



Comisión del Programa de Capacitación y Certificación del  
Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con  
Problemas Asociados al Consumo de Drogas  
**COCERTRAD**

**El Recurso Humano vinculado con el Tratamiento de las  
Personas con Problemas asociados al Consumo  
Problemático de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica:  
Diagnóstico Situacional**

**San José, Costa Rica**

**Agosto 2009**

## CRÉDITOS:

### Elaboración del Informe

#### Redactores:

Franklin Jiménez Rojas <sup>1</sup>  
Carolina Garro Ureña <sup>2</sup>  
Eugenia Mata Chavarría<sup>3</sup>

#### Colaboradores:

María Antonieta Calvo Rodríguez <sup>4</sup>  
Ligia Murillo Castro <sup>5</sup>  
Mabel Granados Hernández <sup>6</sup>  
Sandra Badilla Chaves <sup>7</sup>  
Jorge Arturo Acuña Rodríguez <sup>8</sup>  
Gonzalo Esquivel Montanaro <sup>9</sup>

1- [fjimenez@iafa.go.cr](mailto:fjimenez@iafa.go.cr)

2- [cgarro@icd.go.cr](mailto:cgarro@icd.go.cr)

3- [emata@icd.go.cr](mailto:emata@icd.go.cr)

4- [maria.calvo@ucr.ac.cr](mailto:maria.calvo@ucr.ac.cr)

5- [ligia.murillo@ucr.ac.cr](mailto:ligia.murillo@ucr.ac.cr)

6- [mabelmgranados@gmail.com](mailto:mabelmgranados@gmail.com)

7- [sandrabster@gmail.com](mailto:sandrabster@gmail.com)

8- [fedepin@costarricense.cr](mailto:fedepin@costarricense.cr)

9- [gesquivel@clinicanevavidacr.com](mailto:gesquivel@clinicanevavidacr.com)

Coordinador; Proceso de Atención a Pacientes, IAFA

Unidad Proyectos de Prevención, ICD

Unidad Proyectos de Prevención, ICD

Escuela de Enfermería, UCR

Escuela de Enfermería, UCR

Escuela de Enfermería, UCR

Facultad de Farmacia, UCR

Representante Organizaciones No Gubernamentales

Representante Organizaciones No Gubernamentales

## INDICE

<b>Introducción</b>	<b>iii</b>
<b>Justificación</b>	<b>v</b>
<b>I Antecedentes</b>	<b>1</b>
<b>II Marco Institucional</b>	<b>8</b>
Instituto Costarricense sobre Drogas	
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia	
Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica	
Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica	
Organizaciones no gubernamentales	
<b>III Marco Legal</b>	<b>11</b>
<b>IV Componentes estructurales del programa</b>	<b>15</b>
<b>V Metodología</b>	<b>20</b>
5.1 Planteamiento y definición del problema	<b>20</b>
5.2 Propósitos	<b>21</b>
5.3 Alcances	<b>21</b>
5.4 Objetivos	<b>22</b>
5.5 Definición del método	<b>23</b>
5.6 Población en estudio	<b>23</b>
5.7 Procedimientos de la recolección de la información	<b>24</b>
5.8 Variables	<b>25</b>
5.9 Procesamiento y análisis de los datos	<b>26</b>
<b>VI Consideraciones éticas</b>	<b>27</b>
<b>VII Diagnóstico</b>	<b>27</b>
<b>Análisis de la información</b>	<b>27</b>
<b>VIII Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>52</b>
<b>IX Bibliografía</b>	<b>58</b>
<b>X Anexos</b>	<b>59</b>
<b>XI Glosario</b>	<b>64</b>

## INTRODUCCION

La situación actual determina la necesidad de poder homologar criterios, dentro de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en cuanto a la enfermedad adictiva y su abordaje, mediante la formación, capacitación y certificación del recurso humano que brinden servicios a la población con problemas derivados del consumo de drogas.

El Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas , mediante la homologación e instauración de adecuadas prácticas y estándares mínimos de calidad para el tratamiento de las adicciones, pretende proteger y promover los derechos fundamentales de la población meta, dado que asegura, a quienes obtienen los servicios en los diferentes programas, que recibirán una intervención con base en funciones concretas, de acuerdo a competencias, cuyos enfoques observan principios rectores técnicos y políticos, además de que se asegura, así, que la calidad del servicio prestado sea igual para todas y todos.

Este programa implica la capacitación del recurso humano que se encuentra prestando servicios en la actualidad; sin embargo, se debe rescatar que esto será un proceso gradual, que demanda el desarrollo de una serie de acciones para poder lograr el objetivo común, no solo desde la homologación del recurso humano, sino también desde la garantía paralela de concretar un abordaje integral a toda la población meta, dentro de las posibilidades reales.

Lo anterior implica un cambio, para el cual debe de planificarse el desarrollo de diferentes etapas en un proceso de construcción, en el que es necesaria la participación, integración y coordinación interinstitucional, tanto del nivel público como privado (ONG's, comunidad, otros).

El programa, se desarrolla dentro del marco de interés rector de la Organización de los Estados Americanos, de acuerdo con lo que define la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA), estando en total concordancia con los intereses superiores del país, según los componentes prioritarios incluidos en la Política Nacional Antidrogas 2008-2012.

Para tales efectos, es que inicialmente se planteó la constitución de una Comisión encargada de iniciar el proceso y dar continuidad a las etapas subsiguientes en el país. Esta comisión ha sido ratificada, de manera formal, por el Instituto Costarricense sobre Drogas, según Memorando M-DG-111-2009; considerando que el Memorando de Entendimiento y Asistencia Técnica fue establecido entre La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, por medio de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional, y el Gobierno de Costa Rica, por medio de la Dirección Ejecutiva del Instituto Costarricense Sobre Drogas (ICD) como rector político en el país en este tema. Para la ejecución del Programa en el país, se procedió con el nombramiento de las y los integrantes de la Comisión, quienes serán los responsables o encargadas de coordinar y dirigir el desarrollo de dicho programa.

## JUSTIFICACION

La mayoría de los servicios de tratamiento para personas con problemas asociados a las adicciones, en Centroamérica y *Costa Rica*, en la actualidad, son proporcionados por las ONG, con personal que aún requieren de mayor preparación para cumplir esta función. Se trata, en su mayoría, de adictos recuperados o bien grupos religiosos con poco o ningún entrenamiento en la provisión de dicho tratamiento y que adolecen de una formación académica suficiente, así como de habilidades gerenciales y de administración básicas.

Por otra parte, existe, desde las OG, la limitación de opciones y oportunidades disponibles para el entrenamiento requerido, debido al escaso recurso técnico y profesional con experiencia en esas áreas del conocimiento, así como por la carencia de estructuras formales, a partir de las cuales se pueda ofrecer la capacitación académica y entrenamiento clínico y gerencial, con énfasis en la materia de adicciones a sustancias psicoactivas.

A esta situación se suma la condición en que funciona gran parte del recurso humano; por ejemplo, en las OG, las y los profesionales a cargo reciben una remuneración por sus labores, a diferencia de la mayoría de las ONG, en las que el recurso humano funciona mediante el voluntariado.

Asociado a lo anterior, uno de los principales problemas que enfrentan los países del Continente Americano en el tema del tratamiento de las personas con problemas derivados del consumo de drogas, es el de la calidad y efectividad de las estrategias de intervención, sean éstas de tipo básico o especializado.

En la región Centroamericana no existe un sistema de homologación de los elementos técnicos que definen y caracterizan a cada uno de los niveles de intervención para el tratamiento de la dependencia de drogas, lo que impide, en la mayoría de los casos, cumplir con estándares mínimos de calidad y, por ende, de efectividad en el sistema de tratamiento como un todo. Por otra parte la población de operadores de programas de tratamiento por la dependencia de drogas es muy flotante, lo que diluye aún más las posibilidades de mantener un grupo estable con conocimiento suficiente y estandarizado, situación que afecta la efectividad de los diversos tratamientos ofrecidos.

Para llenar el vacío funcional antes descrito, se propone, desde la CICAD/OEA, la instauración, a nivel centroamericano y del país, de un subsistema de formación y

certificación de recursos humanos de programas de tratamiento en adicciones, para los diversos niveles técnicos y profesionales requeridos en el tratamiento de la dependencia de drogas establecidos por el Estado. Ese subsistema debería ser supervisado y coordinado por una “Comisión Certificadora”, integrada por autoridades académicas y gubernamentales, así como por reconocidos técnicos en la materia y representantes de organizaciones no gubernamentales legalmente autorizadas por el Estado, la cual se conformara a partir de los criterios emitidos por la COCERTRAD, en el nivel nacional (constitución y sus funciones).

El subsistema propuesto buscará incrementar la calidad operativa de los organismos que trabajan en el tratamiento de los problemas asociados al consumo de drogas, proporcionando los conocimientos, destrezas y aptitudes que caracterizan una práctica competente en consejería en adicción. Las competencias asociadas a esa práctica serán la base del currículo y contenido temático de los diferentes niveles del programa de formación para el abordaje de las personas afectadas por adicciones a sustancias psicoactivas.

El principio básico del subsistema propuesto radica en que debe situarse bajo el control y la fiscalización del Estado, recomendándose que sea una comisión integrada de manera interinstitucional, en coordinación con la entidad técnica sobre la materia en el mismo nivel gubernamental (COCERTRAD), quienes son los responsables ante el Estado de esa actividad.

## I ANTECEDENTES

El proyecto propuesto por la CICAD/OEA, ya cuenta con una experiencia preliminar en El Salvador, país que ofreció la oportunidad de realizar una prueba piloto del primer programa de entrenamiento y certificación de consejeros en el tratamiento del abuso de drogas en América Central. Esta experiencia tuvo lugar durante el año 2007.

La CICAD, en coordinación con instituciones beneficiarias, determinó las necesidades de entrenamiento del recurso humano vinculado con el tratamiento de la dependencia de drogas y los perfiles de los clientes, desarrollados a partir de la sistematización de los expedientes de los pacientes; asimismo facilitó el establecimiento de mecanismos para la supervisión, monitoreo y evaluación del proceso de avance del programa.

En el marco de esa experiencia, la CICAD, en El Salvador, ha desarrollado currículos de entrenamiento básico y facilitado la capacitación y el desarrollo de la capacidad para la construcción de los métodos de tratamiento del abuso de droga a más de 300 personas, que forman parte del personal de aproximadamente 34 programas gubernamentales y no gubernamentales que laboran en el tratamiento de las personas con problemas derivados de ese consumo. El programa se ha hecho extensivo, además, a los cuatro centros juveniles gubernamentales de detención de personas en conflicto con la ley.

La CICAD, junto con organizaciones sociales de ese país, desarrolló y validó los materiales básicos para 160 horas de capacitación y trabajo práctico, que permitieron establecer el programa para la formación de Consejeros en Drogas. Este esfuerzo permitió fortalecer y facilitar la certificación de los recursos humanos de los respectivos programas de tratamiento.

Sobre la base de la experiencia de El Salvador, a fines del mismo año 2007, la CICAD amplió la aplicación del Proyecto a Guatemala, en donde, en la actualidad, alcanza a 32 instituciones gubernamentales y no gubernamentales vinculadas con el tratamiento de las adicciones.

El Proyecto propuesto tiene una duración de cinco años y considera una organización interagencial, interinstitucional e interdisciplinaria. Proveerá entrenamiento y certificaciones en las áreas de intervención terapéutica en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de drogas, en la prevención de los asuntos de violencia relacionada con el tema de la droga y en aspectos de organización y funcionamiento de programas.

Ha sido elaborado sobre la base de experiencias desarrolladas en El Salvador y Guatemala, así como en recomendaciones realizadas por los Estados Unidos de Norteamérica, para la ejecución de programas de entrenamiento en los campos de la prevención y del tratamiento del abuso de la droga, el reforzamiento de la capacidad institucional en esos asuntos y sobre los elementos relacionados en reducir el abuso y la violencia vinculados con la droga.

El entrenamiento incluye, entre otros elementos: investigación, aplicación de mejores prácticas en el tratamiento de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, aplicación de estándares clínicos mínimos de calidad, entrenamiento en aspectos básicos de administración y gerencia institucional, desarrollo de habilidades para liderazgo y dirección

Los beneficiarios inmediatos del Proyecto serán los Ministerios de Salud de los países centroamericanos, sus Comisiones Nacionales de Drogas, las OG y ONG proveedoras de servicios de tratamientos y los órganos oficiales y no gubernamentales relacionados con el control y tratamiento de los asuntos de violencia y delito, por el consumo problemático de sustancias psicoactivas. En Costa Rica, inicialmente, están involucrados en el proceso el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), en coordinación con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (UCR), Facultad de Farmacia de la UCR y representantes de las organizaciones filiales de las ONG.

Los beneficiarios finales serán los individuos con alta vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas y para la violencia asociados a ese consumo, las personas con problemas asociados al consumo de drogas y sus familias y, como efecto de ambas intervenciones, la sociedad en su conjunto.

En Costa Rica, a la luz de este proyecto, se instaló la **Comisión del Programa de Capacitación y Certificación de los Recursos Humanos en el Marco del Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas** (COCERTRAD), que surge a partir de la suscripción del memorando de entendimiento y asistencia técnica, que comprende la implementación y ejecución del Programa, con la participación de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA) y el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), en coordinación con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el cual, en adelante, se conocerá con el nombre de **“Programa de Capacitación y Certificación de**

## ***Los Recursos Humanos en el Marco del Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas en Costa Rica***

Se debe rescatar que dicho Programa se enmarca dentro de lo establecido en el Plan Nacional de Drogas 2008-2012, donde se especifica, en el ámbito de atención a personas consumidoras de drogas, y de acuerdo a la política específica N° 1, lo relacionado a brindar “...atención integral, prioritaria, especializada, universal y sistémica, a personas con consumo problemático de drogas...”. A su vez, queda estipulado, en el Programa N° 4, “**Formación para el tratamiento de las adicciones**”, donde se hace hincapié en la necesidad de capacitar al recurso humano que presta servicios a personas que presentan problemas con el consumo de drogas.

Con lo anterior, se pretende fortalecer la efectividad de los programas de tratamiento dirigidos a las personas con problemas derivados del consumo de drogas, mediante la formación técnica y gerencial del recurso humano que ejecuta actividades en tal sentido; así como con el establecimiento de un sistema de capacitación y certificación de dicho recurso humano.

El Programa, en el nivel nacional, se establece dentro de la conceptualización de Seguridad Humana, como eje transversal, en el cual el Estado tiene responsabilidad ineludible, respecto a la protección y promoción de los derechos fundamentales inherentes a las y los habitantes del país, por lo que se deben de generar acciones que promuevan y garanticen un abordaje integral de la población con problemas derivados del consumo de drogas, con la participación de todos los actores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, que se requieren en tal propósito.

La ejecución del programa implica el generar acciones específicas de diversa naturaleza y responsabilidad intersectorial, por lo que se estableció un equipo de trabajo interdisciplinario e interinstitucional, responsable de implementar el programa de interés.

El desarrollo del programa, en el país, toma en cuenta el esquema general que plantea la CICAD-OEA, adaptándolo a la realidad nacional, a partir del cual se sentarán las bases para su ejecución en otros países del área.

Lo anterior se relaciona, a su vez, con la “Política del Sector Salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2008)”, del Ministerio de Salud, en la que se señala compromiso de la atención de las

personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desde las instituciones del sector público, con la finalidad de posibilitar el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas afectadas.

El mismo documento afirma que “...la política busca: mejorar la salud de los consumidores, mejorar su condición de reducir los delitos que comenten, reducir el aumento en el uso y abuso de drogas. Un tratamiento bien organizado, con personal capacitado y respaldado, puede tener repercusiones rápidas y duraderas por personas afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Invertir en tratamiento es una buena decisión, tanto en el punto de vista humano, como desde el punto de vista económico.” (Ministerio de Salud, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2008:21)

Este proceso de delimitación de las políticas en este ámbito, fortalece el programa de capacitación que se está gestando.

Por otra parte, las ONG dedicadas a la atención de la población adictiva en Costa Rica se generan, básicamente, como una forma de organizarse, ante una demanda creciente del consumo de alcohol y otras drogas desde la década de los ochenta. La experiencia de diversas metodologías (biomédicas, religiosas, Doce Pasos, como las más frecuentes) generaron diversas metodologías, enfoques, prácticas y enlaces con entes de salud. Quienes impartían o participaban de las actividades de las ONG, fueron llamados, con el transcurso del tiempo charlistas, terapeutas, operadores, mensajeros, personas de testimonio, por ejemplo.

De esa práctica surgieron experiencias, que aglutinadas mediante encuentros y conferencias, permitieron divulgar las diversas metodologías. De estos espacios, fue surgiendo la necesidad de la capacitación y formación permanente, además de poder contar con reconocimientos para poderse formar, con credenciales básicas, y así participar en los diferentes niveles de intervención de los problemas asociados al consumo de drogas, lo que fue perfilándose hacia un personal voluntario calificado, acrecentándoles las posibilidades de formar parte de un equipo terapéutico, o bien, participar en funciones terapéuticas y administrativas, en forma simultánea.

Es importante señalar que las personas que participaron activamente de esos procesos de capacitación, en su mayoría provenían de centros de rehabilitación, a título personal y costeándose a así mismos esas capacitaciones.

Además, en forma mayoritaria, eran personas exadictas con varios años de sobriedad, o egresadas de dichos centros. Las Juntas Directivas de los Centros fueron retroalimentándose de ese aprendizaje y, posteriormente, algunas de ellas aceptaron (cerca del año 2000) que la capacitación en las adicciones es un factor inherente de la rehabilitación, independientemente de ser profesional o exadicto.

