



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POST GRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS**

**MAESTRIA EN GERENCIA HOSPITALARIA
III Promoción**

Previa obtención del título de Magíster

***Implementación de una Unidad de Conductas Adictivas
en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce***

Integrantes:

FABRIZIO DELGADO CAMPODONICO

GLENDIA RAMOS MARTINEZ

Directora

Jacqueline Mejía Luna, MBA

Guayaquil, Septiembre 2010

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

III PROMOCIÓN

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE GRADO

En la ciudad de Guayaquil, a los veintinueve días del mes de noviembre de 2010, en el Aula A2 de la **ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, ESPAE**, de la **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL, ESPOL**, sustentó su tesis de grado: **IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE** el Dr. **FABRIZIO VICENTE DELGADO CAMPODONICO**, obteniendo la siguiente calificación:

Nombres	Nota promedio sustentación	Nota promedio documento escrito	Calificación Final

Actuaron como miembros del Tribunal los docentes: **Ma. Elizabeth Arteaga G.**, **Cecilia Palacio G.** y **Jacqueline Mejía L.**, quienes firman a continuación:


MA. ELIZABETH ARTEAGA G.


CECILIA PALACIO G.


JACQUELINE MEJÍA L.
TUTORA

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

III PROMOCIÓN

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE GRADO

En la ciudad de Guayaquil, a los veintinueve días del mes de noviembre de 2010, en el Aula A2 de la **ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, ESPAE**, de la **ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL, ESPOL**, sustentó su tesis de grado: **IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE** la Dra. **GLENDAMARTINEZ RAMOS MARTINEZ**, obteniendo la siguiente calificación:

Nombres	Nota promedio sustentación	Nota promedio documento escrito	Calificación Final

Actuaron como miembros del Tribunal los docentes: **Ma. Elizabeth Arteaga G., Cecilia Palacio G. y Jacqueline Mejía L.**, quienes firman a continuación:


MA. ELIZABETH ARTEAGA G.


CECILIA PALACIO G.


JACQUELINE MEJÍA L.
TUTORA

RESUMEN EJECUTIVO	5
CAPÍTULO I	7
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Justificación	9
1.3 Bases del proyecto	9
1.4 Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General	10
1.4.2 Objetivos Específicos	10
1.5 Componentes del proyecto	11
CAPÍTULO II	12
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	12
2.1 Identificación del producto	12
2.2 Identificación de Aliados Estratégicos	13
2.3 Matriz de Marco Lógico	14
CAPITULO III	16
3. Estudio de Mercado	16
3.1. Investigación de Mercado en el 2007	16
3.2 Estimación de la demanda insatisfecha	17
3.2.2 Promoción y Difusión	19
CAPITULO IV	20
4. Ingeniería de proyecto: Desarrollo de los componentes	20
4.1 Infraestructura para la clínica	20
4.1.1 Capacidad Instalada	20
4.1.2 Diseño de implementación del Proyecto	23
CAPÍTULO V	24
5.1. DEFINICIÓN DE PROCESOS	24
5.1.2 Proceso de Consulta Externa	24
5.1.3 Proceso de Admisión y Tratamiento	25
5.1.4 Procesos de atención terapéutica	26
5.2. Método:	26
5.2.1 Proceso General de Internamiento	28
5.2.2 Proceso de Atención de Enfermería	28
5.2.3 Protocolos de Tratamiento:	30
CAPITULO VI	31

6. ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN	31
6.1 <i>Recursos Humanos.-</i>	31
6.2 Capacitación.-	32
6.3 Gestión Administrativa	33
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS	33
GRÁFICO 10: ORGANIGRAMA UCA	33
 CAPÍTULO VII.....	 35
7. IMPACTO AMBIENTAL.....	35
 CAPÍTULO VIII.....	 36
8. ANÁLISIS ECONÓMICO	36
8.1 Equipamiento o Mobiliario	36
 CAPÍTULO IX.....	 38
9. Análisis Financiero	38
9.1 Ingresos	40
9.2 Costos.....	40
9.3 Personal	41
Monto total	43
USD 320.441.52.....	43
 CAPÍTULO X.....	 45
10. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.....	45
10.1 Sostenibilidad Social	45
10.2 Sostenibilidad Institucional	45
10.3 Sostenibilidad Económica-Financiera	45
10.4 Conclusiones	45
10.5 Recomendaciones.....	45
 ANEXOS	 46
 ANEXO 1.....	 47
ESTUDIO CONSEP 2007.....	47
 ANEXO 2.....	 52
Procesos.....	52
 ANEXO 3.....	 54

ETAPAS.....64

ANEXO 4..... 66

Horario de Actividades de UC A66

ANEXO 5..... 68

PLAN DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN68

ANEXO 6..... 69

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA.....69

ANEXO 7..... 75

PLAN DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL.....75

Propósito y Objetivos75

Propósito.....75

ESTRATEGIAS.....76

Objetivos del curso76

ANEXO 8..... 79

PLAN DE PASANTIAS.....79

BIBLIOGRAFÍA..... 80

RESUMEN EJECUTIVO

Proyecto: "Implementación de una Clínica para atención de pacientes con conductas adictivas en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce".

La finalidad del Proyecto es implementar una clínica especializada en la atención y tratamiento de pacientes con abuso de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas para contribuir con la disminución de la incidencia, prevalencia y morbilidad causados por este trastorno, lo que consideramos un aporte significativo y de alto impacto en la sociedad guayaquileña y de la región. Esta Unidad responde a necesidades prioritarias no resueltas.

De acuerdo a lo manifestado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "el consumo y dependencia de drogas afecta de modo significativo la calidad de vida de las personas y, en razón de su magnitud, trascendencia y elevado costo social y económico, se le considera entre los más graves problemas de salud pública. La disponibilidad de drogas para el consumo en el continente americano se encuentra favorecida por la proximidad de los centros de producción y las rutas del tráfico ilícito, lo que facilita la oferta de estas sustancias a un relativo bajo costo, acentuándose sus repercusiones". Este problema se agrava en nuestra ciudad por la presencia de "clínicas" de atención a pacientes drogodependientes carentes de personal técnico calificado y una metodología apropiada. Las pocas unidades que reúnen los requisitos mínimos indispensables son demasiado costosas, como lo refleja una investigación de mercado realizada por el hospital (ver Estudio de Mercado).

Por este motivo, se ha puesto en evidencia la necesidad de formar una clínica de rehabilitación especializada en la evaluación y tratamiento de las farmacodependencias y otras conductas adictivas, con personal multidisciplinario altamente calificado, espacios físicos apropiados, con metodología de tratamiento acorde con estándares internacionales que garantice una atención de alta calidad con confiabilidad y calidez. Hace pocos meses los autores presentaron un estudio de factibilidad para la creación de una Unidad para el tratamiento de los trastornos adictivos como Tesis de Especialidad dentro de la Maestría en Gerencia Hospitalaria en la que mostraron su viabilidad.

Con la finalidad de conocer las características del mercado, se realizó una encuesta de percepción a la ciudadanía a 400 personas en la que se evidenció la aceptación a la creación de esta clínica por el prestigio de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y de sus profesionales. También se evidenció el desconocimiento de la población respecto a que el Hospital Lorenzo Ponce brinda este tipo de atención actualmente en consulta externa, y que hay una población demandante potencial. Respecto a la competencia, los precios

propuestos en el servicio y el valor agregado que se ofrece son inferiores al costo promedio que es de USD 1080.

En el presente documento se encontrará un estudio arquitectónico para la implementación de la clínica de rehabilitación, para lo que realizará la remodelación y adecuación del edificio que anteriormente era el Pensionado de Mujeres del Hospital Lorenzo Ponce, lo que permitirá el tratamiento simultáneo de 30 pacientes en su etapa inicial. En el capítulo 9.1 se encontrará el mobiliario necesario para la Clínica de Rehabilitación del Hospital Lorenzo Ponce, en su mayoría ya existen en el inventario del Hospital. Otros serán adquiridos a través de financiamiento por parte de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Con el fin de brindar un óptimo servicio, se contará con 1 Médico Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 Trabajadora Social, 4 Enfermeras Profesionales, 1 Asistente Administrativo, 9 Ayudantes de Enfermería, 5 Operadores Vivenciales y Personal de Servicios Varios. Para la implementación del presente proyecto, se capacitó a todo el personal involucrado, esta capacitación se la hizo en cuatro fases:

1. Plan de capacitación interna, de 40 horas con aval académico.
2. Pasantías en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (Cotemuaz) por una semana.
3. Asistencia al curso Farmacodependencia y Patología Dual, Congreso Internacional de Psiquiatría Zona 4 de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y de la Asociación Psiquiátrica Latinoamericana (APAL) que se celebró en nuestra ciudad en Noviembre del 2009.
4. Capacitación en Farmacodependencia y Patología Dual exclusiva para el personal de la UCA por los expertos que vinieron al Congreso Internacional WPA – APAL celebrado en Noviembre del 2009.

Monto de Inversión

USD 277.749.10

Podremos observar, en el análisis institucional y financiero, que el Proyecto es sostenible y sustentable.

Capítulo I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

Según la OPS, “el consumo y dependencia de las drogas afecta de modo significativo la calidad de vida de las personas y en razón de su magnitud, trascendencia y elevado costo social y económico, se le considera entre los más graves problemas de salud pública”.

La disponibilidad de drogas, que generan dependencia adictiva, para el consumo en el continente americano, se encuentra favorecida por la proximidad de los centros de producción y las rutas del tráfico ilícito, lo cual establece una gran diversidad en cuanto a la oferta de estas sustancias a un relativo bajo costo (CONSEP). El incremento de la oferta y la demanda de drogas lícitas e ilícitas para el consumo han acentuado también sus repercusiones.

El CONSEP manifiesta en la Segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas (2003) en estudiantes de enseñanza media realizada por ellos que “en los últimos diez años el país ha cambiado de ser una zona de tránsito de drogas a un centro de acopio, incipiente producción, envío camuflado de sustancias y lavado de dinero. Esto ha causado una grave situación en los jóvenes entre 12 y 18 años.

El consumo, junto a escasas campañas de prevención de sustancias adictivas para los adolescentes, ha determinado que el consumo de drogas se duplique en los últimos ocho años.

Los investigadores encuestaron a 13.912 estudiantes de colegios públicos y privados del país entre las edades de 13 y 15 años. El resultado global es que el consumo de licor, tabaco y las drogas ilícitas, se inicia a menor edad y que es cada vez mayor el número de jóvenes que consumen.

La comparación de estudios de 1998 y 2005 mostró que los jóvenes prueban drogas un año antes que entonces. El 12,8 % de los estudiantes han probado alguna vez alguna sustancia, es decir unos 128 000 de jóvenes, de entre más de un millón de estudiantes secundarios.

Ciertos resultados obtenidos causaron sorpresa. En el caso de la marihuana la edad de consumo es 2 años más temprana que antes. Ahora los niños inician el consumo a los 12 años, durante la transición a la adolescencia, cuando buscan roles de vida. El padre José Antonio López, del Hogar para Jóvenes Infractores Virgilio Guerrero, considera que este incremento en la incidencia y prevalencia de consumo de drogas es el resultado de la falta de recursos para programas masivos en el campo preventivo, así como de ayuda a los afectados, por el incumplimiento de la Ley Antidrogas.

Por otro lado, el 73% de los encuestados admitió haber probado alcohol desde los 14 años.

En noviembre de 1986 en un acuerdo con el Ministerio de Salud de aquella época y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se abre la primera Unidad de Fármaco-dependencia en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, con los servicios de:

Consulta Externa, en donde se atendió a pacientes que venían por su propia decisión o enviados por autoridades competentes.

Hospitalización, en donde se disponía de seis camas para personas únicamente del sexo masculino, atendidos por un médico psiquiatra, quien ejercía las funciones de Jefe de la unidad, un Psicólogo, una Enfermera profesional, una Trabajadora Social, tres Auxiliares de Enfermería y personal de servicios varios.

Los servicios de atención antes mencionados se mantuvieron a lo largo de 16 años, en los cuales se dio cobertura a cerca de 20.000 pacientes con abuso de sustancias psicoactivas.

Las conductas adictivas, sus efectos y consecuencias en el individuo, familia y sociedad, en la actualidad constituyen un gran problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. El Ecuador no es la excepción, de acuerdo a informes del CONSEP, el 75% de las personas mayores de 15 años consumen alcohol, con una prevalencia de alcoholismo de 7.7%, lo que desencadena o trae consecuencias relacionadas como la violencia, el abuso sexual, y el maltrato al menor en una escala porcentual de 20 a 75, incluyendo los accidentes.

El impacto económico en la sociedad es otra consecuencia significativa de esta enfermedad ya que ocasiona un incremento en las demandas de atención en salud, en pérdidas de puestos de trabajo, mayor ausentismo, menor productividad y por ende menor bienestar socio familiar. Esta enfermedad afecta no sólo al adicto sino también a su familia y a la sociedad.

Estas circunstancias han sido motivo de preocupación e inquietud en la alta dirección de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, así como también de las autoridades del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, quienes consideran la necesidad de implementar una Unidad de Conductas Adictivas que permita entregar atención especializada mediante una metodología terapéutica moderna y de alta calidad, de contenido humano ético y espiritual, con personal altamente calificado y espacios físicos apropiados, que logren la rehabilitación y reinserción bio-psico-socio-familiar del paciente.

Esto contribuirá en la disminución del consumo y sus consecuencias en el individuo, la familia, y en la sociedad, con impacto local y regional.

En la actualidad, el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce brinda atención anual a 800 pacientes aproximadamente en el área de hospitalización prolongada y

Tratamiento Electroconvulsivante, Hospital de Día, Electroencefalografía y Dpto. de Medicina Interna (Cardiología, Pediatría, Ginecología y Dermatología), Unidad de Estabilización Clínica. Además, el servicio de Consulta Externa cuenta con la especialidad de Neurología.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Implementar una clínica especializada en la evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos adictivos, para contribuir a la disminución de la incidencia, prevalencia y morbilidad causados por este trastorno, mediante un programa terapéutico - educativo basado en el modelo de Comunidad Terapéutica de tipo Mixto. Para que cada paciente, en interacción con el grupo, construya y lleve a cabo su proyecto de vida, siendo agente y protagonista de su propio cambio.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Rediseñar el área de Pensionado de Mujeres del Hospital Psiquiátrico para la atención exclusiva de pacientes con conductas adictivas.
- Equipar el área de trabajo de acuerdo con los lineamientos, requerimientos y necesidades específicos para la atención de pacientes con conductas adictivas.
- Realizar un Plan de Marketing para la promoción y difusión del nuevo servicio.
- Establecer un proceso terapéutico, fundamentado en las guías internacionales y en las Normas de la OMS (Modelo Mixto de Comunidad Terapéutica).
 - Estructurar un proceso de atención por etapas.
 - Elaborar objetivos concretos y medibles para cada etapa.
 - Generar mayor conciencia de cambio en los usuarios
 - Abordar a los usuarios mediante un trabajo terapéutico y educativo encaminado a la construcción de un proyecto de vida.
 - Desarrollar el tratamiento desde un enfoque multidisciplinario, respetando los derechos humanos de los internos.

diariamente a 200 pacientes en Consulta Externa (alrededor de 60.000 por año)¹ se atiende todo tipo de alteraciones psicológicas y psiquiátricas, tanto a hombres y mujeres de todas las edades.

1.2 Justificación

El Planteamiento del problema para el presente proyecto, se resume en la necesidad de implementar una clínica de rehabilitación, especializada en la atención y tratamiento de pacientes con trastornos por conductas adictivas.

Las principales causas del problema son:

Informes o reportes de los diversos organismos de salud, anuncian incremento en la prevalencia de las adicciones a nivel local y nacional. Según el CONSEP, el número de fármaco-dependientes se encuentra en franco crecimiento a nivel mundial, siendo un factor preocupante en los países en vías de desarrollo, en los que las condiciones de pobreza y frustración sumados la carencia de servicios adecuados acrecientan el fenómeno, tal como lo corroboran nuestras estadísticas en la población general con el agravante de que nuestra institución en su último análisis encuentra que habría un 12% de consumidores en estudiantes de educación media (Anexo 1).

La adicción no es un problema solo del paciente, sino que afecta a toda su familia. En la ciudad de Guayaquil, existen pocos centros o casas de rehabilitación idóneos para atender a pacientes con éste problema que está afectando a buena parte de la población ecuatoriana, sin diferencia de edad ni de género. La mayor parte de los centros existentes, no ofrecen los tratamientos adecuados, ni cuentan con el personal técnico especializado y con experiencia en el campo.

Existe un desconocimiento por parte de la ciudadanía Guayaquileña, de que el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, también brinda atención a pacientes con problemas de drogadicción y/o alcoholismo en su Consulta Externa (69% de los encuestados).

1.3 Bases del proyecto

El Lorenzo Ponce, es el Hospital Psiquiátrico más grande del Ecuador y recibe pacientes de todas las regiones del país, de todos los estratos sociales, en especial a personas indigentes y de escasos recursos; cuenta con una infraestructura que le permite albergar a 950 pacientes, distribuidos en 8 salas generales (4 para varones y 4 para mujeres), Pabellón Infanto Juvenil, Dos edificios para hospitalización privada. Unidad de Terapias Breves, Unidad de

¹ Según el Departamento de Estadísticas del hospital

1.5 Componentes del proyecto

1. Infraestructura (Remodelación)
2. Equipamiento
3. Recursos Humanos
4. Capacitación e Inducción
5. Gestión Administrativa y Técnica.

La institución en la que se va a desarrollar el Proyecto es el Hospital Lorenzo Ponce de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil. Está ubicado en la Av. Pedro Menéndez Gilbert al Noreste de la ciudad, diagonal al Hospital de SOLCA. El **título del proyecto es: “Implementación de una Unidad para el Tratamiento de Pacientes con Conductas Adictivas en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce”**. Su duración será doce meses. Su **finalidad es** Ofrecer a la población afecta un Servicio de óptima calidad para el tratamiento de los trastornos adictivos y sus consecuencias en el plano bio-psico-socio-espiritual. Contribuir a la recuperación y rehabilitación psico-social del paciente con conductas adictivas en la sociedad, disminuyendo los patrones de exclusión social.

Capítulo II

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 Identificación del producto

Luego de la admisión, el paciente entrará en un proceso de desintoxicación y adaptación a la Unidad. Se le entregará el material educativo necesario, incluyendo las reglas y normas de la Unidad, se le asignará un Tutor y se le explicará lo que se espera de él durante las diferentes fases del proceso de tratamiento hasta culminar con la elaboración de su plan de vida y el desprendimiento gradual.

