



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

DIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, MENCIÓN ATENCIÓN INTEGRAL
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

PROYECTO DE TESIS DE POSGRADO

CALIDAD DE ATENCIÓN EN MANEJO TERAPÉUTICO A PACIENTES DEL CENTRO
ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, ESMERALDAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**PREVIO AL GRADO ACADÉMICO EN MAGÍSTER EN SALUD
PÚBLICA, MENCIÓN ATENCIÓN INTEGRAL EN URGENCIAS Y
EMERGENCIAS**

AUTORA: LCDA. NATHALY ANDRADE HEREDIA

ASESORA: MGT. MARILYN VILA MAFFARE

ESMERALDAS – ECUADOR, MARZO 2021

Trabajo de investigación aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Reglamento de Grado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE) previo a la obtención del título de: Magister en Salud Pública, Mención en Atención Integral en Urgencias y Emergencias.

Tribunal de Graduación

Calidad de atención en manejo terapéutico a pacientes del centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, Esmeraldas

Autora: Lcda. Nathaly Andrade Heredia

Mgt. Marilyn Vila Maffare

Director/a de Tesis

f. _____

Mgt María Torres Rodríguez

Lector 1

f. _____

Esp. Abel Pérez León

Lector 2

f. _____

Mgt. Marilyn Vila Maffare

Coordinador/a de Postgrados

f. _____

Mgt. Alex David Guashpa

Secretario/a General PUCESE

f. _____

Esmeraldas - Ecuador, febrero 2021

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad

Yo, Nathaly Stefanía Andrade Heredia, portador de la cédula de ciudadanía No. 0802761544, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención de título: Magíster en Salud Pública, Mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias son absolutamente originales, auténticos y personales.

En la virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Lcda.: Nathaly Stefanía Andrade Heredia

CI.: 0802761544

Certificación de directora de tesis

Yo, Mgt. Marilyn Vila Maffare, Directora de Tesis, certifico haber revisado el trabajo propuesto por el maestrante, el mismo que cumple con los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles, previo el haber incorporado las sugerencias del Tribunal delegado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas, al trabajo de grado.

Mgt. Marilyn Vila Maffare

Directora de Tesis

Dedicatoria

Dedico este trabajo de manera muy especial a Dios ante todas las cosas y mis padres, demás familiares que depositaron su confianza, amor y calidez, en mis capacidades pues sin ellos no lo habría logrado.

A mi asesora y maestros, que siempre nos brindaron una mano amiga, proporcionando en cada momento lecciones y enseñanzas. Así también dedico esta investigación a todas aquellas personas que fueron mi motivación para realizar un nivel más de instrucción académica y confiaron en mi hasta el último momento.

Autora

Agradecimiento

Agradezco en primera instancia a Dios que nos permitió salir adelante y alcanzar nuestras metas.

Así como a mis formadores y esta Institución, en donde deposité mi confianza para seguirme actualizando e instruyendo, porque gracias a su apoyo y esfuerzos pude efectuar de manera adecuada este trabajo de titulación.

Autora

Título

Calidad de atención en manejo terapéutico a pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, Esmeraldas

Resumen

Esmeraldas cuenta con una población que sobrepasa los 700,000 habitantes, por lo que la creación del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) se convirtió en la respuesta del Ministerio de Salud Pública ante las problemáticas de esta índole, mismos que proponen garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a las personas que presentan afectación en su salud, producto del consumo de sustancias psicotrópicas. El propósito del estudio fue analizar la calidad de atención a través del manejo terapéutico en los pacientes del CETAD de Esmeraldas en el periodo de marzo 2020 a febrero 2021; se aplicó un estudio mixto, longitudinal y explicativo a un total de 13 residentes, logrando determinar que el 90% presentó adicción a las drogas, persistiendo síntomas (somnolencia 50%), trastornos mentales (ansiedad 57%) y dependencia adictiva; además el entorno institucional fue bueno. Concluyendo que la calidad de atención del centro de rehabilitación fue excelente, en el ámbito profesional (amabilidad, ética profesional y empatía) asimismo en el ámbito infraestructural Excelente (comodidad, ambientación y limpieza), sin embargo, se debe tomar en cuenta otros factores a profundidad como la duración del tratamiento y seguimiento individual a través de un plan terapéutico individual basado en psicoterapia individual, grupal, observación clínica y test que sean necesarios de acuerdo a la necesidad del paciente, para confirmar los resultados obtenidos.

Palabras claves: Alcohol, adicción, drogas, ansiedad, depresión, trastornos mentales.

Title

Quality of care in therapeutic management to patients of the Center Specialized in Treatment of Problematic Consumption of Alcohol and other Drugs, Esmeraldas

Abstract

Esmeraldas has a population that exceeds 700,000 inhabitants, so the creation of the Center specialized in the treatment of problematic consumption of alcohol and other drugs (CETAD) became the response of the Ministry of Public Health to problems of this nature. that propose to guarantee a comprehensive, timely and quality care to people whose health is affected as a result of the consumption of psychotropic substances. The purpose of the study was to analyze the quality of care through therapeutic management in CETAD patients in Esmeraldas in the period from March 2020 to February 2021; A mixed, longitudinal and explanatory study was applied to a total of 13 residents, managing to determine that 90% had drug addiction, persisting symptoms (50% drowsiness), mental disorders (57% anxiety) and addictive dependence; also, the institutional environment was good. Concluding that the quality of care at the rehabilitation center was Excellent in the professional field (kindness, professional ethics and empathy) as well as in the infrastructural field Excellent (comfort, setting and cleanliness), however, other factors must be taken into account in depth such as the duration of treatment and individual follow-up to confirm the results obtained.

Keywords: Alcohol, addiction, drugs, anxiety, depression, mental disorders.

ÍNDICE

Tribunal de Graduación.....	I
Declaración de Autenticidad y Responsabilidad.....	II
Certificación de directora de tesis	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Título	VI
Resumen	VI
Title	VII
Abstract	VII
Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
1.1. Bases teórico - científicas	6
1.2. Antecedentes.....	29
1.3. Bases Legales	32
CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	34
2.1 Tipo de estudio	34
2.2 Población y muestra:	34
2.3 Definición conceptual y Operacionalización de variables.	34
2.4 Métodos	34
2.5 Técnicas e instrumentos.....	35
2.6 Análisis de Datos	36
2.7 Normas Éticas.....	36
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	41

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
5.1 Conclusiones.....	44
5.2 Recomendaciones	44
8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	46
8. 1. Cronograma	46
8. 2. Presupuesto.....	48
8. 3. Fuente de financiamiento.....	49
9. REFERENCIAS	50
10. ANEXOS.....	59
Anexo N°1. Árbol de problemas	59
Anexo N°2. Conceptualización y operacionalización de las variables	60
Anexo N°3. Encuesta - Cuestionario de preguntas.....	63
Anexo N°4. Ficha de observación	63
Anexos N°5. Entrevista estructurada: Test Psicológicos	64
Anexo N°6. Consentimiento Informado	68
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS	
Gráfico 1. Cantidad de residentes con problemas de adicción y adicciones adicionales.....	37
Gráfico 2. Síntomas recurrentes de residentes con problemas de adicción.....	38
Gráfico 3. Trastorno mental asociado de residentes con problemas de adicción.....	38
Tabla 1. Dependencia al consumo de drogas de residentes del con problemas de adicción.....	39
Tabla 2. Dependencia al consumo de alcohol de residentes con problemas de adicción.....	39
Tabla 3. Dependencia al consumo de tabaco de residentes con problemas de adicción.....	40

INTRODUCCIÓN

Presentación del Tema de Investigación

La OMS (Organización Mundial de la Salud), OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y el Banco Mundial desarrollan un primer informe sobre la deficiente calidad de los servicios en salud, repercutiendo tanto en el progreso de la innovación en salud, asimismo de sus ingresos. Concluyendo con varias cifras estadísticas alarmantes, citando uno, que, en siete países de África, los trabajadores en salud hasta una cuarta parte realizaron un diagnóstico oportuno, por lo que el resto, mantenían su malestar. (1)

El primer informe publicado sobre la deficiente calidad de atención en salud se remonta en el año 1900 por algunas instituciones de salud en EEUU, escrito por el Dr. Abraham Flexner; por aquello y otros factores se crea el Colegio de Médicos Cirujanos en 1912 y dentro de los objetivos primó la necesidad de desarrollar un sistema de estandarización hospitalaria. (2)

Federico Tobar, consultor internacional en políticas de salud y máster en administración pública por la Fundação Getúlio Vargas, de Brasil, resalta lo siguiente “En general, los sistemas de salud de América Latina son fragmentados y segmentados. Fragmentados porque el cuidado de la salud de la población se reparte entre múltiples responsables: una parte el Estado, otra la obra social y otra las clínicas privadas. Segmentados porque no hay una única institución, sino muchas, cada una con un pedazo”, además agrega que el sistema de financiamiento se encuentra “pulverizada”, la cual atenta contra la calidad de atención de los sistemas en salud. (3)

En las instituciones de salud del territorio ecuatoriano, según algunas revistas científicas, mencionan una satisfacción de la calidad de atención en los servicios públicos en 2018; la Revista Espacios, indicó que su nivel de atención es satisfactorio (4). Sin embargo, a nivel local, en Esmeraldas, el principal nivel de insatisfacción es la demora en dicha atención. (5)

Varios autores consideran a la adicción como un trastorno psicológico que se estructura con comorbilidades y sin una adecuada calidad de atención podría afectar significativamente la condición, evolución, manejo clínico y controles terapéuticos; además no todos los pacientes cumplen con los requerimientos necesarios para ser mantenidos en centros especializados, con la consecuente de poca afluencia y capacidad receptora de estos centros.

De forma general, los pacientes que residen en estas instituciones, como cualquier otra entidad sanitaria, deberían recibir una atención de calidad, considerada como aquella que asegura al paciente obtener todos los servicios diagnósticos y terapéuticos, incluyendo factores internos y externos, como el social; la necesidad que esto se incluyan en todas las áreas médicas es casi arduo; es así, el caso de pacientes con trastornos psicológicos, específicamente los trastornos de adicción. (6)

Debido a que existe un aumento considerable de personas con consumo excesivo de sustancias ilícitas y de alcohol, el siguiente trabajo de investigación radica en la calidad de atención hacia los pacientes residentes en el Centro Especializado en Tratamiento de Consumo problemático de alcohol y otras drogas de la ciudad de Esmeraldas.

La aportación de este estudio es con el propósito de mejorar la calidad de vida, la atención prestada en estos centros en todas las dimensiones, optimizar los medios de atención y actividades protocolizadas, concientización por parte de los profesionales, garantizando la efectividad del proceso terapéutico aplicado y garantizar un seguimiento psicológico oportuno para una mejor recuperación en los pacientes residentes.

Planteamiento del problema

El definir la calidad de los servicios en salud es un tanto complejo, pero tomando algunos aspectos que pueden ser precisos y concisos, es la definición de la OMS, la cual indica: “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado menor con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (3)

Existen factores que implican y desestabilizan la calidad de la atención en salud, que se puede agrupar principalmente en 3 dimensiones: la primera engloba a los recursos humanos, partiendo del personal de salud, hasta el personal de apoyo, como son los que conforman el entorno social del paciente (familiares, amistades, pareja, vecindad, compañeros de trabajo, y otras); otra dimensión se remonta en la parte moral (valores humanos: responsabilidad, amabilidad, honestidad, entre otras) y ética profesional (eficacia, eficiencia, beneficencia, entre otras) de todo el personal institucional que atiende al paciente, como el personal de salud, administrativo, de aseo, de seguridad, entre otras; y una tercera dimensión, que a pesar de no ser tan influyente,

toma importancia como factor indirecto en la calidad de atención, siendo la infraestructura, ambientación y equipamiento de la institución de salud.

La adicción es un trastorno psiquiátrico, no voluntario, que representa un grave problema en los sistemas de salud en todo el mundo. 28 millones de personas aproximadamente sufren de trastornos con relación a la adicción, pero es que solamente 1 de 6 casos reciben un tratamiento oportuno, afectación en el entorno familiar, social, personal; además se reportan anualmente medio millón de decesos. Entonces proporcionar una atención especializada asegurando la calidad para conseguir una recuperación eficaz, pero sobre todo reducir los costos sanitarios (4)

Frente a todo lo expuesto, se investigó, la calidad de atención de los pacientes con trastornos de adicción, justificándose en la omisión aspectos fundamentales en su cuidado ya que por su condición usualmente tienden a ser excluidos de la sociedad, subestimados; generando consecuencias directas al paciente, como recaídas, desarrollo de trastornos mentales, inestabilidad clínica y en sus últimas instancias, la muerte; entorpeciendo así en el tratamiento y terapéutica final esperada.

Teniendo como principal problema la limitada atención en el manejo terapéutico en pacientes con consumo problemático del alcohol y otras drogas, del cual parten varias causas como: el inadecuado manejo clínico psicológico, influencia familiar y social, limitado conocimiento del personal a cargo de los pacientes, deficiencia en la terapia ocupacional, inadecuada gestión de las autoridades a cargo del centro especializado; que van repercutiendo esencialmente en la calidad de vida del paciente.

Esperando se realicen importantes progresos en la atención del paciente con cualquier tipo de adicción, principalmente en el ámbito humano y ético profesional que incluyan a los familiares (parte fundamental en el proceso terapéutico), evitando un abandono del tratamiento, desarrollo de otros cuadros mentales, aseveraciones clínicas; favoreciendo una vida más acorde del paciente.

La situación que se evidencia en las personas que pernoctan en el Centro Especializado en Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas lleva a formular la siguiente pregunta: ¿Qué calidad de atención brindan a los pacientes en el Centro Especializado en el tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas Esmeraldas?

Justificación

La calidad de atención en los pacientes con consumo nocivo de sustancias y otras drogas, es novedoso debido a que existen pocos estudios sobre la misma, proveyéndole a esta investigación mayor impacto a nivel administrativo de salud pública. Gracias al aporte de la OMS se logró la creación e integración de normas protocolarias para el manejo integral de pacientes en centros especializados y requieren de monitoreo y evaluación constante tanto en actividades realizadas como en infraestructura, sobrevalorando el grado de eficacia de cada procedimiento realizado, debido a que cualquier acción brindada por parte de los profesionales e incluso el soporte familiar entorpecen la efectividad del tratamiento propuesto, afectando la integridad física y psicológica del paciente que pueden conllevar al fallo terapéutico por un sistema deficitario e inclusive la muerte.

Teniendo entonces como beneficiarios internos a los residentes de esta institución, así como, a todo el personal de salud que labora en la misma; además del gran aporte que se lograría con el núcleo familiar y sociedad en general.

La ingesta de sustancias nocivas es cada vez mayor y a edades más tempranas, las personas con consumo nocivos de sustancias presentan efectos negativos, todo lo señalado recae en un elevado costo sanitario que trae consigo la estabilización y soporte adecuado para conseguir la recuperación oportuna y eficaz de las personas afectadas por esta entidad.

