



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

COORDINACIÓN GENERAL ACADÉMICA

Coordinación de Bibliotecas

Biblioteca Digital

La presente tesis es publicada a texto completo en virtud de que el autor ha dado su autorización por escrito para la incorporación del documento a la Biblioteca Digital y al Repositorio Institucional de la Universidad de Guadalajara, esto sin sufrir menoscabo sobre sus derechos como autor de la obra y los usos que posteriormente quiera darle a la misma.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE SALUD
DIVISION DE DISCIPLINAS PARA EL DESARROLLO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS DE GRADO

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONSEJEROS PARA LA MEJORA DE SUS
FUNCIONES EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA
CONSEJERÍA DE ADICCIONES (EC0548), EN ESTABLECIMIENTOS
RESIDENCIALES DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA,
MÉXICO 2017 - 2019.**

PRESENTA

DIANA CAROLINA ROJAS JIMÉNEZ

DIRECTOR DE TESIS

LAURA BAEZ BAEZ

Guadalajara, Jalisco. Noviembre 2019

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

General

Específicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Universo

Diseño de la muestra

Tamaño de la muestra

Unidad de observación y análisis

Criterios de inclusión

Criterios de Exclusión

Criterios de Eliminación

Definición y utilización de variables

Selección de fuentes, métodos, técnicas

Prueba piloto

Procedimiento para la recolección de los datos

Análisis de la información

Consideraciones éticas

Cronograma de trabajo

Recursos humanos

Recursos materiales y financieros

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS FUNCIONES DE LOS CONSEJEROS EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MÉXICO.

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

PRIORIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONSEJEROS PARA LA MEJORA DE SUS FUNCIONES EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MÉXICO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (basados en la priorización)

JUSTIFICACIÓN:

OBJETIVOS (planeación de la intervención)

General

Específicos

METAS, ESTRATEGIAS, INDICADORES, EVALUACIÓN

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Social

Legal

Financiera

PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN

INFORME DE EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONSEJEROS PARA LA MEJORA DE SUS FUNCIONES EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MÉXICO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS Y METAS

OBJETIVOS Y METAS PLANTEADAS EN LA PRIORIZACIÓN - OBJETIVOS Y

METAS ALCANZADAS

PRODUCTO PRINCIPAL Y SECUNDARIO PLANEADOS - LOGRADOS

POBLACIÓN BENEFICIADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE

IMPACTOS DIRECTOS E INDIRECTOS ALCANZADOS, PREVISTOS Y NO

PREVISTOS

DURACIÓN ORIGINAL- DURACIÓN REAL

OBSTÁCULOS ENCONTRADOS DURANTE LA EJECUCIÓN

CONDICIONES FAVORABLES DURANTE LA EJECUCIÓN

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONSEJEROS PARA LA MEJORA DE SUS FUNCIONES EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MÉXICO.

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

General

Específicos

MODELO DE EVALUACIÓN

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVA A MEDIANO Y LARGO PLAZO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

GLOSARIO

Para fines de esta tesis de grado se entiende por:

Adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Alcoholismo, es el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

Aval Técnico, es el documento que emite una institución u organismo de reconocida capacidad técnica en la materia, en apoyo de una estrategia o servicio.

Aviso de funcionamiento, a lo establecido en los artículos 47 y 200 Bis de la Ley General de Salud.

Co-morbilidad, es la presencia de dos o más trastornos en un mismo individuo.

Comunicación educativa, es el proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Comunidad terapéutica, es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de personas en situación de adicción a través de la modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personas en recuperación, por profesionales o por personal mixto.

Consejo de salud, es una intervención breve que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud.

Consentimiento informado, es el acuerdo por escrito, mediante el cual el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en el tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna. Por lo que se refiere a investigación, se atenderá lo dispuesto en el artículo 100, fracción IV de la Ley General de Salud.

Consumo de sustancias psicoactivas, es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.

Consumo perjudicial, es el uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, el patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de alguna o varias sustancias.

Droga, se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.

Educación para la salud, es el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Establecimientos de servicios generales de salud, son aquéllos que brindan servicios de atención médica no especializada en adicciones.

Establecimientos especializados en adicciones, son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto.

Estilo de vida, es el conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, los pares, las autoridades y la comunidad e influida por los medios de comunicación.

Factores protectores, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

Factor de riesgo, es el atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Grupo de ayuda mutua, es la agrupación que ofrece servicios, integrada por personas en recuperación de sus adicciones, cuyo propósito fundamental es apoyar a otras personas que presenten dependencia a las sustancias psicoactivas con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia.

Grupo de alto riesgo, es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.

Intoxicación aguda, es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el pensamiento o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

Médico responsable, es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la atención médica del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso médico, sin perjuicio de las obligaciones de los responsables de otros manejos terapéuticos que participan en su atención.

Modelo de ayuda mutua, es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de personas en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua.

Modelo mixto, es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional.

Modelo profesional, es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros.

Modelos alternativos, son aquéllos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario, y que son diferentes a los de la medicina alopática.

Niños/as, son las personas de hasta 12 años incompletos.

Participación comunitaria, es el proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

Participación social, es el proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Patrón de consumo o historia de consumo, es el conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Personas adultas mayores, son aquéllas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

Persona en recuperación, es la persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social.

Persona en situación de adicción, es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

Prevención, es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.

Promoción de la salud, son las acciones tendientes a desarrollar actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad.

Recuperación, es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Reducción del daño, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

Rehabilitación, es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Reinserción social, es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

Responsable del establecimiento especializado en adicciones, para el efecto se estará a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Por lo que se refiere a los grupos de ayuda mutua, éste podrá ser una persona en recuperación, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas y en su proceso de rehabilitación.

Síndrome de abstinencia o de supresión, es el grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente o del consumo de altas dosis de la misma.

Sustancia psicoactiva o psicotrópica, es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.

Tabaco, la planta “Nicotina Tabacum” y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé.

Tabaquismo, es la dependencia o adicción al tabaco.

Tratamiento, es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Usuario, es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas. Al hacer mención en esta Norma a la palabra usuario, se entenderá a sujetos tanto de sexo masculino como del femenino.

SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

Para fines de esta tesis de grado, el significado de los símbolos y abreviaturas utilizados es el siguiente:

AA: Alcohólicos Anónimos

CECAJ: Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

COMCA: Comité Municipal contra las Adicciones

CONADIC: Consejo Nacional contra las Adicciones

EC0548: Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones

NOM: Norma Oficial Mexicana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SISVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPA: Sustancias Psicoactivas

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ZMG: Zona Metropolitana de Guadalajara

RESUMEN

Esta intervención fue realizada en el marco de la Maestría en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Presenta como problema principal la falta de funciones de los consejeros en adicciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones (EC0548) por parte de los consejeros que laboran en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. El objetivo general fue mejorar las funciones de los consejeros en el Estándar (EC0548) con el fin de incidir en las condiciones de calidad en el servicio de atención y tratamiento en dichos establecimientos. La metodología que se llevó a cabo consta de dos etapas; en la primera etapa fue un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, para ello se seleccionó una muestra de 35 consejeros a los cuales se les aplicaron dos cuestionarios, una evaluación de conocimientos por medio del análisis documental de los registros de las intervenciones realizadas por los consejeros a los usuarios que reciben la atención y una entrevista semiestructurada. En la segunda etapa se consideró un estudio de intervención no controlado, en esta fase se llevó a cabo la intervención a través del plan detallado de ejecución y la evaluación; lo anterior se realizó con base en el diagnóstico situacional y la priorización de necesidades identificadas en la en la primera etapa. Como resultado se obtuvo que los factores que más intervienen en las funciones que desarrollan los consejeros en el Estándar (EC0548) son: la falta de capacitación en los consejeros y directores de los establecimientos, la demanda creciente de usuarios con una capacidad instalada limitada y la baja escolaridad de los consejeros, concluyendo en limitaciones para la promoción de una comunidad saludable en este sector de la salud pública. Con la intervención realizada se logró desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas que llevan a los consejeros y a los directores de los establecimientos a una mejor comprensión del servicio de atención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones desde diferentes contextos: normativo, ético, salud y social, además adquirieron herramientas que los llevo a mejorar el desempeño de sus funciones y productos.

Palabras Clave: Consejeros en Adicciones, Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones (EC0548), Atención y tratamiento de rehabilitación en adicciones, Establecimientos Especializados en Adicciones, Dependencia a las Sustancias Psicoactivas.

ABSTRACT

This intervention was carried out as part of the developing studies of a Master in Public Health in the Center of Health Sciences at the University of Guadalajara, in Mexico. The main problem is the lack of adherence to the Mexican Standard of Competencies of the Counseling of Addictions (EC0548) by the substance abuse counselors who work in the Establishments Specialized in Addictions in the residential modality in the Metropolitan Area of Guadalajara, Jalisco, Mexico. The general objective was to improve of drug abuse counselors' participation in the accomplishment of the Standard (EC0548) in order to increase the quality conditions in the care and treatment service of drug abuser in these establishments. The methodology consists of two stages. The first stage was an epidemiological, descriptive and cross-sectional study. The sample consists of 35 counselors. The research used two questionnaires, plus a documentary analysis of an evaluation of knowledge (from records of counselors' interventions to drug abusers) and a semi-structured interview. The second stage was an uncontrolled intervention study. In this phase the intervention was carried out through a situational diagnosis and the prioritization of needs identified in the first stage. Consequently, the intervention shown that that the factors that are most involved in the activities performed by the drug abuse counselors regarding the Standard (EC0548) were: the drug abuse counselors and residential establishments directors' lack of training, the growing demand of users with a limited installed capacity and the counselors low schooling, resulting in limitations for the promotion of a healthy community in this public health sector. With the intervention carried out, it was possible to develop knowledge, skills and abilities that lead the counselors and the directors of the establishments to a better understanding of the service of attention, treatment and rehabilitation of drug abusers from different contexts: normative, ethical, health and social and consequently, to improve the performance of the service.

Keywords: Drug abuse counselors, Mexican Standard of Addiction Counseling Competencies (EC0548), Care, treatment and rehabilitation of drug abusers, Rehabilitation centers specialized in addictions, Dependence on psychoactive substances.

INTRODUCCIÓN

La dependencia a las sustancias psicoactivas está significando a nivel mundial un grave problema de salud pública puesto que sus efectos no sólo implican repercusiones en diferentes aspectos de la vida de la persona que decide consumir, sino que traspasa los límites de la individualidad para influenciar de manera negativa y relevante al colectivo desde el ámbito familiar, escolar, laboral y social.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC), en el Informe Mundial sobre las Drogas del año 2017 (1) evidencia varios indicadores para alertar a las autoridades de salud de cada país a prestar la debida atención a este tema:

- 250 millones de personas, alrededor del 5% de la población mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en el año 2015.
- 29.5 millones de consumidores, es decir, el 0.6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas, hasta el punto de sufrir dependencia y requerir tratamiento.
- La magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se evidencia en los 28 millones de años de vida sana (años de vida ajustados en función de la discapacidad AVAD), que, según estimaciones, se perdieron en 2015 en todo el mundo resultado de la muerte prematura y la discapacidad causados por el uso de drogas.

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México, el total de la población es de 119,938,473 habitantes (2), de los cuales, la Secretaría de Salud a nivel nacional, tomó como referente los 85,2 millones de habitantes que se encuentran entre los 12 y 65 años de edad (44 millones 93 mil mujeres y 41 millones 168 mil hombres) para llevar a cabo la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. En dicho estudio, establecen como datos principales que el consumo de drogas ha aumentado entre el 2011 y el 2016 al pasar de 7.8% a 10.3%; la prevalencia de consumo de drogas incrementó de 1.8% en el año 2011 a 2.9% en el año 2016. En la población

masculina aumentó el consumo entre 2011 y 2016 de 3% a 4.6% y en mujeres se duplicó de 0.7% a 1.3% (3).

En cuanto al consumo de alcohol, el estudio refiere que los datos permanecen estables entre el 2011(71.3%) y el 2016 (71.0%). En cuanto a la prevalencia se observa una disminución al pasar de 51.4% en 2011 a 49.1% en 2016, sin embargo, al analizar los datos por patrón de consumo se observa que la prevalencia en el último mes aumentó, en hombres pasó de 44.3% en 2011 a 48.1% en 2016, y en las mujeres crece de 19.7% en 2011 a 24.4% en 2016, y en el patrón de consumo excesivo en el último mes incremento entre 2011 y 2016, al pasar de 12.3% a 19.8%; en el caso de los hombres aumento de 20.9% en 2011 a 29.9% en 2016 y en mujeres de 4.1% a 10.3% (4).

En el consumo de tabaco de la población mexicana entre los 12 a 65 años se reporta que el 17.6% fuma actualmente, esto corresponde a 14.9 millones de personas, entre los cuales, el 8.7% (3 millones 812 mil) son mujeres y el 27.1% (11 millones 78 mil) son hombres (5). Estos datos muestran como el consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, constituye una problemática que continua en crecimiento, repercutiendo en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, escolar, laboral y familiar.

Para intervenir esta problemática se requiere la participación de diversas instituciones públicas y privadas a nivel nacional, estatal y municipal en sectores como salud, educación, recreación y deporte, cultura, entre otros. Igualmente, debe contarse con una gran variedad de técnicos, profesionales y personas capacitadas en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones que puedan desarrollar investigaciones sobre esta problemática, diseñar programas de sensibilización y capacitación, ofertar estrategias y acciones de prevención, reducción del daño, atención, tratamiento, rehabilitación y reintegración social, así como la creación de políticas públicas enfocadas al mejoramiento de las condiciones de calidad, acceso, pertinencia y seguridad en la atención a nivel local y nacional.

En México, la Secretaría de Salud es la dependencia encargada de establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones por parte de los

prestadores de servicios de salud en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades de prevención, tratamiento y control de las adicciones. Para ello esta secretaría creó la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, que define los requisitos mínimos para los establecimientos, en aspectos como la organización interna, infraestructura, personal, programa de atención integral para los usuarios desde el ingreso hasta el egreso y la notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Además, esta norma delimita las acciones, estrategias, recursos y programas que dependiendo del tipo de establecimiento deben prestar como: prevención, detección temprana, tratamiento, seguimiento y evaluación, referencia de usuarios, capacitación y enseñanza, vigilancia epidemiológica e investigación (6).

Los establecimientos especializados en adicciones, hacen parte de la red de prestadores de servicios al proporcionar atención específica a personas en situación de consumo perjudicial a las sustancias psicoactivas a través de diversos planes que tienen como objetivo la abstinencia, rehabilitación y reintegración de los usuarios a la sociedad (familias, escuelas y mundo laboral), al modificar sus conductas adictivas y reducir los riesgos y daños que implican la dependencia a las sustancias psicoactivas e incrementando el grado de bienestar físico, mental, emocional y social. Se trata de centros públicos o privados que atienden los usuarios que, voluntaria o involuntariamente desean o necesariamente requieren tratamiento y rehabilitación para su adicción. Estas instituciones no son hospitales, sino establecimientos de atención residencial que son regulados por la Secretaría de Salud, a través de los Consejos Estatales contra las Adicciones en cada Estado de México.

Dependiendo del tipo de servicio que preste, cada establecimiento define ciertos parámetros en la prestación del servicio como la modalidad de atención (ambulatorio o residencial), y el tipo de modelo (profesional, ayuda mutua o mixto). En el modelo de atención profesional el servicio se oferta de forma ambulatoria (por medio de la consulta externa, consulta de urgencias, hospitalización, entre otros), o establecimientos residenciales coordinados por un equipo conformado por diversos profesionales de la salud como médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, partiendo de un modelo teórico-

metodológico que sustenta las intervenciones terapéuticas. Secretaria de Salud y CENADIC (2014) (7).

El modelo de ayuda mutua se fundamenta en el principio de sanación a través de los propios miembros de la agrupación, los llamados “Padrinos” o “Madrinas” son exconsumidores de sustancias psicoactivas, quienes utilizan estrategias como los denominados “doce pasos” del programa de Alcohólicos Anónimos para dar seguimiento y contención para lograr la sobriedad. Finalmente, en el modelo mixto, un equipo terapéutico que involucra a profesionales de la salud y exconsumidores de sustancias psicoactivas (consejeros), diseñan el plan de tratamiento para los usuarios de manera interdisciplinaria. El proceso terapéutico se realiza desde una visión integradora de la ciencia y la experiencia para la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas en situación de adicción. Secretaria de Salud y CENADIC (2014) (7).

La figura del consejero en adicciones surge entonces del interés de las agrupaciones de exconsumidores por acompañar a personas en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas a lograr la sobriedad, al compartir experiencias y fortalezas vividas en sus procesos de rehabilitación. El consejero en adicciones es el encargado de proporcionar orientación y apoyo individual, grupal y familiar, para que las personas en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas logren el bienestar por medio de la toma de conciencia, establecer objetivos y metas para el cambio en su conducta de consumo y el desarrollo de sus propios recursos, habilidades y potencialidades para llevar a cabo un proceso de autoayuda al que recurrirá cada que sea necesario.

Al contar los consejeros en adicciones sólo con el conocimiento empírico tomado de las experiencias de consumo y rehabilitación para el desarrollo de sus funciones, el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales(CONOCER), con la colaboración de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de Estados Americanos

(CICAD/OEA) crearon el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones (EC0548) (8).

El objetivo central del estándar EC0548 es mejorar la calidad de los servicios de atención al establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones, principalmente en establecimientos residenciales. En consecuencia, este estándar sirve como referente para evaluar y certificar el desempeño y efectividad de los consejeros dentro de los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación de adicciones a sustancias psicoactivas.

En dicho estándar se definen cuatro elementos básicos del soporte metodológico que debe tener todo consejero en adicciones y dentro de estos se distinguen los criterios enfocados al desempeño, los conocimientos y los productos o registros en donde se evidencia las intervenciones con los usuarios, sus familias y redes de apoyo; los elementos básicos son:

1. Obtener características personales y necesidades de atención de las personas que requieren el servicio.
2. Apoyo a la gestión para la atención integral del usuario al interior/exterior de los establecimientos residenciales.
3. Brindar consejería en la atención de las adicciones a las sustancias psicoactivas.
4. Proveer seguimiento en el proceso de la consejería en adicciones.

Si el servicio de atención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones a las sustancias psicoactivas no cuenta con dicho soporte metodológico, por fallas en el desempeño, los productos o los conocimientos del consejero, se limitará la atención en salud generando problemas que involucran una inadecuada valoración de la severidad del consumo, la incorrecta selección del tipo de tratamiento y modalidad de servicio que la persona debe recibir de manera pertinente. Igualmente, se producen escasos registros de atención para la elaboración del seguimiento al tratamiento y evaluación de calidad de las intervenciones, desconocimiento de enfermedades duales producto del consumo de sustancias psicoactivas, inapropiadas intervenciones a nivel individual, grupal o familiar, la falta de acompañamiento en el diseño del proyecto de vida y reintegración a nivel social (familiar, escolar o laboral) y

fallida adherencia al tratamiento por parte del usuario, lo que genera la no aceptación o suspensión de la atención, fugas o recaídas en consumo, entre otras.

Es por esto que posterior a la creación del estándar EC0548 surgió la necesidad de desplegar el método de intervención mencionado. Para esto en el año 2015 se llevó a cabo el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, su objetivo fue contribuir a la mejora de la calidad de los servicios residenciales, mediante la formación y adquisición de conocimientos y destrezas por parte de los consejeros. En las 32 Entidades Federativas de México, cada Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) fue la dependencia encargada de llevar a cabo las jornadas de capacitación. En el Estado de Jalisco, el CECAJ capacitó en dicha oportunidad, a 100 consejeros de los cuales 98 obtuvieron la certificación por parte de CONOCER.

Tres años después de implementar el programa de capacitación y evaluación de los consejeros, surge la necesidad de realizar este estudio con el objetivo de describir y analizar las experiencias de los consejeros en adicciones a sustancias psicoactivas que laboran en los establecimientos residenciales, en la Estado de Jalisco, México, con respecto a las funciones que realizan en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones (EC0548).

La pregunta de investigación que surge entonces fue: ¿Cuáles son los factores determinantes en el ejercicio de las funciones de los consejeros en adicciones que afectan negativamente su desempeño en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones (EC0548)?

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 plasma en el preámbulo de su Constitución la definición de la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (9). Dentro de este parámetro se encuentran la dependencia a las sustancias psicoactivas, como un factor de riesgo para la salud, la cual fue definida por la OMS como:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo. “Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad (10).

Sin embargo, hablar del uso y abuso de las sustancias psicoactivas es hablar de un fenómeno milenario como lo han definido Slapak & Grigoravicius (2006), su estudio evidencia como el consumo está ligado desde la antigüedad a un contexto cultural:

El uso de sustancias psicoactivas se remonta al comienzo mismo de la humanidad; casi en la totalidad de los más antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores, y en diferentes lugares del planeta, los científicos han descubierto el uso de algún tipo de sustancia psicoactiva acompañando cultos mágico-religiosos y actividades médico-terapéuticas. Cabe aclarar que para muchos pueblos, medicina, magia y religión eran en un principio prácticas casi indisolubles; en ellas se utilizaban numerosas variedades de

hierbas, hongos y plantas que contenían múltiples principios psicoactivos (11).

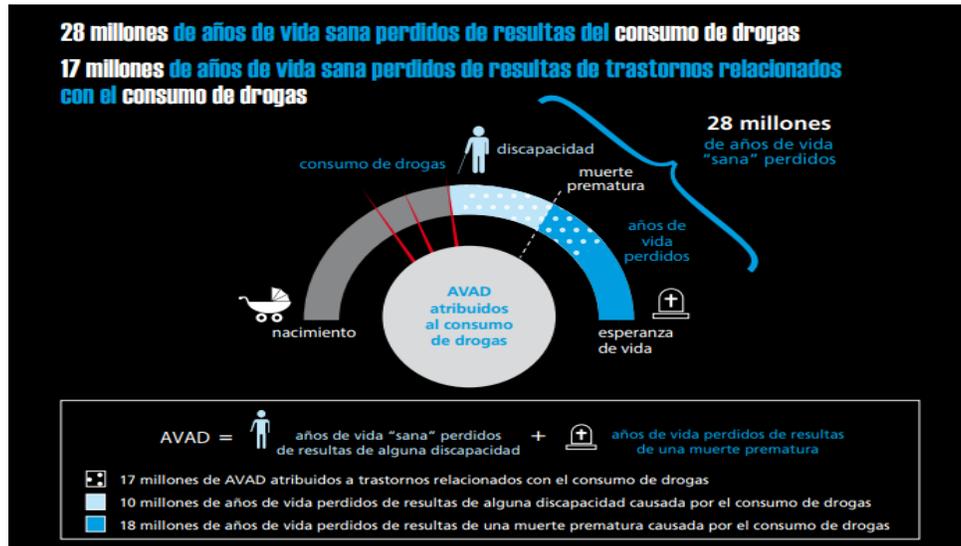
Dentro del contexto histórico también es importante hablar de cómo la religión y la política ha influido en este tema,

Cuando el Imperio romano se cristianiza, la fusión del Imperio y la Iglesia castiga el uso de cualquier planta, hongo o arbusto utilizados con frecuencia en las religiones pre-cristianas, relacionando su consumo con actividades satánicas y heréticas. El objetivo es reducir al mínimo las prácticas religiosas que no fueran cristianas; se desencadena entonces, la persecución, el castigo, la tortura, y la muerte de personas que utilizan sustancias psicoactivas diferentes del vino -única sustancia psicoactiva legitimada por la liturgia cristiana-. El uso de ciertas sustancias comienza a relacionarse con la desviación, el pecado y la brujería; de esta manera aparece en escena un severo sistema legislativo y punitivo sobre el uso de sustancias psicoactivas. (12).

En la actualidad, el tema de las adicciones ha representado un problema a nivel mundial, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC), en el Informe Mundial sobre las Drogas del año 2017 anuncian que “Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Aún más inquietante es el hecho de que unos 29.5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que puedan sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento”.

Además, señalan que “La magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se hace patente en los 28 millones de años de vida “sana” (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD) que, según las estimaciones, se perdieron en 2015 en todo el mundo de resultas de la muerte prematura y la discapacidad causados por el uso de drogas. De esos años perdidos, 17 millones pudieron atribuirse únicamente a trastornos relacionados en el consumo de toda clase de drogas. En general, a lo largo del decenio pasado han ido aumentando los AVAD imputables a la morbilidad y la mortalidad derivada de todas las causas relacionadas con el consumo de drogas (13).

