



**UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE
GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DERECHO
CARRERA DE DERECHO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
ABOGADA DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DE LA REPÚBLICA**

TEMA:

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE
PROTECCIÓN CON ENFOQUE PRIORITARIO, Y LA APLICACIÓN DE
ACCIONES PARA PREVENIR EL USO Y EL CONSUMO DE DROGAS
PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.**

TUTOR:

AB. GALO CASTILLO CASTRO M.G

AUTORA:

STEFANIA ABIGAIL FELIX ESCOBAR

GUAYAQUIL, 2019

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TEGNOLOGÍA



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCIÓN CON ENFOQUE PRIORITARIO, Y APLICACIÓN DE ACCIONES PARA PREVENIR EL USO Y CONSUMO DE DROGAS PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR	
AUTOR/ ES: Félix Escobar, Stefania Abigail	REVISORES O TUTORES: Ab. Catillo Castro Galo Xavier
INSTITUCIÓN: Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil	Grado obtenido: Abogado de los Juzgados y Tribunales de la República
FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DERECHO	CARRERA: DERECHO
FECHA DE PUBLICACION: 2019	Nº DE PÁGS: 119
ÁREAS TEMÁTICAS: DERECHO	
Palabras claves: Droga, consumo, constitución, Ecuador, rehabilitación.	
RESUMEN: El presente trabajo tiene como objeto analizar factores de riesgo y factores de protección con enfoque prioritario hacia las acciones para prevenir el uso y consumo de drogas en los privados de libertad, previstas en la Constitución de la República, esto de conformidad al Reglamento Ley Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas, según el artículo 6 que es la atención prioritaria, pero nos vamos a centrar de manera concreta a los privados de libertad, por lo que son ellos los que sufren una constante interrupción a un tratamiento y rehabilitación a su adicción, por el entorno que conviven, esto dentro de los centros penitenciarios de forma constante y vinculada con sustancias sujetas a fiscalización, como es el ingreso prohibido de estas sustancias para su recaída y adicción continua, sin remedio ni oportunidad a una óptima rehabilitación social y rehabilitación a los problemas de adicción. La situación del régimen penitenciario declarado en emergencia a través de la Defensoría del Pueblo a través de su Informe No. DPE-MNPT- 2017-0016-I, del 18 de agosto del 2017, esto referente a las novedades al Régimen de Rehabilitación Social en los centros penitenciarios de la Ciudad de Guayaquil	
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR: Felix Escobar Stefania Abigail	Teléfono: 0986505751	E-mail: stefaniafelix-20@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	<p>MSC. MARCO ARTURO ORAMA SALCEDO-DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DERECHO</p> <p>MSC. CARLOS PÉREZ LEYVA- DIRECTOR DE LA CARRERA DE DERECHO</p> <p>Teléfono: 2596500</p> <p>Decanato: ext.249</p> <p>E-mail: Decano: <u>moramass@ulvr.edu.ec</u></p> <p>Director: <u>cperez@ulvr.edu.ec</u></p>	

Urkund Analysis Result

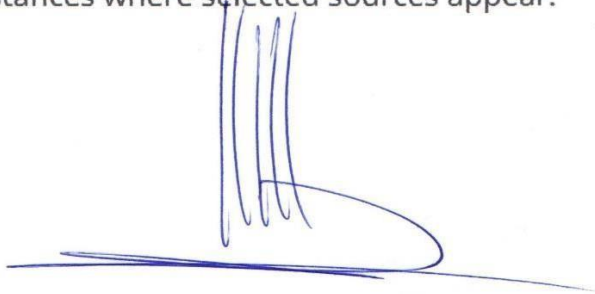
Analysed Document: tesis de Stefania Felix Escobar analisis de los factores de riesgo.docx (D54722351)
Submitted: 8/6/2019 6:29:00 PM
Submitted By: ibetancourt@ulvr.edu.ec
Significance: 7 %

Sources included in the report:

TESIS De Penal de Stefania Felix Escobar.docx (D47467306)
1161914.pdf (D51251690)
Trabajo final Dr. Hugo Guaman.docx (D29969491)
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
<https://www.cfn.fin.ec/wp-content/uploads/2018/11/Reglamento-a-la-Ley-de-Prevencion-Integral-Fenomeno-Socioeconomico-Drogas.pdf>
https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984966_5.pdf
<http://lalineadefuego.info/2012/12/13/reformas-penitenciarias-en-ecuador-no-contribuyen-al-proceso-de-rehabilitacion-por-beatriz-villareal>
9a4d12e4-fe51-4651-9505-03835461b233
1d06e62c-720c-4cb2-9385-e7756c4bb0ec
a704549d-12bd-4b7d-8f25-c56d184b53e9

Instances where selected sources appear:

34




CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación **ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCIÓN CON ENFOQUE PRIORITARIO Y LA APLICACIÓN DE ACCIONES PARA PREVENIR EL USO Y EL CONSUMO DE DROGAS PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**, designado(a) por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Sociales y Derecho de la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil.

CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado en todas sus partes el Proyecto de Investigación titulado: **ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCIÓN CON ENFOQUE PRIORITARIO Y LA APLICACIÓN DE ACCIONES PARA PREVENIR EL USO Y EL CONSUMO DE DROGAS PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**, presentado por la estudiante STEFANIA ABIGAIL FELIX ESCOBAR como requisito previo, para optar al Título de **ABOGADO DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DE LA REPÚBLICA**, encontrándose apto para su sustentación.

Firma:


Ab. GALO CASTILLO CASTRO Mgs.

C.C. 091488539-7

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHO PATRIMONIALES

La estudiante egresada STEFANIA ABIGAIL FELIX ESCOBAR, declara bajo juramento, que la autoría del presente proyecto de investigación, Análisis de los factores de riesgo y los factores de protección con enfoque prioritario y la aplicación de acciones para prevenir el uso y el consumo de droga prevista en la constitución de la República del Ecuador.

Corresponde totalmente a la suscrita y me responsabilizo con los criterios y opiniones científicas que en el mismo se declaran, como producto de la investigación realizada.

De la misma forma, cedo los derechos patrimoniales y de titularidad a la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil, según lo establece la normativa vigente.

Autor

Firma:



STEFANIA ABIGAIL FELIX ESCOBAR

C.I. 0950759308

DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por darme la sabiduría necesaria en mi tiempo de investigación, las fuerzas de salir adelante en todo este tiempo de mi carrera universitaria y por enviarme ángeles a mi vida que de una u otra forma estuvieron guiándome.

A mi madre por ser la guía a lo largo de mi carrera quien siempre confío en mí brindándome su inmenso apoyo, aquella persona que nunca me dejó caer en momentos muy difíciles de mi vida, que con su palabra de aliento siempre me anima a salir adelante.

A mi padre por tenerme la paciencia necesaria todo este tiempo de mi carrera, a mis hermanos que de una u otra manera estuvieron apoyándome, y sobre todo mi tesis se la dedico más a Dios ya que sin él no podría lograr nada en esta vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado, durante toda mi carrera y nunca dejarme sola en los momentos muy duros de mi vida, por darme los conocimientos necesario en cada etapa de mi proyecto de investigación, estoy muy agradecida con Dios ya que sin el mi vida no tendría sentido.

Le agradezco a mi Madre por brindarme todo su apoyo incondicional por motivarme cada día durante mi carrera y por darme ánimos de salir adelante y nunca permitir que mis sueños queden en el abandonó, agradezco a mi padre y hermanos por el apoyo necesario.

Le agradezco a mi Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil, a mi tutor, y aquellos docentes que trasmitieron sus conocimientos y experiencias durante el ejercicio de su profesión.

Índice General

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	ii
CERTIFICADO DE URKUND	iv
CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR	v
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHO PATRIMONIALES	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv

Introducción	1
--------------	---

Capítulo 1.-	2
---------------------	---

1. Problema a investigar	2
---------------------------------	---

1.1. Tema	2
-----------	---

1.2. Problema que se va a investigar	2
--------------------------------------	---

1.3. Formulación del problema	5
-------------------------------	---

1.4. Sistematización	5
----------------------	---

1.5. Objetivos de la investigación	5
------------------------------------	---

1.5.1. Objetivo general	5
-------------------------	---

1.5.2. Objetivo específicos	6
-----------------------------	---

1.6. Justificación de la necesidad, actualidad e importancia del tema	6
---	---

1.7. Delimitación o alcance de la investigación	8
---	---

1.8. Hipótesis	9
----------------	---

1.9. Línea de investigación	9
-----------------------------	---

Capítulo 2.-	10
---------------------	----

Fundamentación Teórica	10
------------------------	----

2.1. Marco teórico	10
--------------------	----

2.1.1. Marco teórico referencial	10
----------------------------------	----

Epígrafe I	10
------------	----

2.1.1.1. El infractor y su adicción en Centro de Privación de Libertad y Rehabilitación Social	10
--	----

2.1.1.1.1. El Delito Como Hecho Jurídico y de política criminal	11
---	----

2.1.1.1.2. Criminalización del uso de sustancias sujetas a fiscalización	12
--	----

2.1.1.1.3. Los sujetos expuestos a la criminalización por uso de sustancias	13
---	----

2.1.1.1.4. Elementos objetivos y subjetivos de la acción penal	14
--	----

2.1.1.1.5. Acumulación de penas en el delito de tráfico de drogas	15
---	----

2.1.1.1.6. Encarcelamiento de adictos	16
2.1.1.1.7. Las drogas en los centros Penitenciarios	17
2.1.1.1.8. La Droga un Problema para la Cárcel	18
2.1.1.1.9. Consumo de drogas en los centros de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley	20
2.1.1.1.10. Acción de las drogas y su Farmacodependencia	21
2.1.1.1.11. Rasgos de la Personalidad y la Farmacodependencia	22
2.1.1.1.12. Consecuencias de la Farmacodependencia y de enfermedad poli causal	23
2.1.1.1.13. Teorías sobre la etiología de las adicciones	24
Epígrafe II	25
2.1.1.2. Bien jurídico protegido de las personas privadas de libertad (PPL)	25
2.1.1.2.1. Derechos en el nuevo régimen constitucional del Ecuador	25
2.1.1.2.2. Derechos del buen vivir	27
2.1.1.2.3. Derechos de las personas privadas de libertad (PPL)	28
2.1.1.2.4. Derechos de las Personas privadas de libertad (PPL) como grupo vulnerable o prioritario	30
2.1.1.2.5. Derechos de las Personas privadas de libertad (PPL) como doble grupo Vulnerable	32
2.1.1.2.6. Obligaciones de las personas privadas de libertad (PPL)	33
2.1.1.2.7. Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano la reglamentación de los derechos de las personas privadas de la libertad	34
Epígrafe III	39
2.1.1.3. El sistema de rehabilitación social instituido para los PPL	39
2.1.1.3.1. La rehabilitación social como eje fundamental para la reinserción y como un compromiso Social	39
2.1.1.3.2. Derecho a la integridad física y moral en los centros de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley	40
2.1.1.3.3. Axioma del sistema de Rehabilitación Social	42
2.1.1.3.4. Fines del Sistema de Rehabilitación Social	44
2.1.1.3.5. Manejo del sistema de rehabilitación social	45
2.1.1.3.6. El régimen de control de visitas a los centros de rehabilitación social	50
2.1.1.3.7. Ingreso de artículos prohibidos al interior de los centros de rehabilitación social	52
2.1.1.3.8. La acción penal por el delito de ingreso de artículos prohibidos al interior de los centros de rehabilitación social	53
2.1.1.3.9. Sistema progresivo de rehabilitación social	54
2.1.1.3.10. Sistema de vigilancia electrónica	57
2.2. Marco conceptual	59
2.3. Marco legal	76
Capítulo 3.-	91
3. Marco Metodológico	91
3.1. Metodología	91

3.2. Procedimiento metodológico	92
3.3. Tratamiento y análisis de la investigación	95
3.3.1. Análisis de los resultados recolectados en el Centro de Privación de Libertad de Guayaquil.	95
3.4. Criterios para elaborar conclusiones, recomendaciones y propuesta a Consideración	107
3.4.1. Conclusiones	107
3.4.2. Recomendaciones	108
3.4.3. Propuesta a consideración	109
Bibliografía	113
Anexos.-	116

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 1	97
TABLA 2	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 2	98
TABLA 3	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 3	99
TABLA 4	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 4	100
TABLA 5	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 5	101
TABLA 6	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 6	102
TABLA 7	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 7	103
TABLA 8	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 8	104
TABLA 9	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 9	105
TABLA 10	ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 10	106

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 1	97
GRÁFICO 2	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 2	98
GRÁFICO 3	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 3	99
GRÁFICO 4	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 4	100
GRÁFICO 5	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 5	101
GRÁFICO 6	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 6	102
GRÁFICO 7	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 7	103
GRÁFICO 8	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 8	104
GRÁFICO 9	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 9	105
GRÁFICO 10	PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 10	106

Resumen

El presente trabajo tiene como objeto analizar factores de riesgo y factores de protección con enfoque prioritario hacia las acciones para prevenir el uso y consumo de drogas en los privados de libertad, previstas en la Constitución de la República, esto de conformidad al Reglamento a Ley Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas, según el artículo 6 que es la atención prioritaria, pero nos vamos a centrar de manera concreta a los privados de libertad, por lo que son ellos los que sufren una constante interrupción a un tratamiento y rehabilitación a su adicción, por el entorno que conviven, esto dentro de los centros penitenciarios de forma constante y vinculada con sustancias sujetas a fiscalización, como es el ingreso prohibido de estas sustancias para su recaída y adicción continua, sin remedio ni oportunidad a una óptima rehabilitación social y rehabilitación a los problemas de adicción.

La situación del régimen penitenciario declarado en emergencia a través de la Defensoría del Pueblo a través de su Informe No. DPE-MNPT-2017-0016-I, del 18 de agosto del 2017, esto referente a las novedades al Régimen de Rehabilitación Social en los centros penitenciarios de la Ciudad de Guayaquil, fue fundamental para la declaratoria del estado de excepción, como también de los últimos incidentes de amotinamientos, peleas entre bandas al interior del centro, lo que ha ocasionado la muerte de seis internos, y veintiocho heridos, fundamento para plantear un análisis de los factores de riesgo y los factores de protección con enfoque prioritario, y la aplicación de acciones para prevenir el uso y el consumo de drogas previstas en la constitución de la república del Ecuador.

Palabras claves: Droga, consumo, constitución, Ecuador, rehabilitación.

Abstract

The objective of this paper is to analyze risk factors and protective factors with a priority focus on actions to prevent the use and consumption of drugs in the deprived of liberty, provided for in the Constitution of the Republic, in accordance with the Integral Prevention Act Regulation. Drug Socioeconomic Phenomenon, according to article 6, which is the priority attention, but we are going to focus in a concrete way on those deprived of liberty, so that they are the ones who suffer a constant interruption to a treatment and rehabilitation to their addiction, for the environment they live in, this within the penitentiary centers in a constant way and linked to controlled substances, such as the prohibited entry of these substances for their relapse and continuous addiction, without remedy or opportunity for optimal social rehabilitation and rehabilitation addiction problems.

The situation of the penitentiary regime declared in emergency through the Ombudsman's Office through its Report No. DPE-MNPT-2017-0016-I, of August 18, 2017, this referring to the news to the Social Rehabilitation Regime in the prisons of the City of Guayaquil, was fundamental for the declaration of the state of emergency, as well as the latest incidents of riots, fights between gangs inside the center, which has resulted in the death of six inmates, and twenty-eight wounded, foundation to propose an analysis of risk factors and protection factors with a priority focus on deprived of liberty, and application of actions to prevent the use and consumption of drugs provided for in the constitution of the Republic of Ecuador.

Key words: Drug, consumption, constitution, Ecuador, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Las personas privadas de libertad se encuentran dentro del grupo de personas más vulnerables de la sociedad, según la Constitución de la República del Ecuador, por lo que se busca que estas personas reciban atención prioritaria y especializada, así como recibir el trato adecuado, bajo el enfoque del cumplimiento terapéutico-psiquiátrico y psicológico dentro del sistema de rehabilitación social, ya que la Defensoría del Pueblo a través de su Informe No. DPE-MNPT-2017-0016-I, del 18 de agosto del 2017, ha indicado varias observaciones: que el número de personal médico es insuficiente de acuerdo al número de PPL, cuya población es de 2.000 PPL aproximadamente, tal como lo señala el Modelo de Gestión de Servicios de Salud en Contextos Penitenciarios, por lo que el equipo de médicos actual, no es suficiente para atender a todas las personas privadas de la libertad que necesitan atención.

En este sentido, se debe recalcar la importancia del cumplimiento del tratamiento de adicciones que se está realizando en el Centro penitenciario, no obstante, se debe mencionar la necesidad de mejorar la atención de la salud física y mental de manera oportuna y con correctos programas de recuperación de adicciones.

Capítulo I

11. Tema

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCIÓN CON ENFOQUE PRIORITARIO, Y LA APLICACIÓN DE ACCIONES PARA PREVENIR EL USO Y EL CONSUMO DE DROGAS PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

12. Planteamiento del problema

Para explicar detalladamente el escenario al problema existente, considero que en nuestro país, hay propósitos y políticas estatales para con los consumos de sustancias psicoactivas y de su problemática que de ellos derivada, como los estudios epidemiológicos sobre prevalencias y perfiles en diversos segmentos poblacionales (población general, escolares, jóvenes, población penitenciaria), encuestas que al respecto conllevan a percepciones en demandas de actuación, investigaciones de evaluación de determinados programas preventivos por parte del estado a través de sus órganos competentes.

La persona de cualquier índole social, edad o creencia que consume una droga, esta permanece en la sangre y se va liberando a través de la descomposición dentro del cuerpo y por la eliminación a través de los mecanismos de excreción corporal, así, la orina recoge no solo la sustancia originalmente usada, sino además sus metabolitos o productos de desecho. Las pruebas de detección se basan en la interacción de algunos compuestos químicos comerciales llamados reactivos, que al unirse con las sustancias a detectar o a sus metabolitos en la orina, producen una reacción medible por el examinador.

La técnica utilizada, generalmente inmunocromatografía sobre papel permite detectar la presencia de un gran grupo de materias activas (Manno, 1986). Un resultado positivo significa que en el momento del examen existía en la orina la sustancia o algunos de sus metabolitos. El significado clínico de este resultado indica que la persona ha consumido la sustancia en algún momento durante el tiempo de cobertura de la prueba. Cada sustancia tiene un tiempo de cobertura distinto: cocaína (4 a 7 días), anfetaminas y éxtasis (48 horas), marihuana (21 a 30 días), benzodiazepinas (3 días), barbitúricos (24 a 48 horas) y metadona (3 días) (McPherson, R.A. y Pincus, M.R., 2006).

Que la permanencia de droga en la orina va a depender del peso del individuo, la cantidad y frecuencia de la droga administrada, el funcionamiento hepático del individuo, la capacidad de absorción y eliminación de esta. Como parte de algunas políticas públicas de control de drogas se requiere que los programas de prevención o tratamiento brinden resultados que sean medibles para garantizar la efectividad de ellos y optimizar el uso de los recursos estatales, y que puede acabar en prisión, al mismo tiempo que la prisión pasa a ser el detonador para el consumo masivo, ya que el tráfico de drogas dentro de las prisiones forma parte de la dinámica cotidiana, estableciéndose el binomio consumo-tráfico (Unidas, 2003).

Fundamentando críticamente esta problemática, es menester mencionar que la situación del consumo de drogas se agrava cuando ocurre dentro de centros penitenciarios ya que no solo producen daños a los reclusos, sino que afectan al sistema penitenciario debido a que incrementan la violencia y la corrupción. Como lo menciona Castellanos (2007) ocurren riñas y agresiones físicas debido a que quienes consumen roban pertenencias para venderlas o empeñarlas y obtener dinero pagar sus deudas o comprar más droga, además, una práctica común entre quienes distribuyen droga lesionen o maten a los internos que deben fuertes cantidades de dinero, como una medida de ejercer presión entre los deudores e intimidarlos para que paguen.

Por otro lado, aunque no debería ocurrir, las autoridades y el personal de seguridad permiten la venta, posesión y el consumo de drogas a cambio de dinero. Algunos autores (Medina-Mora, M.E.; Real, T.; Villatoro, J. y Natera, G., 2013) coinciden en que la comisión de delitos está íntimamente vinculada al consumo de drogas, ya que alrededor de un 60% de quienes se encuentran en prisión cometieron el delito bajo los efectos del alcohol y/o alguna droga, o la finalidad de delinquir fue conseguir dinero para financiar su adicción. Es así que el consumo de drogas en los centros penitenciarios, está presente como una práctica habitual con patrones de consumo que van de moderado a excesivo, favorecida por condiciones ambientales y sociales como lo son la disponibilidad de tiempo libre, fácil acceso a ellas, hacinamiento, sobrepoblación, tolerancia hacia el consumo, etc. (Castellanos, 2007). Como también la prisión puede ser una oportunidad para la intervención, por tratarse de una institución que facilita, en un espacio limitado, el uso de recursos básicos, imprescindibles y multidisciplinarios de cara a la reinserción, ya que, en muchos casos la

detención interrumpe una espiral de consumos y delitos. Si bien hace falta evaluar muchos de los programas e intervenciones realizados en prisiones los expertos y técnicos que trabajan en ellos consideran que en algunos aspectos sus resultados son notables, sobre todo si se realiza la comparación con el punto de partida de los propios usuarios.

13. Formulación del problema

¿Será eficaz la aplicación implementar una Unidad de Asistencia Médica Ambulatoria Intensiva de Salud Mental para el Tratamiento de Drogas dentro del Centro de Privación de Libertad de Guayaquil, bajo el enfoque del cumplimiento terapéutico-psiquiátrico y psicológico convirtiéndose así en fundamental para el sistema de rehabilitación social en la institución penitenciaria?

14. Sistematización del problema

¿Cómo incide el abandono a los propósitos del Régimen de Rehabilitación Social en relación a la aplicación de acciones para prevenir el uso y consumo de drogas como uno de los principales ejes de la justicia ecuatoriana?

¿Cómo se podrá lograr el propósito a una adecuada rehabilitación como un factor en desarrollar la garantía de los derechos de los privados de libertad?

¿De qué manera son vulnerados los derechos fundamentales de las y los privados de libertad por parte de institución penitenciaria?

15. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo General

Analizar el cumplimiento a los propósitos del Régimen Ecuatoriano de Rehabilitación Social en la aplicación de acciones para prevenir el uso y consumo de drogas en los centros penitenciarios.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Proponer lineamientos referentes a la aplicación de políticas públicas al régimen penitenciario para el cumplimiento de la Reinserción Social y protección de derechos de las personas privadas de la libertad.

2. Fundamentar teórica y jurídicamente el aspecto prioritario a los privados de libertad dentro del Régimen de Rehabilitación Social.
3. Analizar los factores de riesgo y factores de protección en prevenir el uso y consumo de drogas con enfoque prioritario a la Reinserción Social.

1.6. Justificación de la investigación

Considerando que factores de riesgo y factores de protección con enfoque prioritario, esto encaminado a las acciones para prevenir el uso y consumo de drogas serán dirigidas de manera prioritaria a niños, niñas, jóvenes, adolescentes, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, privados de libertad, personas con enfermedades catastróficas y las demás previstas en la Constitución de la República del Ecuador, esto de conformidad al Reglamento Ley Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas, del artículo 6 que es la atención prioritaria, pero nos vamos a centrar de manera concreta a los privados de libertad, por lo que son ellos los que sufren una constante interrupción a un tratamiento y rehabilitación a su adicción, por el entorno que conviven, esto dentro de los centros penitenciarios de forma constante y vinculada con sustancias sujetas a fiscalización, como es el ingreso prohibido de estas sustancias para su recaída y adicción continua, sin remedio ni oportunidad a una óptima rehabilitación social y rehabilitación a los problemas de adicción.

La situación del régimen penitenciario declarado en emergencia a través de la Defensoría del Pueblo a través de su Informe No. DPE-MNPT-2017-0016-I, del 18 de agosto del 2017, esto referente a las novedades al Régimen de Rehabilitación Social en los centros penitenciarios de la Ciudad de Guayaquil, fundamento para plantear un *ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE PROTECCIÓN CON ENFOQUE PRIORITARIO Y LA APLICACIÓN DE ACCIONES PARA PREVENIR EL USO Y EL CONSUMO DE DROGAS PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*, ya que alrededor de 2.000 privados de libertad presentaron el denominado síndrome de abstinencia de alcohol y otras drogas, conllevando a las reacciones físicas y psicológicas que tiene una persona con dependencia a las drogas, presentando cuadros depresivos y los síntomas como ansiedad, temblores, insomnio, vómitos, diarrea, signos del síndrome de abstinencia y, que podría desencadenar en el suicidio de reclusos.

Se elaboró un informe publicado en el año 2013 por el Observatorio Europeo de Drogas, mismo que se refiere a los problemas de adicción de las PPL, y estos pueden ser por factores de riesgo. El 11 de diciembre del 2017, falleció un interno en el Centro de Rehabilitación Regional Guayas, por causa del síndrome de abstinencia ya que no recibía el tratamiento médico oportuno, y los niveles de violencia aumentan en tales centros penitenciarios, ya que la persona con problemas de adicción busca por cualquier medio obtener las sustancias. Fue así que el Ministerio de Salud elaboró un plan de contingencia para tratar los problemas de adicción de las personas privadas de libertad –PPL, cuyo programa piloto incluyó a 40 médicos, entre residentes y psicólogos, además, trabajadores sociales que apoyen en el proceso de interrupción.

En otros países bajo la premisa del informe del Observatorio Europeo de Drogas del 2013, recalca que *"los presos con dependencia a drogas deben ser identificados como población de alto riesgo y blanco de las medidas de prevención"*. Allí, donde el consumo de drogas en las cárceles del país, es una prioridad, este documento de 114 páginas, se sugiere por ejemplo que los diagnósticos de la situación de las cárceles y mecanismos de seguimiento deben ser actualizados permanentemente. Esto permitirá observar cambios de tendencia y, sobre todo, analizar de forma real el problema de la dependencia a las drogas en los presos.

Sin embargo, como tal en el Ecuador no hay datos actuales sobre el consumo de drogas en las cárceles. La encuesta más reciente la realizó el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), en el 2007. En el documento se señala que ocho de cada 10 PPL aceptó que consumía droga y alcohol. A pesar de que los datos fueron recabados hace más de seis años, hoy el porcentaje de PPL que consumen droga y alcohol también se ha elevado, conllevando a que el Régimen de Rehabilitación Social sea declarado en emergencia considerando como prioritario la adicción de las personas privadas de libertad.