La prioridad de estudiar la calidad de atención prestada en estos centros es: optimizar los medios de atención y actividades protocolizadas por parte de los profesionales del Centro Especializado en el tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas Esmeraldas garantizando la efectividad de la terapéutica aplicada, garantizar un seguimiento psicológico oportuno y concientizando al personal de salud en la participación para la resolución paulatina de los trastornos adictivos, todo el personal de salud constituyen el pilar fundamental pues en muchas ocasiones son ellos quienes hacen de familiares de los pacientes por la negligencia de los cuidadores de los pacientes.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la calidad de atención a través del manejo terapéutico en los pacientes del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, Esmeraldas.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de calidad de atención en base al manejo médico a través de la evaluación clínica de los pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas.
2. Examinar el soporte psicoterapéutico proporcionado a los pacientes del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, según los trastornos mentales asociados.
3. Identificar el grado de comodidad de los pacientes en rehabilitación del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, Esmeraldas.
4. Indagar el tratamiento terapéutico empleado en servicio especializado a pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas existentes en otras unidades de la ciudad de Esmeraldas.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teórico - científicas

Calidad según la norma (ISO 9001:2005), plantea que es el grado en el que un grupo de cualidades inherentes se adecúa con los requerimientos. (7)

El fin de las normas ISO es la de orientar, coordinar, simplificar, unificar, las ideas de cada institución u organización, teniendo como objetivo principal el de disminuir los costos e incrementar la efectividad, estandarizando las políticas de los servicios y productos a nivel internacional; además su desarrollo ha permitido adoptar una considerable cantidad de empresas en varios estados, con la necesidad de unir las características y demás categorías de seguridad y calidad, tanto de los productos y servicios. (8)

Un nivel generalizado que fuera aplicable a un producto o a un servicio de una determinada institución. Según la norma (ISO 9001:2005) existen 3 niveles de desempeño de la calidad:

- **Mantenimiento:** Se toman medidas para mantener el rendimiento en los niveles actuales, el cumplimiento de objetivos es el enfoque.
- **Mejora:** Se toman medidas para aumentar el rendimiento a un nivel superior, se enfocan en cumplir y superan los objetivos.
- **La innovación:** Se toman medidas para transformar radicalmente el rendimiento, generando y utilizando nuevos conocimientos. (9)

Diversas definiciones sobre calidad en salud han surgido a lo largo del tiempo, algunos la consideran como: "Desempeño adecuado (de acuerdo con normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición" en este contexto calidad concretamente se refiere a brindar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre determinada población con implicancia en la satisfacción de los pacientes y comunidad de servicios. (10)

Mejora de calidad de atención. – Para mejorar las políticas de salud en la población a menudo se han centrado exclusivamente en la ampliación del acceso a los servicios básicos de salud, dejando de lado la calidad de la atención. Los esfuerzos para aumentar la demanda de intervenciones prioritarias han asumido implícitamente que la atención disponible es de calidad suficiente o que, con la expansión de la cobertura, la calidad naturalmente mejorará. Sin

embargo, tales suposiciones pueden ser incorrectas. Existe un creciente reconocimiento de que las personas estarían actuando de una manera perfectamente racional cuando evitan utilizar servicios de salud de mala calidad y que dicha atención inadecuada es una barrera para la cobertura universal de salud, independientemente del acceso. (11)

Calidad clínica. - En la atención se relaciona con la interacción entre los proveedores de atención médica y los pacientes, y las formas en que las aportaciones del sistema de salud se transforman en resultados de salud. La atención brindada debe ser eficaz, basada en evidencias y no infrautilizada ni abusada. El concepto de efectividad clínica tiende a desviar la atención de insumos como medicamentos y equipos hacia el proceso de atención. Si bien es relativamente fácil de medir, la disponibilidad de insumos generalmente no se puede utilizar de forma aislada para determinar si es probable que la salud de un paciente mejore como resultado de la atención recibida. Los procesos clínicos son directamente atribuibles al comportamiento de los proveedores de atención médica y su medición proporcionando un punto de partida crítico en el desarrollo de métodos para mejorar la atención que reciben los pacientes. Aunque los resultados de salud son informativos, es probable que solo sean una medida burda de la calidad debido a la imprevisibilidad inherente en las respuestas de los pacientes a la atención médica. (11)

Calidad percibida. - Los intentos de mejorar la calidad de la atención a menudo se han apoyado en una comprensión biomédica de la calidad, es decir, la conceptualización de un estándar de oro de calidad guiado por guías clínicas, que conduce a un enfoque limitado. Las prácticas de los proveedores tienden a variar a pesar de la existencia de procedimientos y pautas de responsabilidad. Es posible que las intervenciones no se implementen según lo previsto ni se adapten fácilmente a los modelos de atención establecidos. La calidad clínica es importante para los resultados de los pacientes, pero es probable que las percepciones de la calidad de la atención, que pueden no correlacionarse con la calidad real, sean los impulsores clave de la utilización. Los pacientes también pueden tener dificultades para evaluar la calidad de la atención porque carecen de la experiencia y la capacitación médica de su médico. (12)

La satisfacción en todos los elementos de servicios, la calidad en salud debe alcanzar ciertos rangos que se mencionan a continuación: la efectividad incluye atributos de calidad tales como el conocimiento científico y la experiencia técnica de los profesionales que prestan los servicios, así también sus habilidades para informar y relacionarse con pacientes y otros profesionales. (13)

En la seguridad se proporciona toda intervención asistencial, tanto si es preventiva como diagnóstica o terapéutica, debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que puedan evitarse. Es decir, todo tratamiento e intervención debe ajustarse a las medidas de prevención y seguridad necesarias. Un elemento de gran importancia es la información que se brinda a los pacientes y la forma en que la obtienen. (13)

La eficiencia es cuando el paciente tiene que recibir una atención precisa cuando se la necesita, con un costo adecuado y uso de recursos eficaces. (13)

La evaluación de la calidad de atención en salud es un proceso para buscar y juntar información acerca de los servicios, formulando criterios con el fin de valorar el éxito y grado de efectividad. Ésta debe centrarse en la toma de datos acerca de los resultados, permitiendo un cambio hacia una innovación, previo a las conclusiones. La calidad del servicio es un concepto único y abstracto, difícil de definir y medir. Los investigadores han proporcionado diferentes definiciones. Se ha descrito como el juicio o las actitudes generales de los clientes hacia los servicios prestados y se refiere a las diferencias y desajustes entre las expectativas de los clientes y sus percepciones del rendimiento del servicio. La calidad en los servicios de salud incluye la calidad técnica (clínica) y la funcional (no clínica). El primero se centra en las habilidades, la precisión de los procedimientos y el diagnóstico médico; mientras que el segundo se refiere a la forma en que se prestan los servicios de salud a los pacientes. (14)

El monitoreo constante de los servicios de salud es muy importante, por lo que la medición de la percepción del paciente sobre la calidad de la atención médica, como elemento clave en la evaluación de la calidad, ha ganado mucha atención en los últimos años. El seguimiento proporciona información importante sobre la calidad del servicio que no se puede obtener a través de los medios tradicionales de evaluación del desempeño. (14)

En el pasado, el proceso de evaluación de la calidad clínica se realizaba sin tener en cuenta los puntos de vista y los comentarios de los pacientes; sin embargo, hoy en día, se hace hincapié en la importancia de las opiniones de los pacientes a la hora de evaluar la calidad de los servicios, y la confianza en la eficacia clínica no tiene mucho apoyo. Los comentarios y opiniones de los pacientes o la voz de los clientes afectan la mejora de la calidad y brindan una oportunidad para el aprendizaje organizacional. La perspectiva de los pacientes sobre la calidad de la atención médica es importante por varias razones. En primer lugar, la alta calidad de los servicios ofrecidos por los hospitales está asociada con cuestiones como la satisfacción del

paciente, la voluntad de reutilizar los servicios en el futuro, el cumplimiento de la orden del médico, etc. (14)

En segundo lugar, los comentarios y las percepciones de los pacientes son requisitos importantes para muchos programas de acreditación y seguimiento de los servicios hospitalarios. En tercer lugar, la alta calidad percibida por los pacientes está relacionada de forma eficaz y positiva con el rendimiento financiero y la rentabilidad de las instituciones sanitarias. Por lo tanto, se puede decir que la evaluación de la calidad del servicio ayuda a los proveedores de servicios a reconocer las necesidades específicas y a menudo insatisfechas de los pacientes y los problemas en la prestación de los servicios. Además, ayuda a los directores de hospitales a diseñar programas de resolución de problemas y mejora de la calidad, a asignar recursos de forma más eficaz y garantizar una alta satisfacción del paciente. (14)

De acuerdo con la norma ISO 11.620 es “Estimación de la eficacia, eficiencia, utilidad y relevancia de un servicio o instalación”. (15)

El control de calidad consiste en evaluar el comportamiento real de la calidad, comparando los resultados obtenidos con los objetivos propuestos, para luego actuar reduciendo las diferencias. La calidad basada en la satisfacción del consumidor, muchas de sus publicaciones lo evidencian al reconocer que existe la satisfacción como la insatisfacción del cliente, desde esta perspectiva define la satisfacción del cliente como el resultado alcanzado cuando las características del producto responden a las necesidades del cliente, relacionando la satisfacción del cliente y la del producto. (16)

Deming (16) en su teoría del Ciclo de la Calidad, mira la calidad no como un fin específico que necesita de acciones concretas para lograrse sino como un proceso de mejoramiento continuo en el que se deben seguir unos pasos de forma cíclica:

Planificar: En esta etapa se deben cumplir cuatro pasos: plantear objetivos; objetivar la situación actual; definir acciones de mejoramiento; realizar un plan de trabajo para implementar modificaciones.

Hacer: Requiere implementar soluciones, mediante un diseño establecido, para ir valorando los progresos y fallas.

Verificar: La fase de verificación permite comparar los resultados obtenidos, contra los esperados. La verificación se da en dos momentos: mientras se implementa el proceso y cuando ya se tienen los resultados.

Actuar: De acuerdo con los resultados de la verificación, se deben ir haciendo los ajustes y replanteando las acciones para lograr los beneficios esperados.

Los indicadores de calidad se emplean como medidas representativas de una situación específica y permite la evaluación del desempeño, aportando con basta información para la posterior toma de decisiones.

Avedis Donabedian (17), presenta una estructura de indicadores que ha sido tomada por diversos estados gubernamentales en materia de salud y enumerando 3 pilares principales: indicadores de estructura, de proceso y de resultado:

- Indicador de estructura, lo representan la cantidad y el tipo de recursos material (camas, insumos, equipamiento e infraestructura) y humanos (profesionales de salud, personal auxiliar y de limpieza) se utilizan los proveedores de los servicios de salud para así entregar sus prestaciones.
- Indicador de proceso, son considerados a las actividades que realiza el prestador de salud al paciente, asimismo en cantidad, tipos y fases del proceso asistencial sanitario. A medida que los prestadores adoptan un sistema consolidado de evaluaciones y mediciones en un tiempo determinado, será de gran utilidad para la adopción de otros indicadores, teniendo la libertad de definir cuáles indicadores se utilizará para cumplir con los estándares periódicos de evaluación.
- Indicador de resultado, éstos evalúan los cambios en el estado de salud actual de los pacientes, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria. Como consecuencia, evalúan la efectividad de la atención y su repercusión en las personas con la aparición o no de eventos que generen secuelas o daños, las cuales pueden ser prevenidas anteriormente.

Además de los indicadores antes expuestos, en la actualidad se emplean una gran variedad de estándares de evaluación de calidad, así por mencionar el modelo de Servqual, es considerado un instrumento de medición que permite cuantificar la calidad del servicio. (18)

Enfocándonos en la calidad de los servicios de enfermería, éste presenta una serie de indicadores, para realizar su seguimiento y medición, tradicionalmente esta labor se ha llevado a cabo a través de datos estadísticos y otras variables cuantitativas. No obstante, el concepto de calidad total, orilla a que los profesionales de enfermería ejecuten nuevas herramientas para

complementar los procedimientos habituales de medición. No alcanza con un cierto número de atenciones; lo principal es la calidad y calidez que se les brinda a los pacientes. (19)

Los trastornos mentales y del comportamiento ocasionados al uso de sustancias psicotrópicas incluyen una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y manifestaciones clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicotrópicas, las cuales pueden ser o no prescritas por el médico. (20)

La identificación de la sustancia psicotrópica debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, exámenes de laboratorio como una biometría hemática completa y otros líquidos corporales; síntomas característicos: físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicotrópica. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que han causado o contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común o en cantidades suficientes para causar daño, dependencia). Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas, en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicotrópicas son caóticos e indiscriminados, o están mezclados inseparablemente.(20)

Intoxicación aguda: Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicotrópica, que da lugar a perturbaciones en el nivel cognitivo, percepción, conocimiento, afectividad, comportamiento y/o en otras funciones psicofisiológicas. Excluye intoxicación cuando significa envenenamiento.

Adicción como trastorno mental: según la OMS, define a la adicción como un trastorno psicoemocional y físico que se inclina a una dependencia a una sustancia, relación o actividad. Se establece, además, como un síndrome que involucra factores genéticos, psicológicos, biológicos y sociales. Es progresiva y letal, radica en episodios interactivos de descontrol, alteraciones del pensamiento y negación rotunda del padecimiento. La adicción es muy similar a otras enfermedades como, por ejemplo, una enfermedad cardíaca. Ambas afectan el funcionamiento normal y saludable de un órgano del cuerpo, tienen graves efectos perjudiciales y en muchos casos son prevenibles y tratables. Sin tratamiento, pueden durar toda la vida y causar la muerte. (21)

Con relación a la etiología existen diversos factores desde la parte genética, biológica, psicosocial, individual, cultural y familiar que se asocian al mismo tiempo, produciendo en primer lugar la propensión y luego con la exposición se logra desencadenar el consumo excesivo de sustancias psicotrópicas; evolucionando hacia la formación del trastorno psiquiátrico llamado adicción. (22)

Variedad de evidencia científica concuerda que la adicción de sustancias alcohólicas es una conducta más común en familiares cercanos proporcionando la probabilidad de desarrollar el desorden alcohólico (22)

Factores biológicos es el conjunto de estos componentes agregados a los ambientales; proporciona un estado de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos adictivos, siendo el género masculino predominante o de padecer un trastorno psiquiátrico concomitante, eleva aún más el riesgo. (23)

Abuso de alcohol y drogas. - En el rango de edad de 15 a 24 años, el 50% de las muertes (por accidentes, homicidios, suicidios) involucran el abuso de alcohol o drogas. Algunas personas que ingieren alcohol usan drogas ilegales y/o abusan de medicamentos recetados o de venta libre; esto puede desarrollar un trastorno por uso de múltiples sustancias. Esto significa que una persona consume estas sustancias a pesar del daño que les causa así mismo u a otros. El trastorno por uso de sustancias puede variar de leve a grave, entre más signos de alarma presente, más grave y perjudicial se convierte, colocando en riesgo su salud e integridad y manifestando un tipo de adicción. Las personas que la padecen pueden tener dificultades para controlar el uso de estas sustancias. (24)

Cuando una persona tiene un trastorno por uso de sustancias. (24):

- Participan de discusiones con otros sobre la cantidad de alcohol o drogas que consumen.
- En el ámbito laboral se ve afectado ya sea por inasistencias o falta de interés al realizar dichas ocupaciones laborales.
- Pierden el interés de los lugares donde consumen sustancias ilícitas colocando en riesgo su salud e integridad.
- El grado de ansiedad se vuelve mayor llegando al punto de no poder contenerse y convirtiéndola en una necesidad para sobrevivir.

Muchas personas que poseen un tipo de adicción no se dan cuenta que tienen un problema o no lo reconocen; tampoco se dan cuenta de las grandes cantidades que ingieren, incluso si existen episodios entre el consumo de alcohol o drogas. Pero inclusive si la frecuencia es mínima, sigue siendo perjudicial exponiéndose a riesgos futuros en su salud.

Consumo de alcohol: El primer informe sobre la situación regional del consumo de alcohol y la salud en América, lanzado hoy por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), advierte que en cinco años aumentó el consumo nocivo de alcohol en la región y aboga por medidas para limitar la disponibilidad, restringir la comercialización y aumentar los precios con mayores impuestos. (25)

La dimensión del problema se agranda cuando se tiene en cuenta que el 10% de los consumidores de alcohol ingiere, en promedio, más del 40% del total del alcohol que se consume en América; región donde su consumo es, en promedio, el segundo más alto per cápita de todas las regiones de la OMS, después de Europa. Se estima que alrededor del 6% de los habitantes de la región padecen algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol.

En América, el uso nocivo de alcohol contribuyó con la muerte de alrededor de 300.000 personas en 2012, de las cuales, más de 80.000 no habrían fallecido si no hubiese intermediado el alcohol. El consumo de alcohol contribuye con más de 200 enfermedades y lesiones, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer. También hace que las personas sean más susceptibles y menos adherentes al tratamiento de enfermedades infecciosas como el VIH y la tuberculosis, y es, además, el principal factor de riesgo de muerte en adolescentes. (25)

Entre estas medidas, figuran el aumento de los impuestos al alcohol, la imposición de una edad mínima para la compra y venta, y para el consumo de bebidas alcohólicas restricciones en los horarios y locales de comercio y la regulación de su comercialización. Sin embargo, muchos países todavía no han tomado algunas de ellas. (25)

La implantación de restricciones a la conducción en estado de ebriedad es otra de las medidas que pueden reducir las lesiones causadas por el consumo de alcohol en siniestros viales. Sin embargo, solo cinco países de América (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay) han fijado un límite legal de menos de 0,04 g/dl para la concentración de alcohol en la sangre.