Gráfica 1: AVAD atribuidos al consumo de drogas.



Fuente: Informe Mundial sobre las Drogas del año 2017. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC).

En México el panorama no es distinto, en el caso del alcohol, la población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas, además, el porcentaje de consumo en mujeres ha aumentado, repercutiendo ello en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, laboral y familiar. Con relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, así como la exposición involuntaria al humo de tabaco, con graves padecimientos de alta letalidad. Ahora se sabe que el uso de alcohol y tabaco precede el consumo de drogas ilícitas; además de que cada día aparecen nuevos tipos de sustancias, formas de uso y patrones de consumo, presentándose de manera fundamental en zonas urbanas, extendiéndose a las suburbanas, con marcadas diferencias regionales (6).

Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: intoxicación, accidentes y conducta violenta que se ve reflejada principalmente como violencia familiar, cirrosis y hepatitis, pancreatitis, cardiopatía, encefalopatía, enfermedades degenerativas y carenciales, prácticas sexuales y conductas de riesgo, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales, alimenticios y de la conducta, cáncer del

aparato digestivo, entre otras. En el caso del tabaco: cáncer pulmonar, cáncer oral, cáncer de laringe, cáncer esofágico y de otros órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades vasculares cerebrales, problemas perinatales y muerte súbita del lactante, entre otros. El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas se asocia con la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, infecciones de transmisión sexual, criminalidad, lesiones por causa externa, alteraciones en la gestación (retraso en el crecimiento intrauterino, abortos, parto pretérmino y muerte fetal), síndrome de abstinencia en el neonato, cambios a nivel neuronal y muerte súbita, entre otros (6).

Sin lugar a duda, el tema del uso y abuso de las sustancias psicoactivas es un problema significativo para la salud pública, puesto que ya no sólo es una disciplina que estudia e implementa medidas para el control de enfermedades transmisibles, con su evolución se habla de un campo multidisciplinario que incluye el uso de las ciencias básicas y aplicadas, a educación, las ciencias sociales, la economía, la gestión y las habilidades de comunicación para promover el bienestar del individuo y la comunidad (13).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha puesto en marcha la iniciativa “La salud pública en las Américas”, en donde define las funciones esenciales de la salud pública como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en el nivel central, intermedio y local de cada Estado. Dentro de las funciones de la calidad definidas por la OPS se establece garantizar que el recurso humano involucrado en la prestación del servicio de salud sea competente y la evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva (14).

En México el servicio de atención y tratamiento para las personas en situación de adicción puede ser ofertado de manera ambulatoria o residencial. Los establecimientos residenciales son centros que atienden los usuarios que, voluntaria o involuntariamente desean o necesariamente requieren tratamiento y rehabilitación para su adicción.

El recurso humano en los establecimientos especializados en adicciones depende del modelo de atención definido por cada centro (profesional, ayuda mutua o mixto). En el

modelo de atención profesional el servicio es coordinado por un equipo conformado por diversos profesionales de la salud como médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, partiendo de un modelo teórico-metodológico que sustenta las intervenciones terapéuticas. El modelo de ayuda mutua se fundamenta en el principio de sanación a través de los propios miembros de la agrupación, son los exconsumidores de sustancias psicoactivas quienes utilizan diversas estrategias para dar seguimiento y contención para lograr la sobriedad. Finalmente, en el modelo mixto, un equipo terapéutico que involucra a profesionales de la salud y exconsumidores de sustancias psicoactivas (consejeros), diseñan el plan de tratamiento para los usuarios de manera interdisciplinaria. El proceso terapéutico se realiza desde una visión integradora de la ciencia y la experiencia para la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas en situación de adicción. Secretaria de Salud y CENADIC (2014) (7).

La figura del consejero en adicciones surge entonces del interés de las agrupaciones de exconsumidores por acompañar a personas en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas a lograr la sobriedad, al compartir experiencias y fortalezas vividas en sus procesos de rehabilitación Mercer, 2000 (15); Hernández, 2010 (16); Curtis, 2010 (17); Nielson, 2016 (18); Tizoc-Marquez, Rivera-Fierro, Rieke-Campoy y Cruz-Palomares, 2017 (19). El consejero en adicciones es el encargado de proporcionar orientación y apoyo individual, grupal y familiar, para que las personas en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas logren el bienestar por medio de la toma de conciencia, establecer objetivos y metas para el cambio en su conducta de consumo y el desarrollo de sus propios recursos, habilidades y potencialidades para llevar a cabo un proceso de autoayuda al que recurrirá cada que sea necesario.

Al contar los consejeros en adicciones sólo con el conocimiento empírico tomado de las experiencias de consumo y rehabilitación para el desarrollo de sus funciones, el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales(CONOCER), con la colaboración de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Organización de Estados Americanos

(CICAD/OEA) crearon el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones (EC0548). El Programa Mexicano de capacitación, certificación y evaluación de consejeros en adicciones fue creado con el objetivo de capacitar y certificar el recurso humano no profesional involucrado en el tratamiento de las personas que presentan problemas derivados al consumo de sustancias psicoactivas.

ANTECEDENTES

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es uno de los principales problemas de salud pública en México, ya que el uso y abuso de estas sustancias repercuten no sólo a nivel individual, sino que trascienden al ámbito familiar, laboral, educativo y social. Como respuesta a esta problemática el gobierno mexicano ha manifestado su determinación y compromiso en reducir, investigar, prevenir, tratar, rehabilitar y controlar las adicciones.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 o Carta Magna se puede evidenciar como la salud de los mexicanos es una prioridad; Título Primero, Capítulo I: De los Derechos Humanos y sus Garantías. Artículo 4: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución (20).

En la Ley General de Salud se especifican los programas a implementar para tratar el tema de las adicciones y la conformación del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Título décimo primero: Programas Contra las Adicciones. Capítulo I: Consejo Nacional Contra las Adicciones. Capítulo II: Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Capítulo III: Programa contra el Tabaquismo. Capítulo IV: Programa contra la Farmacodependencia (21).

En el año 1999 se reglamentaron las condiciones mínimas con las que debía contar cada establecimiento que prestara el servicio de rehabilitación a las personas con problemas de adicciones mediante la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, la cual fue modificada en el año 2009 por La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Esta Norma tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones a nivel nacional. Dirigida a los prestadores de servicios de salud del Sistema

Nacional de Salud y los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o control de las adicciones (6).

Adicional a esto, el actual gobierno mexicano estableció en el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018), el interés por fortalecer las acciones de protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud y en específico ha definido en la Estrategia 2.3.2 para garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficiencia de los insumos y servicios para la salud y reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (22).

Con el propósito de dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo, se definió el Programa Sectorial de Salud (2013-2018), en el que se han dispuesto estrategias para consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. La estrategia que abarcan el tema de las adicciones es la 1.4 que tiene como objetivo impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones, su línea de acción es la 1.4.4 busca consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención (23).

Adicional a estos esfuerzos, en el contexto global se evidenció que uno de los principales problemas que enfrenta la mayoría de los países del hemisferio en materia de tratamiento a personas con problemas derivados del consumo de drogas es la calidad y efectividad de las estrategias de intervención. En el continente americano no existía un sistema de homologación de los elementos técnicos que definieran y caracterizaran cada uno de los niveles de intervención para el tratamiento de las adicciones (24).

Para ello la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) inicio en el 2006 un Programa Regional de Desarrollo y Fortalecimiento Institucional orientado a promover la formación de recursos humanos especializados en el tratamiento de la farmacodependencia. Dicha

iniciativa se conoce a nivel hemisférico como Programa de Capacitación y Certificación para el Tratamiento y Rehabilitación de Drogas y Violencia (PROCCER) (24).

El gobierno de México se integró al PROCCER en el año 2010, cuando el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) presentó el “Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones”, un ejemplo concreto de la voluntad de sus autoridades para facilitar el intercambio de experiencias con otros países de la región.

Desde su establecimiento, PROCCER se ha constituido en un ejemplo de cooperación hemisférica, bilateral e inter-institucional. Aunado a ello, el Programa de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones es parte integral de los esfuerzos que llevan a cabo los gobiernos de México y Estados Unidos de América para reducir la demanda de drogas en el marco de la iniciativa Mérida (24).

En el año 2011, la Comisión Nacional contra las adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y Control de la Adicciones (CENADIC) presentaron los resultados del “Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones”. El estudio habría de cumplir con el doble objetivo de caracterizar la realidad epidemiológica de la población en tratamiento e identificar las necesidades de capacitación de los consejeros en adicciones.

Este importante proyecto requirió de la realización de un Censo Nacional de establecimientos de tratamiento residencial a partir del cual se obtuvo información relevante y representativa acerca de las características de operación y los servicios que ofrecen. Esta estrategia permitió contribuir a las labores de planeación estratégica en especial por brindar elementos reales que dieron cuenta del estado de infraestructura pública, social y privada encargada de brindar atención a las personas con uso problemático de droga y así identificaron las principales áreas de oportunidad y elementos para los procesos de mejora continua de la calidad.

El universo de estudio fue conformado por 2.291 establecimientos de tratamiento para las adicciones en la modalidad residencial, identificados por CONADIC y los 32 Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA). La distribución de los establecimientos visitados, entrevistados y no entrevistados con relación a las 32 entidades federativas es la siguiente:

Tabla 1: Distribución de establecimientos de tratamiento de adicciones en la modalidad residencial encuestados por entidad federativa

#	Estado	Establecimientos Visitados.	Establecimientos Entrevistados.	Establecimientos No Entrevistados
1	Aguas Calientes.	23	23	0
2	Baja California.	151	146	5
3	Baja California Sur.	19	19	0
4	Campeche.	17	14	3
5	Chihuahua	69	47	22
6	Chiapas.	120	86	34
7	Coahuila.	27	10	17
8	Colima.	31	24	7
9	Distrito Federal.	240	110	130
10	Durango.	47	34	13
11	Guanajuato.	86	79	7
12	Guerrero.	56	40	16
13	Hidalgo.	30	28	2
14	Jalisco.	168	158	10
15	México.	177	125	52
16	Michoacán.	99	73	26
17	Morelos.	79	45	34
18	Nayarit.	20	19	1
19	Nuevo León.	47	36	11

20	Oaxaca	56	45	11
21	Puebla.	61	40	21
22	Querétaro.	42	39	3
23	Quintana Roo.	8	5	3
24	San Luis Potosí.	24	24	0
25	Sinaloa.	83	72	11
26	Sonora.	87	76	11
27	Tabasco.	29	21	8
28	Tamaulipas.	32	27	5
29	Tlaxcala.	11	6	5
30	Veracruz.	45	31	14
31	Yucatán.	14	12	2
32	Zacatecas.	41	29	12
Total		2.039	1.543	496

Fuente de información: Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones, 2011 (24).

Dado que el estudio se planteó como un censo, no hubo selección de establecimientos de atención. Este principio se respetó en relación a los directores o responsables de los establecimientos que cuentan con una figura única. Por su parte, en relación a las figuras de consejeros y usuarios, fue preciso realizar un muestreo probabilístico, se previó entrevistar a un promedio de 1.5 personas por cada una de estas figuras por establecimiento, siendo el único requisito que los consejeros se encontraran laborando en el establecimiento y que los usuarios fueran atendidos en el mismo durante el periodo del levantamiento de los datos.

La encuesta fue conducida de manera personal “cara a cara” en las unidades de tratamiento residencial con cada una de las figuras de interés. Para el levantamiento de datos fue necesario elaborar cuatro instrumentos de medición:

- Cuestionario a directores o responsables de la institución (Operación).
- Cuestionario a directores o responsables de la institución (Establecimiento).
- Cuestionario a consejeros en adicciones.

- Cuestionario a usuarios.

Para el cálculo de promedios se excluyeron los establecimientos que no fueron entrevistados. En términos generales, las razones por las que no fue posible levantar el total de las encuestas previstas fueron:

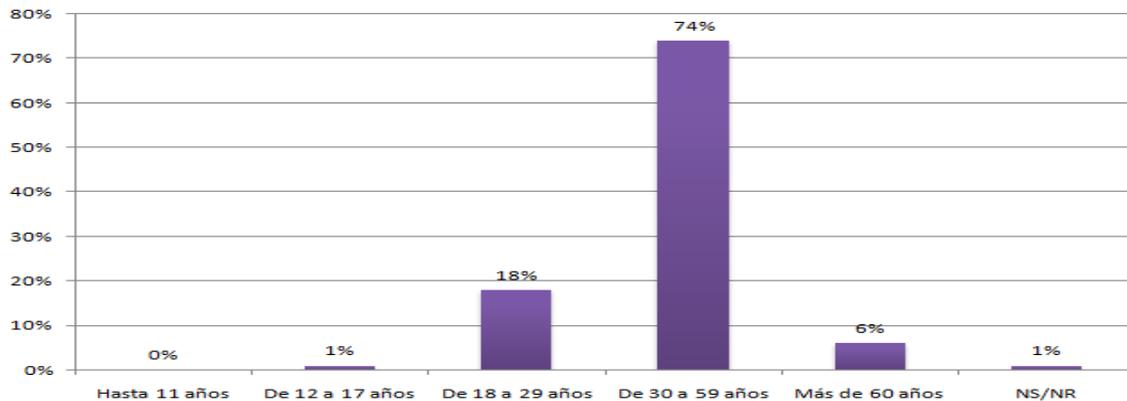
- La no actualización de algunos directorios estatales que referían la existencia de establecimientos que en la práctica ya no se encontraban en operación.
- La negativa por parte de los responsables de ciertos establecimientos aduciendo razones de privacidad o negando el acceso.

De acuerdo a los datos suministrados en el diagnóstico sobre el perfil de los directores o responsables de los establecimientos de tratamiento residencial sobresale la ausencia de las mujeres en el ejercicio de esta función así como la baja escolaridad de las personas que se desempeñan en dichos cargos, el 8% de los directores o responsables del establecimiento tiene la primaria incompleta o menos, el 24% tiene estudios de primaria completa, el 31% secundaria completa, 19% preparatoria completa y el 18% son profesionales o tienen estudios de posgrado.

Es importante señalar que, la mayoría de los directores (6 de cada 10), no cuentan con capacitación periódica y que las oportunidades de aquellos que si tienen la motivación continúan siendo limitadas. Aproximadamente 4 de cada 10 directores declararon contar con estudios especializados en adicciones, casi la totalidad de estos estudios se encuentran dentro de la categoría de cursos, talleres, seminarios o diplomados.

El diagnóstico de los consejeros en adicciones señalo que en términos de edad la distribución era la siguiente:

Grafica 2: Edad de los consejeros en adicciones



Fuente: Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones, 2011 (24).

En materia de escolaridad, se observó que de las personas que ejercen como consejeros el 11% cuentan con estudios de primaria incompleta y menos, el 25% cuenta con la primaria completa, el 33% secundaria completa, el 15% con preparatoria completa y solo el 16% son profesionales o tienen nivel de posgrado.

Aproximadamente 1 de cada 4 consejeros cuenta con estudios especializados en adicciones, de los cuales el 64% fueron realizados bajo esquemas de cursos, talleres y/o seminarios y un 23% en forma de diplomados. Los datos arrojados por esta sección muestran la urgente necesidad de integrar a un esquema de capacitación formal al 76% de las personas que ejercen como consejeros y no cuentan con estudios especializados en adicciones (24).

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), y con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA); con base en el análisis de la información y las necesidades detectadas, trabajó en la instrumentación del “Programa Mexicano de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones”.

A través de este programa, el gobierno mexicano dirigió sus esfuerzos al desarrollo y promoción de acciones conjuntas en materia de capacitación del recurso humano que presta su servicio en centros residenciales de tratamiento para adicciones, con el objetivo de optimizar la calidad de la atención y mejorar la oferta de los servicios que son prestados en el país en materia de tratamiento y rehabilitación de las conductas adictivas.

La capacitación que se diseñó fue sustentada en el “Estándar Mexicano de Competencias en la Consejería de Adicciones EC0548” (2014), el cual tiene como objetivo servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que se desempeñan como consejeros que brindan orientación y apoyan el proceso de tratamiento y rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas, lo que permitirá contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención de adicciones en México, además integró las competencias necesarias en tres dimensiones básicas (8):

- **Destrezas:** habilidades que el consejero en adicciones debe poseer para alcanzar las competencias en cuestión.
- **Actitudes:** las posturas y disposiciones que debe asumir.
- **Conocimientos:** específicamente para el ejercicio de las funciones como consejero en adicciones.

Acompañando al Estándar se integra un Código de Ética y Conducta para la Consejería, que promueve un comportamiento homogéneo, respetuoso y atento en el acompañamiento de las personas con problemas de adicciones internadas en los establecimientos residenciales.

El plan de estudios en materia de consejería en adicciones, fue registrado ante la máxima autoridad educativa del país, la Secretaría de Educación Pública, organismo que certificó oficialmente a los responsables de establecimientos y personas que, desde su experiencia personal, participan día a día en la atención de personas con problemas por el uso de alcohol, tabaco y otras drogas como Consejeros en Adicciones.

En Jalisco, el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECAJ), es la dependencia del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) que establece como eje prioritario la prevención, la información, el desaliento y la atención en adicciones para el bienestar de la

salud, sumando acciones para el fomento de una vida saludable a nivel Estatal. Tiene como misión ser un Órgano de concertación, coordinación sectorial y promoción integral de la salud, que involucra a Instituciones y Organismos No Gubernamentales que brindan servicios de prevención y atención de las adicciones a la población del Estado de Jalisco, en un marco de calidad, calidez y eficiencia. Su visión está definida en ser una Organización que logre consolidar alianzas estratégicas para consolidar el Modelo Jalisco para el abordaje integral de las adicciones en el Estado, que contribuya a elevar la calidad de vida de los Jaliscienses (25).

Para el cumplimiento de su misión y visión organizacional, el CECAJ ejecuta programas tanto para las personas con problemas de adicciones como para los establecimientos que prestan el servicio de rehabilitación. Uno de sus Programas son las Becas para Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones, el objetivo de este programa es beneficiar a la población Jalisciense que no cuenta con recursos económicos para costear el tratamiento de adicciones en la modalidad residencial, para ello realizan una previa valoración y diagnóstico del posible beneficiado y también selecciona la institución prestadora del servicio que pertenezca a la red estatal de establecimientos y que por ende cumpla adecuadamente la normatividad vigente.

Otro de sus programas es la construcción de la Red de Servicios de Tratamiento en Adicciones, el objetivo es fomentar en los establecimientos de atención y tratamiento en adicciones el cumplimiento de las normas requeridas para la prestación del servicio, contribuyendo con esto que el servicio de rehabilitación de adicciones se preste en condiciones de calidad y calidez en el Estado de Jalisco.

Es importante señalar que el CECAJ realiza visitas para verificar el cumplimiento normativo en los establecimientos de atención y tratamiento en adicciones, sin embargo no está dentro de sus competencias sancionar a los establecimientos que no se adhieran a las normas definidas a nivel nacional, su interés es identificar las necesidades de capacitación y brinda la asesoría correspondiente en los temas específicos a los directivos, personas responsables del establecimiento y a los consejeros en adicciones.

La normatividad que el CECAJ se encarga de verificar, capacitar, asesorar y acompañar en los establecimientos de atención y tratamiento en adicciones es:

- NOM-002-STPS-2010: Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo (26).
- NOM-003-SEGOB-2011: Señales y avisos para protección civil. - Colores, formas y símbolos a utilizar (27).
- NOM-004-SSA-2012: Del expediente clínico (28).
- NOM-005-SSA3-2010: Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios (29).
- NOM-007-SSA2-2016: Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (30).
- NOM-016-SSA3-2012: Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (31).
- NOM-025-SSA2-2014: Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (32).
- NOM-027-SSA3-2012: Regulación de los servicios de salud. Establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (33).
- NOM-028- SSA2-2009: Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (6).
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002: Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo (34).
- NOM-251-SSA1-2009: Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios (35).
- Ley General de Salud (21).
- Manual del Consejero. Centro Nacional para la Prevención y Control de la Adicciones. CENADIC 2014 (7).
- Código ética y conducta del Consejero (36).

Los establecimientos que garantizan el cumplimiento con lo dispuesto en la Normatividad vigente obtienen los siguientes beneficios:

- Obtención de la cedula con la que demuestran a la sociedad que cumplen la Normatividad vigente en Adicciones y las políticas nacionales prioritarias en Salud.
- Formar parte del Directorio Estatal y Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones.
- Ser susceptible de recibir recursos para subrogación de tratamiento residencial.

El Programa de Capacitación Especializada ofrece además formación y actualización en materia de adicciones a las personas que trabajan en la prevención, atención y tratamiento de las adicciones, con el fin de ofrecer servicios profesionales y de calidad. Esta capacitación está conformada por varios programas, cabe anotar estas capacitaciones también están abiertas a la comunidad en general con el fin de fortalecer la red de apoyo.

Curso básico para la prevención y atención de adicciones.

Programa conformado por doce (12) temas, los cuales tienen como finalidad dar un panorama básico sobre el fenómeno adictivo y formas para atender casos concretos que se presentan en la comunidad.

Vive sin Adicciones

Formación de Redes Escolares de Prevención, para adolescentes, docentes y padres de familia

Previniendo las Adicciones desde casa

Proporciona herramientas a las madres y padres de familia para la detección de factores de riesgo en sus hijos. Tiene como objetivo sensibilizar a los asistentes al curso sobre la importancia del abordaje en situaciones de consumo y de la conformación de redes de apoyo para una atención integral de la persona con problemas de adicciones. Adicional se pretende empoderar a las madres y padres de familia como agentes de cambio en el entorno familiar y social.

Campaña Nacional de Información para la Prevención de las Adicciones

La estrategia de la campaña es brindarles a los padres de familia la información y orientación necesaria para combatir las adicciones desde una perspectiva integral.

Programa de capacitación y evaluación de consejeros en adicciones.

Este programa consiste en capacitar a las personas que brindan el acompañamiento en los establecimientos de rehabilitación de las adicciones sobre el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548. Los consejeros serán entrenados en el desarrollo de algunos conceptos básicos sobre las adicciones, como son la identificación de los distintos tipos de drogas y sus efectos, así como en las fases del proceso adictivo, los daños y riesgos asociados al consumo de drogas, y los principales mitos y realidades que lo rodean. También se les capacita acerca de los factores protectores y sobre aquellos que representan un riesgo para el consumo de estas sustancias adictivas.

Otra de las funciones del CECAJ es brindar información actualizada de los establecimientos que prestan el servicio de rehabilitación en adicciones en el Estado de Jalisco, para ello, en el año 2016 realizaron un CENSO que tuvo como objetivo conocer la totalidad de los centros de tratamiento contra las adicciones en la modalidad residencial y elaborar un diagnóstico situacional.

Los centros de tratamiento detectados están distribuidos en los 48 Municipios que conforman en Estado de Jalisco de la siguiente forma:

Tabla 2: Centros de tratamiento detectados en los 48 Municipios del Estado de Jalisco

Municipio	Cantidad	Municipio	Cantidad
Acatic.	1	La Barca.	1

Ahualulco de Mercado.	1	Lagos de Moreno.	2
Amatitan.	1	Magdalena.	1
Ameca.	4	Poncitlan.	1
Arandas.	4	Puerto Vallarta.	6
Atenguillo.	1	San Juan de los Lagos.	2
Atotonilco El Alto.	1	San Marcos.	1
Autlan de Navarro.	2	San Miguel El Alto.	1
Ayutla	1	Tala.	4
Chapala.	7	Tepatitlan de Morelos.	7
Cihuatlan.	1	Tequila.	7
Colotlan.	1	Teuchitlan.	1
Degollado.	1	Tizapan El Alto.	1
El Arenal.	1	Tlajomulco de Zuñiga.	8
El Grullo.	3	Tlaquepaque.	22
El Salto.	9	Tonala.	21
Etzatlan.	1	Tototlan.	1
Guadalajara	57	Tuxpan.	2
Huejucar.	1	Yahualica de Gonzalez Gallo.	1

Ixtlahuacan de los Membrillos.	4	Zacoalco de Torres.	1
Jalostotitlan.	1	Zapopan.	42
Jamay.	3	Zapotiltic.	1
Jesus Maria.	1	Zapotlan El Grande.	8
Juanacatlan	1	Zapotlanejo.	1
Total 251.			

Fuente: CENSO General 2016 (37).