Programa Residencial Reeducativo (Comunidad Terapéutica)

Este programa busca consolidar y ofrecer una propuesta pedagógica-terapéutica para el abordaje de las conductas adictivas y en especial, la farmacodependencia y sus problemáticas asociadas en la población adulta, buscando la construcción de un proyecto de vida que permita su reinserción social y familiar, basado en el modelo de comunidad terapéutica (hogares Claret).

Tiene como uno de sus objetivos lograr el desarrollo humano del usuario buscando sanar y resignificar su historia y al mismo tiempo potenciar sus habilidades relacionales, a fin de lograr una vinculación sociofamiliar en la cual logre un estilo de vida sobrio y digno para la ejecución de su proyecto de vida que dé sentido a su existencia, previo cumplimiento de los objetivos de cada fase y etapa. Para mayor detalle, ver Anexos 2 y 3.

Horario de Actividades

La unidad trabajará de lunes a domingo de 06h00 a 22h00 con el equipo multidisciplinario. Los fines de semana actuarán los grupos de autoayuda. Para mayor detalle, ver Anexo 4.

2.2 Identificación de Aliados Estratégicos

TABLA 1: ALIADOS ESTRATÉGICOS

Aliados Estratégicos			
Involucrados (instituciones, organización o individuos)	Tipo de involucramiento	Intereses en el Proyecto	Recursos disponibles para el Proyecto
Auspiciadores			
Autoridades del Hospital.	Planificar y controlar la Calidad del Servicio	Directo: Utilización de un área desocupada. Solucionar problema de pacientes adictos	Proyecto contemplado en el Plan Estratégico, considerado prioritario
Médico Jefe, Psicólogos Clínicos	Realizar la atención y terapias respectivas	Áreas acondicionadas con mobiliario y equipos médicos apropiados.	Médico (1), Psicólogos (2)
Enfermeras y Auxiliares de Enfermería	Atención directa al paciente	Que la infraestructura brinde las condiciones y seguridades necesarias	Enfermeras Profesionales (4) Ayudantes de Enfermería (9)
Beneficiarios Directos			
Pacientes	Reciben las terapias y procedimientos de rehabilitación	Reinserción social de pronta y mejor pronóstico por mejor servicio multidisciplinario	
Personal que labora en clínica	Atención directa	Desarrollo de sus potencialidades y habilidades profesionales. Estabilidad laboral y buen ambiente de trabajo	Médico Psiquiatra (1), Psicólogos Clínico (2) Trabajadora Social (1), Operadores Vivenciales (4)
Beneficiarios Indirectos			
Familiares de los pacientes	Reciben atención hospitalaria indirecta (acompañamiento de paciente) y terapia familiar)	Reunificación familiar, menos días de hospitalización, menor costo de tratamiento	

2.3 Matriz de Marco Lógico

TABLA 2: MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FINALIDAD			
Contribuir a la recuperación y rehabilitación del paciente con conducta adictiva en la sociedad, disminuyendo los patrones de exclusión social.	Disminución de la incidencia, prevalencia y morbi-mortalidad causados por los trastornos adictivos Se espera que el 60% de los pacientes egresados, se mantengan libres de recaídas al año de su egreso.	• Informes técnicos • Monitoreo	Existen recursos económicos que garanticen la continuidad de acciones para mejorar la gestión del Hospital.
PROPÓSITO			
Implementar una clínica especializada en la atención y tratamiento de pacientes con abuso de sustancias psicoactivas y contribuir con la disminución de los índices de incidencia, prevalencia y morbi-mortalidad causados por este trastorno.	Una clínica de rehabilitación de referencia local y regional, con implementación y adecuación, según procedimientos técnicos.	• Estadística • Planos de remodelación • Fotos	El cumplimiento de los programas por parte de los pacientes.
RESULTADOS PREVISTOS (COMPONENTES)			
1. Edificio y áreas verdes remodelados y adecuados. 2. Área de trabajo equipada de acuerdo a los lineamientos, específicos. 3. Recurso Humano capacitado y especializado.	• Se remodeló el edificio donde funcionaba el pensionado de mujeres, con un área de 866.94m², se adecuó cinco habitaciones individuales, nueve dobles y siete camas semiprivadas. • Se implementó el área física con capacidad para 30 pacientes, inicialmente solo de sexo masculino. • Se implementará un plan de capacitación interno, y pasantías en otras instituciones por tiempo variable. • Se utilizarán protocolos de normas Internacionales para la gestión administrativa y de atención a los pacientes y sus familiares.	• Preformas, Facturas, Contratos de Remodelación. • Informe arquitectónico • Proformas, facturas. • Informes • Historias clínicas • Informes de atención médica • Reporte plan de cursos • Listado de asistencia • Fotografías • Reportes médicos y administrativos • Actas, Resoluciones Informes y documentación con	• Mejor desempeño de todos los empleados auxiliares y profesionales de la Clínica de Rehabilitación • Un mejor servicio tanto a los pacientes, como a sus familiares que ingresen al tratamiento de rehabilitación. • Existirá un mejor conocimiento del problema a través de las opiniones de la comunidad. • Se garantizará el buen servicio a los pacientes y sus familiares • Red de apoyo de organismos cooperantes en el proyecto.

ACTIVIDADES		soporte justificativo	
Contratación de Arquitecto responsable de la obra. Compra de materiales y Permiso de Construcción. Remodelación Área Pensionado de Mujeres de 866.94 mts2, planta baja, la clínica contará con cinco habitaciones individuales, nueve compartidas (dobles), un Semiprivado con siete camas, existen áreas verdes, comedor, cocina, sala de estar, dos consultorios, Trabajo Social y Estación de Enfermería.	USD 34.099.75	Presupuesto, facturas, Contratos, Reporte Técnico. Fuentes:	Que los desembolso lleguen puntuales, luego de la aceptación del informe técnico y financiero.
Restauración de 30 camas, material de escritorio para los médicos, trabajadora social, enfermería, material de lencería y material de cocina. Materiales de recreación	USD 5.751,00	Proformas Facturas	Que la compra de equipos y mobiliarios sean oportunos.
Curso de capacitación a todo el personal tanto Médico como Paramédico en la asistencia directa del paciente y su rehabilitación (46 recursos humanos). (Autofinanciado)	USD 653.67	Informes	Que la comunidad apoye y se interese en este proyecto
Pasantías hospitalarias en Cuenca y Azogues para Médico, y Paramédico. Congreso internacional de Farmacodependencia.	USD 2.188.00	Reportes de asistencias, Informe Técnico. Reportes médicos	

Continuación TABLA 2

CAPITULO III

3. Estudio de Mercado

3.1. Investigación de Mercado en el 2007

Para el diseño del proyecto se realizó una encuesta de percepción a la ciudadanía, en el mes de agosto del 2007. La encuesta se realizó a 400 personas localizadas en diferentes sitios de la ciudad de Guayaquil, Durán, y la Puntilla - Samborondón, para conocer la apreciación de la gente, referente a la implementación de una nueva clínica o centro de rehabilitación para pacientes con problemas de adicciones dentro el hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

El objetivo para realizar la encuesta fue involucrar y tomar en cuenta las necesidades de la comunidad beneficiaria, como actores principales. El proyecto busca solucionar gran parte de los requerimientos planteados, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas del proyecto.

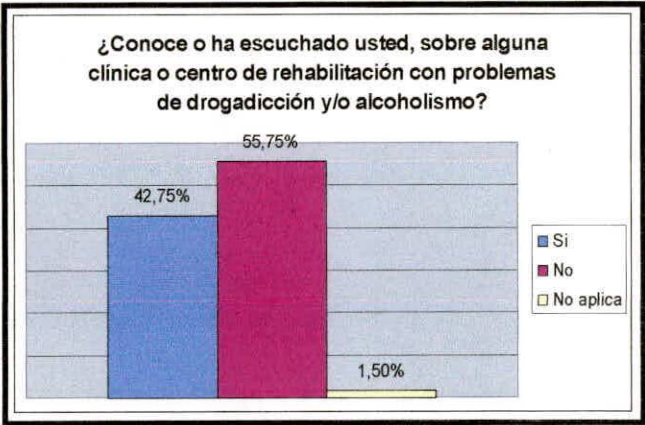
Participaron tanto hombres como mujeres, adultos y jóvenes, ellos dieron diversas opiniones o sugerencias. El 42% de las personas que dieron sus comentarios, sobre la creación y/o servicio de la clínica de rehabilitación para pacientes con conductas adictivas indicaron que:

- Es una buena idea crear esta clínica de rehabilitación, porque así podrán dar un gran servicio a la comunidad, ya que existen muchas personas con estos problemas en nuestra ciudad y en todas las ciudades del país.
- Sugieren que sea económico para que puedan acceder las personas más pobres o necesitadas,
- El hospital Lorenzo Ponce goza de buen prestigio, brinda buena atención y es confiable, ya que existen clínicas o centros que no brindan confianza.
- Deben brindar difusión a toda la ciudadanía de todas las especialidades que cuenta el hospital e inclusive sobre la atención a pacientes con conductas adictivas.
- Brindar charlas de prevención a los estudiantes de los Colegios y Universidades.

El 58% de los encuestados no opinó al respecto, porque no conocen de los servicios que brinda el hospital Lorenzo Ponce, para tal efecto, se preverá un plan de difusión.

3.2 Estimación de la demanda insatisfecha

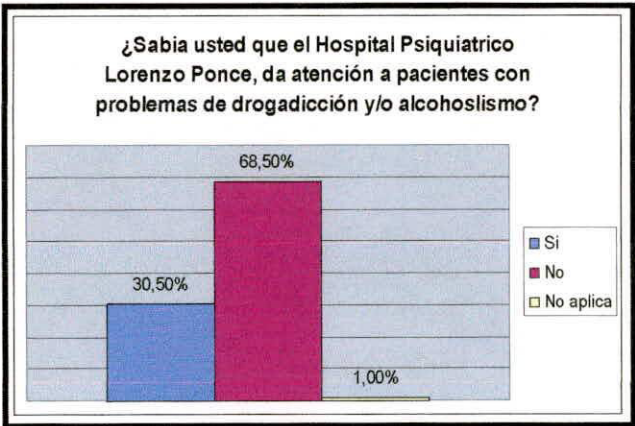
GRÁFICO 1



Fuente: Usuarios de la ciudad de Guayaquil
Elaborador por: Dirección de Proyectos JBG

Análisis: El 56% de los encuestados manifiestan que no conocen alguna clínica o centro de rehabilitación para pacientes con problemas de drogadicción en la ciudad de Guayaquil, mientras que el 43% si lo conocen (Ver Gráfico 1).

GRÁFICO 2



Fuente: Usuarios de la ciudad de Guayaquil

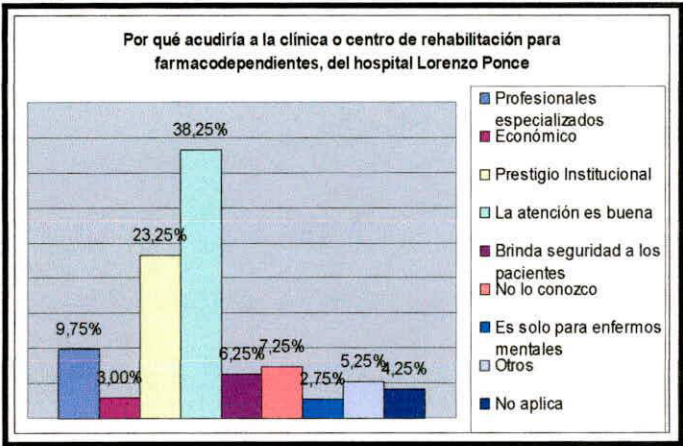
Análisis: De las personas encuestadas, el 69% no conocen que el hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce da atención a pacientes con problemas de drogadicción y/o alcoholismo (Ver Gráfico 2).

GRÁFICO 3



Fuente: Usuarios de la ciudad de Guayaquil

GRÁFICO 4



Fuente: Usuarios de la ciudad de Guayaquil

Análisis: Del universo de las personas encuestadas, 38% manifiestan que acudirían a la clínica de rehabilitación para drogadictos o alcohólicos del hospital Lorenzo Ponce, porque la atención es buena, 23% porque tiene prestigio, 10% porque sus profesionales son especializados para atender éste tipo de problemas, 3% porque ser económico, mientras las personas que no acudirían, porque no conocen al respecto (7%), porque es sólo para enfermos mentales (3%) Ver Gráficos 3 y 4.

TABLA 3: CLÍNICAS DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Nº.	INSTITUCIÓN	COSTO MENSUAL USD	OBSERVACIÓN
1	SENDEROS DE VIDA	USD 400	Tratamiento dura 4 meses 5 meses, 4 internamiento y 1 ambulatorio
2	HUELLAS DE LUZ	USD 800	6 meses internamiento y seis ambulatorio
3	CETA	USD 700	4 meses de internamiento y 8 de seguimiento
4	DESPERTAD	USD 2000	6 meses, el costo es diario, la más económica es habitación compartida.
5	FAITH	USD 1500 o 4500	

Nota: Los tratamientos en cualquiera de las clínicas arriba indicas es alrededor de 4 meses de internamiento y de 6 u 8 meses ambulatorio, el tratamiento es con psicólogos, psiquiatras y experiencias vivenciales.

3.2.2 Promoción y Difusión

El Dpto. de Marketing, Publicidad y Relaciones Públicas de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, estará a cargo de organizar la Promoción y Difusión de la Clínica de rehabilitación, para lograr en términos de cobertura el acceso de Servicios de la Clínica, de toda la comunidad hospitalaria y sociedad en general. (Anexo 5)

CAPITULO IV

4. Ingeniería de proyecto: Desarrollo de los componentes

4.1 Infraestructura para la clínica

4.1.1 Capacidad Instalada

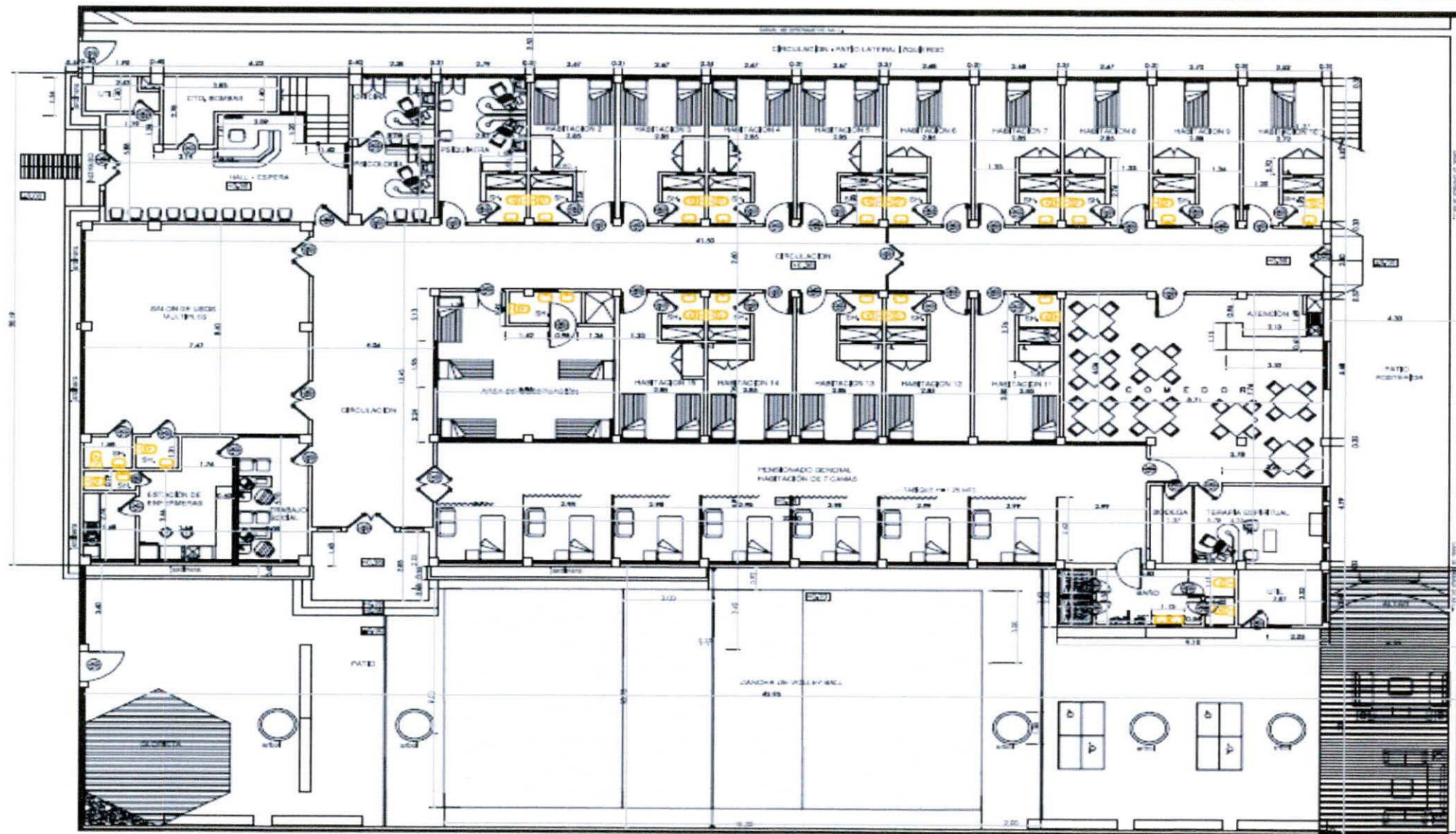
De acuerdo al informe arquitectónico, el hospital dispone de un edificio en el que anteriormente funcionaba el Pensionado de Mujeres, en el que se puede implementar el presente proyecto, mediante la adecuación de la planta baja que tiene un área de 866.94m², incluyendo las áreas verdes (Ver gráfico 5).

Propuesta de Remodelación

Para la implementación del presente proyecto, la parte técnica médica sugiere, que existan habitaciones individuales y compartidas, para lo cual se han asignado cinco habitaciones con una sola cama y baño privado, y nueve habitaciones con dos camas y baño privado. De igual manera se implementará un medio-pensionado con siete cubículos de una cama, con baño común. Se ha previsto además una Sala de Reuniones, un Área para Desintoxicación en la que se observará estrechamente a estos pacientes en esta etapa crítica (habitación para con cuatro camas), dos consultorios médicos, oficina de Trabajo Social, Estación de Enfermería, comedor, sala de estar y áreas verdes y área de recreación.

