



**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
CARRERA DE DERECHO**

**TEMA:**

**CONDICIONES JURÍDICAS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN  
PARA ALCOHÓLICOS Y DROGADICTOS DE LA PROVINCIA DE SANTA  
ELENA.**

**TESIS DE GRADO**

**Previa a la obtención del título de:**

**ABOGADO DE LOS TRIBUNALES**

**Y JUZGADOS DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR**

**AUTOR: ADRIANA ALEXANDRA CHÁVEZ ZAMBRANO**

**TUTOR: AB. HECTOR RAMOS RICARDO**

**LA LIBERTAD – ECUADOR**

**2011**

**UPSE**

## **CERTIFICACIÓN**

Abg. HECTOR RAMOS RICARDO, Tutor de Tesis de la Estudiante de la Carrera de Derecho, Adriana Alexandra Chávez Zambrano.

### **CERTIFICA:**

Que una vez revisados los contenidos de la investigación y desarrollo del trabajo de titulación o graduación, estos guardan relación con lo estipulado en la reglamentación prevista por los organismos de estudios de tercer nivel, los mismos que cumplen con los requisitos básicos y científicos, y con los parámetros del método de investigación y su proceso; por lo tanto solicito se dé el trámite legal correspondiente.

**Atentamente,**

**Abg. Héctor Ramos Ricardo**

**TUTOR DE TESIS**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de Investigación lo dedico a mis seres queridos como es a mi padre que siempre me apoyó, a mi esposo y mis hijos por entender cuál era el motivo de la falta de tiempo a ellos, además que fueron pilares fundamentales en mi desempeño de vida ya que cuando quería desmayar me dieron la fortaleza necesaria para seguir adelante.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por la formación profesional recibida, al ab. Héctor Ramos Ricardo, a los directores de las clínicas de rehabilitación, al delegado del **CONSEP**, a mi amiga y guía Sandra Astaiza, a su esposo Miguel Delgado y a todos quienes supieron orientarme cabalmente en la realización de esta investigación.

# **TRIBUNAL DE GRADO**

---

**Ab. Carlos San Andrés Restrepo**

**DECANO DE LA FACULTAD**

**CIENCIAS SOCIALES**

---

**Lcdo. Milton González**

**DIRECTOR DE LA ESCUELA**

**DE CIENCIAS SOCIALES**

---

**Ab. Héctor Ramos Ricardo.**

**PROFESOR - TUTOR**

---

**Ab. Abel Mera**

**PROFESOR ESPECIALISTA**

---

**Ab. Milton Zambrano Coronado MSc.**

**SECRETARIO GENERAL - PROCURADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD**  
**CARRERA DE DERECHO**

**"CONDICIONES JURÍDICAS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA ALCOHÓLICOS  
Y DROGADICTOS DE LA PROVINCIA DE SANTA ELENA."**

Autor: Adriana Alexandra Chávez Zambrano. Tutor:  
Ab. Héctor Ramos Ricardo.

**RESUMEN**

En el mundo entero existe la problemática de las adicciones a las drogas, la misma que afecta a jóvenes, adultos y niños, que no mide ni ve clase social, este mal existe en nuestro medio. La Provincia de Santa Elena territorio de gente humilde que ha sido víctima de esta enfermedad, los motivos por lo que la gente peninsular consume drogas con frecuencia, casi de manera cotidiana se dan por la migración de padres a otros lugares para buscar una mejor economía en el hogar, o tal vez por los trabajos en que se desenvuelven como la pesca, la construcción, entre otros. Muchos padres de familia o familiares preocupados por la enfermedad adictiva de sus seres queridos acuden a Clínicas de Rehabilitación o también llamadas Clínicas Terapéuticas donde los enfermos reciben atención psicológica, psiquiátrica, lugar donde les ayudan a entender que padecen de una enfermedad que les consume la vida y los aísla de la sociedad.

Pero la pregunta es ¿Aquellos Centros de Recuperación cumplen con las condiciones de higiene, salubridad, infraestructura, responsabilidad profesional, y seguridad que necesitan las personas que ingresan allí? Como lo estipulan los artículos 14, 15, 16, y 19 del Reglamento de Control a Centros de Recuperación para Adictos. Los responsables de velar porque se cumplan con los requisitos de Ley para el funcionamiento de estos establecimientos es el Ministerio de Salud Pública, ya que esta ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho mundial de la salud así lo establece el numeral 5 del artículo 6 de esta ley. Nuestra Constitución comprometida por hacer respetar nuestros derechos y preocupada por el bien común establece que las adicciones son un problema de Salud Pública al estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control al consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos, en ningún caso se permitirá la vulneración de los derechos constitucionales. En la actualidad existen clínicas de rehabilitación para adictos de índole particular muchas no cumplen con las condiciones factibles para ofrecer tratamientos pero existen tres centros que si cumplen con los parámetros de ley, pero lo ideal sería que existiera una clínica de recuperación Estatal (Dirigida por el estado), donde los profesionales que trabajan en el sector público colaboraran con las personas con adicciones que muchas veces no cuentan con los recursos necesarios para recibir un tratamiento terapéutico adecuado. Este proyecto está enfocado en demostrar las condiciones y la calidad terapéutica en las que deben funcionar los centros de

rehabilitación para adictos según la ley , y lo factible que sería contar con profesionales capacitados por el estado, con el propósito de que los pacientes tengan ayuda social, y de alguna manera económica al recibir el tratamiento de manera gratuita.

<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>PAG</b>
Portada.....	I
Certificación .....	II
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tribunal de grado .....	V
Resumen,.....	VI
índice general .....	7
Lista de anexos .....	9
Lista de gráficos .....	9
Planteamiento y formulación del problema.....	10
Justificación del tema.....	12
Hipótesis a defender.....	18
Objetivos .....	19
General.....	19
Específico.....	20
Metodología.....	20

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO..... 22**

Atención estatal al problema de consumo y dependencia de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes .....	23
Tabaco y Alcohol .....	25
El Gobierno y los Sistemas que emplean para atender esta problemática.....	27
Comisiones Nacionales contra el uso de las Drogas .....	29
Proceso realizado en el Ecuador .....	31
Marco Jurídico para creación de clínicas (Decreto).....	32
La Evaluación de la Calidad de Atención en el tratamiento de los Drogodependientes .....	35
Políticas públicas para mejorar la calidad de atención en tratamiento de drogodependientes.....	41
Criterios para la Creación de Espacios de Rehabilitación.....	43
índole, prestación y organización del Tratamiento .....	50
Derechos de los Pacientes .....	58

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO..... 64**

### **Diseño de la Investigación.....65**



Alcoholismo y drogadicción en Santa Elena .....	66
Diagnóstico Situacional de Centros de Rehabilitación.....	67
Datos Estadísticos .....	67
Población: Generalidades .....	71
Identificación, descripción, y diagnóstico del problema .....	71
Clínicas de Rehabilitación Actos y Regularizados por organismos de control en la Provincia de Santa Elena.....	74
Comisión técnica Interinstitucional, provincial de Control para Centros de Recuperación .....	79
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>PROPUESTA .....</b>	<b>86</b>
Propósito General.....,	87
Propósito Específico .....	87
Viabilidad Técnica .....	87
Guía de tratamiento .....	88
Capital Humano .....	90
Viabilidad financiera.....	90
Componentes para llevar a cabo el proyecto.....	92
Atención adecuada según la ley .....	95
Estrategias de seguimiento y evaluación.....	96
Bibliografía.....	97
Glosario .....	99
Anexos.....	101

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1.**Entrevista

**ANEXO 2.**Fotos

**ANEXO 3.**Guía de control utilizada para evaluar los centros de rehabilitación

**ANEXO 4.**Misión y visión de una clínica de rehabilitación

**ANEXO 5.**Reglamentos de una clínica de rehabilitación

**ANEXO 6.**Folletos utilizados para el proyecto

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1.** Estadística, muestra y población consumidores Provincia Santa Elena.

**GRÁFICO 2.** Personas rehabilitadas.

**GRÁFICO 3.** Mapa Territorial provincia de Santa Elena

**GRÁFICO 4.** Estadística de consumidores detenidos Provincia de Santa Elena.

## **PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **INTRODUCCIÓN**

La situación jurídica de los Centros de Rehabilitación en la Provincia de Santa Elena, no cuenta con el adecuado marco legal y/o con el debido control, monitoreo y apoyo, que incida en el tratamiento y rehabilitación.

El cuerpo legal vigente hasta estos días no reguló debidamente a los locales, e inclusive evidencia contradicciones en su aplicación, lo que perjudica a aquellos que quieren trabajar con todos los permisos y apegados a la ley.

El uso, abuso y dependencia al tabaco; el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas y el uso, abuso y dependencia a otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad.

Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país, lo que ha permitido establecer que el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen una de nuestras problemáticas más importantes, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas.

En el caso de las bebidas alcohólicas, la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad y en el costo social. En relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, con graves padecimientos de alta letalidad, así como su impacto familiar, laboral, social y económico. En cuanto a la adicción a sustancias psicoactivas ilícitas, tiene una dinámica diferente por la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, formas de uso y patrones de consumo que han aparecido recientemente, y se presenta de manera fundamental en zonas urbanas, con marcadas diferencias regionales. Además, el uso de unas sustancias aumenta el riesgo del consumo de otras.

Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta. En el caso del tabaco: cáncer pulmonar y de otros órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades vasculares cerebrales y problemas perinatales, entre otros. El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas conlleva a la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, criminalidad, lesiones por causa externa, alteraciones en la gestación (retraso en el crecimiento intrauterino, abortos, parto pre término y muerte fetal, entre otros), síndrome de abstinencia en el neonato, cambios a nivel neuronal y muerte súbita, entre otros.

El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas, representan una preocupación creciente para el gobierno, las entidades y la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos y técnicos, así como con la coordinación de las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que permita implantar estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como de sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población.

Asimismo, para asegurar un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios que permita finalmente, reducir la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias adictivas, así como la morbi-mortalidad asociada, se requiere establecer las condiciones y requisitos mínimos indispensables que regulen la prestación de los mismos.

## ***JUSTIFICACIÓN DEL TEMA***

**Impacto Social:** Las actividades productivas más importantes de Santa Elena, y que incorpora a la mayoría de su población lo constituye el turismo y la pesca.

La magnitud de la actividad turística de la provincia es de tal naturaleza, que su población estable se incrementa en 5 y 6 veces durante los feriados a lo largo del año, lo que aumenta el riesgo de que se desarrolle el tráfico de sustancias sicotrópicas y estupefacientes; así como de la promoción del consumo de bebidas alcohólicas, dada la incapacidad de la administración pública de ejercer una adecuada regulación y control sobre las actividades masivas que se desarrollan en la provincia.

Es público y notorio cómo en los alrededores de los centros pesqueros artesanales se han desarrollado prostíbulos y centros de diversión, bares y cantinas, en donde es cada vez más evidente la incidencia del alcoholismo sobre la población.

El Ecuador constituye un país favorable para el tráfico de la droga que se produce en los países vecinos, Colombia y Perú, uno de los mayores productores de cocaína y otras drogas en el mundo.

El incremento de la violencia en países como México, vecino de Estados Unidos de Norteamérica, el mayor consumidor de droga en el mundo, que ha costado más de 30 mil vidas en los últimos tiempos, y que ha corrompido diversas instancias del poder estatal, refleja el creciente impacto de la problemática.

La violencia que se incrementa en el Ecuador y que se expresa en los crímenes por sicariato, así como en asaltos y robos violentos, tiene una creciente participación de ciudadanos colombianos y peruanos, y una creciente participación de jóvenes ecuatorianos, lo que es causa creciente de preocupación.

El Ministerio de Gobierno del Ecuador, basado en estudios, reveló una vinculación entre el consumo de bebidas y el incremento de la violencia en el país, por lo cual se vio obligado a establecer restricciones en el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los establecimientos comerciales, restaurantes y centros de diversión, a partir de las 00h00, de lunes a sábado; y durante todo el día, los domingos, lo cual, si bien ha manifestado

una reducción de la violencia y los asaltos, sin embargo, constituye al propio tiempo, un impacto económico en tales establecimientos y afecta la actividad turística.

**Importancia** :En la Provincia de Santa Elena, por ser de reciente creación, la administración pública está en proceso de implementación, lo que se constituye en un problema de mayor peso, ya que los pocos centros de rehabilitación existentes no cuentan con un monitoreo y seguimiento que garanticen las condiciones básicas para su adecuado funcionamiento he ahí la importancia de que el estado ecuatoriano coopere creando centros terapéuticos residenciales, además realice campañas de prevención en cuanto al uso de sustancias sujetas a fiscalización.

En Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay se realizó un estudio sobre el consumo de drogas lícitas. Fueron encuestadas 7 341 personas de 15 a 64 años. La investigación fue patrocinada por la ONU y la OEA, a través de su Observatorio Interamericano de Drogas. Según el estudio, el 35% de los encuestados en Ecuador, consume alcohol. El 1% marihuana. El 0,1% cocaína. El 0,1% base de cocaína. El 38% presentan signos de dependencia.

Se carece de estadísticas que valoren los resultados de estos Centros de Rehabilitación, de sus métodos y de las condiciones en que se desenvuelven.

## **CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS**

Ecuador, enclavado en una zona altamente cultivadora, productora y comercializada, ha sido considerado como país de tránsito. Esta categorización fue ajustada al inicio del fenómeno de las drogas en el país y fue superada por el involucramiento en instancias como el desvío de sustancias, narco lavado, procesamiento, centro de acopio, redistribución interna y externa, consumo.

De por sí, el fenómeno droga nunca consideró fronteras ni naciones. Esta actividad ilegal siempre fue internacional, innovadora en su técnica y dinámica en sus procesos, lo que hace imposible definiciones permanentes sobre los países, más aún en situaciones geográficas como la ecuatoriana donde se facilita el desplazamiento de roles.

**Aporte Científico:** El campo preventivo debe partir de la investigación y el conocimiento y adoptar una posición científica sobre la generación del problema del consumo incluso llegar a discriminar otras manifestaciones de incidencia mental y de relación familiar y social.

Para el accionar inmediato se carece de suficientes datos específicos, por ejemplo, del sector laboral, estudiantil, de mujeres que ayuden a proyectos de impacto.

Las políticas preventivas deben propender al respeto, a la singularidad enmarcada en los derechos humanos, que parte de rescatar, entre otras, de la estigmatización social al consumidor de drogas llamadas ilícitas.

La política estatal debe extenderse al control de publicidad de bebidas alcohólicas, cigarrillos y fármacos que induce a la aceptación de este consumo y debilita cualquier mensaje preventivo.

#### *Consumo de drogas lícitas e ilícitas en la población en general*

##### *Cigarrillos, alcohol y medicamentos psicotrópicos*

Según la Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas realizada en 1995 (CONSEP-SEVIP)<sup>2</sup>, la prevalencia de vida del consumo de cigarrillos es del 51.6%; la de los medicamentos psicotrópicos, del 7.5% y de alcohol, del 76.4%.

Los excesos ligados al alcohol son importantes tratarlos por su incidencia en la población de 12-49 años. En la Encuesta referida, al consultar sobre cuántas veces ha ingerido alcohol hasta embriagarse durante el último mes, las respuestas arrojaron los siguientes porcentajes:

<b>Ninguna</b>	<b>1 vez</b>	<b>2 veces</b>	<b>3 veces</b>	<b>4 veces</b>	<b>5 veces</b>	<b>6 veces</b>	<b>y +</b>
	<b>61.7%</b>	<b>26.4%</b>	<b>6.8%</b>	<b>2.0%</b>	<b>2.5%</b>	<b>0.3%</b>	<b>0.5%</b>

## **Niveles de riesgo al consumo de drogas ilícitas**

El riesgo constituye un estado que describe la cercanía en la cual se encuentra el sujeto respecto a una experiencia real con las drogas. La Segunda Encuesta Nacional reveló lo siguiente: el 46.1% de los entrevistados dice conocer a una o más personas que usan; el 20.1% indicó que tuvo por lo menos una vez en su vida la posibilidad real de consumir; el 14.4% reconoce sentir curiosidad, mientras que el 7.4% afirma que se debería tener una experiencia con la droga y el 8.7%, probablemente. Estas variables, con otras, permitieron construir una escala y estimar la prevalencia del riesgo en la población ecuatoriana en 15.4%, (1'029.409) personas. Los sujetos mayormente en riesgo representan la verdadera población-objeto de la prevención.

## **Niveles de consumo de drogas ilícitas**

Un cierto número de investigaciones permite establecer la importancia del consumo de sustancias psicoactivas en la población ecuatoriana.

En la *Primera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (Fundación Nuestros Jóvenes, FNJ 1988)*, respecto al consumo confesado, la prevalencia de vida de la marihuana en la población 10-60 años presentó un valor de 4.0%; 1.0%, para clorhidrato de cocaína; 1.1%, base de cocaína y 1.3%, inhalantes, dando un 4.9% de prevalencia de vida cualquiera sea la droga.

En la *Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (CONSEPSEVIP, 1995)*, en una población de 12-49 años, se observó los siguientes niveles de consumo: marihuana, 4.1%; clorhidrato de cocaína, 1.0%; base de cocaína, 1.0%; inhalantes, 0.9%; drogas vegetales, 0.5% e inyectables, 0.1%. La prevalencia de vida cualquiera sea la sustancia fue de 5.2% a nivel nacional, en términos numéricos, 347.592 personas que por lo menos una vez en su vida consumieron una droga ilícita. Estos valores se refieren al *consumo confesado* inferior al real.

La prevalencia de vida se define como el porcentaje de personas que, por lo menos, una vez en su vida ha consumido una droga.