Como datos generales del estudio se encontró que los 251 centros de tratamiento contra las adicciones en la modalidad residencial que fueron detectadas en el Estado de Jalisco se distribuyen de la siguiente manera: 137 centros de ayuda mutua (58%), 87 centros de tipo mixto (37%), 12 centros de tipo profesional (5%) y 15 no accedieron a reportar la información requerida. La capacidad instalada en el Estado de Jalisco es de 8.702 camas, 1.09 camas por cada 1.000 habitantes. El total de personas atendidas al momento de realizar el estudio fue de 6.611 personas (5.255 hombres y 1.356 mujeres). El tratamiento de rehabilitación tiene una duración en promedio de 4.6 meses y solo el 64.3% de la población lo termina. El 32.7% de los centros atienden adolescentes y el 1.6% a niños. Las principales drogas de impactos son el alcohol 39.6%, metanfetaminas 38.3% (37).

De los consejeros en adicciones que es la población de interés de esta investigación, se obtuvo la siguiente información: se detectó labores de 1.340 consejeros. La estrategia terapéutica más utilizada es el programa de 12 pasos. Los consejeros en adicciones prestan sus servicios en los tres tipos de establecimientos: profesional (en promedio 6.45), mixto (en promedio 3.36) y ayuda mutua (en promedio 6.53), superando la cantidad de personal profesional contratado (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros y médicos). Con relación al Programa Mexicano de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, el 55% de las instituciones no cuenta con personal certificado (37).

JUSTIFICACIÓN

El problema principal que se pretende resolver con esta intervención educativa es la falta de capacitación en los consejeros para el desempeño de sus funciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los establecimientos en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

Con el desarrollo de esta intervención se contribuye en el mejoramiento continuo del servicio ofertado, repercutiendo favorablemente en la salud de la población que recibe la atención. Además, su ejecución impacta favorablemente a la sociedad, puesto que las adicciones son un fenómeno que representa un riesgo psico-social que afecta las organizaciones sociales y sus instituciones en conjunto, vinculando así diferentes sectores: salud, cultura, política, educación, laboral, entre otros.

En la primera fase de este proyecto se establecerá por medio de un diagnóstico situacional sobre los factores que afectan las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548. El resultado obtenido servirá para la evaluación e identificación de fortalezas y oportunidades de mejoramiento al Programa Mexicano de Capacitación, Certificación y Evaluación que se llevó a cabo en el año 2015 a nivel nacional.

Además, en esta misma fase se podrán identificar las necesidades de capacitación o reforzamiento de los conocimientos, competencias, destrezas y actitudes que los consejeros deben mejorar para influir positivamente en el tratamiento de las personas que están llevando a cabo su proceso de rehabilitación. Ignorar los cambios en los patrones de consumo, los lugares y situaciones en los que éste se lleva a cabo, así como los efectos orgánicos y los factores sociales de la dependencia a las drogas puede minar la comprensión de los síntomas de intoxicación o desintoxicación, influir en el nivel de adherencia al tratamiento, desvincular las implicaciones del consumo en la ruptura del tejido social y propiciar interpretaciones erróneas de la realidad epidemiológica del país con respecto a este problema de salud pública.

En la segunda fase, se diseñará e implementará la intervención educativa para mejorar las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. La mejora que se espera como resultado en esta fase beneficiará directamente a los consejeros capacitados, puesto que incrementará sus conocimientos y mejorará sus destrezas y productos solicitados en el Estándar EC0548. Además, se pretende que los establecimientos especializados en adicciones que participen en este proyecto logren impactar favorablemente los indicadores de cumplimiento normativo y de calidad, al ofrecer un servicio que se acerque al estándar.

Las personas en proceso de tratamiento y rehabilitación de adicciones en dichos establecimientos también se beneficiarán, al recibir una atención más humanizada, con calidad, oportunidad, seguridad y pertinencia por parte de los consejeros quienes contarán con los conocimientos y habilidad indispensables para el cumplimiento de las funciones establecidas en el estándar mencionado. Además, cada usuario tendrá un plan de tratamiento individualizado según los objetivos definidos desde su ingreso, enfocado a erradicar las conductas de consumo y la construcción del proyecto de vida que le ayudará en su reintegración familiar, social, escolar y/o laboral.

La ejecución de este proyecto de intervención contribuye también al cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco. Además, podrá fortalecer el programa de Red de Servicios de Tratamiento en Adicciones al fomentar en los establecimientos el cumplimiento normativo requerido para la prestación del servicio.

En la tercera y última fase del proyecto se evaluarán los resultados obtenidos en la intervención, para ellos es importante establecer la relación entre las siguientes variables:

- 1) Atención de las necesidades de capacitación evidenciadas en el diagnóstico y el contenido del programa diseñado e implementado.

2) El contenido del programa de capacitación diseñado e implementado y el mejoramiento de las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 por parte de los consejeros en adicciones.

3) La mejora de las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548, lo que incidirá sobre las condiciones de tratamiento y rehabilitación de los usuarios.

Con estos resultados, el CECAJ podrá replicar el proyecto en los establecimientos especializados en adicciones que no fueron seleccionados en la muestra y servirá de base para futuras investigaciones e intervenciones que busquen el mejoramiento del personal no profesional de dichos establecimientos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente Proyecto de Intervención presenta como problema principal la falta de capacitación en los consejeros para el desempeño de sus funciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los establecimientos en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

La falta de capacitación en los consejeros sobre el Estándar EC0548, conlleva al incumplimiento de la siguiente normatividad mexicana:

- Ley General de Salud.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Código Penal Federal.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones.
- Guía para la Referencia/Contrarreferencia de Usuarios a los Servicios Especializados en Adicciones.

Específicamente la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, estipula que las instituciones que realicen actividades preventiva, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o control de las adicciones, deberán contar con una variedad de recursos humanos especializados, técnicos y profesionales, capacitados en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones, así como establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que se implementen estrategias, programas y acciones, para garantizar que se beneficie la población. (4).

En el CENSO realizado por el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco a los establecimientos especializados en adicciones en el año 2016 se reportan labores de 1.340 consejeros en adicciones en todo el Estado, con el Programa de Capacitación, Certificación y Evaluación de los Consejeros en Adicciones realizado a nivel nacional en el año 2015 se certificó a 98 consejeros que culminaron satisfactoriamente el programa, en la Zona Metropolitana de Guadalajara cuentan con 64 consejeros certificados para 165 establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial.

El Programa Mexicano de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones tiene como referente el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548, dicho parámetro determina 4 elementos básicos en la consejería en adicciones:

- Elemento 1: Obtener características personales y necesidades de atención de las adicciones.
- Elemento 2: Apoyar en la gestión para la atención integral del usuario al interior/exterior del establecimiento.
- Elemento 3: Brindar consejería en la atención de las adicciones.
- Elemento 4: Proporcionar seguimiento en el proceso de la consejería en adicciones.

En caso que el consejero no cuente con la capacitación en estos cuatro elementos básico podría generar los siguientes incumplimientos en la atención.

- Errores en la identificación de la modalidad de tratamiento requerido por el usuario.
- Desconocimiento por parte del usuario y su red de apoyo sobre el tratamiento y las características de la modalidad de internamiento. (Derechos de los pacientes).
- Inapropiado ingreso y del usuario al establecimiento.
- Insuficiente valoración de la severidad de la adicción y características del usuario. (fase del proceso adictivo, comorbilidad o trastornos de salud mental).
- Inexistencia o sesgos en la información que se debe recolectar en la entrevista.
- Escasa identificación de la red de apoyo familiar y social para recibir el tratamiento.

- Poca comunicación con el personal profesional (médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) sobre el tratamiento y pautas a llevar a cabo.
- Desconocimiento de los parámetros de referenciación para la valoración médica/mental del usuario.
- Limitada verificación de la comprensión de la información suministrada al usuario y su red de apoyo.
- Inadecuada elaboración de planes de consejería.
- Inapropiado estudio de necesidades del usuario.
- Inexistencia de los objetivos de tratamiento para realizar las mediciones de avances a corto, mediano y largo plazo.
- Escasos planes de acción para alcanzar los objetivos.
- Carencias al abordar problemáticas en donde el usuario requiere acompañamiento y motivación para generar cambios en su conducta.
- Insuficiente comprensión del modelo de etapas de cambio.
- Utilización de criterios inapropiados en el diagnóstico y clasificación en el CIE-10.
- Desconocimiento de conceptos básicos y estructuras del sistema nervioso que interviene en el proceso adictivo.
- Inadecuada identificación de los principales trastornos de salud mental asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Todos estos incumplimientos en la atención generan que los establecimientos no garanticen un servicio en condiciones de calidad, calidez y eficiencia, obteniendo como resultado incremento en las fugas, egresos sin culminar el tratamiento, recaídas en consumo, maltrato o muerte interinstitucional.

Por lo anteriormente señalado el presente proyecto tiene el propósito de llevar a cabo una intervención educativa en los consejeros para mejorar sus funciones en el estándar mexicano de competencias en adicciones (EC0548) en establecimientos residenciales de la ZMG.

OBJETIVOS

General

Implementar una intervención educativa en los consejeros para la mejora de sus funciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

Específicos

- Identificar los conocimientos sobre el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
- Identificar las necesidades de capacitación de los consejeros en adicciones de los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial.
- Diseñar un proyecto de intervención educativa en los consejeros para la mejora de sus funciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
- Implementar el proyecto de intervención educativa en los consejeros para la mejora de sus funciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
- Evaluar la mejora de los consejeros en las funciones del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

La intervención se llevó a cabo en los Establecimientos Especializados en Adicciones que ofertan su servicio de tratamiento y rehabilitación en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. En su primera etapa fue un estudio Epidemiológico, Descriptivo y Transversal, debido a que no se estableció en esta primera fase, ninguna intervención experimental, es descriptivo porque se especificó las funciones que realizan los consejeros en adicciones en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 basados en dos cuestionarios, entrevistas semiestructuradas y una evaluación de conocimientos por medio del análisis documental de los registros de las intervenciones realizadas por los consejeros a los usuarios que reciben la atención. Es Transversal porque permitió conocer la prevalencia de la exposición de los factores condicionantes de la adecuada implementación del Estándar EC0548 y la repercusión en la calidad de la atención estudiada en un solo corte de tiempo.

En la segunda etapa se considera un estudio de Intervención no controlado, ya que, en esta fase se llevó a cabo la intervención misma a través del Plan Detallado de Ejecución y la Evaluación del mismo; lo anterior se realizó con base en el Diagnóstico Situacional y la Priorización de Problemas generada en la primera etapa.

Universo

El universo fue conformado por 74 consejeros que fueron certificados por el Programa de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones en la zona metropolitana de Guadalajara, el cual fue realizado en el año 2015.

Diseño de la muestra

El diseño de muestra fue realizado a partir de un muestreo probabilístico, la cual tiene la ventaja de contar con modelos para calcular el tamaño de la muestra requerida con una confiabilidad y un grado de error.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue definido con la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n: Es el tamaño de la muestra (número de encuestas que se van a hacer)

N: Es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados)

Z²: Es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. En este estudio se asignará un nivel de confianza de 90%, siendo la constante de 1,64.

e²: Es el error muestral deseado, se tomará 10%.

p: Es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. (p=q=0.5)

q: Es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p

$$n = \frac{64 \cdot 1.64^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.1^2 \cdot (63) + 1.64^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{42,88}{0.63 + 0.67}$$

$$n = \frac{42,88}{1.3}$$

$$n = 32,98$$

Unidad de observación y análisis

La unidad de observación fue constituida por los establecimientos especializados en adicciones que ofertan su servicio de tratamiento y rehabilitación modalidad residencial en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

La unidad de análisis serán los consejeros en adicciones formados por el Programa de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, que laboran en el momento de realizar el estudio en los establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

Criterios de inclusión

- Consejeros y directores de establecimientos que laboren en el periodo de estudio en por lo menos un establecimiento especializado en adicciones en la modalidad residencial en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
- Haber obtenido el certificado del Programa de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones realizado en el año 2015
- Tener 4 años de experiencia como consejero en adicciones.

Criterios de Exclusión

- Consejeros en adicciones que no laboren en establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
- Consejeros que recibieron la capacitación del Programa de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, pero que no se certificaron.

Criterios de Eliminación

- Consejeros en adicciones que no cumplan con los requisitos establecidos en las condiciones éticas al no tener la facultad de tomar la libre decisión de participar en la intervención.
- Consejeros en adicciones que acumulen tres faltas de asistencia en las actividades propuestas en la intervención.
- Consejeros que no cumplen con los criterios de contratación exigidos por la Ley (menores de edad, proceso de rehabilitación no culminado, consumo de sustancias psicoactivas en un tiempo menos a dos años).
- No acudir a la cita de aplicación de las unidades de análisis.

Definición y utilización de variables

Tabla 3: Cuestionario del Establecimiento.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Reconocimiento CONADIC	El establecimiento está reconocido por CONADIC	Nominal	Si No En tramite
Licencia municipal	El establecimiento cuenta con la licencia de funcionamiento otorgada por el municipio	Nominal	Si No En tramite
Aviso funcionamiento	El establecimiento cuenta con el aviso de funcionamiento ante COPRISJAL	Nominal	Si No En tramite
Modelo de tratamiento	<p>Modelo profesional: son coordinados por un equipo multidisciplinario conformado por diversos profesionales de la salud como médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales.</p> <p>Modelo de ayuda mutua: se fundamenta en el principio de sanación a través de los propios miembros de la agrupación de exconsumidores de sustancias psicoactivas</p> <p>Modelo mixto: el equipo terapéutico involucra profesionales de la salud y exconsumidores.</p>	Nominal	Profesional. Ayuda mutua. Mixto
Adicciones atendidas	Sustancia por la cual cada usuario presenta dependencia.	Nominal	Alcohol Metanfetamina Marihuana Crack Cocaína Inhalable Tabaco

Edades atendidas	Grupo de edad que presentan los usuarios desde su fecha de nacimiento hasta el momento en que ingresan a tratamiento por dependencia a las sustancias psicoactivas.	Continua	Niños Adolescentes Adultos Adultos mayores
Sexo atendido	Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.	Nominal	Femenino Masculino. Mixto
Capacidad instalada	Potencial de producción o volumen máximo de producción que una establecimiento puede lograr durante un período de tiempo determinado, teniendo en cuenta todos los recursos que tienen disponibles, equipos, instalaciones, recursos humanos, tecnología, experiencia/conocimientos,	Continuo	Número
Usuarios atendidos actualmente	Número de usuarios a los que se les presta el servicio en el establecimiento en el momento de realizar la entrevista.	Continuo	Número
Duración del tratamiento	Tiempo establecido para la prestación del servicio ofertado	Continuo	Número
Cantidad total de consejeros por establecimiento	Número de consejeros con los que cuenta el establecimiento.	Continuo	Número
Cantidad de consejeros por turno	Número de consejeros con los que cuenta la institución por cada turno establecido	Continuo	Número
Principal estrategia terapéutica aplicada.	Estrategia terapéutica utilizada en el establecimiento para llevar a cabo el proceso de rehabilitación de los usuarios atendidos.	Nominal	Programa 12 pasos. Comunidad terapéutica.

			Terapia psicológica. Modelo Minnesota. Enfoque religioso.
Validación del programa general	El programa general de trabajo del establecimiento esta validado por el CECAJ	Nominal	Si No En proceso

Fuente: construcción propia.

Tabla 4: Cuestionario para los Consejeros en Adicciones.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde su fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Continua	Años
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.	Nominal	Femenino Masculino.
Folio de certificado otorgado por CONOCER	Validación de que el Consejero está certificado.	Nominal	Numero asignado
Nivel de escolaridad	Grado y nivel de estudios más alto alcanzado por la población de 3 años y más de edad en los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente, en el caso de estudios en el extranjero.	Continua	Ninguno Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Licenciatura Especialidad

			Maestría Doctorado
Capacitación en adicciones	Ha recibido capacitaciones específicas en el tema de adicciones	Nominal	Si No
Última capacitación	Escribir la fecha de la última capacitación en adicciones	Continua	Fecha
Cargo del entrevistado	Indicar el cargo que desempeña en el establecimiento	Nominal	Director Responsable encargado Consejero Profesional de la salud
Tiempo laborado	Establecer cantidad de años, meses o días laboradas en el actual establecimiento	Continua	Cantidad numérica
Horas laborales	Establecer la cantidad de horas laboradas en la semana	Continua	Cantidad numérica
Rango salarial	Recibe pago monetario por su labor o en especies o voluntario	Continua	Cantidad numérica
Tiempo de Experiencia	Establecer cantidad de años, meses o días laboradas como consejero	Continua	Cantidad numérica
Estado civil	Estado conyugal del consejero en el momento de realizar la entrevista.	Nominal	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
Red de apoyo	Conformación de la red de la red de apoyo del consejero	Nominal	Familia Amigos Padrino terapéutico Institución

Fuente: construcción propia.

Tabla 5: Evaluación de funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de Consejería en Adicciones ECO548.

Variable	Tipo de variable	Indicador
Recibe al usuario en el establecimiento	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Valoración de la severidad de la adicción	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Identifica el interés y la disposición al cambio	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Explica los resultados de la valoración integral realizada en la consejería al usuario / familiar/ persona significativa	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Informa al usuario / familia / Persona significativa las características de la consejería	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Informa sobre las necesidades de atención requerida por el usuario (a) al interior / exterior del establecimiento	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Propone acciones de referencia / contrarreferencia del usuario (a)	Nominal	Cumple No cumple No aplica
los motivos de la referencia y el proceso para realizarla	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Estructura el inicio de cada sesión de consejería	Nominal	Cumple No cumple No aplica

Conduce el proceso de consejería en la atención de adicciones	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Concluye sesiones de consejería con el usuario (a)	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce sesiones de consejería orientadas al desarrollo del proyecto de vida del usuario (a)	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce sesiones de consejería orientadas al desarrollo de habilidades para la vida del usuario (a)	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce sesiones de consejería orientadas al desarrollo de vínculos con personas significativas y redes de apoyo	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce sesiones de consejería orientadas al desarrollo de acciones de reinserción social	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce sesiones de consejería orientadas al desarrollo de acciones de prevención de recaídas	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Manejo de comportamientos / actitudes que pongan en riesgo el propósito de la consejería	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Valora el progreso del usuario (a)	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce el desarrollo de consejería grupal	Nominal	Cumple No cumple No aplica

Conduce sesiones de consejería familiar para informar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y dinámica familiar / personas significativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Conduce sesiones de consejería familiar para orientar sobre las habilidades de afrontamiento ante el consumo del usuario (a)	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Concluye el proceso de la consejería individual/grupal/familiar/ personas significativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica
Entrevista al usuario (a) posterior a su egreso	Nominal	Cumple No cumple No aplica

Fuente: construcción propia.

Selección de fuentes, métodos, técnicas

La información será obtenida de:

- **Fuentes Primarias:** fue constituida por 5 instrumentos para la recolección de la información:
 1. Cuestionario de calidad del establecimiento donde labora.
 2. Cuestionario sociodemográfico del consejero en adicciones.
 3. Entrevista semiestructurada
 4. Evaluación de conocimientos por medio del análisis documental de los registros de las intervenciones realizadas por los consejeros a los usuarios que reciben la atención
- **Fuentes Secundarias:** fue constituido por:
 1. Censo de Establecimientos Especializados en Adicciones del Estado de Jalisco
 2. Registro de consejeros formados por el Programa de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones.
 3. Registro de consejeros en adicciones y directores de establecimientos que prestan su servicio en el Estado de Jalisco, México.
 4. Manual del Consejero.

5. Estándar Mexicano de Competencias de Consejería en Adicciones EC0548.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.
7. Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones.
8. Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales bajo el Modelo de Ayuda Mutua, Mixto y Profesional.

Procedimiento para la recolección de los datos

Antes de iniciar el procedimiento para la recolección de la información, se realizó la presentación de la propuesta de intervención ante el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, la cual tuvo como resultado la aprobación por parte del Secretario Técnico y el apoyo de la Responsable de investigaciones.

El segundo momento fue el diseño de los 5 instrumentos con los cuales se recolectó la información:

1. Cuestionario de calidad del establecimiento donde labora.
2. Cuestionario sociodemográfico del consejero en adicciones.
3. Evaluación de conocimientos por medio del análisis documental de los registros de las intervenciones realizadas por los consejeros a los usuarios que reciben la atención
4. Entrevista semiestructurada.

Antes de la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada se realizó una prueba piloto, los consejeros que participaron en dicha prueba no fueron seleccionados como parte de la muestra. El tamaño de la muestra de la prueba piloto fue el 12% del tamaño total de la muestra:

$$n = 32,98$$

$$12\% (32,98) / 100 = 3,95$$

Esta prueba piloto se llevó a cabo con el fin de corregir fallas en el contenido del instrumento. En la aplicación de dicha prueba participó una funcionaria del CECAJ quien estuvo acompañando a la investigadora principal en el proceso de recolección de los datos.

Después de corregir los instrumentos se convocó a los consejeros en adicciones que entraron en la muestra seleccionada, se abrieron 5 fechas con horarios diferentes para que los consejeros pudieran elegir según sus horarios laborales y que no generara para ellos algún inconveniente.

Antes de la aplicación del instrumento se expuso en qué consistía el ejercicio académico, se expuso que los consejeros ni los establecimientos en adicciones se identificarían para que estuvieran libres de expresar lo que consideraran necesario para la intervención.

Análisis de la información

Los resultados de la información recolectada fueron transferidos a una base de datos diseñada en Excel para que fuera compatible con el programa EPI-INFO para el procesamiento de la información.

Consideraciones éticas

El desarrollo de esta intervención está guiado por los Principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos definidos por la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (38). A continuación, se desarrollarán cada uno de ellos.

Art. 3: La dignidad humana y los derechos humanos.

A pesar de que la dignidad humana sea un concepto difícil de definir, es importante validar su peso, según Victoria Camps, toda persona es acreedora de una dignidad fundamental representada en la autonomía y el respeto, características esenciales en la investigación. Entender que todas las personas tienen la capacidad de escoger y decidir con libertad, es entender que son libres de elegir si desean participar o no en la intervención y que esa libertad se representa por medio del respeto.

Pensar en el respeto de la dignidad y los derechos humanos en la intervención es tener una postura ética frente a los problemas planteados, es tener mayores herramientas para llegar a un diálogo que concilie, argumente y establezca el reconocimiento de la persona como fin y no como medio.

Al considerar que los consejeros en adicciones tienen la capacidad de elegir libremente y ven su labor en los establecimientos como la forma de vida más aceptable y que normativamente está permitida, la intervención realizada se centra en las necesidades de capacitación requeridas para el acompañamiento responsable de los usuarios que reciben la atención.

Art. 4: los beneficios y efectos nocivos.

La protección de este principio radica en la potenciación de los beneficios y la reducción al máximo los posibles daños nocivos causados en la intervención; en este ejercicio académico se obtuvo como beneficios para los participantes, la formación en diversas capacidades requeridas para ejercer como consejero en adicciones, dicha formación le permite a los consejeros en adicciones obtener un empleo digno que le ayude a mejorar la calidad de vida personal y familiar, además de darle continuidad al proyecto de vida en un ambiente que favorece la prevención de recaída en consumo de sustancias psicoactivas.

Los riesgos en esta intervención es catalogada como mínimo según lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, sin embargo, se ha considerado como un riesgo posible el conflicto emocional que pueden presentar los consejeros en adicciones al reflexionar sobre su vocación, sus capacidades, conocimientos y destrezas requeridas para el desarrollo de sus funciones, su proceso personal, su red de apoyo, el proyecto de vida y las experiencias vividas en los procesos de rehabilitación, puesto que la mayoría son personas que estuvieron en situación de dependencia de consumo de sustancias psicoactivas. Otro de los riesgos es el tiempo dedicado a la entrevista, evaluación, aplicación de los cuestionarios, y las sesiones del Diplomado de Certificación, además del desplazamiento a las instalaciones en donde se llevará a cabo dichos procesos.

Art. 5: La autonomía y la responsabilidad individual.

Se considera que una persona no es autónoma ni responsable cuando cumple alguna de las siguientes condiciones:

1. Cuando ignora elementos relevantes de la situación en la que tiene que actuar.
2. Cuando su fuerza de voluntad es tan reducida o está tan afectada que no puede llevar a cabo sus propias decisiones.
3. Cuando sus facultades mentales están temporal o permanentemente reducidas.
4. Cuando actúa bajo compulsión.
5. Cuando alguien que acepta la importancia de un determinado bien y no desea ponerlo en peligro, se niega a utilizar los medios necesarios para salvaguardarlo, pudiendo disponer fácilmente de ellos.