Las primeras incursiones en capacitaciones de dos o tres días se iniciaron en ACERPA, con una participación de 30-40 personas, lo que motivó su repetición o ampliación temática. Se inició en 1996 y prosiguieron hasta el año 2000, máxime que se contó, en el inicio, con la participación protagónica de Sr. John J Sheehan, poseedor de una Maestría en Ciencias de la Salud y Formación Profesional en Servicios sobre Alcoholismo de la Universidad de Johns Hopkins, así como Consejero Internacional en Consejería en Alcohol y Drogas de IC& RC. El Sr. Sheehan fue contactado por funcionarios de ACERPA, en vista de que dos personas ligadas a la Junta Directiva de esa ONG se habían iniciado en la recuperación de sus adicciones, en Estados Unidos, mediante el modelo Minnesota, donde participaban consejeros, los cuales eran exadictos capacitados.

En 1999, varios miembros de diferentes organizaciones, que se habían capacitado en ACERPA, conformaron el equipo organizador para la Octava Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, dado que el país, desde 1998, contaba con un representante de dicha organización. Esta conferencia se realizó en el año 2000, con una asistencia de 600 personas, a nivel mundial, y con una participación muy significativa de la mayoría de las ONG del país.

El equipo coordinador fue clave para las iniciativas de organización posterior de las ONG, porque la semilla sembrada por la conferencia conllevó a dos conclusiones básicas: 1- la necesidad de organizarse; 2- la necesidad de la capacitación.

En el mismo año, se forma la Asociación Costarricense de Comunidades Terapéuticas (ACTER), miembro activo de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), con sede en Colombia, cuya sede y secretaría nacional se establece en el Hogar Salvando al Alcohólico de Goicoechea. Esto inicia una participación muy activa de Costa Rica en las capacitaciones que ha realizado la FLACT (2002-2007), transformándose en el primer país que envió más personas a formarse, en Medellín.

De igual forma, en el año 2000, personas que se venían capacitando en ACERPA, forman la Federación de Hogares Salvando al Alcohólico de Costa Rica (14 Hogares), la que se

convertirá en la Federación más grande de Costa Rica, también con sede y secretaría en el Hogar Salvando al Alcohólico de Goicoechea.

En el 2001, otras personas también provenientes de las citadas capacitaciones, crean la Asociación Nacional de Consejeros en Alcohol, Trabajo y Drogas (ASCAD), y al conocer, en la Octava Conferencia para América Latina de Comunidades Terapéuticas, a personeros del “Internacional Certification & Reciprocity Consortium/Alcohol & Other Drug Abuse, Inc (IC & RC/AODA), se ponen en contacto con esa institución, en Estados Unidos, y logran obtener el Manual de Certificación, codificado bajo las siglas CNCR (The Costa Rica National Certification Comisión in Alcohol and Other Drugs Abuse), proceso de elaboración (bilingüe) que tuvo una duración de dos años.

Sus primeros miembros, a título personal, pertenecían a ACERPA, Federación de Hogares Salvando al Alcohólico, Teen Challenger, IAFA, Hogares Crea, Rostro de Jesús, Kayrós, Ejército de Salvación.

Entre el 2006-2008, ASCAD fortalece sus vínculos con la Universidad Isaac Newton, con el fin de impulsar un plan de formación para consejeros, en vista de la carencia de una instancia acreditada para poder certificar la labor técnica del consejero.

En el año 2009, a raíz de una reunión con los directores de programa de las ONG más interesadas en las capacitaciones de las personas que intervienen en procesos terapéuticos, se conoce sobre la labor que realiza COCERTRAD (Comisión del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con problemas asociados al consumo de Drogas), y se nombra a dos representantes para gestionar su inclusión en dicha comisión. Uno por ASCAD y el otro por la Federación de Hogares Salvando al Alcohólico, ambos también pertenecientes a la Junta Directiva de ACTER, los cuales contaron con el beneplácito de la Comisión.

A nivel internacional, los Centros para la Transferencia de Tecnología en Adicción del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias Administración para Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, formularon el escrito titulado *“Competencias para Consejería en Adicción. Conocimiento, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional”*, traducido al español por el Centro de Transferencia de Tecnología en Adicción de Puerto Rico e Islas Vírgenes Norteamericanas (PR & US VI ATTC), en 1998 Este documento presenta el conocimiento, las destrezas y las actitudes que se necesitan para obtener y orientar en prácticas las competencias para la Consejería en Adicción.

A la vez, proporciona guías para el tratamiento profesional de trastornos por uso de sustancias, que se ha reconocido como una compleja práctica multidisciplinaria apoyada por un amplio cuerpo de literatura científica y teórica en continuo desarrollo.

Tanto las iniciativas de investigaciones públicas como las privadas, han demostrado en numerosas ocasiones la efectividad en términos de costo de unas estrategias bien diseñadas para la intervención con personas que sufren de consecuencias adversas, no sólo por el consumo perjudicial de sustancias, sino por su dependencia. Este documento permite visualizar las competencias que se necesitan en el proceso de capacitación y certificación del recurso humano, en el marco del tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de drogas.

También, se cuenta con la experiencia que se ha desarrollado a partir de la Comisión Nacional de Certificación en Costa Rica en Abuso de Alcohol y otras Drogas (CNCR), que se constituyó en el 2001, como iniciativa de consejeros y organizaciones no gubernamentales que tiene, como meta principal, lograr la certificación de los consejeros, mediante los estándares requeridos para la paridad en educación, entrenamiento profesional en dependencias químicas, experiencia con trabajo en adicciones, educación continua en consejería en alcohol y otras drogas (AODA, por sus siglas en inglés: Alcohol and other Drugs Abuse), para hacer capaces de actuar y proveer buenos servicios en el área salud respectiva.

La CNCR, en su proceso de certificación para Costa Rica, también tiene como propósito expandir, en el futuro, el proceso a los supervisores clínicos, especialistas en la prevención, criminología, apostadores compulsivos y desórdenes mentales.

Este manual define la estandarización a seguir en la Certificación de Consejeros en el Abuso de Alcohol y Otras Drogas (CCAAD) en Costa Rica, también establece reglas de valorización, competencias académicas, experiencia de trabajo y requisitos para convertirse en un Consejero en Abuso de Alcohol y Otras Drogas (AAOD). Por lo tanto, este manual permite guiar la propuesta académica de capacitación de recurso humano en consejería.

Todos los esfuerzos y logros descritos, a partir de este momento, se conjuntan en el trabajo que realiza la COCERTRAD, lo cual será parte integral del Programa que se implementa, según los términos ya anotados.

## II MARCO INSTITUCIONAL

La COCERTRAD; está integrada por la representación de las siguientes instituciones; Instituto Costarricense sobre Drogas, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Universidad de Costa Rica en las figuras de la Escuela de Enfermería y la Facultad de Farmacia, así como de las ONG.; por lo que se considera importante conocer y socializar, la misión, visión y políticas de cada una de ellas que enmarque el accionar de la comisión, información que se contempla en la siguiente plantilla:

INSTITUCIÓN	MISIÓN	VISIÓN	POLÍTICAS
<b>INSTITUTO COSTARRICENSE SOBRE DROGAS</b>	Ente encargado de coordinar, diseñar, implementar y fiscalizar las políticas, los planes y las estrategias dirigidas a la reducción de la demanda y al control de la oferta, legitimación de capitales y actividades conexas, en coordinación con las instituciones preventivas y represivas, nacionales e internacionales; asimismo, brinda apoyo sustantivo y logístico a la gestión efectuada por aquellas entidades de los ámbitos nacional e internacional responsables de enfrentar el fenómeno de las drogas en sus diversas manifestaciones, todo esto en procura del desarrollo humano sostenible de la sociedad costarricense.	Institución líder en el ámbito nacional, reconocida internacionalmente por su capacidad política, gerencial, técnica y de gestión especializada en el control de la oferta y la reducción de la demanda de drogas, la legitimación de capitales y actividades conexas, caracterizada por su sensibilidad y asertividad en la respuesta que brinda a los problemas derivados del fenómeno de las drogas en sus diversas manifestaciones.	<p><b>Política para la reducción de la demanda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial de las acciones preventivas dirigidas a evitar el cultivo, la producción, la tenencia, el tráfico y el uso indebido de drogas y otros productos referidos en la Ley N° 8204.</li> </ul> <p><b>Política para el control de la oferta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generar y proveer información confiable y fidedigna que sirva de insumo a organismos nacionales e internacionales, facilitándoles a éstos, la aplicación de las directrices jurídico penales existentes para el control de la oferta, la fiscalización del desvío de precursores, el tráfico de drogas, la legitimación de capitales y los delitos conexos.</li> </ul>
<b>INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA</b>	Es la organización que coordina, promueve y desarrolla programas sostenibles de prevención,	Es el órgano especializado encargado de dirigir técnicamente el trabajo conjunto con los actores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de la dirección técnica en reducción de la demanda de drogas.</li> <li>2. Fortale-</li> </ol>

INSTITUCIÓN	MISIÓN	VISIÓN	POLÍTICAS
	<p>tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Regula la publicidad de bebidas alcohólicas, de tabaco y los programas relacionados con los fines institucionales y participa en la formulación de políticas que permitan brindar una respuesta concertada con otros actores sociales a la problemática derivada del consumo de estas sustancias.</p>	<p>sociales, para brindar soluciones integrales a la problemática asociada al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes.</p>	<p>cimiento del ejercicio de las funciones de regulación.  3. Desarrollo de estrategias preventivas y de atención al problema de las drogas.  4. Desarrollo de estrategias de comunicación en materia de drogas.  5. Desarrollo de la dirección técnica y administrativa, para el cumplimiento de los objetivos del IAFA.</p>
<p><b>ESCUELA DE ENFERMERIA (UCR)</b></p>	<p>Es formar profesionales que se conciben como miembros de un equipo, los cuales participan efectivamente en el cuidado de la salud de la persona tanto a nivel individual como colectivo, en los distintos procesos vitales y contextos culturales.  Su acción esta orientada a contribuir en el proceso de construcción de la salud de la sociedad costarricense cuyo fin ultimo es promover la calidad de vida de las personas y de si mismo. Se confiere dentro de esta misión un papel protagónico a las y los actores sociales.  Los y las estudiantes de enfermería deben participar en el desarrollo del país, respetar los derechos humanos y las acciones de desarrollo de las personas.</p>	<p>La escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica se concibe como una institución de excelencia académica, líder de la formación del recurso humano y en el campo de la salud para mejorar la calidad de vida de la sociedad costarricense a nivel nacional y regional.</p>	<p>La Escuela de Enfermería se ajusta a las Políticas que rigen a la Universidad de Costa Rica; sin embargo tiene como propósito fundamental: Formar profesionales en enfermería en el nivel de grado y postgrado, con capacidad crítica y analítica, poseedora de libre pensamiento que como miembros de un equipo de salud, participan eficazmente en mejorar las condiciones de la salud en una sociedad y contribuir con el desarrollo del país.</p>
<p><b>FACULTAD DE FARMACIA (UCR)</b></p>	<p>Proporcionar la mejor formación futuras (os) profesionales en Farmacia para formar parte de un equipo de salud, proveedores de atención farmacéutica, tomadores de decisiones, comunicadores, líderes, administradores, estudiantes y maestros de por vida, dentro de un marco de valores éticos y humanísticos, comprometidos con la</p>	<p>Convertirnos en una de las mejores y más reconocidas Facultades de Farmacia en Latinoamérica, manteniendo el liderazgo, un nivel de excelencia y mejora continua, integrando el conocimiento y nuevas tecnologías en la formación de profesionales en Farmacia.</p>	<p>Las políticas son dictadas por la Universidad de Costa Rica, donde se establece que: "Las políticas deben contribuir con las transformaciones que la sociedad necesita para el logro del bien común, mediante una política dirigida a la consecución de una justicia social, de</p>

INSTITUCIÓN	MISIÓN	VISIÓN	POLÍTICAS
	investigación, la calidad y la excelencia profesional.		equidad, del desarrollo integral, de la libertad plena y de la total independencia de nuestro pueblo.”
<p data-bbox="231 416 564 577"><b>ONG REPRESENTADAS POR: FEDERACIÓN DE HOGARES SALVANDO AL ALCOHÓLICO DE COSTA RICA</b></p> <p data-bbox="231 936 564 1070"><b>ASOCIACIÓN COSTARRICENSE PARA CERTIFICACIÓN DE CONSEJEROS EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b></p>	<p data-bbox="639 416 919 880">La Federación de Hogares Salvando al Alcohólico de Costa Rica es una asociación nacional, de carácter representativo, que promueve la calidad en los servicios de los hogares miembros bajo los principios de respeto a la autonomía y al desarrollo por medio del intercambio de sus experiencias en el proceso de rehabilitación según la metodología de los Doce Pasos.</p> <p data-bbox="639 936 884 1377">Respaldar, fomentar y brindar la profesionalización a los consejeros (as) en alcohol Y drogas, mediante un proceso de certificación sistemático y lograr así un mejoramiento asertivo en la calidad de vida de los usuarios mediante los servicios de salud en alcohol y drogas de Costa Rica.”</p>	<p data-bbox="951 416 1203 768">La Federación de Hogares Salvando al Alcohólico de Costa Rica fomenta su participación entre las organizaciones estatales e internacionales para garantizar un servicio de calidad bajo los principios la gratuidad, igualdad, y el derecho a la salud.</p> <p data-bbox="951 936 1203 1350">Ofrecer la certificación y supervisión necesaria para lograr la profesionalización de los consejeros (as) en alcohol y drogas de Costa Rica, mediante la certificación nacional e internacional y lograr así una inserción efectiva al mercado laboral de los servicios de salud en Alcohol y drogas.</p>	

### III MARCO LEGAL

En cuanto a la normativa existente para el Programa para la Formación y Certificación del Recurso Humano de Programas de Tratamiento del Consumo de Droga en Costa Rica, se debe indicar que este Programa versa sobre una materia especial y novedosa, que busca regular la Formación y Certificación de Recurso Humano, razón por la cual no existe normas expresa que lo regule específicamente. Sin embargo, se pueden citar algunas normas que permiten la aplicación del sistema con su respectiva adecuación al programa, tanto en el marco normativo internacional como en el marco normativo nacional.

En la normativa internacional existen tratados internacionales u otros instrumentos jurídicos, que establecen la regulación sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas y las limitaciones del uso ilícitos de éstas. Entre las que podemos citar:

**1.- “Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.”** La que fue ampliada y reforzada por **El Protocolo 1972.**

**“Artículo 38 bis**

#### **ACUERDOS CONDUCENTES A LA CREACION DE CENTROS REGIONALES**

*Si una Parte lo considera deseable teniendo debidamente en cuenta su régimen constitucional, legal y administrativo, y con el asesoramiento técnico de la Junta o de los organismos especializados si así lo desea, promoverá como parte de su lucha contra el tráfico ilícito , la celebración, en consulta con otras partes interesadas de la misma región de acuerdos conducentes a la creación de centros regionales de investigación científica y educación para combatir los problemas que originan el uso y el tráfico ilícito de estupefacientes.”*

**2- “Convención Constitutivo de la Comisión Centroamericana Permanente para la Erradicación de la Producción, Tráfico, Consumo y Uso Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.”**

**“Artículo 2**

*La Comisión Centroamericana Permanente para la Erradicación de la Producción, Tráfico, Consumo y Uso Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, que se identificará por las siglas CCP por **LA COMISIÓN**, se constituye como un Organismo internacional de carácter Gubernamental con personalidad jurídica y patrimonio propios, con plena capacidad para ejercer derechos y responsabilidades compartida, identidad y solidaridad Centroamericana.*

#### **Artículo 4**

En forma enunciativa, más no limitativa, se señalan los siguientes objetivos que tendrá LA COMISION:

- “3. Recomendar la adopción de acciones, planes o programas de cooperación regional para lograr más eficazmente, los objetivos anteriormente señalados, así como para la educación en materia de prevención sobre la drogadicción la rehabilitación de adictos y dependientes y la concientización para la participación activa de la comunidad contra el uso indebido de drogas.”
- “7. Concertar esfuerzos coordinados en la formación y capacitación de investigadores y funcionarios responsables en la materia.”

3- En el ámbito nacional, este Programa encuentra sustento en el **Plan Nacional de Drogas 2008-2012**, específicamente en el Ámbito “Atención a personas consumidoras de drogas”: 2.1 Política Específica N° 1, denominada “Atención integral, prioritaria, especializada, universal y sistemática, a personas con consumo problemático de drogas”. Proyecto N° 4 Formación para el Tratamiento de las adicciones de atención a personas consumidoras de drogas.

El Plan Nacional de Drogas nace mediante Directriz N° 032- MP, publicada a los ocho días del mes de enero del año 2009.

4- A nivel de ley, podemos citar que existe la **Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412**, para el otorgamiento de la personería jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, N°8229:

“Artículo 5°-

d) El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Artículo 22.- El IAFA tendrá a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas e ilícitas; además desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tantos públicos como privados relacionados con sus fines; deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas, si incumplen los Lineamientos estipulados para tal efecto.

