



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN JURÍDICA Y FORENSE

TRABAJO DE TITULACIÓN

El consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social ecuatoriano

CRISTINA JAHAYRA VÁSCONEZ LARA

DANNY MIGUEL MARROQUÍN PALOMEQUE

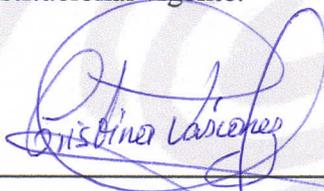
Otavalo - Ecuador

DECLARACIÓN DE AUTORÍA y CESIÓN DE DERECHOS

Nosotros, **CRISTINA JAHAYRA VÁSCONEZ LARA** y **DANNY MIGUEL MARROQUÍN PALOMEQUE**, declaramos que este trabajo de titulación: "**EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EL PROCESO DE REHABILITACIÓN SOCIAL ECUATORIANO**" es de nuestra total autoría y que no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional. Así mismo declaramos que dicho trabajo no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo como autores la responsabilidad ante las reclamaciones que pudieran presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de cualquier responsabilidad al respecto.

Que de conformidad con el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social, conocimientos, creatividad e innovación, concedo a favor de la Universidad de Otavalo licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos, conservando a nuestro favor los derechos de autoría según lo establece la normativa de referencia.

Se autoriza además a la Universidad de Otavalo para la digitalización de este trabajo y posterior publicación en el repositorio digital de la institución, de acuerdo a lo establecido en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior. Por lo anteriormente declarado, la Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes otorgados, por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.



CRISTINA JAHAYRA VÁSCONEZ LARA
C.C. 0201979374

DANNY MIGUEL MARROQUÍN PALOMEQUE
C.C. 0604242313

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN JURÍDICA Y FORENSE

Modalidad de titulación:

Propuesta metodológica y/o tecnológica avanzada

Trabajo de Titulación:

El consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social ecuatoriano

Autores:

CRISTINA JAHAYRA VÁSCONEZ LARA

DANNY MIGUEL MARROQUÍN PALOMEQUE

Este Trabajo de Titulación ha sido desarrollado bajo la tutoría de:

Sofía López Vallejo, MSc.

Otavalo - 2022

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA MENCIÓN JURÍDICA Y FORENSE

Trabajo de Titulación:

El consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social ecuatoriano

Los maestrantes y la tutora de Trabajo de Titulación garantizamos, al firmar este documento, que este trabajo ha sido realizado por los maestrantes bajo la dirección de la tutora de Trabajo de Titulación, y, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en su desarrollo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados cuando se han utilizado contenidos de sus publicaciones.

Otavalo, 04 de marzo de 2022

Tutora del Trabajo de Titulación



Firmado electrónicamente por:
SOFIA LOPEZ
VALLEJO

Sofía López Vallejo, MSc.

C.C.: 0103786273

Estudiante



Firmado electrónicamente por:
CRISTINA
JAHAYRA
VASCONEZ LARA

Cristina Jahayra Vásconez Lara

C.C.: 0201979374

Estudiante



Firmado electrónicamente por:
DANNY MIGUEL
MARROQUIN
PALOMEQUE

Danny Miguel Marroquín Palomeque

C.C.: 0604242313

Dedicatoria

Yo, Cristina Jahayra Vásconez Lara, dedico este Trabajo de Titulación a mi hija, por acompañarme en este y todos mis caminos con su luz y sonrisa.

Yo, Danny Miguel Marroquín Palomeque, dedico este Trabajo de Titulación a mi Poder Superior, gracias a Él estoy donde estoy, porque poco a poco se llega lejos.

Agradecimientos

Yo, Cristina Jahayra Vásconez Lara, agradezco a mis padres por apoyarme en las metas que voy trazando a lo largo de la vida y a todos quienes hacen posible que hoy una de ellas se materialice.

Yo, Danny Miguel Marroquín Palomeque, agradezco a mi querida madre por el apoyo incondicional, a la universidad, y sus valiosos docentes, por las oportunidades y el conocimiento brindado desde el comienzo de mis estudios de posgrado.

El consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social ecuatoriano

1. Introducción

El consumo de sustancias es una problemática a nivel mundial, según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Crimen (UNODC, 2021), alrededor de 275 millones de personas consumen algún tipo de droga en el mundo. La adicción a las drogas se considera un trastorno caracterizado por el consumo compulsivo e incontrolable de una sustancia, a pesar de las consecuencias negativas de su uso indiscriminado. La adicción a sustancias inicia con el consumo de cualquier tipo de droga, acompañado por la necesidad apremiante de consumir drogas. Se estima que el 60% de las personas que se encuentran en prisión se encuentran vinculadas de alguna manera con alguna sustancia psicotrópica, situación que está vinculada a múltiples causas como vulnerabilidad genética, factores ambientales estresantes, presiones sociales, rasgos de carácter personal, y problemas psiquiátricos, lo que también incide en la ejecución de otro tipo de infracciones, además, el consumo de sustancias está asociado con el inicio temprano de la conducta delictiva y su recaída en la conducta antisocial, situación que se exagera cuando se consume dentro de las cárceles, ya que no solo daña a los reclusos, sino que también afecta al sistema penitenciario debido al aumento de la corrupción o la violencia del sistema (Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas y Observatorio Costarricense sobre Drogas, 2015). Se ha demostrado que el tratamiento relacionado con las drogas que reciben los delincuentes, durante el encarcelamiento y después del mismo, tiene un efecto significativo en el consumo de sustancias, el comportamiento delictivo y el funcionamiento social futuro. Sin lugar a duda existe la necesidad de integrar los



tratamientos por consumo de drogas en el sistema de justicia penal. En el caso de los reclusos drogadictos, una combinación del tratamiento dentro y fuera de la prisión reduce el riesgo de reincidencia en delitos relacionados con las drogas, así como la recaída del uso de estas. El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que para hacer frente a este tema, el estado ecuatoriano está fortaleciendo su modelo de intervención y creó un Plan Nacional de Salud Mental en el que se incrementan un número de psicólogos clínicos terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales para diferentes tipos de servicios. Luego se estableció un Servicio de Cuidados Intensivos (SAI) que trabaja el consumo problemático de alcohol tabaco y otras drogas (CETAD).

En concordancia con lo mencionado anteriormente, resulta indispensable realizar un análisis sobre el consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social ecuatoriano, en donde se aborde de manera general los aspectos relacionados con el consumo y la adicción, los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales ocasionados por el consumo, las características de la población penitenciaria, los factores relacionados al consumo de sustancias y su influencia en el cometimiento de actos delictivos, el estado de salud mental en el que se encuentran, estrategias de intervención y seguimiento de rehabilitación, protocolos de intervención propuestos por el estado.

2. Sustancias Psicoactivas y sus efectos en el organismo

2.1 Definición de las sustancias psicoactivas, clasificación.

Para comprender la dinámica en torno al consumo de drogas en diversos contextos, es necesario abordar su definición. Para la Real Academia Española (2022), el término droga tiene dos significados, en un primer momento la define como una sustancia de origen animal, vegetal o mineral usado en la industria, medicina y bellas artes; a continuación, la describe como una composición medicamentosa de efecto depresor, estimulante, alucinógeno o narcótico. En concordancia a esto, la Organización Mundial de la Salud

(OMS 2022), añade a esta definición la propiedad de generar cambios somáticos y del comportamiento que motivan el uso repetitivo a pesar de las implicaciones negativas (Sanz, 2019). Estas sustancias son susceptibles de ser auto administradas, sin que su objetivo precise la curación de enfermedades (Pérez et al., 2021). Por el contrario, pueden generar perjuicio para la salud y causar adicciones, debido a los procesos físicos y químicos que se desencadenan en el organismo a partir de su uso, tales como: trastornos mentales, muertes por sobre dosis y enfermedades infecciosas asociadas al consumo que se abordará a posterior (Medranda y Benítez, 2006).

El término droga está asociada a una concepción peyorativa que hace referencia a una sustancia dañina para la salud, sin embargo, existen algunas sustancias cuyo uso se encuentra socialmente aceptado, se las conoce como drogas recreativas por ser consumidas comúnmente, entre ellas se encuentra el alcohol, nicotina, cafeína y otros derivados opiáceos de fácil adquisición; a pesar de ello generan riesgo para la salud y su uso podría vincularse al poli consumo (Berruecos, 2010). Al intentar hacer definiciones sobre las drogas, es inevitable hacer referencia a los efectos que estas producen en el individuo, su procedencia y el tipo de consumo, en ese contexto, son varias las clasificaciones en las que se agrupan a estas sustancias, algunos autores las clasificaran de acuerdo a su uso, nivel de riesgo, efectos en el organismo, etc.

Según el uso, las drogas se clasifican en legales, siendo aquellas sustancias psicoactivas de uso no médico que están aceptadas socialmente, o están sujetas a fiscalización, algunas de estas son el tabaco, alcohol e inhalantes (disolventes, pegamentos, pinturas, aerosoles); e ilegales, que son sustancias de consumo prohibido por su toxicidad y graves efectos para la salud, entre ellos el cannabis, opioides, alucinógenos y otros (Integración Juvenil, 2018). En cuanto a la peligrosidad, se consideran tres aspectos a la hora de clasificar a las drogas: el daño al consumidor, la

capacidad de generar dependencia y las consecuencias en los diferentes contextos para quien las consume (UNODC, 2015). Entre las drogas más peligrosas para la salud están el alcohol, heroína, crack de cocaína y metanfetaminas; las drogas de riesgo moderado son la cocaína, tabaco, anfetamina, cannabis, benzodiazepinas, ketamina, metadona, butano y finalmente las drogas de bajo riesgo como el éxtasis, LSD y esteroides anabólicos (Comisión Global de Política de Drogas, 2019).

La OMS (2018), clasificó a las drogas, según sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), de esta forma agrupa a las sustancias depresoras como aquellas capaces de disminuir su funcionamiento, alterar la concentración, juicio, memoria, resolución de conflictos y generan sensaciones de relajación y bienestar momentáneo. Por el contrario, el grupo de las sustancias estimulantes, aceleran la actividad del SNC provocando desinhibición, euforia y agresividad. Las sustancias alucinógenas por su parte, alteran las sensaciones, el estado de ánimo y el pensamiento. Las drogas inhalantes producen efectos anestésicos en el consumidor y funciones corporales retardadas. Existen algunas drogas que no se ajustan a ninguna de las clasificaciones mencionadas, como sucede con el cannabis cuyas manifestaciones clínicas varían según la cantidad de consumo, pueden ir desde la relajación completa hasta la euforia y producir disminución de la concentración y el aprendizaje.

En este punto es conveniente mencionar a las Nuevas Sustancias Psicotrópicas (NSP), conocidas como drogas de diseño, que no precisan ser nuevos inventos, pero si son nuevas en los mercados internacionales. No constan en los Convenios sobre Sustancias Psicotrópicas de la OMS de 1961 y 1971 para el control internacional de drogas, sin embargo, se están convirtiendo en un fenómeno global en 110 países. Las NPS con mayor presencia en el mercado son: cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, ketamina, fenilaminas, piperazinas, sustancias de origen vegetal y otros; estas sustancias



al consumirse en su forma pura o preparada provocan desde convulsiones, agitación, psicosis aguda, agresividad y potencial riesgo de adicción (UNODC, 2018). Sobre este tema, Soria (2018), asegura que no existen estudios suficientes sobre los efectos de estas sustancias, menos sobre los riesgos potenciales para la salud. En Ecuador, la droga H es una de ellas, su fórmula fue identificada recientemente como una mezcla de químicos, estimulantes, estupefacientes y otras, produce una sensación de vitalidad y bienestar superior, y dependencia inmediata a la sustancia estupefaciente (Instituto de Neurociencias del Ecuador [INE], 2015).

