

**CUIDADO DE ENFERMERIA A PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS**

**JULIETH MARIA GARCÉS CAICEDO**

**LISBETH DANYELI JOAQUI CHILITO**

**EDUARDO YESID MUÑOZ URBANO**

**MARLY ROCIO NAVIA PAZ**

**JESSICA IVON RUIZ CAICEDO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**POPAYÁN, CAUCA**

**2013**

**CUIDADO DE ENFERMERIA A PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS**

**JULIETH MARIA GARCÉS CAICEDO**

**LISBETH DANYELI JOAQUI CHILITO**

**EDUARDO YESID MUÑOZ URBANO**

**MARLY ROCIO NAVIA PAZ**

**JESSICA IVON RUIZ CAICEDO**

**ASESORADO POR:**

**ENF. MAG. GLORIA MIRANDA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**POPAYAN, CAUCA**

**2013**

## TABLA CONTENIDO

<b>INTRODUCCION</b>	<b>8</b>
<b>1. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>11</b>
<b>1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA DROGADICCION</b>	<b>11</b>
<b>1.2 TRATAMIENTO DE LA DROGADICCION</b>	<b>13</b>
<b>1.3 CUIDADO DE ENFERMERÍA: CORRIENTES FILOSOFICAS Y VISIONES</b>	<b>14</b>
<b>2. MARCO LEGAL</b>	<b>18</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>20</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>20</b>
<b>3.2 BUSQUEDA DE DOCUMENTOS</b>	<b>21</b>
<b>3.3 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS</b>	<b>21</b>
<b>3.4 ANALISIS DE DOCUMENTOS</b>	<b>27</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>4.1 CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS ANALIZADOS</b>	<b>29</b>
<b>4.2 CARACTERISTICAS LIMITANTES Y ENFOQUE DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA</b>	<b>31</b>
<b>4.2.1. Características del Cuidado a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas</b>	<b>31</b>
<b>4.2.2. Limitantes en el Cuidado Enfermero</b>	<b>35</b>
<b>4.2.3. Enfoque del Cuidado</b>	<b>37</b>
<b>5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS</b>	<b>39</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>41</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>44</b>

## ANEXOS

A. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA	47
B. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 1	48
C. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 2	50
D. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 3	53
E. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 4	55
F. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 5	57
G. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 6	60
H. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 7	63
I. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 8	65
J. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 9	67
K. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 10	69
L. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 11	71
M. RESOLUCIÓN 001315 DE ABRIL 25 DE 2006	73
N. RESOLUCIÓN 196 DE FEBRERO 26 DE 2002	80

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1. CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS SELECCIONADOS</b>	<b>22</b>
<b>Tabla 2. CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS ANALIZADOS</b>	<b>26</b>
<b>Tabla 3. CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS</b>	<b>30</b>

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestra asesora Gloria Miranda por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de este trabajo, por su ejemplo de profesionalismo que nunca olvidaremos.

## RESUMEN

**Introducción:** Siendo que la drogadicción se ha convertido en un fenómeno de crecimiento acelerado y de gran impacto social y sanitario, es necesario determinar las características, limitaciones y enfoque de cuidado de enfermería que se brinda a consumidores de drogas. **Objetivos:** Analizar las características del cuidado de enfermería a personas consumidoras de drogas. **Metodología:** Estudio descriptivo realizado a partir de la consulta de artículos referentes al tema cuidado de enfermería a usuario de drogas a nivel latinoamericano comprendido entre el año 2002 a 2011. **Resultados:** El análisis de los documentos permitió establecer que el cuidado de enfermería a usuarios de alcohol y otras drogas se realiza desde un enfoque "biologístico", fuera del contexto de las personas afectadas y sin comprender la situación por la que están pasando, por lo que las acciones orientadas a solventar sus necesidades no son coherentes y efectivas, lo que, obstaculiza la recuperación del paciente consumidor de droga y su reinserción al hogar y sociedad; entre las limitantes se encuentra la falta de formación y capacitación de los enfermeros en el tema de drogadicción. **Conclusión:** se puede concluir que los pocos profesionales de enfermería que tienen contacto con personas adictas omiten la realidad multidimensional del ser humano olvidando que este es el centro del proceso de cuidado.

**PALABRAS CLAVES:** Cuidado, enfermería, drogadicción.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado de Enfermería hasta hace algunas décadas se desarrolló desde un enfoque biomedicalizado, con una visión del ser humano fragmentada y un rol pasivo del sujeto de cuidado frente al profesional de Enfermería y personal de salud en general, es decir que, al sujeto se le convierte en un objeto de “reparación” por parte de los profesionales y se le confiere un rol de enfermo. <sup>1</sup> Enfoque de atención que también se prestó a las personas que presentaban problemas a nivel de su salud mental y que incluyó la institucionalización de estos individuos como única estrategia para su manejo, convirtiendo al “manicomio” en eje central de la atención psiquiátrica y dificultando de esta manera la visión global de la situación de estas personas en su contexto. Solo, a partir de 1963, se intenta modificar la atención médico-psiquiátrica basada en la atención de la enfermedad para pasar a criterios que tuvieran más en cuenta las condiciones del bienestar- condiciones de la Salud-, a partir de lo cual surge el término Salud Mental, que aboga por una apertura en el tratamiento y rehabilitación de estas personas con un enfoque comunitario con participación de la familia, el paciente y del entorno, para permitirle al individuo vivir en su medio, obtener una ocupación profesional y un espacio digno en la sociedad. <sup>2</sup>

En este contexto, la Salud Mental apunta entonces al estado deseable de bienestar personal y social bajo la premisa de la OMS de bienestar físico, social y mental; por otra parte, la salud mental hace alusión tanto a los dispositivos de la Salud Pública como de la Atención Pública que requieren implementarse para la recuperación de la Salud en el caso de estas enfermedades; como a la disgregación del concepto de patología psiquiátrica tradicional en tres grupos de demandas previsibles: a) los que se desvían del comportamiento social normativo (como psicóticos, psicópatas); b) los que presentan resistencias específicas de

---

<sup>1</sup> LLOR, B., ABAD, M, A., GARCÍA, M., NIETO, J., La relación: profesional de la salud- paciente. Capítulo 22. En: Ciencias psicosociales aplicadas a la Salud. 1era edición. Interamericana-McGraw- Hill. Madrid.1998.p.219-220.

<sup>2</sup> SABATER MATEU MP, RIGOR CUADRA A. El estigma en la Salud mental: un reto para el siglo XXI. En: Rev ROL Enf 2007; 30(11): 736-748.

adaptación (como neuróticos); y c) los grupos más vulnerables o con mayor riesgo de enfermar (personas- niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, ancianos- en situaciones críticas: vulnerabilidad psicosocial, violencia, morbilidad y problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia, conducta suicida, abuso de drogas y alcohol) <sup>3</sup>, lo cual permite un abordaje mas amplio de las problemáticas en este campo.

A pesar de las innovaciones en el campo de la salud mental, aún persisten comportamientos discriminatorios y estigmatización no solo para los pacientes y familiares, sino también para los profesionales implicados en la atención de estas problemáticas, ya que el común de las personas cuando se refiere a la salud mental, tiende a pensar en la enfermedad, en la locura, la marginación y el manicomio. Al respecto, se ha encontrado que las personas dedicadas a la atención y cuidado de la salud mental (psiquiatras y enfermeras de salud mental) sufren de rechazo y desconfianza por parte de otras disciplinas médicas (Byrne, 2000) <sup>4</sup>, han intentado ser persuadidas por familiares para que se dediquen a otra especialidad (Lai, Hong y Chee, 2000) <sup>5</sup>, experimentan situaciones de burla por trabajar con personas con enfermedades mentales (Byrne, 2000) <sup>5</sup> y mantienen silencio con respecto a la presencia de un familiar con enfermedad mental debido a actitudes despreciativas previas de otros colegas (Byrne, 2001) <sup>5</sup>. Esta situación es el reflejo de la ignorancia, la cual a través del tiempo ha favorecido la confección de una ideología del estigma que gira alrededor de las personas con padecimientos mentales.

Por otra parte, cabe aclarar que no todas las enfermedades mentales sufren el mismo grado de discriminación, incluso algunas de ellas tienen un mayor grado de aceptación, otras por su parte no son consideradas como enfermedad mental sino como una situación profundamente desacreditadora causada por la misma persona, como es el caso del consumo de drogas, pues a pesar de que los avances científicos han demostrado que el drogodependiente es un enfermo y una víctima, hay quienes todavía niegan de forma excluyente este aspecto, el cual es sustituido por el de delincuente o vicioso, situación genera sentimientos de culpa y vergüenza en el adicto, lo que retrasa la búsqueda de ayuda asistencial

---

<sup>3</sup>Ibid.742.

<sup>4</sup>GOFFMAN E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu editores; 1998.

<sup>5</sup>FERNANDEZ CORTES R. Consideraciones en torno a la estigmatización social del enfermo mental. Interpsiquis; 2002. Artículos. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com> [Consultado el 26.07.2011]

profesional o favorece el abandono y falta de adherencia al tratamiento, complicándose de esta manera la recuperación de las personas consumidoras de drogas , y por supuesto su calidad de vida. La anterior situación, se ve agravada por la asociación entre el fenómeno de las drogas y la violencia, el cual se recrudece por el proceso de la globalización, que facilita el comercio de éstas, el lavado de dinero y el aumento del consumo de drogas entre diferente grupos poblacionales. Como consecuencia, se aumenta la violencia y se cambian las estructuras de la familia, las costumbres y los valores sociales. Al respecto, hay pocos estudios en Latinoamérica sobre la relación entre el fenómeno de las drogas y violencia y, con respecto a la profesión, los estudios de enfermería sobre el tema se concentran en las drogas lícitas (tabaco y alcohol), pocos sobre violencia y en relatos de experiencias de intervención.

Con base en esta situación y teniendo en cuenta que la drogadicción se ha convertido en un fenómeno de crecimiento acelerado y de gran impacto social y sanitario, el presente trabajo busca analizar las características del cuidado de enfermería en las intervenciones con personas drogadictas para ofrecer herramientas que permitan desarrollar actividades de intervenciones a nivel del individuo, familia y comunidad.

## **1. MARCO REFERENCIAL**

### **1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA DROGADICCIÓN:**

Se entiende por drogadicción, aquella enfermedad que consiste en la adicción o dependencia a ciertas sustancia tóxicas para el organismo, las cuales afectan en distintos grados el sistema nervioso central, al igual que varias de las funciones cerebrales. Todo lo anteriormente manifestado, produce efectos a nivel fisiológico y psíquico, que se manifiestan en alteraciones del comportamiento, de las emociones, del juicio y la percepción del medio ambiente que nos rodea.

El consumo de drogas, dependiendo del tipo en cuestión, lleva a que la persona padezca de euforia y/o alucinaciones, y en los momentos de abstinencia se experimenta desesperación, angustia y depresión. En algunos casos extremos de drogadicción, el consumo de drogas puede llevar a la locura permanente y/o la muerte de la persona.

Es necesario resaltar que, el uso de las drogas no es sólo una cuestión del presente o de décadas recientes, pues existen evidencias de su uso desde la prehistoria. Es así como en el siglo II después de Cristo, los galenos utilizaban el opio, como una forma de aquietar el dolor de los enfermos. Por su parte el cannabis fue utilizado años atrás en China, Asiria y la India como una forma de alcanzar estados de éxtasis o supuestos estados subliminales. De igual manera diferentes culturas utilizaron las drogas con fines rituales, pero, cabe resaltar que estos se efectuaban, en ambientes altamente controlados y sólo por personas especialmente designadas. Por estos motivos no se conoce que existieran casos de dependencia a estas sustancias.

Posteriormente, a mediados del siglo XIX, irrumpió con fuerza el consumo de la morfina. Principalmente, por medio de la invención de la jeringa, en el año de 1850. Muchos de los adictos, comenzaban a utilizarla, como una manera de calmar sus dolores fisiológicos, pero muchos terminaron siendo adictos a esta sustancia.

Más adelante, ya en el siglo XX, aparecería la heroína y la cocaína. La heroína, nace como un derivado de la morfina, la cual fue utilizada como calmante, durante la Primera Guerra Mundial. La heroína, en fuertes dosis, es mucho más tóxica que la morfina y produce una dependencia física, mucho más fuerte que la morfina. Es así, como la heroína, es la droga que causa la mayor cantidad de muertes, por medio de sobredosis mortales.

Con respecto a la cocaína, se puede mencionar que ésta también debió su difusión al interés médico que generó en sus inicios, porque de hecho se trató del primer anestésico local verdaderamente eficaz. Este descubrimiento, como tal, fue utilizado por Sigmund Freud, quien utilizaba pequeñas dosis de cocaína, para anestesiar zonas específicas en el cuerpo. Su trabajo al respecto, llegó a oídos de un oftalmólogo, llamado Koeller, quien probó las cualidades anestésicas de la cocaína, en una incisión realizada en el ojo de una animal, lo cual resultó un completo éxito. Es así, como hoy en día se reconoce a Koeller, como quien descubrió esta capacidad de la cocaína, esto ocurrió a mediados de 1914.

Lamentablemente hoy en día estas sustancias no son utilizadas para los mismos fines de antes, sino que con el tiempo su uso ha sido inapropiado e irracional, causando de esta manera dependencia y por ende inestabilidad física, mental, emocional, etc. Es por esta razón que en la actualidad estas drogas se conocen más por los terribles efectos que causan en una persona adicta, que por lo beneficios que puedan tener.

Como problema social, la drogadicción ha tenido un ritmo de crecimiento acelerado; según estadísticas encontradas, en el año 2000 hay unos 180 millones de drogadictos en el mundo, cifras que representan un 4,2% de la población mundial mayor de 15 años según el informe mundial sobre drogas de la ONU hecho público el 22 de enero del 2001 en Viena.<sup>6</sup> Este hecho que se ha visto favorecido por la globalización y la consecuente proliferación en el tráfico y rutas de la droga, de forma que el número de países en los que se consume, se ha incrementado de 120 en 1980 a 170 en 1998.

El anterior panorama permite evidenciar la forma como la drogodependencia se ha convertido en un fenómeno de gran impacto social, sanitario, económico, legal y

---

<sup>6</sup> Informe realizado por la Oficina para el Control de Drogas y la Prevención de la Criminalidad ODCCP De La ONU

político, que para ser resuelto requiere de tratamiento especializado y apoyo familiar, pero, sobre todo, voluntad propia de la persona que se encuentra enferma.

## **1.2. TRATAMIENTO DE LA DROGADICCIÓN**

Por mucho tiempo las personas aquejadas con este problema fueron tratadas de forma monótona, lineal y sin sentido, encasillándolas dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, lo que conllevó a que con demasiada frecuencia se tratará a las personas en instituciones que más parecían almacenes humanos que centros de rehabilitación, en donde algunas de estas personas fueron aisladas y encerradas en habitaciones que parecían celdas, o permanecieron en cama durante periodos prolongados con escaso o nulo contacto humano. Otras personas recibieron indebidamente diferentes tipos de medicamentos. Por otra parte en algunas instituciones, los pacientes carecían de ropa decente, agua limpia, alimentos adecuados o instalaciones de higiene que funcionaran. En estos contextos de atención sanitaria, la vida de los pacientes no tenía ningún sentido desde el punto de vista personal o comunitario, y se los mantenía aislados de familiares, amistades y oportunidades laborales, todos estos aspectos repercutieron negativamente en la salud mental de estas personas.<sup>7</sup>

En la actualidad el tratamiento de un problema tan complejo como el consumo de drogas ilícitas, requiere de una serie de diferenciaciones en cuanto a lo que proponen los distintos modelos que se encargan del diagnóstico y tratamiento. Los tratamientos se pueden realizar en diferentes lugares y de muchas maneras, los estudios muestran que es un proceso a largo plazo que involucra intervenciones múltiples para tratar de lograr la abstinencia (8). Lo que realmente interesa del tratamiento, es que, además de detener el uso de drogas, la persona consumidora vuelva a funcionar productivamente dentro de la familia, del trabajo y la comunidad.

---

<sup>7</sup> SABATER MATEU Mp, RIGOL Cuadra A. El estigma en la salud mental, Rev ROL Enf 2007: 30 (11): 16-28

<sup>8</sup> PÉREZ A, SCOPPETTA O, PEÑA P. La juventud y las drogas. Programa Rumbos. Bogotá: Ifaomega; 2002

En Colombia la oferta de servicios de tratamiento para este problema esta constituida por centros de atención en drogadicción de naturaleza privada y laica, públicos, y mixtos; una importante proporción de instituciones son de carácter religioso. Más de la mitad de las instituciones están constituidas como fundaciones o entidades sin ánimo de lucro, a ellas les siguen las organizaciones no gubernamentales y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Solamente cerca del 6% corresponde a instituciones del Estado (9). A pesar de lo anterior, el hospital general sigue siendo, en el imaginario popular, la principal fuente de tratamiento de cualquier tipo de problema, inclusive el de consumo de drogas, probablemente no para el tratamiento del consumo en si y sino para sus complicaciones subsecuentes. Con respecto al modelo de tratamiento más común en el país, se establece que es la comunidad terapéutica, seguido del modelo de teoterapia, algunos modelos incluyen terapias alternativas y otros y el modelo psicológico. El modelo psiquiátrico con énfasis en la salud mental y el modelo de doce pasos no parecen ser comunes en la oferta actual de tratamientos (9). Con respecto a la oferta de servicios, ésta parece concentrarse en la modalidad residencial, seguida de la modalidad ambulatoria. En el 12% de las instituciones se ofrece la opción de hospital día, mientras que en sólo el 5% se ofrece hospital noche. En casi el 10% de las instituciones la modalidad de tratamiento es mixta, es decir que combina más de una modalidad en el mismo programa de tratamiento. La modalidad de consulta externa fue reportada por el 7% de las instituciones. De la misma forma, se observa que la oferta especializada para el manejo de intoxicaciones y sobredosis, así como para síndrome de abstinencia es muy limitada en el país (9).

