
U25. BARRERA
U26. BARRERA
U27. BARRERA
U28. BARRERA
U29. BARRERA
U30. BARRERA
U31. BARRERA
U32. BARRERA
U33. BARRERA
U34. BARRERA
U35. BARRERA
U36. BARRERA
U37. BARRERA
U38. BARRERA
U39. BARRERA
U40. BARRERA
U41. BARRERA
U42. BARRERA
U43. BARRERA
U44. BARRERA
U45. BARRERA
U46. BARRERA
U47. BARRERA
U48. BARRERA
U49. BARRERA
U50. BARRERA
U51. BARRERA
U52. BARRERA
U53. BARRERA
U54. BARRERA
U55. BARRERA
U56. BARRERA
U57. BARRERA
U58. BARRERA
U59. BARRERA
U60. BARRERA
U61. BARRERA
U62. BARRERA
U63. BARRERA
U64. BARRERA
U65. BARRERA
U66. BARRERA
U67. BARRERA
U68. BARRERA
U69. BARRERA
U70. BARRERA
U71. BARRERA
U72. BARRERA
U73. BARRERA
U74. BARRERA
U75. BARRERA
U76. BARRERA
U77. BARRERA
U78. BARRERA
U79. BARRERA
U80. BARRERA
U81. BARRERA
U82. BARRERA
U83. BARRERA
U84. BARRERA
U85. BARRERA
U86. BARRERA
U87. BARRERA
U88. BARRERA
U89. BARRERA
U90. BARRERA
U91. BARRERA
U92. BARRERA
U93. BARRERA
U94. BARRERA
U95. BARRERA
U96. BARRERA
U97. BARRERA
U98. BARRERA
U99. BARRERA
U100. BARRERA



SECCIÓN: A-A
AV. VALLADARES



SECCIÓN: B-B
AV. SANTA ANA



SECCIÓN: C-C
AV. TAMBO RIO

CUADRO NORMATIVO

CUADRO DE AREAS (m²)

PARÁMETROS	NORMATIVO	PROYECTO	PISOS / NIVELES	CUADRO DE AREAS (m ²)					SubTotal
				Nueva (*)	Existente	Demolición (**)	Ampliación	Remodelación (***)	
USOS	LOCALES INSTITUCIONALES, LOCALES COMERCIALES, TEATROS, AUDITEORIOS	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	SÓTANO 1	1884.06 m ²	-	-	-	-	-
DENSIDAD NETA / NIVEL DE SERVICIO	NO EXIGIBLE	NO APLICA	SÓTANO 2	1607.20 m ²	-	-	-	-	-
COEF. DE EDIFICACION	NO EXIGIBLE	0.7 CO _E	SÓTANO 3	1607.20 m ²	-	-	-	-	-
% ÁREA LIBRE	NO EXIGIBLE	79%	PRIMERA PLANTA	1250.82 m ²	-	-	-	-	-
ALTURA MAXIMA	15 MTS	12.5 mts	SEGUNDA PLANTA	1782.34 m ²	-	-	-	-	-
RETIRO MÍNIMO	FRONTAL	5 ML	TERCERA PLANTA	1212.58 m ²	-	-	-	-	-
	LATERAL	5 ML	CUARTA PLANTA	820.57 m ²	-	-	-	-	-
	POSTERIOR	5 ML	(****)	-	-	-	-	-	-
ALINEAMIENTO DE FACHADA	FRENTE DEL LOTE	FRENTE DEL LOTE	ÁREA PARCIAL	8724.77 m ²	-	-	-	-	-
ÁREA DE LOTE NORMATIVO	SEGUNDO REQUERIMIENTO	12460.45 m ²	PERÍMETRO	-	-	-	-	-	454.541 m ²
FRENTE MÍNIMO NORMATIVO	-	93.52 ML	ÁREA DE TERRENO	-	-	-	-	-	12460.45 m ²
N° DE ESTACIONAMIENTO	117 EST.	117 EST.	ÁREA LIBRE	-	-	-	-	-	9798.49 m ²

ZONIFICACIÓN: OU
ÁREA DE TRATAMIENTO NORMATIVO: 1

DEPARTAMENTO : LIMA
PROVINCIA : LIMA
DISTRITO : COMAS
SECTOR : CHACRA CERRO BAJO
AVENIDA : AV. VALLADARES / AV. TAMBO RIO
ZONA : 14
LOTE : 13

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO 

ALUMNAS: CASO MASS, TERESA J.
OSTOS ORTEGA, SILVANA A.

ASESOR: MGTR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL, JUAN JOSE

PROYECTO: **COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

PLANO: **UBICACIÓN Y LOCALIZACIÓN**

LAMINA:

U-01

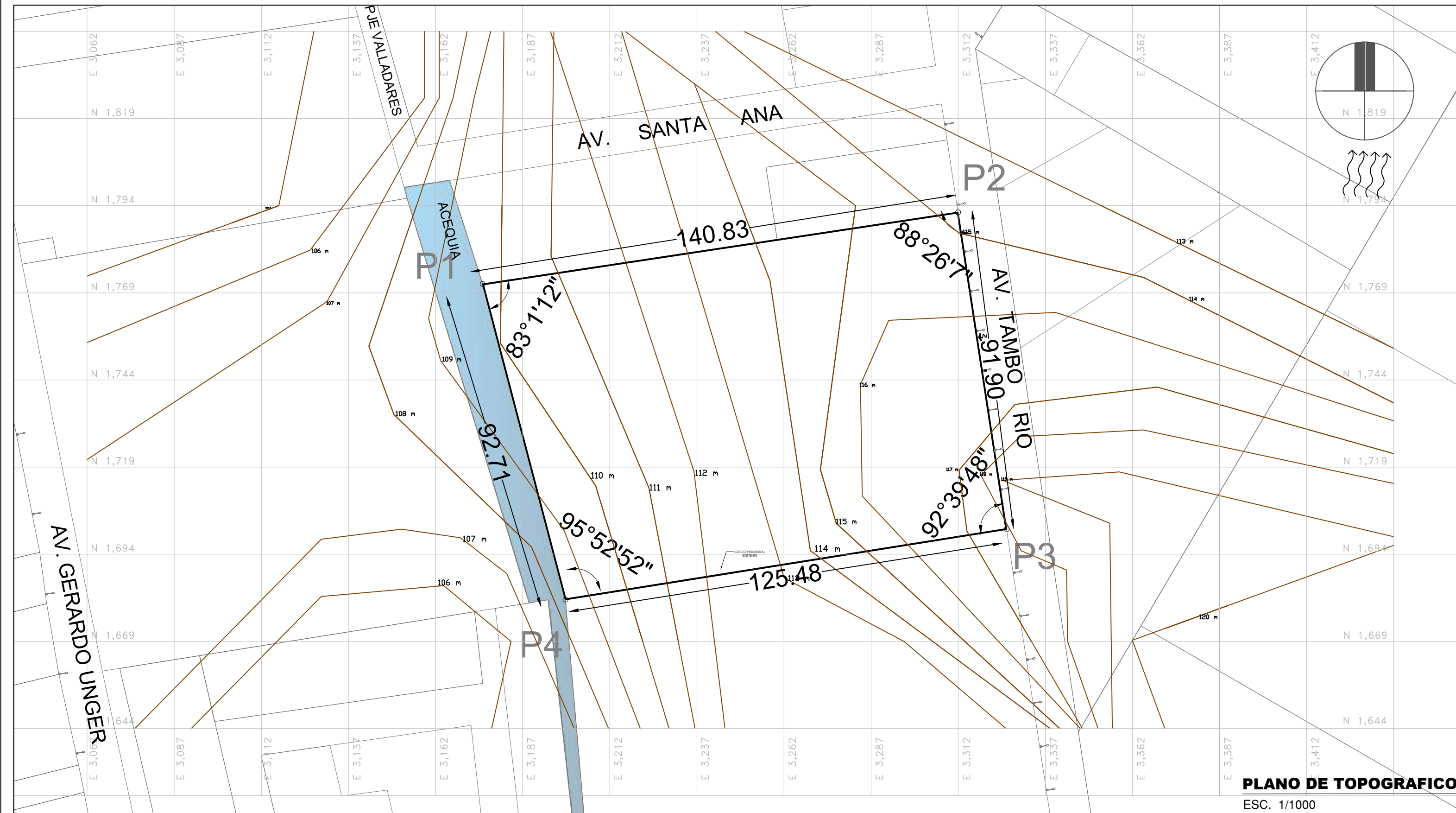
ESCALA: INDICADA
FECHA: FEBRERO 2020

(*) Para edificaciones nuevas consignar información solo en esta columna.

(**) Para el cálculo del área subtotal se resta el área a demoler.

(***) Para remodelación no se suma el área subtotal.

(****) Detallar el área acumulada (pisos superiores, sótano, semisótanos, etc.)



PLANO DE TOPOGRAFICO
ESC. 1/1000

ZONIFICACIÓN: OU
 ÁREA DE TRATAMIENTO NORMATIVO: 1

DEPARTAMENTO : LIMA
 PROVINCIA : LIMA
 DISTRITO : COMAS
 SECTOR : CHACRA CERRO BAJO
 AVENIDA : AV. VALLADARES / AV. TAMBO RIO
 ZONA : 14
 LOTE : 13



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

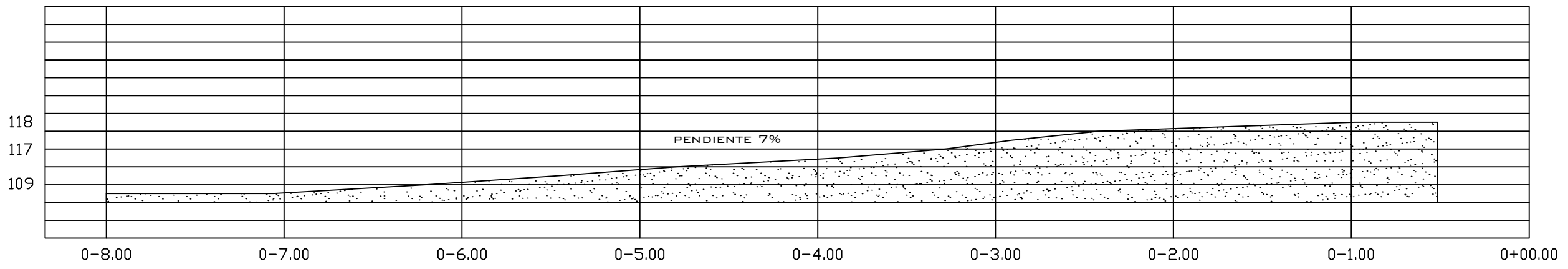
TÍTULO DEL TEMA:
 COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSECCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
 COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA

PLANO:
 PLANO DE TOPOGRÁFICO Y LOCALIZACIÓN

INTEGRANTES: CASO MASS, TERESA J. OSTOS ORTEGA, SILVANA A.	ASESOR ESPECIALISTA: MGTR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE	CODIGO: <h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">T-01</h1>
DEPARTAMENTO: LIMA PROVINCIA : LIMA DISTRITO : COMAS	FECHA: FEBRERO 2020	ESCALA: INDICADA

PERFIL TOPOGRÁFICO



CUADRO DE AREAS	
Area	12460.45 m ²
Area	1.24605 ha
Perimetro	454.54 ml

CUADRO DE CONSTRUCCION					
VERTICE	LADO	DIST.	ANGULO	ESTE	NORTE
P1	P1 - P2	140.83	83°1'12"	2367.341	1775.248
P2	P2 - P3	91.90	88°26'7"	2506.443	1797.263
P3	P3 - P4	126.80	92°39'48"	2518.325	1706.134
P4	P4 - P1	95.00	95°52'52"	2393.484	1683.915

AV. SANTA ANA

PROPIEDAD DE TERCEROS

ESTACIONAMIENTO DE VISITA

ESTACIONAMIENTO DEL PERSONAL

AV. TAMBO RIO

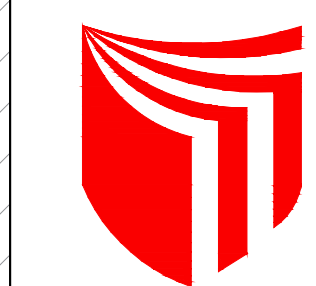
AV. VALLADARES

PROPIEDAD DE TERCEROS

PROPIEDAD DE TERCEROS

PLANTA DE TRAZADO

LEYENDA
LIMITE DE PROPIEDAD

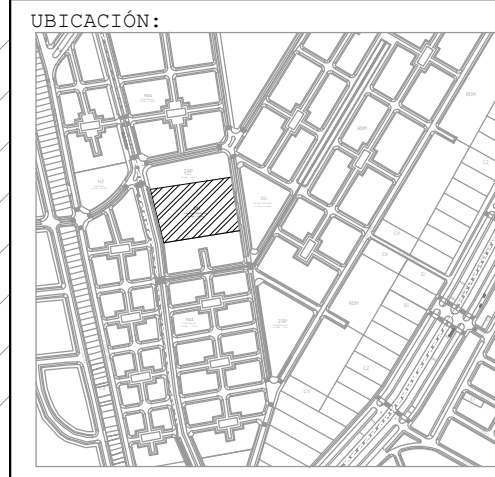


UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TITULO DEL TEMA:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TITULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS



PLANO:
PLANO DE TRAZADO

INTEGRANTES:
CASO MASS, TERESA J.
OSTOS ORTEGA, SILVANA A.