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5, 2013), clasifica a las drogas según sus manifestaciones clínicas derivadas del consumo, señala diez sustancias de atención clínica (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y estimulantes). Recalca que estas manifestaciones no son excluyentes entre sí y atribuye a cualquiera de ellas la capacidad de activar el sistema de recompensa del cerebro, por consiguiente, el refuerzo de comportamiento. Adicionalmente, este manual recoge el cuadro de signos y síntomas que genera cualquiera de las sustancias en su uso o privación, en diferentes contextos de la vida cotidiana, excluyendo el legal, así como los trastornos mentales comórbidos asociados al consumo, sin usar los términos “adicción” y “dependencia”, aspectos que pueden tener futuras implicaciones legales (Portero, 2015).

En este contexto, conviene mencionar algunos términos que están asociados a la dinámica del consumo de drogas, estos son tolerancia, craving y abstinencia. Los atributos reforzadores de las drogas originan conductas de auto administración de la sustancia, a medida que el individuo consume una droga de forma repetida, se origina en el organismo, una adaptación biológica conocida como tolerancia, esto determina el uso de mayores cantidades de la sustancia para conseguir los mismos efectos. Se activa directa



o indirectamente el sistema de recompensa meso límbico y la dopamina sobre los procesos motivacionales, para dirigir la función cerebral hacia los eventos externos significativos, en este caso el consumo de sustancias de forma repetitiva, surge entonces la necesidad incontrolable de consumir la droga o craving, síntoma principal de una dependencia. Cuando la persona es privada de la sustancia de abuso acostumbrada a recibir, experimenta un proceso de manifestaciones físicas y mentales, conocido como abstinencia. La tolerancia y la abstinencia no están ligados específicamente al consumo de sustancias de abuso (Pineda-Ortiz y Torrecilla-Sesma, 1999).

2.2 Efectos fisiológicos, psicológicos, sociales del consumo de sustancias psicoactivas.

Los efectos fisiológicos y las manifestaciones conductuales derivadas del consumo de sustancias varían según el tipo de droga administrada. Las drogas depresoras del SNC relentizan la función cerebral, el alcohol se dispersa en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado y se sintetiza en el hígado. Se incrementa la actividad inhibitoria del neurotransmisor GABA-A y disminuye la actividad excitatoria de los receptores de glutamato, responsables en conjunto de la disminución de la memoria, propiedad sedante y efecto ansiolítico del etanol. Debido a la activación GABA y al incrementarse los niveles de etanol en la sangre, se desencadena una liberación de dopamina en el núcleo accumbens, produciendo el efecto estimulante de la sustancia. El consumo excesivo y frecuente de alcohol produce una tolerancia conductual y metabólica, además, alteraciones en la función y morfología del diencéfalo, lóbulos temporales, lóbulo frontal, cerebelo, estructuras sub corticales, inactivación del núcleo caudado, disminución del volumen cerebral y otros problemas funcionales que se agravan ante el incremento del consumo, reversibles parcialmente en abstinencia completa (OMS, 2005).

Así mismo, los sedantes e hipnóticos, fisiológicamente se ligan a los receptores GABA para abrir los canales de cloro, tanto en benzodiazepinas como en barbitúricos, de forma directa e indirecta respectivamente, se reduce el potencial de acción GABA generando un efecto de sedación desde un nivel leve hasta la muerte en casos de sobredosis. La tolerancia a los sedantes se desarrolla rápidamente, en especial a los efectos sedantes, no así a los efectos anticonvulsivantes. En abstinencia, los síntomas en el individuo son contrarios, produciendo excitabilidad, ansiedad, insomnio e inquietud y el consumo prolongado podría generar dependencia. En este mismo grupo, los solventes de similar acción por el receptor GABA-A generan excitación, ligereza, alucinaciones, euforia y perturbaciones visuales, el uso crónico provoca disminución en la función ejecutiva, daños neurológicos y psiquiátricos serios. No se puede determinar si producen tolerancia, pero la abstinencia del uso prolongado genera convulsiones (OMS, 2005).

Por su parte las drogas estimulantes modifican estructuras y el correcto funcionamiento cerebral, alteran las funciones ejecutivas como la toma de decisiones, flexibilidad cognitiva, entre otros (González y Matute, 2013). Quienes las consumen reportan: incremento de la energía y disminución de la ansiedad por nicotina; aumento de la concentración, lucidez, falta de apetito, disminución del ritmo cardíaco y respiratorio en el consumo de anfetaminas; sensaciones de intimidad y empatía en el caso del éxtasis; presencia de pánico, hiperactivación motora, ansiedad y paranoia por cocaína. Es posible el desarrollo de tolerancia, en poco tiempo para anfetaminas, éxtasis y cocaína, para el caso de la nicotina, la tolerancia es posible ante el consumo prolongado. En el periodo de abstinencia de cocaína, surge la “depresión post onda”; por anfetaminas una fatiga excesiva, aumento de apetito e irritabilidad, mientras que, la abstinencia de éxtasis provoca mareos, náuseas, boca reseca, insomnio y depresión (OMS, 2005).

Las drogas Alucinógenas por otro lado, son compuestos químicos que se clasifican en grupos de acuerdo a la similitud estructural, actúan sobre diferentes receptores según su clasificación: dietilamida de ácido lisérgico (LSD), indolealquilaminas, psilocibina y dimeltropina. Los efectos varían de acuerdo a las dosis, actúan alterando la conciencia, crean distorsión sensorial, con reacciones emocionales que varían en cada persona, es posible, mezclas de las modalidades sensoriales, además de un déficit motor y cognitivo. El consumo de alucinógenos puede generar tolerancia rápidamente, mas no abstinencia (OMS, 2005).

Mientras tanto, los opioides como la Morfina y Codeína son usados en el ámbito clínico por su acción analgésica como coadyuvante en el tratamiento del dolor o por su efecto narcótico, sin embargo, su uso ilegal está en incremento especialmente el consumo de heroína (Ruíz y Ruíz, 2015). Los opioides se unen a los receptores opioides de tres tipos: mu, delta y kappa que existen de forma natural en el cerebro y median las actividades opioides exógenos y péptidos opioides endógenos, incidiendo en las rutas del dolor, regulan el estrés, la alimentación, estado de ánimo, aprendizaje, memoria y funciones inmunológicas, es supresor del sistema respiratorio. El uso continuo de opioides, genera tolerancia por la desensibilización de los receptores opioides, por consiguiente, el individuo necesitará dosis más altas para funcionar con “normalidad”. En abstinencia se aprecia disforia, malestares gastrointestinales, sudoraciones, inquietud, irritabilidad que se combinan o exacerbaban conforme el grado de tolerancia desarrollada y el tiempo de abstinencia, puerta de entrada a la dependencia. Al respecto, el uso incontrolado de estas drogas causa muerte por sobredosis en un tercio de las muertes anuales por consumo de drogas en Norteamérica (Madrigal-Rentería, 2019).

En el caso del cannabis y sus derivados, se ha mencionado previamente sobre la dificultad de incluirla dentro de un grupo de drogas determinado, por su composición

química y debido a que sus efectos varían según las cantidades consumidas. La planta de cannabis conocida como marihuana posee más de 500 principios activos entre los que destaca el TCH, algunos efectos de este principio son bifásicos, lo que determina la variabilidad de sus efectos ante diferentes concentraciones. El consumo aislado del cannabis genera, en pocos segundos de consumirlo, sensación de relajación y de aparente agudeza sensorial, confianza en sí mismo, aunque disminuye el rendimiento intelectual, la memoria a corto plazo, atención y aprendizaje. Esta sustancia genera tolerancia rápidamente, mas no existe evidencia de sintomatología por abstinencia (OMS, 2005).

Los efectos de las drogas en el organismo tienen distintos niveles de evolución y manifestación según se ha mencionado, y es en función de la tolerancia, dependencia y abstinencia, que se puede valorar la complejidad de las consecuencias generadas por el consumo de drogas en la salud humana (Medranda y Benítez, 2006). El DSM 5 divide los Trastornos Relacionados con Sustancias en dos grandes grupos, el primero para valorar los Trastornos por Consumo de sustancias (TCS) y el segundo los Trastornos Inducidos por sustancias (TIS), entre los que consta la intoxicación por la sustancia, síndromes de abstinencia y otros trastornos mentales asociados al consumo.

En esta línea, varios estudios afirman que una persona adicta también pueden padecer otros trastornos mentales paralelamente, Kelly y Daley (2013), sugieren que aquellos diagnosticados con TCS pueden presentar depresión y ansiedad, Ibáñez et al. (2020) agregan un pronóstico desfavorable a esta comorbilidad. Arias et al., (2017), señalan al trastorno bipolar dentro del espectro de patologías duales en los TCS, Valdevila-Figeroa et al. (2021), revelan que la conducta suicida es prevalente en estos pacientes, esto coincide con lo dicho por Mendoza y Vargas (2017), quienes además señalan la incidencia de enfermedades infecciosas con mayor incidencia en poblaciones penitenciaria. En dichas poblaciones, el TEP generalmente estaría vinculado a TCS,

debiéndose a la susceptibilidad de ser victimizados dentro de prisión (Sindicich et al., 2014), esto pone de manifiesto la necesidad de tratamientos especializados para delincuentes que padezcan estos trastornos y que sustituyan la prisión por el internamiento (Brotchie et al., 2003).

En lo que respecta a los efectos sociales del consumo de drogas, la UNODC et al. (2015), hacen énfasis en dos tipos de consecuencias: 1) Micro sociales refiriéndose al contextos familiar, escolar, laboral y de amigos, los que se ven reducidos a grupos exclusivamente de consumidores, anulándose el contacto social por auto marginación y conductas de aislamiento. Del mismo modo se ve afectado el rendimiento académico y laboral, ocasionando deserción y despidos que repercuten en el desarrollo económico personal. 2) Macro sociales cuando a causa de la ausencia de recursos económicos, los consumidores en muchos casos, se ven obligados a vincularse con actos violentos, crimen organizado y acciones delictivas asociadas con el consumo ilegal de drogas (Mendoza et al., 2017). Esto obliga a los estados a intervenir mediante programas de rehabilitación social y sanitaria debido al tratamiento de enfermedades infecciosas como la hepatitis, VIH, cirrosis, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades mentales, acrecentando así los gastos en la salud pública de cada estado (Jiménez et al., 2021; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2019). Pese a ello aún sigue siendo baja la inversión en programas de tratamiento para consumidores, sobre todo en los países de ingresos bajos, aunque las cifras del consumo de sustancias a nivel mundial vayan en aumento (UNODC, 2021)

2.3. Estadísticas del consumo de sustancias psicoactivas en el mundo.

En base a lo expuesto, diversas organizaciones, recogen las cifras del consumo de sustancias y sus repercusiones en diferentes países, regiones y a nivel global. El propósito es contribuir a los estados a plantear estrategias de prevención y tratamiento en el



consumo de estupefacientes a través de evidencia estadística, estrategias que podrían contribuir a reducir el impacto de las consecuencias en la seguridad, salud y economía de un país como se ha señalado antes. Se estima que 275 millones de personas de 15 a 64 años consumieron algún tipo de droga en el último año alrededor del mundo. Sobre esta cifra, 200 millones consumieron cannabis, 62 millones usaron opioides, 34 millones anfetaminas y estimulantes con receta médica, 21 millones probaron éxtasis, 30 millones opiáceos, 18 millones cocaína y 11 millones de personas se inyectan drogas. Con relación a las consecuencias del consumo en cifras, se señalan 36 millones de personas que padecen TCS, aproximadamente 494.000 personas fallecieron por complicaciones relacionadas con las drogas. El reporte de la ONU destaca el alto predominio de enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias, tales como cirrosis, cáncer de hígado y enfermedades hepáticas crónicas por Hepatitis C. Alrededor de 88.000 muertes están relacionadas con sobredosis por opiodes, además de un considerable número de muertes por enfermedades infecciosas como el SIDA (UNODOC, 2020; 2021).