En América, las personas consumen un promedio de 8,4 litros de alcohol puro por año, 2,5 litros menos que en Europa, pero 2,2 litros más que el promedio mundial. Además, tiene la mayor cantidad de personas que han consumido alcohol al menos una vez en su vida (más del

81% de las personas mayores de 15 años). La cerveza es la bebida alcohólica más popular, al representar el 55,3% del total del alcohol consumido. (25)

Consumo de drogas. - La drogadicción se define como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga pese a sus consecuencias negativas. Se la considera un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol. Esos cambios pueden persistir mucho después de que la persona haya dejado de consumirla. (26)

La mayoría de las drogas afectan el circuito de recompensa del cerebro inundándolo del neurotransmisor dopamina. Este sistema de recompensa controla la capacidad del cuerpo de sentir placer y motiva a la persona a repetir las actividades necesarias para prosperar, tales como comer y pasar tiempo con sus seres queridos. La sobreestimulación del circuito de recompensa causa el estado de euforia o “high” intensamente placentero que puede llevar a consumir drogas una y otra vez. (26)

El circuito de recompensa del cerebro: Para ajustarse al exceso de dopamina a medida que la persona continúa consumiendo drogas, el cerebro disminuye la producción natural de dopamina o reduce la capacidad de las células del circuito de recompensa de reaccionar a ella. Esto disminuye la euforia que la persona siente en comparación con lo que sintió la primera vez que consumió la droga, un efecto conocido como tolerancia. Es probable que consuma más droga en un intento de sentir la misma euforia. También puede suceder que sienta menos placer con otras cosas de las que antes disfrutaba, como comer o realizar actividades sociales. (26)

El uso de drogas a largo plazo también causa cambios en otros sistemas químicos y circuitos del cerebro, afectando las siguientes funciones: aprendizaje, criterio capacidad de tomar decisiones, estrés, memoria, comportamiento. A pesar de estar conscientes de estos efectos perjudiciales, se perpetúa el consumo, lo que es la característica de la adicción; su consumo puede ser un intento inconsciente de autotratamiento por otro problema, como la depresión.

El consumo de alcohol o drogas pone en riesgo a otras personas. Por ejemplo, una mujer que consume alcohol durante el embarazo pone a su bebé en riesgo de tener problemas debido al síndrome de alcoholismo fetal. El alcohol puede afectar el crecimiento, desarrollo, el comportamiento y la capacidad de aprendizaje del bebé. (27)

Los niños que están expuestos al consumo de alcohol o drogas en el hogar pueden desarrollar problemas de salud mental, como depresión y ansiedad; desarrollo de problemas de conducta y

problemas de aprendizaje y tener un desempeño deficiente en la escuela; como también poseer más probabilidades de tender a un trastorno por uso de sustancias. (27)

El alcohol y las drogas afecta el desarrollo del cerebro de un adolescente. También perturba el desarrollo emocional y social, así el consumo de alcohol provoca cambios en el estado de alerta, percepción, movimiento, juicio y atención de un adolescente. Esto obstaculiza que los adolescentes piensen, aprendan, razonen y tomen buenas decisiones. Las personas que consumen alcohol y drogas pueden tener más probabilidades de tener comportamientos de riesgo. Por ejemplo, es posible que no utilicen condones durante las relaciones sexuales. (28)

Lesiones que ocasionan el abuso de sustancias- El uso de sustancias afecta el juicio, visión y coordinación. De hecho, las partes del cerebro responsables de estas funciones se encuentran entre las primeras afectadas negativamente por el consumo de alcohol y otras drogas. Debido a esto, las personas que consumen estas sustancias tienen más probabilidades de sufrir lesiones que las que no las consumen. Y como ocurre con cualquier lesión, podría afectarlo por el resto de su vida. (28)

Una lesión puede ser más difícil de diagnosticar cuando una persona ha estado consumiendo sustancias. Por ejemplo, la dificultad para hablar o la mala memoria por beber alcohol pueden parecer síntomas de una lesión grave en la cabeza. Esto puede dificultar que los proveedores de atención médica determinen el alcance de las lesiones de una persona.

No todas las personas que consumen alcohol u otras drogas sufren una lesión o se lastiman, pero para algunas personas, las lesiones repetidas pueden ser una de las señales de que el uso de sustancias se ha convertido en un problema. A veces, la familia, los amigos, un médico de cabecera o el personal del departamento de emergencias notarán una relación entre las lesiones de una persona y su uso de alcohol u otras drogas. Pueden preguntarle a la persona lesionada sobre su consumo y / o alentar a esa persona a que reciba tratamiento por su consumo de sustancias. Las lesiones causadas por la violencia son el tipo de lesión más común que se observa cuando hay alcohol involucrado. El alcohol afecta el funcionamiento de su cerebro, lo que afecta su juicio. Para algunos, el alcohol puede aumentar el comportamiento agresivo. Otros pueden tener más probabilidades de ser víctimas de violencia.

Lesión accidental / muerte y uso de sustancias. - Los choques de vehículos motorizados, los accidentes de motos de nieve, las lesiones por incendios, los ahogamientos y las caídas a menudo involucran alcohol u otras drogas. Transporte Alberta tiene evidencia de que, si un conductor ha estado bebiendo alcohol, la probabilidad de sufrir una colisión mortal es de una

en cinco. Beber y conducir afecta a todos. Muchas personas tienen familiares o amigos que resultaron heridos o murieron por beber y conducir. (28)

Daño cerebral y uso de sustancias. -Los estudios muestran que entre el 35 y el 50 por ciento de las personas en las salas de emergencia con una lesión cerebral traumática tenían antecedentes de consumo de alcohol u otras drogas. Los hombres jóvenes y solteros corren el mayor riesgo de sufrir una lesión cerebral y también son los más propensos a abusar del alcohol y otras drogas. Es posible que las personas que consumen alcohol u otras drogas después de una lesión cerebral su recuperación no sea tan rápida como las que no consumieron mientras se recuperaban. (28)

Manejo clínico y psicológico, se encuentra el manejo de la dependencia de alcohol y drogas. - Los trastornos por uso varían en gravedad, duración y complejidad de leves a graves. En el año 2015, 20,8 millones de personas de 12 años o más cumplieron los criterios para un trastorno por consumo de sustancias. Si bien históricamente la gran mayoría del tratamiento se ha realizado en programas de tratamiento de trastornos por uso de sustancias especiales con poca participación de la atención médica primaria o general, se está produciendo un cambio hacia la prestación de servicios de tratamiento en la práctica médica general. Para aquellos con trastornos por uso de sustancias de leves a moderados, el tratamiento a través del sistema de atención médica general puede ser suficiente, mientras que aquellos con trastornos por uso de sustancias graves (adicción) pueden requerir un tratamiento especializado. (29)

Servicios de tratamiento continuo. - Los trastornos por uso de sustancias generalmente surgen durante la adolescencia y, a menudo (pero no siempre) progresan en gravedad y complejidad con el uso indebido continuo de sustancias. Actualmente, los trastornos por uso de sustancias se clasifican para el diagnóstico en tres categorías de gravedad: leve, moderada y grave.

El tratamiento del trastorno por uso de sustancias está diseñado para ayudar a las personas a detener o reducir el uso indebido de sustancias nocivas, mejorar su función social y de salud, y controlar el riesgo de recaída. En este sentido, el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias es eficaz y tiene un impacto económico positivo. Las investigaciones muestran que el tratamiento también mejora la productividad de las personas, la salud y la calidad de vida en general. Además, los estudios muestran que cada dólar gastado en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias ahorra \$ 4 en costos de atención médica y \$ 7 en costos de justicia penal.

Los componentes de tratamiento e intervención temprana de la atención continua: los principales componentes de atención conductuales, farmacológicos y de servicio, los servicios disponibles y las tecnologías de tratamiento emergentes, intervención temprana que permite abordar problemas de abuso de sustancias o trastornos leves y ayudar a prevenir trastornos más graves por uso de sustancias. (29)

Las intervenciones de participación en el tratamiento y reducción de daños, para las personas que tienen un trastorno por uso de sustancias pero que pueden no estar listas para iniciar el tratamiento, ayudan a involucrar a las personas en el tratamiento y reducir los riesgos y daños asociados con el abuso de sustancias.

Tratamiento de trastornos por uso de sustancias, un conjunto individualizado de servicios clínicos basados en evidencia diseñados para mejorar la salud y el funcionamiento, incluidos medicamentos y terapias conductuales. Las tecnologías de tratamiento emergentes se utilizan cada vez más para respaldar la evaluación, el tratamiento y el mantenimiento del contacto continuo con personas con trastornos por uso de sustancias.

Las intervenciones breves (o consejos) van desde el asesoramiento informal hasta las terapias estructuradas. A menudo incluyen comentarios al individuo sobre su nivel de uso en relación con los límites de seguridad, así como consejos para ayudar al individuo en la toma de decisiones.

La entrevista motivacional, es un estilo de asesoramiento centrado en el cliente que aborda la ambivalencia de una persona al cambio. Un consejero utiliza un enfoque conversacional para ayudar a su cliente a descubrir su interés en cambiar su comportamiento de uso de sustancias. El consejero le pide al cliente que exprese su deseo de cambio y cualquier ambivalencia que pueda tener; luego comienza a trabajar con el cliente en un plan para cambiar su comportamiento y comprometerse con el proceso de cambio. El propósito principal de la EM es examinar y resolver la ambivalencia, y el consejero es intencionalmente directivo en la consecución de este objetivo. Es eficaz para reducir el uso indebido de sustancias por parte de pacientes que acuden a entornos médicos por otras afecciones relacionadas con la salud. En estos entornos, es más probable que las personas que reciben EM se adhieran a un plan de tratamiento y, posteriormente, obtengan mejores resultados. (29)

Razones para no buscar tratamiento. - Hay muchas razones por las que las personas no buscan tratamiento. La más común es que no saben que necesitan tratamiento; nunca les han dicho que tienen un trastorno por uso de sustancias o que no consideran que tengan un problema. Ésta es

una de las razones por las que la detección de trastornos por uso de sustancias en entornos de atención médica general es tan importante. Además, entre quienes perciben que necesitan un tratamiento para el trastorno por uso de sustancias, muchos todavía no lo buscan. Para estas personas, las razones más comunes dadas son (29):

- No está listo para dejar de usar (40,7 %). Una característica clínica común asociada con los trastornos por uso de sustancias es la tendencia del individuo a subestimar la gravedad de su problema y a sobrestimar su capacidad para controlarlo. Es probable que esto se deba a cambios inducidos por sustancias en los circuitos cerebrales que controlan los impulsos, la motivación y la toma de decisiones.
- No tiene cobertura de salud / no puede pagar (30,6 %); podría tener un efecto negativo en el trabajo (16,4 %) o hacer que los vecinos o la comunidad tengan una opinión negativa (8,3 %).
- No sabe a dónde acudir para recibir tratamiento (12,6 %) o ningún programa tiene el tipo de tratamiento deseado (11,0 %).
- No tiene transporte, los programas están demasiado lejos o los horarios son inconvenientes (11,8%).

El profesional médico deberá proporcionar información neutral sobre todos los efectos perjudiciales que conllevan el uso rutinario y nocivo de alcohol a nivel del estado físico y psicológico. (30)

La responsabilidad sin el compromiso del paciente no se podrá modificar conductas. (30)

El asesoramiento permite mostrar apoyo y deberá proporcionar consejos sobre las necesidades en la modificación oportuna de esos hábitos, para ir a una abstinencia o como mínimo un consumo no lesivo. Dentro del menú de cambio, las medidas serán optativas, el paciente podrá escoger las opciones brindadas por el médico a su preferencia, hasta llegar a un mutuo acuerdo. (30)

Empatía: el personal médico debe ser empático hacia el paciente y entender las razones de su consumo. (30)

En el manejo clínico de consumo de cocaína, su tratamiento se dirige hacia la sintomatología que aqueja al paciente, siempre adoptado al perfil individual y con previo descarte de alguna otra afección de tipo psiquiátrica, teniendo presente las interacciones medicamentosas y efectos secundarios. En efecto hay situaciones en que personas con esta afección presentan

sintomatología depresiva severa, con alto riesgo de intento autolítico, se debe dar un antidepresivo y si en el transcurso de sintomatología de abstinencia se asocia con síntomas de psicosis se debe proporcionar antipsicóticos. (30)

En el manejo de la dependencia por metanfetaminas, su manejo dependerá del mecanismo de acción del tipo de anfetamina empleado. En estos casos el manejo de la dependencia se basa solo en la sintomatología, y de acuerdo con el receptor que se esté estimulando:

- Agonistas dopaminérgicos: En casos de disforia tiene alta actividad serotoninérgica.
- Inhibidores de recaptación de serotonina cuando hay depresión asociada a actividad compulsiva

Manejo la dependencia de barbitúricos establece que aquellos pacientes que consumen benzodiazepinas de estos alrededor del 50% pueden desarrollar dependencia, esto quiere decir que la misma cantidad de pacientes pueden generar síndrome de abstinencia al hacer una brusca suspensión de la medicación, esto suele suceder sobre todo en al consumir benzodiazepinas de vida media corta inicia a los 2 a 3 días, y de vida media larga generarán el síndrome a los 5 a 10 días e inclusive pueden desarrollar abstinencia ante una reducción brusca de la dosis los signos menores se subdividen en físicos y psíquicos. (30)

Dentro del manejo psicoterapéutico integral, se incluye criterios tanto de tiempo, frecuencia, el tipo de la sustancia y la cantidad de esta, definiéndose a una atención integral de este tipo de usuario deber ser brindada por todo el equipo especializado para su tratamiento, basados siempre en la reducción de riesgos y potenciales daños, para proporcionar un tratamiento tipo ambulatorio. (30)

De acuerdo con el grado o categoría de la severidad se pueden adoptar programas de tipo ambulatorios u en su defecto reforzar la intensidad del cuidado, en hospitales del día por permanencia de varias horas. (30)

Manejo del personal de enfermería. En el caso de las funciones de los profesionales de enfermería en el ámbito asistencial, se define como la atención directa de los cuidados de las personas sanas como también de las enfermas para lograr recuperar la salud, todo debe contemplarse en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, así como también en el área comunitaria. (31)

En este contexto, el personal de enfermería que forma parte del equipo de salud presenta un papel protagónico en referencia de atención del sistema de salud. Debido a que constituyen el

eje principal, quien se encarga de la recepción del paciente, hace uso de los conocimientos adquiridos enfocándose en el cuidado y la salud, con el fin de brindar la atención de calidad en cada accionar que se realice. Por ello debemos explicar las dos dimensiones en las que está establecida la calidad siendo: la relación interpersonal y confort de los cuales parte el reconocimiento de este, de manera que implica reconocer el área de estudio para así determinar el accionar del profesional y las disposiciones que se tomaran para lograr mejorar la calidad de atención en salud. Es importante que el profesional de enfermería y personal a cargo del cuidado del paciente considere la comodidad y confort del paciente y las relaciones interpersonales deben desarrollarse de manera asertiva, ya que depende del actuar del profesional para que el paciente forme un concepto de la atención. (32)

Procedimientos diagnósticos. Entre los primeros pasos involucrados en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias se encuentran la evaluación y el diagnóstico. El diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias se basa principalmente en los resultados de una entrevista clínica. Hay varios instrumentos de evaluación disponibles para ayudar a estructurar y obtener la información necesaria para diagnosticar los trastornos por uso de sustancias. El diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias lo realiza un profesional capacitado sobre la base de 11 síntomas definidos en la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Estos síntomas, que generalmente están relacionados con la pérdida de control sobre el consumo de sustancias, el número de síntomas diagnósticos presentes define la gravedad del trastorno, que varía de leve a grave (es decir, menos de 2 síntomas ningún trastorno; 2 a 3 síntomas trastorno leve; 4 a 5 síntomas trastorno moderado; 6 o más síntomas trastorno severo). (33)

El personal de enfermería se va a encargar de la obtención de las muestras, tomando en cuenta que antes de realizar cualquier procedimiento se debe dar la información necesaria en la que el paciente acepta, las pruebas a realizarse y las muestras que se vayan a obtener mostrando la colaboración respectiva. (31)

Obtención de muestras. En primer lugar, la recogida de muestras es controlar si el paciente sigue el programa o, si, por el contrario, ha vuelto a consumir, pero nunca será un objeto de sanción o de castigo. Orina, realizar test de embarazo, test de detección de sustancias, tira reactiva en orina. La finalidad de realizar estos procedimientos es para monitorizar la abstinencia de las drogas que se llevara durante el tratamiento, haciendo las pruebas toxicológicas respectivas. Sangre, primero para la extracción se registra con un análisis de

Laboratorio Municipal. Y segundo, la realización de glicemia mediante tira reactiva. Tomando como objetivo el de valorar el estado general de salud.

