



TITULO DE INVESTIGACION

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA DE EL SALVADOR SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA A LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE ABUSAN DE DROGAS ¹

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, ENERO 2011

¹ PROYECTO DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS DE LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (CICAD-OEA) Y LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR (UEES) 2010-2011

Investigadores

Investigadores	Grado Académico
Cristina Gloribel Juárez de Amaya	MD, M.Ed
Ana Milena Marquina de Reyes	MD, M.Ed
Mirna Maribel García de González	MD, M.Ed

Co-investigadores	Grado Académico
Abelardo de Jesús Ortiz	MD, M.Ed
Estela Reyes	B.Sc

Asesores

Asesores	Nombre	Grado académico
Asesor Metodológico	Juan Daniel Gómez Rojas	Dr. Phil
Asesor Estadístico	Francisco Leopoldo Merino	M. Sc.
Asesor de Contenido	Rafael Cornejo Guardado	MD, Esp. Psiquiatría

Asistente de Investigación

Colaborador	Nombre	Grado académico
Encuestador	Luís Hernández	MD

TABLA DE CONTENIDOS

Página (s)

Resumen.....	4
Introducción	5
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	7
Capítulo II: Justificación y Objetivos.....	14
Capítulo III: Fundamentación teórica.....	17
Capítulo IV: Clarificación de los términos	20
Capítulo V: Método.....	26
A- Ubicación	
B- Tipo de estudio	
C- Unidades de análisis	
D- Variables y medición	
E- Tabla de Congruencia	
F- Muestra	
G- Criterios de inclusión	
H- Criterios de exclusión	
I- Instrumento de medición	
J- Técnicas y procedimiento de recolección de datos	
K- Procesamiento de los dato	
L- Consideraciones éticas	
Capítulo VI: Análisis y Discusión de los resultados.....	32
Capítulo VII. Conclusiones.....	45
Capítulo VII: Limitaciones.....	46
Capitulo IX: Recomendaciones.....	46
Agradecimientos.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	54
1. Instrumento	
2. Glosario	

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud considera el consumo de sustancias psicoactivas un problema de salud pública.

En El Salvador, los y las adolescentes constituyen la población que más consume drogas (Rivas, 2006). Esto representa un gran desafío para el sistema nacional de salud, pues es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS la entidad responsable de formular políticas de prevención del consumo de drogas y de brindar y asegurar una atención inmediata, eficaz, eficiente y de calidad (MSPAS, 2004).

De acuerdo a la experiencia de algunos países de América Latina como en el caso de México, se ha visto la necesidad de estructurar programas integrales donde se trabaje de manera multidisciplinaria, con atención individual, grupal y ambiental, y se enfatice en la evaluación periódica de dichos procesos de atención (Kort, 2010).

Respecto a la evaluación de la calidad de la atención para este tipo de pacientes, El Salvador no cuenta con un mecanismo para verificar el cumplimiento de protocolos y normas de atención en el tratamiento de estos pacientes o para evaluar la calidad de los servicios brindados (CICAD-OEA-MEM 2005-2006).

El objetivo del estudio fue conocer la percepción del personal que atiende a los y las adolescentes que abusan de drogas, respecto a la calidad de la atención que se brinda en las diferentes unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador.

Para este estudio, la calidad de la atención se valoró bajo tres parámetros: calidad de la estructura: recurso humano; calidad del proceso: servicio brindado y aplicación del protocolo oficial de atención y calidad de los resultados.

Esta investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva, y de corte transversal.

De acuerdo al análisis y discusión de los resultados, en general, la calidad de la atención que se brinda en las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador a los y las adolescentes que abusan de drogas, no es adecuada y se hace necesario tomar medidas correctivas para mejorar la calidad de la atención; para lo cual a partir de los resultados se hacen recomendaciones a las instancias pertinentes.

Palabras clave: ABUSO DE DROGAS – ADOLESCENCIA -- ESTUDIO DE PERCEPCIÓN -- CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

INTRODUCCION

Las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, sin embargo, hoy son más los adolescentes que usan y abusan de ellas, las actitudes de la comunidad en general frente al consumo son más permisivas, hay más cantidad y variedad de drogas y facilidades para conseguirlas.

En El Salvador de acuerdo con los datos obtenidos por medio de la Encuesta sobre edad de inicio del Consumo (CICAD-OEA, 2005-2006), el promedio de edad de consumo de drogas lícitas e ilícitas oscila entre los 15 y los 20 años en ambos géneros, por lo que los y las adolescentes constituyen la población con mayor riesgo a nivel nacional.

Según La Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA, 2005), en nuestro país 4 de cada 10 jóvenes consumen drogas ilegales y los grupos más expuestos (12 a 24 años) representan un 43% de los consumidores actuales. A la edad de 13 años un 7% ha consumido alguna droga ilegal (particularmente marihuana).

Reconocidos organismos mundiales coinciden que de acuerdo con la variación en las características sociodemográficas, en los patrones de consumo de la población de usuarios de los programas de tratamiento de Latinoamérica, y con la necesidad de obtener respuestas satisfactorias en la rehabilitación, se hace necesario hacer cambios significativos en la oferta de atención primaria para los pacientes que abusan de sustancias psicoactivas. (CICAD-OEA-OPS-OMS 1999)

El Salvador ha establecido guías y reglamentaciones de atención para el tratamiento por abuso de drogas, las cuáles son de carácter obligatorio. (MSPAS-El Salvador 2003, 2004, 2006). Sin embargo de acuerdo con la Evaluación del Progreso de Control de Drogas realizado por la CICAD, El Salvador no mantiene un registro nacional de los servicios, centros ni programas de tratamiento. El país tampoco cuenta con un mecanismo nacional para verificar el cumplimiento de las normas de atención en el tratamiento por consumo de drogas, o para evaluar la calidad de los servicios brindados. (CICAD-OEA-MEM-2005-2006)

Basados en dicha necesidad, éste estudio tiene como objeto evaluar la percepción del personal de salud acerca de la calidad de la atención que se brindan en las diferentes unidades de salud de la zona metropolitana de El Salvador a los y las adolescentes que usan y abusan de drogas. Dicha calidad será medida desde la perspectiva del personal de salud y no del usuario o beneficiario del mismo servicio, lo cual se debe a la conveniencia en la accesibilidad a la información y el costo. Además que el instrumento de medición evita posibles sesgos a favor de la calidad del servicio brindado mediante anonimidad e instrucciones claras acerca de la utilidad de la evaluación para implementar medidas que favorezcan a quienes brindan la atención y a los usuarios de la misma.

Las personas que abusan de sustancias psicoactivas ilegales todavía son objeto de estigma y discriminación en El Salvador. Siendo el abuso una enfermedad y no lo que popularmente se define como un mal hábito, un vicio, una conducta perniciosa o “falta de fuerza de voluntad”, la adicción a las sustancias psicoactivas demanda un tratamiento pertinente, es decir adecuado al tipo de dependencia y a las características del individuo; y de alta calidad, que se brinde en forma oportuna, con respeto, comprensión, confidencialidad, garantizando la igualdad de oportunidades para recibir la atención y asegurando la disponibilidad de planes de tratamientos efectivos y accesibles que conlleven al paciente a la rehabilitación, y reinserción social.

Con esta investigación se persigue sensibilizar a las autoridades de salud del país, respecto a la importancia de brindar una atención pertinente y de alta calidad para este tipo de pacientes; a reconocer la necesidad de contar con mecanismos para verificar la aplicación, control, vigilancia y cumplimiento de las normativas establecidas, con el fin de brindar servicios de salud pertinentes y de alta calidad para este tipo de pacientes, y de garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados para las estrategias de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según la Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador (DIGESTYC, 2000), el número de habitantes de nuestro país para el año 2000 era de 6,276 millones de habitantes. De esta cifra, el porcentaje de población adolescente y joven en El Salvador es uno de los más elevados de Latinoamérica: una de cada cinco personas es un o una adolescente entre 10 y 19 años de edad y una de cada tres personas es un o una joven entre 20 y 24 años de edad. Esto permite afirmar que El Salvador, “es un país con población joven”. De acuerdo a la DYGESTIC en el año 2007, el total de la población estimada fue de 5, 744,113, de los cuáles el 33.9% tenía menos de 5 años de edad, el 59.3% tenía entre 5 y 64 años y el 6.8% más de 65 años de edad. Más del 20% de la población salvadoreña tiene entre 15 y 24 años de edad.

Según el estudio realizado por La Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA), “conocimientos, actitudes y prácticas sobre drogas y drogadicción en población general entre 15 y 54 años de edad en el área metropolitana de El Salvador 1992”, el 55.7% de la población consume tabaco; un 78.9% de ellos son hombres. Según el primer estudio sobre la población general, realizado por la Comisión Nacional Antidrogas (CNA, 2006), un 4% de la población en general ha consumido marihuana alguna vez en su vida y entre ellos al menos 8 de cada 100 personas perciben ese consumo como nada o poco grave. Otro estudio realizado en instituciones de rehabilitación de El Salvador por FUNDASALVA y HOGARES CREA (2005), muestra la existencia de prevalencias de consumo de droga hasta del 86.1% para hombres y 13.9% para mujeres.

La Encuesta Nacional de Opinión de Niños, Niñas y Adolescentes salvadoreños realizada en Julio 2003, por Olof Palme (ámbito nacional, muestra aleatoria representativa de la población salvadoreña entre 10 y 18 años), determinó que los niños y adolescentes del género masculino consumen más drogas que los pertenecientes al género femenino. La edad de 18 años es la edad de mayor consumo. Dicha encuesta también encontró que los niños,

niñas y adolescentes que pertenecen a la categoría de bajos ingresos, consumen más drogas que los niños, niñas y adolescentes de ingresos medios o altos.

Según (Bautista, 2010) La edad en que los estudiantes universitarios salvadoreños manifestaron haber iniciado el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea sola o en forma combinada, fue de 14 a 19 años, también refirieron haberse iniciado en el consumo por medio de un amigo (7.2%) y por si mismos (4.2%). Según el estudio en mención, los lugares donde normalmente se consume drogas son: fuera de la universidad (6.4%), fiestas / clubes nocturnos (6.1%); el consumo en la universidad, en fiestas de la universidad, así como en otros sitios presento porcentajes similares, no mayores al 2.9%. El lugar donde generalmente consiguen las sustancias psicoactivas los estudiantes es fuera de la universidad (12%), no obstante, algunos de ellos informaron que la consiguen dentro de la universidad (0.8%).

De acuerdo con perfil de los pacientes que demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas reportados por FUNDASALVA, la mayoría de quienes fueron atendidos eran hombres, menores de 25 años, prevaleciendo estudiantes de bachillerato de la clase media baja. Según éste estudio, el alcohol, el tabaco, la marihuana y la cocaína, son las drogas preferidas por los adolescentes; también se incluye el consumo de crack, el cual rápidamente está alcanzando una prevalencia relativamente alta. En El Salvador el alcohol es la drogas más consumida, de la que más se abusa, y la que más problemas sociales y sanitarios causa (accidentes de tránsito, problemas laborales, malos tratos, problemas de salud, alcoholismo, etc.) seguido del tabaco, la marihuana y la cocaína.

