

FICOSEC, JUÁREZ
CONSEJO ESTATAL CONTRALAS ADICCIONES DE CHIHUAHUA,
CECA
AGRUPO PARA LA TRANSFORMACIÓN Y SALUD MENTAL
TILLANCALCO, AGRUPO



ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO A LAS
ADICCIONES.

CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.

DIAGNÓSTICO DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE
TRATAMIENTO A LAS ADICCIONES Y ESTRATEGIA DE
FORTALECIMIENTO DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LOS
CENTROS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL.

Junio de 2018.
Responsable del diagnóstico y estrategia: Simón Tavera Romero

INTRODUCCIÓN

El fenómeno social del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es uno de los grandes acontecimientos epidemiológicos de nuestro tiempo y uno de los principales problemas de salud pública que padece la sociedad mexicana. Los resultados de las últimas investigaciones¹ muestran, de manera general, que las prevalencias en el consumo de los diferentes tipos de drogas han aumentado, que las edades de inicio son cada vez menores y que la diferencia en el consumo por género tiende a disminuir. En particular, es de resaltar el hecho de que cada vez más mujeres adolescentes se ven involucradas en el consumo (en relación con los hombres) y se han perfilado como el grupo de mayor vulnerabilidad en cuanto a la exposición y consumo de las mismas.

Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones, y Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes en la Ciudad de México 2012, entre otras.

¹ Encuesta Nacional de Adicciones 2008; Encuesta Nacional de Adicciones 2011; Sistema de Reporte de Información en Drogas, SRID; Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones, SISVEA; Diagnóstico Nacional de Servicios

En este sentido, las políticas públicas y estrategias de prevención y tratamiento a las adicciones deben orientarse a revertir estos factores y proteger a las niñas, niños y jóvenes en situación de riesgo; evitar quienes se encuentran con un consumo experimental deriven en situaciones de abuso o dependencia, y brindar servicios especializados de tratamiento a quienes lo requieran, así como programas de reinserción social y reducción del daño.

Bajo este panorama, Chihuahua es uno de los Estados con mayor consumo de drogas en el país y Ciudad Juárez se distingue por el mayor consumo de heroína junto con Tijuana. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, en Chihuahua el consumo de cualquier droga tiene una incidencia acumulada de 8.2%, superior a la media nacional (5.7%) y superada solo por Quintana Roo, Tamaulipas, Hidalgo, CDMX y Baja California. Con respecto al consumo de drogas ilegales, la prevalencia es 7.5%, también superior a la media nacional (5.2%). En particular, Chihuahua es el segundo Estado con mayor consumo de cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico en la población de 35 a 65 años, duplicando en la primera, la incidencia promedio en el país.

Como es posible observar, la evidencia epidemiológica nos indica que es necesario redoblar esfuerzos en materia de políticas públicas y programas de prevención y tratamiento a las adicciones en el Estado.

Por otro lado, el consumo de drogas en México ha adquirido dimensiones alarmantes en la última década, principalmente por los niveles extremos de violencia y muertes ocasionadas por la guerra contra el narcotráfico. Estos fenómenos de violencia impactan en forma dramática toda la dinámica del consumo y configuran entornos sociales excepcionales de inseguridad, de tal forma que es casi

imposible aplicar estrategias universales para la reducción de la demanda pues no corresponden a la realidad de las localidades. Este contexto de violencia extrema (en donde el consumo regulado de drogas permite al ciudadano portar las cantidades autorizadas para consumo personal, pero al mismo tiempo genera la oportunidad de vincularse con el traficante ilegal para adquirir la droga), crea una situación contradictoria como la posibilidad de involucrarse con las organizaciones criminales.

Lo anterior obliga a desarrollar programas innovadores de prevención y atención integral de las adicciones, necesariamente vinculados con políticas de seguridad ciudadana y en correspondencia a cada contexto cultural de las diferentes localidades del país. Lo anterior sobre todo para atender las situaciones asociadas al consumo como son la inseguridad, la violencia, el tráfico de armas de fuego y drogas.

NECESIDADES DE ATENCIÓN EN CHIHUAHUA

A partir de los resultados estudiados es posible identificar con mayor precisión las diferentes necesidades de intervención en el Estado de Chihuahua. Este panorama epidemiológico nos permite ponderar y dar prioridad, con base en evidencia, a los programas que van desde la prevención universal, la detección temprana e intervención oportuna, el tratamiento en establecimientos especializados, el tratamiento de base comunitaria, los programas de reinserción social y profesional, los programas de prevención de recaídas y los programas de reducción del daño.

Calculando las inferencias para el Estado de Chihuahua, tenemos que para 2015 se cuenta con una población de 3'556,574 habitantes, según

datos del INEGI. Considerando el grupo de edad de 12 a 65 años que estudia la Encuesta Nacional de Adicciones, tenemos las siguientes necesidades de intervención, sin considerar que las prevalencias en el consumo están por arriba de la media nacional:

- El **80.7% que se encuentra sin riesgo (2'009,108 personas)** requieren promoción de estilos de vida saludables, pertenencia escolar, acompañamiento de los padres, estrategias de resiliencia comunitaria, entre otras;
- el **13.6% que se encuentran en riesgo sin consumo (338,585 personas)** requieren intervenciones selectivas dirigidas a los principales factores de riesgo como son la relación entre pares, la violencia y la salud mental;
- el **5.2% que se encuentra con consumo experimental (129,459 personas)** necesitan programas de detección temprana e intervención oportuna, principalmente en centros escolares y en las comunidades de mayor vulnerabilidad;
- El dato más relevante sobre las necesidades de tratamiento de la Encuesta Nacional de Adicciones se refiere a las **personas que cumplen con los criterios de dependencia**. El 0.6% cumple con estos criterios, a nivel nacional, pero el Estado de Chihuahua este porcentaje se eleva casi 4 veces más. El **2.3% (55,707 personas) es dependiente al consumo de drogas** y requiere de servicios de tratamiento especializado en establecimientos residenciales, en su mayoría.

Como se puede observar, la principal necesidad de prevención en Chihuahua son intervenciones selectivas con una cobertura de atención para 468,044 personas que se encuentran en riesgo de

consumir o con consumo experimental. Esta población en riesgo está compuesta en su mayoría por adolescentes y se encuentra incorporada a la educación básica y media superior, lo que permite pensar en programas de detección temprana e intervención oportuna en el ámbito escolar, así como en las comunidades de mayor vulnerabilidad. La magnitud de este problema exige que exista una política pública y programas de atención suficientes para atender este sector de la población, pues de lo contrario, se permitiría el desarrollo natural de la adicción con las consecuencias negativas en el gasto público.

Con respecto a las necesidades de tratamiento para dependientes al consumo de drogas "ilegales", tenemos que en el Estado hay 55,707 personas que cumplen con los criterios de abuso/dependencia, mismos que requieren una modalidad residencial, en la mayoría de los casos. Siguiendo las tendencias sobre la demanda de tratamiento de personas con adicción, se espera que el 15% del total solicite ayuda y busca alguna opción de rehabilitación. Bajo esta lógica, en el Estado de Chihuahua 8,356 personas solicitan un servicio de tratamiento y si consideramos que la media de la capacidad instalada de un establecimiento de tratamiento son 45 camas, el Estado debe de contar por lo menos con 185 Establecimientos de Tratamiento Residencial.

De acuerdo al Diagnóstico Nacional de los Servicios de Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones realizado por el Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, el Estado de Chihuahua cuenta con 79 Establecimientos en donde el 78% son organizaciones de la sociedad civil, inspirados del movimiento de Alcohólicos Anónimos y la ayuda mutua; y, el 18% son servicios particulares o clínicas privadas. Es importante señalar, de acuerdo a esta misma investigación, que las

personas que proporcionan estos servicios, son personas que han tenido el problema de dependencia y se han rehabilitado; que tienen en promedio 3 años de haber concluido su proceso de tratamiento; que tienen la secundaria como máximo nivel de estudios; y, que no han recibido una capacitación especializada para poder proporcionar este servicio.

DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO²

La demanda de servicios de tratamiento para problemas derivados del consumo de alcohol y drogas ha crecido en los últimos años. A nivel de instituciones de salud, tanto públicas como sociales y privadas, la tendencia mundial es que seguirá en aumento.

Por otro lado, es importante considerar que la realidad y los problemas asociados a la dependencia de drogas y alcohol varían de un individuo a otro y se combinan para producir una variedad aún más compleja de necesidades y requerimientos. En este sentido, pensar que los programas de tratamiento pueden ser idénticos para todas las personas es un error.

Los programas ya creados no solo tienen que responder a la variedad de problemas derivados del abuso de sustancias en todos sus aspectos, sino que además deben proveer una combinación de actividades terapéuticas que consideren variables esenciales como

edad, sexo, raza, orientación sexual, vivienda, empleo, entre otras. Es decir, deben tener la capacidad de adaptarse a las exigencias de la vida social y laboral de la persona, así como considerar el grado de complejidad que el problema de la dependencia presenta y, sobre todo, se debe respetar a la persona humana en todos sus derechos y protegerla para que pueda acceder a ellos y ejercerlos en el proceso de su propia rehabilitación.

El desafío respecto a los programas de tratamiento consiste en contar con una variedad de ambientes, formatos y tiempos, además de las recaídas esperadas posteriores al tratamiento, por lo que es necesario considerar intervenciones múltiples y recurrentes en el tiempo.

El tratamiento comunitario es concebido como un modelo que tiene como centro de acción a la persona, inserta en un medio social y siendo considerada como un ser físico, biológico, psicológico y social, formando familias y en interacción con otras personas.

Como proveedores de servicios de tratamiento, nuestra obligación es garantizar la calidad de nuestros servicios, mantener los mejores estándares en nuestro trabajo con usuarios, desarrollar sistemas de gestión afines y diseñar nuevos requerimientos de contratación y desarrollo de nuestro personal como una forma de garantizar la continuidad y permanencia de los equipos.

Para la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, FLACT, esto implica desarrollar mejores sistemas de apoyo a las

² El Diagnóstico de la calidad en los servicios de tratamiento se ha elaborado con base en el instrumento diseñado por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, cuyo autor fue Juan

Palacios. El actual director de la FLACT, Fabian Chiosso, ha impulsado a partir de 2016 esta evaluación con el objetivo de otorgar el sello de calidad a las comunidades terapéuticas que cumplan con estos criterios.

asociaciones e instituciones miembros, para que se adscriban al desarrollo de sistemas de calidad, mejorar sus programas de apoyo tecnológico a las actividades de tratamiento y rehabilitación, así como actualizar los contenidos tanto normativos como de capacitación necesarios para el éxito de estos procesos.

Los próximos años serán vitales para aquellos que trabajamos en el campo del tratamiento y la rehabilitación para evaluar las normas de calidad y promover el fortalecimiento de los programas de tratamiento, haciéndolos más flexibles y adecuados a las características de los usuarios.

El presente diagnóstico tiene por objeto definir en forma operacional los conceptos y actividades que debieran estar presentes en cualquier tratamiento comunitario en latinoamericana; se ha diseñado para que las personas que lo apliquen puedan hacerlo en una sesión de 3 horas. **Se debe entender que este instrumento debe ser usado como una ayuda metodológica para el desarrollo, más que como un instrumento punitivo. Aun así, el supervisor debe ser claro y preciso cuando realiza observaciones y acuerda plazos de cumplimiento.**

¿QUE ES CALIDAD?

En las comunidades terapéuticas, el concepto calidad no ha sido una referencia para evaluar los servicios de tratamiento debido a que “algunos consideran que no es necesario interesarse en este concepto ya que los servicios entregados a usuarios son producto del trabajo de personas bien intencionadas y con una dedicación del servicio al

prójimo”, confundiendo las buenas intenciones con el profesionalismo y rigurosidad que cualquier actividad de ayuda terapéutica requiere.

Gran parte de los errores cometidos en los programas de tratamiento son resultado la falta de reconocimiento de la complejidad de los procesos, las precarias condiciones de la infraestructura de las comunidades y la falta de una formación adecuada por parte de los operadores de los programas.

Otro error frecuente es considerar que trabajar por una mejor calidad de servicios es extremadamente costoso y por lo tanto irrealizable. Trabajar por una mejor calidad de servicios es trabajar con los recursos disponibles, en forma planificada y consecuente con los principios y valores que ponen a la persona que recibe nuestra atención como centro de acción y reflexión; trabajar por una mejor calidad de nuestros servicios necesita de personas convencidas en la necesidad de realizar esta tarea, gestionarla y desarrollarla. Si lo hacemos bien, el usuario se beneficiará de ello y por lo tanto su rehabilitación será más efectiva y eficiente.

La habilidad de una comunidad terapéutica de responder a las necesidades de sus usuarios es fundamental, no solo para aquél que recibe el servicio sino que también para aquellos que trabajan en la organización, ambos mundos se benefician; “en el análisis final, el no satisfacer las necesidades y requerimientos del usuario puede tener consecuencias nefastas no solo para el usuario sino que también para la institución” (Sttebing, Lionel, Quality Management in the Service Industry- 1990).

En este sentido, entendemos el concepto de Calidad, aplicado al trabajo de una comunidad terapéutica, como la totalidad de

aspectos y características de nuestra acción/servicio que tienen por objeto satisfacer las necesidades expresadas por nuestros usuarios en la obtención de una mejor calidad de vida.

Esta definición implica conocer y reconocer nuestras capacidades humanas y técnicas como comunidades terapéuticas, tener procesos de trabajo que garanticen el servicio que proveemos y, lo más importante de todo, conocer a nuestros usuarios y sus necesidades e integrarlos a su propio proceso de rehabilitación.

Claramente hemos establecido los beneficios que provienen de trabajar en calidad, beneficios que han sido reconocidos por la Organización Mundial de la Salud y que ha planteado necesario evaluar nuestro trabajo para medir la calidad de lo logrado: “Las evaluaciones de calidad de atención brindada a los problemas asociados al consumo de drogas y alcohol, proporcionan una valiosa información acerca de las características que presenta, en una localidad específica, este tipo de problemas permitiendo el diseño e implementación de medidas ajustadas a la realidad local” (OMS 1988 – Farmacodependencia, Metodología para evaluar el tratamiento y rehabilitación – Ginebra).

La calidad en el trabajo diario de una comunidad terapéutica y el esfuerzo asociado que debemos aplicar para obtenerla, en palabras del Sr. Gabriel Mejía, Ex Presidente de la FLACT, “son la tarea del presente y del futuro de las Comunidades Terapéuticas”. Debo agregar a esto que quienes no acepten este desafío, estarán destinados a perecer como comunidades por no cumplir con uno de los valores base de nuestro trabajo “el respeto a la persona humana.”

PROYECTO: NORMAS DE CALIDAD PARA LATINOAMERICA

El presente proyecto tiene la finalidad de liderar un desarrollo tecnológico altamente esperado por sus asociados como es el diseño y uso de Normas de Calidad de Atención.

PROTOCOLO DE APLICACIÓN

El sentido de aplicación de las Normas de Calidad, es la de mejorar la calidad de atención que se entrega a personas que necesiten tratamiento, a través de acuerdos de mejoramiento estipulados en plazos definidos.

1. El proceso de aplicación es de carácter formal, a través de una visita de evaluación y se debe permitir la participación de todos aquellos que trabajen, residan o asistan a la comunidad.
2. La fecha de evaluación de calidad deberá ser comunicada al Director Técnico de la Comunidad a lo menos con 10 días hábiles de anticipación.
3. Se sugieren los siguientes estadios a cumplir en la visita de evaluación:
 - Reunión inicial con la Asamblea de la Comunidad (Equipo Técnico y residentes o asistentes), no más de 30 minutos, para explicar factualmente el propósito de la visita de evaluación. Una vez terminada la asamblea se realizarán:
 - Visita de inspección a las dependencias de la Comunidad para constatar, de acuerdo a la norma, las condiciones materiales y ambientales de la Comunidad.
 - Finalizada la evaluación, el equipo evaluador se reunirá a solas a discutir y redactar en el recuadro de "observaciones y acuerdos sobre el cumplimiento de la

norma" del instrumento. Se anotarán también los puntos positivos encontrados en la visita.

4. Se enfatiza a los evaluadores que en el recuadro *Instrumentos de verificación* se deben nombrar los documentos examinados y se dan ejemplos de dos estándares a verificar:

El estándar N° 1 "La comunidad terapéutica está acreditada/autorizada por la autoridad respectiva".

Requiere del evaluador, verificar los documentos sugeridos en el instrumento: el tipo de documento examinado, su número, firma y fecha de emisión y autoridad que lo emitió. Si la comunidad terapéutica no está autorizada no estaría en condiciones de funcionar y por consiguiente no debería ser evaluada bajo este esquema.

El estándar N° 6 " El proceso de admisión está definido y existe en documentos".

Requiere del evaluador el constatar que el documento existe, no se debe aceptar el que se asegure que existe sin que se verifique. Se sugiere además que toda Comunidad Terapéutica coloque todo lo concerniente a documentación requerida en un Manual de Procedimientos de la Comunidad para hacer más fácil su uso y consulta por el personal técnico y los evaluadores.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

El presente manual tiene por objeto definir en forma operacional los conceptos y actividades planteados en el instrumento de evaluación de calidad (Este instrumento se ha diseñado para que dos personas lo apliquen en una sesión de 3 HORAS).

Se debe entender que el proceso de evaluar la calidad de atención, debe ser usado como una ayuda para el desarrollo más que como un instrumento punitivo.

Se recomienda a los supervisores revisar o llevar consigo en sus visitas de evaluación todos aquellos documentos legales pertinentes que se refieran a la autorización, registro y funcionamiento de comunidades terapéuticas en el país donde se aplica.

Definición de conceptos base:

Calidad de la Norma: Se especifica con este concepto si la aplicación de la norma es esencial o aconsejable, si es esencial su cumplimiento debe ser en un 100%.

Cumplimiento: Escala tipo Likert –Explicación del puntaje

1. Norma se cumple
2. Norma se cumple con algunas excepciones
3. Norma no se cumple de manera consistente
4. Norma se cumple muy raramente
5. Norma no se cumple

Instrumentos de Verificación: Las personas que evalúan deberán verificar qué documentos existen, además de los sugeridos y qué acciones se deben ejecutar que prueben el cumplimiento de las normas del manual. **Si no existen sistemas de verificación se deberá colocar NC (No cumple) y escribir sus observaciones.**

Observaciones y acuerdos sobre cumplimiento de las normas: En este recuadro se colocarán las observaciones tanto positivas como negativas para cada punto y los acuerdos logrados para el cumplimiento de la norma.

A continuación, se detallarán por tipo de estándar y número, los elementos de manejo operacional más importantes.