*Estrategia Nacional para Enfrentar a las Drogas: Plan Nacional 1999 – 2003*



### **Beneficiarios:**

1. El 79.4% de la población puede ser considerada como abstinentes, o sea personas que presentan un claro rechazo a la droga.
2. El 15.4% de la citada población, también es abstinentes, pero presenta más ambigüedad respecto a la droga y, según este criterio, constituye una población de riesgo. Sin embargo, dentro de la misma, existen sujetos mayormente en riesgo que otros y este sub-grupo el que necesita atención prioritaria en prevención.
3. Entre los usuarios (el 5.2% de la población de 12-49 años en 1995), existen sujetos menos consumidores que otros. Este sub-grupo todavía puede ser objeto de prevención.

El índice de consumo de drogas es alto entre la población en general puesto que no tiende a manifestarse a través de encuestas de hogares (según MEM), sin embargo es esencial su aplicación, a pesar de su costo, por el marco poblacional global en que se desenvuelve.

**Los ciudadanos, moradores, la comunidad en general serian beneficiados con la creación de centros de rehabilitación de calidad, lugares donde les brinden al enfermo por el consumo de drogas un tratamiento viable que le asegure una mejor calidad de vida, reinsertándose a la sociedad.**

El consumo se muestra con más claridad en poblaciones específicas (vagabundos, trabajadores inmigrantes, instituciones u hogares colectivos y otros) que se excluyen por metodología de recolección del dato de las encuestas a hogares. Sin embargo no es posible extrapolar los datos obtenidos a la población general.

#### *Consumo de drogas lícitas e ilícitas en ciertos grupos específicos*

Otras investigaciones brindan información acerca de los niveles de consumo de drogas en diferentes grupos específicos de la población ecuatoriana. Estas investigaciones no tienen la coherencia metodológica deseada, pero ofrecen sin embargo una imagen heterogénea importante.

### **Niños de la calle (Guayaquil, 1988)**

En 1988, el 2.3% de los niños entrevistados en el suburbio de Guayaquil, y el 7.1% en el casco urbano reconocieron algún consumo de inhalantes, y el 1% y 1.3% para las demás drogas.

### **Menores en circunstancias difíciles (Sistema de Información para la Infancia, SIPI)**

Los mayores a 10 años en "circunstancias difíciles" con problemas de consumo o de tráfico de drogas identificados por el Sistema de Información del Ministerio de Bienestar Social representan aproximadamente el 1.62% que corresponden a 681 casos con problema de droga del total de los registrados en esta base de datos, es decir, 42.045 sujetos durante el período enero 1994 - febrero 1996.

*Estrategia Nacional para Enfrentar a las Drogas: Plan Nacional 1999 – 2003*  
Estudiantes de nivel universitario (Fundación Nuestros Jóvenes 1994, CONSEP-SEVIP 1995)

En Quito, en un centro universitario privado (1994), el 18.9% de los estudiantes entrevistados reconoció alguna vez haber consumido drogas y el 13.3% en un centro universitario público (1995). En este último, la prevalencia de vida de marihuana es de 9.1%; de inhalantes, 5.4%; de cocaína, 2.6% y de drogas vegetales, 0.9%. En lo referente a sedantes, es de 8.3% y de estimulantes, 2.8%. Como se observa, los niveles de uso en estos centros son preocupantes.

**Viabilidad de la Propuesta:** Bajo estas perspectivas de consumo, es de necesidad inmediata crear, estructurar y / o fortalecer una base jurídica que GARANTICE LA CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE REHABILITACIÓN bajo parámetros: jurídicos, técnicos y médicos.

## HIPÓTESIS A DEFENDER

Que se cumplan los condicionamientos técnicos, materiales y humanos, necesarios para el proceso de rehabilitación, explicitando los profesionales en las ramas de medicina, sicología, siquiatría, y de terapias necesario para su funcionamiento.

Que se lleve a cabo y se hagan cumplir los parámetros necesarios para garantizar una infraestructura física que permita brindar las mejores condiciones para el cumplimiento del objetivo principal como es la rehabilitación de los drogodependientes.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems	Técnica
Variable Independiente	Verificar la necesidad de la creación del centro de rehabilitación según el porcentaje de consumidores.	Conocimiento y experiencia terapéutica	Directores de clínicas.	1.- Considera usted que existe la necesidad de crear un centro para adicciones, estatal sin fines de lucro.	Encuestas
Creación de un centro estatal de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, en la Provincia de Santa Elena.	La atención adecuada que se debe brindar al paciente.	Calidad del tratamiento	Capacitación Programa Competencia Conocimiento Perfeccionamiento. Pacientes (adictos y familiares).	2.- ¿Usted cree que los centros de rehabilitación particulares son suficientes para la población peninsular en adicción?	
<b>Variable Dependiente</b>	Un tratamiento terapéutico para adictos al consumo de drogas, de calidad sería la mejor colaboración que realizaría el estado en beneficio de la reinserción social.	Comunidad peninsular	Ciudadanía.	1.- ¿los profesionales que trabajan para el estado colaborarían con tratamientos adecuados para adicciones sobre el consumo de drogas?	Entrevistas
Escases de centros de rehabilitación, para personas con adicciones a las drogas.		Pacientes recuperados	Atención terapéutica profesionalismo Calidad	2.- ¿Por qué considera que La falta profesionales de calidad influye en el trato que reciben los pacientes. ?	

De igual forma verificar si la obligatoriedad de contar con un nutricionista, responsable que elabore un programa nutricional sobre la base del cual se brinda el servicio de alimentación a las personas que acuden a los centros de rehabilitación se está cumpliendo.

### **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE CENTROS DE REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS Y DROGADICTOS**

Los centros privados de rehabilitación para drogodependientes en Santa Elena no cumplen los requisitos básicos para funcionar. Los que operan con permiso lo hacen en condiciones precarias.

Hasta antes de la aprobación del nuevo reglamento, le ha correspondido al CONSEP obligar a cumplir los requisitos para la aprobación del permiso de funcionamiento de estos centros de tratamiento. Los principales son el nombramiento legalizado del director técnico (psiquiatra y/o médico especialista).

Además, la integración de un equipo técnico interdisciplinario especializado en el manejo de drogodependientes. Es decir, psiquiatra, médicos especialistas, psicólogos, trabajadora social, terapeutas y educadores. En Santa Elena probablemente tan sólo un centro cumple los requisitos.

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL.**

*Crear un centro de rehabilitación para alcoholicos y drogadictos en la Provincia de Santa Elena, manejado y financiado por el estado ecuatoriano ya sea mediante una dependencia pública como por ejemplo; MIES, CONSEP, los Municipios, la Prefectura, con el propósito de que los ciudadanos peninsulares reciban un tratamiento de rehabilitación adecuado, con ayuda de los doctores, psiquiatras, psicólogos, terapistas entre otros profesionales que colaboran con el país. El internamiento sería de manera residencial, y sin costo alguno, o en otros casos a bajos costos, ya que hay familias que no tienen los recursos monetarios para darles un tratamiento adecuado a sus enfermos.*

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Levantar un diagnóstico de los centros establecidos en la Provincia de Santa Elena.
- Fortalecer la acción de prevención de todos los espacios.
- Realizar espacios de inducción y capacitación a las entidades públicas para un manejo del tema de adicción.
- Sistematizar la experiencia de trabajo realizado para fortalecer y ejemplarizar el método a manejar.
- Demostrar que la situación de nueva provincia no permite contar con datos estadísticos reales.
- Que los establecimientos de rehabilitación de drogodependencia de la provincia no cuentan con un monitoreo ni seguimiento básico.
- Que no brindan las condiciones para la rehabilitación.
- Que el impacto de las actividades de turismo y pesca inciden sobre el desarrollo del alcoholismo y la drogadicción en la población estable.
- Que las entidades públicas no cuentan con las condiciones operativas.
- Propiciar el trabajo interinstitucional que permita un proceso de fortalecimiento del marco jurídico que garantice una real rehabilitación.

## **METODOLOGÍA**

Para el presente trabajo de investigación se ha considerado lo siguiente:

- El fundamento legal para la creación y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Alcohólicos y Drogadictos lo constituye un Reglamento elaborado por el Ministerio de Salud Pública, recientemente reformado, que se encuentra en estos momentos en proceso de socialización por parte de la Dirección Provincial del Ministerio de Salud Pública, con las autoridades del CONSEP y de la Fiscalía de Santa Elena. La nueva Reglamentación da mayores

facultades al Ministerio de Salud Pública para el ejercicio del rol de regulador y control de estos Centros; al mismo tiempo, que eleva las exigencias para su funcionamiento, sobre la base de experiencias pasadas en donde el CONSEP mantuvo un rol más preponderante y cuyos resultados no han sido satisfactorios. Se establece los condicionamientos técnicos, materiales y humanos, necesarios para el proceso de rehabilitación, explicitando los profesionales en las ramas de medicina, psicología, psiquiatría y de terapias necesarios para su funcionamiento.

En la nueva reglamentación se establecen los parámetros necesarios para garantizar una infraestructura física que permita brindar las mejores condiciones para el cumplimiento del objetivo principal como es la rehabilitación de los drogodependientes.

Igualmente, se establece la obligatoriedad de contar con un nutricionista, responsable de elaborar un Programa Nutricional sobre la base del cual se brindará el servicio de alimentación a las personas que acuden a los Centros de Rehabilitación.

- Análisis de la ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.
- Entrevistas a las autoridades y pacientes de diferentes establecimientos de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos.
- Método comparativo, o derecho comparativo con reglamentos anteriores que contenían objetivos similares en relación al mandato actual sobre el funcionamiento de centros de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos.

# **CAPÍTULO 1**

## **MARCO HISTÓRICO.**

## **CAPÍTULO 1**

### **ATENCIÓN ESTATAL AL PROBLEMA DE CONSUMO Y DEPENDENCIA**

#### **1. EVALUACIÓN HISTÓRICA DEL PROBLEMA QUE ENVUELVE EL CONSUMO Y DEPENDENCIA DE ESTAS SUSTANCIAS.**

##### **1.1 SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y ESTUPEFACIENTES**

El consumo y dependencia de las sustancias psicotrópicas y estupefacientes (drogas) afecta la calidad de vida de los seres humanos de modo significativo por ello se la considera una de las más graves problemáticas de salud pública y social en nuestro medio vivir. El incremento de la oferta de drogas lícitas e ilícitas se debe a la gran demanda de su consumo en los Estados Unidos de Norteamérica, lo que afecta a los países latinoamericanas por la proximidad de los centros de producción y las rutas del tráfico ilícito de estas sustancias a un relativo bajo costo.

En la década de los 60 marcó el inicio de una nueva época en lo que respecta sobre todo al mercado de las drogas, en esos años la demanda de dichas sustancias, su consumo, así como sus repercusiones sociales y económicas, se incrementaron de manera dramática. En Estados Unidos el consumo de estas sustancias llegaba rápidamente a todas las poblaciones desde los mejores grupos sociales hasta las zonas marginales; desde entonces hasta la actualidad se ha ratificado el reconocimiento del crecimiento del consumo de drogas en la población, aprobándose programas que contemplan el abordaje terapéutico psiquiátrico de la adicción.

En América Latina, el consumo de drogas de convirtió en un problema social con el trascurrir del tiempo; se ha modificado el perfil de los consumidores y en consecuencia, de la demanda de servicios de atención para los problemas de abuso y dependencia: “el consumo de drogas seguía incrementándose más allá de la juventud y mas allá de la marihuana” al extenderse el consumo de **la heroína** a la clase media, resultó oportuno dirigir los máximos esfuerzos a crear programas de tratamiento específicos. En los 80 aumentó el número de usuarios en los servicios que atendían a los dependientes de drogas, **la cocaína** se transformaba en la droga principal de abuso entre los que buscaban tratamiento, se incrementaba el número de consultas de mujeres alcohólicas así como sujetos de mayor edad que en muchas ocasiones habían digerido múltiples sustancias.



En la última, década, las cifras de prevalencia de consumo reportan una disminución de la edad de inicio del mismo, así como un desplazamiento hacia el uso de sustancias con mayor potencial adictivo y con una rápida evolución hacia patrones de uso compulsivo, como es el caso de la cocaína y sus derivados, en especial de **la pasta básica (bazuco)** de uso común en las comunidades de Colombia, Bolivia, Venezuela, Ecuador, Perú y Brasil.

Como resultado de la creciente demanda internacional por parte de las sociedades americana y europea, se estimuló en Latinoamérica la ampliación sustancial de las superficies de cultivo ilegal y el aparecimiento de una acumulación rápida de capital que facilitó un paulatino posicionamiento de grupos económicos que surgieron de esta actividad, en diversas instancias de la sociedad, construyéndose alianzas cada vez más complejas capaces de corroer toda la estructura del Estado, desde el sistema judicial, las FF.AA, Policía, partidos políticos, sociedades empresariales de todo tipo, la banca, el sistema legislativo y aún los propios gobiernos.

Este creciente mercado estimuló la aparición de una nueva droga llamada **crack** que empezó a reportar un aumento en la severidad de las complicaciones del consumo, en especial de las complicaciones psiquiátricas. Actualmente hay mas usuarios de cocaína, en especial de pasta blanca y crack y menos de heroína, sin embargo en países como el nuestro (ECUADOR) empezó a mostrarse de forma significativa un incremento de la heroína como droga de inicio, se observó además a una cantidad excesiva de jóvenes ingresando al mundo de estas sustancias. Los medios de comunicación se convirtieron en una caja de resonancia de aquellos que aceptaban las drogas como parte de su vida, exaltando festivales, conciertos, reuniones hippies y la famosa revolución psicodélica.

Pero de donde parte toda esta conmoción social , según los profesionales de la medicina ,la adicción a esta clase de sustancias se define como el uso compulsivo y continuado de una determinada sustancia a pesar de sus causas adversas, que no se dan a notar en el momento sino después con los cambios de conducta de la persona consumidora.

En base a esta definición podemos situar a la adicción como una enfermedad y al adicto como una persona que necesita recibir ayuda y

atención profesional previa a un diagnóstico, un tratamiento y una rehabilitación adecuada.

La adicción depende de las variables de personalidad y de las diferentes circunstancias y contextos (personas que son más impulsivas, más buscadoras de sensaciones y emociones fuertes). Según las condiciones en otros casos también influyen situaciones emocionales concretas, ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas y demasiado tiempo libre [situación que más influye en los jóvenes].

Partiendo de ésta problemática el estado organizó encuestas, con la finalidad de que la gente se sincere, con ella misma dando como resultado que más del 50 por ciento y quizás hasta el 80 por ciento se comporta de un modo obsesivamente compulsivo con respecto a determinadas sustancias o actividades: alcohol, drogas, alimentos, sexo, juegos, carreras; tales personas dependen de ellas para lograr su confort físico y emocional.

Existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que en determinadas circunstancias pueden convertirse en adictivas e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas.

## **1.2 TABACO Y ALCOHOL**

El consumo de alcohol en el mundo está vinculado a su práctica de vivir y convivir en la cotidianidad. En la cultura Ecuatoriana como en las mayorías de culturas del mundo, las bebidas alcohólicas son parte sustancial del interrelacionamiento festivo, ceremonial, ritual y estimulante de los grupos sociales. Por lo tanto, el beber alcohol no es una cualidad patognomónica de los pueblos indígenas. La chicha es una bebida ancestral inherente a la cultura, es una de las expresiones de resistencia de la cultura indígena más significativa. La chicha milenaria alimenta, refresca, convoca, organiza y recrea a la comunidad. Es decir, la chicha es plenamente funcional a la cultura. Cabe enfatizar que el alcohol es una droga, la chicha no lo es, ya que está hecha en base a productos orgánicos. El alcohol consolida la validez como una especie de nexo legitimador de las acciones, sacralizando y legitimando los nexos sociales y culturales. La disfuncionalidad cultural en torno al consumo excesivo de alcohol, reproduce y perpetúa el relacionamiento inequitativo, discriminativo y simbióticamente dependiente de los pueblos indígenas en torno al conglomerado social.

El Ecuador cuenta con una ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y la Ley Orgánica de Salud la cual norma lo relativo al consumo del tabaco y el alcohol [art 38 L.O.S]. Hemos hablado que con el transcurrir del tiempo surgieron políticas públicas frente a varias clases de sustancias prohibidas para la salud y prohibidas en su comercialización, pero no con igual intensidad para la droga que se vende a vista y paciencia de todos, cuya venta se realiza a toda clase de personas sin importar la edad, estamos hablando del tabaco y el alcohol sustancias no menos dañinas para las personas; es por ello que el Estado Ecuatoriano, posteriormente también tomó algunas medidas poco efectivas para combatir este mal, que no buscan erradicar sino inducir a racionalizar el consumo personal, lo que a su vez es contrarrestado por la millonaria propaganda de quienes viven de su consumo.

El consumo de cigarrillos es la principal causa prevenible de pérdida de salud y muerte prematura en los distintos países del mundo, afectando principalmente a los adolescentes y jóvenes. La epidemia del tabaco produce efectos devastadores en la vida, en la salud humana, en la economía de los pueblos y en el ambiente. Por estas consideraciones el Ministerio de Salud mediante acuerdo ministerial creó el Comité Interinstitucional de Lucha Anti tabáquica (CILA) conformada por instituciones públicas y autónomas tales como el Ministerio de Educación, Salud, Cruz Roja, Tribuna del Consumidor. El comité pese a la falta de recursos económicos ha desarrollado a lo largo de estos años actividades de carácter preventivo fundamentalmente en los grupos de adolescentes y jóvenes.