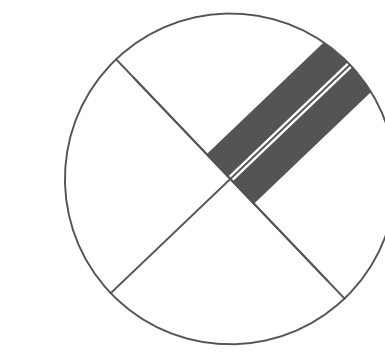
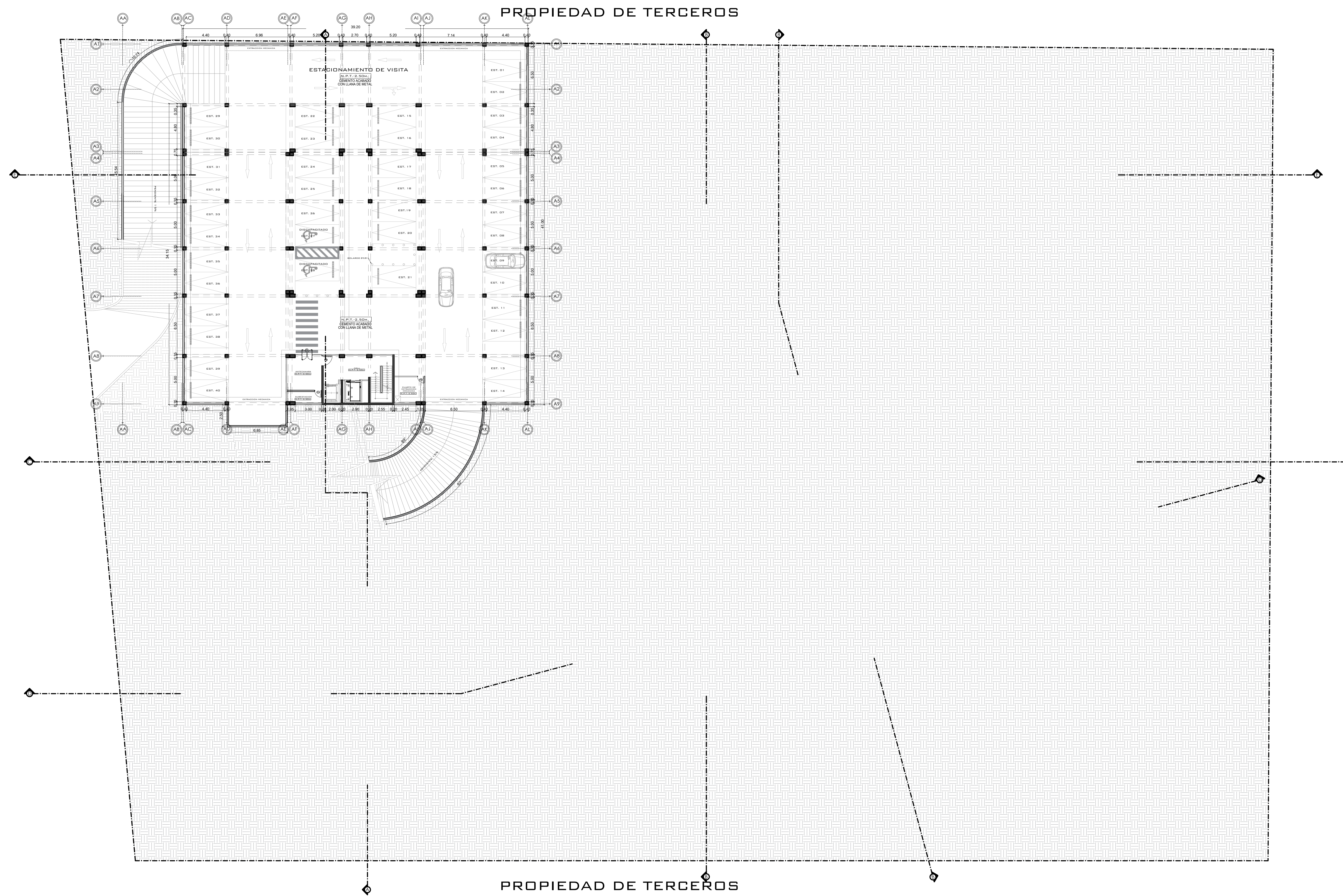
ASESOR ESPECIALISTA:
MGTR. ARQUITECTO
ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE

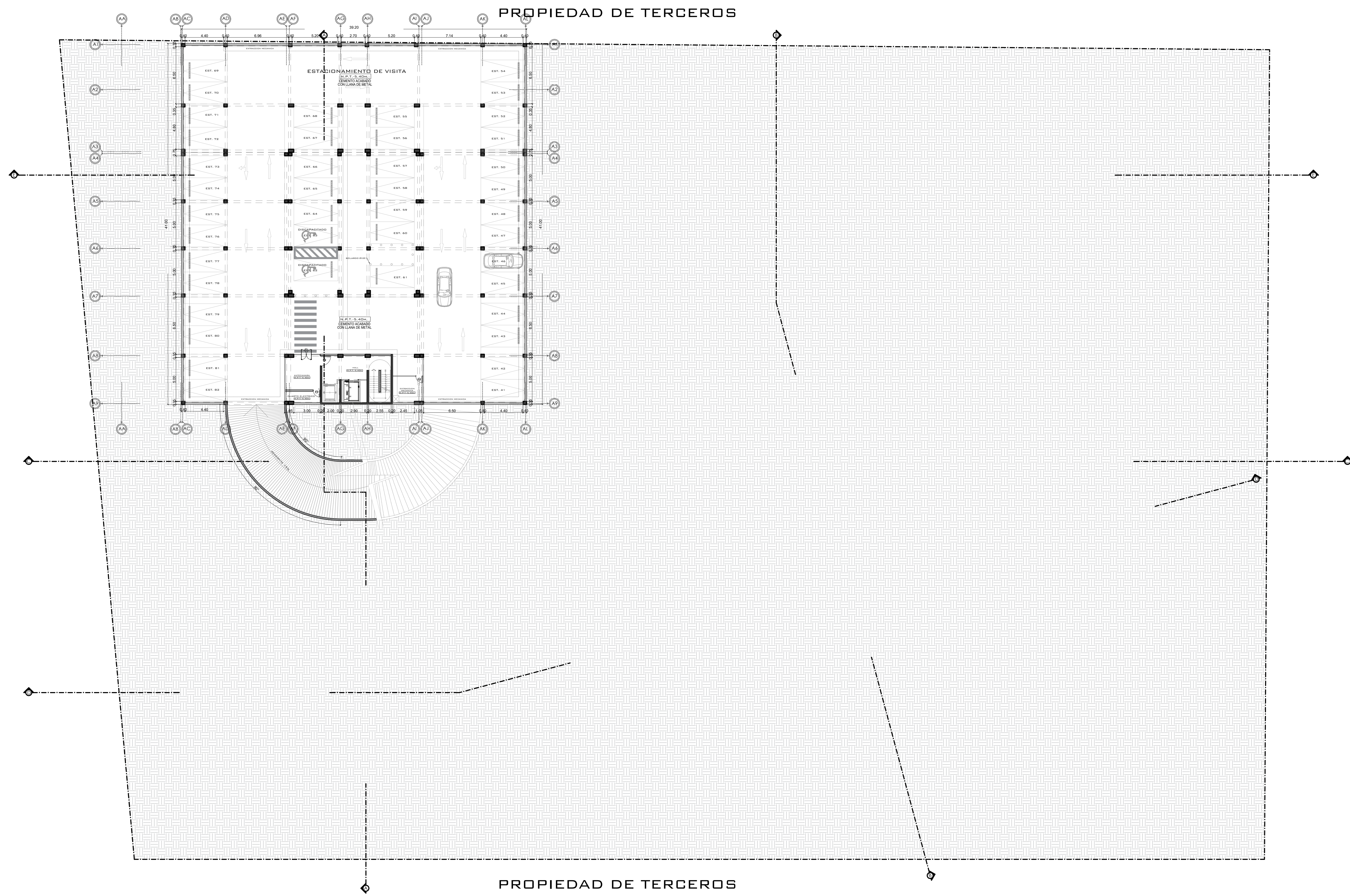
DEPARTAMENTO: LIMA
PROVINCIA: LIMA
DISTRITO: COMAS