A. NORMAS A CUMPLIR SOBRE ASPECTOS LEGALES Y DE ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD. -

1. El cumplimiento de esta norma se da por la verificación del decreto, autorización u otro documento legal con su número y fecha de firma por la autoridad competente de cada país o región.
2. Se debe verificar la calidad de los estándares físicos, que forman parte del proceso de autorización de la Comunidad y asegurar de que garantice el bienestar del usuario.
3. Se debe constatar que existan espacios personales para que cada usuario guarde sus efectos personales.
4. La persona en tratamiento de internación necesita un espacio privado para recibir visitas de sus familiares o amigos, la Comunidad debe proporcionárselo.
5. Se debe constatar la existencia de áreas para la recreación de los usuarios del programa, en su defecto se debe verificar si la Comunidad posee la capacidad de usar áreas externas para ese efecto.
6. Se debe constatar que los usuarios tengan acceso a teléfonos que le permitan realizar llamadas privadas de acuerdo a reglamento existente para ese efecto en la CT.

7. Se debe verificar la existencia y calidad del material referido en este estándar.
8. Se debe verificar que esté claramente establecido en el contrato terapéutico que la persona debe participar en el mantenimiento diario de las instalaciones de la CT.
9. Se debe verificar la existencia de facilidades para Primeros Auxilios y además que el personal esté entrenado para proporcionarlos.
10. Verificar acceso a servicios de urgencia.
11. Se debe constatar que la CT posee la capacidad de adquirir suficientes ingresos económicos para funcionar.
12. Constatar accesibilidad para el usuario y su familia, vía transporte público a la CT.

B. NORMAS A CUMPLIR SOBRE ACCESO A LA COMUNIDAD Y CRITERIOS DE ADMISIÓN

13. Se debe verificar que la CT tenga claramente estipulados y por escrito criterios de admisión y perfil de sus usuarios.
14. Se debe verificar la existencia de procedimientos que permitan aceptar derivaciones y solicitudes de ingreso de otras instituciones.
15. La CT no puede discriminar en su proceso de admisión a personas por sus creencias religiosas, culturales, sociales, religiosas, ideológicas, étnicas o de género.
16. La CT no puede discriminar negativamente en su proceso de admisión, a una persona que es portadora del VIH.
17. La CT no puede discriminar negativamente a una persona por sus antecedentes penales.

18. El perfil de admisión de la CT, debidamente documentado, será la regla para admitir o rechazar casos derivados de otras instituciones tanto del ámbito legal como de la salud.
19. Se debe verificar la capacidad de la CT para trabajar con personas con patologías duales, se debe entrevistar al equipo técnico sobre capacitaciones realizadas a este efecto y a usuarios con patologías dual, si existen, sobre la calidad de atención recibida.
20. La CT no debe rechazar la admisión de una persona con problemas con la justicia a su programa de tratamiento, si sus delitos están relacionados solo con el consumo de drogas. Pero puede no admitir a una persona si ésta posee antecedentes penales vinculados al tráfico de drogas y a delitos mayores cuyo trasfondo sea la violencia contra personas.
21. La CT debe trabajar en red con las respectivas instituciones de Salud del Estado.
22. Se debe constatar la existencia de flexibilidad en los programas de tratamiento ofrecidos por la CT; especialmente referidos a personas cuya gravedad en el consumo no responda a casos críticos de dependencia o que por razones de estudio o trabajo no puedan internarse.
23. Se debe verificar que cada persona al momento de su admisión reciba información suficiente en relación a la naturaleza del tratamiento, sus riesgos, normas a seguir, derechos y obligaciones, costos y formas de pago. Este proceso de informar debe repetirse a una semana de la admisión de esa persona.

C. NORMAS A CUMPLIR SOBRE REGISTROS

24. Es esencial que exista un registro de admisiones que identifique la persona, se anote la fecha de su admisión, la institución que deriva, tipo de droga de uso, nombre, teléfono y dirección de familiar o amigo más cercano.
25. Cada usuario debe tener una carpeta personal donde se sitúa toda la información sobre su proceso de tratamiento y ésta debe ser mantenida en un lugar seguro para garantizar la confidencialidad.
26. La CT debe, para cada uno de sus usuarios/as, diseñar un plan de rehabilitación individual que debe estar en su carpeta personal.
27. Se debe verificar la existencia de un contrato terapéutico donde conste lo que se le ofrece a la persona dentro de la CT, este debe ser firmado por la persona y por el director de la CT.
28. Debe existir información escrita destinada a ser leída por el usuario y su familia donde conste toda la información referida en el estándar N° 23.
29. Se debe constatar la existencia de un proceso técnico de evaluación que considere todos los aspectos biopsicosociales de una persona, que solicita admisión a la CT, con sus correspondientes instrumentos técnicos.
30. Se debe verificar la existencia de un registro de altas de la CT.
31. Se debe verificar la existencia de un registro de quejas y sugerencias, con su reglamento y se debe constatar el lugar donde puede ser accedido por usuarios y familiares.

D. NORMAS A CUMPLIR SOBRE PROCESOS DE EVALUACION

32. Toda persona que es admitida a una Comunidad Terapéutica o Centro de Tratamiento debe ser evaluada por el equipo técnico de ese centro, la evaluación debe considerar los aspectos psicológicos, sociales, familiares y de salud mental. Como parte de

este diagnóstico se debe investigar la presencia de patologías psiquiátricas. La información obtenida se debe condensar en un instrumento diseñado para ese efecto (Ficha de Evaluación o Formulario de Evaluación).

33. Si la Comunidad Terapéutica o Centro de Tratamiento no tiene la capacidad técnica de evaluar a una persona en alguno de los aspectos mencionados anteriormente, se deberá implementar un procedimiento para suplir la capacidad técnica faltante desde los recursos de la red.
34. La comunidad debe contar con medios o procedimientos estipulados en su manual operativo para la identificación rápida de drogas (drug detection kits). Si el Centro no tiene los medios, se debe explicitar el procedimiento de cómo obtener esta identificación desde los medios de la red o privados.
35. Es aconsejable el uso, para los efectos de formular un diagnóstico, de la Clasificación Diagnóstica CIE 10 o DSM V.
36. Cada persona deberá tener en su carpeta todos los documentos y registros sobre el manejo y evaluación de su tratamiento. Este registro deberá mantenerse al día.

E. NORMAS A CUMPLIR SOBRE TRATAMIENTO

37. Toda persona deberá tener un plan individual de tratamiento y rehabilitación que se construya con la cooperación de la persona misma. En este plan se deberán tomar en cuenta su situación familiar, educacional, ocupacional, religiosa, étnica, de género.
38. El plan individual de tratamiento y rehabilitación deberá ser monitoreado regularmente por el equipo técnico y adaptado a las

necesidades de desarrollo de las personas: todo cambio deberá ser discutido con la persona.

39. Se debe verificar la existencia del documento.
40. La Comunidad dispone de contactos externos con grupos de autoayuda a los cuales puede derivar personas que terminan su proceso.
41. La Comunidad ayuda y/o asesora a grupos externos que tengan la característica de proveer ayuda a personas drogodependientes.
42. Verifique si existe un programa de intervenciones familiares o actividades de trabajo con familias.
43. Verificar programa diario y semanal de actividades de los usuarios en tratamiento, constate su flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes de sus usuarios.
44. La CT tiene la capacidad técnica de supervisar el desarrollo del programa de tratamiento en todo momento.
45. El programa de tratamiento es conocido por los usuarios y su personal y existe en documentos.

F. NORMAS A CUMPLIR SOBRE EGRESO, REFERENCIA Y SEGUIMIENTO

46. Los criterios de alta deben estar claramente definidos.
47. La Comunidad tiene claramente documentada una política de manejo de situaciones de riesgo de vida. (Intoxicación, riesgo de suicidio, etc.).
48. La Comunidad posee una política clara de manejo de conductas agresivas, violación de normas y uso de sustancias psicoactivas y su proceso de manejo está claramente documentado.
49. La política de seguimiento de usuarios de la CT que terminan su tratamiento es esencial y debe estar documentada.

50. La Comunidad debe ofrecer ayuda alternativa a personas que sufren recaídas o son expulsadas.
51. La Comunidad debe mantener vínculos con otros servicios especializados para derivar a sus usuarios. (Lista de Direcciones y Contactos).

G. NORMAS A CUMPLIR SOBRE COBERTURA

52. La Comunidad provee ayuda a familiares y amigos para entender el problema de la Drogodependencia, esta función debe estar claramente especificada en documentos.
53. El programa terapéutico toma en consideración problemas de género. Se sugiere que Directores Técnicos pidan ayuda/asesoría a expertos en el tema.
54. Si la Comunidad admite madres con niños se debe verificar que se cuenten con facilidades adecuadas para el cuidado de ellos, de su desarrollo y crecimiento dentro de un ambiente sano y protector.
55. Si la Comunidad/Centro admite madres embarazadas, se debe verificar que cuenten con todas las facilidades tanto físicas como de atención médica, psicológica y social.
56. La Comunidad debe explicitar por escrito y tener reuniones periódicas con miembros de la red de servicios para clarificar sus procedimientos de admisión y seguimiento de sus usuarios.

H. NORMAS A CUMPLIR SOBRE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS

57. La Comunidad tiene claramente enunciados, en documentos, los derechos y responsabilidades de los usuarios y su personal.
58. ID anterior.

59. Debe existir, en documentos y se debe verificar entrevistando a residentes, que no se divulga información confidencial sin el permiso del usuario.
60. Existen documentos (folletos, trípticos etc.) donde se da información escrita a familiares/amigos del usuario acerca del tratamiento que se ofrece, de los riesgos y beneficios esperados y de sus costos.
61. Toda admisión debe ser voluntaria y la permanencia libre de coerción. Este derecho debe estar claramente escrito en la Política de admisión de la Comunidad.
62. Se debe verificar que exista una política claramente documentada de la Comunidad sobre registro fotográfico, vídeo o de audio de actividades donde participan usuarios del programa.
63. No deben existir acciones de modificación de conductas por medios químicos/farmacológicos o de supresión de comidas, sueño, descanso o tratos violentos.
64. Es contrario al espíritu de la admisión voluntaria que la comunidad utilice medios de reclusión física (reclusión en lugares cerrados) o químicos (uso de tranquilizantes mayores no neurolépticos) para retener a una persona cuando su vida no está en peligro.
65. Es contrario a las buenas prácticas el abrir o leer correspondencia enviada a usuarios internos de la CT.
66. El uso de la violencia en cualquiera de sus formas en contra de usuarios está prohibido en la CT; se debe verificar los derechos de visita de usuarios, no deben existir restricciones de visitas a menos que esté establecido en el programa de tratamiento y que éstas no sean contrarias al ejercicio del derecho de una persona de reunirse con sus familiares.
67. La CT no podrá obligar a usuarios a realizar trabajos que no están contemplados en su contrato terapéutico; usuarios podrán efectuar

trabajos fuera de contrato cuando exista acuerdo entre las partes y una remuneración acorde a la dificultad del trabajo a realizar.

I. NORMAS A CUMPLIR SOBRE EL PERSONAL DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

68. Existe una política clara y bien diseñada en relación a contratación de personal donde se defina el perfil, la capacidad técnica y las funciones de cada miembro de la Comunidad.
69. Existe un programa de capacitación, actualización y de desarrollo continuo del personal de la Comunidad.
70. Se debe constatar si el personal de la comunidad responde en su composición a las características de la población usuaria (cantidad de mujeres y hombres, edad, etnia etc.).
71. El evaluador debe constatar que durante el día exista más de una persona en servicio y que durante la noche, en el caso de internaciones, exista la capacidad de responder a situaciones que requieran la presencia de personal de la Comunidad.
72. Se debe constatar a través de entrevistas con miembros del personal si estos reciben supervisión en forma regular.
73. Se debe investigar si la carga de trabajo de cada persona es adecuada y si existen documentos que prueben este hecho.
74. Se debe averiguar si existe una política desde la Dirección Técnica de la Comunidad para cuidar de la salud mental del personal y evitar el fenómeno del estrés laboral.



RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO

PARTICIPANTES

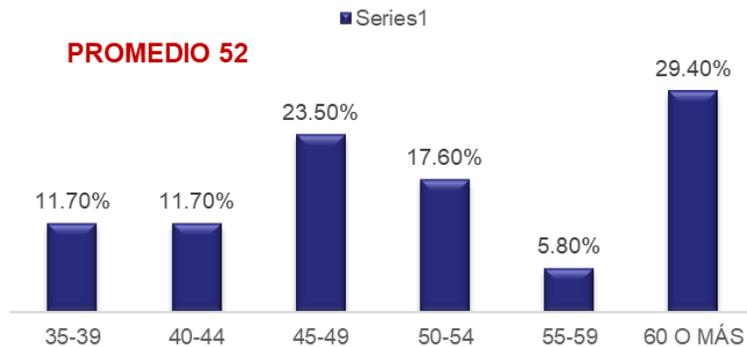
El instrumento de diagnóstico sobre la aplicación de las normas de calidad, se aplicó a 17 Centros de Tratamiento de Ciudad Juárez, Chihuahua:

1. Alcance Victoria de México, A.C.
2. Andaar, A.C.
3. Centro de Rehabilitación para Adictos Proyecto Ave Fénix 2000, A.C.
4. Casa Triunfo de México, A.C.
5. Centro de Asistencia de Social CATAA de Juárez, A.C.
6. Centros de Integración Juvenil, A.C.
7. Centro Integral para Adictos en Recuperación, CIPAAR, A.C.
8. Centro de Rehabilitación Especial Contra Adicciones, Vida Integra, CRECAVI, A.C.
9. Centro de Rehabilitación Integración para Drogadictos y Alcohólicos, CRIDA, A.C.
10. Grupo Juárez 2006, Centro de Rehabilitación, A.C.
11. Renovados en Jesús, A.C.
12. Reto a la Juventud, I.A.P.
13. Segunda Tradición 2008, A.C.
14. Segundo Paso, A.C.
15. Vino, Trigo y Aceite, A.C.
16. Volver a Vivir, A.C.
17. Centro de Restauración Volver a Volar, A.C.

PERFIL DE LOS DIRECTIVOS DE LOS CT

El promedio de edad de los directores o responsables de los Centros de Tratamiento, CT, es de 52 años. Sin embargo, es de notar que el mayor grupo se concentra en un rango de 60 años o más. Este dato es interesante pues nos hace pensar en una hipótesis de cambio generacional en este grupo, información que fue corroborada durante las entrevistas.

GRUPOS DE EDAD



Al respecto, es notable la diferencia sobre cómo conciben el programa los directivos de mayor edad y los directores más jóvenes, pues los primeros consideran su propia experiencia de tratamiento como exigente, coercitiva y “ruda”, mientras para los nuevos consejeros es necesario incorporar nuevas técnicas terapéuticas.

En cuanto al nivel de estudios de los directivos, Ciudad Juárez está por arriba del estándar nacional (secundaria) y el mayor porcentaje está en nivel preparatoria (29%).

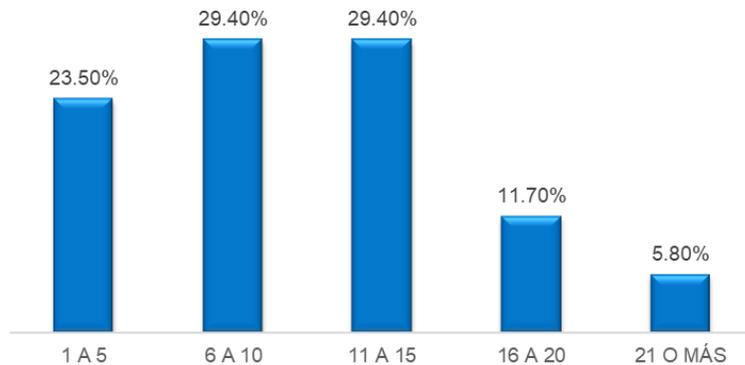


En este caso, el fortalecimiento tendría como meta elevar el nivel actual de formación y que el 23% de primaria curse la secundaria; el 12% de secundaria curse la preparatoria; y el 29% que tienen la preparatoria curse una carrera de Técnico Superior Universitario en Consejería Terapéutica de Adicciones.

El tiempo promedio de experiencia laboral de los directivos es de 11 años. Este dato es importante pues nos muestra que el modelo de ayuda mutua es una referencia común en este grupo, que se han podido mantener en la abstinencia en el consumo y que pueden consolidar los conocimientos adquiridos a través de la experiencia con procesos formativos. Sumar la teoría a la práctica.

Por otro lado, es importante proporcionar acompañamiento técnico a los directivos de menor experiencia o reciente ingreso.

AÑOS DE EXPERIENCIA



El papel de los consejeros, como nuevos cuadros operativos, es clave para la definición de este relevo generacional y una oportunidad de instrumentar cambios para el fortalecimiento de los modelos de atención.

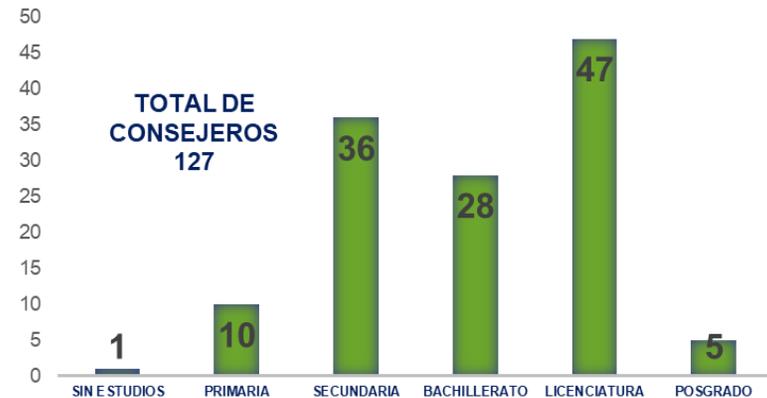
PERFIL DE LOS CONSEJEROS

La escolaridad en el grupo de consejeros es particular pues el mayor porcentaje cuenta con licenciatura, caso inédito en el país. Sin embargo, éstos se concentran en un grupo de 5 organizaciones y varias no cuentan con ningún profesional en sus equipos.

Bajo la misma lógica que en los directivos, la estrategia de fortalecimiento debe establecer como meta que el 10% que tiene

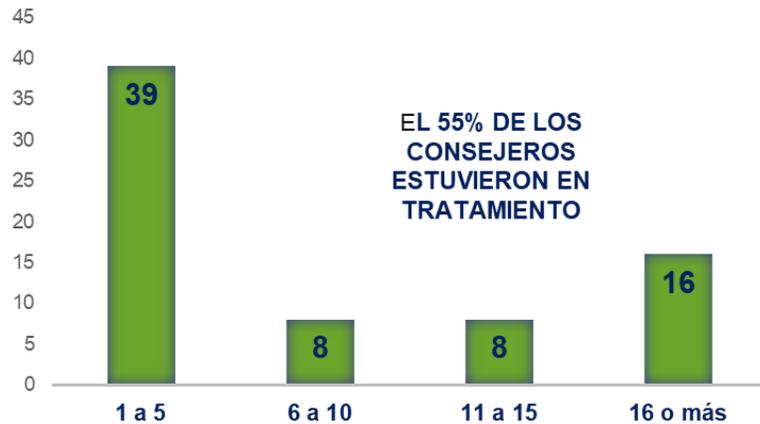
primaria curse la secundaria, el 36% que tiene secundaria curse la preparatoria y que el 28% con preparatoria curse la carrera de Técnico Superior Universitario en Consejería Terapéutica en Adicciones.