Ante el incremento progresivo del consumo del tabaco, especialmente en los adolescentes, la **Organización Mundial de la Salud** elaboró el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), Tratado Internacional que ha impulsado la consecución o creación de leyes a favor de la salud pública en nuestro país; dicho Convenio trata asuntos puntuales como:

1. Declara prioritaria la política Anti tabáquica dentro de la salud de la región.
2. Conformar comités de lucha contra el tabaco designando por parte de los ministros de salud un funcionario responsable en cada región.
3. Que el Comité de Lucha contra el Tabaquismo se encargue de elaborar un plan de trabajo que incluya el análisis corporativo de las políticas y legislación existente y el alineamiento de las mismas.

Es por ello que en el país desde el año 2005 contamos con este control del consumo del tabaco siendo el objetivo final que estos productos se consuman cada día menos, promoción que se enfatiza en la corriente del pensamiento impulsada en la psicología humanística y psicología positiva; por lo tanto da como resultado fortalezas y capacidades internas de las personas y de los individuos en general.

Cuando el consumo y el tráfico de drogas aparecen dentro del propio territorio, comunidad, ciudad, da como resultado una serie de factores individuales, familiares y sociales negativos; de aquí se desprende la necesidad de que las personas, grupos e instituciones se integren a la vida comunitaria, en busca del buen vivir, que consiste en comprometerse en la búsqueda de soluciones y en la realización de un conjunto de acciones de carácter preventivo.

### **1.3 EL GOBIERNO Y LOS SISTEMAS QUE EMPLEAN PARA LA ATENDER ESTA PROBLEMÁTICA.**

La variación en las características socio demográficas, en los patrones de consumo de la población de usuarios de los programas de tratamiento de la dependencia de las drogas y la necesidad de obtener respuestas satisfactorias en la rehabilitación, obliga a hacer cambios significativos en la oferta de atención.

Las modificaciones producidas en la oferta y demanda de los servicios de tratamiento en países, como los Estados Unidos de Norteamérica, van a tener repercusiones y se reflejarán en mayor o menor medida, en el comportamiento respectivo del resto de los países americanos.

Como podía predecirse, el incremento del consumo en los últimos treinta años, condujo a una elevación correspondiente en las necesidades de atención para los trastornos por dependencia a drogas y a una mayor demanda de servicios por este motivo en los establecimientos de salud, los cuales no cuentan con los recursos necesarios para dar una respuesta apropiada a éstos nuevos requerimientos.

En la mayoría de los países, el desarrollo e implementación de opciones de tratamiento para la dependencia de las drogas, ha sido principalmente el resultado de iniciativas de organizaciones privadas y no gubernamentales, bajo la figura de fundaciones, organizaciones religiosas o de carácter comunitario. En muy pocos casos, se trata de programas de tratamiento promovidos por entes gubernamentales.

El surgimiento y consolidación de estos servicios, al margen de las políticas y planes oficiales de salud de los países, excluye en la práctica, la intervención normativa de los organismos sanitarios gubernamentales, tanto en lo concerniente al diseño, como a la aplicación o evaluación de los programas de tratamiento. No obstante requerir para su funcionamiento, de aportes del sector público, bajo la figura de donaciones, subsidios o de exención de impuestos.

En los países menos avanzados, la evolución de la atención en dependencia de las drogas, se ha caracterizado por la importación y replicación de experiencias terapéuticas que empezaban a usarse en los países desarrollados. La implementación de estos modelos de intervención se ha hecho sin una evaluación previa suficiente, de su real utilidad en contextos socio cultural distinto y con sustancias diferentes a las consumidas en los países donde se había generado el programa de tratamiento.

Los modelos de atención más utilizados y promocionados fueron desarrollados principalmente durante las décadas de los años 60 y 70. La vigencia de estos modelos ha sido fuertemente amenazada por las rápidas e intensas transformaciones sociales que ejercen presión sobre el sistema de tratamiento, generando crisis que requieren de necesarias revisiones con miras a su adecuación a las condiciones actuales de reforma sanitaria que vienen desarrollando la mayoría de los países. Las características que presenta un programa de tratamiento van a depender en buena parte del momento histórico en el que éste se desarrolló y las instituciones a partir de

las cuales se implementó. La definición misma de “tratamiento” es muy variable, pudiendo incluir términos como “resocialización”, “reintegración”, “reeducación”, “reinserción” o reincorporación social”.

Esta amplia gama de aproximaciones al tratamiento de la dependencia de las drogas, responde también a diversidad de orígenes de los distintos programas y es posible encontrarla al comparar la atención entre distintos países, pero también en el interior de un solo país. En algunos casos, el tratamiento para la dependencia de las drogas, puede haberse desarrollado a partir del sistema general de atención en salud pública o específicamente en el sistema de salud mental; pero también puede partir de movimientos de tipo comunitario, como los movimientos “pro-abstinencia” o como parte del servicio de bienestar social.

#### **1.4 COMISIONES NACIONALES CONTRA EL USO DE LAS DROGAS**

La magnitud alcanzada por el problema del tráfico y consumo de drogas ilícitas, así como de los problemas relacionados con uso de las drogas controladas, como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos, ha obligado a los gobiernos a desarrollar instrumentos jurídicos e instancias gubernamentales para el Control y Prevención del Abuso y Dependencia de las Drogas.

En las distintas leyes y reglamentos en materia de drogas, se abordan cuestiones relativas a la regulación o penalización del consumo, el tratamiento y la prevención.

En lo que respecta al tratamiento de la dependencia de las drogas, la tendencia parece orientar hacia una posición en la cual, es cada vez mayor la responsabilidad de los gobiernos en el sentido de proveer los recursos necesarios, así como establecer las normas y regulaciones de los programas de tratamiento.

Como consecuencia, se ha generado una mayor presencia de los entes gubernamentales en las actividades de tratamiento y la progresiva aparición de instrumentos normativos, así como de leyes y resoluciones orientadas a regular la apertura, el funcionamiento, la administración y la calidad de los servicios destinados a atender las consecuencias derivadas del uso nocivo y la dependencia de las drogas.

Las Comisiones Nacionales contra el Uso de Drogas, juegan un papel muy importante como articuladoras de los diferentes actores involucrados en la actividad de tratamiento y a ellas corresponde coordinar el apoyo político necesario para la implementación del sistema de tratamiento, incluyendo el programa de monitoreo.

Puede afirmarse que las mismas sirven de puente entre el sistema de tratamiento y otras actividades de capital importancia, como la prevención, la administración de justicia y el control de la oferta. A través de las Comisiones Nacionales, se puede facilitar la asignación de recursos necesarios para la puesta en marcha de los programas de monitoreo de la calidad de atención en dependencia de las drogas.

Es importante que el programa de monitoreo de la calidad de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas, cuente con el debido respaldo de las normas jurídicas en cada país, tanto de la legislación específica sobre drogas, como de otros instrumentos jurídicos, tales como leyes de salud, seguridad social y reglamentos de funcionamiento de establecimientos; de allí la importancia de que, una vez elaboradas las normas en un determinado Estado miembro, se procure la adecuación de la norma jurídica que respalde dicho conjunto de normas mínimas de tratamiento consensuada a nivel nacional.

En materia normativa, existe en el sector gubernamental suficiente experiencia acumulada. Se han desarrollado normas de calidad de los servicios, en relación con la autorización para la operación de centros hospitalarios y otros servicios y una metodología de evaluación de la actividad en estos establecimientos en términos de impacto o procesos. Dichas normas estudian la accesibilidad o disponibilidad de los servicios, así como la extensión e intensidad de utilización de los mismos, la calidad de la atención medida en términos de posibilidad de atender las necesidades de los usuarios, recursos disponibles, destreza y oportunidad en las intervenciones, productividad, efectividad y cobertura.

## **1.5 PROCESO REALIZADO EN ECUADOR**

En 1996 se crea la Dirección Nacional de Tratamiento y Rehabilitación, encargada de objetivo “planificar, autorizar, orientar, controlar, capacitar, evaluar y supervisar los planes, programas y proyectos inmersos en los organismos públicos y privados, que estén atendiendo en las áreas de tratamiento, rehabilitación y reintegración social”, la cual realizó en 1997 un censo y supervisión de establecimientos que dan atención a farmacodependientes con un análisis de la situación de atención en el Ecuador.

Se realizó en 1998, el “Seminario Internacional de Fortalecimiento Institucional y Normas de Calidad relacionadas con el Tratamiento y Rehabilitación de Farmacodependientes”, coordinado por el Consejo Nacional sobre Estupefacientes, con el apoyo y asesoría de OPS/OMS y la CICAD/OEA, con el objetivo de fortalecer los mecanismos institucionales de supervisión y control sobre las actividades de atención brindada por establecimientos públicos y privados, en relación con el tratamiento, la red institucional de atención, conocer las ventajas de un sistema de monitoreo de la calidad de atención y contar con un conjunto de normas mínimas de control de calidad en la asistencia a dependientes de las drogas.

En este seminario participaron representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de dependientes de las drogas en el Ecuador. Se revisó la situación actual del consumo de drogas y la asistencia al dependiente de las drogas en el Ecuador.

Se revisaron las “Tablas para Evaluar la Asistencia dispensada en el Tratamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas” de OMS, con miras a su adecuación para la aplicación local, se definió el plan de acción para el desarrollo del sistema de monitoreo. Ecuador cuenta con una Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, la cual norma lo relativo al tratamiento de los farmacodependientes (Ley Reformatoria # 25-RO 173, 1997)<sup>25</sup> y un Reglamento de control y funcionamiento de los centros públicos y privados de tratamiento (CONSEP Resolución 028, 1998). A finales del 1998 se da a conocer un instrumento proyecto de “Normas de Atención para Instituciones públicas y Privadas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas con abuso o dependencia de las drogas”, con base a la propuesta de OMS.



**MARCO JURÍDICO PARA CREACIÓN Y  
FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE  
REHABILITACIÓN**

***Aprobación Plan Nacional***

***Publicado en el Registro Oficial No. 359***

***18 de junio del 2004***

***Decreto Presidencial No. 1777***

***PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR***

***Considerando:***

***Que mediante Decreto Ejecutivo No. 1180, publicado en el Registro Oficial No. 239 de 24 de diciembre del 2003, se estableció la lucha contra la droga, como política permanente del Estado Ecuatoriano;***

***Que de conformidad con los artículos 8 y 13 de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, el país debe contar con un Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas aprobado por el Presidente de la República;***

***Que el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), a través de su Secretaría Ejecutiva, ha elaborado el Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas para el período 2004 - 2008 y el Plan de Fortalecimiento Institucional del CONSEP;***

***Que el Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo y Control de Drogas 2004 - 2008, recoge el mandato de los presidentes en la Cumbre de las Américas, en lo referente a***

***la estrategia antidrogas en el hemisferio y los mecanismos de evaluación multilateral;***

***Que el control de la droga y el combate a los delitos del narcotráfico constituyen decisión y obligación irrenunciables del Gobierno del Ecuador;***

***Que el Consejo Directivo del CONSEP, en sesión de 10 de marzo del 2004, resolvió aprobar el Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas para el período 2004 - 2008 y el Plan de Fortalecimiento Institucional del CONSEP, tal como lo dispone el numeral 1 del artículo 13 de la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas;***

***Que la lucha contra el problema mundial de las drogas ilícitas debe ser abordada por la comunidad internacional en forma integral, y que involucre la producción, tráfico, consumo y delitos conexos, fundamentada en el principio de responsabilidad compartida;***

***Que se debe promover el Desarrollo Alternativo Preventivo como un instrumento de disuasión a las familias e individuos que atraídos por mejores condiciones de vida, se enrolan o acceden a colaborar con las redes de producción y distribución de droga;***

***Que es indispensable iniciar un proceso continuo y sostenido de fortalecimiento institucional en todos los ámbitos, policial y judicial, y de manera especial del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP, en su calidad de organismo Rector de la materia; y,***

***En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales,***

**Decreta:**

**Art. 1.- Apruébese el Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas para el período 2004 - 2008 y el Plan de Fortalecimiento Institucional del CONSEP.**

**Art. 2.- El Ministerio de Economía y Finanzas, con arreglo a la normativa legal pertinente, proveerá de los recursos que se encuentren debidamente presupuestados, para la ejecución de los planes referidos en el artículo 1 de este decreto ejecutivo.**

**Art. 3.- De la ejecución de este decreto ejecutivo, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a los ministros de Economía y Finanzas, Gobierno y Policía, Educación y Cultura, Salud Pública, Bienestar Social, Defensa Nacional, Relaciones Exteriores y al Secretario Ejecutivo del CONSEP.**

**Dado en el Palacio Nacional, en Quito, a 8 de junio del 2004.**

**f.) Lucio Gutiérrez Borbúa, Presidente Constitucional de la República.**

**Es fiel copia del original.- Lo certifico.**

**f.) Dr. Guillermo H. Astudillo Ibarra, Subsecretario General de la Administración Pública.**

**Los Requisitos para Obtener Permiso de Funcionamiento del MSP, según Acuerdo Ministerial 818 del 19 de diciembre del 2008 son:**

1. Formulario de solicitud (sin costo) llenado y suscrito por el propietario.
  2. Copia del registro único de contribuyentes (RUC).
  3. Copia de la cédula de ciudadanía o de identidad del propietario o del representante legal del establecimiento.
  4. Documentos que acrediten la personería Jurídica cuando corresponda.
  5. Copia del título del profesional de la salud responsable técnico del establecimiento, debidamente registrado en el Ministerio de Salud Pública, para el caso de establecimientos que de conformidad con los reglamentos específicos así lo señalen.
  6. Plano del establecimiento a escala 1:50 7.
- Croquis de ubicación del establecimiento.
8. Permiso otorgado por el Cuerpo de Bomberos.
  9. Copia del o los certificados ocupacionales de salud del personal que labora en el establecimiento, conferido por un Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Adicionalmente se deberá cumplir con otros requisitos específicos dependiendo del tipo de establecimiento, de conformidad con los reglamentos correspondientes.

## **2 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS DROGODEPENDIENTES**

El éxito en la tarea de evaluar la calidad de atención proporcionada en el tratamiento de la dependencia de las drogas, requiere de una visión que integre los múltiples aspectos intervinientes en este complejo proceso, por parte de los diversos actores involucrados en el mismo. En este último grupo destacan los proveedores de servicios, ya sea que éstos funcionen de manera independiente o como parte de un sistema de tratamiento, los entes gubernamentales encargados de velar por la prestación de una adecuada atención y los usuarios de estos servicios.

Las evaluaciones de la calidad de atención brindada a los problemas asociados al consumo de drogas y alcohol, proporciona una valiosa

información acerca de las características que presenta en una localidad específica este tipo de problemas, permitiendo el diseño e implementación de medidas ajustadas a la realidad local. Sin embargo, en relación con el tratamiento para los problemas de consumo y dependencia de las drogas, la tarea no ha sido sencilla, tomando en cuenta lo complejo de la problemática en cuestión, novedoso y diverso del enfoque terapéutico, haciendo que muchos de los indicadores habitualmente utilizados en la evaluación de los servicios de salud sean de difícil aplicación en los establecimientos de tratamiento para dependientes de las drogas.

Es de gran ayuda la aproximación al análisis de la prestación de servicios de tratamiento a las personas dependientes de las drogas desde la perspectiva de la salud pública, la consideración de los aspectos financieros relacionados y por supuesto, el componente social de la atención.

La metodología propuesta por la OMS para la evaluación de la calidad de la atención ha servido de modelo para el desarrollo y actualización de normas en varios países. Se ha contado con la cooperación técnica y económica de la OPS/OMS y la CICAD/OEA para la realización de talleres nacionales, en los cuales han participado las Comisiones Nacionales, Ministerios de Salud, agencias gubernamentales y no gubernamentales de tratamiento en países como Costa Rica, Chile, Venezuela, Panamá, Perú, Bolivia y Ecuador.

Para desarrollar un sistema de evaluación de la atención de la dependencia de las drogas, es necesario contar con información actualizada sobre:

- Estado de la problemática asociada al consumo de alcohol y drogas
- Necesidades de los servicios
- Relación entre la demanda de tratamiento y los servicios existentes
- Distribución de los servicios
- Disponibilidad de recursos humanos y materiales
- Composición de los equipos que proveen el tratamiento
- Costos y efectividad de las intervenciones
- Existencia de un modelo ideal de prestación de servicios

- Posibilidades de adiestramiento de los recursos humanos
- Desarrollo de actividades de investigación, coordinación y administración
- Conocimiento de las ventajas del tratamiento

En el proceso de implementación de un programa de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en dependencia de las drogas pueden definirse tres fases o momentos:

### **Fase I: Preparación**

En la que se realiza el diagnóstico de la situación de atención y se definen las normas mínimas para la atención y evaluación.

En el diagnóstico de situación se incluyen:

- El análisis del consumo de drogas y sus consecuencias (magnitud y características)
- La descripción de la población afectada (características sociodemográficas, perfil de los consultantes a establecimientos de tratamiento, usuarios potenciales)
- Los recursos disponibles para la atención tanto especializada en dependencia de las drogas, como de la red general de salud (cantidad, calidad, distribución)
- El cuerpo de leyes, normas y reglamentos referidos a la prestación de servicios de tratamiento a los problemas relacionados con el consumo y dependencia de drogas.

El modelo ideal de atención y el instrumento utilizado para su evaluación contienen los criterios mínimos esenciales de atención definidos localmente con el apoyo de un equipo de expertos y también en seminarios o talleres donde participan representantes de sectores e instituciones involucrados en su aplicación.