5- En la **Ley N° 8204, “Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo”**, en su artículo 100, párrafo tercero establece:

*“Para el cumplimiento de la competencia supracitada, el Instituto ejercerá, entre otras, las siguientes funciones:*

*f) Financiar programas y proyectos y otorgar cualquier otro tipo de asistencia a organismos, públicos y privados, que desarrollen actividades de prevención, en general, y de control y fiscalización de las drogas de uso lícito e ilícito, previa coordinación con las instituciones rectoras involucradas al efecto.*

*g) Impulsar la profesionalización y capacitación del personal del Instituto, así como los funcionarios públicos y privados de los organismos relacionados con el Plan Nacional sobre Drogas.”*

En el artículo 115 de la Ley 8204 establece:

*“Artículo 115.- La Unidad de Proyectos de Prevención será la encargada de coordinar, con el IAFA, la implementación de los programas de las entidades públicas y privadas, con la finalidad de fomentar la educación y prevención del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos contemplados en esta Ley*

*Artículo 116.- Las funciones de la Unidad de Proyectos de Prevención sin perjuicio de otras que puedan establecerse en el futuro, serán las siguientes:*

*a) Formular las recomendaciones en educación y prevención del uso, la tenencia, la comercialización y el tráfico lícito e ilícito de las drogas señaladas en esta Ley, para incluirlas en el Plan Nacional de Drogas, con base en los programas que las entidades públicas y privadas propongan.”*

6- Finalmente, en el nivel nacional, existe otro cuerpo normativo vinculado como la materia, en la que se establecen derechos fundamentales o mandatos específicos, como lo es:

- Constitución Política.
- Ley 5395: Ley General de Salud.
- Ley 7035: Creación del IAFA y sus reformas.
- Ley Constitutiva de la C.C.S.S.
- Ley 7471: Reforma del Sector Salud.
- Ley 7972: Cargas tributarias a licores y cigarrillos.

- Decreto 30571-S: Reglamento de Habilitación de establecimientos de servicios de salud y afines.
- Convenios internacionales rubricados por el Gobierno de la República (OMS, OPS, ONU, OEA, entre otros).

#### **IV COMPONENTES ESTRUCTURALES DEL PROGRAMA**

El Programa Nacional, promovido por la CICAD/OEA, tiene una duración de cinco años y considera una organización interagencial, interinstitucional e interdisciplinaria. Proveerá entrenamiento y certificaciones en las áreas de intervención terapéutica en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de drogas, en la prevención de los asuntos de violencia relacionada con el tema de la droga y en aspectos de organización y funcionamiento de programas.

Ha sido elaborado sobre la base de experiencias preliminares desarrolladas en El Salvador y Guatemala, y tomando en cuenta recomendaciones realizadas por los Estados Unidos de Norteamérica, para la ejecución de programas de entrenamiento en los campos de la prevención y del tratamiento del abuso de la droga, el reforzamiento de la capacidad institucional en esos asuntos y sobre los elementos relacionados en reducir el abuso, la violencia y el crimen vinculados con la droga.

El programa de entrenamiento incluye, entre otros elementos: investigación, aplicación de mejores prácticas en el tratamiento de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, aplicación de estándares clínicos mínimos de calidad, entrenamiento en aspectos básicos de administración y gerencia institucional, desarrollo de habilidades para liderazgo y dirección, el análisis de la vulnerabilidad socio comunitaria y socio penal involucrada en la violencia asociada al consumo de sustancias psicoactivas, y la implementación y desarrollo de los elementos que requiere un sistema nacional de información sobre el consumo de drogas.

De acuerdo a la CICAD/OEA, los beneficiarios inmediatos del Programa deben ser los Ministerios de Salud de los países, las Comisiones Nacionales de Drogas, las OG y ONG proveedoras de servicios de tratamientos y los órganos oficiales y no gubernamentales relacionados con el control y tratamiento de los asuntos de violencia y delito, derivados del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

En Costa Rica, inicialmente, están involucrados en el proceso, las siguientes instituciones: el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), en coordinación con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Escuela de Enfermería de la U.C.R, la Facultad de Farmacia de la UCR y representantes de las organizaciones filiales de las ONG.

Los beneficiarios finales serán los individuos con alta vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas y para la violencia asociada a ese consumo, las personas consumidoras de SPA con problemas asociados al consumo de drogas y sus familias y, como efecto de ambas intervenciones, la sociedad en su conjunto.

Para los fines del “Programa de Capacitación y Certificación de los Recursos Humanos en el Marco del Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas en Costa Rica”, se tendrá en cuenta que:

CAPACITACION: debe entenderse como un proceso educativo y formativo, planificado de manera sistemático, por niveles, etapas o fases, las cuales contemplan objetivos específicos y mecanismos de evaluación que conlleven a la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y herramientas, que permitan y fortalezcan el desarrollo personal, profesional y laboral del recurso humano.

CAPACITACION A DISTANCIA: es la capacitación en la que el proceso educativo y formativo es orientado mediante metodologías no presenciales, donde el participante puede desarrollar dicho desde diversos lugares de interés, según la metodología establecida. Por ejemplo: hogar, lugar de residencia, trabajo.

UNIDAD DE CAPACITACION: cada órgano del Subsistema formalmente encargado de planificar, organizar, dirigir y ejecutar las actividades de capacitación y desarrollo de recursos humanos.

CERTIFICACIÓN: es el proceso de evaluación, con base en criterios y estándares de calidad previamente establecidos, llevado a cabo por un organismo externo, bajo el control del Estado, que faculta al recurso humano a prestar el tratamiento en drogas, procurando garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

Las componentes del Programa son:

## **1. Diagnóstico**

- A. Identificación de la estructura organizativa de país, en cuanto a la toma de decisiones y definición de la política de Estado sobre Drogas y normativas vinculadas.
- B. Inventario del recurso humano existente en el país y su perfil (nivel de formación académica, necesidades de capacitación, competencias), involucrado en las

actividades asistenciales dirigidas a la población con problemas derivados del consumo de drogas.

- C. Determinación de la estructura funcional sobre tratamiento del consumo de drogas de las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales
- D. Definición del perfil del usuario de los servicios.
- E. Identificación y determinación de la estructura operativa para la capacitación y certificación.

## **2. Desarrollo del currículo para la capacitación**

- A. Definición de los niveles de complejidad para la capacitación y formación del recurso humano requerido: (nivel básico, nivel I, nivel II, nivel III y supervisor), respecto a contenidos y horas de capacitación.
- B. Estructuración de los contenidos programáticos y horas, según nivel de complejidad.
- C. Determinación de los indicadores de valoración del aprendizaje por contenidos programáticos, según el nivel de complejidad.
- D. Identificación y priorización de áreas de especialización para posterior desarrollo de currículo.

## **3. Capacitación**

- A. Formación del recurso humano requerido en la atención de las personas consumidoras de SPA y sus familias.
- B. Formación del recurso humano en herramientas de gestión administrativa y de liderazgo.
- C. Formación del recurso humano en las actividades de control social efectivas para el abordaje de la violencia y delictividad asociadas al consumo de drogas, según el paradigma de la vulnerabilidad socio-comunitaria y socio-penal.

## **4. Certificación**

- A. Conformación de la Comisión Certificadora para las personas que ya están funcionando y que desean ejercer como recurso humano de programas.
- B. Reconocimiento y legitimación de la formación y experiencia del recurso humano de programas, bajo estándares mínimos (experiencia, capacitación y formación específica en drogas, y grado académico), establecidos por el Estado.
- C. Establecimiento de mecanismos para la certificación de las personas que desean seguir incorporándose al trabajo de los centros de tratamiento de la dependencia de drogas.

- D. Establecimiento de mecanismos para la certificación de las instituciones y profesionales como expertos capacitadores en el tema de las drogas.
- E. Definir y establecer criterios y requisitos para la re-certificación de recursos humanos vinculados con el tratamiento de la dependencia de drogas y de instituciones y profesionales prestadores de servicios de capacitación.
- F. Establecimiento de mecanismos de monitoreo de aplicación y cumplimiento de regulación de certificación de recursos humanos

## **5. Regulación**

- A. Definición e implementación del marco jurídico y la normativa requerida para la regulación de los programas, desde el Estado, con base en la certificación del recurso humano de los programas.
- B. Establecer la habilitación para el funcionamiento de los programas, con base en el equipo técnico y profesional requerido, según el perfil de usuario y la consistencia respecto al tipo de establecimiento que le corresponda.
- C. Desarrollar y capacitar en protocolos de intervención, en el marco del continuo del tratamiento, definiendo, definiendo perfiles, requisitos y competencias terapéuticos.

## **6. Sistema para el registro de datos, monitoreo y evaluación del programa de certificación**

- A. Definición de los indicadores de interés en torno al programa.
- B. Establecimiento del sistema para el registro de los datos y análisis de la información.
- C. Determinación del tipo de informes y su periodicidad.
- D. Realimentación para el ajuste programático.

## **7. Homologación de Sistema de registro de pacientes**

- A. Definición de requisitos e indicadores del sistema
- B. Comparación de sistemas existentes en el Hemisferio
- C. Adaptación de sistema a necesidades nacionales y regionales.

## **8. Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación de progreso, cambio de actitudes, conocimientos y prácticas en centros de tratamiento y de impacto en tratamiento.**

- A. Niveles de certificación del recurso humano de programas

El Programa entregará capacitación y certificación en diversos niveles: básico, intermedio y profesional, correspondientes a programas específicos de capacitación y entrenamiento.

El ingreso de los postulantes a cada nivel estará condicionado por su grado académico, por la experiencia laboral previa que puedan exhibir en la materia y por la capacitación y formación específica en drogas que hayan tenido con anterioridad. Las condiciones definitivas que deberán satisfacer los postulantes serán establecidas por la Comisión Certificadora.

De esa forma, se considerarán los siguientes niveles y requisitos por nivel, los cuales se ajustarán a los que se considere desde COCERTRAD:

<b>NIVEL</b>	<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>HORAS CAPACITACIÓN</b>	<b>NIVEL ACADÉMICO</b>
<b>BÁSICO</b>	0-3 AÑOS	80	Primaria
<b>NIVEL I</b>	4-6 AÑOS	200	Octavo año a finalización del ciclo de educación secundaria
<b>NIVEL II</b>	7-9 AÑOS	350	Finalización del ciclo educación secundaria a Bachiller universitario en carreras afines o requeridas por los programas.
<b>NIVEL III</b>	10 AÑOS o más	500	Bachiller, Licenciado, Magíster, Doctorado Universitario
<b>SUPERVISOR</b>	10 AÑOS; Especialista en drogas; Docente	500 horas Especialista Docente	Licenciado, Magíster, o Doctorado Universitario

## V METODOLOGIA

### 5.1- Planteamiento y Definición del Problema

Los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, trae consigo una serie de consecuencias negativas sobre la salud física y mental de las personas. Del mismo modo, irrumpe en los diferentes ámbitos en los que interactúa el ser humano, como son la familia, las finanzas, las relaciones interpersonales y el trabajo, entre otros.

Todas estas alteraciones requieren de un adecuado abordaje, mediante el cual se logre dar el mayor nivel de resolución, según las actividades que requieren la intervención y asistencia de la problemática.

Ese abordaje no puede estar al margen de las adecuadas prácticas y estándares mínimos de calidad y funcionamiento, los que deben ser de exigida atención para todo tipo de programa que intente y desee trabajar en el tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, así como en aquellas dirigidas a ofrecer apoyo, orientación y contención para los grupos de relación que poseen las personas consumidoras.

Por lo tanto, para los Sistemas Nacionales de Tratamiento en Drogas, conocer quiénes están vinculados con la implementación de las actividades de asistencia general e intervención clínica en drogas, tanto en el ámbito gubernamental (OG) como no gubernamental (ONG), es un asunto fundamental, especialmente cuando se trabaja en la creación de un programa que ofrezca la opción de capacitación, formación y certificación de ese recurso humano, mediante el cual alcanzar dos situaciones trascendentes e ineludibles para el Estado:

a.- Contar con personas adecuadamente formadas, a partir de conceptos y conocimientos homologados, estandarizados, con base en la evidencia, según niveles de competencia y consistentes con su nivel académico, formación técnica-profesional y experiencia lograda.

b.- Establecer un mecanismo que faculte al recurso humano capacitado y formado, como medio de ofrecer garantía a la sociedad civil sobre la calidad y objetividad de las actividades a las que se someterá, con el propósito de resolver su problemática de consumo de drogas, herramienta útil para la promoción y protección de sus derechos fundamentales.

Es importante resaltar que en la planificación de los procesos involucrados en ambas situaciones, se tomarán en cuenta criterios que involucran al nivel académico, la formación técnica-profesional, la experiencia lograda y el tipo de programa en el que se pretende laborar, lo cual definirá los diferentes niveles de competencias y funcionamiento.

Por lo tanto, lo expuesto lleva a la siguiente interrogante, a la cual, mediante el presente trabajo, se le pretendió dar respuesta:

***¿Cuál es el perfil del recurso humano que labora en el tratamiento de las personas con consumo problemático de sustancias activas en Costa Rica, y cual es su nivel académico, formación técnica-profesional y experiencia lograda?***

Al responder dicha interrogante, además, se logrará obtener información básica para la elaboración de la malla curricular que requerirá la implementación del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas.

## **5.2- Propósitos**

- Establecer un censo del recurso humano que labora en el tratamiento de de las personas con consumo problemático de sustancias activas en Costa Rica.
- Conocer las características de nivel académico, formación técnica-profesional, experiencia y capacitación lograda, así como sus expectativas y percepción sobre la necesidad de complementar su capacitación para certificarse ante el Estado, que posee el recurso humano que labora en el tratamiento de de las personas con consumo problemático de sustancias activas en Costa Rica.
- Obtener la información que permita crear la malla curricular requerida en el Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas.

## **5.3- Alcances**

- Implementación del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas.

- Dar respuesta a sociedad civil costarricense, por medio de la participación y coordinación conjunta entre la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) y el Estado, respecto a la formación y certificación del recurso humano que pretenda laborar en el tratamiento de las personas con problemas directos o indirectos asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Favorecer la implementación del proceso en la región Centroamericana y del Caribe, según la experiencia creada en el nivel nacional.

#### **5.4 OBJETIVOS**

- **General**

Realizar el diagnóstico situacional vinculado al recurso humano que labora en el tratamiento de las personas con consumo problemático de sustancias activas en Costa Rica, mediante el cual lograr la información que requiere la implementación del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas, en nuestro país.

- **Específicos:**

1. Establecer el perfil socio-demográfico de interés, vinculado con el recurso humano que labora en el tratamiento de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, en Costa Rica.
2. Identificar el tipo de actividad que realiza el recurso humano que labora en el tratamiento de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, de acuerdo a los diferentes programas que se ejecutan en Costa Rica, tanto en el nivel gubernamental como no gubernamental.
3. Identificar el nivel de formación académica, capacitación recibida y experiencia lograda por el recurso humano que labora en el tratamiento de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, en Costa Rica.
4. Establecer el nivel de percepción que tiene la población en estudio, sobre la importancia de contar con la oportunidad de complementar su formación y certificarse ante el Estado, como medio de mejorar la efectividad de las acciones que desempeña en su quehacer.

5. Obtener la información requerida en la definición de la malla curricular que amerita la implementación del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas, en nuestro país.

La metodología realizada fue una de tipo cuantitativa, aplicando una encuesta personalizada, cuyo instrumento fue completado individualmente por cada una de las personas contactadas, todas formando parte del conglomerado de recurso humano que labora en el tratamiento de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, en Costa Rica, tanto en el nivel gubernamental como no gubernamental.

Como medio de instrumentalizar la recolección de los datos que permitieran alcanzar los objetivos propuestos (Anexo N° 1), se utilizó un cuestionario, implementado específicamente para los intereses de este estudio, el cual se describe en el apartado que trata el tema de recolección de los datos.

#### **5.5- Definición del Método**

El presente estudio se planteó dentro del método de investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, dado que correspondió a la primera exploración sistematizada de los aspectos analizados, a manera de diagnóstico situacional, tomando como referencia a la totalidad de personas previamente enlistadas, tanto de programas de tratamiento en drogas gubernamentales como no gubernamentales del país. Por lo tanto, se trabajó bajo la modalidad tipo censo.

#### **5.6- Población en Estudio**

La población objeto de esta investigación estuvo constituida por todas las personas que laboran en los programas públicos y privados vinculados a la provisión de servicios de tratamiento para las y los individuos con problemas asociados (directos o indirectos) al consumo problemáticos de sustancias psicoactivas.

De manera previa, con la participación de los representantes de los órganos filiales de las ONG, conjuntamente con los miembros de las instituciones públicas de Comisión del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas (COCERTRAD), se elaboró un

mapeo del número de funcionarios por cada una de los diferentes organismos, estimándose en 400 personas el total de dicha población.

### **5.7- Procedimientos de Recolección de la Información**

Los datos fueron recolectados mediante la aplicación dirigida del cuestionario, tipo encuesta, realizado a los y las funcionarios de las OG y ONG vinculadas al tratamiento en drogas del país.

Mediante dicho instrumento, se recogieron los datos sobre:

1. Las características sociodemográficas específicas de interés para el diagnóstico.
2. Las actividades vinculadas con el tratamiento y que ejecutan las personas en los programas de tratamiento.
3. La formación académica base de la población estudiada.
4. La capacitación recibida en el tema del abordaje e intervención de las personas con problemas asociados al consumo problemático de drogas, y sus principales características, respecto a organismos capacitadores y número de horas de capacitación recibida.
5. Necesidades futuras sobre capacitación a recibir, en materia de drogas.
6. La condición de haber sido consumidor de sustancias psicoactivas anteriormente, su tiempo de abstinencia y si aún permanece en tratamiento o no.
7. La percepción sobre la importancia de recibir formación y ser certificado de parte del Estado.
8. Conocimiento y aptitudes para el manejo de tecnología informática e Internet.

Los responsables del estudio enviaron información escrita, así como el instrumento, a las autoridades de las instituciones de interés, explicándoles sobre todos los detalles de la investigación, además de solicitarles su colaboración.

El instrumento constó de preguntas cerradas, con respuestas precodificadas. Solamente dos preguntas fueron de tipo abierto.

El instrumento fue entregado a cada uno de los programas, de manera personal, o bien, vía fax o correo electrónico. Las respuestas fueron recogidas de manera directa por los miembros de COCERTRAD, o traídas personalmente por las personas definidas por los diferentes programas.

Se registraron datos sobre el nombre del programa de tratamiento, el responsable directo, dirección, número telefónico, correo electrónico, con el propósito de elaborar la respectiva base de datos, para el control y seguimiento futuro de los mismos.