Según el Estudio de Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños (Rivera, 2007), se advierte que alrededor de una tercera parte de la población se encuentra en inminente riesgo a causa de la inseguridad individual, familiar y socioeconómica, entre otras. Concluye además que la publicidad induce a la adopción de conductas desadaptativas y al consumo de drogas licitas e ilícitas a esto se le suma que las universidades del país priorizan la instrucción profesional y muy poco la educación integral. En El Salvador el consumo de drogas ha sido y continúa siendo un fenómeno cada vez más fuerte. En la última década ha afectado cada vez más a los niños,

niñas y adolescentes. Según el estudio de prevalencia realizado por La Comisión Nacional Antidrogas (CNA, 2004) la edad de inicio del consumo esta entre los 11 y 12 años de edad.

A mediados del año 2000, con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA de los Estados Unidos de América, se llevó a cabo una investigación sobre el abuso de drogas en población escolar entre 13 y 17 años de edad. Dicho estudio se llevó a cabo en Centroamérica y en República Dominicana. El estudio en El Salvador seleccionó una muestra de 1,615 escolares, de colegios públicos y privados. Según los resultados de dicha investigación el alcohol fue la droga de mayor consumo por parte de los escolares. Más de una tercera parte de ellos, un 42.8%, reportó consumo de alcohol, seguido por consumo de tabaco, con una prevalencia del 30%, y consumo de marihuana con un 7 a 8%. Según Rivas I. (2006), en El Salvador, la población que más consume drogas sigue siendo la población adolescente y de género masculino. Algunos estudios han demostrado que el patrón de consumo de drogas en adolescentes actualmente es el “policonsumo” (Muñoz, M 2001, Bautista Pérez 2010)

De acuerdo con estudio realizado en Hogares CREA, Fundación Desafío Juvenil, FUNDASALVA y Fundación Alma, durante el año 2006, en El Salvador, (Investigación realizada en adultos jóvenes en proceso de rehabilitación) entre los factores familiares que más inciden en el consumo de drogas licitas e ilícitas están: la falta de comunicación entre los padres y los hijos, seguida del deficiente control que tienen los padres para supervisar las actividades que realizan sus hijos, y la falta de compromiso de los padres en educación de los hijos, a lo cual contribuye, la inestabilidad familiar, el rechazo de los padres, las separaciones o el divorcio, y los conflictos derivados del exceso o falta de disciplina.

FUNDASALVA (2009) reportó que el 65% de los pacientes que fueron atendidos por abuso o dependencia de drogas han incurrido en violencia intrafamiliar, que el 52% ha tenido por lo menos un arresto y que el 40% ha sufrido accidentes de tránsito relacionados con el consumo.

De acuerdo con el Informe Hemisférico, “Evaluación del Progreso de Control de Drogas” efectuado por la CICAD/OEA (2005-2006), de los 34 países de América Latina y del Caribe, sólo la mitad cuenta con los requisitos mínimos para desarrollar programas de tratamiento con los estándares necesarios; además se observa que sólo 17 países poseen instrumentos para acreditar servicios y programas de tratamiento y un mecanismo para evaluar la calidad de los servicios brindados. La Ley Reguladora de las actividades relativas a las drogas en El Salvador, establece que el MSPAS es la Institución directamente responsable de elaborar y hacer cumplir los programas de tratamiento y rehabilitación, y de contar con mecanismos de evaluación de los servicios.

Respecto al número total de pacientes que recibieron tratamiento por el abuso o dependencia de drogas y al número total de admisiones o tratamientos, la Unidad de Monitoreo e Información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, informa que, en 2004, tuvieron 7,185 admisiones y 6,921 pacientes; en 2005 tuvieron 12,500 admisiones y 9,790 pacientes; y en el 2006 tuvieron 16,026 admisiones (incluye tratamiento, morbilidad física y psiquiátrica e intervenciones tempranas) y 19,030 pacientes entre nuevos y subsecuentes.

Rodríguez (2007), afirma que El Salvador tiene serias limitaciones en su Sistema Nacional de Salud Mental, en especial en la atención primaria, así como déficit de recursos humanos capacitados en el tema. El presupuesto dedicado a la salud mental apenas representa 1% del presupuesto general de salud, y el hospital psiquiátrico, situado en la capital del país, consume más de 90% de los fondos que se destinan a la salud mental.

Según (Pérez, 2004), durante el período 2001 – 2004, los costos totales de las drogas en El Salvador se aumentaron en más del doble, una parte muy importante de ese aumento es atribuible a los costos de tratamientos. Estos costos se traducen en una evolución del impacto *per cápita* de US\$ 2,93 en el año 2001 a US\$ 6,37 en el año 2004.

Los costos directos gubernamentales se agrupan en dos grandes categorías; reducción de la oferta (ROF) y reducción de la demanda (Rdem); este último rubro se divide en tres categorías: tratamiento, prevención y castigo (cárcel para consumidores de drogas, medida existente en pocos países del hemisferio). Cerca del 30% de los recursos asignados a reducción de la demanda se invierten en cárcel para consumidores. (Pérez Gómez 2004)

El Salvador no mantiene un registro nacional de los servicios, centros ni programas de tratamiento. Tampoco cuenta con los instrumentos necesarios para la acreditación de los mismos. El país no cuenta con un mecanismo nacional para verificar el cumplimiento de las normas de atención en el tratamiento por consumo de drogas, o para evaluar la calidad de los servicios brindados. Las modalidades de tratamiento por consumo de drogas se encuentran en la órbita del sistema público de salud (CICAD-OEA MEM 2005-2006).

Un pilar importante para garantizar la calidad de la atención en los servicios de salud que se brindan a las personas que abusan o dependen de drogas, es asegurar la capacitación del recurso humano encargado de la atención. Con ese fin en el año 2000, se crea el Observatorio Interamericano Sobre Drogas (OEA, 2000), para promover la investigación, el intercambio de información, capacitación especializada y asistencia técnica.

Estructura del Sistema de Salud de El Salvador

La provisión de los servicios de salud en El Salvador está organizada en redes, distribuidos por regiones sanitarias, estructurada en tres niveles y vinculados entre sí por medio del sistema de referencia y retorno (MSPAS, 2010).

La Atención en salud en el país se divide en 5 regiones:

- Región de salud zona occidental
- Región de salud zona central
- Región de salud zona metropolitana
- Región de salud zona paracentral
- Región de salud zona oriental

Al 2008, el MSPAS reportaba el siguiente número de establecimientos de salud en el país:

Tabla 1. Establecimientos de salud de El Salvador

Total de Establecimientos: 619	
30	Hospitales
377	Unidades de Salud
3	Centro de Atención de Emergencias
160	Casas de Salud
46	Centros Rurales de Nutrición (C.R.N.)
2	Clínicas
1	CIAMIN

Fuente: MSPAS, 2010.

<http://www.salud.gob.sv/index.php/temas/servicios-de-salud/sibasi/establecimientos/68>

Ésta investigación fue realizada en las 35 unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador. La región metropolitana de salud incluye solamente el departamento de San Salvador (capital del país), y comprende los siguientes establecimientos de salud:

Tabla 2. Establecimientos de Salud de la Región Metropolitana de El Salvador

• 7 Hospitales
• 35 Unidades de salud
• 22 Casas de salud
• 3 Centros rurales de nutrición
• 1 Centro de atención de emergencia
• 1 Clínica

Fuente: Sistema Básico de Salud Integral SIBASI. Marzo 2010. Recuperado de http://www.salud.gob.sv/archivos/deptos_2008/depto_san_salvador2008.pdf

De acuerdo con las metas establecidas por organismos internacionales como la OEA, el tratamiento de dependencia de drogas debe regirse por protocolos específicos basados en la evidencia científica disponible (CICAD, 2009 Principios básicos del tratamiento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio).

El Salvador ha establecido reglamentaciones, normas, protocolos y guías de atención para el tratamiento por abuso de drogas, las cuales son de carácter obligatorio:

- Normas de Atención a personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas. Acuerdo Ministerial No. 301 del 22 de octubre de 2004;
- Reglamento de Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que Brindan Atención a Personas Afectadas a Drogas, aprobado por Decreto Ejecutivo No. 5 el 31 de enero de 2006;
- Guía para el Trámite de la Autorización, Apertura y Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que Brindan Atención a Personas Afectadas a Drogas, aprobada por los miembros de CNA, según punto II.3 del acta No. 03-06 de la sesión ordinaria del 28 de septiembre de 2006;
- Guías Clínicas para la Atención de Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas, aprobadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en abril de 2005;
- Perfil de Programa de Atención Integral a Personas Afectadas a Drogas. Aprobada por medio de resolución del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Resolución No. 2219 del 27 de septiembre de 2006.

A pesar que en el país se cuenta con normativas específicas para brindar una atención de calidad a las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, no se conoce el nivel del cumplimiento de las mismas o si existen planes de monitoreo y evaluaciones periódicas.

Este estudio persigue investigar cuál es la percepción del personal de salud que labora en establecimientos del primer nivel de atención, respecto a la calidad de la atención que se les brinda a los y los adolescentes que consultan por uso y abuso de drogas.

El problema en estudio es el siguiente:

Enunciado del problema

En la actualidad no se dispone de información acerca de la calidad de la atención primaria en salud que se brinda a los y las adolescentes que consultan por problemas de abuso o dependencia de drogas en los centros del primer nivel de atención de la zona metropolitana de El Salvador.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción del personal de las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador, acerca de la calidad de la atención primaria en salud que se brinda a los y las adolescentes con problemas de abuso o dependencia de drogas lícitas e ilícitas?

CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A pesar que en El Salvador se provee de capacitación anual permanente al personal de los establecimientos de salud pública, involucrados en la atención a personas consumidoras de drogas (Observatorio de la CICAD-OEA 2010), El Salvador no cuenta con un registro nacional de los servicios que se prestan a pacientes con problemas de abuso o dependencia de drogas; tampoco hay registros sobre centros o programas de tratamiento, ni se cuenta en el país con los instrumentos necesarios para su acreditación. El Salvador no posee un mecanismo para verificar el cumplimiento de protocolos y normas de atención en el tratamiento o para evaluar la calidad de los servicios brindados (CICAD-OEA 2005, 2006). Además, es necesario considerar que a estas dificultades se suma el hecho de que el presupuesto dedicado a salud mental representa el 1% del presupuesto general de salud, y que el hospital psiquiátrico, situado en la capital del país, consume más del 90% de todos los fondos destinados a la salud mental (Rodríguez, 2007).

El presente estudio pretende suplir de alguna manera algunas de las falencias referidas, procurando conocer las percepciones del personal que está al frente en el día a día con la atención a los pacientes y que se encarga de la atención primaria, respecto a la calidad de atención que, en general, se brinda a los y las adolescentes que abusan de drogas y que consultan en los establecimientos del primer nivel de atención pública, en este caso Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador. Las mencionadas percepciones son de importancia para el estudio, debido a que es éste personal que enfrenta y procura superar las limitaciones humanas, técnicas y presupuestarias de los servicios que se prestan a pacientes con problemas de drogas.

Este estudio permite conocer las fortalezas y debilidades del sistema de atención primaria a nivel de Unidades de Salud, respecto a la calidad de la atención que se brinda a las personas que a ellas consultan por abuso o dependencia de drogas; ayudando de esta manera, a que las autoridades competentes puedan tomar las decisiones oportunas y pertinentes para mejorar las condiciones y competencias de las Unidades de Salud que brindan el servicio.

Objetivos

Objetivo General:

Conocer la percepción del personal de salud de los centros del primer nivel de atención de la región metropolitana de El Salvador respecto a la calidad del servicio de salud que se brinda a los y las adolescentes que consultan por problemas de abuso o dependencia de drogas tanto lícitas como ilícitas.