17. Delimitación del problema

El problema investigar es de:

CAMPO: Jurídico del Derecho Constitucional y Garantías Penitenciarias

TIEMPO: Periodo de Enero – Diciembre del año 2018

LUGAR-ÁREA: Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, institución encargada del Centro de Privación Provisional de Libertad de Guayaquil.

ASPECTO: Factores de Riesgo y Factores de Protección.

1.8 Hipótesis

Si se aplicará puntualmente lo señalado en el Informe No. DPE-MNPT-2017-0016-I, del 18 de agosto del 2017, emitido por la Defensoría del Pueblo, esto referente a las novedades al Régimen de Rehabilitación Social en los centros penitenciarios de la Ciudad de Guayaquil, se lograría disminuir el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas dentro de los centros penitenciarios de la ciudad de Guayaquil.

Variable dependiente: factores de riesgo y sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

Variable independiente: Informe No. DPE-MNPT-2017-0016-I

1.9 Línea de investigación.

La presente trabajo enmarca en la línea de investigación de la ULVR referente a los derechos humanos, sociedad civil y gestión de la comunicación, considerando a la salud como un factor fundamental para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas dentro de los centros de privación de libertad.

Capítulo II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Nuestro trabajo de investigación se base en una investigación explicativa y en forma legal a las normas jurídicas vigentes prescritas al tema, por lo que podemos determinar y sustentar nuestra estructura teórica referencial, como detallamos a continuación los siguientes epígrafes:

Epígrafe I

2.1.1.1. El infractor y su adicción en Centro de Privación de Libertad y Rehabilitación Social

El Dr. Alfonso Zambrano Pasquel, en su libro “Estudio introductorio al Código Orgánico Integral Penal”, referido al Libro Primero, en sus páginas preliminares, se refiere: “Pero resulta contradictorio que se mantengan las dosis de tenencia para consumo, porque se termina criminalizando inconstitucionalmente al consumidor que tenga una cantidad mayor que la dosis permitida.

No se reconoce que un drogo dependiente (que es un enfermo y no un delincuente) no va a pesar la cantidad de droga que porte para su consumo, y si es sorprendido con una dosis mayor será reprimido por tenencia ilegal de sustancia sujetas a fiscalización” (Zambrano, 2014).

Dentro de las adicciones como problema de salud, debemos tener en cuenta a la población de doble vulnerabilidad y las consecuencias que puede producir la falta de prevención y control de la tenencia de drogas esto en diferentes ámbitos, pues conlleva desde el consumo en establecimientos educativos o sus alrededores dada la permisibilidad en portar una cierta cantidad de drogas para consumo personal sin que sea sujeto de sanción penal, y en otros entornos donde la realidad conlleva a que no se ha realizado una evaluación del impacto social y moral al permitir una tabla permisiva de consumo.

2.1.1.1.1. El Delito Como Hecho Jurídico y de política criminal

Una conducta antijurídica y atípica conlleva la atribución de responsabilidades, esto, a hechos lícitos cuando lo contravienen a norma expresa cometida por voluntad del sujeto que la realizan, como es el delito de tráfico de drogas penalizado en el artículo 219 del Código Orgánico Integral Penal; es decir, dentro del marco jurídico la responsabilidad objetiva atribuida por el hecho ilícito, además de la responsabilidad subjetiva por la violación del mandato de la ley ataca el bien jurídico común de la sociedad afectan y dañando a la salud humana porque el consumo de drogas es un peligro que afecta al bien común y la paz social (Peña, 2009).

Las conductas antisociales se pronuncian como una consecuencia de los inestabilidades e inexactitudes generadas dentro del marco legal, como ejemplo la Tabla de cantidades de sustancias estupefacientes y psicotrópicas expedida por el CONSEP, la cual permite un porte mínimo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, permitiendo una serie de comportamientos criminógenos donde se han generado condiciones propicias para los sujetos con problemas de adicción, generando acciones u omisiones por parte de estos sujetos que lesionando bienes jurídicos tutelados a otros por el consumo de drogas, convirtiéndose así en una actividad criminal que atenta contra la sociedad considerado un delito grave (Peña, 2009).

El Estado a través de sus diferentes instituciones, en representación de la sociedad sanciona de manera especial el delito de tráfico ilícito de drogas al ser una actividad criminal que lesionan bienes jurídicos tutelados como la salud, la actividad económica de una sociedad y el bienestar de la familia dentro de la sociedad, por eso es necesario establecer una Política Criminal adecuada a tan completa actividad, ya que como un papel importante del Estado, es el control social cuya legitimación subyace en el hecho de que las leyes penales son necesarias para el mantenimiento de la sociedad.

2.1.1.1.2. Criminalización del uso de sustancias sujetas a fiscalización

La criminalización del uso de drogas, se ha desnaturalizado bajo las políticas aplicadas al uso de drogas y tenencia en mínimas cantidades el rol del Estado, conllevando a que sean direccionadas a ser permisiva la prohibición y aumente la criminalización de los consumidores de drogas.

La intervención a políticas que han provocado distorsiones en la consciencia social sobre la problemática con enfoque a la salud pública, tomando en cuenta la vivencia que se da por este fenómeno que cada vez es creciente y que su trascendencia debería ser manejada por el resultado que incide en los consumidores.

Ante esta realidad la tenencia o posesión en las cantidades fijadas no deben presumir la existencia de un delito, sino la frontera entre el consumo y el tráfico, con esto se hace imprescindible construir un enfoque con miras a un fenómeno social, donde la causa de la participación del Estado y de los referentes comunitarios prohíban una mayor a este fenómeno, y den la cobertura y efectividad a programas de acción preventiva en la sociedad. Sobre todo diagnosticando antecedente lo expresado en la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, en su artículo 6 las clasifica de la siguiente manera: para efectos de prevención y atención integral del uso y consumo, son drogas:

1. Todas las bebidas con contenido alcohólico;
2. Cigarrillos y otros productos derivados del tabaco;
3. Sustancias estupefacientes, psicotrópicas y medicamentos que lo contengan;
4. Las de origen sintético;
5. Sustancias de uso industrial y diverso como: pegantes, colas y otros usados a modo de inhalantes”.

Para efectos de regulación y control, son sustancias sujetas a fiscalización, las que constan en el anexo a la presente ley y se clasifican en:

- A. Estupefaciente;
- B. Psicotrópicas;
- C. Precursores químicos; y, sustancias químicas específicas. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2013)

2.1.1.1.3. Los sujetos expuestos a la criminalización por uso de sustancias

El judicializar de manera directa al consumidor y practicar las pericias toxicológicas o psicosomáticas en el momento procesal dentro del marco legal amerita un presupuesto adicional para el estado, ya que las prácticas de estas pericias son dispuestas muchas veces de manera extemporánea cuando ya el efecto de la droga se ha diluido del organismo del procesado, considerándose así a los consumidores presa fácil de los expendedores.

Les ofrecen droga para su consumo, esto conlleva a una situación de vulnerabilidad al consumidor. En el caso de los expendedores que les ofrecen droga para su consumo, encuadrándose este tipo penal en delito de narcotráfico, a este tipo de sujetos que son imputados de manera más rigurosa en la pena, como un sujeto activo del delito por contemplar los verbos como: vende, oferta, expende, distribuye, etc., contemplado en el artículo 220 del COIP, es quien contamina a la sociedad, propiamente al sujeto que adquiere por necesidad de consumir, entonces este será el sujeto pasivo a quien se le está lesionado su bien jurídico, ya sea por varias causas para que consuma, y a quien se le debe brindar la ayuda y rehabilitación adecuada como lo estipula nuestra Constitución.

2.1.1.1.4. Elementos objetivos y subjetivos de la acción penal

A la acción penal y a sus elementos como partes fundamentales dentro de la teoría del delito, por el cometimiento a un delito debe de contemplarse los elementos constitutivos del mismo, partiendo de la conducta realizada por el sujeto activo la cual tiene como objetivo causar un resultado en entorno exterior de forma que se dé un cambio o transformación que vulnere alguna norma legal (Amato, 2007).

La teoría welzeliana del finalismo, es la que creó la teoría de la acción final tomando como piedra angular la convicción de que la realidad de la vida social no se agota en la “*mera facta*” o en los cursos simplemente causales, sino que existe un cúmulo de conductas o acciones con sentido y fin (Welzer, 2002), por ello, toda acción es una unidad de sentido dominado por la voluntad del individuo para llegar a un fin, y la razón social de una acción no solo se determina por el resultado sino también por la dirección de la voluntad que el autor pone en la acción (Córdoba, 2005).

A fin de que la acción constituye uno de los elementos básicos de la teoría del delito que, a su vez se define como un sistema categorial clasificatorio que elabora a partir de la acción humana y penalmente relevante, los elementos principales frecuentes a todas las formas de delito, por ello, encuentra un punto de conexión básico relacionado a la punibilidad de los actos ya que anuncia los elementos esenciales que delimitan las conductas que son o no sancionables (Muñoz Conde, Francisco, García Arán, Mercedes, 2010).

2.1.1.1.5. Acumulación de penas en el delito de tráfico de drogas

Al hablar de la acumulación de penas como sanción debe darse por una sentencia condenatoria ejecutoriada (COIP, artículo 51); es decir, ser condenado por un delito con anterioridad de la acción penal.

La imposición de una pena por un delito cometido, busca dentro del régimen ecuatoriano cumplir con la función de prevención dentro de la sociedad, reprimiendo bajo un régimen sancionatorio al individuo que quebrante el orden establecido dentro de la sociedad por parte del Estado, de esta manera, no solo se busca sancionar a los delincuentes sino que primordialmente se procura a que el resto de la ciudadanía no cometa delitos (Cerezo Mir, 2006), ya que una pena prevista se da por: 1) En virtud de una ley; 2) Como consecuencia de un hecho; 3) Después de un juicio y 4) Observándose y cumpliéndose con el debido proceso (Etceberry, 2010).

La finalidad de la pena busca evitar la discrecionalidad por parte de los jueces cuando ha existido el cometimiento o no de la acción que viole una norma legal y si la pena a imponer será acorde al delito cometido (Ferrajoli, 2001). La acumulación de penas en el delito de tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, se encuentra establecida en la Resolución No. 02-2019 de la Corte Nacional de Justicia, que cita específicamente: en cuanto a las penas privativas de libertad, no hay ninguna duda, tanto la doctrina como la jurisprudencia, de forma unánime, admiten que todas son acumulables (CONSEP, 2015).

2.1.1.1.6. Encarcelamiento de adictos

La observancia de las normas no puede quedar entregada únicamente a la buena voluntad de los individuos, sino en dirigir sus actos, evitando a que este no transgreda las normas de Derecho. Algunas transgresiones revisten una especial gravedad por lo tanto las más graves se dan en la legislación penal positiva, ya que le corresponde determinar la aplicación de la penas en cuestión de privación de libertad al individuo. Para ello el legislador determina los bienes jurídicos vitales que pasaran a ser protegidos penalmente, mediante la aplicación de penas consistan en describir determinados hechos que se consideran transgresiones penales y que se conminan con una pena.

Es la política de cada Estado como el CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL que se convirtió en una ley aplicable desde su publicación en el Registro Oficial.

En el ámbito procesal aplicable al sistema de las audiencias, y a partir del 10 de Agosto del 2014, en el ámbito sustantivo, adjetivo y ejecutivo; y, entre las novedades trae un nuevo tratamiento punitivo muy interesante relacionado con la penalización del tráfico, comercialización y transportación de drogas ilegales que en general contempla sanciones que responde a un concepto de racionalidad y se consigna una proporcionalidad que está por debajo de las penas altas con que hoy se castigan esas conductas.

La debida proporcionalidad entre la infracción y la pena de acuerdo con las circunstancias, la personalidad de la persona infractora y las exigencias de reinserción social de la persona sentenciada, conforme lo disponen los numerales 11 y 12 del Art. 77 de la Constitución de la República del Ecuador; y, que actualmente no son aplicables por cuanto los delitos sobre tráfico ilegal de drogas es penado con penas de reclusión.

2.1.1.1.7. Las drogas en los centros Penitenciarios

En los centros penitenciarios, existen muchos problemas como el hacinamiento, la insalubridad, etc.; que surgen incontrolablemente en las cárceles a nivel nacional sea poca o mayor la magnitud de consumo interno por los reos o personas privadas de libertad –PPL-. Como manifiesta Cherres García Julio que:

“Los internos que consumen algún tipo de droga es elevado, sin embargo, los programas encaminados para atacar el consumo de drogas al interior de los reclusorios son poco efectivos, ya que el tratamiento consiste sólo en la realización de pláticas hacia la población que acepte participar en estas reuniones, los resultados son poco efectivos ya que no puede haber algún tipo de exactitud en cuanto a la efectividad de este tipo de tratamiento” (Cheres, 1998).

La falta de tratamiento especializado y concretamente la ausencia de clínicas contra adicciones al interior de los Centros de Privación de Libertad y Rehabilitación Social, ha dado como resultado que los programas no tengan mucha importancia, porque solo se limitan a charlas e instructivos en los pabellones de hombres en el cual se separaba a la población que sufría problemas de adicción hacia algún tipo de droga. El problema de la drogadicción en las cárceles indica que los tratamientos son poco efectivos, y por las condiciones de la misma institución en la falta de recursos que permitan llevar a cabo tratamientos efectivos, a esto se suma la instigación de la oferta de drogas al interior de los reclusorios en los Centros Penitenciarios.

La negativa por parte de las autoridades en aceptar este problema, sólo ha dado como resultado que las expectativas y posibles soluciones se basen sobre aspectos parciales al problema, como el ataque a la introducción de drogas por el acceso por parte de los familiares que, sin duda es el principal punto de introducción de estupefacientes hacia los centros penitenciarios, y por otra parte, el cambio del régimen de seguridad penitenciaria en Guayaquil, ha conllevado a que los internos adictos no puedan consumir y sufrieran algunos desmayos a los cuales los médicos diagnosticaron como el síndrome de abstinencia.

2.1.1.1.8. La Droga un Problema para la Cárcel

El tráfico de estupefacientes dentro de las cárceles incrementa drásticamente el número de muertes entre los presos, ya sea por el ofrecimiento interno se dan sobredosis y contagio de patologías infectocontagiosas al compartir jeringas y demás objetos; la problemática de la droga en las prisiones. De lo poco que conozco a cerca de este problema, a través de los medios de televisión, prensa, radio donde se ha intervenido con estados de excepción por los últimos antecedentes suscitados al interior de la misma, donde han habido enfrentamiento entre reclusos, que es motivo de preocupación para atender esta compleja problemática.

2.1.1.1.9. Consumo de drogas en los centros de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley

La situación del consumo de drogas se agrava cuando ocurre dentro de los centros de privación de la libertad, donde la corrupción de las autoridades y el personal de seguridad que permiten la venta, posesión y el consumo de drogas a cambio de dinero es frecuente, las sustancias que se consumen al interior de estos lugares son: marihuana, cocaína, inhalantes, cocaína en polvo y benzodiazepinas y cualquier tipo de relación con la droga; además, el tráfico de drogas dentro de las prisiones forma parte de la dinámica cotidiana, estableciéndose el binomio consumo-tráfico (Unidas, 2003). Cuando una persona consume alguna droga, esta no solo produce daño en los demás reclusos, sino que afectan al sistema penitenciario debido a que incrementan la violencia, fomentándose las riñas y agresiones físicas debido a que quienes consumen, además, una práctica común entre quienes distribuyen droga, lesionen o matan a los internos que deben fuertes cantidades de dinero, como una medida de ejercer presión entre los deudores e intimidarlos para que paguen.

2.1.1.1.10. Acción de las drogas y su Farmacodependencia

Cuando una persona consume drogas esta permanece en la sangre y se va liberando a través de la descomposición dentro del cuerpo y por la eliminación a través de los mecanismos de excreción corporal, hacia la orina sus metabolismo o a través de la evacuación de desecho fecal (heces). Las pruebas de detección se basan en la interacción de algunos compuestos químicos comerciales llamados reactivos, que al unirse con las sustancias a detectar en la orina.

La técnica utilizada, generalmente inmunocromatografía (Manno, 1986). Un resultado positivo significa que el resultado clínico indica que la persona ha consumido la sustancia en algún momento durante el tiempo de cobertura de la prueba.

Cada sustancia tiene un tiempo de cobertura distinto: cocaína (4 a 7 días), anfetaminas y éxtasis (48 horas), marihuana (21 a 30 días), benzodiazepinas (3 días), barbitúricos (24 a 48 horas) y metadona (3 días) (McPherson, R.A. y Pincus, M.R., 2006).

Esta acción de consumo por parte de los reclusos, conlleva a causar perturbación psíquica transitoria en el organismo, y cuando falta causa el síndrome de abstinencia. En ausencia del tóxico el síndrome de abstinencia y trastornos de la personalidad como el denominado borderline que dan lugar a intervalos de tipo psicótico que anulan parcial o completamente la responsabilidad del individuo (Garza, 2004).

En este contexto, las adicciones están catalogadas como uno de los mayores problemas de la actualidad, por lo que es de suma importancia controlar y lograr disminuir aquellos elementos o factores que puedan propiciar el consumo, para así evitar el deterioro de las funciones neuropsicológicas durante el consumo de sustancias (Molina, 2013).

2.1.1.1.11. Rasgos de la Personalidad y la Farmacodependencia

Un modelo psicológico que interprete el consumo y sus posibles efectos en el individuo, sobre los rasgos de personalidad como factor de riesgo, se da a través de las diferentes investigaciones revisadas, mismas que sugieren que existen ciertos rasgos factores podría ser de gran utilidad para comprender la etiología y la progresión del consumo como el test BFQ-NA (Bullón F y otros, 2012)

Se han logrado, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que es posible afirmar que presentan una serie de características en la personalidad de la persona adicta, esto a través de manifestaciones de su comportamiento, que sirve como indicador para poder sospechar que se encuentra ante un posible caso de dependencia de drogas, estos indicadores involucran así también otros elementos que involucran factores de orden ambiental, otros como el rendimiento escolar, falta manifiesta de motivación, así como la distancia y los problemas de comunicación con miembros significativos e importantes de la familia; otros aspectos que se han de tener presente son los cambios de carácter, las manifestaciones de trastornos de ansiedad y la depresión (UNODC, 2013).

2.1.1.1.12. Consecuencias de la Farmacodependencia y de enfermedad poli causal

Según el CIE-10, los trastornos mentales y del comportamiento que ocurren en ocasión al consumo de sustancias psicotrópicas, estas conllevan a trastornos con gravedad variable que incluyen: intoxicación no complicada, consumo perjudicial, cuadros psicóticos y demencia manifiestos, todos como consecuencia al consumo de una o más sustancias psicotrópicas, tomando en cuenta adicionalmente las prescritas por orden médica, se caracterizan los trastornos debido a: consumo de alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes incluyendo la cafeína, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (Association, 2015), y los consumos a estas sustancias se diagnostican de uno a otro:

- Intoxicación Aguda: se trata de un estado transitorio posterior al consumo de alcohol o de sustancias psicotrópicas que tiene como consecuencia alteraciones en la conciencia, percepción, estado afectivo, cognición y comportamiento.
- Intoxicación patológica: termino que solo se aplica al consumo de alcohol, se trata de la aparición repentina de cambios bruscos en el comportamiento tornándose agresivo y violento.
- Consumo perjudicial: se trata de una forma de consumo que afecta la salud física y mental.
- Síndrome de dependencia: se trata de un deseo insuperable o compulsión de ingerir la sustancia psicotrópica, alcohol o tabaco, con disminución importante de la capacidad de controlar el consumo, desarrollando tolerancia progresiva

Incluye manifestaciones que van desde el ámbito fisiológico incluyendo comportamiento y cognición.

- Otros trastornos incluyen el Síndrome de Abstinencia y el Trastorno Psicótico. Así mismo la drogadicción responde a una serie de factores predisponentes, condicionantes y desencadenantes.

Factores predisponentes.- están relacionados con la historia personal del individuo.

Factores condicionantes.- están dados por el medio social en general.

Factores desencadenantes.- puede ser cualquier crisis vital.

2.1.1.1.13. Teorías sobre la etiología de las adicciones

Teorías Biológicas.- Estas teorías concentran su foco de atención sobre la existencia de condiciones fisiológicas.

Teorías Psicodinámicas.- Su atención se da entre el abuso de las drogas y la libido que el sujeto utiliza la droga como sustituto de la satisfacción sexual.

Teoría Conductuales o de Condicionamiento.- se trata de desaprender la conducta auditiva reemplazándola con otro comportamiento.

Teorías de Orientación sistemática.- muestra el resultado de un equilibrio patológico en un sistema de atención.

Epígrafe II

2.1.1.2. Bien jurídico protegido de las personas privadas de libertad (PPL)

La legislación penal al tipificar el delito de tráfico ilícito de drogas, regula una serie de conductas de disvalor antijurídico como la producción, elaboración tráfico comercialización y micro comercialización; esta regulación jurídica penal responde a la necesidad de proteger la Salud Pública como bien jurídico de protección, que ha de entenderse como aquel nivel de bienestar físico y psíquico que afecta a la colectividad, a la generalidad de los ciudadanos según la Organización Mundial de la Salud. Así también como se desprende de la Convención Única de 1961 y conferencia de Naciones Unidas para la aprobación de una Convención Única sobre estupefacientes, Naciones Unidas, Nueva York de 1964 al estimarse la tutela de la salud de la población en su aspecto físico y moral.

2.1.1.2.1. Derechos en el nuevo régimen constitucional del Ecuador

En cuanto a nuestra actual Constitución de la República del Ecuador, ha determinado una nueva forma, de señalar los derechos; y así el Título II Derechos, encierra todo lo concierne a los derechos ciudadanos, que los determina de la siguiente manera.

a) Capítulo I. Principios de aplicación de los Derechos, (Arts. 10 y 11).

b) Capítulo II. Derechos del Buen Vivir, con las siguientes secciones:

Primera: Agua y alimentación.

Segunda: Ambiente sano.

Tercera: Comunicación e información

Cuarta: Cultura y Ciencia.

Quinta: Educación.

Sexta: Hábitat y vivienda.

Séptima: Salud

Octava: Trabajo y seguridad social

c) Capítulo III. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, con las secciones siguientes:

Primera: Adultas y adultas mayores.

Segunda: Jóvenes,

Tercera: Movilidad humana.

Cuarta: Mujeres embarazadas

Quinta: Niñas, niños y adolescentes.

Sexta: personas con discapacidad.

Séptima: Personas con enfermedades catastróficas.

Octava: Personas privadas de la libertad.

Novena: Personas usuarias y consumidoras.

d) Capítulo IV. Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades.

e) Capítulo V. Derechos de participación.

f) Capítulo VI. Derechos de libertad.

g) Capítulo VII. Derechos de la naturaleza.

h) Capítulo VIII. Derechos de Protección.

i) Capítulo IX. Responsabilidades.

Los Derechos y Garantías de los habitantes del Ecuador, para continuar con el Art. 1 proclamando la instauración de un Estado constitucional de derechos y justicia social,

explicando en el Art. 3 que son deberes primordiales del Estado garantizar a sus habitantes sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social, el agua, el derecho a una cultura de paz, a la seguridad integral; y, a vivir en una sociedad democrática y libre de corrupción, a la vigencia de los derechos humanos, las libertades fundamentales de mujeres y hombres, reiterando el Art. 11, que nadie podrá ser discriminado, por ninguna razón, debiendo adoptar el estado medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real a favor de los titulares de los derechos.

2.1.1.2.2. Derechos del buen vivir

El derecho del buen vivir tiene su fundamento en las siguientes disposiciones constitucionales, en el Art. 66, en sus numerales 2 y 27, respectivamente señalan en su parte pertinente, lo siguiente:

“El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental. “El derecho a vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado, libre de contaminación y en armonía con la naturaleza.”

El buen vivir es calidad de vida, donde el bienestar del ser humano es su eje de inicio y de fin de todo el sistema integral de los medios indispensables para su subsistencia en armonía con la naturaleza; de ahí que el Estado debe asegurar los mínimos indispensables, lo suficiente, para que la población pueda llevar una vida sana, libre de violencia, simple y modesta, pero digna y feliz; debe garantizar a los ciudadanos y ciudadanas el mismo acceso a las mismas oportunidades en las mismas condiciones sin discriminación o diferencia; con equidad de género, con respeto a normas claras, previas y públicas a ser aplicadas por la autoridad competente.

2.1.1.2.3. Derechos de las personas privadas de libertad (PPL)

El Modelo de Gestión Penitenciario plantea que la persona al ser sometida a cualquier forma de detención o prisión será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (Compendio Penitenciario, 2013). Esto base a la normativa La normativa constitucional, legal, los Pactos y Tratados Internacionales sobre los Derechos Humanos en torno a las personas privadas de libertad, esto en cuanto tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados. (Constitución 2008, Art. 51). A partir de los derechos establecidos en el Art. 51 de la Constitución Política del Ecuador,

Tratados y convenios internacionales y otras disposiciones legales, toda persona privada de libertad tienen derecho a:

1. Convivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado.
2. No ser aislado como sanción disciplinaria.
3. Contar con las instalaciones sanitarias y médicas necesarias para garantizar la preservación de su vida, salud e integridad física.
4. Un régimen alimenticio suficiente para el mantenimiento de su salud. El agua es fundamental e irrenunciable, esencial para la vida.
5. Que se respete su dignidad en cualquier situación o actividad, así como su intimidad, sin perjuicio de las medidas exigidas para la ordenada convivencia en el Centro.
6. Estudiar mediante los planes, programas, proyectos y actividades educativas - académicas, culturales y de cultura física coordinados y organizados por la Coordinación de Tratamiento y Educación del Centro. Así como a desarrollar su capacidad creativa, cultural, artística, deportiva y al buen uso del tiempo libre.
7. Participar de planes, programas, proyectos y actividades laborales, coordinadas y organizadas por el Área Laboral del Centro, a fin de proporcionar un trabajo y justa remuneración que les permita atender las necesidades básicas de sus familias, costear gastos personales y formar un fondo de ahorro para su egreso.
8. Mantener sus relaciones y vínculos familiares.
9. Disponer en el Centro, locales adecuados y dignos para la realización de visitas familiares e íntimas o respecto a cualquier situación que afecte sus derechos.
10. Que las decisiones que se le apliquen referentes al régimen, tratamiento y beneficios penitenciarios se fundamenten en criterios técnicos.
11. La libertad de conciencia, la libertad de culto, expresada y practicada en forma individual o colectiva, siempre que se profese con respeto a los derechos de las demás personas.
12. Recibir tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, niños y niñas, a las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.
13. Denunciar a las autoridades competentes sobre abusos, torturas y malos tratos de palabra o de obra por parte de los/as funcionarias que trabajan en el Centro.