### **1.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA: CORRIENTES FILOSÓFICAS Y VISIONES**

En todos los tiempos ha existido en el área de salud dos formas de abordar la persona: Una que concebía el hombre como un todo, viviente; por tanto la enfermedad y todo objetivo terapéutico estaba incluido en una relación de globalidad y otra, que concebía cada parte del cuerpo por separado, dando

---

<sup>9</sup> MEJÍA IE, FLÓREZ AM, ISAZA G. Diagnóstico situacional de los centros de atención en drogadicción (CAD). Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2004.

preferencia así a una concepción analítica, basada en las relaciones causales, "científicamente demostrables", de la enfermedad de la persona.

De lo anterior se derivan dos importantes corrientes filosóficas bien diferenciadas, por una parte, el positivismo fundado por August Comte, el cual se caracteriza por ser un sistema filosófico basado en el método experimental y por rechazar los conceptos universales y las nociones a priori; es decir para los positivistas, el conocimiento es concreto y los fenómenos son factibles de medición por lo que se considera que el único conocimiento válido es el conocimiento científico que surge de la afirmación positiva de las teorías tras la aplicación del método científico.

De acuerdo a lo anterior, para enfermería brindar cuidados desde el enfoque positivista se traduce en mantener privilegio por lo orgánico, negando indirectamente la parte subjetiva, pues lo que importa es el dato clínico que puede ser verificado con ayuda de tecnología o técnicas concretas como la exploración física; Es decir el cuidado es encaminado hacia las manifestaciones objetivas y observables de la enfermedad, dichas intervenciones son por lo general localizadas, puntuales, curativas y enfocadas en su gran mayoría al componente biológico de las personas, especificándose así el tratamiento y omitiendo otros aspectos que pueden contribuir o beneficiar la salud del paciente.

La visión de la realidad enfermera generada por esta corriente es la Visión de Reacción o Particular Determinística la cual considera que los seres humanos son biopsicosociales y espirituales, tienen cuatro componentes, que pueden ser estudiados cada uno en forma independiente. Solo los fenómenos objetivos que pueden aislarse, observarse y medirse, pueden ser estudiados, de tal forma que el único método válido de estudio es el método científico. (Fawcett, 1995).

Desde este punto de vista se acepta que el cuidado de enfermería se dirige específicamente a uno de estos componentes, sin que cada uno de estos afecte a la persona en su totalidad.

Por otra parte el postpositivismo se basa en otras dimensiones como son la experiencia y la percepción, teniendo en cuenta aspectos subjetivos donde hay una interacción humana integral entre el paciente y el profesional de enfermería, estableciéndose así completa relación entre ellos. De esta forma, la orientación postpositivista efectúa un *rescate del sujeto y de su importancia*. Así, la observación no sería pura e inmaculada, sino que implicaría una *inserción* de lo observado en un marco referencial o fondo, constituido por nuestros valores,

intereses, actitudes y creencias, que es el que le daría el sentido que tiene para nosotros.

En este nuevo marco de actuación la enfermería acepta lo subjetivo y le da mayor importancia al contexto, con una visión holística de la persona, determinando sus condiciones y características desde los aspectos biológicos y psicosociales, reconociéndole además su capacidad para cuidar de sí mismo así como su derecho a participar en las decisiones referidas a su propia salud, creando de esta manera una relación de ayuda, en donde el sujeto participa activa y conjuntamente en su cuidado, en esta corriente se identifican dos visiones de la realidad enfermera, la primera es la Visión de reciprocidad o integrativa interactiva la cual ve a las personas como seres holísticos, cuyos componentes son inseparables y solo pueden analizarse en el contexto de la totalidad, no pueden ser reducidos a partes.

Esta visión tiene un enfoque diferente, sus seguidores, comprenden que los seres humanos son complejos e irreductibles, en su comportamiento reflejan la interpretación que hacen de una situación en un momento determinado, por lo cual es impredecible, y no se pueden generalizar. El poder es mutuo, porque tanto la persona como el profesional de enfermería, participa activamente en una relación de cuidado y reconoce la influencia que tiene el uno en el otro. Esta forma particular de ver la realidad, nos lleva a asegurar que cada momento de cuidado es único e irrepetible.

Estar convencido de estos principios, marcará la diferencia en el cuidado que se presta a los pacientes en un servicio, donde posiblemente el personal de enfermería se esforzará por conocer las particularidades de los pacientes a su cargo, aprovechando al máximo los momentos en que tiene la oportunidad de estar con ellos, como resultado de esto podrá apreciar una mayor flexibilidad en las normas de acuerdo con las condiciones particulares de la persona. El paciente sentirá que es reconocido como un individuo y que es importante para el personal que lo cuida. La enfermera, por su parte, reconocerá que no es dueña de la verdad, que cada momento de cuidado, por corto que este parezca, es único e irrepetible, por lo cual tratará de aprovechar al máximo las experiencias al lado de los pacientes.

La segunda es la Visión de Simultaneidad o Unitaria Transformativa que concibe a los seres humanos como entes individuales, holísticos, auto organizados y reconocidos por patrones del comportamiento.

El fenómeno de interés es el conocimiento personal y el reconocimiento de patrones. Es decir lo esencial es conocer la experiencias, intereses, valores, pensamientos y escogencias, Jacqueline Fawcett.

Por lo anterior, los profesionales de enfermería seguidores de esta corriente asignan un gran valor a conocer cómo viven la experiencia de la salud y la enfermedad las personas a quienes cuidan, y se reconocerán así mismas como un instrumento de cuidado.<sup>9</sup>

Por lo anterior, enfermería como disciplina se debe centrarse en brindar cuidados a los seres humanos de forma integral y en relación con su entorno, y además de realizar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes en este caso en particular de los pacientes drogadictos, a través de la solución de los problemas que interfieren en su salud mediante la reflexión en la persona como un ser crítico, consciente, con principios y valores éticos, comprometido con su quehacer y con la vida, para lograr una interacción activa y efectiva entre la enfermera, el paciente y su familia, teniendo como eje central y orientador la percepción del cuidado. De la manera como se de esta relación depende el logro conjunto de propuestas de cambio para dignificar a estas personas o fortalecer su autonomía, que es, en esencia lo que pretende el cuidado.

---

<sup>10</sup> MORENO F. María E. Lineamientos Básicos para la Enseñanza del Componente Disciplinar de Enfermería. Directrices para la Enseñanza de Enfermería en la Educación Superior. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Bogotá, D.C., 2006; 26 – 28.

## 2. MARCO LEGAL

En Colombia, el marco legal que rige el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación de personas consumidoras de sustancias psicoactivas esta dado por: la Resolución 001315 de 2006 y la Resolución 196 de 2002.

Por medio de la Resolución 001315 de 2006 se definen las Condiciones de Habilitación tales como recurso humano, material y físico, que deben cumplir los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia con el fin de regular la calidad de los servicios de salud en los componentes de tratamiento y rehabilitación que estos prestan.

Por su parte la resolución 196 de 2002 dicta las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psico-activas, así como las orientaciones respecto a las actividades y funciones que se deben desarrollar en los diferentes niveles de atención.

El control y vigilancia de las resoluciones mencionadas anteriormente se ejercerán por parte de los diferentes organismos competentes establecidos por las leyes vigentes y a través de los mecanismos internos de cada Centro de Atención Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.

A nivel educativo la asociación colombiana de facultades de enfermería ACOFAEN, en respuesta a la problemática de la drogadicción y en el desarrollo del convenio con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, a través del proyecto denominado “Expansión de la Experiencia de la CICAD con las Escuelas de Enfermería en Colombia” que busca fortalecer la formación de los profesionales de Enfermería particularmente en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el uso de drogas lícitas e ilícitas desde la perspectiva de la salud internacional, comenzó en el año 2012 a fomentar la implementación de la temática de drogas lícitas e ilícitas en los currículos de pre y post grado de las Facultades participantes en el Proyecto

mediante la emisión de módulos que contiene la distribución de estos temas a lo largo de los semestres de la carrera. <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> <http://www.acofaen.org.co/proyectos/cicad-oea/>

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se basa en una investigación descriptiva realizada a partir de la consulta de artículos referentes al tema: cuidado de enfermería a usuarios de drogas. Según Cervo e Bervian<sup>12</sup>, la investigación bibliográfica procura explicar un problema a partir de referentes teóricos publicados en documentos. Esta revisión puede ser realizada independientemente o como parte de una investigación descriptiva o experimental. En ambos casos se busca conocer y analizar las contribuciones culturales y científicas existentes sobre un determinado asunto, tema o problema. Constituye parte de una investigación descriptiva o experimental, cuando se hace con la intención de recolectar la información y el conocimiento anteriores acerca de un problema que procura una respuesta. Por lo tanto, es el medio de información por excelencia y constituye un procedimiento básico para este estudio, en el cual se busca el conocimiento acumulado sobre el tema que se aborda: Cuidado de enfermería a usuarios de drogas.

La investigación descriptiva permite un análisis profundo del problema de investigación en relación con aspectos sociales, económicos, políticos y otros. También se utiliza para comprender los diferentes comportamientos, transformaciones, reacciones químicas; y para explicar los diferentes factores o elementos que influyen en un fenómeno determinado. En este contexto, esta investigación permite examinar la cuestión del cuidado de enfermería a usuarios de drogas desde las características del cuidado, limitantes para el mismo y enfoque de cuidado utilizado en la atención brindada a estos usuarios.

---

<sup>12</sup>PENIDO DE OLIVEIRA Gonçalves, Deise. CRUZ SUMAYA Namen. Ações de Enfermagem no Tratamento da Dependência Química. En: Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 243-257.

### **3.2. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS**

Los documentos objeto de análisis de este trabajo fueron buscados teniendo en cuenta la satisfacción estricta del problema y objetivos planteados para lo que se recurrió a información escrita en revistas de enfermería durante el período comprendido entre el año 2002 a 2011 cuyo tema tratase cuidado de enfermería a pacientes drogadictos a nivel latinoamericano.

La consecución de la información se realizó en bases de datos, SCIELO: Scientific Electronic Library Online y REDALYC: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal; INDEX; LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; MEDIGRAPHIC Literatura biomédica; El español, portugués e inglés fueron los idiomas que guiaron la revisión del tema, por lo mismo se utilizó como palabras claves los términos: cuidado, enfermería y drogadicción, Care, nursing and drug, Cuidados de enfermagem, e drogas.

### **3.3. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS**

La búsqueda en las bases de datos antes mencionadas arrojó la consecución de 23 artículos que fueron publicados en revistas de enfermería durante el período comprendido entre el año 2002 a 2011 cuyo idioma fue español, portugués e inglés y que se encontraban con resumen, tenían acceso libre y las palabras claves anteriormente enunciadas. (Ver anexo 1) En esta selección de los artículos, se tuvo en cuenta además que para brindar cuidado, la actitud que se tenga frente a la problemática de drogadicción y los usuarios de las mismas es un factor esencial en el mismo.

**TABLA 1.**

**CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS SELECCIONADOS**

N	TITULO	AUTOR	PAIS-IDIOMA	PUBLICACION
1	Atitudes dos Profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas	Marcelle Aparecida de Barros Sandra Cristina Pillon	Brasil Portugués	Revista Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 655 - 62.
2	Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares	Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves, Sandra Cristina Pillon	Brasil Portugués	Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.
3	La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias	Vásquez Mendoza, Evelyn; Pillon, Sandra Cristina	Brasil español	Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 1, septiembre-octubre, 2005, pp. 845-853 Universidade de São Paulo
4	Diagnostico de Enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación Medellín 2006	Matilde Alvares Gómez, Mary Luz Cuervo Rodríguez, María Tatiana Espinal García, Julián Castaño Rojas	Brasil Español	SMDA Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas, año/vol. 4, No.001, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. Brasil
5	Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King.	Noe Ramírez – Elizondo	Costa Rica Español	Revista Enfermería en Costa Rica. 2011, 32 (1).
6	Los cuidados enfermeros de salud mental en una sociedad cambiante	Arantxa Echebeste Antón.	España Español	FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2002; 6(3)
	Papel del profesional de			Memorias 5º Congreso

7	enfermería en educación para la salud en prevención de drogas en adolescentes	David Ballester; Dolors Juvinyá	España Español	Virtual de Psiquiatria. Interpsiquis 2004.
8	La educación de enfermería y las adicciones. Una revisión de la literatura	Mercedes García-Cardona, Angélica Ramírez-Elías	México Español	Revista Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010; 18 (1): 35-42
9	O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool	Gertrudes Teixeira Lopes, Margarida Maria Rocha Bernardes Laura Vargas Acauan. Ingrid Cunha Ventura Felipe, Edna Gurgel Casanova Bruna Kelly de Jesus Lemos	Brasil Português	Revista de Enfermagem Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 712 - 6.
10	El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia	Luz Patricia Díaz Heredia María Helena Palucci Marziale	Brasil Español	Revista Latinoamericana de Enfermería Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010 May-Jun; 18(Spec):573-81
11	Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos	Elaine Cristina Valadares da Silva Moutinho Gertrudes Teixeira Lopes	Brasil Português	Revista da Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16 (1):51-7.
12	La contribución de la enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en América latina: un proceso de construcción	Maria da Gloria Miotto Wright	Estados Unidos Español CICAD-OEA	Revista Ciencia y Enfermeria-Version On Line Cienc. enferm. v.8 n.2 Concepción dic. 2002
	El significado de drogas para el estudiante de enfermería	Neris Marina Ortega de Medina		Rev Latino-am

13	según el modelo de creencias en salud de Rosenstock	Ever Agustín Osorio Rebolledo Luiz Jorge Pedrão	Carabobo Venezuela Español	Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):316-23
14	Análisis crítico del Cuidado de Enfermería en el Hogar al paciente consumidor de drogas	María Navarro de Sáez Venus Medina Fanny Romaguera	Carabobo Venezuela español	Revista de salud publica Revista de Salud Pública, 2 (1): 28-36, junio 2008
15	Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido	Grettel Campos Vargas. Criss López Vargas. Vivian Montero Rodríguez	Costa Rica Español	Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2011, No.20
16	A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado	Telma Elisa Carraro. Goolan Hussein Rassool Margarita Antonia Villar Luis	Brasil Portugués	Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):863-71
17	Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência	Ana Sequeira, Joaquim Lopes	Portugal Português	Revista Toxicodependências   edição idt   volume 15   número 1   2009   pp. 67-76
18	El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar?	María del Mar González Fernández-Conde - Marta Manzano García - Marta González Fernández-Conde	España Español	Revista de Enfermería castilla y León  <i>Rev. enferm. CyL Vol 1 - Nº 1 (2009)</i>
19	Family Health Nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use	Rodrigo Octavio Pires Moretti; Sydney Bruno Guedes Hierro; Fátima Büchele, Hadelândia Milon de Oliveira, Maria Gonçalves	Brasil Inglés	Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):920-6 On Line.

		Ferreira Jacirema		
20	Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem	Sandra Cristina Pillon; Margarita Antonia Villar Luis	Brasil Portugués	Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2004
21	A relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química	Deise Penido de Oliveira Gonçalves Sumaya Namen Cruz	Brasil Portugués	Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 243-257
22	O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais	Alice G. Bottaro de Oliveira Neiry Primo Alessi	Brasil Portugués	Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):333-40
23	Relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química	Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, Maria José das Neves.	Brasil Portugués	Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 581-6.

Posterior al hallazgo, se procedió a una lectura y análisis lo que dio por resultado la exclusión de 13 artículos: 4 porque a pesar de tener las palabras claves la información sustraída se relacionan con la formación de los profesionales de enfermería en el tema de la drogadicción ; 4 que a pesar de tener las palabras claves y la información necesaria sobre el tema no pertenecen a países latinos, sin embargo se tendrán en cuenta para la discusión; 1 porque se relacionaba con el significado que los estudiantes de enfermería poseían con respecto a las drogas aunque teniendo pertinencia con el tema no tenia fundamentación; 1 porque no especifica el papel del profesional, 1 artículo que no se utilizo para la elaboración de la discusión pero si para la elaboración del problema por tener una revisión descriptiva del tema y 1 articulo que describe la situación de enfermería en Salud mental en Brasil.

Teniendo en cuenta el tema, se considera que el número total obtenido de esta recopilación es una muestra representativa que respalda el análisis que se realiza.

**TABLA 2.**

**CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS ANALIZADOS**

No	TITULO	AUTOR	PAIS- IDIOMA	PUBLICACION
1	Atitudes dos Profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas	Marcelle Aparecida de Barros Sandra Cristina Pillon	Brasil Portugués	Revista Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 655 - 62.
2	Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares	Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves, Sandra Cristina Pillon	Brasil Portugués	Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.
3	Diagnostico de Enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación Medellín 2006	Matilde Alvares Gómez, Mary Luz Cuervo Rodríguez, María Tatiana Espinal García, Julián Castaño Rojas	Colombia Español	SMDA Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas, año/vol. 4, No.001, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. Brasil
4	Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King.	Noe Ramírez – Elizondo	Costa Rica Español	Revista Enfermería en Costa Rica. 2011, 32 (1).
5	Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos	Elaine Cristina Valadares da Silva Moutinho Gertrudes Teixeira Lopes	Brasil Portugués	Revista da Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16 (1):51-7.
6	Análisis critico del Cuidado de Enfermería en el Hogar al paciente consumidor de drogas	María Navarro de Sáez Venus Medina Fanny Romaguera	Carabobo Venezuela español	Revista de salud publica Revista de Salud Pública, 2 (1): 28-36, junio 2008
7	Protocolo para la atención	Grettel Campos Vargas.	Costa Rica	Rev. Enfermería Actual

	de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido	Criss López Vargas. Vivian Montero Rodríguez	Español	en Costa Rica [en línea].2011, No.20
8	Family Health Nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use	Rodrigo Octavio Pires Moretti; Sydney Bruno Guedes Hierro; Fátima Büchele, Hadelândia Milon de Oliveira, Maria Gonçalves Ferreira Jacirema	Brasil Inglés	Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):920-6 On Line.
9	Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem	Sandra Cristina Pillon; Margarita Antonia Villar Luis	Brasil Portugués	Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2004
10	A relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química	Deise Penido de Oliveira Gonçalves Sumaya Namen Cruz	Brasil Portugués	Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 243-257
11	Relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química	Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, Maria José das Neves.	Brasil Portugués	Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 581-6.