Objetivos específicos:

1. Determinar la calidad de la formación del recurso humano para brindar atención primaria en salud a los y las adolescentes que consultan por abuso de drogas, en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador.

2. Determinar la calidad de los recursos técnicos y materiales (infraestructura y dotación necesaria) necesarios para brindar atención primaria en salud a los y las adolescentes que consultan en los centros de primer nivel de atención de la región metropolitana de El Salvador.
3. Hacer una estimación cualitativa sobre la percepción del personal de las Unidades de Salud acerca de la calidad del servicio que le brindan a los y las adolescentes que usan y abusan de drogas, en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador.
4. Verificar la adecuada aplicación de los protocolos y el cumplimiento estricto de las normas de atención establecidas por el MSPAS, por parte del personal que brinda la atención a los y las adolescentes que abusan de drogas, en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador.
5. Verificar la calidad de los resultados de la atención primaria en salud que se brinda en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador, a los y las adolescentes que abusan de drogas.

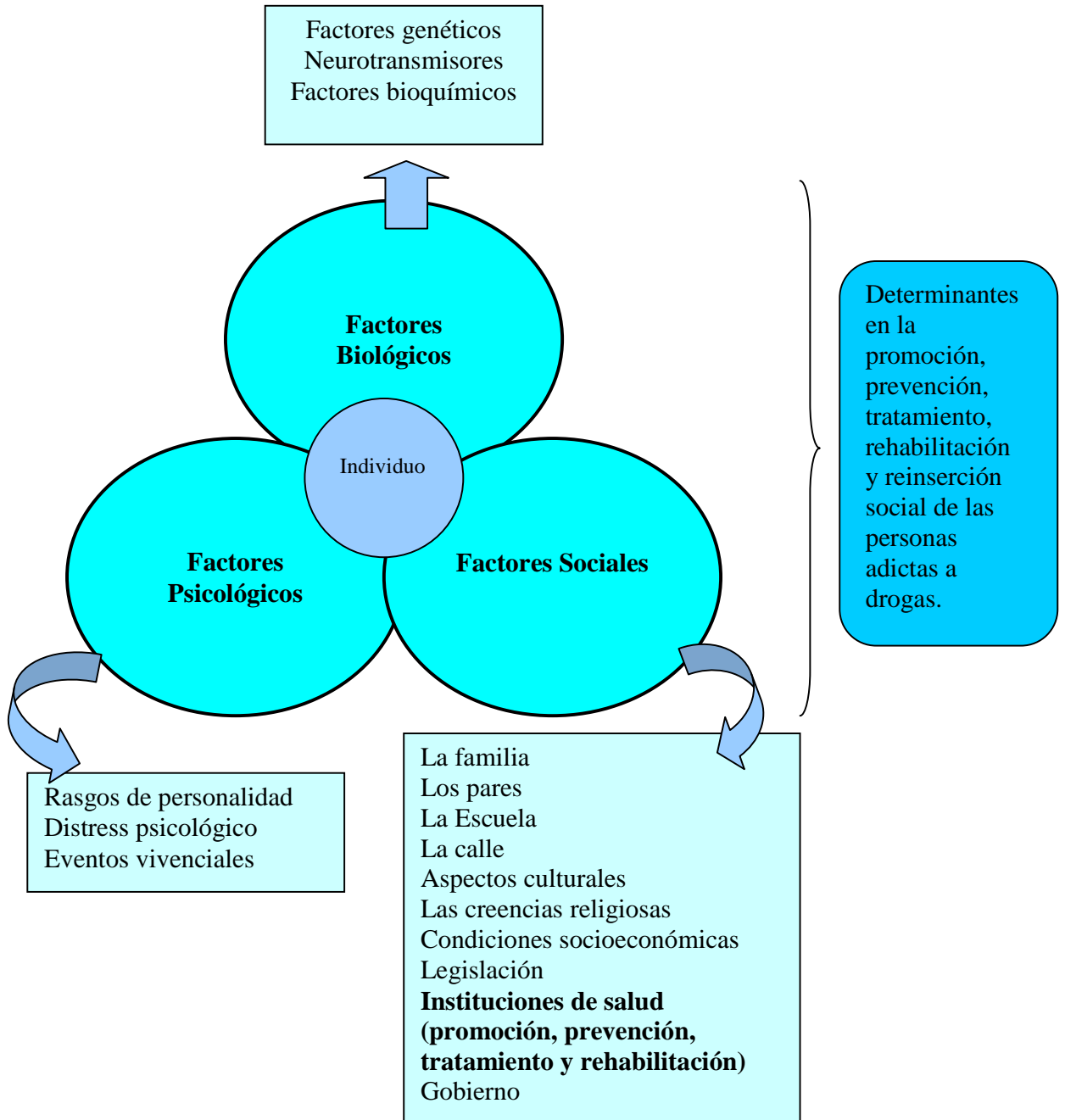
CAPITULO III: FUNDAMENTACION TEORICA

La evidencia muestra que los adolescentes constituyen el grupo de la población más expuesto a los riesgos asociados al uso de drogas y que esto es debido a la conjugación de varios factores. La adolescencia es una etapa de cambios no sólo físicos, biológicos y fisiológicos, sino también cambios psicológicos y sociofamiliares con sus consecuentes conflictos emocionales, a los que se suman la dificultad para adaptarse a dichos cambios y la influencia creciente del medio y de personas ajenas a la familia en su comportamiento y decisiones (Osorio, 2004; Gobbi 1993).

Algunos estudios han demostrado que diversos factores personales, familiares, económicos, sociales, culturales, creencias religiosas, estilos de vida, entre otros, se comportan como factores protectores o factores de riesgo en el desarrollo de adicciones en los y las adolescentes (factor etiológico multicausal). (Rivera, Aydee 2007; Rivas, Israel 2006; CNA 2004; FUNDASALVA 2006; NIDA 2000; CICAD-OEA-MEM 2005-2006; FUNDASALVA 2009)

No existe una teoría única que sirva para explicar la causa de las adicciones ni cuál o cuáles son las mejores estrategias para asegurar el tratamiento y la rehabilitación de las personas adictas a las drogas. Los procesos de tratamiento y rehabilitación de las adicciones no pueden ser considerados sin tener en cuenta el marco psicoecológico de la sociedad, con todos sus complejos factores contextuales, culturales, familiares, económicos, raciales, químicos, farmacológicos y sociopolíticos (Freedman, 1972a). Se requiere la construcción de un complejo modelo que tenga presentes todas estas realidades. En ésta investigación se ha considerado la Teoría General de Sistemas (TGS), la cual es la base del Modelo biopsicosocial en psiquiatría (propuesto inicialmente por el biólogo Bertalanffy). El término de modelo biopsicosocial fue acuñado por el psiquiatra estadounidense George L. Engel (1913-1999) como un modelo opuesto al modelo médico. Consideraba que el modelo médico dejaba de lado los aspectos psicológicos y sociales de la psiquiatría y el enfoque de la TGS propicia un abordaje integral, holístico del individuo y del sistema de salud.

Teoría General de Sistemas (TGS)



La TGS nos ofrece una forma de unificación, al brindar una perspectiva sobre el entendimiento de las personas en toda su complejidad y en interacción con el mundo en su alrededor y postula la posibilidad de rehabilitación y reinserción social del individuo a través de una atención integral y de calidad que involucre no solo los sistemas de salud, sino al mismo individuo a la familia y a la comunidad. Por lo general, la consideración de las causas que conducen a las adicciones implica una revisión de los factores considerados más importantes: interpersonales, socioeconómicos, culturales, étnicos y farmacológicos. Pero ningún factor, aun cuando sea considerado el factor más importante, basta para explicar el fenómeno en su complejidad.

Un protocolo básico para el tratamiento de las adicciones consiste en un proceso terapéutico dirigido por un equipo que involucra al médico general, psicólogos y psiquiatras, y otros profesionales, quienes junto con los familiares y otros agentes que rodean al paciente, brindan desde sus especialidades el apoyo necesario para superar el abuso o la dependencia de las drogas y sus problemas relacionados. La estrategia y el tiempo que demande su aplicación dependerán de la severidad de las problemáticas médicas, psicológicas sociales y ecológicas de cada paciente. Además, aún cuando la persona sometida a tratamiento logre suspender el consumo de drogas y superar los problemas asociados al consumo, ésta deberá ser conciente de la posibilidad de una recaída, ya que, por definición, se trata de una enfermedad crónica recurrente.

Existe una estrecha conexión entre los sujetos que consumen drogas y su entorno, constituyendo un complejo sistema que incluye a todas las estructuras sociales: sistema de salud, comunidad, familia, individuo. Cada parte del sistema afecta a las restantes, impacta en el mismo individuo así como en la familia y la comunidad y el papel de los sistemas de salud en este caso es el de garantizar que se brinde una atención de calidad al paciente que abusa de sustancias psicoactivas. Es evidente que los problemas relacionados con las adicciones alteran el equilibrio social y las relaciones existentes entre las personas, el entorno y los diferentes sistemas sociales. En la misma medida, y tomando finalmente en consideración la TGS de la cual parte este marco teórico, es probable que un cambio en los sistemas sociales modifique a su vez a la gente y al entorno de las drogas, incrementando, disminuyendo o modificando sus

modalidades de uso, así como ejerciendo influencias en la calidad de los procesos de tratamiento y rehabilitación del paciente.

CAPITULO IV. CLARIFICACION DE LOS TERMINOS

Para fines del presente estudio usaremos las definiciones de Abuso y dependencia del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (American Psychiatric Association) y las definiciones y criterios de la OMS (CIE-10)

DSM IV

Criterios para Abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Criterios para Dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

CIE-10

Consumo perjudicial - ABUSO

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico:

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico:

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan

inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Ambas clasificaciones internacionales son usadas por el MSPAS para el diagnóstico de los trastornos mentales y de comportamiento ocasionados por el uso y abuso de sustancias psicoactivas.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A ADOLESCENTES QUE ABUSAN DE DROGAS

La atención primaria de salud (APS) según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad.

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad (Organización de la Atención Primaria en Salud, 1978).

El MSPAS (2010) define La Atención primaria de salud y otros términos relacionados a la Calidad de Atención en Salud:

Atención primaria en salud: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la

comunidad y el país puedan soportar, en toda y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Eficacia: Es la capacidad o potencial científicamente comprobado y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema, y de producir un resultado específico.

Eficiencia: Es el uso racional de los recursos disponibles empleando la tecnología apropiada a las necesidades de la población para obtener el mejor resultado al menor costo.

Equidad: Es la asignación de los recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo, a fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.

Participación social: Es la participación activa y consciente de la población y los diversos sectores sociales en la identificación de necesidades y priorización de soluciones a los problemas de salud para apoyar la gestión de los servicios a nivel de la comunidad.

Primer nivel de atención: Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles en forma inmediata a la población.

La calidad en el campo de la salud (Donabedian, 1985), es la medida en que la atención prestada es capaz de llevar el máximo el estado de bienestar del paciente, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios que comporta el proceso asistencial.

La calidad en el concepto de Myers y Slee, es el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptadas. Este concepto exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas) en función de poder determinar el grado de aproximación a lo esperado.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (OPS, 1999). En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad

tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios (Usuario interno y usuario externo), que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

La medición de la calidad de los servicios se puede estimar a partir de tres categorías básicas. Un adecuado control y la administración de la calidad de los servicios de atención primaria en salud exige que se estime estándares de calidad de la estructura (recursos materiales, financieros, técnicos, humanos, etc.), estándares de calidad del proceso (accesibilidad, equidad, participación, beneficencia, seguimiento de protocolos, trato humano y calidez en el servicio, entre otros aspectos cualitativos), así como estándares relativos a la calidad de los resultados (deserciones tempranas, medias, tardías, éxito terapéutico, evaluación de los servicios por parte del personal beneficiario y oferente, etc.)