De forma similar en América se realizó un Informe Sobre el Consumo de Drogas en poblaciones comprendidas de 13 a 64 años de edad, en él se establecieron las sustancias de mayor consumo para varios países. Se identificó que el consumo de alcohol en Estados Unidos corresponde al 51%, seguido de Uruguay con el 52% al igual que Argentina con relación a su población en general. Con respecto al cannabis, Jamaica poseen un 15.5% de la prevalencia de consumo, Chile tiene el 14.5%, en países como Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, el consumo de marihuana es más bajo, aproximadamente el 1% de prevalencia. De la misma manera con los inhalantes, Brasil mantiene el 1% de prevalencia de consumo, seguido de Barbados con el 0.08% y Estados Unidos con el 0.06%. El consumo de Cocaína en Estados Unidos supera el 1.9%, el nivel más alto en la región, seguido por Uruguay y Argentina con el 1,6% para cada uno. Por

su parte los estimulantes de tipo anfetamínico, tiene el nivel más alto de prevalencia con el 0.9% en Canadá y Estados Unidos, los tranquilizantes en Uruguay poseen un alarmante 2.2% de prevalencia de consumo (OEA, 2019).

En los estados americanos las cifras de la demanda de tratamiento para TCS ha ido en aumento desde la década de los 90, sobre todo para consumidores de heroína y cocaína o ambos, no así la respuesta por parte de los entes de salud, a esto se añade la influencia que tienen estos trastornos sobre la conducta suicida (OEA, 2013). La tasa de muertes asociadas al consumo de drogas en Estados Unidos supero las 44000 muertes por sobredosis de opiodes en el 2018, la mayor concentración de morbilidad a nivel de América se concentra en América del Norte y del Sur. Dos tercios de las muertes relacionas al consumo de sustancias en la región representan a aquellas por sobredosis, cáncer de hígado, VIH, Hepatitis C.

En Ecuador son pocas las estadísticas presentes en relación a las drogas, entre los recientes se puede citar un estudio sobre la tendencia de consumo de sustancias realizado en 12 universidades del país, con una población total de 5000 estudiantes, como el mas representativo. Este estudio encontró que el alcohol es la sustancia lícita más consumida con 74.9% de consumidores por año; el consumo de tabaco superó el 32.5% en el último año. En el caso de las drogas ilícitas, el consumo de cannabis llega al 11.6%, la cocaína con el 1.5% en el último año y el LSD ocupa el tercer lugar de drogas más consumidas, con una prevalencia de consumo del 1.1% en el último año (UNODC, 2017).

En concordancia a esta afirmación, el Instituto de Neurociencias del Ecuador (INE) revela que las principales sustancias de consumo son el alcohol, el cannabis, la heroína y la cocaína en la región costa del país conforme las atenciones realizadas a pacientes con TCS en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del 2018, a la que asistieron 1362 en modalidad de internamiento y 15000 en modalidad ambulatorio. No

existen datos publicados sobre las muertes asociadas al consumo de sustancias en el país, sin embargo, el Instituto Nacional de Estadísticas (INEC, 2021) señala a la muerte por cirrosis y enfermedades del hígado como una de las diez principales causas de muerte en el país.

Las estadísticas basadas en la población en general, comúnmente se realizan a base de encuestas auto administradas, con la limitación de someterse a la voluntariedad de las personas al informar sobre su condición de consumo, esto puede subestimar la prevalencia real de esta problemática. Generalmente no se incluye la tendencia de consumo en poblaciones marginadas y cautivas en recintos penitenciarios o en tratamiento residencial, en quienes se sabe la prevalencia de consumo es mayor que en la población general y en consecuencia los desórdenes asociados. (UNODC, 2018; 2021). Si las estadísticas son escasas en estas poblaciones, lo es aún más la atención social y sanitaria a los privados de libertad particularmente, sobre todo en los países de ingresos bajos (UNODC, 2019),

3. Consumo de sustancias en población penitenciaria

3.1. Características de la población penitenciaria

Cuando se hace referencia a personas privadas de libertad (PPL), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015), la concibe como:

Persona detenida, encarcela o institucionalizada por razón humanitaria, tratamiento, tutelar, protección, por delitos o infracción a la ley, ordenada por o bajo control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea de institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de libertad o libertad ambulatoria. (pág.1)

Se trata de una población joven y adulta joven, que en su mayoría se sitúa entre los 18 y 30 años de edad, con una débil vinculación al ámbito laboral o de condición

socioeconómica baja, experiencias previas de deserción escolar, en su mayoría vienen de familias con antecedentes delictivos. El consumo de alcohol, cannabis y cocaína es común dentro de prisión, en donde además, se practica el poli consumo (Sistema Subregional de Información e Investigación Sobre Drogas [SSIID], 2010)

Según lo mencionado y en el contexto ecuatoriano, Burneo-Garcés y Pérez-García (2018), revelaron datos similares; respecto al nivel educativo que posee esta población, en una muestra de 675 PPL, el 19% no tienen ningún nivel de educación formal, el 57% apenas logró completar la primaria, un 19.6% alcanzó la secundaria y solo un 03.0% llegó a estudiar una carrera universitaria. En cuanto al estado civil los datos se relacionan, el 26.8% está soltero, el 49% mantiene una relación de hecho, un 10% divorciado y el 12% está legalmente casado. Respecto a la situación laboral antes de la detención y discrepando al anterior estudio de las Américas, se destaca en esta investigación que el 85% de esta población se mantenía en la ocupación antes de la detención, aunque no se recoge la modalidad laboral que ejercían. Ofrece además cifras del nivel de reincidencia de PPL, en el que se aprecia que el 46% cumple su segunda detención o más dentro de un CRS.

En cuanto a las características individuales de esta población, varios autores coinciden que los tipos de personalidad predominantes en estos ambientes son los de tipo antisocial, paranoico, narcisista y límite, a su vez destacan la comorbilidad con otros trastornos mentales y de personalidad (Marset y Ritter, 2016; Molina-Coloma et al., 2018; Salinas y Salamanca, 2020). Entre ellos riesgo de suicidio, particularmente alto para las personas con TCS, la abstinencia del consumo de drogas se ha identificado como un posible desencadenante en los primeros días de encarcelamiento. Una revisión bibliográfica respecto al consumo de sustancias en 10 países de Europa, confirmaron una creciente incidencia del trastorno de consumos de drogas en los reclusos en las tres



últimas décadas, notó además mayor prevalencia de este trastorno en la población reclusa femenina (Fazel et al., 2017).

3.2. Factores asociados al consumo de sustancias en población penitenciarios.

Luego de conocer algunas de las características de la población penitenciaria, se hace necesario entender cómo estas características se relacionan con el consumo de sustancias y el delito, para ello se consideran algunos factores previos al proceso de privación de libertad como: 1) individuales o personales en donde intervienen los rasgos de la personalidad, entre ellos, dependientes, límite y antisociales, así como baja la habilidad de resolver conflictos, incrementa las posibilidades del consumo (UNODC et al., 2015); y factores ambientales como el entorno familiar y cultural, en donde emergen situaciones de maltrato infantil, antecedentes de hogares con problemas de salud mental o uso de sustancias, emancipación temprana de entornos violentos o negligentes, ausencia de soporte emocional familiar y social, procesos de institucionalización previos por infracciones o protección al menor, inclusive la falta de pareja estable, pueden contribuir a que una persona consuma drogas. (Caravaca-Sánchez et al. 2015; UNODC, 2021)

Estos factores estarían influenciados por las condiciones socioeconómicas y demográficas como la falta de educación formal, actividad laboral, situación socioeconómica baja, pertenecer o no a un país desarrollado, venir de un área urbana o suburbana en donde sea frecuente la delincuencia, violencia, tráfico, consumo de drogas y desorganización social inciden en el consumo de sustancias como en la actividad delictiva simultáneamente (OEA, 2019). Durante la privación de libertad, factores como el historial criminal, el nivel de violencia dentro de las prisiones, sumado a el tamaño de estas, facilitarían el consumo de drogas dentro de estos establecimientos (SSIID, 2010). Las personas que finalmente obtienen su libertad, tienen un mayor riesgo de muerte, especialmente por sobredosis de drogas y accidentes (Favril et al., 2017).

3.3. Prevalencia del consumo de sustancias en población penitenciarios

Se estima que 10.77 millones de personas en el mundo están recluidas bajo las modalidades de prisión preventiva y sentencia en regímenes legalmente constituidos, en cuanto la población femenina, aproximadamente fueron 714.000 mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios para el 2017 (World Prison Brief [WPB], 2017, 2021). Las personas privadas de libertad son más vulnerabilidad al consumo de sustancias, constituye una buena parte de los consumidores a nivel mundial (UNODC, 2019). La UNODC (2019), estima que uno de cada tres prisioneros consumió drogas alguna vez en la prisión y uno de cada cinco registra consumo en los últimos treinta días, siendo las drogas más consumidas: el cannabis y casi con la misma prevalencia la cocaína y heroína. En países con ingresos altos, señala mayor incidencia de TCS en mujeres que hombres durante el año anterior a su ingreso, específicamente el 51% frente al 30%.

En España Caravaca-Sánchez et al., (2015, 2020) analizaron una población de 2484 reclusos en ocho centros penitenciarios, del mismo modo midieron el nivel de consumo de sustancias a través de encuestas auto administradas, los resultados obtenidos arrojaron que más de la mitad de estos consumía algún tipo de sustancia psicoactiva en los últimos seis meses (59.9%), nuevamente el cannabis fue la sustancia de mayor consumo con el 43%, seguido del alcohol con el 38% y el crack en un 11.9%. Más adelante, el mismo autor, ofrece datos respecto a la población penitenciaria femenina, abordó a 143 mujeres para evaluar la correlación entre el tipo de sustancia consumida con la ansiedad, depresión y estrés mediante test psicométricos; halló relación entre estos ya que el consumo de sustancias era particularmente alto en quienes padecía depresión, ansiedad y estrés.

En el contexto americano, NIDA (2020), reveló una alta prevalencia del consumo de sustancias del total de la población penitenciaria de Estados Unidos, señala el 65% de

prisioneros con un TCS y 20% que consume pero no cumplen los requisitos para el diagnóstico del trastorno. En el caso de países latinoamericanos, considerados países en vías de desarrollo o de ingresos bajos, de la población nacional de reclusos en Argentina, se reportó el 80% de consumidores de tabaco y 82% de consumidores de alcohol, en drogas ilícitas se reportó el 55% de consumidores de cannabis y el 48% de cocaína como sustancias de mayor consumo. En Chile las cifras se subdividen en detenidos por delitos menores en donde el consumo de cannabis representa el 24% y el consumo de cocaína representa el 21.6% del total de detenidos por delitos menores, para los detenidos por Ley de Drogas, se reporta el 45% de consumidores de cannabis y el 37% de consumidores de cocaína. Por otro lado, en Uruguay el reporte de uso de sustancias es muy inferior al de los otros países estudiados, de la población global de PPL del país, el consumo de alcohol en el 44% del total de la muestra estudiada, en cuanto a las drogas ilícitas se registra un 17.9 % de consumidores de cannabis y el 8.5 % de pasta de cocaína (SSIISD, 2010).