Se ha realizado un estudio arquitectónico, para la remodelación y/o ampliación, del Pensionado de mujeres del hospital Lorenzo Ponce, para la creación de la clínica de rehabilitación para pacientes con conductas adictivas, cuyo tratamiento está destinado inicialmente para comenzar con 30 pacientes.

En general la edificación presenta un buen estado que con un mantenimiento adecuado, se readecuarán todas las características y funcionalidad para brindar un buen servicio a los pacientes en su rehabilitación. La clínica contará con cinco habitaciones individuales, nueve compartidas (dobles), un Semiprivado con siete camas.



PROPUESTA DE REMODELACIÓN DE PLANTA BAJA

ESCALA 1:75

GRÁFICO 5: PROPUESTA DE REMODELACIÓN DE PLANTA BAJA

PRESUPUESTO REFERENCIAL REMODELACION CLINICA PARA PACIENTES CON CONDUCTAS ADICTIVAS HLP OBRAS

ITEM	RUBROS	UN	CANTIDAD	P.UNITARIO	TOTAL
1	Derrocamientos de paredes, pilaretes, tumbados, ceramicas, etc y desalojo	M2	48,50	7,50	363,75
2	Reparacion de pisos y paredes	Gb	1,00	450,00	450,00
3	Paredes moviles en madera	M2	18,60	45,00	837,00
4	Paredes de 10cms	M2	150,00	10,50	1.575,00
5	Pilaretes, viguetas/amarre y dinteles pared de 10cms	ML	45,00	18,00	810,00
6	Enlucidos	M2	300,00	7,50	2.250,00
7	Boquetes para puertas y ventanas	UN	13,00	45,00	585,00
8	Sellado de boquetes de puertas y ventanas	UN	4,00	50,00	200,00
9	Estructura metalica de caseta	KG	220,00	2,80	616,00
10	Cubierta steel panel	M2	24,36	18,00	438,48
11	Piso y paredes de ceramica	M2	96,00	18,00	1.728,00
12	Tumbados	M2	19,20	16,00	307,20
13	Ventanas corredizas de aluminio y vidrio	M2	3,50	55,00	192,50
14	Puertas metalicas	UN	1,00	120,00	120,00
15	Puerta de madera completa	UN	10,00	105,00	1.050,00
16	Puerta de baños	UN	6,00	85,00	510,00
17	Mesones normales	ML	44,20	180,00	7.956,00
18	Puntos de AASS	UN	18,00	45,00	810,00
19	Puntos de AAPP	UN	15,00	50,00	750,00
20	Tuberias de agua potable	ML	150,00	10,00	1.500,00
21	Instalaciones sanitarias de pvc 4"	ML	45,00	32,00	1.440,00
22	Instalaciones sanitarias de pvc 2"	ML	10,00	22,00	220,00
23	Registros para Instalaciones sanitarias de pvc 4"	UN	6,00	65,00	390,00
24	Servicios higienicos tanque bajo completo	UN	5,00	110,00	550,00
25	Lavamanos/porcelana completo	UN	6,00	90,00	540,00
26	Lavadero de acero inoxidable con griferias	UN	2,00	120,00	240,00
27	Tineta para ducha	UN	1,00	120,00	120,00
28	Duchas	UN	2,00	60,00	120,00
29	Resanes y empaste y pintura	M2	300,00	3,50	1.050,00
30	Puntos de alumbrado lamparas 3 x 32 para empotrar	PTO	10,00	110,00	1.100,00
31	Tomacorriente 110 V polarizados grado hospitalario	PTO	15,00	45,00	675,00
32	Sistema electrico y caja de breakers normales	GB	1,00	150,00	150,00
33	Puntos de alumbrado ojo de buey	PTO	6,00	50,00	300,00
34	Punto de red	PTO	6,00	28,00	168,00
35	Punto de teléfono	PTO	5,00	40,00	200,00
36	Limpieza y desalojo	GB	1,00	80,00	80,00

TOTAL COSTO DIRECTO	30.391,93
IMPREVISTOS 2%	607,84
DIRECCION TECNICA 10%	3.099,98
SUBTOTAL	34.099,75
I.V.A. 12%	4.091,97
TOTAL	38.191,71

TIEMPO DE EJECUCION MAXIMO 45 DIAS CALENDARIOS

TABLA 4: PRESUPUESTO REFERENCIAL

4.1.2 Diseño de implementación del Proyecto

Primera fase: La implementación del proyecto en la primera fase, tendrá una duración de 12 meses, incluyendo la adecuación de las áreas para este servicio, con una capacidad instalada para 30 pacientes mayores de edad del sexo masculino.

Cabe indicar que se ha considerado una ocupación del 90% de la capacidad instalada en la implementación del presente proyecto, 7 camas están destinadas para los pacientes que remitirían la MIMG u el MSP acorde con las conversaciones que se han tenido en ese sentido, 9 habitaciones compartidas (dobles) y 5 individuales.

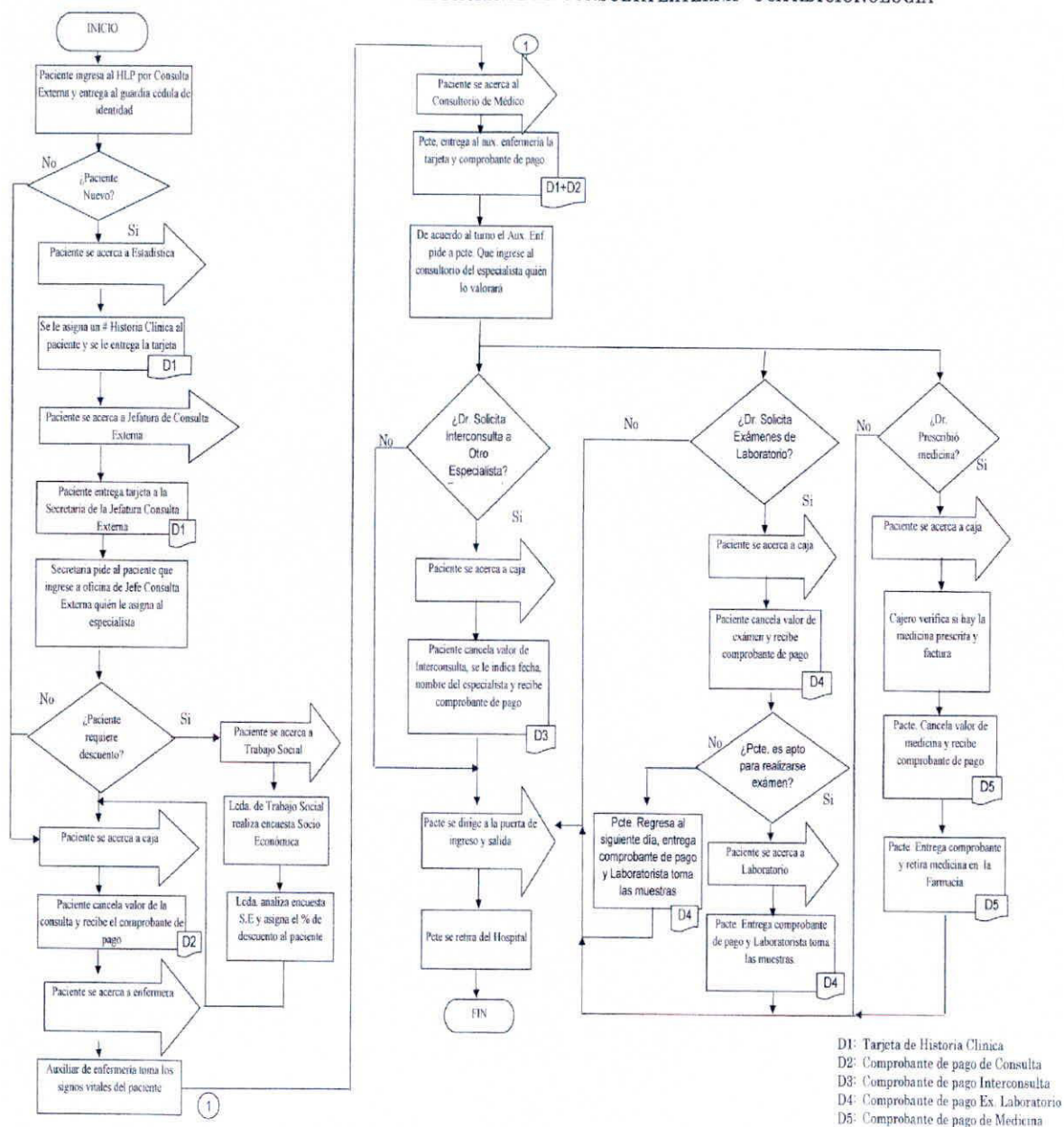
Capítulo V

5.1. DEFINICIÓN DE PROCESOS

5.1.2 Proceso de Consulta Externa

Este proceso se llevará a efecto para las consultas pre ingreso y para los controles post egreso de los pacientes (Ver Gráfico 6).

PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA - UCA ADICIONOLOGÍA



5.1.3 Proceso de Admisión y Tratamiento

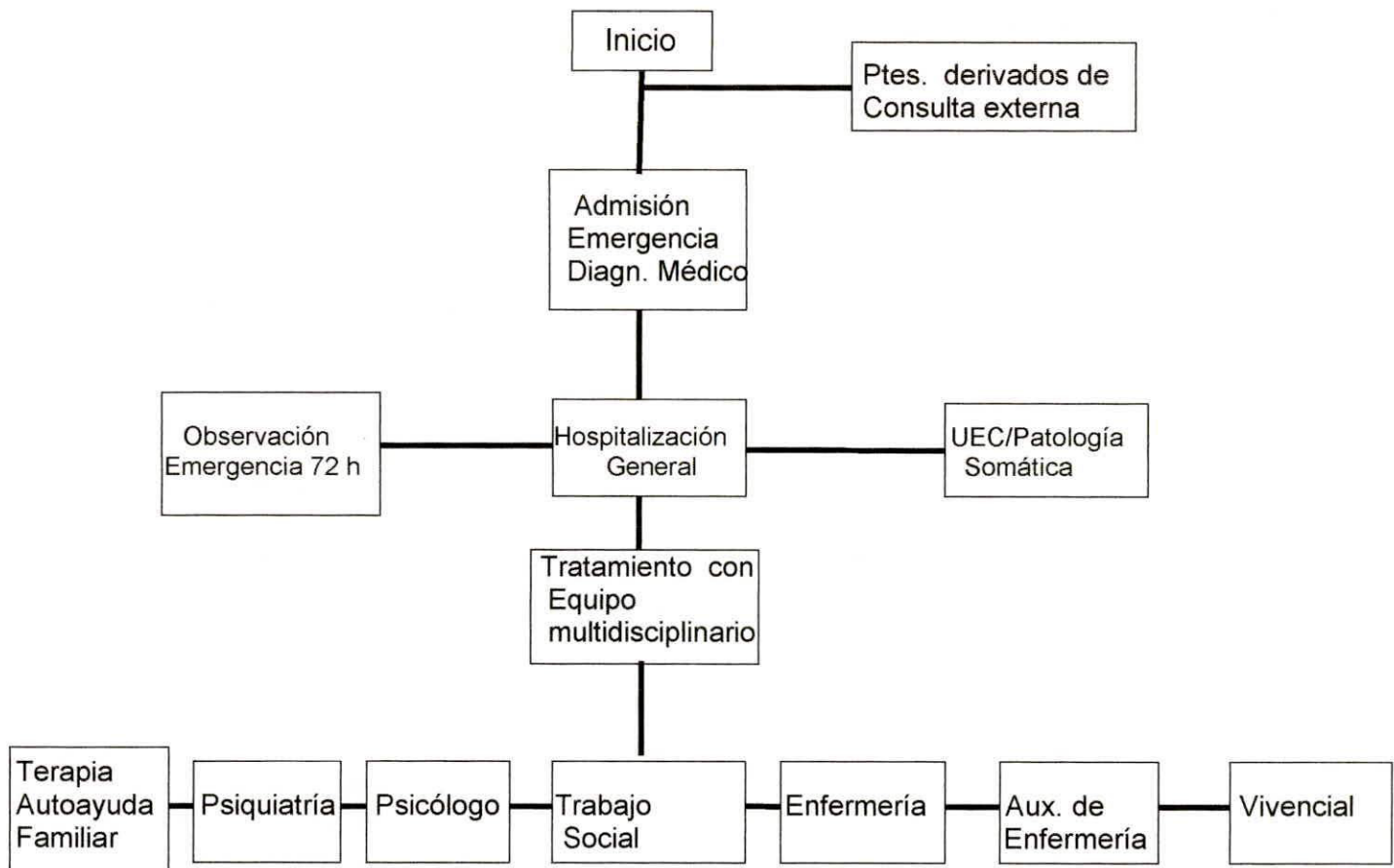


GRÁFICO 7: PROCESO DE ADMISIÓN E INTERVENCIÓN

Terapia Familiar:

Identificar y corregir interacciones disfuncionales, estilos de comunicación y niveles de jerarquía familiar.

Psiquiatría:

Evaluación diagnóstica y tratamiento especializado.
Integración del trabajo del equipo multidisciplinario.
Alta con plan terapéutico y previsión de recaídas.

Psicólogo:

Evaluación Psicométrica.
Psicoeducación.
Intervenciones Terapéuticas

Trabajadora Social:

Visita domiciliaria y evaluación socio-familiar.
Psicoeducación familiar.
Evaluación y seguimiento de casos luego del egreso.

Enfermería

Recibe, evalúa y ubica al paciente.

Revisa documentación, organiza historia clínica y solicita medicinas.

Administra medicamentos prescritos.

Auxiliar de Enfermería

Verifica y organiza medicamentos

Ayuda con el aseo y alimentación del paciente

Soporte Vivencial

Identificación con la historia de vida del paciente.

Apoyo al proceso de recuperación con programa vivencial.

5.1.4 Procesos de atención terapéutica

La dependencia a múltiples sustancias psicoactivas, es vista como un problema multifactorial, lo que implica la participación de un equipo multidisciplinario que incluye a un médico especialista en Psiquiatría debido a la alta incidencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes que abusan de sustancias, lo que hace necesaria su participación para fines de evaluación y su respectiva intervención farmacológica en caso de requerirse.

Esta clínica de conductas adictivas propone como política de atención “un tratamiento integral enfocado al paciente como un ser biopsicosocial y espiritual, con tratamiento farmacológico mínimo básico, dando énfasis a la necesidad de una abstinencia total de cualquier sustancia que altere el estado de ánimo y conducta. En esta línea tenemos que subrayar la importancia de la evaluación especializada y el diagnóstico oportuno de todos los usuarios, ya que en los centros de recuperación, los denominados pacientes irrecuperables, presentan con mucha frecuencia comorbilidad psiquiátrica y somática que no ha sido evaluada apropiadamente, lo que ha llevado a la cronificación de éste.

Tradicionalmente, los tratamientos en el abordaje de las conductas adictivas ha estado manejado por el programa de los 12 pasos, el cual busca una abstinencia absoluta para lo que se requiere que el usuario cumpla la tercera tradición que reza “que el único requisito para el ingreso al programa de 12 pasos, es tener el deseo de dejar de consumir; situación que nos pone en un dilema, ya que es bien conocido que más del 90% de pacientes que acuden a centros de rehabilitación vienen en contra de su voluntad; es decir no cumplen el requisito fundamental del programa que es querer dejar de consumir”.

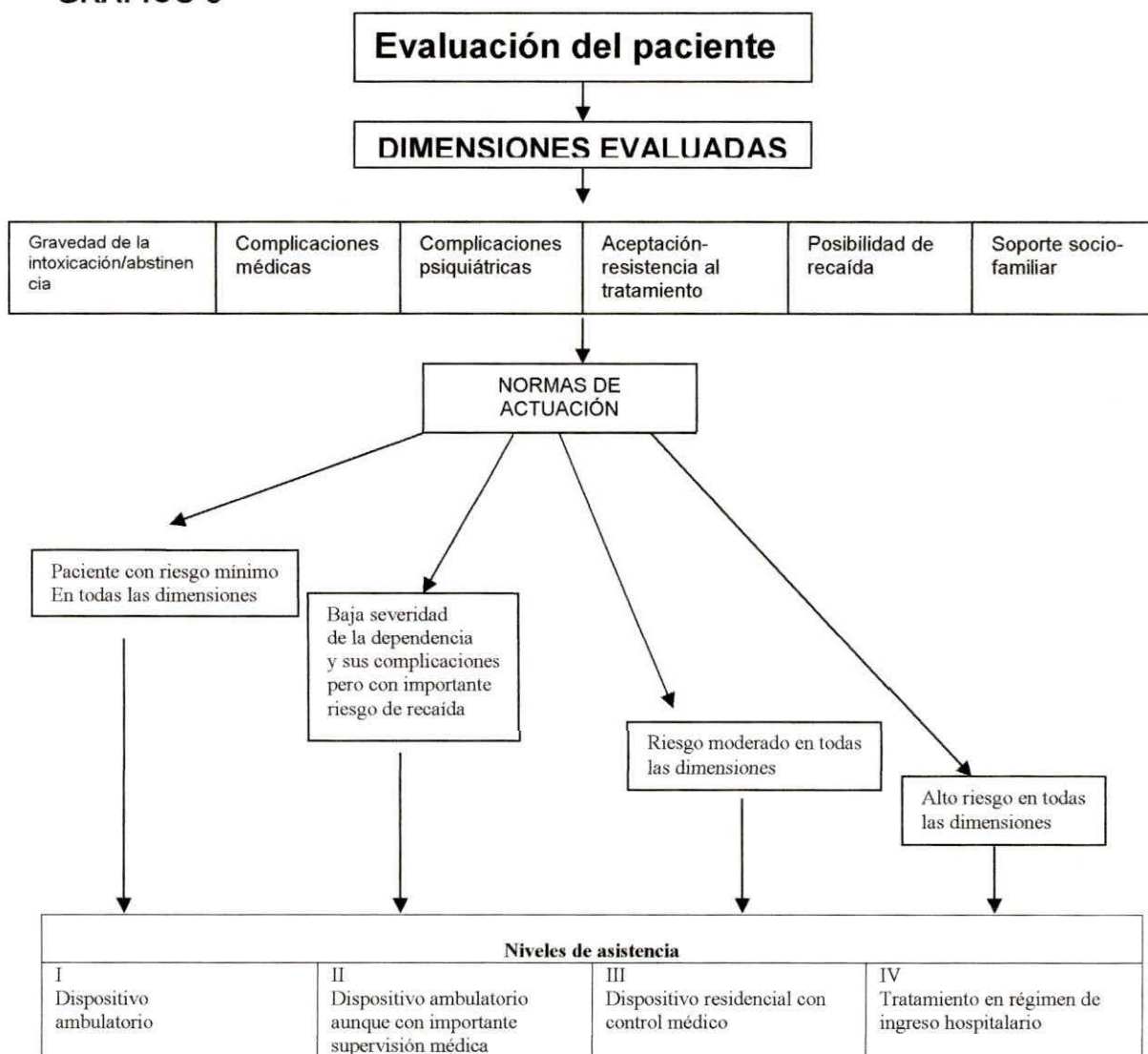
5.2. Método:

Para la atención de los usuarios de la clínica de conductas adictivas se plantea los siguientes abordajes (Anexo 6) Ver Gráfico 8:

- 1) Entrevista motivacional encaminada a desarrollar un deseo de cambio y el compromiso con estrategias específicas, el cual implica las siguientes

- etapas: Precontemplativa, Contemplativa de acción, y de Mantenimiento. (Anexo formato)
- 2) Desarrollo de habilidades de regulación de emociones, tolerancia de emociones de conciencia y de efectividad interpersonal
 - 3) Manejo de rasgos de personalidad predominantes que hayan iniciado, mantenido o exacerbado la conducta de consumo de sustancias así como las dificultades que influyen en la calidad de vida.
 - 4) Identificar y corregir dinámicas familiares disfuncionales que mantienen y exacerbaban la conducta adictiva.
 - 5) Prevención y manejo de recaídas.
 - 6) Participación extendida en grupos de 12 pasos.