Después de considerar cada una de las anteriores condiciones, se puede declarar que ninguno de los participantes carece de autonomía o responsabilidad individual.

Art. 6: El consentimiento.

Desde el primer encuentro con los consejeros que fueron convocados para participar en la muestra, se les brindó información suficiente y adecuada sobre las garantías, riesgos y beneficios. La información fue brindada en un lenguaje sencillo, sin tecnicismos; este proceso fue realizado por la investigadora y no contó con el acompañamiento de las personas designadas por el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco con el fin de que la decisión de participación fuera libre, sin la presión de alguna persona que pudiese reconocerlos para garantizar que no habrían represarías en caso de decidir no participar y a pesar de que los consejeros pudiesen ser representados como grupo, la autonomía de los consentimientos fue realizada a nivel individual.

Art. 7: Las personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

Las personas que participan en la intervención cuentan con la autonomía de voluntad y competencia para asumir su decisión de participación.

- Los participantes conocen los elementos relevantes de la intervención para tomar la decisión de participación.

- La razón y fuerza de voluntad no se encuentran reducidos y se encuentran en condiciones de llevar a cabo sus propias decisiones.
- Las facultades mentales de las personas no están reducidas.
- A pesar de que la mayoría de los participantes pasaron por una situación de dependencia a las sustancias psicoactivas, en el momento de realizar la intervención se encuentran rehabilitados y no actúan bajo compulsión. Los consejeros que se encontraban recaídos en consumo no fueron incluidos en la muestra.
- Todos los participantes se encuentran en el momento de la intervención en condiciones de llevar a cabo sus propias decisiones.

Tres de los participantes se encuentran recluidos en la penal, por lo cual se ve afectada la libertad y autonomía para decidir sobre su participación, razón por la cual serán excluidos de la intervención y se analizará si es necesario reemplazar la muestra con personas capaces de dar consentimiento, sin que esto afecte la eficacia de la intervención.

Art. 8: El respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.

Las personas que participaron en la intervención si pueden considerarse en situación de vulnerabilidad por su nivel de obediencia y subordinación, puesto que todos los consejeros actualmente laboran en establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de personas en situación de dependencia a sustancias psicoactivas. A pesar de dicha condición, todos fueron informados que su participación era libre y que, si su decisión era no entrar en la muestra o retirarse en algún momento, no se generarían represarías para él ni para el establecimiento por parte del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

Debido a la capacidad limitada para consentir y garantizar que el consentimiento no fuera generado bajo presión, en ningún momento se les pidió sus nombres o el nombre del establecimiento en el que laboran, puesto que dicha información no interfería con los objetivos definidos de la intervención. Además, sólo se contaba con la presencia de la investigadora en el momento de realizar los consentimientos informados.

Debido a la ausencia de poder de elección y decisión de los tres consejeros que se encuentran recluidos en la penal y que prestan sus servicios en el centro de atención y

tratamiento de dicha institución, se ha decidido excluir la información generada en el diagnóstico situacional y analizar si se requiere reemplazar la muestra para no afectar los resultados de la intervención.

Art. 9: La privacidad y confidencialidad.

Dentro del apartado de consideraciones éticas del protocolo se establecerá, según la Declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos, el respeto por la privacidad de las personas y la confidencialidad de la información al no utilizarse para fines distintos a los que motivan la intervención.

Con el fin de respetar la privacidad de las personas que participaron brindando información para el diagnóstico situacional, en los instrumentos diseñados se elimina el nombre y el establecimiento en el que laboran. Además, la entrevista fue realizada en un espacio cerrado, en donde sólo estaba presente la investigadora y el consejero en adicciones que aceptaba participar con la libertad de no responder las preguntas que no considerara pertinentes y la posibilidad de rechazar dar continuidad al proceso en el momento que si lo desease.

La información recolectada permanece en poder de la investigadora, los resultados del diagnóstico fueron comunicados a través de datos generales que impiden la identificación de los participantes o los establecimientos. Dentro de los compromisos firmados por el Consejo Estatal Contra las Adicciones y la investigadora quedó establecido que la información recolectada pertenece a la investigación y sólo se entregaran los resultados requeridos para la planeación de la intervención.

En el consentimiento se informan las consideraciones en el tema de privacidad, a pesar de ser un colectivo, la decisión de participación es personal y autónoma. Los resultados se les comunicarán a los participantes al momento de llevar a cabo la intervención, además se espera realizar una publicación que recoja todos los conocimientos generados a partir de dicha experiencia académica.

En el momento de recolectar la información para la realización del diagnóstico situacional no se encontraron situaciones por las cuales fuera necesario romper la confidencialidad, no se percibe un riesgo latente o víctimas potenciales. Si se rompe la confidencialidad, los consejeros que no están realizando sus funciones adecuadamente podrían perder su certificación, su empleo y el establecimiento sería designado para el seguimiento y verificación prioritaria por parte del Consejo Estatal Contra las Adicciones.

Es importante mencionar que no se encontró ningún indicio que pudiera llevar a la afectación del servicio de manera radical o la advertencia de posibles víctimas. Sin embargo, con la intervención se espera generar mayores capacidades en los consejeros y directivos de los establecimientos que redunden en mejorar la calidad de vida de los participantes y de las personas que reciben el servicio.

Art. 10: La igualdad, justicia y equidad

- Ser consejero en adicciones.
- Estar laborando en el momento de la recolección de la información en algún establecimiento de atención y tratamiento para personas en situación de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.
- No estar en situación de consumo de sustancias psicoactivas.
- Estar laborando en el Estado de Jalisco.
- Decidir por medio del consentimiento informado su aceptación autónoma y libre de participar en la investigación.

Art. 11: La no discriminación y no estigmatización

Los consejeros en adicciones generan gran empatía con los usuarios por haber pasado similares condiciones, es por esto que su perfil ayuda en el proceso de rehabilitación. La intervención, en las sesiones del Diplomado de Certificación con los consejeros como con los directores de los establecimientos, los profesionales del Consejo Estatal Contra las Adicciones y la investigadora a cargo del proyecto, realizan un acompañamiento respetuoso sin discriminación o estigmatización por haber pasado por situación de consumo, su actitud es de motivación para que los consejeros vean nuevas formas de afrontar sus vidas.

Art.12: Respeto a la diversidad cultural y el pluralismo.

La población con la que se trabajó la intervención no demostró tener peculiaridades culturales, morales, religiosas y jurídicas que condicionen el abordaje de las necesidades identificadas.

Art.14: La responsabilidad social y la salud

Esta intervención presenta como principal beneficio la responsabilidad social y la salud, puesto que con el cumplimiento de los objetivos se generarán mejores condiciones en la calidad de vida tanto de los consejeros como de las personas a las que acompañan en el proceso de tratamiento para superar la situación de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, y a su vez son formados para generar dicho beneficio en los establecimientos al crear estrategias que comprometen en un sentido de cooperación entre los usuarios para brindar apoyo y aprender de sus experiencias.

Recursos humanos

La responsable de investigaciones y el responsable de la red estatal de establecimientos del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) acompañaron el proceso de intervención desde el diseño del protocolo hasta la evaluación de la ejecución.

En el proceso de recolección de la información, se contó con el apoyo de una profesional en trabajo social que labora en el CECAJ, su capacitación y acompañamiento estuvo a cargo de la estudiante de maestría quien es la responsable de la intervención.

El contacto con los consejeros en adicciones lo realizó la profesional en trabajo social, una de las secretarías del CECAJ y la responsable de la intervención.

En la ejecución de la intervención participaron los profesionales del CECAJ que tienen a cargo cada uno de los procesos sobre el cual se capacitó a los consejeros en

adicciones que participaron en Diplomado para la Certificación de Consejería en Adicciones del Estándar EC0548.

Recursos materiales y financieros

El Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco se hizo cargo de los siguientes recursos indispensables para la realización de cada una de las fases de la intervención:

- Recursos locativos: para la fase de recolección de la información y para la ejecución de la intervención.
- Recurso de transportación: en el caso en el que la estudiante en formación y los profesionales del CECAJ debieron dirigirse hasta el establecimiento especializado en adicciones.
- Recursos materiales y tecnológicos: papelería (hojas, marcadores, papelográficos, lapiceros), computador, impresora, teléfono, video beam.

La Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) también hizo parte de la financiación de la intervención:

- Recursos materiales: 40 Manuales de Consejería en donde se encuentra recopilada la información teórica del Diplomado de Certificación

Tabla 6: Cronograma de trabajo

Actividad	Características	Fecha de finalización	Recursos requeridos.	Responsable
Realización del diagnóstico situacional para identificar los funciones de los consejeros en el	Diseño de los instrumentos para la recolección de la información	Enero 29 de 2018	Humanos. Intelectuales.	Investigadora
	Evaluación de los instrumentos	Enero 31 de 2018	Técnico. Bibliográficos.	Responsable de investigación CECAJ

Estándar EC0548	Capacitación del personal del CECAJ que apoyaran en la recolección de los datos.	Febrero 2 de 2018	Materiales.	Investigadora
	Aplicación de la prueba piloto.	Febrero 5 de 2018		Investigadora y profesional de trabajo social del CECAJ.
	Modificación de los instrumentos	Febrero 12 de 2018		Investigadora
	Comunicación con los consejeros seleccionados en la muestra para la selección de fecha y hora de la recolección de la información	Febrero 12 de 2018		Investigadora Trabajadora Social CECAJ Secretaria del Responsable de la Red de Servicios del CECAJ
	Aplicación de los instrumentos para la recolección de la información	Del 23 de abril al 11 de mayo de 2018		Investigadora y Trabajadora Social del CECAJ
	Análisis de la información recolectada.	Del 12 al 20 de Mayo de 2018		Investigadora.
	Identificación de los funciones de los consejeros en el Estándar EC0548	Mayo 21 de 2018		Investigadora.
	Planeación y desarrollo de la intervención	Definición del contenido del Diplomado de Certificación.		Junio de 2018

para incrementar las funciones que los consejeros realizan en el Estándar EC0548 en los consejeros y directores de establecimientos			Técnico.	investigaciones CECAJ
	Realización del cronograma por sesión del Diplomado con su responsable según el contenido	Julio de 2018	Bibliográficos.	Investigadora y Responsable de investigaciones del CECAJ
	Gestionar los recursos requeridos para el Diplomado.	Agosto de 2018	Materiales.	Responsable de investigaciones CECAJ
	Comunicar a los consejeros y directores de los establecimientos el cronograma de las sesiones del Diplomado de Certificación (fechas, hora y el lugar de las capacitaciones).	Septiembre de 2018		Responsable de investigaciones CECAJ
	Preparar el material didáctico de la capacitación.	Septiembre de 2018		Investigadora
	Ejecución del Diplomado de Certificación de Consejería en Adicciones.	De Octubre de 2018 a Marzo de 2019.		Investigadora, Responsable de investigaciones y Profesionales a cargo de cada sesión del Diplomado
	Evaluación de la intervención	Realizar la evaluación de la intervención 6 meses después de finalizar el	Septiembre de 2019	Humanos. Intelectuales.

	Diplomado de Certificación		Técnico.	
	Ingresar los datos recolectados al sistema.	Septiembre de 2019	Bibliográficos.	Investigadora
	Documentar los resultados.	Octubre de 2019	Materiales.	Investigadora

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS FUNCIONES DE LOS CONSEJEROS EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN JALISCO, MÉXICO.

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

La muestra seleccionada partió del listado de los 98 consejeros que fueron capacitados por el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, bajo el Programa Mexicano de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, llevado a cabo en el año 2015.

A continuación, se mencionan los hallazgos obtenidos en el proceso de selección:

- De los 98 consejeros en adicciones certificados, sólo 64 continúan prestando sus servicios en establecimientos especializados en adicciones en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
- De los 34 consejeros restantes se encontró la siguiente información:
 - 12 Consejeros se encuentra laborando en establecimientos en el Estado de Jalisco, pero por fuera de la zona metropolitana de Guadalajara.
 - 7 consejeros se encuentran laborando en otro Estado o en la modalidad ambulatoria
 - 7 consejeros reportan haber cambiado de labor por cuestiones económicas
 - 4 consejeros se encuentran desempleados.
 - 3 consejeros se encuentran recaídos en consumo de sustancias psicoactivas
 - 1 consejero falleció.
- De los 33 consejeros que fueron seleccionados en la muestra, 3 se encontraban recluidos en la penal, por lo cual se ve afectada la libertad y autonomía para decidir sobre su participación, razón por la cual fueron excluidos de la intervención. Cabe anotar que los 3 consejeros fueron capacitados y certificados por el Programa Mexicano de Capacitación, Certificación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, llevado a cabo en el año 2015, estando en situación de privación de su libertad.

- Los 30 consejeros que entraron en la muestra reportaron estar laborando en 15 establecimientos en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

Información recolectada sobre los establecimientos.

La tabla 7 evidencia que el 40% de los establecimientos y sus correspondientes consejeros que participaron en la muestra están ubicados mayormente en el municipio de Guadalajara.

La medición del nivel de calidad a los establecimientos se determinó con cuatro indicadores:

1. Establecimiento reconocido por CONADIC.
2. Licencia Municipal para la prestación del servicio.
3. Aviso de funcionamiento otorgado por COPRISJAL.
4. Validación del programa general de tratamiento por el CECAJ.

El cumplimiento de estos cuatro indicadores demuestra que el establecimiento es apto para ofertar el servicio de tratamiento a personas en situación de dependencia a determinada sustancia psicoactiva, a continuación, se muestran en las gráficas de la 3 a la 6 del resultado sobre el nivel de calidad obtenido en 15 establecimientos evaluados.

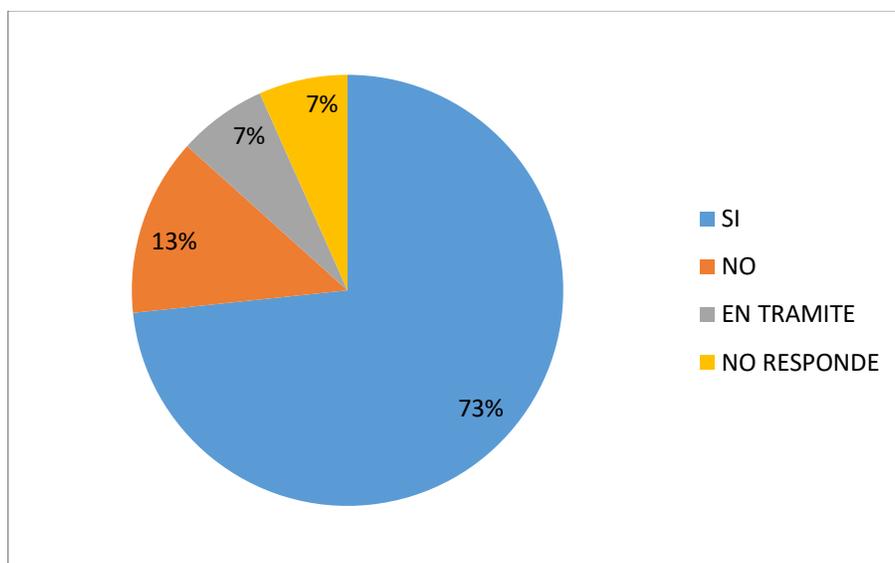
Tabla 7: Ubicación geográfica.

Municipio	Cantidad de establecimientos	Porcentaje	Número de consejeros capacitados por municipio	Porcentaje
Guadalajara	6	40	12	40
Zapopan	2	13	6	20
San Pedro Tlaquepaque	2	13	5	17
Tonalá	2	13	3	10
Tlajomulco de Zúñiga	1	7	2	7
El salto	1	7	1	3
Zapotlanejo	1	7	1	3

Fuente: Creación propia 2018

De los 15 establecimientos en los cuales se reporta labores de los consejeros en adicciones encuestados, el 73% cuentan con el reconocimiento de CONADIC, esto quiere decir que dan cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Es importante mencionar que el 13% de los establecimientos encuestados hasta el momento, no ha iniciado el proceso de certificación, razón por la cual no debería estar en funcionamiento, al no cumplir con los requisitos indispensables para ofertar un servicio con las condiciones mínimas requeridas (gráfica 3).

Gráfica 3: Establecimientos con reconocimiento de CONADIC



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

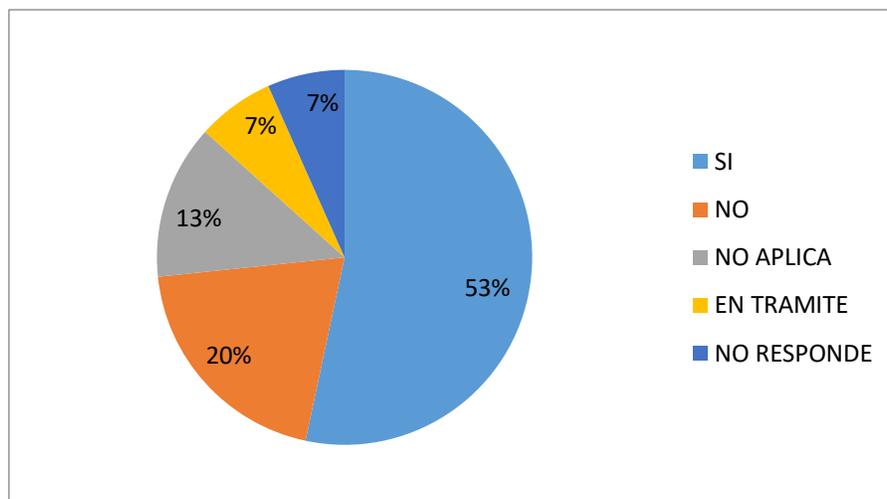
La Licencia Municipal de Funcionamiento es una autorización otorgada a los establecimientos para el desarrollo de actividades económicas (comerciales, industriales o de prestación de servicios profesionales) en su jurisdicción, ya sea como persona natural o jurídica, entes colectivos, nacionales o extranjeras.

- Esta Licencia sólo permitirá la realización de actividades económicas, legalmente permitidas, conforme a la planificación urbana y bajo condiciones de seguridad.

- Permite acreditar la formalidad del negocio ante entidades públicas y privadas, favoreciendo su acceso al mercado.
- Garantiza el libre desarrollo de la actividad económica autorizada por la municipalidad.

El 53% de los establecimientos cuenta con la Licencia Municipal, para el 13% de los establecimientos no aplica este requisito porque están ubicados en el Municipio de Zapopan y sus condiciones de funcionamiento son distintas y el 20% de los establecimientos no cuenta con dicha licencia de funcionamiento (gráfico 4).

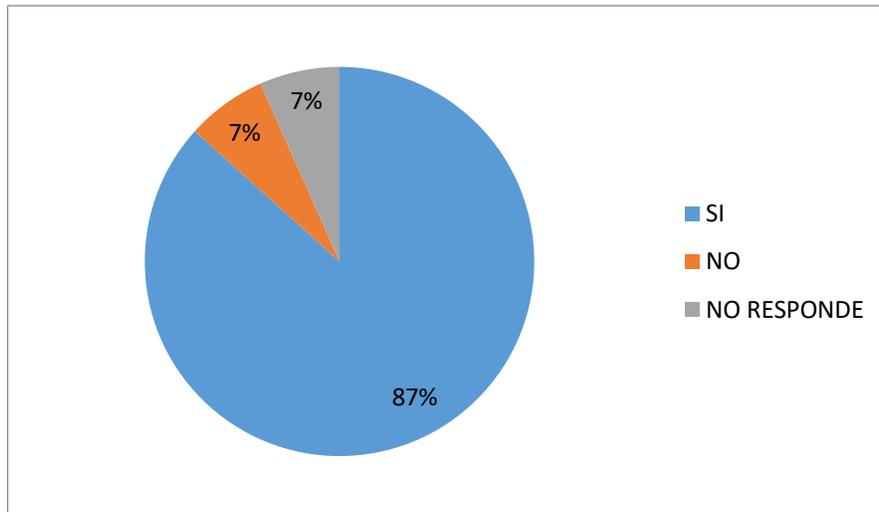
Gráfica 4: Establecimientos con Licencia Municipal.



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

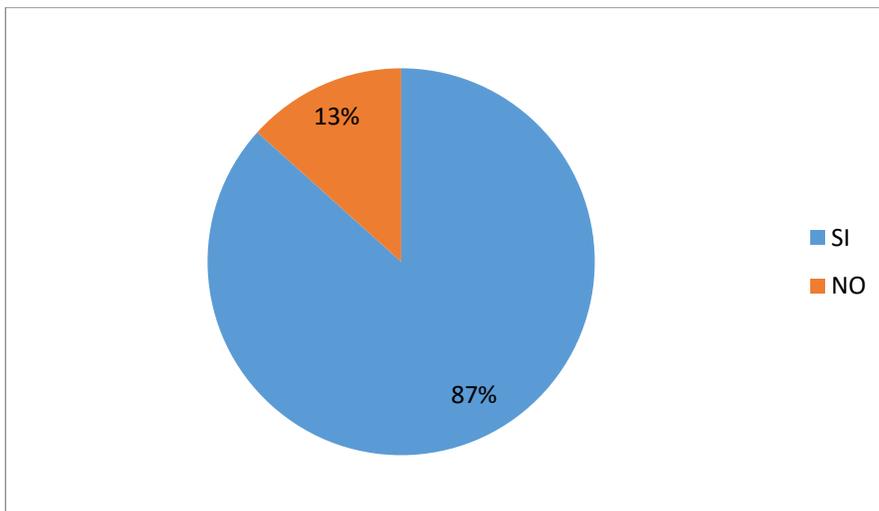
El 87% de los establecimientos cuentan con el aviso COPRISJAL y con la validación del CECAJ al programa general de trabajo, este programa incluye el manual de organización y el manual de procesos, carta de navegación indispensable para la estandarización de las actividades a realizar con los usuarios (gráficas 5 y 6).

Gráfica 5: Establecimientos con aviso COPRISJAL



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Gráfica 6: Establecimientos con validación del programa por el CECAJ

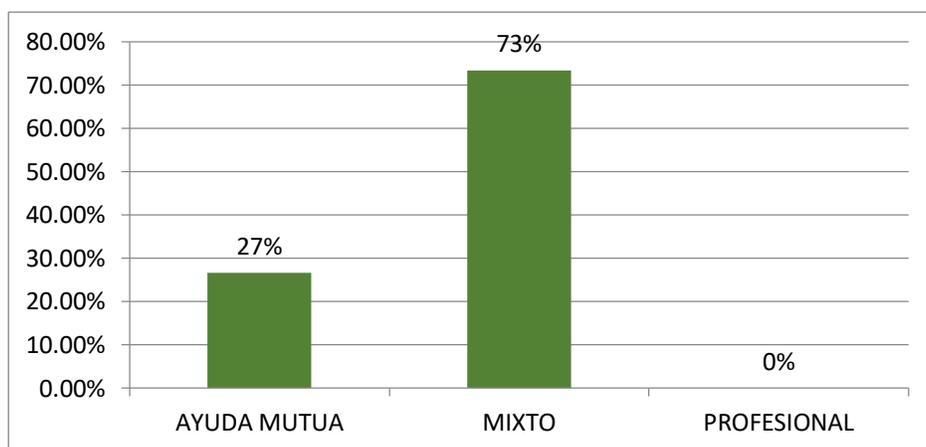


Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

El modelo de tratamiento es definido por cada establecimiento, dichos modelos indican el recurso humano que guía el proceso de rehabilitación de los usuarios. Están clasificados en tres grupos:

- **Modelo de ayuda mutua:** es el servicio que se fundamenta en el principio de sanación a través de los propios miembros de la agrupación, los llamados “Padrinos” o “Madrinas” son exconsumidores de sustancias psicoactivas, quienes utilizan estrategias para dar seguimiento y contención para lograr la sobriedad. Ofertado por el 27% de los establecimientos.
- **Modelo mixto:** es el tratamiento oferta un equipo terapéutico que involucra a profesionales de la salud y exconsumidores de sustancias psicoactivas (consejeros), diseñan el plan de tratamiento para los usuarios de manera interdisciplinaria. El proceso terapéutico se realiza desde una visión integradora de la ciencia y la experiencia para la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas en situación de adicción. Ofertado por el 73% de los establecimientos.
- **Modelo profesional:** es el servicio coordinado por un equipo conformado por diversos profesionales de la salud como médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, partiendo de un modelo teórico-metodológico que sustenta las intervenciones terapéuticas. Este tipo de modelo no es ofertado en los establecimientos que entraron en el estudio puesto que el recurso humano en dichos establecimientos está conformado en su totalidad por profesionistas.