El modelo sirve como patrón de comparación en la evaluación, por lo que es importante su adaptación a las condiciones locales en diferentes momentos y circunstancias. En la definición del modelo ideal de atención se deben tener en cuenta:

- Las particularidades de la red de atención en salud general
- La normativa jurídica
- Los recursos disponibles para la atención
- Las situaciones específicas del tratamiento, tales como:
  - Tipo de sustancia involucrada

Para estos fines se pueden utilizar los registros disponibles en cada uno de los países, de información epidemiológica sobre consumo, en especial, las estadísticas de consultantes a establecimientos de tratamiento.

En este ámbito la CICAD/OEA, viene desarrollando el proyecto del “Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas” (SIDUC) mediante el cual se podría disponer de información estandarizada para los países de la región, sobre la población atendida en centros de tratamiento para farmacodependientes y en los servicios de urgencias.

En cuanto a la revisión de la legislación y normativa existentes sobre tratamiento de problemas de dependencia, la misma puede encontrarse dispersa en cuerpos de leyes y normativas de servicios o establecimientos de salud en general, por ejemplo, leyes y reglamentos sanitarios, leyes sobre drogas, reglamentos para autorización de funcionamiento de establecimientos de salud, entre otros.

- Grado de evolución del trastorno clínico y sus complicaciones
- Características socio demográficas de los usuarios
- Modalidad de intervención
- Tipo de institución.

Los objetivos principales de la normativa mínima para regular la calidad de los servicios de tratamiento en dependencia de las drogas son:

- Definir los distintos procedimientos que conforman la atención
- Garantizar que el tratamiento sea prestado oportunamente, con equidad, que esté accesible para todos aquellos que lo requieren

- Garantizar la mayor efectividad de las intervenciones a un costo razonable
- Procurar la disponibilidad de recursos humanos en cantidad y calidad suficiente
- Lograr un nivel mínimo aceptable en los servicios y una progresiva elevación del grado de desarrollo de los mismos.

**Fase II: Motivación y Compromiso** Esta fase se fundamenta en la realización de talleres nacionales sobre evaluación de calidad de la atención en el tratamiento de la dependencia de las drogas, los cuales son dirigidos tanto al nivel de los responsables de la formulación de políticas gubernamentales y privadas relacionadas con el tratamiento, así como a los responsables del nivel operativo o de ejecución de programas.

**La finalidad de esta actividad es:**

- Proporcionar información pertinente acerca de las ventajas de un sistema nacional de evaluación del tratamiento para los problemas de drogas y de los requerimientos para su implementación.
- Permitir la integración entre los organismos públicos y privados y los diferentes sectores relacionados.
- Sentar las bases para la implementación del sistema de evaluación, favoreciendo el compromiso dentro del mismo de los distintos actores involucrados.

La coordinación de esta actividad puede estar a cargo del sector salud, tomando en consideración su experiencia previa en el control y evaluación de establecimientos, con la participación de expertos en la materia. En algunos países la iniciativa ha sido tomada por los Ministerios de Salud, apoyada por las respectivas Comisiones Nacionales de drogas y agencias internacionales. Coyuntura que ha fortalecido el apoyo político para la adopción de normas mínimas en los países con quienes se ha trabajado o brindado asistencia, agencias gubernamentales de tratamiento, las asociaciones de comunidades terapéuticas, las sociedades científicas y gremios.



### **Fase III: Evaluación de la asistencia prestada**

Esta fase consiste en la comparación del modelo ideal de atención, desarrollado en las fases previas, con la situación real de asistencia, mediante la aplicación del respectivo instrumento de evaluación.

En primer lugar deben realizarse pruebas piloto de dicho instrumento de evaluación. Esta actividad es de gran ayuda y debe incluirse en ella la mayor variedad posible de establecimientos, en distintas localidades. Ello permite comprobar a nivel práctico, la utilidad del instrumento de evaluación, además de brindar la oportunidad para realizar los ajustes necesarios.

A través de la aplicación del instrumento de evaluación se busca:

- Detectar las necesidades locales de atención
- Estudiar las causas de las insuficiencias encontradas
- Proponer los elementos necesarios para corregir las deficiencias.

En la estrategia dirigida al establecimiento del programa de evaluación de la atención en dependencia de las drogas, es necesario definir:

- Responsabilidades en el desarrollo y aplicación del programa.
- Periodicidad y alcance de la aplicación del instrumento

La responsabilidad en el desarrollo y aplicación del programa de evaluación debe estar definida en el marco jurídico, donde se especifica el rol a jugar por los diferentes sectores, en particular salud, justicia, ministerio público y las comisiones contra el uso de drogas.

Con la participación de estos sectores puede conformarse una Comisión Nacional de Evaluación, la cual se encarga de coordinar el programa, con el apoyo de expertos asesores en la materia y que de acuerdo con las necesidades, puede tener representación regional.

En Venezuela, por ejemplo, la supervisión de la calidad de la atención aparece asignada por la Ley Antidrogas (Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, LOSEP 1993) a la División de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, conjuntamente con el Ministerio Público. En la práctica, ha funcionado una comisión interinstitucional integrada por

representantes del Sector Salud, la Comisión Antidrogas y la Fiscalía; la cual tiene carácter nacional y cuenta con representantes designados, delegaciones, en las diferentes regiones del país (coordinadores regionales de salud mental, fiscales y funcionarios de las comisiones antidrogas en el interior del país)

El equipo de expertos que se encarga de la elaboración y adecuación del instrumento en el nivel nacional, debe participar en el pilotaje del mismo y además en la capacitación de los equipos a nivel nacional, como observadores o supervisores.

El alcance y frecuencia de la evaluación dependerá de las realidades locales, la disponibilidad de recursos para la evaluación y las necesidades detectadas. Una propuesta racional de aplicación sugiere una frecuencia como mínimo, anual y que incluya la mayor cantidad y variedad de establecimientos posible, tanto del sector público como del sector privado.

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES**

Tomando en cuenta las experiencias de otros países y basados en nuestra realidad en cuanto a implementación de Centros de Rehabilitación se está planteando la conformación de un equipo evaluador interno que prepara a su institución para adecuarse a las normas de calidad y un equipo evaluador externo encargado de verificar el cumplimiento de dichos estándares.

Garantizando de esta manera que se cumpla con las garantías que se describen y se contextualizan en la constitución y en las leyes del CONSEP, de sustancias sicotrópicas y estupefacientes y enmarcadas en los fundamentos de los derechos humanos.

En el Plan Nacional de Desarrollo no existe descripción clara de cuál sería su intervención dentro de los espacios de rehabilitación y reinserción de los pacientes drogodependientes, únicamente se describe acciones de intervención en clínicas existentes; sin embargo, estas instituciones privadas son insuficientes, carentes de adecuada atención y se proyectan con fondos de los pacientes para poder subsistir, lo que cierra la oportunidad a quienes no cuentan con recursos y necesitan terapias de rehabilitación por ser dependientes de la droga y el alcohol.

Como resultado de estas instituciones, en su gran mayoría podemos encontrar un fracaso rotundo en la rehabilitación, ya que no cuentan con espacios físicos, metodologías, ni profesionales aptos para lograr una real inserción de los drogodependientes. Además de las constantes denuncias de mal trato y violación a los elementales derechos humanos.

Es nuestra propuesta que el Estado implemente Centros de Recuperación que den cobertura a quienes no poseen recursos para acceder a instituciones privadas; además de que las que ya existen deberán FORMALIZAR Y OPTIMIZAR sus espacios físicos y sus equipos de profesionales.

En la página web del CONSEP, actualizada a julio del 2010, no existe registrada ninguna clínica de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos en la Provincia de Santa Elena.

**De acuerdo a la Constitución que garantiza el buen vivir, de los derechos humanos (Capítulo segundo / Derechos del Buen Vivir)**, al estar en sitios que no garantizan una adecuada atención, es responsabilidad del Estado y por ende del gobierno nacional implementarlos a través del Ministerio de Salud Pública.

En las páginas web del MSP tan sólo se refieren al tabaquismo, y a la salud mental en general, pero no asume ninguna responsabilidad específica frente al problema.

No se refuerza la atención para su reinserción útil a la sociedad.

Se han reforzado los reglamentos para el funcionamiento de estos centros particulares de rehabilitación, lo que está conllevando a la clausura de muchos de estos, por no cumplir con las condiciones mínimas necesarias, sin embargo, no resuelve el problema: cómo el Estado viabilizará la oportunidad para la rehabilitación de los alcohólicos y drogadictos?

El Gobierno Nacional anuncia que se compromete a financiar a los pacientes de menores recursos en las clínicas que cumplan las condiciones. Sin embargo, no existe ningún estudio que demuestre que se cuenta con la capacidad de asumir la demanda de servicio, ni se promociona o reglamenta este proceso que por ahora beneficia tan sólo a unos cuantos.

La evaluación de la calidad de atención de los establecimientos de salud orientados al tratamiento de los drogodependientes podrá implementarse a través de:

- **Red de atención primaria**

- Ambulatorios urbanos y rurales
- Servicios de salud mental comunitaria
- Ambulatorios especializados

- **Hospitales generales**

- Salas de emergencia
- Servicios de hospitalización

- **Servicios Especializados**

- Hospitales y ambulatorios psiquiátricos
- Establecimientos especializados en farmacodependencia

### **OTROS SECTORES**

- Centros de detención policial - Prisiones
- Centros para menores en situación irregular, con carácter nacional
- Centros comunitarios donde se realicen actividades de tratamiento

### **3.1 CRITERIOS PARA CREACIÓN DE ESPACIOS DE REHABILITACIÓN**

El desarrollo de un sistema de tratamiento eficaz y que aborde integralmente el problema del consumo y dependencia de drogas requiere de un cuerpo de normas básicas de funcionamiento de los programas, el cual se aplique de manera uniforme y que vincule a los diferentes servicios de atención en forma de un programa nacional de tratamiento.

El proceso de tratamiento o intervención terapéutica, comprende una serie de eventos que se inician en el momento en que los consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas establecen contacto con un establecimiento de salud u otro servicio comunitario, prosiguiendo con

acciones de variada índole, orientadas a la **“identificación, asistencia, atención de salud e integración social”, en intento de alcanzar el mayor grado de salud y bienestar posible (OMS, 1998).**

Es necesario precisar si el establecimiento atiende a los usuarios en distintos momentos de la evolución del trastorno por dependencia de drogas o si se especializa en una fase particular de la misma.

En un “sistema ideal de tratamiento”, de acuerdo con el momento evolutivo de la enfermedad en el cual se interviene, se pueden identificar los siguientes componentes de la atención.

## **A. ATENCIÓN INMEDIATA**

### **Intervención de emergencia / Manejo de casos agudos.**

Se refiere a todos aquellos procedimientos o intervenciones cuyo objetivo es:

- Corregir las perturbaciones psicofisiológicas directamente relacionadas con el consumo o la supresión absoluta o relativa de una droga.
- Atender las complicaciones físicas, psiquiátricas o psicosociales derivadas del consumo.

Estas intervenciones son realizadas principalmente por equipos profesionales especializados, los cuales pueden complementarse con el apoyo de personal no profesional o grupos de autoayuda. Dependiendo de la evaluación del trastorno y el riesgo existente para la vida del consumidor o de terceras personas (OMS, 1998). Incluyen el manejo de:

- Intoxicación aguda o sobredosis
- Síndrome de abstinencia aguda
- Complicaciones agudas de tipo físico, psiquiátrico o psicosocial

### **Pesquisa o identificación de casos probables**

Incluyen las actividades de diagnóstico presuntivo de trastornos relacionados con el consumo de drogas, las cuales pueden ser realizadas de manera activa, mediante la aplicación de instrumentos de despistaje o procedimientos de entrevista, realizadas en establecimientos de salud o de otro tipo, como lugar de trabajo, centros de estudio, organizaciones

deportivas, culturales, entre otras, a aquellas personas que presentan indicadores que puedan hacer sospechar la existencia de dichos trastornos. En este renglón se consideran las siguientes actividades:

- Evaluación inicial.
- Diagnóstico presuntivo
- Orientación y referencia

## **B. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA**

Se refiere a todas aquellas actividades orientadas a la reducción del estado de dependencia de drogas y de sus complicaciones, las cuales incluyen intervenciones psicosociales y conductuales, orientadas al logro de una vida libre de consumo de estas sustancias o en su defecto, a la reducción del daño asociado a dicho consumo.

### **Incluye como actividades principales:**

- Inducción terapéutica o motivación al tratamiento
- Evaluación diagnóstica
- Prolongación de la abstinencia o tratamiento propiamente dicho

## **C. SEGUIMIENTO**

Consiste en todas aquellas medidas conducentes a la prolongación del estado de abstinencia de drogas, mediante la prevención de recaídas, así como a la preservación de la mejoría alcanzada en el funcionamiento psicosocial del individuo mediante el tratamiento y a la atención de las discapacidades resultantes, para disminuir su impacto en la calidad de vida.

### **Incluye las siguientes actividades:**

- Prevención de recaídas
- Reincorporación social
- Atención de las secuelas y apoyo para las discapacidades.

**ACCESO AL TRATAMIENTO** La evaluación del acceso al tratamiento se refiere al estudio de las posibilidades que tiene un potencial usuario de los servicios, de recibirlo efectivamente. Incluye los siguientes aspectos:

### **A. ACCESIBILIDAD**

Las oportunidades de acceso y los patrones para entrar en un sistema de tratamiento determinan en buena parte la composición o perfil socio demográfico de los usuarios e influyen también en el contenido del programa terapéutico.

#### **Dependen de:**

- La cantidad y suficiencia de los servicios ofertados
- Ubicación geográfica
- Costo al usuario

### **B. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS**

Corresponde a la relación existente entre la demanda de atención por problemas de dependencia de las drogas y la oferta de programas de tratamiento. Puede estar referida a un ámbito geográfico determinado.

### **C. FUENTES DE REFERENCIA:**

La fuente de referencia por sí misma influye en el perfil del tratamiento al generar expectativas en cuanto al encuadre terapéutico, pero también a la manera de ingresar, porque presupone algunas características físicas, psicológicas o sociales de parte del consultante que modifican las condiciones de tratamiento.

Es distinta la configuración de un programa, si los usuarios provienen de un tribunal de justicia o de una consulta externa de psiquiatría. Por lo tanto, es de gran valor el conocimiento de las principales instancias de donde procede la demanda de atención. Entre las más relevantes tenemos:

- Sistema de salud general o específicamente de salud mental
- Sistema judicial
- Otras fuentes: Servicio social o Servicios de atención al empleado.

## **D. MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO**

La llegada del usuario al programa puede responder o no a una decisión personal y esto constituye una diferencia que marca las condiciones en que se lleva a cabo la intervención. El grado de motivación y disposición para el tratamiento puede variar según el tipo de referencia. Algunos países tienen mecanismos para la auto-referencia, en otros existen variados grados de coerción u obligación con base en el marco legal.

La motivación a recibir tratamiento depende de varios factores relacionados y a su vez, influye de manera determinante en las características de los programas de atención.

La búsqueda de tratamiento puede ser voluntaria, siendo a veces una expresa exigencia de los programas, pero en muchas oportunidades responde a presiones familiares o procedimientos judiciales.

Pueden señalarse en este sentido, los siguientes motivos de consulta:

- Voluntaria
- Por presión familiar
- Recomendación médica
- Orden judicial
- Otros

### **EL MODELO IDEAL DE ATENCIÓN**

El modelo ideal de atención resume la concepción que se tiene sobre el problema de consumo y dependencia de drogas, así como los objetivos perseguidos en el programa de tratamiento. Constituye el patrón o guía a seguir para la realización de las actividades de tratamiento, sobre el cual se fundamentan las normas y en consecuencia, la evaluación.

El desarrollo de un sistema de tratamiento eficaz y que aborde integralmente el problema del consumo y dependencia de drogas requiere de un cuerpo de normas básicas de funcionamiento de los programas, el cual se aplique de manera uniforme y que vincule a los diferentes servicios de atención en forma de un programa nacional de tratamiento.



En la construcción del modelo ideal de atención se toman en cuenta diversos aspectos de particular importancia:

### **A. MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.**

El proceso de tratamiento o intervención terapéutica, comprende una serie de eventos que se inician en el momento en que los consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas establecen contacto con un establecimiento de salud u otro servicio comunitario, prosiguiendo con acciones de variada índole, orientadas a la “identificación, asistencia, atención de salud e integración social”, en el intento de alcanzar el mayor grado de salud y bienestar posible (OMS, 1998).

Es necesario precisar si el establecimiento atiende a los usuarios en distintos momentos de la evolución del trastorno por dependencia de drogas o si se especializa en una fase particular de la misma.

En un “sistema ideal de tratamiento”, de acuerdo con el momento evolutivo de la enfermedad en el cual se interviene, se pueden identificar los siguientes componentes de la atención:

### **B. PERFIL DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS**

En el perfil de los usuarios de los servicios de atención para farmacodependientes están resumidas muchas de las características del programa de tratamiento. Dicho perfil está conformado por:

- Características socio demográficas
- Tipo de sustancia involucrada
- Patrón de consumo
- Atención de la Comorbilidad.
- Atención especial a grupos especialmente vulnerables (p.ej. reclusos, niños y adolescentes, mujeres, embarazadas o menores transgresores).

El tratamiento para alcohol y otras drogas, que tradicionalmente se ha manejado en forma independiente, ha comenzado a trabajarse conjuntamente en muchos programas, como respuesta a las llamadas

“dependencias cruzadas” y a un mayor reconocimiento de las similitudes entre las dependencias a distintas drogas.

Es de gran importancia el desarrollo de programas de tratamiento para poblaciones especiales, como aquellas que presentan otros trastornos de salud concomitantes, menores de edad, mujeres o reclusos en establecimientos carcelarios.