### 3.4. ANALISIS DE DOCUMENTOS

La información extractada de los artículos para su manejo y posterior análisis fue clasificada y organizada de acuerdo a pautas establecidas en lo que se denominó ficha descriptiva analítica (Anexo1). Herramienta por la que se pretende mostrar de manera somera el artículo y su pertinencia en relación con el tema objeto de este trabajo, en esta se consigna y presenta la información válida para la investigación de acuerdo a tres parámetros.

1. Se refiere a datos de identificación del artículo en que se incluye el título en el idioma original en conjunto con su traducción si así fuese necesario, los

respectivos autores, el año y lugar geográfico donde se realizó la investigación o ubicación de la entidad que lo presenta. Idioma y medio de publicación donde fue hallado.

2. Información metodológica. En este apartado se revisan los elementos concernientes al tipo de estudio utilizado para la realización del artículo, se expone adicionalmente, la población y la muestra seleccionada junto con la identificación de la técnica estadística utilizada para el análisis.

3. Herramientas de reflexión. Constituye el último parámetro desarrollado, en él se realiza la extracción de los comentarios y/o resultados que citados de manera textual o de forma resumida demuestran porqué el artículo escogido es valioso para la discusión del tema en cuestión y la clasificación del artículo de acuerdo al nivel de interpretación que este alcanza: 1. Descripción de hallazgos, 2. Identificación de relaciones entre variables, 3. Formulación de relaciones tentativas, 4. Revisión en busca de evidencia, 5. Formulación de explicaciones al fenómeno, 6. Identificación de esquemas teóricos más amplios.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a cada objetivo planteado

## 4. RESULTADOS

De la revisión bibliográfica realizada emergieron dos grandes categorías temáticas para presentar los resultados:

- a- Características de los documentos analizados
- b- Características, limitantes y enfoque del Cuidado de Enfermería

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS DOCUMENTOS ANALIZADOS

Siguiendo el enfoque de la ficha analítica se tiene que entre las características generales de los once (11) escritos, hay nueve artículos originales y dos de revisión de literatura; en cuanto al país e idioma predominante se halla Brasil y el portugués respectivamente, seguido del idioma español e inglés, otros países son Colombia (1), Venezuela (1) y Costa Rica (1). La autoría de nueve publicaciones es exclusiva de enfermería y dos son realizadas en conjunto con enfermería y otras disciplinas (psicología y medicina), como se puede ver en la tabla 3.

Con respecto al contenido de los artículos se tiene que cinco artículos hablan sobre las intervenciones generales del profesional de enfermería frente al usuario de alcohol y otras drogas, uno trata sobre las actitudes del profesional frente al usuario de drogas, uno sobre la actuación de Enfermería frente a mujer en postparto desde el Modelo de Imogene King, otro trata sobre las actuaciones de enfermería desde los enfoques de los modelos explicativos del consumo de drogas; otro sobre las concepciones en torno a las drogas y como éstas inciden en la actuación de enfermería; otro expone los modelos explicativos del problema y establece actuaciones de enfermería desde el proceso de atención y uno plantea el diseño de un protocolo de atención de enfermería para mujeres embarazadas usuarias de drogas. Todos los artículos en términos generales hablan de las características del cuidado enfermero y las limitantes para el mismo.

Según la información metodológica nueve artículos se enmarcan en una orientación cualitativa y dos en cuantitativa; el tipo de estudio predominante es el descriptivo; se aclara que desde la investigación cuantitativa hay dos estudios descriptivos de corte transversal, los dos utilizan como técnica estadística la descriptiva y uno hace uso tanto de técnica estadística como inferencial. En la orientación cualitativa se identifica 2 estudios mixtos, uno de ellos con enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), uno exploratorio, uno descriptivo, uno de

práctica supervisada, dos sin dato y dos descriptivos-revisión de artículos. Como técnica de análisis utilizaron la triangulación y dos el Análisis de Contenido según Bardin y Fiorin. El nivel de interpretación alcanzado estuvo dado por cuatro artículos nivel 1, tres nivel 6, dos nivel 4 y dos nivel 2.

**TABLA 3. CARACTERISTICAS DE LOS DOCUMENTOS**

<b>CARACTERISTICAS GENERALES</b>	
<b>Tipo de Documento</b>	
Articulo de investigación	9
Articulo de Revisión	2
<b>País de Origen</b>	
Brasil	8
Colombia	1
Puerto Rico	1
Venezuela	1
<b>Idioma</b>	
Español	4
Portugués	6
Inglés	1
<b>Autores</b>	
Profesionales de Enfermería	9
Enfermería y otras disciplinas	2
<b>CARACTERISTICAS METODOLOGICAS</b>	
<b>Metodología Investigativa</b>	
Cuantitativo	2
Cualitativo	9
<b>Tipo de Estudio</b>	
Descriptivo- transversal	2
Exploratorio	1
Mixto	2
Descriptivo-cualitativo	1
Investigacion descriptiva-Revisión bibliográfica	2
Sin dato	3

Nivel de interpretación	
1	4
2	2
3	0
4	2
5	0
6	3

FUENTE: Cuidado de Enfermería a Personas Consumidoras de Drogas 2002 - 2011

## 4.2. CARACTERÍSTICAS, LIMITANTES Y ENFOQUE DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

### 4.2.1. Características del cuidado a usuarios de alcohol y otras drogas

El análisis de los documentos permite establecer que el cuidado de enfermería a usuarios de alcohol y otras drogas se realiza desde un enfoque "biologístico", con una actitud no tan positiva frente a estos usuarios y enmarcado su trabajo en la perspectiva tradicional de la atención de salud, pautando su acción a la atención de co-morbilidades del usuario de alcohol y otras drogas y a los problemas relacionados con la atención médica. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. En este enfoque las acciones de enfermería en el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas aparece cuando el individuo tiene su dolencia física y / o mental producida por el uso drogas y/o alcohol y los daños que no le impiden seguir utilizándolos. A nivel hospitalario al usuario de drogas se le sigue brindado una atención similar a la del resto de los pacientes hospitalizados, trayendo como consecuencia que este tipo de paciente, el cual es recluido en el Hospital Psiquiátrico por un periodo de crisis, intente marcharse del servicio contra indicación médica, se incomode, atormente a los otros pacientes o incluso enseñe conductas de consumo al resto de los pacientes.

---

13 APARECIDA DE BARROS Marcelle, PILLON Sandra C. Atitudes dos Profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. Revista Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 655 - 62.

14 PAIVA MOTA Gonçalves, Sonia. PILLON S. C. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.

En este contexto las acciones de enfermería son puntuales dirigidas al componente físico de las personas y más orientadas hacia las personas que pueden ser diagnosticadas con una psicosis orgánica producida por el consumo; quedando desatendida una población que requiere tratamiento, pero que no presenta síntomas psicóticos; en este caso las acciones a realizar son: solicitud de exámenes de laboratorio, programación de la consulta de enfermería, curación de heridas, medición de la presión arterial y monitoreo del estado del VIH (medidas para evitar el uso de drogas y simultáneamente para el uso de retrovirales).

A nivel ambulatorio, las acciones de enfermería que se desarrollan con los usuarios de alcohol y otras drogas se caracterizan por la recepción e identificación de los clientes, el desarrollo de actividades educativas, las alianzas que se buscan con la comunidad y la referencia a otros sitios de tratamiento. Al respecto, la búsqueda activa de los usuarios ayuda a la organización de un programa de atención a estos usuarios, sin embargo esta actividad se ve limitada por la violencia existente en el contexto social en el que el usuario tiene su domicilio y en otras ocasiones porque la propia familia, para proteger a sus miembros y al propio paciente, sugiere la hospitalización. A nivel educativo, se realizan conferencias para la comunidad, la escuela, la iglesia y visitas domiciliarias. Esta actividad (conferencias) es vista por las enfermeras como una posibilidad de ampliar el papel profesional, sin embargo, esta actividad es una acción programada, que ocurre de manera fortuita. Otra actividad en este campo es la capacitación de trabajadores de salud comunitarios para este fin. Algunas enfermeras proporcionan información a usuarios de alcohol y otras drogas durante la consulta Enfermería de otros programas del Ministerio de Atención básica de salud, con la finalidad de reducir el daño derivado del abuso de drogas y sobre el tratamiento

---

15 ALVARES GÓMEZ M. CUERVO RODRÍGUEZ, Mary. ESPINAL GARCÍA, María T. CASTAÑO ROJAS, Julián. Diagnostico de Enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación Medellín 2006. SMDA Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas, año/vol. 4, No.001, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. Brasil.

16 RAMÍREZ NOE – Elizondo. Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King. Revista Enfermería en Costa Rica. 2011, 32 (1).

17 NAVARRO DE SÁEZ, María. MEDINA, Venus. ROMAGUERA, Fanny. Análisis crítico del Cuidado de Enfermería en el Hogar al paciente consumidor de drogas. Revista de salud publica Revista de Salud Pública, 2 (1): 28-36, junio 2008.

Se puede inferir, que el cuidado de enfermería a estos usuarios se brinda fuera del su contexto y sin comprender la situación por la que están pasando, por lo que las acciones orientadas a solventar sus necesidades no son coherentes y efectivas trayendo como consecuencia que se vea solamente una parte del problema, lo cual, obstaculiza la recuperación del paciente consumidor de droga y su reinserción al hogar; además por otra parte los estereotipos y prejuicios que carga el personal de salud que las asiste, genera así, medios de vinculación poco efectivos para su bienestar.

Al analizar esta actuación desde el enfoque de los modelos explicativos del uso y abuso de las drogas <sup>22, 23</sup> se encuentra que las actuaciones de los profesionales de Enfermería se enmarcan según su orientación en uno de los modelos explicativos: modelo Médico-Sanitario o de la Enfermedad, que sustenta la idea de que el uso de la sustancia ejerce un papel de enfermedad y coloca al individuo en el lugar de persona enferma que precisa ser tratada por una situación de uso, abuso o dependencia en busca del único objetivo: abstinencia. En este contexto, la palabra sustancia funciona como sinónimo de fenómeno y de enfermedad en sí, lo cual se evidencia en expresiones como “*el alcohol es una dolencia*”. Por su parte, el Modelo Ético- Legal, considera el fenómeno a partir de las actitudes antisociales de ciertos grupos transgresores que se tornan en un problema a medida que causan daños a los individuos y a la sociedad. Se responsabiliza a los usuarios sobre el problema de la violencia y se identifica la relación existente entre la oferta y el consumo. Los usuarios, los distribuidores, los policías y la sociedad civil son agentes implicados en la escena de la violencia del tráfico. En estos modelos, la ideología dominante en el imaginario social, se asocia con la ilegalidad, violencia y la delincuencia, así como el concepto de enfermedad, con énfasis en la enfermedad mental.

---

18 CAMPOS VARGAS, Grettel. LÓPEZ VARGAS, C. MONTERO RODRÍGUEZ, Vivian. Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2011, No.20.

19PIRES MORETTI, Rodrigo; GUEDES HIERRO, S; FÁTIMA BÜCHELE, Hadelândia Milon de Oliveira. Ferreira Jacirema, Maria Gonçalves. Family Health Nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):920-6 On Line.

20 IZALTEMBERG VASCONCELOS Rosenstock, Karelline. NEVES, María José. Relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 581-6.

El Modelo Moral, que considera que el sujeto responsable del uso incorrecto de estas sustancias y de su recuperación, lo culpa por una debilidad de carácter. En esta dirección, los discursos señalan una transferencia de la responsabilidad a un grupo específico, consideran que la tríada responsable para el manejo del fenómeno, esta compuesta para los usuarios, los sectores de la seguridad pública y la salud mental. Esta visión exime de esta responsabilidad a otros sectores y a los ciudadanos, lo que hace imposible su manejo y la participación intersectorial.

El Modelo Psicosocial, que incluye el aprendizaje social, interacción con la familia y los rastros de personalidad de la persona. El modelo de aprendizaje social propone que el comportamiento social se aprende a través de la observación y la imitación. El entorno familiar es visto como parte importante para determinar el consumo de alcohol y sugiere que el alcoholismo es consistentemente asociado con negligencia, abandono emocional, rechazo de padres y por la tensión familiar; por su parte el modelo Sociocultural, concibe el problema de las drogas como resultado de un número de las fuerzas sociales. La acción preventiva que propone este modelo tiene como objetivo fundamental cambios en las condiciones sociales dirigidos a grupos marginados con el fin de una calidad de vida y la integración de la comunidad. Como se puede observar no existe un solo modelo y dependiendo del profesional a cargo de la atención al usuario de drogas y a sus concepciones y orientaciones será el cuidado que se oferte a estos usuarios.

Con base en lo anterior se establece que no hay uniformidad en el modo de actuación de las enfermeras frente a los usuarios de alcohol y otras drogas y que las acciones realizadas con esta población son fragmentadas y heterogéneas, basadas en la propia disposición y conocimiento del personal de enfermería en cada lugar de trabajo. Por otra parte la oferta de trabajo de los profesionales de enfermería no acentúa el modelo de la promoción de la salud.

---

21 PÉREZ A, SCOPPETTA O, PEÑA P. La juventud y las drogas. Programa Rumbos. Bogotá: Ifaomega; 2002.

22 VALADARES DA SILVA Moutinho, E. TEIXEIRA LOPES, G. Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. Revista da Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16 (1):51-7.

23 PILLON, Sandra C. VILLAR LUIS, Margarita. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2004

Desde el punto de vista disciplinar, las actuaciones de enfermería no se realizan desde un modelo enfermero que permita direccionar y visibilizar el cuidado ofertado a estos usuarios, por lo cual no hay homogeneidad en el cuidado.

#### **4.2.2. Limitantes en el cuidado enfermero**

- ✓ Preparación de los(as) profesionales en enfermería desde un modelo ampliamente positivista, basado en el paradigma de la categorización, en el que los individuos con problemáticas sociales son tachados con adjetivos discriminatorios y prejuiciosos asociados a la carencia de herramientas cognitivas en el ámbito social, a la poca sensibilidad en cuanto a las relaciones interpersonales y al desconocimiento de la multicausalidad del uso de las sustancias psicoactivas. <sup>24</sup>
  
- ✓ Carencia de conocimiento por parte de los(as) profesionales de enfermería que se evidencia en medidas poco efectivas para los usuarios de drogas, tales como el escaso protagonismo del personal de salud en la intervención, el aislarlos, el designarlos a otras personas menos preparadas, el ignorarlos e incluso verbalizar y gesticular mensajes dañinos para con ellos. En este punto, aunque no es un justificante si es comprensible que la carencia de conocimiento, conduce al ser humano a ejercer medidas un tanto coercitivas para con los(as) demás, producto o reflejo del propio temor interno.
  
- ✓ Falta de políticas para la reinserción social de estas personas; existencia de pocos recursos humanos y materiales que puedan atender a estos pacientes; ausencia de una institución pública en el estado que realice el plan integral de desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reinserción a la sociedad; la necesidad de elaboración de programas extensivos a la persona, la familia y la comunidad para que las acciones trasciendan los establecimientos de salud, así como también la actualización continua del personal en cuanto a los adelantos científicos y tecnológicos.

---

<sup>24</sup> Ibíd. 32

- ✓ La existencia de barreras (las largas listas de espera, los horarios de atención al público, el escaso personal especializado y la persistencia de la estigmatización del consumidor) que dificultan el acceso a los servicios de rehabilitación disponibles para el tratamiento de personas con problemas de adicción; por otra parte, dichos servicios generalmente , solo cubren de forma parcial, los requerimientos de los usuarios que acuden a ellos, debido a que se centran su atención al componente biológico del ser humano y dejan de lado otras dimensiones igualmente importantes, como son: la dimensión psicológica, social y espiritual.
- ✓ La escasa sensibilización por parte del personal de salud con las necesidades de los usuarios de drogas, los cuales además de los cambios emocionales propios de su ciclo vital individual, acarrearán múltiples sentimientos de tipo moral desencadenados por el consumo y sus posibles efectos a nivel individual, familiar y social; lo que es a su vez es acentuado por los estereotipos y prejuicios que carga el personal de salud que los asiste, generando así medios de vinculación poco efectivos para su bienestar.
- ✓ La ansiedad, inseguridad, preconcepciones e incapacidades de los profesionales de Enfermería para lidiar con el usuario de alcohol y otras drogas.
- ✓ La carencia de protocolos de atención a nivel ambulatorio y hospitalario que permitan el monitoreo y la supervisión de las acciones de enfermería desarrolladas con el usuario de alcohol y otras drogas.
- ✓ La falta de trabajo en equipo y en red para asegurar una asistencia integral.
- ✓ Planes de estudios de enfermería sin contenido relacionados sobre el fenómeno de las drogas, que permitan preparar a los futuros profesionales para el ejercicio del cuidado en este campo complejo y prioritario.
- ✓ A pesar de la aplicación de la estrategia de Salud Familiar, con el propósito de reorganizar los procesos de trabajo y las actividades del SUS, la formación profesional brasileña en materia de salud hoy en día, promueve

una visión descontextualizada de la realidad brasileña, con contradicciones entre las instituciones de educación superior, los servicios de salud y las comunidades. Los profesionales de la salud siguen manteniendo el enfoque en la atención curativa individual, centrado en la enfermedad, con una cierta incompreensión de la realidad y el contexto sociocultural de las familias.

#### **4.2.3. Enfoque de cuidado**

Con respecto al análisis de los artículos estudiados, se evidencia que la corriente filosófica que predomina en el quehacer profesional en el campo de la salud mental, específicamente en problemas de adicción, es la positivista y los profesionales que siguen este enfoque se caracterizan por brindar un cuidado orientado a las manifestaciones objetivas y observables de la enfermedad por lo que sus intervenciones son por lo general focalizadas, puntuales, curativas y dirigidas a la dimensión biológica de las personas, estas características estriban en que el conocimiento es concreto y los fenómenos son factibles de medición. Para la enfermería esto se traduce en negar indirectamente la parte subjetiva, ya que lo que importa es el dato clínico que puede ser verificado mediante procedimientos concretos; en estos términos más que cuidado lo que se brinda es atención de enfermería, donde la persona es considerada como un receptor de atención bajo una visión reduccionista en donde no se tiene en cuenta el contexto en el que se desarrolla.