FECHA:
FEB. 2020

ESCALA:
1/200

CODIGO:
TR-01



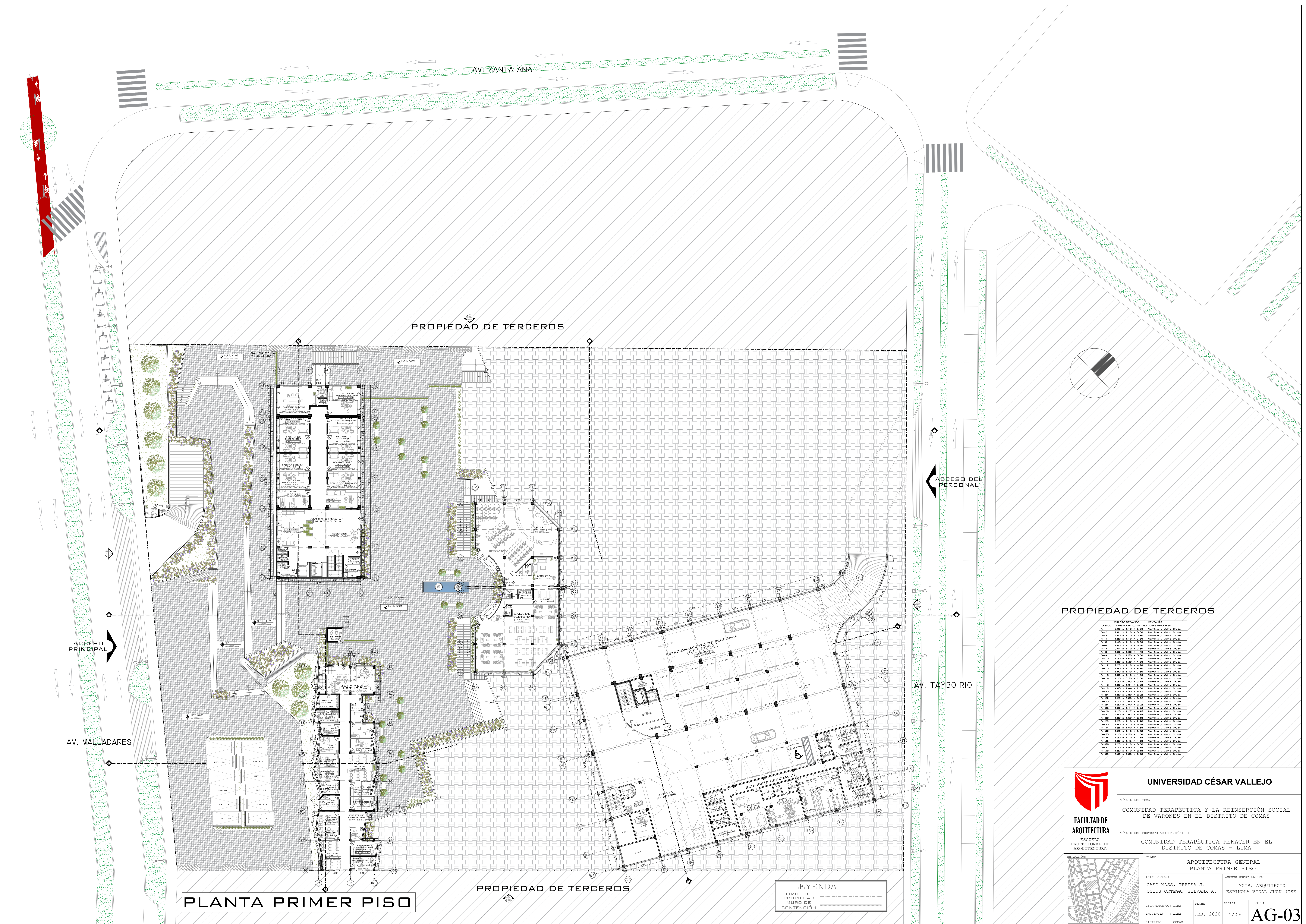


PLANTA SEGUNDO SOTANO

LEYENDA

LÍMITE DE PROPIEDAD	---
MURO DE CONTENCIÓN	—
PLACAS	—

<p>FACULTAD DE ARQUITECTURA ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA</p>	<p>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO</p>			
	<p>TÍTULO DEL TEMA: COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS</p>			
<p>TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA</p>				
	<p>PLANO: ARQUITECTURA GENERAL PLANTA SEGUNDO SÓTANO</p>			
	<p>INTEGRANTES: CASO MASS, TERESA J. OSTOS ORTEGA, SILVANA A.</p>		<p>ASESOR ESPECIALISTA: MSTR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE</p>	
	<p>DEPARTAMENTO : LIMA</p>	<p>FECHA: FEB. 2020</p>	<p>ESCALA: 1/200</p>	<p>CODIGO: AG-02</p>
	<p>PROVINCIA : LIMA</p>	<p>DISTRITO : COMAS</p>		



PLANTA PRIMER PISO

LEYENDA
 LIMITE DE PROPIEDAD
 MURO DE CONTENCION

PROPIEDAD DE TERGEROS

CODIGO	DIMENSION (m ²)	USOS
V-1	2.50 x 1.10 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-2	1.81 x 1.10 x 2.50	Alumino y Vitrío Cristal
V-3	2.45 x 1.10 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-4	1.30 x 1.10 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-5	1.45 x 1.10 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-6	2.45 x 1.10 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-7	2.41 x 1.10 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-8	1.20 x 1.00 x 2.70	Alumino y Vitrío Cristal
V-9	1.20 x 1.00 x 2.70	Alumino y Vitrío Cristal
V-10	1.20 x 1.00 x 1.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-11	1.20 x 1.00 x 1.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-12	2.80 x 1.10 x 2.70	Alumino y Vitrío Cristal
V-13	2.80 x 1.10 x 2.70	Alumino y Vitrío Cristal
V-14	2.80 x 1.10 x 2.70	Alumino y Vitrío Cristal
V-15	1.80 x 1.10 x 1.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-16	1.80 x 1.10 x 1.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-17	1.20 x 0.90 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-18	1.20 x 1.00 x 2.80	Alumino y Vitrío Cristal
V-19	4.88 x 1.44 x 2.00	Alumino y Vitrío Cristal
V-20	1.20 x 0.90 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-21	1.20 x 0.90 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-22	1.20 x 0.90 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-23	1.20 x 0.90 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-24	1.20 x 0.90 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-25	1.20 x 1.44 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-26	1.20 x 1.27 x 2.43	Alumino y Vitrío Cristal
V-27	1.20 x 0.90 x 2.87	Alumino y Vitrío Cristal
V-28	1.20 x 1.50 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-29	1.20 x 1.10 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-30	2.40 x 1.10 x 2.88	Alumino y Vitrío Cristal
V-31	1.20 x 1.50 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-32	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumino y Vitrío Cristal
V-33	1.20 x 1.50 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-34	1.20 x 1.45 x 2.38	Alumino y Vitrío Cristal
V-35	1.20 x 1.45 x 2.38	Alumino y Vitrío Cristal
V-36	1.20 x 1.45 x 2.38	Alumino y Vitrío Cristal
V-37	1.20 x 1.50 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-38	1.20 x 1.10 x 2.18	Alumino y Vitrío Cristal
V-39	0.80 x 2.30 x 0.45	Alumino y Vitrío Cristal