CAPITULO V: METODO

- A. **Ubicación geográfica:** La investigación se llevó a cabo en las 35 Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador.

- B. **Tipo de investigación:** Se realiza una investigación cuantitativa, descriptiva, y de corte transversal.

- C. **Unidades de análisis:** personal de salud (médico general, enfermera, psicólogo, psiquiatra) de la región metropolitana de El Salvador, que atiende a los y las adolescentes que abusan de drogas licitas e ilícitas.

D. Variables y medición

Variables	Unidad de análisis	Indicadores
Percepción sobre la Calidad de la APS (variable dependiente)	Auto-reportes o reportes del personal de salud.	Equipo multidisciplinario para la APS
La Atención Primaria en Salud (APS) que brinda el personal de salud (variable independiente)	Las actividades que desarrolla el programa de APS para adolescentes con abuso o dependencia	Tiempo de atención de la consulta. Confidencialidad y calidez en la atención Accesibilidad al tratamiento farmacológico y no farmacológico seguimiento de protocolos o guías de atención
Adolescentes que abusan de drogas lícitas/ilícitas (variable interviniente)		

TEMA: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN ADOLESCENTES QUE USAN Y ABUSAN DE DROGAS

Enunciado del problema: En la actualidad no se dispone de información acerca de la calidad de la atención primaria en salud que se brinda a los y las adolescentes que consultan por problemas de abuso o dependencia de drogas en los Centros de Primer Nivel de Atención de la zona metropolitana de El Salvador.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del personal de salud de la región metropolitana de El Salvador, acerca de la calidad de la atención primaria en salud que se brinda a los y las adolescentes con problemas de abuso o dependencia de drogas lícitas e ilícitas?

Objetivo general: Conocer la percepción del personal de salud de los centros del primer nivel de atención de la zona metropolitana de El Salvador respecto a la calidad del servicio de salud que se brinda a los y las adolescentes que consultan por problemas de abuso o dependencia de drogas tanto lícitas como ilícitas.

Hipótesis general (si hay): no aplica

Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Unidades de Análisis	Variables	Operacionalización de variables	Indicadores	Ítem	Técnicas a utilizar	Tipos de instrumentos
1. Determinar la calidad de la formación del recurso humano para brindar atención primaria en salud a los y las adolescentes que usan y abusan de drogas, en las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador.	N/A	Calidad de la estructura (adecuado nivel de formación del recurso humano para el tipo de servicio brindado)	Calidad de la APS	Tipo de profesión, capacitación y formación en la temática de drogas, existencia de un equipo multidisciplinario.	Tipo de profesional encargado de la APS, número de personas encargadas del APS, presencia de Equipo Multidisciplinario de Atención en las Unidades de Salud, características del servicio que brindan si es con calidad, calidez.	1,2,3,4,	Análisis cuantitativo y cualitativo de datos (estimaciones subjetivas o percepciones del personal de salud acerca de la AP	Encuesta
2. Determinar la calidad de los recursos técnicos y materiales (infraestructura y dotación necesaria) necesarios para brindar atención primaria en salud a los y las adolescentes que consultan en los centros de primer nivel de atención de la región metropolitana de El Salvador	N/A	Calidad de la estructura (adecuado nivel de los recursos materiales y técnicos para el tipo de servicio brindado)	Calidad de la APS	Tiempo dedicado a la atención, accesibilidad al tratamiento, existencia de un plan de evaluación de la calidad del servicio que se brinda.	Número de horas laborales de personal encargado, accesibilidad al tratamiento farmacológico y no farmacológico, evaluación de la atención, equipo evaluador, evaluación del plan de tratamiento, Tiempo de atención de la consulta, Atención brindada con calidez y confidencialidad, Lugar de atención, evaluación de la atención al usuario, evaluación del plan de tratamiento y su accesibilidad	5,6,7,8,16.		
3. Hacer una estimación cualitativa sobre la percepción del personal de las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador acerca de la calidad del servicio que le brinda a los y las adolescentes que usan y abusan de drogas.	N/A	Percepción de la calidad de la Atención Primaria en Salud brindada por el personal de salud	Percepción de la Calidad de la APS	Características del servicio que se brinda: calidez, confidencialidad, respeto, cordialidad.	Opinión expresada por parte del personal de salud de la región metropolitana de El Salvador, respecto a la calidad de la atención brindada	7,8,9,10,11,12		
4. Verificar la adecuada aplicación de los protocolos y el cumplimiento estricto de las normas de atención establecidas por el MSPAS, por parte del personal que brinda la atención a los y las adolescentes que usan y abusan de drogas, en las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador.	N/A	Calidad de los procesos (Cumplimiento de normas y protocolos de atención)	Calidad de la APS	Verificación del cumplimiento de normas, guías y protocolos por parte del personal de salud	Cumplimiento de los protocolos o guías de atención	Del 17 al 20, 23, 24		
5. Verificar la calidad de los resultados de la APS que se brinda a los y las adolescentes que usan y abusan de drogas, en las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador.	N/A	Calidad de los resultados – seguimiento	Calidad de la APS	Seguimiento a pacientes, grupos de apoyo, medición de la percepción del usuario	Seguimiento a pacientes, percepción del usuario, manejo integral del paciente.	13-15, 21-24		

F. Muestra: Se utilizó el total de unidades de salud (35) que pertenecen a la región metropolitana de salud de El Salvador. En cada Unidad de Salud se encuestó a la(s) persona (s) representativa (s) encargado (s) de brindar la atención primaria a los y las adolescentes que consultan por problemas abuso de sustancias psicoactivas.

G. Criterios de Inclusión

Para participar en este estudio fue seleccionado el o los profesional(es) de salud responsable(s) directo(s) del programa de atención a adolescentes con problemas de abuso de drogas, en las unidades de salud participantes.

H. Criterios de Exclusión

No puede participar en el estudio aquel profesional de salud que no se encargué del programa de atención a adolescentes con problemas de abuso de drogas.

I. Medidas e Instrumentos

Esta investigación utilizó el cuestionario denominado “Personal encargado de la atención primaria en salud de jóvenes que abusan de drogas lícitas e ilícitas”, el cual fue diseñado con la finalidad de conocer y analizar la percepción del personal de las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador, respecto a la calidad de la APS ofrecida a los y las adolescentes que consultan por abuso de drogas lícitas e ilícitas.

El cuestionario consta de 24 preguntas distribuidas en 3 secciones, con tiempo de llenado de 30 minutos.

El cuestionario está compuesto por 3 secciones:

- Personal encargado de la atención primaria
- Factores que influyen en la atención primaria
- Protocolos de atención primaria en Unidades de Salud

El instrumento fue sometido a una prueba piloto en la cual participaron 10 profesionales de salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador. Posteriormente el instrumento fue corregido y mejorado.

J. Técnicas y procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección de datos fue coordinado por los investigadores principales. La recolección de datos fue hecha por el asistente de investigación. Los investigadores principales proporcionaron la lista de las 35 Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador. El asistente de la investigación hizo una agenda para la visita a los diferentes establecimientos.

Se gestionaron los acuerdos necesarios con el personal de salud de los centros seleccionados, para poder realizar la encuesta en el tiempo disponible por el profesional.

Se presentó y explicó a los participantes todo lo concerniente al proceso de investigación. Los profesionales de salud que estuvieron dispuestos a ser parte de la investigación completaron el formulario de la encuesta. Se le proporcionó el tiempo necesario para la lectura del mismo y se les brindó asistencia cuando la solicitaron. Los participantes completaron el cuestionario en aproximadamente 30 minutos. Posteriormente los cuestionarios fueron recolectados y se procedió a agradecer a los profesionales de salud por su participación en la investigación.

K. Procesamiento de la información

Con los formularios completados se procedió a la codificación de las variables, se construyó la estructura de la base de datos y por último se ingresó toda la información en una base de datos; el software utilizado para construir la base de datos fue Microsoft Access.

La base de datos construida fue trasladada al Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 15.0 para Windows. Se procedió a analizar los Datos obteniéndose las estadísticas descriptivas de las variables y prueba Binomial, posteriormente se interpretaron los resultados.

L. Consideraciones Éticas.

El protocolo de la investigación fue sometido a evaluación por el Comité de Ética Institucional (CIE) de la Universidad Evangélica de El Salvador.

Dictamen del Comité de Ética: *“dado que el estudio no tiene ninguna injerencia moral ni ética sobre los encuestados, no vemos la necesidad de que este protocolo sea evaluado por este comité, porque solo se está evaluando la percepción del personal de salud. A menos que se hagan cambios al protocolo para dicha investigación que comprometan la dignidad y moralidad de las personas a entrevistar; entonces, sí debe ser devuelto para ser aprobado por este comité de ética u otro sí así lo desean”*

Cada participante fue informado de que su participación en el estudio era totalmente voluntaria, anónima y que su nombre no estaría vinculado a información dada en el cuestionario. No hubo incentivos o beneficios directos derivados de su participación, no hubo ningún riesgo asociado con su participación; se les informó y aseguró que la Unidad de Salud y la universidad no tendrán acceso a la información proporcionada, para efectos de garantizar la confidencialidad y aseguramiento de su puesto de trabajo. El participante fue informado de que tenía la opción de rechazar y retirar su participación en cualquier momento de la entrevista y/o encuesta.

El cuestionario se aplicó a los participantes en las Unidades de Salud. Al aceptar participar en el estudio, cada participante recibió una copia del cuestionario de la encuesta.

Para garantizar el anonimato, los nombres de los participantes no serán divulgados. El instrumento solo solicitaba colocar el nombre de la unidad de salud y el cargo del profesional de salud encuestado, además de la fecha de la encuesta. La versión electrónica de los datos obtenidos de este estudio será almacenado en los archivos protegidos por contraseña para evitar que personas no autorizadas tengan acceso a esta información.

CAPITULO VI: ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

PARTE I. PERSONAL ENCARGADO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA ADOLESCENTES QUE ABUSAN DE DROGAS LICITAS E ILICITAS

Fueron encuestados un total de 41 profesionales en las diferentes Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador.

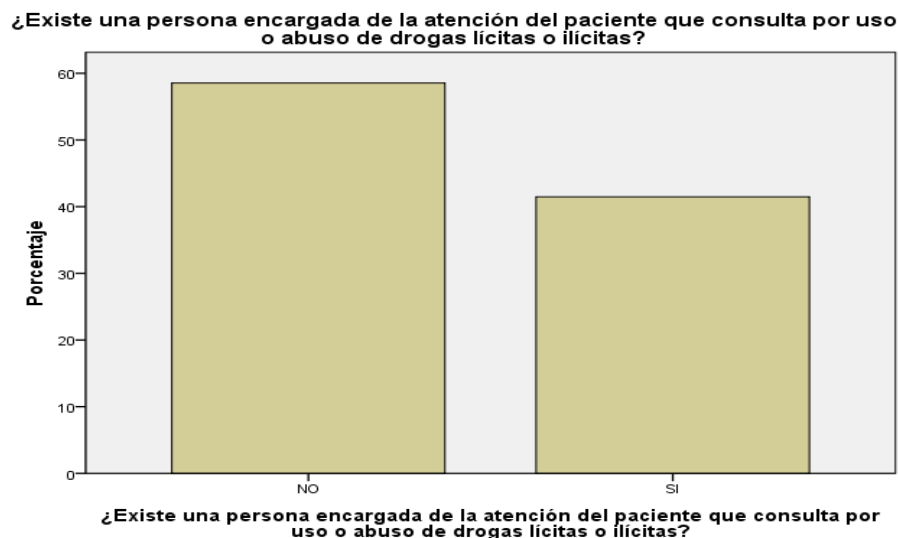
El tipo de cargo que ocupa el personal de salud encuestado fue diverso, con predominio leve en los cargos de enfermera, enfermera comunitaria, médico consultante, promotor de salud y médico.