### **C. EVALUACIÓN DEL PACIENTE**

El enfoque terapéutico aplicado en un establecimiento está determinado por el diagnóstico individual de los estados patológicos y los trastornos que presentan los consultantes al mismo. Una evaluación precisa e integral de los demandantes de atención permite planear el tratamiento y adaptarlo a las necesidades particulares de cada sujeto.

#### **La evaluación integral incluye:**

- Evaluación física, psiquiátrica y social
- Exámenes de laboratorio general y específicos (toxicológicos)
- Registro y diagnóstico
- Plan de tratamiento A través de la evaluación diagnóstica se definen los posibles estados clínicos, según la CIE-10:
- Intoxicación aguda
- Uso nocivo
- Síndrome de dependencia
- Estado de Abstinencia
- Comorbilidad psiquiátrica
- Comorbilidad somática
- Discapacidades crónicas

## **3.2 ÍNDOLE, PRESTACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO:**

### **ENCUADRE TERAPÉUTICO**

El tratamiento se inicia desde el momento en que el consumidor de drogas accede a una instancia prestadora de atención, ya se trate de un establecimiento de salud o cualquier otro servicio comunitario. Incluye el diagnóstico, la asistencia en salud y la integración social de las personas afectadas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, el máximo aprovechamiento de las capacidades, el acceso a los servicios y oportunidades y la plena integración social (OMS, 1998)

En el tratamiento de la dependencia de las drogas, la variabilidad de las intervenciones terapéuticas viene a ser la norma. Es necesario considerar las múltiples opciones de abordaje, sus diferentes orientaciones y fundamentación científica.

Tanto en el interior de un país, como entre grupos de diferentes países, la comparación entre tratamientos tropieza con la ausencia de criterios comunes para clasificar las distintas intervenciones.

### **ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

La manera como se organizan los servicios de tratamiento va a determinar en definitiva, quienes son los beneficiarios de la atención, qué elementos van a ser parte de esta atención y la efectividad de los servicios prestados.

Se considera la manera como el programa de tratamiento se estructura internamente con sus diferentes componentes y también como interactúa con el medio ambiente en el cual se inserta.

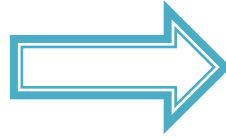
### **ORGANIZACIÓN INTERNA**

Se refiere al encuadre terapéutico e incluye:

- Tipo de tratamiento,
- Características del establecimiento
- Composición de los equipos.

## TIPO DE TRATAMIENTO:

Terapias Grupales



En el estudio del tipo de tratamiento se consideran los siguientes aspectos fundamentales:

- El Carácter de la Intervención - La Estrategia Terapéutica
- La Metas Terapéuticas
- La Filosofía del tratamiento

### **Carácter predominante de la intervención:**

Se refiere al objeto sobre el cual recae la intervención, ya sea concebida en forma limitada al consumidor o incluyendo su entorno.

#### **Intervención sobre el consumidor**

- Biofísica: Uso de procedimientos de intervención física no farmacológica (p.ej. masajes, acupuntura, electroterapia)
- Farmacológica: Administración de sustancias con efecto farmacológico (p.ej. metadona, disulfiram).
- Psicológica: Intervención psicoterapéutica individual o grupal

#### **Intervención sobre el consumidor y su entorno**

- Sociocultural: Abordaje consistente en intervenciones dirigidas a modificar el entorno sociocultural del consumidor (p.ej. Comunidad Terapéutica)

## **Intervención combinada**

- Mezcla de los enfoques anteriores

Estrategia terapéutica

Las estrategias de intervención se clasifican en tres grupos principales, los cuales pueden combinarse de forma simultánea o consecutiva:

- Tratamiento profesional (requiere de formación especializada)
- Estructuras de apoyo no profesional
- Actividades no oficiales de ayuda mutua y autoayuda

Entre las alternativas corrientemente utilizadas como estrategias terapéuticas tenemos, a manera de ejemplo:

- Programas de “Doce Pasos”.- Programa secuencial utilizado por Alcohólicos

## **Anónimos (AA) y otras organizaciones de ayuda mutua.**

- Terapia Aversiva.- Generación de una respuesta placentera al uso de la sustancia por condicionamiento
- Psicológica.- Utilización de métodos de abordaje psicológico para la solución de problemas asociados a la dependencia, como la psicoterapia de corte psicoanalítico o cognitivo-conductual
- Otras estrategias

### **Metas u objetivos terapéuticos:**

Se refiere a la meta que se propone alcanzar mediante el tratamiento. Se consideran las siguientes:

- Reducción del Consumo: Se propone la disminución de la dependencia y la morbi-mortalidad asociada al consumo de drogas mediante la reducción o eliminación de éste.
- Modificación de causas del consumo: Actuar sobre las causas antecedentes del consumo

- Reducción de Consecuencias del consumo: Se propone la modificación de las consecuencias derivadas del consumo.

### **Filosofía del tratamiento.**

Se refiere a los fundamentos de orden ideológico y supuestos teóricos, en base a los cuales se estructura el programa de tratamiento. Se toman en consideración a fines de guía:

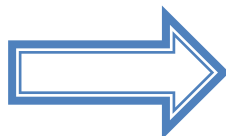
- Moral.- Insiste en el carácter “pecaminoso del consumo”, en el efecto rehabilitador de la culpa.
- Espiritual.- Énfasis en la trascendencia de la existencia humana, la espiritualidad y religiosidad como alternativa terapéutica.
- Biológica.- Concepción de la dependencia de drogas como expresión de una anomalía metabólica o fisiológica, la cual puede tener carácter genético.
- Psicológica.- Plantea la dependencia de drogas como el resultado de determinantes psicogenéticas, como expresión de conflictos o disfunciones emocionales.
- Sociocultural.- La dependencia de drogas como reflejo de una alteración en el proceso de socialización de los sujetos
- Integrativa multifactorial.- combinación de distintos enfoques, en la que la dependencia de drogas es concebida como resultante de la interacción de múltiples factores.

### **TIPO DE ENCUADRE INSTITUCIONAL O CARACTERÍSTICAS DEL ESTABLECIMIENTO**

Se refiere al tipo de instituciones en la cual se lleva a cabo la intervención terapéutica, tomando en cuenta las condiciones de permanencia de los pacientes y el grado de especificidad de la atención.

Establecimientos especializados en Tratamiento de dependencia de las drogas

- **Residenciales**

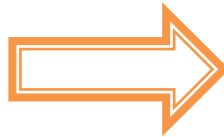


## **Espacios ideales para Residenciales**

- Permanencia corta (días).- Programas residenciales de internamiento breve, generalmente para la atención inmediata de situaciones críticas. Por ejemplo: Unidades de Desintoxicación, Centros de Acogida.
- Permanencia intermedia (semanas).- Programas residenciales para el mantenimiento y prolongación de la abstinencia, con objetivos precisos y limitados. Pueden servir de complemento a otras intervenciones.
- Permanencia larga (meses o años).- Programas residenciales de larga duración, generalmente en la modalidad de Comunidad Terapéutica, suelen incluir actividades de reincorporación social

### **• No Residenciales**

#### **Salas de Terapia Ambulatoria**



Programas no residenciales, que van desde la atención en consultas individuales, hasta la atención grupal con gran número de actividades estructuradas.

- Hospitalización parcial.- Programa que combina aspectos del tratamiento residencial, con los del tratamiento ambulatorio, alternando períodos de permanencia dentro de la institución, durante el día, la noche, fines de semana u otros períodos críticos, con actividades extra institucionales, generalmente laborales o académicas.

#### **Establecimiento no especializado en Tratamiento de dependencia de las drogas**

- Establecimiento de salud en general, público o privado.
- Institución de salud mental comunitaria
- Consultorios de otros profesionales de servicio social

- Prisiones

- Red de apoyo voluntario compuesta por grupos de autoayuda y ayuda mutua, como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

## **CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO**

Dentro de la organización de un programa de tratamiento para la dependencia de las drogas, juega un rol fundamental la conformación del equipo terapéutico.

Deben definirse pautas uniformes y técnicas básicas de intervención en la atención de personas con problema de consumo de drogas.

El tratamiento de la dependencia de las drogas es llevado a cabo por equipos heterogéneos, compuestos por personas con diferentes niveles de educación y entrenamiento, lo cual está determinado por elementos tan dispares como la filosofía del establecimiento o las condiciones de financiamiento de los programas.

La relación existente entre las características del personal y la calidad de los servicios de tratamiento no ha sido bien investigada, así como tampoco son concluyentes los informes acerca de la eficiencia comparativa entre programas adelantados por equipos de rehabilitados y no-rehabilitados, profesionales o no profesionales. (Gerstein&Harwood, 1990).

La complejidad de los problemas derivados del consumo y dependencia de drogas, hace difícil definir el “equipo ideal” para la atención de los mismos. Es recomendable contar con equipos en los cuales exista la posibilidad de contar con la participación complementaria, no excluyente, de profesionales y no profesionales, insistiendo en la necesaria formación y acreditación específica para este tipo de trabajo.

En la definición de una estrategia para la conformación de equipos de tratamiento en dependencia de las drogas es básica la existencia de:

**(a)** Protocolos de selección y reclutamiento de personal, científicamente fundamentados y revisados periódicamente para su actualización

**(b)** Actividades de capacitación y actualización de conocimientos sobre:

- Procedimientos terapéuticos en general



- Aspectos relativos al establecimiento o programa de tratamiento en particular
- Atención de poblaciones especiales (menores, mujeres, grupos étnicos)
- Reconocimiento o acreditación oficial de la capacitación

En los programas de capacitación de recursos humanos para la atención en dependencia de las drogas debe darse prioridad a los siguientes grupos:

- Trabajadores de atención de la salud en general, servicios sociales, correccionales u otros ambientes
- Trabajadores en establecimientos para detección, asistencia breve u orientación de problemas de uso indebido de drogas.
- Personas que trabajan o planean trabajar en el tratamiento especializado de farmacodependientes, en servicios de rehabilitación o de readaptación social.

## **ORGANIZACIÓN EXTERNA**

Se refiere a las características sociales, culturales, políticas y económicas del medio ambiente circundante y a las relaciones que se establecen entre éstas y el programa de tratamiento. Incluye:

### **Variables financieras**

- Situación económica del país o localidad
- Asignación presupuestaria para programas de tratamiento de dependencia de las drogas
- Financiamiento del establecimiento

### **Los valores sociales y comunitarios**

- Aceptación y valoración social del tratamiento
- Compromiso de la comunidad con actividades terapéuticas

## **Las regulaciones políticas y administrativas**

- Legislación referente al tratamiento

La estructura de mercado de los servicios de salud

- Composición de la Red de servicios públicos y privados de atención en dependencia de las drogas

## **Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos**

- Perfil de usuarios a establecimientos de atención
- Demanda de tratamiento
- Necesidad de tratamiento

Las dificultades fiscales, mucho más evidentes en economías en crisis, con reducidos presupuestos sociales, se traducen en una limitación de los aportes financieros a los programas de tratamiento, lo cual influye en el perfil de los usuarios, las características de los servicios recibidos, su continuidad, su relación con otros sistemas de asistencia, así como en los resultados obtenidos con el tratamiento.

La planificación de los programas de tratamiento con base en el rango de poblaciones afectadas, en vez de responder a las fuerzas del mercado, influye en su estabilidad, continuidad e integridad.

En la evaluación ha de precisarse si los servicios se ofrecen de forma aislada e independiente o se corresponden con un sistema planificado que permitan el manejo de las diferentes etapas evolutivas del trastorno adictivo.

Deben definirse los acuerdos mínimos acerca de la manera de prestar los servicios de tratamiento, la integración del sistema o red de tratamiento y la manera de controlar y evaluar esta actividad, favoreciendo la satisfacción de las necesidades tanto de los proveedores de servicios, como de los usuarios de los programas de tratamiento, con criterios de calidad, accesibilidad, oportunidad y eficiencia, dentro de un modelo de atención compartido.

Al propiciar la atención integrada, mediante una red interprogramada, con un sistema de referencias funcional, se facilita la optimización del manejo clínico y de la relación entre costos y beneficios.

Las acciones de coordinación en red de los establecimientos de atención al dependiente de las drogas se refieren a:

**La ubicación de los establecimientos:**

(a) Aislado o independiente

(b) Integrado a sistemas de:

- **Salud:**

- General

- Especializado en dependencia de drogas

- **Sistema de Seguridad social**

- **Otros sistemas**

La orientación y derivación de casos

La centralización de los registros de admisión, referencia y seguimiento

**“El reconocimiento de la necesidad de actuar conjuntamente, por parte de los distintos actores relacionados con las actividades de tratamiento, así como de establecer vínculos funcionales con los demás componentes del sistema de atención constituye una de las tareas a ser resueltas por los programas de mejoramiento de la calidad de la atención.”**

#### **4. DERECHOS DE LOS PACIENTES**

Las normas mínimas de atención en dependencia de las drogas deben incluir un aparte relativo al resguardo de los derechos fundamentales de las personas que solicitan tratamiento, en concordancia con la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 217<sup>a</sup> (III), del 10 de Diciembre de 1948.

Deben considerarse todos aquellos aspectos relativos al resguardo del anonimato de la identidad de las personas en tratamiento y de su evolución, así como del conocimiento y consentimiento previo informado del paciente para las intervenciones que conforman dicho tratamiento.

En esta norma deben incluirse las disposiciones referidas al registro de imágenes, grabaciones de audio o similares obtenidas de los pacientes, las cuales deben ser autorizadas por estos, sólo para los fines que le fueron informados previamente.

Otros aspectos importantes son los relacionados con las condiciones de permanencia en el establecimiento de tratamiento, la prescripción del uso de coerción física, la permanencia no voluntaria en el tratamiento y el contacto con familiares o allegados, los cuales deben estar adecuadamente justificados y acordes con el marco jurídico vigente.

## **6. EGRESO, SEGUIMIENTO, REFERENCIA DE CASOS.**

Así como se establecen las condiciones que determinan el ingreso de los pacientes a tratamiento, deben precisarse las que determinan el egreso del mismo, ya sea por culminación del tratamiento - lo cual incluye los criterios de éxito terapéutico, de acuerdo a los objetivos ya definidos -, la suspensión del tratamiento o la derivación a otro establecimiento.

En la normativa mínima se precisan los criterios de expulsión, retención involuntaria, de curación y mejoría, las alternativas a seguir en el caso de fracaso terapéutico o complicaciones.

Requiere de especial atención lo referente a las actividades que se realizan posteriores al tratamiento propiamente dicho, ya sea cuando el paciente egresa de un período de internamiento o pasa de una modalidad ambulatoria a una fase de menor intensidad, en la llamada fase de "seguimiento".

A este momento corresponden las actividades de prevención de recaídas, reincorporación social, atención de las secuelas y apoyo para las discapacidades, las cuales pueden ser realizadas directamente por el establecimiento o apoyado en una red interinstitucional y comunitaria de servicios.

## **EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO**

La evaluación de la intervención terapéutica se hace principalmente en dos sentidos, por una parte la utilidad y efectividad del tratamiento y por otra, lo referente a los aspectos económicos, en base a costos y beneficios.

Es necesario comparar las diversas opciones terapéuticas, desde la “no intervención”, los grupos de auto ayuda, los servicios comunitarios, hasta la intervención profesional u otras opciones.

Hay experiencias de aplicación de los mismos criterios y métodos científicos utilizados para evaluar medicaciones y equipos médicos, en establecimientos para la atención de dependientes de las drogas, con resultados satisfactorios en cuanto a la credibilidad.

### **EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD**

Se fundamenta en la evidencia aportada por diversas fuentes:

- la evidencia anecdótica subjetiva, opinión de especialistas, comités de expertos.
- los estudios sistemáticos de resultados de tratamiento, observación y seguimiento
- los ensayos controlados - Ensayos clínicos aleatorizados múltiples

El mayor peso a la hora de las evaluaciones, le corresponde a aquellos argumentos obtenidos a través de técnicas de mayor fiabilidad. Se considera al ensayo clínico aleatorizado, el método más sólido de evaluación de los tratamientos

Pueden diferenciarse entre las intervenciones de uso corriente en programas de tratamiento, las de efectividad demostrada mediante ensayos controlados, las cuales se consideran esenciales en el tratamiento de la dependencia de las drogas, en contraste con otras intervenciones cuya efectividad es dudosa o cuestionable, a las que se le asigna un carácter accesorio.

**Se han descrito factores organizacionales “predictores” del éxito terapéutico en dependencia de las drogas:**

- Equipo terapéutico idóneo
- Esfuerzos por garantizar la calidad del servicio
- Seguimiento de los usuarios

- **Factores de selección de usuarios**

La idoneidad del equipo terapéutico, depende sobre todo, de su adecuación al tipo de usuarios que debe atender y de la capacitación específica que tenga para la atención de dependientes de las drogas. La preocupación del programa en garantizar la calidad del servicio, requiere de la evaluación sistemática, de la actualización del personal y la revisión de los protocolos de tratamiento. Tanto la selección de los usuarios, incluyendo la evaluación integral y la inducción terapéutica, como el seguimiento y la prevención de recaídas, son elementos fundamentales para “garantizar” el éxito del tratamiento.

### **EVALUACIÓN ECONÓMICA**

En la evaluación del aspecto económico, se comparan los costos, es decir, todos los gastos asociados, directa o indirectamente, con dicho programa, con los efectos positivos para el individuo y la reducción de problemas a la sociedad. Esta comparación incluye:

- **EVALUACIÓN COSTO –BENEFICIO.-** Compara todos los costos y beneficios que surgen del tratamiento y con los que se producirían si no hubiera tratamiento.
- **EVALUACIÓN COSTO –UTILIDAD.-** Toma en cuenta los beneficios al individuo en cuanto a duración y calidad de vida.
- **COSTO- EFICACIA.-** Se refiere a la obtención de un resultado determinado, cuantificable y significativo como resultado de las intervenciones.
- **COMPENSACIÓN DEL COSTO.-** Compara el costo del tratamiento con el ahorro en costos de atención en salud y en todos los sistemas institucionales afectados. Fuente: OMS, 1995

### **INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LAS INSTALACIONES DE TRATAMIENTO**

El ambiente físico de los establecimientos destinados para la atención de personas dependientes de las drogas debe cumplir con los requerimientos mínimos que le permitan garantizar:

- El logro de los objetivos terapéuticos

- El bienestar de los pacientes
- La seguridad de los pacientes y de sus pertenencias.