Concretamente en Ecuador el consumo de drogas en los centros penitenciarios se distribuye así, el 28.4% de la población consume cannabis, el 10% cocaína, el 10.6% consume pasta base cocaína, con el antecedente del 67% de esta población que previamente ya consumía alcohol fuera de prisión (SSIISD, 2010). En cifras similares, (Burneo-Garcés y Pérez-García, 2018) mediante un estudio epidemiológico encontró que el 33% de una muestra de 500 PPL presenta problemas con el consumo de alcohol, 29% drogas, al respecto el autor advierte que las cifras del consumo de sustancias en estudios similares podían estar sobreestimadas, sin embargo en el contexto penitenciario ecuatoriano continúan encontrando drogas, celulares y cuchillos en las requisas de pabellones (Ministerio de Gobierno, 2019).

En síntesis, se puede considerar que el consumo de sustancias en el contexto penitenciario, tiene una incidencia elevada en relación al porcentaje de consumo en



población no cautiva, cifras que para todos los países superan el 50% de registros previos del consumo de drogas lícitas como el alcohol y la nicotina; en tanto el cannabis figura como la droga más consumida incluso en estos recintos al igual que la poblaciones en general, cifras fuertemente ligadas a la incidencia de trastornos por consumo de sustancias especialmente en la población femenina privada de libertad. Se entiende entonces que el consumo de sustancias en centros penitenciarios es una realidad, lo que no se conoce es la respuesta de los sus administradores frente a este problema, más aún en los países considerados en vías de desarrollo.

4. El sistema penitenciario en el Ecuador

4.1. Sistema de Rehabilitación social en Ecuador

En Ecuador la rehabilitación social está regulado por el Sistema Nacional de Rehabilitación Social (SNRS), conformado a su vez por el Organismo Técnico del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI) y su Directorio como ente gobernante, ente integrado por autoridades o delegados de Salud, Derechos Humanos, Trabajo o Relaciones Laborales, Educación, Inclusión económica y social, cultura, deporte y Defensoría del Pueblo. Ambos se encargan de toda la administración, programación y seguimiento del Sistema Nacional de Rehabilitación Social. En el ejercicio de estas funciones han expedido el Reglamento del SNRS para normar la actuación de sí mismo, el Organismo Técnico y su directorio, este reglamento garantiza la protección de derechos en los procesos rehabilitación social desde su ingreso hasta la salida del centro (Servicio Nacional de Atención Integral, 2020).

El sistema penitenciario ecuatoriano de acuerdo con el Sistema Nacional de Información (SNI) está formado por 58 establecimientos distribuidos a nivel nacional denominados Centros de Rehabilitación Social. Las provincias que mayor número de centros carcelarios disponen en su territorio son Pichincha con 13, Guayas con 7, Manabí



con 5 y Azuay con 3 centros. El artículo 678 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) señala la existencia de dos tipos: Centros de privación provisional de libertad para personas privadas de libertad de forma preventiva, como una medida cautelar o de apremio impuesta por el juez competente y los Centros de Rehabilitación Social, donde permanecerán arrestados aquellos infractores que cumplirán una pena dispuesta mediante sentencia ejecutoriada. Al respecto se estima que de los 39251 PPL que existe actualmente en el país, 58% de PPL están sentenciados y el 42% no lo están. De estos últimos, el 27% están detenidos por delitos relacionados con drogas, el 26% por delitos contra la propiedad, el 16% por delitos contra la integridad sexual, el 13% delitos contra la inviolabilidad de la vida y el 4% por asociación ilícita (WPB, 2021; SNAI 2021).

Sin embargo, no siempre el Sistema de Rehabilitación Social tuvo un reglamento y una política penitenciaria definida, las cárceles ecuatorianas eran conocidas internacionalmente como lugares donde las necesidades humanas más básicas no eran satisfechas. En los años 70 la administración de estos centros fue competencia de los municipios y funcionaban en infraestructuras de escuelas y hospitales. En los 90 pasan a la rectoría del estado y se construyen algunas infraestructuras nuevas, sin embargo seguían sin ser óptimas (MJDHC, 2014). Por este motivo se crea el Código de Ejecución de Penas y Rehabilitación Social y la Dirección Nacional de Prisiones se convirtió en la Dirección Nacional de Rehabilitación Social dependiente del Ministerio de Gobierno y Policía. Estos cambios administrativos poco incidieron en las principales problemáticas como, violencia, corrupción, hacinamiento y sobrepoblación que aquejaban a estos centros (Pontón y Tórres, 2007). Sobrepoblación agudizada con la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, conocida como ley 108 y adoptada por presiones internacionales de sumar el país a la lucha contra la droga y el narcotráfico en esta década (Carpio y Gutiérrez, 2021). En el 2007 el gobierno declara en emergencia al sistema

penitenciario, la DNRS desaparecen en el 2010 y es administrado por el Ministerio de Justicia, entidad que crearía el SNAI en el 2014, este ministerio desaparece en 2018, cambio motivado de fondo por la falta de inversión económica. Este proceso no han permitido cumplir con la meta de una verdadera rehabilitación social, ya que se siguen evidenciando incidencia del consumo de sustancias, sobrepoblación y hacinamiento en los centros penitenciarios (Quinatoa, 2017; SNAI, 2019).

En los últimos años se ha generado una ola de actos violentos en los centros penitenciarios del Ecuador, los medios reportan un sistema en crisis con amotinamientos constantes, denuncias de hacinamiento que supera el 80 y 100% en varias instalaciones, fugas, riñas entre internos que tienen como resultado la muerte, extorsiones a familiares de prisioneros por parte de guardias y funcionarios, corrupción que permite el ingreso de armas y drogas. (Montecé y Alcívar, 2020). Otro problema que se ha evidenciado es la falta de atención a la salud y alimentación, reflejando la cruda realidad por la que atraviesan y el irrespeto a los derechos y dignidad que recrean las duras condiciones que pudieron haberlos llevado allí. (Calle-Romero y Zamora-Vásquez, 2021). La ineficacia administrativa y la falta de recursos destinados a los programas de rehabilitación penitenciaria, propician el consumo debido a la disponibilidad de tiempo libre y fácil acceso a las drogas (Castellanos, 2015).

4.2. Repercusiones del consumo de sustancias psicoactivas en el proceso de Rehabilitación Social de PPL en Ecuador.

En Ecuador, son escasos los estudios que se han realizado sobre la salud mental de los PPL, más aún al tratarse de las consecuencias psicológicas del consumo de sustancias, sin embargo, se puede transpolar parte de las conclusiones de estudios realizados en otros países sobre este tema. Una revisión epidemiológica hecha por Fazel et al., (2017). quienes afirman que uno de cada siete presos presenta trastornos mentales por depresión

y psicosis, paralelamente señala una tasa baja de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas en los centros penitenciarios de Europa. En Colombia se realizó un estudio sobre el acceso a las drogas dentro de las prisiones, los PPL consideran fácil el acceso a las sustancias y afirmaron que existe una relación directa entre la violencia dentro de los centros y el consumo de drogas (Pontón y Torres, 2007). En esta idea un estudio llevado a cabo en prisiones ecuatorianas, arrojó que la prevalencia de las conductas violentas dentro de los centros penitenciarios aumenta cuando surgen ideas delirantes producto del consumo de drogas en PPL, enfermedades psiquiátricas, altos niveles de impulsividad y otras variables contextuales (Molina-Coloma et al., 2018). Un perfil epidemiológico presentado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) señala a los Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados al uso de múltiples drogas como el segundo lugar en morbilidad en el pabellón de máxima seguridad del CRS Cotopaxi (Pazmiño et al., 2020).

4.3. Implicaciones legales del consumo de sustancias en la población penitenciaria.

La falta de datos estadísticos sobre el consumo de sustancias en prisiones del Ecuador, podría explicarse en parte, porque afirmar y evidenciar que existe consumo en estos centros, pondría al descubierto los canales de ingreso de las sustancias a los recintos penitenciarios, así como la “permeabilidad” de los filtros de control de cada establecimiento; además de las sanciones administrativas y legales a los responsables implicadas, esto reafirmaría oficialmente el débil sistema administrativo con el que cuenta el sistema penitenciario del país.

A pesar de la falta de evidencia de este consumo, es posible esbozar las consecuencias legales que esto puede generar, el reglamento del SNAI 2020, especifica un régimen disciplinario para el cometimiento de infracciones leves, graves, gravísimas o penales que pudieran derivarse del portar objetos indebidos, o cometimientos de delitos

dentro de prisión. Así para 1) Faltas Leves se implementa la restricción de las comunicaciones externas (recibir o enviar correspondencia) por 60 días; 2) Faltas Graves se restringe al tiempo y número de llamadas al 50% o restricción del tiempo de visita familiar o social, disminución de una hora; en el caso de 3) Faltas gravísimas, durante el mes subsiguiente al de la resolución impuesta se ejecuta sometimiento al régimen de máxima desde la mínima o mediana seguridad para el cumplimiento de la sanción disciplinaria por 180 días. En el caso de Infracciones Penales, el PPL deberá enfrentar el debido proceso conforme al COIP vigente (Servicio Nacional de Atención Integral, 2020), sin embargo, se desconocen cifras oficiales de la incidencia de PPL encontrados en el cometimiento de este delito dentro de los centros penitenciarios.

5. Estrategias de intervención y seguimiento para la rehabilitación social en el Ecuador

El Régimen general de Rehabilitación social ecuatoriano es progresivo, esto quiere decir que se espera que la rehabilitación social lo sea en la medida que la persona privada de libertad supere cada fase del tratamiento definido para este propósito, en función de esto el SNAI (2020) indica que:

Los centros de rehabilitación social contarán con planes, programas, proyectos y actividades laborales, educativas, culturales, deportivas, recreativas y de salud integral. (p,48)

Este sistema progresivo se aplica únicamente a aquellos que han sido sentenciados y están cumpliendo una pena privativa de libertad ya sea en Régimen cerrado, Semiabierto y Abierto con atención especial a grupos prioritarios. El Reglamento SNAI (2020) subdivide al régimen cerrado en dos fases muy importantes, la Fase de Información y Diagnóstico y la Fase de Desarrollo Integral Personalizado. La primera se procesa en los ocho primeros días de ingreso del PPL al recinto penitenciario y tiene por

objeto recoger la toda la información que pueda servir para orientar la ubicación a los pabellones de mínima, mediana y máxima seguridad del recinto. Posteriormente, en la fase de Desarrollo Integral Personalizado se elabora un Plan Individualizado del Cumplimiento de la Pena en base a los ejes de tratamiento de este régimen progresivo, esta fase tiene las siguientes finalidades:

- Ejecutar el plan individualizado de cumplimiento de la pena a través de los ejes de tratamiento.
- Desarrollar programas y proyectos de producción, comercialización y servicios con la participación de las personas privadas de libertad.
- Desarrollar programas y proyectos para grupos de atención prioritaria y personas con consumo problemático de sustancias.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la convivencia y cumplimiento del plan individualizado de la pena. (p.52)

El artículo 182 de este mismo texto responsabiliza al Sistema Nacional de Rehabilitación Social a generar las condiciones mínimas para el cumplimiento de los ejes de tratamiento establecidos en el plan de desarrollo integral; cinco son los ejes de este plan que engloba el área laboral, educativo, cultural, deportiva, sanitaria y de vinculación social y familiar basados en un modelo de gestión para el contexto privativo de libertad y en derechos humanos incluyendo a todo el ciclo de vida.