Según los resultados de la prueba binomial y con una probabilidad de error 0.05 se puede afirmar que la mayor parte del personal de salud encuestado desconoce si existe o no una persona encargada de la atención del paciente. (Cuadro 1; Gráfico 1).

Cuadro 1

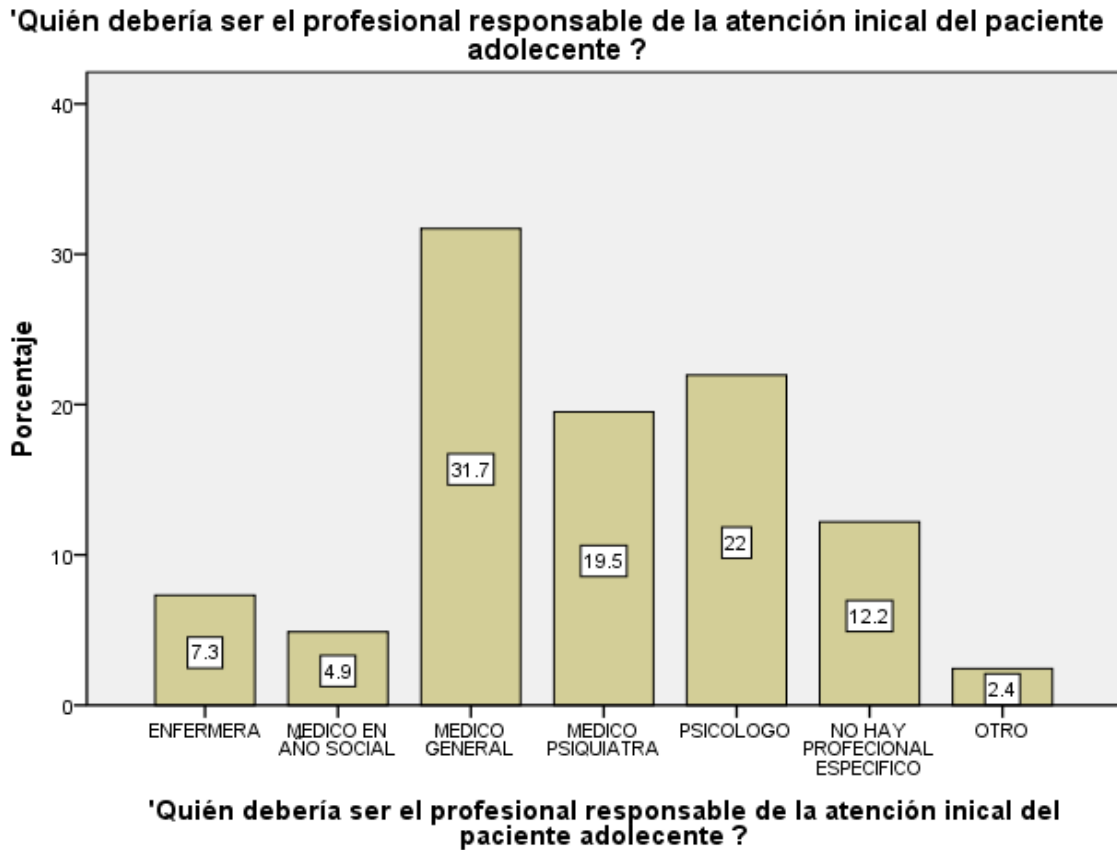
	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Existe una persona encargada de la atención del paciente que consulta por uso o abuso de drogas lícitas o ilícitas?	Grupo 1 NO	24	.59	.50	.349 ^a
	Grupo 2 SI	17	.41		
	Total	41	1.00		

Gráfico 1



El 82% del personal opina que el responsable de la atención inicial del paciente adolescente con problemas de abuso de drogas lícitas e ilícitas debería ser el médico general, médico psiquiatra y psicólogo. (Gráfico 2).

Gráfico 2



El 46% del personal desconoce además que exista un equipo multidisciplinario para la atención de este tipo de pacientes en las Unidades de Salud. (Cuadro 2).

Cuadro 2

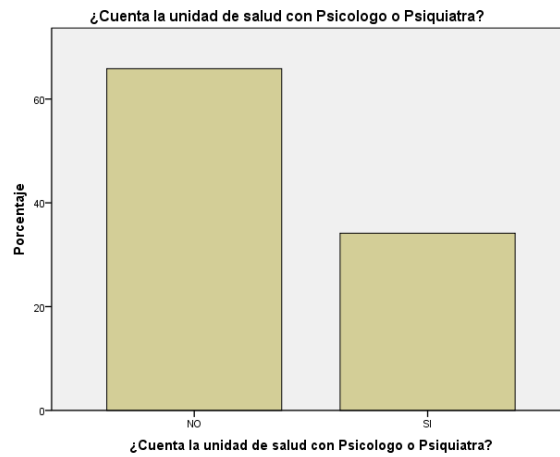
		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Existe un equipo multidisciplinario responsable de la atención del paciente adolescente?	Grupo 1	NO	19	.46	.50	.755 ^a
	Grupo 2	SI	22	.54		
	Total		41	1.00		

14 de las 41 Unidades de Salud, es decir un 34% de ellas, cuentan con un psicólogo o psiquiatra para la atención de estos pacientes. (Cuadro 3; Gráfico 3).

Cuadro 3

	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Cuenta la unidad de salud con Psicólogo o Psiquiatra?	Grupo 1 SI	14	.34	.50	.060 ^a
	Grupo 2 NO	27	.66		
	Total	41	1.00		

Gráfico 3



En las unidades de salud donde se cuenta con psicólogo o psiquiatra, el 87% de ellos labora 4 horas diarias o menos. (Cuadro 4).

Cuadro 4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2	4	9.8	26.7	26.7
4	9	22.0	60.0	86.7
8	2	4.9	13.3	100.0
Total	15	36.6	100.0	
Perdidos Sistema	26	63.4		
Total	41	100.0		

Análisis y discusión de los resultados:

No todas las Unidades de Salud cuentan con un equipo multidisciplinario o, con una persona encargada de atención al paciente que depende o abusa de drogas; sin embargo, algunas de ellas cuentan con un psicólogo o psiquiatra que trabaja ocho horas (dos profesionales), cuatro horas (nueve profesionales) y menos de cuatro horas diarias (cuatro profesionales). En promedio, cada profesional trabaja 5 horas diarias. Los resultados anteriores muestran que, aunque esto no ocurre en todos los casos, la mayoría de las unidades de salud no posee una estructura adecuada para la atención inicial del paciente, aunque en algunas de ellas se cuenta con la atención de un psicólogo y/o psiquiatra, quienes tienen las competencias necesarias para brindar una atención idónea, no siempre estos se dedican a la atención de este tipo de pacientes. Esta situación se ve afectada probablemente por el hecho de que la mayoría de los profesionales en mención están contratados por pocas horas, las cuales deben dedicar al servicio general de atención en la unidad de salud respectiva.

Las unidades de salud están concientes de que se necesita personal idóneo pero se ven limitados debido a la insuficiencia de los recursos asignados a cada unidad de salud.

PARTE II. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

El tiempo destinado a la atención de los y las pacientes adolescentes que consultan con problemas de abuso o dependencia de drogas es de más de 20 minutos (60% del personal), y esto se puede afirmar con una probabilidad de error del 0.05. La percepción del personal es que la atención brindada es confidencial, es cálida (87%), y se realiza en un espacio físico adecuado (88%). El 100% del personal opina que el trato que reciben los y las adolescentes es individualizado y es respetuoso. El 99% de la muestra también opina que el trato que reciben estos pacientes en las Unidades de Salud donde hay un responsable de la APS es cordial y amable. (Cuadros 5, 6 y 7).

Cuadro 5

Tiempo destinado a la atención del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOS DE 10 MINUTOS	2	4.9	5.4	5.4
	ENTRE 10 Y 20 MINUTOS	13	31.7	35.1	40.5
	MAS DE 20 MINUTOS	22	53.7	59.5	100.0
	Total	37	90.2	100.0	
Perdidos	Sistema	4	9.8		
Total		41	100.0		

Cuadro 6

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Es confidencial la atención al paciente?	Grupo 1	SI	38	1.00	.50	.000 ^a
	Total		38	1.00		
¿La atención es con calidez?	Grupo 1	SI	33	.87	.50	.000 ^a
	Grupo 2	NO	5	.13		
	Total		38	1.00		
¿El espacio físico permite la confiabilidad?	Grupo 1	SI	36	.97	.50	.000 ^a
	Grupo 2	NO	1	.03		
	Total		37	1.00		

Cuadro 7

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿El responsable de la APS saluda con cordialidad y amabilidad al paciente?	Grupo 1	SI	35	.97	.50	.000 ^a
	Grupo 2	NO	1	.03		
	Total		36	1.00		
¿Se llama por su nombre y con respeto al paciente?	Grupo 1	SI	36	1.00	.50	.000 ^a
	Total		36	1.00		

Sin embargo se desconoce el grado de satisfacción del usuario respecto a la atención y la encuesta no arrojó datos acerca de quiénes son los responsables de realizar las evaluaciones. (Cuadro 8).

Cuadro 8

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Se mide el grado de satisfacción del paciente periódicamente?	Grupo 1	NO	22	.63	.50	.175 ^a
	Grupo 2	SI	13	.37		
	Total		35	1.00		

El personal encuestado desconoce si existe una evaluación periódica de la satisfacción del paciente adolescente que abusa de drogas lícitas e ilícitas en las Unidades de Salud. (Cuadro 8).

En el cuadro 9 y en los gráficos 4 se puede observar que la percepción de los profesionales encuestados es que el tratamiento que la institución proporciona es accesible (alfa 0.017)

Cuadro 9

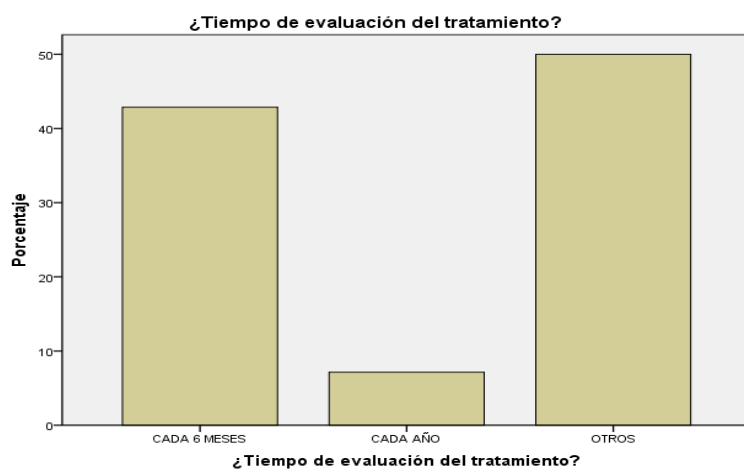
		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Es accesible el tratamiento que se proporciona?	Grupo 1	NO	10	.29	.50	.017 ^a
	Grupo 2	SI	25	.71		
	Total		35	1.00		

Gráfico 4



Respecto a la evaluación del tratamiento, un poco más del 40% de los encuestados respondió que el plan de tratamiento se evalúa cada 6 meses, menos del 10% respondió que se evalúa cada año, y más 50% mencionó que el plan de tratamiento se evalúa en períodos comprendidos entre 2 y 4 años. (Gráfico 5)

Gráfico 5.