ESCOLARIDAD



El 55% de los consejeros estuvieron en tratamiento, lo que nos permite pensar en la conformación de equipos mixtos de profesionales y no profesionales. Las buenas prácticas nos sugieren una mayor eficacia de los equipos mixtos pues, por un lado, logran recuperar el conocimiento oral transmitido de generación en generación sobre los procesos de rehabilitación y la ayuda mutua y, por el otro, es posible incorporar nuevos conocimientos y técnicas psicoterapéuticas, necesarias para la consolidación del modelo de atención.

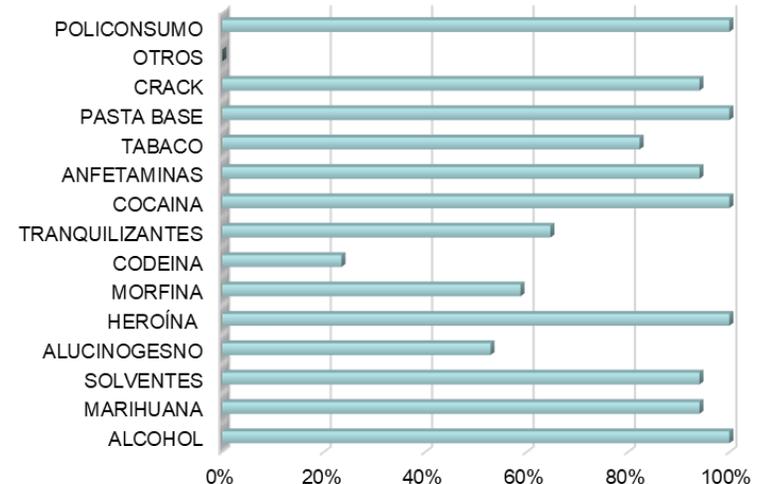
TIEMPO DE EGRESO DEL TX



DROGAS DE CONSUMO Y SERVICIOS DE TRATAMIENTO

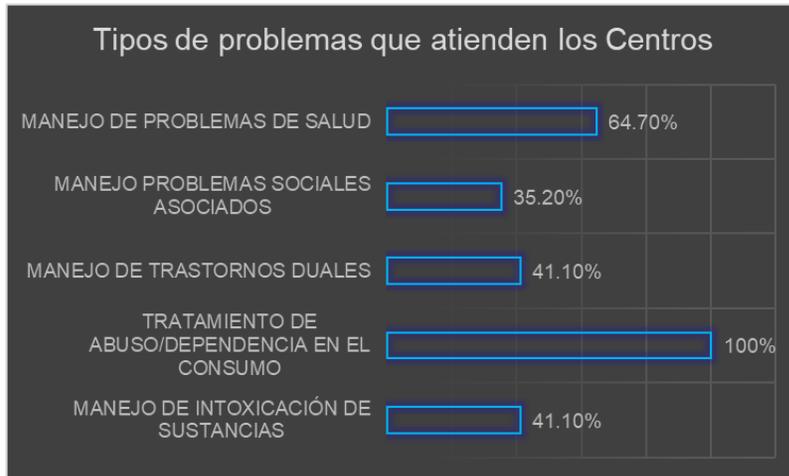
La droga de mayor consumo en el país es la marihuana y la droga de impacto predominante ha sido la cocaína base. Sin embargo, en los últimos años aparece también el cristal (metanfetamina) como principal droga de impacto. Aunque esta información se refiere más a las características de la oferta y el mercado, tenemos más precisión del impacto del consumo en los grupos de jóvenes, principalmente. Así también, podemos observar que los usuarios de drogas mantienen la característica de ser en su mayoría policonsumidores. La información anterior es importante pues nos habla de las múltiples reacciones y consecuencias del consumo, así como las estrategias de intervención propias del tratamiento.

Tipo de sustancias que consumen los usuarios en tratamiento



En cuanto a los problemas que atienden los CT, el 100% tiene identificado que su principal servicio es el tratamiento del abuso/dependencia, en modalidad residencial para la mayoría de los casos y, en menor medida, la opción ambulatoria. Es importante notar que la dependencia se concibe también como un problema de salud (64%) y permite definirla como un trastorno que puede ser atendido y lograr cambios importantes para la persona. Una idea compartida, consiste en que el problema de dependencia, le subyace un problema emocional, el cual representa el foco del tratamiento. El problema no es la droga, es la persona.

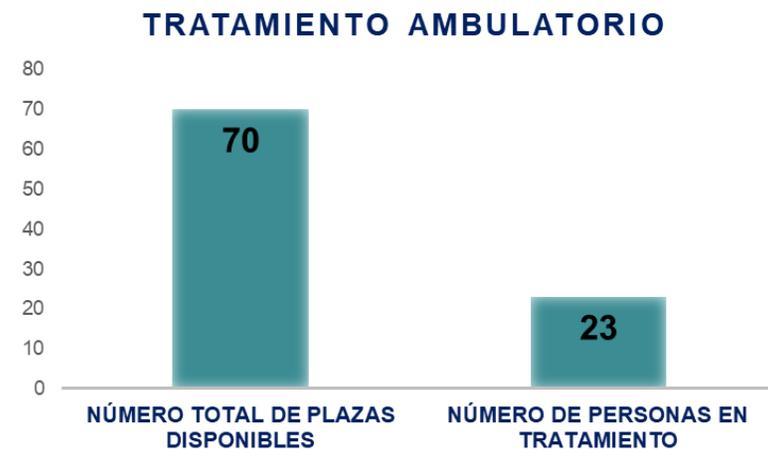
En años anteriores, los CT proporcionaban el servicio de desintoxicación y en la actualidad, este servicio lo reservan para los servicios médicos.



Otro dato interesante está relacionado con los trastornos duales. Antes de la creación de la NOM 028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones en 1999, no existía una regulación del funcionamiento de los CT. Conforme se han supervisado, aparece como la principal área de oportunidad pues declaran un desconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica y cómo atenderla. Una forma de suplir este desconocimiento ha sido incorporar el servicio médico en el tratamiento.

COBERTURA DE ATENCIÓN

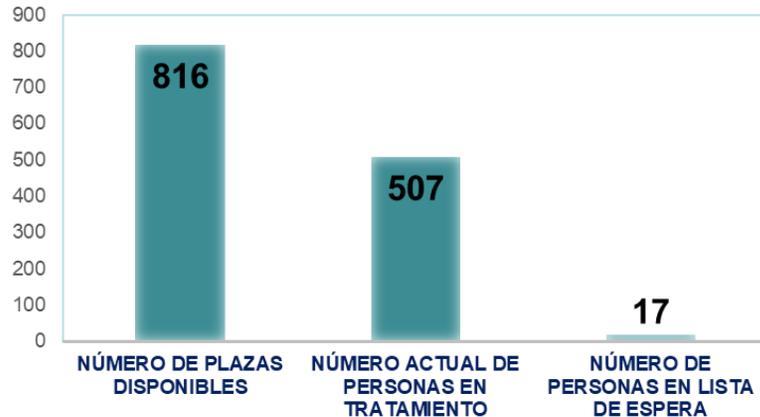
Los CT tienen como principal opción de tratamiento la modalidad residencial. Muy pocas organizaciones cuentan con servicios ambulatorios necesarios para los casos no severos y recomendables para adolescentes.



Entonces, la mirada de los CT contempla como principal opción el internamiento, pero también, los solicitantes del servicio llegan en busca de un tratamiento residencial, a pesar que en algunos casos sería recomendable un tratamiento ambulatorio. Es importante impulsar la creación de esta modalidad como alternativa para las personas que pueden controlar la abstinencia, cuentan con apoyo de la familia y pueden mantener su permanencia en la escuela o una actividad laboral.

Los 17 CT entrevistadas tienen una cobertura de atención de 816 lugares o plazas para el tratamiento residencial.

TRATAMIENTO RESIDENCIAL



Esta cobertura de atención puede proporcionar el servicio de tratamiento a la tercera parte de la población que lo solicita en Ciudad Juárez. Es importante mencionar que, de acuerdo a las tendencias internacionales, solo el 15% del total de personas que cumplen con los criterios de abuso/dependencia, acude a un servicio de tratamiento.

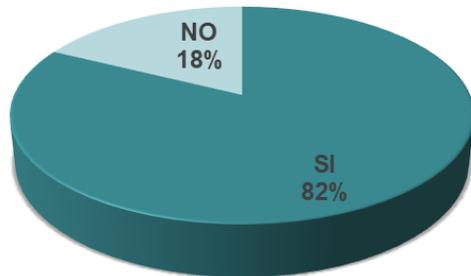
Por esta razón, es necesario que la infraestructura existente este calificada para dar un servicio adecuado (15%) y promover la construcción de modelos de base comunitaria para intervenir desde los propios contextos de vida de los usuarios (85%).



1. Normas a cumplir sobre aspectos legales, infraestructura y organización.

El 82% de los CT están registrados³ en la Comisión Estatal de Atención a las Adicciones, CEAADIC, y también cuentan con el reconocimiento del Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, del Gobierno Federal.

¿El establecimiento esta autorizado a funcionar por la autoridad competente?



Este alto porcentaje revela un acompañamiento constante por parte de los responsables del CEAADIC en el Municipio pues a nivel nacional este indicador disminuye considerablemente.

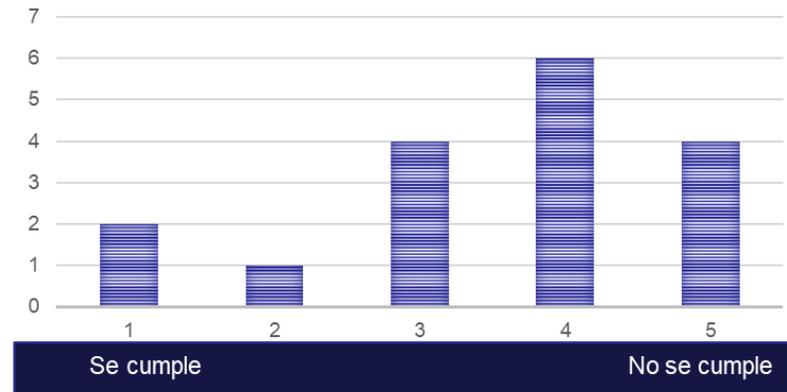
Los CT son convocados mensualmente por el CEAADIC para discutir las áreas de oportunidad detectadas en las supervisiones e implementar cursos de capacitación en los diversos temas

³ Así esta denominado el procedimiento de aprobación por parte del CEAADIC e implica el cumplimiento de la normatividad establecida en la NOM 028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

relacionados con los modelos de atención y aplicación de la normatividad.

La infraestructura de los CT representa la principal área de oportunidad para el fortalecimiento de los modelos de atención. Es importante mencionar que ha sido la sociedad civil quienes han dado respuesta a este problema social, sin contar con los recursos y el apoyo técnico necesario. Sin duda, es fundamental que estas iniciativas de sociedad civil cuenten con el respaldo y apoyo del Estado, en sus tres niveles de gobierno, pero también de la colaboración de la academia, el sector privado y otros actores sociales estratégicos. Solo bajo este enfoque de colaboración y trabajo coordinado es posible transformar la actual infraestructura de tratamiento.

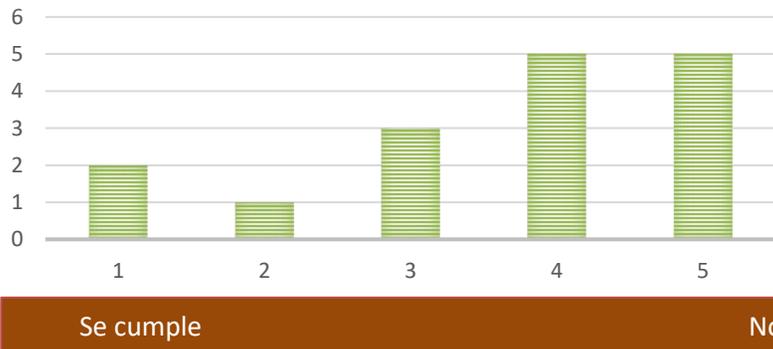
¿EL AMBIENTE FISICO GARANTIZA LA SEGURIDAD DEL USUARIO?



Los CT han cumplido las prescripciones de protección civil establecidas en la normatividad para obtener el registro ante las autoridades locales. Sin embargo, la infraestructura sigue siendo un área de oportunidad que hay que mejorar.

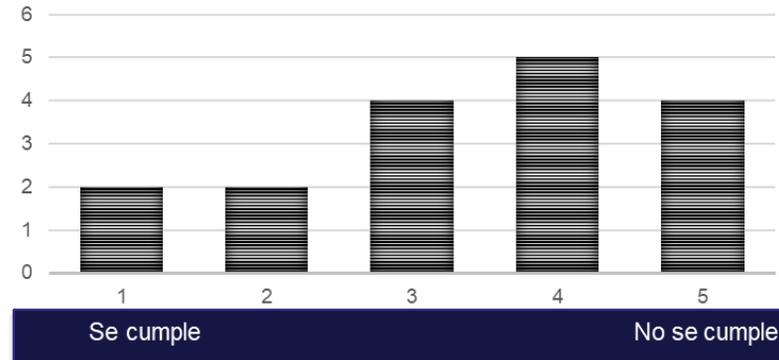
En particular, los dormitorios al ser espacios colectivos con decenas de camas, requieren de una iluminación óptima y ventilación adecuada. Es muy importante evitar el hacinamiento y crear un espacio confortable que favorezca el proceso terapéutico y proporcione un trato digno a los usuarios.

¿EL USUARIO CUENTA CON UN DORMITORIO ADECUADO QUE CUMPLA LAS REGLAS HOSPITALARIAS?



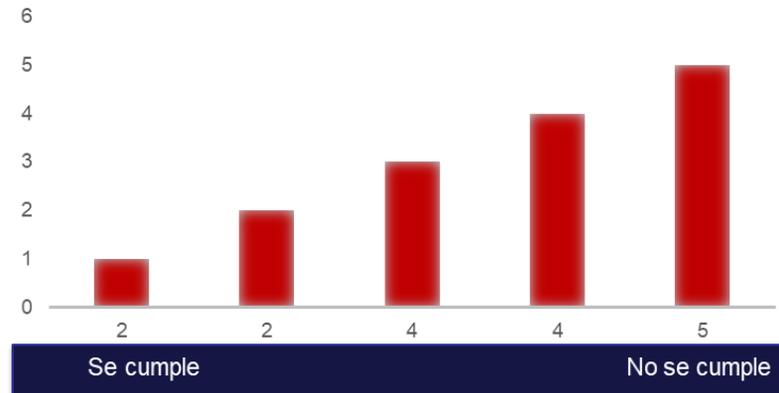
En general, el programa requiere que los espacios sean adecuados para el desarrollo del programa: contar con áreas verdes, jardines, bibliotecas, cocina, dormitorios, sala de usos múltiples, consultorios, primeros auxilios, patio, entre otros.

¿LOS USUARIOS CUENTAN CON ESPACIOS ADECUADOS PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA?

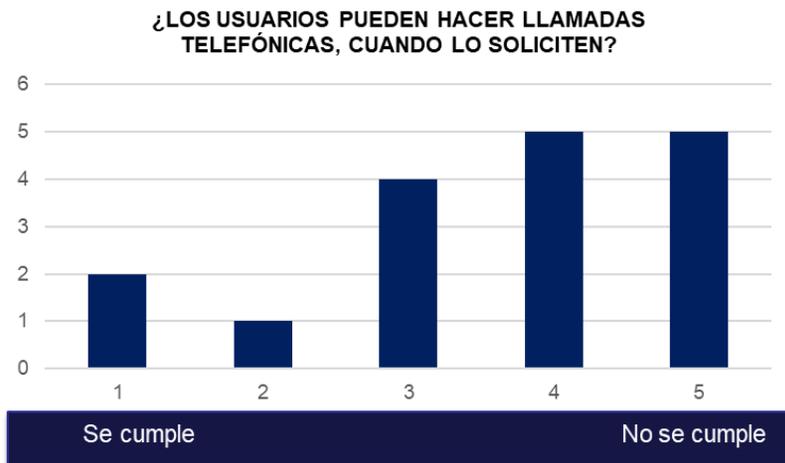


El programa requiere de una distribución espacial adecuada para las diferentes actividades del programa y las actividades recreativas son necesarias pues permiten diversificar el tipo de relaciones en la comunidad.

¿LOS USUARIOS TIENEN ACCESO A ÁREAS RECREATIVAS?

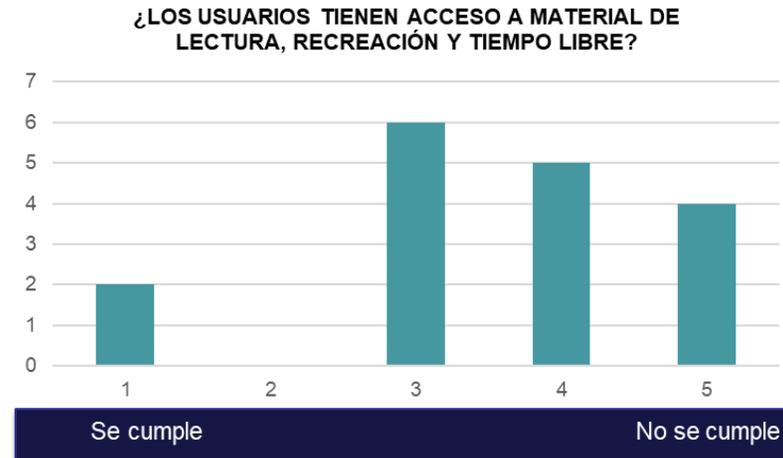


La aplicación de esta norma sobre las llamadas es un área de oportunidad. El ingreso al tratamiento no debe ser coercitivo y el usuario debe tener acceso a llamadas telefónicas cuando lo solicite. El mismo tratamiento debe considerar que existe una resistencia al cambio y que las intervenciones terapéuticas deben de apuntar en disminuirlas. Este tema debe incluir la posibilidad y derecho del usuario de la llamada telefónica.

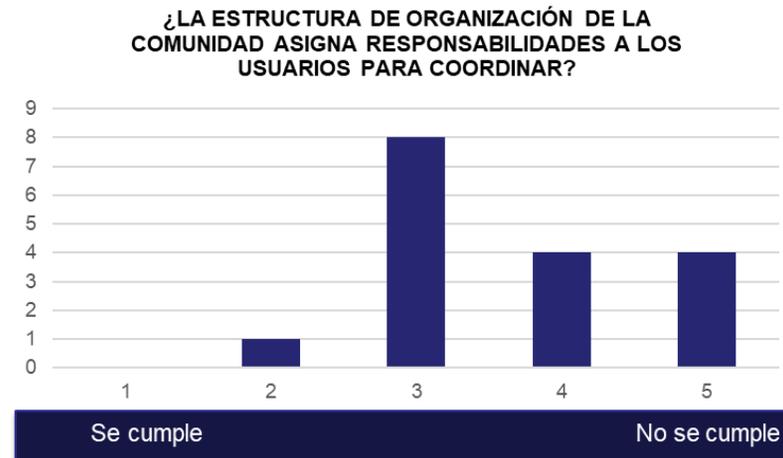


El objetivo del tratamiento es el cambio psicológico y modificaciones en el estilo de vida, es decir, habilidades para la reinserción laboral, reincorporación al estudio y otras formas de participación social.