2.1.1.2.4. Derechos de las Personas privadas de libertad (PPL) como grupo vulnerable o prioritario

La condición de vulnerabilidad se configura por condición que no impide alcanzar los niveles de goce de los derechos fundamentales que tiene el resto de la población, donde su desarrollo integral y personal en cuanto a su condición de privación de libertad, coloca en una situación particular de “vulnerabilidad” y acrecienta el riesgo de agresión y arbitrariedad en las cárceles (Zaidán, 2013). Es importante entender que las medidas de privación de la libertad constituyen la limitación legal del derecho a la libertad y la interdicción civil y política. Todos los demás derechos humanos de las personas privadas de su libertad deben ser respetados, sobre todo los que se refieren a condiciones para el desarrollo de una vida digna acorde a su dignidad humana.

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos estableció que: *En particular, y tomando en cuenta la posición especial de garante de los Estados frente a las personas privadas de libertad, se les respetará y garantizará su vida e integridad personal, y se asegurarán condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad.* Entonces los Estados deben garantizar los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, no sólo con el cumplimiento de obligaciones negativas como la prohibición de las torturas y otros tratos crueles inhumanos y degradantes, sino llevando adelante adecuaciones estructurales dentro de los centros penitenciarios para la dotación de servicios básicos, así como el acceso a alimentación adecuada, educación, salud, derechos sexuales, libertad religiosa, trabajo los Estados deben asumir una serie de responsabilidades particulares y tomar diversas iniciativas especiales para garantizar a las reclusas/os las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna y contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que bajo ninguna circunstancia pueden restringirse o de aquéllos cuya restricción no deriva necesariamente de la privación de libertad y que, por tanto, no es permisible.

Por otro lado bajo la opinión de Villareal (2012) en su artículo “Las Reformas penitenciarias en Ecuador: no contribuyen al proceso de rehabilitación” publicado en “La Línea de fuego” refiere que la Constitución, aprobada el 20 Octubre de 2008 en busca de beneficiar a sectores sociales más vulnerables ha previsto en el Art. 35, la atención especializada y trato prioritario a personas o grupos que por las condiciones presentadas son considerados como vulnerables entre ellos las personas privadas de libertad.

Es así que en el Art. 3 de la constitución establece que el estado cumplirá el papel de garante de los derechos humanos frente a este grupo además el Art. 51 reconoce que no podrán ser sometidas a aislamiento como sanción, derecho a mantener comunicación y visitas por parte de familiares y abogados, así como contar con recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral, atendiendo sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas siendo está la obligación del estado. En tema de rehabilitación Social el Art. 201 señala que el sistema tendrá como finalidad la rehabilitación integral de las personas sentenciadas penalmente “desarrollando sus capacidades para ejercer sus derechos y cumplir sus responsabilidades al recuperar la libertad” (Constitución, 2008).

2.1.1.2.5. Derechos de las Personas privadas de libertad (PPL) como doble grupo vulnerable

En el capítulo tercero, Art. 35 de la Constitución refiere que el Estado prestará especial protección a los derechos de las personas en condición de doble vulnerabilidad y recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Así la constitución (2008) como el Modelos de Gestión Penitenciaria (2013) establecen como grupos de atención Prioritaria a:

- Personas con discapacidad.
- Mujeres embarazadas.
- Adultos mayores.
- Niños y niñas en los Centros de Rehabilitación Social.
- Personas con adicción a drogas.
- Diversidad Cultural.
- Diversidad Sexual.
- PPL con Enfermedad catastróficas o de alta complejidad.

El Modelo de Gestión Penitenciaria establece que debe de ser la atención y el tratamiento a este grupo personas debe ser preferente, especializado e individualizado que no implica discriminación de las personas según sus condiciones donde no se violen los derechos inalienables de las PPL, así también los CRS deberán promover programas para mantener, rescatar y respetar la diversidad cultural y fomentar respeto hacia la diversidad sexual dentro de los Centros (Equipo Técnico Penitenciario, 2013).

2.1.1.2.6. Obligaciones de las personas privadas de libertad (PPL)

Según el Modelo de Gestión Penitenciario toda persona privada de libertad tiene las siguientes obligaciones:

- Cumplir todas las normas y protocolos del régimen interno que regulan la vida y convivencia del Centro de Privación de Libertad, así como las sanciones disciplinarias que se impongan.
- Permanecer en el Centro de Privación de Libertad, por orden judicial establecida, hasta el momento que cumpla su sentencia.
- Cumplir los horarios y actividades establecidas en el Centro.
- Mantener diariamente una adecuada higiene y aseo personal.
- Mantener un ambiente sano, limpio y ecológicamente equilibrado para una armónica convivencia en el Centro de Rehabilitación Social.
- Mantener limpio y en orden su dormitorio asignado; cama, baños, espacios utilizables, pasillos y corredores.
- Colaborar de manera organizada con la limpieza de todas las áreas designadas en el CRS, considerándose estas actividades como parte del Tratamiento y Educación, las mismas que no reciben retribución económica y deberán mantenerse alineadas con las normas de Seguridad establecidas.
- Cuidar y regular el uso del agua.
- Participar de los planes, programas, proyectos y actividades educativas, laborales, culturales y de cultura física, coordinadas y organizadas por Coordinación de Tratamiento y Educación del Centro.
- No ingresar ni poseer armas de cualquier clase, bebidas alcohólicas, drogas de cualquier tipo, medicamentos prohibidos por el personal médico del Centro, objetos de uso personal valiosos como joyas, teléfonos celulares, dinero, libros que inciten a la violencia, revistas y materiales pornográficos.

2.1.1.2.7. Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano la reglamentación de los derechos de las personas privadas de la libertad

En el Código Orgánico Integral Penal en el capítulo segundo sobre los derechos y garantías de las personas privadas de la libertad establece que se respetará:

- Se respetará la integridad de la persona privada de libertad sea esta física, psíquica, moral y sexual.
- Se respetará este derecho durante los traslados, registros, requisas o cualquier otra actividad.
- Se prohíbe toda acción que implique tortura o cualquier forma de trato cruel, inhumano o degradante.
- Se prohíbe cualquier forma de violencia por razones étnicas, condición social, género u orientación sexual.
- Se respetará la libertad de expresión y a recibir información disponible en los centros de privación de libertad.
- Se respetará la libertad de conciencia y religión, siempre y cuando no pongan en riesgo la seguridad del centro de privación de libertad.
- El Estado reconoce el derecho al trabajo, educación, cultura y recreación de las personas privadas de libertad y garantiza las condiciones para su ejercicio. El trabajo podrá desarrollarse mediante asociaciones con fines productivos y comerciales.
- Se respetará la vida privada y la de su familia a la persona privada de libertad.
- La persona privada de libertad tiene derecho a la protección de sus datos de carácter personal, que incluye el acceso y uso de esta información.
- La persona privada de libertad tiene derecho a asociarse con fines lícitos y a nombrar sus representantes, de conformidad con la Constitución de la República y la Ley.
- La persona privada de libertad que tengan sentencia condenatoria ejecutoriada se le suspenderá el derecho de sufragio.
- La persona privada de libertad, tiene derecho a presentar quejas o peticiones ante la autoridad competente del centro de privación de libertad, a la o al juez de garantías penitenciarias.
- La persona privada de libertad, en el momento de su ingreso a cualquier centro de privación de libertad, tiene derecho a ser informada en su propia lengua acerca de

sus derechos, las normas del establecimiento y los medios de los que dispone para formular peticiones y quejas. Esta información deberá ser pública, escrita y estar a disposición de las personas, en todo momento.

- La persona privada de libertad tiene derecho a la salud preventiva, curativa y de rehabilitación, tanto física como mental, oportuna, especializada e integral. Para garantizar el ejercicio de este derecho se considerarán las condiciones específicas de cada grupo de la población privada de libertad.
- En los centros de privación de libertad, el departamento médico contará con personal especializado, diagnósticos, tratamientos y medicamentos serán gratuitos.
- En caso de adicciones a sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que los contengan o de alcoholismo y tabaquismo, el Ministerio de Salud Pública brindará tratamiento de carácter terapéutico o de rehabilitación mediante consultas o sesiones, con el fin de lograr la deshabituación.
- La persona privada de libertad tiene derecho a una nutrición adecuada, en cuanto a calidad y cantidad, en lugares apropiados para el efecto. Tendrá derecho al acceso a agua potable en todo momento.
- La persona privada de libertad tiene derecho a mantener su vínculo familiar y social. Deberá estar ubicada en centros de privación de libertad cercanos a su familia, a menos que manifieste su voluntad contraria o que, por razones de seguridad debidamente justificada o para evitar el hacinamiento, sea necesaria su reubicación en un centro de privación de libertad situado en distinto lugar al de su familia, domicilio habitual y juez natural.
- La comunicación y visita sin perjuicio de las restricciones propias de los regímenes de seguridad, la persona privada de libertad tiene derecho a comunicarse y recibir visitas de sus familiares y amigos, defensora o defensor público o privado y a la visita íntima de su pareja, en lugares y condiciones que garanticen su privacidad, la seguridad de las personas y del centro de privación de libertad.
- La persona privada de libertad de nacionalidad extranjera podrá comunicarse con representantes diplomáticos o consulares de su país.
- El derecho a la visita de familiares o amigos no se considerará un privilegio y no se utilizará como sanción la pérdida del mismo, salvo en aquellos casos en que el contacto represente un riesgo para la persona privada de libertad.

La autoridad competente del centro de privación de libertad reportará a la o al juez de garantías penitenciarias los casos de riesgo.

- La persona privada de libertad, cuando cumpla la condena, reciba amnistía o indulto o se revoque la medida cautelar, será liberada inmediatamente, siendo necesario para ello únicamente la presentación de la orden de excarcelación emitida por la autoridad competente. Las o los servidores públicos que demoren el cumplimiento de esta disposición serán removidos de sus cargos, previo sumario administrativo, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar.
- Proporcionalidad en la determinación de las sanciones disciplinarias: las sanciones disciplinarias que se impongan a la persona privada de libertad, deberán ser proporcionales a las faltas cometidas.
- No se podrán imponer medidas sancionadoras indeterminadas ni que contravengan los derechos humanos”.

El código integral penal establece derechos para las personas privadas de la libertad para garantizar su tratamiento y obtener una rehabilitación, es así como protege a las personas que se encuentran en los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley. Las personas privadas de la libertad se encuentran en un estado de vulnerabilidad al estar reclusas en los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley por lo que se debe cumplir con el objetivo de los centros de darles un tratamiento adecuado para conseguir que estas personas vuelvan a ser reinsertada a la sociedad con actitudes y aptitudes positivas y diferentes a las que él tenía cuando ingreso al Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley.

Epígrafe III

2.1.1.3. El sistema de rehabilitación social instituido para los PPL

La aplicación de programas de tratamiento de adicciones a sujetos bajo la supervisión judicial, de manera diferente a la tradicional y están encaminados a la protección por encima de todo, de la persona. Se sustentan en cuatro aspectos fundamentales:

1. Identificación del perfil.
2. La intervención de manera oportuna.
3. El tratamiento de rehabilitación.

4. El monitoreo por la Corte -durante un periodo de tiempo determinado.

Según el autor Wexler (2005), los elementos a tener en cuenta son: el escenario legal -la existencia de reglas y procedimientos reconocidos por el ordenamiento jurídico-; la existencia de tratamientos y servicios disponibles para la rehabilitación en el que interactúen la Psicología, el Derecho, la Psiquiatría y el Trabajo Social, y por último, la presencia de prácticas y técnicas relacionadas a que los actores legales interacción con el infractor, facilitando su comprensión y conocimiento con respecto a las causas y motivaciones que lo conllevaron a consumir droga y, de esta forma, puede definir adecuadamente lo que resulta más beneficioso para el imputado, a efecto de obtener una rehabilitación apropiada.

2.1.1.3.1. La rehabilitación social como eje fundamental para la reinserción y como un compromiso Social

La rehabilitación de las conductas adictivas desde la perspectiva de la psicología dinámica, se sugiere que en la persona, el consumo de la sustancia sea algo secundario y pase a un segundo plano, para poder hablar de situaciones y cosas que le pasan y que le producen alguna preocupación o sufrimiento, como una estrategia dirigidas a restaurar los factores sociales, así por ejemplo, la educación y el empleo son necesidades más claramente manifiestas por una gran mayoría de reclusas/os, otros factores adicionales que influyen en la reintegración social son la situación de vivienda, acceso a atención de salud física y mental y el apoyo familiar.

Donde la rehabilitación es el único camino para cerrar el círculo de la seguridad integral donde frente a un delito se haga una adecuada investigación criminal con pruebas científicas que permitan una condena en manos de jueces que dicten condenas adecuadas al delito y un sistema penitenciario que rehabilite a las personas privadas de la libertad y les permita su reinserción social y así evitar la reincidencia criminal.

2.1.1.3.2. Derecho a la integridad física y moral en los centros de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley.

Las personas que se encuentran privadas de su libertad, nunca pierden sus derechos y garantías constitucionales porque estos se suspenden mientras cumple la condena, vale decir que mientras se encuentra en cualesquiera de los regímenes penitenciarios él tiene derecho a igual que todo ciudadano el respeto no solo a su integridad física.

También a la parte moral, ya que la convención Americana de Derechos Humanos, en su artículo 5 establece que: “Derecho a la Integridad Personal:

Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

La pena no puede trascender de la persona del delincuente.

Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.

Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.

Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.” (Stiftung., 2014)

Los derechos de las personas privadas de la libertad se amparan en la Constitución, en los Tratados Internacionales de Derechos humanos, los mismos que en algunos aspectos se encuentran vulnerados al hablar de un tratamiento individualizado para cada persona, ya que existe un reglamento nacional a nivel general para los centros de rehabilitación social mas no un reglamento para la aplicación del plan individualizado del cumplimiento de la pena para cada sujeto de acuerdo a su estado físico, psicológico, emocional. En la IX Conferencia Internacional Americana, de 1948, se toma en cuenta un punto muy importante el cual es un tratamiento digno para las personas privadas de la libertad que como ser humano tiene derecho a rehabilitarse a ser reinsertado en la sociedad y que la misma no lo excluya. Así el tratadista Javier Pérez Royo en su obra Curso de Derecho Constitucional sostiene en cambio que el derecho a la integridad física y moral es un derecho modulado por nuestra propia voluntad, lo que se protege es la inviolabilidad de la persona contra toda clase de intervención que carezca de consentimiento de su titular” (Pérez, 2010), esto es que no existe distinción entre las personas privadas de la libertad y el ciudadano que se encuentra gozando de su libertad; y en caso de vulnerarse cuales quiera de esos derechos el afectado podrá acudir a las instancias respectivas exigiendo el respeto de esos derechos bajo prevenciones de no acatarse esa autoridad incurra en un delito de incumplimiento a las decisiones judiciales o a otro tipo de infracciones.

2.1.1.3.3. Axioma del sistema de Rehabilitación Social

El sistema de rehabilitación social es aquel que busca el desarrollo de las capacidades de las personas que se encuentran privadas de su libertad y que cumplan con los deberes que se les impone con el fin de recuperar su libertad con prontitud, este se encuentra definido en la (Constitución de La República del Ecuador, 2008). Por otra parte, en la Enciclopedia Omeba, el autor Argüello (2015) expresa que sistema penitenciario es: “el método de ejecución de penas privativas de libertad, cambiando en cada país de acuerdo a su constitución, leyes, decretos y normas jurídicas” (p.87). En este sentido, el sistema penitenciario busca hacer cumplir con la pena impuesta de acuerdo al delito que haya cometido la persona, dentro de un centro de rehabilitación social buscando el cumplimiento de la pena, ejerciendo actividades inclusivas y de convivencia para preparar y rehabilitar a la persona privada de libertad hasta que pueda reintegrarse a la sociedad de la mejor manera.

El Código Orgánico Integral Penal en su artículo 672 manifiesta que el sistema de rehabilitación social es el conjunto de sistemas y actividades realizadas para la ejecución de una pena; en el artículo 673 se estipulan las funciones de este sistema, entre las cuales destaca: la protección de los derechos de los PPL, desarrollar sus capacidades, su rehabilitación integral con el fin de recuperar su libertad luego del cumplimiento de su condena, la reinserción social y económica, entre otras.

El sistema de rehabilitación social en el Ecuador, consta de cinco principios jurisdiccionales que buscan cumplir con los objetivos propios de la Ley ecuatoriana, reintegrar, socializar, incorporar al privado de libertad a la sociedad y a su familia, aplicando métodos e instrumentos especializados para el tratamiento individualizado de cada sentenciado, los cinco principios se detallan a continuación:

1. Principio de Supremacía Constitucional, es aquel que hace ejercer la autoridad de los jueces y juezas sobre los procesados, tal como se indica en el artículo 172 de la Constitución de la República y el artículo 4 del Código de la Función Judicial.
2. Principio de Legalidad, es el que hace regir las actuaciones de los administradores públicos y la competencia de los jueces y juezas de garantías penitenciarias de acuerdo a lo expuesto en el artículo 230 del Código de la Función Judicial.

3. Principio de progresión, es el tratamiento que se le da a la persona privada de libertad desde el momento que ingresa al CRS, con la apertura de un expediente personal para cada individuo.
4. Principio de jurisdiccionalidad, es el poder que da el soberano a algún administrador de justicia en cualquier ámbito conforme el artículo 152 del Código de la Función judicial.
5. Principio de independencia, se refiere a que los órganos de la función judicial gozarán de independencia externa e interna y se ejecutarán las funciones como la autoridad competente crea conveniente.

2.1.1.3.4. Fines del Sistema de Rehabilitación Social

El sistema de rehabilitación social del Ecuador tiene como fin principal la protección de los derechos y garantías de las personas privadas de libertad, haciendo énfasis en la atención a sus necesidades para desarrollar en ellos capacidades que les ayuden a obtener un beneficio penitenciario con el cual pueden recuperar su libertad con un cumplimiento de la pena de acuerdo a lo establecido en el COIP y en el Reglamento de Rehabilitación Social, así mismo tiene como finalidad evaluar el cumplimiento de las autoridades penitenciarias en el cumplimiento de sus funciones al tratar a este grupo de personas vulnerables (Constitución de La República del Ecuador, 2008).

El sistema de rehabilitación social según la legislación del Ecuador, establece 5 directrices importantes para garantizar el desarrollo armónico de las personas privadas de libertad, las cuales son:

1. Las personas privadas de libertad deben recibir tratamiento individual y se cumplirá su condena mediante sentencia condenatoria ejecutoriada en los centros de privación de libertad o en los provisionales.
2. Ejecutar planes educativos de capacitación laboral, artesanal, agrícola y demás actividades que contribuyan al desarrollo de la salud mental, física, ocupacional del privado de libertad.
3. Se establecerá pena única sobre la que se aplique el tratamiento siendo velado por los jueces de garantías penitenciarias.
4. Reinsertar social y económicamente a las personas privadas de su libertad, luego de estar completamente rehabilitados y listos para ejercer actividades fuera del recinto carcelario.

5. Ejecutar planes y seguimiento para evitar la reincidencia en actos delictivos y actividades ilícitas (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.1.1.3.5. Manejo del sistema de rehabilitación social

El manejo del sistema de rehabilitación corresponde a la Dirección Nacional de Rehabilitación social a través de las direcciones provinciales, que son quienes conviven y palpan la realidad de las personas privadas de la libertad para lo cual dependiendo de las circunstancias o necesidades en el centro se puede:

Traslados.- En los traslados de las personas privadas de su libertad a otro lugar que no sea el Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley, se debe respetar su dignidad humana y sus derechos fundamentales, para esto se debe realizar con la menor exposición posible al público, impidiendo toda clase de publicidad y en condiciones adecuadas de ventilación y luz. Los traslados se realizan con autorización de la autoridad competente, a costa del Estado y jamás debe practicarse con el objeto de castigar, reprimir o discriminar a las personas privadas de su libertad.

Los traslados deberán realizasen siempre con seguridad para las personas privadas de la libertad tanto respetando la integridad física como moral y siempre con el objetivo de beneficio para el mismo para que se dé una mejor rehabilitación, una mejor adaptación, un mejor desenvolvimiento en el centro donde va a ser traslado, que no exista sobre población y de ninguna manera se debe considerar el traslado como castigo.

Personal de los centros de privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley.- El personal de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley debe estar integrado por personas calificadas que hayan sido instruidas en Derechos Humanos, uso progresivo de la fuerza y derechos de las personas privadas de la libertad. Los miembros del personal de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley deben ser cuidadosamente seleccionados de entre personas con integridad ética y moral y con capacitación especial de acuerdo a las particularidades de la población a la cual va a prestar sus servicios.

El personal del Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley debe contar con profesionales en psicología, educación, medicina y en general personas especializadas para el tratamiento de las personas privadas de su libertad. En los centros para mujeres o mixtos, el personal directivo, de custodia y vigilancia, será femenino

y en los centros para niños, niñas y adolescentes, el personal deberá ser especializado para el tratamiento de este grupo.

Los miembros integrantes de la administración de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley deberán ser profesionales y tener vocación para brindar el apoyo, para conseguir una reinserción a la sociedad y un desarrollo personal y social de las personas privadas de la libertad, es por ello que los administrativos no deben tomar el cargo de Directores de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley por un simple trabajo si no siempre por el hecho de contribuir con la sociedad que habitan en estos centros, ayudándoles a estas personas a poder recibir un verdadero tratamiento y puedan estos al terminar con su pena y ser insertados nuevamente a la sociedad.

Registros corporales e inspecciones de instalaciones.- Los registros corporales y las inspecciones de instalaciones deben realizarse con la debida necesidad, razonabilidad y proporcionalidad para lograr la protección de la vida y la integridad de las personas privadas de su libertad. Los registros corporales a las personas privadas de su libertad y sus visitas deben ser acordes a la dignidad humana y los derechos humanos, pese aquello, en todo caso la ley prohíbe los registros vaginales.

Por seguridad dentro de los centros de rehabilitación social se debe controlar paulatinamente todos los lugares dentro del Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley, así como también; los objetos que se ingresen al mismo por medio de las visitas, las herramientas que utilicen las personas dentro del centro para realizar sus actividades diarias.

Régimen disciplinario.- Para la adecuada conducción de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley , los Estados pueden establecer sanciones disciplinarias a las personas privadas de su libertad que violenten las normas de convivencia del centro, las mismas que deben estar contenidas en la ley y no podrán contravenir las normas de derechos humanos; las sanciones que se impongan deben ser susceptibles de control judicial y para su imposición se deben cumplir las normas del Debido Proceso Legal, prohibiéndose expresamente, los castigos crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la dignidad del hombre como ser humano.

Según el reglamento Nacional de Rehabilitación Social establece un régimen disciplinario que rige la conducta de las personas privadas de la libertad dentro de los Centros

de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley para controlar su convivencia en la misma, de igual manera que dichas personas adquieran buenos comportamientos, puedan convivir en armonía y se pueda haber un control para poder aplicar las diferentes técnicas para su rehabilitación.

Medidas para combatir la violencia y situaciones de emergencia.- El uso de la fuerza dentro de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley debe sujetarse de forma estricta a parámetros de proporcionalidad, necesidad y razonabilidad, en especial el uso de armas de fuego, el cual debe aplicarse excepcionalmente y de manera justificada por el agente que tomó la decisión de ponerla en práctica.

Debido a que la posición que tiene el Estado como garante respecto a las personas privadas de su libertad, les obliga a preservar la vida y la integridad de las personas que se encuentren bajo su custodia, esto se traduce en el deber de protegerlas de la violencia que puede ser consecuencia tanto de la acción de agentes estatales, como de la actuación de terceros particulares.

Por lo cual cada Estado tiene la obligación de realizar una investigación exhaustiva, imparcial y ágil sobre los hechos de violencia suscitados dentro de los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley y en caso de hallarse excesos por parte de los agentes estatales proceder a la sanción de los responsables y a la reparación de las víctimas.

Por lo anteriormente enunciado, podemos finalizar diciendo que en Ecuador se hace inaceptable la aplicación de la llamada “**ley de fuga**”, por la cual en varias ocasiones se ha ejecutado extrajudicialmente a personas privadas de su libertad con la excusa de presuntos intentos de fuga de los diferentes centros de rehabilitación social del país, violentando directamente otro derecho natural de la persona como es el derecho a la vida (Cabrera, 2015).

El manejo del sistema penitenciario en nuestro medio es una forma de garantizar la seguridad, rehabilitación y reinserción de las personas privadas de la libertad en la sociedad, para lo cual dependiendo de la mayor o menor peligrosidad del individuo, la conducta dentro del centro y el interés o reintegrarse dará lugar a que pueda ser trasladado a un lugar de mayor o menor seguridad; para el efecto el personal que brinda la seguridad así como también de los profesionales en la rehabilitación, deberán ser personas calificadas y preparadas psicológicamente para el objetivo que persigue los Centros de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley.

Para el cumplimiento de esos objetivos no solamente serán en base a charlas y diagnósticos, sino que también sobre todo de los guías penitenciarios mantener un registro permanente tanto de la persona privada de la libertad tanto de los lugares donde pernotan para que estos no tengan de entre sus pertenencias objetos prohibidos que ponga en peligro la integridad de las personas que laboran en los centros y de las propias personas privadas de la libertad; cuando el personal es profesional y objetivo en sus obligaciones, al detectar irregularidades por parte de las personas privadas de la libertad este de manera urgente y obligatoria debe informar a la dirección para que la autoridad respectiva previo al diagnóstico oportuno tome las medidas correctivas de manera urgente.

En caso de encontrarse en una situación de riesgo las direcciones de los centros deberán tener medidas de seguridad preparadas, toda vez que se debe tomar en cuenta que no solo existe violencia interpersonal sino también se pueden presentar desastres fortuitos.