FACULTAD DE ARQUITECTURA
 ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

TÍTULO DEL TEMA:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA

PLANO:
ARQUITECTURA GENERAL PLANTA PRIMER PISO

INTEGRANTES:
**CASO MASS, TERESA J. MGR. ARQUITECTO
 OSTOS ORTEGA, SILVANA A. ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE**

DEPARTAMENTO: LIMA FECHA: FEB. 2020 ESCALA: 1/200 CODIGO: AG-03

AV. SANTA ANA

PROPIEDAD DE TERCEROS

AV. TAMBO RIO

AV. VALLADARES

PLANTA SEGUNDO PISO


PROPIEDAD DE TERCEROS

LEYENDA

LIMITE DE PROPIEDAD
PLACAS

PROPIEDAD DE TERCEROS

CORRIDA	DIMENSIONES (L x A)	DESCRIPCIONES
V-1	2.20 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-2	1.80 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-3	2.20 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-4	1.80 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-5	1.80 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-6	2.20 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-7	0.81 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-8	1.20 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-9	1.80 x 1.80 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-10	1.20 x 1.10 x 1.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-11	1.80 x 1.80 x 1.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-12	2.20 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-13	1.80 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-14	1.80 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-15	1.80 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-16	1.80 x 0.90 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-17	1.80 x 0.90 x 2.18	Alumbrado y Vistas Cielo
V-18	1.20 x 1.04 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-19	1.80 x 1.44 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-20	1.80 x 1.80 x 2.27	Alumbrado y Vistas Cielo
V-21	1.20 x 0.80 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-22	1.20 x 0.80 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-23	1.20 x 0.80 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-24	1.20 x 0.80 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-25	1.20 x 1.44 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-26	1.20 x 0.80 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo
V-27	2.20 x 0.92 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-28	1.20 x 1.00 x 2.18	Alumbrado y Vistas Cielo
V-29	1.20 x 1.10 x 2.18	Alumbrado y Vistas Cielo
V-30	2.20 x 1.10 x 2.80	Alumbrado y Vistas Cielo
V-31	1.20 x 1.80 x 2.28	Alumbrado y Vistas Cielo
V-32	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-33	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-34	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-35	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-36	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-37	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-38	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-39	1.20 x 1.10 x 2.88	Alumbrado y Vistas Cielo
V-40	0.80 x 0.90 x 2.00	Alumbrado y Vistas Cielo



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TÍTULO DEL TEMA:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA

PLANO:
ARQUITECTURA GENERAL PLANTA SEGUNDO PISO

INTEGRANTES:
CASO MASS, TERESA J.
OSTOS ORTEGA, SILVANA A.

ASESOR ESPECIALISTA:
MGR. ARQUITECTO
ESPINOZA VIDAL JUAN JOSE

DEPARTAMENTO: LIMA
PROVINCIA: LIMA
DISTRITO: COMAS

FECHA:
FEB. 2020

ESCALA:
1/200

CODIGO:
AG-04

AV. SANTA ANA

PROPIEDAD DE TERCEROS

PROPIEDAD DE TERCEROS

AV. TAMBO RIO

AV. VALLADARES

PLANTA TERCER PISO

PROPIEDAD DE TERCEROS

LEYENDA
 LIMITE DE PROPIEDAD
 PLACAS

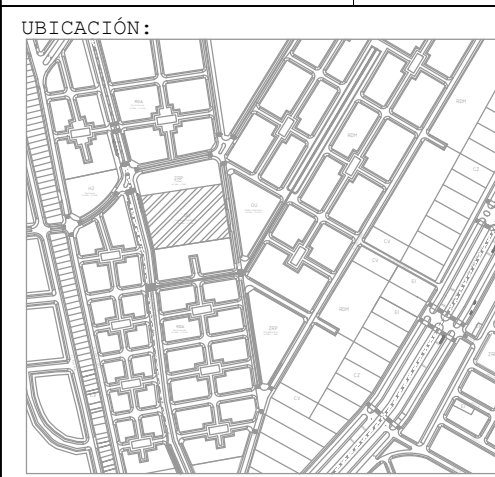
CODIGO	DESCRIPCION	VENTANAS	OBSERVACIONES
V-01	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-02	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-03	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-04	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-05	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-06	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-07	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-08	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-09	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-10	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-11	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-12	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-13	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-14	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-15	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-16	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-17	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-18	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-19	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-20	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-21	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-22	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-23	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-24	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-25	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-26	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-27	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-28	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-29	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-30	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-31	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-32	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-33	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-34	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-35	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-36	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-37	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-38	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-39	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	
V-40	2,20 x 1,10 x 2,80	Aluminio y Vidrio	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

TÍTULO DEL TEMA:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA



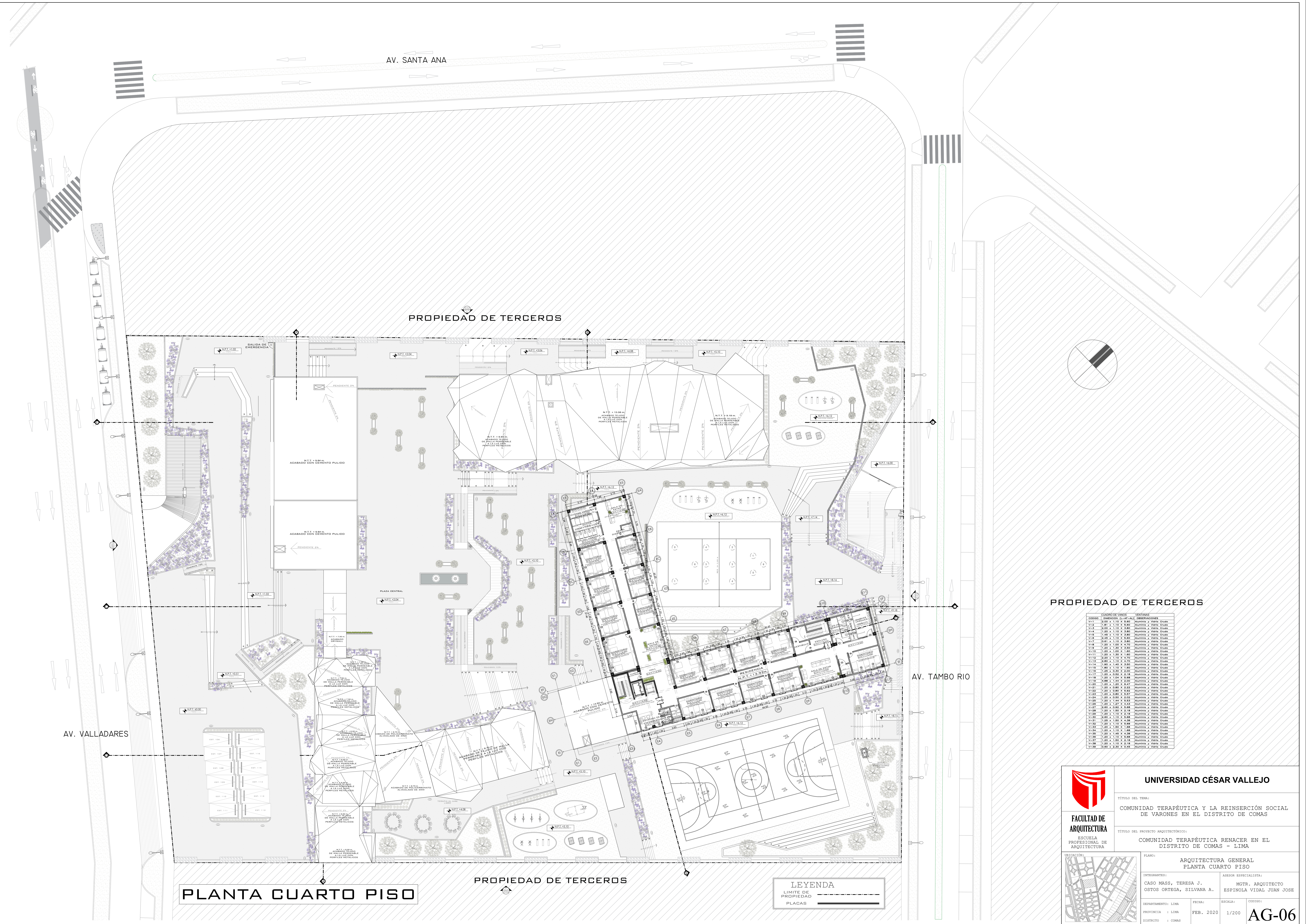
PLANO:
ARQUITECTURA GENERAL PLANTA TERCER PISO