La mayoría de los CT proporcionan material de lectura, recreación y tiempo libre a los usuarios y con una acción de mejora, es posible que esta norma sea una fortaleza en el modelo de atención.



La estructura de organización incluye a los usuarios en la coordinación del programa de actividades. Sin embargo, es posible mejorar esta norma, haciéndolos participes en la toma de decisiones para fortalecer los procesos participativos.

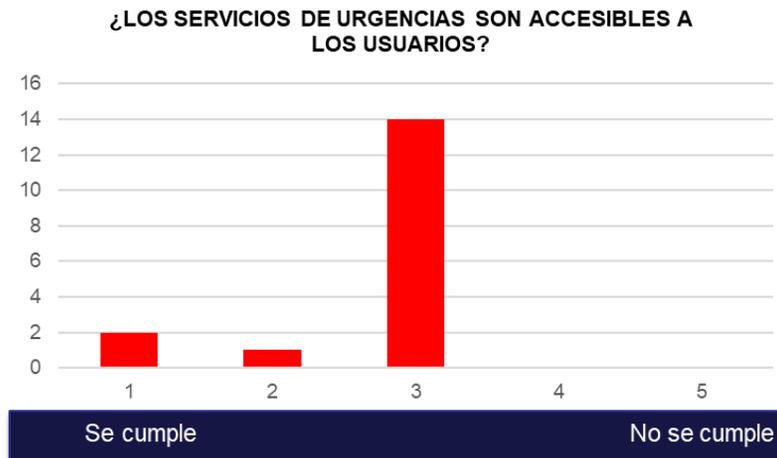


Hay evidencia de una estandarización de los CT para proporcionar primeros auxilios a los usuarios, han recibido entrenamiento y manejan un directorio de servicios médicos de urgencias. Esta acción de mejora ha sido promovida desde el CEAADIC.

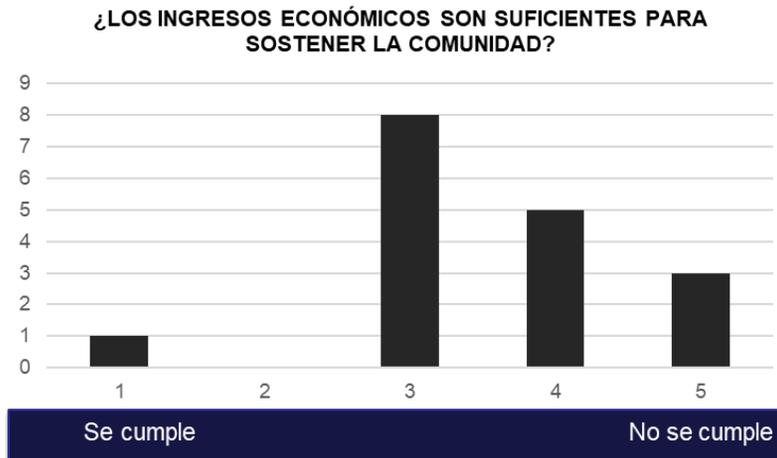


Sin embargo, es necesario elaborar mapas de riesgo y contar con protocolos para atender emergencias como riñas, intento de suicidio, intoxicación, entre otros.

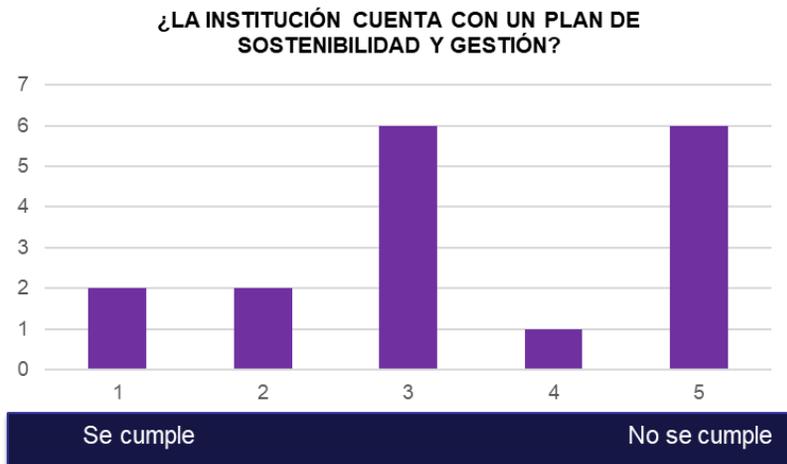
Estos protocolos deben ser incluidos en los manuales de procedimientos y ser una referencia escrita para los equipos que conducen el tratamiento.



Los ingresos económicos no son suficientes para cubrir las necesidades del programa. Aunque alcanza para cubrir las necesidades básicas de alimentación, no permiten mejorar la infraestructura o cubrir salarios de profesionales.



Un plan de sostenibilidad es un área de mejora. Es importante que este plan considere mejoras a la infraestructura, contratación de profesionales, creación de otras áreas de tratamiento y ampliación del tiempo de recuperación.



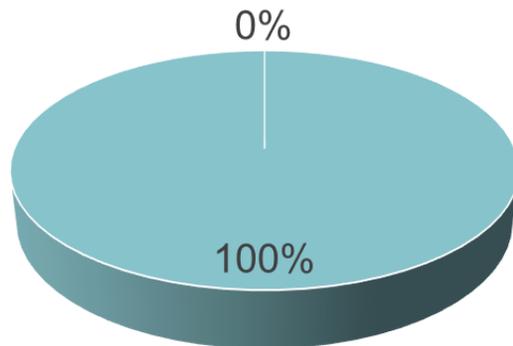
El plan de sostenibilidad puede considerar entre los ingresos, el pago del usuario del tratamiento, las aportaciones del Estado, una mayor participación del sector privado, colaboración técnica de las universidades y apoyos internacionales, entre otros.



2. Normas a cumplir sobre el ingreso y criterios de admisión

El 100% de los CT cumplen con criterios establecidos y escritos sobre el perfil de los usuarios. De manera particular, que cumplan con los criterios de abuso/ dependencia. Otros criterios están relacionados con el sexo y hay servicios exclusivos para hombres o para mujeres, así como por rango de edad.

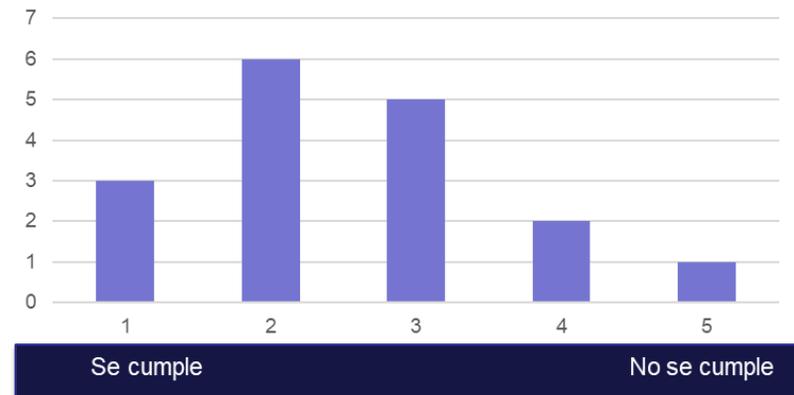
LA INSTITUCIÓN DEFINE LOS CRITERIOS DE ADMISIÓN Y PERFIL DE USUARIOS



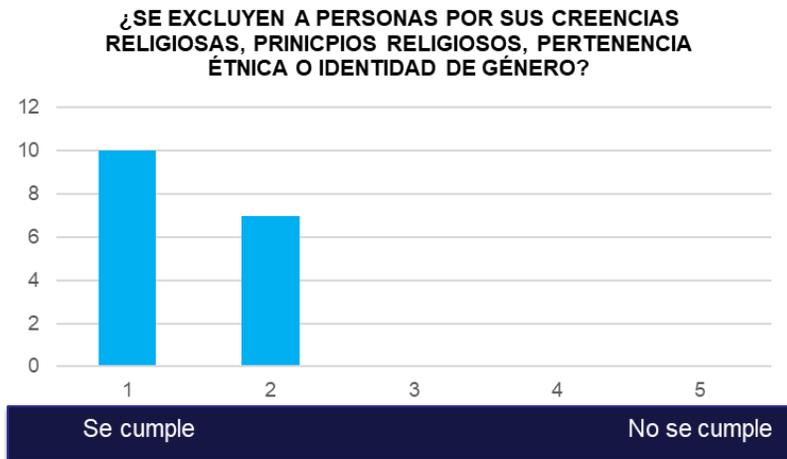
Cuando los usuarios se encuentran intoxicados o muestran otro tipo de problemas psiquiátricos, son derivados a otros servicios. Para ello, todos los CT cuentan con una guía de referencia y un directorio de instituciones. Sin embargo, para mejorar este sistema de referencia sería importante incorporar un profesional para determinar el servicio más adecuado para la condición del usuario. En la red de CT existen

los recursos humanos calificados para realizar este diagnóstico y es posible instalar un servicio de red para este propósito.

¿EXISTEN PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA?

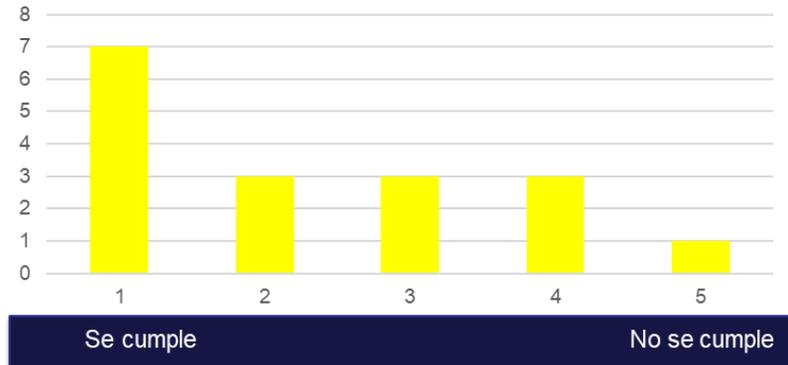


Esta norma es una fortaleza de los CT. Hay un criterio estandarizado para no excluir de los servicios a personas por creencias religiosas, pertenencia étnica o identidad de género.



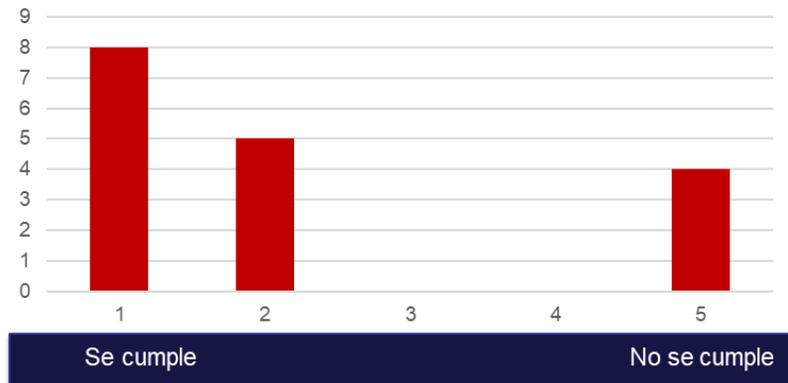
La aplicación de la norma de ingreso es una fortaleza de los CT. El ingreso es voluntario. Sin embargo, en forma general existe una presión coercitiva de los familiares para el ingreso del usuario. En estos casos, debe de existir una prescripción medica que indique el tratamiento y una autorización de un familiar o tutor. Es posible mejorar la aplicación de esta norma y establecer, como parte del proceso, una etapa de inducción y sensibilización para reconocer la necesidad e importancia del inicio del tratamiento, así como asumir la responsabilidad en el problema.

¿EL INGRESO ES VOLUNTARIO Y SOLO OBLIGATORIO BAJO LA PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO Y AUTORIZACIÓN DE UN FAMILIAR?

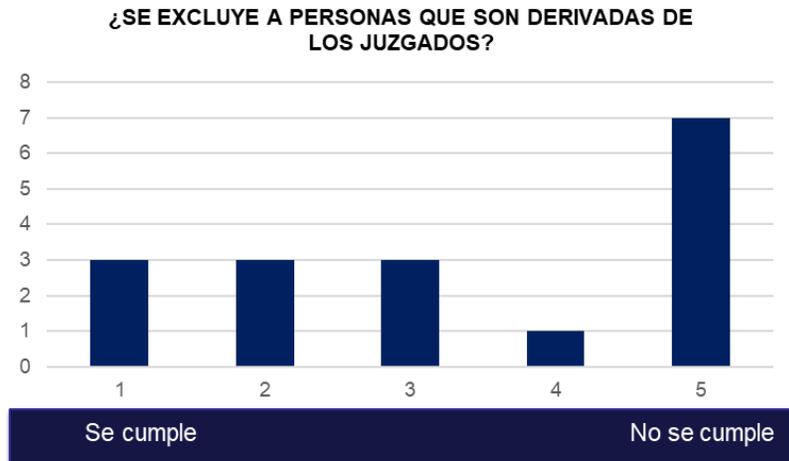


El ser portador de VIH no excluye al usuario de tener acceso al servicio de tratamiento. Aunque hay casos en que la organización no cuenta con el apoyo de los servicios médicos y optan por derivarlos a otros servicios.

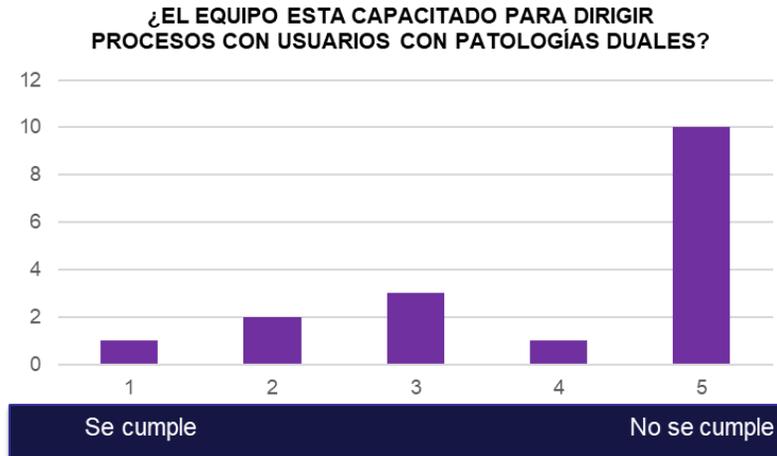
¿SE EXCLUYEN A PERSONAS POR SER PORTADORAS DE VIH?



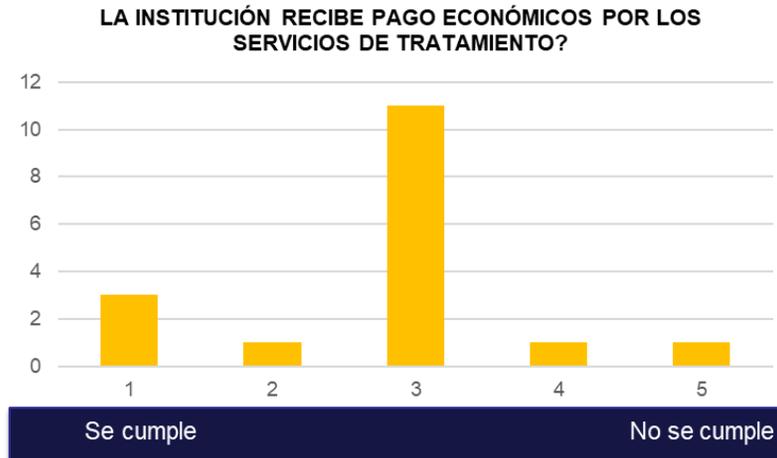
Algunos CT han sido seleccionados para atender a las personas referenciadas de los juzgados. Para ello se han elegido las organizaciones más solidas en su infraestructura y capacidad técnica.



La aplicación de la norma para atender casos con patología dual es una de las principales áreas de oportunidad. En la mayoría de los CT no existe la capacidad elaborar diagnósticos de trastorno de la personalidad, en particular, los trastornos límite o borderline, así como tampoco un plan de tratamiento que pueda ser monitoreado y evaluado. Para cumplir con esta norma, es necesario contar con los servicios de un psicoterapeuta calificado e incorporarlos a los equipos mixtos o servicios de la Red.

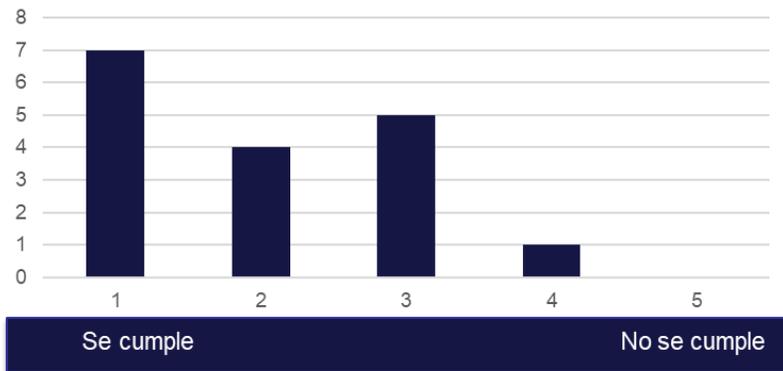


Los CT de tratamiento reciben un pago simbólico por los servicios de tratamiento proporcionado, por lo tanto, es un área de oportunidad. Es necesario elevar la calidad de los modelos de atención y buscar cubrir los costos con un plan de sostenibilidad.



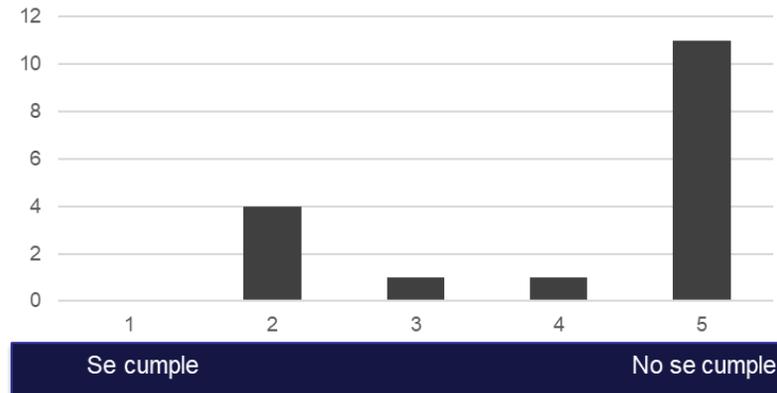
La aplicación de esta norma de trabajo en Red es una fortaleza de los CT. El CEAADIC es la instancia Estatal encargada de supervisar a los establecimientos de tratamiento y realiza reuniones mensuales para impulsar acciones de mejora, así como cursos de capacitación.