2.1.1.3.6. El régimen de control de visitas a los centros de rehabilitación social

El régimen de control de visitas a los centros de rehabilitación social, se adecua a los mecanismos de control e inspecciones profundas para evitar el ingreso de elementos prohibidos a las PPL, estos procedimientos se establecen de dos maneras: la primera a través de equipos sofisticados digitalizados como el uso de *body scanner* (silla de cavidades) y el detector de metales; y la segunda al cacheo corporal por personal del mismo sexo, evitando el contacto con la mano a zonas como órganos genitales, que pueda desencadenar en una forma de violentar el derecho a la integridad y dignidad de los visitantes (Pérez Casaverde, 2015).

Los mecanismos aplicados en la atención en los CRS, son orientados en orden legal y su enfoque prioritario es el garantizar el respeto a los derechos reconocidos en la Constitución, derivado a todos los seres humanos dotados del status de persona (*pro homine*), entendido como un derecho subjetivo a cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica, y los deberes correspondientes que constituyen garantías, asimismo dictadas por normas jurídicas, ya sean estas las obligaciones o prohibiciones correlativas a aquellos (Ferrajoli, 2001). Se concibe que a partir de las políticas institucionales, el estado es responsable y garante del respeto a los derechos, que el incurrir en su inobservancia sea por acción u omisión.

Que conlleve los procedimientos de Control en los CRS o en cualquier institución, es una vulneración directa de derechos como lo afirma (Vergara Acosta, 2015).

Dentro de los derechos de las personas privadas de la libertad, contemplado en la Sección 8ª (considerado grupo vulnerable) en su artículo 51, numerales 2, 3 y 4; (CRE, 2008), dispone un régimen de protección integral en los sistemas carcelarios. La realidad del sistema carcelario, y su rol insuficiente, respecto de los modelos de control al ingreso de visitas en los CRS, como su déficit en el uso de aparatos técnicos apropiados para que existe una seguridad interna, donde es necesario la obediencia a las disposiciones Constitucionales, pues de ella se desprende el orden Constitucional que deben de seguir las instituciones del estado.

2.1.1.3.7. Ingreso de artículos prohibidos al interior de los centros de rehabilitación social

En nuestra Carta Magna, que en su Título I, Elementos Constitutivos del Estado; Capítulo I, Principios Fundamentales; el cual en el artículo 3 numeral 1 (CRE, 2008), se puede observar que dentro de los deberes primigenios del estado, tiene como objetivo garantizar un sin número de derechos, y que se dan a través de sus distintas instituciones, está en el caso concreto al Centro de Rehabilitación Social –CRS-, esto en precautelar por la seguridad, coordinación, uso eficiente de recursos y armonía de las personas privadas de la libertad –PPL-.

Desde el tema materia del proyecto, la seguridad en los CRS es de suma importancia y de carácter prioritario, podemos decir que dentro de sus objetivos se encuentran la seguridad en los CRS, misma que se procura evitar el tráfico de sustancias estupefacientes, armas, alcohol, entre otros al interior de los mismos; y que al ser detectados dichos objetos y/o sustancias estupefacientes y psicotrópicas por las personas visitantes o servidores públicos que prestan servicios en tales instalaciones, ante aquello se aplica al régimen de visita, que desde el ingreso a cierto tipos de controles, como el uso de *body scanner* (silla de cavidades), detector de metales, y registros corporales; tal es el caso, tanto para hombres y mujeres en dichos centros, en los Centros de Rehabilitación Social, sea de Varones o Mujeres, como se ha contemplado en suma importancia y de carácter prioritario, ya que como sabemos los objetivos principales de dichos centros es la reeducación y posterior reinserción social de los PPL, por consiguiente se procura evitar el tráfico de sustancias estupefacientes, armas, alcohol, entre otros.

El Ingreso de artículos prohibidos, se encuentra tipificado en el Código Orgánico Integral Penal, Capítulo V, Delitos contra la Responsabilidad Ciudadana; Sección Primera, Delitos contra la Tutela Judicial Efectiva; en el artículo 275, de acuerdo a los mecanismos de inspección aplicados en los centros de rehabilitación, con el fin de eliminarla inseguridad interna, el crimen organizado dentro de estos centros mediante la intromisión de artículos que puedan fortalecer las redes u organizaciones internas dispuestas a delinquir, pero como tal objetos y las sustancias estupefacientes y psicotrópicas. En el Título IV, Régimen de Medidas Cautelares personales y Rehabilitación Social; Capítulo Tercero, Régimen de Visitas, en el artículo 718 *ibídem*, que se muestra bastante parecido con el artículo 275 del mismo Código Orgánico Integral Penal.

2.1.1.3.8. La acción penal por el delito de ingreso de artículos prohibidos al interior de los centros de rehabilitación social

La Convención de las Naciones Unidas sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, ha manifestado en su artículo 3 de que se apliquen sanciones proporcionadas a la gravedad de los delitos; considerando la gravedad de los delitos tipificados en el artículo 220 del COIP, esto sobre la tabla de escalas para las sanciones, donde se generará la posibilidad de que una o más personas que incurran en esta clase de delitos, se considere como un tipo penal específico encaminado a regular y sancionar el tráfico de sustancias estupefacientes.

En el derecho penal la forma que se aplica correctamente la acción penal, parte desde el poder punitivo que asegurare de que la sanción se base en una acción específica debido a que un delito es, ante todo, una conducta humana y por eso no se puede sancionar a las personas independientemente de sus actos o, peor aún, a los pensamientos o deseos apartados de su exteriorización (Zaffaroni, 2006), y de acuerdo al Código Orgánico Integral Penal, se establecen diferencias a la acción del delito como las siguientes: las cantidades para el porte, y la sustancia estupefaciente, esto en caso de insumo, para crear en los jueces de garantías penales el identificar un caso de tráfico o de consumo.

En la legislación ecuatoriana, hay que considerar la acción para determinar la condición y los medios que se aplican y que de una o de otra forma define la juridicidad o la antijuridicidad existente en este tipo de delito, esto motiva la conversión del derecho penal en un instrumento por medio del cual se realiza una política criminal.

Tendrá las reformas penales constantemente para suprimir dicha criminalidad, estas acciones buscan ofrecer a los ciudadanos, perspectivas de acuerdo con la realidad legal, esto es la rehabilitación y reinserción social para con el procesado que ha sido sancionado, cuestión que no se puede lograr si no existieran medios de control social alternativos al derecho penal.

2.1.1.3.9. Sistema progresivo de rehabilitación social

El sistema progresivo de rehabilitación social en el Ecuador según el Consejo de la Judicatura (2016) es denominado como “el conjunto de acciones y programas realizados para rehabilitar de forma íntegra a la persona privada de libertad con el fin de reincorporarla a la sociedad y a su familia de forma eficiente” (p.21). Para lograrlo se debe cumplir con planes y programas laborales, culturales y educacionales con los cuales se puede obtener un beneficio penitenciario a mediano o largo plazo según el caso del PPL. Este sistema se fundamenta en la progresión- regresión es decir, se da paulatinamente hasta que el PPL se encuentre en la mínima seguridad y haya cumplido con los requisitos de la evaluación individualizada con el fin de rehabilitarlo y reinsertarlo a la sociedad. Este sistema general de progresión, tiene que ver solo cuando la persona interna privada de la libertad, con sentencia en firme o debidamente ejecutoriada, tendrán por lo general los estímulos o sanciones, sin embargo nos referiremos más a los estímulos, los incentivos podemos estimar a la libertad condicionada; pre-libertad, rebaja de penas y establecimiento de medidas alternativas como bien dispone el numeral 11 del Art. 77 de la Constitución de la República del Ecuador, mismo que hace concordancia con los Arts. 695 y 696 del Código Orgánico Integral Penal.

El sistema progresivo de rehabilitación social se cumple cuando una persona pasa de un régimen cerrado a un semiabierto y posteriormente consigue el abierto hasta recuperar su libertad previo al cumplimiento de algunos requisitos y la evaluación del plan individualizado realizado a cada persona privada de la libertad, según el Código Orgánico Penal, una persona “podrá pasar de un régimen a otro en razón del cumplimiento del plan individualizado, de los requisitos previstos en el reglamento respectivo y el respeto a las normas disciplinarias” (Código Orgánico Integral Penal, 2014); en efecto los centros de detención provisional o llamados CDP, los cuales están diseñados para la permanencia de una persona que está privada de libertad de forma preventiva y son tratadas por un juez aplicando el principio de inocencia.

Los centros de rehabilitación social, en los cuales permanecen las personas que han sido condenadas con pena privativa de libertad con sentencia condenatoria ejecutoriada. Una vez que se ha entendido la estructura de los centros carcelarios, es necesario recalcar los niveles de seguridad establecidos en el artículo 694 del COIP, los cuales son de máxima seguridad, media y mínima seguridad, los cuales son detallados a continuación:

Máxima seguridad.- En este nivel se encuentran las personas privadas de libertad clasificadas con mayor o alto grado de peligrosidad de acuerdo al delito que cometieron, por lo general son derivados al Centro Regional No. 8 de Guayas, o conocida como la regional en los pabellones de máxima seguridad, en estos se encuentran las personas que cometieron homicidios, asesinato, plagio con muerte, violación, entre otros delitos tipificados como graves, cuya pena es más larga y son considerados como peligrosos para la sociedad.

Media seguridad.- Se encuentran en los pabellones de media seguridad las personas que cometieron delitos como robo, delitos contra la propiedad, sexuales (que no sea violación), asalto, narcotráfico, plagio, lavado de activos, peculado, trata de personas, es decir, personas con un grado más bajo de peligrosidad que el anterior, con una condena menor que los ubicados en máxima seguridad y no considerados altamente peligrosos para la sociedad.

Mínima seguridad.- En esta escala, se encuentran las personas privadas de libertad que han cometido delitos menos graves como hurto, extorsión, drogas, asociación ilícita, falsificación de documentos, evasión de impuestos, entre otros delitos por los cuales el PPL es condenado a menor tiempo de cárcel y es considerado no peligroso para la sociedad, por este motivo, para acceder a algún beneficio penitenciario la persona debe encontrarse en este nivel de seguridad (Diario el Telégrafo, 2014).

Estos niveles de seguridad se encuentran estipulados en el Código Orgánico Integral Penal en su artículo 694 y en el Reglamento Nacional de Rehabilitación Social en su artículo 69, en los cuales se indica que las personas privadas de libertad, sea cual sea el nivel de seguridad en el que se encuentra debe cumplir con los ejes del tratamiento de rehabilitación mediante actividades educativas, laborales, culturales, deportivas, de cultura física, de salud y de vinculación familiar y social, y mediante su cumplimiento el PPL pasa de un nivel a otro, hasta alcanzar el de mínima seguridad y poder ser un beneficiario de algún tipo de garantía penitenciaria.

Para pasar del nivel de máxima seguridad a uno de media seguridad, según el artículo 75 del RSNRS, el privado de libertad deberá haber cumplido por lo menos el 30% de la pena, haber cumplido con calificación de C (5 puntos) en el cumplimiento del plan individualizado de la pena, no tener faltas graves o gravísimas según el certificado del Director del centro penitenciario; para cambiar de nivel de media seguridad a mínima seguridad, el PPL deberá haber cumplido el 30% de la pena y los demás requisitos del primer nivel (Reglamento del Sistema Nacional de Rehabilitación Social, 2017).

2.1.1.3.10. Sistema de vigilancia electrónica

El sistema de vigilancia electrónica es un servicio incorporado en el Código Orgánico Integral Penal para monitorear a los procesados mediante un dispositivo de vigilancia electrónica (DVE), esta disposición se incluyó en el artículo 522 del COIP acerca de las medidas cautelares tales como monitorear la presencia de la persona beneficiada con algún tipo de garantía penitenciaria y constatar que está dentro del país, que está realizando actividades de reinserción social y cumpliendo con las medidas impuestas por el Juez (Diario El telégrafo, 2017).

El dispositivo de vigilancia electrónica es colocado a las personas privadas de libertad que cumplen su sentencia fuera de los Centros de Rehabilitación Social, esta medida se puso en funcionamiento el 19 de abril de 2017, luego de su aprobación; para el correcto funcionamiento de estos dispositivos se utilizará la plataforma del ECU 911 para efectuar un monitoreo eficaz de los PPL de manera ininterrumpida durante los 365 días del año.

El uso de este dispositivo, según el artículo 522 del COIP, se utiliza para tres aspectos puntuales, entre los que están: protección de víctimas, medida cautelar para procesados con delitos menores, para mujeres embarazadas, personas adultas mayores o personas que padezcan de alguna enfermedad catastrófica, así mismo para las personas que hayan cumplido con el régimen semiabierto (cumplimiento del 60% de la pena) o del régimen abierto (80% de la pena), para cumplir lo que queda fuera del recinto carcelario realizando conjuntamente actividades que imponga el juzgador o juzgadora al momento de la audiencia.

Esta es una alternativa a la prisión preventiva y considerada como una medida sustitutiva efectiva, no solo para descongestionar las cárceles, sino, pretendiendo la reinserción social de los condenados. El uso del brazalete fortalece los procesos de reinserción social aplicados por el Ministerio de Justicia, ya que facilita el acceso de los

internos a plazas laborales y fomenta el retorno de la persona que cumplió su proceso de rehabilitación, a su entorno familiar (Ministerio de Justicia, 2017).

2.2. Marco conceptual

Abstinencia.- Término que se aplica al hecho de privarse del alcohol o de otra droga por razones de salud, personales, sociales, religiosas, morales, jurídicas o de otra índole. La persona que en un momento dado se abstiene de toda droga puede ser llamada “abstinente”, “abstinente total” o “abstemio”, este último término relacionado únicamente con el alcohol.

Algunas veces se utiliza la expresión “abstinente en la actualidad” para fines de investigación, por lo general en relación con una persona que no ha consumido drogas durante un período determinado, por ejemplo, de tres, seis o 12 meses. En algunos estudios, las personas que beben o consumen otras drogas únicamente una o dos veces por año también se consideran abstinentes (Unidas O. d., 2009).

Abuso.- Término que se utiliza ampliamente, si bien con diferentes significados. En los tratados de fiscalización internacional de drogas, la expresión “uso indebido”, utilizada en español en lugar de “abuso”, se aplica al consumo, frecuente o no, de una sustancia sometida a fiscalización. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América, 1994), la expresión “abuso de sustancias psicoactivas” se define de la siguiente manera: “inadaptación en el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por una o más de las siguientes características durante un período de 12 meses: 1) consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el estudio o el hogar; 2) consumo recurrente de sustancias en situaciones en que resulta físicamente peligroso; 3) problemas legales repetidos relacionados con sustancias; 4) consumo continuado de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales continuos o recurrentes causados o exacerbados por sus efectos”. Es un término subsidiario; el término “dependencia” tiene preferencia cuando se cumplen las condiciones necesarias.

Algunas veces se utiliza el término “abuso” con desaprobación para referirse a cualquier tipo de uso, en particular de drogas ilícitas. Debido a su ambigüedad, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992), bajo el título Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, el término se aplica a sustancias que no producen dependencia. Las expresiones equivalentes que utiliza la OMS son “uso nocivo” y “uso peligroso”, pero suelen relacionarse

únicamente con los efectos en la salud y no con las consecuencias sociales. El Centro de Prevención del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos también aconseja abstenerse de utilizar el término “abuso”, si bien la expresión “abuso de sustancias” se sigue utilizando considerablemente, por lo general con respecto a problemas de consumo de sustancias psicoactivas. La expresión “abuso de drogas” también se ha criticado por considerarse circular cuando se utiliza sin hacer referencia a problemas concretos provocados por el consumo de drogas (Unidas O. d., 2009).

Abuso de drogas.- En los tratados vigentes de fiscalización internacional de drogas no se define el abuso de drogas, sino que se utilizan varios términos, entre ellos, abuso, uso indebido y uso ilícito. En el contexto de la fiscalización internacional de drogas, abuso (uso indebido) de drogas significa el consumo de cualquier sustancia sometida a fiscalización internacional para fines que no sean médicos ni científicos, por ejemplo, el consumo sin receta, en dosis excesivas o durante un período injustificado (Salud, 1994).

Abuso de sustancias.- Inadaptación en el consumo de sustancias que se manifiesta en consecuencias adversas reiteradas y significativas relacionadas con el consumo recurrente de sustancias. Puede dar lugar al incumplimiento de obligaciones importantes, al consumo recurrente en situaciones en que es físicamente peligroso, a múltiples problemas de índole jurídica y a problemas sociales e interpersonales reiterados (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Acreditación.- Proceso de reconocimiento de que un programa cumple determinadas normas operacionales y organizativas que se han establecido para garantizar la calidad de los servicios en una región o un sistema de tratamiento en particular. Por lo general la acreditación es otorgada por un órgano profesional externo tras realizar un estudio o una verificación y suele regir para un período determinado (Salud, 1994).

Adicción.- Uno de los términos más antiguos y más utilizados para describir y explicar el fenómeno del abuso inveterado de drogas. En algunos círculos profesionales se ha reemplazado por los términos “farmacodependencia” o “drogodependencia”. Según el Lexicon of Alcohol and Drug Terms de la OMS, la adicción es el consumo recurrente de una o varias sustancias psicoactivas, en la medida en que el consumidor (al que se llama adicto) esté periódicamente o crónicamente intoxicado, sienta un impulso irrefrenable de consumir la sustancia o las sustancias preferidas, tenga grandes dificultades para abandonar o modificar voluntariamente el consumo de sustancias y esté decidido a obtener sustancias

psicoactivas por casi cualquier medio. Siempre se ha considerado que los indicadores esenciales de la “adicción” son la tolerancia y el síndrome de abstinencia, es decir, con frecuencia se equipara con la dependencia física.

Más recientemente, algunos investigadores han sugerido que la “compulsión de consumir drogas” es un indicador más significativo de la adicción. Por otra parte, el movimiento de autoayuda o “recuperación” considera la adicción una enfermedad por sí misma, un trastorno debilitante y progresivo derivado de los efectos farmacológicos de las drogas cuya única cura es la abstinencia total. Es la opinión, por ejemplo, de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos, exponentes de ese movimiento. En el decenio de 1960, la OMS recomendó que el término “adicción” se sustituyera por dependencia, ya que esta última puede existir en diversos grados de gravedad, a diferencia de una entidad nosológica que sólo existe o no existe. “Adicción” no es un término de diagnóstico en la CIE-10, aunque los profesionales y el público en general lo siguen utilizando considerablemente (Unidas O. d., 2009).

Análisis de orina.- Análisis de muestras de orina para detectar la presencia de sustancias que una persona puede haber ingerido, o con otros fines médicos o de diagnóstico. En la orina se pueden detectar diferentes drogas en diferentes períodos. La heroína y las anfetaminas sólo se pueden detectar, a lo sumo, unos días después de la última ingestión, en tanto que el cannabis se puede detectar hasta varias semanas después de la última ingestión en personas que han sido grandes consumidores durante mucho tiempo. En los últimos años también se ha hecho posible practicar análisis de saliva, sangre, sudor y cabello para determinar si la persona ha consumido alguna droga (Unidas O. d., 2009).

Atención compartida.- Acuerdo o cooperación formal entre uno o más servicios generales (mayormente de atención primaria de la salud) y un servicio especializado de tratamiento del abuso de sustancias para la atención de pacientes. Los acuerdos de atención compartida suelen abarcar la transferencia de un paciente que recibe tratamiento continuado de un servicio especializado a un servicio general y viceversa (Unidas O. d., 2009).

CIE-10.- La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10) es la más reciente de una serie que se formalizó en 1893 con el nombre de Clasificación Internacional Bertillon de Causas de Defunción. Si bien el título se ha modificado para aclarar más el contexto y los propósitos

de la clasificación y reflejar la ampliación progresiva de su alcance a efectos de abarcar más que enfermedades y lesiones, se ha conservado la abreviatura conocida “CIE”. La Clasificación fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene por objeto promover la comparabilidad a nivel internacional en materia de compilación, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas de morbilidad y mortalidad. Los trastornos comunicados se traducen a códigos médicos utilizando la estructura de clasificación y las normas de selección y modificación que figuran en las disposiciones de aplicación de la CIE. La décima revisión (CIE-10) se publicó en 1992 (Association, CIE 10. Conductas Adictivas, 2015).

Comportamiento de riesgo.- En relación con el consumo de drogas, es el comportamiento que pone a las personas en peligro de sufrir daños derivados de las drogas. Si bien la expresión se utiliza con más frecuencia en relación con comportamientos como el de compartir agujas u otro equipo para inyecciones (una cuchara, agua o un torniquete), que exponen a los consumidores de drogas por inyección al peligro de contagio con virus transmitidos por la sangre, como el VIH, o con la hepatitis C, se puede aplicar a toda droga y a todo peligro para la supervivencia, las relaciones y la salud, así como al peligro de sanciones penales (Unidas O. d., 2009).

Comunidad terapéutica.- Entorno estructurado en el que las personas con problemas relacionados con drogas residen durante la etapa de rehabilitación. Esas comunidades suelen atender concretamente a personas farmacodependientes, funcionan bajo normas estrictas, son dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de la dependencia y con frecuencia se encuentran en lugares aislados.

Las comunidades terapéuticas también atienden a pacientes con trastornos psicóticos y personalidad antisocial. Se caracterizan por promover el “enfrentamiento con la realidad” (la confrontación de la persona con su problema de drogas) y, paralelamente, por la prestación de apoyo a la recuperación por parte del personal propiamente dicho y de personas que se han enfrentado a problemas análogos. Suelen estar relacionadas estrechamente con grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos (Unidas O. d., 2009).

Consumo perjudicial.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, la expresión “consumo perjudicial” se define de la siguiente manera: modalidades de consumo de sustancias psicoactivas que causan perjuicios a la salud del consumidor. Los perjuicios pueden ser físicos (por ejemplo, hepatitis provocada por la inyección de drogas) o mentales

(por ejemplo, períodos depresivos concomitantes a la ingestión de alcohol en grandes cantidades). El consumo perjudicial también suele tener consecuencias sociales adversas. La expresión se introdujo en la CIE-10 y sustituyó la expresión “consumo que no causa dependencia” como término de diagnóstico. El equivalente más cercano en otros sistemas de diagnóstico (por ejemplo, en el DSM-IV) es abuso de sustancias, que por lo general implica consecuencias sociales (Salud, 1994).

Coordinación de la atención.- Proceso de supervisión y gestión práctica de los pacientes en un tratamiento en particular y en diferentes tratamientos a lo largo del tiempo. Con respecto a un paciente en particular, la coordinación de la atención puede abarcar la evaluación del caso, su remisión al servicio correspondiente, la observación de los progresos y las actividades de análisis. En algunos sistemas de tratamiento, el coordinador de la atención tiene cierto grado de autoridad sobre el sistema que sufraga el tratamiento de los pacientes (Unidas O. d., 2009).

Criterios de selección.- Un conjunto de condiciones médicas, sociales y psicológicas que se utilizan para decidir si un tratamiento es adecuado para determinada persona. Se suele tener en cuenta la gravedad de los problemas del paciente, sus motivaciones personales o su voluntad de someterse al tratamiento y la índole y el alcance de los factores sociales de apoyo y de tensión en función de su idoneidad para un tratamiento en particular. La utilización de criterios de selección forma parte del compromiso de someter a los pacientes al mejor tratamiento o al tratamiento más indicado cuando existen dos o más opciones (Unidas O. d., 2009).

Dependencia de sustancias.- Conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona sigue consumiendo la sustancia pese a sufrir problemas considerables por hacerlo. Existen pautas de autoadministración reiterada que suelen dar lugar a la tolerancia, a síntomas de privación y a un comportamiento compulsivo de consumo de drogas (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Dependencia psicológica.- Expresión que denota un concepto mayormente desacreditado, si bien todavía en uso en algunos lugares. Se aplica a la dependencia de una droga sin que se presenten síntomas de tolerancia ni de abstinencia. Actualmente, cuando se emplea el término “dependencia”, en general se evita hacer una distinción estricta entre

dependencia “psicológica” y “física”. Si ese fenómeno llega a existir, es probable que se trate de una característica del usuario y no de una propiedad de la droga (Unidas O. d., 2009).

Dependencia y síndrome de dependencia.- En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, los términos “dependencia” y “síndrome de dependencia” se definen de la siguiente manera: en lo que respecta al alcohol y otras drogas, la necesidad de recibir dosis reiteradas de la droga con objeto de sentirse bien o de no sentirse mal. A partir del decenio de 1960, la OMS y otros círculos han preferido cada vez más los términos “dependencia” y “síndrome de dependencia”, en lugar de adicción. En la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* se define la dependencia como “un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona sigue consumiendo la sustancia, pese a sufrir problemas relacionados con ésta” (Salud, 1994).

Desintoxicación.- Proceso por el cual una persona dependiente de una sustancia psicoactiva deja de usarla y de esa manera reduce al mínimo los síntomas de privación y el riesgo de daños. Si bien el término “desintoxicación” significa literalmente eliminación de los efectos tóxicos de la utilización de una droga durante cierto período, en realidad ha pasado a aplicarse al tratamiento de los síntomas de privación por neuroadaptación, es decir, de la abstinencia y demás problemas de salud física y mental concomitantes (Unidas O. d., 2009).

Determinación de las necesidades.- Enfoque sistemático para determinar la índole y el alcance de los problemas de abuso de sustancias en una población o comunidad destinataria con objeto de decidir qué (o cuántas) intervenciones específicas se deben facilitar a determinados grupos o la mejor manera de aplicar las intervenciones y de prestar los servicios existentes (Association, CIE 10. Conductas Adictivas, 2015).

Doble diagnóstico.- Cuando se diagnostica un problema de abuso de alcohol o drogas conjuntamente con otro trastorno, por lo general psiquiátrico, por ejemplo, trastornos del carácter o esquizofrenia. El diagnóstico diferencial suele verse complicado por signos y síntomas de dependencia y registros de diagnóstico superpuestos; por ejemplo, la ansiedad es un rasgo prominente de la privación de drogas. Otra complicación son los procesos casuales mixtos o recíprocos. Por ejemplo, un trastorno leve del carácter da lugar a cierto consumo de drogas que en última instancia exacerba el trastorno del carácter, lo que a su vez

acrecenta el consumo de drogas y la dependencia y produce un trastorno grave del carácter (Association, CIE 10. Conductas Adictivas, 2015).

Droga psicotrópica.- En el contexto de la fiscalización internacional de drogas, la expresión “sustancia sicotrópica” se aplica a una sustancia fiscalizada en virtud del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “psicotrópica” se utiliza en un sentido muy general con el mismo significado que “psicotropa”, es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales. En un sentido estricto, es droga psicotrópica todo agente químico con efectos primarios o significativos en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a drogas que se utilizan principalmente en el tratamiento de trastornos mentales, es decir, sedantes ansiolíticos, antidepresivos, agentes antimaníacos y neurolépticos. El término también se utiliza para calificar sustancias con un alto potencial de abuso debido a sus efectos en el carácter, en la conciencia, o en ambos: estimulantes, alucinógenos, opioides y sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol) (Salud, 1994).