INTEGRANTES:
CASO MASS, TERESA J.
OSTOS ORTEGA, SILVANA A.

ASESOR ESPECIALISTA:
MGR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE

DEPARTAMENTO: LIMA
PROVINCIA: LIMA
DISTRITO: COMAS

FECHA: FEB. 2020
ESCALA: 1/200
CODIGO: AG-05



PLANTA CUARTO PISO

LEYENDA
 LIMITE DE PROPIEDAD
 PLACAS

CODIGO	DESCRIPCION (C/AN/AL)	VENTILACION	OBSERVACIONES
V-1	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-2	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-3	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-4	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-5	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-6	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-7	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-8	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-9	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-10	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-11	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-12	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-13	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-14	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-15	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-16	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-17	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-18	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-19	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-20	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-21	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-22	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-23	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-24	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-25	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-26	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-27	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-28	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-29	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-30	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-31	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-32	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-33	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-34	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-35	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-36	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-37	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-38	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado
V-39	1.80 x 1.10 x 2.80	Aluminio y Vidrio	Grado



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE ARQUITECTURA
 ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TÍTULO DEL TEMA:
 COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
 COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA

PLANO:
 ARQUITECTURA GENERAL
 PLANTA CUARTO PISO

INTEGRANTES:
 CASO MASS, TERESA J. MGR. ARQUITECTO
 OSTOS ORTEGA, SILVANA A. ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE

DEPARTAMENTO: LIMA **FECHA:** FEB. 2020 **ESCALA:** 1/200 **CODIGO:** AG-06

AV. SANTA ANA

PROPIEDAD DE TERCEROS

PROPIEDAD DE TERCEROS

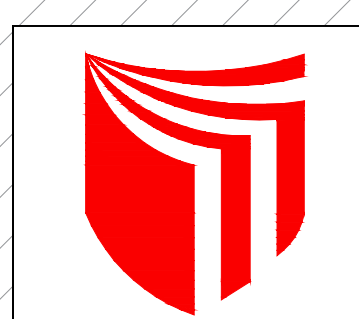
AV. TAMBO RIO

AV. VALLADARES

PLANTA TECHOS

PROPIEDAD DE TERCEROS

LEYENDA
LIMITE DE PROPIEDAD

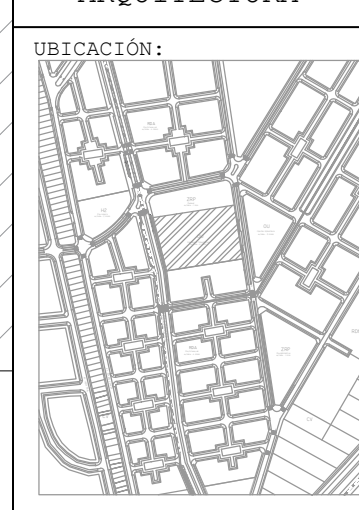


UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE ARQUITECTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TITULO DEL TEMA:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSECCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TITULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA



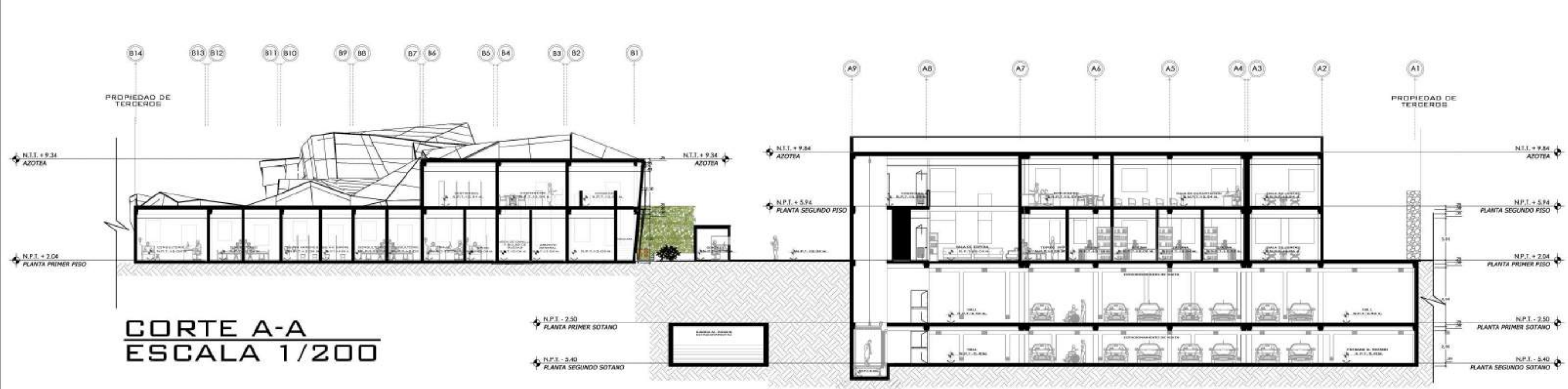
PLANO:
ARQUITECTURA GENERAL PLANTA DE TECHOS

INTEGRANTES:
CASO MASS, TERESA J.
OSTOS ORTEGA, SILVANA A.