¿LA INSTITUCIÓN TRABAJA EN COORDINACIÓN CON EL CECA O EN RED CON OTRAS ORGANIZACIONES SOCIALES O PRIVADAS?



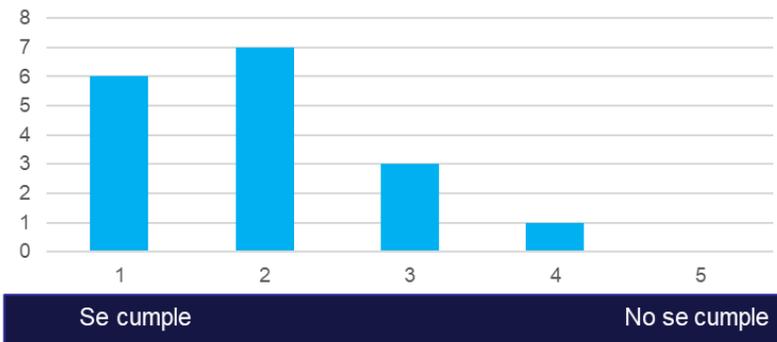
La aplicación de la norma de admisión para personas que trabajan o estudian es un área de oportunidad. En el tratamiento con adolescentes, es necesario contar con la opción del tratamiento ambulatorio, sobre todo para quienes no tienen una patología grave. Es necesario hacer diagnósticos diferenciales y prescribir tratamientos residenciales para los casos más severos, pero privilegiar el tratamiento ambulatorio para adolescentes.

¿LA INSTITUCIÓN ADMITE PERSONAS EN TRATAMIENTO QUE ESTUDIAN O TRABAJAN?



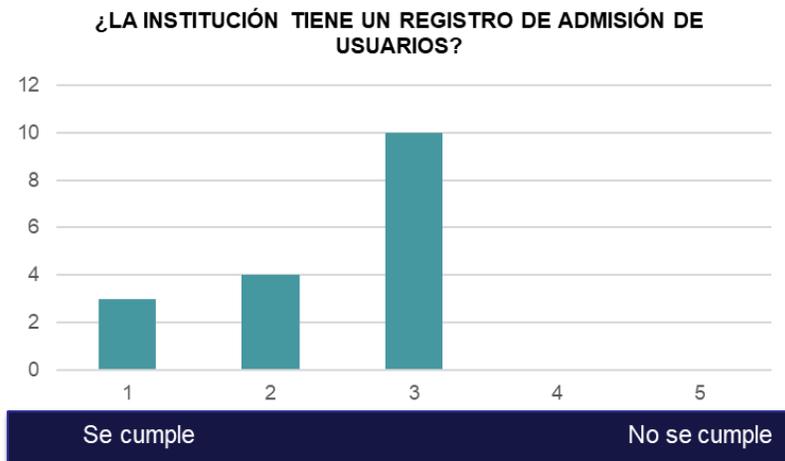
La aplicación de esta norma sobre el ingreso es una fortaleza. Todos los usuarios firman un consentimiento informado que contiene las principales indicaciones del programa, tiempo de duración y costos.

¿AL INGRESO, SE ASEGURA QUE EL USUARIO COMPRENDA LA NATURALEZA DEL TRATAMIENTO, LAS NORMAS Y SANCIONES, DERECHOS Y OBLIGACIONES, Y COSTOS?



3. Normas a cumplir sobre el registro de la información

La aplicación de esta norma es una fortaleza y el 100% de los CT cuentan con un registro de admisión de los usuarios. Sin embargo, es posible mejorar este registro con una base de datos más amplia que incluya los perfiles de los usuarios, los principales problemas presentados y los servicios proporcionados para el tratamiento.

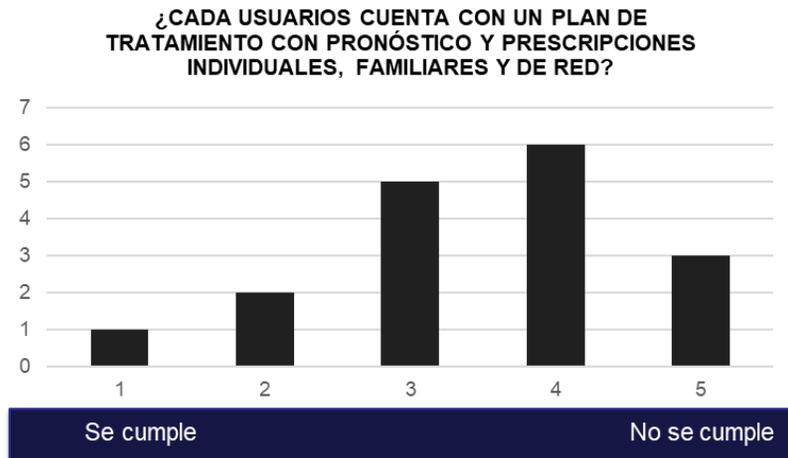


Todos los usuarios que ingresan al tratamiento cuentan con un expediente y documentos requeridos. Sin embargo, es importante incorporar las historias clínicas y usos de instrumentos de diagnóstico como el DSMV para el diagnóstico de los trastornos límite de personalidad, cuya prevalencia es alta.

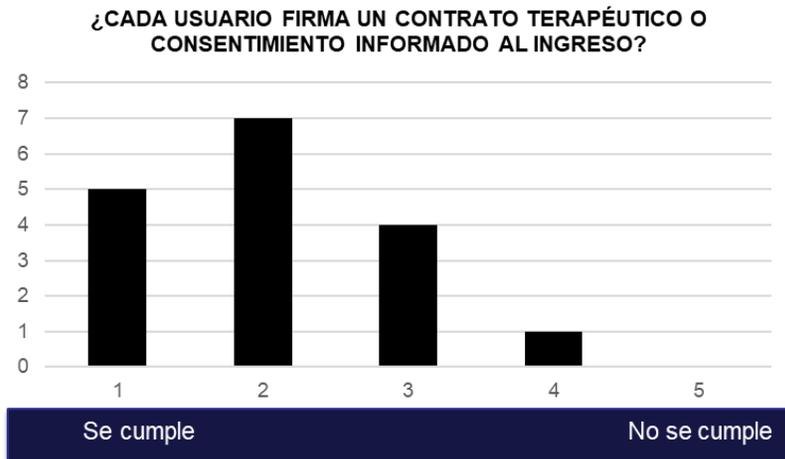
Otra información necesaria para un diagnóstico integral es sobre el sistema familiar y la red de pertenencia del usuario.



Bajo esta misma lógica, esta área de oportunidad requiere elaborar planes de tratamiento que incluyan desde lo individual, familiar y de red social de pertenencia.



La aplicación de esta norma es una fortaleza. El consentimiento informado contiene información muy general de tratamiento y no se desglosan objetivos específicos y acciones. Entonces para mejorar este procedimiento es necesario detallar todas las acciones del programa y las responsabilidades de los familiares en el proceso.

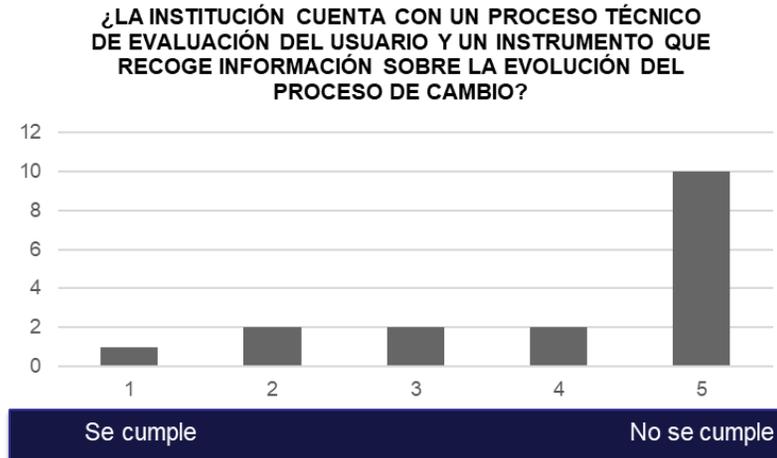


El tratamiento familiar es un área de oportunidad en los modelos de atención de los CT. Las familias son informadas del tratamiento del usuario, pero no existe un tratamiento para las familias ni actividades exclusivas para tender sus problemas.

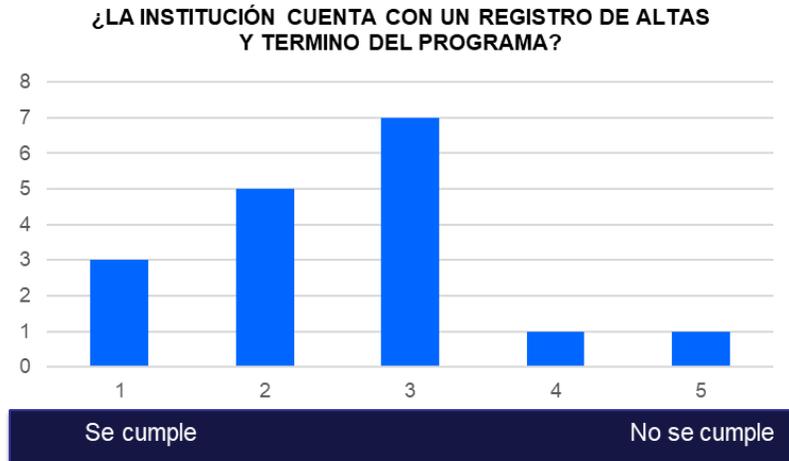
El tema de los derechos del usuario es una fortaleza de los CT y cuentan con información y carteles ilustrativos, así como las obligaciones y reglamento interno.



La evaluación del proceso de tratamiento es una de las principales áreas de oportunidad que hay que mejorar. La principal referencia para determinar la conclusión del tratamiento es el tiempo, sin existir otro tipo de indicadores.



Todos los CT cuentan con el registro de altas y termino del programa. Para mejorar la aplicación de esta norma, es necesario establecer indicadores de proceso, resultado y de impacto, los cuales no existen.



Como sucede en todo el país, la mayoría de los servicios de tratamiento no cuentan con evaluaciones de impacto, por lo que es otra área de oportunidad importante. Desde hace varias décadas se han establecido 3 indicadores para medir el impacto de tratamiento, 5 años después de concluido el programa, y son la abstinencia, la no comisión de delitos y tener empleo.

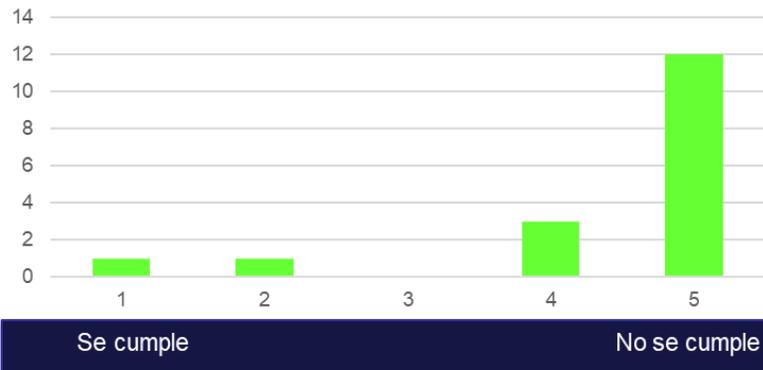
Además, estos indicadores, es posible complementar la evaluación con indicadores referentes a la relación de pareja, reincorporación escolar, participación social, uso del tiempo libre y actividades artístico culturales.



4. Normas a cumplir sobre los procesos de evaluación

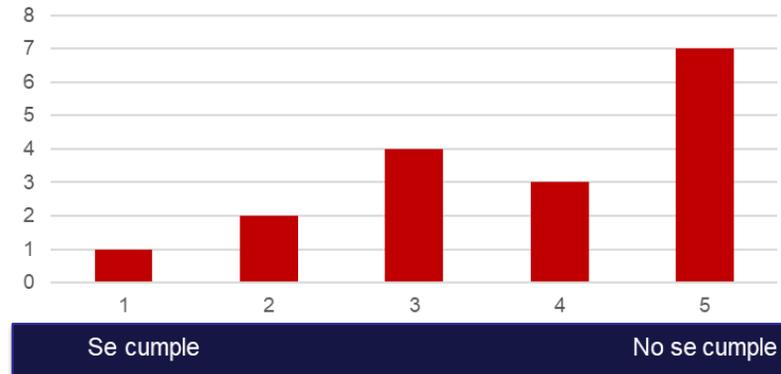
Las reuniones técnicas de equipo es otra de las principales áreas de oportunidad. Podríamos decir que las reuniones de equipo representan el procedimiento técnico más importante para tomar las principales decisiones sobre el tratamiento: revisar la historia clínica, determinar los diagnósticos y decidir el ingreso, elaborar como equipo multidisciplinario el plan de intervención, evaluar la evolución del tratamiento y decidir el alta, si es que se han cumplido los objetivos. La mayoría de los equipos no cuentan con este procedimiento técnico.

¿EL EQUIPO REALIZA REUNIONES PARA EVALUAR DIAGNÓSTICO Y DISEÑAR PLAN DE TRATAMIENTO, ASÍ COMO SU REGISTRO ?



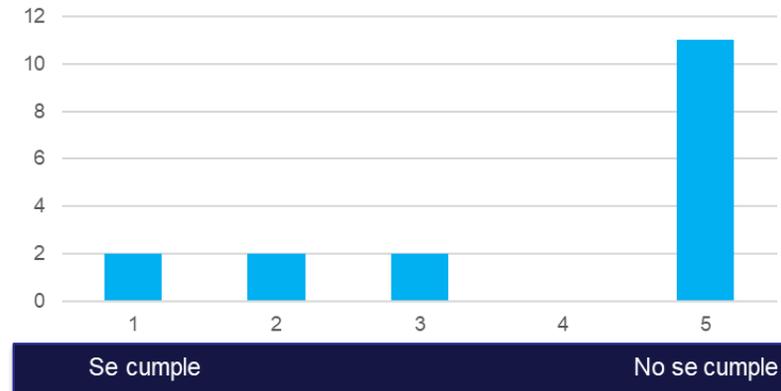
La evaluación del tratamiento es otra de las áreas de oportunidad. Si no se cuenta con las reuniones de equipo técnico, no hay posibilidad de una evaluación del proceso ni una lectura multidisciplinaria de los casos y, por consecuencia, no se consideran los aspectos psicológicos, psiquiátricos, familiares y de red social.

¿LA EVALUACIÓN CONSIDERA ASPECTOS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS, FAMILIARES Y DE RED SOCIAL, ASÍ COMO LA INTERVENCIÓN?



Utilizar el CIE10 o DSMV es otra área de oportunidad. Sin duda con la falta de aplicación de estas tres normas, identificamos los procesos sustantivos a nivel de método que hay que instalar en los CT.

¿UTILIZA SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA (DSMV O CIE10)?



La evaluación de impacto un área de oportunidad pues no es implementada en ningún CT. No hay seguimiento de casos luego de concluir el programa. Es importante incorporar la teoría de cambio en los modelos de atención y diseñar una matriz de indicadores de proceso, resultado e impacto. En otros términos, hay que crear un mecanismo de monitoreo y evaluación para la Red de CT.



Otro dato relevante sobre la aplicación de las normas de calidad, es el tiempo, actividades y evaluación del programa. Resulta completamente imposible evaluar la eficacia de un programa de tratamiento que dura solo tres meses. Lo único que se podría evaluar es un proceso de control de la abstinencia, pero no de indicadores de cambio psicológico. Las evaluaciones de las comunidades terapéuticas en Estados Unidos y Europa, señalan que los cambios significativos en los tratamientos ocurren a partir de los 6 meses. Otto Kernberg, por su parte, en la evaluación del tratamiento de paciente

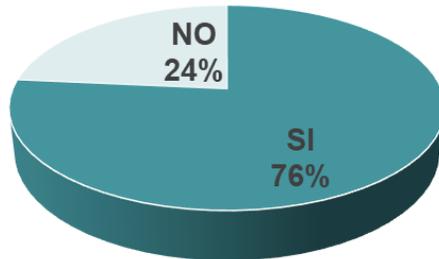
borderline, encontró el mismo resultado de cambios en el tratamiento después de los 6 meses. Estas observaciones, nos planean la necesidad de considerar ampliar el tiempo del tratamiento y diseñar indicadores de evaluación para fortalecer los modelos de atención.



5. Normas a cumplir sobre el tratamiento

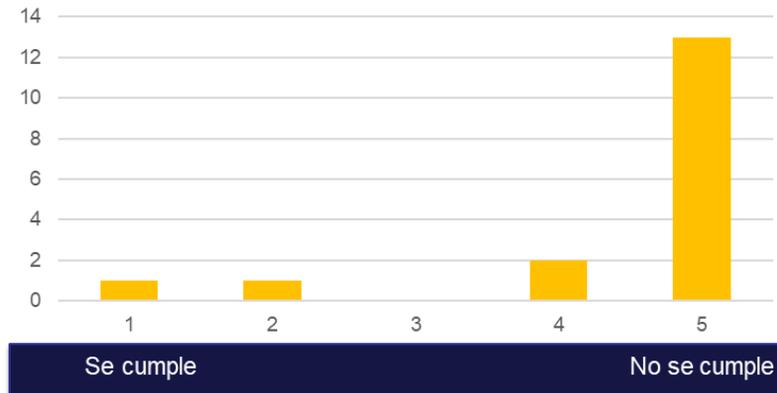
Un gran avance de los CT es contar con expedientes y recopilar información sobre aspectos médicos y psicológicos del usuario. Sin embargo, esta área puede ser reforzada de manera importante de la siguiente manera: crear un formato de historias clínicas que conjunte la información del usuario, realizar un diagnóstico familiar y de red social, para determinar el plan de tratamiento correspondiente.

¿EXISTEN PLANES DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL QUE CONSIDERAN LAS DROGAS DE IMPACTO, SEVERIDAD, TRASTORNOS FISICOS Y PSICOLÓGICOS, ASÍ COMO LA RED FAMILIAR Y SOCIAL?



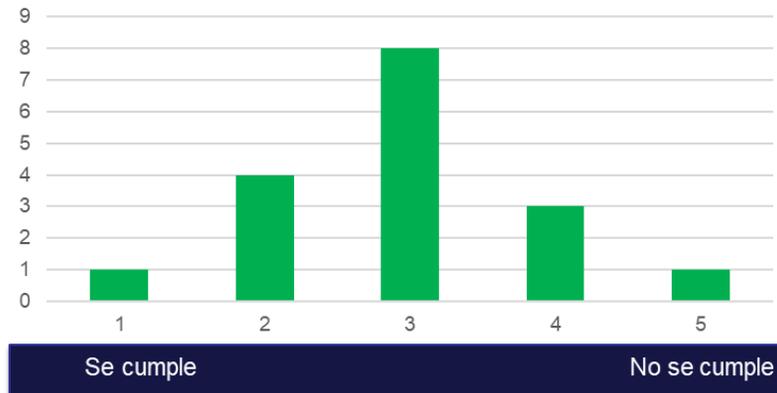
Evaluar los objetivos del plan de tratamiento es un área de oportunidad. Y, tenemos, por un lado, los objetivos generales de cambio psicológico y modificaciones al estilo de vida y, por otro, los objetivos particulares de cada usuario. Las reuniones de equipo técnico o juntas clínicas de evaluación, son el principal recurso técnico para medir los resultados del programa.