GRÁFICO 8



Fuente: Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias UCA - HPLP

5.2.1 Proceso General de Internamiento

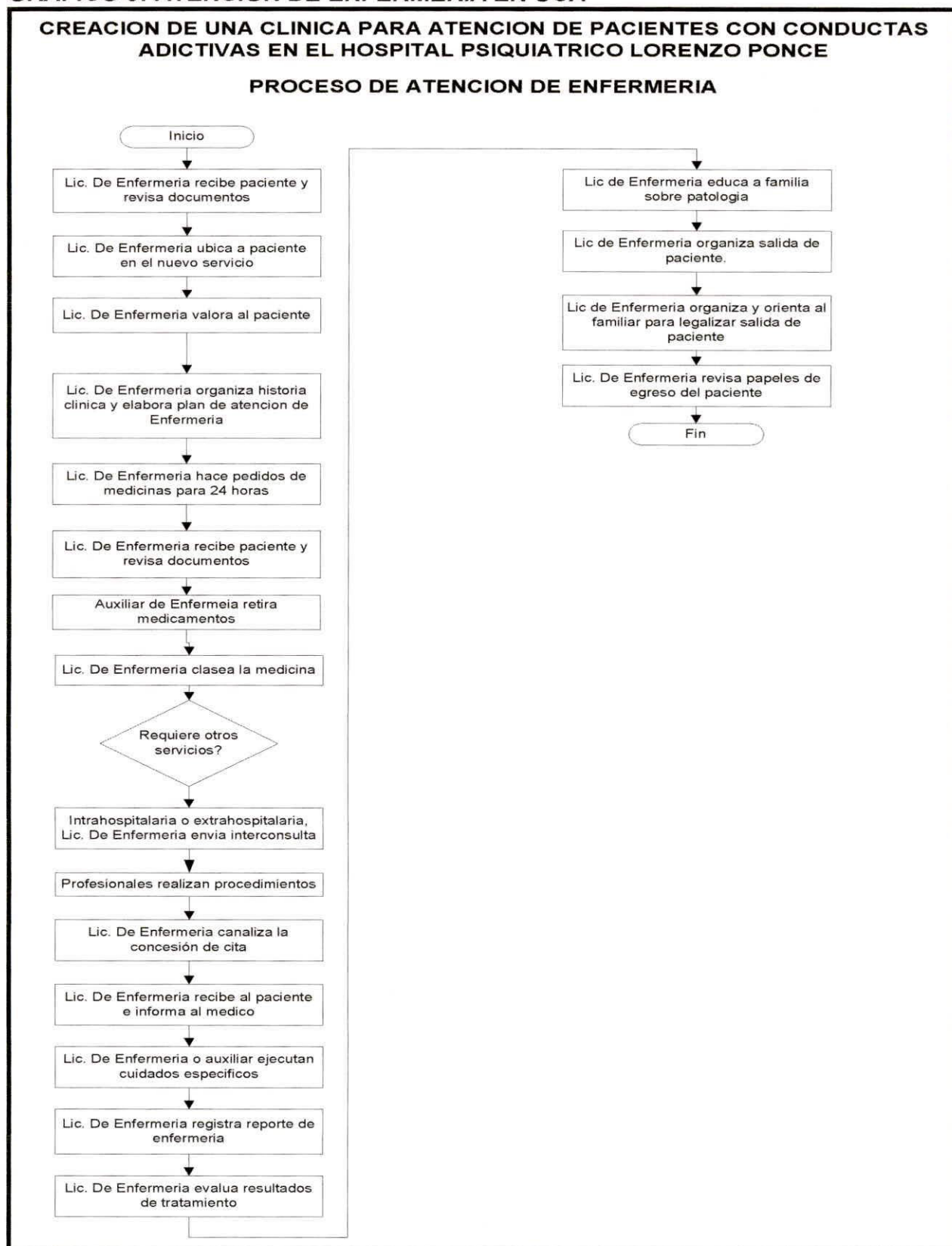
La clínica se especializará en el tratamiento de Conductas Adictivas. Se iniciará este servicio solamente a hombres con un número de 30 pacientes, la modalidad será internamiento y post-alta ambulatoria en Consulta Externa, que existirá dentro de la clínica.

- La Clínica de Conducta Adictivas, recibirá pacientes remitidos de la Consulta Externa del hospital, así como de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales para el tratamiento de los trastornos por abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas y diferentes tipos de conductas adictivas.
- Los pacientes que acuden para ingreso, lo harán pasando por la Admisión de Emergencia, se llenará la Historia Clínica y se evaluará si el paciente puede ser transferido directamente a la Unidad de Conductas Adictivas dependiendo de su estado clínico.
- En caso de que se considere que el paciente no esté psicótico o agresivo y que no represente un peligro potencial para terceros, será transferido a la Unidad de Conductas Adictivas, caso contrario, quedará en la Observación el tiempo necesario para que ceda la sintomatología peligrosa y el paciente pueda ser transferido a la Unidad. En caso de que el paciente requiera tratamiento de otra patología clínica, el paciente será derivado a la Unidad de estabilización clínica (UEC).
- Los pacientes que han culminado su tratamiento de internación (dos o tres meses) continuarán vinculados a la Clínica, asistiendo cotidianamente a la misma como Clínica de Día por un tiempo variable, luego de lo que serán remitidos a la Consulta Externa para el tratamiento ambulatorio a largo plazo.
- Los pacientes que acuden por la Consulta Externa serán evaluados por el Médico - Psiquiatra asignado para el tratamiento y evaluación de estos pacientes, los que dependiendo del grado de su adicción recibirán:
 - Tratamiento ambulatorio para aquellos que no requieren ingreso.
 - Internamiento

5.2.2 Proceso de Atención de Enfermería

La Licenciada de Enfermería recibe al paciente, revisa sus documentos, organiza la historia clínica de acuerdo al cuadro de procesos que tenemos a continuación, hasta la revisión de papeles previos al egreso del paciente (Ver Gráfico 9).

GRÁFICO 9: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UCA



5.2.3 Protocolos de Tratamiento:

Los tratamientos estarán basados según las patologías atendidas, (Anexo 2).

- Protocolo para Desintoxicación
- Protocolo para trastorno psiquiátrico asociado (Patología Dual).
- Trastorno por conductas adictivas (Comunidad Terapéutica).

CAPITULO VI

6. ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN

La Unidad será administrada por el equipo de profesionales que la integrarán. El Jefe de la misma será el Médico Psiquiatra, quien a su vez liderará el área médica (desintoxicación). El área de Comunidad será liderada por el Sub Jefe de la Unidad, un Psicólogo Clínico con experticia en adiccionología y trastornos de la personalidad. Serán apoyados por personal Administrativo del hospital. El Jefe y Sub Jefe reportarán directamente a la Dirección Técnica del hospital, quien es la responsable general del proceso.

TABLA 5

FODA DEL PROYECTO	
Fortalezas	- El hospital posee la infraestructura, en una ubicación estratégica. - Know how por los Profesionales Técnicos existentes. - Prestigio Institucional, garantía de seriedad representada a través de la Junta de Beneficencia de Guayaquil
Oportunidades	- Alianzas estratégicas: MSP, M. I. Municipalidad de Guayaquil, - Fundaciones como Misericordia y otras Instituciones gubernamentales como no gubernamentales.
Debilidades	- Imagen Manicomial, prejuicios - Falta de Personal de Enfermería-Auxiliares - Falta de presupuesto
Amenazas	- Corrupción- tráfico de estupefacientes - Riesgos de implicaciones legales.

6.1 Recursos Humanos.-

El hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, cuenta con un staff de profesionales con amplia experiencia, actualmente cuenta con 105 médicos, 23 psicólogos, 17 Trabajadoras Sociales y 397 enfermeras para la atención directa del paciente.

Para la creación de la clínica de rehabilitación, se necesita contar con el siguiente personal (Ver Tabla 6):

TABLA 6

RECURSOS HUMANOS			
No.	PERSONAL	CARGO	FUNCIÓN PRINCIPAL
1	Médico Psiquiatra	Jefe de Servicio y Tratante	Administrativa y Atención médica
2	Psicólogos	Psicoterapeuta Psicometrista	Terapia familiar en individual evaluaciones
1	Trabajadora Social	Trabajadora Social	Terapeuta familiar, Visitas
4	Enfermeras	1 Jefe de enfermería 3 de planta	Administrativa-Atención directa al paciente
1	Orientador espiritual	Orientador espiritual	Orientación espiritual
1	Asistente Administrativa	Asistente	Coordinación administrativa
9	Ayudantes de Enfermería	Ayudantes de planta	Atención al paciente

6.2 Capacitación.-

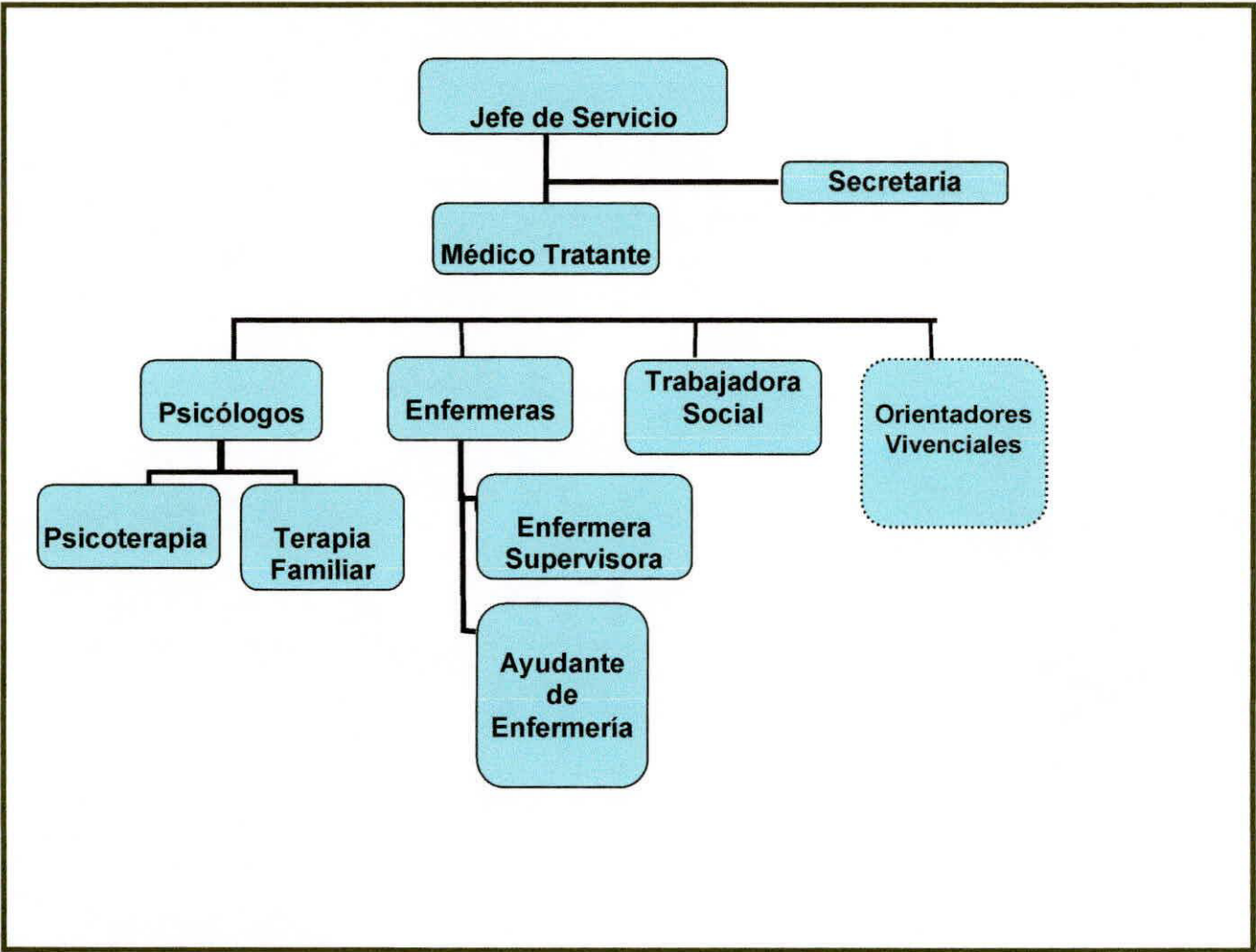
Para la implementación del presente proyecto, se capacitó a todo el personal involucrado. Esta capacitación se la realizó en cuatro fases iniciando la 2ª semana de Enero del 2010:

1. Plan de capacitación interna, de 40 horas con aval académico (Anexo 7)
2. Pasantías en Cuenca y/o Azoguez por una semana (4ª semana de Enero del 2010) (Anexo 8)
3. Congreso Internacional de Farmacodependencia (Febrero 2010)
4. Capacitación en Farmacodependencia y Patología Dual exclusiva para el personal de la UCA por los expertos que vinieron al Congreso Internacional WPA – APAL en Noviembre del 2009.

6.3 Gestión Administrativa

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS

GRÁFICO 10: ORGANIGRAMA UCA



Jefe del Servicio:

Médico Psiquiatra especializado en Farmacodependencia y otras Conductas Adictivas.

Médico Tratante:

Médico Clínico con experiencia en curas de desintoxicación y síndromes de abstinencia.

Médico Residente:

Residente del Postgrado de Psiquiatría.

Psicólogos:

Psicólogo Clínico experto en Trastornos de la Personalidad y Conductas Adictivas.

Psicólogo Clínico experto en Terapia Familiar.

Enfermera Profesional:

Licenciada en Enfermería con entrenamiento en Conductas Adictivas.

Trabajo Social:

Licenciada en Trabajo Social con conocimiento de la problemática social de los adictos.

Orientadores Vivenciales:

Farmacodependientes recuperados con más diez años de abstinencia y experiencia en la ayuda a farmacodependientes en etapa de consumo activo.

Capítulo VII

7. IMPACTO AMBIENTAL

Definición: Es la alteración positiva o negativa de la calidad ambiental, provocada o inducida por cualquier acción del hombre. Es un juicio de valor sobre un efecto ambiental. Es un cambio neto (bueno o malo) en la salud del hombre o en su bienestar².

El proyecto está clasificado en ***Categoría 1***

Categoría 1: Proyectos beneficiosos que producirán una evidente mejora al medio ambiente, por lo que no requieren un estudio de impacto ambiental

² Fuente: <http://ciencia.glosario.net/medio-ambiente-acuatico/impacto-ambiental-10368.html>

Capítulo VIII

8. ANÁLISIS ECONÓMICO

8.1 Equipamiento o Mobiliario

Con respecto al mobiliario para la Clínica de Rehabilitación del Hospital Lorenzo Ponce, éstos en su mayoría serán adquiridos a través del financiamiento por parte de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y otros ya existen en el inventario del Hospital (Tabla 7).

TABLA 7

MATERIAL DE ENFERMERIA	
Tensiómetro de Pedestal	2 Unds.
Estetoscopio	2 Unds.
Succionador	1 Und.
Carro de Curaciones	1 Und.
Termómetros orales	30 Unds.
Carpetas metálicas	30 Unds.
Copas de medicina	90 Unds.
DORMITORIOS	
Colchones	30 Unds.
Camas	30 Unds.
Veladores	30 Unds.
Biombo	1 Und.
Almohadas	60 Unds.
Cobijas	30 Unds.
Sábanas	120 Unds.
Sobrecamas	90 Unds.
Fundas de almohadas	120 Unds.
Ventiladores de tumbado	
Ventiladores de Pedestal	
MATERIAL DE ESCRITORIO	
Computadoras	3
Impresora Matricial	2
Impresora Láser	1
Almohadilla, Tinta de almohadilla, Portasellos, Gomero, Grapas, Lápices de colores, Cortaúñas	1 und.
Ficheros	2 unds.
Tijeras	2 unds.
Grapadoras	2 unds.
Reglas	2 unds.
Perforadoras	1 caja
Borradores	

Marcadores punta gruesa	
Folder pequeños	
Extensión de teléfono	
COMEDOR – COCINA	
LENCERIA	
Platos hondos de acero inoxidable	30 unds.
Platos tendidos de acero inoxidable	30 unds.
Vasos de acero inoxidable	30 unds.
Cucharones	2 unds.
Cucharetas	4 unds.
Cuchillos	2 unds.
Charoles de acero inoxidable	6 unds.
Reporteros (Plástico)	30 unds.
Archivadores	5 unds.
Mesa de Computadora	1 und.
Armario de ropa	1 und.
Anaqueles para líquidos	1 und.
Soportes para sueros	2 unds.
Mesas de comedor	3 unds.
Bancos de Comedor	5 unds.
Refrigeradora	1 und.
Máquinas de coser	2 unds.
Armario de doble puerta	1 und.