La tasa de respuesta fue del 76%, la cual fue considerada como satisfactoria y suficiente para lograr la sistematización de la información, según los intereses del estudio: 304 cuestionarios de 400 personas estimadas; 51 programas de tratamiento de 70 enlistados.

## 5.8- Variables

El estudio estimó 17 variables, todas representando a las áreas de interés, de la siguiente manera:

1. **Actividad que desempeña en el programa de tratamiento:** se refiere a la actividad principal que es desarrollada por cada persona, en el centro de tratamiento al que pertenece. Se trabajó como pregunta abierta, con la intención de establecer las categorías más funcionales, para estudios futuros.
2. **Sexo:** Biológico; masculino y femenino.
3. **Edad:** En años cumplidos; categorizada en los grupos de interés.
4. **Nivel de Escolaridad:** último año aprobado; agrupada según las categorías estándares, utilizadas en el país.
5. **Experiencia en el tratamiento de las personas consumidoras SPA:** se refiere al tiempo que tiene cada persona encuestada de realizar labores de asistencia a personas afectadas por el consumo de drogas, en centros de tratamiento públicos o privados.
6. **Capacitación recibida para la atención de personas consumidoras de SPA:** se refiere a capacitación formal, mediante talleres, seminarios, cursos específicos, posgrados u otros, impartidos por instituciones públicas o privadas de reconocida experticia en el tema, o bien, con acreditación como centros académicos.
7. **Características de la capacitación recibida:** Identifica tres diferentes elementos, actuando como variables complementarias, a saber: tipo de evento, horas de cada capacitación, institución que la impartió.
8. **Necesidad de capacitación futura:** explora las diferentes áreas en las que las personas encuestadas perciben necesidad de complementar la capacitación con la que ya cuentan.
9. **Condición de consumidor recuperado:** indaga a la persona en cuanto a su condición de haber sido una persona afectada por el consumo problemático de SPA.

10. **Tiempo de no consumo:** para las personas que reportan el antecedente de haber sido consumidor de SPA, se establece el tiempo actual de no consumo.
11. **Permanencia en tratamiento:** se investiga si la persona, en su condición de haber sido consumidora de SPA, se mantiene o no en tratamiento activo para tal condición.
12. **Tipo de tratamiento:** explora el tipo de tratamiento al que está sometido la persona, ante la valoración de requerir mantenimiento y control, dada su condición anterior de consumo activo de SPA.
13. **Percepción sobre la necesidad de recibir capacitación formal desde el Estado:** valora el criterio de cada persona encuestada, respecto a la importancia que tiene la eventual futura capacitación formal por parte del Estado, sobre el manejo de las personas con problemas asociados al consumo de SPA, que le permita ser reconocido y certificado, en tal función.
14. **Percepción sobre la existencia de un programa nacional de formación y certificación:** valora el criterio de cada persona encuestada, respecto a la importancia que exista un programa nacional, bajo control del Estado, para la capacitación formal y certificación del recurso humano que pretenda laborar en el tratamiento de las personas con problemas asociados al consumo de SPA.
15. **Acceso a equipo de cómputo:** explora la oportunidad de acceso que tiene cada persona encuestada a equipo de cómputo con conexión a internet.
16. **Conocimiento para el uso de equipos de cómputo:** valora el conocimiento y aptitudes de las personas entrevistadas, en cuanto al manejo de equipos de cómputos y software básico.
17. **Conocimiento para el uso de servicios de internet:** valora el conocimiento y aptitudes de las personas entrevistadas, en cuanto al uso de servicios de internet.

## 5.9- Procesamiento y Análisis de los Datos

Con base en el cuestionario, se construyó la base de datos, usando el programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 15 para Windows.

Una vez concluida la recolección de los datos y realizada la crítica de cada instrumento, se procedió a su digitación, realizándose el control de inconsistencias y errores para asegurar la calidad de la información.

El plan de análisis se basó en los objetivos propuestos. El procesamiento de datos y los cálculos de los estadísticos de interés, según las variables definidas, se hizo con el paquete estadístico SPSS, versión 15 para Windows.

## VI Consideraciones Éticas

La investigación observó los principios fundamentales de la ética: **respeto, justicia y protección de los derechos fundamentales de las personas.**

En ese sentido, por tratarse de un estudio de riesgo mínimo, el consentimiento informado se obtuvo aportando la información clara y fácilmente comprensible, sobre los objetivos de la investigación. Además, para la el llenado del formulario, la persona no debía anotar su nombre, lo que daba un suficiente nivel de confidencialidad.

Por el tipo de estudio, no se previeron riesgos, lo que fue comunicado a los participantes, y también se les comunicó sobre los beneficios que conllevaba el estudio, solicitándoseles su participación voluntaria. El que así lo considerara, podía negarse a participar, o bien, a retirarse de la encuesta cuando así lo estimara.

## VII Diagnóstico

### Análisis de la Información

El análisis de la información, permitió establecer lo siguiente:

El 63% de las personas que respondieron la encuesta eran del sexo masculino. En cuanto a la edad, puesto que es un estudio que involucró a población con actividad laboral, toda fue mayor de edad, con un rango entre los 19 años a los 78 años; la distribución según los principales grupos de análisis, se ofrecen en el cuadro N° 1.

El 67% eran personas que se ubicaron en edades entre los 20 años y 44 años; el 31% entre los 45 años y 59 años

**Cuadro N° 1**

**Distribución de la edad cumplida en años de la población estudiada, según los grupos de interés para el análisis. Costa Rica, 2009.**

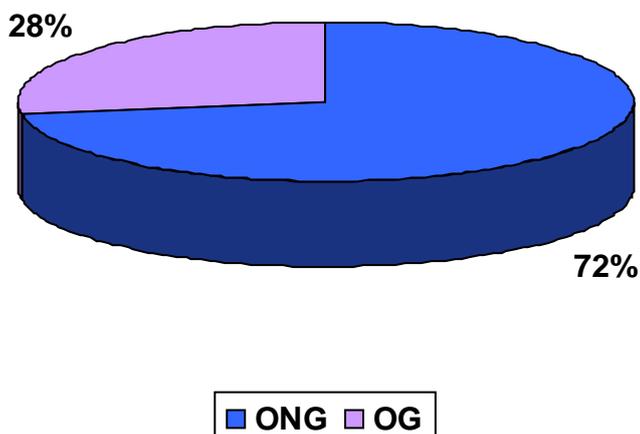
Grupo de edad	Frecuencia simple	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 20 años	1	0,3%	0,3%
20 a menos de 25 años	10	3,3%	3,6%
25 a menos de 30 años	58	19,1%	22,7%

30 a menos de 34 años	37	12,2%	34,9%
35 a menos de 39 años	27	8,9%	43,8%
40 a menos de 44 años	37	12,2%	55,9%
45 a menos de 49 años	35	11,5%	67,4%
50 a menos de 54 años	31	10,2%	77,6%
55 a menos de 59 años	30	9,9%	87,5%
60 a menos de 64 años	16	5,3%	92,8%
65 a menos de 69 años	10	3,3%	96,1%
70 y más años	9	3,0%	99,0%
Sin información	3	1,0%	100,0
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,0%</b>	

.Llama la atención la incorporación de personas de la tercera edad en programas de atención a las personas consumidoras de SPA, todas en ONG, representando al 11.6% del recurso humano que labora en dichas actividades. Esto puede estar indicando que, para algunos consumidores recuperados, el asumir este tipo de funciones, es una forma de buscar una utilización efectiva del tiempo ocioso, además de favorecer sus procesos de recuperación y aportar su amplia experiencia de vida a los consumidores de SPA, que se encuentran en procesos de recuperación.

Respecto al aporte del recurso humano, según el tipo de centro al que pertenecen las personas encuestadas (OG u ONG), prácticamente, tres cuartas partes, están distribuidas en las ONG. El gráfico N° 1 ofrece el detalle de la información:

**Gráfico N° 1**  
**Distribución porcentual del recurso humano que labora en los programas de tratamiento, según el tipo de centro. Costa Rica 2009**



En cuanto a la ubicación geográfica del recurso humano, según el cantón donde se encuentran los diferentes programas de tratamiento, una cuarta parte de ellos están ubicados en el cantón de San José Central, 12.5% en Desamparados, 8.6% en Alajuela, 8.2% en Goicoechea, 5.3% en Cartago Central, 4.6% en Limón Central, 4% en Escazú, 4% en Turrialba, 3.6% en Vásquez de Coronado, 3% en La Unión, 3% en San Rafael de Heredia, 2% en Montes de Oca, y con un porcentaje similar, para cada cantón, en Heredia Central, Barva de Heredia, Puntarenas Central, San Ramón de Alajuela, San Carlos de Alajuela, Coto Brus y Moravia. El resto del recurso humano (2.2%), se encuentra distribuido entre algunos cantones de las provincias de Guanacaste, Puntarenas, Heredia y Limón.

En cuanto al tipo de actividad que desempeña el recurso humano, dentro de los programas que ofrecen tratamiento a personas con consumo problemático de SPA, en el cuadro N° 2 se ofrece la información.

Con base en la información del cuadro N° 2, es importante resaltar que el 38.5% de las actividades que se desarrolla en o para los programas de tratamiento de drogas del país, se enmarcan dentro del campo técnico-profesional (Médico, Psicólogo, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional, Docencia Universitaria, Consejería).

**Cuadro N° 2**

**Distribución de la población estudiada, según los principales tipos de actividad que desempeñan en los programas de tratamiento a los que pertenecen. Costa Rica 2009**

Tipo de actividad que desempeña	Frecuencia	Porcentaje
Charlista <sup>1</sup>	114	37,5%
Psicólogo (a)	40	13,2%
Director (a) de Distrito o Administrativo	31	10,2%
Consejería <sup>2</sup>	29	9,5%
Médico (a)	21	6,9%
Enfermero (a)	21	6,9%
Trabajador (a) Social	18	5,9%
Docente Universitario	6	2,0%
Acompañante	4	1,3%
Terapia Ocupacional	3	1,0%
Otra	16	5,3%

Sin información	1	0,3%
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>100,0%</b>

1 **Charlista** es un término con el que se define a la actividad desarrollada por funcionarios de organismos no gubernamentales, vinculados más con los Hogares Salvando al Alcohólico, mediante la cual apoyan a los procesos de recuperación, ejecutando sesiones educativas y testimoniales sobre los Doce Pasos, dentro del contexto de los grupos de autoayuda, casi siempre, personas consumidoras recuperadas.

2 Se incluyen sólo a aquellas personas que han tenido una formación sobre Consejería, sea en el nivel internacional (11 de ellos, diplomados como tales) o nacional (Consejería I y II).

En el cuadro Nº 3 se muestra la información que se obtuvo cuando se valoró el tipo de actividad realizada por la población en estudio, según tipo de centro de tratamiento.

**Cuadro Nº 3**

**Distribución de la población estudiada, según los principales tipos de actividad que desempeñan en los programas de tratamiento a los que pertenecen. Costa Rica 2009**

Tipo de actividad laboral	Tipo de Programa		
	ONG	OG	Total
Médico (a)	5 2,3%	16 19,0%	21 6,9%
Psicólogo (a)	22 10,0%	18 21,4%	40 13,2%
Trabajador (a) Social	5 2,3%	13 15,5%	18 5,9%
Enfermero (a)	5 2,3%	16 19,0%	21 6,9%
Consejería	29 13,2%	0 0%	29 9,5%
Terapia Ocupacional	0 0%	3 3,6%	3 1,0%
Charlista	114 51,8%	0 0%	114 37,5%
Docente Universitario	0 0%	6 7,1%	6 2,0%
Director de Distrito o Administrativo <sup>1</sup>	28 12,7%	3 3,6%	31 10,2%
Acompañante	4 1,8%	0 0%	4 1,3%
Otra <sup>2</sup>	7 3,2%	9 10,7%	16 5,3%
Sin información	1 0,5%	0 0%	1 0,3%
<b>Total</b>	<b>220 100%</b>	<b>84 100%</b>	<b>304 100%</b>

**1 En OG:** todos tienen grado universitario. **En ONG:** No todos tienen grado universitario; algunos empíricos. Por tal motivo, para los intereses del estudio, arbitrariamente se estimó al 50% como recurso humano técnico-profesional.

**2 En OG:** sociólogo; profesor de educación física; antropólogo; orientador; técnico en salud. **En ONG:** cocinero; guía espiritual; líder; asistente administrativo.

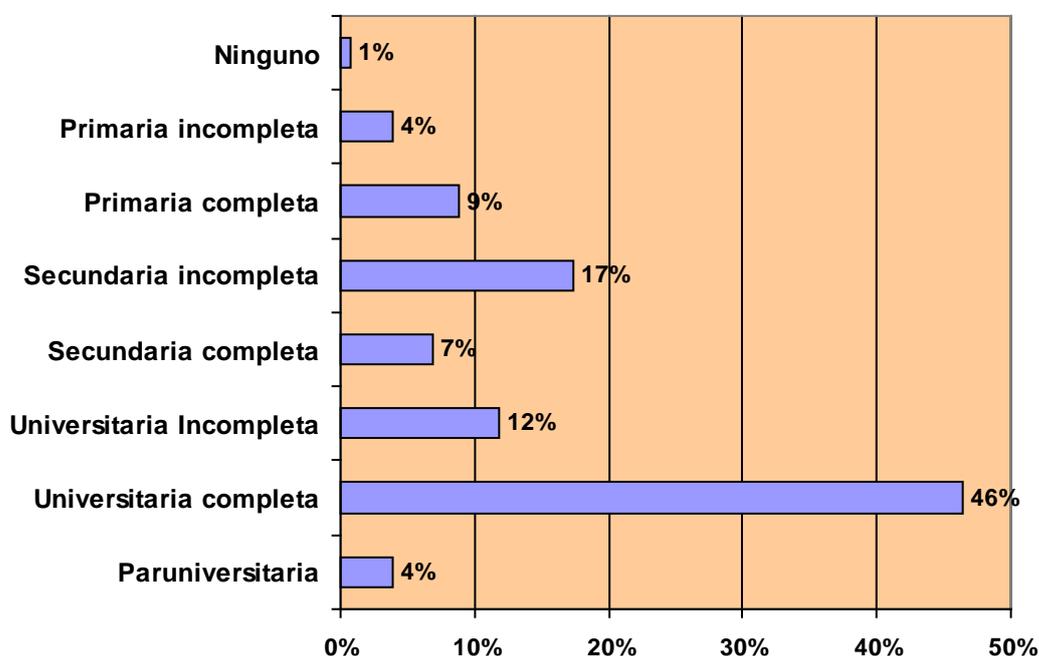
Dicha información indica que, en las OG, el 100% de las personas que realizan labores vinculadas con el tratamiento, poseen una formación técnico-profesional. En las ONG, ese porcentaje es del 36%, la mayoría contratados mediante convenios con el IAFA, según los términos de la Ley 7972, casi siempre por períodos cortos; dentro de ese contraste, debe resaltarse que, hasta el momento, las actividades de “charlista” y “consejería” son propias de las ONG, y que la mayor parte del trabajo realizado por el personal de estos programas es de tipo voluntario (“voluntariado”).

Respecto a las ONG, la información es relevante, puesto que indica que más de la tercera parte de las personas vinculadas con los programas que ofrecen tratamiento en dichos organismos, tienen grado técnico-profesional, ubicados, al menos, uno en la mayoría de las organizaciones, lo cual viene a desmitificar la tendencia del pensamiento empírico generalizado sobre el funcionamiento de dichos programas, en el país.

Al analizar la cantidad y perfil de profesionales en ambos tipos de organizaciones, se puede deducir que la forma en cómo está conformado el recurso humano de las mismas, incide en la orientación terapéutica presente en los diferentes programas. Por ejemplo, en las OG, se percibe un enfoque más hacia el abordaje biopsicosocial; en las ONG, una actividad más dirigida a la intervención de lo socioeducativo y la autoayuda.

En cuanto al nivel educativo de las personas estudiadas, el gráfico N° 2 ofrece la distribución de los encuestados, según los grupos educativos básicos del país.

**Gráfico N° 2**  
**Distribución porcentual de la población estudiada, según los**  
**niveles educativos básicos del país. Costa Rica 2009**



La información del gráfico N° 2 indica que, en promedio, el nivel educativo de la población estudiada es de medio a superior: dos de cada tres personas (69%) tienen secundaria completa o algún tipo de educación superior.

Los resultados del análisis comparativo entre programas públicos y privados se muestra en el cuadro N° 4. Se establece que todas las personas que tienen un nivel educativo de primaria o secundaria, sea completa o incompleta, pertenecen a las ONG.

**Cuadro N° 4**  
**Distribución de la población estudiada, según los**  
**niveles educativos básicos del país y tipo de programa. Costa Rica 2009**

Nivel educativo	Tipo de programa		
	ONG	OG	Total
Ninguno	2	0	2
	0,9%	0%	0,7%
Primaria incompleta	12	0	12
	5,5%	0%	3,9%

Primaria completa	27 12,3%	0 0%	27 8,9%
Secundaria incompleta	53 24,1%	0 0%	53 17,4%
Secundaria completa	21 10,3%	0 0%	29 6,9%
Universitaria incompleta	30 13,6%	6 7,1%	36 11,8%
Universitaria completa	65 29,5%	76 90,5%	141 46,4%
Parauniversitaria	11 5%	1 1,2%	12 3,9%
Total	220 100%	84 100%	304 100%

Si bien es cierto el mayor contraste observado entre OG y ONG está en el nivel de educación superior completo, entre otros factores, condicionado por los perfiles laborales que exige la Dirección General del Servicio Civil a los profesionales del Estado, la proporción de individuos que poseen educación superior presentes en las ONG también es importante, puesto que representa el 48.1% del total de las personas que laboran en tratamiento, en dichos centros.