El resguardo de la privacidad y el acceso a áreas de esparcimiento son fundamentales, esto último sobre todo en modalidades de tratamiento residencial.

Entre los aspectos a tener en cuenta en las normas de instalaciones de Centros de Tratamiento para dependientes de las drogas tenemos:

### **Aspectos arquitectónicos**

- Tipo de construcción, área del terreno y de construcción propiamente dicha, materiales utilizados.

### **Servicios**

- Agua potable
- Aguas servidas
- Fuentes de energía
- Telecomunicaciones
- Seguridad

### **Áreas funcionales**

- Administrativas
- Terapéuticas (Consultorios, Salas de terapia grupal)
- Recreativas y deportivas (Campo deportivo, gimnasio, salón de juegos, salas de reunión)
- Docentes y de actividades productivas (Salones de Clase, Talleres, Biblioteca, huerto, granja)
- Residenciales (Cocina, comedor, dormitorios, sanitarias, depósito, lavandería, taller de mantenimiento)

### **Dotación de equipos**

- Actividad clínica- equipos médicos de diagnóstico y tratamiento
- Administrativa- informática, máquinas para escribir
- Residencial: cocina, horno, refrigeradores, lavadora, secadora, TV, VCR
- Docente: equipos audiovisuales, maquinarias de talleres.



**CAPÍTULO 2**

**MARCO**

**METODOLÓGICO**

# **METODOLOGÍA**

## **Diseño de la Investigación.**

Este capítulo presenta los métodos y técnicas de investigación que sustentan el cumplimiento de los objetivos propuestos; también comprende la población y muestra y el análisis e interpretación de los resultados de los datos obtenidos.

## **CONCEPTUALIZACION INDUCTIVA**

Para que se pueda lograr una buena conceptualización inductiva es necesario que la muestra represente no a la población sino al fenómeno. Para ello, el investigador puede optar por seleccionar dicha muestra teniendo en cuenta los casos típicos y atípicos. Toda interpretación inductiva busca conectar los datos analizados (teoría sustantiva nacida de la comunidad) con grandes teorías o teorías formales, a través de procesos de abstracción. Generalización y asociación con otros fenómenos de carácter análogo.

## **Tipos de Investigación.**

Investigación Bibliográfica.- En este trabajo se utilizará la investigación bibliográfica; esta indagación permite, entre otras cosas, apoyar la investigación que se desea realizar, evitar emprender investigaciones ya realizadas, tomar conocimiento de sucesos ya hechos para repetirlos cuando sea necesario, continuar investigaciones interrumpidas o incompletas, buscar información sugerente, seleccionar un marco teórico.

Se consultarán y analizarán libros, internet, La Constitución de la República del Ecuador, Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, los Reglamentos de control a centros de rehabilitación, Ley orgánica de la salud.

Investigación de Campo.-Se utilizará la investigación de campo para involucrarnos en la problemática en forma directa, este tipo de investigación

que nos permitirá manejar los datos con más seguridad y además serán respaldados con la observación, encuestas y entrevistas que se aplicarán.

Encuestas.- Técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana.

Entrevista.- Para obtener información se utilizará esta técnica como un intercambio de comunicación cruzada. Las preguntas deben ser estandarizadas para permitir la comparación de la información recogida.

## ***ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN EN SANTA ELENA***

Las razones por las que migran los peninsulares no sólo se ubican en problemas estructurales sino también en construcción de nuevos sentidos de vida que tienen relación con la crisis económica, la falta de oportunidades para trabajar, el sueño de cambio, el anhelo de una vida digna, el desarrollo personal y familiar. Estas nuevas construcciones se alimentan de elementos concretos, como es la comparación entre la situación de vida de quien ha emigrado con quien aún no lo ha hecho. El imaginario aquí juega un papel muy importante para explicar el fenómeno colectivo de la migración. La decisión de emigrar es una decisión familiar, donde se busca la aprobación y apoyo de los familiares ya sea para ayuda económica o de cuidado a los hijos. No obstante, es necesario mencionar que los proyectos migratorios familiares tienen como objetivo la reunificación familiar después de estabilizar su economía; pese a esto, muchos de estos sueños se quedan postergados y con esto miles de niños, adolescentes y personas de la tercera edad abandonados y vulnerables, hecho que se constata en el aumento de jóvenes con problemas de drogas, consumo de alcohol, la formación de pandillas, violaciones, depresión, entre otros.

En lo relacionado a la situación familiar, se podría decir que casi el 80% de las estructuras familiares son diferentes: abuelas que educan a sus nietos, madres que educan solas a sus hijos, hijos mayores que están a cargo de sus hermanos menores, es decir, que la concepción de familia tradicional constituida por padres e hijos ha cambiado.

Todos estos elementos antes mencionados han provocado una serie de problemas que afectan a la salud mental de las personas peninsulares. La migración es un fenómeno social que afecta considerablemente la salud mental de la familia y el medio en el que viven.

## **2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE CALIDAD DE ATENCIÓN POR DEPENDENCIA DE DROGAS EN ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD**

El objetivo primordial de este enfoque es lograr un mejor resguardo del acceso, equidad y calidad de la atención al adicto. Con la participación de un máximo posible de grupos interesados y la apertura del sector normativo y político al diálogo, se postula que sería más factible un monitoreo con propósito de cambio positivo por consenso. De otra manera, es posible que se siga cayendo en el divorcio o la brecha entre estos dos niveles claves: el asistencial y el político.

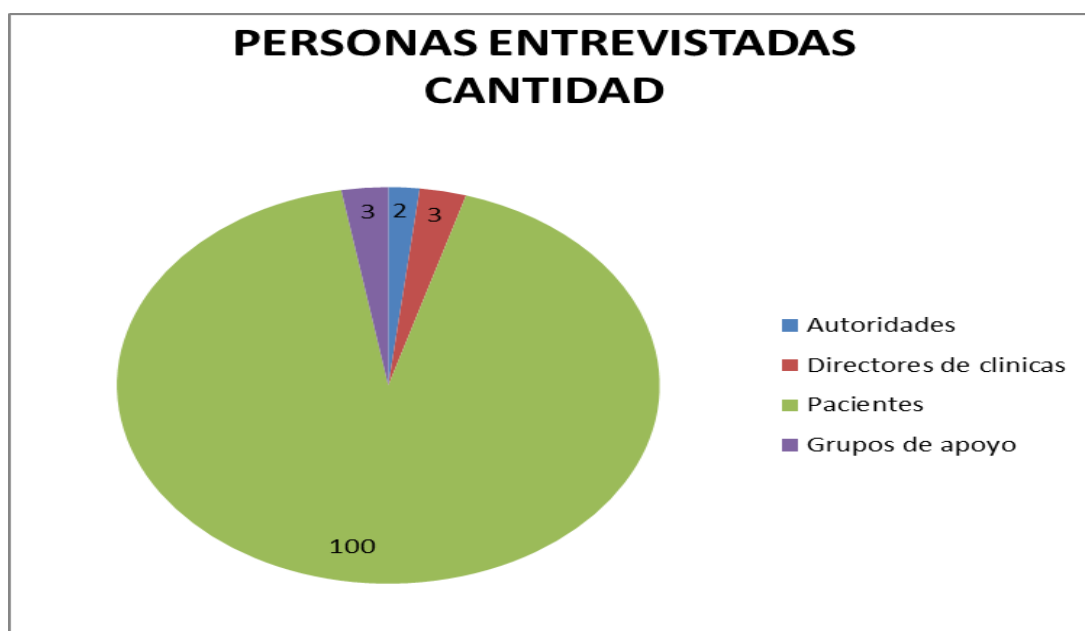
Por último, no se debe olvidar que el crecimiento geométrico de las necesidades de atención de grupos poblacionales de adictos hizo que proliferaran también iniciativas de índole ética, religiosa y de muchas ideologías que asumieron esta misión. Hay que reconocer este trabajo paralelo a un sector salud muy limitado en cuanto a la atención de la salud mental y diversos problemas sociales.

No se pretende combatir estas ideologías, sino traerlas a la mesa del diálogo y a la necesidad de establecer redes de centros acreditados. La acreditación en sí debería ser, en mi opinión, un motivo de satisfacción para aquellos que acepten el desafío de abrir la puerta a un conocimiento que costó mucho incorporar al proceso de construcción de una base de evidencias científicas.

## **2.3 DATOS ESTADÍSTICOS**

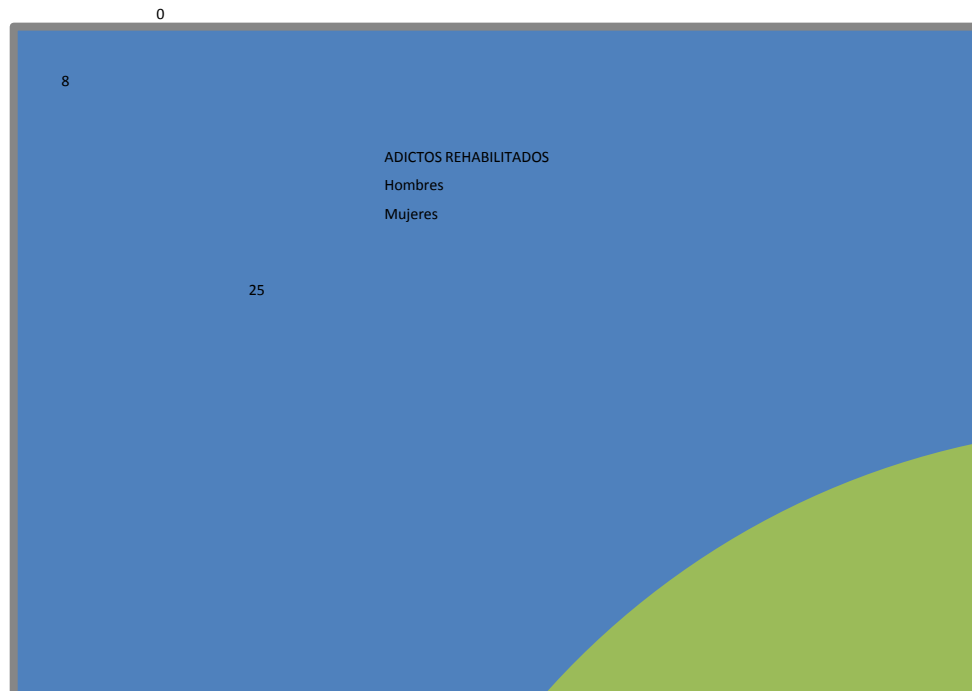
***Para la realización del trabajo de investigación se tuvo que entrevistar y acudir autoridades, directores de clínicas de rehabilitación, pacientes, incluso a grupos de apoyos como son AA y NA (alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos), con la finalidad de obtener datos exactos de la problemática social del problema de las drogas en la provincia de Santa Elena.***

<b>PERSONAS ENTREVISTADAS</b>		
<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>		<b>CANTIDAD / POBL</b>
<i>Autoridades</i>	<b>2</b>	<b>2</b>
<i>Directores de clínicas</i>	<b>3</b>	<b>3</b>
<i>Pacientes</i>	<b>133</b>	<b>100</b>
<i>Grupos de apoyo</i>	<b>3</b>	<b>3</b>



**ADICTOS  
REHABILITADOS**

Hombres	25
Mujeres	8



***Es necesario para tener una mejor visión del trato que han recibido los pacientes en rehabilitación en centros que no cumplen las condiciones necesarias para un tratamiento terapéutico recopilar opiniones de los adictos ya en recuperación y que ahora están libres de estas sustancias, cantidad referida en el gráfico.***

- Las políticas y programas de reducción de la demanda de drogas deben dirigirse a todos los sectores.

- El problema es complejo y requiere un enfoque integral, equilibrado y coordinado.

Los principios rectores para la reducción de la demanda de drogas:

- Se encuentran enmarcados en los principios de la carta de las Naciones Unidas y del Derecho internacional en particular respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, las libertades fundamentales y el principio de responsabilidad compartida.

- Buscan un enfoque integral que adopte un balance entre la reducción de la demanda de drogas y la reducción a la oferta.

### **Las políticas deberán:**

- Orientarse a la prevención del uso de drogas y a la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido.
- Fomentar la participación activa y coordinada de todos los actores de la comunidad
- Respetar y tener en cuenta especificidades culturales y de género.
- Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable.  
Las acciones estarán basadas en:

- Evaluaciones actualizadas sobre la índole y magnitud de los problemas de consumo y el uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población.
- Conocimientos adquiridos mediante la investigación y de las lecciones aprendidas.

Las acciones estarán dirigidas a:

- Reducir factores de riesgo
- Fomentar factores de protección
- Fortalecer las potencialidades de las personas
- Abarcar todos los aspectos de la prevención
- Incorporar servicios de asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, pos-tratamiento e inserción social.

## **LA POBLACIÓN: GENERALIDADES**

El territorio geográfico donde se está ejecutando este proyecto encuentra en la Región Litoral del Ecuador, en la Provincia de Santa Elena conformada por, los Cantones: Santa Elena, La Libertad y Salinas.

La población de la Provincia de Santa Elena proyectada desde el 2010 al 2011 asciende a 291.060 habitantes habiendo crecido en el último periodo censal 1990-2001 a un ritmo del 2.6% promedio anual el 51.3 % de la población total es masculina y el 48.7% es femenina: en el cual el 73 % vive en el área rural y el 23% en la zona urbana, cuya densidad poblacional



es de 30.4 hab/km<sup>2</sup>.

## **IDENTIFICACIÓN , DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA**

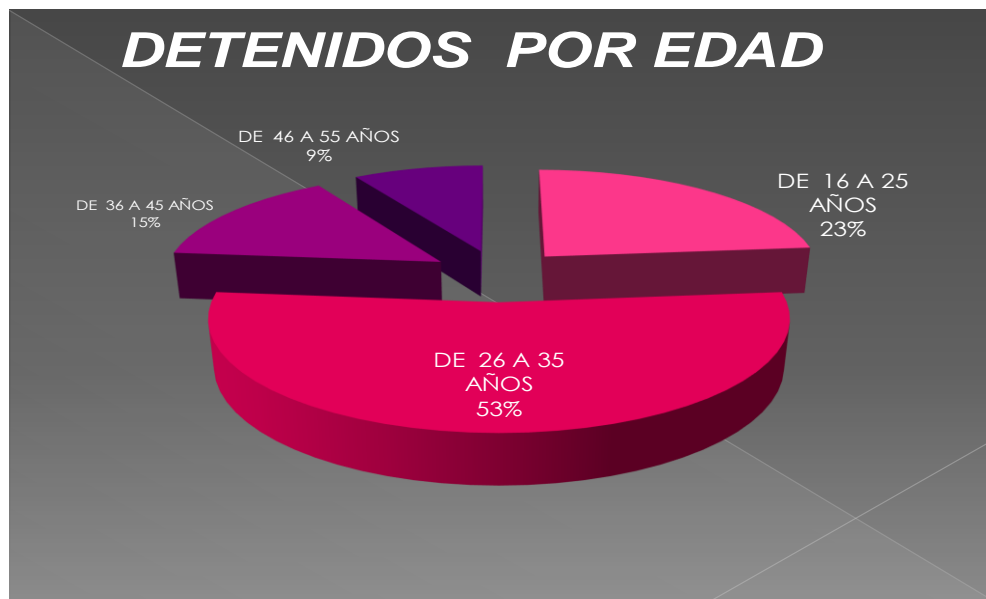
La situación actual del país, así como la de la Provincia de Santa Elena es alarmante con relación al consumo de sustancias psicoactivas, que afectan el normal desarrollo psicosocial de los adultos y jóvenes, quienes reducen sus perspectivas de auto relación para el buen vivir.



Datos estadísticos de la 3era Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en estudiantes de enseñanza media indica que hay una disminución en la tendencia de edad promedio en la iniciación al consumo de alcohol y cigarrillos siendo para el 2005 la edad promedio de 13 años y para el 2008 la edad promedio de 12 años.

El segmento poblacional de entre 15 y 29 años comprende 82.363 habitantes y el segundo segmento de entre 15 y 29 años comprende 67.803 habitantes.

Del total de esta población referida en estos dos segmentos al menos el 30% estarían consumiendo algún tipo de sustancias psicoactivas en el que están incluido el alcohol y el tabaco, según lo confirma la Jefatura de la Policía de Antinarcóticos de la Provincia de Santa Elena.