Discusión de los resultados:

Con los resultados obtenidos podemos constatar, que la percepción de los encuestados es que la APS que se brinda a los y las adolescentes que consultan por problemas relacionados con el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador, se realiza con una duración o tiempo y espacio físico adecuados. Ésta afirmación indica que la APS brindada responde adecuadamente a lo establecido en la “Normativa de atención a pacientes con conductas adictivas a sustancias psicoactivas” y al “Reglamento de funcionamiento de las instituciones y establecimientos que brindan atención a personas afectas a drogas”. Estos son parámetros de referencia de buena calidad en la atención brindada.

Es importante destacar la buena actitud y disposición del personal de salud quienes brindan una atención, cálida, confidencial y de buena calidad, a pesar que no todos cuentan con una capacitación idónea en el área. El plan de tratamiento es accesible y se evalúa periódicamente. No obstante, es importante fomentar una cultura de evaluación permanente, ya que solo aproximadamente una tercera parte de los profesionales afirman realizar evaluaciones periódicas.

PARTE III. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNIDADES DE SALUD

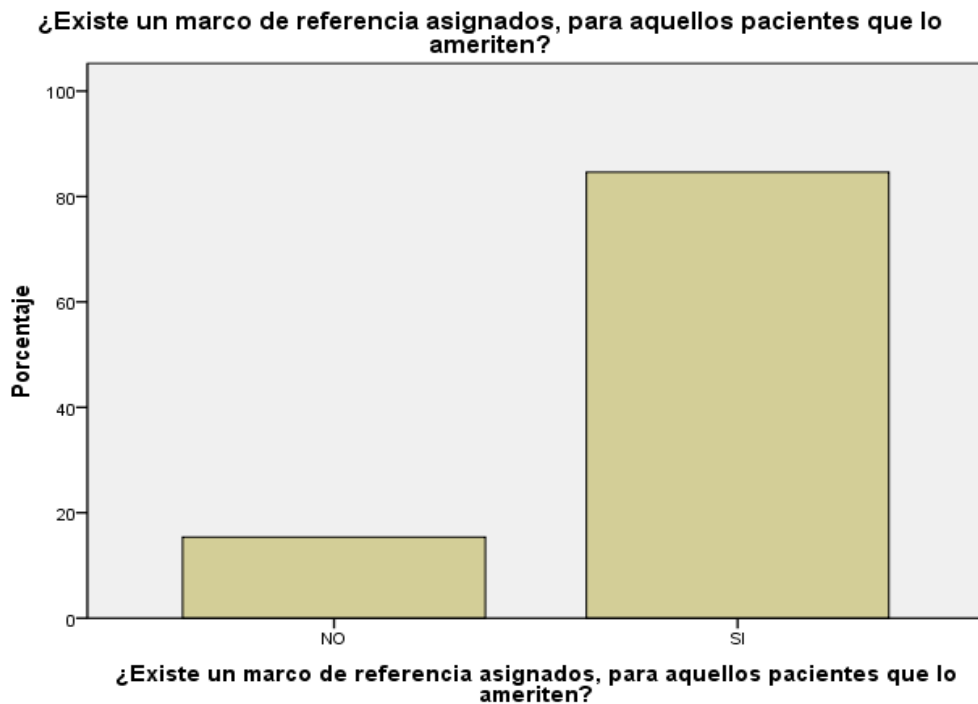
Según los resultados obtenidos podemos afirmar con una probabilidad de error del 0.05 que el grupo consultado desconoce que exista un protocolo oficial para la atención de estos pacientes, así como la existencia de guías o normas que regulen la asistencia primaria en salud para los adolescentes que usan y abusan de drogas lícitas e ilícitas. (Cuadro 10).

Cuadro 10

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Existe un protocolo oficial para la atención del paciente?	Grupo 1	NO	22	.54	.50	.755 ^a
	Grupo 2	SI	19	.46		
	Total		41	1.00		
¿El MSPAS tiene guías o normas que regulen la asistencia primaria en salud?	Grupo 1	SI	21	.53	.50	.875 ^a
	Grupo 2	NO	19	.48		
	Total		40	1.00		

El personal de salud encuestado está seguro que existe un protocolo de referencia de centros más especializados de atención para aquellos pacientes que lo ameritan, y el principal centro de referencia es el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”. (Gráfico 6).

Gráfico 6



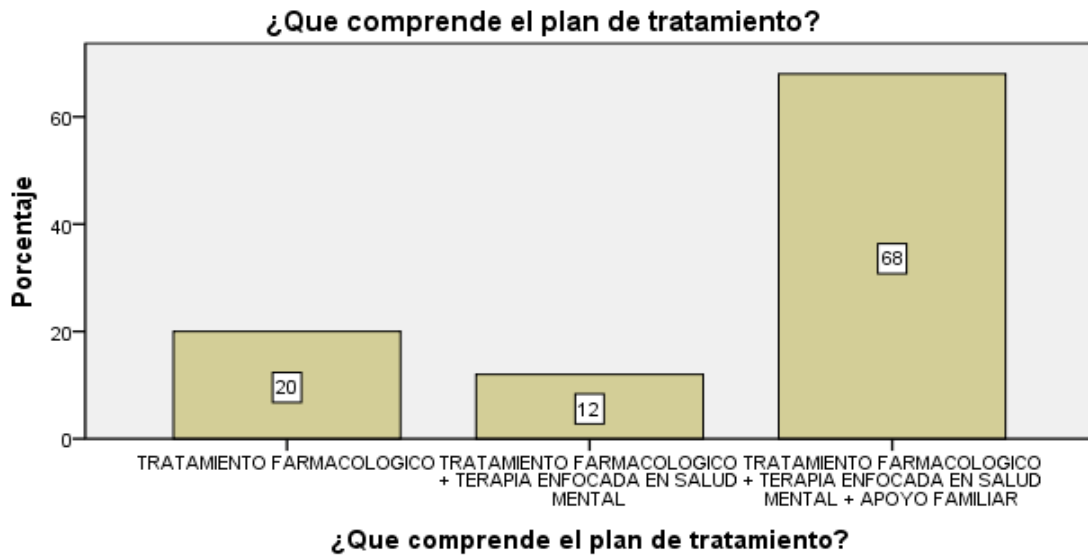
Además desconocen si existe un programa de seguimiento y quien es el responsable. (Cuadro 11).

Cuadro 11

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Existe un programa de seguimiento?	Grupo 1	NO	21	.54	.50	.749 ^a
	Grupo 2	SI	18	.46		
	Total		39	1.00		

El 68% de los profesionales encuestados conoce que el plan de tratamiento de atención al paciente, se basa en: tratamiento farmacológico, terapia enfocada en salud mental, y apoyo familiar. (Gráfico 7).

Gráfico 7



Además el 76% de los encuestados refiere que realizan al paciente evaluaciones para VIH SIDA, Hepatitis B y C antes de iniciar los tratamientos. (Cuadro 12).

Cuadro 12

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Realiza a su paciente evaluaciones como VIH SIDA, Hepatitis B y C, antes de iniciar el tratamiento?	Grupo 1	NO	8	.24	.50	.005 ^a
	Grupo 2	SI	25	.76		
	Total		33	1.00		

No existen grupos de apoyo para este tipo de pacientes en las Unidades de Salud consultadas.(Cuadro 13).

Cuadro 13

		Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Significancia asintótica (bilateral)
¿Existen grupos de apoyo en la unidad de salud para este tipo de paciente?	Grupo 1	NO	27	.68	.50	.038 ^a
	Grupo 2	SI	13	.32		
	Total		40	1.00		

Discusión de los resultados:

A pesar que existe desde octubre del año 2004 la “Normativa de atención a personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas”, aprobada por el MSPAS, se considera que no ha habido la suficiente divulgación de la misma en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador, pues el grupo consultado desconoce que existe un protocolo oficial para la atención de estos pacientes; aunque existe personal que aplica la norma más por intuición que por conocimiento de la misma.

Dicha norma regula la asistencia primaria en salud para los y las adolescentes que abusan o dependen de drogas lícitas e ilícitas, describe la estructura de la evaluación clínica que debe seguirse con este tipo de pacientes, contiene una ficha técnica de notificación y registro de conductas adictivas en la cual se detalla: nombre del paciente, edad, sexo, N° de expediente, dirección, diagnóstico, forma de manejo y plan de tratamiento.

Según los resultados del estudio, los participantes desconocen la existencia de guías o normas que regulen la atención del paciente, lo cual afecta directamente la calidad de la atención, ya que si no se cuenta con un tratamiento estándar, válido y confiable, no es posible asegurar ni controlar la calidad de la APS.

Aunque el personal de salud conoce del plan de tratamiento que se le brinda al paciente, no se puede asegurar que el plan de tratamiento que se sigue sea el establecido en la Normativa del MSPAS. Esto puede afectar al paciente incrementando el período de rehabilitación, generar complicaciones y elevar los costos de tratamiento.

Los resultados muestran que al paciente se le realizan evaluaciones como VIH SIDA, Hepatitis B y C antes de iniciar el tratamiento, esto debido a que es una población de riesgo.

La no existencia de grupos de apoyo para el paciente en los establecimientos de salud, demuestra el débil trabajo que la Unidad de Salud hace en la comunidad, aunque la normativa del MSPAS incluye dentro de su proceso de rehabilitación la creación y uso de grupos de apoyo.

En el Reglamento de funcionamiento de las instituciones y establecimientos que brindan atención a personas afectas a drogas, se detalla la estrategia para derivación (referencia) de pacientes a los centros de atención especializada residencial o no residencial, pública y privada.

El Hospital Psiquiátrico es el único centro de referencia especializado en el área de salud mental, dentro del sistema de salud pública, lo cual limita la accesibilidad de los pacientes de escasos recursos económicos, por la rápida saturación debido a la alta demanda.

El Salvador no dispone de un directorio oficial sobre establecimientos privados con diversas modalidades de tratamiento. Existen centros de atención privados que por su naturaleza atienden a pacientes que puedan costear su tratamiento; sin embargo no se puede afirmar que sigan la normativa establecida por el MSPAS.

Lo anterior demuestra que con respecto al cumplimiento del protocolo de atención para este tipo de pacientes, los resultados discutidos sugieren que existe un cumplimiento limitado de la misma, por lo que se recomienda que se planifique un plan de socialización de dicha normativa aunado a un plan de capacitación del recurso humano.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

De acuerdo con la percepción del personal encuestado en las Unidades de Salud de la región metropolitana de El Salvador concluimos lo siguiente:

1. Respecto a la calidad del recurso humano, se concluye que la calidad del recurso humano no es adecuada debido a que no cuentan con equipo multidisciplinario ni personal responsable de la atención; y a pesar de que cuentan con psicólogo o psiquiatra, estos no disponen del tiempo suficiente y no atienden exclusivamente a estos pacientes.
2. Referente a la calidad de la atención del servicio brindado, se puede afirmar que a pesar de que no hay recurso humano disponible, cuando se presentan pacientes con esta problemática, el personal que se asigna para brindar el servicio lo hace con buena calidad, debido a que le dan al paciente calidez, respeto, confidencialidad y el tiempo suficiente que requiere cada caso.
3. Respecto a la calidad de la atención por el cumplimiento de normas, guías y protocolos establecidos por el MSPAS, se concluye que no aplican dichos lineamientos por falta de conocimiento de los mismos.
4. En general, la calidad de la atención que se brinda a los y las adolescentes que abusan de drogas, en las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador, no es adecuada y se hace necesario tomar acciones correctivas para mejorar el servicio.