Por otra parte, el detalle de la situación, en cuanto a los niveles educativos incompletos, se muestra en el cuadro N° 5.

**Cuadro N° 5**

**Distribución de la población estudiada, según el último año cursado, en el caso de que no completaran los niveles educativos. Costa Rica 2009**

Último año cursado	Frecuencia absoluta	Porcentaje de cada categoría	Porcentaje de población total
Tercero año	1	0,8%	0,3%
Cuarto año	1	0,8%	0,3%
Quinto año	2	1,5%	0,7%

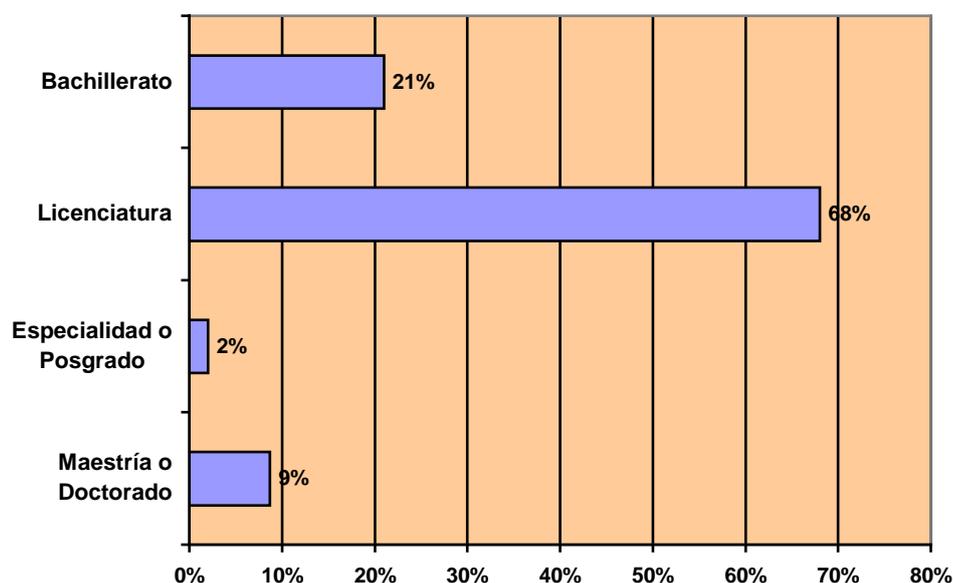
Sexto año	28	21,2%	9,2%
Séptimo año	10	7,6%	3,3%
Octavo año	17	12,9%	5,6%
Noveno año	10	7,6%	3,3%
Décimo año	5	3,8%	1,6%
Undécimo año	18	13,6%	5,9%
Duodécimo año	1	0,8%	0,3%
Universitaria incompleta	13	9,8%	4,3%
Parauniversitaria incompleta	1	0,8%	0,3%
Sin información	25	18,9%	8,2%
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>43,3%</b>

Con base en la información del cuadro N° 5, al considerar la proporción de personas que superaron el noveno año de secundaria, se infiere que el porcentaje de personas que cuentan con un nivel educativo medio a superior, a partir del ciclo de educación diversificada, completo o no, es del 81%, conclusión que resulta de sumar los respectivos porcentajes a la proporción de personas que sí completaron su educación secundaria, universitaria o parauniversitaria, anotadas en el gráfico N° 2.

En ese mismo sentido, para complementar el análisis del perfil educativo de la población en estudio, en el gráfico N° 3 se ofrecen los resultados obtenidos del análisis del grado académico universitario de aquellas personas que lograron completar su educación superior.

**Gráfico N° 3**

**Distribución porcentual de la población estudiada que logró educación superior, según grado académico obtenido. Costa Rica 2009**



Por lo consiguiente, sin duda alguna, la información relacionada con el nivel académico de la población en estudio, contrasta importantemente, respecto al criterio empírico que prevalece en el país, puesto que se da más crédito a que el nivel educativo de las personas que se encuentran al frente de las actividades de asistencia y abordaje del consumo problemático de SPA es inferior al establecido con este estudio. Este hallazgo tiene mayor significado, cuando se trata de ONG.

De forma agregada, para los intereses del Programa de Capacitación y Certificación del Recurso Humano en el Tratamiento de Personas con Problemas Asociados al Consumo de Drogas en Costa Rica, lo establecido sobre el nivel educativo, junto a los resultados obtenidos en el análisis del tipo de actividad que desempeñan las personas estudiadas, son datos fundamentales, porque indican que la mayoría de la población meta tiene cualidades educativas para participar de un proceso formativo y de capacitación, sea éste presencial o no.

En relación con el tiempo de experiencia en el tratamiento de personas que presentan problemas asociados al consumo problemático de drogas, reportada por el recurso humano vinculado a los respectivos programas públicos o privados, el cuadro N° 6 muestra la información.

Cuadro Nº 6

Distribución de la población estudiada, según su tiempo de experiencia en el tratamiento de la personas con problemas asociados al consumo de SPA y tipo de Centro. Costa Rica 2009

Experiencia en tratamiento	Tipo de Centro		
	ONG	OG	Total
Menos de 2 años	37	47	84
	16,9%	60,3%	28,3%
De 2 a menos de 5 años	59	15	74
	26,9%	19,2%	24,9%
De 5 a menos de 7 años	34	6	40
	15,5%	7,7%	13,5%
De 7 a menos de 10 años	30	3	33
	13,7%	3,8%	11,1%
De 10 a menos de 13 años	15	1	16
	6,8%	1,3%	5,4%
De 13 a menos de 16 años	19	1	20
	8,7%	1,3%	6,7%
De 16 a menos de 19 años	7	0	7
	3,2%	0%	2,4%
De 19 a menos de 22 años	4	2	6
	1,8%	2,6%	2,0%
De 22 a menos de 25 años	2	1	3
	0,9%	1,3%	1,0%
De 25 a menos de 30 años	6	2	8
	2,7%	2,6%	2,7%
30 y más años	4	0	4
	1,8%	0%	1,3%
Sin información	2	0	2
	0,9%	0%	0,7%
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>78</b>	<b>297</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Sobresale el hecho de que, en términos generales, una (1) de cada dos (2) personas tiene cuatro o menos años de experiencia en las labores de tratamiento en drogas; la tercera parte, 2 o menos años.

De igual manera, la mayor proporción de las personas que tienen dos (2) o menos años de experiencia, pertenecen a los programas públicos. Esta situación podría deberse a que el personal del Centro de Menores y de los Centros de Atención Integral al Drogodependiente, ambas unidades operativas del IAFA, fue contratado recientemente, no más de dos años.

De esa manera, sólo una quinta parte del personal de los programas públicos cuentan con cinco (5) o más años de experiencia en el tratamiento de las personas consumidoras, de ellos, el 8% tiene quince (15) o más años de experiencia, con un máximo de treinta (30) años.

En cuanto a los programas privados (ONG), la distribución de las personas, según las otras categorías de análisis para el tiempo de experiencia en tratamiento de drogas, muestra un comportamiento más homogéneo: una tercera parte tiene de cinco (5) a diez (10) años de experiencia; la cuarta parte de once (11) a veinte (20) años; el 7% más de veinte (20) años, con un máximo de treinta y cinco (35) años.

El contraste que se menciona, puede deberse a que en las ONG se han basado mucho en la experiencia de personas recuperadas del consumo, participando como charlistas en el contexto de los grupos de autoayuda, con la metodología de los Doce Pasos, lo que permite un tiempo prolongado de participación en la recuperación de las consumidores activos.

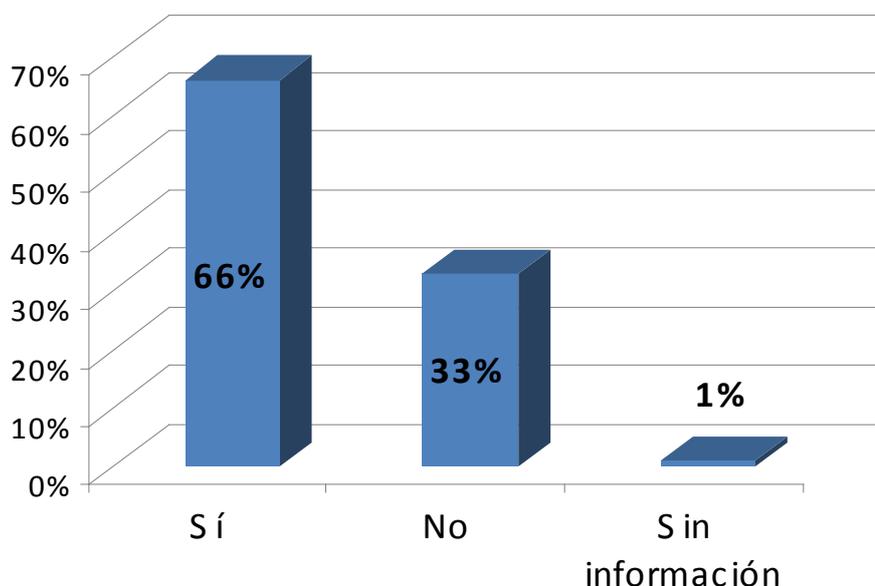
De esta información surge otro hallazgo fundamental para los intereses del programa que se pretende implementar.

Los años de experiencia reportados por la población estudiada parecieran indicar que la necesidad de fortalecer sus conocimientos teórico-prácticos en tratamiento de drogas es importante, así como la de ofrecer herramientas y estrategias de trabajo estandarizados y homologados, según los niveles de competencia de cada una de las personas, con base en la evidencia, estándares de calidad y buenas prácticas asistenciales. Otra razón de fundamento para la intención a desarrollar desde el Estado, en compañía del sector privado.

El análisis correspondiente al tipo de capacitación recibida y de la percepción sobre la necesidad de fortalecer y ampliar esa capacitación, se presenta a continuación.

**Gráfico N° 4**

**Distribución porcentual de la población estudiada, según haya recibido o no algún tipo de capacitación en el tema del tratamiento en drogas. Costa Rica 2009**



La información del gráfico N° 4 muestra que dos terceras partes de las personas encuestadas (201 personas) han recibido algún tipo de capacitación relacionada con la enfermedad adictiva, el manejo de personas afectadas por situaciones agudas asociadas al consumo de drogas, redes de apoyo, consejería en drogas, programa de los doce pasos, programas universitarios de posgrado en farmacodependencia, entre otros asociados.

Por su parte, el cuadro N° 7, presenta el detalle de las horas de capacitación recibida por las personas encuestadas.

Se han impartido 41.821 horas de capacitación en 477 diferentes cursos, impartidos tanto por organismos públicos como privados, aproximadamente, desde los años 1980, lo cual es un gran esfuerzo, desde ambos sectores, para fortalecer la plataforma técnica en la cual se sustenta el tratamiento de la problemática asociada al consumo de SPA en Costa Rica.

En promedio, cada persona ha recibido un total de 90.61 horas de capacitación, con una moda de 24 horas y una mediana de igual número de horas.

**Cuadro N° 7**

**Perfil estadístico de las horas de capacitación recibidas por la población encuestada en el tema del tratamiento en drogas. Costa Rica 2009**

<b>TIPO DE ESTADÍSTICO</b>	<b>VALOR DEL ESTADÍSTICO</b>
<b>Total de horas de capacitación recibidas</b>	<b>41.821 horas</b>
<b>Rango de horas de capacitación</b>	<b>De 2 a 2.500 horas</b>
<b>Promedio de horas recibida por persona</b>	<b>90.61 horas</b>
<b>Moda</b>	<b>24 horas</b>
<b>Mediana</b>	<b>24 horas</b>
<b>Desviación estándar</b>	<b>251.54 horas</b>
<b>Total de reportes (diferentes cursos recibidos)</b>	<b>477</b>
<b>Total de población que reportó capacitación</b>	<b>201</b>

De la capacitación, además, se evaluó cuáles instituciones impartieron los cursos y las principales áreas sobre las cuales se han capacitado, información que se presenta en los cuadros N° 8, N° 9a y N° 9b.

Respecto a las instituciones capacitadoras, en el nivel nacional, el IAFA ha impartido el 26% de los cursos reportados; luego, en orden de importancia: ACERPA, 9%; Asociación de Comunidades Terapéuticas de Costa Rica, 8%; UCR, 8%; CCSS, 5%; ICD, 4%, Ministerio de Salud, 2%; UCIMED, 2%.

En el nivel internacional, la Universidad de Virginia (USA), 3%; FLACT ha impartido el 2%; el IC & CR, 1%; CICAD/OEA, 1%; New Jersey Department of Health, 1%.

Junto a las instituciones mencionadas, hay otra gama de organizaciones públicas y privadas que han colaborado en la capacitación del recurso humano que está vinculado con el tratamiento en drogas.

Del cuadro N° 8 se concluye, además, que el esfuerzo de lograr una mayor efectividad en los programas de tratamiento, mediante el fortalecimiento académico de su recurso humano, es un propósito que ha surgido tanto desde el interés gubernamental como del no gubernamental. De esa forma, en promedio, el 50% de los esfuerzos radican en cada uno de esos sectores de la sociedad civil.

Cuadro N° 8

Instituciones que impartieron la capacitación reportada por la población encuestada en el tema del tratamiento en drogas, según cantidad de cursos. Costa Rica 2009

INSTITUCIONES CAPACITADORAS	CURSOS IMPARTIDOS POR INSTITUCIÓN	
	Frecuencia simple	Porcentaje
IAFA	123	26 %
ACERPA	45	9 %
ASOCIACIÓN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	39	8 %
UCR	29	6 %
CCSS	23	5 %
ICD	18	4 %
UNIVERSIDAD DE VIRGINIA U.S.A	12	3 %
MINISTERIO DE SALUD	10	2 %
FLACT	10	2 %
HOGARES CREA	10	2 %
UCIMED	10	2 %
GRUPOS AA Y NA	9	2 %
INA	8	1.5 %
PANI	7	1.5 %
IC & RC	6	1 %
NEW JERSEY DEPARTMENT OF HEALTH	6	1 %
CICAD/OEA	6	1 %
ULATINA	5	1 %
FUNDES	5	1 %
OTRAS UNIVERSIDADES NACIONALES	33	7 %
OTRAS UNIVERSIDADES O INSTITUCIONES INTERNACIONALES	25	5.5 %
OTRAS INSITUCIOINES NO GUBERNAMENTALES	26	5.5 %
OTRAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES	12	3 %
TOTAL DE EVENTOS	477	100 %

**Cuadro Nº 9a**  
**Tipo de capacitación recibida por la población encuestada**  
**en el tema del tratamiento en drogas. Costa Rica 2009**

(n = 201)

<b>Tipo de Capacitación Recibida</b>	<b>Frecuencia simple</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedad Adictiva	80	40 %
Implementación de acciones para drogadictos	41	20 %
Intervención en adolescentes	31	15 %
Consejería I y II	23	11 %
Uso y abuso de drogas	21	10 %
Taller sobre abordaje del consumidor de drogas en ONG	17	8 %
Taller sobre sexualidad	16	8 %
Curso sobre Farmacodependencia	12	6 %
Tabaquismo	14	7 %
Consejería en Drogas Certificado IC & RC	11	6 %
Abordaje del consumo de alcohol	10	5 %
Manejo de Comunidades Terapéuticas	10	5 %

**Cuadro N° 9b**  
**Tipo de capacitación recibida por la población encuestada**  
**en el tema del tratamiento en drogas. Costa Rica 2009**

<b>Tipo de Capacitación Recibida</b>	<b>Frecuencia simple</b>	<b>Porcentaje</b>
Elementos básicos de las adicciones	10	5 %
Intervención en VIH – SIDA – Consumo de Drogas	11	6 %
Curso sobre adicciones on line	9	5 %
Curso sobre consumo de drogas	11	5 %
Curso sobre alcoholismo	8	4 %
Curso sobre Logoterapia	8	4 %
Autoestima	8	4 %
Modelo de los 12 pasos	7	4 %
Manejo de la familia del consumidor de drogas	6	3 %
Técnicas de Intervención en Adictos	4	2 %
Otros (más de 20 diferentes opciones)	72	36 %

En relación con los cursos específicos que ha recibido la población estudiada, el Cuadro N° 9 (a y b) muestra el detalle. Resumiendo, se concluye que el 63% de las personas se ha capacitado sobre el tema de la enfermedad adictiva o farmacodependencia; 60% sobre la implementación de acciones de intervención y abordaje para personas con problemas asociados al consumo de SPA; 17% en consejería, sea ésta diplomada internacionalmente o la que se ofrece en el nivel nacional; 15% para intervenir en población adolescente; 10% sobre el uso y abuso de SPA; 5% en manejo de comunidades terapéuticas.

Hubo un porcentaje importante de personas (36%) que ha recibido capacitación en temas complementarios al tratamiento en drogas, es decir, que sirve de apoyo, pero que no es específico o fundamental para la atención de personas. Ellos mencionaron aproximadamente 20 diferentes temas, de los cuales participaron una a dos personas en total, por curso, como lo son: VIH-SIDA; administración; trabajo interdisciplinario; primeros auxilios; evaluación de impacto; evaluación cualitativa; apoyo para personas sin medio de contención inmediata; teorías psicológicas; manejo de personas suicidas; metodología de investigación; informática; cómputo; técnicas de sujeción; delincuencia juvenil, entre los más importantes.

Por otra parte, al evaluar la percepción que tiene la población estudiada, respecto a las áreas prioritarias en las que exhortan fortalecerse (mencionadas por 217 personas que valoraron esa necesidad), mediante la capacitación, el cuadro N° 10 ofrece la información.