Fuente: Dpto. de Enfermería HLP

Capítulo IX

9. Análisis Financiero

A continuación se detalla el análisis Financiero acorde con la capacidad instalada inicial de 30 camas en la que se puede observar los ingresos y egresos proyectados según los cuadros correspondientes.

En la Tabla 8, se ha considerado los materiales existentes en el hospital, por lo que no aparecen costeados, a fin de que el análisis financiero refleje la inversión que realmente hace falta.

TABLA 8: DOTACIÓN DE MOBILIARIO Y EQUIPOS

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
DIRECCION FINANCIERA
DOTACION DE MOBILIARIO Y EQUIPOS

Material de Enfermería	Cantidades	Cant. Autoriz.	P. Unitario	Total
Tensiómetro de Pedestal	2 Unds.	2	\$ 198,00	\$ 396,00
Estetoscopio	2 Unds	0	\$ 20,00	\$ -
Succionador	1 Und.	1	\$ 225,00	\$ 225,00
Carro de Curaciones	1 Und.	1	\$ 90,00	\$ 90,00
Termómetros orales	30 Unds.	0	\$ 0,25	\$ -
Camas	30 Unds.	64	\$ 210,00	\$ -
Veladores	30 Unds.	64	\$ 30,00	\$ -
Biombo	1 Und.	1	\$ 100,00	\$ 100,00
Carpetas metálicas	30 Unds.	0	\$ 20,00	\$ -
Copas de medicina	90 Unds.	0	\$ 0,10	\$ -
				\$ 811,00

\$ 13.440,00
\$ 1.920,00
\$ 15.360,00

Dormitorios	Cantidades	Cant. Autoriz.	P. Unitario	Total
Colchones	30 Unds.	0	\$ 19,00	\$ -
Almohadas	60 Unds	0	\$ 5,00	\$ -
Cobijas	30 Und.	0	\$ 6,00	\$ -
Sábanas	240 Und.	0	\$ 4,50	\$ -
Sobrecamas	90 Unds.	0	\$ 8,00	\$ -
Fundas de almohadas	240 Unds.	0	\$ 1,50	\$ -
Ventiladores de tumbado		6	\$ 60,00	\$ 360,00
Ventiladores de pedestal			\$ 60,00	\$ -
				\$ 360,00

Material de escritorio	Cantidades	Cant. Autoriz.	P. Unitario	Total
Computadoras	2	4	\$ 990,00	\$ 3.960,00
Impresora matricial	1	1	\$ 200,00	\$ 220,00
Impresora láser	1	1	\$ 400,00	\$ 400,00
Almohadilla	1 und.	0	\$ 0,50	\$ -
Tinta de almohadilla	1 und.	0	\$ 0,50	\$ -
Ficheros	2 unds.	0		\$ -
Portasellos	1 und.	0	\$ 5,00	\$ -
Gomero	1 und.	0	\$ 0,25	\$ -
Tijeras	2 unds.	0	\$ 0,40	\$ -
Grapadoras	2 unds	0	\$ 4,00	\$ -
Grapas	1 caja	0	\$ 0,50	\$ -
Reglas	2 unds.	0	\$ 0,20	\$ -
Lápices de colores	1 caja	0	\$ 0,70	\$ -
Cortaúñas		0	\$ 0,60	\$ -
Perforadoras		0	\$ 5,00	\$ -
Borradores		0	\$ 0,10	\$ -
Marcadores punta gruesa		0	\$ 0,18	\$ -
Folder pequeños		0	\$ 1,05	\$ -
				\$ 4.580,00

Comedor Cocina	Cantidades	Cant. Autoriz.	P. Unitario	Total
Lencería				\$ -
Platos hondos de acero inoxidable	30 unds	0	\$ 0,50	\$ -
Platos tendidos de acero inoxidable	30 und.	0	\$ 1,40	\$ -
Vasos de acero inoxidable	30 und.	0	\$ 0,50	\$ -
Cucharones	2 unds.	0	\$ 12,00	\$ -
Cucharetas	4 und		\$ 5,00	\$ -
Cuchillos	2 unds.	0	\$ 13,50	\$ -
Charoles de acero inoxidable	6 unds.	0	\$ 26,00	\$ -
Reposteros (plástico)	30unds.		\$ 60,00	\$ -
				\$ -

Total \$5.751,00

9.1 Ingresos

Se estima que la atención de treinta pacientes por mes nos permite tener un ingreso de USD \$364.680,00 anual.

TABLA 9: CATEGORÍA DE INGRESOS

DETALLE	TARIFAS	CAMAS	INGRESO MENSUAL	INGRESO ANUAL
Hab.indiv	1.500,00	5	7.500,00	90.000,00
Hab.comp.	980,00	18	17.640,00	211.680,00
Hab.MSP	750,00	7	5.250,00	63.000,00
TOTAL		30	364.680,00	

9.2 Costos

Se considera que por cada paciente atendido, la Unidad gastará entre medicinas, insumos y atención médica USD 771.53 al mes, lo que considerando los 30 pacientes, representaría un costo de USD \$23.145,76 mensuales (Ver Tablas 10 y 11).

TABLA 10

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL									
Dirección Financiera									
HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE									
"Clínica para atención de pacientes con conductas adictivas en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce"									
DETALLE	Medicinas & Insumos Médicos	Recursos Humanos Directos	Materiales & Insumos	Costos Indirectos		Depreciación	C. Producción de Servicios	Gastos Administrativos	Total Costos y Gastos
				Fijos	Variables				
Costo promedio mensual	2.100.00	11.411.82	282.25	1.763.06	7.200.00	47.93	22.805.06	340.70	23.145.76
Capacidad instalada Camas	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Costo Prom. x util. Cama	70.00	380.39	9.41	58.77	240.00	1.60	760.17	11.36	771.53
								Costo Servicio	771.53
								Margen	0%
								Tarifa MSP	771.53

9.3 Personal

TABLA 11

# PARTIDA	CARGO	REMUNERACION UNIFICADA	COSTO MENSUAL	COSTO ANUAL
1	MEDICOTRATANTE (Jefe Servicio)	\$ 1.105,00	\$ 1.429,25	\$ 17.151,05
1	TRABAJADORA SOCIAL	\$ 482,53	\$ 670,57	\$ 8.046,89
0,5	Asistente Adm	\$ 681,40	\$ 340,70	\$ 4.088,40
2	PSICOLOGOS	\$ 572,58	\$ 1.497,47	\$ 17.969,58
3	ENFERMERA PROFESIONAL	\$ 555,08	\$ 2.289,91	\$ 27.478,97
0,25	ENFERMERA PROFESIONAL	\$ 555,08	\$ 212,97	\$ 2.555,65
3	AUXILIARES DE ENFERMERIA	\$ 376,50	\$ 1.605,15	\$ 19.261,79
3	AUXILIARES DE ENFERMERIA	\$ 376,50	\$ 1.785,61	\$ 21.427,32
3	AUXILIARES DE ENFERMERIA	\$ 376,50	\$ 1.920,88	\$ 23.050,61
16,75			\$ 11.752,52	\$ 141.030,26

"Unidad de Conductas Adictivas"
Hospital Lorenzo Ponce

Agrupación Contable	Año0	Año1	Año2	Año3	Año4	Año5
41 VENTAS BRUTAS		195.840,00	269.880,00	332.160,00	332.160,00	332.160,00
4102 Ingresos No Tributarios		195.840,00	269.880,00	332.160,00	332.160,00	332.160,00
410203 Bienes Y Servicios Hospitalarios		195.840,00	269.880,00	332.160,00	332.160,00	332.160,00
410203001 Ventas De Servicios		195.840,00	269.880,00	332.160,00	332.160,00	332.160,00
INGRESO NETO		195.840,00	269.880,00	332.160,00	332.160,00	332.160,00
61 Costo De Producción De Servicios		221.680,70	247.086,54	268.955,96	272.280,23	275.670,64
6101 Materia Prima		13.440,00	18.480,00	22.680,00	22.680,00	22.680,00
6102 Mano de Obra Directa		136.941,86	139.680,70	142.474,31	145.323,80	148.230,27
6103 Materiales & Insumos		3.387,03	3.420,90	3.455,11	3.489,66	3.524,56
6104 Costos Indirectos		67.236,71	84.939,84	99.771,44	100.211,67	100.860,70
Costos Indirectos FIJOS		21.156,71	21.579,84	22.011,44	22.461,67	22.900,70
Costo Indirectos VARIABLES		46.080,00	63.360,00	77.760,00	77.760,00	77.760,00
6105 Depreciaciones		575,10	575,10	575,10	575,10	575,10
TOTAL GASTOS		4.088,40	4.170,17	4.253,57	4.338,64	4.425,42
TOTAL COSTOS Y GASTOS		225.669,10	251.266,71	273.209,53	276.618,87	280.096,06
PORCENTAJE DE RECUPERACION		87%	107%	122%	120%	119%
INVERSION	42.692,42					
Mobiliario y Equipos	5.751,00					
Pasantías	2.188,00					
Materiales de Recreación	653,67					
Obra Civil	34.099,75					
FLUJO NETO DE CAJA	(42.692,42)	(29.829,10)	18.613,29	58.950,47	55.541,13	52.063,95
TOTAL ACUMULADO FLUJO DE C/	(42.692,42)	(72.521,52)	(53.908,23)	5.042,24	60.583,36	112.647,31

ri

ns

TIR	33,47%
VAN	60.126,41
VAN Relativo	1,41
Payback Period	3,91 años

Monto total

USD 320.441.52

Total de Costos y Gastos

USD 277.749.10

Materia Prima

25.200.00

*Mano de Obra Directa

136.941.86

Materiales e Insumos

3.387.03

Costos Indirectos

107.556.71

Depreciaciones

575.10

*Gastos

4.088.40

Inversión de capital

USD 42.692.42

Nota: *En la Mano de Obra Directa están contemplados recursos con los que actualmente cuenta el hospital, por el que está desembolsando (USD 43.167,52) más nuevo personal de Enfermería (USD 93.774,34) suma un total de **136.941,86**. Con respecto a os los Gastos, es un valor que está actualmente incurriendo el hospital por USD 4.088,40 y que corresponde al Asistente Administrativo.

INSTRUMENTOS FINANCIEROS

Como antecedentes al análisis financiero se describe brevemente los conceptos financieros relevantes utilizados en la investigación.

Valor actual neto procede de la expresión inglesa Net present value. El acrónimo es NPV en inglés y VAN en español. Es un procedimiento que permite calcular el valor presente de un determinado número de flujos de caja futuros, originados por una inversión. La metodología consiste en descontar al momento actual (es decir, actualizar mediante una tasa) todos los flujos de caja futuros del proyecto. A este valor se le resta la inversión inicial, de tal modo que el valor obtenido es el valor actual neto del proyecto. La fórmula que nos permite calcular el Valor Actual Neto es:

$$VAN = \sum_{t=1}^n \frac{V_t}{(1+k)^t} - I_0$$

V_t representa los flujos de caja en cada periodo t .

I_0 es el valor del desembolso inicial de la inversión.

n es el número de periodos considerado.

El tipo de interés es k . Si el proyecto no tiene riesgo, se tomará como referencia el tipo de la renta fija, de tal manera que con el VAN se estimará si la inversión es mejor que invertir en algo seguro, sin riesgo específico. En otros casos, se utilizará el coste de oportunidad. Cuando el VAN toma un valor igual a 0, k pasa a llamarse **TIR (tasa interna de retorno)**. La TIR es la rentabilidad que nos está proporcionando el proyecto.

La tasa interna de retorno o tasa interna de rentabilidad (TIR) de una inversión, está definida como la tasa de interés con la cual el valor actual neto o valor presente neto (VAN o VPN) es igual a cero. El VAN o VPN es calculado a partir del flujo de caja anual, trasladando todas las cantidades futuras al presente. Es un indicador de la rentabilidad de un proyecto, a mayor TIR, mayor rentabilidad.

Se utiliza para decidir sobre la aceptación o rechazo de un proyecto de inversión. Para ello, la TIR se compara con una tasa mínima o tasa de corte, el coste de oportunidad de la inversión (si la inversión no tiene riesgo, el coste de oportunidad utilizado para comparar la TIR será la tasa de rentabilidad libre de riesgo). Si la tasa de rendimiento del proyecto - expresada por la TIR- supera la tasa de corte, se acepta la inversión; en caso contrario, se rechaza.

El **Payback**, también denominado plazo de recuperación, es uno de los llamados métodos de selección estáticos. Se trata de una técnica que tienen las empresas para hacerse una idea aproximada del tiempo que tardarán en recuperar el desembolso inicial en una inversión. Esta herramienta es útil para la decisión de aceptar sólo los proyectos e inversiones que devuelvan dicho desembolso inicial en el plazo de tiempo que se estime adecuado.

Análisis Financiero

Flujo de caja (grafico)

Para el análisis financiero se toma en consideración una proyección del estado de resultados a cinco años, se estiman ingresos brutos por la venta del servicio de 30 pacientes mensuales de \$364.680,00 a una capacidad instalada del 100%, pero para la proyección se suaviza estos resultados considerando una ocupación menor. El costo por paciente mensual por toda la prestación del servicio (honorarios profesionales, medicinas, insumos médicos, costos indirectos, gastos) es de \$771.53 mensual. El requerimiento del recurso humano fue calculado en función a la ocupación de las camas disponibles para cada uno de los años proyectados.

De acuerdo a los resultados de los indicadores financieros, para que un proyecto se considere financieramente factible se debe dar las siguientes condiciones:

- La TIR debe ser mayor a la tasa de descuento (TMAR)
- El VAN debe ser mayor a cero
- Si uno de los dos indicadores financieros no se cumple se debería descartar la ejecución del proyecto.

Para el cálculo se consideró una tasa de descuento del 10%, en el proyecto la TIR representa un 33.4% es decir, es mayor a la TMAR, primera condición que indica la factibilidad financiera.

El VAN del proyecto es de \$60.126,41, es decir que es mayor a cero, por lo tanto la segunda condición financiera también se cumple.

Con los resultados, tanto de TIR como de VAN, se cumplen consecuentemente concluimos que el proyecto es viable desde el punto de vista financiero.

El Payback o periodo de recuperación es un indicador que estima el tiempo en que se recuperaría la inversión inicial (\$42.692,42) de acuerdo a los flujos netos de efectivo del proyecto. El Payback del proyecto indica que la recuperación, siempre que el resto de supuestos se cumplan, estaría prevista en 3,91 años.

Capítulo X

10. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

10.1 Sostenibilidad Social

La sostenibilidad social del proyecto se sustenta en la participación de los beneficiarios directos, en este caso pacientes con conductas adictivas que requieren de un tratamiento integral, y que a través de la clínica para pacientes con conductas adictivas del Hospital Lorenzo Ponce, se podrá llevar a cabo con un alto impacto tanto para el paciente como para su familia y la sociedad.

En la ciudad de Guayaquil, existen pocos centros o casas de rehabilitación idóneos para atender a pacientes con éste problema que está afectando a buena parte de la población ecuatoriana, sin diferencia de edad ni de género. La mayor parte de los centros existentes, no ofrecen los tratamientos adecuados, ni cuentan con el personal técnico especializado y con experiencia en el campo.

10.2 Sostenibilidad Institucional

La implementación de una clínica para pacientes con conductas adictivas, dentro del hospital Lorenzo Ponce, garantizará la sostenibilidad institucional, ya que es parte de las acciones estratégicas que busca fortalecer la institución.

10.3 Sostenibilidad Económica-Financiera

Para garantizar la sostenibilidad económica – financiera del proyecto, la Junta de Beneficencia de Guayaquil se compromete a financiar los gastos para la operación y el mantenimiento de la Unidad. Adicionalmente propone continuar con su política de cobro por servicios hospitalarios, tomando en cuenta la condición de la población atendida (beneficiario directo), a través de convenios con el MSP e IESS.

10.4 Conclusiones

El proyecto Implementación de una Unidad de Conductas Adictivas en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce es viable y constituye una esperanza de solución para los graves problemas de abuso y/o dependencia a sustancias psicoactivas que afectan a un segmento importante de la población de nuestro Ecuador.

10.5 Recomendaciones

La recomendación sería que la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, esta noble institución centenaria, respalde este proyecto y aporte con los recursos necesarios para el éxito de del mismo, con lo que contribuirá a mejorar la salud mental de nuestra población, así como a reducir los niveles de violencia social.

ANEXOS

ANEXO 1

ESTUDIO CONSEP 2007

RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA DE 12 A 65 AÑOS (Resumido).

EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

La prevalencia de vida, último mes y últimos 30 días del consumo de cigarrillos Unidad otro tipo de tabaco se establece en 46.8%, 25.2% y 18.4%, respectivamente, a nivel nacional. Se observa una disminución considerable entre las prevalencias, lo cual traduce una reducción del consumo de cigarrillos en la población.

EL CONSUMO DE ALCOHOL

Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días del consumo de alcohol

La PV del consumo de alcohol se calcula en 76.9%, la PA en 54.4% y la PM, en 31.7%. La prevalencia de vida del consumo de alcohol en los hombres se establece en 84.1% y en las mujeres, en 69.8%. El 60.7% de la población realizó su primer consumo de alcohol entre los 15-19 años. La edad media del primer consumo de alcohol en la población se calcula en 18.1 años.

EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES Y ESTIMULANTES

El consumo de medicamentos tranquilizantes y estimulantes registrado en el Estudio es aquel que se produjo sin prescripción médica. En PV, el consumo de los tranquilizantes (2.0%) es superior al de los estimulantes (0.2%). La prevalencia del consumo de medicamentos psicotrópicos estimulantes y tranquilizantes, cualquiera sea el producto, se calcula en 2.1% a nivel nacional.

Entre los hombres, el 1.7% ha consumido alguna vez en su vida un medicamento psicotrópico, mientras que en las mujeres 2.5%, siendo significativa esta diferencia ($\chi^2=0.000$).

PERCEPCIÓN DEL RIESGO AL CONSUMIR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

De manera habitual, la población en general asocia con todas las sustancias investigadas un importante nivel de riesgo, ya que más de 9 de cada 10 entrevistados estima que se corre un gran riesgo al consumirlas.