En los documentos analizados se encontró que el manejo de las personas consumidoras de drogas se enfatiza básicamente en el tratamiento de la adicción dejando las otras dimensiones del ser en un segundo plano; además la persona es considerada un receptor de cuidado donde el profesional de enfermería se limita a cumplir con un protocolo de atención pero sin establecer una relación interpersonal entre ambos, es decir la atención de las personas con problemas de adicción se efectúa bajo la influencia de un modelo clínico, en donde cada uno de los miembros del equipo de salud realizan sus intervenciones de manera aislada, es decir cada profesional realiza la función específica en la que se desempeña, sin lograr la compenetración entre las diferentes disciplinas, es por esto que finalmente la persona termina siendo un receptor de cuidado, aunque reciba los servicios que se ofrecen en las instituciones, la infraestructura sea adecuada y cuente con personal especializado, no se garantiza la atención integral del ser.

Los resultados encontrados en el estudio (actuaciones y enfoque de cuidado) coinciden con la información del artículo “La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería” que explica que la atención de enfermería basada en el positivismo lógico, hace uso básicamente de la evidencia científica con base en el dato clínico. En este documento se observa que se tiene en cuenta solo el aspecto biológico de las personas, y se olvida la parte emocional o subjetiva que muchas veces puede ayudar a su recuperación, además solo se tiene en cuenta lo que el personal de enfermería debe hacer, reduciendo a estos pacientes a solo receptores del cuidado donde la persona que recibe el cuidado no interactúa con el sujeto cuidador. Con respecto al contexto se habla primordialmente de los centros hospitalarios los cuales cuentan con una infraestructura, espacio, tecnología y todos los implementos adecuados y necesarios para los diferentes tratamientos para los problemas de tipo orgánico. La salud es vista y tratada de una manera clínica donde solo se da valor a los aspectos de tipo orgánico, dando como resultado que el cuidado que brinda el personal de enfermería es de tipo vertical, donde solo cuentan los conocimientos que posee cada uno, haciendo de este cuidado algo monótono y repetitivo, ya que se cumplen diariamente y en un horario rígido las mismas funciones como: toma de signos vitales, verificación de gases arteriales, valoración del perfil hemodinámico, valoración de escala de Glasgow, identificación de signos de infección, entre otros con la única diferencia de que se llevan a cabo de acuerdo a la patología que cada paciente presenta.

## 5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

El análisis de los documentos permitió identificar que la corriente filosófica que orienta la práctica de enfermería se enmarca en el paradigma positivista, a pesar de que actualmente se reconoce la importancia de fundamentar el ejercicio profesional de enfermería teniendo en cuenta las directrices del postpositivismo, este resultado muestra que en la práctica aun es el positivismo el que continua imperando y su influencia está totalmente marcada en la práctica, tal como lo menciona el artículo: “la influencia del positivismo en la investigación y practica de enfermería”; esta situación nos lleva a replantear la forma en que se brinda el cuidado de enfermería; pues si bien es cierto que ninguna corriente filosófica tiene la verdad absoluta ni la mejor vía para guiar el quehacer profesional, es necesario comprender que una no debe prevalecer sobre la otra, sino que ambas se deben complementar, con el propósito de que el cuidado que se brinde al adicto se de en forma integral a través de la interacción enfermera persona y no este dirigido solamente a los problemas derivados de la adicción.

Por lo anterior es necesario trabajar desde una nueva perspectiva diferente a aquella aprendida en la formación académica, altamente prescriptiva y centrada en la enfermedad. Es decir, que es necesario avanzar de una visión reduccionista hacia una visión holística, considerando que el problema de las drogas por su magnitud y multicausalidad implica aspectos sociocultural/geopolítico y estructurales, según lo percibido por el Modelo Crítico-Holístico de la salud Internacional, como cuestión de poder económico y de relaciones internacionales. Estos aspectos deben ser comprendidos por los profesionales de salud, sobre todo por enfermería, de modo que puedan obrar recíprocamente e intervenir de acuerdo a las características y las demandas que presentan los usuarios.

Por lo anterior, es necesario implementar a nivel curricular ante el acelerado crecimiento del fenómeno de las drogas, contenidos sobre manejo de drogas para sustentar la practica de enfermería en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de adicción, para que este profesional intervenga de manera efectiva en este campo y pueda además producir conocimientos sobre el tema desde la perspectiva de la práctica en promoción de la salud y prevención del daño, permitiéndole de esta manera participar en la

generación de acciones preventivas y en la mejora de la calidad de vida de esta población.

A nivel nacional a pesar de que la asociación colombiana facultad de enfermería ACOFAEN esta fomentando la temática de drogadicción en los currículos de grado aun no es evidente su aplicación en los planes de estudio de los programas de enfermería; a pesar de este esfuerzo a nivel de salud no hay políticas que soporten el papel profesional de enfermería en este contexto y no se ha abierto un espacio en el equipo de salud para el profesional de enfermería ni se ha especificado su papel por lo que todavía falta mucho por trabajar y es necesario tener un modelo enfermero que oriente la actuación del profesional de enfermería y que permita visibilizar su quehacer.

## 6. CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación revelan que hoy en día, a pesar de que se concibe a la persona bajo una realidad multidimensional y se la reconoce como un ser activo, trascendental y holístico, la práctica aun se desarrolla con énfasis en la corriente positivista, en donde se da mayor privilegio a la parte biológica del ser humano.

Según el análisis del material encontrado se pudo identificar que la tendencia más común en el cuidado de enfermería es la visión de reacción o particular determinística, que a pesar de considerar que el ser humano tiene cuatro componentes, biológico, psicológico, social y espiritual, estos se estudian de manera independiente, es decir el cuidado no se brinda de forma integral, sino que se dirige específicamente a uno de estos componentes.

Las características de cuidado en la práctica de enfermería a personas consumidoras de drogas deben ser reflexionadas cotidianamente pues a pesar de que actualmente existe un proceso de reconocimiento de la parte subjetiva e integral del ser humano, los resultados según los artículos analizados reflejan que los pocos profesionales que tienen contacto con personas adictas intervienen y ejercen sus acciones confinadas bajo el modelo médico, pues los tratamientos se focalizan, se encaminan a las manifestaciones observables y se dirigen a los síntomas que produce la adicción a las drogas, omitiendo la realidad multidimensional y olvidando que el ser humano es el centro del proceso de cuidado.

## 7. RECOMENDACIONES

Los resultados del estudio permiten que el equipo investigador plantee las siguientes recomendaciones:

Es evidente que la profesión de enfermería, necesita ganar espacio, dentro del equipo de atención a consumidores de drogas, pues los resultados del artículo: “El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia”, revelan que los profesionales de enfermería se desempeña principalmente en actividades administrativas, situación que crea la necesidad de que en la formación de pregrado, se brinde a los estudiantes de enfermería las herramientas que faciliten su intervención en el tratamiento, rehabilitación y reinserción de personas consumidoras de drogas. Con miras a que el profesional de enfermería desarrolle estrategias en relación con el tratamiento de la dependencia de las drogas y el enfermero pueda participar activamente en el diseño y ejecución del plan de tratamiento establecido por el equipo de salud.

Fomentar un espacio de cuestionamiento epistemológico sobre el cuidado en consumidores de drogas y comprender la naturaleza del mismo, esto permitirá que el estudiante reconozca y corrobore como debe ser la forma correcta de cuidado hacia estos individuos, para que posteriormente los lleve a la práctica de una manera integrada para brindar un cuidado enfermero satisfactorio.

Reorientar el rol investigativo de la práctica de enfermería frente al tratamiento y rehabilitación de personas consumidoras de drogas, mediante la utilización de estrategias pedagógicas que orienten al profesional en su cuidado hacia este tipo de personas. Por tanto, es importante brindarle al enfermero información pertinente respecto al cuidado holístico de estos individuos, para que estos dispongan de los conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes necesarias para desempeñarse eficazmente en situaciones específicas de su actuar.

Dado que existe poca documentación que evidencie el actuar del profesional de enfermería frente al fenómeno de las drogas es imperioso llevar a cabo investigaciones que permitan una mayor aproximación hacia la práctica de enfermería, pues su contribución en este aspecto y en relación con el estudio del cuidado a personas drogadictas continua siendo incipiente.

## 8. BIBLIOGRAFIA

LLOR, B., ABAD, M, A., GARCÍA, M., NIETO, J., La relación: profesional de la salud- paciente. Capitulo 22. En: Ciencias psicosociales aplicadas a la Salud. 1era edición. Interamericana-McGraw- Hill. Madrid.1998.p.219-220.

SABATER MATEU MP, RIGOR CUADRA A. El estigma en la Salud mental: un reto para el siglo XXI.En: Rev ROL Enf 2007; 30(11): 736-748.

GOFFMAN E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu editores; 1998.

FERNANDEZ CORTES R. Consideraciones en torno a la estigmatización social del enfermo mental. Interpsiquis; 2002. Artículos. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com> [Consultado el 26.07.2011]

Informe realizado por la Oficina para el Control de Drogas y la Prevención de la Criminalidad ODCCP De La ONU

PÉREZ A, SCOPPETTA O, PEÑA P. La juventud y las drogas. Programa Rumbos. Bogotá: lfaomega; 2002.

SABATER MATEU MP, RIGOL Cuadra A. El estigma en la salud mental, Rev ROL Enf 2007: 30 (11): 16-28

MEJÍA IE, FLÓREZ AM, ISAZA G. Diagnóstico situacional de los centros de atención en drogadicción (CAD). Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2004.

MORENO F. María E. Lineamientos Básicos para la Enseñanza del Componente Disciplinar de Enfermería. Directrices para la Enseñanza de Enfermería en la Educación Superior. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Bogotá, D.C., 2006; 26 – 28.

PENIDO DE OLIVEIRA Gonçalves, Deise. CRUZ SUMAYA Namen. Ações de Enfermagem no Tratamento da Dependência Química. En: Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 243-257.

APARECIDA DE BARROS Marcelle, PILLON Sandra C. Atitudes dos Profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. Revista Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 655 - 62.

PAIVA MOTA Gonçalves, Sonia. PILLON S. C. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.

ALVARES GÓMEZ M. CUERVO RODRÍGUEZ, Mary. ESPINAL GARCÍA, Maria T. CASTAÑO ROJAS, Julian. Diagnostico de Enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación Medellín 2006. SMDA Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas, año/vol. 4, No.001, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. Brasil.

RAMÍREZ NOE – Elizondo. Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King. Revista Enfermería en Costa Rica. 2011, 32 (1).

VALADARES DA SILVA Moutinho, E. TEIXEIRA LOPES, G. Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. Revista da Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16 (1):51-7.

NAVARRO DE SÁEZ, María. MEDINA, Venus. ROMAGUERA, Fanny. Análisis crítico del Cuidado de Enfermería en el Hogar al paciente consumidor de drogas. Revista de salud publica Revista de Salud Pública, 2 (1): 28-36, junio 2008.

CAMPOS VARGAS, Grettel. LÓPEZ VARGAS, C. MONTERO RODRÍGUEZ, Vivian. Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2011, No.20.

PIRES MORETTI, Rodrigo; GUEDES HIERRO, S; FÁTIMA BÜCHELE, Hadelândia Milon de Oliveira. Ferreira Jacirema, Maria Gonçalves. Family Health Nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):920-6 On Line.

PILLON, Sandra C. VILLAR LUIS, Margarita. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2004

IZALTEMBERG VASCONCELOS Rosenstock, Karelline. NEVES, Maria José. Relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 581-6.

## ANEXOS

### A. FICHA DESCRIPTIVA ANALÍTICA

<b>ARTICULO No.</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b>
<b>AUTORES</b>
<b>FECHA DE PUBLICACION</b>
<b>PAIS</b>
<b>IDIOMA</b>
<b>MEDIO DE PUBLICACION</b>
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>
<b>POBLACION</b>
<b>MUESTRA</b>
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION</b>
<b>4- APORTES</b>

## B. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 1

<b>ARTICULO No. 1</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Atitudes dos Profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. Actitudes de los profesionales de la Salud del Programa Salud de la Familia contra el uso y abuso de drogas.
<b>AUTORES</b> Marcelle Aparecida de Barros, Sandra Cristina Pillon.
<b>FECHA DE PUBLICACION</b> Diciembre de 2007
<b>PAIS</b> Brasil
<b>IDIOMA</b> Portugués
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Base de datos electrónica Scielo Brasil. Esc. Anna Nery vol.11 no. 4 Rio de Janeiro Dec. 2007
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> estudio transversal. Investigación cuantitativa
<b>POBLACION:</b> todos los profesionales que trabajan en 35 equipos del Programa Salud de la Familia en el municipio de Araçatuba-SP. Los equipos estaban conformados por 35 médicos, 35 enfermeras, 35 auxiliares de enfermería, 10 dentistas, 10 técnicos de higiene dental y 120 trabajadores sanitarios de la comunidad, un total de 335 personas.
<b>MUESTRA:</b> 286 empleados de 35 equipos (84.5%). Para el análisis de los datos se diseñó una base de datos en el <i>programa SPSS Statistical de Ciencias Sociales v.8 para Windows</i> .  Se realizó un análisis descriptivo de las variables y análisis multivariado, se utilizaron la prueba de comparación de medias (ANOVA), la prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ) para evaluar asociación entre dos variables y probar la igualdad de dos proporciones.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION: 2</b>
<b>4- APORTES</b>  Se identifica que los profesionales de la salud con formación de pregrado presentan una actitud no tan positiva frente a los usuarios de drogas, sin embargo, gracias a su formación identifican los problemas relacionados con el uso y abuso de drogas, especialmente los de carácter físico. Por su formación académica, estos profesionales perciben el uso, dependencia de drogas y el abuso desde un enfoque más "biologístico" y conocen mejor el tema "drogas y sus riesgos potenciales" que el resto de personal de salud del PSF sin título universitario, que en su mayoría son agentes de salud

comunitarios.

Con respecto a los profesionales de la salud del PSF sin formación de pregrado, se identifica que presentan sentimientos y actitudes que pueden demostrar mayor aceptación en cuanto al uso de drogas y en cuanto al usuario pero con dificultades para el abordaje de los problemas relacionados con el tema. Tal resultado puede estar ligado al hecho que los agentes comunitarios de la salud están mas próximos a los usuarios de drogas y a todo su contexto, más allá de ser la primera persona de referencia para la ayuda en salud. Además, carecen de información general sobre el uso, el abuso y la dependencia de drogas, lo que conlleva a que su actuación en este ámbito este desarticulada de la realidad. Por lo que es necesario capacitarlos ya que son la línea del frente de ayuda y son los que mejor conocen a la comunidad atendida.

Por ultimo es necesario resaltar la importancia de todos los profesionales del PSF en la temática del consumo de drogas, si se desea brindar una atención integral de salud, competente y humana.

## C. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 2

<b>ARTICULO No. 2</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO:</b> Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares Actuación del Enfermero en la Atención al Usuario de Alcohol y Otras Drogas en los Servicios Extra Hospitalarios
<b>AUTORES</b> Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves, Claudia Mara de Melo Tavares.
<b>FECHA DE PUBLICACION</b> Diciembre 2007
<b>PAIS</b> Brasil
<b>IDIOMA</b> Portugués
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Estudio exploratorio de campo. Investigación cualitativa
<b>POBLACION:</b> 30 enfermeros de cinco municipios de la Región Centro Sur Fluminense: Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia y Três Rios, que abarca una población de 153.610 habitantes. Estos profesionales ejercen sus actividades profesionales en servicios de atención extrahospitalaria de los siguientes programas: Salud de Familia (PSF), Programa de Asistencia integral a la Salud de la Mujer, Niño y adolescente, Epidemiología, Vigilancia en Salud; CAPS I (Centro de Atención Psicosocial), CAPS AD (Centro de Atención Psicosocial para la Atención a usuarios de Alcohol y Drogas) y Comunidad Terapéutica.
<b>MUESTRA:</b> 30 enfermeros de cinco municipios de la Región Centro Sur Fluminense. Los datos fueron tratados según el Análisis del Discurso y agrupados en dos categorías: (1) modo de actuación del enfermero frente al usuario de alcohol y otras drogas y (2) límites y posibilidades para la realización de la atención al usuario de alcohol y otras drogas.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 1
<b>4- APORTES</b>
Se identifica que las acciones de enfermería que se desarrollan con los usuarios de alcohol y otras drogas se caracterizan por la recepción e identificación de los clientes, el desarrollo de actividades educativas, las alianzas que se buscan con la comunidad y la referencia a otros sitios de tratamiento. Al respecto, la búsqueda activa de los usuarios ayuda a la organización de un programa de atención a estos usuarios, sin embargo esta actividad se ve limitada por la violencia existente en el contexto social en el que el usuario tiene su domicilio y en otras ocasiones porque la propia familia, para proteger a

sus miembros y al propio paciente, sugiere la hospitalización. En este sentido, la red de apoyo social sería fundamental para proporcionar apoyo instrumental y emocional a estas familias.

A nivel educativo, se realizan conferencias para la comunidad, la escuela, la iglesia y visitas domiciliarias. Esta actividad (conferencias) es vista por las enfermeras como una posibilidad de ampliar el papel profesional, sin embargo, constituyen esta actividad es una acción programada, que ocurre de manera fortuita. Otra actividad en este campo es la capacitación de trabajadores de salud comunitarios para este fin. Algunas enfermeras proporcionan información a usuarios de alcohol y otras drogas durante la consulta Enfermería de otros programas del Ministerio de Atención básica de salud, con la finalidad de reducir el daño derivado del abuso de drogas y sobre el tratamiento. En estos espacios se crea un vínculo con el usuario y su familia, sin embargo no se proponen medidas mas específicas para su supervisión.