**Cuadro N° 10**

**Valoración de áreas prioritarias para capacitación reportada por la población encuestada en el tema del tratamiento en drogas. Costa Rica 2009**

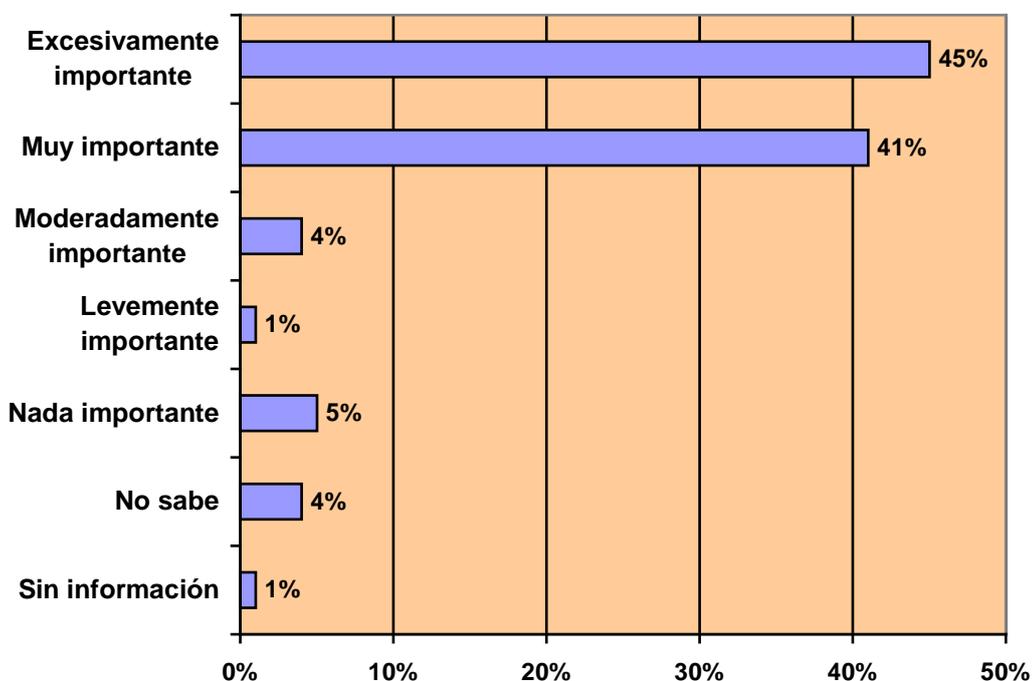
<b>Valoración de Áreas Prioritarias de Capacitación</b>	<b>Frecuencia simple</b>	<b>Porcentaje</b>
Tratamiento de las personas consumidoras de SPA	87	40 %
Enfermedad Adictiva	57	26 %
Consejería	20	9 %
Trastorno dual	19	9 %
Intervención en adolescentes	16	7 %
Gerencia y autogestión	9	4 %
Doce pasos	4	2 %
Investigación cuantitativa y cualitativa	3	2 %
Normativa legal	2	1 %
<b>Total de áreas mencionadas como prioridad</b>	<b>217</b>	

Dado que el tema principal del estudio fue el del tratamiento en drogas, resulta congruente y consistente que la mayoría de las personas encuestadas hayan valorado como área principal para reforzar su condición actual de conocimiento al “tratamiento de las personas consumidoras de SPA” (40%); la “enfermedad adictiva” (26%), la “consejería en adicciones” (9%), el “trastorno dual” (9%) y la “intervención en adolescentes” (7%), en orden de importancia.

Vinculado al tema de la formación académica, al valorar el criterio de la población estudiada sobre la importancia de recibir capacitación formal de parte del Estado, sobre el manejo de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, la cual, inclusive, sea parte de un proceso que le pueda certificar en la adquisición de ese conocimiento y que ésta le sirva de herramienta para lograr una remuneración más justa por el trabajo realizado (gráfico N° 5), el 86% consideran que esa opción es de muy importante a excesivamente importante (260 personas de las 304 encuestadas). Sólo el 5% opinó que era nada importante.

**Gráfico N° 5**

**Distribución porcentual de la población estudiada, según su criterio de recibir algún tipo de capacitación en el tema del tratamiento en drogas, de parte del Estado. Costa Rica 2009**



Llamó la atención que el 4% no tuviera claridad sobre que importancia o beneficio le puede traer el fortalecer su condición teórico-práctica para un ejercicio más efectivo de las actividades que ejecuta dentro del tratamiento de las personas con problemática asociada

al consumo de drogas. En todo caso, es una pequeña proporción y con un proceso de información y motivación se podría lograr obtener una definición de esas personas, para que valoren y opten por los beneficios que podría procurarles mejorar su capacitación en el campo objeto del programa que se pretende implementar.

El análisis del criterio de recibir capacitación de parte del Estado, según el tipo de centro, en el cuadro N° 11 se presenta los resultados obtenidos.

**Cuadro N° 11**

**Distribución porcentual de la población estudiada, según su criterio de recibir algún tipo de capacitación en el tema del tratamiento en drogas, de parte del Estado, por tipo de centro. Costa Rica 2009**

Criterio sobre necesidad de recibir capacitación por parte del Estado	Tipo de Centro		
	ONG	OG	Total
Nada importante	14 6,4 %	0 ---	14 4,6 %
Levemente importante	2 0,9 %	0 ---	2 0,7 %
Modernamente importante	12 5,5 %	1 1,2 %	13 4,3 %
Muy importante	89 40,5 %	35 41,7 %	124 40,8 %
Excesivamente importante	89 40,5 %	47 56,0 %	136 44,7 %
No sabe	11 5,0 %	0 ---	11 3,6 %
Sin información	3 1,4 %	1 1,2 %	4 1,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>220</b> <b>100 %</b>	<b>84</b> <b>100 %</b>	<b>304</b> <b>100 %</b>

La información muestra que en el caso de las OG, el 98% del criterio emitido por la población estudiada se concentra en las categorías de “Muy importante” a “Excesivamente importante”.

En cuanto a las ONG, la distribución del criterio emitido por la población estudiada es más heterogénea. Si bien es cierto el 81% de dicha población tienen un criterio similar al emitido por la de las OG, el 6% de las personas de ONG opinó que esa necesidad es “Nada importante”, el 1% que es “Levemente importante”, y el 5.5%, “Moderadamente importante”. La proporción de “Sin información” fue igual a la de OG.

No se exploró la causa que motivó el criterio sobre la capacitación como de “nada importante”, pero se plantea la hipótesis de que esté influenciado por un aspecto de filosofía y doctrina de algunos programas que se basan más en el trabajo de grupos de autoayuda, tipo Alcohólicos Anónimos y similares. Además, puede también estar influenciado por el factor edad: el 71% de las personas que opinaron de esa manera se encuentra sobre los 45 años de edad; de ellos, una tercera parte, entre los 50 y 59 años de edad, y otra tercera parte, entre los 60 y 69 años de edad.

La hipótesis se plantea sobre la base de que a mayor edad hay un apego más fuerte hacia la doctrina del grupo de autoayuda, por sí sola, que en complemento de ella respecto a otros modelos de tratamiento que amerita el abordaje de las personas consumidoras de SPA. Además, esta situación puede estar influenciada por una entendible resistencia al cambio y la sensación de seguridad que ofrece el mantenerse en los esquemas ya aprendidos, a parte de la desinformación que aún puede estar presente en muchas de esas personas, respecto a lo que pretende el Programa, dado que el instrumento no ofrecía el detalle de lo que se intenta implementar.

También, hay otro elemento interesante a considerar. Las personas que adolecen de consumo problemático de alcohol, en su proceso de recuperación, retardan su tarea de reconstruir su vida, incluidas las áreas económica y laboral, lo que define que se retiren tardíamente de sus trabajos. Por tanto, los charlistas, en su mayoría personas de edad madura y avanzada, son formados en los grupos de autoayuda, trabajan, pero no dependen de una jornada rígida o de patrón, lo que les permite establecer el voluntariado en los diversos programas en espacios cortos, debidamente programados.

En consecuencia, este último asunto interactúa y refuerza lo comentado con anterioridad, en cuanto a que la edad es un factor influyente que define la percepción sobre la importancia de recibir capacitación de parte del Estado.

Un tercer elemento que se debe explorar, junto a los anteriores, podría ser la percepción que tienen algunas personas, respecto al Estado, específicamente al poco apoyo que

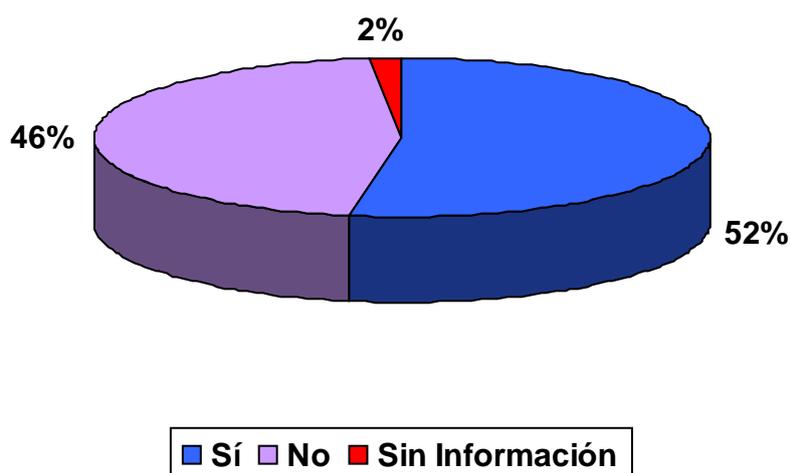
consideran se les ha dado o las dificultades que en ocasiones han surgido para su estabilidad y funcionamiento, ya sea por asignación limitada de recursos o aspectos normativos. Esta situación, igualmente a los anotados con anterioridad, puede estar más interiorizada en personas de mayor edad, dado su mayor recorrido en la oferta de servicios que han generado desde sus programas. Podría interpretarse como resentimiento y resistencia hacia el Estado.

Este asunto se fundamentará con mayor objetividad, cuando se analice el criterio sobre la necesidad de contar con un programa nacional como el que se está implementando en el país, mediante el trabajo de COCERTRAD.

Cuando se analizó la condición de la población estudiada, respecto a si son personas recuperadas o no de un consumo problemático de SPA, una de cada dos personas (52%) refirió que sí lo eran. El gráfico N° 6 muestra el detalle.

Al analizar la distribución porcentual de las personas recuperadas, según el tipo de centro en las que ejecutan sus actividades, en las OG, representa un 2% del total; por su parte, esas personas representan el 72% de las que están realizando actividades de tratamiento en las ONG.

**Gráfico N° 6**  
**Distribución porcentual del recurso humano que labora en los programas de tratamiento,**  
**según su condición de ser una personas recuperada de un consumo problemático de SPA.**  
**Costa Rica 2009**



Relacionado con este punto, al explorar si las personas recuperadas se encuentran aún en tratamiento o no, el 69% refirió que sí continuaban en tratamiento. El cuadro N° 12 ofrece el tipo de tratamiento en el cual se encuentran las personas recuperadas.

De la información anterior, mostrada en el cuadro N° 12, resalta lo siguiente:

1- La mayoría de las personas logran el mantenimiento de su condición de recuperado del consumo de SPA, mediante la participación en grupos de autoayuda, tipo Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y similares, los cuales funcionan con base en el modelo de los Doce Pasos.

2- El 5% refirió un tratamiento de tipo residencial, lo cual puede indicar que, en realidad, esas personas aún no han completado un programa de recuperación, sino que están en proceso de lograrlo. Esto orienta a la necesidad de tener que valorar con mayor detenimiento los criterios que incluya el programa que se implementa en el país, respecto a qué elementos se consideraran para poder considerar que una persona está recuperada de un consumo de SPA y, de esta manera, ser tributaria de la formación, capacitación y certificación que se incluye en el respectivo programa nacional.

3- El 7% que reportó la categoría de “Otro”, en cuanto al tipo de tratamiento que consideran recibir, se refiere a las actividades terapéuticas que dichas personas implementan en el programa al que pertenecen, lo cual lo valoran como un medio de reforzar el mantenimiento de su recuperación. Este dato fue mayormente reportado por funcionarios de los programas a cargo de Hogares CREA.

**Cuadro N° 12**

**Tipo de tratamiento reportado por población estudiada que posee condición de ser personas recuperadas de un consumo problemático de SPA. Costa Rica 2009**

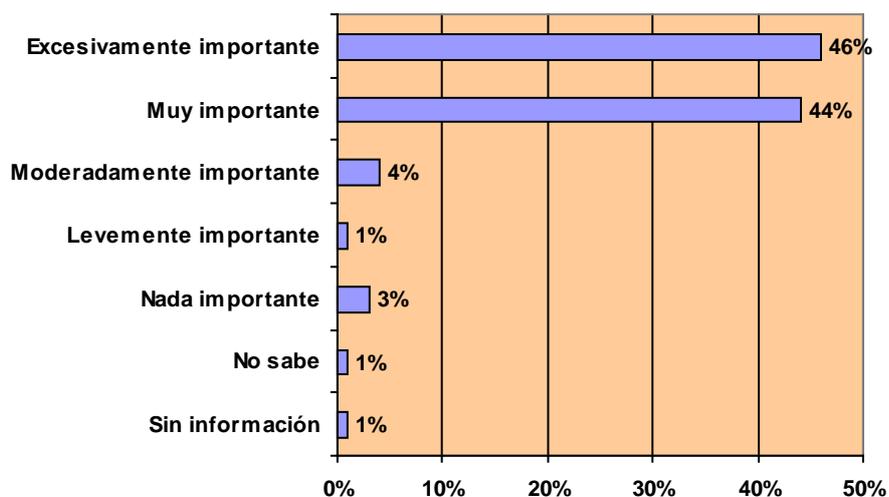
<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ambulatorio	7	6 %
Residencial	6	5 %
Grupo autoayuda	92	73 %
Otro	9	7 %
Sin información	12	9 %
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100 %</b>

En relación con la importancia valorada por la población estudiada, respecto a la existencia de un programa nacional mediante el cual se le acredite como un recurso humano capacitado y autorizado para laborar en programas dedicados a la atención de personas con problemas derivados del consumo de SPA, el gráfico N° 7 muestra los resultados obtenidos.

El estudio también indagó sobre el acceso que tiene la población estudiada a Internet, ante la opción de que el programa de formación y certificación nacional cuente con una metodología a distancia, además de la presencial. Para tal fin, se puso como alternativas básicas el acceso desde el hogar, desde el trabajo, mediante algún amigo, algún familiar, café-internet, y las diferentes combinaciones posibles de esas opciones básicas.

**Gráfico N° 7**

**Distribución porcentual de la población estudiada, según su criterio, respecto a la importancia de que exista un programa, de parte del Estado, que le certifique como recurso humano capacitado y autorizado para laborar en programas de tratamiento en drogas. Costa Rica 2009**

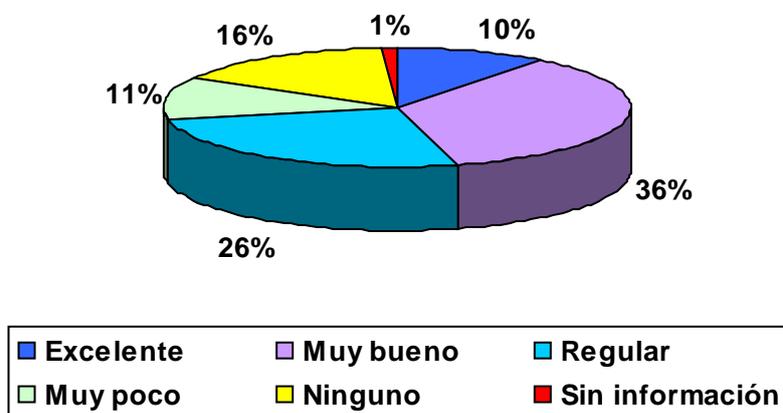


El resultado indicó que el 85% de las personas encuestadas tienen acceso a Internet. Dentro de las formas de acceso que mayor opción ofrecen están: el hogar, 24%; en el trabajo, 15%; en la casa y en el trabajo, 11%; café-internet, 7%; con amigos y familiares, 5%; todas las opciones básicas, 13%. La población estudiada restante (9%) se distribuye en las alternativas combinadas que permiten las opciones básicas. Sólo el 1% no brindó información (3 personas de las 304 encuestadas).

Finalmente, respecto al conocimiento en el manejo de equipo de cómputo y de herramientas de Internet que posee la población en estudio, los resultados se muestran en los gráficos N° 8 y N° 9

**Gráfico N° 8**

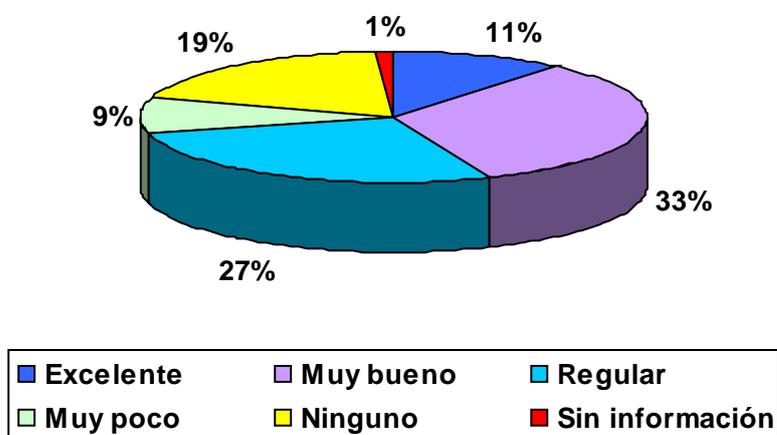
**Distribución porcentual de la población estudiada, según su conocimiento para el manejo de equipo de cómputo. Costa Rica 2009**



Ambas variables están íntimamente ligadas entre sí y la información es consistente, en cuanto a que se refuerza una con otra. Indica que, prácticamente, una (1) de cada dos (2) personas encuestadas considera tener conocimiento sobre el manejo de equipo de cómputo y de herramientas de Internet, de manera muy buena a excelente. En una quinta parte de la población encuestada, esas condiciones son de regular calidad; la distribución entre esas tres condiciones se extiende a dos terceras partes de la población.