CAPITULO VIII: LIMITACIONES.

- La técnica de muestreo: debido a que no permite la generalización de los resultados de este estudio a todas las Unidades de Salud del país.
- La poca cultura que existe en el país en el tema de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios de salud y específicamente cuando se trata de una “auto evaluación”, puede arrojar datos sesgados debido a temor o represalias por jefaturas y Directores de los diferentes centros de salud.

CAPITULO IX: RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS:

- Continuar con su plan de socialización de la “Normativa de Atención de Personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas” y del “Reglamento de funcionamiento de las instituciones y establecimientos que brindan atención a personas afectas a drogas”; dirigido al personal de las unidades de salud de la región metropolitana de El Salvador, con el fin de asegurar el conocimiento del mismo.
- Establecer mecanismos de referencia de casos, a través de convenios o acuerdos con otras instituciones de salud tanto públicas como privadas, que proporcionen servicio especializado en el tratamiento de drogas.
- Establecer directrices para que cada Unidad de Salud debe contar con el profesional idóneo para la atención de las personas que abusan de drogas y con un equipo multidisciplinario de acuerdo a lo que determina la norma oficial de atención.
- Diseñar e implementar un mecanismo nacional para verificar el cumplimiento de las normas de atención en el tratamiento por consumo de drogas, y para evaluar la calidad de los servicios brindados.

A las Unidades de Salud:

- Se recomienda velar para que existan (o se mantengan) mecanismos internos para evaluar la calidad de atención brindada a este tipo de pacientes, con el propósito de valorar los resultados y la aplicación de las estrategias terapéuticas de acuerdo a la normativa establecida, y efectuar los ajustes necesarios.
- Implementar estrategias que garanticen la asistencia del paciente a terapia grupal de egresados e incorporación a grupos de apoyo, que aseguren la continuidad del tratamiento del paciente, motivándolo al seguimiento.

A las Universidades del país:

- Velar para que la temática de drogas sea una línea de investigación y un eje transversal, en el diseño de sus planes de estudio en las carreras de la salud, contribuyendo con la formación de un profesional capacitado en el área.
- Específicamente en el área de posgrados de la salud, se sugiere que las universidades diseñen propuestas de capacitación formal a nivel de diplomados y/o maestría en la temática de drogas, considerando que el fenómeno de las drogas ha sido catalogado por la OMS como un problema de salud pública.

AGRADECIMIENTOS:

A los patrocinadores del estudio

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) – El Salvador
- Universidad Evangélica de El Salvador (UEES)
- Facultad de Medicina – Universidad Evangélica de El Salvador

A los Asesores del Estudio

- Juan Daniel Gómez Rojas. Dr. Phil
- Leopoldo Francisco Merino. M. Sc
- Rafael Cornejo Guardado. MD, Esp. Psiquiatría

A la Directora de la Región Metropolitana de salud El Salvador

- Dra. Milagro del Carmen Segovia de Cornejo

A los Directores de las 35 Unidades de Salud de la zona metropolitana de El Salvador (Anexo)

A los participantes

Al Colaborador de la Investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atención Primaria en Salud. Organización de la Atención Primaria. Consultado el día 3 de noviembre de 2009. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_Primary_de_Salud

Bautista Pérez, F. (2010). Policonsumo Simultaneo de Drogas en Estudiantes de Pregrado en Una Universidad en San Salvador- El Salvador. En prensa.

Comisión interamericana para el control del abuso de drogas CICAD-OEA (2005-2006) Evaluación del Progreso de Control de Drogas/ El Salvador 2005 – 2006 MEM Mecanismo de Evaluación Multilateral

Comisión interamericana para el control del abuso de drogas CICAD-OEA (2005-2006) Evaluación del Progreso de Control de Drogas – Informe Hemisférico. 2005 – 2006 MEM Mecanismo de Evaluación Multilateral

Comisión interamericana para el control del abuso de drogas CICAD-OEA (2009) Principios básicos del tratamiento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio. México D.F., 2009. Pág. 1

Comisión Nacional Antidrogas-El Salvador CNA (2003). Drogas: Encuesta Nacional De Opinión de Niños, Niñas y Adolescentes Salvadoreños.

Comisión Nacional Antidrogas (CNA). (2005). Estudio de prevalencia y patrones de Consumo de sustancias lícitas e ilícitas en salvadoreños entre las edades de 12 a 71Años. San Salvador, El Salvador. CNA

Comisión interamericana para el control del abuso de drogas .CICAD/OEA Organización panamericana de la salud. OPS/OMS (1999) Normas de atención para el Tratamiento de la Dependencia de las drogas Una experiencia en las américas

Comisión interamericana para el control del abuso de drogas .CICAD/OEA (2006)

Primer estudio Nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador

Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) Recuperado el 18 de septiembre 2010 de http://www.iqb.es/patologia/e04_002.htm

Clasificación DSM-IV Recuperado el 18 de septiembre 2010 de http://www.psicoarea.org/dsmiv_4.htm

Corte Suprema de Justicia, El Salvador. Ley del Sistema Básico de Salud Integral, 2005. Recuperado el 5 de septiembre 2010 de <http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/ef438004d40bd5dd862564520073ab15/7affe43b2be4ea50625709a006ef9ef?OpenDocument>

Díaz Heredia, L.P & Palucci, M.H (2010). El papel de los profesionales en centros De atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. Revista Latino-Americana de Enfermagem, *versión* ISSN 0104-1169

DYGESTIC Dirección General de Estadísticas y Censos. VI Censo de Población y V de Vivienda 2007. Recuperado el 19 de septiembre 2010 de <http://www.digestyc.gob.sv/>

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1985 [[Links](#)]

Fischman Gluck, P. (1994). Modelo Biopsicosocial Evolutivo en Psiquiatría. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 86-91

FUNDASALVA. (2004). Fundación Antidrogas de El Salvador. Recuperado el 18 de julio 2010. Informe Ejecutivo <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/Informes/InformeLogrosObservatorio.pdfMIENTO%20REHAB.pdf>.

FUNDASALVA. Fundación Antidrogas de El Salvador <http://www.fundasalva.org.sv/home/investigacion.aspx>

Gobbi, Sonia. Adolescencia y Adicción. Homo Sapiens Ediciones (1993) 1ª edición. Capítulo III, pp. 40-60

Jürgen Bengel & Manfred Herrmann. "Qualitätsmanagement und Evaluation in der klinischen Neuropsychologie". En Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie, Sturm/Herrmann/Wallesch (Hrsg/Eds.). Swets & Zeitlinger Publishers, 2000, Eppelheim; Aachen-Magdeburg.

Knight W. Managed care. Aspen, Colorado: An Aspen Publication; 1998. [[Links](#)]

Kort, Elke (2010). Conferencia impartida en la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 9 de septiembre 2010 de

http://www.adicciones.org.mx/conferencia_unam_de_la_doctora_elke_kort.php

Internet: <http://www.adicciones.org.mx>

TRABAJO SOCIAL, Revista Trimestral, Escuela Trabajo Social-UNAM, 1998, 52-57.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. MSPAS (2006) Guía de Atención a las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas. Recuperado el 8 de julio 2010 de <http://elsalvador.medicosdoctores.com/41-guias/ver-categoria>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. MSPAS (2003) Guía para la Consejería en atención integral de Adolescentes. Recuperado el 8 de julio 2010 de http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_adolescentes.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. MSPAS (2003) Guía de Atención de los principales problemas de salud de los adolescentes. Recuperado el 8 De julio 2010 de

http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_problemas_salud_adolesc_PII.pdf

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. MSPAS, 2004. Normas de Atención a personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas. Recuperado el 18 de julio 2010 de

<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/tratamiento/Ac.%20303%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf>

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. MSPAS, 2010. Glosario SIBASI. Recuperado el 19 de septiembre 2010 de <http://www.salud.gob.sv/index.php/temas/servicios-de-salud/sibasi/marco-conceptual/124>

Ministerio de Trabajo y Previsión Social MINTRAB: estudio sobre formas de vida De los jóvenes de el salvador Desde la perspectiva de: la Educación, trabajo, salud, Y Vivienda (2002) Recuperado el 9 de julio 2010 de <http://www.oei.es/eduytrabajo2/MINITRAB.pdf>

Milton T. Lean and mean: the quality of care in the era of managed care. J Public Health Policy 1998;19(1):5-13. [[Links](#)]

Muñoz Rivas M, Grana López J, Factores familiares de riesgo y de protección para el Consumo de drogas en adolescentes. Psicothema, año/vol. 13, número 001, Universidad De Oviedo, España, pp. 87-94

Observatorio Nacional Antidrogas <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/>

Organización Panamericana de la Salud OPS (1997). La cooperación de la OPS ante los Procesos de reforma del sector salud. Washington, D.C.: OPS; 1997. [[Links](#)]

Observatorio de la CICAD-OEA (2010) Recuperado el 19 de septiembre 2010 de http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Information/ElObservador/07_02/certificar.asp

Organización Panamericana de la Salud. Programa de garantía y mejoramiento de calidad de Los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 1999. [[Links](#)]

Organización de las Naciones Unidas ONU (2003). Oficina contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica para la planificación y

Aplicación. PUBLICACION DE LA NACIONES UNIDAS Num. de venta: S.03.XI.II
ISBN 92-1-348084-9. Recuperado el 15 de julio 2010 de
http://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Organización de Estados Americanos (OEA-2010) Estrategia Hemisférica sobre Drogas,
CICAD-OEA Washington DC Mayo 2010.

Organización Mundial de la Salud (OMS 1978). Conferencia Internacional sobre
Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Recuperado el 9 de agosto 2009 de
http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n_Primeri_a_de_Salud_de_Alma-Ata

Pérez-Gómez, A. Informe consolidado sobre los costos del problema de las Drogas en El
Salvador: 1998-2004

Portal Chileno de prevención y tratamiento de drogas. Concejo Nacional para el Control
de estupefacientes: [http:// www.conacedrogas.cl](http://www.conacedrogas.cl) /consultado en línea 2008

Rebolledo EAO, Medina NMO, Pillon SC. Factores de riesgo asociados al uso de drogas
En estudiantes adolescentes. Rev. Latino-am Enfermagem 2004 marzo-abril; 12(número
especial):369-75.

Rivas, I. (2006). Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas.
Estudio realizado en instituciones de rehabilitación en el año 2006. Citado por E. Aydee
Rivera de Parada. *Revista Científica Crea Ciencia*, 7. Recuperado el 28 de junio de 2010:
http://www.uees.edu.sv/crea2.2/1_factores.htm

Rodríguez JJ, Barrett T, Narváez S, Caldas JM, Levav I, Saxena S. Sistemas de salud
mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: Resultados de una Evaluación mediante
el WHO-AIMS. Rev Panam Salud Pública. 2007;22(5):348–57.

Anexos



**UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

Objetivo: Analizar la percepción de la APS en adolescentes que usan y abusan de drogas lícitas e ilícitas por parte del personal de salud de la zona metropolitana de El Salvador.