Detectar alteraciones de la función hepática en pacientes que inician tratamiento, así como control en aquellos a los que se prescriba fármacos que puedan alterarla. Detectar enfermedades infectocontagiosas mediante serologías específicas (VIH, VHA, VHB, VHC, Treponema P. IgG/IgM.). (31)

Constantes vitales. El personal de enfermería se encarga signos vitales, así, con la toma de la TA, el pulso, la saturación y la temperatura de los pacientes como control básico de la salud de estos, además de supervisar muchos de los efectos adversos de los medicamentos empleados en el tratamiento, o para controlar las posibles complicaciones de las sustancias psicotrópicas que consumían. (34)

Administración de fármacos. Con el fin de evitar confusiones, también se recomienda que los medicamentos deben estar portados en una caja o cajón propio del paciente, además con esta última, se puede corroborar la dosis y horario de la medicación administrada. Los requerimientos del personal de enfermería para la administración de medicación a un paciente se basarán en un informe. (34)

Entre las terapias se encuentran. - Deshabituación de alcohol; en los últimos años los esfuerzos de investigación se han centrado en fármacos con acción sobre el sistema GABA-NMDA glutamato, recomendaciones generales:

a) Luego del manejo efectivo de un paciente con síndrome de abstinencia al alcohol, de intensidad moderado a severo, hay que considerar el manejo de deshabituación con naltrexona oral, y terapia psicológica individual. (30)

b) Se considerará la administración del disulfiram con valoración psicológica individual, posterior al manejo satisfactorio del síndrome de abstinencia, en aquellas que:

- Deseen llegar a la abstinencia, pero tengan alguna contraindicación para el uso de acamprosato o naltrexona.
- Prefieran el disulfiram, teniendo un claro conocimiento de los mecanismos de acción y los efectos secundarios del medicamento.

Terapia de reemplazo de nicotina (TRN); al momento se cuenta con 5 tipos de terapia de reemplazo de nicotina (chicle, parche, inhalador nasal, inhalador bucal y tabletas o

comprimidos para chupar), todas ellas con eficacia similar; adicionalmente se cuenta con medicamentos genéricos como el bupropion y la varenclina que son a su vez tratamientos de primera línea. (30)

Tratamiento para la deshabituación de cocaína (Dependencia); las estrategias farmacológicas utilizadas empíricamente, o con poca evidencia, en la actualidad se basan en tres mecanismos de acción:

- Medicamento que modifican el sistema dopaminérgico.
- Medicamento que modifican el sistema serotoninérgico y noradrenérgico: antidepresivos.
- Medicamentos eutimizantes (antiepilépticos, anticonvulsivantes o normotímicos)

El soporte psicológico mediante psicoterapias cognitivas conductuales (PCC) son uno de los métodos de manejo en el tratamiento de la dependencia a las benzodiazepinas y se debe mantener durante la administración de las benzodiazepinas y cuando se inicia con la reducción de dosis, en este periodo se debe adicionalmente brindar información complementaria sobre las benzodiazepinas como: su efecto sobre el sistema motor, la pérdida de memoria y adicionalmente reasegurar que el paciente tomará medidas complementarias para disminuir la ansiedad producida por la reducción de dosis, tales como; control de estímulos, restricción del sueño, relajación muscular progresiva, higiene del sueño y efectos paradójicos.

Tratamientos conductuales. - Los tratamientos conductuales ayudan a que los pacientes se comprometan con el proceso de tratamiento, modifiquen sus actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de las drogas y aumenten sus destrezas para llevar una vida más saludable.

Estos tratamientos también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas continúen en tratamiento por más tiempo. El tratamiento del abuso y la adicción a las drogas se puede llevar a cabo en entornos muy distintos usando una variedad de enfoques conductuales.

Los programas de tratamientos conductuales ambulatorios abarcan una gran variedad de programas para los pacientes que visitan las clínicas a intervalos regulares. La mayoría de los programas incluyen consejería individual o en grupo para el abuso de las drogas. Algunos programas también ofrecen otras formas de tratamientos conductuales como (35):

Terapia cognitiva-conductual, que ayuda a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar aquellas situaciones en las que hay más probabilidad de que abusen de las drogas.

Terapia familiar multidimensional, que fue desarrollada para adolescentes con problemas de abuso de las drogas y para mejorar el funcionamiento de la familia en general, trata los diversos factores que influyen sobre los patrones de abuso de las drogas.

Entrevistas de motivación, que aprovechan de la disposición favorable de las personas para cambiar su comportamiento e ingresar a tratamiento.

Incentivos para realzar la motivación (manejo de contingencias), que usan el refuerzo positivo para fomentar la abstinencia de las drogas.

Manejo de la Recuperación. - Las dificultades de la reinserción, a causa del abuso de las drogas modifica el funcionamiento cerebral, y son muchas las cosas que pueden desencadenar un deseo intenso de consumir drogas en el cerebro. Es crítico que quienes están en tratamiento, particularmente las personas que están internadas en un centro de rehabilitación o están en la cárcel, aprendan a reconocer, evitar y manejar los factores desencadenantes con los que probablemente se enfrentarán después del tratamiento. El manejo de la recuperación, también conocido como “cuidado posterior”, “cuidado continuo” o apoyo social, describe un modelo orientado a la recuperación a largo plazo que sigue a la estabilización de la abstinencia lograda durante tratamiento ambulatorio o residencial. Se enfoca en la reducción del riesgo de recaída para el uso de drogas mediante funcionamiento social de amplio apoyo, bienestar, así como la reinserción social en la comunidad y la sociedad. (36)

El manejo de la recuperación estabiliza y refuerza la recuperación siguiendo una perspectiva de ciclo de vida. Al desarrollar la fortaleza y resiliencia de los pacientes el enfoque se mueve hacia el paciente, el cual incrementa su sentido de responsabilidad personal para manejar su trastorno por el uso de drogas.

Estudios longitudinales han demostrado de manera repetida que el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas está asociado a importantes reducciones en el uso de sustancias, problemas relacionados con las drogas, y costos para la sociedad. Sin embargo, la recaída posterior al alta y la posible readmisión son muy comunes, de modo que la mayoría de los pacientes admitidos para tratamiento han recibido tratamiento con anterioridad. El riesgo de recaída parece no reducirse hasta después de 4 a 5 años de abstinencia exitosa. Sin embargo, es posible una

recuperación exitosa, y hasta un 40% de los pacientes con trastornos por el uso de drogas la logran. (36)

De manera ideal, el cuidado residencial a largo plazo y el ambulatorio intensivo serán precedidos por una reducción hacia un nivel de cuidado menos intensivo que continúa a largo plazo. Esto es opuesto a los episodios breves repetidos de cuidado posteriores a cada recaída que carecen de continuidad. El cuidado continuo orientado a la recuperación es un enfoque para manejo de pacientes a largo plazo dentro de la red de apoyos y servicios comunitarios. El manejo de recuperación dirigido de manera profesional, al igual que el manejo de otros trastornos de salud crónicos, desplaza el enfoque de cuidado de uno de “admisión, tratamiento y alta” a uno de asociación del manejo de la salud sostenido. En este modelo, el proceso de alta tradicional es remplazado por el monitoreo post estabilización, educación de la recuperación, recuperación y asesoría, vinculación activa a comunidades de recuperación, desarrollo de recursos de comunidad de recuperación, y reintervención inicial cuando es necesario. (36)

El enfoque en el manejo a largo plazo en oposición al tratamiento de episodio individual es apoyado por la evidencia de que la farmacodependencia es mejor comprendida y manejada como un trastorno crónico y de recaída más que una enfermedad o episodio de carácter agudo, similar a enfermedades como la hipertensión, asma y diabetes. Por lo tanto, las intervenciones médicas y psicosociales estarán disponibles para los individuos afectados por trastornos por el uso de drogas durante toda la vida, con la intensidad que se equipara con la severidad de los síntomas. Los enfoques de manejo de recuperación incluirán intervenciones farmacológicas, psicosociales y ambientales de largo plazo dirigidas a reducciones en el uso de sustancias y comportamiento criminal, así como mejoras en la salud física y mental, y funcionamiento social.

Componentes determinantes de la eficacia de un tratamiento. - La importancia para determinar los resultados de los esfuerzos de rehabilitación de la toxicomanía y, de esta manera, se intenta contribuir al debate sobre los aspectos del tratamiento que lo hacen “valioso” para la sociedad.

Etapas del tratamiento. - Se ha estudiado la influencia de los siguientes factores en los resultados de las diferentes etapas del tratamiento (37):

- El paciente y el entorno del tratamiento
- Los elementos y métodos de tratamiento
- La medicación para la desintoxicación y el mantenimiento

- La duración del tratamiento, el tiempo que el paciente se somete a éste y los criterios para concluirlo
- El entorno de la atención

Etapas de desintoxicación y estabilización. - La desintoxicación médica ha sido la etapa inicial y aguda de prácticamente todas las formas de tratamiento de la toxicomanía. Sin embargo, el término "desintoxicación" se ha utilizado tanto para describir el tratamiento de un verdadero síndrome de abstinencia (es decir, la neuro adaptación), como para describir simplemente la estabilización de síntomas fisiológicos y emocionales agudos relacionados con el cese del consumo de drogas que podrían no dar lugar a un auténtico síndrome de abstinencia.

La desintoxicación médica se requiere únicamente para determinados tipos de dependencia, más concretamente en relación con la nicotina, el alcohol, los opiáceos, los barbitúricos y las benzodiazepinas. Si bien para cada una de estas drogas los síndromes de abstinencia y los protocolos de desintoxicación son diferentes, en cada uno de estos casos (particularmente en lo que atañe al consumo de barbitúricos) el consumo persistente de una sustancia en dosis gradualmente crecientes y durante períodos cada vez más prolongados produce neuro adaptación o "tolerancia" a la droga, hasta el punto de que, por lo general, se necesitan mayores cantidades de la droga para producir euforia y un aspecto importante para eliminar los síntomas de abstinencia.

Estos síntomas reflejan la reacción de un sistema fisiológico que ha sido alterado por el consumo de drogas durante un período considerable. Una vez más, si bien el síndrome de abstinencia provoca síntomas distintos en el caso de cada droga, por lo general esos síntomas pueden consistir en dolor de cabeza, dolor de las articulaciones, fiebre, escalofríos, ataques en casos extremos, ojos acuosos, congestión nasal, diarrea y profundos trastornos emocionales. Los opiáceos, en particular, pueden producir estos síntomas que, aun cuando sean sumamente incómodos, rara vez constituyen una amenaza de muerte. Es importante señalar que el alcohol, los barbitúricos y las benzodiazepinas también producen muchos de los síntomas descritos anteriormente y también irregularidades y ataques cardíacos que pueden constituir un peligro de muerte, según los antecedentes y el estado general de salud del usuario.

También es cierto que el consumo de prácticamente cualquier droga, por ejemplo, cafeína, anfetaminas, cocaína y alucinógenos, producirá períodos de inestabilidad fisiológica y emocional aguda (de uno a tres días, por lo general, en el caso de la cafeína y los alucinógenos y hasta dos semanas en el caso de las anfetaminas o la cocaína) a raíz de la interrupción brusca

del consumo regular. Aunque esa inestabilidad resulta incómoda, casi siempre desaparece sin atención médica formal. Por eso en muchos países se admiten pocos pacientes en los hospitales o residencias para el tratamiento intensivo de la inestabilidad producida por estas drogas.

Indicadores de la eficacia de la etapa de desintoxicación y estabilización. - La desintoxicación y la estabilización tienen como principal objetivo aliviar y estabilizar los síntomas agudos médicos, psiquiátricos o de consumo de drogas que estaban fuera de control y, por ende, estaban impidiendo que el paciente pudiera pase directamente a la etapa de rehabilitación. No obstante, la etapa aguda de desintoxicación y estabilización no puede considerarse un tratamiento completo, sino únicamente la preparación para continuar el tratamiento. Así pues, solo puede decirse que la desintoxicación ha tenido éxito si poco después de haber sido dado de alta (es decir, a las dos o tres semanas), el paciente (37):

- Presenta una reducción considerable de la inestabilidad fisiológica y emocional (por lo menos en la medida necesaria para ser sometido a un régimen de rehabilitación ambulatoria)
- No ha tenido graves complicaciones médicas ni psiquiátricas;
- Se ha integrado y participa en un programa de rehabilitación adecuado.

Etapa de rehabilitación y prevención de recaídas. - La rehabilitación es apropiada en el caso de los pacientes que ya no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos del reciente consumo de drogas y que necesitan estrategias para modificar su comportamiento con objeto de poder controlar la necesidad de utilizar sustancias. Los objetivos prácticos de esta etapa del tratamiento son impedir que se vuelva a un consumo activo de sustancias que requeriría desintoxicación y estabilización otra vez; ayudar al paciente a controlar la necesidad de utilizar alcohol o drogas, o ambos, generalmente mediante la abstinencia total sostenida de todo tipo de drogas y alcohol; permite al paciente recobre o alcance un mejor estado de salud y su función en la sociedad, tanto como parte secundaria de la función de rehabilitación mejora el estilo de vida importante para conservar un control sostenido sobre el consumo de sustancias.

Existe una amplia gama de estrategias y tratamientos que pueden utilizarse en la fase de rehabilitación y prevención de recaídas para corregir o mejorar los problemas básicos de los pacientes y prestar apoyo continuo para lograr los cambios previstos de comportamiento. Las estrategias abarcan elementos tan diversos como la medicación con sustancias sicotrópicas para aliviar los "problemas psiquiátricos subyacentes"; la prescripción de medicamentos para aliviar la necesidad apremiante de consumir alcohol o drogas, comprendidas las terapias de sustitución;

acupuntura para corregir desequilibrios metabólicos adquiridos; seminarios educativos, películas y terapias de grupo para corregir las falsas impresiones sobre el consumo de alcohol y drogas; asesoramiento en grupo e individual y sesiones de terapia con el fin de facilitar ideas, orientación y apoyo para modificar el comportamiento, y grupos de ayuda de personas que se encuentran en circunstancias parecidas (por ejemplo, alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos) para prestar apoyo continuo a las modificaciones del comportamiento que se consideran importantes para mantener los resultados del tratamiento. Si bien la mayoría de los programas de tratamiento de rehabilitación se orientan hacia el objetivo de la abstinencia, en un número considerable de programas de rehabilitación en Australia, Europa occidental y América del Norte se administra a los pacientes una medicación cuya finalidad es bloquear los efectos de las drogas de que han abusado para impedir, de esa forma, que vuelvan a consumirlas.