**Gráfico N° 9**

**Distribución porcentual de la población estudiada, según su conocimiento para el manejo de herramientas de Internet. Costa Rica 2009**



La proporción de personas que no tienen ningún conocimiento para el manejo de equipo de cómputo es del 16%; el 19% refirió no contar con herramientas para el manejo de Internet. Es decir, un 3% de los que manejan equipo de cómputo, consideran no poseer conocimiento sobre herramientas para Internet.

Este último grupo es prioritario, en cuanto a capacitarles en esa área del conocimiento informático, lo que representa uno de los contenidos para el eventual curso de nivelación que propone el programa a implementarse.

Con los resultados de estas dos últimas variables, la viabilidad y factibilidad de operativizar una metodología a distancia con tutoría, está fundamentada. Sin duda alguna, es posible y ella generará una mayor cobertura del programa, en el nivel nacional, disminuyendo la necesidad de las actividades presenciales.

## VII Conclusiones y Recomendaciones

El presente diagnóstico permite tener una visión amplia de la situación del recurso humano que presta servicios a las personas que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas, en nuestro país.

Un aspecto importante a considerar es que, en la mayoría de las ONG y OG, los entrevistados son del sexo masculino (más del 50% del recurso humano).

Para el caso de las ONG, debido a que estos programas centran su funcionamiento en personas recuperadas de un consumo problemático de SPA, el predominio de varones en la oferta de servicios puede estar definido por dos factores.

El primero, vinculado con asuntos de género, dado que la mayoría de los programas de tratamiento están dirigidos a hombres, lo que genera la opción de contar con un mayor recurso masculino, para ser tomado en cuenta por las mismas ONG, en la operativización de sus programas.

El segundo, asociado a una connotación sociocultural del consumo de sustancias psicoactivas. Se sabe que la censura hecha por la sociedad al consumo de SPA en mujeres, es más severa que aquel hecho para el de los hombres, lo cual les limita a ellas acudir oportunamente a sus procesos de recuperación, disminuyéndoles en la oportunidad de desarrollarse como un excelente recurso humano para el tratamiento de otras personas con la misma problemática.

El planteamiento anterior se fundamenta con el análisis realizado, respecto a la distribución porcentual de las personas recuperadas que proveen tratamiento, según el tipo de centro en las que ejecutan sus actividades. En las OG, representa un 2% del total, mientras que en las ONG el 72%.

Por otro lado, todas las personas que participaron en el diagnóstico son mayores de edad y la mayoría con amplia experiencia adquirida aplicando cotidianamente lo adquirido en sus propios procesos de recuperación (empírica). Dos terceras partes de este recurso pertenecen a ONG; una cuarta parte se ubica en el Cantón Central de San José.

Asimismo, dado que el 72% del recurso humano se encuentra ubicado en las ONG, representando a la mayoría de quienes brindan este tipo de servicios, básicamente bajo condiciones de experiencia empírica, surge la necesidad de que este recurso llegue a estar

debidamente capacitado en el tema del abordaje e intervención de las personas afectadas por el consumo de SPA.

Si se analiza la cantidad y perfil de las personas que laboran en ambas instancias (programas gubernamentales y no gubernamentales), los resultados mostraron que el 38.5% de las actividades que se desarrolla en o para los programas de tratamiento de drogas del país, se enmarcan dentro del campo técnico-profesional (Médico, Psicólogo, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional, Docencia universitaria, Consejería).

En las OG, el 100% de las personas que realizan labores vinculadas con el tratamiento, poseen una formación técnico-profesional. En las ONG, ese porcentaje es del 36%, la mayoría contratados mediante convenios con el IAFA, según los términos de la Ley 7972, casi siempre por períodos cortos; dentro de ese contraste, debe resaltarse que, hasta el momento, las actividades de “charlista” y “consejería” son propias de las ONG, y que la mayor parte del trabajo realizado por el personal de estos programas es de tipo voluntario (“voluntariado”).

Respecto a las ONG, la información es relevante, puesto que indica que más de la tercera parte de las personas vinculadas con los programas que ofrecen tratamiento en dichos organismos, tienen grado técnico-profesional, ubicados, al menos uno, en la mayoría de las organizaciones, lo cual viene a desmitificar la tendencia del pensamiento empírico generalizado sobre el funcionamiento de dichos programas, en el país.

La información permitió establecer que la orientación en el tratamiento ofrecido por las OG, es más de tipo profesional (bio-psico-social), y en ONG, más de orientación socio afectiva y educativa. Estos resultados orientan hacia la necesidad de contar con el perfil adecuado del recurso humano, logrado mediante la formación sistematizada del mismo, tanto teórica como práctica, buscando homologación en las actividades de intervención y abordaje, con base en estándares mínimos de calidad y adecuadas prácticas clínicas.

Lo anterior, a pesar de que dos terceras partes de las personas encuestadas (201 personas) reportaron que han recibido algún tipo de capacitación relacionada con la enfermedad adictiva, el manejo de personas afectadas por situaciones agudas asociadas al consumo de drogas, redes de apoyo, consejería en drogas, programa de los doce pasos, programas universitarios de postgrado en farmacodependencia, entre otros asociados.

El problema radica en la gran diversidad de cursos ofrecidos y de organismos oferentes de esa capacitación, sin una base de sistematización para la evaluación y control de los mismos, lo cual puede estar afectando la homologación de conceptos y adecuadas prácticas recomendadas para el tratamiento de las personas afectadas por el consumo de SPA.

Otra importante característica, en cuanto a los programas privados (ONG), según las categorías de análisis para el tiempo de experiencia en tratamiento de drogas, es que estos programas muestran un comportamiento más homogéneo, respecto a las OG, específicamente, en la concentración de personas con más cantidad de años de experiencia, aunque ésta es mayormente de tipo empírica: una tercera parte tiene de 5 a 10 años de experiencia; la cuarta parte de 11 a 20 años; el 7% más de 20 años, con un máximo de 35 años.

La mayor proporción de las personas que reportaron dos (2) o menos años de experiencia, pertenecen a los programas públicos. Esta situación podría deberse a que el personal del Centro de Atención de Menores y de los Centros de Atención Integral al Drogodependiente, ambas unidades operativas del IAFA, fue contratado recientemente, no más de dos años. De esa manera, sólo una quinta parte del personal de los programas públicos cuentan con 5 o más años de experiencia en el tratamiento de las personas consumidoras; de ellos, 8% tiene quince (15) o más años de experiencia, con un máximo de 30 años.

Se estableció que todas las personas que tienen un nivel educativo de primaria o secundaria, sea completa o incompleta, pertenecen a las ONG. Asimismo, según el análisis del nivel educativo, se concluye que la mayoría de la población meta tiene cualidades educativas para participar de un proceso formativo y de capacitación, sea éste presencial o no.

El 86% de los participantes consideraron que recibir capacitación formal de parte del Estado, sobre el manejo de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, es de muy importante a excesivamente importante (260 personas de las 304 encuestadas). Sólo el 5% opinó que era “nada importante”.

En tanto que el recurso humano que atiende a las personas con problemática derivada del consumo de drogas, se encuentra mayoritariamente en las ONG, con experiencia

fundamentalmente empírica, serán los programas no gubernamentales donde se podría obtener un mayor beneficio dicha capacitación.

Fortalecer la capacitación y formación para el recurso humano instalado en los programas de tratamiento para las personas consumidoras de SPA, representa, para el Estado y la sociedad civil, garantizar a las y los usuarios acceder a servicios homologados, tanto conceptual como técnicamente, y que éstos sean de mayor calidad.

Por lo tanto, homologar criterios, para todos los actores, en cuanto a las intervenciones y abordajes que se realicen a dichas personas, es otra de las necesidades que debe considerar el programa, y con ello, serán las y los usuarios de los programas, quienes se beneficiarían de manera directa, al darse una mayor efectividad y calidad a los servicios.

La evidencia indica que, dentro de la malla curricular, se deben de incluir el abordaje desde lo pedagógico hasta lo práctico, en cuanto a Enfoque de Derechos, Enfoque Generacional-Contextual, Enfoque de Género, entre otros, para que coadyuven al afrontamiento de las situaciones que debe realizar el recurso humano oferente de dichos servicios.

Dado que el tema principal de estudio fue el del tratamiento en drogas, resulta congruente y consistente que la mayoría de las personas encuestadas hayan valorado como área principal para reforzar su condición actual de conocimiento al “tratamiento de las personas consumidoras de SPA” (40%); la “enfermedad adictiva” (26%), la “consejería en adicciones” (9%), el “trastorno dual” (9%) y la “intervención en adolescentes” (7%), en orden de importancia.

Además, según los datos obtenidos, el programa puede ser desarrollado en modalidad “en línea”, debido a que el 85% de las personas encuestadas tienen acceso a Internet y un 77% afirma manejar las herramientas necesarias de forma excelente a regular.

En consecuencia, es mediante un programa de capacitación y certificación, que se tendrá la posibilidad de generar una transformación en el recurso humano, con el cual mejore, significativamente, el abordaje de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. El principal propósito es lograr que ese abordaje se realice de manera integral, tomando en cuenta todas las situaciones que experimentan las y los usuarios a partir de su condición, para favorecer un desenvolvimiento psicosocial y

físico satisfactorio, de acuerdo a la etapa de desarrollo y el proceso evolutivo en la que se encuentren los mismos.

Sin embargo, aunque este aspecto pueda significar un cambio positivo, al mismo debe de continuarse evaluando y monitoreando, realizando ajustes en el camino, que garanticen su mayor grado de optimización.

Los procesos de formación, además, deben tener como objetivo informar, sensibilizar y fortalecer al recurso humano, en aspectos relacionados con su quehacer diario, desde lo individual hasta lo colectivo, promoviendo, de esta forma, el mejoramiento de los servicios que se ofertan; se deben desarrollar iniciativas que involucren, de manera participativa, a todo el recurso humano, como parte activa de los procesos.

La educación en su formación integradora y socializadora, debe de ser parte imperante en estos procesos, que posibilite generar opciones que contribuyan al abordaje de la situación día con día.

Desde este Programa es importante rescatar la necesidad de que las acciones que se requieran para direccionar este componente, deben de establecerse y ajustarse a las etapas establecidas, retomando los aspectos claves y necesarios para que se ejecute el mismo.

Como parte de los componentes que deben de ser promovidos por el Programa, se encuentran aquellos que generen procesos de protección a los derechos fundamentales de las y los usuarios de los servicios, tanto en las OG como en las ONG, apelando, mediante estas acciones, a la responsabilidad que se tiene con este grupo de la población que se encuentra vulnerabilizado, ante su condición de consumo de SPA.

Por ser nuestra sociedad una de tipo patriarcal que da el mandato social para el consumo, principalmente al alcohol en los hombres, reforzándolo durante el desarrollo psicosocial del individuo, en la cual existe la censura cuando es la mujer quien consume, el enfoque de género es uno de los elementos importantes de considerar en el diseño curricular, es de obligada consideración.

Finalmente, se debe tener presente que al establecer todos los componentes mencionados, sistemáticamente, mediante la implementación del Programa, se estarán dando los elementos de formación y capacitación que deben ser requeridos por la Comisión Certificadora, a manera de criterios básicos, a la hora de otorgar y autorizar el trabajo del recurso humano que desee participar en el tratamiento de las adicciones. No se debe olvidar que la Certificación es el segundo eje fundamental del presente Programa, complemento del primero referente a la Formación y Capacitación.

## **IX Bibliografía**

### **9.1- Fuentes bibliográficas**

Ministerio de la Presidencia - Instituto Costarricense sobre Drogas. **Plan Nacional sobre Drogas 2008-2012**. Gobierno de la República de Costa Rica.

Ministerio de Salud – Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. **Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica**. Gobierno de la República de Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud. **Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 30º Informe**. Ginebra: OMS, 1998.

### **9.2- Fuentes electrónicas**

<http://www.iafa.go.cr>

<http://www.icd.go.cr>

<http://www.ucr.ac.cr>

**X ANEXO**

**CUESTIONARIO COCERTRAD**

Día /__/_/ Mes /__/_/ Año /__/_/___/
Centro de Tratamiento _____
Ubicación: _____
Teléfono: Del Centro en que labora: _____ Personal: _____
Correo electrónico: Del centro: _____ Personal: _____
Persona de contacto administrativo del Centro, para información adicional: _____
Fecha de creación del Centro de Tratamiento: _____

**Introducción y Motivación:**

Actualmente, los Organismos No Gubernamentales encargados de brindar atención a personas consumidoras de drogas; el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; el Instituto Costarricense Sobre Drogas, conjuntamente con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, están realizando un censo que permita establecer las condiciones de formación académica de cada una de las personas que están involucradas en los programas de tratamiento dirigidos a la población con problemas derivados del consumo de drogas. La información que usted nos pueda brindar es muy valiosa, para lograr los objetivos del programa nacional que pretende ofrecer dicha formación académica y certificación del recurso humano de los programas de tratamiento en adicciones. La información es totalmente confidencial, por lo tanto no se requiere que usted agregue su nombre, pero sí que ofrezca los datos con la mayor exactitud posible. De antemano, agradecemos su cooperación.

**Información Personal Requerida**

1.- ¿Cuál es la actividad que usted desempeña en el Centro de Tratamiento? Anotela:
--

2.- Sexo del entrevistado:	1.- Hombre 2.- Mujer
3.- ¿Cuál es su edad en años cumplidos?	/ __/ __/ años
<p><b>Nivel de escolaridad:</b></p> <p>4.- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?</p> <p><b>Marque con una equis o encierre en un círculo la opción que más se ajuste a su nivel educativo.</b></p>	<p>1.- No tiene ninguno</p> <p>2.- Primaria Incompleta</p> <p>3.- Primaria Completa</p> <p>4.- Secundaria Incompleta</p> <p>5.- Secundaria Completa</p> <p>6.- Universitaria Incompleta</p> <p>7.- Universitaria Completa</p> <p>8.- Parauniversitaria o Comercial</p> <p>Anote el último año aprobado: _____</p> <p>_____</p>
<p><b>Experiencia en el tratamiento de las personas con problemas de consumo de drogas</b></p> <p>5.- ¿Cuánto tiempo de experiencia tiene usted, en <b>años o meses cumplidos</b>, de realizar labores de asistencia a personas afectadas por el consumo de drogas, en centros de tratamiento públicos o privados?</p>	<p>/ __/ __/ años cumplidos</p> <p>ó</p> <p>/ __/ __/ meses cumplidos</p>
<p><b>Capacitación recibida para la atención de personas consumidoras de drogas</b></p> <p>6.- ¿Ha recibido usted capacitación formal para realizar labores de asistencia a personas consumidoras de drogas? Por ejemplo, del IAFA, ICD, PANI, Federación de Hogar Salvando al Alcohólico, Asociación de Comunidades Terapéuticas, otras.</p>	<p>1.- Sí</p> <p>2.- No <b>(Pase a pregunta 9)</b></p>
7.- ¿Indique sobre cuál de las siguientes áreas ha recibido capacitación?	<p>1.- Enfermedad Adictiva</p> <p>2.- Manejo de personas críticas afectadas por síndrome de intoxicación a drogas</p> <p>4.- Manejo de personas críticas afectadas por síndrome de supresión a drogas</p>



<p>11.- ¿Cuánto tiempo tiene de no consumir drogas, de forma ininterrumpida? <b>Por favor, indíquelo</b></p>	<p>/__/__/ años ó /__/__/ meses cumplidos</p>
<p>12.- ¿Está usted, actualmente, en tratamiento para su problema de consumo de drogas? (médico, psicológico, social, consejería; grupos de autoayuda)</p>	<p>1.- Sí 2.- No <b>(Pase a pregunta N° 14)</b></p>
<p>13.- ¿Indique, marcando sobre la opción que mejor represente su situación, <b>qué tipo de tratamiento está usted recibiendo?</b></p>	<p>1.- Ambulatorio (Sin estar internado) 2.- Residencial (Bajo internamiento) 3.- Grupo de autoayuda (AA; NA) 4.- Otro: _____</p>
<p>14.- ¿Indique, marcando sobre la opción que mejor represente su situación, <b>cuál es su criterio respecto a la necesidad de recibir capacitación formal por el Estado, sobre el manejo de las personas con problemas asociados al consumo de drogas, que le permita ser reconocido y certificado</b>, para optar por algún beneficio futuro; por ejemplo, ser contratado y recibir remuneración económica por su trabajo?</p>	<p>1.- Nada importante 2.- Levemente importante 3.- Moderadamente importante 4.- Muy importante 5.- Excesivamente importante 6.- No sabe</p>
<p>15.- ¿Indique, marcando sobre la opción que mejor represente su situación, <b>cuál es su criterio respecto a que exista un programa nacional mediante el cual se le certifique como funcionario capacitado y autorizado para laborar en programas dedicados a la atención de personas con problemas derivados del consumo de drogas?</b></p>	<p>1 Nada importante 2 Levemente importante 3 Moderadamente importante 4 Muy importante 5 Excesivamente importante 6. No sabe</p>
<p>16- ¿Tiene usted acceso a algún equipo de cómputo con conexión a Internet? <b>Indíquelo marcando sobre la opción que mejor represente su situación</b></p>	<p>1.- No, de ninguna manera 2. Sí, en el programa donde laboro 4. Sí, en mi casa de habitación 8.Sí, con la ayuda de algún amigo o familiar</p>

	<p>16. Sí, en algún lugar de uso público que ofrece el servicio (café internet, por ejemplo)</p> <p>32. Todas las opciones, de la 2 a la 5</p> <p>64. Otra: _____</p>
<p>17.- ¿Tiene usted conocimiento para el uso de equipo de cómputo? <b>Indíquelo marcando sobre la opción que mejor represente su situación</b></p>	<p>1.- Ninguno</p> <p>2.- Muy poco</p> <p>3.- Regular</p> <p>4.- Muy bueno</p> <p>5.- Excelente</p>
<p>18.- ¿Tiene usted conocimiento en la utilización de los servicios de Internet? <b>Indíquelo marcando sobre la opción que mejor represente su situación</b></p>	<p>1.- Ninguno</p> <p>2.- Muy poco</p> <p>3.- Regular</p> <p>4.- Muy bueno</p> <p>5.- Excelente</p>

## XI GLOSARIO

**ABSTINENCIA:** Es el período en el cual no se establece un consumo de sustancias por parte de una persona. Puede darse como una condición base, es decir, que el individuo nunca ha tenido contacto (consumo) con la sustancia que interesa o ninguna otra, o bien, adquirida, la cual se refiere a que una vez que la persona ha tenido consumo de la sustancia de interés, logra luego un período de total ausencia de ese consumo. Es conocido, también, como remisión, sea ésta total temprana o total sostenida. (American Psychiatric Association, 1995)

En términos generales, el concepto de no consumo, una vez existido éste, para considerar el diagnóstico de abstinencia, es de 12 o más meses de total ausencia de ingesta de la droga, en el caso de la remisión total sostenida, y entre 1 mes y 12 meses, para la remisión total temprana.