FACILIDAD PARA CONSEGUIR DROGAS

La facilidad o no para conseguir una droga suele interpretarse como un indicador de la disponibilidad de la droga en el tejido social y, por ende, de la eficacia de los programas de interdicción. Se asume también que la facilidad de conseguir una droga es un factor de riesgo para el consumo. Pero en una

segunda interpretación, se relaciona principalmente con el deseo del sujeto para consumir, el cual lo empujará a identificar las estrategias que le permitan obtener el producto que busca. Por lo tanto, esta variable no tiene una interpretación simple, ya que depende a la vez de la disponibilidad de la droga y de las conexiones de los usuarios entre sí. Con estos antecedentes, los datos indican que la marihuana es la droga más fácil de conseguir (23.1%) seguida por la cocaína (13.5%) y la base (10.1%).

OFRECIMIENTO DE DROGAS

La droga más frecuentemente ofrecida es la marihuana (18.7%). Para cualquier droga, esta proporción asciende a 20.6%, lo cual significa que aproximadamente 20 de cada 100 ecuatorianos ha conocido alguna vez en su vida una situación en la cual hubiera podido consumir.

EL CONSUMO DE DROGAS

Los datos que a continuación se presentan describen la morfología del consumo de drogas ilícitas en el país, o sea sus proporciones de consumo, así como ciertos aspectos de sus patrones de uso.

Prevalencia de vida del consumo de drogas a nivel nacional (%)

La prevalencia de vida del consumo de drogas (PV) cuantifica a todas aquellas personas que consumieron por lo menos una vez en su vida una droga. Dicha variable no especifica en qué momento se produjo el consumo, el cual puede haberse dado hace mucho o poco tiempo, en una sola ocasión o en una forma repetida. La información muestra que el consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población (4.3%), seguido por la cocaína (1.3%) y la pasta base (0.8%). Las demás drogas presentan PV bajas. A nivel nacional, el total de las personas involucradas en el consumo de drogas en prevalencia de vida se estima en 320.893.

Prevalencia de vida según droga y edad media al primer consumo

La droga que más tempranamente se consume son los inhalantes (14.2 años) y las que más tardíamente se usan, los tranquilizantes (29.2%) y los estimulantes (25.2 años). La marihuana, la droga de mayor consumo en el país, suele consumirse por primera vez a los 18.6 años.

Proporción de consumo (prevalencia de vida de cualquier droga) según el género (%)

Entre los hombres, la prevalencia del consumo de cualquier droga se calcula en 8.6%, y entre las mujeres en 1.2%, siendo 7 veces mayor el consumo entre los primeros.

EXPOSICIÓN A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La exposición a programas de prevención es un indicador de la actividad de la prevención en la población en general y en grupos específicos. Debería constituir un factor general de protección respecto al consumo. La información que a continuación se presenta se relaciona con la cobertura, pero no con el impacto. La cobertura es el tipo y la cantidad numérica de personas alcanzadas

por estos programas, mientras el impacto, más difícil de medir, es la tasa de cambio provocada por la exposición a dichos programas de acción. El 59.8% de los entrevistados se declara poco y nada informado sobre las drogas.

Fuente de la información recibida sobre las drogas (%)

La mayor fuente de la información sobre las drogas en la población en general es la televisión (35.4%) y los profesores (20.4%). Esta última información podría constituir un indicador en cuanto al fortalecimiento de las acciones de prevención en el sistema educativo. La información muestra que menos de la mitad de la población (43.8%) indica que ha asistido a eventos de prevención como cursos, talleres, charlas, etc. El tipo de eventos más mencionado es la escuela y el colegio (25.5%), así como la universidad (7.6%). En los demás espacios investigados, la importancia de dichos eventos es baja. Esta información revela la baja cobertura de los programas de prevención en el país.

EXPOSICIÓN A PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

La exposición a procesos de tratamiento se describe de la manera siguiente.

A nivel nacional, 19.408 (0.4%) personas han buscado ayuda en los últimos 12 meses para disminuir su consumo.

LOS FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las medidas de asociación estiman la magnitud con la que dos fenómenos se relacionan. Constituyen una herramienta estadística para explorar la estructura causal de un fenómeno. El concepto de asociación puede describirse más exactamente con el concepto de covarianza, el cual indica que cuando una variable A crece, otra variable B también crece o decrece. Una asociación puede significar que A es la causa de B, que B es la causa de A, que A y B son causados por C o que A y B no tienen relación uno con otro y que su asociación en los datos analizados se debe a una coincidencia. En el análisis que a continuación se presenta, la variable Consumo de cualquier droga en prevalencia de vida se considera la variable dependiente, y las demás, las variables independientes.

RELACIONADOS CON EL SUJETO

En cuanto al **género**, el consumo de SPA es de 8.6 para los hombres y de 1.2 para las mujeres, lo que significa que es 7.17 veces más importante en el género masculino. En lo que respecta a la **edad**, el consumo crece rápidamente hasta el rango de 20-24 años para mantenerse hasta los 40-44 años a nivel máximo, y luego empezar a disminuir regularmente.

En lo referente al **estado civil**, El mayor nivel de consumo se encuentra entre las personas divorciadas: es 2.8 veces mayor en este grupo en comparación con las personas casadas. También se observa una diferencia significativa que indica que la proporción de consumidores es mayor en las familias que tienen algún familiar que ha **migrado** al exterior. Sobre el **nivel educativo alcanzado**, el consumo se presenta principalmente entre las personas que alcanzaron un nivel intermedio o terciario completo en sus estudios (16.0%), postgrado (9.6%), terciaria incompleta (8.8%) y superior incompleta (7.3%). En los

universitarios, el consumo es mayor entre las personas que estudian actualmente en algún centro superior de estudio (9.1%) en comparación con las personas que no estudian en una universidad (4.7%). Respecto a la **ocupación**, entre los consumidores hombres, el mayor nivel de uso de drogas se encuentra entre aquellos que trabajan a jornada parcial y no quieren trabajar más (20.1%), los que no hacen nada (13.2%) y los que reciben ingresos de sus familiares (13.0%), y entre las mujeres que consumieron drogas por lo menos una vez en su vida, en las que teniendo trabajo no asistieron por vacaciones (32.4%), las que tienen un trabajo temporal (3.5%) y las que trabajan más de 40 horas semanales.

RELACIONADOS CON LA FAMILIA

La familia no es un contexto del sujeto. Es parte de su estructura profunda. El sujeto se construye dentro de las relaciones que se establecen en su sistema familiar mediante complejos mecanismos de asimilación y acomodación mutuos. Así, la formación del síntoma se produce desde y hacia este sistema familiar y su función ocupa un lugar tanto en sus espacios intrapsíquicos como interpersonales. La descripción de dicha dinámica solo se puede realizar en forma incompleta a partir de un método cuantitativo: Las personas que viven con amigos y solas presentan el mayor nivel de consumo, 19.0% y 9.5% respectivamente, y las que viven en familias conyugales incompletas (2.9%) y en familias de origen completas (3.9%), el menor nivel. El consumo es más importante en las personas que viven en familias de origen incompletas (6.8%) en relación con las que viven en familias de origen completas (3.9%). Existe una relación general entre la cohesión del sistema familiar y el consumo de drogas, pero esta relación no es simple, y manifiesta la interacción de un sistema complejo de variables no contempladas en el presente cuestionario. 28 Los informantes cuyo padre murió por suicidio muestran el mayor nivel de consumo (20.9%). Pero si se compara el nivel del consumo en los grupos donde murió el padre y donde no murió, no se observan diferencias significativas. En personas cuyos padres tienen o tenían una buena relación, la proporción de consumo alcanza 4.3%, mientras que en las personas que indican que sus padres no tienen o no tenían una buena relación, se ubica en 8.1%, o sea casi el doble. El consumo es mayor en las personas cuyos padres se divorciaron, aunque la diferencia es menos marcada que en el caso de la variable anterior. En la población en general, es la madre la figura que goza del mayor nivel de confianza (60.9%), tres veces mayor en relación con el padre (21.8%). El mayor nivel de consumo se encuentra entre las personas que no otorgan su confianza a ninguno de sus padres (10.7%). El mayor nivel de consumo (15.8) se observa en aquellas familias que no apoyan a sus miembros cuando éstos tienen problemas. La capacidad del sistema familiar para ayudar a sus miembros presenta una relación directa con el consumo.

La información obtenida permite precisar los factores más asociados al consumo.

- Vivir solo, sólo con amigos o tener una familia de origen incompleta
- Haber perdido a su padre por suicidio

- Tener padres que no tienen una buena relación
- Tener padres que se divorciaron
- Vivir en una familia donde la madre es la figura dominante
- No poder sentir confianza en ninguno de los padres
- Sentirse juntos con la familia y necesitar más espacio
- Sentirse juntos con la familia y distante a la vez
- Vivir cada cual su vida en la familia
- No sentirse satisfecho de la ayuda recibida por los padres para los problemas personales
- No discutir lo suficiente los problemas de la familia
- Sentir que la opinión personal no cuenta en la toma de decisiones importantes en la familia
- Nunca compartir los fines de semana en la familia
- No sentirse querido en su familia
- Recibir castigo físico en caso de indisciplina
- Haber tenido problemas durante la niñez y la adolescencia
- Haberse sentido desprotegido durante la niñez y la adolescencia

Estos elementos constituyen indicadores de la presencia de conflictos que se producen o se han producido en el sistema familiar y brindan mecanismos para los programas de acción que trabajan con la familia. También muestran que 29 dichos programas no pueden limitarse a la sola información, ni a recetas sobre cómo debería funcionar la familia. Deben diseñarse para poder entrar y modificar estos elementos conflictivos.

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ECUADOR

La evaluación del nivel del consumo presente en el Ecuador a nivel nacional se estima en 4.9% en prevalencia de vida, cualquiera sea el producto usado, sin considerar los estimulantes (0.2%), tranquilizantes (2.0%) y la categoría Otras drogas (0.1%). Dicha medición demuestra que se mantienen los niveles de consumo en el país. La droga más consumida es la marihuana (4.3%), seguida por 37 la cocaína (1.3%) y la base (0.8%). Entre las drogas de bajo uso, el hachís (0.3%) y el éxtasis (0.2%) representan los productos de mayor prevalencia de consumo. El 14.7% de la población a nivel nacional indica que durante los últimos 30 días se emborrachó una o más veces, lo cual designa una población de 574.358 personas.

Anexo 2

Procesos

Se debe implementar tres procesos terapéuticos, los mismos que deben ser bien definidos e identificados: Consulta Externa, Internamiento en Desintoxicación, Comunidad Terapéutica.

Consulta Externa

Dirigido a todas las personas que soliciten la atención por problemas relacionados con adicciones, sin distinción de edad, ni sexo en las especialidades de Psiquiatría, Psicología, Terapia Familiar, Trabajo Social, coordinando acciones con los servicios que ya posee el Hospital Lorenzo Ponce.

Internamiento en Desintoxicación

Es la primera fase del internamiento, la "etapa de Desintoxicación", en la que se aplicará los protocolos terapéuticos para el tratamiento de las desintoxicación y de los síndromes de abstinencia. El tiempo de permanencia en esta área será de 10 días como mínimo y de 30 días como máximo. Durante esta etapa se evalúa al paciente y se lo motiva para que permanezca en el programa de Comunidad Terapéutica. Serán incorporados a terapias grupales de aceptación y motivación, recuperación, reeducación, tendrán actividades (un diario vivir). La población a ser atendida será masculina mayor de 18 años. El Personal requerido lo conforman médicos residentes, enfermeras profesionales, consejero en adicciones, psiquiatra, psicólogo y trabajadora social.

Comunidad Terapéutica

La Comunidad Terapéutica ha demostrado ser un instrumento eficaz para el tratamiento de los trastornos adictivos. La Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una estrategia de autoayuda. Su estrategia básica es tratar a la persona en su totalidad a través de comunidades de personas con los mismos problemas. La organización del personal en la actualidad incluye una proporción creciente de profesionales de la salud mental, de la medicina tradicional, y de la educación, que trabajan mano a mano con los antiguos pacientes recuperados (Carroll y Sobel, 1986; Winick, 1990-1991). La estancia tradicional de 12-18 meses en la Comunidad Terapéutica ha evolucionado a periodos más cortos, con estancias de 3, 6, y 12 meses.

El Programa Residencial Comunidad Terapéutica que implementaremos para la reeducación y rehabilitación de adultos farmacodependientes es un modelo mixto, que conjuga la experiencia y formación de los egresados de programas de rehabilitación con la preparación académica de los profesionales miembros del equipo multidisciplinario. El programa es de intervención breve (3 a 6 meses), para población masculina mayor de 18 años.

El Programa está enmarcado en un espacio microsocial de convivencia, con una normatividad y un código de valores, que provee los elementos reeducativos necesarios para que la persona adicta, en interacción con el grupo, construya y ejecute su proyecto de vida, teniendo en cuenta que es cada quien, agente y protagonista de su propio cambio.

Anexo 3

1. PROTOCOLOS DE MANEJO FARMACOLOGIO³

El tratamiento debe tener en cuenta el manejo del trastorno secundario al consumo de Substancias que el paciente presente. Será diferente según se trate de una intoxicación aguda, un síndrome de abstinencia o cualquier complicación del consumo.

Una vez superadas las acciones en urgencias y en hospitalización breve, el paciente continua su tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de acuerdo con los protocolos establecidos para Comunidad Terapéutica para el tratamiento de la dependencia propiamente dicha y el seguimiento a largo plazo.

Se plantean las acciones de acuerdo con el tipo de sustancias:

ALCOHOL

MANEJO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIA

Si el paciente llega **sin alteración de la conciencia**:

- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Descartar otros trastornos asociados.
- Practicar un lavado gástrico para retirar el contenido de alcohol que aún no haya sido absorbido.
- Aplicar Tiamina 100 mg. vía IV previo al uso de dextrosa. Pasar posteriormente al uso IM u oral a igual dosis por 4 días consecutivos.
- Canalizar la vena para pasar solución dextrosa y reponer líquidos y electrolitos.
- Multivitaminas, una tableta al día.
- Si el paciente se muestra ansioso o muy irritable se usa una benzodiacepina de acción corta como el loracepam 1 o 2 mg vía oral.
- Si el paciente se torna violento o presenta alucinaciones se usa haloperidol 1 a 5 mg. vía IM o IV o clorpromazina 50 mg disueltos en 500 cc de dextrosa al 5% o al 10% por goteo lento hasta obtener sedación.

Si el paciente llega **con alteración del estado de conciencia**:

- Proteger vía aérea e investigar otras causas de estupor o coma. Buscar signos de T.C.E.
- Después de obtener muestras de sangre para examen toxicológico, aplicar 100 mg de Tiamina vía IM o IV para proteger al paciente de una encefalopatía de Wernicke.

³ Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia]. Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública. República de Colombia

- Aplicar una solución dextrosada vía IV de preferencia hipertrónica para corregir la hipoglicemia inducida por el alcohol.

Si el paciente se torna violento utilizar haloperidol o clorpromazina como se indicó arriba. Este paciente debe ser remitido a un mayor nivel de complejidad si su estado de conciencia no mejora con las medidas antes señaladas.

- Solicitar exámenes de laboratorio
- Cuadro hemático completo
- Glicemia
- Perfil lipídico.
- Pruebas de función renal: P. De Orina, BUN, creatinina.
- Hepatograma: Bilirrubinas, Transaminasas, Fosfatasa Alcalina, niveles de gamma-glutamyltranspeptidasa (GGTP). Proteínas totales. Relación A/G y tiempo de protrombina.
- Electrolitos: Na, K, PO₄, Cl, Mg, Ca, HCO₃.
- VDRL, VIH
- Rx de Tórax, EKG.
- Examen toxicológico en sangre y orina.

MANEJO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA

Medidas Generales de Soporte

- Nutrición adecuada.
- Recordar al paciente la fecha, lugar donde se encuentra, hora, etc., para mantener el sentido de la orientación.
- La privación sensorial contribuye a la instauración de los síntomas. Mantener la luz prendida en la habitación.
- Es deseable que el paciente esté acompañado por una persona que interactúe verbalmente con él y atienda sus necesidades.

Manejo de Síntomas Específicos

a) Hidratación

Si el paciente tolera la vía oral, permitir ingesta libre de líquidos con la dieta, si no tolera la vía oral, no está severamente enfermo y no existe déficit o exceso de líquidos y electrolitos, colocar 2000 cc de Dextrosa en Solución Salina al 5% con 20 cc de Cloruro de Potasio por litro previo uso de 100 mg de tiamina IM.

b) Vitaminas

Aplicar 100 mg de tiamina IM inicialmente y continuar con igual dosis por vía oral durante 5 días a fin de prevenir una encefalopatía de Wernicke.

- Prescribir 1 mg vía oral de ácido fólico al día.
- Dos tabletas diarias de complejo B.
- Una dosis de 5 – 10mg de Vitamina K vía I.V. si el tiempo de protrombina está prolongado más de 3 segundos en relación con el control.

c) Sedación

Diazepam 10 mg vía oral cada 4 horas según necesidades o Lorazepam 2 a 4 mg vía oral cada 8 horas.

Si el paciente está muy agitado preferir la vía endovenosa usando la droga diluida en 20 cc y pasándola muy lentamente en 5 minutos.

d) Hiperactividad autonómica

Generalmente se controla con el uso de benzodiazepinas. Si la taquicardia no ha cedido, puede utilizar propranolol 80 – 100 mg diarios.

e) Alucinosis

Si las medidas de sedación, el entorno bien iluminado y las medidas de orientación no son suficientes, administrar haloperidol entre 2 y 10 mg al día vía oral.

f) Convulsiones

En general, se considera que si no hay historia previa de convulsiones las medidas preventivas serán las benzodiazepinas (ver arriba) y el tratamiento adecuado de la abstinencia.

Si el paciente tiene antecedentes de convulsiones por abstinencia o por otro trastorno convulsivo debe darse fenitoína 300 – 400 mg/ día oralmente, o epaminizar con 15 mg/kilo vía IV disuelto en solución salina, no excediendo los 50 mg/minuto en el caso de que el paciente hubiera suspendido la medicación por lo menos 5 días antes.

ESTIMULANTES

MANEJO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

a) Objetivos terapéuticos iniciales:

- Reducir irritabilidad del SNC
- Manejo de la hiperactividad autonómica.
- Manejo de síntomas psicóticos.
- Medidas para eliminar la droga

b) Medidas de Soporte

- Proteger vía aérea y tener disponible un equipo de resucitación.
- Controlar permanentemente funciones vitales.