Indicadores de la eficacia de la etapa de rehabilitación y prevención de recaídas. - Todas las formas de tratamiento de la toxicomanía orientadas a la rehabilitación tienen los mismos cuatro objetivos, independientemente del entorno, la modalidad, la filosofía o los métodos de rehabilitación de que se trate. Los objetivos son (37):

- Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación;
- Propiciar y mantener la reducción del consumo de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total);
- Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud (por ejemplo, el VIH/SIDA) y la seguridad pública
- Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

Consecuencias para la administración y la evaluación del tratamiento de la adicción. - En las partes anteriores del presente documento se han examinado los tratamientos de la adicción desde el punto de vista de su valor para la sociedad. Al parecer, el examen proporcionaría una respuesta relativamente sencilla a lo que constituiría una pregunta directa de costo y valor. Sin embargo, no es una pregunta directa en absoluto. En el presente documento se ha tratado de demostrar que las expectativas razonables de una sociedad respecto de toda forma de intervención encaminada a “ocuparse del problema de las drogas” deben abordar muchas cuestiones diferentes, todas ellas relativas, por lo general, a los problemas “relacionados con la

adicción”, que son tan alarmantes y costosos para la sociedad. Sin embargo, no es común que los resultados de las evaluaciones de las enfermedades físicas se consideren desde varias perspectivas. En el tratamiento de la mayoría de las enfermedades crónicas se espera que un tratamiento “eficaz” alivie los síntomas, potencie las funciones de la persona y prevenga las recaídas, especialmente las recaídas costosas. Así pues, como perspectiva final sobre la cuestión de la eficacia y el valor de los tratamientos de la adicción, en la presente sección se evalúa la eficacia de los tratamientos utilizando los mismos criterios que se suelen aplicar a las evaluaciones de otras enfermedades crónicas. (38)

Cumplimiento del tratamiento, remisión de los síntomas y recaídas en el tratamiento de la adicción

Cabe señalar que la adicción no debe considerarse crónica. Muchas personas a las que se puede diagnosticar dependencia de sustancias se recuperan completamente, incluso sin tratamiento. Otras gozan de largos períodos de remisión de los síntomas después del tratamiento. Sin embargo, muchas de las personas que padecen problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento y se piensa que siguen estando propensas a recaídas durante años o quizá durante toda la vida. Se podría argumentar que, por ahora, no existe una “cura” fiable para la toxicomanía. Por las razones expuestas anteriormente, es probable que los alcohólicos y drogadictos que intentan reducir el consumo, en vez de abstenerse completamente, tengan problemas para mantener un “consumo controlado”. Los pacientes que cumplen el régimen recomendado de educación, asesoramiento y medicación obtienen resultados favorables durante 6 a 12 meses, como mínimo, después de recibir tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que empiezan cualquier tipo de tratamiento lo abandonan antes de que termine, o hacen caso omiso de los consejos del médico de seguir tomando la medicación y participando en el postratamiento o en grupos de autoayuda. Es bien sabido que una situación socioeconómica precaria, una patología psiquiátrica concomitante y la falta de apoyo familiar o social son algunas de las variables más importantes relacionadas con la falta de cumplimiento del tratamiento de la toxicomanía y con la recaída después del tratamiento. Debido a las múltiples condiciones médicas y sociales anómalas concomitantes y al escaso cumplimiento del régimen de tratamiento, tanto en lo que respecta al aspecto médico como al comportamiento, ha quedado demostrado con estudios de seguimiento de un año de duración que, por lo general, apenas entre el 40% y el 60% de los pacientes tratados se abstienen del consumo, si bien otro 15% a 30% no ha vuelto a ser dependiente durante ese período.

Es muy desalentador para muchas de las personas que actúan en la esfera del tratamiento de la toxicomanía que tantos pacientes dependientes del alcohol y otras drogas no sigan el

tratamiento recomendado y que tantos acaben reanudando el consumo de sustancias. Como se indicó anteriormente, en la actualidad existen varias medicaciones cuya eficacia ha sido demostrada en lo que respecta al tratamiento de la dependencia del alcohol y de los opiáceos. No obstante, para que esas medicaciones sean eficaces deben tomarse con regularidad, pues sus efectos se ven seriamente limitados por la falta de cumplimiento del paciente. Las investigaciones clínicas actuales en esta esfera se centran en la elaboración de medicamentos de acción más prolongada o "depot", así como en estrategias de comportamiento encaminadas a lograr que el paciente se atenga al tratamiento prescrito. (38)

1.2. Antecedentes

Según el informe Mundial sobre Drogas 2016, 247 millones de personas consumieron narcóticos en el año 2015; de los 29 millones presentan trastornos relacionados con el consumo de estas sustancias, y solo una de cada seis recibe tratamiento, ratificándose que el cannabis como la droga que más se trafica en el mundo y la que se consume de manera más frecuente, seguida por las anfetaminas. (39)

De acuerdo con el Instituto Nacional de abuso de drogas en Estados Unidos, 22.5 millones de personas (el 8.5% de la población de Estados Unidos) de 12 años o más necesitaban tratamiento por un problema de consumo de drogas ilícitas* o alcohol en el 2015. Solo 4.2 millones (el 18.5% de quienes necesitaban tratamiento) recibieron algún tipo de tratamiento para el consumo de drogas ese mismo año. De esas personas, alrededor de 2.6 millones recibieron tratamiento en programas de tratamiento especializados. (40)

En Valladolid, España en el año 2016 se efectuó una investigación sobre el rol de los profesionales de enfermería en el manejo de la adicción a las drogas. Se demostró que los profesionales de enfermería en más de la mitad de los casos, no tenían formación posgraduada en el área del fenómeno de las drogas aquello demuestra la necesidad de trabajar en la actualización del recurso humano que atiende a las personas con adicción en la atención prestada a la persona con drogodependencia, en mayor o menor grado y que tan solo el 8% de los trabajadores eran enfermeras, de las cuales el 43% desarrolla actividades administrativas, el 43% actividades asistenciales, un 14% actividades educativas, el 100% de los enfermeros manifiesta promover el autocuidado, conclusión: es importante la especialización de enfermería en Salud Mental en relación con la calidad de los cuidados a pacientes drogodependientes. (41)

De acuerdo Andrés Pichón y Cols. en su artículo publicado en 2016 sobre Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina, mencionan que los trastornos adictivos producen un gran impacto anual a nivel económico en los sistemas de salud con cifras que ascienden a 42000 millones de dólares haciendo una comparación entre el gasto por diabetes de 240 mil millones de dólares en Estados Unidos, gastos que deben ser cubiertos para cumplir con los derechos de cada paciente con este tipo de trastorno mismos en donde se debe enmarcar una atención con calidad y calidez. (42)

La calidad de atención en los servicios sanitarios en muchos países es determinada por varios factores, sin embargo, de forma global ya se ve entorpecida a medida que pasa el tiempo, ya son algunos países africanos, estados americanos y países latinoamericanos como México, Colombia, Perú, y nuestro territorio ecuatoriano, que a pesar que hay estadísticas de estudios que muestran porcentajes que rondan una satisfacción considerable, hay otras que muestran todo lo contrario, y que el día a día se viene deteriorando por lo que afecta principalmente en la salud del paciente atendido. (43)

Un estudio de Castillo Fernández y colaboradores 2016 en el Centro Penitenciario de Albolote, Granada, acerca del perfil diferencial de trastornos de personalidad en consumidores de drogas y de maltratadores, recabaron un total 15 casos de cada trastorno; de los cuales los consumidores de drogas de los cuales presentaron mayoritariamente trastornos de personalidad histriónico, antisocial, límite y agresivo-sádico a diferencia de los casos de maltrato. (44)

Eumarjorit A. González y participantes mediante un estudio que aborda sobre la sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas en Colombia, participando más de 100 casos, se halló que presentaban mayor afección en los lóbulos prefrontales y una alta probabilidad de desarrollar otros trastornos, aparte de la adicción, siendo principalmente trastornos antisocial, evitativo y depresivo; adicionalmente dificultades de realizar actividades cotidianas. (45)

Uno de los aspectos que influyen en la gestión en salud radica principalmente en la calidad de atención de los usuarios en salud, para lo cual estudio titulado Gestión administrativa y calidad de atención en salud en el Hospital San Javier de Bellavista, Cajamarca; Valverde Quispe, Manuel Humberto, Zapata Córdova y Grasse Kelly demostraron que 40 trabajadores al tomar en consideración los aspectos de gestión administrativa, teorías de organización pública, enfoques de sistemas y otras teorías de modernidad, se estimaron una débil conexión entre la

gestión administrativa y la calidad de atención en salud; por lo que fue necesaria la aplicabilidad de la misma para beneficiarla directamente. (46)

Así, otro estudio realizado por Francisco Infantes Gómez en la atención de la consulta externa en el Hospital de Iquitos, Perú, que indicó la importancia de la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes; con lo cual tomó parámetros estimados como la rapidez de la atención ya sea en caja, en la toma de exámenes, la seguridad y la confianza con el personal médico, con un global de más del 70% de satisfacción. (47)

Para este año, enero 2020, se presentó un análisis realizado en Francia relacionado a la satisfacción temprana del paciente con la atención: un predictor del cambio de calidad de vida relacionado con la salud entre los pacientes ambulatorios con dependencia de sustancias, se concluyó que las puntuaciones media en relación a los componentes físicos y mentales fueron inicialmente bajas, existiendo cambios con la atención temprana con estándares de calidad orientados al soporte psicológico y físico elevándose estas puntuaciones medias iniciales y la mejora de fue significativa después de 3 meses. (48)

En Colombia para en 2015, Víctor Fernández estudió la calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones, evaluó el papel de los profesionales en los centros de atención en drogas en ambulatorio, demostrando el papel en el ámbito de promoción del auto cuidado (100%), prevención (57%) y muy poco en la rehabilitación y reinserción social (14%). Con poca influencia en medidas preventivas y pobre participación en rehabilitación, concluyendo que se debe ganar más espacio dentro del equipo de atención a los usuarios de drogas. (49)

Cope Brief, 2019 la revista Psychology Health & Medicine, evaluó el afrontamiento en una posible cohorte ambulatoria en pacientes dependientes de sustancias, se observó mejores resultados con el género masculino, la falta de ansiedad o depresión y los estilos de afrontamiento basados en menos autculpa, en la reformulación positiva, la aceptación y la desvinculación del comportamiento. (50)

López Pelayo, 2019 en su estudio investigativo sobre Identificación de Factores Que Afectan la Calidad de Vida entre Pacientes con Adicción en Líbano, 52 enfermeras y 41 médicos generales fueron evaluados antes de que comenzara el reclutamiento de pacientes, utilizando un cuestionario diseñado para evaluar las características sociodemográficas, la participación profesional en el sitio web, el nivel de uso de las tecnologías de la información y la comunicación y la autoeficacia informática no se asociaron a facilitar el acceso. (51)

Ecuador en esmeraldas año 2018, María Robles, se realizó una investigación en el CETAD de esta localidad para medir la efectividad de atención del personal de enfermería a los pacientes con dependencia de sustancias el 60% (3) de los enfermeros, piensa que la falta de organización de los profesionales afecta en sus funciones y el 40% (2) de enfermeros consideran que la falta de organización de los profesionales no influye. (52)

1.3. Bases Legales

La Constitución de la República del Ecuador 2018, desde una visión general de la salud (capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el estado y por cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que se sustentan en el buen vivir.

Que el artículo 364 de la Constitución de la República establece que las adicciones son un problema de salud pública, y que al Estado le corresponde 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, sin que en ningún caso se permita su criminalización ni la vulneración de sus derechos; (53)

Que el numeral 5 del artículo 46 de la Constitución de la República determina que el Estado adoptará medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes, la prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo;

362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (54)

De los numerales 24 y 25 del artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud determina que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, ¡con y sin fines de lucro y demás sujetos a control sanitario; regular ejecutar los procesos de

licenciamiento y calificación; y el establecer normas para la acreditación de los servicios de salud;

Que en el artículo 38 de la Ley Orgánica de Salud se declara como problema de salud pública el consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico, por lo que se dispone que los servicios de salud deben ejecutar acciones de atención integral dirigida a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo, tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientada a su recuperación rehabilitación y reinserción social.

En el año 2015 se expidió el reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas. –

El presente reglamento tiene por objeto establecer las normas para la calificación, autorización, regulación, funcionamiento y control de los Centros de Recuperación (CR) para personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas. (55)

Art. 2.- *Ámbito.*- Los centros de recuperación exclusivamente podrán realizar actividades destinadas al diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por adicción a sustancias psicoactivas, de acuerdo a la normativa expedida por el Ministerio de Salud Pública. (55)

Art. 3.- En todo centro de recuperación en que sea necesario el internamiento transitorio o prolongado para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes, el Ministerio de Salud Pública, por medio de la autoridad competente a nivel provincial o distrital, aprobará los procedimientos, y programas terapéuticos, que deben adecuarse a lo establecido en protocolos de diagnóstico, derivación, las normas técnicas para el licenciamiento y a la normativa establecida por el Ministerio de Salud. Esto se hará con la finalidad de evitar la vulneración, disminución, menoscabo o anulación de los derechos y garantías constitucionales y garantizar una atención de calidad. (55)

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio mixto, de corte transversal prospectivo correlacional y de explicativo.

2.2 Población y muestra:

Para la población se tomó el total de pacientes residentes del Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas de Esmeraldas, exceptuando a aquellos que toman cumple con algún criterio de exclusión en el período de mayo 2020 a febrero 2021, reportándose 20 pacientes residentes; y para la muestra se realizó un muestreo no probabilístico intencional, los cuales se consideró al total de los residentes antes mencionados.

Criterios de exclusión:

- Pacientes no voluntarios con el estudio.
- Pacientes en crisis mental o enfermedad mental crónica.
- Pacientes con alguna enfermedad orgánica que afecte la conciencia.

2.3 Definición conceptual y Operacionalización de variables.

El estudio contó con variables cualitativas de subtipo ordinal al considerar la calidad de atención de acuerdo con el test psicológico aplicado a los pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, Esmeraldas, de acuerdo al tipo de adicción presentado. (Anexo N°2).

2.4 Métodos

Se aplicó el método empírico por medición mediante un cuestionario de preguntas (Anexo N°3) elaborado por la autora, diseñados para los pacientes para conocer su estado clínico actual y con ello estimar la eficacia de la terapéutica clínica; y para la terapia psicológica se aplicó test psicológicos para cada tipo de adicción que padezca el residente: para el test de drogas se aplicó con uno desarrollado por el Dr. Saúl Alvarado Médico Especializado en Adicción (56), el test de adicción al alcohol en base al test de AAG (Alcohólicos Anónimos de Guatemala) 2017 (57), y en el test de adicción al tabaco en base al test de Fagerstrom (58) (Anexo N°5).

Además, se aplicó en esta investigación, el método observacional mediante una ficha de observación elaborado por la autora (Anexo N°4) donde se observó la parte estructural y misma relación médico-paciente durante su atención.

2.5 Técnicas e instrumentos

Se aplicó 3 técnicas con sus respectivos instrumentos que de acuerdo con el análisis de fiabilidad Alfa de Cronbach realizado en el programa SPSS IBM versión 23, que promediaron entre 0.799 a 0.803, considerando como mínimo aceptable de 0.8, la cual con los resultados obtenidos se interpretó que estos instrumentos sí fueron confiables y válidos para su aplicación:

- Encuesta. - mediante un cuestionario de preguntas elaborado por la autora, la cual constó de 3 preguntas básicos (tipo de adicción, trastorno mental asociado y sintomatología actual) que dio respuesta al primero objetivo específico, porque a través de estos resultados se pudo medir la eficacia del tratamiento médico por la persistencia o no del cuadro clínico.

- Entrevista. - fue individualizada y de tipo estructurada previamente elaboradas por autores ya mencionados con anterioridad y contando con la participación del psicólogo y/o médico de cabecera, se llevó a cabo en cada paciente su respectivo test psicológico de acuerdo al tipo o tipo de adicción/es presentado: drogadicción (constó de 15 preguntas con respuestas puntuadas, para una estimación final de acuerdo a dicho puntaje, siendo la mínima de 0 a máxima de 75 puntos), alcoholismo (constó de 12 preguntas con respuestas afirmativas o negativas, mismas que se interpretaría de acuerdo a la cantidad de las primeras) y tabaquismo (constó de 6 preguntas calificadas desde un mínimo de 0 a un máximo de 10 puntos). Estos resultados dieron respuesta al segundo objetivo específico porque midió el soporte psicoterapéutico brindado a los residentes del centro de rehabilitación.