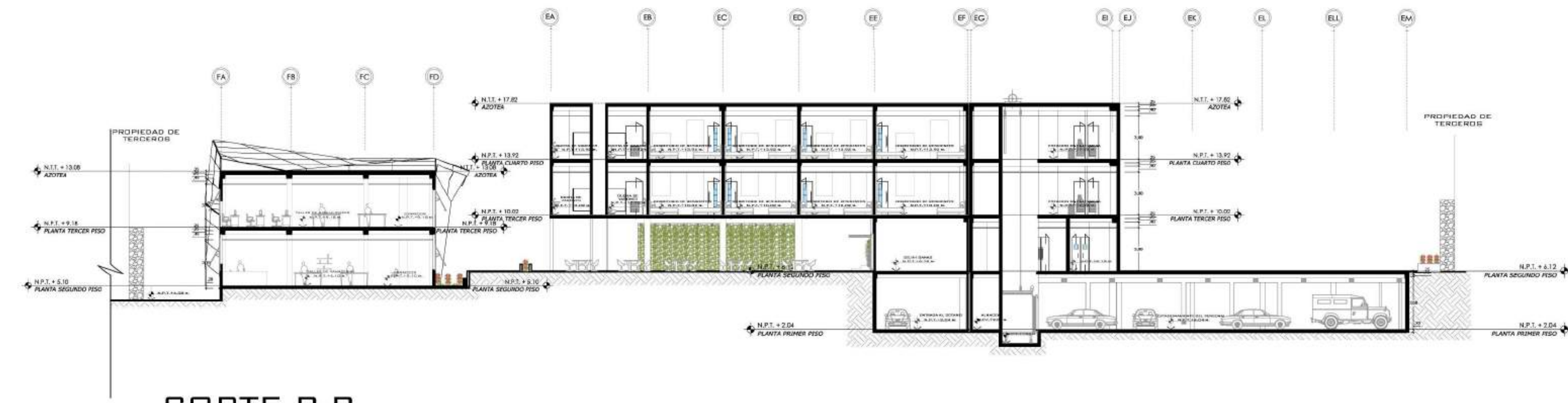
ASESOR ESPECIALISTA:
MGR. ARQUITECTO
ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE

DEPARTAMENTO: LIMA
PROVINCIA : LIMA
DISTRITO : COMAS

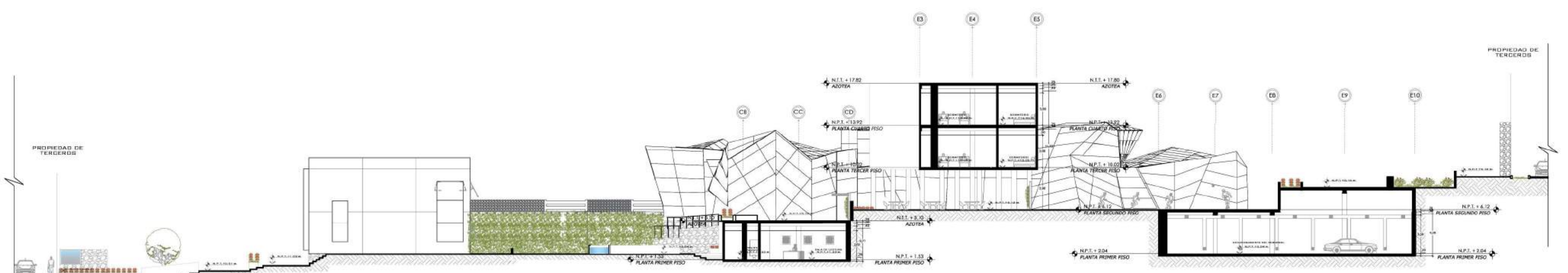
FECHA: FEB. 2020
ESCALA: 1/200
CODIGO: AG-07



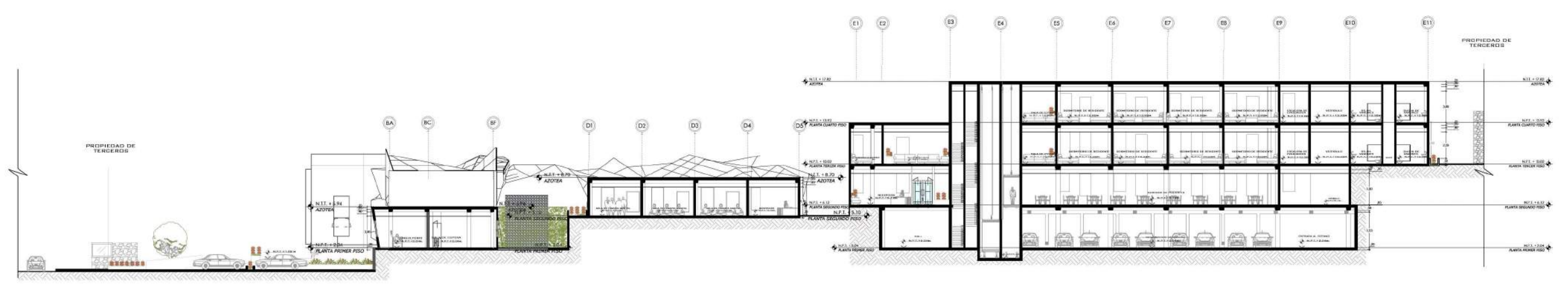
CORTE A-A
ESCALA 1/200



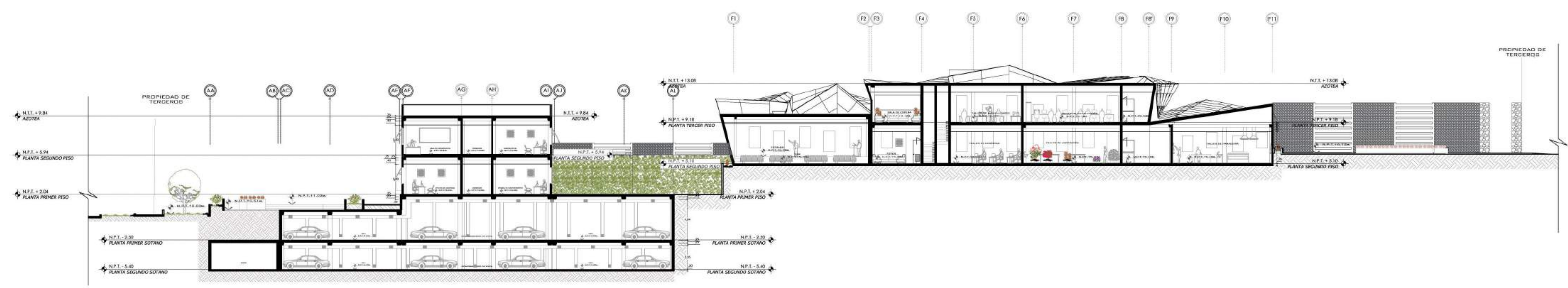
CORTE B-B
ESCALA 1/200



CORTE C-C
ESCALA 1/200



CORTE D-D
ESCALA 1/200



CORTE E-E
ESCALA 1/200

 <p>FACULTAD DE ARQUITECTURA ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA</p>	<p>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO</p>	
	<p>TÍTULO DEL TEMA: COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSECCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS</p>	
	<p>TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA</p>	
	<p>PLANO: ARQUITECTURA GENERAL CORTE GENERAL</p>	
<p>INTRODUCENTE: CASO MASS, TERESA J. OSTOS ORTEGA, SILVANA A.</p>	<p>ASESOR ESPECIALISTA: MSTR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE</p>	
<p>DEPARTAMENTO: LIMA PROVINCIA: LIMA DISTRITO: COMAS</p>	<p>FECHA: FEB. 2020</p>	<p>ESCALA: 1/200</p>
		<p>CODIGO: AG-08</p>