- Colocar bolsas de hielo para manejar la hipertermia y 10 mg (2cc) IM de clorpromazina.
- Tratar las convulsiones con diacepam 5mg vía IV a no más de 5 mg/ minuto.
- Suministrar propranolol 0.1 mg/ kilo para controlar la hiperactividad autonómica.
- En caso de alucinaciones, delirios o agitación, suministrar de 2 a 5 mg de haloperidol vía oral cada 6 horas hasta controlar los síntomas.

c) El seguimiento se hará en la Unidad de Conductas Adictivas de acuerdo al protocolo de atención en Comunidad Terapéutica (Fases y Etapas).

DEPRESORES

MANEJO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El tratamiento de la intoxicación aguda incluye las medidas de soportes generales tales como: hidratación, oxigenoterapia, corrección y monitoreo de los gases arteriales y manejo de las complicaciones orgánicas.

Si el paciente intoxicado por inhalables se presenta con un delirium puede utilizarse haloperidol a dosis bajas entre 2 a 10 miligramos vía oral o parenteral. Las benzodiacepinas deben ser evitadas porque pueden empeorar la depresión respiratoria.

Los casos graves de depresión respiratoria requerirán la intubación, el uso de respiradores y las otras medidas que se requieren en estos casos.

En caso de un cuadro de abstinencia la droga de elección para la abstinencia de la mayoría de los depresores del SNC es el fenobarbital, pero antes de iniciarlo se recomienda hacer la prueba de tolerancia con pentobarbital para verificar la severidad de la adicción.

Si la droga de abuso es una benzodiacepina se retirará gradualmente dicha droga de acuerdo con la respuesta clínica.

Antídoto – Flumazenil – Lanexat R amp. x 0.5 mgs. = 5 mlt.

DOSIS: 3 a 4 bolos de 0.25 mgs. (1/2 amp.) son suficientes.

Con frecuencia es necesario administrar perfusión continua de 0.1 – 0.5 mgs. / hora.

INTOXICACION OPIOIDES

Manejo Clínico

- Ventilación asistida boca a boca o con ambú proporcionando Oxígeno al 100%.
- Soporte respiratorio – Intubación traqueal – asistencia ventilatoria con O2 100%.

• Naloxona (antagonista opioide) en dosis de 0.8 mg. Vía IV. Si no hay respuesta favorable en 15 minutos, administrar 1.6 mg vía IV; si aún no hay respuesta en los próximos 15 minutos, administrar una nueva dosis de 3.2 mg vía IV. Como la acción de la naloxona es muy corta se recomienda una infusión intravenosa con 10 ampollas (4mg) en un litro de dextrosa en agua destilada al 5% que debe pasarse en una cantidad de 10 ml/ hora.

Tratamiento de Hipotensión

Hidratación con monitorización de PVC para no precipitar edema agudo de pulmón.

Vasopresores: Dopamina. (Adrenalina para ser más eficaz).

Normalizada la T / A , administrar Furosemida para inducir diuresis.

Tratamiento Hipoglucemia:

Usar glucosa al 50%. Acidosis Metabólica: Corregir con Solución de Bicarbonato 1 molar según necesidades.

SOBREDOSIS

El manejo de la sobredosis de opiáceos requiere los recursos especializados (anestesiología y neurología) así como de equipamiento de mayor complejidad, por lo que serán remitidos a la Emergencia o Cuidados Intensivos del hospital Luis Vernaza.

SINDROME ABSTINENCIA OPIACEOS

Una vez superado el cuadro agudo, se establece un plan de deshabituación gradual dentro de la Unidad con Dextropropoxifeno o agonista similar. Determinada la dosis basal y el plan de administración se procede a una reducción gradual de la dosis a un ritmo de 10 – 20% por día, dependiendo del paciente (historial de consumo, complicaciones en anteriores síndromes de abstinencia) hasta conseguir que el paciente quede libre de drogas.

ALUCINOGENOS

MANEJO CLINICO DE LA INTOXICACION

En el caso de la **reacción de pánico** lo más importante es tranquilizar al paciente con una actitud firme y serena. No dejar al paciente solo. Si el manejo previo no es eficaz, una dosis de diazepam (10 mg oral) es suficiente.

Si se trata de **delirium** al igual que en el cuadro anterior es muy importante tranquilizarlo, decirle frecuentemente que no está enloqueciendo. Proteger al paciente de sus acciones teniendo en cuenta el compromiso del juicio. Dar haloperidol 2 – 10 mg intramuscular u oral si hay agitación extrema o paranoia. Habitualmente con este tratamiento la sintomatología desaparece en muy poco tiempo.

La **psicosis** debe tratarse con farmacoterapia y/o psicoterapia según la patología subyacente.

MANEJO CLINICO DE LA DESHABITUACION A OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Nicotina y Marihuana:

Desde el punto de vista médico, la deshabituación de estas dos sustancias puede lograrse de una mejor manera empleando Bupropion* 150 a 300 mgs/día x 8 a 12 semanas. El tratamiento de la dependencia psicológica debe efectuarse en la comunidad terapéutica, siguiendo el protocolo específico. Se recomienda no mezclar con bupropion con inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS)

Cocaína y Derivados

Desde el punto de vista médico, la deshabituación de estas dos sustancias puede lograrse de una mejor manera empleando Bromocriptina 1 a 2 tabletas/día dependiendo de la intensidad del consumo y de la compulsión por consumir. Iniciar con Dosis Bajas e ir aumentando de acuerdo con la respuesta. Se recomienda añadir luego un antidepresivo de tipo ISRS, especialmente fluoxetina que ha mostrado resultados alentadores en estos pacientes que suelen desarrollar estados depresivos durante la abstinencia. El tratamiento de la dependencia psicológica debe efectuarse en la comunidad terapéutica, siguiendo el protocolo específico.

2. Protocolo de atención en comorbilidad psiquiátrica (Patología Dual)

Se debe hacer énfasis en el tratamiento psiquiátrico según la etapa de la intervención terapéutica.

ETAPAS DE TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DUAL

ETAPAS	DURACIÓN APROXIMADA	ÉNFASIS EN EL TRATAMIENTO
Primera etapa Tratamiento intensivo Desintoxicación Deshabitación Diagnóstico y manejo de problemas psiquiátricos y médicos Estabilización de síntomas	De 15 días a 1 mes	Necesita evaluación diagnóstica y tratamiento intensivo por personal médico y psiquiátrico además de los otros profesionales del equipo, diario o día de por medio
Segunda etapa Tratamiento psiquiátrico menos intensivo Integración a la comunidad terapéutica Estabilización de síntomas Mayor precisión del diagnóstico	De 1 a 3 meses	Requiere entrevistas psiquiátricas al menos 2 veces por semana y supervisión del plan de tratamiento El paciente está más estable, toma su medicación, recibe tratamiento multidisciplinario, el paciente está más integrado a la comunidad
Tercera etapa Rehabilitación y reintegración social	Desde los 3 meses hasta el egreso y continua con el seguimiento ambulatorio	Psiquiatra supervisa al paciente con entrevistas en la frecuencia requerida, recomienda terapias especiales y al egreso da las recomendaciones de medicación y frecuencia de citas

3. Proceso de Atención en Comunidad Terapéutica

El proceso de atención está estructurado por 3 fases que incluyen 6 etapas, con una duración y objetivos específicos para cada una. El tiempo prudencial para la estadía en el programa es de un mínimo de tres a seis meses, y su duración se determinará de acuerdo a la gravedad de la enfermedad, la evolución individual y el criterio del equipo multidisciplinario, apoyado en las evaluaciones semanales.

Finalizado el internamiento comienza un período de seguimiento ambulatorio con una duración mínima de seis meses. Este tiempo puede variar, según las características individuales, familiares, psicológicas, comportamentales y la severidad del trastorno, así como con el cumplimiento de los objetivos e instrumentos terapéuticos establecidos.

Fases y Etapas

El proceso está dividido en tres fases que engloban a su vez seis etapas diferentes: La Fase de Ingreso que engloba la Etapa de Acogida. La Fase de Progreso que incluye las Etapas de Identificación, Elaboración, Consolidación y Servicio Social. La Fase de Egreso que incluye la Etapa de Desprendimiento Gradual.

FASES EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

FASES	ETAPAS	DURACIÓN
INGRESO	Acogida	0.5 - 1 mes
	Identificación	0.5 - 1 mes
PROGRESO	Elaboración	0.5 - 1 mes
	Consolidación	0.5 - 1 mes
	Servicio Social	0.5 - 1 mes
EGRESO	Desprendimiento Gradual	0.5 - 1 mes
	Seguimiento	= o > 6 meses

Fase de Ingreso

Etapas de Acogida

La fase de ingreso comprende la Etapa de Acogida y garantiza que tanto el usuario como su familia reciban el Programa de Inducción, posibilitando el conocimiento y adaptación a la dinámica de la Comunidad Terapéutica, realizar la evaluación psicosocial del usuario y su familia, así como iniciar el proceso de autoconocimiento. En esta etapa se realiza la evaluación bio-psico-social del usuario y se determina su aptitud para continuar en el programa

- Inducción general al Programa.
 - Compromiso existencial
 - Guía del primer paso
 - Esquema de Introspección
 - Pacto de convivencia
 - Manual de convivencia
- Iniciar el autoconocimiento a través de la autobiografía y las autoevaluaciones.
- Participar en los grupos terapéuticos.
- Evaluaciones médicas, psiquiátricas, psicológicas, de trabajo social y tutoría.
- Entrenamiento en disciplina y responsabilidad.

Fase de Progreso

Etapas de Identificación

Ofrece al usuario las herramientas y las condiciones necesarias para el diseño y la ejecución de su Plan de Tratamiento, así como también para la formulación de su Proyecto de Vida, identificando factores de riesgo y creando factores de protección que den soporte al mismo en su proceso de integración social y familiar. Se promueve la introyección de las normas y valores de la comunidad terapéutica, al igual que su autoconocimiento a partir de la identificación y elaboración de sus problemas.

- Introyectar las normas y valores de la comunidad terapéutica.
- Participar en las actividades terapéuticas (individuales y grupales).
- Diseñar y comenzar la ejecución del plan de tratamiento.
- Profundizar en el proceso de autoconocimiento a partir de la guía de historia personal.
- Autocontrol.

Etapas de Elaboración

- Continuar la ejecución del plan de tratamiento.
- Verbalización de sus problemáticas.
- Participar en las actividades terapéuticas (grupales e individuales).
- Desarrollar habilidades sociales.
- Fomento de la honestidad.

Etapas de Consolidación

- Evaluar el cumplimiento de las metas obtenidas en el plan de tratamiento.
- Consolidar la red de apoyo familiar y social.
- Participar en grupos de apoyo.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento.
- Diseñar plan de servicio social.
- Diseñar el proyecto de vida.
- Verbalización de las problemáticas residuales.
- Aceptación.

Etapas de Servicio Social

- Familiarizar al usuario con una cultura del trabajo, fomentando así la participación, la solidaridad y la responsabilidad.
- Poner en práctica las habilidades sociales y de afrontamiento adquiridas en las etapas anteriores.
- Fomentar el ejercicio de un estilo de vida acorde con los valores adquiridos en la Comunidad Terapéutica.
- Ejecutar plan de servicio social.
- Diseñar plan de desprendimiento gradual.
- Elaboración del proyecto de vida.
- Cooperación.

Fase de Egreso

El proceso de egreso corresponde a la tercera fase del Programa, la cual comprende dos etapas denominadas Desprendimiento Gradual y Seguimiento y acompaña al usuario en el desarrollo de su plan de desprendimiento y en la concertación y ejecución de su proyecto de vida, buscando que concrete una red de apoyo y se incorpore nuevamente a la sociedad.

Etapas de Desprendimiento Gradual

- Ejecutar un plan de desprendimiento gradual acorde con las necesidades y posibilidades reales del usuario en su red de apoyo social y familiar.
- Plan y control de egreso.
- Acompañar la concreción y ejecución del proyecto de vida.
- Monitorear y acompañar en el fortalecimiento de los factores de protección y la manera como se afrontan los factores de riesgo.
- Promover la separación (Emancipación) del usuario de la Comunidad Terapéutica.
- Fortalecer la integración social y familiar.
- Cerrar el proceso del usuario a través del ritual de Desprendimiento.

Etapa de Seguimiento

- Evaluación del plan de Desprendimiento Gradual y de los objetivos y metas a corto plazo, planteadas en el Proyecto de Vida.
- Acompañar a los usuarios que egresan del hogar por un periodo no menor de seis meses.
- Gestionar el Control de Fase de Egreso.
- Llevar el libro de registro de Fase de Egreso.
- Integrarse totalmente a la comunidad externa. (Socio Familiar).
- Dar continuidad al desarrollo de su Proyecto de Vida en el medio social y familiar.
- Celebrar la ceremonia de egreso, (Graduación-Reeducación).

ETAPAS

ETAPA	OBJETIVOS	DURACIÓN
ACOGIDA.	Acoger al usuario. • Lograr familiarización con el diario vivir de la C.T. y su Normatividad. • Evaluar al usuario para determinar si es apto para el programa. • Lograr la desintoxicación física.	15 a 30días aproximadamente.
IDENTIFICACIÓN.	• Introducción a las normas y valores de la C.T. • Identificar los problemas relacionadas con el consumo de drogas.	15 a 30días aproximadamente.
ELABORACIÓN.	• Elaborar el Plan de Tratamiento • Verbalización, elaboración y seguimiento escrito de los problemas identificados en Plan de Tratamiento. • Anexar al Plan de Tratamiento los problemas identificados posteriores a las definidas en la etapa anterior.	15 a 30días aproximadamente.
CONSOLIDACIÓN.	• Comenzar en la elaboración del proyecto de Vida. Identificar y trabajar problemáticas residuales.	15 a 30días aproximadamente.
SERVICIO SOCIAL.	• Incentivar a los usuarios para el desempeño en un área de Servicio. • Revisar y consolidar el Plan de Vida. • Comenzar con la elaboración del Plan de Desprendimiento Gradual.	15 a 30días aproximadamente.

DESPRENDIMIENTO GRADUAL.	• Elaborar y sustentar el plan de desprendimiento gradual. • Identificar y sustentar los factores de riesgo. • Identificar y sustentar las destrezas de afrontamiento. • Elaborar y sustentar el proyecto de vida. Sustentar y confrontar su proceso de reinserción socio familiar, socio laboral, socio académica, etc. • Propiciar el DG de la C.T. en forma responsable y motivar la concreción y ejecución del Plan de Vida. • Facilitar la emancipación del usuario de la C.T. • Elaborar y gestionar la fase de egreso.	15 a 30días aproximadamente.
SEGUIMIENTO.	• Asistir a los grupos de autoayuda. • Calificar para la ceremonia de reeducación (Graduación). • Participar como modelo de liderazgo e identificación; y como dinamizadores del proceso de recuperación y prevención.	90 a 180días aproximadamente.

ANEXO 4

Horario de Actividades de UC A

Equipo Multidisciplinario:

- Médico Psiquiátrico – Jefe de la Unidad
- Psicólogo Clínico – Psicoterapeuta
- Trabajadora Social
- Enfermera Profesional
- Personal Paramédico (auxiliares)
- Operadores Vivenciales (ex adictos con experticia en la ayuda a sus pares activos, con perfil de personalidad apropiado:

Trabajo a realizarse durante las dos primeras semanas

Etapa de acogida

De 06h00 a 07h30	Aseo personal y del área
08h00 a 09h00	Desayuno
09h00 a 10h00	Reflexión diaria (equipo multidisciplinario)
10h00 a 10h15	Refrigerio
10h15 a 11h30	Evaluación psiquiátrica, psicológica y socio-familiar
11h30 a 12h00	Reunión equipo multidisciplinario (revisión casos diarios)
12h00 a 13h00	Almuerzo
13h00 a 14h00	Descanso
14h00 a 16h00	Psicoeducación (Trabajo Social)
16h00 a 18h00	Elaboración tareas, actividades recreativas (Ludoterapia)
18h00 a 19h00	Merienda
19h00 a 21h00	Grupos de autoayuda
22h00	Descanso

Etapa de intervención a realizarse de la tercera a sexta semana:

De 06h00 a 07h30	Aseo personal y del área
08h00 a 09h00	Desayuno
09h00 a 10h00	Reflexión diaria (equipo multidisciplinario)
10h00 a 10h15	Refrigerio
10h15 a 11h30	Evaluación y tratamiento individualizado: Psicoterapia, individual, Grupal, Familiar
11h30 a 12h00	Reunión equipo multidisciplinario (revisión de casos diarios)
12h00 a 13h00	Almuerzo
13h00 a 14h00	Descanso
14h00 a 16h00	Psicoeducación (Trabajo Social: Cine Forum)
16h00 a 18h00	Elaboración tareas, actividades recreativas (Ludoterapia)
18h00 a 19h00	Merienda
19h00 a 21h00	Grupos de autoayuda
22h00	Descanso

Etapas de Pre-Alta: de la séptima a octava semana:

De 06h00 a 07h30	Aseo personal y del área
08h00 a 09h00	Desayuno
09h00 a 10h00	Reflexión diaria (equipo multidisciplinario)
10h00 a 10h15	Refrigerio
10h15 a 11h30	Esquemas de planificación individualizada: Planificación de visitas Permisos (controlados y solos) Intervención familiar para análisis de conducta externa Planificación alta y seguimientos externos pacte – familia. Prevención de recaídas.
11h30 a 12h00	Reunión equipo multidisciplinario (revisión de casos diarios)
12h00 a 13h00	Almuerzo
13h00 a 14h00	Descanso
14h00 a 16h00	Psicoeducación (Trabajo Social: Cine Forum)
16h00 a 18h00	Elaboración tareas, actividades recreativas (Ludoterapia)
18h00 a 19h00	Merienda
19h00 a 21h00	Grupos de autoayuda
22h00	Descanso

Fines de semana, el mismo horario que se maneja de Lunes a Viernes, pero con la diferencia de que los pacientes recibirán solo a los grupos de autoayuda, reforzarán su parte espiritual de manera opcional, los domingos a las 10h30 asistiendo a la Santa Misa, que se celebra en la capilla del Hospital; y además recibirán la supervisión de los médicos residentes de guardia y de enfermería.