- Observación. - observación indirecta, mediante una guía de observación elaborado por la autora que constó de 2 dimensiones, una dimensión humana (o mejor profesional) del personal de salud que atendió a los residentes, con 5 parámetros evaluables (honestidad, amabilidad, ética, empatía, derechos humanos); y otra dimensión del entorno institucional también con 5 parámetros medibles (comodidad, ambientación, limpieza, privacidad y equipamiento). Estos resultados dieron respuesta al tercer objetivo específico, porque se observó la parte del entorno tanto estructural como de los recursos materiales.

2.6 Análisis de Datos

La información que se obtuvo mediante la encuesta y el test psicológico fue de manera individual y manual, en consideración con los criterios de exclusión, a 13 residentes de los 14 total poblacional del centro de rehabilitación debido al desacuerdo en participar en última instancia en la investigación, además, se aplicaron test adicionales en vista que padecían más de una adicción; y también se obtuvo información mediante una ficha de observación, y dichos instrumentos fueron aplicados entre la tercera semana de agosto a la primera semana de septiembre del año 2020.

Posteriormente dichos resultados fueron tabulados asimismo de manera manual y se trasladaron a una base digital a través del programa Microsoft Excel-2019 con el fin de ser representados por gráficos y tablas estadísticas, mediante la técnica estadística descriptiva para reflejar los resultados obtenidos, aplicando proporciones e intervalos de confianza; culminando con los respectivos análisis de la información final con el programa Microsoft Word-2019.

2.7 Normas Éticas

Se guardó la confidencialidad de los pacientes residentes del Centro Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas que formarán parte del presente estudio investigativo, con la respectiva aprobación pertinente de la institución de salud, además del consentimiento de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Sede Esmeraldas y así ética y legalmente realizar los procesos sin inconvenientes (Anexo N°6).

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los datos obtenidos mediante los instrumentos de recolección de datos a los residentes con problemas de adicción del centro de rehabilitación en Esmeraldas referente al tipo de adicción, se recabó lo siguiente: 12 de los 13 residentes ingresaron por problemas de adicción a las drogas, es decir, más del 90% de los casos; y solo 7% ingresó por problemas de adicción al alcohol, evidenciable en la Gráfica 1.

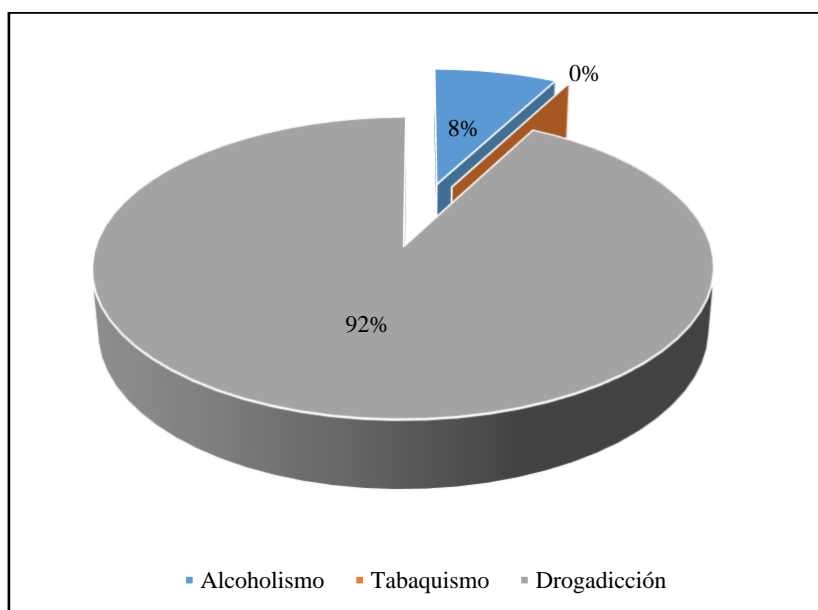


Gráfico 1. - Cantidad de residentes con problemas de adicción y adicciones adicionales.

Fuente: Residentes del centro de rehabilitación.

Además, se constató de adicciones concomitantes, así los que padecían adicción a las drogas, también tuvieron adicciones al alcohol y al tabaco; por lo tanto, el total de test aplicados fueron 25, de los cuales 12 (cerca del 50%) fueron de tipo drogadicción, 28% test de adicción al alcohol, y 24% realizaron test de tabaquismo.

En la Gráfica 2 muestra información sobre los síntomas recurrentes que los residentes del centro de rehabilitación persistían durante su tratamiento en las últimas 48 horas antes de aplicado el cuestionario, recabándose lo siguiente: el 50% persistió somnolencia; seguido de ansiedad con el 33%; también presentaron temblores, con el 11%; y el 7% restante continuaba con fatiga.

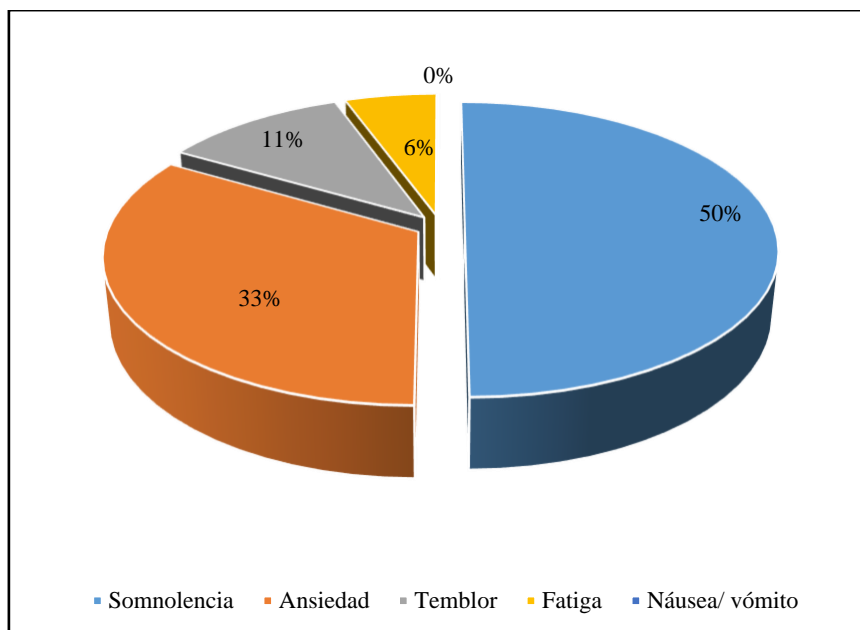


Gráfico 2. - Síntomas recurrentes de residentes con problemas de adicción.

Fuente: Residentes del centro de rehabilitación.

Referente a los trastornos mentales asociados, se recabó lo siguiente: el 57% padece de trastornos de ansiedad; y el 43% restante padecen trastorno depresivo como se evidencia en la Gráfica 3.

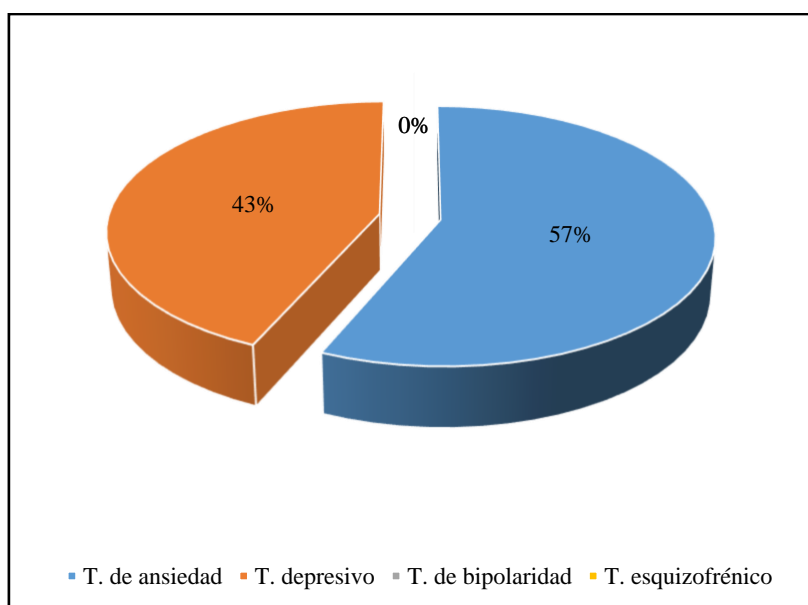


Gráfico 3. - Trastorno mental asociado de residentes con problemas de adicción.

Fuente: Residentes del centro de rehabilitación.

Los datos obtenidos a través de los test psicológicos a los residentes con problemas de adicción del centro de rehabilitación para establecer la dependencia del consumo de drogas, se recabó lo siguiente: 7 de los 12 test obtuvieron puntajes que oscilaron entre los 41 a 60 puntos, es decir, el 58% de los casos mantenían un grado importante de dependencia a las drogas; el 25% osciló

entre 26 a 40 puntos, interpretándose como dependencia moderada; y el 17% restante obtuvo 15 a 25 puntos, siendo dependencia leve a las drogas. Dichos datos son evidentes en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1. Dependencia al consumo de drogas de residentes con problemas de adicción

Valor	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
0-15	Tus respuestas no sugieren ningún grado de dependencia.	0	0 %
15-25	Presentas un cierto grado de dependencia a drogas.	2	17 %
26-40	Basados en tus respuestas tienes un uso y abuso de sustancias moderada.	3	25 %
41-60	Presentas un grado importante de dependencia a drogas.	7	58 %
61-75	Dependencia a drogas avanzada, que causa problemas serios en tu vida	0	0 %
Total		12	100 %

Fuente: Residentes del centro de rehabilitación.

En la Tabla 2 que se muestra a continuación, hace referencia a la dependencia al consumo del alcohol, donde se recabó lo siguiente: 4 de los 7 test oscilaron entre los 4 a 8 puntos, es decir, el 57% de los casos mantenía un grado grave de dependencia al alcohol; y el 43% restante tuvieron un puntaje mayor a 8 puntos, siendo una dependencia muy grave al alcohol que repercute en la calidad de vida del afectado.

Tabla 2. Dependencia al consumo de alcohol de residentes con problemas de adicción

Valor	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
0	No tiene ningún problema con el alcohol	0	0 %
1-3	Bebedor de alcohol con problema moderado.	0	0 %
4-8	Bebedor de alcohol con problema grave.	4	57 %
> 8	Bebedor de alcohol con problema muy afectando la calidad de vida.	3	43 %
Total		7	100 %

Fuente: Residentes del centro de rehabilitación.

12) Dependencia al consumo de tabaco de residentes con problemas de adicción del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas Esmeraldas.

En cuanto a la dependencia de consumo tabáquico, se recabó lo siguiente: de los 6 test se obtuvo por igual el grado de dependencia, es decir tanto la dependencia leve, moderada y grave a la nicotina fue del 33% como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3. Dependencia al consumo de tabaco de residentes con problemas de adicción

Valor	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
0-4	El fumador es poco dependiente de la nicotina	2	33 %
5-6	El fumador tiene una dependencia media	2	33 %
7-10	El fumador es altamente dependiente de la nicotina.	2	33 %
Total		6	100 %

Fuente: Residentes del centro de rehabilitación.

Durante el proceso de recolección de datos también se pudo constatar de manera directa (análisis crítico) y documentar a través de una ficha de observación la calidad de atención del centro de rehabilitación tanto al personal como a la infraestructura, es decir, de acuerdo a las dimensiones humana y del entorno, donde se obtuvo lo siguiente:

- Dimensión Humana: se evidenció que la calidad de atención del personal de salud del centro de rehabilitación fue Excelente según los aspectos de amabilidad, ética profesional, empatía y respeto a sus derechos humanos; y se catalogó como Bueno en el aspecto de honestidad.

Dimensión del entorno: se evidenció que la calidad de atención en base al entorno físico del centro de rehabilitación fue Excelente en lo que respecta a los aspectos de comodidad, ambientación y limpieza; y de los aspectos como privacidad y equipamiento se lo catalogó como Bueno.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Las personas con enfermedades mentales se consideran una de las patologías de terapéutica compleja, pues implica considerar factores externos como internos, así los trastornos adictivos, como la adicción por la drogadicción es de difícil manejo definitivo, por lo que es cuestionable a su vez la efectividad de esta; aun así, es necesario estudiarlas para contemplar una armonía en estos pacientes, ya que ese es el objetivo del personal de salud.

En Ecuador se han creado establecimientos para la atención de personas con problemas de adicción, los Centro Especializado en el tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), distribuidos en cada provincia, así en este estudio realizado en Esmeraldas, las cuales proponen una atención integral, oportuna y de calidad a las personas que presentan una afectación en su salud mental producto del consumo de sustancias psicotrópicas.

Se emplearon 3 instrumentos de estudio: un cuestionario de encuesta, test psicológicos y una ficha de observación que permitieron medir los aspectos principales para estudiar la calidad de atención hacia los residentes de la unidad de rehabilitación en estudio.

En el caso de la encuesta, determinó que los residentes tenían trastornos de adicción a las drogas, puras y mixtas, siendo las mixtas al alcohol y al tabaco, que padecían de somnolencia y temblores como síntomas frecuentes; y aún sufrían con ansiedad y depresión como trastornos mentales asociados; una realidad que viven la mayor parte de estos pacientes, porque estos resultados se evidencia igual en otros estudios aplicados en diferentes sectores a nivel nacional, por ejemplo, un estudio realizado en Cuenca sobre la relación de depresión, ideación suicida y consumo de sustancias en mujeres adolescentes en el CETAD “Hogar Victoria”, determinó que padecían con el 68.9% sintomatología depresiva, y con el 57.8% de estas mujeres adolescentes con problemas de consumo e ideación de moderado a alta intensidad. (59)

En el caso de los test aplicados a los residentes, con el fin de medir la efectividad de la terapéutica, como componente principal medible de la calidad de atención, se aplicaron a 3 tipos de test (test de drogadicción, alcoholismo y tabaquismo) ya que fueron los más frecuentes, cabe recalcar que no se encontró a ningún tabaquista puro, sino como un trastorno adicional. Entonces en el caso de los residentes con problemas de adicción a las drogas resultaron ser dependientes graves en más de la mitad de los casos; en los residentes con problemas de

adicción al alcohol, más de la mitad también tuvieron dependencia grave; y en el tabaquismo no hubo predilección en alguna categoría en vista que hubo partes iguales en la severidad de dependencia a esta adicción; estos últimos resultados que se han mencionado no es extrañarse que en otros estudios también se vean similares estos resultados cuando se les compara, así por citar una revisión sistémica realizado por Jiménez Muñoz, María (2016), cual determinó que los pacientes que padecen de adicciones es de complejo manejo debido a las factores emocionales, además de la severidad del trastorno adictivo, por lo que recomienda tomar medidas desde inicios del trastorno para no tener dificultades futuras. (60)

Y por último, al aplicar la ficha de observación se constató presencialmente excelencia en la dimensión humana, es decir, la parte ética, empatía, amabilidad, honestidad y el respeto a los derechos humanos; sin embargo, en la dimensión del entorno físico, tanto la privacidad como el equipamiento no alcanzaron la excelencia; tomando estos detalles es primordial que las atenciones en los servicios de salud, independientemente del área sanitaria, se deben tener todos los estándares en excelencia para satisfacer las necesidades de los pacientes e inclusive, de los acompañantes. Varios son los artículos que hacen mención de aquello, que en caso de tener resultados bajos de calidad, también es bueno porque lleva a la necesidad de mejoras, así el artículo realizado por Pérez Miguel y sus colaboradores, que realizando un estudio de calidad de atención a sus servicios de las áreas de urgencias y consulta externa del Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara, Colombia, obtuvieron una baja efectividad, por lo que se propusieron en la realización de un plan de mejoras. (61)

Cabe hacer mención que las terapias para estos pacientes que tienen problemas de adicción, principalmente a las sustancias estupefacientes, existe un componente fundamental para llevar a cabo su efectividad, y es el caso de los familiares o cuidadores del paciente, un estudio realizado en Quito en el año 2016, hace mención sobre la importancia de la terapia familiar estructural, la cual influye positivamente en el sentido de comunidad en los participantes de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencias, fomentando una vida libre de consumo y una funcionalidad adecuada en el ámbito social como familiar. (62)

La necesidad de hacer que las unidades de rehabilitación en nuestro medio se lleven a cabo, ya que demuestra también la efectividad terapéutica y por consiguiente mejora la calidad de la atención, así lo expresó la magister Celeste Patiño, Directora Distrital 08D01 Esmeraldas Salud, que por su jurisdicción está a cargo del CETAD la cual revela que existe un análisis del funcionamiento mensual de cada unidad, supervisión a la aplicación de protocolos terapéuticos

en la atención a pacientes, seguimiento a las planificaciones de actividades mensuales, inclusive se aplican capacitaciones técnicas al personal profesional, análisis del funcionamiento de los servicios externalizados y monitoreo a la aplicación del Plan de mantenimiento de la infraestructura. (63)

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La calidad de atención del personal de médico orientados al manejo clínico de los pacientes residentes del centro de rehabilitación fue excelente de acuerdo al ámbito de amabilidad, ética profesional, empatía y respeto a sus derechos humanos, sin embargo, a pesar de la misma persisten síntomas y trastornos mentales asociados, como la ansiedad en más de la mitad de los casos, por lo que se admitirían otros factores que alteren su rehabilitación.
- El soporte psicológico es bajo debido a la alta incidencia de trastornos de ansiedad y depresión, además de manifestaciones clínicas subsecuentes como somnolencia, ansiedad y temblores, además de la dependencia grave que resultaron en los test psicológicos teniendo en cuenta que casi la totalidad de los residentes de este centro de rehabilitación posee adicción a las drogas como dependientes puros y mixtos, de los cuales mantienen una dependencia grave, quedando la duda en la efectividad del manejo terapéutico o la sumancia de otros factores que afecten el resultado de la rehabilitación.
- El grado de comodidad institucional, los resultados fueron Excelentes en lo que respecta a los aspectos de bienestar, ambientación y limpieza; y de los aspectos como privacidad y equipamiento se lo catalogó como Bueno.
- El tratamiento psicoterapéutico de otras unidades de rehabilitación no fue llevada a cabo debido a la emergencia sanitaria, la cual interrumpió con el proceder de la misma.