Entrevista motivacional.- Técnica de asesoramiento y evaluación en la que se aplica un criterio de no confrontación para interrogar a las personas acerca de cuestiones delicadas como el consumo de alcohol y otras drogas y ayudarles a adoptar decisiones positivas para reducirlo o abandonarlo del todo. La filosofía que le sirve de base está vinculada estrechamente al modelo de etapas de cambio, en el que se postula la idea de que la adopción de decisiones acerca de los cambios de comportamiento pasa por etapas definidas de reflexión previa, reflexión propiamente dicha, preparación, acción y mantenimiento. La entrevista motivacional comprende un conjunto de técnicas encaminadas a lograr que los consumidores de drogas, los fumadores o los bebedores pasen por esas etapas ayudándoles a analizar con exactitud las ventajas y desventajas de su comportamiento en una entrevista en la que no se abre juicio alguno sobre la persona (Unidas O. d., 2009).

Estimación sintética.- Conjunto de métodos indirectos que se emplean para determinar la prevalencia del abuso de sustancias en determinada localidad utilizando los resultados de las estimaciones sobre prevalencia existentes y otra información demográfica sobre segmentos concretos de la población (Unidas O. d., 2009).

Estupefaciente.- Agente químico que puede producir estupor, coma o insensibilidad al dolor. El término se aplica generalmente a los opiáceos o los opioides, que se llaman analgésicos narcóticos. En el lenguaje común y jurídico se suele utilizar el término de manera

imprecisa para referirse a las drogas ilícitas, independientemente de su farmacología. Por ejemplo, la legislación de fiscalización de estupefacientes en el Canadá, los Estados Unidos y otros países incluye la cocaína y el cannabis además de los opioides. Es un término adoptado también por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (Salud, 1994).

Evaluación.- Proceso sistemático y científico por el que se determina en qué medida un acto o un conjunto de actos ayudaron a lograr los objetivos predeterminados. Entraña la medición de la adecuación, la eficacia y la eficiencia de los programas o servicios. La evaluación debe distinguirse del análisis de la situación y de la comprobación: estos últimos tienen un sentido más general que la evaluación y denotan el hecho de extraer conclusiones a partir del examen de una situación o de sus elementos. La evaluación es, pues, una clase especial de análisis (Hogarth, 1978).

Evaluación del impacto.- Forma de evaluación de los resultados de un programa por la que se determina el efecto neto de éste comparando sus resultados con una estimación de lo que habría ocurrido si no se hubiese ejecutado. El horizonte cronológico de esas evaluaciones suele ser de mediano o largo plazo (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Evaluación de los resultados.- En la evaluación de los resultados se determina en qué medida un programa alcanza sus objetivos inmediatos. La evaluación se centra en los productos y los resultados, incluidos los efectos imprevistos, para determinar la eficacia del programa. También se puede evaluar todo el proceso para comprender cómo se producen los resultados. El PNUFID con frecuencia realiza evaluaciones de resultados para determinar la eficacia de los objetivos inmediatos del proyecto y el proceso mediante el cual se alcanzan. El horizonte cronológico de la evaluación de los resultados suele ser la duración del programa o proyecto (Association, CIE 10. Conductas Adictivas, 2015).

Evaluación del proceso.- Evaluación para determinar en qué medida se cumplieron los procedimientos del programa conforme a un plan escrito, es decir, en qué medida se aplicó la intervención, a quién y cuándo se aplicó y quién se encargó de hacerlo. El proceso de evaluación también se puede llamar examen de garantía de calidad (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Grupo de autoayuda.- Grupo que ofrece un programa de recuperación a título voluntario, principalmente mediante un proceso de 12 pasos encaminado a lograr la superación personal. Esos programas suelen comprender la participación en reuniones para

contar problemas, obtener ayuda y apoyo de otros miembros con objeto de superar problemas que han dado lugar a recaídas y encontrar una persona que sirva de promotor o mentor para que preste ayuda en tiempo de crisis. Los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) constituyen un sector considerable de los grupos de autoayuda en relación con la dependencia de sustancias, en tanto que Al-anon, Alateen e Hijos Adultos de Alcohólicos (ACOA) atraen a familiares de drogodependientes que tratan de conciliar y resolver problemas personales actuales o pasados relacionados con el abuso de sustancias en su familia. Hay muchos otros grupos que actúan en forma análoga con respecto al abuso de sustancias y en otras esferas (Association, CIE 10. Conductas Adictivas, 2015).

Grupo de ayuda mutua.- Grupo cuyos participantes se prestan mutuo apoyo para recuperarse de problemas personales o mantener la recuperación que han logrado. Esos grupos suelen abordar problemas de dependencia del alcohol y de otras drogas, aunque también se ocupan de otras cuestiones como la depresión y diversas conductas compulsivas. La participación en los grupos suele ser voluntaria y de índole confidencial y las reuniones se realizan en la forma y el momento preestablecidos (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Grupo de discusión.- Método de reunión de información cualitativa basado en el debate, destinado a examinar un tema de interés y a generar una variedad de opiniones. Unos pocos miembros de determinado grupo se reúnen y su debate se ve facilitado por un investigador llamado “moderador” (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Grupo de 12 pasos.- Grupo de ayuda mutua organizado según el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) o una adaptación muy semejante de ese programa. En el programa de 12 pasos de AA la persona admite que es impotente ante el alcohol y que su vida se ha vuelto ingobernable, pone su vida al cuidado de un “poder superior”, hace un inventario moral de sí misma, repara daños pasados y se ofrece para ayudar a otros alcohólicos (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Grupos prioritarios.- Grupos de personas en un país o una comunidad que presentan un conjunto especial de riesgos o problemas relacionados con sustancias que requieren tratamiento (por ejemplo, niños y jóvenes, personas con problemas de abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica y personas custodiadas por el sistema de justicia penal) (Association, CIE 10. Conductas Adictivas, 2015).

Hogar de transición.- Lugar de residencia que suele actuar como etapa intermedia entre un programa de hospitalización o tratamiento residencial y la vida totalmente independiente en la comunidad. Se trata de lugares que dan alojamiento a personas dependientes del alcohol o de drogas que se esfuerzan por mantenerse sobrias o apartadas de las drogas (compárese con la comunidad terapéutica). Hay hogares de transición para personas con trastornos psiquiátricos y ex reclusos (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Incidencia.- Ritmo al que se produce un trastorno o una enfermedad, expresado a menudo en función del número de casos por cada 10.000 personas por año (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Indicador de la ejecución.- Medida que se utiliza para determinar los progresos realizados en la ejecución de una estrategia sobre oferta o demanda de drogas (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Instrumento de evaluación.- Cuestionario para entrevistas o informes de los propios pacientes que se utiliza para anotar comportamientos pasados u opiniones que sirven para determinar el impacto de un tratamiento. Se suelen cotejar los valores asignados en un instrumento de evaluación en el período anterior al tratamiento con los asignados aplicando las mismas medidas durante el tratamiento o después de éste (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Intervención breve.- Estrategia terapéutica en que se ofrece terapia estructurada en un número limitado de sesiones breves (por lo general de una a cuatro sesiones de cinco a 30 minutos de duración) con objeto de ayudar a una persona a abandonar o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o, lo que es menos común, a encarar otros problemas personales. Está a cargo, especialmente, de médicos generales y otros agentes de atención primaria de la salud (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Intervención de iguales.- Se trata esencialmente de un tratamiento administrado por una persona capacitada que está muy próxima, por su sexo o grupo de edad, o por otra categoría socioeconómica, al grupo destinatario. Por lo general, aunque no siempre, las intervenciones de iguales son breves y se aplican a personas que corren el riesgo de sufrir problemas de abuso de sustancias o que sufren problemas de gravedad moderada (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Intervención mínima.- Suele utilizarse como sinónimo de intervención breve. No obstante, algunos expertos sugieren que la expresión “intervención mínima” se debe limitar únicamente a las intervenciones de persona a persona de 30 minutos a tres horas de duración, es decir, algo más prolongadas que las intervenciones breves (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Intervención precoz.- Estrategia terapéutica que combina la detección precoz del consumo peligroso o perjudicial de sustancias y el tratamiento de los afectados. Se ofrece o se administra tratamiento antes de que los pacientes se presenten por su propia voluntad y en muchos casos antes de que sean conscientes de que el consumo de sustancias les puede causar problemas. Esa estrategia se aplica, en particular, a las personas que no han desarrollado dependencia física ni graves complicaciones psicosociales (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Intoxicación.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “intoxicación” se define de la siguiente manera: estado consecutivo a la ingestión o asimilación en cantidad suficiente de una sustancia psicoactiva que produce alteraciones del nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el criterio, el estado afectivo, el comportamiento u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las respuestas adquiridas, y se resuelven con el tiempo hasta llegar a una recuperación completa, excepto en los casos en que se ha producido daño de tejidos u otras complicaciones. El término se utiliza más comúnmente en inglés con respecto al consumo de alcohol (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV).- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales es la clasificación uniforme de los trastornos mentales que utilizan los profesionales de la salud mental en los Estados Unidos. También se utiliza mucho en otras partes del mundo. Se puede aplicar en una amplia variedad de contextos y puede ser utilizado por clínicos e investigadores de diversas orientaciones (por ejemplo, biológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal o familiar/sistémica). La cuarta edición del Manual, compilada y publicada por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América en 1994, se puede utilizar en diferentes circunstancias. También es un instrumento para compilar y comunicar estadísticas precisas de salud pública. El Manual comprende tres componentes

principales: la clasificación diagnóstica, los conjuntos de criterios de diagnóstico y el texto descriptivo (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Marco estratégico.- Política oficial en que se describen la visión y los objetivos nacionales para hacer frente a la oferta y la demanda de sustancias. El marco estratégico comprende una descripción sumaria de los organismos u órganos participantes, la manera en que actuarán conjuntamente y por separado, la índole de los recursos que se han asignado, las medidas concretas y los objetivos que se desea alcanzar (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Medida de los resultados.- Observación directa o indirecta o anotación concerniente al comportamiento o a ideas del paciente que son pertinentes a sus problemas y a los objetivos de un tratamiento o programa de rehabilitación. Por lo general las medidas se obtienen de un conjunto de ámbitos, entre ellos, comportamientos y conceptos relacionados con el abuso de sustancias; síntomas y trastornos físicos y psicológicos y diversos aspectos del funcionamiento personal, social y económico, por ejemplo, dificultades en las relaciones y problemas de vivienda y alojamiento, problemas de educación, formación y empleo y actividades ilícitas. Las medidas de los resultados se suelen registrar durante un período adecuado, inmediatamente antes de que el paciente comience el tratamiento y después en uno o más puntos de seguimiento, y los cambios en los valores de los pares de medidas se atribuyen al tratamiento administrado (Hogarth, 1978).

Metadona.- Opiáceo sintético utilizado en la terapia de mantenimiento que se administra a los dependientes de opioides. Tiene un período de semi-eliminación prolongado y se puede administrar por vía oral una vez por día con supervisión. Es el tratamiento más utilizado de la dependencia de opioides en los países en desarrollo. Cuando se administra en una dosis adecuada a las personas dependientes de opioides, la metadona tiende a aliviar el deseo de consumir heroína y otros opiáceos, elimina los síntomas de privación y bloquea los efectos eufóricos de otros opioides (Hogarth, 1978).

Método de captura/recaptura.- Técnica epidemiológica empleada para calcular la prevalencia de una conducta específica en una población determinada (por ejemplo, el número de personas que se inyectan drogas en determinada zona), en la que se utiliza la superposición de dos o más muestras o registros de personas para obtener una estimación de la población total (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Modalidad.- Categorización de un tipo concreto de tratamiento del abuso de drogas. Una modalidad de tratamiento se puede describir en función de su enfoque o filosofía terapéutica y propósito específicos. En el Reino Unido, por ejemplo, se dispone de las siguientes modalidades de tratamiento: rehabilitación residencial; estabilización y desintoxicación en régimen de internación; prescripción de un especialista en la comunidad; prescripción de un médico general en la comunidad; asesoramiento estructurado y servicios estructurados ambulatorios (Hogarth, 1978).

Modelo Matrix.- El modelo Matrix es un tratamiento marco de componentes múltiples para atender a los consumidores de sustancias, en particular a los adictos a los estimulantes que están en tratamiento, y ayudarles a lograr la abstinencia. En el modelo se estudian las necesidades de los consumidores de estimulantes en forma sistemática, clasificando los aspectos problemáticos en categorías bien definidas, a saber, conductual, cognitiva, emocional e interpersonal. El tratamiento está centrado en determinadas cuestiones que surgen en cada uno de esos sectores y a que hace frente el paciente en las “etapas de recuperación” que se suceden durante el primer año de privación de estimulantes. Se hace hincapié en la importancia del contacto personal con un terapeuta, la explicación de los riesgos que conlleva el abuso de drogas, la prevención de recaídas, el apoyo social, la participación en grupos de 12 pasos y cuestiones esenciales relacionadas con la adicción y la recaída. El programa abarca sesiones de educación sobre la manera de mantener la abstinencia y promover la recuperación. Se promueve la asistencia de miembros de la familia a los grupos de apoyo y de discusión y se les presta el apoyo necesario (Hogarth, 1978).

Plan estratégico.- Marco general preparado a nivel nacional (y generalmente subnacional) que caracteriza la índole de los problemas de abuso de sustancias, la visión que sirve de base a las actividades de reducción de la demanda y demás actividades de prevención, los organismos y recursos que se asignarán para hacer frente al problema y las metas y los objetivos que se procura alcanzar en un marco cronológico específico. En los planes acertados se asigna un valor considerable a las consultas y la comunicación franca con la comunidad y las poblaciones destinatarias. La mayoría de los planes estratégicos son documentos publicados de acceso libre que pueden consultarse en Internet (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Postratamiento.- Una amplia variedad de servicios comunitarios encaminados a mantener los resultados obtenidos con un tratamiento estructurado una vez que ha concluido.

El postratamiento puede comprender la continuación del asesoramiento individual o en grupo y otros métodos de apoyo, aunque por lo general con menor intensidad y a menudo a cargo de otros organismos. Los grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos son importantes proveedores de postratamiento (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Prevalencia.- Medida del alcance de un trastorno o una enfermedad en particular, expresada generalmente en función del número de casos por cada 10.000 personas en una población dada (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Prevención.- Intervención encaminada a evitar o reducir sustancialmente el riesgo de sufrir problemas de salud e interpersonales o de que se agraven esos problemas. Los programas de prevención del abuso de drogas varían considerablemente en contenido y filosofía. Los programas más eficaces son multidimensionales y abarcan sesiones de educación en las que se habla directamente de las drogas y del abuso de drogas, métodos para hacer frente al estrés y a problemas personales y de relaciones y medios para resistirse a las drogas. El contenido de un programa se puede adaptar específicamente a la índole y las necesidades de la población destinataria (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Prevención de recaídas.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, la expresión “prevención de recaídas” se define de la siguiente manera: conjunto de procedimientos terapéuticos empleados para atender a problemas de alcohol o de otras drogas con objeto de ayudar a las personas que los sufren a evitar o enfrentar recaídas más o menos graves en el consumo incontrolado de sustancias. Los procedimientos se pueden utilizar en tratamientos orientados a la moderación o a la abstinencia y conjuntamente con otros criterios terapéuticos. Se enseña a las pacientes estrategias de resistencia para evitar situaciones que se consideran factores peligrosos que precipitan la recaída y se les muestra, mediante técnicas de ensayo mental y de otra índole, cómo reducir al mínimo el consumo de sustancias una vez que se ha producido una recaída (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Privación.- Término que se aplica a determinados síntomas, o al estado general (o síndrome), que se pueden presentar cuando una persona deja de consumir una droga psicoactiva de la cual se ha vuelto dependiente o tras un período de consumo recurrente. El nivel de estimulación del sistema nervioso central y el estado de ánimo que lo acompaña

suelen ser totalmente opuestos a la acción directa de la droga (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Programa orientado hacia un grupo específico.- Programa que atiende a determinados grupos de alto riesgo, por ejemplo, jóvenes desempleados, niños de la calle y reclusos (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Programas de acercamiento (Outreach).- Actividades que se realizan en la comunidad con el objetivo general de mejorar la salud de personas y grupos que no tienen fácil acceso a los servicios existentes o a canales tradicionales de educación en materia de salud y de reducir los riesgos o perjuicios causados por las drogas. Los programas de acercamiento pueden ser independientes, itinerantes o domiciliarios, y pueden estar a cargo de iguales. Los programas independientes no se ejecutan en un organismo u organización, sino en lugares públicos como las calles, estaciones de transporte público, clubes nocturnos, hoteles y cafés. Los programas itinerantes se relacionan más con organizaciones (por ejemplo, hogares de transición, lugares de intercambio de agujas, clubes de jóvenes, establecimientos de enseñanza y cárceles) que con personas en forma individual. Los programas domiciliarios se llevan a cabo en el hogar de los afectados. En los proyectos de acercamiento que están a cargo de iguales trabajan miembros y ex miembros del grupo destinatario (por ejemplo, consumidores de drogas por inyección) a título voluntario y en forma remunerada (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Protocolo de tratamiento.- Documento que contiene una descripción completa de los pacientes que se han de tratar, los elementos operacionales y organizativos del tratamiento que se administrará, el personal que estará a cargo del tratamiento y los métodos y procedimientos clínicos que se aplicarán (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Pruebas científicas.- Literatura de investigación publicada en que se describe la índole y el valor de los beneficios clínicos, sociales y económicos de una modalidad de tratamiento en particular. Decir que un tratamiento está respaldado por “pruebas científicas” es afirmar que sus beneficios han quedado demostrados en varios estudios de resultados publicados. Se suelen considerar pruebas científicas únicamente las que figuran en informes publicados en revistas científicas revisadas por otros expertos, lo que garantiza la calidad de las investigaciones. También se publican análisis sistemáticos de las pruebas científicas

sobre un tratamiento en particular en revistas científicas y en la Colaboración Cochrane. (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Recaída.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “recaída” se define de la siguiente manera: reincidencia en la bebida o el consumo de otra droga tras un período de abstinencia, con frecuencia acompañada de la reaparición de síntomas de dependencia. Algunos autores distinguen entre recaída y “tropiezo” (“desliz”), este último en el sentido de una ocasión aislada de consumo de alcohol o de drogas. La rapidez con que reaparecen los signos de dependencia se considera un indicador clave del grado de drogodependencia (Hogarth, 1978).

Reconocimiento inicial (Screening).- Procedimiento rápido encaminado a detectar personas con problemas de abuso de sustancias (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms , 1994).

Red de bienestar social.- Expresión que describe, en general, el conjunto de servicios de bienestar social, apoyo económico, atención de la salud y vivienda de que dispone un país, una jurisdicción o una localidad para proteger a las personas de quebrantos de salud y de la ruina económica y social. Se suele considerar que comprende beneficios de salud y bienestar social como los planes de atención de la salud y el seguro de paro y organismos públicos y privados de atención de la salud y bienestar social. Se suele utilizar con respecto a personas que pueden haber quedado al margen de la red de bienestar social en el sentido de que no han sido “captadas” por los servicios y planes oficiales existentes (Hogarth, 1978).

Reducción de daños.- Tratándose del alcohol o de otras drogas, la expresión “reducción de daños” denota las políticas o programas centrados directamente en reducir los daños derivados del consumo de alcohol u otras drogas tanto para la persona como para la comunidad en general. La expresión se aplica en particular a las políticas o programas encaminados a reducir los daños sin exigir abstinencia necesariamente. Sin embargo, los esfuerzos por lograr la abstinencia total pueden verse precedidos de estrategias de reducción de daños para lograr mayor seguridad en el uso de drogas. Ejemplos de esos programas son los de intercambio de agujas o jeringuillas con objeto de reducir el uso compartido de material por parte de los consumidores de drogas por inyección (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Reducción de riesgos.- Políticas o programas para reducir el riesgo de sufrir perjuicios derivados del consumo de alcohol u otras drogas. Las estrategias de reducción de riesgos tienen algunas ventajas prácticas, ya que los comportamientos de riesgo suelen ser más inmediatos y más fáciles de medir objetivamente que los daños, en particular los daños de escasa prevalencia. Por ejemplo, puede ser más práctico medir la reducción de la costumbre de compartir agujas y demás equipo para inyecciones que los índices de daños como la incidencia del VIH (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Rehabilitación.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “rehabilitación” se define de la siguiente manera: en lo que respecta al consumo de sustancias, proceso mediante el cual una persona que sufre un problema relacionado con drogas logra un estado óptimo de salud, de funcionamiento psicológico y de bienestar social. La rehabilitación suele producirse tras una etapa inicial de tratamiento de desintoxicación y, de ser necesario, de otro tratamiento médico y psiquiátrico. Abarca una variedad de métodos, entre ellos, terapia de grupo, terapias específicas de comportamiento para prevenir la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, estadía en una comunidad terapéutica o en un hogar de transición, formación profesional y experiencia laboral (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms , 1994).

Remisión de casos por los tribunales.- Programa de tratamiento, reeducación o servicios comunitarios para personas remitidas por los tribunales penales (remisión penal) tras haber sido acusadas de conducir en estado de ebriedad (remisión de conductores alcoholizados) o bajo la influencia de otra droga, de vender o consumir drogas (remisión por drogas), o de otro delito. Las personas son asignadas a programas de remisión a un tratamiento en lugar de ser procesadas.

Por lo general el proceso queda en suspenso hasta la finalización del programa. También existe una remisión anterior a la acusación, en virtud de la cual la policía remite sistemáticamente los casos a un programa opcional sin arrestar a las personas. En algunos países se utiliza la expresión “remisión de personas detenidas por la justicia” para aclarar que en muchos programas de remisión de casos la persona puede comparecer ante el tribunal, pero ser remitida sin encarcelamiento a un programa de tratamiento o de reeducación (Hogarth, 1978).

Selección de la forma de intervención (Triage).- Proceso de asignación o remisión prioritaria de una persona a una intervención que cumplen los servicios de tratamiento del

abuso de sustancias (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Servicio especializado.- Servicio de atención de la salud o de bienestar social cuyo principal propósito es tratar a personas con problemas de abuso de sustancias (Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 1994).

Servicio general.- Servicio de bienestar social o de atención de la salud que no tiene como función principal el tratamiento de problemas de abuso de sustancias, si bien en el curso de su labor puede llegar a entrar en contacto con personas afectadas por esos problemas. Los servicios generales pueden adquirir conocimientos especializados en materia de detección, determinación y tratamiento de problemas de abuso de sustancias (de modo que puede ser difícil trazar una línea entre los servicios generales y los servicios especializados) y también pueden estar vinculados oficialmente para la remisión de casos a los servicios especializados (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms , 1994).

Servicios de acceso directo.- Servicios relacionados con el abuso de sustancias que puede utilizar cualquier miembro de una comunidad sin ser remitido formalmente por un especialista (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Servicios de orientación.- Una variedad de servicios de información y de tratamiento no médico que puede comprender información sobre drogas, detalles acerca de los servicios de que se dispone, remisión de casos a otros organismos y asistencia social o psicoterapia clínica directa. Los servicios se pueden prestar en persona o indirectamente por teléfono a particulares, familias, grupos y otros agentes u organismos. El término “orientación” generalmente se reserva para el suministro de información fáctica sobre cuestiones concretas. También comprende orientación breve y específica encaminada a cambiar el comportamiento, por ejemplo, en las intervenciones breves. La orientación por lo general se distingue del asesoramiento en que en este último se hace más hincapié en ayudar a las personas a evaluar su propia situación y adoptar sus propias decisiones para enfrentar los problemas (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Síndrome de abstinencia.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, la expresión “síndrome de abstinencia” se define de la siguiente manera: conjunto de síntomas de gravedad variable que se presentan cuando se suspende o reduce el consumo de drogas tras un período prolongado de consumo o un consumo en dosis elevadas. El síndrome puede ir acompañado de signos de trastornos psicológicos y fisiológicos. El síndrome de

abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. También es la característica determinante del significado psicofarmacológico más restringido de dependencia (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Sistema correccional.- La organización de las estructuras policial, judicial y penal de un Estado. “Sistema correccional” y “sistema de justicia penal” son sinónimos (Hogarth, 1978).

Sistema de tratamiento integral.- Sistema que contiene varios servicios de tratamiento, tanto especializados como generales, que funcionan en forma estructurada y organizada. La mayoría de los sistemas de tratamiento integral comprende servicios residenciales y en la comunidad, y han establecido acuerdos de remisión y transferencia de pacientes.

Sobredosis.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “sobredosis” se define de la siguiente manera: uso de cualquier droga en cantidades suficientes para que se produzcan graves efectos físicos o mentales. La sobredosis deliberada es una forma común de cometer suicidio o intento de suicidio. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o persistentes, o puede ser fatal; la dosis letal de una droga varía según la persona y las circunstancias (Hogarth, 1978).

Supervisión de la ejecución.- Medida y comunicación de los resultados de los planes estratégicos y los servicios de tratamiento encaminados a hacer frente al abuso de sustancias (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Sustancia psicoactiva.- En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, la expresión “sustancia psicoactiva” se define de la siguiente manera: sustancia que, al ingerirse, altera los procesos mentales, es decir, el pensamiento o la emoción. Esa expresión y su equivalente, droga psicotrópica, son las más neutrales y descriptivas que se pueden aplicar a esa clase de sustancias, lícitas e ilícitas, de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactiva” no significa necesariamente causante de dependencia (Hogarth, 1978).