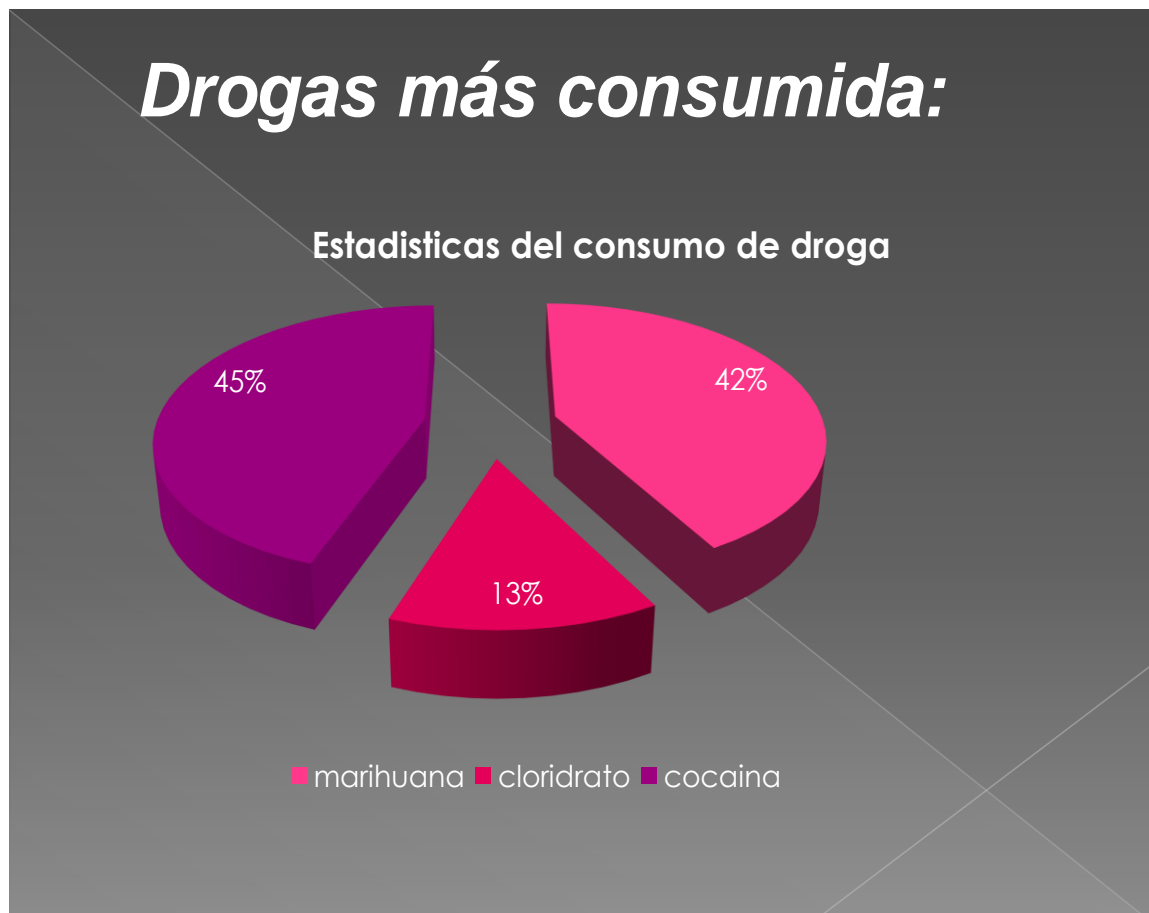


***Podemos reflejar en la gráfica la edad en la que oscilan las personas que a menudo son detenidas por consumir o poseer al momento de su detención alguna sustancia psicoactiva - sujeta a fiscalización.***

En la actualidad los jóvenes empiezan a tener una vida social a muy temprana edad , basándonos en las encuestas realizadas los menores admiten haber sido aislados por policías , no obstante reconocen que luego de salir del encierro salen a realizar nuevamente las actividades ilegales por las cuales fueron aislados . Para los adolescente en cambio el ambiente en que se desarrolló su infancia contribuyó en que busquen en sus amistades

la atención que su familia no les daba, pero también existen aquellos padres que consumen alcohol y además de eso drogas que no sino es perjudicial para la salud sino para el ambiente en el que se desarrollan y crecen sus hijos o familiares.

**El gráfico demuestra según reporte del departamento de Antinarcótics Prov. Santa Elena, clases de drogas más consumidas por la ciudadanía.**



La estadista nos indica que la base de cocaína o clorhidrato de cocaína es una de las drogas más usadas en el mercado por ser una droga relativamente barata y fácil de adquirir. Es una droga que se la puede administrar por vía respiratoria, mezclándola con tabaco, marihuana o cigarrillos. Por lo que puede pasar inadvertida en la ropa, trajes, carteras o maletas, haciendo más fácil su consumo, su manipulación y su traslado.

De acuerdo a los datos anuales proporcionados por clínicas de tratamiento que existen en la Provincia de Santa Elena, se determina que la población de personas comprendidas entre los 16 y 45 años que han recibido ayuda terapéutica en centros de rehabilitación son los siguientes:

***Población Demandante Efectiva***

***Población de la Provincia de Santa Elena en edades comprendidas de 16 a 45 años que han recibido tratamiento***

	<b><i>Años</i></b>	<b><i>No. Habitantes que han sido atendidos en los centros de tratamiento</i></b>
<b>1</b>	<b>2005</b>	<b>318</b>
<b>2</b>	<b>2006</b>	<b>334</b>
<b>3</b>	<b>2007</b>	<b>352</b>
<b>4</b>	<b>2008</b>	<b>370</b>
<b>5</b>	<b>2009</b>	<b>390</b>
<b>6</b>	<b>2010</b>	<b>410</b>

**2.3 CLÍNICAS DE REHABILITACIÓN ACTAS Y REGULARIZADAS POR LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA.**

En la Provincia de Santa Elena existen en la actualidad tres centros particulares para el tratamiento de adicciones los cuáles constan con un sistema de internamiento, el mismo que para acceder al servicio su costo oscila entre los \$ 300 y \$ 3.000:

**FUNDACIÓN FORTALEZA;** ubicada en Ballenita, que según estadísticas internas durante los últimos 5 años han ingresado 280 pacientes por año a un costo de \$ 300 dólares norteamericanos por los tres meses que, tiempo antes estimado para el tratamiento de los internos (tiempo actual no menor a 6 meses, estipulado por REGLAMENTO DE CONTROL A CENTROS DE RECUPERACIÓN A PERSONAS CON ADICCIONES: registro oficial # 272).



**COMUNIDAD TERAPÉUTICA NUEVA VIDA (COTENUVI) ;** ubicada en Salinas sector Rancho Alegre , que de igual forma según registro interno indican que tienen un promedio de ingreso de 130 pacientes por año ; con un costo que oscila entre \$ 800 y \$ 3.000 dólares norteamericanos el tratamiento .



**CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES “EQUILIBRIO”;** ubicada en el Cantón Salinas – ciudadela Brisas de Mar Bravo, una característica de este centro de adicciones es que es nuevo, creado por las necesidades y circunstancias presentadas en este cantón, pero en las estadísticas internas desde el momento de funcionamiento hace un año hasta la actualidad los

pacientes ingresados han sido de 100 pacientes por año; con un costo que oscila entre \$ 800 y \$ 3.000 dólares norteamericanos el tratamiento.

Lo que ha motivado a estas personas a crear Centros para la Rehabilitación para ciudadanos con problemas de Adicciones: es que son conscientes de que nuestra Provincia, Santa Elena, se encuentra amenazada por el fantasma del alcoholismo y la drogadicción esa preocupación es la que los impulsó a sacar adelante proyectos como éstos, con la finalidad de ofrecer programas de promoción , prevención , diagnóstico , tratamiento , rehabilitación , reinserción social a personas con cualquier adicción por el consumo de alcohol , psicotrópicos, estupefacientes y otras que generen dependencia. (Art.5 RCC).



Es necesario que el adicto se someta al tratamiento terapéutico que permita encontrar el valor sin alcohol y sin drogas recibiendo una serie de terapias psicológicas, físicas, vivenciales y espirituales.

Es fundamental también la construcción de actividades alternativas para la prevención del uso indebido de drogas aquellas deben contar con la participación de los beneficiarios, e iniciarse en las necesidades sentidas de la población que participaran en dichas actividades.

El objetivo principal de esas ideas es proporcionar tanto a los jóvenes como a los adultos, los principios, los conocimientos básicos necesarios y algunos consejos prácticos que les permitan utilizar el deporte, la representación

artística y el internet como actividades alternativas eficaces para prevenir el uso indebido de drogas.

Los tratamientos son de uso no fármacos, no medicinas (tranquilizantes).

Estas clínicas o centros de adicciones para que tengan apertura a la comunidad deben de cumplir con un sinnúmero de requisitos tales como:

**1. Modelo terapéutico a seguir:**

- **En el caso de las Comunidades Terapéuticas (científicamente respaldado y abalizado por el MSP);**

**2. Tiempo estimado de tratamiento de acuerdo al modelo:**

- **No menor a 6 meses en comunidad terapéutica.**

- **Un máximo de 28 días en desintoxicación.**

**3. Profesionales y terapeutas previamente acreditados de acuerdo a su perfil de personalidad, capacidad y experiencia en el área para cumplir los objetivos y planes del modelo. (Art. 8 RCC).**

**4. Se prohíbe el funcionamiento de CR mixtos (hombres y mujeres).**

**5. Deben existir directivos y técnicos responsables: Director, Médico, Psiquiatra, Psicólogos, Terapeutas, Nutricionistas.**

**6. Las personas con algún tipo de adicción, tendrán derecho a recibir una alimentación y nutrición, dietas especiales, dietas para adictos con enfermedades adicionales, adecuada y suficiente que responda, en cantidad, calidad y condiciones de higiene adecuadas.**

**Dicha alimentación será brindada en horarios regulares (desayuno, almuerzo, merienda y refrigerios), y su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, está totalmente prohibida. (Art. 14 RCC).**

**7. Tendrán acceso a instalaciones sanitarias higiénicas suficientes, adaptadas a discapacidad, que aseguren su privacidad y dignidad.**

**Asimismo, tendrán acceso a productos básicos de higiene personal, y agua potable para su aseo personal, conforme a las condiciones climáticas. (Art. 15 RCC).**

## 8. Condiciones de infraestructura.



## 9. Condiciones de seguridad.



Estas numeraciones son unos de los muchos requisitos solicitados por nuestras leyes para proteger el buen vivir de estas personas ya que todos somos iguales y gozaremos de los mismos derechos y oportunidades, nadie podrá ser discriminado por condiciones de etnias, estado de salud, discapacidades, deficiencias físicas. (Art 11 CONST).

Además "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios." (Art 25 DDH).

El artículo 22 del Reglamento de Control para los Centros de Recuperación nos manifiesta claramente que: Las personas con algún tipo de adicción,

gozan de todos los derechos humanos reconocidos en la Constitución de la República y en los instrumentos internacionales, y de manera especial de:

- a) El derecho a la inviolabilidad de la vida;
- b) El derecho a una vida digna;
- c) El derecho a no ser criminalizado;
- d) El derecho a la integridad personal, que incluye: la integridad física, psíquica, moral y sexual;
- e) El derecho a una vida libre de violencia; y/ otros.

#### ***2.4 Comisión Técnica Interinstitucional - Provincial de Control para Centros de Recuperación.***

Existe una comisión encargada de , monitorear , y controlar ,a estas casas de salud , cada cierto tiempo la ***Comisión Técnica Interinstitucional – Multidisciplinaria Provincial de Control y Seguimiento de los Centros de Recuperación para Personas con algún tipo de Adicción*** por el Consumo de alcohol, psicotrópicos ,estupefacientes y otras sustancias que generen dependencia en la Provincia de Santa Elena tiene a su cargo vigilar que no sea violado ninguno de los derechos de los seres humanos internos en estas entidades particulares.





**Esta comisión está conformada por los representantes de las siguientes instituciones:**

1. CONSEP ( Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas )
2. DERECHOS HUMANOS
3. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
4. MIES ( Ministerio de Inclusión Económica y Social)
5. DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La referida Comisión se maneja según una Guía de Control, basada en los siguientes parámetros:

**Guía de Control**

Las preguntas son muy calificativas directas y específicas; a continuación varias de ellas:

1. TRIMESTRE CORRESPONDIENTE ALA INSPECCIÓN.
2. CLASIFICACIÓN DEL CENTRO.
3. DATOS DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN.
4. CATEGORÍA.
5. DIRECTIVOS Y TÉCNICOS RESPONSABLES.
6. PLAN DE ATENCIÓN.
7. CONDICIONES PARA LA ALIMENTACIÓN.
8. CONDICIONES DE HIGIENE.
9. CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA.
10. CONDICIONES DE SEGURIDAD.
11. PERSONAL ADMINISTRATIVO.
12. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.

13.CENTROS DE DESINTOXICACIÓN.

14. COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

15.BIOMÉDICO

Pero es aquí donde nos hacemos la pregunta si en la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 364 nos dice "***Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales***".

***¿Por qué no existen en nuestra Provincia centros para la Rehabilitación de Adictos Estatales que permitan atender a pacientes con adicciones al consumo de sustancias psicoactivas, ya sea mediante el sistema ambulatorio o residencial?***

***DEMANDA:*** la Provincia de Santa Elena tiene una superficie de 3.762,8 kilómetros cuadrados, lo que significa el 1.46 % del total nacional y, una población residente de 291.060 habitantes, equivalentes al 1.98 % del total nacional.

El Cantón Santa Elena tiene cinco parroquias rurales, el Cantón Salinas dos y el Cantón Libertad es totalmente urbano.

Aunque políticamente los tres cantones están separados, físicamente en su convivir las tres ciudades; Salinas, La Libertad y Santa Elena junto con las parroquias rurales de Ballenita y José Luis Tamayo, están fusionadas formando un solo conglomerado urbano, por lo cual los centros de adicciones presentados con anterioridad no son suficientes para todas las personas con adicciones que habitan en este territorio.

Está claro que existen Comisiones Institucionales del Estado controlando que los Centros Particulares se guíen por el sendero de la Ley pero nada es suficiente, y nada mejor que una Clínica Estatal donde se utilicen o tengan participación los médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, entre otros profesionales que sirven y colaboran con nuestro País.

En Ecuador existe un Centro Estatal de Tratamiento Ambulatorio y Residencial contra las drogas que presta servicio gratuito , dirigido por la CONSEP, este centro queda ubicado en la ciudad de Guayaquil , un centro de calidad donde los pacientes primero tienen un proceso de aceptación ,es decir, no son internados a la fuerza sino van continuamente a charlas de reflexión hasta que llegan a la aceptación del problema que tienen y es allí donde se produce el aislamiento hacia la recuperación . La cantidad de pacientes no es masiva; Pero si somos más de trece millones y medio de habitantes en el Ecuador, un solo Centro Estatal De Rehabilitación no puede abarcar a todos los necesitados por esta enfermedad de dependencia a las drogas.

Si bien es cierto que no contamos con los Centros Estatales de Rehabilitación para Adicciones de Drogas, debemos enfocarnos que el estado en la actualidad se ha vinculado de manera significativa con programas de prevención, control, ayuda, y reinserción social.

Existen convenios que realiza el estado con estas instituciones particulares, es decir, por cada diez pacientes internos en una clínica uno es Becado por el Estado, además se realizan proyectos de carreras cortas como mecánica corte y confección, computación, pesca, artesanales entre otros en donde le dan al interno la ventaja de, uno salir rehabilitado libre de adicciones y especialista en alguna Carrera. (ART 38 RCCR).

Además se realizan charlas preventivas en escuelas, colegios, centros comerciales, en donde reflejan la preocupación por enseñarles no sólo a los jóvenes sino también a los padres de familia cuales son los síntomas o cambios de conducta a los cuales deben estar atentos en sus hogares. Educación preventiva.- Los programas de todos los niveles y modalidades del sistema nacional de educación incluirán enfoques y metodologías pedagógicas que desarrollen la formación de una personalidad individual y una conciencia social orientadas a la prevención del uso indebido desustancias sujetas a fiscalización. (Art 18 LSEP).

# **CONCLUSIÓN**

## **CONCLUSIÓN.**

- 1. Toda persona en estado de adicción tiene derecho a recibir tratamiento terapéutico digno, adecuado, en un establecimiento donde le brinden la calidad moral, y la ayuda requerida para dejar el problema de las drogas.**
- 2. Los establecimientos que estén en funcionamiento como centros residenciales para adicciones, deben contar con la infraestructura adecuada apegada a la ley orgánica de salud y el reglamento de control para centros de recuperación.**
- 3. En cualquier parte del territorio ecuatoriano es responsabilidad del estado y de sus diferentes dependencias monitorear, vigilar, supervisar el trato humano que se le brinde a los enfermos de adicción en recuperación**
- 4. Todos los pacientes en recuperación tienen derecho a expresarse libremente y de participar en todos los aspectos con miras a cumplir sus metas, aspiraciones y a una reinserción social digna y sin discriminación.**
- 5. Las personas en general debemos participar en acciones preventivas, considerando que es tarea de todos involucrarnos en actividades positivas para la vida porque son las mejores alternativas para la buena utilización del tiempo y sobre todo nos permitirá ser útiles para los demás.**

# **CAPÍTULO 3**

## CAPÍTULO 3

### PROPUESTA

#### **PROPUESTA:**

Los expertos dicen que en la vida de cada persona hay cierto número de factores que pueden dar lugar al uso de drogas; a estos se los conoce como factores de riesgo. Al mismo tiempo, hay factores que impiden a ciertas personas usar drogas, y estos se denominan factores de protección. Si los factores de riesgo en la vida de una persona superan los factores de protección, es muy probable que la persona comience a hacer uso indebido de drogas.

Por todos los motivos expuestos hemos creído necesario realizar un proyecto, que en primer lugar cuente con las garantías necesarias para la ciudadanía que está en el mundo de la adicción, garantías estipuladas en nuestra constitución donde contemple el bienestar, buen vivir, donde se respeten los derechos humanos, donde se le dé a los involucrados un trato digno y justo, en el cual sea el estado quien lo maneje mediante una entidad dirigida por él, tales como el CONSEP, MUNICIPIOS entre otros.

#### **CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN OBJETIVO:**

La población local beneficiaria de las acciones del presente proyecto la constituyen los habitantes de la Provincia de Santa Elena, hombres mujeres adultos, jóvenes y adolescentes.