La principal causa de la prestación del servicio de Enfermería a los usuarios de alcohol y otras drogas es por la presencia de comorbilidades y en este caso las acciones a realizar son: solicitud de exámenes de laboratorio, programación de la consulta de enfermería, curación de heridas, medición de la presión arterial y monitoreo del estado del VIH (medidas para evitar el uso de drogas y simultáneamente para el uso de retrovirales).

Con base en lo anterior se establece que no hay uniformidad en el modo de actuación de las enfermeras frente a los usuarios de alcohol y otras drogas y que las acciones realizadas con esta población son fragmentadas y heterogéneas, basadas en la propia disposición y conocimiento del personal de enfermería en cada lugar de trabajo. Se concluye que el profesional de enfermería enmarca su trabajo en la perspectiva tradicional de la atención salud, pautando su acción en la atención de co-morbilidades del usuario de alcohol y otras drogas y en los problemas relacionados con la atención médica. Por otra parte la oferta de trabajo de las entrevistadas no acentúa el modelo de la promoción de la salud.

Por otra parte la práctica de enfermería desde esta perspectiva se encuentra en la fase de implementación y es poco valorada por las propias enfermeras. A pesar de lo anterior, se han logrado algunos avances en este campo, como el vínculo de confianza establecido con las comunidades locales, la percepción de las propias fragilidades y las necesidades de capacitación en este tema. Esta experiencia con la atención a usuarios de alcohol y otras drogas coloca a las (os) enfermeras (os) cara a cara con un sin número de desafíos: En primer lugar trabajar desde una nueva perspectiva diferente a aquella aprendida en la formación académica, altamente prescriptiva y centrada en la enfermedad. En segundo lugar, enfrentar su propia ansiedad, inseguridad, preconcepciones e incapacidades para lidiar con el usuario de alcohol y otras drogas. En

tercer lugar programar actividades con base en las políticas ministeriales que aun no se han consolidado en la región y que no son valoradas por los encargados locales. En cuarto lugar, crear protocolos de atención que permitan el monitoreo y la supervisión de las acciones de enfermería desarrolladas con el usuario de alcohol y otras drogas y en quinto lugar, trabajar en equipo y en red, de esta forma se asegura una asistencia integral.

Teniendo en cuenta la importancia del problema del alcohol y otras drogas para la salud pública, se considera que la preparación de e profesionales de enfermería para actuar junto a esta clientela debe ocurrir en toda la red de salud.

Esta capacitación debe privilegiar un abordaje transversal e interdisciplinario de los problemas vivenciados en cada lugar de trabajo, pues cuando ocurre un aprendizaje significativo, el enfermero actúa de forma más creativa y enfocada.

## D. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 3

<b>ARTICULO No. 3</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Diagnostico de Enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación Medellín 2006
<b>AUTORES</b> Matilde Alvares Gómez, Mary Luz Cuervo Rodríguez, María Tatiana Espinal García, Julián Castaño Rojas
<b>FECHA DE PUBLICACION</b> : 2008
<b>PAIS:</b> Brasil
<b>IDIOMA:</b> Español
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) SMDA Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas, año/vol. 4, No.001, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. Brasil
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Estudio descriptivo transversal.
<b>POBLACION:</b> 50 adolescentes adictos a drogas en tratamiento en un centro de rehabilitación para adictos de la ciudad de Medellín durante el primer semestre de 2006
<b>MUESTRA:</b> Estuvo constituida por el total de la población, es decir todos los adolescentes de ambos sexos que estuvieron en tratamiento para la adicción a las drogas. Se excluyeron los que estaban en fase de desintoxicación o que sufrían del síndrome de abstinencia. Se utilizó el programa estadístico SPSS 10.0 para calcular frecuencias absolutas y relativas de las variables nominales y medidas de tendencia central para las cuantitativas.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 1
<b>4- APORTES</b>  Se confirma el aumento de presencia de mujeres en centros de atención a la adicción; se ratifica que la marihuana es la droga de mayor preferencia por los adictos adolescentes, una vez más se corrobora que la comorbilidad mental más común en jóvenes adictos son un conjunto de trastornos que corresponde a patología social y que abarca trastornos de conducta, trastorno de la personalidad sociopática, personalidad limítrofe, adolescencia disfuncional. Otras enfermedades diferentes a las mentales fueron del aparato digestivo (gastritis), de piel y anexos (acné) con un 20% para cada uno; le siguen alteraciones del aparato respiratorio 14%.  Es importante destacar que a pesar del trabajo que se hace en la comunidad terapéutica

para que los jóvenes tengan consciencia de que son adictos, estos no tienen introspección lo que les limita las posibilidades de rehabilitación y la reeducación; es primordial conocer que más de la cuarta parte de los jóvenes estudiados han tenido intento de suicidio lo que los hace tener riesgo alto de repetir la acción, es conveniente por lo tanto tomar medidas protectoras durante y después del tratamiento.

Los grupos de medicamentos más frecuentemente usados para el tratamiento de las adicciones fueron los antidepresivos (76%), los estabilizadores del ánimo (28%) y los menos utilizados fueron los opiáceos (2%).

La investigación permitió conocer los problemas de enfermería (diagnósticos) más frecuentes en estos jóvenes: desempeño inefectivo del rol, deterioro interacción social, ansiedad, déficit de actividades recreativas, déficit de conocimientos, aislamiento social, deterioro del patrón del sueño, riesgo de lesión dirigida a otros, baja autoestima crónica, deterioro de la nutrición (índice de masa corporal inferior a  $20\text{kg/m}^2$ ), dolor agudo, deterioro de la eliminación urinaria, estreñimiento, náuseas. Algunos de estos son similares a la comorbilidad mental (desempeño inefectivo del rol, deterioro de la interacción social, ansiedad) se pueden intervenir desde el punto de vista de enfermería con múltiples actividades.

## E. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 4

<b>ARTICULO No. 4</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO:</b> Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el posparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King
<b>AUTORES:</b> Noe Ramírez - Elizondo
<b>FECHA DE PUBLICACION :</b> 2011
<b>PAIS:</b> Costa Rica
<b>IDIOMA:</b> Español
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Latindex Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (1): 3-10.
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> investigación de tipo mixta descriptiva. Metodología cualitativa y desde la estructura planteada por Imogene King en su Teoría sobre consecución de objetivos o metas, la cual pretende comprender las transacciones entre los diversos sistemas (personales, interpersonales y sociales).
<b>POBLACION:</b> La población estuvo constituida por cinco residentes del Hogar Crea de mujeres de Coronado, las cuales se encontraban bajo consumo de drogas durante el periodo de posparto inmediato y fueron asistidas en servicios de salud públicos del país. 7 enfermeros(as) ginecobstetras y 3 informantes claves, especialistas en manejo de drogadicción.
<b>MUESTRA:</b> Seleccionada por conveniencia cinco residentes del Hogar Crea de mujeres de Coronado, 7 enfermeros(as) ginecobstetras y 3 informantes claves, especialistas en manejo de drogadicción
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 6
<b>4- APORTES</b>
1- Las interacciones son el eje fundamental en el desarrollo de las relaciones entre personas, por tanto, durante la atención que se brinde a usuarias consumidoras de drogas es importante comprender la situación por la que están pasando, estableciendo acciones orientadas a solventar sus necesidades. 2. Es a partir de la comprensión y el análisis de las experiencias de las usuarias drogodependientes, que se pueden desarrollar estrategias para la intervención, basadas en esa diversidad propia de este grupo poblacional y libre de estereotipos o discriminación. 3. La sensibilización por parte del personal de salud debe ser acorde con las necesidades de las mujeres, las cuales además de los cambios emocionales propios del embarazo y parto, acarrearán múltiples sentimientos de tipo moral desencadenados por el

consumo y sus posibles efectos en el (la) niño(a); esto a su vez es acentuado por los estereotipos y prejuicios que carga el personal de salud que las asiste, generando así medios de vinculación poco efectivos para el bienestar del binomio.

4. Es importante la implementación de un abordaje integral en la atención a las usuarias consumidoras de sustancias adictivas, como medida estratégica que permita reorientar su vida hacia el abandono del consumo, en el marco de una interdisciplinariedad que favorezca una intervención acorde con las múltiples necesidades de aquellas.

5. Los elementos de tiempo y espacio, como parte del Sistema Personal son definitivos en la influencia de la percepción, el crecimiento y desarrollo, la imagen corporal y el yo, ya que según las áreas y los momentos en los que se encontraban las usuarias, así describieron el impacto en sus vidas desde el proceso de transacción con los (as) profesionales en salud, por tanto, ese conjunto de energía invertido por ambas partes, condujo a la obtención o no de metas.

Desdichadamente, si bien es cierto no se pudo detectar implicaciones físicas dentro de la atención que recibieron las usuarias, sí hubo muchas repercusiones de índole afectivo, que profundizaron aún más el sentimiento distorsionado de que ellas tienen de sí mismas.

6. Es notorio, que la carencia de conocimiento por parte de los(as) profesionales en obstetricia se evidencia en medidas poco efectivas para la madres, tales como el escaso protagonismo del personal de salud en la intervención, el aislarlas, el designarlas a otras personas menos preparadas, el ignorarlas e incluso verbalizar y gesticular mensajes dañinos para con ellas. En este punto, aunque no es un justificante si es comprensible que la carencia de conocimiento, conduce al ser humano a ejercer medidas un tanto coercitivas para con los(as) demás, producto o reflejo del propio temor interno.

7. Es claro que la preparación de los(as) profesionales en obstetricia aún mantiene un modelo ampliamente positivista, basado en el paradigma de la categorización, en el que las mujeres con problemáticas sociales son tachadas con adjetivos discriminatorios y prejuiciosos asociados a la carencia de herramientas cognitivas en el ámbito social, a la poca sensibilidad en cuanto a las relaciones interpersonales y al desconocimiento de la multicausalidad de las sustancias.

Todo ello se refleja en la ausencia de políticas, medidas e incluso modelos de capacitación que contribuyan con el aumento del conocimiento de los profesionales

## F. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 5

<b>ARTICULO No. 5</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO :</b> Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos Enfermero del Programa Salud de la Familia: Conceptos y Creencias sobre Drogas y Modelos Teóricos Explicativos.
<b>AUTORES:</b> Elaine Cristina Valadares da Silva Moutinho. Gertrudes Teixeira Lopes.
<b>FECHA DE PUBLICACION:</b> enero-marzo 2008
<b>PAIS:</b> Brasil
<b>IDIOMA:</b> Portugués
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Revista da Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16 (1):51-7.
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Estudio cualitativo de tipo descriptivo
<b>POBLACION:</b> 36 equipos del Programa Salud de la Familia (PSF) distribuidos en áreas urbanas y rurales del Municipio de Região Serrana del estado de Rio de Janeiro
<b>MUESTRA:</b> 18 enfermeros de los equipos del PSF de una ciudad del Estado de Rio de Janeiro-Brasil. El análisis de los datos fue dirigido por el método análisis de contenido temático, según Bardin, a partir da técnica de análisis temático a partir de la categoría: concepciones sobre drogas.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 6
<b>4- APORTES</b>  Las declaraciones de las enfermeras participantes en el estudio revelan concepciones sobre drogas en su mayoría construidas en los fundamentos de los Modelos ético- legal y Médico-Sanitario. En estos modelos, la ideología dominante en el imaginario social, se asocia con la ilegalidad, violencia y la delincuencia, así como el concepto de enfermedad, con énfasis en la enfermedad mental. Al respecto el modelo Médico-Sanitario o de la Enfermedad, sustenta la idea de que el uso de la sustancia ejerce un papel de enfermedad y coloca al individuo en el lugar de persona enferma que precisa ser tratada por una situación de uso, abuso o dependencia en busca del único objetivo: abstinencia. En este contexto, la palabra sustancia funciona como sinónimo de fenómeno y de

enfermedad en si, lo cual se evidencia en expresiones como “*el alcohol es una dolencia*”. Por su parte, el Modelo Ético- Legal, considera el fenómeno a partir de las actitudes antisociales de ciertos grupos transgresores que se tornan en un problema a medida que causan daños a los individuos y a la sociedad. Se responsabiliza a los usuarios sobre el problema de la violencia y se identifica la relación existente entre la oferta y el consumo. Los usuarios, los distribuidores, los policías y la sociedad civil son agentes implicados en la escena de la violencia del tráfico: un papel diferente tienen las condiciones socioeconómicas y el fenómeno de la política. En este contexto, la opinión del personal de enfermería sobre la prevención de este problema gira en torno al combate al narcotráfico, reforzando la idea de la droga como problema de la policía.

Los discursos también muestran que los cuidadores todavía traen los conceptos que asocian las drogas a la adolescencia desde la óptica de la moralidad, es decir que aun predomina el Modelo Moral, que considera que el sujeto es responsable del uso incorrecto de estas sustancias y de su recuperación, culpándolo por una debilidad de carácter. En esta dirección, los discursos señalan una transferencia de la responsabilidad a un grupo específico, consideran que la tríada responsable para el manejo del fenómeno, esta compuesta para los usuarios, los sectores de la seguridad pública y la salud mental. Esta visión exime de esta responsabilidad a otros sectores y a los ciudadanos, lo que hace imposible su manejo y la participación intersectorial.

La reciente participación del sector de la salud con el problema de los uso / abuso de drogas constituye un paso reciente para los servicios no calificados, lo que ayuda a entender el alejamiento de los profesionales en ese tema, el cual es visto como un problema de la policía o albergue. Sin embargo, la magnitud de sus consecuencias nos impide ignorarlo y buscar oportunidades para su abordaje.

Es necesario ampliar la discusión sobre el papel de la enfermera en el fenómeno de las drogas y producir conocimientos sobre el tema desde la perspectiva de la práctica en promoción de la salud y prevención del daño. Se destaca la importancia de la inserción de la enfermera en esta propuesta, como profesional de la salud con amplias posibilidades para crear y actuar de prevención efectivas, participando en la mejora de la calidad de vida de la población. Para ello es necesario el desarrollo a las estrategias para la creación de herramientas que permitan la integración efectiva de estos profesionales en ámbito de la promoción de la salud y prevención del consumo de drogas.

Estos resultados colocan al profesional de enfermería frente a un gran desafío, avanzar de una visión reduccionista hacia una visión holística, considerando que el problema de las drogas por su magnitud y multicausalidad que implica aspectos sociocultural/geopolítico y estructural, según lo percibido por el Modelo Crítico-Holístico

de la salud Internacional, como cuestión de poder económico y de relaciones internacionales. Estos aspectos deben ser comprendidos por los profesionales de salud, sobre todo con enfermería, de modo que puedan obrar recíprocamente e intervenir de acuerdo a las características y las demandas que presentan los usuarios.

## G. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 6

<b>ARTICULO No. 6</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Análisis crítico del Cuidado de Enfermería en el Hogar al paciente consumidor de drogas A critical analysis of home nursing care of drug addiction patients
<b>AUTORES:</b> María Navarro de Sáez, Venus medina y Fanny Romaguera
<b>FECHA DE PUBLICACION:</b> Junio 2008
<b>PAIS:</b> Venezuela
<b>IDIOMA:</b> Español
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Revista electrónica de Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba Revista de salud Publica, 2 (1):28-36, junio 2008
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> modalidad cualitativa; con orientación hacia la investigación acción participativa
<b>POBLACION:</b> Enfermeras (os) que laboran en el Hospital psiquiátrico Dr. José Ortega Duran de Bárbula y en los centros de salud mental de INSALUD Carabobo, así como profesoras de la Escuela de Enfermería pertenecientes a los Departamentos Clínico de Salud Comunitaria y Administración y al Departamento Clínico Medico-Quirúrgico
<b>MUESTRA:</b> La selección de los participantes fue intencional y el grupo estuvo constituido por veinte enfermeras (os). La técnica utilizada para la recolección de los datos fue la discusión grupal y la observación participante. En cuanto al procedimiento analítico y el tratamiento de la información la triangulación de los datos resultó muy efectiva, ya que permitió contrastar la información proveniente de varias partes del contexto observado con el fin de revisar semejanzas y diferencias.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION: 2</b>
<b>4- APORTES</b>  Se identifica un grupo de profesionales interesados por la búsqueda de alternativas nuevas para abordar al paciente consumidor de droga a quien se le ha brindado una atención similar a la del resto de los pacientes hospitalizados. Trayendo como consecuencia que este tipo de paciente, el cual, es recluido en el Hospital Psiquiátrico por un periodo de crisis, intente marcharse del servicio contra indicación médica, se incomode, atormente a los otros pacientes o incluso enseñe conductas de consumo al

resto de los pacientes. En sus vivencias, el grupo de enfermeras (os) coincide en señalar que el cuidado de enfermería al consumidor de drogas está más orientado hacia las personas que pueden ser diagnosticadas con una psicosis orgánica producida por el consumo; quedando desatendida una población que requiere tratamiento, pero que no presenta síntomas psicóticos. Cabe destacar, que este sector de la población son pacientes que requieren atención especializada en Salud Mental y no existen criterios para asistirlos.

Por otra parte, los profesionales de la enfermería refieren que la atención proporcionada actualmente ubica a la persona fuera de su contexto trayendo como consecuencia que se vea solamente una parte del problema, lo cual, obstaculiza la recuperación del paciente consumidor de droga y su reinserción al hogar, esta situación obliga a las enfermeras (os) a replantear las metas de su intervención, para disminuir las recaídas por abandono del tratamiento, del control y consumo de drogas en el hogar. Por otra parte, el cuidado proporcionado al paciente consumidor de drogas tiene una limitación significativa en cuanto al abordaje familiar, siendo el principal obstáculo, la poca participación y colaboración de los miembros de la familia para el cuidado de los pacientes consumidores evidenciándose rechazo por parte de ellos; en este contexto las visitas domiciliarias permitirían la orientación sobre el rol de la familia en la recuperación y reinserción social del paciente.