5.2 Recomendaciones

A los responsables del centro de rehabilitación:

- Se asimile periódicamente la efectividad de las terapias aplicadas a los pacientes que se encuentren en las unidades de rehabilitación (trimestrales o semestrales).
- Indague que otros factores están alterando la terapéutica final de los pacientes con adicción.
- Se realice mejoras en el equipamiento y entorno del área de hospitalización de estas unidades.
- Continúen con investigaciones que den seguimiento y más estudios sobre esta problemática para llegar a una mejora de los tratamientos y efectividad de estos.

- Mantengan el enfoque de los cuidados de enfermería dirigidos a los internos del Centro Especializado en el tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas Esmeraldas, siempre orientados al beneficio de ellos

8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

8. 1. Cronograma

Cronograma													
Actividades		Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Planificación	Introducción	X											
	Planteamiento del tema	X											
	Justificación	X											
	Objetivos		X										
	Marco teórico		X										
	Antecedentes		X										
	Bases Legales		X										
	Diseño metodológico		X										
	Operacionalización de variables			X									
	Cronograma y Presupuesto			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Entrega final del trabajo			X					X			X	X
Ejecución	Recolección de datos						X	X					
	Análisis de datos								X	X	X	X	
	Discusión								X	X	X	X	
	Propuesta												
	Conclusiones								X				

	Recomendaciones								X				
	Referencias bibliográficas	X	X	X			X	X	X	X		X	
	Anexos: árbol de problemas; instrumentos; otros	X	X	X								X	
Cierre	Informe final											X	X
	Defensa final												X

8. 2. Presupuesto

Presupuesto			
Detalle	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Pagos de la Pontificia Católica Universidad Católica del Ecuador - Esmeraldas			
Proyecto de grado	1	1,500.00	1,500.00
Sub - total	1	-	1,500.00
Talento Humano			
Autor	1		
Asesor	1		
Lector	1		
Sub - total	3	-	
Recursos Técnicos			
Memoria flash	1	15.00	15.00
Impresora	1	300.00	300.00
Internet	1	30.00	30.00
Computadora	1	500.00	500.00
Sub - total	4	-	845.00
Materiales e insumos			
Resma de hojas	3	4.00	12.00
Tinta color negra para impresiones	2	12.00	22.00
Tinta de colores para impresiones	3	15.00	45.00
Esferos	3	0.50	1.50
Corrector líquido	1	1.50	1.50
Carpetas	4	0.25	1.00
CD-DVD	4	0.75	3.00
Sub - total	20	-	86.00
Total			2,431.00

8. 3. Fuente de financiamiento

Fuente de financiamiento	
Directo	Autofinanciado
Indirecto	-

9. REFERENCIAS

1. The World Bank. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 9. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>.
2. Nelson J. Scribd. [Online].; 2016 [cited 2020 04 23. Available from: <https://es.scribd.com/doc/223596386/Antecedentes-de-La-Calidad-en-Los-Servicios-de-Salud>.
3. Infobae. Los países con el mejor sistema de salud de América Latina. [Online].; 2014 [cited 2020 08 12. Available from: <https://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina/>.
4. Cortez JF. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria. Revista Espacios. 2018 febrero; 39(32).
5. Ávila T. Repositorio Pucese. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 9. Available from: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/698/1/AVILA%20BUSTOS%20TANIA%20XIMENA.pdf>.
6. Sociedad Española de Patología Dual. Patologiadual.es. [Online].; 2017 [cited 2020 4 23. Available from: http://patologiadual.es/prensa/np/2016junio28_NdP_decalogo-posicionamiento-patologia-dual.pdf.
7. Raffino ME. Concepto.de. [Online].; 2018 [cited 2020 abril 4. Available from: <https://concepto.de/gestion-de-calidad/>.
8. Isotools Excellence. ¿Qué son las normas ISO y cuál es su finalidad? [Online].; 2015 [cited 2020 5 9. Available from: <https://www.isotools.org/2015/03/19/que-son-las-normas-iso-y-cual-es-su-finalidad/>.
9. Jimenez D. Niveles del desempeño de niveles de calidad. [Online].; 2015 [cited 2020 Marzo 12. Available from: <https://www.pymesycalidad20.com/niveles-de-desempeno-de-un-sistema-de-calidad.html>.

10. Barrios MF. Calidad en los Servicios de salud. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2015 Junio; 30(2).
11. Hanefeld J, Timothy P, Dina B. Comprender y medir la calidad de la atención: abordar la complejidad. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 7. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309/en/>.
12. Sofia C. Adicciónary. [Online].; 2018 [cited 2021 Febrero 7. Available from: <https://www.recoveryanswers.org/addiction-ary/>.
13. Martínez B. Distintos actores de los servicios de salud. [Online].; 2015 [cited 2020 Abril 12. Available from: <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>.
14. Abbasi-Moghaddam MA. Evaluación de la calidad del servicio desde el punto de vista de los pacientes. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3998-0>.
15. Ante F. Evaluación, calidad y gestión de calidad. [Online].; 2016 [cited 2020 Marzo 12. Available from: <https://www.uv.es/macas/T10.pdf>.
16. Emilio C. Evaluación, calidad y gestión de calidad total en documentación. [Online].; 2016 [cited 2021 enero 27. Available from: <https://www.uv.es/macas/T10.pdf>.
17. Superintendencia de salud. Indicadores de salud. [Online].; 2016 [cited 2020 septiembre 18. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-14437_recurso_1.pdf.
18. Yépez Chamorro MC, Ricaurte Cepeda M, Jurado Fajardo DM. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pato, Colombia. [Online].; 2018 [cited 2020 septiembre 18. Available from: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3721/pdf>.
19. Excellence IT. Claves para conocer los indicadores de calidad de enfermería. [Online].; 2015 [cited 2021 enero 28. Available from: <https://www.isotools.org/2015/03/12/claves-para-conocer-los-indicadores-de-calidad-de-enfermeria/>.

20. Larrea M, Armas , Díaz C. Atención integral del consumo excesivo de alcohol y drogas. [Online].; 2016 [cited 2021 febrero 8. Available from:
https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/9_Protocolo_alcohol_tabaco_y_otras_drogas.pdf.
21. O.M.S.. Adicción. [Online].; 2017 [cited 2020 abril 12. Available from:
<https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/es/>.
22. Alvarado R. Adicciones. [Online].; 2015 [cited 2020 Abril 12. Available from:
<http://www.adicciones.org/enfermedad/causas.html>.
23. O.M.S.. La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. [Online].; 2017 [cited 2020 Abril 12. Available from:
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>.
24. Blahd WH. Consumo de alcohol y drogas. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://www.uofmhealth.org/health-library/alcpb>.
25. O.P.S.. Crece el consumo nocivo de alcohol en las Américas. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 8. Available from:
https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=647:crece-el-consumo-nocivo-de-alcohol-en-las-americas&Itemid=1005#:~:text=El%20consumo%20nocivo%20del%20alcohol,del%20riesgo%20para%20la%20salud.
26. abuse NIod. Entendiendo el consumo de drogas. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>.
27. Jr HA. Problemas de uso y abuso de alcohol y otras drogas en adolescentes. [Online].; 2018 [cited 2021 febrero 8. Available from: [https://www.jahonline.org/article/1054-139X\(91\)90008-L/fulltext](https://www.jahonline.org/article/1054-139X(91)90008-L/fulltext).
28. Alberta SdSd. Lesiones por el abuso de sustancias. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 11. Available from: <https://myhealth.alberta.ca/alberta/Pages/Alcohol-other-drugs-and-injuries.aspx>.

29. UU.) AdSdSMYAdS(. Enfrentando la adicción en Estados Unidos: Informe del Cirujano General sobre el alcohol, las drogas y la salud. [Online].; 2016 [cited 2021 febrero 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/>.
30. Larrea MJ. Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. [Online].; 2016 [cited 2020 Abril 12. Available from: https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/9_Protocolo_alcohol_tabaco_y_otras_drogas.pdf.
31. Cáceres SG. Protocolo de intervención de enfermería en los CAD. [Online].; 2015 [cited 2020 Abril 12. Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>.
32. Cardenas R, Cobeña , García J. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del servicio de emergencia del hospital Hipolito UNANUE. [Online].; 2017 [cited 2020 Septiembre 2. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1405/Calidad_CardenasMatto_Rosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
33. H.Hoppen T. Is high-quality of trials associated with lower treatment efficacy? A meta-analysis on the association between study quality and effect sizes of psychological interventions for pediatric PTSD. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027273582030043X>.
34. Eransus JA. Atención de enfermería en drogodependencia. [Online].; 2016 [cited 2020 Abril 12. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/26826/TFG%20Jon%20Arg%C3%BCelles.%20Atenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20la%20drogodependencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
35. abuse Niod. Enfoques para el tratamiento de drogadicción. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf>.

36. O.M.S.. Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 8. Available from: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf.
37. drogas Stdpycd. Plan de prevención nacional de control de drogas. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 8. Available from: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/PLAN_NACIONAL_DE_PREVENCION_INTEGRAL_Y_CONTROL_DEL_FENOMENO_SOCIO_ECONOMICO_DE_LAS_DROGAS_2017-2021.pdf.
38. Lizarazo N. Prevención en Familias del Consumo de drogas y alcohol. [Online].; 2017 [cited 2021 febrero 8. Available from: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/1-Guia-Prevencion-Drogas_Formadores.pdf.
39. Valdés A, Vento C. Drugs, a global health problem. [Online].; 2015 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>.
40. Health NIo. Enfoques de tratamiento para la drogadicción – DrugFacts. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>.
41. Robles M. Cuidados de enfermería a pacientes del CETAD. [Online].; 2019 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1839/1/ROBLES%20VARGAS%20%20MAR%C3%8DA%20DANIELA.pdf>.
42. Riviere AP. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina. [Online].; 2016 [cited 2020 Abril 13. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1&ua=1.
43. González H. Atlantic International University (AIU). [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 9. Available from: <https://www.aiu.edu/Spanish/CALIDAD-DE-LA-ATENCION.html>.

44. Castillo Fernández E, Gómez Sánchez E, Mata Martín J, López Torrecillas F. Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato. *Revista Accion Psicológica*. 2016 Junio; 13(1).
45. González Roscigno E, Mujica Díaz A, Terán Mendoza Ó, Guerrero Alcedo J, Arroyo Alcvarado D. Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Adictive Behavior*. 2016 enero; 1(1).
46. Quispe V, Zapata Córdova M, Grasse K. Universidad Césa Vallejo. [Online].; 2018 [cited 2020 4 25. Available from:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/38715/Valverde_QMH-Zapata_CGK.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
47. Gomez FMI. Calidad de atencion y grado de satisfaccion de los usuarios de consulta externa del Centro de Atencion de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. *Revista Peruana de MEDicina Integrativa*. 2017 junio; 2(2).
48. Müller O. Patient's early satisfaction with care: a. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020 Enero; 18(6).
49. Rodriguez F. La calidad de vida desde la perspectiva de las. [Online].; 2016 [cited 2016 Abril 13. Available from:
http://www.monfortedelemos.es/sites/default/files/pdf/articulos_sanidad/Calidad_de_vida_Adicciones_REVCALASIS_2016.pdf.
50. Ciobanu I. Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatientswith substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychology, Health & Medicine*. 2019 Octubre; 134(20).
51. Pelayo L. Factores que afectan la participación de los profesionales de la atención primaria de salud y sus pacientes en facilitar el acceso a la detección de alcohol en línea y una breve intervención. [Online].; 2019 [cited 2020 Abril 24. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31128838>.
52. Cuidados de enfermería a los pacientes de CETAD, esmeraldas. [Online].; 2018 [cited 2020 Abril 13. Available from:

<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1839/1/ROBLES%20VARGAS%20%20MAR%C3%8DA%20DANIELA.pdf>.