Sustitución de drogas.- Tratamiento de la farmacodependencia mediante prescripción de una droga sustituta de la que existe dependencia cruzada y tolerancia cruzada. A menudo se utiliza esa expresión con referencia a una forma menos peligrosa de la misma droga utilizada en el tratamiento. Los objetivos de la sustitución de drogas son eliminar o reducir el uso de una sustancia en particular, especialmente si es ilícita, o reducir

los daños producidos por un método especial de administración, los posibles peligros para la salud (por ejemplo, de la práctica de compartir agujas) y las consecuencias sociales. La sustitución de drogas suele ir acompañada de tratamiento psicológico y de otra índole (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Técnicas cognitivo-conductuales.- Un tipo de psicoterapia basada en la idea de que la manera de pensar de las personas acerca de un problema contribuye en gran medida a provocar sentimientos y comportamientos indeseados. En consecuencia, se trata de ayudar al paciente a sustituir esos pensamientos negativos por otros que den lugar a reacciones más positivas. En lo que respecta al abuso de sustancias, el terapeuta que utiliza esas técnicas ayuda al paciente a adquirir la capacidad de modificar su comportamiento o de mantener los cambios que se hayan logrado. Por ejemplo, los programas de prevención de recaídas pueden comprender técnicas cognitivo-conductuales para ayudar a los pacientes a resistir el impulso de consumir sustancias (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Tolerancia.- Término que se aplica al fenómeno reconocido de disminución de los efectos de las drogas cuando se han administrado en forma reiterada. La tolerancia se desarrolla con más rapidez cuanto más frecuente es el consumo y cuantas mayores son las dosis en cada ocasión. Conviene distinguir entre tolerancia metabólica y tolerancia funcional. La tolerancia metabólica suele ser provocada por una inducción de las enzimas del hígado que acelera el metabolismo de determinada dosis de droga y reduce de esa forma los niveles y la duración de la droga en la sangre. La tolerancia funcional es la disminución de los efectos de determinada cantidad de droga en la sangre. Al parecer, eso ocurre debido a la neuro adaptación y al hecho de que el usuario aprende a prever los efectos intoxicantes y a adaptarse a ellos (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Trastorno relacionado con el consumo de sustancias.- Término genérico utilizado en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades (DSM-IV y CIE-10) para diversos trastornos y dolencias relacionados con el consumo de cualquier droga psicotrópica. Comprende el consumo problemático y el consumo que causa dependencia. Todo trastorno mental o del comportamiento provocado por el consumo de una o más sustancias psicoactivas, hayan sido o no recetadas por un médico. Las sustancias especificadas son el alcohol, los opioides, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína, otros estimulantes (incluida la cafeína), los alucinógenos, el tabaco y los disolventes volátiles. Los estados clínicos que pueden presentarse comprenden la intoxicación aguda, el consumo

perjudicial, el síndrome de dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirio, trastornos psicóticos, trastornos psicóticos de iniciación tardía y el síndrome amnésico (Salud, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 1994).

Tratamiento.- Según la OMS (30. ° Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, Serie de Informes Técnicos), el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”. En un sentido estricto, el tratamiento puede definirse como “un enfoque integral destinado a la identificación, asistencia. (Y) atención de la salud de las personas que presentan problemas provocados por el uso de cualquier sustancia psicoactiva”. En realidad, al proporcionar a esas personas una variedad de servicios de tratamiento y de oportunidades para potenciar su capacidad física, mental y social, se les puede ayudar a cumplir el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y de lograr su plena readaptación social. Los servicios y las oportunidades de tratamiento pueden comprender desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o asesoramiento y terapias psicosociales.

Por otra parte, el tratamiento tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y las consecuencias sanitarias y sociales negativas que tiene el consumo de esas sustancias o que se relacionan con él (Salud, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms, 1994).

Tratamiento estructurado.- Programa de atención terapéutica con varios componentes organizados en forma lógica o progresiva, basados en una evaluación inicial del paciente y en un plan de tratamiento personalizado. Los componentes pueden abarcar atención residencial breve o prolongada y atención en la comunidad o ambulatoria y la aplicación de intervenciones médicas y psicosociales o pos tratamiento. Naturalmente, existen variaciones en la intensidad y la duración de los componentes y en sus metas y objetivos (Unidas O. d., 2009).

Tratamiento obligatorio.- A veces llamado también tratamiento coercitivo, es un tratamiento organizado por el sistema de justicia penal. Por lo general, un tribunal (u otro órgano de justicia penal) ordena a una persona que se someta a un programa terapéutico (a veces como alternativa a una sentencia de penitenciaría). El tratamiento es obligatorio en el

sentido de que si la persona no inicia el programa o no cumple sus normas y reglamentaciones puede sufrir la pena que normalmente se le impondría (Unidas O. d., 2009).

Tratamiento psicosocial.- Intervenciones basadas en principios y métodos psicológicos que comprenden asesoramiento y terapia individuales y en grupo con objeto de modificar conceptos y comportamientos problemáticos relacionados con sustancias (Unidas O. d., 2009).

Tratamiento residencial.- Programas que prestan servicios residenciales complementarios en el mismo lugar en que se prestan servicios de tratamiento. En general se procura brindar un entorno en el que no se consuman sustancias con la expectativa de que se cumplan actividades de desintoxicación, evaluación, información y educación, asesoramiento y trabajo en grupo y se desarrollen o recuperen aptitudes sociales y para la vida activa (Unidas O. d., 2009).

Vías de atención integral.- Descripción de la índole y el curso previsto del tratamiento del abuso de sustancias. En una vía de atención integral se describe un plan de tratamiento para un determinado grupo de pacientes que se somete a un tratamiento estructurado y los resultados previstos de éste. La vía puede estar relacionada con varios componentes de un tratamiento que va a administrar un programa de un solo organismo, o puede comprender varios tratamientos administrados por dos o más organismos. Las vías de atención integral forman parte del conjunto de documentos y protocolos en que se describen los objetivos del programa de tratamiento y los resultados previstos (Unidas O. d., 2009).

2.3. Marco legal

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008

Última modificación: 30-abr.-2019

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria

especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección octava Personas privadas de libertad

Art. 51.- Se reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos:

1. No ser sometidas a aislamiento como sanción disciplinaria.
2. La comunicación y visita de sus familiares y profesionales del derecho.
3. Declarar ante una autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de la libertad.
4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad.
5. La atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas.
6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.
7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.

Sección decimotercera Rehabilitación social

Art. 201.- El sistema de rehabilitación social tendrá como finalidad la rehabilitación integral de las personas sentenciadas penalmente para reinsertarlas en la sociedad, así como la protección de las personas privadas de libertad y la garantía de sus derechos.

El sistema tendrá como prioridad el desarrollo de las capacidades de las personas sentenciadas penalmente para ejercer sus derechos y cumplir sus responsabilidades al recuperar la libertad.

Art. 202.- El sistema garantizará sus finalidades mediante un organismo técnico encargado de evaluar la eficacia de sus políticas, administrar los centros de privación de libertad y fijar los estándares de cumplimiento de los fines del sistema.

Los centros de privación de libertad podrán ser administrados por los gobiernos autónomos descentralizados, de acuerdo con la ley. El directorio del organismo de rehabilitación social se integrará por representantes de la Función Ejecutiva y profesionales que serán designados de acuerdo con la ley. La Presidenta o Presidente de la República designará a la ministra o ministro de Estado que presidirá el organismo.

El personal de seguridad, técnico y administrativo del sistema de rehabilitación social será nombrado por el organismo de rehabilitación social, previa evaluación de sus condiciones técnicas, cognoscitivas y psicológicas.

Art. 203.- El sistema se regirá por las siguientes directrices:

1. Únicamente las personas sancionadas con penas de privación de libertad, mediante sentencia condenatoria ejecutoriada, permanecerán internas en los centros de rehabilitación social. Solo los centros de rehabilitación social y los de detención provisional formarán parte del sistema de rehabilitación social y estarán autorizados para mantener a personas privadas de la libertad. Los cuarteles militares, policiales, o de cualquier otro tipo, no son sitios autorizados para la privación de la libertad de la población civil.

2. En los centros de rehabilitación social y en los de detención provisional se promoverán y ejecutarán planes educativos, de capacitación laboral, de producción agrícola, artesanal, industrial o cualquier otra forma ocupacional, de salud mental y física, y de cultura y recreación.

3. Las juezas y jueces de garantías penitenciarias asegurarán los derechos de las personas internas en el cumplimiento de la pena y decidirán sobre sus modificaciones.

4. En los centros de privación de libertad se tomarán medidas de acción afirmativa para proteger los derechos de las personas pertenecientes a los grupos de atención prioritaria.

5. El Estado establecerá condiciones de inserción social y económica real de las personas después de haber estado privadas de la libertad.

CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL, COIP

Registro Oficial Suplemento 180 de 10-feb.-2014

Última modificación: 03-jun.-2019

Art. 220.- Tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.- La persona que directa o indirectamente sin autorización y requisitos previstos en la normativa correspondiente:

1. Oferte, almacene, intermedie, distribuya, compre, venda, envíe, transporte, comercialice, importe, exporte, tenga, posea o en general efectúe tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, en las cantidades señaladas en las escalas previstas en la normativa correspondiente, será sancionada con pena privativa de libertad de la siguiente manera:

- a) Mínima escala de uno a tres años.
- b) Mediana escala de tres a cinco años.
- c) Alta escala de cinco a siete años.
- d) Gran escala de diez a trece años.

2. Oferte, almacene, intermedie, distribuya, compre, venda, envíe, transporte, comercialice, importe, exporte, tenga, posea o en general efectúe tráfico ilícito de precursores químicos o sustancias químicas específicas, destinados para la elaboración ilícita de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si las sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, se oferten, vendan, distribuyan o entreguen a niñas, niños o adolescentes, se impondrá el máximo de la pena aumentada en un tercio. La tenencia o posesión de sustancias estupefacientes o psicotrópicas para uso o consumo personal en las cantidades establecidas por la normativa correspondiente, no será punible.

Nota: El numeral 2 de la Resolución de la Corte Constitucional No. 7, publicada en Registro Oficial Suplemento 79 de 30 de Abril del 2019, determina la siguiente interpretación del inciso final de este artículo de la siguiente manera: El inciso final del

artículo 220 del Código Orgánico Integral Penal es compatible con el artículo 364 de la CRE, en lo que atañe al objeto de esta sentencia, interpretándose en el sentido que el hecho de superar las cantidades máximas establecidas, no es constitutivo del tipo penal de tenencia y posesión, no establece indicio ni presunción de responsabilidad penal. Si el detenido supera las cantidades máximas admisibles de tenencia para consumo personal, corresponde a los operadores de justicia establecer que la persona en tenencia de sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, tenga la intención de traficar en lugar de consumir, en el marco del derecho al debido proceso.

Art. 275.- Ingreso de artículos prohibidos.- La persona que ingrese, por sí misma o a través de terceros, a los centros de privación de libertad, bebidas alcohólicas, sustancias catalogadas y sujetas a fiscalización, armas, teléfonos celulares o equipos de comunicación; bienes u objetos prohibidos adheridos al cuerpo o a sus prendas de vestir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

La misma pena se aplica en el caso de que los objetos a los que se refiere el inciso anterior, se encuentren en el interior de los centros de rehabilitación social o en posesión de la persona privada de libertad.

LEY ORGANICA DE PREVENCION INTEGRAL FENOMENO SOCIO ECONOMICO DROGAS

Registro Oficial Suplemento 615 de 26-oct.-2015

Capítulo I NORMAS RECTORAS

Art. 1.- Objeto.- La presente Ley tiene como objeto la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas; el control y regulación de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y medicamentos que las contengan; así como el establecimiento de un marco jurídico e institucional suficiente y eficaz.

Art. 2.- Naturaleza y Ámbito de aplicación.- La presente Ley es de orden público. Será aplicable a la relación de las personas con el fenómeno socio económico de las drogas; a las actividades de producción, importación, exportación, comercialización,

almacenamiento, distribución, transporte, prestación de servicios industriales, reciclaje, reutilización, y al uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y de los medicamentos que las contengan.

Art. 3.- Declaración de interés nacional.- Declárense de interés nacional las políticas públicas que se dicten para enfrentar el fenómeno socio económico de las drogas, así como los planes, programas, proyectos y actividades que adopten o ejecuten los organismos competentes, precautelando los derechos humanos y las libertades fundamentales, mediante la participación social y la responsabilidad pública y privada, en procura del desarrollo humano, dentro del marco del buen vivir o Sumak Kawsay. Dichas políticas se basarán de manera prioritaria en evidencia científica que permita la toma de decisiones y la atención a grupos vulnerables.

Art. 4.- Principios.- Son principios para la aplicación de la presente ley:

a.- Garantía y Defensa de Soberanía.- Las relaciones internacionales y los acuerdos de cooperación sobre drogas, deberán circunscribirse a la materia, sin involucrar otros ámbitos que distorsionen su naturaleza, afecten o condicionen la soberanía.

b.- Corresponsabilidad.- Las instituciones, organismos y dependencias del Estado, las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, la familia y la comunidad, serán corresponsables de sus acciones para el cumplimiento de esta Ley.

c.- Intersectorialidad.- Los distintos sectores involucrados, deberán coordinar y cooperar entre sí, optimizando esfuerzos y recursos, mediante la intervención transversal, intersectorial, multidisciplinaria y complementaria, para la generación y aplicación de las políticas públicas sobre la materia.

d.- Participación ciudadana.- La política pública se construirá con la presencia ciudadana, que aportará con su experiencia y realidad local, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Participación Ciudadana.

e.- Inclusión.- El Estado generará acciones y espacios de inclusión social y económica dirigida a personas en situación de riesgo por el fenómeno socio económico de las drogas.

f.- Interculturalidad.- Para el cumplimiento de la presente Ley, el Estado considerará elementos de la diversidad geográfica, cultural y lingüística de las personas, comunidades, etnias, pueblos y nacionalidades indígenas, afro ecuatorianas y montubias.

Art. 5.- Derechos.- Para el cumplimiento de esta Ley, el Estado garantizará el ejercicio de los siguientes derechos:

a.- Derechos humanos.- El ser humano como eje central de la intervención del Estado, instituciones y personas involucradas, respecto del fenómeno socio económico de las drogas, respetando su dignidad, autonomía e integridad, cuidando que dicha intervención no interfiera, limite o viole el ejercicio de sus derechos.

b.- Debido proceso.- Los procesos para determinar y sancionar las faltas administrativas establecidas en esta ley, se tramitarán con estricta observancia de las garantías constitucionales del debido proceso.

c.- Salud.- Toda persona en riesgo de uso, que use, consuma o haya consumido drogas, tiene derecho a la salud, mediante acciones de prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, respetando los derechos humanos, y a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida, con un enfoque biopsicosocial, que incluya la promoción de la salud.

d.- Educación.- Toda persona tiene derecho a acceder a un proceso formativo educativo, con orientación sistémica y holística, encaminado al fortalecimiento de sus capacidades, habilidades, destrezas y potencialidades en todas las etapas de su vida. En las comunidades educativas públicas, privadas y fiscomisionales, será prioritario, el conocimiento y aplicación de la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y de los riesgos y daños asociados.

e.- Información.- Toda persona, en especial mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes, jóvenes y aquellas en situación de vulnerabilidad, tienen derecho a recibir información de calidad basada en evidencia científica, de forma inmediata y eficaz, para prevenir y desincentivar el uso y consumo de drogas. La prevención de discapacidades congénitas o adquiridas estará presente en la ejecución de las políticas públicas de prevención integral de drogas.

f.- No criminalización.- Las personas usuarias o consumidoras de drogas no serán criminalizadas por su uso o consumo, en los términos establecidos en la Ley.

g.- No discriminación y estigmatización.- Las personas no podrán ser discriminadas ni estigmatizadas, por su condición de usuarias o consumidoras de cualquier tipo de drogas.

Art. 6.- Clasificación de drogas y sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.-

Para efectos de prevención y atención integral del uso y consumo, son drogas:

- 1.- Todas las bebidas con contenido alcohólico;
- 2.- Cigarrillos y otros productos derivados del tabaco;
- 3.- Sustancias estupefacientes, psicotrópicas y medicamentos que las contengan;
- 4.- Las de origen sintético; y,
- 5.- Sustancias de uso industrial y diverso como: pegantes, colas y otros usados a modo de inhalantes.

Para efectos de regulación y control, son sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, las que constan en el anexo a la presente Ley y se clasifican en:

- A.- Estupefacientes;
- B.- Psicotrópicos;
- C.- Precursores químicos; y, sustancias químicas específicas.

Capítulo II

PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENÓMENO SOCIO ECONÓMICO DE LAS DROGAS

Art. 7.- Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las drogas.- La prevención integral es el conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el Estado, las instituciones y personas involucradas, encaminado a intervenir con participación intersectorial sobre las diferentes manifestaciones del fenómeno socio económico de las drogas, bajo un enfoque de derechos humanos, priorizando el desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano, su familia y su entorno, el mejoramiento de la calidad de vida, el tejido de lazos afectivos y soportes sociales, en el marco del buen vivir. Los gobiernos autónomos descentralizados, bajo los lineamientos emitidos por el Comité Interinstitucional, implementarán planes y programas destinados a la prevención integral, con especial atención a los grupos de atención prioritaria.

Art. 8.- Prevención en el ámbito de la salud.- La Autoridad Sanitaria Nacional, adoptará las medidas necesarias para prevenir el uso y consumo de drogas; especialmente en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; y, promoverá ambientes, prácticas y hábitos saludables para toda la población.

Art. 9.- Prevención en el ámbito educativo.- Las autoridades del Sistema Nacional de Educación, con el acompañamiento de la comunidad educativa y participación interinstitucional e intersectorial, desarrollará políticas y ejecutará programas, en todos sus niveles y modalidades, cuyos enfoques y metodologías pedagógicas participativas se encaminen a la formación de conciencia social y personalidad individual, para prevenir el uso y consumo de drogas. Además, en las mallas curriculares se incluirá de manera progresiva, la enseñanza de contenidos relacionados con el riesgo del consumo de drogas y estrategias de prevención integral. Del mismo modo, propiciará el relacionamiento entre pares y espacios de enseñanza - aprendizaje, para generar conocimiento, fortalecer las habilidades sociales para la vida y afianzar los vínculos familiares. Será prioritaria la orientación y capacitación continua de los docentes en prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas, para lo cual la autoridad educativa nacional incluirá en sus procesos de formación esta materia.

Art. 10.- Prevención en el ámbito de la educación superior.- La Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, asegurará que en todas las instituciones de educación superior se transversalice dentro de las mallas curriculares de las diversas carreras y programas académicos, el conocimiento de las acciones para la prevención del uso y consumo de drogas, y se promuevan programas de investigación y estudio del fenómeno socio económico de las drogas.

Art. 11.- Prevención en el ámbito laboral.- Las entidades públicas y empresas privadas, con la participación activa de las y los empleadores, empleados y trabajadores, desarrollarán programas de prevención integral al uso y consumo de drogas, a ser ejecutados obligatoriamente en los lugares de trabajo, por personal calificado, a fin de fomentar un ambiente saludable y de bienestar laboral. La Autoridad Nacional del Trabajo regulará y controlará el cumplimiento de estos programas.

Art. 12.- Prevención en el ámbito comunitario-familiar.- El Estado establecerá políticas, programas y actividades sobre la prevención del uso y consumo de drogas, enfocadas a la sensibilización y orientación de la comunidad urbana y rural, en especial de las mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, padres y madres de familia, teniendo en cuenta las diferencias específicas de género, etnia y cultura.

Las Autoridades Nacionales de Desarrollo Social, así como los Gobiernos Autónomos Descentralizados, ejecutarán las políticas, programas y actividades determinados por el Comité Interinstitucional, en el ámbito de sus competencias.

Art. 13.- Prevención en el ámbito cultural, recreativo y deportivo.- El Estado a través de las Autoridades Nacionales de Cultura y del Deporte, ejecutarán programas con participación activa intersectorial y de la comunidad, para el fomento y desarrollo de actividades culturales, deportivas y recreativas para la población, encaminadas a la formación y desarrollo integral de las personas, con enfoque prioritario en la niñez, adolescencia y juventud, para orientar de manera primordial hábitos de vida saludables, bajo principios de inclusión y solidaridad, para precaver la relación inicial con las drogas y disminuir su influencia. Las Autoridades Nacionales de Cultura y del Deporte y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, impulsarán el acceso masivo a actividades culturales, deportivas y recreacionales en los diferentes espacios comunitarios.

Art. 14.- Prevención en el ámbito comunicacional y de información.- El Estado a través de los organismos e instituciones encargadas de la ejecución de esta Ley, desarrollará procesos comunicacionales sistemáticos y permanentes, aprobados por el Comité Interinstitucional, en todas las áreas geográficas de influencia, con pertinencia cultural y lingüística, que difundan los beneficios de la prevención del uso y consumo de drogas y establezcan estrategias informativas y de comunicación con la participación de la comunidad.

Art. 15.- Desarrollo Alternativo Preventivo.- Es obligación del Estado implementar un conjunto de medidas que potencien las capacidades de desarrollo de las comunidades ubicadas en zonas vulnerables por la influencia de actividades ilícitas relacionadas con las drogas.

Los organismos y entidades del Gobierno Central y los Gobiernos Autónomos Descentralizados articularán acciones que contribuyan a fortalecer su presencia en las zonas vulnerables, para incorporarlas al desarrollo socioeconómico, considerando la economía popular y solidaria y el fomento a la producción nacional.

Capítulo III

MECANISMOS FUNDAMENTALES PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENÓMENO SOCIO ECONÓMICO DE LAS DROGAS

Art. 16.- Mecanismos Fundamentales.- Para el cumplimiento pleno del objeto de la presente Ley, en cuanto a la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas, se emplearán los siguientes mecanismos fundamentales:

- 1.- Acciones para la prevención del uso y consumo de drogas;
- 2.- Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social; y
- 3.- Reducción de riesgos y daños.

Sección Primera

Acciones para la Prevención del uso y consumo de drogas

Art. 17.- Acciones para la Prevención del uso y consumo de drogas.- Para precaver la relación inicial con las drogas y disminuir su influencia, uso, demanda y riesgos asociados, será obligación primordial del Estado dictar políticas y ejecutar acciones inmediatas encaminadas a formar sujetos responsables de sus actos y fortalecer sus relaciones sociales, orientadas a su plena realización individual y colectiva. La intervención será integral y prioritaria en mujeres embarazadas; niñas, niños, adolescentes y jóvenes, durante su proceso de formación y desarrollo.

Sección Segunda

Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación e Inclusión Social

Art. 18.- Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.- Es obligación primordial no privativa del Estado prestar servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas consumidoras ocasionales, habituales y problemáticas de drogas.

El Estado implementará de manera prioritaria servicios y programas destinados al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

La Autoridad Sanitaria Nacional autorizará, regulará, controlará y planificará la oferta territorializada de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para el tratamiento y rehabilitación de niñas, niños y adolescentes se les comunicará de forma clara

y precisa sobre su naturaleza y alcances, se contará con el consentimiento informado de sus representantes legales, y en los casos previstos en la Ley, con disposición emitida por Juez o autoridad competente. En el caso de personas mayores de edad el tratamiento será voluntario, salvo los casos previstos en la Ley. Los centros terapéuticos contarán con profesionales especializados, protocolos de buenas prácticas y programas de atención.

Art. 19.- Inclusión social.- Es obligación del Estado crear programas de inclusión económica y social, orientados a preservar o recuperar el ejercicio de derechos y obligaciones de las personas que se encuentren o hayan concluido procesos de tratamiento y rehabilitación, facilitando el relacionamiento con su familia, comunidad y entorno educativo o laboral.

Sección Tercera Reducción de Riesgos y Daños

Art. 20.- Reducción de Riesgos y Daños.- El Estado promoverá un modelo de intervención que incluya estrategias en áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, que tenga como finalidad disminuir los efectos nocivos del uso y consumo de drogas, y los riesgos y daños asociados, a nivel individual, familiar y comunitario. Las acciones de reducción de riesgos y daños contarán con información técnica oportuna que promueva una educación sanitaria adecuada.

REGLAMENTO LEY PREVENCIÓN INTEGRAL FENÓMENO SOCIO ECONÓMICO DROGAS

Registro Oficial Suplemento 717 de 22-mar.-2016

Última modificación: 04-may.-2018

Capítulo I Generalidades

Art. 1.- Objeto.- El presente reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización.

Art. 2.- Ámbito.- Las disposiciones de este Reglamento rige para las entidades del sector público y privado que tengan relación con las acciones para la promoción de la salud, la prevención del uso y consumo de drogas, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, y la reducción de riesgos y daños así como a las personas naturales y jurídicas sometidas a la regulación y control para la importación, exportación, producción comercialización, almacenamiento, distribución, transporte, prestación de servicios

industriales, reciclaje, reutilización y uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y medicamentos que las contengan.

Art. 3.- Fenómeno socio económico de las drogas.- Se entiende por fenómeno socio económico de las drogas a los impactos y consecuencias sociales, económicas, políticas, culturales y de seguridad ciudadana que se generan por la relación e incidencia de los individuos, la familia, comunidades y Estados con las drogas. El ser humano será considerado como eje central de las acciones del Estado, instituciones y personas involucradas en la intervención del fenómeno socio económico de las drogas, respetando su dignidad, libertad e integridad biopsicosocial, para precautelar el ejercicio de sus derechos.

Art. 4.- Clasificación de drogas.- Las políticas públicas, planes, programas, proyectos y actividades que se dicten y ejecuten en el ámbito de la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas, considerarán como drogas todas las descritas en los numerales 1, 2, 3, 4 y 5 del artículo 6 de la Ley.

Art. 5.- Acciones en el ámbito comunicacional y de información.- La Secretaría Técnica de Drogas SETED, con base en los lineamientos emitidos por el Comité Interinstitucional y en coordinación con la autoridad competente de la administración pública, realizará el asesoramiento, revisión, seguimiento y evaluación de las campañas comunicacionales y de las estrategias informativas y de comunicación, con el objeto de garantizar una difusión clara y oportuna con contenidos orientados a una efectiva prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas.

Art. 6.- Atención prioritaria.- Las acciones para prevenir el uso y consumo de drogas serán dirigidas de manera prioritaria a niños, niñas, jóvenes, adolescentes, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, privados de libertad, personas con enfermedades catastróficas y las demás previstas en la Constitución de la República.

Capítulo II

Prevención Integral Del Fenómeno Socio Económico De Las Drogas

Art. 7.- Acciones para la prevención del uso y consumo de drogas.- Las instituciones y entidades que integren el Comité Interinstitucional y aquellas que no siendo miembros, reciban disposiciones del Comité en el ámbito de la prevención del uso y consumo de drogas, ejecutarán acciones articuladas que permitan fortalecer las capacidades de los individuos, así como los factores de protección para precaver o disminuir los factores de riesgo asociados al uso y consumo de drogas, mediante el desarrollo de políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en los distintos ámbitos determinados en la Ley y este Reglamento.