Gráfica 7: Modelo de tratamiento ofertado

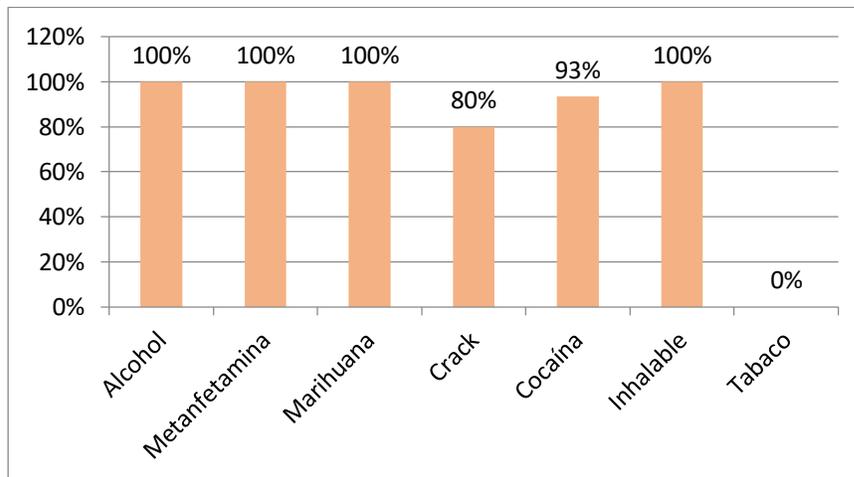


Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

A pesar de que el 73% de los establecimientos han definido trabajar con el modelo de tratamiento mixto, el 73% sólo cuenta con la posibilidad del acompañamiento del profesional de la salud que requieran a solicitud y no de forma permanente como lo demanda el modelo mixto y que es con esta integración profesional-consejero lo que hace la diferencia con el modelo de tratamiento de ayuda mutua.

Después de definir el modelo de tratamiento y por ende el recurso humano con el que el establecimiento ofertará su servicio, es importante delimitar el tipo de sustancia psicoactiva que se encuentre en condiciones de tratar. Es importante mencionar que no todas las sustancias causan en el mismo nivel de dependencia, el mismo síndrome de abstinencia, ni el mismo deterioro físico y mental en las personas que la consumen. Como resultado se obtuvo que los establecimientos estudiados no hacen dicha delimitación atendiendo la mayoría de adicciones (gráfica 8).

Gráfica 8: Tipo de adicción atendida en el establecimiento



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

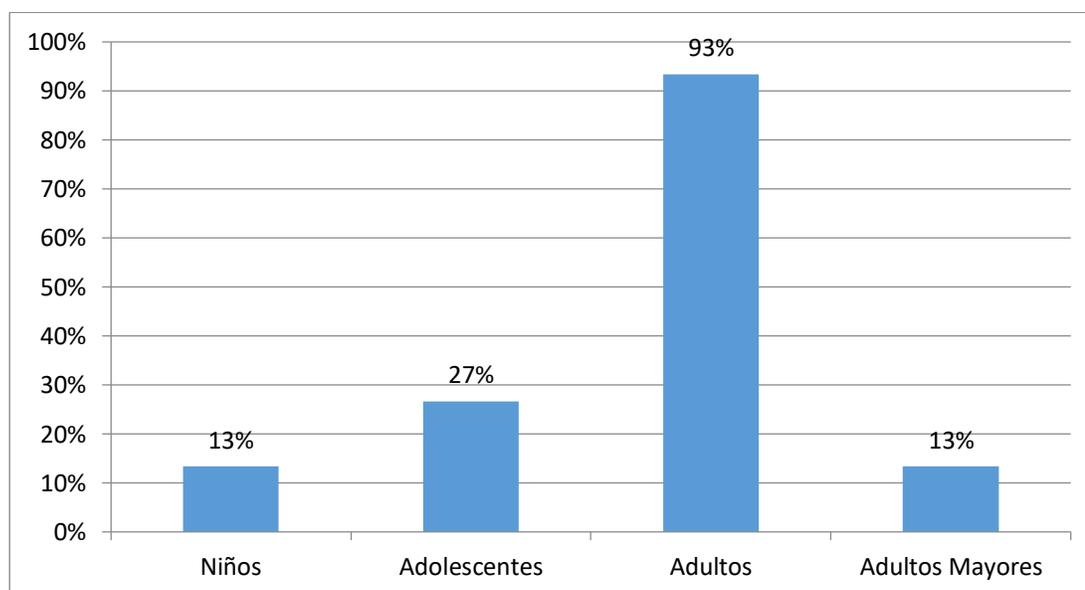
Según la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 (6), cada establecimiento especializado en adicciones debe especificar las edades y género a los cuales ofertará su servicio, con el fin de garantizar las condiciones adecuadas en infraestructura, recurso

humano, dotación, entre otros. Para ello se define entonces los grupos de edad estipulados por la ley.

- **Niños/as:** son las personas de hasta 12 años incompletos.
- **Adolescentes:** son las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.
- **Adultos/as:** son las personas que se encuentra en un rango de edad entre los 18 años y los 60 años incumplidos.
- **Personas Adultas Mayores:** son aquéllas que cuenten con sesenta años o más.

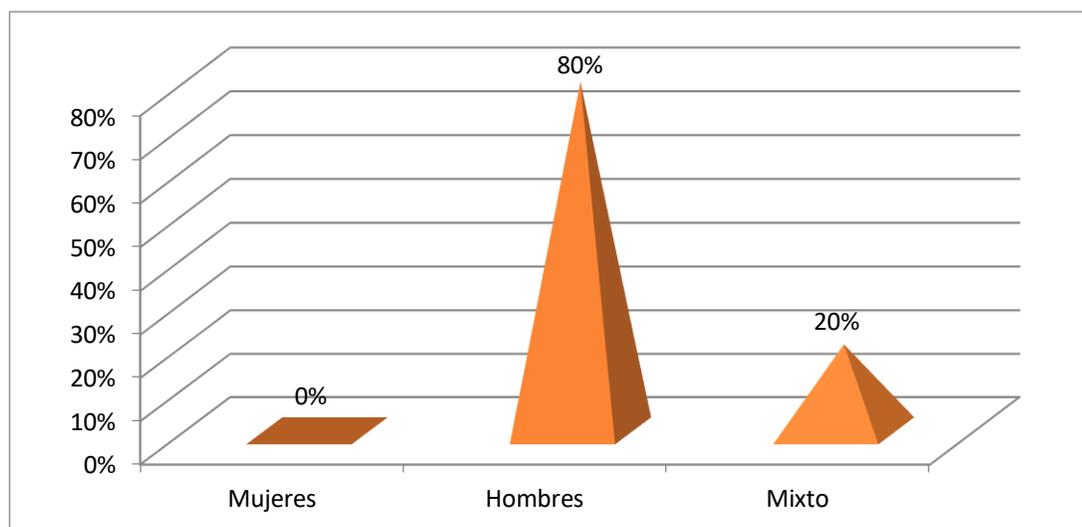
El 93% de los Establecimientos Especializados en Adicciones tiene definido como población de interés para la oferta del servicio de tratamiento y rehabilitación a los hombres en edad adulta. Se observa entonces, una baja disposición de establecimientos para brindar atención a niños, adultos mayores y mujeres, generándose así un problema de acceso al servicio a pesar que, desde el primer informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA, en el año 1998, se encendieron alertas sobre la disminución en la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas y el incremento del consumo en mujeres, ambas poblaciones consideradas vulnerables (39). (gráfica 9 y 10).

Gráfica 9: Edades atendidas en los establecimientos



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Gráfica 10: Atención diferenciada por género



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Uno de los indicadores de calidad analizado en este estudio, relaciona la capacidad instalada del establecimiento, el número de usuarios atendidos al momento de realizar el estudio, el número de consejeros por turno y el número de pacientes por consejero en cada turno. A continuación, se evidencia esta relación en la tabla 8.

Tabla 8: Relación entre la capacidad instalada - número de usuarios atendidos – número de consejeros por turno – total de consejeros por establecimiento.

Establecimiento	Capacidad instalada	Número de usuarios atendidos	Número de consejeros por turno	Número de pacientes por consejero
1	86	82	12	6.83
2	50	31	2	15.5
3	5	10	1	10
4	60	63	2	31.5
5	15	23	2	11.5
6	40	45	3	15
7	50	14	2	7

8	75	70	2	35
9	32	35	1	35
10	25	21	1	21
11	21	37	2	18.5
12	40	26	1	26
13	16	13	1	13
14	30	40	2	20
15	50	52	2	26

Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Los resultados permiten evidenciar dos factores determinantes en el incumplimiento del estándar EC0548: 1) Con respecto a la capacidad instalada se evidencia que el 47% de los establecimientos la excede, al atender más usuarios de los que puede atender acorde con su infraestructura, dotación, personal terapéutico, entre otros recursos; y 2) A propósito del número de usuarios atendidos frente al número de consejeros por turno, se evidencia que cada consejero está a cargo de un promedio de 19.45 pacientes y en su turno de trabajo debe cumplir funciones como:

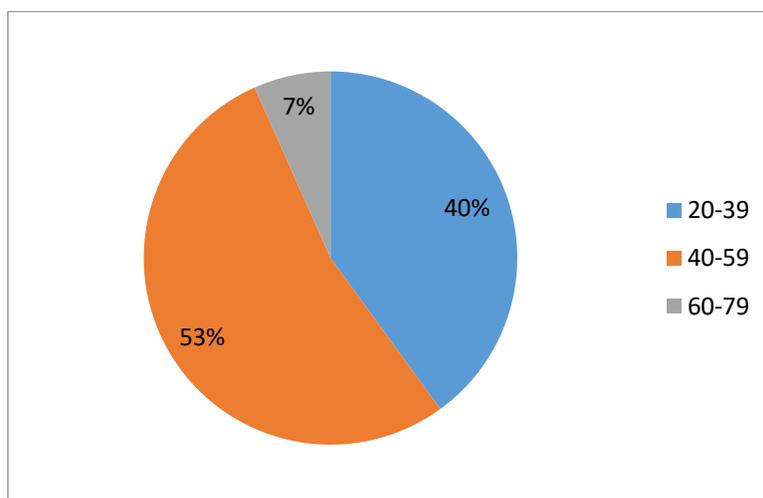
- Ingreso de usuarios: recibir al usuario y familiares, valorar la severidad de la adicción, aplicar técnicas motivacionales para que la persona inicie el tratamiento de rehabilitación, explicar al usuario y familia los resultados obtenidos en la valoración de la severidad de la adicción, el modelo de tratamiento que recibirá el usuario y los componentes del proceso de consejería, entre otras.
- Productos: ingresar los datos del usuario al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones, documentar la valoración del usuario y realizar las entrevistas iniciales, diseñar el plan de consejería individual, diseñaren un plan de consejería conjuntamente con el usuario las metas y objetivos a corto/mediano y largo plazo, y establecer las acciones a seguir para el cumplimiento de dichas metas, registrar las atenciones individuales, grupales y familiares, entre otras.
- Aplicar el plan de consejería: realizar sesiones de consejería individual, grupal y familiar, acompañar al usuario en la elaboración del plan de vida y en el proceso de reintegración familiar, escolar, laboral y social, la contención en crisis, entre otras.

Es importante mencionar que en el 33% de los establecimientos, cuentan con un consejero por turno, lo cual excede la capacidad de los consejeros para realizar todas las funciones conforme a lo establecido en el estándar EC0548.

Condiciones sociodemográficas de los consejeros en adicciones.

El grupo de edad predominante es de 40 a 59 años con el 53%, seguido del grupo de edad entre los 20 y 39 años con el 40%. Los hombres son el género predominante entre los consejeros con el 90%. Es importante resaltar que las únicas 3 mujeres encuestadas son las personas que reportan no haber llevado un proceso de rehabilitación y su nivel escolar se encuentra entre técnico y licenciatura (gráfica 11).

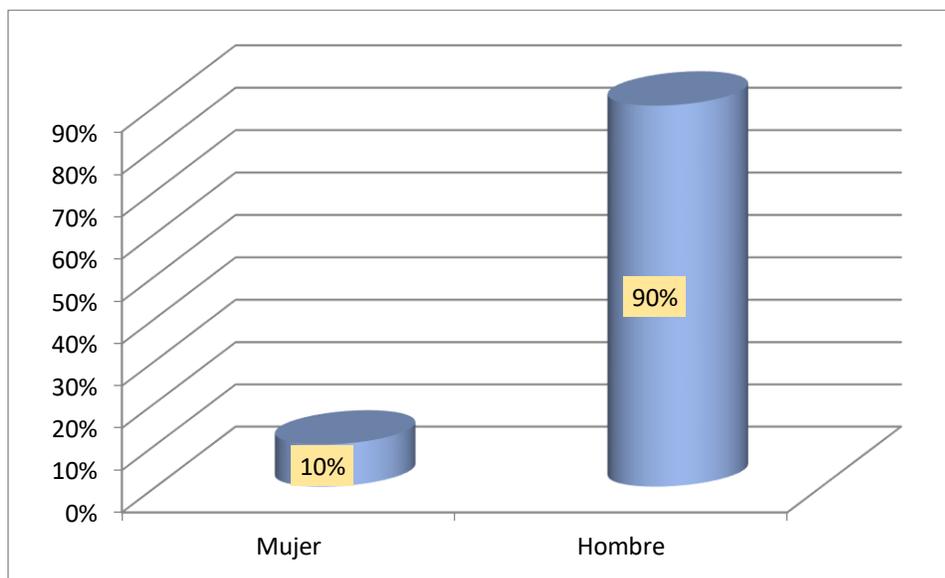
Gráfica 11: Edad de los consejeros en adicciones



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

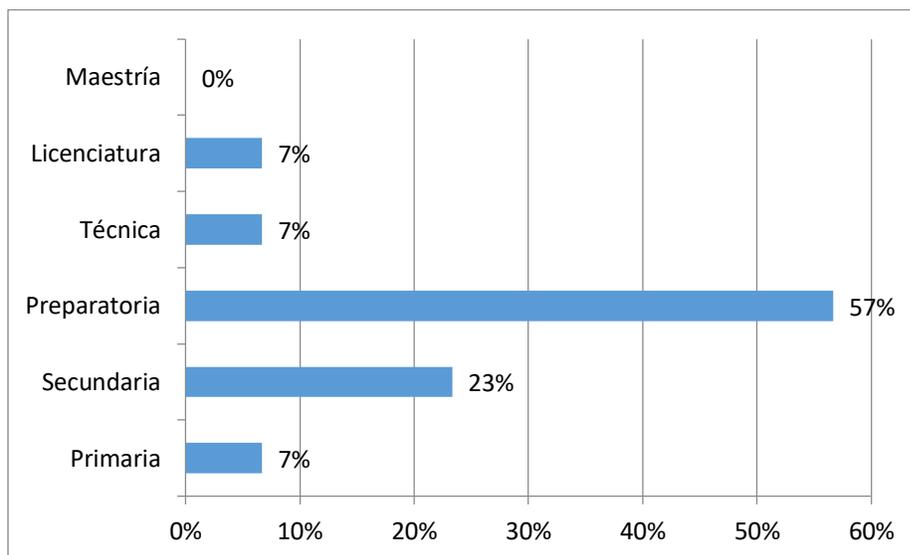
En cuanto al género de los consejeros, el 90% son hombres, con escolaridad en su mayoría de preparatoria (Gráficas 12 y 13).

Gráfica 12: Género de los consejeros en adicciones



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Gráfica 13: Nivel de escolaridad



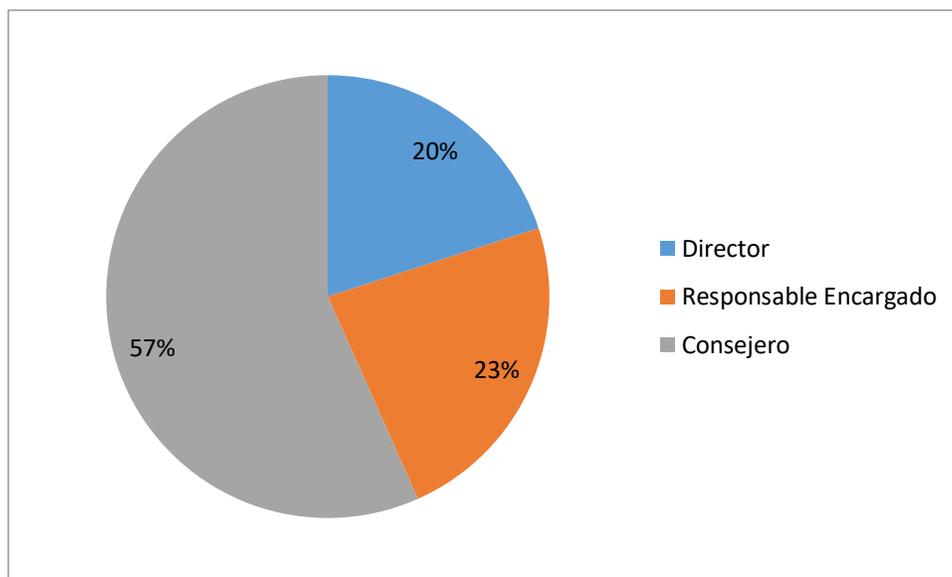
Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Uno de los factores que más influye en los conocimientos que deben tener los consejeros en adicciones para llevar a cabo sus funciones es su bajo nivel escolar, el 87% de los consejeros que participaron en la muestra, cuentan con un nivel escolar de preparatoria o inferior, lo cual afecta la comprensión y dimensión de los criterios del estándar como:

- El modelo de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente.
- Los criterios de diagnóstico de abuso y dependencia de drogas conforme a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: CIE -10
- Conceptos básicos y las estructuras del sistema nervioso central que interviene en el proceso adictivo.
- Los principales trastornos de salud mental asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

A pesar de que el Programa de Capacitación, Certificación y evaluación de 2015 fue dirigido a los consejeros en adicciones, el 43% de ellos en la actualidad se encuentran desempeñando otros cargos como director de establecimiento o responsable encargado. Estos cargos son de tipo administrativo. (gráfica 14).

Gráfica 14: Cargo desempeñado en el Establecimiento

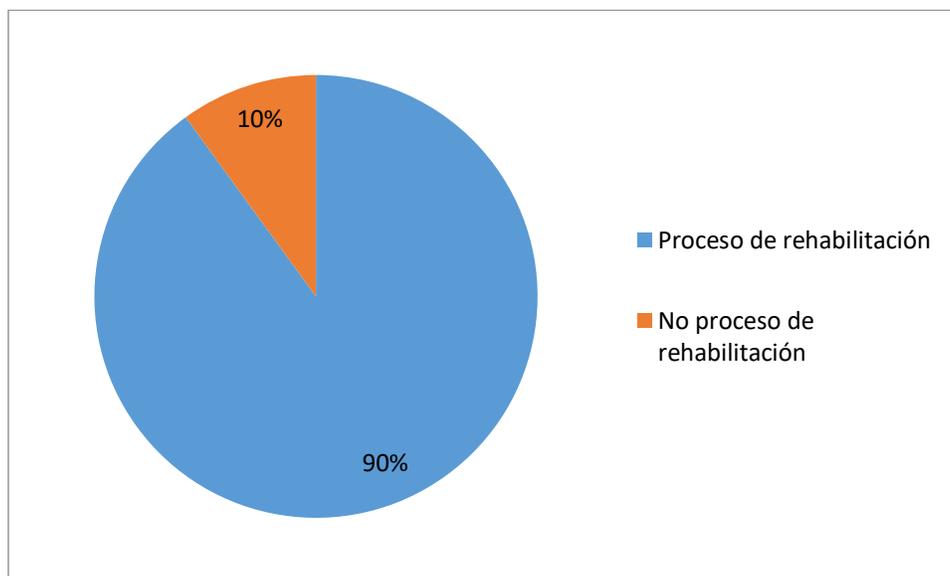


Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Otra de las variables definidas en el diagnóstico situacional fue conocer qué cantidad de consejeros en adicciones vivió la experiencia de un proceso de rehabilitación, este indicador se relaciona directamente con la motivación a desempeñarse como consejero

en adicciones. En la gráfica 15 se muestra que el 90% de los consejeros manifestó haber tenido dicha experiencia. Esta variable se relaciona en gran medida con la forma en que los consejeros llevan a cabo sus funciones, puesto que en el acompañamiento, orientación y apoyo a los usuarios se combina la experiencia vivida y los conocimientos adquiridos en la capacitación.

Gráfica 15: El consejero vivió uno o varios procesos de rehabilitación



Fuente: Construcción propia, diagnóstico situacional en salud 2018.

Conocimiento de los consejeros sobre el Estándar Mexicano de Competencias de Consejería en Adicciones EC0548 para llevar a cabo sus funciones.

En la evaluación de conocimientos de los consejeros evaluados se encontró que el 74% tienen los conocimientos necesarios para el desarrollo de sus funciones, sin embargo, sólo el 43% de los consejeros registra adecuadamente las intervenciones realizadas a los usuarios. Es importante mencionar que, ante una auditoría de calidad, sólo se toma en cuenta lo que está registrado, pues es la evidencia concreta del proceso de atención desde el ingreso de los usuarios al establecimiento hasta el egreso y las intervenciones de seguimiento.

Frente al tema de capacitaciones, el 83% de los consejeros expresaron que con Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, fue el primer acercamiento formal acerca de los conocimientos que deben tener como consejeros, el panorama a nivel nacional en el tema de las adicciones, la existencia del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones EC0548, el correcto reporte al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA, patologías duales, daños por el consumo en el sistema nervioso central, los temas de violencia asociados al consumo, el marco normativo y ético en la atención a las adicciones, el método para evaluar la severidad del consumo en los usuarios, cómo desarrollar un plan de consejería, entre otras.

A pesar de que los consejeros debían llevar como mínimo un periodo de dos años de experiencia laborando en establecimientos residenciales como requisito para participar en el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones llevado a cabo en el año 2015, el desempeño de sus funciones estaba basado en las experiencias en sus procesos terapéuticos, las recomendaciones recibidas por sus padrinos o madrinas y algunas conferencias en temas de adicciones ofrecidas por el CECAJ.

Entrevistas

Insuficiente personal capacitado y certificado.

En las entrevistas, los consejeros expresaron su opinión sobre cómo es la aplicabilidad de los conocimientos obtenidos en la interacción con otros consejeros que no han tenido la oportunidad de capacitarse:

“En el centro donde yo trabajo soy el único consejero capacitado en el Estándar, por eso se hace más difícil que cambie todas las cosas que van en contra de lo que aprendí en la capacitación, ni siquiera el director sabe de qué le hablo cuando le comento todas las cosas que tendría que cambiar en el establecimiento” Consejero en adicciones 1.

“Mis compañeros de trabajo no tienen la capacitación en el Estándar y por eso no logro hacer equipo con ellos para organizar las funciones, cada que les digo algo me dicen que me creo el más chingon y toman mis sugerencias de una mala forma” Consejero en adicciones 2.

“Yo corrí con la suerte de capacitarme con el director del establecimiento, él ha logrado que los otros consejeros agarren la onda y dejen de lado las malas costumbres que aprendieron cuando eran usuarios. A veces tantos cambios los descontrola porque piensan que ser consejeros es gritar y tratar mal, la ventaja es que el director es quien pone las reglas y pone a todos los consejeros a trabajar como debe ser” Consejero en adicciones 3.

“Si a veces es difícil poner en práctica lo aprendido y hacer que los otros entiendan como se deben hacer las cosas cuando se tiene a otro compañero capacitado, es peor cuando uno llega a otro centro en donde ni siquiera saben que existe el Estándar, es luchar en contra de la corriente y uno termina cansado y haciendo lo que los otros hacen para no discutir y hacer más llevadero el trabajo, no es fácil” Consejero en adicciones 4.

“Acá cada quien tiene su estilo, yo trato de hacer las cosas bien, pero en el establecimiento ni siquiera tienen los formatos para registrar cada intervención con el usuario, no es que no sepa que se debe hacer, sólo que es complejo llevarlo a la práctica cuando los compañeros piensan que es por chingar” Consejero en adicciones 5.