¿LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO SON EVALUADOS PERIODICAMENTE?

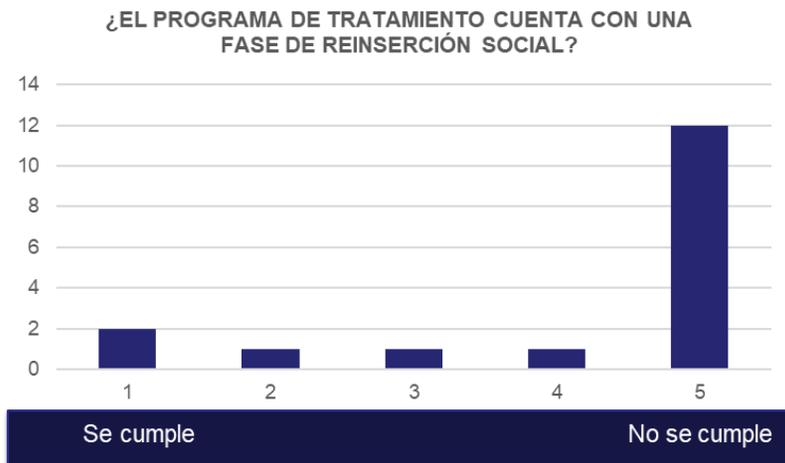


Esta norma se aplica en casi todos los CT. Pero es una norma a la que hay que regresar a revisar después de promover modificaciones sustantivas a los modelos de atención.

¿EXISTE UN MANUAL OPERATIVO O DE PROCEDIMIENTOS?

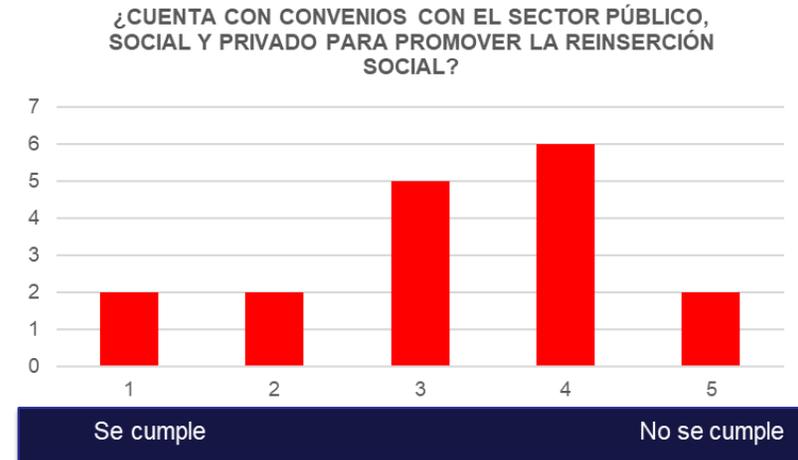


Otras de las principales áreas de oportunidad detectadas, consiste en el diseño e implementación del área de reinserción social de los usuarios, como última fase del programa de tratamiento. El corto tiempo del tratamiento, la falta de evaluación y la carencia de un programa de separación gradual del programa y acompañamiento, ponen en alto riesgo el éxito de programa.

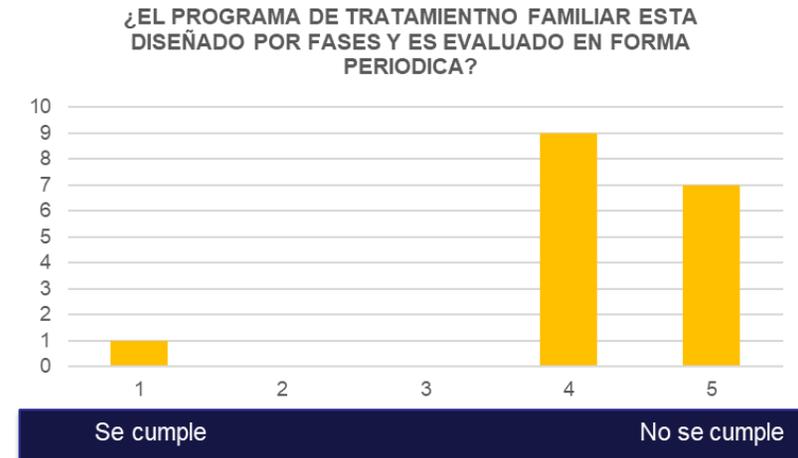


Los CT cuentan con alianzas estratégicas con instancias públicas, como con el sector privado, sin embargo, es necesario orientar estas alianzas hacia el fortalecimiento de los modelos de atención.

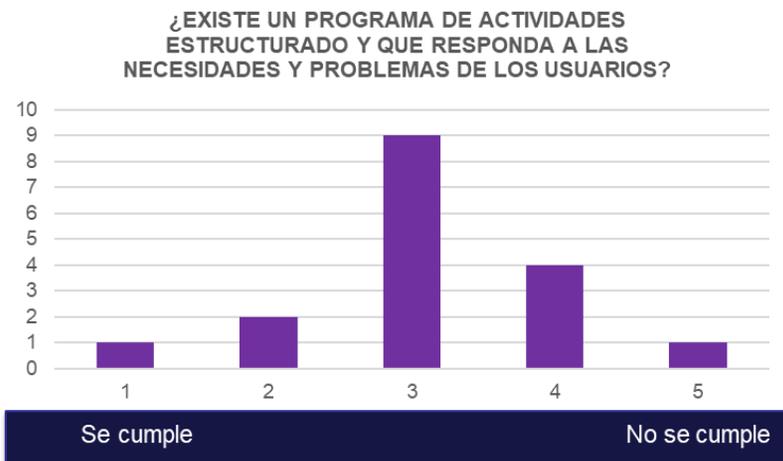
Entonces se debe de tratar de alianzas que promuevan el mejoramiento de la infraestructura, la capacitación de los equipos técnicos, la asistencia técnica de la academia para realizar diagnóstico y planes de tratamiento con base en evidencia, entre otros.



La carencia de un programa de tratamiento familiar es otras de las grandes áreas de oportunidad. Se podría decir que el éxito del tratamiento depende un 50% de cambios en el sistema familiar.

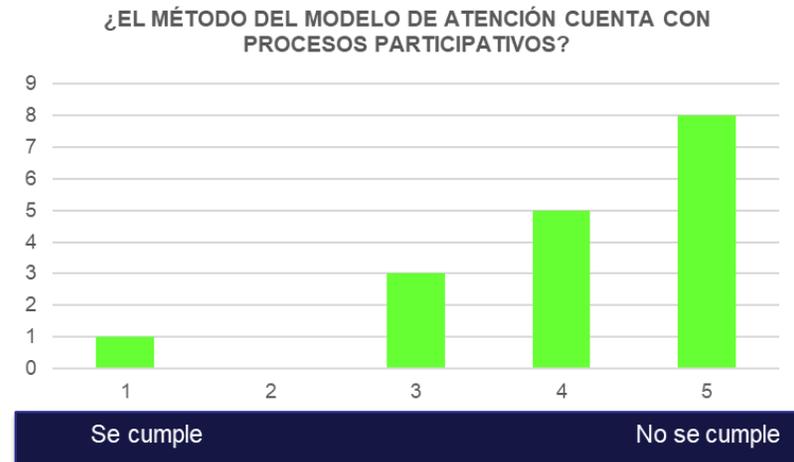


Los CT cuentan con un programa estructurado pero que responde parcialmente a las necesidades del usuario. Con acciones a corto plazo es posible fortalecer esta área y tiene que ver con ampliar el tiempo de tratamiento, incorporar el programa de tratamiento familiar y la reinserción social.

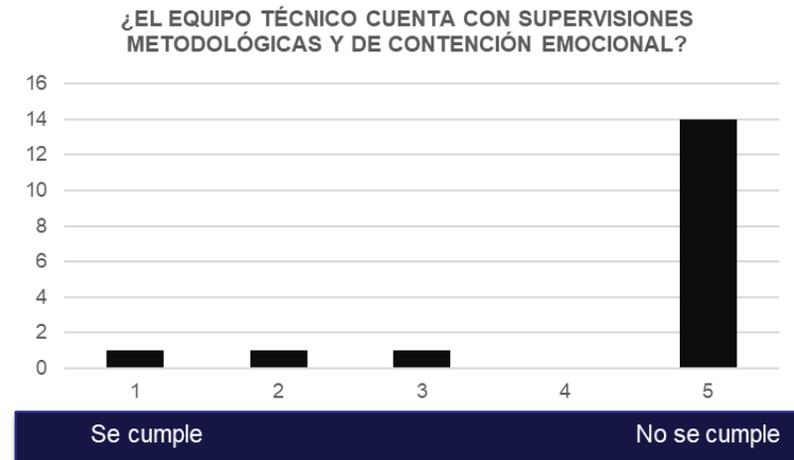


Otra de las modificaciones importantes, consiste en integrar a los usuarios en la toma de decisiones sobre el programa de tratamiento. Tienen un gran impacto terapéutico que los usuarios decidan junto con la familia y el equipo técnico, asuntos como el tiempo de tratamiento, características del programa, la responsabilidad de cada participante y el seguimiento de todos los acontecimientos de la comunidad.

La asamblea comunitaria es una de las máximas expresiones de los procesos participativos en los CT, así como asumir responsabilidades de conducción del programa, al grado que un usuario al final del tratamiento puede coordinar el programa en su conjunto.



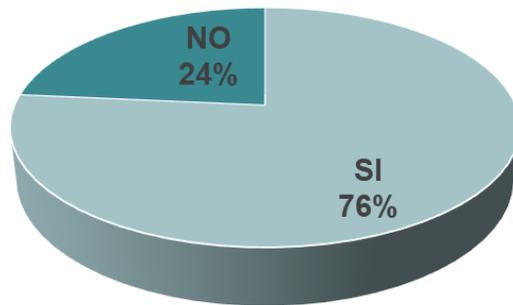
Esta es otra área de oportunidad. La supervisión es el recurso técnico para revisar la aplicación metodológica del modelo y el estado emocional del equipo.



6. Normas a cumplir sobre el seguimiento y egreso

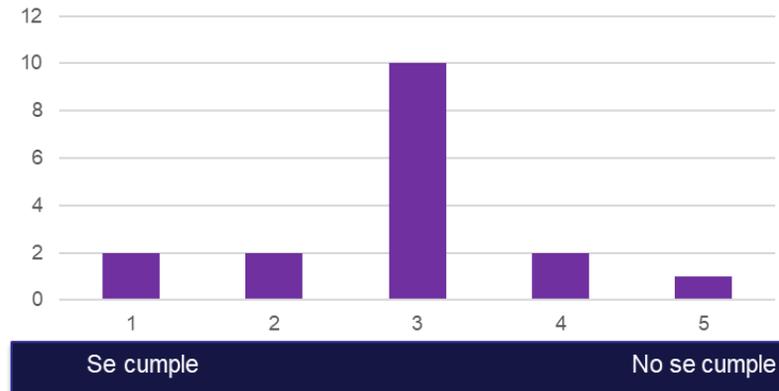
Existen criterios definidos para el egreso del programa. Sin embargo, el principal criterio es el tiempo que corresponde a los tres meses, en general. Ya hemos mencionado que este criterio debe modificarse y crear indicadores adicionales de evaluación. Es necesario, evaluar el cumplimiento de los objetivos del plan de tratamiento tanto individual como de la familia, además del tiempo.

¿EXISTEN CRITERIOS DEFINIDOS Y EN DOCUMENTOS SOBRE EL EGRESO DE LOS USUARIOS?



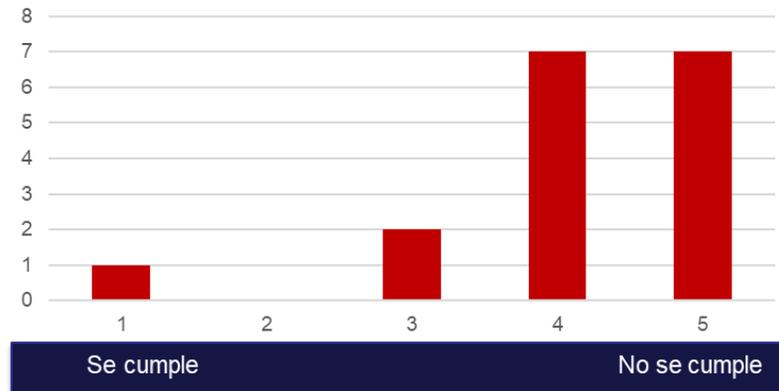
Las principales reglas para mantener el encuadre terapéutico son: no robo, no violencia, no relaciones sexuales o noviazgo y no consumo de drogas. El rompimiento de estas reglas implica la suspensión del programa. Los CT cumplen con esta norma, sin embargo, además de formar parte del reglamento, tienen que ser explícitas en el consentimiento informado y explicarlas claramente al inicio del programa. Existe otro conjunto de reglas relacionadas con el programa de actividades y que son materia de los espacios de confrontación.

¿EXISTEN CRITERIO Y EN DOCUMENTOS PARA SANCIONAR EL ROMPIMIENTO DE LAS REGLAS?

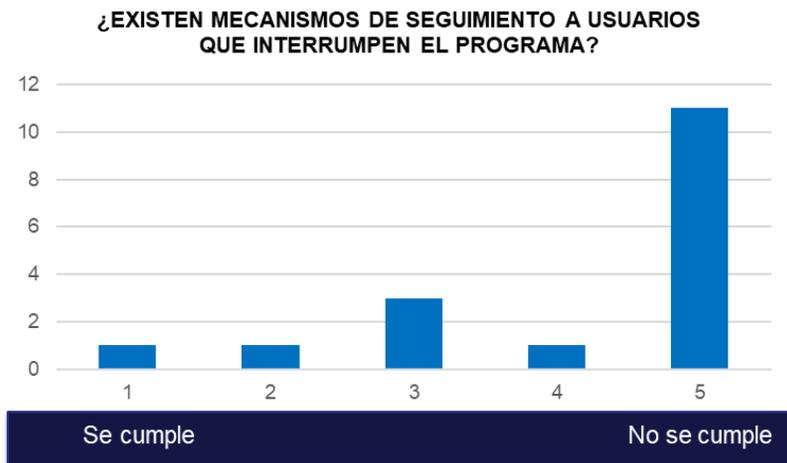


Los protocolos en caso de riesgo son otra área de oportunidad. Es necesario elaborar un mapa de riesgos y documentar los procedimientos correspondientes.

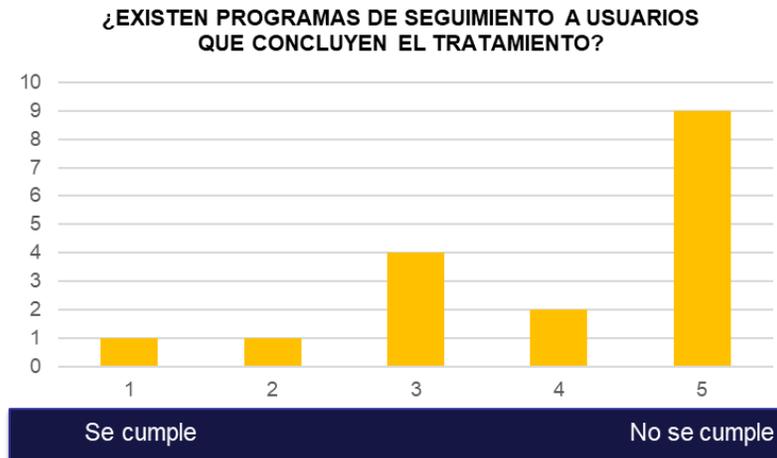
¿EXISTE UN PROTOCOLO ESCRITO DE CÓMO ACTUAR EN CASO DE ALTO RIESGO O INTENTO DE SUICIDIO?



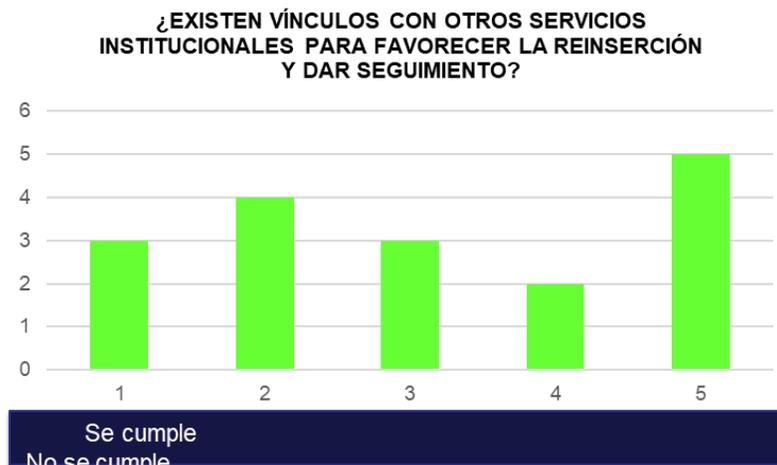
La aplicación de esta norma es otra área de oportunidad. No existen mecanismo de seguimiento para usuarios que interrumpen el programa. Las buenas practicas nos sugieren que después de las interrupciones, es posible continuar el tratamiento con la familia y considerar una posible continuidad del proceso con el usuario, incluso en modalidad ambulatoria.



El seguimiento al concluir el tratamiento es fundamental y un área de oportunidad. De hecho, el programa de reinserción (que no esta incluido en el programa de los CT) es un primer ensayo de la vida autónoma e independiente pero que requiere de acompañamiento. Al concluir esta etapa, es necesario continuar con seguimiento para evaluar el resultado del tratamiento, así como su impacto que se refiere a los cambios sostenidos en el tiempo.



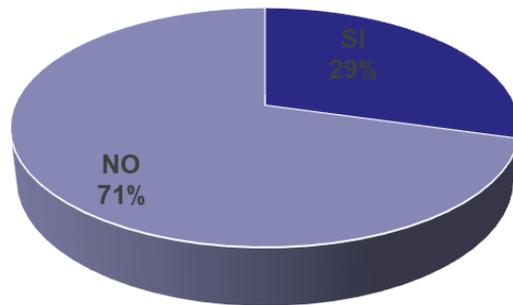
Esta norma es un área de oportunidad pues no existen los programas de reinserción en los CT.