Entre las limitantes para la atención de estas personas se encuentra la falta de políticas para la reinserción social de estas personas; existencia de pocos recursos humanos y materiales que puedan atender a estos pacientes; ausencia de una institución pública en el estado que realice el plan integral de desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reinserción a la sociedad; la necesidad de elaboración de programas extensivos a la persona, la familia y la comunidad para que las acciones trasciendan los establecimientos de salud, así como también la actualización continua del personal en cuanto a los adelantos científicos y tecnológicos

Este ejercicio reflexivo sobre la práctica diaria en la atención al paciente con problemas de consumo de droga, permitió reconocer qué, en el personal de enfermería de salud mental existe una necesidad inmediata y urgente en cuanto a capacitación en el manejo de pacientes con consumo de drogas y la construcción de una infraestructura que reúna los requisitos necesarios para atender este tipo de pacientes, como un desarrollo que debe ser fortalecido.

Todos estos hallazgos permiten inferir que la salud mental se encuentra estrictamente relacionada con la vida cotidiana de las personas, con la manera como cada individuo se relaciona con los demás en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo en las

actividades recreativas, con sus iguales, y además, comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales y sentimientos con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida diaria, de tal manera, que el cuidado de enfermería para el paciente consumidor de droga debe abarcar todos estos aspectos.

## H. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 7

<b>ARTICULO No. 7</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Protocolo para la atención de Enfermería intrahospitalaria dirigido a las gestantes afectadas por el consumo de drogas y su recién nacido
<b>AUTORES</b> Grettel Campos Vargas. Criss López Vargas. Vivian Montero Rodríguez
<b>FECHA DE PUBLICACION</b> : Abril de 2011
<b>PAIS:</b> Costa Rica
<b>IDIOMA:</b> Español
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Latindex Revista Electrónica. Enfermería Actual en Costa Rica
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> enfoque cuantitativo, en la modalidad de práctica dirigida
<b>POBLACION:</b> La población participante estuvo constituida por profesionales en Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, quienes laboran en los servicios de Emergencias, Sala de Partos, Ginecología, Obstetricia y Neonatología.
<b>MUESTRA:</b> 15 profesionales en Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, quienes laboran en los servicios de Emergencias, Sala de Partos, Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Triangulación entre análisis de casos, experiencia y cuestionario. Dicha triangulación se contrastó con documentos científicos que brindaron recomendaciones sobre la temática para luego elaborar y exponer una propuesta de atención por parte de las investigadoras. Finalmente, se concluyó el trabajo al diseñar flujogramas de atención y el correspondiente protocolo.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 6
<b>4- APORTES</b> <p>El uso de un protocolo para la atención intrahospitalaria desde la Enfermería dirigido a gestantes con problemas de drogas y a su recién nacido (a), debe ser orientado a la mejora de la calidad de atención en salud y el servicio que se brinde, contar con el enfoque de promoción de la salud, considerar la perspectiva de género, además de tener iniciativa por parte de los y las profesionales de Enfermería; considerando que éste se hace necesario debido a la falta de normativas al respecto y al aumento de los casos relacionados con la temática.</p> <p>Es necesario aunar esfuerzos para ofertar atención integral, precisa, oportuna y eficaz a estas madres y sus hijos, proporcionándoles ambientes óptimos para su normal desarrollo. Con tales acciones se verá beneficiada toda la sociedad.</p> <p>El conocer las características de las personas drogodependientes, la droga consumida y</p>

el ambiente en que se desenvuelve, así como sus situaciones de riesgo, es determinante al definir las estrategias de intervención.

Las gestantes que son afectadas por las drogas a menudo tienen una comprensión limitada de la forma en que estas sustancias las afectan, tanto a ellas como a sus bebés; razón por la cual se hace indispensable la intervención holística del profesional de Enfermería.

Los modelos actuales de cuidados deben incluir intervenciones nutricionales, psicosociales y farmacológicas para mejorar el autoestima y el autocuidado de las mujeres y así reducir el daño al feto o recién nacido, cuya madre tiene dificultad para dejar de consumir drogas.

Las redes de apoyo y el seguimiento a largo plazo a las gestantes afectadas por el consumo de drogas son determinantes para registrar los cambios permanentes.

El aumento en el consumo de drogas por parte de la población femenina del país implica un gran compromiso para abordar ese problema de salud pública y, por ende, a la población afectada desde los centros hospitalarios.

El tratamiento de la drogodependencia no implica exclusivamente un cese del consumo de las drogas, sino que conlleva un cambio más radical en la vida de las personas con problemas de adicción. Supone cambios en la identidad de muchas de ellas, así como nuevas relaciones sociales y de pareja, necesidad de recursos educativos, profesionales o económicos, entre otros.

## I. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 8

<b>ARTICULO No. 8</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Family Health Nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use Enfermera de Salud Familiar en el Amazonas: conceptos y manejo de temas en relación con el consumo de alcohol
<b>AUTORES</b> Rodrigo Otávio Moretti-Pires; Sidnei Bruno Guedes Ferro; Fátima Büchele; Hadelândia Milon de Oliveira, Maria Ferreira Gonçalves Jacirema.
<b>FECHA DE PUBLICACION</b> : Agosto de 2011
<b>PAIS:</b> Brasil
<b>IDIOMA:</b> Ingles
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Scielo Online. Revista Escuela de Enfermeria Universidad de Sao Paulo Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):920-6
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> estudio cualitativo
<b>POBLACION:</b> doce equipos de salud familiar de un municipio del interior de Amazonia: ciudad de Coari-Medio Rio Solimões
<b>MUESTRA:</b> doce enfermeras de la estrategia de Salud Familiar (FHS) de un municipio del interior de Amazonia. Como técnica de recolección se utilizó el grupo focal y la entrevista individual semi-estructurada.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 1
<b>4- APORTES</b>  A pesar de la aplicación de la estrategia de Salud Familiar, con el propósito de reorganizar los procesos de trabajo y las actividades del SUS, la formación profesional brasileña en materia de salud hoy en día, incluso cuando el objetivo de las estrategias como el FHS, promueve una visión descontextualizada de la realidad brasileña, con contradicciones entre las instituciones de educación superior, los servicios de salud y las comunidades. Profesionales de la salud siguen manteniendo el enfoque en la atención curativa individual, centrado en la enfermedad, con una cierta incomprensión de la realidad y el contexto sociocultural de las familias. Esto significa que la atención primaria de salud debe trabajar con el concepto de salud en las dimensiones bio-psico-social del individuo.

Se identifica falta de formación y educación continúa sobre este tema a nivel del profesional de enfermería, por lo que es necesario modificar los currículos, el establecimiento de una política para la práctica profesional de enfermería que aporte para el uso de tecnologías en la práctica cotidiana de la Estrategia de Salud familiar. Otra limitante en la atención a estos usuarios es la ausencia del sistema de referencia/contrarreferencia, así como la ausencia de un programa y servicio en el ámbito de la estrategia de Salud Familiar.

## J. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 9

<b>ARTICULO No. 9</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem Modelos explicativos del uso de alcohol y drogas y la práctica de enfermería.
<b>AUTORES</b> Sandra Cristina Pillon, Margarita Antonia Villar Luis
<b>FECHA DE PUBLICACION :</b>
<b>PAIS:</b> Brasil
<b>IDIOMA:</b> Portugués
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Scielo Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12 (4):676-82
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Investigacion descriptiva. Revisión bibliográfica
<b>POBLACION:</b>
<b>MUESTRA:</b>
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 4
<b>4- APORTES</b>  El consumo de sustancias y el comportamiento humano son cuestiones complejas que requieren un enfoque integral continuo en ambas direcciones: la comprensión de la causa del uso y su aplicación en la práctica asistencial. Los modelos intentan explicar la fuente de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas, pero mientras algunos se centran en el problema con un enfoque particular, hay otros que describen una variedad de opciones para la intervención.  Contar con esta gama de modelos para la intervención en el tema de drogas, proporciona diferentes perspectivas en la comprensión de la problemática desde las diferentes áreas del conocimiento, lo que permite apoyar las propuestas de actuación de la enfermería. En consecuencia, en el texto se ha presentado las principales estrategias que las enfermeras pueden utilizar en el tratamiento y la rehabilitación del drogodependientes. Los modelos Ético-Legal, Médico-sanitario, Moral, Psicosocial (modelo que incluye el aprendizaje social, interacción con la familia y los rastros de personalidad de la persona. El modelo de aprendizaje social propone que el comportamiento social se aprende a través de la observación y la imitación. El entorno familiar es visto como parte importante para determinar el consumo de alcohol y sugiere que el alcoholismo es consistentemente asociado con negligencia, abandono emocional de rechazo de padres

y por la tensión familiar); Sociocultural (concibe el problema de las drogas como resultado de un número de las fuerzas sociales. La acción preventiva que propone este modelo tiene como objetivo fundamental cambios en las condiciones sociales dirigidos a grupos marginados con el fin de una calidad de vida y la integración de la comunidad)

Un enfermero capacitado puede contribuir efectivamente desde su práctica en esta área de relevancia social. El conocimiento de los modelos explicativos puede proveer los fundamentos a las actuaciones de enfermería acordes a las necesidades de los usuarios y las directrices de salud.

El documento detalla la forma en que el profesional de enfermería desde los modelos puede llevar a cabo la atención al usuario de drogas.

## K. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 10

<b>ARTICULO No. 10</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO:</b> Relevância das ações de enfermagem no tratamento da dependência química The importance of nursing actions on the chemical dependence treatment
<b>AUTORES:</b> Deise Penido de Oliveira Gonçalves, Sumaya Namen Cruz
<b>FECHA DE PUBLICACION :</b> jun 2007
<b>PAIS:</b> Brasil
<b>IDIOMA:</b> Portugués
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Revista de Educación, Medio ambiente y Salud Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1): 243-257
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> investigación descriptiva realizada a partir de la consulta de libros y artículos relacionados com el tema a investigar.
<b>POBLACION:</b>
<b>MUESTRA:</b>
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION: 4</b>
<b>4- APORTES</b> <p>La evaluación final de la dependencia química basada en el logro de los resultados esperados y el logro de las metas a corto plazo. El conocimiento sobre adicción, sus causas y consecuencias, además de la capacitación técnica permite a los profesionales de enfermería reconocer los signos y síntomas de enfermedades que implican un dependiente, también puede, en principio, ayudar a deshacerse de los prejuicios que pueda tener en relación a los usuarios de alcohol y / o drogas.</p> <p>El problema causado por las drogas y el alcohol es tan perjudicial para la sociedad como para el individuo, la enfermería busca un enfoque que no sea punitivo y que tenga como objetivo principal al usuario sin la abstinencia total. Sin embargo, el modelo actual busca a su vez que la abstinencia total sea el único éxito posible. Se necesita un compromiso real, que produzca el menor daño posible para el individuo y para la sociedad, es decir, cuando la abstinencia total no es posible que se logre el objetivo de reducción de daños</p> <p>Es esencial para la eficacia del profesional enfermería diferenciar saber - cuando la respuesta a un adicto a las drogas - si este se encuentra bajo la influencia de drogas, o, si está sufriendo una crisis de abstinencia recordando que una de las características de la adicción es visible</p> <p>Las acciones de enfermería en el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas aparece cuando el individuo tiene su dolencia física y / o mental producida por el uso drogas y / o alcohol y los daños que no le impiden seguir utilizándolos.</p>

El profesional debe saber cómo identificar las consecuencias físicas y / o psicológicas causadas por el uso de drogas, pero también saben cómo identificar el deterioro clínicamente significativas en áreas de comportamiento social, laboral o de otro aspecto importante en la vida del individuo, o cuando el dependiente presenta una menor privación de la sustancia. Sólo con este conocimiento es que se puede establecer el modelo de servicio más adecuado para el cliente.

Por lo tanto, la importancia de la intervención de enfermería como una estrategia basado en la recuperación y la estabilización del dependiente es de mayor importancia, debido a que estos profesionales tienen más oportunidades de acceder al dependiente, principalmente en momentos de mayor fragilidad y cuando se procura ayuda por sentirse mal e precisa el alcohólico un tratamiento adecuado.

## L. FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA 11

<b>ARTICULO No. 11</b>
<b>1-DATOS DE IDENTIFICACION</b>
<b>TITULO</b> Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil Rol del enfermero de la atención básica de salud sobre el abordaje a los usuarios de drogas en João Pessoa, PB, Brasil
<b>AUTORES:</b> Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, Maria José das Neves
<b>FECHA DE PUBLICACION:</b> Julio-agosto 2010
<b>PAIS:</b> Brasil
<b>IDIOMA:</b> Portugués
<b>MEDIO DE PUBLICACION:</b> Redalyc. Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 581-6.
<b>2- INFORMACION METODOLOGICA</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> exploratorio y de abordaje cualitativo
<b>POBLACION:</b> Treinta (30) enfermeros que laboran en las USF de la red de Servicios de Salud del Municipio de João Pessoa, el cual esta distribuido territorialmente en cinco distritos sanitarios que cubren la extensión de la ciudad. Las unidades escogidas para la realización del estudio fueron las Unidades de Salud familiar de Timbó I, Timbó II y Bancários, todas correspondientes al Distrito Sanitario III que cuenta con 30 enfermeros.
<b>MUESTRA:</b> La muestra estuvo conformada por tres enfermeras de estas Unidades y la selección para participar en el estudio siguió el criterio de aceptación de los participantes. La técnica utilizada para el análisis fue : Análisis del discurso propuesta por Fiorin.
<b>3- NIVEL DE INTERPRETACION:</b> 1
<b>4- APORTES</b>
Los profesionales de enfermería con contactos importantes con personas con problemas de salud de alto riesgo como resultado del uso de sustancias psicoactivas, que asumen el papel de la asistencia específica a esta población, pueden proporcionar una atención eficaz, evitando así el agravamiento de los problemas. Este trabajo muestra la importancia de la intervención de enfermería como una estrategia basada en la recuperación y estabilización de la dependencia química, que es de suma importancia, ya que tendrán más oportunidades profesionales para el acceso a ese individuo.
Se observa que el abordaje de los dependientes químicos en la practica diaria de del profesional de enfermería en atención primaria de salud, esta enmarcado en una ideología de trabajo propia, unos sentimientos, deseos, temores, intereses, aspiraciones,

que reflejan la forma en que llevan a cabo su practica y su comportamiento en situaciones que proporcionan cuidados de enfermería a estas personas.

Se encontró una falta en la formación de estos profesionales con relación al tema de la adicción, restringiendo las acciones de estos profesionales para los servicios de referencia a aquellos usuarios que requieren de servicios especializados de salud mental y de asesoramiento. La Universidad como espacio de producción de conocimiento, no puede ignorar el llamado de la sociedad en la que opera, por lo que debe responder a las demandas sociales, preparando profesionales para intervenir en estos escenarios. Por lo tanto, se hace hincapié en la necesidad de incluir en los planes de estudios de enfermería contenido relacionados sobre el fenómeno de las drogas, preparando a los futuros profesionales para el ejercicio del cuidado en este campo complejo y prioridad.

Se observó que los entrevistados reconocen la existencia de una población que sufre de dependencia química y necesita de atención, pero, relatan que por lo general no realizan actividades específicas destinadas a este sector. Por lo tanto, podría haber la posibilidad de incluir una formación específica sobre el tema del abuso de drogas. Con esta medida sería posible capacitar a enfermeras que tengan ideas y experiencias compartidas, estrategias bien definidas, conceptos claros, servicios de apoyo y un lenguaje similar. El tema de la adicción si bien se trabaja con equipos de FSE, podría contribuir de manera decisiva a disminuir las hospitalizaciones de estos usuarios.

## **M. RESOLUCIÓN 001315 DE ABRIL 25 DE 2006**

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Fármacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por los artículos 173 numerales 2 y 3 y 185 de la Ley 100 de 1993, 2° numerales 14 y 16 del Decreto-ley 205 de 2003, y 8 del Decreto 1011 de 2006, y

CONSIDERANDO:

Que es función del Ministerio de la Protección Social dictar las normas científicas administrativas que regulen la calidad de los servicios de salud;

Que la salud es un bien y un servicio de interés público y general y en consecuencia, se hace necesario adoptar las Normas Técnicas, Administrativas y Científicas, que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas;

Que las condiciones de habilitación, normas de calidad, y en general, la reglamentación necesaria para la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social, son de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud, incluidos los Centros de Atención en Drogadicción y los servicios de fármacodependencia,

RESUELVE:

### **CAPITULO I**

Disposiciones Generales

**Artículo 1°.** *Objeto y campo de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente Resolución tienen por objeto regular la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma.

**Parágrafo 1°.** A las entidades destinadas exclusivamente a brindar albergue y/o alimentación a personas con adicción a sustancias psicoactivas, sin fines de tratamiento o rehabilitación, no les serán aplicables las disposiciones contenidas en la presente resolución.

**Parágrafo 2°.** Las instituciones que ofrezcan programas de tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas, cualquiera que sea su naturaleza jurídica u objeto social, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en relación con los respectivos servicios ofrecidos.

**Artículo 2°.** *Definiciones.* Para los efectos de la presente Resolución, se define el alcance de las siguientes expresiones:

Centro de Atención en Drogadicción - CAD: Es toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia.

Intoxicación aguda: Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicotrópica, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad, en el comportamiento o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas y que ponen en riesgo la vida y la salud del paciente.

Modelo o Enfoque de Atención: Es el conjunto de orientaciones terapéuticas en que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios. Entre ellos se destacan: Comunidad terapéutica (tradicional/renovada), 12 pasos, espiritual - religioso, médico - clínico - psiquiátrico, psicológico - interdisciplinario, pedagógico - reeducativo y terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia.

Personas con adicción a sustancias psicoactivas: Es toda persona consumidora de cualquier sustancia psicoactiva que presenta dependencia física o psicológica a la misma.

Servicio de Fármacodependencia: Es el servicio clínico en la modalidad hospitalaria, dedicado al tratamiento de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, que por su condición aguda requieren el servicio de atención médica, ofrecido por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Síndrome de abstinencia: Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la suspensión absoluta o relativa de una sustancia psicotrópica, luego de una fase de utilización permanente de la misma.