Sección I

Prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito de la salud

Art. 8.- Acciones en el ámbito de la salud.- La autoridad sanitaria nacional, dentro del ámbito de sus competencias, adoptará las siguientes acciones:

1. Desarrollar la política sanitaria enfocada a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las personas que usan y consumen drogas, basado en evidencia científica, adaptadas a las necesidades y demandas locales.
2. Diseñar, planificar y ejecutar estrategias de: educación para la salud y prácticas saludables; sensibilización del uso y consumo de drogas dirigido al personal de salud y a la comunidad; salud intercultural, comunitaria y familiar en programas terapéuticos; reducción de los efectos nocivos del uso y consumo de drogas, así como de los riesgos y daños asociados a nivel individual, familiar y comunitario desde el enfoque sanitario;
3. Regular y controlar los establecimientos que prestan servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas;
4. Regular y controlar la prescripción y el uso médico terapéutico de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización;
5. Las demás que considere la autoridad sanitaria nacional.

Sección II

Prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito educativo

Art. 9.- Acciones en el ámbito educativo.- Los programas de promoción de la salud y prevención al uso y consumo de drogas que desarrollen las autoridades del Sistema Nacional de Educación, a más de los enfoques y metodologías establecidas en la Ley, contendrán información que permita la sensibilización, concientización, reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección de los estudiantes, padres, madres y representantes legales, docentes, autoridades educativas, profesionales de los departamentos de consejería estudiantil y personal administrativo.

En estos programas se emplearán metodologías interactivas que promuevan la participación activa de toda la comunidad educativa y que fortalezcan el desarrollo de habilidades para la vida, la toma de decisiones responsables e informadas y la construcción de vínculos familiares saludables. En el marco de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la educación, la autoridad educativa nacional prestará el servicio educativo a los estudiantes que se encuentren en cualquier situación de vulnerabilidad; buscando mantener su vinculación en el sistema educativo nacional y dar continuidad a su proceso de formación.

Art. 10.- Materiales curriculares.- La autoridad educativa nacional promoverá e impulsará la generación de materiales educativos con contenidos relacionados a las estrategias de promoción y prevención, y los posibles riesgos asociados al uso y consumo de drogas, en los niveles y modalidades de educación según la pertinencia evolutiva del estudiante.

Sección III

Prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito de educación superior

Art. 11.- Acciones en el ámbito de educación superior.- Para la aprobación de todas las carreras y programas académicos de todos los niveles y modalidades de pregrado, técnico, tecnológico y pedagógico, la entidad competente del sistema de educación superior verificará que en las mallas curriculares se incluya la prevención del uso y consumo de drogas mediante materias, trabajos de investigación o vinculación con la comunidad, bajo los lineamientos establecidos por el Comité Interinstitucional.

La Secretaría Técnica de Drogas SETED, observando el principio de pertinencia y en coordinación con la entidad competente del sistema de educación superior, asesorará las investigaciones científicas, cuantitativas y cualitativas, referentes al fenómeno socio económico de las drogas, que realicen las entidades que integran el sistema de educación superior. En el caso de investigaciones médico-científicas relacionadas a los medicamentos y productos que contienen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, se coordinará con la autoridad sanitaria nacional. Las unidades de Bienestar Estudiantil de las entidades que integran el sistema de educación superior, bajo los lineamientos definidos por la Secretaría Técnica de Drogas SETED, diseñarán e implementarán las estrategias de prevención dirigidas a docentes, estudiantes y personal administrativo de la institución.

Sección IV

Prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito laboral

Art. 12.- Acciones en el ámbito laboral.- Los programas de prevención al uso y consumo de drogas, que deben desarrollar las entidades públicas y empresas privadas, serán elaborados por personal calificado y serán parte o se incorporarán como anexo de su Reglamento de Seguridad y Salud, y contendrán el detalle de las actividades que desarrollarán los empleadores para la sensibilización, concientización y toma de decisiones sobre el uso y consumo de drogas. La omisión de estas obligaciones será sancionada de conformidad con el artículo 628 del Código de Trabajo.

Las unidades de administración del talento humano de las entidades del sector público, desarrollarán estos programas dirigidos a los servidores públicos. Estos programas de prevención y sus medidas deberán ser acatados obligatoriamente por los trabajadores y servidores públicos. La autoridad nacional del trabajo realizará los controles pertinentes a las instituciones públicas y privadas, en el ámbito de sus competencias establecidas en el numeral 1 del artículo 554 del Código de Trabajo.

Sección V

Prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito comunitario familiar

Art. 13.- Acciones en el ámbito comunitario familiar.- Los programas y actividades sobre prevención del uso y consumo de drogas que ejecuten en el ámbito comunitario familiar las autoridades nacionales competentes que integren el Comité Interinstitucional y aquellas que no siendo miembros del Comité reciban el encargo de hacerlo, se desarrollarán considerando las estrategias específicas para las diferentes fases de intervención y para cada segmento poblacional establecido en la Ley, de acuerdo al ámbito de sus competencias y en coordinación con la Secretaría Técnica de Drogas SETED. Los Gobiernos Autónomos Descentralizados, bajo los lineamientos emitidos por el Comité Interinstitucional, en coordinación con la Secretaría Técnica de Drogas SETED, y con base en evidencia, diseñarán, planificarán y ejecutarán programas y actividades de prevención del uso y consumo de drogas, de reducción de riesgos y daños, así como de inclusión social, con participación ciudadana y corresponsabilidad.

Sección VI

Prevención del uso y consumo de drogas en el ámbito cultural, recreativo y deportivo

Art. 14.- Acciones en el ámbito cultural, recreativo y deportivo.- La autoridad nacional de cultura y patrimonio, en coordinación con las autoridades nacionales competentes en los ámbitos de prevención del uso y consumo de drogas, ejecutará acciones orientadas a:

1. Considerar como ejes fundamentales en la prevención del uso y consumo de drogas, al arte y la creatividad individual y colectiva, mediante la producción de expresiones culturales y de acceso a bienes y servicios culturales;
2. Fomentar el acceso de personas que usan y consumen drogas a información sobre el patrimonio cultural, memoria social, artes, creatividad, investigación y producción;
3. Diseñar planes y proyectos de capacitación y asesoría artística y cultural, dirigidos a personas que usan y consumen drogas.
4. Organizar emprendimientos culturales que permitan a las personas que usan y consumen drogas obtener productos y beneficios económicos.

La autoridad nacional del deporte, en coordinación con los organismos que conforman el sistema deportivo nacional, incluirá dentro sus programas y proyectos, actividades que permitan prevenir el uso y consumo de drogas en procura de mejorar la calidad de vida de las personas. Las autoridades nacionales de cultura y deporte asegurarán que durante la ejecución de programas o eventos culturales y deportivos, se realicen campañas informativas técnicas con estrategias comunicacionales y tecnológicas encaminadas a la prevención del uso y consumo de drogas bajo los enfoques establecidos en la Ley. Los Gobiernos Autónomos Descentralizados conforme su facultad normativa, aprobarán ordenanzas o dictarán resoluciones, según corresponda, mediante las cuales destinen espacios públicos suficientes e infraestructuras mínimas para cubrir las necesidades sociales y colectivas de carácter cultural, recreativo y deportivo, en coordinación con las autoridades nacionales de cultura y deporte, procurando el acceso masivo de la comunidad a estas actividades.

Sección VII

Desarrollo Alternativo Preventivo

Art. 15.- Desarrollo Alternativo Preventivo.- El Desarrollo Alternativo Preventivo es una política de Estado que posibilita un conjunto de medidas encaminadas a potenciar la incorporación de la comunidad en programas y proyectos productivos, socioeconómicos y de protección del ambiente, que promuevan el desarrollo humano y el buen vivir, para reducir su vulnerabilidad a participar en actividades ilícitas asociadas con las drogas. La Secretaría Técnica de Drogas SETED, realizará la coordinación, seguimiento y evaluación de la ejecución de los programas de Desarrollo Alternativo Preventivo, que estarán a cargo de los organismos y entidades del Gobierno Central y de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, en el ámbito de sus competencias.

Capítulo III
Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación E Inclusión Social
Sección I
Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación

Art. 16.- Acciones para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dictará las normas y estándares de calidad necesarias para la atención integral y especializada a personas que usan y consumen drogas en especial a los grupos de atención prioritaria, mismas que se implementarán en el sistema nacional de salud, buscando la complementariedad, continuidad e integralidad de los servicios, en el marco del respeto de los derechos humanos. El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación serán acciones continuas de la atención integral en salud. Los Gobiernos Autónomos Descentralizados, previa autorización de la autoridad sanitaria nacional, podrán ofrecer servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de conformidad con la normativa vigente.

Art. 17.- Diagnóstico.- Los establecimientos públicos y privados de salud, bajo la normativa establecida por la autoridad sanitaria nacional, brindarán el servicio de diagnóstico mediante acciones encaminadas a la evaluación y análisis de personas que usan y consumen drogas, que permitan reflejar su situación actual y real, para determinar el tratamiento específico a seguir. Los profesionales de la salud cumplirán con la normativa y los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 18.- Tratamiento.- Los establecimientos públicos y privados de salud, conforme a la normativa y modalidades de tratamiento establecidos por la autoridad sanitaria nacional, brindarán el servicio para tratar los problemas de salud causados por el uso o consumo de drogas, los cuales contendrán estrategias, programas y acciones tendientes a la atención integral y articulada para las diferentes fases de la relación del sujeto con las drogas y con su entorno social, a través de prácticas saludables que permitan fortalecer la calidad de vida de las personas.

El tratamiento de las personas en situaciones de uso o consumo de drogas será únicamente profesional y especializado, los establecimientos públicos y privados que presten el servicio de tratamiento deberán cumplir las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional. El área social de los prestadores de servicios de tratamiento deberá contar con

servicios de apoyo familiar, formación en habilidades sociales, formación laboral, tutoría laboral, formación académica y tutoría escolar.

Art. 19.- Rehabilitación.- Los establecimientos públicos y privados de salud, bajo la normativa establecida por la autoridad sanitaria nacional, brindarán el servicio de rehabilitación a las personas que consumen drogas, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida, en coordinación con la red intersectorial de atención integral de salud.

Sección II Inclusión Social

Art. 20.- Inclusión social.- La autoridad nacional de inclusión económica y social, bajo los lineamientos establecidos por el Comité Interinstitucional, coordinará con las entidades que lo integren y por aquellas que no siendo miembros del Comité reciban el encargo de hacerlo, así como con los Gobiernos Autónomos Descentralizados, el desarrollo y articulación de programas, proyectos y servicios dirigidos a favorecer la inclusión social que contemplen:

1. Acciones de prevención mediante el trabajo con las familias y comunidades fortaleciendo la corresponsabilidad en el cuidado de niños, niñas y adolescentes.
2. Emprender acciones para la reinserción social de niñas, niños y adolescentes afectados por el consumo de drogas en la familia y la comunidad.
3. Articular programas de capacitación para generación de emprendimientos;

Capítulo IV Reducción De Riesgos Y Daños

Art. 21.- Reducción de riesgos y daños.- Las entidades que integren el Comité Interinstitucional, en coordinación con la Secretaría Técnica de Drogas SETED, prepararán los estudios necesarios para la implementación de políticas públicas de reducción de riesgos y daños que serán aprobadas por el Comité Interinstitucional. Estas políticas se ejecutarán por las entidades que, en el ámbito de sus competencias, mediante programas, que incidan en los ámbitos sanitario, legal, económico, cultural, social y de seguridad, con enfoques de protección de derechos.

Capítulo III

Marco Metodológico

3.1. Metodología

La presente investigación se llevará a cabo mediante un estudio al estado de excepción y a la falta de prevención y tratamiento médico-psiquiátrico a las personas privadas de libertad, ya que mediante estadísticas previstas un promedio de 2000 reclusos sufren de drogodependencia y adicción aguda, ya que para estos casos el Centro de Rehabilitación Social (CRS) de Varones de Guayaquil, conocido como Penitenciaría del Litoral, no cuentan con un centro médico adecuado para el tratamiento específicos referente al tema que nos ocupa; y que conlleva a un análisis de información desde una perspectiva descriptiva, evaluativa, explicativa y propositiva, bajo un lineamiento jurídico en materia penal-social.

En la presente investigación se va a utilizar las siguientes metodologías:

Inductivo – Deductivo. - Método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, donde se caracteriza por la observación, registro de todos los hechos, el análisis la derivación inductiva de una divulgación a partir de los hechos y la contrastación la cual permite realizar el análisis crítico-jurídico a partir de la evidencia que indica los medios de comunicación y la verificación actual para la elaboración del presente trabajo.

Analítico – Sintético. – Se estudia sobre los hechos que se estén suscitando, y a partir de la descomposición sobre el objeto de estudio, esto con el fin de estudiarlas en forma individual y luego de forma holística e integral sobre la drogodependencia y la atención prioritaria a las personas privadas de libertad, la cual nos permitió realizar una valoración sobre el análisis de los factores de riesgo y factores de protección con enfoque prioritario, y aplicación de acciones para prevenir el uso y consumo de drogas.

Histórico – Lógico.- Se complementan mutuamente, permitiendo descubrir las causas y consecuencias de los fenómenos en el cual se basa la descripción lógica objetiva para el desarrollo de la investigación, por tanto se analiza los hechos, antecedentes del pasado, comparándolos con los acontecimientos actuales, analizando la relación causa – efecto de factores de riesgo y factores de protección con enfoque prioritario, y aplicación de

acciones para prevenir el uso y consumo de drogas para, posterior, realizar una comparación del pasado y el presente dar una solución al problema planteado.

3.2. Procedimiento metodológico

El procedimiento metodológico aplicado para la suficiente información teórica, y demás sustentos de datos estadísticos para la credibilidad del trabajo de investigación, se dependió del levantamiento de información en el centro de rehabilitación social varones de Guayaquil N°1, realizado por la Defensoría del Pueblo para lo cual dio lo siguiente:

Población.- La población, objeto de estudio investigativo es el Centro de Privación de Libertad de Guayaquil N°1, es un centro masculino con 58 años de funcionamiento aproximadamente. Es un bien de propiedad del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, siendo el mismo de capacidad en alojamiento de 4500 PPL, de levantarse la información a través de la Defensoría del Pueblo se encontraban 8488 PPL total de personas privadas de libertad de donde se tomó la muestra de para el estudio y encuestas a realizar.

TABLA 1 DE POBLACIÓN

Área	Número de PPL
Pabellón 1	685
Pabellón 2	812
Pabellón 3	782
Pabellón 4	701
Pabellón 5	529
Pabellón 6	614
Pabellón 7	302
Pabellón 8	810
Pabellón 9	730
Pabellón 10	796

Pabellón 11	816
Pabellón 12	788
Policlínico 1	32
Policlínico 2	20
Transitorio	36
Policlínico 3 (tuberculosis)	35
TOTAL	8488

Fuente: Centro de Privación de Libertad de Guayaquil.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Por cuanto a la suma se puede considerar la fórmula para determinar la muestra, como la siguiente:

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confiabilidad 1,96

P=Probabilidad de ocurrencia 0.5

Q= Probabilidad de no ocurrencia 0.5

N= Población

E= Error de muestreo 0.05

$$n = \frac{z^2 P Q n}{Z^2 P Q + n e^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 8488}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + 8488 (0.05)^2}$$

$$N = \frac{(3.8416) (2122)}{(0.9604) + (21.22)}$$

$$N = \frac{(8151.87)}{(22.18)}$$

$$N = 367.53 / 16 \text{ pabellones} = 23$$

Muestra.- Siendo como muestra un grupo de 367.53 personas que están ingresadas en el Centro de Privación de Libertad de Guayaquil, que siendo el porcentaje de 23 por cada pabellón, estas encuestas se dieron en los días 12 y 13 del mes de abril del 2019, estas dirigidas a familiares que estaban en las afueras del centro referido, a espera del ingreso a las horas de visitas por cuanto el ingreso no se facilitó por haber incidentes al interior del mismo, esto corresponde a la población en la cual se efectuó la el levantamiento de información in sito de la investigación.

3.3. Tratamiento y análisis de la investigación

Estadística descriptiva en la Investigación. - Se considera la estadística descriptiva como el conjunto de técnicas que facilitan la organización, resumen y comunicación de datos. La estadística descriptiva es una gran parte de la estadística que se dedica a recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos, con el fin de describir apropiadamente las características de ese conjunto. Este análisis es muy básico. Aunque hay tendencia a generalizar a toda la población, las primeras conclusiones obtenidas tras un análisis descriptivo, es un estudio calculando una serie de medidas de tendencia central, para ver en qué medida los datos se agrupan o dispersan en torno a un valor central, y una vez que se han recogido los valores que toman las variables de nuestro estudio (datos), procederemos al análisis descriptivo de los mismos.

Medidas de tendencia central. - Las medidas de centralización vienen a responder a la primera pregunta. Nos indican alrededor de qué valores que se agrupan según los datos observados.

Media aritmética. - No es más que la suma de todos los valores de una variable dividida entre el número total de datos de los que se dispone.

3.3.1. Análisis de los resultados recolectados en el Centro de Privación de Libertad de Guayaquil.

Formulario de ítems de preguntas para el reconocimiento de la atención prioritaria dentro del Centro de Privación de Libertad de Guayaquil.

Con las siguientes preguntas:

1. Cree usted que algún familiar suyo consume drogas dentro del centro reclusorio.
2. Cree usted que algún familiar suyo sufre de trastornos físicos o síntomas por consumo de drogas y que tal vez requiera tratamiento médico especializado.
.....
3. Cree usted que algún familiar suyo sufre de problemas psicológicos por consumo de drogas y que tal vez requieran tratamiento.....
4. Cree usted que las personas que se encuentran en los centros reclusorios se auto inflija daños a causa del consumo de drogas
5. Cree usted que existe la posibilidad de que algún familiar que estando en el centro reclusorio sea una amenaza para la seguridad de otras personas por causa del consumo de drogas
6. Cree usted que en el centro reclusorio se brinda un tratamiento farmacológico para la desintoxicación en el régimen de internación
7. Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentra detenido ha contado con un tratamiento de desintoxicación dentro del régimen de internación en el centro reclusorio.
8. Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentre detenido ha contado con una atención planificada dentro del centro reclusorio.
9. Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentre detenido está siendo motivado para recibir tratamiento con carácter prioritario en el centro reclusorio.
10. Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentre detenido está dispuesto a participar en sesiones de evaluación para su rehabilitación al consumo de drogas

Respuestas: Si Tal vez No

Pregunta 1 ¿Cree usted que algún familiar suyo consume drogas dentro del centro reclusorio?

TABLA 2

ESTADISTICA DE LA PREGUNTA # 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	65%
Tal vez	5	22%
No	3	13%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 1

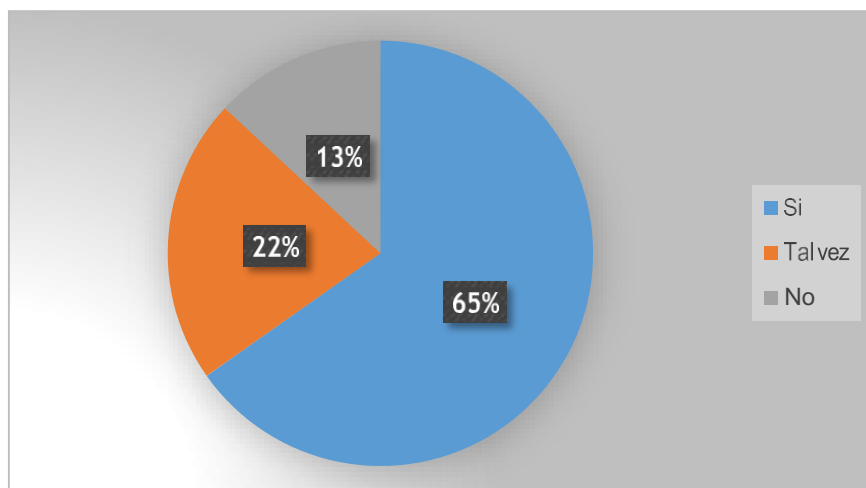


GRÁFICO 1.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis.- del 65% de las personas encuestadas manifestaron que el consumo de droga en las cárceles es habitual y que sus familias llegan a consumir estas sustancias debido a que no hay control en los centros penitenciarios ya que existen reos que expende estas sustancias y muchas veces les regalan para que se vuelvan adictos algunos internos, esto ocurre debido a la falta de seguridad.

Pregunta 2 ¿Cree usted que algún familiar suyo sufre de trastornos físicos o síntomas por consumo de drogas y que tal vez requiera tratamiento médico especializado?

TABLA 3
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA # 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tal vez	13	35%
Si	8	56%
No	2	9%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 2

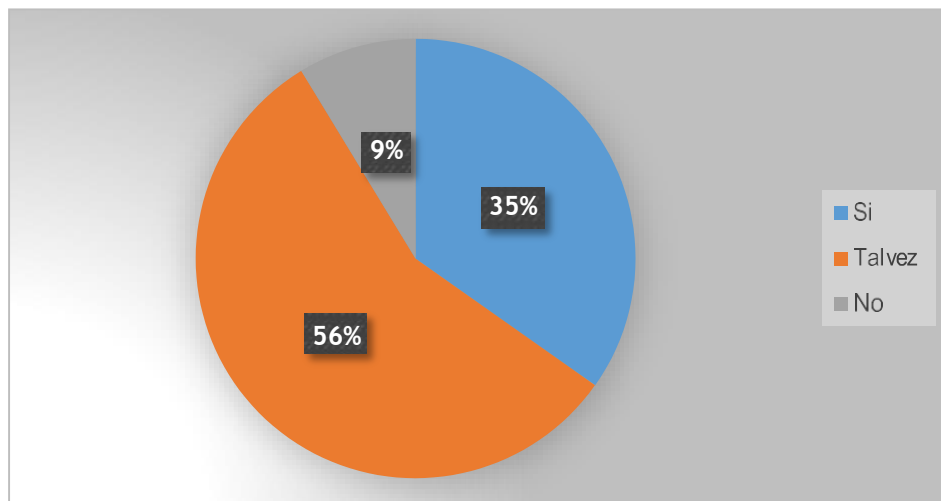


GRÁFICO 2.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis. – del 56% de las personas encuestadas están en duda de que estas personas sufren de algún trastorno físico debemos entender que estas personas no tienen conocimiento de que estas personas pueden sufrir del el síndrome de abstinencia por la falta de consumo de estas sustancias donde puede sufrir severos daños en su cuerpo y por ende necesita de un tratamiento especializado.

Pregunta 3 ¿Cree usted que algún familiar suyo sufre de problemas psicológico por consumo de drogas y que tal vez requieran tratamiento?

TABLA 4

ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	64%
tal vez	6	29%
No	4	7%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 3

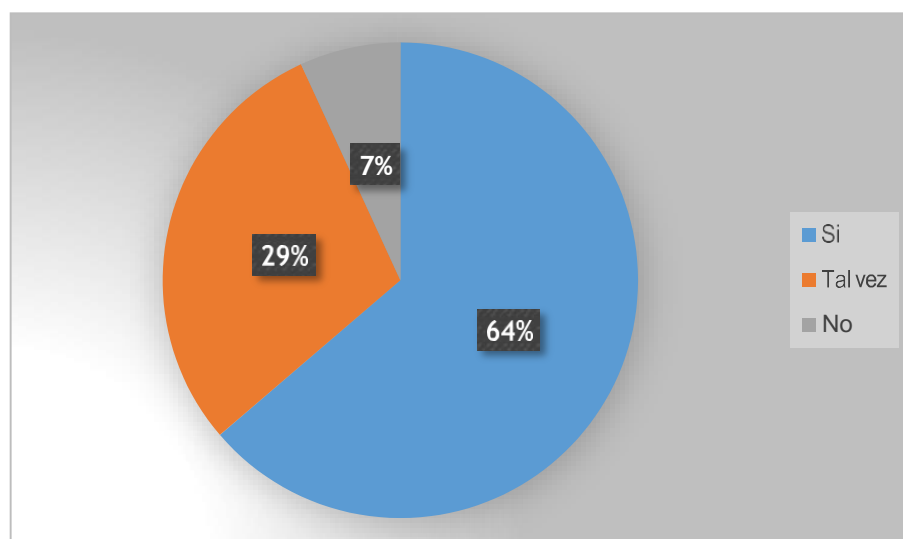


GRÁFICO 3.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis el 64% de las personas encuestadas respondieron que su familiar tienen problemas mentales debido al exceso del consumo de estas sustancias psicoactiva por motivo de que no cuentan con el tratamiento debido para su recuperación ya que en las clínica de rehabilitación y en las cárceles del País no cuentan con el personal médico especial para tratar estos tipos de problemas.

Pregunta 4 ¿Cree usted que las personas que se encuentran en los centros reclusorios se auto inflija daños a causa del consumo de drogas?

TABLA 5
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	15	65%
tal vez	5	22%
No	3	13%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 4

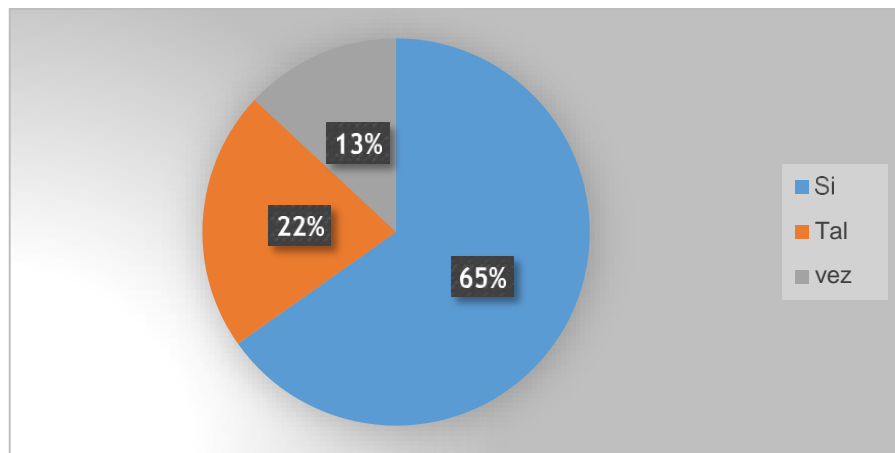


GRÁFICO 4.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis.- Se puede considerar que el 65% de las personas encuestados opinan que los reclusos al interior del centro penitenciario, si se auto infligen daños a su integridad ya que sea por riñas constantes o por que los reclusos que solicitan dinero a través de extorsión de cualquier índole, ahora en la actualidad aun con el estado de excepción, se ha llegado a conocer de casos de muerte de varios reclusos, así mismo el número de heridos por riñas entre bandas en su interior.