Instrucciones: Por favor con la mayor sinceridad conteste todas las preguntas. Su aporte es muy importante para el propósito del estudio. Todas sus respuestas son confidenciales y solo se utilizaran para fines de la investigación. Sí alguna pregunta no la considera clara consulte al encuestador.

Forma de contestar: marque con una equis (X) la respuesta mas adecuada. Y llene de forma clara las preguntas abiertas.

Unidad de Salud:	Fecha:
Cargo:	

PERSONAL ENCARGADO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LOS JOVENES QUE USAN Y ABUSAN DE DROGAS LICITAS E ILICITAS

1. ¿Existe una persona encargada de la atención del paciente que consulta por uso o abuso de drogas lícitas o ilícitas?

Si No.

2. ¿Quién es el profesional responsable de la atención inicial del paciente adolescente que usa y abusa de drogas lícitas e ilícitas?

- Enfermera
- Médico en año social
- Médico General
- Médico Psiquiatra
- Psicólogo
- No hay un profesional específico para la atención
- Otro. (Favor especificar)_____

3. Existe un equipo multidisciplinario responsable de la atención del paciente adolescente que usa y abusa de drogas lícitas e ilícitas.

Si No.

Sí su respuesta fue si, especifique ¿quienes lo forman?: _____

4. Cuenta la Unidad de Salud con psicólogo o Psiquiatra, para la atención de estos pacientes.

Si No.

5. Sí su respuesta fue afirmativa, especifique cuanto tiempo labora en la unidad de salud.
- 2 horas
 - 4 horas
 - 6 horas
 - 8 horas

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

6. ¿Cuánto es el margen de tiempo destinado para atención de un paciente que consulta por uso o abuso de drogas lícitas o ilícitas?
- Menos de 10 minutos
 - Entre 10 y 20 minutos
 - Más de 20 minutos
7. ¿La atención brindada al paciente adolescente que usa y abusa de drogas lícitas e ilícitas, es confidencial?
- Si No.
8. Si su respuesta anterior es afirmativa, ¿Mencione cuál es la estrategia implementada que garantiza la confidencialidad en la atención al paciente? _____
- _____
- _____
9. ¿La atención brindada al paciente adolescente que usa y abusa de drogas lícitas e ilícitas, es con calidez?
- Si No
10. ¿El espacio físico dónde atiende al adolescente que usa y abusa de drogas lícitas e ilícitas es confidencial?
- Si No
11. El responsable de la APS al iniciar la consulta, saluda con cordialidad y amabilidad al adolescente que probablemente use y abuse de drogas lícitas e ilícitas?
- Si No
12. ¿Durante la consulta se le llama por nombre y con respeto al adolescente que probablemente use y abuse de drogas lícitas e ilícitas?
- Si No

13. ¿La Unidad de Salud mide periódicamente el grado de satisfacción del usuario del servicio de salud referente a la atención del uso y abuso de drogas lícitas e ilícitas?

Si No

14. ¿Quién o quiénes son los responsables de medir el grado de satisfacción del usuario respecto a la atención obtenida del servicio de salud?

15. ¿Cada cuanto tiempo evalúa el plan de tratamiento que se les proporciona a los adolescentes que usan y abusan de drogas?

- Cada 6 meses
- Cada año
- Cada 2 años
- A los 5 años
- Otros (especifique): _____

16. Es accesible el tratamiento que la institución proporciona.

Si No

PROTOCOLOS DE ATENCION PRIMARIA EN UNIDADES DE SALUD

17. ¿Existe un protocolo oficial para la atención del paciente que usa y abusa de drogas lícitas e ilícitas?

Si No.

18. Existen guías o normas que regulen la asistencia primaria en salud para los adolescentes que usan y abusan de drogas lícitas e ilícitas por el MSPAS.

Si No.

19. El plan de tratamiento de atención al paciente comprende:

- Solo tratamiento farmacológico
- Tratamiento farmacológico + terapia enfocada en salud mental
- Tratamiento farmacológico + terapia enfocada en salud mental + apoyo familiar

20. ¿Existe un marco de centros de referencias asignados, para aquellos pacientes que lo ameriten?

Si No.

Especifique: _____

21. ¿Existe un Programa de seguimiento, para los pacientes adolescentes que consultan por uso o abuso de drogas lícitas o ilícitas?

Si No.

22. Si su respuesta anterior es afirmativa, favor defina quién es el responsable de dar dicho seguimiento. _____

23. ¿Realiza a su paciente evaluaciones como VIH SIDA, Hepatitis B y C, antes de iniciar tratamiento?

Si No.

24. ¿Existen grupos de apoyos en la Unidad de Salud para este tipo de pacientes?

Si No.

GLOSARIO

- **Abuso:** Hábito de consumo desadaptativa diferente al que se produce en el caso de la dependencia, caracterizado por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el sujeto está consciente de tener un problema causado o desencadenado por su uso que pone en peligro su integridad psicofísica.
- **Adicción:** Uso repetido de una o más sustancias psicotrópicas que permite al individuo estar periódica o crónicamente intoxicado; genera a su vez una compulsión en su consumo que impide el cese voluntario, lo cual puede llevar a cambiar el uso de la sustancia por otra semejante o de más intensos efectos.
- **Co-dependiente:** Pariente, amigo cercano o colega de un paciente consumidor, abusador o adicto a psicotrópicos u otras sustancias.
- **Co-morbilidad:** Diagnóstico dual. Uso múltiple de drogas (poli-adicción) y otras patologías concomitantes a las adicciones (trastornos de personalidad, psicóticos, etc.).
- **Comunidad Terapéutica:** Es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales. Esta modalidad comprende a los supuestos de co-morbilidad psicosocial.
- **Conductas adictivas:** Es el proceso de salud-enfermedad constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos, cuyo origen multicausal en el consumo de drogas involucra factores biológicos, genéticos, psicológicos, farmacológicos y sociales, causando daño progresivo a la calidad de vida.

- **Dependencia:** Término que se usa indistintamente en relación con múltiples drogas psicoactivas (dependencia de drogas, dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancia (dependencia de opiáceos). Término usado también en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de síntomas de abstinencia o cesación del consumo de una sustancia.
- **Dependencia Física:** Estado de adaptación fisiológica del organismo a la ingestión regular de una droga que se manifiesta por la presencia de intensos trastornos físicos cuando la administración de la sustancia se suspende. Tales disturbios como el Síndrome de Abstinencia, se sostienen por la producción de signos y síntomas psíquicos y físicos de naturaleza característica.
- **Dependencia Psíquica:** Condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica y que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o evadir el malestar.
- **Desintoxicación:** Proceso por el cual un individuo es removido y protegido del efecto de un psicotrópico u otra sustancia.
- **Droga:** Sustancia de origen natural, sintético o semi-sintético con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, pero que usadas indebidamente provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción (psicofármacos, tabaco, alcohol, colas, pegamentos y disolventes volátiles).
- **Establecimientos de salud:** Aquellos destinados a brindar y llevar a cabo, la admisión, diagnóstico orientación, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, así como, toda otra medida psicoterapéutica, destinadas a mejorar las condiciones psicofísicas y sociales de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, ya sea en forma ambulatoria o de internamiento, los mismos podrán ser públicos o privados.

- **Filosofía del Tratamiento:** Se refiere a los fundamentos de orden ideológico y supuestos teóricos, en base a los cuales se estructura el programa de tratamiento (Moral, Espiritual, Biológica, Psicológica, Sociocultural, Integrativa multifactorial).

NORMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON CONDUCTAS ADICTIVAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- **Intoxicación:** Condición que sigue a la administración de psicotrópicos u otras sustancias y que da como resultado disturbios en el nivel de conciencia, cognición, percepción, juicio, afecto o conducta y otras funciones psicofisiológicas. El cuadro mantiene relación con el tipo de droga y la Influencia que ésta tenga sobre el nivel de tolerancia, entre otros factores.
- **Prevención del Uso Indebido:** Conjunto de acciones y esfuerzos planificados y continuados encaminados a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al uso indebido, consumo de drogas ilícitas y al uso indebido y abuso de psicofármacos y otras sustancias, con la finalidad de evitar, retrasar su inicio, reducir y/o contrarrestar sus posibilidades de vinculación con las drogas en sus diferentes manifestaciones, presentándola como una conducta nociva a la salud del individuo, la familia y la sociedad.
- **Rehabilitación:** Proceso de recuperación integral del paciente, que apela también a los servicios sociales y comunitarios (alojamiento, educación, capacitación laboral) tendientes a restablecer en las personas sus capacidades, y ayudar al ex adicto a mantener una vida estable y sin drogas.
- **Reinserción Social:** Proceso de atención continuada que incluye todos los elementos de la rehabilitación, prevención de recaída y seguimiento del paciente. También puede incluir la preparación de la familia, los vecinos, la comunidad y el lugar de trabajo, para la reintegración social del ex adicto.

- **Síndrome de Dependencia:** Complejo fenómeno conductual, cognitivo y fisiológico que se desarrolla después del repetido uso de una sustancia y puede ser específico de un tipo de sustancia (tabaco) o bien de una clase de ellas (opiáceos).
- **Sustancia psicoactiva:** Aquella sustancia que sea de uso médico o no se emplea con la intención de actuar sobre el sistema nervioso central para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o con la pretensión de modificar el estado psíquico.
- **Tratamiento de Intoxicación Aguda:** Se refiere al tratamiento específico de los trastornos físicos, fisiológicos y conductuales resultantes de la absorción de una cantidad de sustancias psicoactivas que rebasa las dosis medias de riesgo y la tolerancia, propias de cada persona.
- **Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Aguda:** Se refiere al tratamiento del conjunto de síntomas físicos y psíquicos que se presentan cuando hay abstinencia absoluta o relativa de una sustancia después de un consumo reiterado, generalmente prolongado o en dosis exageradas.
- **Tratamiento de la Dependencia:** Son las técnicas o procedimientos utilizados para ayudar al paciente a conseguir la abstinencia de las sustancias, incluyendo la disminución del riesgo y daño para el logro de una mejor calidad de vida.
- **Tratamiento de la Co-morbilidad Física:** Se refiere a la atención de las complicaciones físicas previas y derivadas del uso de drogas legales o ilegales (enfermedades hepáticas, digestivas, neurológicas, nutricionales, infecciosas).
- **Tratamiento de la Co-morbilidad Psiquiátrica:** Se refiere a la atención de los trastornos psiquiátricos previos o derivados del consumo de drogas legales o ilegales (psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos).

- **Tratamiento de la Co-morbilidad Psicosocial:** Se refiere al manejo de las discapacidades o desajustes psicosociales asociados al consumo de drogas legales o ilegales, los cuales pueden manifestarse en el entorno familiar, laboral, educacional y comunitario.
- **Atención primaria de salud:** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en toda y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
- **Eficacia:** Es la capacidad o potencial científicamente comprobado y de acuerdo a condiciones locales de resolver un problema, y de producir un resultado específico.
- **Eficiencia:** Es el uso racional de los recursos disponibles empleando la tecnología apropiada a las necesidades de la población para obtener el mejor resultado al menor costo.
- **Equidad:** Es la asignación de los recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo, a fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.
- **Participación social:** Es la participación activa y consciente de la población y los diversos sectores sociales en la identificación de necesidades y priorización de soluciones a los problemas de salud para apoyar la gestión de los servicios a nivel de la comunidad.
- **Primer nivel de atención:** Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles en forma inmediata a la población.