7. Normas a cumplir sobre la perspectiva de género

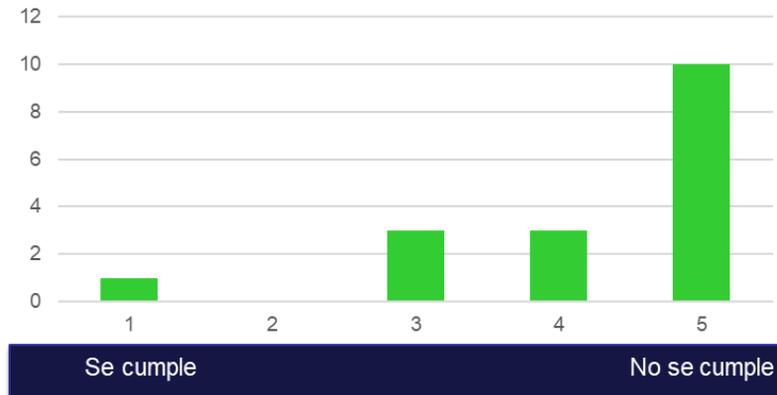
Esta norma sobre la aplicación de la perspectiva de género es un área de oportunidad. Existe un desconocimiento de este enfoque y es necesario comenzar a capacitar a los equipos en el tema. Las buenas prácticas nos sugieren que el equipo técnico debe evitar reproducir estereotipos machistas con las usuarias, por ejemplo.

¿EL MODELO DE ATENCIÓN, INCLUYE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?



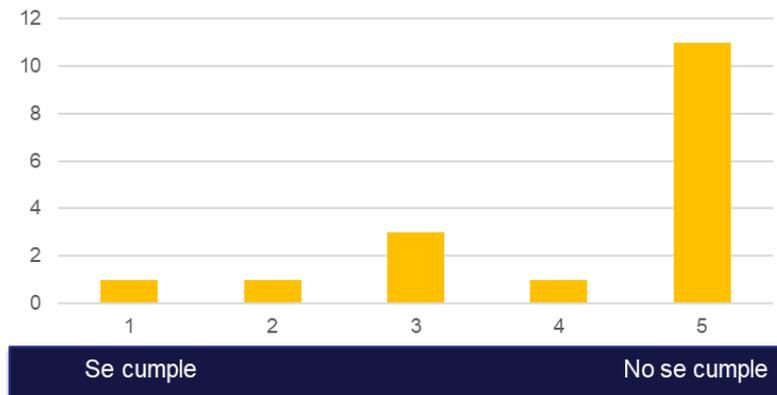
Sin duda, la ocurrencia de la violencia en los casos de dependencia es muy frecuente y debe de formar parte de los temas del tratamiento. De manera particular, la violencia familiar y de género es un tema inevitable durante el proceso. Por ejemplo, el hecho de que la responsabilidad del cuidado del usuario sea de la madre y el padre quede excluido, es una forma de reproducción de esta forma de inequidad de género y estereotipos de masculinidad que deben cambiar.

¿EL MODELO DE ATENCIÓN TOMA EN CONSIDERACIÓN LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y FAMILIAR?

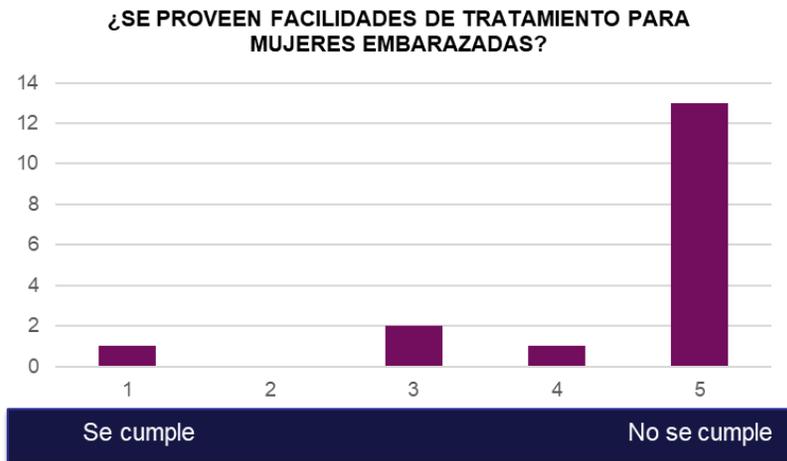


En Ciudad Juárez existen servicios exclusivos para hombres o mujeres y pocos son mixtos. Pero ninguno es exclusivo para mujeres con hijos que requieren de cuidados maternos. Esta es un área de oportunidad.

¿SE PROVEEN FACILIDADES PARA OFRECER TRATAMIENTO A MUJERES CON NIÑOS?

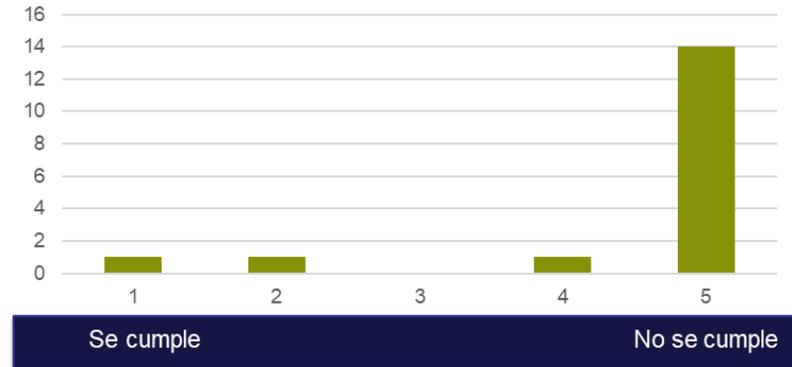


La aplicación de esta norma es un área de oportunidad. Puede suceder que una mujer embarazada solicite tratamiento o que se embarace durante el proceso, pero son situaciones excepcionales. No existen programas de tratamiento para mujeres destinados para este tipo de situaciones.



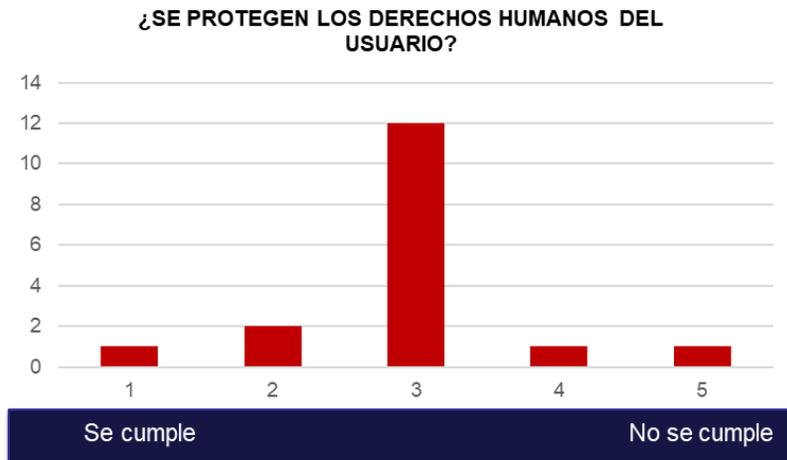
La vinculación con instituciones especializadas en el tema de género también es un área de oportunidad. Los CT se perciben alejados de este tipo de enfoque y no se identifica una asociación entre mujeres con dependencia y víctimas de la violencia.

¿EXISTE VINCULACIÓN CON INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y FAMILIAR?

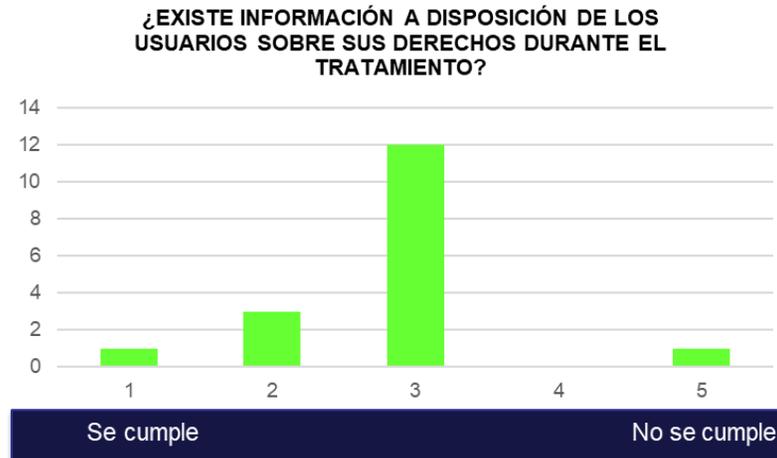


8. Normas a cumplir sobre los derechos del usuario

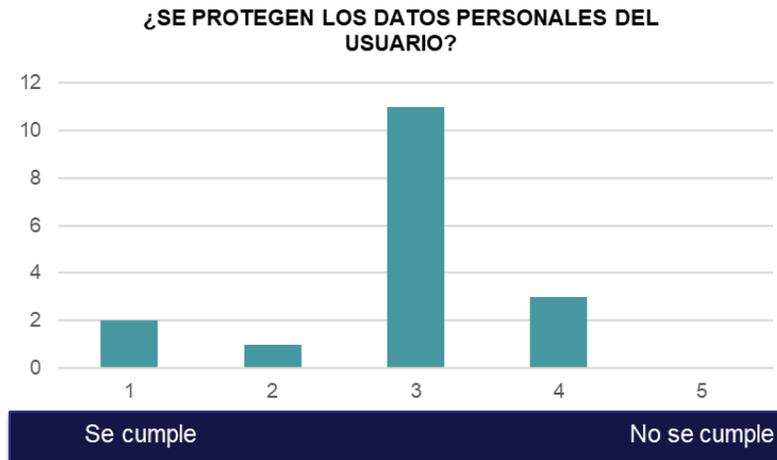
El respeto a los derechos humanos es una fortaleza de los CT. De hecho, el acceso a los derechos humanos como son una familia, acceso a la educación y la salud, una vida digna y seguridad, son parte sustantiva del tratamiento.



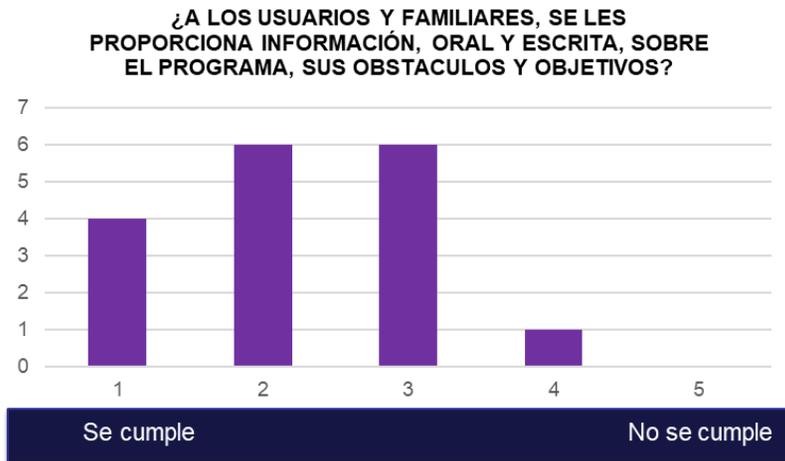
La aplicación de la norma sobre los derechos del usuario es una fortaleza. Los CT cuentan con carteles informativos sobre sus derechos y son de conocimiento de los usuarios. La principal área de oportunidad de los derechos del usuario es recibir un tratamiento adecuado, profesional y con base en evidencia. Y su cumplimiento es responsabilidad del Estado, incluyendo la colaboración de la sociedad civil.



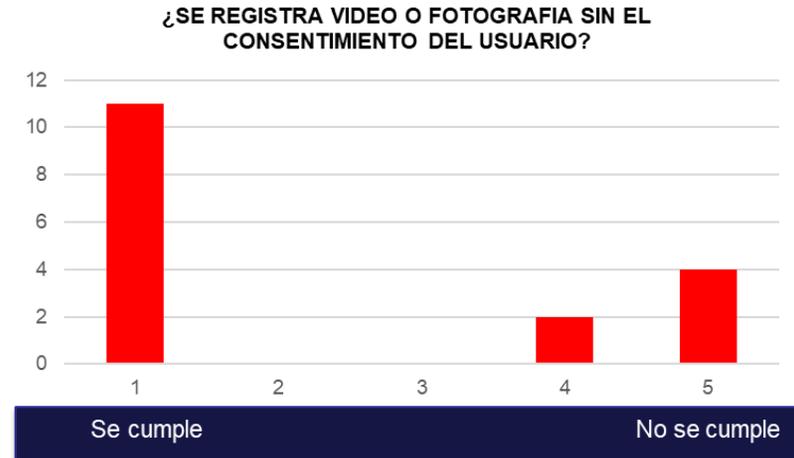
Los datos personales del usuario están protegidos conforme lo indica la normatividad. Sin embargo, por cuestiones de seguridad, se solicita información para verificar que no se trate de usuarios con procesos penales pendiente o desaparecidos.



La aplicación de esta norma sobre la información es una fortaleza. Los usuarios y sus familiares firman un consentimiento informado en donde se explica el problema de la dependencia y el programa de tratamiento. Sin embargo, se puede fortalecer detallando los objetivos del tratamiento, la necesidad de ampliar los tiempos del programa y estableciendo un programa por fases.



Los CT de tratamiento no recurren a grabaciones de video o fotografías que violenten la intimidad de los usuarios. En los pocos casos en que utilizan cámaras de video es con el consentimiento del usuario y es para espacios comunes.



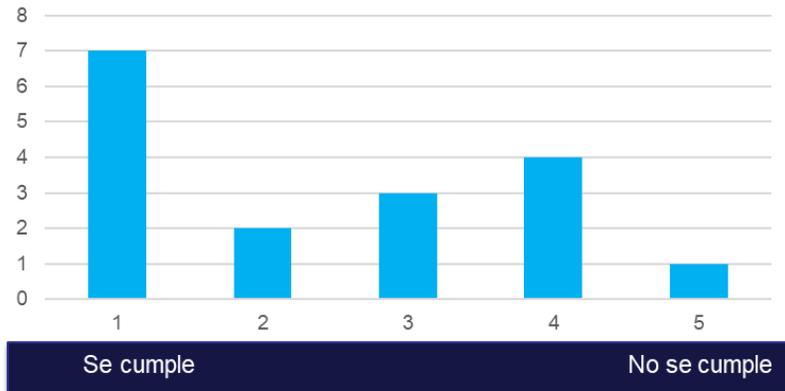
La aplicación de esta norma de ingreso voluntario es una fortaleza, pero debe ser mejorada. El ingreso voluntario es una de las principales condiciones para que sea posible el tratamiento terapéutico y existan posibilidades de cambio.

Entonces, el primer objetivo del programa es sensibilizar al usuario sobre la dimensión de sus problemas, la importancia de un tratamiento y que asuma la responsabilidad de sus actos.

Entre mayor sea la disposición del usuario al tratamiento, mayor es el pronóstico de éxito terapéutico.

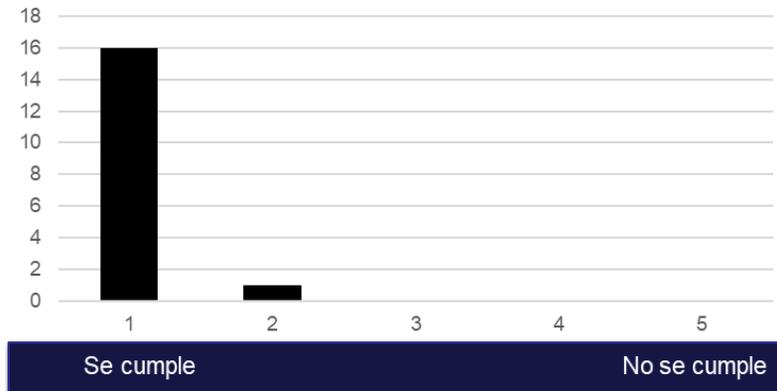
Entre mayor es la disposición del usuario al tratamiento, menor es la necesidad del uso de medidas coercitivas como la presión familiar.

¿EL INGRESO AL TRATAMIENTO ES VOLUNTARIO Y PUEDE ABANDONARLOS CUANDO LO DESEÉ?



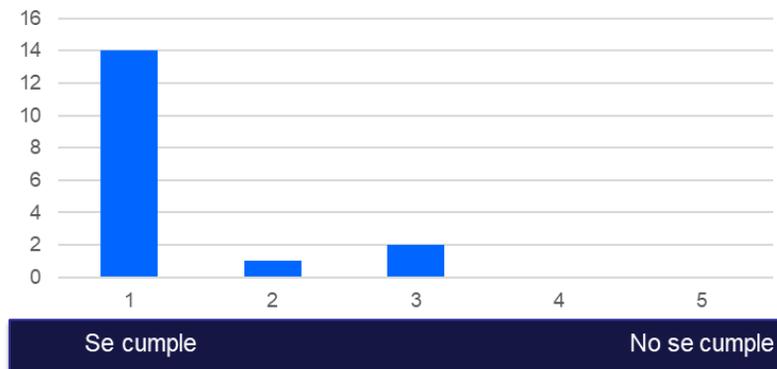
La aplicación de esta norma es una fortaleza y no se recurre al uso de fármacos para retener al usuario en el tratamiento.

¿NO SE UTILIZAN FARMACOS PARA FINES AJENOS AL TRATAMIENTO?



La aplicación de esta norma es una fortaleza y no se recurre al uso de castigos para retener al usuario en el tratamiento.

¿NO SE UTILIZAN CASTIGOS FISICOS, RECLUSIÓN FORZADA O VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS PARA RETENER AL USUARIO EN EL TRATAMIENTO?



La aplicación de esta norma es una fortaleza y no se recurre al uso de la violencia contra el usuario durante el tratamiento.



La aplicación de esta norma es una fortaleza y no se recurre a la aplicación de trabajos forzados contra el usuario.

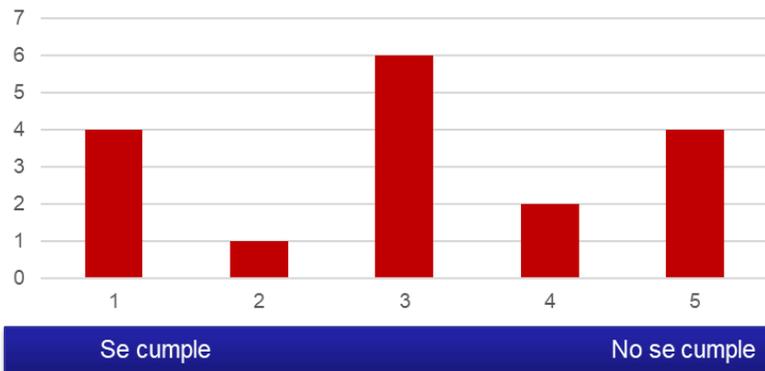


La aplicación de la norma sobre el programa terapéutico es un área de oportunidad. Y, como se ha visto anteriormente, el programa requiere cambios importantes para fortalecer el sentido terapéutico. Por ejemplo, la participación de las familias en el programa no es la “visitar” al usuario, sino de asistir a su propio tratamiento para atender sus problemas como familia.

La supervisión es otra área de oportunidad y se requiere, además de las visitas de supervisión del CEAADIC, la supervisión de expertos que retroalimenten el funcionamiento metodológico del programa.