**ABUSO:** (ONUDD, 2003) Término que se utiliza ampliamente, si bien con diferentes significados.

En los tratados de fiscalización internacional de drogas, la expresión “uso indebido”, utilizada en español en lugar de “abuso”, se aplica al consumo, frecuente o no, de una sustancia sometida a fiscalización.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), la expresión “abuso de sustancias psicoactivas se define de la siguiente manera: inadaptación en el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por una o más de las siguientes características durante un período de 12 meses: 1) consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el estudio o el hogar; 2) consumo recurrente de sustancias en situaciones en que resulta físicamente peligroso; 3) problemas legales repetidos relacionados con sustancias; 4) consumo continuado de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales continuos o recurrentes causados o exacerbados por sus efectos.

Es un término subsidiario; el término “dependencia” tiene preferencia cuando se cumplen las condiciones necesarias.

Algunas veces se utiliza el término “abuso” con desaprobación para referirse a cualquier tipo de uso, en particular de drogas ilícitas. Debido a su ambigüedad, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, bajo el título Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, el término se aplica a sustancias que no producen dependencia.

Las expresiones equivalentes que utiliza la OMS son “uso nocivo” y “uso peligroso”, pero suelen relacionarse únicamente con los efectos en la salud y no con las consecuencias sociales.

El Centro de Prevención del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos también aconseja abstenerse de utilizar el término “abuso”, si bien la expresión “abuso de sustancias” se sigue utilizando considerablemente, por lo general con respecto a problemas de consumo de sustancias psicoactivas. La expresión “abuso de drogas” también se ha criticado por considerarse circular, cuando se utiliza sin hacer referencia a problemas concretos provocados por el consumo de drogas.

**ADICCION:** (ONUDD, 2003) Uno de los términos más antiguos y más utilizados para describir y explicar el fenómeno del abuso inveterado de drogas. En algunos círculos

profesionales se ha reemplazado por los términos “farmacodependencia” o “drogodependencia”.

Según el Lexicon of Alcohol and Drug Terms de la OMS, la adicción es el consumo recurrente de una o varias sustancias psicoactivas, en la medida en que el consumidor (al que se llama adicto) este periódicamente o crónicamente intoxicado, sienta un impulso irrefrenable de consumir la sustancia o las sustancias preferidas, tenga grandes dificultades para abandonar o modificar voluntariamente el consumo de sustancias y este decidido a obtener sustancias psicoactivas por casi cualquier medio. Siempre se ha considerado que los indicadores esenciales de la “adicción” son la tolerancia y el síndrome de abstinencia, es decir, con frecuencia se equipara con la dependencia física.

Más recientemente, algunos investigadores han sugerido que la “compulsión de consumir drogas” es un indicador más significativo de la adicción.

Por otra parte, el movimiento de autoayuda o “recuperación” considera la adicción una enfermedad por si misma, un trastorno debilitante y progresivo derivado de los efectos farmacológicos de las drogas cuya única cura es la abstinencia total. Es la opinión, por ejemplo, de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos, exponentes de ese movimiento.

En el decenio de 1960, la OMS recomendó que el termino “adicción” se sustituyera por dependencia, ya que ésta última puede existir en diversos grados de gravedad, a diferencia de una entidad nosológica que solo existe o no existe.

“Adicción” no es un termino de diagnostico en la CIE-10, aunque los profesionales y el público en general lo siguen utilizando considerablemente.

**ALCOHOLISMO:** Es un conjunto heterogéneo de trastornos que comparten su relación con la ingesta de alcohol etílico (etanol), así como su interrelación con varios tipos de factores genéticos, fisiológicos y psicosociales. Se inicia con el uso de la sustancia, y se continúa con el consumo perjudicial o abuso, hasta la dependencia al alcohol.

**ANALISIS PARA DETECCIÓN DE DROGAS:** Análisis de diferentes muestras de tejidos o fluidos corporales, para detectar la presencia de sustancias que una persona puede haber ingerido, o con otros fines médicos o de diagnóstico.

En la orina se pueden detectar diferentes drogas en diferentes periodos. Dependerá de la dosis, tiempo transcurrido desde la última ingestión, tasa de metabolismo, sexo, coexistencia de otras enfermedades, consumo concomitante de otros medicamentos o drogas de abuso, entre otras.

El alcohol solo se puede detectar el término de unas cuantas horas, después de ingerido. La heroína y las anfetaminas, a lo sumo, unos días después de la última ingestión, en tanto que el cannabis y la cocaína se pueden detectar hasta varias semanas después de la ultima ingestión, en personas que han sido grandes consumidores durante mucho tiempo.

En los últimos años también se ha hecho posible practicar análisis de saliva, sangre, sudor y cabello, para determinar si la persona es consumidora de sustancias.

Como sinónimo de este concepto ha sido utilizado, de manera no adecuada pero común, el término de Doping, el cual, especialmente, debe referirse a este tipo de acción en la actividad deportiva.

**BEBIDA ALCOHÓLICA:** Cualquier producto, industrial o no, obtenido mediante los procesos de fermentación o destilación, que contenga alcohol etílico, destinado al consumo humano.

**CENTRO RESIDENCIAL:** Se refiere al establecimiento en el cual se desarrollan los procedimientos y actividades propias de la Modalidad de Tratamiento Residencial: tratamiento sistemático, orientado por personal y profesionales acreditados, dirigido a consumidores o dependientes de drogas, que pueden beneficiarse en un encuadre de alta intensidad, de permanencia durante las 24 horas, dentro de un plan de tratamiento bajo internamiento, con objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones. (OEA-CICAD, 2004).

**CENTRO AMBULATORIO:** Se refiere al establecimiento en el cual se desarrollan los procedimientos y actividades propias de las Modalidades del Tratamiento Ambulatorio: intervenciones que se realizan en un encuadre no residencial, con períodos de permanencia limitados a horas y con baja frecuencia (semanal o interdiaria). (OEA-CICAD, 2004).

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

**CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:** conjunto de situaciones de consumo en las cuales, según los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión décima, califican para consumo perjudicial (abuso, de acuerdo al Manual Estadístico para el Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, versión cuarta, DSM-IV) o dependencia.

**CONSUMO PERJUDICIAL:** (ONUDD, 2003) En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, la expresión “consumo perjudicial” se define de la siguiente manera: modalidades de consumo de sustancias psicoactivas que causan perjuicios a la salud del consumidor.

Los perjuicios pueden ser físicos (por ejemplo, hepatitis provocada por la inyección de drogas) o mentales (por ejemplo, periodos depresivos concomitantes a la ingestión de alcohol en grandes cantidades). El consumo perjudicial también suele tener consecuencias sociales adversas.

La expresión se introdujo en la CIE-10, y sustituyó al concepto de “consumo que no causa dependencia” como término de diagnóstico. El equivalente más cercano en otros sistemas de diagnóstico, por ejemplo, en el DSM-IV, es abuso de sustancias, que por lo general implica consecuencias sociales.

**COORDINACION DE LA ATENCION:** (ONUDD, 2003) Proceso de supervisión y gestión práctica de los pacientes en un tratamiento en particular, y en diferentes tratamientos, a lo largo del tiempo.

Respecto a un paciente en particular, la coordinación de la atención puede abarcar la evaluación del caso, su reemisión al servicio correspondiente, la observación de los progresos y las actividades de análisis. En algunos sistemas de tratamiento, el coordinador

de la atención tiene cierto grado de autoridad sobre el sistema que sufraga el tratamiento de los pacientes.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN:** Conjunto de condiciones médicas, sociales y psicológicas, que se utilizan para decidir si un tratamiento es adecuado para determinada persona.

Se suele tener en cuenta la gravedad de los problemas del paciente, sus motivaciones personales o su voluntad de someterse al tratamiento y la índole y el alcance de los factores sociales de apoyo y de contención, en función de su idoneidad para un tratamiento en particular.

La utilización de criterios de selección forma parte del compromiso de someter a los pacientes al mejor tratamiento o al tratamiento más indicado, cuando existen dos o más opciones.

**DEPENDENCIA:** Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación más característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. (OMS, 1995).

Adicción, drogodependencia, drogadicción, son sinónimos de este concepto.

**DESINTOXICACIÓN:** Proceso de tratamiento para restablecer el estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas, dirigido a la estabilización y recuperación de las alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas, que produce el estado de intoxicación a dichas sustancias psicoactivas.

**DETERMINACION DE LAS NECESIDADES:** Enfoque sistemático para determinar la índole y el alcance de los problemas de abuso de sustancias en una población o comunidad destinataria, o un individuo, con objeto de decidir qué (o cuántas) intervenciones específicas se deben facilitar o la mejor manera de aplicar las intervenciones y de prestar los servicios existentes.

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO-MÉDICO:** Conjunto de procedimientos y actividades realizadas por profesionales en Ciencias Médicas, con el propósito de establecer la condición del proceso de salud-enfermedad de una persona.

**DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL:** Conjunto de procedimientos y actividades realizadas por profesionales en Ciencias Sociales, específicamente Psicología y Trabajo Social, con el propósito de establecer la condición del proceso de funcionamiento mental y rasgos de personalidad de una persona, y las condiciones de su estado social (micro y macroestructurales), respectivamente.

**DOBLE DIAGNOSTICO – PATOLOGÍA DUAL - COMORBILIDAD:** Cuando se diagnostica un problema de abuso de alcohol o drogas conjuntamente con otro trastorno, por lo general psiquiátrico. Por ejemplo, trastornos del carácter o esquizofrenia.

El diagnóstico diferencial suele verse complicado por signos y síntomas de dependencia y registros de diagnóstico superpuestos; por ejemplo, la ansiedad es un rasgo prominente de la privación de drogas.

Otra complicación son los procesos casuales mixtos o recíprocos. Por ejemplo, un trastorno leve del carácter da lugar a cierto consumo de drogas que, en última instancia, exacerba el trastorno del carácter, lo que a su vez acrecienta el consumo de drogas y la dependencia y produce un trastorno grave del carácter.

En la actualidad, y ante la frecuente posibilidad de que coexistan no dos, sino tres, y quizás más, estados mórbidos junto al consumo de sustancias, se aboga por definir esta situación diagnóstica como COMORBILIDAD.

**DROGA O SUSTANCIA PSICOTRÓPICA (PSICOTROPA):** Toda sustancia, de uso médico o no, con tropismo por el Sistema Nervioso Central, y que cumpla con el principal criterio de selección emanado del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, como lo es el que haya “evidencia de que la sustancia es capaz de iniciar, o llevar, al abuso, constituyéndose en significativo problema social y de salud pública, justificando que se establezca la necesidad de someterla bajo control internacional”. (WHO, 2003)

Es en este contexto donde se enmarca el término “droga”, que en materia de consumo de sustancias, refiere al riesgo potencial de llegar a ser perjudicial o abusivo, o bien, dependencial o adictivo. Involucra al concepto general de droga, el cual refiere a toda sustancia que introducida en un organismo vivo es capaz de modificar su funcionamiento.

En el contexto de la fiscalización internacional de drogas, la expresión “sustancia psicotrópica” se aplica a una sustancia fiscalizada en virtud del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “psicotrópica” se utiliza en un sentido muy general, con el mismo significado que “psicotropa”, es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales.

En un sentido estricto, es droga psicotrópica todo agente químico con efectos primarios o significativos en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a drogas que se utilizan principalmente en el tratamiento de trastornos mentales, es decir, sedantes ansiolíticos, antidepresivos, agentes antimaniacos y neurolépticos. El término, también, se utiliza para calificar sustancias con un alto potencial de abuso, debido a sus efectos en el carácter, en la conciencia, o en ambos: estimulantes, alucinógenos, opioides y sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol).

**ESTUPEFACIENTE:** Agente químico que puede producir sedación, analgesia importante, estupor o coma. El término se aplica, generalmente, a los opiáceos o los opioides que se llaman analgésicos narcóticos. En el lenguaje común y jurídico se suele utilizar el término de manera imprecisa, para referirse a las drogas ilícitas, independientemente de su farmacología. Por ejemplo, la legislación de fiscalización.

**INTOXICACION:** En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “intoxicación” se define de la siguiente manera: estado consecutivo a la ingestión o asimilación, en cantidad suficiente, de una sustancia psicoactiva que produce alteraciones del nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el criterio, el estado afectivo, el comportamiento u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las respuestas adquiridas, y se resuelven con el tiempo hasta llegar a una recuperación completa, excepto

en los casos en que se ha producido daño de tejidos u otras complicaciones. El término se utiliza más comúnmente en inglés, respecto al consumo de alcohol, pero aplica a todas las sustancias psicotropas.

**MEDICAMENTO:** Se considera medicamento, para los efectos legales y reglamentarios, toda sustancia o producto natural, sintético o semisintético, y toda clase de esa sustancia o productos, que se utilicen para el tratamiento, diagnóstico, prevención y alivio de las enfermedades o estados físicos anormales, o de los síntomas de los mismos, para el restablecimiento o modificación de funciones orgánicas, en las personas. (Decreto # 16567-S, Costa Rica 1986)

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

**TRATAMIENTO:** Tratamiento de la dependencia de las drogas es un continuum, en el cual tienen cabida desde las intervenciones de mínima complejidad, dirigidas a atender aquellos individuos con la menor gravedad de problemas derivados del consumo, hasta aquellas intervenciones que requieren de utilización de mayor intensidad de tecnología y equipos especializados en la atención de los consumidores y dependientes de drogas, en quienes, las consecuencias del consumo han alcanzado niveles tales de gravedad, que solo es posible esperar resultados positivos mediante la utilización de un monto importante de recursos especializados para su recuperación.

El concepto de continuum no sólo se refiere a la intervención terapéutica en todas las fases evolutivas del trastorno adictivo, sino también a la posibilidad de contar con un amplio espectro de opciones de tratamiento disponibles, para combinarlo con las necesidades específicas de distintos individuos y poblaciones, en la procura de resultados óptimos con la atención. (CICAD-OEA, 2004)

**TRASTORNO RELACIONADO CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:** Término genérico utilizado en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades (DSM-IV y CIE-10), para diversos trastornos y dolencias relacionados con el consumo de cualquier droga psicotrópica. Comprende el consumo problemático (perjudicial y dependencia).

Todo trastorno mental o del comportamiento provocado por el consumo de una o más sustancias psicoactivas, hayan sido o no recetadas por un médico. Las sustancias especificadas son el alcohol, los opioides, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína, otros estimulantes (incluida la cafeína), los alucinógenos, el tabaco y los disolventes volátiles.

Los estados clínicos que pueden presentarse comprenden la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirio, trastornos psicóticos, trastornos psicóticos de iniciación tardía y el síndrome amnésico.

**TRATAMIENTO ESTRUCTURADO:** Programa de atención terapéutica con varios componentes organizados en forma lógica o progresiva, basados en una evaluación inicial del paciente y en un plan de tratamiento personalizado.

Los componentes pueden abarcar atención residencial breve o prolongada, y atención en la comunidad o ambulatoria, así como la aplicación de intervenciones medicas y psicosociales o postratamiento. Naturalmente, existen variaciones en la intensidad y la duración de los componentes, en sus metas y objetivos.

Para los fines del PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO REQUERIDO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS SISTEMAS NACIONALES DE TRATAMIENTO EN DROGAS, se entenderá:

**CAPACITACION:** Proceso educativo y formativo que de manera sistemático y planificado por niveles, etapas o fases, las cuales contemplan objetivos específicos y mecanismos de evaluación, conlleven a la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y herramientas que permitan y fortalezcan el desarrollo personal, profesional y laboral del recurso humano.

**CAPACITACION A DISTANCIA:** la capacitación en la que el proceso educativo y formativo es orientado mediante metodologías no presenciales.

**CERTIFICACIÓN:** es el proceso de evaluación, con base en criterios y estándares de calidad previamente establecidos, llevado a cabo por un organismo externo, bajo el control del Estado, que faculta al recurso humano a prestar el tratamiento en drogas, procurando garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

**UNIDAD DE CAPACITACION:** Cada órgano del Subsistema formalmente encargado de planificar, organizar, dirigir y ejecutar las actividades de capacitación y desarrollo de recursos humanos en su respectivo ámbito ministerial o institucional. (Esto, para los intereses de la certificación en el nivel institucional.)