El eje de Tratamiento Laboral tiene por objeto desarrollar o potenciar las habilidades en el ámbito, intelectual, artesanal, manufacturero y productivo a través actividades laborales, ocupacionales y productivas que permitan al término de la pena, mayores posibilidades de reinserción al mundo laboral. El Eje de Tratamiento Educativo se enfoca en procesos de alfabetización, educación básica superior, bachillerato unificado

y bachillerato técnico adaptados al contexto penitenciario, esto con el fin de garantizar el derecho a la educación de PPL mediante la inclusión, reinserción, permanencia y término de la educación formal. El Eje de Tratamiento Cultural tiene por objeto incorporar el arte y la cultura al proceso de rehabilitación social mediante actividades que fortalecen la identidad cultural, intercultural y nacional, así como la expresión artística. El Eje de Tratamiento Deportivo tiene como fin motivar la participación y actividad física de PPL que influye directamente en la calidad de vida al interior del centro penitenciario.

El Eje de Tratamiento en Salud se aplicará conforme la política de salud integral nacional definida por el ente rector de salud, responsable de desarrollar y ejecutar los planes, programas, proyectos y actividades de promoción, prevención y tratamiento de la salud integral de PPL, huelgas de hambre, ideación suicida, intentos autolíticos, trastornos mentales graves, consumo problemático de alcohol y otras drogas y prestaciones complementarias en el contexto de privación de libertad que corresponda. Desde esta perspectiva, el modelo de intervención en el eje de salud sí estaría enfocado en la atención integral respecto a la prevención y consumo de sustancias en teoría. Por último, el Eje de Tratamiento de Vinculación Familiar y Social tiene por objeto fortalecer las relaciones familiares y sociales de PPL integrándolo a capacitaciones de prevención de la violencia, vínculos familiares, nuevas masculinidades, equidad, no discriminación, escuela para padres que deberán ser prestados por las entidades miembros del Directorio del Organismo Técnico.

Por otro lado, el régimen semiabierto consiste en cumplir un porcentaje de la pena impuesta fuera del CRS, teniendo que presentarse al recinto entre 4 a 5 horas diarias dispuestas por este régimen. Sin embargo, este cambio de modalidad, es posible cuando la máxima autoridad del CRS solicita al juez competente el cambio a régimen semiabierto y cuando se hayan cumplido los siguientes requisitos: 1) Cumplimiento del 60% de la



pena privativa de Libertar en régimen cerrado, 2) Informe de valoración y calificación con promedio mínimo de 5 puntos durante la ejecución del plan individualizado”, 3) Certificado de no haber sido sancionado por faltas disciplinarias graves o gravísimas durante el cumplimiento de la pena, emitido por la máxima autoridad, 4) Certificado de encontrarse en el nivel de mínima seguridad, 5) Documento que justifique el domicilio en donde residirá el PPL, 6) Informe jurídico del CRS que indique que la persona no tiene otro procesos penal pendiente con prisión preventiva o sentencia condenatoria ejecutoriada y 7) Informe psicológico en el que indique las condiciones para la reinserción del PPL, además de tener certificados de participación en grupos de apoyo grupal, psicoterapia individual o comunidades terapéuticas durante el tiempo de privación de libertad adjuntos al informe. En el caso de haber sido denegada esta solicitud o que el PPL desista de la misma, se podrá volver a presentar la solicitud luego de seis meses para ambos casos.

Los CRS ecuatorianos deberán contar con al menos un equipo técnico de reinserción social para el caso del régimen semiabierto, abierto o beneficio penitenciario, esta comisión estará conformado por un equipo multidisciplinario de las áreas de desarrollo integral presidido por la máxima autoridad del CRS, este equipo coordinará, ejecutará y evaluará la participación de PPL de los regímenes antes mencionados a fin de alcanzar los ejes de desarrollo que se han mencionado con anterioridad, esta vez fuera del CRS y conforme el plan de salida elaborados conjuntamente con la persona privada de libertad.

En teoría existe un enfoque integral, ya en la práctica es un desafío lograr un porcentaje aceptable de rehabilitación social, medido a partir del nivel de reincidencia posterior a la liberación de la PPL del que no se conoce registros, en este sentido, Porras (2020) resalta la importancia de:

Diseñar, desarrollar e implementar modelos innovadores y efectivos de reinserción social en el medio intra y extra carcelario en las cárceles del Ecuador, dichos programas deben orientarse a la reducción de la reincidencia de la conducta delictiva ya que su finalidad es alcanzar la incorporación integral y eficaz de las personas privadas de la libertad dentro de la sociedad a través del uso de varias herramientas como: el trabajo. (pág. 11)

Concluye en que, de no existir cambios en nuestro actual sistema penitenciario, podría traer el efecto contrario que persigue la rehabilitación social en el país.

5.1. Protocolo de intervención ante el consumo de sustancias en los centros de Rehabilitación social

Ante el consumo problemático de sustancias en cárceles y en base a la dinámica expuesta de este fenómeno, se puede inferir que su tratamiento va más allá del campo sanitario. Un ejemplo de ello es el Departamento de Salud de España que aplica programas de prevención y educación en salud, programas orientados a la abstinencia, reducción de daños y riesgos (mantenimiento con metadona e intercambio de jeringuillas). Se incluyen programas recreativos que ofertan alternativas de ocupación del tiempo libre y mejora de competencias personales, programas de actividades socioculturales mediante talleres de expresión artística, forman y motivan a través de cursos que ayudan a valorar y potenciar actitudes positivas hacia la persona y su entorno. Este gobierno ha puesto en marcha un programa denominado “Actuar es posible, Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios”, tiene como fin resocializar y deshabituar, a través del tratamiento ambulatorio en la comunidad, enfocado principalmente a reclusos de baja peligrosidad social, que puedan asistir de forma voluntaria y periódica, preparándolo para su reinserción social. Otro de los tratamientos es el internar al PPL en centros de

deshabitación públicos o privados y de esta forma cumplir su pena recluso en una comunidad terapéutica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En este mismo país se ha desarrollado un manual denominado Diseño de Intervenciones en Drogodependencias basado en el modelo de Reducción de Daños, en esta guía se desarrollaron proyectos de intervención en los Centros penitenciarios de Teixeira, Menorca y Soria. Dentro de la penitenciaría de Teixeira se aplicaron dos cuestionarios uno al inicio del proyecto y otro al finalizar el mismo a fin de conocer la realidad de los participantes de los talleres dictados en 3 sesiones, en los talleres se entablaron debates sobre las diferentes emociones y sentimientos del consumo, conciencia de las consecuencias de consumir, externalización como problema y fases a través de un proceso de cambio. En Menorca se aplicó el programa de charlas durante 6 semanas en diversos días, donde se consideraron temas como educación sanitaria, intercambio de jeringuillas, formación en primeros auxilios ante sobredosis y el programa de mantenimiento con metadona. Finalmente, dentro de la penitencia de Soria se llevó a cabo un programa denominado “Preparando mi libertad”, destinado a todos los reclusos especialmente a quienes tienen una fecha próxima de libertad. Se realizó en dos sesiones, se trataron temas como conceptos generales de drogas, prácticas de menor riesgo, enfermedades relacionadas con las drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2019).

En el contexto ecuatoriano, en el artículo 216 del eje de Tratamiento de Salud del SNAI, se establece el objetivo de garantizar el acceso a salud integral en las personas privadas de libertad y las niñas y niños menores de 36 meses hijos de mujeres privadas de libertad. En este Reglamento se contempla la Modalidad Ambulatoria intensiva en salud mental, dirigida a PPL con trastornos mentales graves y consumo problemático de alcohol y otras drogas, de forma especializada. La entidad responsable de salud, contará con los profesionales formados en la temática, habilidades y capacidades técnicas para

brindar servicios en terapia individual, grupal, familiar, multifamiliar, ocupacional. La terapia tendrá una duración de seis meses en primera fase de tratamiento y seis meses en la fase seguimiento. Protocolo que ya en la práctica presenta falencias, sobre todo en cuanto a recursos humanos e institucionales se refiere, pues existen 67 psicólogos en los 56 reclusorios del país que deben atender a más de 39500 internos (Servicio Nacional de Atención Integral, 2020).

En esta línea de indagación es preciso mencionar la percepción que tienen los PPL respecto a la atención de salud en los CRS, la mayoría de PPL y agentes penitenciarios perciben a los servicios de salud de los centros como malos o regulares, en contraste con la percepción del personal administrativo en donde la mayoría lo percibe como buenos. El GPR 2016 señala una cobertura del 100% en salud a la población penitenciaria con al menos una atención médica a cada PPL en el año (Secretaría Técnica de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], 2017). Estos datos distan de la calidad sanitaria esperada.

5.2. Estrategias de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en los centros de Rehabilitación en Ecuador.

Como se ha visto, las instituciones del país se han transformado con el paso de los años generando nuevas políticas de atención, la entidad encargada de la salud en nuestro país no ha sido la excepción, en el 2012 se elaboró el Manual Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Este manual planteó un modelo de promoción y prevención, y atención integral de salud, supliendo el modelo tradicional de atención curativa- biopsicosocial por un espectro integral de la salud. Adicionalmente se incorporó la salud mental comunitaria, esto llevó a comprender y tratar al ser humano con una mirada biopsicosocial (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

El MAIS contemplo la necesidad de atender a través de este enfoque las 18 enfermedades de alta prioridad del país, además de las sugeridas por los organismos mundiales de salud que incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, debido a su incidencia y consecuencia graves. Uno de los grupos vulnerables al consumo de sustancias es la población penitenciaria, pues presentan pautas de consumo más peligrosas que la población en general. Dentro de los centros de rehabilitación se evidencian condiciones inadecuadas de prevención y atención a los internos con problemas reales de uso y/o abuso de sustancias psicoactivas. Estos problemas se generan debido a las intervenciones esporádicas y desajustadas de las necesidades reales de cada institución, la falta de acciones preventivas en sesiones psicológicas individuales y ausencia de mecanismos de evaluación para abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la población penitenciaria (Villalobos-Galvis et al., 2019).

5.3. Protocolo de intervención ante el consumo de sustancias en los centros de Rehabilitación de Ecuador

Las políticas de atención ante el consumo de sustancias de la población ecuatoriana están bajo la rectoría del MSP, a través del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental. Este busca integrar a las personas con trastornos mentales, incluyendo el consumo problemático de drogas a los servicios de salud integral que presta este ministerio (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2021). La población en general puede acceder a este servicio mediante una línea de atención telefónica gratuita se agenda una cita de evaluación inicial con el servicio de psicología de un centro de salud, aquí se definirá la modalidad de intervención dependiendo del nivel de gravedad de la problemática de consumo. En el caso de necesitar atención de especialidad, será remitido a los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), caso contrario se brinda atención en el Servicio

Ambulatorio Intensivo presente en varios Centros de Salud del MSP, cuatro días a la semana, integrando el servicio de medicina general, psiquiatría y trabajo social que se requiera de las unidades de atención de segundo nivel (Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, 2015).

Bajo este contexto el MSP ha generado lineamientos para el personal de salud mental en los diferentes niveles de atención, en cada uno de estos, se define además el trabajo de los psicólogos y el porcentaje de horas para el tipo Intramural y Extramural de la prestación del servicio, así el trabajo intramural lo dedicará a la rehabilitación, prevención y promoción de la salud a todo el ciclo de vida, mientras que el porcentaje de trabajo extramural estará enfocado al trabajo familiar y comunitario mediante la detección de riesgos que puedan afectar a la comunidad y ejecutar planes de mitigación de ser necesario.