Pregunta 5 ¿Cree usted que existe la posibilidad de que algún familiar o amigo que estando en el centro reclusorio sea una amenaza para la seguridad de otras personas por causa del consumo de drogas?

TABLA 6
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tal vez	13	57%
Si	4	17%
NO	6	26%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 5

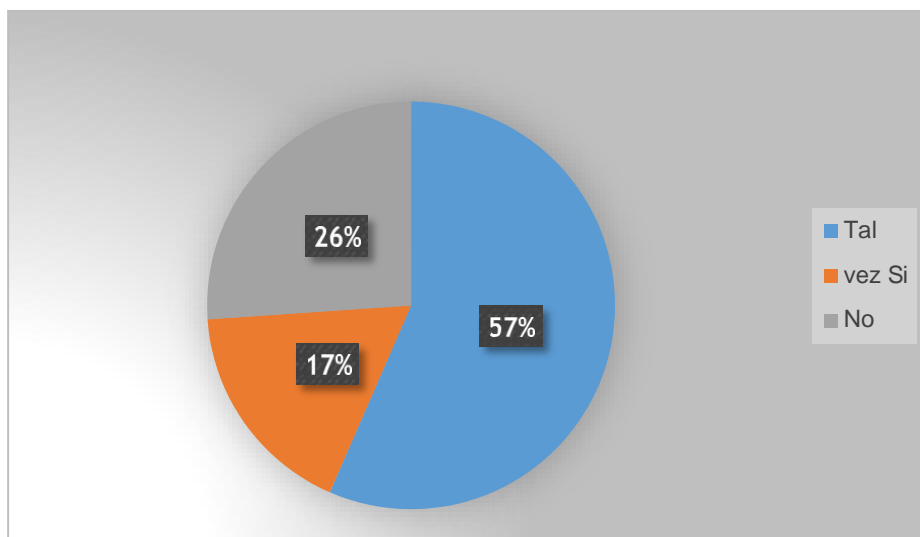


GRÁFICO No 5.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis. – Debemos indicar que el 57% de las personas encuestadas dudan de que su familiar estando bajo los efectos de la droga causen comportamiento hostil y violento a los demás internos debido que la sobredosis de esta sustancia causa entorno de violencia que hace que una persona pierda el control y cometa actos indebidos e inadecuados.

Pregunta 6 ¿Cree usted que en el centro reclusorio se brinda un tratamiento farmacológico para la desintoxicación en el régimen de internación?

TABLA 7
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	10	44%
Tal vez	9	39%
Si	4	17%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 6

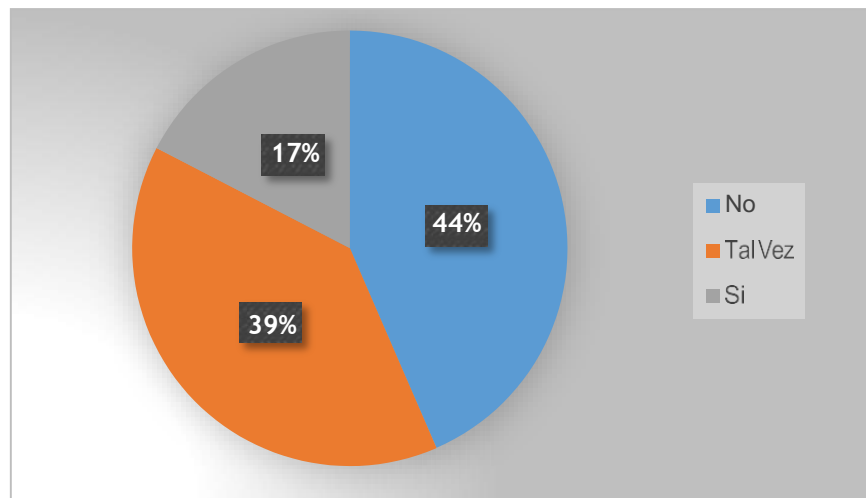


GRÁFICO 6.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis. – En la encuesta realizada el 44% de las personas manifestaron que no se da el tratamiento ya que sus familiares no encuentran ningún tipo de cambio ante han empeorado mientras que el 39% indicó que si se les ha dado pero no es el tratamiento adecuado para que ellos puedan reintegrarse a la sociedad debido a la falta de personal médico y las terapias necesarias para que estas personas puedan recuperarse.

Pregunta 7 ¿Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentra detenido ha contado con un tratamiento de desintoxicación dentro del régimen de internación en el centro reclusorio?

TABLA 8
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	11	48%
Tal vez	8	35%
Si	4	17%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 7

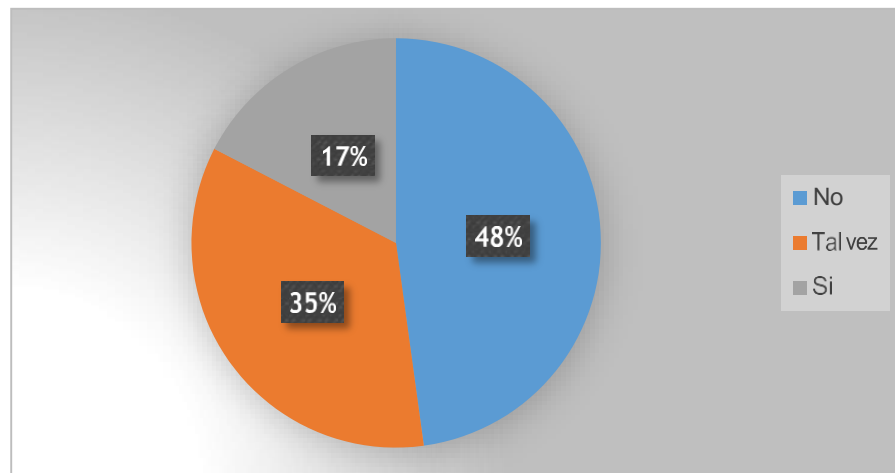


GRÁFICO 7.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis. – En la encuesta realizada el 48% de las personas encuestadas indicaron que sus familiares no reciben el tratamiento debido a esto se debe a la sobrepoblación que se encuentran en el interior del centro penitenciario y por esta razón sus familiares no logran recuperarse y lo que esto genera es que haya más violencia en los pabellones debido a la abstinencia que tienen estas personas por querer conseguir la sustancia adictiva.

Pregunta 8 ¿Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentre detenido ha contado con una atención planificada dentro del centro reclusorio?

TABLA 9
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	14	61%
Tal vez	6	26%
Si	3	13%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 8

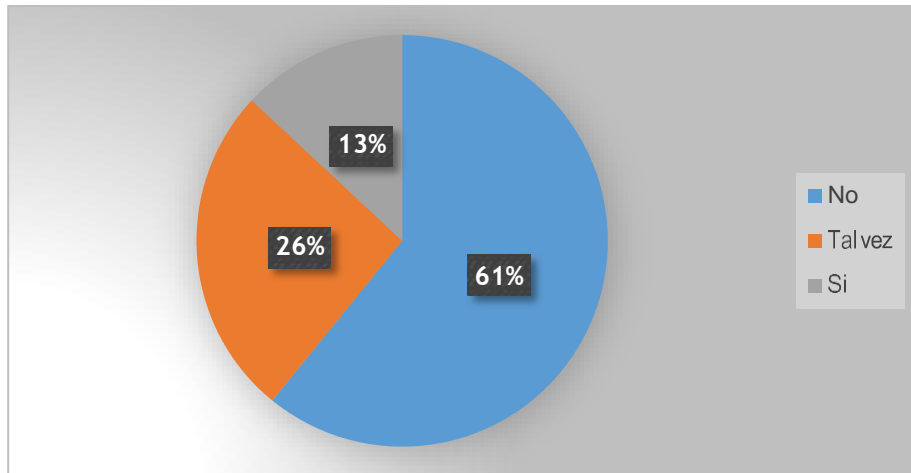


GRAFICO 8.
Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis. – el 61% de las personas encuestadas indicaron que sus familiares no han contado con una atención planificada debido a las agresiones que han habido al interior del centro penitenciario y no hay control por parte de las autoridades, además faltan personal médico para garantizar la salud de los internos.

Pregunta 9 ¿Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentre detenido está siendo motivado para recibir tratamiento con carácter prioritario en el centro reclusorio?

TABLA 10
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tal vez	12	52%
No	8	35%
Si	3	13%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 9

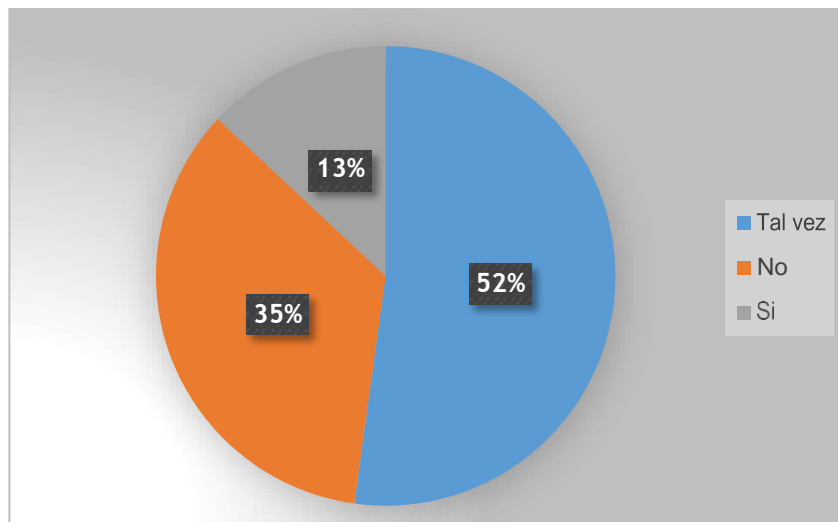


GRÁFICO 9.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis.- El 52% de las personas encuestadas dudan que todos los internos sean motivados para recibir la atención planificada debido a la falta de psicólogos, psiquiatras, médicos generales, falta de alimentos y útiles de aseo ya que no todos reciben este beneficio debido a la sobrepoblación de internos.

Pregunta 10 ¿Cree usted que algún familiar o amigo que se encuentre detenido está dispuesto a participar en sesiones de evaluación para su rehabilitación al consumo de drogas?

TABLA 11
ESTADISTICA DE LA PREGUNTA 10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	14	61%
Tal vez	9	39%
No	0	0%
Total	23	100%

Elaborado por: Felix, S. (2019).

PORCENTAJE GRAFICO DE LA PREGUNTA 10

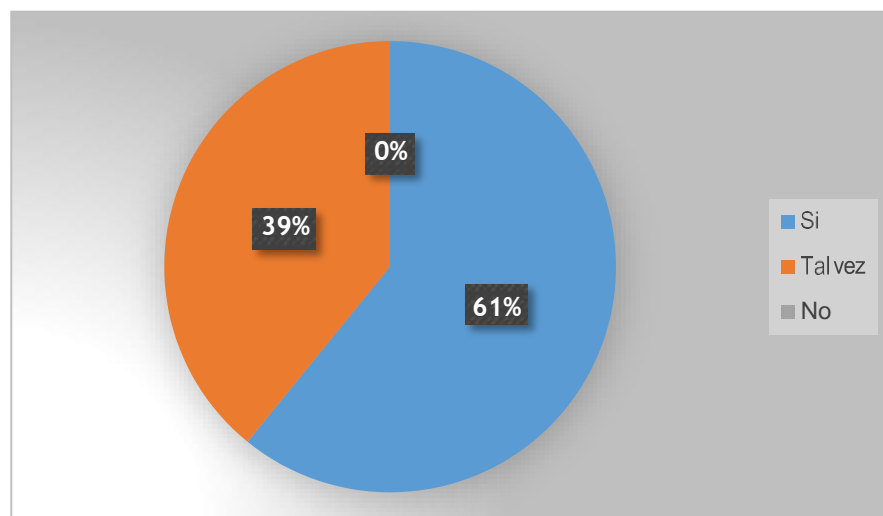


GRAFICO 10.

Elaborado por: Felix, S. (2019).

Análisis. - Del 61% de las personas encuestadas indican que sus familiares están de acuerdo en participar en los programas de rehabilitación para poderse recuperar y de esta manera reintegrarse a la sociedad y más que todo tener una buena convivencia con sus familiares.

3.4. Criterios para elaborar conclusiones, recomendaciones y propuesta a consideración.

3.4.1. Conclusiones

El consumo de drogas y la abstinencia dentro del Centro de Privación de Libertad de Guayaquil, a conlleva a resultados elevados entre la población de PPL, ocasionando así perjuicios a la salud de los reclusos, ya que las adicciones causan en la persona que se deteriore progresivamente; tornando necesario que se concientice en los factores de riesgo, junto con la problemática del ingreso de la droga al Centro de Privación de Libertad; por lo que el prevenir y controlar de manera general este tipo de tráfico, y de establecer que en ningún caso se permitirá el consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores como sus derechos constitucionales, será una forma de ayudar a que mejoren y poder reinstalarlos a la sociedad a los privados de la libertad.

La persona drogo-dependiente criminalizada, se la determina como un grupo de atención prioritaria, por tal motivo no se pueden vulnerar sus derechos constitucionales; y en establecerse dentro del proceso penal que se lo trate como un consumidor con característica de dependencia a la droga y no como consumidor ocasional, habitual o problemático, es por eso que el Estado debe de garantizar su derecho a un tratamiento médico y su rehabilitación a la adicción para que sean reinsertados a la sociedad.

El consumo o dependencia de drogas y la delincuencia o la marginación social asumen la diferencia en el peligro que representan para los intereses de la sociedad llamado “bien común”, donde es necesario que se establezca bajo criterios médicos (psicológicos y psiquiátricos), si el sujeto es consumidor o dependiente a fin de que no quede ninguna duda que se trata de una enfermedad y a partir de ahí, brindar el trato que se le debe dar a quienes sean calificados como consumidores o dependientes frente a delitos como la posesión, tenencia y tráfico de drogas. Pues establecer la inimputabilidad bajo ciertos límites sobre la tenencia o posesión de drogas para consumo resulta atentatoria contra los derechos fundamentales de toda persona violando los principios como el de la dignidad humana y el de la autodeterminación de la persona.

3.4.2. Recomendaciones.

La Constitución de la República del Ecuador reconoce las adicciones como un problema de salud, e igualmente en las normas infra constitucionales como la Ley Orgánica de Prevención Integral del fenómeno socio económico de las drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y su reglamento, ratifican este enfoque y prevén el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas vinculadas a los delitos de drogas, y del Código Orgánico Integral Penal como norma que tiene como fin la prevención del delito y la reinserción de sus infractores y tipifica los delitos relacionados con la droga, siendo ambas veedoras de la tipicidad y legalidad ante los actos cometidos por los infractores.

La Asamblea Nacional como órgano legislativo, debe implementar mecanismos de control, de tratamiento y rehabilitación de las personas adictas o consumidoras, sin que se lo criminalice o se le trate como un delincuente; más aún si las adicciones son consideradas como un problema de salud, algunos consideran que se trata de una enfermedad contagiosa. Por lo que, se debe desarrollar un eje central de discusiones, entre el uso indebido de la droga y la delincuencia, cuya idea sea en un enfoque integral global, de carácter sistémico, donde producción se avance fundamentalmente en el campo del tratamiento y la rehabilitación de las personas adictas.

La Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización emanan que las adicciones son un problema de salud Pública y no debe ser criminalizado como un delito pero en el proceso punitivo penal no se toma en cuenta que la persona que es detenida con mayor cantidad de gramos que la permitida por la tabla del CONSEP y el COIP puede ser un adicto crónico que ingiere varias veces al día y por esto lleva una mayor cantidad consigo.

3.4.3. Propuesta a consideración

Actualmente el Sistema de Rehabilitación Social se encuentra en grandes problemas debido al consumo de sustancias sujetas a fiscalización por lo que no existe un control en los Centros Penitenciarios.

El Art.51.- de la CRE indica que las personas tienen derecho a recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de mujeres embarazadas, personas con discapacidad, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con enfermedades catastróficas, privados de la libertad. El Art 35 CRE establece como grupo vulnerable a las personas adictas a Sustancias Sujetas a Fiscalización Art 1.- Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas tiene como objetivos la regulación del control del uso de Sustancia Sujetas a Fiscalización. Art 5 Derecho a la Salud.- Toda persona en riesgo que consuma droga tiene derecho a la salud, mediante acciones de prevención en sus diferentes ámbitos, tratamientos que procure el bienestar y mejore su calidad de vida.

Art 19 Rehabilitación del Reglamento Ley de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas.- Indica que los establecimientos públicos y privados de salud bajo la normativa establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, brindara el servicio de rehabilitación a las personas que consumen droga, con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida.

En los Centros Penitenciario no se cumple con lo establecido en la CRE y en la Ley de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas debido a la sobrepoblación de 2000 PPL con drogodependencia es por esta razón que no se logra darle un tratamiento especializado y rehabilitación debida a aquellas personas que sufren de este problema muy grave en la salud, donde ocasionan una serie de dificultades al interior de los Centros de Privación de Libertad debido a la abstinencia que sufren ya que buscan por cualquier medio obtener la sustancia psicoactiva es por eso que roban pertenencias al interior de los Centros Penitenciarios para así venderlas y comprar drogas. Estos problemas se dan por la falta de control al interior de aquellos centros de Rehabilitación Social y a la falta de tratamiento especializado.

Se debe implementando varias clínicas de desintoxicación en el centro de privación de libertad de Guayaquil ya que en la actualidad el número de personas con problemas de adicción en el centro penitenciario no permite que todos reciban el tratamiento adecuado para que tengan una recuperación digna y puedan rehabilitarse y no seguir padeciendo de aquellos dolores que los agobian debido a la abstinencia, incluyendo más personal capacitado en Psicología, psiquiatría para que traten los problemas de salud mental que se han generado por el consumo de droga así mismo se debe incluir personal en medicina general para tratar las patologías de enfermedades transmitidas por el consumo de droga.

Estas clínicas serán financiadas entre el Estado y los mismos privados de libertad; el Estado ayudará con un porcentaje y el otro porcentaje será financiado por los privados de libertad mediante trabajos que ellos mismo realizan diariamente en el centro penitenciario como son talleres, carpinterías, cocina etc., este dinero será entregado como donación a las personas con problemas de adicción y así se puedan solventar los gastos de las clínicas donde se cuente con el personal médico especializado para que todas los privados de libertad con problemas de adicción obtengan el tratamiento adecuado. La Defensoría del Pueblo a través de su Informe No. DPE-MNPT-2017-0016-I, del 18 de agosto del 2017, ha indicado varias observaciones: el número de personal médico es insuficiente de acuerdo al número de PPL, el centro médico no presta las condiciones necesarias para que funcionen los consultorios médicos para una población de más de dos mil PPL tal como lo señala el Modelo de Gestión de Servicios de Salud en Contextos Penitenciarios, por lo que el equipo de médicos actual, no es suficiente para atender a todas las PPL que necesitan de atención médica. En este sentido, se deber recalcar la importancia del cumplimiento del tratamiento de adicciones que se está realizando en el Centro, no obstante, se debe mencionar la necesidad de mejorar la atención de salud física y mental de manera oportuna.

Tal informe emite las consideraciones y conclusiones, en base al Principio X de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad (2008) determina que:

“Las personas privadas de la libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bien estar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos”. Esto a que el centro de salud responda según los parámetros y lineamientos establecidos en los Centros Especializados en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), ya que las personas privadas de libertad deberán ser evaluadas según los criterios CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) un diagnóstico a las personas privadas de libertad sus trastornos mentales según el tipo de adicción que padecen dentro de dicho centro de privación de libertad, esto en acceder al programa de recuperación de adicciones las PPL, y en recibir atención médica en un tratamiento y una atención completamente diferente bajo la voluntad de acogerse al programa, para que de esta manera se aplique el tratamiento jurídico correcto a quienes lo necesitan, con el fin de asegurar mediante ella una protección real a los Derechos Fundamentales, y lograr los fines de prevención y rehabilitación social. Así lo contempla la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2013) definió tres aspectos fundamentales que han incidido en la expansión de las Cortes de Drogas a otros países, ellos son:

1. Constatación de que la adicción a las drogas es una enfermedad de tipo recurrente y crónica, la cual debe recibir tratamientos eficaces para su solución.
2. La convicción de que el sistema de justicia puede ser un medio para la promoción de los fines terapéuticos mediante la llamada justicia terapéutica.

Es el Ministerio de Salud Pública que como institución del Estado, es el encargado de crear las herramientas regulatorias que conduzcan a la implementación, acciones de seguimiento, evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos, dirigidos a lograr una salud integral de la población Ecuatoriana. La norma antes mencionada declara que, tanto el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, como el de alcohol y tabaco de forma excesiva constituyen un problema de salud.

FUENTES / BIBLIOGRAFÍA

- Amato, M. I. (2007). *Delincuencia, Prostitución y Drogas*. Buenos Aires: la Roca.
- Association, A. P. (04 de Agosto de 2015). *CIE 10. Conductas Adictivas*. Obtenido de CIE 10. Conductas Adictivas: www.psicomed.net/cie_10/cie10_F10-F19.html
- Bullón F y otros. . (10 de Febrero de 2012). *Perfiles de Personalidad en estudiantes adolescentes*. Obtenido de Estudio con el modleo BFQ-NA: www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832342063
- Cabrera, M. (12 de julio de 2015). *Sistema Penitenciario Peruano*. Obtenido de Sistema Penitenciario Peruano: <http://www.monografias.com/trabajos88/sistema-penitenciario-peruano/sistema-penitenciario-peruano.shtml#elsistemaa#ixzz4EVEGzW9t>.
- Castellanos. (2007). Consumo de drogas y VIH/SIDA en el contexto penitenciario. *Psicología para América Latina*, 85-91.
- Cerezo Mir, J. (2006). *Derecho Penal, Parte General: Concurso de Delitos y Concurso de Leyes*. Madrid: Ara Editores.
- Cheres, J. (1998). *DROGAS EN LAS PRISIONES*. México: Altaguar.
- Córdoba, F. (2005). *Imputación Objetiva y Teoría de la acción*. Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Etceberry, A. (2010). *Derecho Penal*. Santiago de Chile: Editora Nacional Gabriela Mistral.
- Ferragoli, L. (2001). *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Trotta.
- Garza, H. S. (2004). *Trastorno mental transitorio y drogas*. . Barcelona: Bosh.
- Luengo, M., Romero, E. y Gómez, J. . (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Chile: Compostela S.A.
- Manno, J. (1986). *Interpretation of Urinalysis Results En Urine testing for drugs of abuse*. Maryland: National Institute of Drugs Abuse.
- McPherson, R.A. y Pincus, M.R. (2006). *Toxicology and therapeutic drug monitoring*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Medina-Mora, M.E.; Real, T.; Villatoro, J. y Natera, G. (2013). *Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?* Madrid: Artegraf S.A.

- Molina, A. (15 de Marzo de 2013). *Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro*. Obtenido de Revista Adicción y Ciencia: www.adiccionyciencia.info
- Muñoz, I., & Márquez, A. (2004). *Factores externos e internos a las escuelas que influyen en el logro académico de los estudiantes de nivel primaria en México*. México.
- Paladines, J. (10 de 10 de 2016). Entrevista por el cargo de Defensor Público. (C. U. y, Entrevistador)
- Peña, F. (2009). *Tráfico ilícito de drogas y delitos*. Lima: Jurista.
- Pérez Casaverde, E. (2015). *Manual de Derecho Constitucional*. Lima: ADRUS D&L EDITORES S.A.C.
- Pérez, J. (2010). *Curso de Derecho Constitucional*. Madrid: Marcial Pons.
- Quija Alvarado, M. (20 de 03 de 2016). *Las Penas en el Delito de Narcotráfico en el Ecuador*. Obtenido de Universidad Central del Ecuador: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3483/1/T-UCE-0013-Ab-208.
- Ranieri, S. (1975). *Manual de Derecho Penal* (Vol. Tomo II). Bogotá: Temis.
- Raza Castañeda, S. (09 de 11 de 2015). *Acumulación de Penas por Delitos de Drogas*. Recuperado el 02 de mayo de 2019, de www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechopenal/2015/10/13
- Robayo Campaña, J. (06 de 10 de 2016). Concurso real de delitos. (U. C. Ecuador, Entrevistador) Universidad Central del Ecuador. Corte Suprema de Justicia del Ecuador.
- Stiftung., K. A. (2014). *Los derechos y garantías dentro de los centros penitenciarios*. La Paz: Plural editores.
- Suarez-Mira Rodríguez, Carlos, Judel Prieto, Ángel y Pinol Rodríguez, José. (2006). *Manual de Derecho Penal, Tomo I, Parte General, Tema 18: Teoría del Concurso: Concurso de Leyes*. Navarra: Aranzadi.
- Unidas, N. (2003). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas*. New York: ONU.
- UNODC. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Macole.
- Vergara Acosta, B. (2015). *El sistema procesal penal: Código orgánico integral penal: la normativa del proceso*. Quito: Murillo Editores.
- Villareal, B. (13 de 12 de 2012). *Reformas penitenciarias en Ecuador: no contribuyen al proceso de rehabilitación*. Obtenido de Reformas penitenciarias en Ecuador: no contribuyen al proceso de rehabilitación:

<http://lalineadefuego.info/2012/12/13/reformas-penitenciarias-en-ecuador-no-contribuyen-al-proceso-de-rehabilitacion-por-beatriz-villareal>

Welzer, H. (2002). *Studien zum system des Strafrechts*. Buenos Aires: B de F.

Wexler, D. (2005). *A Tripartite framework for incorporating therapeutic jurisprudence in criminallaw education, research, and practice*. Florida: Coastal Law Review, .

Zaffaroni, E. (2006). *Manual de Derecho Penal, Parte General*. Buenos Aires: Ediar Ediciones.

Zaidán, S. (2013). *Sistematización Temática de la Jurisprudencia de la corte Interamericana de Derechos Humanos*. Quito: CEP.

Zambrano, A. (2014). *Estudio Introductorio al Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones CEP.

ANEXO 1.- Fotos

Fotografías realizadas afuera del Centro de Privación de Libertad de Guayaquil, mismas que se realizaron en la declaratoria del Estado de Excepción, por lo que no se realizaron fotografías dentro de las instalaciones ni al personal dentro de ellas, por no estar autorizado el ingreso a personas particulares.