Sustancia Psicoactiva - SPA: Son aquellas sustancias químicas o naturales que por sus características farmacológicas, tienen la posibilidad de ser consumidas por varias vías, ser absorbida, concentrarse en la sangre, pasar al cerebro, actuar sobre las neuronas y modificar principalmente el funcionamiento del sistema nervioso central y crear dependencia física o psicológica.

Tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas: Es el conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas o su mantenimiento, con el fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de sustancias psicoactivas y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social.

**Artículo 3°.** *Clasificación de los centros de atención en Drogadicción.* Los Centros de Atención en Drogadicción pueden ser ambulatorios o residenciales y contarán con condiciones específicas para su habilitación.

CAD Modalidad de tratamiento ambulatorio: Son todos aquellos Centros que desarrollan su Modelo o Enfoque de Atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno a sus usuarios.

CAD Modalidad de tratamiento residencial: Son todos aquellos Centros que brindan como parte de su Modelo o Enfoque de Atención alojamiento nocturno a sus usuarios.

Parágrafo. Un mismo Centro de Atención en Drogadicción podrá ofrecer programas de tratamiento y rehabilitación bajo la modalidad residencial y Ambulatoria y, en tal sentido, será considerado como mixto, para los efectos de su registro y habilitación.

**Artículo 4°.** *Del mejoramiento de la calidad.* Los Centros de Atención en Drogadicción deberán ajustarse a lo dispuesto en los artículos [32](#) a 35, 37 y [50](#) el Decreto 1011 de 2006, o de las normas que la substituyan, modifiquen o adicionen, en lo relacionado con el cumplimiento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

**Artículo 5°.** *De la acreditación de los CAD.* De conformidad con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1011 de 2006, o de las normas que la substituyan, modifiquen o adicionen, los Centros de Atención en Drogadicción por ser Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán demostrar voluntariamente el cumplimiento de niveles superiores de calidad y someterse a un proceso de Acreditación, con estándares definidos por el Ministerio de la Protección Social para este tipo de instituciones.

**Artículo 6°.** *Enfoque de los estándares de habilitación.* Las condiciones de capacidad tecnológica y científica para la habilitación de los Centros de Atención en Drogadicción y de los servicios de Farmacodependencia, se orientan en la filosofía de Atención Centrada en el Cliente y mejoramiento continuo. Por lo tanto, siguen la ruta del usuario en la institución, desde su primer contacto con el Centro de Atención en Drogadicción o servicio, hasta su egreso. De igual manera, están orientadas en el principio de esencialidad, que busca reducir los principales riesgos del proceso de atención, por lo que se considera que los estándares serán esenciales para proteger la vida, la salud y la dignidad de los usuarios.

## **CAPITULO II**

De las condiciones y procedimientos para la habilitación de los Centros de Atención en Drogadicción - CAD

**Artículo 7°.** *De las condiciones para la habilitación de los CAD.* Los Centros de Atención en Drogadicción deberán cumplir con las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera establecidas en las normas reglamentarias del Decreto 1011 de 2006 o de las normas que la substituyan, modifiquen o adicionen, con las condiciones de capacidad técnico administrativa establecidas en el artículo 9° del Decreto en mención y con las condiciones de capacidad tecnológica y científica que se adoptan mediante la presente resolución, sin perjuicio de las demás condiciones que deban cumplir de acuerdo con su naturaleza jurídica u objeto social.

**Parágrafo 1°.** Los Centros de Atención en Drogadicción, modalidad de tratamiento residencial o ambulatorio, que realicen desintoxicación farmacológica, podrán efectuarla con aquellos usuarios que hayan pasado la crisis aguda y que solo requieran de una terapia farmacológica de sostenimiento, para lo cual deberán cumplir con las condiciones adicionales exigidas en el Anexo Técnico número 1 de la presente resolución que hace parte integral de la misma.

**Parágrafo 2°.** Las desintoxicaciones farmacológicas en etapas agudas sólo podrán ser realizadas por un servicio de Fármacodependencia.

**Parágrafo 3°.** Las condiciones tecnológicas y científicas para los Servicios de Fármacodependencia serán las establecidas en el Anexo Técnico número 1 de la presente Resolución.

**Parágrafo 4°.** Los Centros de Atención en Drogadicción Modalidad Residencial o Ambulatoria que se constituyan después de la entrada en vigencia de la presente resolución no estarán sujetos al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996, o de las normas que la substituyan, modifiquen o adicionen.

**Artículo 8°.** *Procedimiento para la habilitación de los CAD.* Los Centros de Atención en Drogadicción que a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución no se encuentren inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud bajo ninguna modalidad de prestación de servicios de salud, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 10 al 25 del Decreto 1011 de 2006, y demás normas que los sustituyan, modifiquen o adicionen, y habilitarse ante las respectivas entidades territoriales, de conformidad con las competencias a ellas asignadas.

**Parágrafo 1°.** Los Centros de Atención en Drogadicción modalidad residencial, ambulatoria o mixta que ya se encuentren inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, deberán presentar la novedad correspondiente para realizar una nueva inscripción como Centro de Atención en Drogadicción, de acuerdo con lo establecido en la presente Resolución.

**Parágrafo 2°.** Las IPS que cuenten con Servicios de Fármacodependencia ya declarados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, deberán autoevaluarse para corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en la presente Resolución y proceder con los ajustes correspondientes que garanticen su cumplimiento, como condición para la renovación de la inscripción en el registro.

**Artículo 9°.** *Plazo.* Todos los Centros de Atención en Drogadicción que a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución estén prestando servicios de salud, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, para autoevaluarse, cumplir con las

condiciones establecidas en la misma, presentar por primera vez el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o informar la respectiva novedad, en el evento de que ya se encuentren inscritos ante la autoridad competente. Vencido el término anteriormente señalado, si no se ha efectuado la inscripción, el Centro de Atención en Drogadicción no podrá continuar prestando los servicios de salud, sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

### CAPITULO III

#### Otras Disposiciones

**Artículo 10.** *Consentimiento informado.* Para realizar el proceso de atención será necesario que el Centro de Atención en Drogadicción haya informado al usuario sobre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, las restricciones establecidas durante el proceso de atención y toda aquella información relevante para el usuario, debiendo utilizarse un lenguaje claro y sencillo y dejando constancia en la historia clínica del paciente o en el historial del usuario, quien con su firma autógrafa o huella dactilar declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido bajo este programa de tratamiento, sin embargo, el usuario podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.

**Parágrafo 1°.** Respecto de los usuarios del Centro de Atención en Drogadicción que se encuentren bajo medida de seguridad o de protección o rehabilitación, si se trata de un menor de edad, el consentimiento lo debe autorizar la entidad bajo la cual se encuentra institucionalizado o el representante legal o el defensor de familia, según sea el caso.

**Parágrafo 2°.** En los casos en los cuales la condición mental del paciente no le permita expresar su consentimiento o que se trate de un menor de edad, el consentimiento podrá ser dado por los padres legítimos o adoptivos, el cónyuge o compañero (a) permanente, los parientes consanguíneos en línea directa o colateral hasta el tercer grado o su representante legal, según el caso.

**Artículo 11.** *Formularios.* La Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular los formularios de

Inscripción y de Novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, adicionando los servicios de que trata la presente resolución.

**Artículo 12. Sanciones.** Los Centros de Atención en Drogadicción que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría previstas en la presente resolución, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 9ª de 1979 y el artículo 49 de la Ley 10 de 1990, o de las normas que la substituyan, modifiquen o adicionen, previo el agotamiento del respectivo procedimiento y la garantía del debido proceso.

**Artículo 13. Vigencia y derogatorias.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 de abril de 2006.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

(C. F.)

NOTA: Publicada en el Diario Oficial 46332 de julio 17 de 2006.

## **N. RESOLUCIÓN 196 DE FEBRERO 26 DE 2002**

**Por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psico-activas y se dictan otras disposiciones.**

**EL MINISTRO DE SALUD,**

**en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el artículo 86 de la Ley 30 de 1986, los numerales 2º, 3º, 4º y 6º del artículo 173 y el artículo 185 de la Ley 100 de 1993, y**

### **CONSIDERANDO:**

Que corresponde al Ministerio de Salud expedir las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios y el control de factores de riesgo que son de obligatorio cumplimiento por las Empresas Promotoras de Salud, EPS, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS;

Que es competencia del Ministerio de Salud establecer las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud y fijar el procedimiento de registro de Declaración de Requisitos Esenciales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;

Que es responsabilidad del Ministerio de Salud establecer las condiciones necesarias de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnicos administrativos, sistemas de información, evaluación, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud, para garantizar que la atención de los usuarios sea dada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica,

### **RESUELVE:**

**Artículo 1º. Definición.** Denomínanse Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral a las instituciones públicas o privadas encargadas de brindar a la población servicios integrales de salud, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración sociolaboral, investigación, formación y capacitación y docencia

únicamente en el campo del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados a éste.

**Parágrafo.** La presente Resolución se aplica a las Unidades de Atención Integral a Conductas Adictivas, UAICAS, que funcionan en los hospitales públicos.

**Artículo 2º. Dependencia administrativa.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, funcionarán como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud especializadas en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, debiendo cumplir el régimen vigente que corresponda a su naturaleza jurídica, así como los requisitos mínimos esenciales contemplados en la presente Resolución. El control y vigilancia de los recursos se ejercerán por los diferentes organismos competentes establecidos por las leyes vigentes y a través de los mecanismos internos de cada Centro de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.

**Parágrafo 1º.** No obstante lo anterior, los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, podrán funcionar como unidades integradas a una institución prestadora de servicios de salud, hospitales psiquiátricos o a servicios de salud mental en hospitales generales.

**Parágrafo 2º.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, podrán asociarse con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, grupos de práctica profesional o profesionales independientes, universidades y centros de investigación nacionales e internacionales, para complementar los servicios que prestan a sus usuarios.

**Artículo 3º. Acreditación.** La acreditación de los servicios ofrecidos por los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, será expedida por la Secretaría de Salud Municipal, Distrital o Departamental o por el órgano regulador que haga sus veces, de conformidad con la Resolución 4252 de 1997 del Ministerio de Salud o las normas que la modifiquen, adicionen o aclaren.

**Parágrafo.** Cuando los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, adopten la forma de Comunidad Terapéutica deberán estar inspiradas por la filosofía y principios del movimiento mundial de comunidades terapéuticas y deberán cumplir, además de los requisitos mínimos contemplados en la presente Resolución, los códigos de ética de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y los derechos de los usuarios. Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de

sustancias psicoactivas que deseen llamarse comunidad terapéutica deberán presentar una solicitud ante la Junta Directiva de la Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas, FECCOT, la cual, previa evaluación, hará las recomendaciones que sean del caso tanto a la institución solicitante, como a las entidades encargadas de su acreditación.

**Artículo 4º. Niveles de complejidad.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas son de baja, mediana y alta complejidad según sea el grado de especialización y complejidad de los servicios que presten de acuerdo con el proceso de salud y enfermedad, de la infraestructura y del grado de cualificación de los equipos profesionales que los atienden, conforme con la normatividad vigente.

El primer nivel estará conformado por las instituciones que desarrollan actividades de promoción de la salud y de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

El segundo nivel lo conformarán las instituciones que desarrollan actividades de tratamiento de menor complejidad y que no comprometan la integralidad del usuario. Podrán además desarrollar las actividades del primer nivel si acreditan las condiciones requeridas.

El tercer nivel comprenderá a las instituciones que desarrollen actividades de una mayor especialización y complejidad requeridas para tratamiento de personas con adicción al consumo de sustancias psicoactivas. Podrá prestar servicios del primer y segundo nivel si cumple con los requisitos esenciales mínimos de prestación de servicios establecidos en la presente resolución.

**Artículo 5º. Población que atiende.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, atenderán a cualquier persona natural o jurídica sin consideración de raza, creencias políticas o religiosas, edad, sexo o clase social que requiera información o atención sobre programas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración sociolaboral, investigación, formación, capacitación y docencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

**Artículo 6º. Solicitud de admisión.** La admisión o el internamiento de los usuarios en los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, podrán ser solicitados indistintamente por las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Administradoras de Riesgos Profesionales, el mismo usuario, sus padres, tutores o autoridad judicial (jueces o defensores de familia). Si los usuarios requieren

someterse a tratamiento, estos deberán expresar su consentimiento manifestándolo verbalmente o por escrito. En el caso de menores de 18 años, de no tener familia, deberá exigirse la autorización del defensor de familia o del juez.

Parágrafo. En los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de baja complejidad sólo se admitirán los usuarios que hayan sido evaluados previamente por un profesional de la salud competente para descartar patología psiquiátrica o médica que le impida realizar el programa adecuadamente. En caso de que el usuario presente patología psiquiátrica o médica activa deberá ser remitido a un Centro de mediano o alto nivel de complejidad.

**Artículo 7º. Requisitos de ingreso.** Al momento del ingreso los usuarios de los Centros de Atención y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, suscribirán un contrato terapéutico en el cual la persona que desea ingresar expresa su consentimiento por escrito y se debe especificar como mínimo lo siguiente:

- a) Responsabilidad en el ingreso de quien firma la solicitud;
- b) Causas por las que puede ser excluido del programa;
- c) Medidas disciplinarias;
- d) Condiciones económicas para la estadía del usuario;
- e) Lista de contactos;
- f) Régimen de comunicación con el exterior;
- g) Obligaciones del usuario y del programa terapéutico;
- h) Compromiso de las familias a participar en el programa;
- i) Síntesis del programa terapéutico y reeducativo a que será sometido.

**Artículo 8º. Derechos de los usuarios.** El programa deberá garantizar a todos los usuarios los derechos fundamentales expresados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Además, todos los miembros y beneficiarios de los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas tienen derecho a:

1. Tener acceso a un sistema de quejas, aprobado por la mesa directiva, para registrar quejas sobre la administración de los criterios y reglamentos, medidas disciplinarias y modificación de derechos.
2. Conocer, con exactitud las cuotas y los costos a pagar y la forma y el horario de los pagos, lo mismo que los criterios a seguir en cuanto al acceso al dinero y a las propiedades personales, durante el programa y al finalizar el mismo.
3. Al carácter confidencial de la información acerca de la participación en el programa y de la historia del tratamiento, de acuerdo con lo dispuesto por la ley.
4. Terminar la participación en el programa en cualquier momento, sin ser sometido a amenazas o presiones físicas o emocionales.
5. Comunicación personal con parientes o amigos en el momento de ser admitido al programa, y posteriormente de acuerdo con el reglamento, excepto cuando sea prohibido como parte documentada del plan de tratamiento.
6. Protección contra castigos corporales, reales o amenazados, contra el abuso físico, emocional o sexual y contra restricciones físicas.
7. Ser provisto de comida balanceada y nutritiva, alojamiento adecuado y seguro, ejercicio físico e higiene personal adecuada, en los casos de Centros de Atención, tratamiento y Rehabilitación Integral Residenciales.
8. Atención médica por parte del personal calificado y al derecho de rehusar la atención médica ofrecida.
9. Recibir al salir del programa por cualquier razón, asistencia y asesoría sobre otras agencias y servicios de salud, fuentes de ayuda económica y lugares de residencia.
10. No ser explotado ni económica, política, laboral o sexualmente, tanto el miembro beneficiario ni sus padres o familiares, en provecho del Centro de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral o su personal.

**Artículo 9º. Funciones.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con su nivel de complejidad y objetivos, asumirán las siguientes funciones:

1. Atender las solicitudes de información y orientación hechas por los usuarios o la comunidad sobre sustancias psicoactivas y su consumo, así como sobre los servicios que prestan.
2. Realizar actividades de promoción de la salud y de prevención del consumo y a buso de sustancias psicoactivas.
3. Procurar dentro de la comunidad un ambiente que ofrezca a los beneficiarios las máximas oportunidades posibles para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, emocional, sociocultural y estético, que redunde en beneficio y seguridad para todos los miembros.
4. Decidir, desde el punto de vista técnico científico, el tipo de tratamiento más adecuado para cada paciente, sustentándolo apropiadamente.
5. Promover el autocuidado en salud de tal forma que se mejore la calidad de vida y propiciar la integración de la familia y la comunidad al proceso de tratamiento del usuario.
6. Ejecutar programas de formación y capacitación profesional, o bien propiciar la asistencia a los mismos, de los usuarios en tratamiento.
7. Desarrollar estrategias comunicacionales y de información.
8. Llevar a cabo actividades formativas, educativas y del uso creativo del tiempo libre.
9. Realizar programas que faciliten la rehabilitación plena y la reincorporación social y laboral del usuario, incluyendo programas de capacitación empresarial y estrategias de empleo y de trabajo desde una perspectiva de rehabilitación comunitaria.
10. Diseñar, ejecutar y colaborar en programas de investigación y docencia.
11. Contar con un sistema de evaluación y seguimiento.
12. Diseñar y reglamentar indicadores de impacto y gestión de su actividad.
13. Desarrollar, coordinar, consolidar y difundir los sistemas de vigilancia epidemiológica sobre consumo de sustancias psicoactivas.

14. Suministrar la información periódica y actualizada requerida por el Observatorio Colombiano sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas.

15. Empeñarse en crear una estructura comunitaria basada en la integridad, buena voluntad y humanidad de todos sus miembros, en la cual el respeto por la dignidad de las personas sea una prioridad.

16. Servir como unidades de referencia y capacitación a las instituciones prestadoras de servicios en salud, a las empresas promotoras de salud, a las administradoras del régimen subsidiado, administradoras de riesgos profesionales y en general a todas las instituciones públicas o privadas y las organizaciones comunitarias que requieran de sus servicios.

17. Desarrollar programas educativos y formativos tendientes a buscar la recuperación de los valores, la familia, la solidaridad, la convivencia pacífica, el respeto por la diferencia y la tolerancia como elementos fundamentales para mejorar la calidad de vida.