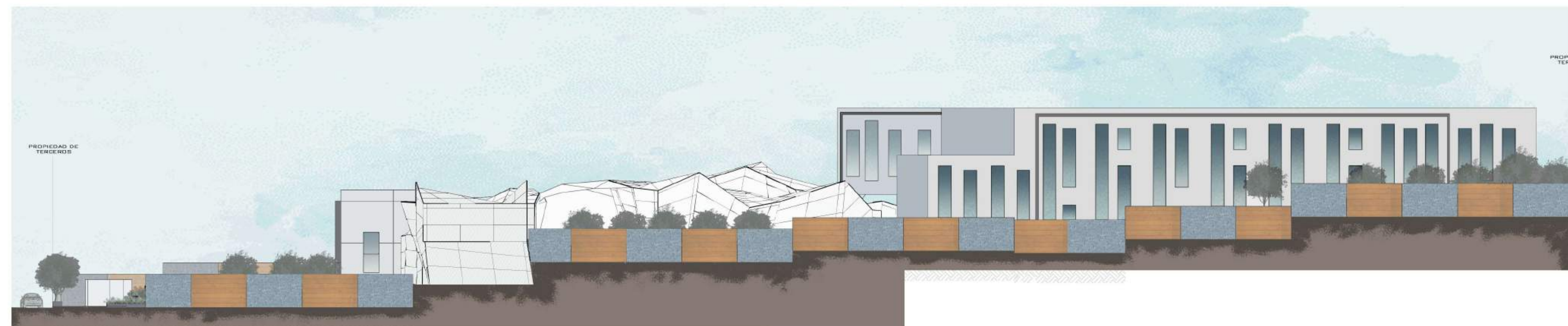
ELEVACION 01
ESCALA 1/200



ELEVACION 02
ESCALA 1/200

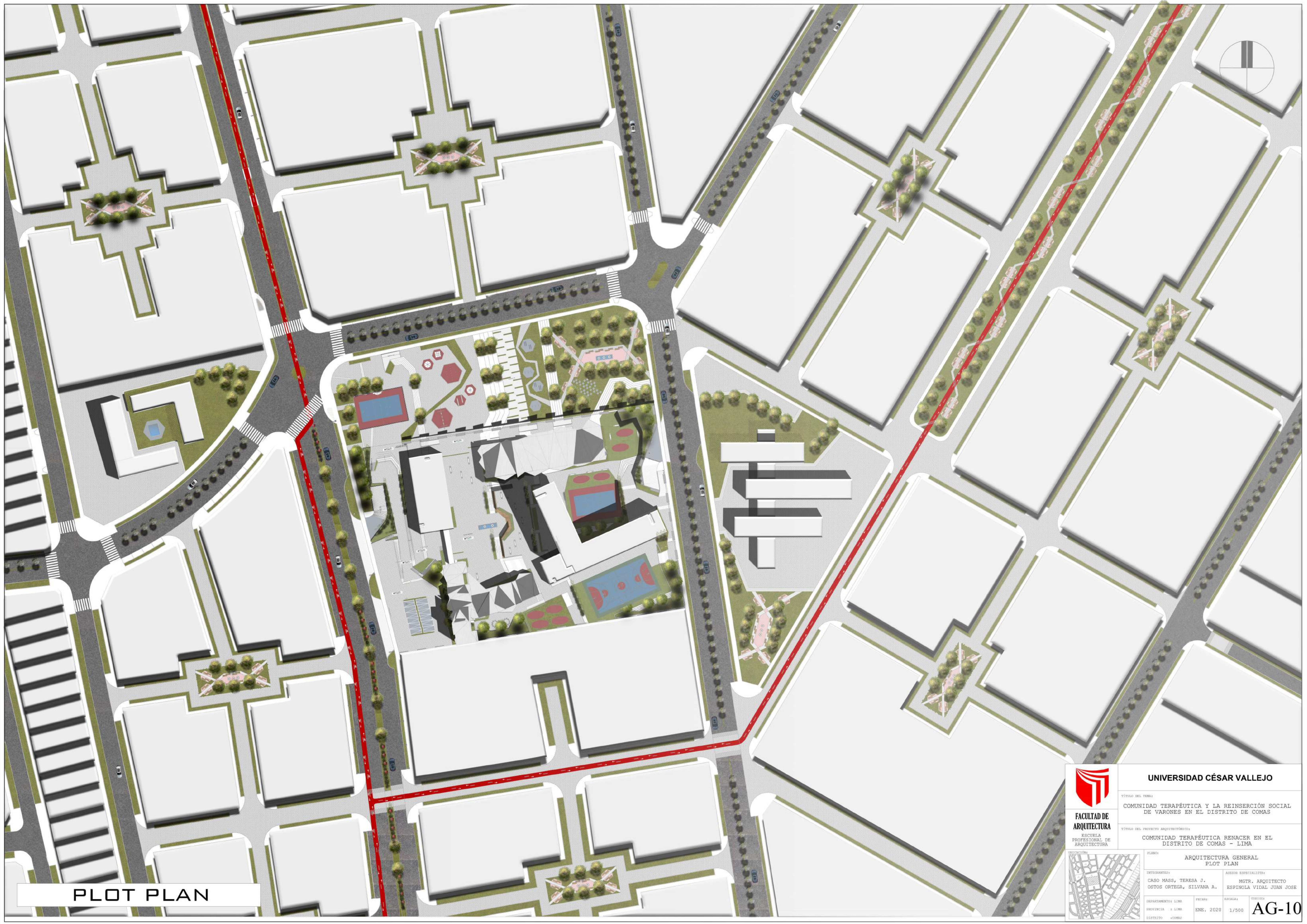


ELEVACION 03
ESCALA 1/200



ELEVACION 04
ESCALA 1/200

 <p>FACULTAD DE ARQUITECTURA ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA</p>	<p>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO</p>	
	<p>TÍTULO DEL TEMA: COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS</p>	
	<p>TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA</p>	
	<p>PLANO: ARQUITECTURA GENERAL ELEVACIONES GENERALES</p>	
<p>INTERVARIANTES: CASO MASS, TERESA J. OSTOS ORTEGA, SILVANA A.</p>	<p>ASESOR ESPECIALISTA: MTR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE</p>	<p>AG-09</p>
<p>DEPARTAMENTO: LIMA PROVINCIA: LIMA DISTRITO: COMAS</p>	<p>FECHA: FEB. 2020</p>	<p>ESCALA: 1/200</p>



PLOT PLAN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

TÍTULO DEL TEMA:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS

TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:
COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA

PLANO:
ARQUITECTURA GENERAL PLOT PLAN

INTERGRANTES:
**CASO MASS, TERESA J. MGR. ARQUITECTO
 OSTOS ORTEGA, SILVANA A. ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE**

DEPARTAMENTO: LIMA	FECHA: ENE. 2020	ESCALA: 1/500	SERIE: AG-10
--------------------	------------------	---------------	--------------





Fachada frontal y posterior



Vistas de Áreas libres



Vistas de Ambientes

	UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO			
	<small>TÍTULO DEL TEMA:</small> COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE VARONES EN EL DISTRITO DE COMAS			
<small>TÍTULO DEL PROYECTO ARQUITECTÓNICO:</small> COMUNIDAD TERAPÉUTICA RENACER EN EL DISTRITO DE COMAS - LIMA		<small>PLANO:</small> ARQUITECTURA GENERAL RENDERS - ESPACIOS EXTERIORES E INTERIORES		
<small>INTRODUCENTES:</small> CASO MASS, TERESA J. OSTOS ORTEGA, SILVANA A.		<small>ASESOR ESPECIALISTA:</small> MTR. ARQUITECTO ESPINOLA VIDAL JUAN JOSE		
<small>DEPARTAMENTO:</small> LIMA <small>PROVINCIA:</small> LIMA <small>DISTRITO:</small> COMAS	<small>FECHA:</small> FEB. 2020	<small>ESCALA:</small> 1/200	AG-11	