Poca continuidad en las capacitaciones.

Para el 83% de los consejeros en adicciones que participaron en la muestra, la capacitación recibida en el 2015 fue la primera formación desde los conocimientos requeridos, los productos o registros de las intervenciones, el método para el abordaje de los usuarios desde su ingreso hasta el seguimiento posterior al egreso, las estrategias a implementar, la normatividad y hasta el lenguaje verbal y no verbal.

En el transcurso de estos 3 años después de la capacitación, los consejeros no han tenido seguimiento ni nuevas capacitaciones. Cabe recordar que el 90% de los consejeros pasaron por uno o varios procesos de rehabilitación y que la construcción de su perfil laboral ha sido elaborado basado en lo aprendido en sus experiencias.

Al respecto los consejeros manifestaron lo siguiente:

“Mi única capacitación para ser consejero había sido la de mi padrino cuando me dijo que simplemente hablara de mi experiencia, al principio me sentía como un ciego llevando a otro ciego, la capacitación transformó mi labor. No es sólo sentarse a escuchar o hablar de cualquier cosa, cada oficio tiene su método y yo aprendí el mío, aunque falta mucho por aprender” Consejero en adicciones 6.

“Qué acompañamiento le podía dar yo a una persona si por mis malas decisiones había estado hasta en la prisión? La capacitación me ayudó mucho para saber que decir y como decirlo, como acompañar y como poner límites. Desde el 2015 no ha salido otra capacitación para refrescar lo aprendido” Consejero en adicciones 7.

“Yo he pasado la mayor parte de mi vida anexado, más o menos sabía lo que tenía que hacer por lo que veía que hacían mis padrinos, pero no todo es aprendizaje de calle, también es bueno saber qué es lo que se debe hacer, eso da mayor seguridad” Consejero en adicciones 8.

“A veces se me sale más lo que aprendí en mis vivencias en los centros que lo que aprendí en la capacitación, pero es que esa fue la única vez que se interesaron en enseñarnos el cómo hacer las cosas, de aquí lo que sigue es ponerme a estudiar una carrera, pero la verdad no gano tanta lana como para eso” Consejero en adicciones 9.

Bajo nivel escolar.

El 87% de los consejeros en adicciones que entraron en el estudio presentan en la actualidad un nivel escolar de preparatoria o inferior. En la entrevista se les preguntó si

influye el nivel escolar en la aplicación del Estándar, a continuación, se evidencian algunas de sus respuestas:

“Si influye el nivel escolar porque en ocasiones no entiendo completamente como traducir lo que dice el manual con el que nos capacitaron, a los casos reales que vivo en el establecimiento” Consejero en adicciones 10.

“Si influye y más por no tener espacios de capacitación, cuando salen nuevas drogas es un problema, ahora con el cristal le he tenido que pedir a conocidos que me consulten en internet porque yo no sé cómo meterme en eso” Consejero en adicciones 11.

“Claro que influye porque el consejero se vuelve una figura a imitar, al no tener estudio se hace más difícil guiar a los usuarios en el proyecto de vida o para que vuelvan a estudiar, es decirles que hagan algo que yo no hice y se vuelve incómodo” Consejero en adicciones 12.

“No tener estudios influye, pero influye más no tener capacitaciones, las capacitaciones van directamente a los temas de interés para nosotros, a veces pega más lo que se dice que como se dice, aunque hay muchos consejeros que ni saben hablar y la gente no les creen lo que dicen” Consejero en adicciones 13.

“Yo desde pequeño estuve en centros para menores infractores, anexado, hasta en la prisión, pero en el reclusorio pude estudiar y hacer mi proceso de rehabilitación, cuando salí me ayudaron para viajar a España para aprender todo lo de comunidad terapéutica. Ahora estoy estudiando la licenciatura para ser psicólogo y seguir en este cuento. Aquí no se le da la importancia al consejero porque creen que esto lo puede hacer cualquiera, los mismos consejeros no valoramos nuestra labor y la mayoría se quedan con lo que hacen en su centro por pereza y como nadie les exige más, pues hacen lo menos” Consejero en adicciones 14.

El bajo nivel escolar en los consejeros en adicciones, disminuye la posibilidad de tener un alto nivel de comprensión del contenido del Estándar EC0548, algunos de los

conocimientos descritos superan la capacidad intelectual de los consejeros en temas teóricos. Sin embargo, en los establecimientos en donde pueden contar con profesionales de la salud, se puede realizar una mayor integración del conocimiento.

“Para mi uno de los temas más interesantes y complejos fue el daño neurológico que puede causar el consumo de sustancias psicoactivas. Antes pensaba que si un usuario no quería trabajar era por pereza o por querer evadir y lo llenaba de tareas o regaños, ahora entiendo que en muchos casos se llegó a afectar su sistema neuronal y que por eso no responde, pero si me apoyo en los profesionales, porque aún no sé cómo determinar si una persona llegó a tener daños o no, los profesionales saben cómo hacer eso, el problema es en los centros donde no hay profesionales, les toca a los consejeros sacar los manuales y mirar las características una a una para ver si hay daño” consejero en adicciones 15

Puesto que el proceso de rehabilitación no consiste en sólo dejar de consumir sustancias psicoactivas, sino establecer los mecanismos para la reintegración escolar, laboral, familiar y social. Algunos de los consejeros que han dado continuidad a sus estudios, expresan que tienen una mayor acogida con los usuarios, ellos lo atribuyen a mostrar una mayor coherencia entre lo que dicen y lo que hacen.

Los consejeros también expresaron en la entrevista que el bajo nivel escolar afectaba su credibilidad frente a usuarios o familiares que tienen un mayor nivel escolar, además en el desarrollo del plan de vida con los usuarios, se sienten con poca coherencia al plantearles la importancia de la reintegración escolar cuando ellos no lo hicieron en sus respectivos procesos de rehabilitación.

PRIORIZACION DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Una vez identificados todos los resultados del diagnóstico situacional, se procedió a la priorización de problemas, Para obtenerla se utilizó el Método Hanlon en donde se evalúa la magnitud, la severidad, la efectividad y la factibilidad de cada uno de los problemas identificados en el diagnóstico situacional. Con base a esta evaluación se identificaron los siguientes problemas a tratar en la intervención:

1. Insuficiente personal capacitado y certificado.
2. Bajo nivel escolar
3. Poca continuidad en las capacitaciones
4. Falta de políticas que establezcan el perfil de los consejeros en adicciones

Tabla 8: Priorización Método Hanlon

	Magni (0-10)	Severi (0-10)	Efectividad (0.5 – 1.5)	Factibilidad					Resultado
				Perti (0-1)	Econó (0-1)	Recur (0-1)	Acep (0-1)	Lega (0-1)	
Problema 1	8	10	1.5	1	1	1	1	1	27
Problema 2	8	6	0.5	1	0	0	1	1	0
Problema 3	8	8	1.5	1	1	1	1	1	24
Problema 4	6	8	0.5	1	0	0	1	1	0

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La principal dificultad que se presentó en la fase del diagnóstico situacional fue la programación con el área de operaciones del Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco de las fechas para el levantamiento de la información, puesto que dicha área tuvo en el mismo periodo de tiempo las visitas de certificación a los Establecimientos Especializados en Adicciones.
- En cada jornada se citaron a 15 consejeros, de los cuales aproximadamente 5 o 6 cumplían la cita que habían confirmado con anterioridad.

- El 47% de los consejeros cumplieron la citan sin expediente ni el proyecto de vida de algún usuario al que le estuvieran llevando proceso.
- En la selección de la muestra se incluyeron 3 consejeros en adicciones que después de las consideraciones éticas se eliminaron por encontrarse privados de su libertad en un centro penitenciario.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Los establecimientos residenciales que prestan sus servicios en la modalidad mixta o de ayuda mutua en la Zona Metropolitana de Guadalajara son dirigidos por personas que han terminado su proceso de rehabilitación, tuvieron la experiencia de acompañar a otras personas como consejeros y después toman la iniciativa de abrir un establecimiento para la atención a la dependencia de las sustancias psicoactivas. Sin embargo, no cuentan con una debida formación y no tienen los conocimientos sobre los requisitos mínimos para brindar el servicio. Es por esto que algunos de los establecimientos no están respaldados con las debidas autorizaciones legales y los entes estatales en algunos casos desconocen su funcionamiento y las condiciones en las que se presta el servicio.

De acuerdo a los resultados del diagnóstico situacional y la priorización, es importante generar capacitación, en donde se brinde información a los consejeros, responsables o encargados y directores de los establecimientos sobre las leyes y el estándar que deben cumplir para prestar el servicio de atención en condiciones adecuadas y con el acompañamiento estatal que los guía y verifica que los usuarios están recibiendo un tratamiento adecuado a su dependencia adictiva. Entre más amplia y frecuente sean las capacitaciones, más personas motivadas a ayudar a quienes se encuentran en consumo de sustancias psicoactivas podrán recibir la orientación de como desempeñar sus funciones, beneficiando a los usuarios que recurren a los establecimientos residenciales para llevar a cabo su tratamiento.

PROYECTO DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA MEJORA DE LAS FUNCIONES DE LOS CONSEJEROS EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN JALISCO, MÉXICO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos creó la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 con el fin de establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones. En dicha Norma, define a los establecimientos especializados en adicciones como “los establecimientos, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumos perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que son operados por personal de adictos en recuperación, profesionales o personal mixto”

En el esclarecimiento de adicto en recuperación puntualiza lo siguiente: “persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social”. Sin embargo, estas no son las únicas características del perfil de los encargados de orientar, apoyar y acompañar a las personas que están atravesando una situación de vulnerabilidad al no tener plena conciencia de sus actos y decisiones debido a compulsivas intoxicaciones. El deterioro de la salud de la persona dependiente a cualquier sustancia psicoactiva involucra aspectos físicos, mentales y sociales, y por lo tanto en el proceso de recuperación debe intervenir un grupo multidisciplinario que involucré tanto a profesionales de la salud como consejeros en adicciones formados para garantizar adecuadas condiciones de seguridad, calidad y dignidad en la prestación del servicio.

El Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), con la colaboración de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de

Drogas/Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) crearon el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones (EC0548).

El objetivo central del estándar EC0548 es mejorar la calidad de los servicios de atención al establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones, principalmente en establecimientos residenciales. En consecuencia, este estándar sirve como referente para evaluar y certificar el desempeño y efectividad de los consejeros dentro de los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación de adicciones a sustancias psicoactivas (8).

El Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones fue la estrategia con la que se formó en el año 2015 a los consejeros en adicciones a nivel nacional en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548. La primera fase de esta intervención consistió en identificar por medio del diagnóstico situacional el procedimiento que los consejeros llevan a cabo sobre el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones

Como resultado de dicho diagnóstico se entraron los siguientes factores que intervienen negativamente sobre el cumplimiento de las funciones por parte de los consejeros en adicciones:

Insuficiente personal capacitado y certificado.

Estas entrevistas muestran que uno de los mayores inconvenientes para la aplicación del Estándar es la falta de conocimientos de los equipos de trabajo, puesto que la atención, a pesar de ser diferenciada por las características personales de cada consejero, debe ceñirse a un método y a unas actividades a las que se pueda hacer seguimiento. Esta transversalidad en el proceso de rehabilitación genera confianza y seguridad en el usuario, las familias o redes de apoyo y entre los mismos consejeros y profesionales de la salud que conducen el proceso de atención.

Poca continuidad en las capacitaciones.

A pesar de que las experiencias vividas por los consejeros los acerca al desarrollo de sus funciones, el 43% de los consejeros entrevistados manifiestan que no tuvieron un proceso de rehabilitación en donde se les orientara respetando su dignidad como ser humano. Las capacitaciones continuas alejan a los consejeros de sus aprendizajes adquiridos desde la experiencia y los involucra en nuevas prácticas, lenguajes, conocimientos, métodos y estrategias en donde la seguridad y la humanización del servicio sean los factores comunes en la atención a las personas que presentan dependencia a las sustancias psicoactivas.

El servicio prestado por los establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial esta ofertado para los usuarios que presentan mayor dependencia a las sustancias psicoactivas y han sobrepasado la modalidad de servicios ambulatorios. El aislamiento de la persona en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas es con el fin de lograr una mayor efectividad en la atención y tratamiento al proteger al usuario de situaciones, personas y lugares de consumo, dado que enfrentan un momento de vulnerabilidad por no tener el pleno control de sus conductas y decisiones, lo cual afecta su salud física, mental, emocional y social. Si dicho servicio no es brindado en condiciones de calidad y seguridad el usuario seguirá en riesgo al no ser protegido. Para alcanzar el objetivo de atención segura los operadores, consejeros, responsables o encargados y directores de los establecimientos deberán contar con los conocimientos mínimos e indispensables, los cuales son validados a través de la certificación.

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de intervención pretende mejorar las funciones que los consejeros realizan sobre el Estándar Mexicano de competencias de la consejería de Adicciones EC0548 en establecimientos residenciales en la zona metropolitana de Guadalajara.

Con base en el diagnóstico situacional y priorizando los problemas identificados, el proyecto de intervención se desarrollará con base en:

- 1. Insuficiente personal capacitado y certificado.**
- 2. Poca continuidad en las capacitaciones.**

Con la intervención de estas dos problemáticas se puede impactar en otros factores clave como las condiciones laborales de los consejeros, puesto que los directores o responsables de los establecimientos son personas que pasaron por un proceso de rehabilitación, trabajaron un tiempo como consejeros y después decidieron abrir su propio establecimiento, sin embargo, el desconocimiento de algunas normas laborales y del estándar EC0548 los lleva a tener falencias en la contratación y en la disposición de recursos requeridos para que los consejeros realicen sus funciones de una forma adecuada. Es por esto que las capacitaciones no sólo abarcaran a los consejeros en adicciones, sino también, a los directores o responsables de los establecimientos.

Las capacitaciones estarán enfocadas a las necesidades identificadas por los consejeros en la entrevista y aquellos temas en los que presentaron mayores dificultades en la evaluación de conocimientos y en las observaciones realizadas a los productos de las intervenciones. Este espacio educativo tendrá un enfoque participativo fundado en el bajo nivel escolar de la mayoría de los consejeros, este enfoque pretende traducir los conocimientos técnicos en conocimientos prácticos, en donde les facilite a los consejeros obtener mayores herramientas creativas a la hora de implementar cada uno de los componentes del estándar a la realidad vivenciada en los establecimientos.

El desarrollo de esta intervención, permitirá avanzar en el reconocimiento y la humanización del perfil de los consejeros, mejorando sus condiciones se busca fortalecer a los consejeros y el ejercicio de sus funciones, generando intervenciones más pertinentes, oportunas, seguras, eficientes y dignas para las personas que requieren la atención, tratamiento y acompañamiento en el proceso de rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados que se esperan obtener también beneficiarán a los establecimientos participantes, puesto que estarán ofertando un servicio de salud que cumple con los estándares de calidad definidos a nivel nacional, además al mejorar las condiciones laborales para los consejeros, se podrá disminuir las rotaciones, favoreciendo el proceso de rehabilitación de las personas que allí son atendidas.

Es importante mencionar que el desarrollo de cada una de las fases de esta intervención está respaldado por el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, puesto que contribuye también al cumplimiento de su misión, visión y objetivos estratégicos, además los avances esperados fortalecerán el Programa de Red de Servicios de Tratamiento en Adicciones, al fomentar en los establecimientos especializados en adicciones el cumplimiento normativo requerido para la prestación del servicio. Con dicho apoyo el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco podrá replicar la intervención en los establecimientos que no fueron seleccionados en la muestra y servirá de base para futuras investigaciones e intervenciones.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Mejorar las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 para que la atención y tratamiento de las personas en situación de adicción a las sustancias psicoactivas, en los establecimientos en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara sea otorgada con mayor calidad.

Objetivos específicos.

- Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en aspectos que involucran la consejería en adicciones a nivel nacional, conceptos generales en adicciones y en el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.
- Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.
- Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en el plan de consejería (individual, grupal y familiar) y la coordinación de servicios al interior y el exterior de los establecimientos.
- Proponer al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un programa de capacitación continua para operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos en temas de adicciones.

METAS, ESTRATEGIAS, INDICADORES, EVALUACIÓN

<p>Objetivo 1: Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en aspectos que involucran la consejería en adicciones a nivel nacional, conceptos generales en adicciones y en el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.</p>
<p>Meta: Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>
<p>Estrategia: Tramitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones del Estándar EC0548.</p>
<p>Actividades</p>
<p>1. Establecer el contenido de estas líneas de conocimiento.</p>
<p>2. Programar las fechas de capacitación.</p>
<p>3. Definir los capacitadores encargados de cada tema y acordar las fechas disponibles.</p>
<p>4. Comunicarle a la persona indicada las fechas en las que se requiere el lugar de las capacitaciones.</p>
<p>5. Comunicarle a los consejeros, responsables directores y de los establecimientos el programa, interés de la estrategia y el cronograma de capacitaciones.</p>
<p>6. Solicitar los manuales para los consejeros, responsables y directores de establecimientos que participaran del diplomado</p>
<p>7. Organizar los insumos necesarios para el capacitador a cargo de cada tema.</p>
<p>8. Plantear la evaluación de cada uno de las líneas de conocimiento para identificar los temas que requieren mayor entrenamiento.</p>
<p>9. Generar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones un certificado de participación en las jornadas de capacitación.</p>
<p>Indicador: # total consejeros, responsables y directores capacitados / # total consejeros, responsables y directores convocados</p>

<p>Objetivo 2: Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en la valoración de la severidad de la adicción y la coordinación de servicios al interior y el exterior de los establecimientos.</p>
<p>Meta: Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>
<p>Estrategia: Tramitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones del Estándar EC0548.</p>
<p>Actividades</p>
<p>1. Establecer el contenido de estas líneas de conocimiento.</p>
<p>2. Programar las fechas de capacitación.</p>
<p>3. Definir los capacitadores encargados de cada tema y acordar las fechas disponibles.</p>
<p>4. Comunicarle a la persona indicada las fechas en las que se requiere el lugar de las capacitaciones.</p>
<p>5. Comunicarle a los consejeros, responsables directores y de los establecimientos el programa, interés de la estrategia y el cronograma de capacitaciones.</p>
<p>6. Solicitar los manuales para los consejeros, responsables y directores de establecimientos que participaran del diplomado</p>
<p>7. Organizar los insumos necesarios para el capacitador a cargo de cada tema.</p>
<p>8. Plantear la evaluación de cada uno de las líneas de conocimiento para identificar los temas que requieren mayor entrenamiento.</p>
<p>9. Generar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones un certificado de participación en las jornadas de capacitación.</p>
<p>Indicador: # total consejeros, responsables y directores capacitados / # total consejeros, responsables y directores convocados</p>

<p>Objetivo 3: Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en el plan de consejería (individual, grupal y familiar).</p>
<p>Meta: Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>
<p>Estrategia: Tramitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones del Estándar EC0548.</p>
<p>Actividades</p>
<p>1. Establecer el contenido de estas líneas de conocimiento.</p>
<p>2. Programar las fechas de capacitación.</p>
<p>3. Definir los capacitadores encargados de cada tema y acordar las fechas disponibles.</p>
<p>4. Comunicarle a la persona indicada las fechas en las que se requiere el lugar de las capacitaciones.</p>
<p>5. Comunicarle a los consejeros, responsables directores y de los establecimientos el programa, interés de la estrategia y el cronograma de capacitaciones.</p>
<p>6. Solicitar los manuales para los consejeros, responsables y directores de establecimientos que participaran del diplomado</p>
<p>7. Organizar los insumos necesarios para el capacitador a cargo de cada tema.</p>
<p>8. Plantear la evaluación de cada uno de las líneas de conocimiento para identificar los temas que requieren mayor entrenamiento.</p>
<p>9. Generar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones un certificado de participación en las jornadas de capacitación.</p>
<p>Indicador: # total consejeros, responsables y directores capacitados / # total consejeros, responsables y directores convocados</p>

Objetivo 4: Proponer al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un programa de capacitación continua para operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos en temas de adicciones.
Meta: Cumplir con el 90% de las conferencias programadas.
Estrategia: Definir un cronograma de conferencias anual en temas de adicciones abierto a operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos.
Actividades
1. Establecer el tema de las conferencias.
2. Programar las fechas.
3. Definir los capacitadores encargados de cada tema y acordar las fechas disponibles.
4. Comunicarle a la persona indicada las fechas en las que se requiere el auditorio.
5. Comunicarle a los operadores, consejeros, responsables y directores de los establecimientos el cronograma de conferencias.
6. Organizar los insumos necesarios para el capacitador a cargo de cada tema.
Indicador: # total conferencias ofrecidas / # total conferencias programadas x 100

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Factibilidad social

La UNESCO, a través de su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos hace un llamado a que las investigaciones en el campo de la salud aporten conocimiento en beneficio de la sociedad, contribuyendo así a los principios de solidaridad, cooperación, responsabilidad social y salud (38). Esta intervención desde su componente académico brindó la posibilidad de un trato digno y sin discriminación a una población en situación de vulnerabilidad, puesto que la mayoría de los consejeros son personas que han concluido su proceso de rehabilitación, pero que aún necesitan de un ambiente en donde pueda ser sostenido un proyecto de vida con factores protectores.

Los establecimientos dedicados a la atención y tratamiento de las personas en situación de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas pueden ser el espacio para motivar el fortalecimiento de las capacidades de estas personas, si les brindan las condiciones necesarias para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, un inadecuado aprovechamiento de dichas capacidades puede ser el detonante para interrumpir dicho proceso, no sólo de los consejeros en adicciones, sino también de las personas que les han confiado su salud física y mental.

La capacitación de los consejeros no sólo representa beneficio para estas personas, al contar con nuevas herramientas y habilidades para la vida, sino también, para su núcleo familiar y social.

Factibilidad Legal

La intervención tiene soporte legal al considerar el servicio de atención y tratamiento en adicciones como un servicio de salud, en el cual las personas que hacen parte de dichas atenciones deben estar capacitadas para el ejercicio de sus funciones.

Tabla 10: soporte legal

Soporte legal	Definición
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 o Carta Magna (20).	La salud de los mexicanos es una prioridad; Título Primero, Capítulo I: De los Derechos Humanos y sus Garantías. Artículo 4: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
Ley General de Salud (21).	Especifican los programas a implementar para tratar el tema de las adicciones
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 (6).	Esta Norma tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones a nivel nacional. Dirigida a los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o control de las adicciones.
Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) (22).	Establece el interés por fortalecer las acciones de protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud y en específico ha definido en la Estrategia 2.3.2 para garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficiencia de los insumos y servicios para la salud y reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
Programa Sectorial de Salud (2013-2018) (23).	En el que se han dispuesto estrategias para consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. La estrategia que abarcan el tema de las adicciones es la 1.4 que tiene como objetivo impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones, su línea de acción es la 1.4.4 busca consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en

	adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.
Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 (8).	Mejorar la calidad de los servicios de atención al establecer las competencias básicas e indispensables en el ejercicio de la consejería en adicciones, principalmente en establecimientos residenciales. En consecuencia, este estándar sirve como referente para evaluar y certificar el desempeño y efectividad de los consejeros dentro de los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación de adicciones a sustancias psicoactivas.

Fuente: Creación propia.

Factibilidad Financiera

Esta intervención contó con el apoyo financiero del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, dependencia del Sector Salud enfocada a la prevención, información y atención en adicciones para el bienestar de la población. Los recursos humanos, locativos y materiales han sido solventados por dicha institución.

La Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) financió los manuales para los consejeros, responsables y directores de establecimientos participantes en el diplomado de capacitación y certificación.

PLAN DETALLADO DE LA INTERVENCIÓN

Diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones del Estándar EC0548.