**Artículo 10. Programas de atención.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, deberán ofrecer a sus usuarios y a la comunidad en general, dependiendo de su objetivos y nivel de complejidad, programas de:

*Información y Orientación al usuario y a la comunidad.* Busca atender las demandas de información sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y los recursos asistenciales. Orienta a las personas, comunidades y demás entidades sobre estos asuntos y sobre los diferentes programas y modalidades de tratamiento que ofrece el Centro de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.

*Promoción y Prevención.* Tendiente a buscar integralmente el fomento y la promoción de la salud física, psíquica y sociocultural de los individuos y las colectividades, así como el fortalecimiento de los factores protectores, para diseñar, ejecutar o colaborar en actividades, procedimientos, intervenciones y cualquier otro tipo de acciones que permitan actuar sobre los factores de riesgo o especiales condiciones que concurren en los individuos, la comunidad o el medio ambiente, que determinen la aparición del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo debe propender por disminuir o evitar el consumo, el abuso o la dependencia a las sustancias psicoactivas.

*Evaluación y Diagnóstico.* Consiste en un conjunto de intervenciones y procedimientos que se aplican en el usuario. Comprende toda una serie de

valoraciones físicas, psíquicas y sociales, incluidos la aplicación de pruebas, exámenes de laboratorio, encuestas y, en general, cualquier tipo de procedimiento o prueba que permita conocer las condiciones reales del individuo en cualquiera de los tres planos evaluados, su estado de abuso o dependencia y las problemáticas concomitantes, con el fin de decidir el tipo de intervención y los tratamientos más adecuados a aplicar en él.

*Tratamiento.* Tiene como fin último, la abstinencia total de drogas o como mínimo disminuir los riesgos asociados al consumo por parte del usuario. Consta de varias fases y modalidades de intervención, las cuales se le ofrecerán a cada usuario dependiendo de la gravedad de su problemática y la comorbilidad existente. Se desarrollarán en modalidades de internamiento total, internamiento parcial o ambulatorio, dependiendo del nivel de complejidad del respectivo Centro de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.

*Disminución de Riesgos.* Previsto para aquellas personas que siendo mayores de 18 años, han fracasado por lo menos en dos oportunidades en programas libres de drogas que presentan patologías de gravedad extrema; o quienes simplemente en asunción de su libre albedrío, no pueden o no desean dejar de consumir sustancias psicoactivas; este programa contará con una serie de alternativas terapéuticas que busquen disminuir los riesgos del consumo. Por sus requerimientos técnicos y científicos, este programa solo podrá ser ofrecido por los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de alto nivel de complejidad.

Una vez efectuada la evaluación del caso, se decidirá qué clase de intervención se realizará con la persona y si es susceptible de entrar en un subprograma de mantenimiento con sustitutivos o disminución gradual de la sustancia consumida o de su patrón de consumo que conlleve riesgos para su salud física, mental o sociocultural.

El usuario debe someterse a las actividades específicas diseñadas con el fin de disminuir el riesgo del consumo y mejorar su funcionalidad social, dentro de la política de prevención integral.

**Artículo 11. Fases y servicios del programa de tratamiento.** El Programa de Tratamiento consta de las siguientes fases y servicios:

*Fase de Desintoxicación.* Busca mediante intervención del personal médico y de apoyo, eliminar del organismo del usuario las sustancias psicoactivas, evitar la aparición del síndrome de abstinencia ó tratarlo sí éste aparece, restituir las

condiciones físicas que ponen en riesgo su vida, así como las condiciones psíquicas que ponen en peligro su integridad, la de su familia y la de la comunidad. No es necesaria en todos los casos, pero es de primordial importancia en los casos de abuso y dependencia de depresores del sistema nervioso central.

*Fase de Deshabitación.* Busca fortalecer y mantener la voluntad de abstinencia de tal forma que el usuario pueda recuperar su autoestima, fortalecer su personalidad, restablecer o mejorar sus condiciones de salud física y psíquica, mejorar sus relaciones familiares y sociales, disfrutar satisfactoriamente de su tiempo libre, de tal forma que mejore su calidad de vida, adoptando estilos de vida saludables.

*Fase de Rehabilitación y Reinserción Social.* Busca que la mejoría obtenida en la salud psíquica, física y sociocultural del usuario, permanezca y se incremente, que pueda desarrollar una actividad productiva, que asuma el rol familiar correspondiente y que abandone, si hubiere tenido, toda actividad delictiva relacionada con las conductas adictivas o problemas asociados al consumo, logrando en definitiva obtener y mantenerse en el llamado estado de abstinencia.

*Servicio de desintoxicación.* Este servicio estará ubicado en Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de mediano y alto nivel de complejidad y contará con:

Unidad de atención para el manejo de las urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas o con la suspensión del consumo de las mismas, y/o problemas asociados. Facilita la desintoxicación inmediata o el manejo de los síndromes de abstinencia agudos o severos y las psicosis exotóxicas.

Area de hospitalización específica para desarrollar el proceso de tratamiento de los cuadros de abstinencia y de recaídas agudas de los usuarios.

Cuarto de aislamiento para el manejo de los usuarios con psicosis exotóxica, con monitoreo permanente y las medidas de seguridad necesarias para garantizar su integridad.

Servicios de ayuda diagnóstica prestados de manera directa o contratados.

*Servicio de Deshabitación.* Este servicio estará en los Centros de Atención Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, de baja, media y alta complejidad, y podrá llevarse a cabo mediante Internamiento

total, parcial (Hospital Día, Hospital Noche, Hospital Fin de Semana) o terapia ambulatoria.

*Servicio de Internamiento Total.* Es el programa de atención al usuario en internamiento total, 24 horas al día, 7 días a la semana, por el tiempo que dure el tratamiento, en el que se ofrece al usuario todo lo concerniente al servicio de hotelería, confort y amenidades, adicionales a la modalidad terapéutica que desarrolla el equipo interdisciplinario.

*Servicio de Internamiento Parcial.* Es el programa de atención en los que el usuario asiste al Centro de Atención Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, por períodos de tiempo determinados por la modalidad terapéutica, y recibe los servicios de hotelería proporcional al tiempo de su permanencia diaria en la institución. Podrá ser Hospital Día, Hospital Noche, Hospital Fin de Semana.

*Servicio de Terapia Ambulatoria.* Es el programa de atención en el que el usuario asiste al Centro de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, a sesiones de terapia individual o grupal, previamente establecidas en la modalidad terapéutica que se le ofrece. El servicio de hotelería puede o no estar disponible.

**Artículo 12. Composición de los equipos terapéuticos básicos.** Los equipos terapéuticos estarán integrados por personas con formación y experiencia en lo referente a la comprensión e intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con el nivel de complejidad de los servicios que brinda el respectivo Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas. Su número y dedicación dependerá del tamaño de la institución:

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de complejidad baja contarán con un equipo básico así:

Médico General de tiempo completo.

Psicólogo de tiempo completo.

Pedagogo Reeducador de tiempo completo.

Profesional del área social o de familia de tiempo completo.

Auxiliares de enfermería de tiempo completo.

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de complejidad mediana tendrán un equipo básico, así:

Médico Especialista en Psiquiatría o en temas relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas de tiempo completo.

Médico General de tiempo completo.

Enfermero Profesional de tiempo completo.

Psicólogo de tiempo completo.

Terapeuta Ocupacional de tiempo completo.

Profesional del Area Social o de Familia de tiempo completo.

Pedagogo Reeducador de tiempo completo.

Profesional en laboratorio clínico de tiempo completo, si cuenta con laboratorio.

Químico Farmaceuta de tiempo completo.

Auxiliares de enfermería de tiempo completo.

Auxiliares de trabajo social de tiempo completo.

Auxiliares de terapia ocupacional de tiempo completo.

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de complejidad alta contarán con un equipo básico así:

Médico Especialista en Psiquiatría o en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas de tiempo completo.

Médico Especialista en Neurología de tiempo completo.

Médico General de tiempo completo.

Enfermero Profesional de tiempo completo.

Psicólogo de tiempo completo.

Químico Farmacéutico de tiempo completo.

Profesional en Laboratorio Clínico de tiempo completo.

Terapeuta Ocupacional de tiempo completo.

Profesional del Área Social o de Familia de tiempo completo.

Pedagogo Reeducador de tiempo completo.

Tecnólogo en Recreación o Licenciado en Educación Física de tiempo completo.

Auxiliares de Enfermería de tiempo completo.

Auxiliares de trabajo social de tiempo completo.

Auxiliares de terapia ocupacional de tiempo completo.

**Parágrafo 1º.** Los servicios de laboratorio clínico y servicios de apoyo a las actividades de diagnóstico y tratamiento, podrán ser prestados directamente o a través de terceros que cumplan con las exigencias legales para la prestación de estos servicios.

**Parágrafo 2º.** Las funciones del personal que conforma el equipo básico serán las propias de su disciplina y las que se les asignen administrativamente a través del respectivo reglamento interno.

**Artículo 13. Definición de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral.** Son las condiciones mínimas establecidas por las normas vigentes y por la presente Resolución en relación con personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico y administrativos, sistemas de información, transporte, comunicaciones y auditoría de servicios que deben cumplir todos los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas para garantizar la adecuada atención a los usuarios y que sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

**Artículo 14. Declaración de requisitos esenciales.** Es la manifestación mediante la cual los responsables legales de los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas afirman ante la

autoridad competente que los servicios que ofrecen cumplen con los requisitos mínimos esenciales establecidos por la presente resolución.

**Artículo 15. Vigencia de la declaración de requisitos.** La Declaración de Requisitos Esenciales tiene una vigencia de dos (2) años, debiendo renovarse un (1) mes antes de cumplirse este plazo.

Cuando se presenten modificaciones en la prestación de servicios que impliquen cambios en lo declarado, los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas están obligados a declararlo para lo cual debe remitir la información a la respectiva dirección de salud dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes.

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, para iniciar o ampliar la prestación de servicios de salud, tienen que presentar la Declaración de Requisitos Esenciales contemplados en la presente Resolución, debidamente diligenciada para acreditarse ante la autoridad competente, sin perjuicio de los demás requisitos exigidos por la Ley. El procedimiento de registro sólo tiene efecto sobre aquellos servicios expresamente incluidos en dicha declaración.

**Artículo 16. Requisitos mínimos esenciales de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas están obligados a cumplir con los siguientes requisitos mínimos esenciales:

#### 1. Infraestructura física

Deben contar con un área física definida para la prestación de los servicios que ofrezcan, que posea espacios suficientes y cómodos para la prestación de los servicios, y se adapte a los requisitos mínimos esenciales contemplados en la presente Resolución.

En caso de prestar servicios extramurales o tener unidades descentralizadas, deberá contar con un domicilio y la programación preestablecida de los servicios, que permita la ubicación por parte de los usuarios, las entidades de vigilancia y las demás personas naturales o jurídicas con las que se relacionen.

## 2. Equipo humano

El equipo humano que labore en los Centros de qué trata la presente Resolución, deberá cumplir como a continuación se determina, como mínimo con los siguientes requisitos:

Los auxiliares, técnicos y tecnólogos deben presentar certificación que pruebe su idoneidad y experiencia laboral mínimo de un (1) año.

El personal profesional universitario no especializado, debe vincularse previa verificación de los requisitos de título de formación universitaria expedido por una universidad reconocida por el Estado, el número de registro profesional y experiencia de dos (2) años.

El personal especializado, además del requisito anterior, debe presentar el título de postgrado o de especialista otorgado por una institución de educación superior reconocida por el Estado y experiencia de un (1) año. En caso de estudios realizados en el exterior debe contarse con la homologación del título expedida por la autoridad competente.

Contar con las hojas de vida de todo el personal que preste sus servicios bajo cualquier modalidad en las que se identifique: nombre, título de formación universitaria, título de postgrado o especialización, tipo y fecha de vinculación y tiempo de dedicación.

Disponer de un documento que relacione todo el personal que preste servicios en la entidad, independiente de la modalidad de vinculación, identificando si se trata de personal asistencial o administrativo.

La dirección técnica de cada establecimiento estará a cargo de un profesional del área de la salud u otra afín, o de un técnico en rehabilitación de personas con dependencia a las drogas, todos ellos con un mínimo de cuatro años de experiencia en el área de la rehabilitación psicosocial de personas con dependencia a las drogas, a quien se le asignará esta función de modo permanente y que deberá ser reemplazado de inmediato por otro profesional, técnico o experto de similar experiencia en caso de ausencia o impedimento del titular.

### **3. Dotación**

Deben contar con equipos que cumplan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico y científico que garanticen las condiciones mínimas, de acuerdo con la reglamentación vigente.

Disponer de un inventario en el que se incluyan todos los elementos con que cuente el servicio.

### **4. Procedimientos técnico y administrativos**

Deben cumplir con los siguientes procedimientos:

Presentar la Declaración de Requisitos Esenciales contemplados en la presente Resolución.

Contar con autonomía administrativa. En caso de ser una institución independiente, presentar la certificación de las facultades administrativas otorgadas o asignadas al responsable de la dirección del respectivo Centro.

Tener Estatutos o normas equivalentes que establezcan el tipo de organización, sus diferentes niveles, funciones, responsabilidades y organigrama.

Contar con procedimientos de coordinación y articulación entre las diferentes áreas y unidades funcionales del Centro.

Disponer del Manual de Procesos, Procedimientos y Funciones.

Disponer del reglamento interno de trabajo o su equivalente manual de convivencia.

Organizar procesos administrativos que garanticen la disponibilidad, calidad y suficiencia de los insumos necesarios para la prestación de los servicios.

Llevar los registros contables y presupuestales, en concordancia con los principios generales aceptados en los procesos financieros de las empresas.

Contar con un sistema de facturación.

Contar con un programa de salud ocupacional.

Disponer de un plan de urgencias, emergencias y desastres.

## **5. Requisitos técnico-científicos**

Deben cumplir con los siguientes requisitos técnico-científicos:

Hacer un manejo sistemático de historias clínicas individualizadas.

Establecer procedimientos de custodia y conservación integral de las historias clínicas.

Definir de manera clara y específica los planes de tratamiento y su justificación y sustento técnico y científico.

Definir las estrategias de evaluación y seguimiento de los procesos terapéuticos y llevar registros sistemáticos sobre los resultados de estos procedimientos.

Utilizar procedimientos que garanticen la información a los usuarios sobre los procedimientos, diagnósticos, tratamientos, reeducación, como los beneficios y riesgos, la orientación sobre la ubicación de los servicios que presta y la recepción de los reclamos o quejas de la atención prestada.

Diseñar un sistema de garantía de calidad que incluya una estrategia de evaluación integral del Centro y un Plan de Mejoramiento de la Calidad.

## **6. Registros para el Sistema de Información**

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, no podrán, a través de medios publicitarios, ofrecer servicios que no cumplan con los Requisitos Esenciales establecidos en la presente resolución y adicionalmente, en cuanto al sistema de información deben:

Llevar registros veraces, confiables, oportunos, ordenados, legibles y actualizados de todas las actividades que se realicen para la atención del usuario.

Contar con el Registro Individual de Atención de cada servicio que presten

Realizar los reportes estadísticos con las copias necesarias de los mismos, para todos aquellos requerimientos de información del sistema general de seguridad social en salud y en especial de las enfermedades de notificación obligatoria.

Llevar un registro actualizado y ordenado de los procedimientos realizados a los usuarios, consolidados mensualmente.

Disponer de un sistema de información financiera que incluya presupuesto y contabilidad.

**Artículo 17. Efectos de la declaración de requisitos esenciales.** De conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 2174 de 1996, las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Administradoras de Riesgos Profesionales, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las entidades que se asimilen, sólo pueden contratar los servicios de atención integral en conductas adictivas con aquellos Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas que cumplan con los requisitos mínimos esenciales contemplados en la presente Resolución.

**Artículo 18. Manuales de técnicas y procedimientos.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, deberán elaborar dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de esta resolución, el manual de técnicas y procedimientos en la atención del farmacodependiente. Este manual deberá ser refrendado por las direcciones de salud del área de la jurisdicción en donde se encuentre funcionando la respectiva institución.

**Artículo 19. Comité interinstitucional de asistencia técnica.** Créase el Comité Interinstitucional de Asistencia Técnica como cuerpo consultivo y asesor adscrito al Ministerio de Salud, destinado a la formulación de orientaciones y propuestas encaminadas al desarrollo de las políticas de tratamiento de consumidores de sustancias psicoactivas y a la implementación de estrategias de evaluación y seguimiento de los centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas que estará integrado así:

El Viceministro de Salud, que lo presidirá, o su delegado.

El Director de Salud Pública, o su delegado.

El Director del Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud o su delegado.

El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o su delegado.

**Parágrafo.** Como invitados especiales podrán asistir el Director del Programa Presidencial responsable de la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, un representante de los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, públicos y privados

reconocidos en el manejo de la farmacodependencia y/o los representantes de las organizaciones o entidades que este Comité Interinstitucional estime conveniente.

**Artículo 20. Funciones del comité.** El Comité Interinstitucional de Asistencia Técnica tendrá las siguientes funciones:

1. Analizar, evaluar y recomendar las estrategias para el desarrollo de los niveles de atención de los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.
2. Definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para el mejoramiento de los servicios ofrecidos por los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.
3. Diseñar los indicadores de los planes, programas y estrategias para la prestación de los servicios a farmacodependientes.
4. Establecer los criterios para los procedimientos de acreditación de los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas.
5. Proponer un currículum de formación y capacitación para quienes vayan a trabajar en los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas y en las Unidades de Atención Integral a Conductas Adictivas - UAICAS.

Parágrafo. La Secretaría Técnica del Comité Interinstitucional será ejercida por un funcionario del Fondo Nacional de Estupefacientes.

**Artículo 21. Transitorio.** Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas que actualmente funcionan en el país, tendrán para adoptar los requisitos esenciales establecidos en la presente resolución dos (2) años de plazo, contados a partir de la expedición de la presente resolución.

**Artículo 22. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**Publíquese y cúmplase.**  
**Dado en Bogotá, D. C., a 26 de febrero de 2002.**  
**El Ministro de Salud,**  
**Gabriel Ernesto Riveros Dueñas.**