Los psicólogos que presten servicios en el primer nivel de atención se dedican a la promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales en la población en general y cautiva, así como la respectiva derivación a otro nivel de atención de ser necesario. En lo que respecta a la atención de personas con trastornos mentales y consumo problemático de drogas, los psicólogos de los centros de salud tipo C, implementan el Sistema de Atención Integral y generan el plan terapéutico, individual y grupal. Buscan soluciones integrales a problemas inesperados de la atención, brindan seguimiento de casos y elaboran los informes correspondientes en el segundo y tercer nivel de atención que corresponden a los hospitales y centros de atención integral especializados. Los CETAD brindan tratamiento a personas con síntomas agudos de problemas de uso de sustancias. Aquí los psicólogos deben atender al paciente por separado y en grupo, estableciendo una planificación, evaluación, diagnóstico y

tratamiento para los pacientes, además trabajarán conjuntamente en programas y/o proyectos de seguimiento y asistencia (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Habiendo mencionado la línea de intervención sanitaria que rige actualmente en el Ecuador, se entiende que la atención psicológica en el contexto penitenciario está a cargo de la unidad de salud del MSP en todos los recintos penitenciarios del país. Por esta razón, se han definido lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad Ambulatoria Intensiva para este contexto. El tratamiento incluye atención de un profesional de medicina, control psiquiátrico y psicoterapéutico, control de medicamentos, rehabilitación y abordaje familiar. Se trabaja en terapias enfocadas a nivel personal, grupal, familiar y ocupacional, trabajando en actividades artísticas, manualidades y emprendimientos, favoreciendo el desarrollo de habilidades sociales, emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) y de integración que en mejoren la calidad de vida, mantener una actitud social autónoma y responsable (Ministerio de Salud Pública, 2015).

5.4. ¿Qué se debería hacer en la prevención del consumo de sustancias en el entorno penitenciario?

Se ha identificado que cuando una persona ingresa a prisión el consumo de sustancias psicoactivas tienden a mantenerse o incrementarse, algunas personas reducen o abandonan su comportamiento adictivo o adquieren nuevas pautas de consumo, lo que implica uno de los mayores problemas en el sistema de salud penitenciario (Villalobos-Galvis et al., 2019). Por tal motivo es importante mitigar los factores que promueven el consumo dentro de estos centros o reducir los riesgos asociados. El sistema penitenciario ecuatoriano no posee protocolos dirigidos a la prevención del consumo de sustancias, pese ha comprobado su real incidencia en estas poblaciones. Sin embargo, es posible adoptar modelos que se han desarrollado en otros países de la región. El Modelo de

Inclusión Social vigente en el régimen penitenciario colombiano, propone la creación de sistemas de gestión global de situaciones de consumo de sustancias psicoactivas que respondan a necesidades locales, donde las redes y actores presentes en el territorio se comprometan con el desarrollo de alternativas de inclusión social (Ministerio de Justicia et al., 2018), este modelo propone cinco flujos de trabajo estratégicos:

- Prevención de la exclusión social por intervención en riesgos.
- Busca promover la incidencia social para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el consumo de drogas.
- Construcción de un mecanismo de red para la integración, a través de la acción formativa, en la que participen todos los actores e instituciones de la comunidad.
- Desarrollo de servicios preferenciales para la generación de empleo, oportunidades de educación, formación, entretenimiento.
- Implementar el sistema de monitoreo y evaluación permite visualizar los resultados del proceso con personas y redes, para guiar la acción y comparar entre diferentes experiencias.

Señalan, además, que las acciones preventivas deberán estar dirigidas a toda la población privada de libertad sin distinción entre imputados y condenados. Por lo tanto, la prevención debe ser rutinaria, integral, flexible y adaptable al contexto, las características de la población y las situaciones críticas (violencia, consumo de drogas etc. abuso) que pueden incrementar el consumo de drogas. Estas acciones deben fortalecer el sistema de vinculación entre actores (redes), apoyar la organización del sistema, generar respuestas a las demandas y aumentar la participación de todos los integrantes del sistema incluidos los usuarios de drogas (Ministerio de Justicia et al., 2018).

El reglamento del SNAI del sistema penitenciario ecuatoriano establece una evaluación inicial médica y psicológica que determina las condiciones de salud física y mental de cada interno, además de la valoración social, se determina el plan de tratamiento individualizado y se incorpora al PPL a los diferentes talleres y sesiones grupales. Los PPL con TCS son abordados de forma individual y aislada por un psicólogo clínico externo, perteneciente a la red de salud pública. La prevención o tratamiento del consumo de sustancias no es parte de los programas de rehabilitación social para toda la población penitenciaria como se fomenta en el modelo de prevención citado inicialmente.

6. Implicaciones y aplicaciones psicojurídicas

Luego de la exhaustiva revisión teórica realizada sobre el consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social del Ecuador, varias cuestiones saltan al debate, en primer lugar, es relevante analizar el formato de rehabilitación social vigente en el estado ecuatoriano, que ha sufrido varias transformaciones a lo largo del tiempo, esto ha permitido que, en teoría se recojan las recomendaciones de la ONU, las reglas Mandela, recomendaciones de la CIDH entre otras que garantizan el trato humanitario a esta población considerada como vulnerable, a pesar de que en la práctica, el estado dista de cumplir este objetivo, en segundo lugar la dinámica que se genera antes, durante y después del consumo de sustancias en centros penitenciarios, desde una perspectiva biopsicosocial. Ante esto, el presente trabajo proporciona datos relevantes del contexto de rehabilitación social ecuatoriano que están influyendo en su propósito, subdivididos en dos apartados: 1) El ambiente y población penitenciaria y 2) el sistema administrativo que rige en el actual modelo.

En cuanto al primer apartado, se han puntualizado las características más preponderantes de esta población en el plano individual y ambiental, como los rasgos de personalidad con tendencia al consumo de drogas, entre ellos los rasgos límites,

antisociales, histriónicos y narcisistas sin ser una regla, debido que existen quienes aún con estos rasgos no desarrollaron adicción a las drogas (Vergués y Gómez, 2016; Steibel et al., 2016). La carencia de recursos psicológicos con los que el privado de libertad afronta el diario vivir como la inteligencia emocional, baja autoestima, estrategias de resolución de conflictos inadecuados entre otras (Yubero, 2020). A esto se le puede añadir el bajo nivel educativo de la mayoría, status socioeconómico bajo, venir de familias disfuncionales y lugares convulsionados, socialmente excluido o marginales donde la política de seguridad es nula, antecedentes de consumo de sustancias, en las que el alcohol figura como la droga lícita más usada, y el cannabis entre las drogas ilícitas (Lienhard, 2015). Consumo que se mantiene en los centros penitenciarios, debido a la fácil circulación de drogas en estos ambientes, lo que refuerza a los grupos que las comercializan. Aquello permite aflorar toda la dinámica delincuencia, esta vez dentro de los centros donde se procura su rehabilitación, primando así la violencia en el creciente hacinamiento, en donde es común además la insatisfacción de necesidades.

En cuanto al Sistema Administrativo Penitenciario del Ecuador, el panorama es igual de desalentador, se ha recogido las principales condiciones que lo vuelven ineficaz en su función rehabilitadora, quizás el principal, sea el cambio de políticas y reglamentos sujetas a cada gobierno, que ha traído consigo la constante renovación del personal administrativo con poca capacitación del manejo penitenciario y por lo general de formación militar o policial, quienes toman decisiones ante cada problemática. A esto le sigue la adopción de un régimen de rehabilitación penitenciario de corte europeo, inaplicable ante las falencias del sistema judicial que tiende a encarcelar más tiempo y por nuevos delitos, manteniendo una tasa de encarcelamiento que supera las 224 personas por cada 100000 (WPB, 2021; Rangel, 2013). La eficacia de este modelo se reduce al aplicarse en un contexto socioeconómico y legal diferente, lo que dificulta no solo su

aplicación sino también el seguimiento a los “rehabilitados” luego de su excarcelación, información importante para que en la academia se puedan desarrollar investigaciones y aportes a este ámbito. A ello se añade la falta de inversión en infraestructura, que empeoran las condiciones de hacinamiento en las que viven los PPL, ausencia de insumos para los talleres ocupacionales y laborales, con la falta de personal especializado en manejo penitenciario. La baja cobertura de los programas de rehabilitación en el régimen penitenciario, propician el uso de drogas en los centros debido al amplio tiempo libre que gozan los privados de libertad (SNAI, 2019; Ministerio de Gobierno, 2019).

En ese contexto, aportar los conocimientos sobre la dinámica del consumo de drogas en recintos penitenciarios complementa el panorama estudiado, al comprender que existen varios factores que llevan a que un individuo las consuma y con ello, generar alternativas de intervención. En el plano biológico ya se ha revisado la función reforzadora que ocupan las sustancias psicoactivas y sus efectos en el individuo, generan tolerancia cuando los circuitos cerebrales involucrados en el refuerzo no regresan a los niveles fisiológicos que mantenían antes de la exposición a la droga, desencadenando varias alteraciones relacionadas con la búsqueda de la droga a pesar de sus consecuencias (Leganés, 2010). En el plano psicológico, el consumo de drogas en los recintos penitenciarios funge como un mecanismo adaptativo a un entorno percibido como hostil del que no se puede fugar (Valverde, 1997).

Sin embargo, lo que inicialmente se gestó como mecanismo adaptativo, debido a lo expuesto con anterioridad, tiene el potencial de generar adicción, condición física y mental que abandona al sujeto, únicamente a satisfacer su consumo continuado e incrementarlo, obviando así cualquier otro estímulo del medio que no supere el efecto de la sustancia consumida. En el plano social, el consumidor privado de libertad buscará aislarse a espacios y personas que faciliten el consumo, en consecuencia, estas conductas



limitarán la participación de las actividades recreacionales, educacionales y de formación en habilidades laborales que el recinto pueda ofrecer, esta falta de adherencia, impedirá al privado de libertad acceder a los beneficios que el régimen progresivo dispone. Al término de la pena, el consumo problemático de drogas no abordado constituye un factor de riesgo de reincidencia delictiva, esta relación la refuerzan las condiciones ambientales antes mencionadas (social y familiar) y son prevalentes en consumidores de heroína y delitos contra la salud pública (Bringas, 2010).

Otros problemas asociados a un consumo problemático de drogas en los centros penitenciarios y que inciden de forma indirecta en el proceso de rehabilitación social tiene que ver con la propensión del consumidor a padecer trastornos asociados al consumo, como depresión, ansiedad, psicosis y trastornos de personalidad, generando patologías comórbidas que dificultan aún más los procesos de rehabilitación (Marset y Ritter, 2016). Sobre ello se han citado autores cuyos hallazgos determinan el efecto potenciador del consumo de drogas sobre las actitudes violentas dentro de las cárceles, en especial de quienes padecen rasgos de personalidad antisocial y límite (Burneo et.al, 2021), esto aunado a una errónea clasificación de reos en los pabellones, tiene especial impacto en la población que no mantenía consumo previo al encarcelamiento.