**¿LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA SON
ESTRICTAMENTE TERAPÉUTICAS Y SUPERVISADAS POR
LAS AUTORIDADES COMPETENTES?**

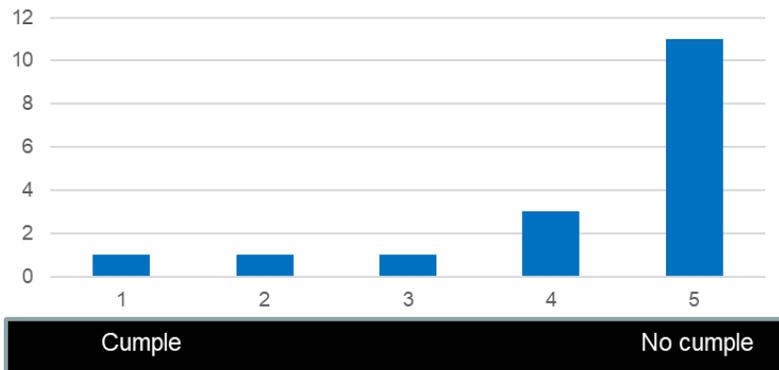


9. Normas a cumplir sobre el personal de la comunidad

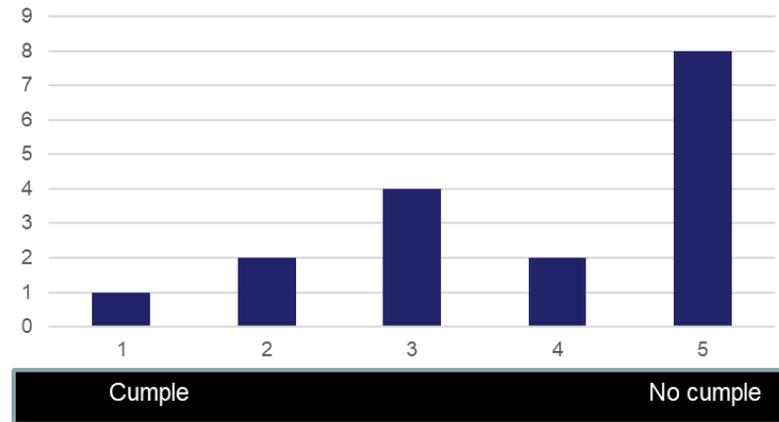
La aplicación de esta norma de selección es un área de oportunidad pues no existen mecanismos destinados para ello.

La aplicación de esta norma de capacitación es un área de oportunidad pues no existen mecanismos destinados para ello.

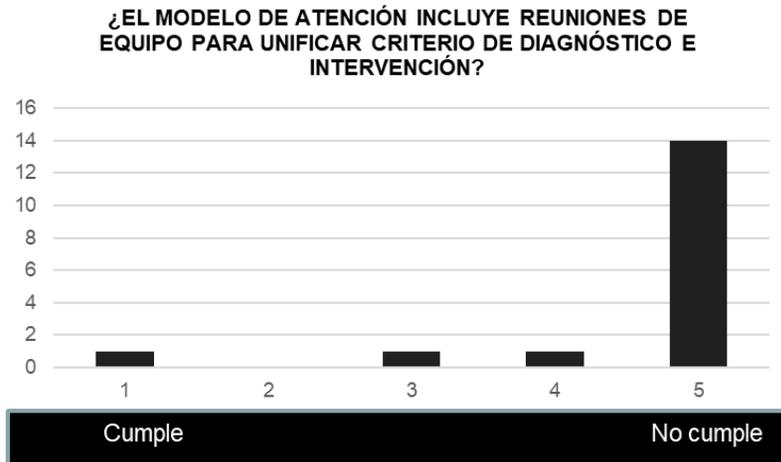
¿EXISTEN PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL, CON PERFILES ESCRITOS Y PROCEDIMIENTOS ESCRITOS PARA DESEMPEÑARSE EN LA CT?



¿EXISTE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA?

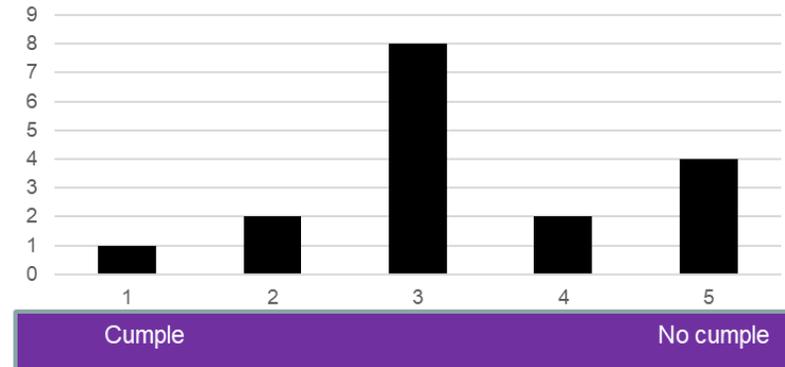


La aplicación de la norma sobre reuniones de equipo es un área de oportunidad. Estas reuniones de equipo es el espacio por excelencia para integrar los conocimientos multidisciplinarios y experiencia del equipo para analizar, discutir y consensar las decisiones sobre el tratamiento de los usuarios.



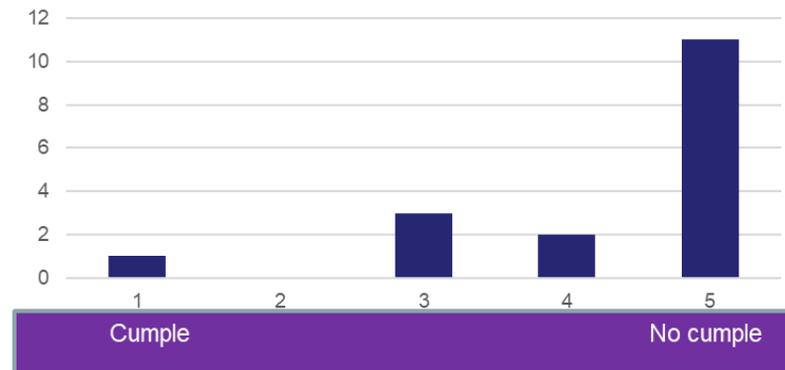
La aplicación de esta norma sobre la presencia del equipo es una fortaleza. Siempre hay más de un consejero conduciendo el programa. Sin embargo, es importante mencionar que existen casos en que los consejeros viven en el CT y esto es contraindicado para la salud mental de los equipos. En este aspecto, esta norma es un área de oportunidad.

¿EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA SIEMPRE CONTEMPLA LA PRESENCIA DE MÁS DE UN MIEMBRO DEL EQUIPO?



La aplicación de esta norma sobre la evaluación es un área de oportunidad pues no existen mecanismos establecidos para ello.

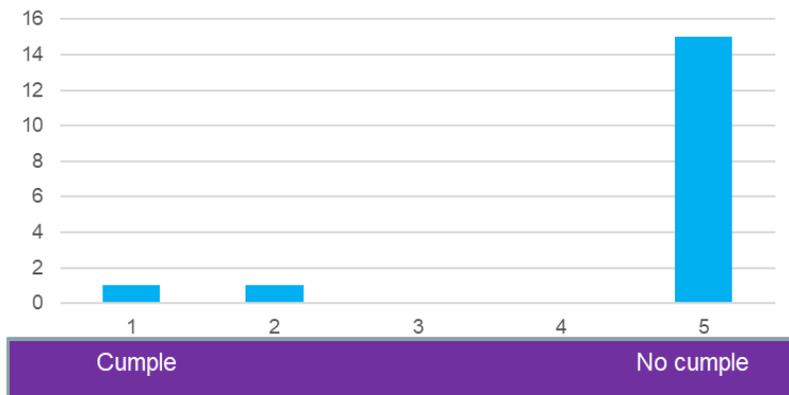
¿SE REALIZAN EVALUACIONES SOBRE COBERTURA DE ATENCIÓN, INFRAESTRUCTURA Y CANTIDAD DE PERSONAL?



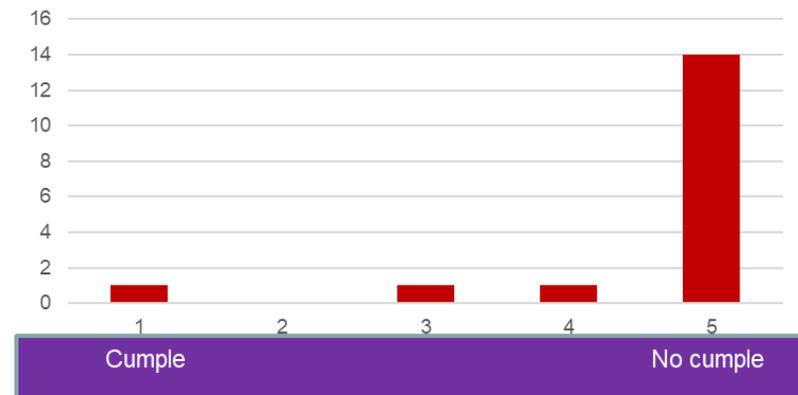
La aplicación de esta norma sobre la supervisión externa es un área de oportunidad. Esta norma es de vital importancia pues es a través de este mecanismo que se incrementa la habilidad técnica de los equipos. La supervisión externa es un espacio en donde existe una correlación de la teoría con la práctica, a partir de análisis de casos de los usuarios.

La aplicación de esta norma es un área de oportunidad. El nivel constante de exposición a los contenidos emocionales agresivos de los usuarios, a largo plazo, logra tener un impacto emocional negativo en los consejeros. Por ello, es necesario implementar un mecanismo para salvaguardar la salud mental del equipo. Los espacios personales de ayuda mutua, psicoterapia o supervisión de equipo son acciones que cumplen con este objetivo.

¿EL EQUIPO TÉCNICO CUENTA CON SESIONES DE SUPERVISIÓN EXTERNA?



¿SE IMPLEMENTAN MEDIDAS PARA SALVAGUARDAR LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DEL PERSONAL?



ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN.

Las necesidades identificadas en el *Diagnóstico de la calidad en los servicios de tratamiento*, de acuerdo a la aplicación de las normas establecidas por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, FLACT, son diversas y pueden ser solventadas en el corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a la dimensión del problema.

En este sentido, la *Estrategia de fortalecimiento de los modelos de atención* es un proyecto de gestión para resolver problemas de infraestructura, ingreso a la comunidad, instrumentos de registro, programa de tratamiento, egreso, evaluación, derechos humanos y personal de la comunidad.

A partir de un análisis y estudio de los resultados, las principales acciones de mejora que contempla la *Estrategia*, son las siguientes:

Estructurales

1. **Acondicionar la infraestructura** de los centros para que existan condiciones adecuadas para el desarrollo de los programas de tratamiento, así como realizar gestiones para tener **acceso a áreas recreativas, espacios educativos y culturales**.

La aplicación de esta norma de calidad es uno de los principales retos, pues la mayoría de los CT fueron instalados con pocos recursos, adaptando casas que no tenían este propósito y que han sido acondicionadas gradualmente para desarrollar el programa de tratamiento.

- En este sentido, la solución o fortalecimiento tienen dos opciones:
- a) Adecuar el espacio para el tratamiento, en caso de que cuente con las dimensiones necesarias, o bien,
 - b) Cambiar el CT a nuevas instalaciones que sean adecuadas para el tratamiento residencial.

La decisión está en función de los costos de dicha operación y de las posibilidades de gestión de los recursos requeridos.

2. Diseñar e implementar los programas de **tratamiento ambulatorio** para adolescentes, el programa de **tratamiento familiar** y el programa de **reinserción social y profesional**.

El programa de tratamiento que implementan los CT carece de estos componentes y para su diseño e implementación es necesario desarrollar una capacitación a los consejeros que incluya diagnósticos y plan de tratamiento, teoría de cambio, monitoreo y evaluación, así como los estudios sobre el tipo de familia de las personas con dependencia.

Estos temas son sustantivos en el Diplomado que se está desarrollando con los CT y será necesario proporcionar un acompañamiento y supervisión para quienes decidan incorporar estos programas a su modelo de tratamiento.

3. **Ampliar el tiempo de tratamiento** a 6 meses como mínimo.

Existe una cultura de que el tratamiento a las adicciones es de 3 meses. Este criterio es subjetivo pues no cuenta con la evidencia

que lo respalde. Las evaluaciones que se han desarrollado en México, Estados Unidos y Europa, nos señalan que los principales cambios se dan a partir de los 6 meses de tratamiento.

Con esta base, es necesario ampliar el tiempo de tratamiento y modificar las actividades del programa, así como establecer objetivos, fases, metas e indicadores.

Por otro lado, es importante definir el rol del consejero terapéutico, las competencias requeridas y las principales intervenciones que debe realizar.

Existen 3 CT que ya han ampliado el tiempo de tratamiento y otros 7 que están en disposición de implementar estos cambios.

4. Profesionalizar a los equipos técnicos para el manejo de **patologías duales**, así como implementar la carrera de **Técnico Superior Universitario** en Consejería terapéutica de adicciones.

La mayoría de las personas con dependencia tienen un trastorno de personalidad denominado trastorno fronterizo de la personalidad o borderline. Por esta razón, es necesario realizar un diagnóstico de este trastorno y aplicar el DSMV para determinar su concurrencia.

Lo anterior implica que los consejeros deben capacitarse en poder realizar este diagnóstico y conocer las técnicas de intervención

recomendadas para su atención. Este es otro de los temas que se han incluido en el diplomado.

Por otro lado, es necesario gestionar un proyecto de capacitación para abordar adecuadamente esta formación. Actualmente, se encuentra en trámite la inscripción en la SEP de la Carrera Técnico Superior Universitario en Consejería Terapéutica en Adicciones, cuyo diseño curricular contempla como principal asignatura este tipo de trastornos.

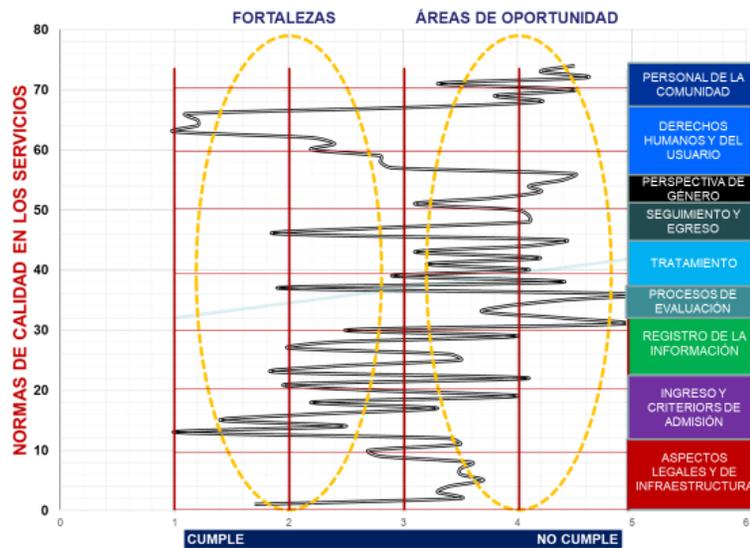
Técnico operativo

5. Elaborar **diagnósticos integrales** que consideren historias clínicas, DSMV, así como diagnósticos familiares y de red social.

Para cumplir con esta norma de calidad, es necesario que los consejeros posean un conjunto de competencias como saber hacer entrevistas, sistematizar historias clínicas, describir sistemas familiares y redes sociales. Este diagnóstico integral es la base para elaborar los planes de tratamiento. Estos temas han sido considerado en el diplomado que se está desarrollando con los CT.

6. Diseñar e implementar programas de **tratamiento por fases, evaluar los resultados y establecer indicadores** de procesos, resultados y de impacto.

Al ampliar el tiempo de tratamiento, es posible establecer objetivos por fases e indicadores para su evaluación. Se recomienda que el programa sea en 4 fases y cada una de ellas se evalúa con objetivos específicos y metas, concretas y medibles.



- Incorporar las **juntas clínicas de evaluación de casos**, del programa y resultados de las intervenciones.

Es importante considerar como meta a largo plazo conforma equipos mixtos de profesionales de diferentes disciplinas y personas que se han rehabilitado que cuentan con la competencia de consejero.

Por otro lado, es importante incluir el procedimiento de las reuniones de equipo o juntas técnicas de evaluación cuyo objetivo consiste en crear un espacio multidisciplinario para la reflexión, discusión y análisis de ingresos, diagnósticos, planes de tratamiento, evaluación y egresos. Estas reuniones son semanales y con una duración de 2 horas. Deben asistir todas las personas que conducen el programa de tratamiento.

- Fortalecer los **procesos participativos** de los usuarios e incluirlos en la toma de decisiones.

Desde el surgimiento de los modelos de ayuda mutua y de comunidad terapéutica, se ha documentado la eficacia de los procesos participativos en la salud mental.

Para los CT, la aplicación de esta norma se traduce en la relación colaborativa que se construye entre el usuario y el consejero para el logro de los objetivos del programa. Es importante incorporar al usuario en las discusiones sobre los problemas de la comunidad y sus soluciones, en la coordinación de actividades y conducción de grupos, de acuerdo al avance del proceso.

- Incorporar la **supervisión externa** de equipo para revisar las intervenciones y proporcionar contención emocional al equipo.

Para aplicar esta norma de supervisión es necesario recurrir a expertos locales y externos al CT que pueden supervisar la aplicación del método y las intervenciones realizadas por el equipo, así como la situación emocional del equipo con respecto a

la realización de la tarea. Esta supervisión es semanal con 2 horas de duración.

10. Establecer **mecanismos de seguimiento** a usuarios que interrumpen o concluyen el programa de tratamiento.

Para la aplicación de esta norma de seguimiento es requisito crear un sistema de monitoreo y evaluación.

Este sistema debe establecer objetivos, metas e indicadores para poder evaluar las diferentes etapas del proceso.

En este sentido, el proceso de los usuarios implica un seguimiento desde su ingreso (diagnóstico y plan de tratamiento), evolución del tratamiento (objetivos, metas e indicadores por fase), resultados (evaluación de los objetivos) e impacto (cambios sostenidos en el tiempo). Bajo esta lógica, el seguimiento es durante el tratamiento y evaluación postratamiento.

11. Incluir la **perspectiva de género**, así como la atención de la **violencia familiar, de género y juvenil en los programas**.

La aplicación de esta norma sobre la perspectiva de género comienza desde la capacitación a los consejeros por parte de especialistas. Posteriormente, implica revisar el modelo para incluir esta perspectiva y promover relaciones equitativas de género, atender la violencia de género en los usuarios y familiares,

no reproducir estereotipos machistas durante el tratamiento y empoderar el rol de las mujeres.

12. **Incorporar procesos de formación** continua de consejeros terapéuticos.

La aplicación de esta norma de formación consiste en diseñar un programa de formación permanente vía el estudio de casos, la supervisión externa y la formación académica.

El objetivo es crear la carrera de Técnico Superior Universitario para Consejeros Terapéuticos en Adicciones como formación a largo plazo y especialización en los temas sustantivos del tratamiento de las adicciones.