ANEXO 5

PLAN DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN

Para la Promoción y Difusión de nuestra Unidad de Conductas Adictivas se ha previsto desarrollar las siguientes actividades:

- Elaborar un Boletín Informativo que será entregado a todos los medios de prensa comunicando la apertura de este nuevo servicio que presta la H. Junta de Beneficencia a la comunidad.
- Entrevistas en radio y televisión acerca de las conductas adictivas, su evaluación y su tratamiento especializado, en las que se abordará las bondades de nuestra Unidad de Conductas Adictivas y se explicará su metodología, etc.
- Lanzamiento de la Unidad de Conductas Adictivas con invitación a la Prensa y Autoridades del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

ANEXO 6

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

MODELO

Tradicionalmente se ha definido implícita y poco sofisticadamente el cambio o modificación de una conducta adictiva como el movimiento o paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable de abstinencia. Esta definición tradicional conlleva, entre otros equívocos o implicaciones erróneas, conceptualizar el cambio como un suceso dicotómico y utilizar únicamente categorías discretas (abstinencia vs consumo, por ejemplo), como criterio para evaluar la eficacia de los programas de intervención.

En la actualidad, se enfatizan modelos de fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de diferentes conductas adictivas. La ventaja principal de este tipo de modelos radica en describir el cambio como un proceso, como una serie de etapas o estadios a lo largo del tiempo, en vez de enfatizar la abstinencia por ser como el primer objetivo a alcanzar. El cambio, especialmente el cambio de una conducta adictiva, no es un fenómeno que siga la Ley del todo a nada. Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio, desde el momento en que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ésta ya no existe. Hay muchos cambios que preceden y siguen a la consecución de la abstinencia.

Prochaska y Di Clemente, en sus últimas formulaciones del modelo transteórico de cambio, distinguen los siguientes estadios en el proceso de cambio de las conductas adictivas:

- a) Precontemplación
- b) Contemplación
- c) Preparación
- d) Acción, y
- e) Mantenimiento

1.- Estadio de precontemplación: los pacientes situados en este estadio no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. Estos pacientes que no se evalúan a sí mismos como teniendo una conducta problema que deben cambiar, si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás (familia, presiones legales, etc.) y, con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mastigar algún tipo de cambio, pero,

una vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo.

2.- Estadio de contemplación.- Puede definirse como el estadio en que los pacientes son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio. Así, durante éste estadio el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

3.- Estadio de preparación.- El estadio de preparación se caracteriza tanto por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, como por ser la fase en la que el individuo realiza algunos pequeños cambios conductuales (disminuir la cantidad de alcohol consumida, por ejemplo) aunque dichos cambios no cumplan los criterios necesarios (abstinencia total de alcohol, por ejemplo) para considerar que el paciente se halla en el siguiente estadio, el de acción.

4.- Estadio de acción.- Es la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo de superar la adicción. El estado de acción requiere un compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios del estadio de acción (la abstinencia, por ejemplo), al ser más visibles para las personas cercanas al paciente conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social. La mayoría de personas, incluyendo muchos profesionales, equiparan erróneamente acción y cambio, omitiendo tanto el trabajo previo indispensable de preparación para la acción como los considerables esfuerzos necesarios para mantener y asentar posteriormente los progresos realizados en el estadio de acción.

5.- Estadio de mantenimiento.- En esta etapa el paciente intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en los estadios anteriores, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Este estadio no consiste, pues en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.

Este marco teórico sirve para abordar una de los principales inconvenientes en el tratamiento de las dependencias: la falta de motivación y de compromiso con la recuperación de parte de los pacientes, y esto explicaría las bajas tasas de recuperación que se encuentren en estos ambientes terapéuticos, ya que habitualmente en la mayoría de los centros de tratamientos se ha generalizado la filosofía de los 12 pasos, que en sí, es un abordaje para el cambio de las conductas adictivas. Es decir, para implementar esta filosofía, el paciente tiene que cumplir la tercera tradición: "el único requisito para poder ingresar a un grupo de 12 pasos es el deseo de querer dejar de consumir", y el no cumplimiento de este requisito es lo que explicaría los impases terapéuticos y la falta de adherencia al tratamiento, ya que la mayoría de los pacientes que ingresan a un centro de Rehabilitación lo hacen en contra de su voluntad o son presionados por sus familiar o estamentos legales.

Otro aspectos distintivo, de éste modelo terapéutico es la importancia que reviste para nosotros, la evaluación exhaustiva, tanto del EJE I como de EJE II del DSM- ya que hoy en día se ha encontrado que otras de las dificultades que los pacientes presentan en el curso de su tratamiento es la presencia de patologías psiquiátricas asociadas, que no solamente han iniciado sino que mantienen y alimentan el abuso de sustancias psicoactivas.

En este sentido hay que resaltar que los pacientes que abusan de sustancias suelen presentar síndromes psiquiátricos asociados, sobretodo de tipo ansioso y depresivo, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de sustancias y que tienden a mejorar en pocas semanas. Sin embargo, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que requieren un tratamiento específico. Se trata de la llamada Patología Dual, en la que concurren uno o varios trastornos psiquiátricos, asociados a la patología adictiva. Distintos estudios internacionales así como uno realizado en este hospital, el año 2000, arrojan una información que es congruente en casi todo el mundo, la presencia de trastornos de personalidad en esta población, lo que va del 50 al 75% de la población de los abusadores de sustancias, lo que evidencia el alcance y las limitaciones del programa de 12 pasos, al ser éste un programa de autoayuda en el que no existen intervenciones profesionales evaluadoras ni terapéuticas de tipo psiquiátricas ni psicológicas. Muchos de los pacientes que en los grupos de autoayuda tienen recaídas frecuentes y son calificados como irrecuperables, son en realidad pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica severa. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaídas y suicidio. El tratamiento de estos trastornos psiquiátricos asociados es decisivo para evitar la agravación progresiva y la probabilidad de un desenlace fatal. Dichos pacientes requerirán un abordaje integrado de su patología dual, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado, de lo habitual.

El programa de intervención guardará correspondencia con la Terapia Dialéctica Conductual, la cual ve el abuso de sustancias como una estrategia disfuncional para el afrontamiento de estados emocionales frecuentes, intensos y dolorosos. En este escenario se subraya la adquisición de habilidades de "concienciación" (mindfulness), regulación y tolerancia al malestar, así como

de efectividad interpersonal. Esta forma de psicoterapia ha evidenciado su utilidad reduciendo el abandono prematuro y la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto distintivo y que nos separara del resto de abordajes, será la importancia que se le dará al contexto más amplio en el que se desenvuelve el paciente, así como a las interacciones que se dan dentro de éste, ya que habitualmente se ha ubicado la patología dentro del paciente y se ha dejado de lado el contexto ambiental, el cual puede jugar un rol relevante en el mantenimiento del problema, por lo que las intervenciones sociales y familiares tienen un papel fundamental en la intervención macro del problema, al reestablecer jerarquías, mejorar la comunicación familiar e identificar a familiares “codependientes” que juegan un papel importante en el mantenimiento del problema.

En síntesis, el programa de intervención psicológica trabajará con la motivación del paciente para lograr tanto su disposición hacia el abandono del consumo de sustancias, como la estabilización de su patología psiquiátrica (en caso de tenerla), haciendo énfasis en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento orientadas hacia la prevención de recaídas y la construcción de un estilo de vida más satisfactorio que lo aleje del uso de drogas.

OBJETIVOS GENERALES

- Apoyar el trabajo interdisciplinario necesario para la desintoxicación y estabilización de los Trastornos Adictivos, cuya importancia se basa en el aporte de la comprensión de los factores psicológicos individuales y sistémicos que inciden en el origen y la mantención de las conductas adictivas, los cuales son indispensables para el tratamiento integral de ésta patología.
- Desarrollar una modalidad de tratamiento de la problemática de la dependencia que presentan los pacientes desde un enfoque teórico cognitivo conductual constructivista que permita abordar dinámicas en procesos, tanto a nivel conductual, cognitivo y afectivo – experiencial.
- Intervenir con estrategias de motivación al cambio, así como de adherencia al tratamiento.
- Desarrollar intervenciones conjuntas con el médico psiquiatra con el fin de abordar la comorbilidad psiquiátrica. Se abordaran los trastornos de ansiedad y afectivos así como los desordenes de personalidad, determinando como estos se interrelacionan con el proceso de dependencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar, implementar y actualizar programas de rehabilitación y protocolos de atención de usuarios agudos, larga estadía y ambulatorios, de acuerdo a políticas Institucionales y de salud mental nacional.
- Evaluar y confeccionar plan de tratamiento individual y grupal.
- Realizar Consulta Psicológica Individual (intervención breve).
- Realizar Intervención Psicosocial Grupal.
- Realizar consulta Psicológica Familiar.
- Realizar Intervención Psicosocial Grupal Familiar.
- Realizar Psicoevaluación de la complejidad del Trastorno.
- Realizar Psicodiagnóstico.
- Realizar intervención en Crisis.
- Realizar Derivación asistida en la Red.
- Participar del grupo multidisciplinario.
- Cumplir con funciones Administrativas.
- Supervisión y evaluación de alumnos en práctica profesional.

PSICOTERAPIA GRUPAL

- Desarrollo de motivación
- Manejo de la resistencia
- Manejo de la ambivalencia
- Entrenamiento en Habilidades de regulación de emociones, tolerancia de emociones, afectividad interpersonal y de mindfulness
- implementar técnicas de manejo y control del craving, así como de prevención de recaídas
- desarrollar un estilo de vida que sea incompatible con el uso de drogas.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

A través de este tipo de intervención, se tratarán patologías complementarias que estén interfiriendo con el proceso por el cual atraviesa el paciente con problemas derivados del consumo de drogas.

Así mismo se tratarán temáticas como:

- Identificación y resolución de conflictos vitales e interpersonales
- Autoconciencia del estilo afectivo y su asociación con el proceso adictivo
- Identificación de autoengaños disfuncionales
- Adquisición de habilidades en la toma de decisiones

AREA FAMILIAR

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar una modalidad de tratamiento de las problemáticas de la dependencia desde un enfoque teórico – sistémico constructivista. Que privilegia la función del uso de sustancias como una problemática relacional – interaccional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Enfatizar lo positivo de las familias y utilizar las fortalezas sistémicas como palancas para el cambio individual, promover las conductas responsables y decrecer las conductas irresponsables entre los miembros de la familia a través de un análisis y clarificación de contingencias.
- Focalizar las intervenciones en el aquí y ahora, orientándolas hacia la acción y dirigidas a problemas específicas y bien definidas
- Mejorar la comunicación y metacomunicación entre los miembros de la familia.
- Restablecer las jerarquías dentro del sistema familiar y los límites que marcan una estructura.

ANEXO 7

PLAN DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Las conductas adictivas, sus efectos y consecuencias en el individuo, familia y sociedad, en la actualidad es un gran problema de salud, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, Ecuador no es la excepción, de acuerdo a informes del CONSEP; frente a esta realidad, el Director Técnico del Hospital Lorenzo Ponce, Dr. Fabrizio Delgado, manifiesta la carencia de centros de atención especializados para conductas adictivas en nuestra ciudad, así como la existencia de varios centros que son pseudos clínicas pequeñas manejadas por adictos recuperados y con unos tratamientos bárbaros e inhumanos, entre otras cosas, por lo tanto, ha puesto en evidencia la necesidad de formar una Clínica de rehabilitación especializada, con un personal altamente calificado, espacios físicos apropiados, con metodologías de atención de calidad, confiabilidad y calidez.

Propósito y Objetivos

Propósito

Con el presente plan proponemos optimizar el desempeño de la atención médica y de cuidados directos, es importante enfatizar que es un proceso que permite aportar significativamente al desenvolvimiento exitoso del Hospital Lorenzo Ponce, en este caso a través de la nueva clínica para pacientes con problemas de adicciones, que se esfuerza por satisfacer las necesidades de la comunidad en general.

METODOLOGÍA

Andragógico (aprender en base a la experiencia)

Preguntas y Respuestas

Lluvia de ideas

Talleres Grupales

Se utilizará texto estandarizado, entregado en un CD

COMPONENTES

- Talleres de capacitación
- Pasantías
- Congresos Internacionales

ESTRATEGIAS

- Alianzas y/o convenios instituciones similares
- Aval Universitario y con Colegios de Profesionales
- Apoyo del Personal Médico y Paramédico calificado, del HLP

RECURSOS

Humanos

- Dr. Miguel Pulla
- Lic. Shirley Castro
- Sor Carmen Paredes
- Lic. Rosario Erazo
- Psic. Sergio Paz
- Lic. Judith Vintimilla
- Lic. Gladys Jarrín
- Padre Enso Balasso

Materiales

- 50 carpetas manilas
- 50 binchas para carpetas
- 50 plumas
- 50 CDs
- 200 hojas de papel bond A4

DATOS GENERALES

Objetivos del curso

Objetivo General

- Brindar una atención integral con calidad y calidez a pacientes hospitalizados en la Clínica para atención de pacientes con conductas adictivas en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

Objetivos Específicos

- Identificar patologías adictivas con enfoque farmacodependencias.
- Diagnosticar según CIE 10, a los pacientes que acuden a la clínica
- Brindar tratamiento personalizado y protocolizados.
- Implementar terapias psicológicas, sociales y familiares.

- Canalizar la reinserción social, económica y familiar.
- Realizar un monitoreo y seguimiento para prevención de recaídas
- Evaluar el cumplimiento de los resultados ex ante y ex post.

Organizado por: El Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce

Dirigido a: Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Trabajadoras Social y Auxiliares de Enfermería.

Fecha: Tercera semana de octubre

Lugar: Auditorio HLP

Duración: 40 horas

Aval: Universidad Católica

Horario: 15 días, 4 horas diarias, de 09h00 a 13h00

PARTICIPANTES: 46 (4 Médicos, 4 Residentes, 12 Licenciadas, 3 Trabajadoras Sociales, 3 Psicólogos y 20 Auxiliares de Enfermería).

TEMÁTICAS GENERALES DIRIGIDOS A

Médicos

- Definiciones Generales
- Historia
- Clínica
- Diagnóstico de patologías
- Conductas adictivas: Alcoholismo y sustancias psicotrópicas
- Diagnóstico CIE10 diferenciales
- Tratamientos protocolizados
- Tratamiento Integral.-
- Modelos Terapéuticos
- Enfoque legal y ética en la atención a pacientes con conductas adictivas:
 - Proceso legal
 - Leyes contemplados constitucional vigente
 - Deberes y derechos del pacientes y personal
 - Ética en la atención al paciente con conductas adictivas
- Trabajo en equipo y liderazgo
- Atención Humanizada al paciente

Psicólogos

- Módulo de Terapias individuales y familiares
- Terapia de autoayuda
- Terapia Recreativa
- Monitoreo y Seguimiento del paciente
- Evaluación del diagnóstico y tratamiento.

Licenciadas en Enfermería

- Diagnóstico de Enfermería: NANDA
- Plan de cuidados
- Psicofarmacología
- Administración de medicamentos
- Cuidados directos al paciente
- Aplicación de protocolos en la atención profesional de Enfermería a pacientes con conductas adictivas
- Supervisión y Control
- Evaluación

Trabajo Social

- Terapia familiar
- Reinserción socio-familiar y laboral
- Acogida Evaluación y seguimiento del paciente INTA y extrahospitalaria

Auxiliares de Enfermería

- Generales de la patología de conductas adictivas
- Conceptos básicos psicofarmacológicos, guía básica
- Confort, higiene y cuidado personal del paciente
- Administración de medicamentos
- Ética profesional
- Relaciones Humanas y Motivación.

ANEXO 8

PLAN DE PASANTIAS

Propósito de las pasantías

Las pasantías permiten realizar un intercambio de experiencias, con tutorías directas, además de canalizar protocolos, manuales o procedimientos actualizados como modelos de implementación.

Duración: Una semana.

Dirigido: Un Médico, un Psicólogo, una Trabajadora Social, una Supervisora de Enfermería y una Enfermera.

Fecha: Tentativa en la primera semana de octubre.

Lugar: Las pasantías pueden realizarse en la ciudad de Cuenca en el Centro de Rehabilitación CRA, o en Azoguez en el COTEMUAZ – Comunidad Terapéutica de la Municipalidad de Azoguez.

CUADRO DE ASIGNACIÓN

ÁREA / SERVICIO	PERSONA ASIGNADA	INSTITUCIÓN
Médicos	Psiquiatra	
Enfermeras/os	Supervisora de	
Trabajadora Social	Por Designar	

Solicitud para pasantías

- La solicitud de las pasantías se deben realizar con un mes de anticipación
- Adjuntar el programa con objetivos y actividades concretas

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Estadísticas del HLP.
2. "El Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce" – Documental/2004
3. Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos, ARS Médica, 2003
4. Haro G., Patología Dual: de la Comunidad al Hospital con un Programa Integrado de Salud; I Congreso Internacional de Patología Dual; Madrid, 2008.
5. [Http://ciencia.glosario.net/medio-ambiente-acuatico/impacto-ambiental-10368.html](http://ciencia.glosario.net/medio-ambiente-acuatico/impacto-ambiental-10368.html)
6. Martín González E., Epidemiología mundial de las drogas: I Foro de actualización en Trastornos Adictivos; Madrid, 2003; 2-8
7. "Primera Encuesta de Salud Escolar", Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2007.
8. Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1982). Transtheroretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
9. Resumen Ejecutivo de Informe Estudio Nacional a Hogares sobre el Consumo de Drogas, CONSEP 2007.
10. San Juan J., Evolución cerebral, adicciones y Psicopatología. Madrid: Editorial Triacastela, 2000.
11. "Segunda Encuesta Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas", Consejo Nacional de Control de Substancias, Estupefacientes y Psicotrópicas. CONSEP, 2003.
12. Seijas D, Tratamiento de las dependencias de sustancias, Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 119-124
13. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) SEVIP – MEC. 1998
14. Slaikeu KA. Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno Ediciones, 1998. pp.: 140-148.

15. "Tercera Encuesta Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas", Consejo Nacional de Control de Substancias, Estupefacientes y Psicotrópicas. CONSEP, 2007.
16. Walpole R, Myers S. Probabilidad y Estadística para ingenieros. México: Prentice hall 1998.
17. www.cicad.oas.org/mem/esp/Informes/Segunda%20Ronda%20Recomendaciones/EcuadorSpanish.pdf
18. www.consep.ec/consep.php?c=1544
19. www.jbg.org.ec/es/
20. www.opsecu.org/
21. Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia]. Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública. República de Colombia
http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Legislacion_tematica/Actualizacion_guia_atencion_farmacodependencia_2_.pdf