Fecha	Línea	Sesión	Responsable
Octubre 18 de 2018	1. La consejería en adicciones	1.1 La Consejería en Adicciones en México	Mtra. Blanca Gabriela López Maciel
		1.2 Servicios de tratamiento de las adicciones en México	
		1.3 Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones	
		1.4 Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones	
		1.5 Proceso para la obtención del certificado	
Octubre 19, 25 y 26 de 2018	2. Conceptos Generales en Adicciones	2.1 Alcohol, tabaco y otras drogas	Dr. Luis Javier Robles Arellano / Mtro. Carlos Torres Beltrán
		2.2 Abuso y dependencia de drogas legales e ilegales	
		2.3 Salud mental y adicciones	
		2.4 Violencia y adicciones	
		2.5 Principales componentes de tratamiento por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	
		2.6 Componentes centrales de la rehabilitación y reinserción social por consumo de droga	
Noviembre 1 de 2018	3. Marco Normativo y Ético	3.1 Referentes normativos de la atención de las adicciones	

	de la Atención en Adicciones en México	3.2 Marco ético de la consejería en adicciones	Lic. Erika Nayeli Morales Pérez
Noviembre 8, 9 y 15 de 2018	4. Valoración de la Severidad de la Adicción	4.1 Interés y disposición al cambio: modelo de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente	Mtro. Carlos Torres Beltrán / Lic. Jaime Fernando Díaz González
		4.2 Manejo de la consejería en ingresos de tipo involuntario	
		4.3 Valoración de la severidad de la adicción y problemas asociados con el consumo	
		4.4 Documentación de la valoración de la severidad de la adicción	
Noviembre 16, 22, 23, 29 y 30 y diciembre 6 de 2018	5. Consejería Individual	5.1 Funciones del consejero en establecimientos residenciales para el tratamiento y rehabilitación de adicciones	Lic. Iris del Socorro Pérez Alcaraz/ Dra. Norma Alicia Ruvalcaba Romero/ Mtra. Olga Juliet Berrio Idarriaga
		5.2 Plan de consejería individual	
		5.3 Sesiones de consejería	
		5.4 Relación consejero-usuario y su influencia en el proceso de consejería	
		5.5 Estrategias y técnicas de la consejería en adicciones	
		5.6 Componentes de la consejería	
		5.7 Valorar el progreso del usuario de acuerdo con el Plan de consejería	
		5.8 Documentación del desempeño y progreso del usuario en la consejería individual	

Diciembre 7 y 13 de 2018	6. Consejería Grupal	6.1 Características de la consejería grupal	Mtra. Iris Lizeth García García / Mtra. Adriana Ramona Leyva Luna
		6.2 Objetivos y metas de la consejería grupal	
		6.3 Elaboración del Plan de consejería grupal	
		6.4 Técnicas básicas de intervención grupal	
		6.5 Proceso de documentación en la consejería grupal	
Enero 10 y 11 de 2019	7. Educación para la familia y otras Personas Significativas	7.1 Importancia de la participación activa de la familia y otras personas significativas	Mtro. Aurelio Martínez García
		7.2 Efectos, daños y consecuencias que genera el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la familia y otras personas significativas	
		7.3 Estilos de afrontamiento familiar y de otras personas significativas	
		7.4 Actividades de apoyo de la familia al Plan de consejería del usuario	
Enero 17 de 2019	8. Cierre de la Consejería y Seguimiento	8.1 Conclusión de la consejería individual, grupal y familiar	Lic. Jaime Fernando Díaz González
		8.2 Características y requisitos para el egreso, alta y/o baja del usuario	
		8.3 Seguimiento al usuario al mes, tres y seis meses del egreso	
Enero 18 de 2019	9. Coordinación de Servicios	9.1 Acciones de coordinación sistemática con el equipo	Lic. Araceli Carrillo

		multidisciplinario durante el proceso de consejería (individual, grupal y familiar)	Ramírez / Lic. Jeannie Osegurea
		9.2 Acciones de coordinación con servicios externos durante el proceso de consejería (individual, grupal y familiar)	Jiménez
		9.3 Documentación de las actividades relacionadas con la coordinación de servicios	
	10. Referencia y Contrarreferencia	10.1 Proceso de referencia y contrarreferencia en el tratamiento residencial	
		10.2 Elaboración del directorio de referencia	
		10.3 Documentación de las acciones de referencia y contrarreferencia	

Conferencias dirigido a operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos especializados en adicciones.

Fecha	Tema
Octubre 2018	El miedo como maestro
Noviembre 2018	Efectos pulmonares del uso del cigarrillo electrónico
Diciembre 2018	Disciplina con amor
Enero 2019	Responsabilidad legal en el tratamiento de las adicciones
Febrero 2019	La espiritualidad en el manejo de las adicciones
Marzo 2019	Abuso sexual y consumo de drogas
Abril 2019	Tratamiento de las adicciones y perspectiva de género

INFORME DE EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA MEJORA DE LAS FUNCIONES DE LOS CONSEJEROS EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como resultado del diagnóstico situacional realizado en la segunda etapa de esta intervención, se detectaron cuatro problemas o factores que limitan las funciones de los consejos en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los establecimientos en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

1. Insuficiente personal capacitado y certificado.
2. Bajo nivel escolar
3. Poca continuidad en las capacitaciones
4. Falta de políticas que establezcan el perfil de los consejeros en adicciones (desvirtuado perfil del consejero).

En la priorización se seleccionaron dos factores limitantes que podrían mejorar a partir de la ejecución de la intervención:

Insuficiente personal capacitado y certificado.

- De los 98 consejeros capacitados y certificados en el 2015 en el Estado de Jalisco, 64 prestan sus servicios en la actualidad en la Zona Metropolitana de Guadalajara.
- De los 165 establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, 37 de ellos cuentan con por lo menos un consejero capacitado y certificado, lo que corresponde al 22%.

El bajo número de consejeros, responsables y directores de los establecimientos capacitados y certificados en el Estándar EC0548 genera que dicho talento humano realice sus funciones con base en un conocimiento empírico. Es importante recordar que el 90% de los consejeros

vivieron un proceso de rehabilitación y dicha experiencia es la mayor fuente de información en los casos en los que no cuentan con la capacitación. Así entonces, los consejeros en adicciones que no han sido capacitados, no cuentan con los conocimientos mínimos establecidos en el Estándar, lo que genera inadecuados procesos de ingreso, inexistentes evaluaciones de la severidad del consumo, intervenciones que afectan el proceso de rehabilitación del usuario y el proceso de reintegración a nivel social, familiar, escolar o laboral.

Poca continuidad en las capacitaciones.

La falta de un programa de capacitaciones continuas genera que los operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos generen formas inadecuadas de intervención que afecte la seguridad de los usuarios. Además, la falta de actualizaciones impide que el recurso humano no profesional que está a cargo del tratamiento no estén informados de los aspectos éticos y legales, modelos de intervención, temas sociales, familiares o culturales que acompañan el consumo de sustancias psicoactivas en la actualidad, nuevas drogas, entre otras.

Uno de los aspectos importantes que pone en alerta la prestación del servicio de atención y tratamiento de rehabilitación por dependencia a las sustancias psicoactivas es la ilegalidad de los establecimientos y la falta de conocimientos de las personas que acompañan dicho proceso. Con la intervención ejecutada se brinda un espacio en donde los operadores, consejeros, responsables y directores de los establecimientos comiencen a acercarse al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco visualizándolo como una institución que brinda apoyo y acompañamiento a los establecimientos y al talento humano con el fin de fortalecer la red de servicios desde la capacitación y la generación de conocimiento y no desde acciones punitivas que aíslan y generan mayor ilegalidad.

La forma de intervenir fue por medio de la capacitación, dándole continuidad a dos estrategias generadoras de conocimiento, el diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones del Estándar EC0548 y las conferencias mensuales. Ambas estrategias se llevaron a cabo con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

OBJETIVOS Y METAS

Con el fin de mejorar las funciones que los consejeros llevan a cabo del Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los establecimientos en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México en el periodo 2018 – 2019, se desarrolló el diplomado de capacitación y certificación dirigido a los consejeros, responsables y directores de establecimientos que no contaban con dicha formación. La decisión de impartir el diplomado a una población diferente a la seleccionada en la muestra, parte de la información brindada por los consejeros entrevistados en la etapa del diagnóstico situacional, quienes manifestaron que uno de los mayores obstáculos para el cumplimiento del estándar es su equipo de trabajo, puesto que los consejeros, responsables y directores de los establecimientos que no han sido capacitados no cuentan con las herramientas, habilidades y conocimientos para desarrollar en equipo un adecuado plan de atención y tratamiento a las personas en situación de adicción a las sustancias psicoactivas.

Es importante mencionar que, a pesar de que la población seleccionada para la realización del diagnóstico situacional sea distinta a la población con la que se trabajó en la fase de ejecución, el objetivo general sigue siendo el mismo. Con la intervención que se llevó a cabo, se amplió el número de consejeros, responsables y directores capacitados y certificados; así mismo, se incrementó el número de establecimientos que brindan atención y tratamiento al consumo y abuso de las sustancias psicoactivas de una manera informada en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

A continuación, se puede observar el cumplimiento total, parcial o incipiente de los objetivos y metas planteadas.

Objetivos planeados y alcanzados.

OBJETIVOS PLANEADOS - OBJETIVOS ALCANZADOS	
OBJETIVO GENERAL	
Mejorar las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 con el fin de incidir en la atención y tratamiento de las personas en situación de adicción a las sustancias psicoactivas, en los establecimientos en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADO OBTENIDO
Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco a consejeros, responsables y directores de establecimientos en aspectos que involucran la consejería en adicciones a nivel nacional, conceptos generales en adicciones y en el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.	<p>Los consejeros, responsables y directores de establecimientos recibieron la capacitación en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En que consiste la Consejería en Adicciones en México. • Como está definida la red de servicios de tratamiento de las adicciones en México. • Que es el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones • Que es el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones. • Como es el proceso para la obtención del certificado. • Alcohol, tabaco y otras drogas. • Abuso y dependencia de drogas legales e ilegales. • Salud mental y adicciones • Violencia y adicciones • Principales componentes de tratamiento por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Componentes centrales de la rehabilitación y reinserción social por consumo de droga • Referentes normativos de la atención de las adicciones • Marco ético de la consejería en adicciones
<p>Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en la valoración de la severidad de la adicción y la coordinación de servicios al interior y el exterior de los establecimientos.</p>	<p>Los consejeros, responsables y directores de establecimientos recibieron la capacitación en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interés y disposición al cambio: modelo de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente • Manejo de la consejería en ingresos de tipo involuntario • Valoración de la severidad de la adicción y problemas asociados con el consumo • Documentación de la valoración de la severidad de la adicción • Acciones de coordinación sistemática con el equipo multidisciplinario durante el proceso de consejería (individual, grupal y familiar) • Acciones de coordinación con servicios externos durante el proceso de consejería (individual, grupal y familiar) • Documentación de las actividades relacionadas con la coordinación de servicios • Proceso de referencia y contrarreferencia en el tratamiento residencial • Proceso de referencia y contrarreferencia en el tratamiento residencial • Documentación de las acciones de referencia y contrarreferencia

<p>Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco a consejeros, responsables y directores de establecimientos en el plan de consejería (individual, grupal y familiar).</p>	<p>Los consejeros, responsables y directores de establecimientos recibieron la capacitación en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funciones del consejero en establecimientos residenciales para el tratamiento y rehabilitación de adicciones • Plan de consejería individual • Sesiones de consejería • Relación consejero-usuario y su influencia en el proceso de consejería • Estrategias y técnicas de la consejería en adicciones • Componentes de la consejería • Valorar el progreso del usuario de acuerdo con el Plan de consejería • Documentación del desempeño y progreso del usuario en la consejería individual • Características de la consejería grupal • Objetivos y metas de la consejería grupal • Elaboración del Plan de consejería grupal • Técnicas básicas de intervención grupal • Proceso de documentación en la consejería grupal • Importancia de la participación activa de la familia y otras personas significativas • Efectos, daños y consecuencias que genera el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la familia y otras personas significativas • Estilos de afrontamiento familiar y de otras personas significativas
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de apoyo de la familia al Plan de consejería del usuario • Conclusión de la consejería individual, grupal y familiar • Características y requisitos para el egreso, alta y/o baja del usuario • Seguimiento al usuario al mes, tres y seis meses del egreso
<p>Proponer al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un programa de capacitación continua para operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos en temas de adicciones.</p>	<p>Con las jornadas de capacitación continua se logra un mayor acercamiento de los operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco y la capacitación en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El miedo como maestro • Efectos pulmonares del uso del cigarrillo electrónico • Disciplina con amor • Responsabilidad legal en el tratamiento de las adicciones. • La espiritualidad en el manejo de las adicciones. • Abuso sexual y consumo de drogas • Tratamiento de las adicciones y perspectiva de género.

OBJETIVOS Y METAS PLANTEADAS EN LA PRIORIZACIÓN - OBJETIVOS Y METAS ALCANZADAS

A continuación, se puede observar los avances por objetivos con relación a sus metas particulares, lo cual nos permite evaluar la implementación de la intervención.

Objetivos, metas planteadas y alcanzadas de la intervención.

OBJETIVO	METAS PLANEADAS	METAS REPLANTEADAS	METAS ALCANZADAS
Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en aspectos que involucran la consejería en adicciones a nivel nacional, conceptos generales en adicciones y en el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.	Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.		97.5%
Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en la valoración de la severidad de la adicción	Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la		97.5%

<p>y la coordinación de servicios al interior y el exterior de los establecimientos.</p>	<p>Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>		
<p>Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en el plan de consejería (individual, grupal y familiar).</p>	<p>Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>		<p>97.5%</p>
<p>Proponer al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un programa de capacitación continua para operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos en temas de adicciones.</p>	<p>Cumplir con el 90% de las conferencias programadas.</p>		<p>100%</p>

PRODUCTO PRINCIPAL Y SECUNDARIO PLANEADOS – LOGRADOS

Objetivos, metas propuestas, producto esperado vs logrado de la intervención.

OBJETIVO	METAS PROPUESTAS	PRODUCTO ESPERADO	LOGRO ALCAZADO
<p>Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en aspectos que involucran la consejería en adicciones a nivel nacional, conceptos generales en adicciones y en el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.</p>	<p>Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>	<p>La certificación de 40 consejeros, responsables y directores de establecimientos en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548.</p>	<p>97.5%</p>
<p>Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en la valoración de la severidad de la adicción y la coordinación de servicios al interior y el exterior de los establecimientos.</p>	<p>Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>	<p>La certificación de 40 consejeros, responsables y directores de establecimientos en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548.</p>	<p>97.5%</p>

<p>Capacitar con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco consejeros, responsables y directores de establecimientos en el plan de consejería (individual, grupal y familiar).</p>	<p>Capacitar 40 nuevos consejeros, responsables y directores de establecimientos que presten su servicio en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.</p>	<p>La certificación de 40 consejeros, responsables y directores de establecimientos en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548.</p>	<p>97.5%</p>
<p>Proponer al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco un programa de capacitación continua para operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos en temas de adicciones.</p>	<p>Cumplir con el 90% de las conferencias programadas.</p>	<p>La programación de conferencias continuas que generé mayores conocimientos en los operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos en temas especializados en adicciones.</p>	<p>100%</p>

POBLACIÓN BENEFICIADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE

La intervención desarrollada con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) beneficia de forma directa a 40 consejeros, responsables y directores de establecimientos que no habían recibido capacitación en el Estándar Mexicano de Competencias para la Consejería en Adicciones EC0548. Al finalizar el proceso y demostrar por medio de una evaluación los conocimientos adquiridos, se realizará la entrega de la certificación. La certificación vincula a los consejeros, responsables y directores de establecimientos como personas capacitadas para acompañar un proceso de rehabilitación en adicciones, mejorando así sus condiciones laborales.

La formación de consejeros, responsables y directores también beneficia directamente a los establecimientos especializados en adicciones que participaron en la intervención, puesto que incrementa las funciones que desempeñan en el Estándar EC0548 y mejora sus condiciones de calidad en la prestación del servicio de salud. Este mejoramiento continuo repercute en las contrataciones estatales por medio de las becas que otorga el CECAJ.

El Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco también se beneficia directamente con esta intervención porque apunta al cumplimiento de su visión y misión institucional. Además, contar con una red de servicios conformada por establecimientos que dan cumplimiento al Estándar EC0548, es poder tener aliados para la atención de la población en condiciones adecuadas.

La intervención beneficia indirectamente a la población que actualmente está siendo atendida y a las personas que en el futuro acudirán a los establecimientos especializados en adicciones en la modalidad residencial para realizar su proceso de rehabilitación. La formación de los consejeros, responsables y directores de los establecimientos fue enfocada a generar nuevas capacidades y conocimientos necesarios para la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas en situación de adicción a las sustancias psicoactivas en condiciones de calidad, calidez y seguridad con el fin de humanizar la atención.

IMPACTOS DIRECTOS E INDIRECTOS ALCANZADOS, PREVISTOS Y NO PREVISTOS

El principal impacto directo es sobre los consejeros en adicciones, responsables y directores de los establecimientos, quienes prestaban el servicio de atención y tratamiento para personas en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas basados en la experiencia que vivieron como usuarios. En la intervención encontraron un método para la atención, encontraron respuestas para lo que creían era malas conductas y manipulaciones de los usuarios, encontraron el valor de un equipo multidisciplinario que integre el conocimiento de los profesionales y la experiencia de las personas que han vivido un proceso de rehabilitación, encontraron apoyo en el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.

El Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco obtuvo con la intervención un diagnóstico situacional que le permitió evidenciar las funciones que los consejeros realizan en el Estándar EC0548 y que deteriora la prestación del servicio de salud a la población. Dicho diagnóstico es fuente de información para futuros proyectos e intervenciones. La intervención: diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones del Estándar EC0548 y las conferencias dirigidas a los operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos, tiene un impacto positivo en el CECAJ por cumplir con uno de sus programas que es la capacitación del personal que está a cargo en los establecimientos residenciales de la población que requiere la atención.

Otro impacto observado es el acercamiento de los operadores, consejeros, responsables y directores de establecimientos al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco. Uno de los factores que más valoraron las personas capacitadas fue ver como los responsables de cada área del CECAJ fueron quienes los capacitaron, así estaban seguros de que la información suministrada era totalmente confiable y que cada uno de los capacitadores despejaban sus dudas desde una postura educativa y no punitiva.

DURACIÓN ORIGINAL- DURACIÓN REAL

A continuación, se detallan las actividades planeadas con los tiempos establecidos y los tiempos en los que se logró concluir. En las actividades que se modificaron los tiempos se exponen las causas que provocaron dichas desviaciones y las acciones para corregirlas.

Actividad	Responsable	Situación	Fecha Programada		Fecha real		Causa de la desviación	Acción Correctiva
			Inicio	Fin	Inicio	Fin		
Capacitación sobre la consejería en adicciones: <ul style="list-style-type: none"> • Contexto nacional. • Servicios de tratamiento • Programa Mexicano de Capacitación y evaluación de consejeros • Estándar EC054 • Proceso para obtención del certificado 	Mtra. Blanca Gabriela López Maciel	Concluida	Oct 18 de 2018	Oct 18 de 2018	Oct 18 de 2018	Oct 18 de 2018	No hubo desviación	
Capacitación en conceptos generales en adicciones: <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol, tabaco y otras drogas • Abuso y dependencia de drogas legales e ilegales. • Salud mental y adicciones. • Violencia y adicciones • Principales componentes de tratamiento por consumo 	Dr. Luis Javier Robles Arellano / Mtro. Carlos Torres Beltrán	Concluida	Oct 19 de 2018	Oct 26 de 2018	Oct 19 de 2018	Oct 26 de 2018	No hubo desviación	

<p>de alcohol, tabaco y otras drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Componentes centrales de la rehabilitación y reinserción social por consumo de droga. 								
<p>Exposición sobre el marco normativo y ético de la atención en adicciones en México.</p>	<p>Lic. Erika Nayeli Morales Pérez</p>	<p>Concluida</p>	<p>Nov 1 de 2018</p>	<p>No hubo desviación</p>				
<p>Formación en la valoración de la severidad de la adicción</p> <ul style="list-style-type: none"> Interés y disposición al cambio: Modelo de etapas de cambio Prochaska y Di Clemente. Manejo de la consejería en ingresos de tipo involuntario. Valoración de la severidad de la adicción y problemas asociados con el consumo. Documentación de la valoración de la severidad de la adicción 	<p>Mtro. Carlos Torres Beltrán / Lic. Jaime Fernando Díaz González</p>	<p>Concluida</p>	<p>Nov 8 de 2018</p>	<p>Nov 15 de 2018</p>	<p>Nov 8 de 2018</p>	<p>Nov 15 de 2018</p>	<p>No hubo desviación</p>	
<p>Capacitación en Consejería Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Funciones del consejero en 	<p>Lic. Iris del Socorro</p>	<p>Concluida</p>	<p>Nov 16 de 2018</p>	<p>Dic 6 de 2018</p>	<p>Nov 16 de 2018</p>	<p>Dic 6 de 2018</p>	<p>No hubo desviación</p>	

<p>establecimientos residenciales para el tratamiento y rehabilitación de adicciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de consejería individual. • Sesiones de consejería • Relación de consejero – usuario y su influencia en el proceso de consejería. • Estrategias y técnicas de la consejería en adicciones. • Componentes de la consejería. • Valorar el progreso del usuario de acuerdo con el plan de consejería. • Documentación del desempeño y progreso del usuario en la consejería individual. 	<p>Pérez Alcaraz/ Dra. Norma Alicia Ruvalcaba Romero/ Mtra. Olga Juliet Berrio Idarriaga</p>							
<p>Formación en Consejería Grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de la consejería grupal. • Objetivos y metas de la consejería grupal. 	<p>Mtra. Iris Lizeth García García / Mtra. Adriana Ramona Leyva Luna</p>	<p>Concluida</p>	<p>Dic 7 de 2018</p>	<p>Dic 13 de 2018</p>	<p>Dic 7 de 2018</p>	<p>Dic 13 de 2018</p>	<p>No hubo desviación</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de consejería grupal • Técnicas básicas de intervención grupal. • Proceso de documentación en la consejería grupal. 								
<p>Capacitación en educación para la familia y otras personas significativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la participación activa de la familia y otras personas significativas. • Efectos, daños y consecuencias que genera el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la familia y otras personas significativas. • Estilos de afrontamiento familiar y de otras personas significativas. • Actividades de apoyo de la familia al plan de consejería del usuario 	Mtro. Aurelio Martínez García	Concluida	Ene 10 de 2019	Ene 11 de 2019	Ene 11 de 2019	Ene 18 de 2019	Cambio del lugar de capacitaciones del CAPA Periférico y Guadalupe a la sede administrativa del CECAJ y cambio de programación a un día por semana	Se informó a las personas en capacitación y capacitadores el cambio de sede y nuevo cronograma.
Formación en cierre de la consejería y seguimiento:	Lic. Jaime Fernando	Concluida	Ene 17 de 2019	Ene 17 de 2019	Ene 25 de 2019	Ene 25 de 2019	Cambio del lugar de capacitación	Se informó a las personas en

<ul style="list-style-type: none"> • Conclusión de la consejería individual, grupal y familiar. • Características y requisitos para el egreso, alta y/o baja del usuario. • Seguimiento al usuario al mes, tres y seis meses del egreso. 	Díaz González						nes del CAPA Periférico y Guadalupe a la sede administrati va del CECAJ y cambio de programaci ón a un día por semana	capacitación y capacitadores el cambio de sede y nuevo cronograma.
<p>Capacitación sobre la coordinación de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de coordinación sistemática con el equipo multidisciplinario durante el proceso de consejería individual, grupal y familiar. • Acciones de coordinación con servicios externos durante el proceso de consejería individual, grupal y familiar. • Documentación de las actividades relacionadas con la coordinación de servicios. 	Lic. Araceli Carrillo Ramírez / Lic. Jeannie Osegurea Jiménez	Concluida	Ene 18 de 2019	Ene 17 de 2019	Feb 1 de 2019	Feb 1 de 2019	Cambio del lugar de capacitacio nes del CAPA Periférico y Guadalupe a la sede administrati va del CECAJ y cambio de programaci ón a un día por semana	Se informó a las personas en capacitación y capacitadores el cambio de sede y nuevo cronograma.