En relación a esto es necesario señalar que en Ecuador no existe un protocolo de atención especializada para PPL que presenten problemas de consumo de sustancias, en su lugar, la atención terapéutica que recibe la población diagnosticada con este problema, la proporciona un psicólogo clínico externo al centro penitenciario que aborda también poblaciones no cautivas. Es cuestionable debido que la falta de personal especializado en poblaciones penitenciarias incide directamente en el objetivo de la rehabilitación social. Se obvia aquí el ambiente cotidiano en el que se desenvuelve el consumidor, el cual constituye por sí mismo un factor de riesgo de recaídas. Se evidencia la dificultad ante



tratamientos de desintoxicación con fármacos y hay que agregar la falta de referenciación de casos crónicos a centros especializados como los establece el MAIS. Los problemas de adicción a las drogas en las cárceles muestran que el tratamiento es ineficaz, ante la falta de recursos que manejan estas instituciones y la creciente oferta de drogas en las cárceles (Pontón y Torres, 2007).

Por otra parte, es cuestionable que pese a haberse incorporado la proporcionalidad de la pena en cuanto a la posesión de drogas ilícitas, aún existe vacío en la política criminal, en el que se considere el cometimiento del delito desde las esferas clínicas (médica y psicológica) y sociales como base del abordaje jurídico. En consecuencia, se podrían instaurar protocolos de rehabilitación social especializados, ya que, en el caso particular de los consumidores de drogas, varios autores han afirmado su vinculación o morbilidad casi intrínseca con el acto delictivo. En relación a las drogas, el COIP, penaliza el hecho de poseer sustancias que superen las cantidades previstas en una “tabla de consumo”, diferenciando así el toxicómano del micro o narcotraficante y aunque no penaliza al consumidor, no aborda el proceso legal ante el cometimiento de delitos subyacentes a la dependencia narcótica, como es el caso de delitos por hurto y robo (delito de mayor incidencia en el país), únicamente se refiere a la inimputabilidad de personas con otros trastornos mentales (Zerpa et al. 2022)

Estos aportes revelan el enfoque con el que se ha venido abordando la rehabilitación social del país (práctica criminalizadora) y la ausencia de políticas sociales que fomentan la prevención no solo del consumo de drogas sino también de las conductas delictivas. En su lugar existe mayor inversión, comparativamente hablando, en reforzar el sistema punitivo del país, a través del incremento de conductas penadas en el COIP, más que a resolver los conflictos sociales actualmente condenados que los agudizan (Pontón y Torres, 2007). Factores que deben ser tema de debate en las esferas legislativas,



ejecutivas, jurídicas, sanitarias y sociales al momento de generar políticas de atención especializada para estos grupos y sobre todo basadas en la evidencia científica, de la cual carece nuestro contexto. El desafío de brindar tratamiento en un entorno criminal requiere la cooperación y coordinación de dos comunidades: el sistema de justicia penal y el sistema administrativo penitenciario. La justicia penal debe contemplar incluir programas de tratamiento para los infractores de drogas en su reinserción social apoyados de un manejo integral, que debe extenderse fuera de prisión, su seguimiento, evalúa el éxito o fracaso de la rehabilitación social (Porras, 2020).

Esta compilación de información será de utilidad para la creación de futuras estrategias de intervención en el campo de la rehabilitación social, adaptadas a las particularidades de este contexto. El consumo de drogas no puede relegarse a un tema aislado en el proceso de rehabilitación social o se aborde únicamente si es diagnosticado, debe ser abordado como un programa dirigido a toda la población penitenciaria desde el ingreso, permanencia, salida del centro penitenciario hasta la reinserción a la sociedad, similar a lo que sucede en algunos países. El estudio aterriza la necesidad de poner en marcha un programa de seguimiento de la rehabilitación y reinserción de los ex privados de libertad.

7. Consideraciones finales

El problema de las drogas en el Ecuador y el mundo es un fenómeno complejo, a pesar de los esfuerzos y estrategias de las organizaciones de todo el mundo, los países y sus gobiernos no han logrado abordar las responsabilidades comunes y compartidas de manera integral y equilibrada por el bienestar humano. Esta difícil situación está generando excesos en la sociedad, lo que lleva a la criminalización de este fenómeno y por ende a problemas de derecho penal.

Aspectos como el estilo de vida previo a la detención y los patrones de consumo son factores de susceptibilidad que contribuyen a la vulnerabilidad de las personas privadas de libertad, lo que agudiza el descontrol por parte de las autoridades, las condiciones de vida y la reincidencia del consumo en prisión. En los últimos años, Ecuador ha evidenciado una crisis carcelaria agudizada, la falta de experiencia y conocimiento de los gobiernos y administradores, escasos recursos asignados y actos de corrupción, ha expuesto la inestabilidad de los centros de rehabilitación social del país, y las personas privadas de libertad se encuentran en condiciones de hacinamiento, lo que reduce las posibilidades de control total por parte de las autoridades. Estos antecedentes han permitido a los reclusos portar armas, teléfonos móviles, drogas, entre otros objetos que se ven involucrados en hechos violentos dentro de las cárceles.

La lucha por el poder y control principalmente de los centros carcelarios con mayor número de población penitenciaria, ha desatado enfrentamientos entre bandas vinculadas al tráfico, consumo y venta de estupefacientes, con consecuencias mortales, y ha confirmado el completo abandono de las personas privadas de libertad por parte del estado. Un sistema de rehabilitación social con tantas falencias, no puede ayudar a las personas en conflicto con la ley a rehabilitarse dentro de este proceso, porque el sistema en sí mismo necesita reponerse, la idea de restablecer el sistema de rehabilitación es paradójica, pero en nuestro país, esta situación es un golpe a la realidad, aunque es claro que la gestión de estos centros está en coma, y más críticamente la situación de las personas privadas de libertad, las cárceles ecuatorianas, urgen cumplir con el mínimo de garantías constitucionales para no victimizar a los privados de libertad.

8. Referencias

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I. y Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio madrid sobre prevalencia de

patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186–194.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.782>

Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61–81.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-

[16592010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Bringas, C., Rodríguez, F. y Moral, M. (2010). Consumo de drogas en población reclusa.

Relación diferencial entre abuso de sustancias psicoactivas y reincidencia. *Health*

and addictions/Salud y drogas. 10(2), 67-90

<https://www.redalyc.org/pdf/839/83918822005>

Brotchie, J., Finch, E., Marsden, J. y Waller, G. (2003) Impulsiveness and psychopathology among substance-abusing offenders on Drug Treatment and

Testing Orders, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14:2, 266-279,

<http://doi.or/10.1080/1478994031000077998>

Burneo-Garcés, C. y Pérez-García, M. (2018). Prevalence of psychopathological features in South American prisons using the personality assessment inventory. *Behavioral*

Psychology/ Psicología Conductual, 26(1), 177–194.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.042>

Calle-Romero, M. L. y Zamora-Vázquez, A. F. (2021). Las nuevas víctimas del Sistema de Rehabilitación Social ecuatoriano. *Polo del Conocimiento*, 6(12), 1191-1214.

<https://doi.org/10.23857/pc.v6i12.3431>

Caravaca-Sánchez, F., Falcón Romero, M. y Luna, A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*,

29(5), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.005>

Caravaca-Sánchez, F. y García-Jarillo, M. (2020). Alcohol, otras drogas y salud mental

- en Población Femenina Penitenciaria. *Anuario de psicología jurídica*, 30, 47-53.
<https://doi.org/10.5093/apj2019a15>
- Carpio, S. y Gutiérrez, P. (2021). Diagnóstico del Sistema Penitenciario del Ecuador. *Kaleidos*. <https://doi.org/10.1016/j.acso.2016.11.002>
- Carranza, E. (2012). Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe; Qué hacer?. *Anuario de derechos humanos*, (8), pág-31. <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2012.20551>
- Castellano, G. (2015). Detección de drogas y tratamiento de adicciones en dos centros penitenciarios de la ciudad México. *Integración Académica en Psicología.*, 3(7).
<http://www.integracion-academica.org/attachments/article/88/08%20Drogas%20Adicciones%20-%20GE%20Castellanos.pdf>
- Castillo, R., Rangel, J., Luzardo, M., Gómez, N. y Redondo, J. (2017). *Consumption of psychoactive substances before and after admission to*. 8(1), 24–44.
<https://doi.org/10.21501/issn.2216-1201>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH, (2015). *Movilidad Humana Estándares Interamericanos*. [Archivo PDF].
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4605/16.pdf>
- Decreto Ejecutivo 376. [Presidencia de la República]. Supresión de la Secretaria Técnica de Drogas. 28 de abril del 2018. <https://www.registroficial.gob.ec/>
- eDíaz, K. y Pilar, M. C. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes . *Avances En Enfermería*, 30(3), 37–59.
<https://www.proquest.com/openview/c540a7391c2d443c8f6c176f35c66054/1?pq->



origsite=gscholar&cbl=2035746

Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C. y Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.005>

Fazel, S., Yoon, I. A. y Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(10), 1725–1739. <https://doi.org/10.1111/ADD.13877>

Global Commission on Drug Policy (2019). *Classification of Psychoactive substances: When science was left behind*. Global Commission on Drug Policy. <https://bit.ly/3h64Abx>

González, A. A. y Matute, E. (2013). *Cerebro y drogas*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/lc/uotavalo/titulos/39673>

Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R. y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.005>

Integración Juvenil, C. D. (2018). *Lo que hay que saber sobre drogas..* Centros de Integración Juvenil. <https://elibro.net/es/lc/uotavalo/titulos/105490>

Instituto de Neurociencias (12 de diciembre del 2021). *7 síntomas de la dependencia a la droga “H” en los adolescentes*. <https://www.institutoneurociencias.med.ec/blog/item/15005-sintomas-dependencia-droga-h-heroina-cocaina>Instituto

Jiménez, R. D. P., Monzón, R. G., Febles, M. H. y López, M. J. P. (2021). Infección aguda por el virus de la hepatitis C: ¿ en qué personas se está produciendo la



transmisión?. *Gastroenterología y Hepatología*.

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.03.014>

Kelly, T. M. y Daley, D. C. (2013). Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Social Work in Public Health*, 28(0), 388.

<https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673>

Lara, F. y Ramos Barbero, V. (2009). El tratamiento de la Drogodependencia en reclusos del centro penitenciario de Burgos . *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 565–575.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832320061>

Leganés, S. (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental . *Revista Española de Drogodependencias*, 35(4), 513–536.

https://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n4_9.pdf

Lienhard, M. (2015). *Violencia urbana, los jóvenes y la droga América Latina / África*. Editorial Iberoamericana / Vervuert. <https://elibro.net/es/lc/uotavalo/titulos/85075>

Madrigal-Rentería, K. (2019). La crisis de opioides en Norteamérica . *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42, 78–79. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cmas191aa.pdf>

Marset, M. y Ritter, C. (2012). Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3). <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/270/589>

Medranda, M. y Benítez, M. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(3), 35–42. <https://pap.es/files/1116-582-pdf/607.pdf>

Mendoza, Y. y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y

adicción a sustancias psicoactivas. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 20(1), 139. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>

Ministerio de Gobierno. (2019). Plan nacional de seguridad ciudadana y convivencia social pacífica 2019-2030 [Archivo PDF]. https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/PLAN-NACIONAL-DE-SEGURIDAD-CIUDADANA-Y-CONVIVENCIA-SOCIAL-PACIFICA-2019-2030-1_compressed.pdf

Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos. (2008). *Serie Justicia y Derechos Humanos: Neoconstitucionalismo y Sociedad*, (Vol. 3). V&M Gráficas <https://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/886/1NS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Corporación Viviendo. (2018). *Reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el sistema penitenciario y carcelario: Marco técnico de acción*. [Folleto]. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018_marco_tecnico_sistema_penitenciario_carcelario.pdf.