Las personas involucradas en el proyecto padecen de problemas de consumo de drogas en condiciones severas y no cuentan con los recursos para acceder a los tratamientos médicos, terapéuticos y de información sobre el consumo de sustancias psicotrópicas.

La población objetivo del proyecto ya sea por voluntad propia o de algún familiar preocupado por el estado y situación crítica de individuo acepta recibir apoyo profesional en el sistema de tratamiento para las adicciones de sustancias de uso indebido.

### **PROPÓSITO GENERAL:**

“Fomentar la creación de un Centro Público de Rehabilitación donde se de Tratamiento Terapéutico y Reinserción Social a las personas involucradas en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Provincia de Santa Elena.”

### **PROPÓSITO ESPECÍFICO:**

1. Implementar un Programa de Tratamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
2. Que se conforme una comisión donde participen instituciones del estado donde se comprometan en la disminución del consumo mediante su ayuda profesional.
3. Implementar un programa de apoyo social para fomentar el crecimiento personal e inserción familiar, social y laboral.

### **VIABILIDAD – TÉCNICA:**

Basado en las diferentes experiencias, en la comunidad peninsular, en la actualidad se acepta que uno de los métodos más eficaces para abordar la problemática del consumo de drogas severo, es un **Tratamiento Terapéutico** para lo cual es necesario concienciar a la sociedad y a cada uno de los grupos humanos lo importante que es conocer cuál es el trato que se emplea en estos centros de adicción. Es necesario un protagonismo compartido; familia, escuela, comunidad, centros laborales, en donde se debe trabajar en conjunto para crear patrones culturales fuertes frente a todo tipo de manifestaciones sobre el consumo de drogas.

### **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:**

- ❖ Diseño de programas y aplicación por personal, área de tratamiento de la unidad terapéutica y residencial.
- ❖ Coordinación y funcionamiento del CONSEP (o) MUNICIPIOS.
- ❖ Utilización de espacio físico e infraestructura de la unidad de tratamiento.
- ❖ Equipo técnico del Estado.
- ❖ Materiales de oficina, aseo y limpieza.
- ❖ Mantenimiento del lugar.



## **DEFINICIÓN:**

### **GUÍA PARA EL TRATAMIENTO.**

- ❖ Consentimiento del paciente o autorización del familiar.
- ❖ Evaluación social de la persona afectada.
- ❖ Evaluación del entorno familiar.
- ❖ Derivación al especialista, psiquiatra o psicólogo.
- ❖ Acuerdos y compromisos del paciente, sus familiares y terapeutas (tratamiento).
- ❖ Inicio de Tratamiento Terapéutico Residencial.

### **FASES DE TRATAMIENTO**

<b>FASE (I)</b>	<b>FASE (II)</b>
Inicio	Reconocimiento
Conocimiento o Reflexión	Aceptación De Ayuda
Adaptación o Profundización	Proyección

#### **FASE I (INICIACIÓN O ACOGIDA)**

- **Inicio**

##### **Compromisos**

- **Conocimiento o Reflexión**

-Tener una agenda terapéutica al día

-Que forme parte en un buen encuentro

- **Adaptación o profundización**

-Participar en forma dinámica en el grupo terapéutico

## **FASE II**

- **Reconocimiento**

- Ayudar a dirigir un encuentro de familia
- Diario terapéutico al día – Supervisión de otro compañero

- **Aceptación de Ayuda**

-Ayudar a manejar un grupo de apoyo

-Diario actualizado

- **Proyección**

- Asistencia a grupo de apoyos
- Análisis de proyecto de vida

### **Equipo de Intervención por Áreas**

- a. Área Psicológica
- b. Área Médica - Psiquiátrica
- c. Área Social
- d. Área de Terapia Ocupacional

### **Estructura terapéutica**

- Médico Psiquiatra
- Psicólogo/a Clínico/a especialista en recuperación de las adicciones
- Trabajador/a Social.
- Terapeuta Ocupacional.
- Gestor Comunitario
- Personal Administrativo
- Personal de Servicio.

## **Capital Humano**

- Director general del proyecto, delegado del CONSEP (Ejemplo) de Santa Elena representante del proyecto de Tratamiento Terapéutico Residencial. Con funciones que fortalecen contactos interinstitucionales que determinen los convenios de apoyo que necesita el mismo.
- Director técnico o científico profesional con amplia experiencia en el manejo de esta población, cuyo objetivo primordial es diseñar, evaluar, supervisar y readecuar líneas de intervención, programar procesos de formación permanente, sobre la base del respeto a los derechos humanos y la ética profesional.
- Para que el proyecto sea efectivo en un alto nivel, debe existir la colaboración sincera y de armonía al igual que la expresa colaboración entre las partes implicadas que son a mi entender, Policía antinarcoóticos, autoridades, como pueden ser Gobernación, prefecturas, CONSEP, Municipios, entre otros, y con los máximos responsables del buen funcionamiento del proyecto, eso sí en la más estricta confidencialidad y lealtad por el bien de los enfermos afectados y poder de esa manera captar más pacientes por el buen vivir de las personas que están inmersas en esta enfermedad.

## **Viabilidad Financiera y/o Económica.**

El proyecto está desarrollado en el marco de una política de ayuda social, donde se pretende dar un servicio gratuito o de bajo costo a las personas de las comunidades que se encuentren afectados por estas enfermedades. El consumo de drogas es un problema que afecta psicológica y económicamente a las personas que la padecen y a sus familias. Llevando a estos individuos a una situación de carencia. Si sus vidas de por sí ya atraviesan crisis familiares y económicas. Entonces es dable que este proyecto pretenda llegar a los adictos de estas sustancias psicotrópicas de manera gratuita. Por lo que el proyecto no busca ninguna rentabilidad o

lucro, más bien establecer un servicio de tratamiento e inserción a la sociedad de los consumidores, y que sea sostenible y viable en el tiempo.

Por lo tanto la viabilidad financiera de este proyecto no se la puede medir en términos financieros porque el mismo no maneja valores que reflejen rentabilidad o lucro. Pero si maneja gastos de inversión que se detallan en los costos.

**Análisis de Impacto ambiental y riesgos en: aire / suelo / agua / paisaje / cultura.**

Es importante recalcar que este proyecto no posee ningún recurso que atente contra los estándares de protección ambiental, por cuanto este se encuentra orientado a un beneficio de tipo social, donde más bien se busca un cambio cognitivo – conductual sobre la concienciación de los efectos nocivos del consumo de sustancias psicoactivas a nivel de la sociedad.

Tomando en cuenta que los proyectos de esta magnitud tienen un elevado costo llevarlos a cabo, la finalidad es que no se derroche dinero Estatal, si no que con los mismos profesionales que ejercen bajo potestad del estado sean quienes colaboren en este proyecto, que es sin fines de lucro, es decir, no tendrá costo alguno para aquellas personas que están envuelta en las adicciones y no cuentan con los recursos necesarios para acceder a un tratamiento de calidad.

El beneficio social real es lograr la reinserción de los consumidores no problemáticos tratados en el sistema terapéutico residencial, constituyéndoles así una mejor calidad de vida

## COMPONENTES PARA LLEVAR ACABO EL PROYECTO.

Cabe indicar que no se pondrán rubros ya que sería el estado Ecuatoriano el encargado de evaluar la situación monetaria.

- Construcción de cabañas ecológicas para terapias grupales.
- Adecuación inmobiliaria.
- Adquisición de suministros de oficina.
- Adquisición de materiales para terapia ocupacional.
- Programación gastos de servicios básicos.
- Contratación de recursos humanos; técnicos, administrativo y guardiana.
- Conformación de Comité Interinstitucional.
- Proyectos que ayuden a disminuir el consumo.

Implementación al apoyo social para fomentar el crecimiento profesional de paciente (becas – carreras a corto plazo).

### PRESUPUESTO REFERENCIAL:

#### COSTO DE INVERSIÓN

Cantidad	INSUMOS	Costo Unit.	Costo Total	APORTE
3	Escritorios con sus sillones	xxx	xxx	Xxx
15	Sillas plásticas	xxx	xxx	Xxx
2	Mesas grandes de trabajo	xxx	xxx	Xxx
1	DVD	xxx	xxx	Xxx
1	TV	xxx	xxx	Xxx

1	Infocus	xxx	xxx	Xxx
1	Pantalla móvil	xxx	xxx	Xxx
1	Ventilador	xxx	xxx	Xxx
1	Ambiente de Trabajo administrativo	xxx	xxx	Xxx
1	Instalación y adecuación de 1 cabaña ecológica para terapia de grupo ocupacional	xxx	xxx	Xxx
2	Computadoras, con impresora	xxx	xxx	Xxx
	<b>TOTAL COSTO DE INVERSIÓN</b>	xxx	xxx	Xxx

## GASTOS OPERACIONALES

Cantidad	INSUMOS	Costo Unit.	Costo Total	APORTE
1	Papelería variada - suministros oficina	xxx	xxx	Xxx
1	Materiales terapia ocupacional.	Xxx	xxx	Xxx
1	Pago de servicios básicos: Agua-Luz-Teléfono	Xxx	xxx	Xxx
1	Difusión	Xxx	xxx	Xxx
1	Punto de guardianía (1 guardia por 6	Xxx	xxx	Xxx

	meses)			
1	Director General *	Xxx	xxx	Xxx
1	Director Técnico médico *	Xxx	xxx	Xxx
2	Psicólogos – estudiantes *	Xxx	xxx	Xxx
2	Gestor Comunitario - estudiantes *	Xxx	xxx	Xxx
2	Enfermeras – estudiantes *	Xxx	xxx	Xxx
1	Psiquiatra ( por 6 meses)	Xxx	xxx	Xxx
1	Psicólogo-a (por 6 meses)	Xxx	xxx	Xxx
1	Terapeuta Ocupacional ( por 6 meses)	Xxx	xxx	Xxx
1	Trabajador social (por 6 meses)	Xxx	xxx	Xxx
1	Asistente Administrativo ( por 6 meses)	Xxx	xxx	Xxx

## **POSIBLES APORTANTES ESTATALES:**

- 1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.**
- 2. CONSEP**
- 3. MUNICIPIOS**
- 4. MIES**

## **ATENCIÓN ADECUADA QUE SE BRINDE SEGÚN LA LEY.**

**Atención Psiquiátrica.-** Centrada en las relaciones interpersonales y sus consecuencias en la psiquis de los individuos identificando el control sobre las causas que originan y mantienen el uso de sustancias psicoactivas. Tomando como base que las drogas producen un efecto degenerativo en el cerebro, los mismos que limitan la reinserción social del individuo.

**Atención Psicológica.-** Basado en el humanismo, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada usuario del servicio, estructurado en un ambiente de completo sigilo , manteniendo el derecho a la privacidad y confidencialidad, procurando lograr el control sobre los factores emocionales que influyen directa o indirectamente , sobre el consumo de sustancias psicotrópicas.

**Orientación Familiar.-** Conociendo que uno de los factores de mayor incidencia, antes, durante y después del inicio de consumo de sustancias psicotrópicas es el ambiente familiar; se hace necesario intervenir directamente en éste, para regular los factores que comprometen la recuperación tanto del usuario del servicio como de su familia.

**Terapia Ocupacional.-** Basado en el profundo conocimiento de las necesidades del ser humano de sentirse útil, hábil y potenciado para realizar una actividad en la sociedad, se desarrollaran actividades ocupacionales terapéuticas, tales como; Psicoterapia, Manualidades, Rehabilitación profesional acorde a las destrezas y capacidades de los pacientes.

**Terapia Grupal.-** Basada en un diagnóstico especializado se procura realizar terapia grupal buscando re afianzar a los individuos en el medio social, identificando los factores comunes de su patología, encontrando la forma más adecuada de enfrentarlo a través de este grupo terapéutico.



## **ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

### **1. Monitoreo de la ejecución**

Esta actividad lo realizará el **CONSEP, Ministerio de Salud Pública, MIES, Derechos Humanos, Defensoría del Pueblo**, de acuerdo a lo que establece el reglamento para el funcionamiento de centros de tratamiento, así como se cumplirán los requisitos que las otras instituciones intervinientes especifiquen como parte de la actividad de los acuerdos realizados a nivel inter-institucional.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## **BIBLIOGRAFÍA**

**BIBLIOGRAFÍA 1.** Constitución de la República del Ecuador

**BIBLIOGRAFÍA 2.** Ley Orgánica de la Salud

**BIBLIOGRAFÍA 3.** Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

**BIBLIOGRAFÍA 4.** Reglamento de Control de Centros de Rehabilitación

**BIBLIOGRAFÍA 5.** Reglamento de Control de Sustancias Sujetas a Fiscalización

**BIBLIOGRAFÍA 6.** Reglamento para la aplicación de la Ley de sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

**BIBLIOGRAFÍA 8.** Libro de Narcóticos Anónimos

**BIBLIOGRAFÍA 9.** Aportes UNASUR.

**BIBLIOGRAFÍA 10.** Libro / El sujeto y sus drogas

**BIBLIOGRAFÍA 11.** Ministerio de Salud Publica <http://www.msp.gov.ec>

**BIBLIOGRAFÍA 12.** [http://www.consep.gov.ec/centro\\_inf.htm](http://www.consep.gov.ec/centro_inf.htm)

**BIBLIOGRAFÍA**

**13.** <http://consumidoresdedrogas.net/consumo+adicción/tipos+drogas>

**BIBLIOGRAFÍA 14.** CONSEP. Guías Preventivas: para educadores.

**BIBLIOGRAFÍA 15.** <http://www.unoduc.org/pdf>

**BIBLIOGRAFÍA 16.** <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/drogadiccion-y-prevencion>

**BIBLIOGRAFÍA 17.**

[http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento\\_Institucional/esp/planes\\_nacionales/ecuador](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/esp/planes_nacionales/ecuador).

**BIBLIOGRAFÍA 18.** <http://www.thecenter.com.ec/Drogadiccion.html>

**BIBLIOGRAFÍA 19.** [www.explored.com.ec/...ecuador/ecuador-consumo-de-dro...](http://www.explored.com.ec/...ecuador/ecuador-consumo-de-dro...) -

**BIBLIOGRAFÍA 20.**

[www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/jul\\_2007\\_drogadiccion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/jul_2007_drogadiccion.pdf)

# **GLOSARIO**

## **GLOSARIO**

**La drogadicción:** Es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar a la locura o la muerte.

**Dependencia física:** El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

- **Dependencia psíquica:** Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

**Estupefaciente:** Es aquel que se utiliza para designar aquellas sustancias que son consumidas de algún modo determinado generan un estado de narcosis o estupor, sueño, adormecimiento de la persona. También es conocido como narcótico.

**Heroína:** droga derivada de la planta Amapola, se asegura que es una de las más dominantes del sistema nervioso.

**Cocaína:** Clorhidrato de cocaína, polvo blanco que se suministra por vía nasal.

**Marihuana:** mezcla verde o gris de flores secas cortada en trocitos de la planta Cannabis Sativa, se fuma como un cigarro y es alucinógeno.

# **ANEXOS**



## ANEXO # 1

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

CARRERA DE DERECHO

**Encuesta dirigida a los Directores de Clínicas de Rehabilitación para alcohólicos y drogadictos de la Provincia de Santa Elena.**

**Objetivo:** Diagnosticar si cumplen con las condiciones establecidas por la Ley para atender a pacientes con adicciones.

1.- ¿La categoría del permiso para el funcionamiento es de?

C. Desintoxicación  C. Terapéutico  C. Biomédico

2.- ¿El centro cuenta con los Directivos y Técnicos responsables?

SÍ  NO

3.- ¿El centro atiende a?

Hombres  Mujeres  Mixto

4.- ¿Cuentan con un Plan de atención?

SI  NO

5.- ¿Cuenta con Reglamento Interno y en qué se basa?

.....

6.- ¿Cuál es el programa terapéutico a seguir?

.....

7.- ¿La persona que manipula los alimentos es una persona capacitada?

.....

8.- ¿Cumple con condiciones de infraestructura?

SÍ

NO

9.- ¿Cumple con condiciones de higiene?

SÍ

NO

10.- ¿Cumple con condiciones de seguridad?

SÍ

NO





## ANEXO # 2

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

CARRERA DE DERECHO

**Encuesta dirigida a los internos o pacientes de las Clínicas de Rehabilitación para alcohólicos y drogadictos de la Provincia de Santa Elena.**

**Objetivo:** Diagnosticar si los pacientes internos en estos Centros de Recuperación son atendidos de manera adecuada y si no se han vulnerado sus derechos garantizados en la Constitución de la República del Ecuador.

1.- ¿Cómo es el trato?

.....

2.- ¿Qué piensa sobre el programa?

.....

3.- ¿Cree que el Centro de Recuperación cumple con las normas para un trato efectivo?

.....

4.- ¿Ha sido maltratado?

SÍ  NO

5.- ¿Le dan la alimentación a tiempo?

SÍ  NO

6.- ¿Le permiten recibir visitas?

SÍ  NO

7.- ¿Qué clase de terapias les dan?

.....

8.- ¿Realizan actividades productivas?

SÍ  NO

9.- ¿Le suministran medicamentos?

SÍ  NO

LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD, EN EL MUNDO  
DE LAS DROGAS CADA AÑO ES MÁS PREOCUPANTE



Quién compra  
**DROGAS,**  
financia la  
**VIOLENCIA.**

**Decile  
NO A LAS  
DROGAS**

**EMSAS** El objetivo de esta actividad es que los chicos  
puedan definir acciones comunitarias para frenar  
el consumo de drogas.

**RECUERDA**



**ELLOS SON EL FUTURO DEL MAÑANA**