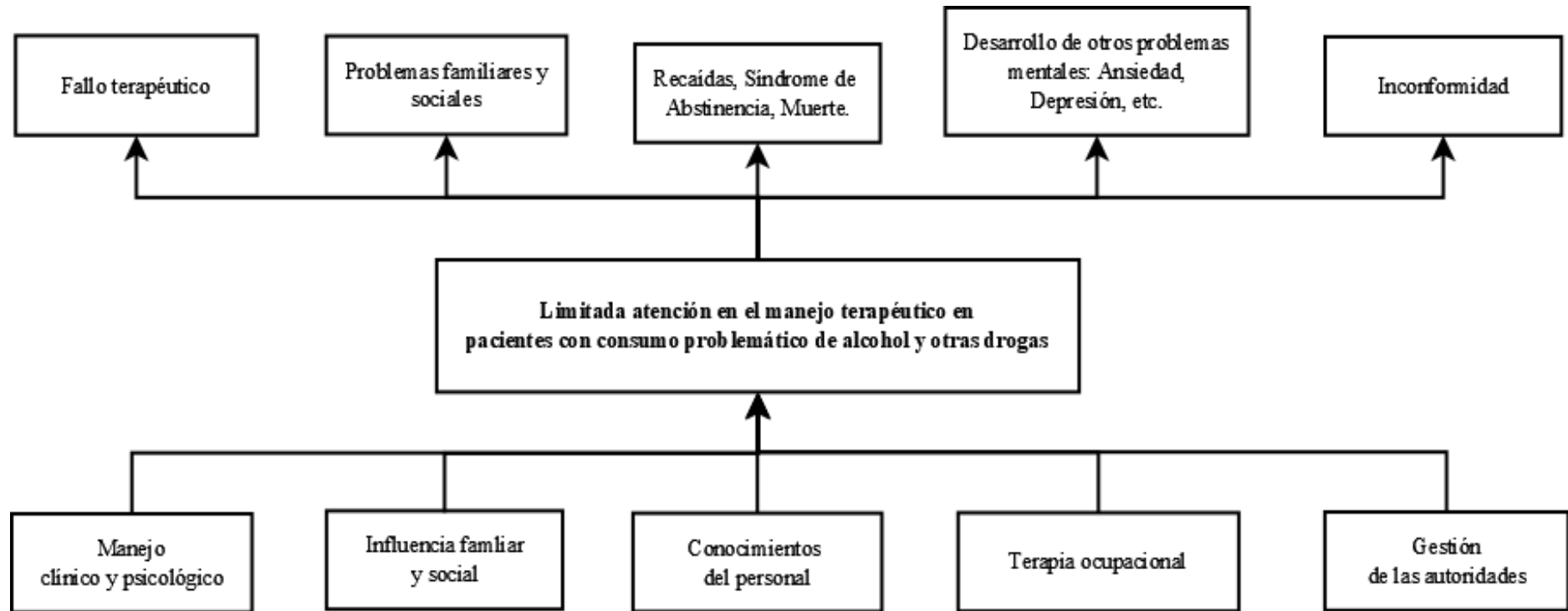
53. Ecuador CdIRd. Reglamento ley prevencion integral fenomeno socio economico drogas. Constitucion de la Republica del Ecuador. 2016 Marzo.
54. Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2020 29 02. Available from: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.
55. drogas Rdlcepadpcpdcpdao. Ediciones legales. [Online].; 2015 [cited 2021 febrero 8. Available from: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/REGLAMENTO-PARA-CENTROS-DE-RECUPERACION.pdf>.
56. Alavarado S. Auto Diagnóstico para la Dependencia Química. [Online].; 2020 [cited 2020 8 12. Available from: <http://www.adicciones.org/diagnostico/formularios/dx-drogas.html>.
57. Alcohólicos Anónimos de Guatemala. AAGuatemala. [Online].; 2017 [cited 2020 8 12. Available from: <http://www.aaguatemala.org/test.html>).
58. Infodrogas. Tabaco - Test de Fagerström de dependencia de la nicotina. [Online].; 2020 [cited 2020 8 12. Available from: <https://www.infodrogas.org/drogas/tabaco?start=6>.
59. Lucía PPA. Consumo de sustancias y depresión. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 5. Available from: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9654>.
60. Jiménez Muñoz M. Papeles de los Profesionales en Enfermería en el manejo de adicción a las drogas. [Online].; 2016 [cited 2020 10 7. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24739/TFG-L1563.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
61. Pérez Pulido MO, Giampaolo O, Ramoni Perazzi , Valbuena Vence M. Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigma. [Online].; 2016 [cited 2020 10 5. Available from: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2018.v44n2/325-343/>.

62. Alejandro JGJ. Terapia familiar estructural y sentido de comunidad dentro de una comunidad terapéutica de abuso y drogodependencias. [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 5. Available from: <http://192.188.53.14/handle/23000/6116>.
63. ACCES. El tratamiento del consumo problemáticos de alcohol y drogas se brinda con una atención de calidad en el CETAD Esmeraldas. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 5. Available from: <http://www.calidadsalud.gob.ec/el-tratamiento-del-consumo-problematicos-de-alcohol-y-drogas-se-brinda-con-una-atencion-de-calidad-en-el-cetad-esmeraldas/>.
64. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2020 4 12. Available from: http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf.
65. Centro Psicológico Consuelo Tomás. Centro Psicológico Consuelo Tomás - tratamientopsicologicos.es. [Online].; 2015 [cited 2020 4 12. Available from: <https://tratamientopsicologicos.es/en-que-consiste-una-terapia-o-tratamiento-psicologico/>.
66. Medlineplus. Medlineplus. [Online].; 2020 [cited 2020 4 12. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>.
67. Molina Ad. Conexión ESAN. [Online].; 2016 [cited 2020 4 11. Available from: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>.
68. Porto JP. Definición.de. [Online].; 2015 [cited 2020 4 12. Available from: <https://definicion.de/tratamiento/>.
69. Definición XYZ. Definicion.xyz. [Online].; 2018 [cited 2020 4 12. Available from: <https://www.definicion.xyz/2018/02/analisis-socio-demografico.html>.
70. Rodriguez R. Implementacion de sistema de calidad. [Online].; 2016 [cited 2020 Marzo 12. Available from: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10974/CAPITULO_4.pdf%3Bsequence%3D6.

71. Payá B. Consumo de sustancias. Factores de riesgo. [Online].; 2014 [cited 2020 Abril 12]. Available from: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_consumo_sustancias_riesgo_factores_protectores.pdf.
72. UNODC. Informe mundial de drogas. [Online].; 2016 [cited 2020 Abril 12]. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf.
73. Cruz Díaz J, Vivian Gaino L, De Souza J. Características clínicas e sociodemográficas dos pacientes de um centro de reabilitação para as dependências. [Online].; 2016 [cited 6 10 2020]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200417&script=sci_arttext&tlng=es.

10. ANEXOS

Anexo N°1. Árbol de problemas



Anexo N°2. Conceptualización y operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Técnica/ Instrumento
Determinar el nivel de calidad de atención en base al manejo médico a través de la evaluación clínica de los pacientes con dependencia de compuestos adictivos.	Manejo médico	Conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión. (64)	Criterios de buena práctica médica: -Ausencia de síntomas clínicos	-Síntomas y signos de abstinencia: Fatiga, ausencia de placer, ansiedad, irritabilidad, somnolencia, agitación, paranoia, vómitos y/o temblor.	Encuesta/ Cuestionario de preguntas.
	Adicción	Es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación (64)	Tipos de adicción	Adicción a las drogas y similares. Adicción al alcohol Adicción al tabaco	
Examinar el soporte psicoterapéutico proporcionado a los pacientes del Centro especializado en	Manejo psicológico	Psicología Clínica, esta tiene por finalidad el diagnóstico, tratamiento, resolución y prevención de problemas de salud mental, emocionales o de	Criterios de buena práctica psicológica: -Ausencia de síntomas psicológicos	Test psicológico de adicción a drogas.	Entrevista/ Test de drogas del Dr. Saul Alvarado; Test de alcohol de AAG; y
				Test psicológico de adicción al alcohol.	

tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, según los trastornos mentales asociados.		conducta. Por tanto, la aplicación de las diferentes técnicas de psicología clínica sobre un paciente es lo que se denomina psicoterapia. (65)		Test psicológico de adicción al tabaco.	Test de tabaquismo de Fagerstrom.
	Trastornos mentales	Son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento (66)	Tipos de trastornos mentales asociados a la adicción	Ansiedad; Depresión; Trastorno bipolar; Esquizofrenia; Otros.	Encuesta/ Cuestionario de preguntas.
Identificar el grado de comodidad del centro de rehabilitación del Centro especializado en tratamiento de consumo problemático de	Calidad de atención en salud	Calidad es la capacidad o aptitud que tiene un producto o servicio de satisfacer los deseos y necesidades de un cliente en un momento específico. Cuando llevamos la definición de calidad al campo de los Servicios de Salud toma más relevancia, pues no solo incluye lograr la satisfacción del paciente, sino	Dimensión Técnico - científico	Efectividad Eficacia Eficiencia Seguridad Integridad	Test psicológicos y encuesta.
			Dimensión Humana	Derechos humanos Honestidad Amabilidad Ética Empatía	Observación/ Ficha de observación.

alcohol y otras drogas.		mejorar su calidad de vida, extenderla y en muchos casos, evitar que se enferme o muera. (10)	Dimensión del entorno	Comodidad Ambientación Limpieza Privacidad Equipamiento	
-------------------------	--	--	-----------------------	---	--

Anexo N°3. Encuesta - Cuestionario de preguntas

Encuesta – cuestionario de preguntas

Tema: Calidad de atención en manejo terapéutico a pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, Esmeraldas

Seleccione la(s) opción(es) con un círculo según la respuesta ofrecida por el paciente.

Tipo de adicción:

Drogas o similares/ Alcohol / Tabaco/ Otro_____

Trastorno mental asociado:

Ansiedad/ Depresión/ Trastorno bipolar/ Esquizofrenia/ Otro_____

Síntoma o síntomas presentadas en últimas 48 horas:

Fatiga/ Ausencia de placer/ Ansiedad/ Irritabilidad/ Somnolencia/ Agitación/ Paranoia/
Vómitos / Temblores/ Otro_____

Anexo N°4. Ficha de observación

		Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	Malo
Dimensión Humana	Derechos humanos					
	Honestidad					
	Amabilidad					
	Ética					
	Empatía					
Dimensión del entorno	Comodidad					
	Ambientación					
	Limpieza					
	Privacidad					
	Equipamiento					

Anexos N°5. Entrevista estructurada: Test Psicológicos

Test Psicológico: Adicción a las drogas

Objetivo: Analizar la calidad de atención a través del manejo terapéutico en los pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, Esmeraldas.

Dirigido a: pacientes residentes con trastornos de adicción al consumo de drogas.

Marcar una sola respuesta brindada por el paciente.

1. ¿Qué tan seguido piensas que tienes problema con drogas?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Cada vez que tomo

2. ¿Usas drogas en la mañana?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

3. ¿Usas drogas para relajarte o para aliviar la ansiedad?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

4. ¿Se quejaron alguna vez tus familiares por tu uso de drogas?

- 0 = Nunca lo hacen
- 1 = Rara vez

- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre que tomo

5. ¿Te sucedió alguna vez que usaste más drogas de lo que tenías planeado?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

6. ¿Desperdiciaste alguna vez oportunidades importantes profesionales, sociales o familiares por estar usando drogas?

- 0 = Nunca me ha pasado
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

7. ¿Se vieron afectadas tus relaciones de pareja por tu uso de drogas?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente

- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

8. ¿Sientes que estás gastando mucho dinero en tu uso de drogas?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

9. Luego de estar usando drogas ¿te sientes culpable o arrepentido de lo que hiciste?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

10. ¿Fuiste acusado, detenido por cualquier situación, o has tenido algún accidente relacionado con tu uso de drogas?

- 0 = Nunca
- 1 = Una vez
- 2 = Dos veces
- 3 = Tres veces
- 4 = Cuatro veces
- 5 = Mas de cuatro veces

11. ¿Te prometiste a ti mismo o a otros que vas a dejar de usar drogas, y luego descubriste que no lo puedes cumplir?

- 0 = Nunca
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre

12. Cuando usas drogas, ¿se te olvida parte de lo que hiciste?

- 0 = Nunca me ha pasado
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente

- 4 = Muy seguido
- 5 = Siempre que tomo

13. ¿Qué tan seguido fuiste atendido médicamente por razones que están ligadas a tu uso de drogas (intoxicación, taquicardia, ataques de pánico, alucinaciones, etc.)?

- 0 = Nunca me ha pasado
- 1 = Rara vez
- 2 = Ocasionalmente
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Muy seguido
- 5 = Cada vez que tomo

14. ¿Se ve afectada tu productividad por estar usando drogas?

- 0 = Nunca se afecta mi trabajo
- 1 = Rara vez tengo problemas en mi trabajo por estar tomando
- 2 = Ocasionalmente tengo problemas en mi trabajo por estar tomando
- 3 = Frecuentemente tengo problemas en mi trabajo por estar tomando
- 4 = Muy seguido tengo problemas en mi trabajo por estar tomando
- 5 = Siempre que tomo tengo problemas en mi trabajo

15. ¿Buscaste ayuda para resolver este problema?

- 0 = Nunca
- 1 = Una vez antes
- 2 = Dos veces
- 3 = Tres veces
- 4 = Cuatro veces
- 5 = Mas de cuatro veces

Resultados: ___ puntos.

Interpretación:

- **0-15:** Tus respuestas no sugieren ningún grado de dependencia.
- **15-25:** Presentas un cierto grado de dependencia a drogas.
- **26-40:** Basados en tus respuestas tienes un uso y abuso de sustancias moderada.
- **40-60:** Presentas un grado importante de dependencia a drogas.
- **60-75:** Dependencia a drogas avanzada, que causa problemas serios en tu vida

Test Psicológico: Adicción al alcohol

Objetivo: Analizar la calidad de atención a través del manejo terapéutico en los pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, Esmeraldas.

Dirigido a: pacientes residentes con trastornos de adicción al consumo del alcohol.

Responder “Sí” o “No” de acuerdo a la respuesta brindada por el paciente.

1. ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber durante una semana o más tiempo, sin haber podido cumplir el plazo?
2. ¿Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle de que deje de beber?
3. ¿Ha cambiado de una clase de bebida a otra con objeto de evitar emborracharse?
4. ¿Se ha tenido que tomar algún trago a primeras horas de la mañana durante el último año?
5. ¿Envidia usted a las personas que pueden beber sin meterse en líos?
6. ¿Ha tenido algún problema relacionado con la bebida durante el último año?
7. ¿Ha ocasionado su forma de beber dificultades en su hogar?
8. ¿Trata usted de conseguir tragos "extras" en las fiestas, por temor de no tener suficiente?
9. A pesar de que en ocasiones no es capaz de controlarse, ¿ha continuado usted afirmando que puede dejar de beber cuando quiera?
10. ¿Ha faltado al trabajo, universidad o colegio durante el último año a causa de la bebida?
11. ¿Ha tenido alguna vez "lagunas mentales" (olvido de actos realizados) a causa de la bebida?
12. ¿Ha pensado alguna vez que podría llevar una vida mejor si no bebiera?

Resultado: ____ respuestas afirmativas.

Interpretación:

Ninguna respuesta afirmativa: Usted no tiene ningún problema con el alcohol.

De 1 a 3 respuestas afirmativas: Bebedor de alcohol con problema moderado.

De 4 a 8 respuestas afirmativas: Bebedor de alcohol con problema grave.

Más de 8 respuestas positivas: Bebedor de alcohol con problema muy afectando la calidad de vida.

Test Psicológico: Adicción al tabaco

Objetivo: Analizar la calidad de atención a través del manejo terapéutico en los pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, Esmeraldas.

Dirigido a: pacientes residentes con trastornos de adicción al consumo de tabaco.

Marcar una sola respuesta brindada por el paciente.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

- Hasta 5 minutos..... 3
- De 6 a 30 minutos..... 2
- De 31 a 60 minutos..... 1
- Más de 60 minutos..... 0

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares prohibidos como hospital?

- Sí.....1
- No.....0

3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

- El primero de la mañana.....1
- Cualquier otro.....0

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Menos de 10 cigarrillos/día.....0
- Entre 11 y 20 cigarrillos/día.....1
- Entre 21 y 30 cigarrillos/día.....2
- 31 o más cigarrillos.....3

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

- Sí.....1
- No..... 0

6. ¿Usted fuma a pesar que esté enfermo?

- Sí.....1
- No..... 0

Resultado: ___ puntos.

Interpretación:

- **0 y 4 puntos:** El fumador es poco dependiente de la nicotina
- **5 o 6 puntos:** El fumador tiene una dependencia media
- **7 y 10 puntos:** El fumador es altamente dependiente de la nicotina.

Anexo N°6. Consentimiento Informado

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas

Maestría en Salud Pública, mención Atención integral en urgencias y emergencias



Consentimiento Informado

Calidad de atención en manejo terapéutico a pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, Esmeraldas

Autora: Lcda. Nathaly Stefanía Andrade Heredia

Introducción: En Ecuador la ingesta de estas sustancias cada vez es mayor y a edades más tempranas, las personas con consumo nocivos de sustancias presentan efectos negativos tanto en el entorno familiar, social, personal. Se debe abordar este tipo de investigación analizar si los protocolos existentes y la atención de estos centros creados exclusivamente para las personas con este problema de salud reciban una atención integral y de calidad contemplada en la normativa.

Objetivo: Analizar la calidad de atención a través del manejo terapéutico en los pacientes del Centro Especializado en Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, Esmeraldas.

Yo, _____ con cédula de identidad número _____, una vez que se me ha informado acerca de los propósitos, objetivos de sobre la entrevista que se me realizará para la investigación Calidad de atención según el manejo terapéutico en los pacientes del CETAD, accedo a participar voluntariamente en la misma. Este documento muestra mi voluntad de participar en la investigación. La información se usará exclusivamente para este proyecto de investigación y serán totalmente confidenciales. La información recabada estará bajo la responsabilidad del investigador. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido.

Firma: _____

Fecha: _____