Ministerio de Salud Pública MSP. (2015a). *Lineamientos operativos para la Atención Integral de personas con Consumo Problemático de alcohol y otras drogas en modalidad Ambulatoria Intensiva en contexto de privación de libertad*. [Archivo PDF]. https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller_22-10-2015/Lineamientos_Privacion_de_Libertad/lineamientos_operativos_1.pdf

Ministerio de Salud Pública MSP. (2015b). *Lineamientos Operativos para la*



implementación del Programa Terapéutico del Centro Especializado para el Tratamiento del Consumo Problemático de alcohol y otras drogas. [Archivo PDF].

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamientos-Operativos-CETAD.pdf>

Ministerio de Salud Pública MSP. (2017). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud.* [Archivo PDF].

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/modelo_de_atencion_integral_ambulatoria_drogas_26_08_2017.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, M. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. [Folleto].

https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2008). *Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios. Actuar es posible.* [Guía].

<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/209.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2019). *Manual de Dinámicas de Intervención.* [Manual].

https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/noticiasEventos/actualidad/2019_Actualidadnoticias/pdf/2019_FUNDADEPS_Manual_dinamicas_intervencion.pdf

Molina-Coloma, V., Salaberría, K. y Pérez, J. I. (2018). La personalidad en población carcelaria: Un estudio comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.5093/apj2018a5>

Montecé, S. y Alcívar, N. (2020). El sistema penitenciario ecuatoriano. *Revista*



UNIANDÉS *Episteme*, 7(1), 676-694.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298063>

Muñoz, J. M. y Orozco, J. B. (2018). Resiliencia y consumo de drogas. Un estudio en jóvenes costarricenses. *Revista de Ciencias Sociales*, (159).

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15358736008>

National Institute on Drug Abuse NIDA. (26 de Julio 2019). *El consumo de drogas y las infecciones virales (VIH, hepatitis)*. NIH.

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-drogas-y-las-infecciones-virales-vih-hepatitis>

National Institute on Drug Abuse NIDA. (2 de septiembre del 2020). *La adicción y la salud*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>

Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA. (01 de julio del 2020). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción*. (2da. ed).

<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC, (2015). Consejo

Nacional de Lucha Contra el Tráfico de Drogas CONALTID y Ministerio de

Gobierno De Bolivia. (2015). *Prevención del uso indebido de drogas. Problemáticas de Las Drogas*, Editorial Cuatro Hnos. [Archivo PDF]

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador*,

2016. [Archivo PDF]..

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Ecuador.pdf

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2017/Informe_Universitarios_Ecuador.pdf



Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2018). *Nuevas sustancias psicoactivas. Informe 2018.* [Archivo PDF]

https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_leaflet_S_2018_WEB.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC. (2021). *Informe Mundial sobre las drogas 2021.* <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

Organización de los Estados Americanos OEA. (2010). *Evaluación del progreso de control de drogas Ecuador.* [Reporte]

http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Ecuador%20-%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf

Organización de los Estados Americanos OEA. (2019). *Informe Sobre El Consumo De Drogas En Las Américas 2019.* [Archivo PDF].

<http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible.* https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.* (2da. ed).

https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Pérez, N., Pedragosa, V., Candala, D., Sánchez, G., Berrocal, E. y Elu, M. (2021). Drogas de abuso en el laboratorio de bioquímica de urgencias. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(2), 38. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7813162>

Pineda-Ortiz, J. y Torrecilla-Sesma, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 1(1), 13–21. <https://www.elsevier.es/es->

revista-trastornos-adictivos-182-articulo-mecanismos-neurobiologicos-adiccion-
drogas-13010676

Pontón, J. y Torres, A. (2007). Cárceles del Ecuador: los efectos de la criminalización por drogas. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad* , 1, 55–73.
<https://www.redalyc.org/pdf/5526/552656565004.pdf>

Porras, M. (2020). Eficacia del modelo de reinserción social ecuatoriano. *Veritas & Research*, 2(1), 69-82.
[http://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php?journal=VR&page=article&op=view&path\[\]=33](http://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php?journal=VR&page=article&op=view&path[]=33)

Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3–4), 96–104.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002&lng=es&nrm=iso

Quinatoa, G. (2017). Análisis Económico de la Política Penitenciaria–Propuesta de Sistema Penitenciario Privado. *Revista Facultad de Jurisprudencia*, (2), 121-145.
<https://doi.org/10.26807/rfj.v1i2.21>

Rangel, Hugo (2013). Educación contra Corriente en las Cárceles Latinoamericanas: la enseñanza vs el castigo. *Educação & Realidade*, 38(1),15-32. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227369003>

República del Ecuador. (26 de octubre del 2015). *Ecuador.Ley Organica de Prevencion Integral del Fenomeno Socio Economico de las Drogas*. Registro oficial: 615.
<https://www.gob.ec/regulaciones/ley-organica-prevencion-integral-fenomeno-socio-economico-drogas-615#>

Ruiz, B. y Ruiz , J. B. (2015). *Las drogas* (2a. ed.). Universidad Nacional Autónoma de



México (UNAM). <https://elibro.net/es/lc/uotavalo/titulos/187528>

Sandí Brenes, S. y Sandí Esquivel, L. (2015). Dependencia a opioides y su tratamiento.

Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD, 6(1), 87–92.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=63848>

Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas SETED. (2021). *Plan Nacional de*

Prevención Integral y Control Del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas (

2017 — 2021). [Folleto]

http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador

[_Plan_Nacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Soci](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador)

[o_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf](http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador)

Secretaría Técnica de Planificación y Desarrollo SENPLADES. (2017). *Resumen*

ejecutivo de la Evaluación Operativa y de Resultados del Modelo de Rehabilitación

Social Plan Anual de Evaluaciones. [Folleto]

https://sni.gob.ec/documents/10180/45011029/INFORME+EJECUTIVO_EVALU

[AC%C3%93N+REHABILITACI%C3%93N+SOCIAL.pdf/b5af268b-bfd7-4062-](https://sni.gob.ec/documents/10180/45011029/INFORME+EJECUTIVO_EVALU)

[9953-9f8598c6ca62](https://sni.gob.ec/documents/10180/45011029/INFORME+EJECUTIVO_EVALU)

Servicio Nacional de Atención Integral SNAI. (2019) *Transformación del sistema de*

rehabilitación social a nivel nacional. [Folleto]

<https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/PROYECTO->

[TRANSFORMACI%C3%93N-SISTEMA-REHABILITACI%C3%93N-](https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/PROYECTO-)

[SOCIAL_VF_15NOV2019.pdf](https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/PROYECTO-)

Servicio Nacional de Atención Integral SNAI. (2020). *Reglamento del Sistema Nacional*

de Rehabilitación Social. Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas

Privadas de La Libertad y a Adolescentes Infractores. [Folleto]



https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Reglamento-del-Sistema-de-Rehabilitación-Social-SNAI-2020_compressed.pdf

Sindicich, N., Mills, K., Barrett, E., Indig, D., Sunjic, S., Sannibale, C., Rosenfeld, J. y Najavits, L. (2014) Offenders as victims: post-traumatic stress disorder and substance use disorder among male prisoners, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25:1, 44-60. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.877516>

Sistema Subregional de Información e Investigación Sobre Drogas. (2010). *Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga*. [Archivo PDF].

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf

Soria, M. L. (2018). Las nuevas drogas psicoactivas: populares y peligrosas. *Revista Española de Medicina Legal*, 44(2), 64–72. <https://doi.org/10.1016/J.REML.2017.11.004>

Steibel, G. B., Ruiz-Olivares, R. y Herruzo Cabrera, J. (2016). Patrón de conducta tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción psicológica*, 13(1), 119-128. <https://doi.org/10.5944/ap.13.1.17430>

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud. (2015). *Lineamientos operativos para los psicólogos y psiquiatras en los tres niveles de atención*. [Archivo PDF]. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamientos-Operativos-para-Psicologos-y-Psiquiatras-en-los-Tres-Niveles-de-Atencion.pdf>

Valdevila-Figueira, J., Ruiz-Barzola, O., Orellana-Román, C., Valdevila-Santiesteban, R., Fabelo-Roche, J. y Iglesias-Moré, S. (2021). Suicidal behavior and duality in disorders due to substance use among Ecuadorian drug addicts. *Revista Información Científica*, 100(5) <https://www.redalyc.org/journal/5517/551769293007/>



- Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias*. Editorial Popular.
- Vergés, A. y Gómez-Pérez, L. (2016). Personalidad y psicopatología. *Revista de psicología (Santiago)*, 25(1), 01-04. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0719-05812016000100001&script=sci_arttext&tlng=e
- Villalobos-Galvis, F., Figueroa-Peña, M., Figueroa-Patiño, D., Mejía-Meneses, B. y Paredes-Chalapud, E. (2019). Implementación de un modelo de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas en un establecimiento penitenciario. *Saber, Ciencia y Libertad*, 14(1), 247–260. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2019v14n1.5226>
- World Prison Brief. (12 de diciembre del 2021). *World Prison Population List (13th edition)*.
https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf
- World Prison Brief. (12 de diciembre del 2021). *World Female Imprisonment List 2017 (4th edition)*.
https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_prison_4th_edn_v4_web.pdf
- Yubero, S. G. (2020). Inteligencia emocional como factor protector del consumo de drogas en la adolescencia (Doctoral dissertation, Universidad de Cantabria).
- Zerpa, S., Ponce, F., Guevara, S. y Mendoza, P. (2021). Propuesta para la creación de un procedimiento aplicable al consumidor de drogas en el Ecuador. Caso de estudio: el procedimiento de medidas de seguridad aplicado a los consumidores en Venezuela. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 51(135), 517-536. <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v51n135.a10>

INFORME DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

1.- DATOS DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Sofía
Nombres

López
1er. Apellido

Vallejo
2do. Apellido

Licenciada en Psicología Clínica
Títulos de Tercer Nivel

Máster en Neurociencia Cognitiva y del Comportamiento
Títulos de Cuarto Nivel

2.- DATOS SOBRE EL TRABAJO DE TITULACIÓN

Título:

El consumo de sustancias y el proceso de rehabilitación social ecuatoriano

Del o los estudiantes:

1. Cristina Jahayra Vásconez Lara C.C. 0201979374
2. Danny Miguel Marroquín Palomeque C.C. 0604868208

Nombres y Apellidos

Maestría en: Psicología Mención en Jurídica y Forense

Cohorte: Tercera

3.- CONTENIDO DEL INFORME DEL TUTOR DE CONTENIDOS

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

PARAMETROS A EVALUAR	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
<p>INTRODUCCIÓN</p> <p>Se realiza una introducción a la investigación, plasmando generalidades sobre la temática, un resumen del problema, su justificación y la estructura del trabajo.</p>	ADECUADO	
<p>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</p> <p>Se realiza un correcto desarrollo de la investigación, de conformidad con los objetivos propuestos</p>	ADECUADO	
<p>CONCLUSIONES</p> <p>Se concluye claramente conforme a los resultados obtenidos en la investigación</p>	ADECUADO	
<p>RECOMENDACIONES</p> <p>Se presentan recomendaciones coherentes con los resultados y conclusiones</p>	ADECUADO	

PARAMETROS A EVALUAR	VALORACIÓN	OBSERVACIONES
<p>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</p> <p>Se presentan correctamente las referencias bibliográficas conforme a las normas APA (6ta edición)</p>	ADECUADO	
<p>APORTE E INNOVACIÓN</p> <p>La investigación representa un aporte o innovación en el campo de la Psicología Jurídica y Forense.</p>	ADECUADO	
VALORACIÓN FINAL	APROBADO	

Fecha de elaboración: 04 de marzo de 2022



Firmado electrónicamente por:
SOFIA LOPEZ VALLEJO

TUTORA
Sofía López Vallejo
CI: 0103786273