Formación sobre referencia y contrarreferencia: <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de referencia y contrarreferencia en el tratamiento residencial. • Elaboración del directorio de referencia. • Documento de la acciones de referencia y contrarreferencia 	Lic. Araceli Carrillo Ramírez / Lic. Jeannie Osegurea Jiménez	Concluida	Ene 18 de 2019	Ene 17 de 2019	Feb 1 de 2019	Feb 1 de 2019	Cambio del lugar de capacitaciones del CAPA Periférico y Guadalupe a la sede administrativa del CECAJ y cambio de programación a un día por semana	Se informó a las personas en capacitación y capacitadores el cambio de sede y nuevo cronograma.
Conferencia: El miedo como maestro	CECAJ	Concluida	Oct de 2018	Oct de 2018	Oct de 2018	Oct de 2018	No hubo desviación	
Conferencia: Efectos pulmonares del uso del cigarrillo electrónico	CECAJ	Concluida	Nov de 2018	Nov de 2018	Dic de 2018	Dic de 2018	No hubo desviación	
Conferencia: Disciplina con amor	CECAJ	Concluida	Dic de 2018	Dic de 2018	Feb de 2019	Feb de 2019	Cambio Secretario Técnico	Se informó a operadores, consejeros, responsables y consejeros la fecha de reinicio de las conferencias.
Conferencia: Responsabilidad legal en el tratamiento de las adicciones	CECAJ	Concluida	Ene de 2019	Ene de 2019	Mar de 2019	Mar de 2019	Cambio Secretario Técnico	Se informó a operadores, consejeros,

								responsables y consejeros la fecha de reinicio de las conferencias.
Conferencia: La espiritualidad en el manejo de las adicciones	CECAJ	Concluida	Feb de 2019	Feb de 2019	Abr de 2019	Abr de 2019	Cambio Secretario Técnico	Se informó a operadores, consejeros, responsables y consejeros la fecha de reinicio de las conferencias.
Conferencia: Abuso sexual y consumo de drogas	CECAJ	Concluida	Mar de 2019	Mar de 2019	May de 2019	May de 2019	Cambio Secretario Técnico	Se informó a operadores, consejeros, responsables y consejeros la fecha de reinicio de las conferencias.
Conferencia: Tratamiento de las adicciones y perspectiva de género	CECAJ	Concluida	Abr de 2019	Abr de 2019	Jun de 2019	Jun de 2019	Cambio Secretario Técnico	Se informó a operadores, consejeros, responsables y consejeros la fecha de reinicio de las conferencias.

OBSTÁCULOS ENCONTRADOS DURANTE LA EJECUCIÓN

El obstáculo que se evidenció para el cumplimiento del cronograma de las sesiones del Diplomado para la Certificación de Consejería en Adicciones del Estándar EC0548 y las conferencias mensuales, fue el cambio de sede y fechas que se tenían destinados. La causa de dichos cambios fue el cambio de Secretario Técnico a causa del cambio de gobierno. La capacitación de los consejeros, responsables y directores de establecimientos se programó al inicio en el Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) ubicado en Periférico y la avenida Guadalupe y se cambió por la sede administrativa del CECAJ; esta modificación produjo que las fechas de las sesiones programadas a partir del enero de 2019, pasaran de dos días (jueves y viernes) a un solo día (viernes) retrasando un poco el tiempo estimado para dicha capacitación.

CONDICIONES FAVORABLES DURANTE LA EJECUCIÓN

La principal condición favorable de la intervención es el apoyo continuo del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, gracias al interés puesto en la intervención se logró capacitar 40 nuevos consejeros, beneficiando así a dicha población para el ejercicio de sus funciones y a los establecimientos residenciales en el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación del servicio a la población en condición de adicción.

Los responsables de brindar la capacitación de cada tema programado en el diplomado fueron seleccionados según la profesión, funciones desempeñadas en el CECAJ, experiencia y habilidades de comunicación. Esta condición favoreció en gran medida el éxito de la intervención, puesto que cada tema estuvo a cargo del talento humano idóneo para brindar la información completa y concisa.

El cambio de sede donde se llevó a cabo el diplomado involucró un espacio más amplio en donde los consejeros podían realizar sus actividades de forma grupal y disponerse a recibir sus capacitaciones en mesa redonda. La comunicación mejoró porque la disposición de las mesas le permitía al responsable de cada tema, tener mayor control del grupo, facilidad de movimiento, planeación de actividades por equipos y mejor contacto visual con los participantes, evitando así su dispersión.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA MEJORA DE LAS FUNCIONES DE LOS CONSEJEROS EN EL ESTÁNDAR MEXICANO DE COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE ADICCIONES EC0548 EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN LA MODALIDAD RESIDENCIAL EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MÉXICO.

INTRODUCCIÓN

Con el fin de mejorar la intervención en futuros proyectos y construir una importante herramienta para la toma de decisiones de las instituciones o personas que deseen continuar trabajando en la capacitación del personal no profesional que interviene en la atención y tratamiento residencial de personas en situación de dependencia a las sustancias psicoactivas, se ha realizado la etapa final del proyecto que consiste en la evaluación.

Rossi y Freeman, argumentan que puede definirse la evaluación de un programa como un proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estado de su concepción como en su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación, que son previstas a la programación (40).

Para Cohen y Franco, evaluar es fijar el valor de una cosa, para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto de un criterio o patrón determinado (41). Sin embargo, para Villarraga es un proceso mucho más complejo que comparar, para él la evaluación es entendida como el “proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos” (42).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) indica que “es una valoración tan sistemática y objetiva como sea posible de un proyecto, programa o política que se está desarrollando o se ha completado, su diseño, implementación y

resultados. La evaluación debería brindar información que es creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones” (43).

Por su parte, Rossi, Freeman y Lipsey definen la evaluación como “el uso de procedimientos científicos para sistemáticamente investigar la efectividad de los programas. La evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia” (44).

La Organización Mundial de la Salud brinda un concepto de evaluación propio de proyectos e intervenciones en salud:

La evaluación es un proceso sistemático y permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. El objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su ejecución y orientar la distribución de los recursos entre las actividades ya emprendidas o que pueden emprenderse en el futuro. La evaluación es un medio sistemático para aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para la mejora de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más sofisticada mediante una selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Debe ser, pues, un proceso permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficacia y la eficiencia de las actividades correspondientes. Su aplicación supone un espíritu abierto, capaz de ejercer una crítica consultiva para llegar a un juicio válido (45).

El fin de la evaluación es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, e impacto y la sostenibilidad para el desarrollo. Una evaluación debe proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de decisiones. La selección de la modalidad de la evaluación depende de las características del programa o intervención:

MODELOS DE EVALUACIÓN

Característica	Tipo	Evaluación
Según el aspecto del programa que se evalúa	Estructura	Analiza la disponibilidad y accesibilidad de los insumos para la ejecución del proyecto.
	Proceso	Determina la medida en que los componentes de un proyecto contribuyen o son disfuncionales a los fines perseguidos. (Se evalúa durante la implementación y de forma periódica)
	Resultado	El énfasis está en la valoración de los resultados obtenidos frente a los resultados esperados.
	Impacto	Busca apreciar en qué medida el proyecto alcanza sus objetivos y cuáles son sus efectos secundarios (previstos y no previsto). Ve más allá del proyecto, útil para una eventual continuación.
Según la etapa del programa que se evalúa.	Estratégica	Constituye la evaluación de pertinencia entre los problemas a resolver que afectan la población y las soluciones propuestas.
	Táctica	Se incluye la relación entre proceso y efectos (ejemplo: tiempo de estadía de los pacientes internados y resultados obtenidos por patologías) también la evaluación económica, servicios producidos en relación a los recursos empleados (productividad), rentabilidad económica (eficiencia).
	Operativa	Se realiza sobre las acciones que se ejecutan o se implementan, se refieren a la administración de los recursos y a las actividades específicas.
Según la información que se utiliza	Cualitativa	Evalúa la decisión de continuar o no con el proyecto sobre la base de los resultados obtenidos hasta el momento. Si se justifica seguir con la ejecución se despliegan dos opciones: mantener la formulación original o introducir modificaciones en la programación. Si el proyecto ya se terminó existen dos alternativas: si, hay que seguir

		implementando este tipo de proyectos o no se debe continuar realizando experiencias semejantes.
	Cuantitativa	Que los proyectos venideros utilicen la misma formulación por ser la más eficiente disponible o que deba reprogramarse para asignar mejor los recursos a los fines que se pretende alcanzar.
Según el momento de la realización y funciones	Ex_ante	Antes de la inversión y la operación para tomar la decisión de implementar o no el proyecto.
	Durante	Evaluación formativa, se realiza para guiar y posiblemente corregir el desempeño de un programa. Su objetivo es el mejoramiento.
	Ex_post	Puede llevarse a cabo tanto en la etapa de operación como una vez finalizado el proyecto. Evalúa el impacto logrado. Pretende establecer en qué grado el programa, una vez implementado, ha generado en la población meta los cambios esperados en las variables de resultado.
Según la procedencia de los investigadores	Externa	La evaluación es realizada por personas ajenas a la organización y con mucha experiencia.
	Interna	Se lleva a cabo dentro de la organización gestora del proyecto. Genera reflexión y aprendizaje, aunque da menores garantías de objetividad
	Mixta	Evaluadores externos realizan su trabajo en estrecho contacto y participación de los miembros del proyecto por evaluar.
	Participativa	El objetivo de esta evaluación es minimizar la distancia que existe entre el evaluador y los beneficiarios. Se utiliza en pequeños proyectos.
En función de la escala de los proyectos	Grandes	Estrategia: La evaluación es analítica y objetiva. Es posible realizar evaluaciones en las diferentes etapas (cortes transversales) o apreciarse el avance en la búsqueda de objetivos específicos (cortes longitudinales y transversales). Lógica: predominantemente deductiva.

		<p>Diseño: se retoman los diseños propios de las ciencias naturales: experimental clásico (grupo experimental, grupo de control).</p> <p>Técnica de análisis: cuantitativas.</p> <p>Resultado de la evaluación: datos generales diferenciando etapas, dimensiones, procesos o eslabones. Los individuos que participan son visos como actores y no individualmente.</p> <p>Evaluadores: centralizados.</p>
	Pequeños	<p>Estrategia: El énfasis se pone en la comprensión del conjunto y de los casos individuales que lo integran.</p> <p>Lógica: inductiva.</p> <p>Diseño: se parte de la realidad global buscando entender el proyecto a través de las articulaciones que los individuos generan en el tejido social del grupo o comunidad.</p> <p>Técnica de análisis: cualitativo.</p> <p>Resultado de la evaluación: se hacen consideraciones específicas de los participantes, se analizan casos desviados.</p> <p>Evaluadores: la localización del evaluador está en el proyecto mismo.</p>
En función de los destinatarios de la evaluación	Directivos	Son quienes definen las políticas y establecen las prioridades según los objetivos de la institución. Son quienes asignan el recurso.
	Administradores	Su función es distribuir los recursos para la consecución de los objetivos establecidos.
	Técnicos	Son quienes ejecutan los proyectos y deben centrarse en aspectos operativos, traduciendo los modelos a la práctica.

Fuente: Francisco Javier Barrera Sánchez. El contexto de la evaluación en salud (46).

La evaluación de las intervenciones de educación en salud tiene un sustento de conocimiento que conlleva a mejorar la calidad y a garantizar la eficacia y eficiencia de lo planteado, en caso de no haber obtenido el resultado esperado conocer cuáles fueron los motivos, razones, causas o circunstancias que intervinieron para no alcanzar tal fin. Es por esto que la evaluación de intervenciones en educación para la salud forma parte de un proceso de trabajo que inicia con la planeación de los programas. La evaluación tiene la tarea de determinar en qué medida se han logrado

los objetivos de programa, qué efectos se han obtenido y cuáles factores han contribuido a lograr los resultados (47).

García, Sáez y Escarvajal establecen los siguientes elementos mínimos para la evaluación en salud:

- La determinación de la eficacia de la intervención: se ha modificado aquello que se pretendía modificar o se han resuelto los problemas detectados.
- El grado de satisfacción de la comunidad en relación con el programa: si la intervención es considerada valiosa por la comunidad, independiente de la resolución de problemas concretos.
- Si el programa y sus efectos tiene utilidad social: si contribuye a la mejora de la calidad de vida y del bienestar social: mejora de bienestar de las familias, de las condiciones de trabajo, de la escolarización, de la organización, etcétera (48).

Los modelos de evaluación propuestos por García, Sáez y Escarvajal se basan en tres preguntas básicas:

1. ¿Quién evalúa?
2. ¿Para qué se evalúa?
3. ¿Cómo se evalúa?

Quién evalúa?	Para que se evalúa?	Como se evalúa?
El investigador	Para comprender los mecanismos de acción y coadyuvar a la elaboración de proyectos posteriores.	Modelo experimental o cuasi experimental a través de una medición anterior y posterior con muestra de control y evaluación externa.
El responsable institucional. El gestor de la realización del proyecto. Quien financia el proyecto.	Apreciar la utilidad del proyecto, su posible generalización, su costo – beneficio, su aceptación por la comunidad, su posible realización y su alcance político.	Evaluación de los problemas y necesidades. Evaluación de procesos. Evaluación de resultados. Evaluación de costo – beneficio. Evaluación de costo – eficiencia.

El que realiza la acción	Conocer los parámetros y determinantes vinculados al problema a resolver. Seguir el desarrollo del proyecto para corregirlo si es preciso.	Evaluación de la situación psicoafectiva, social y política. Evaluación de las representaciones y de las estructuras de la opinión. Evaluación del proceso. Evaluación formativa.
Los beneficiarios de la acción. Los actores y protagonistas de la acción.	Reorganizar las posiciones relativas de los diferentes actores. Favorecer la aceptación del proyecto. Acceder a la autonomía.	Evaluación endoformativa accesible técnicamente a los actores que participan al menos en la interpretación de los resultados.

Fuente: García, Sáez y Escarvajal (48).

Al ser una intervención pequeña, la evaluación fue interna y estuvo a cargo de la responsable del proyecto se definió una técnica de análisis cualitativa y de tipo participativo, puesto que involucró a las personas para las cuales fue creada la intervención. Con la participación de los consejeros que fueron capacitados en el diplomado se realizaron dos grupos focales en donde se logró evaluar la intervención.

OBJETIVOS

General

Evaluar la mejora de las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

Específicos

1. Describir los resultados de la intervención educativa propuesta para mejorar las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 en los Establecimientos Especializados en Adicciones en la modalidad residencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.
2. Describir la mejora de las funciones de los consejeros en el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548 por parte de los consejeros en adicciones.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

Con base en el desarrollo de la capacitación llevada a cabo en los consejeros sobre el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548, los resultados de la evaluación muestran lo siguiente:

¿Cómo les pareció el Diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones que recibieron?

- “La capacitación recibida es algo que por lo menos a mí en lo personal me ha ayudado, no en un 50, en un 100%, el aprender, el que te guíen, el que te digan esto va así, esto va asa, se te presenta esta situación y esta es la manera más correcta de actuar. Son cosas que te sirven muchísimo porque cuando te pasa la situación tienes como una base de donde agarrarte para saber que lo que estás haciendo o la decisión que estas tomando es la correcta. Entonces para mí el diplomado si me ha servido muchisisisimo”.
- “Yo lo considere muy bueno, hubo muchas cosas que fueron nuevas para mí y una de ellas fue cuando incluyeron al abogado para los ingresos involuntarios, y saber que legalmente que puedes y legalmente que no puedes hacer como establecimiento, que seguridad le puedes brindar a un usuario en tu establecimiento, que protección o que exclusiones puedes tener para ciertas personas debido a cuestiones legales. Eso fue algo novedoso y creo yo muy bueno que lo hayan incluido en el diplomado”.
- “Se sacaron un 10 con el equipo que se armaron en cuanto a sexología, en cuanto a lo legal, a todo lo que nos estuvieron impartiendo”.
- “La capacitación de la parte legal fue muy buena porque hay poco sobre nuestra labor y es importante saber hasta donde tenemos permitido y hasta donde no. Los consejeros somos los únicos que actuamos en cuanto a parar ya el consumo de las personas y la mayoría de las instituciones o dependencias no lo hacen, pero es importante saber cómo se hace cada tipo de internamiento el voluntario, el involuntario y el forzoso. Entender cuáles son nuestros riesgos”.

- El diplomado estuvo muy completo, pero se me hizo muy apresurado.
- Desde mi punto de vista muy bueno, a mí en lo personal me sirvió mucho, actualmente lo aplico con las familias y con los usuarios en las terapias grupales. Para mí fue entendible, muy buenos todos los ejercicios por escritos y modelados.
- Los docentes brindaron muy bien cada tema, desde lo teórico y lo práctico.

¿Ven alguna diferencia en la forma como realizan sus funciones haciendo un comparativo entre el antes y el después del diplomado?

- “Si, hay mucha diferencia en cuanto a conocimientos, en cuanto al trato con el usuario, en cuanto a las estrategias terapéuticas, antes creía que eran importantes las juntas, con el diplomado me capacité para capacitar a los demás”.
- “Con el diplomado tienes un mayor entendimiento, porque hasta en los libros que nos dieron esta la información, no es de que un ponente vino y dijo, el material está completo y lo mejor es que quedo para nosotros, para que cuando lo necesitemos podamos volver a mirar, analiza, estudiar. En el diplomado nos dieron el método científico, muchas cosas que nosotros desconocíamos”.
- “Yo he visto la diferencia entre la enseñanza anterior y la actual. Yo entendí mi proceso de rehabilitación con dolor, con sufrimiento, con mano dura. Ahora lo que ustedes nos enseñan, pues nos dan más caminos para evitar el dolor y el sufrimiento al usuario”
- “La teoría que ustedes nos dan como institución gubernamental es muy diferente a la práctica que nosotros manejamos. Ahora con el proceso de certificación lo que trato de hacer es conjugar las dos teorías para lograr una rehabilitación útil para el usuario. Si yo usara sólo los métodos que tú me das, la rehabilitación no sería plena, necesitas también la vida de la calle, saber porque hiciste eso, saber cómo sucede. No es solamente agarrar el libro y aprendértelo de memoria, también necesitas tener el otro lado. Tener el lado científico y el lado empírico y de los dos hacer la mejor mezcla para poder ayudar”.
- “Yo ahora es que estoy aprendiendo para que no se cometan las mismas barbaries o las mismas atrocidades hacia el usuario que se cometieron hacia mi persona, que, si me hizo entender, pero yo digo que si hay más maneras como ustedes nos las manejan

desde el lado científico de cómo abordar, cómo tratar, como manejar, como hacer un proyecto de vida”

- “Yo tuve una experiencia en donde dure varios años adquiriendo el aprendizaje empírico con personas de agrupaciones, cuarto y quinto paso, me volví padrino, adquirí muchas enseñanzas de muchos padrinos, pero algo si es real, porque yo era uno de los que rechazaba esta parte porque no la sentía ligada a mí ya que no era el mismo vocabulario, yo cuestionaba que otra persona estudiada podría sentir o entender lo de otro, yo creía que si tu no lo viviste es muy difícil, porque también la parte de la comprensión es algo que se llega a sentir, en sus expresiones, en sus gestos, hay algo que se siente y que dice: tú si me estas entendiendo, es una empatía. Pero también me di cuenta que gracias al diplomado pude abrir mis expectativas aún más para ayudar a las personas, porque siempre me topé con usuarios o con personas que estaban en las adicciones que no lograban una recuperación, que no sólo lo empírico era suficiente, algunos de nosotros los llamábamos vulgarmente hijos del quinto capítulo, o decíamos que simplemente no querían, pero cuando me abrí a escuchar y aprender de los profesionales como psicólogos, médicos, trabajadores sociales y me di cuenta de cosas que yo desconocía, por ejemplo un trastorno de déficit de atención que esta tan ligado al tema de las adicciones porque para ellos es oro el consumo de marihuana o anfetaminas porque logra hacerles lo que siempre han deseado hacer que es poner suficiente atención en algo, entonces ellos hacen clic con esa droga y yo por mi ignorancia desconocía el déficit de atención como una problemática y habían personas a las que yo intentaba ayudar sin tomar en cuenta un posible trastorno como este. A mí el diplomado me abrió la mente y el conocimiento de que existe más todavía, hay estudios, hay trastornos que empíricamente no los podríamos conocer”.
- “El diplomado me ayudó mucho más a enfrentar el fenómeno social que es donde está la enfermedad, donde ya vas a ver lo que son las habilidades para la vida, lo que son los factores de riesgo y protección. El diplomado te deja en una posición más integral para enfrentarte a la sociedad porque no basta con dejar de consumir, con que te estén refrescando de dónde vienes, sino que este diplomado me recuerda que el conocimiento es importante, que no se trata sólo de dejar de consumir. La sociedad está cambiando, las drogas están mutando, el cerebro está evolucionando para mal

por la descomposición social especialmente con los toxicómanos. Es importante nunca cerrarse al aprendizaje y al crecimiento sin dejar de lado la parte espiritual que es la base para trascender”.

- “En lo que a mí respecta me ha ayudado mucho la capacitación sobre todo en técnicas de abordaje, yo vengo de cuarto y quinto paso, alcohólicos anónimos, grupos tradicionales y este proceso de diplomado me ha ayudado a ampliar las expectativas sobre todo de tratamiento hacia una persona con problemas de adicción. El diplomado ha ampliado nuestra cartera de herramientas, por lo menos en mi ha ampliado mi criterio y si me ha ayudado a poder indagar más allá de la adicción. El diplomado me ha ayudado con los procesos de tratamiento”.
- “El diplomado ha modificado mi forma de trabajar un 100%, mi léxico, en la enseñanza que le estoy dando a los pacientes, lo que les transmito, en la educación que tiene mi comunidad porque antes éramos ayuda mutua y hacíamos más tribuna, juntas todo el día y ahorita en círculo trabajamos más y la gente está más tranquila, hasta la familia están más tranquilos porque soportamos nuestro trabajo con los reportes documentales, así cuanto nos preguntan algo teneos evidencia”.
- “El diplomado nos ha dado más herramientas para trabajar con la familia, aplicar el código de ética, darles a los pacientes un mejor trato y mayor calidad en el servicio, el que el usuario aprenda cosas diferentes”

¿Qué ha cambiado en su establecimiento a partir del diplomado?

- “A nivel de la consejería en las estrategias de abordaje”.
- “El tema de las recaídas, en los manuales dejan muy claro que la recaída hace parte del proceso, en la mayoría de los establecimientos y en el mío también se tenía muy satanizado la recaída, en todas las consejerías lo repetía: no debes de recaer, no debes de recaer. Hasta el diplomado, debido a las explicaciones basadas en investigaciones y datos que hay, a mí me dejaron muy claro que es parte del proceso y son cuestiones que yo he utilizado en el proceso de consejería en estos 6 meses”.
- “Observar el tratamiento de rehabilitación desde un enfoque multidisciplinario, canalizar al usuario con el profesional que requiera”.

- “La documentación de cada fase del proceso de rehabilitación del usuario, yo no veía la importancia de esto, pero dejar todo plasmado desde la entrevista inicial, los datos personales, familiares, drogas de consumo y enfermedades es una valiosa fuente de información para trabajar con los usuarios y constatar si algunas de las cosas que dice es por manipular o si es verdad”.
- “Dentro del establecimiento nunca habíamos tenido una capacitación y todo lo hacíamos empírico, el diplomado me ha ayudado a saber que hay que estar documentándolo todo, saber cómo se puede hacer un trabajo con los profesionales de la salud y poderlos mandar más rápido con el psicólogo o con el psiquiatra y saber cómo se puede trabajar con cada uno de ellos. A mi si se me abrió la mente en esa situación porque yo antes pensaba: que se curen en la tribuna y todo bien y no, y documentar para poderle dar un seguimiento”.
- “Lo que más ha cambiado en mi establecimiento es a tener todo documentado, no somos los consejeros o el director el que dice algo, es la evidencia de un proceso que se lleva por escrito por cada uno de los pacientes”.
- “Yo había llegado hasta cachetear a los pacientes, lo hacía porque no tenía educación como la que tengo hoy, pero gracias a este curso que ustedes me están dando, créame que yo jamás le toco un pelo a un paciente, porque ustedes me están enseñando los valores que debo de tener yo con un paciente. Yo venía de una cadena muy dura, yo estaba haciendo lo que a mí me enseñaron, a mí me enseñaron a cachetadas. Pero llego al diplomado con ustedes y me dicen: estas mal, mira esto y esto, me educan, entonces yo estoy haciendo lo que me enseñaron ustedes, trabajar con el paciente. Para mí el ser consejero no tiene precio, me dio un giro hermoso, me encanta y hablo sin mentira”.
- “De la escuela que nosotros venimos no se utiliza el medicamento, ni el psicólogo, ni el psiquiatra, ni el doctor. Entonces al día de hoy yo si modifique también esa parte, yo inmediatamente me apoyo con el doctor, me apoyo con el psiquiatra para poder estabilizar y eso te reduce el índice de violencia en los centros de tratamiento. El mismo usuario como llega se le baja el delirio, le bajas la psicosis, le bajas la violencia que trae y ¿que hacíamos antes? Llegaba un paciente dando lata y si el director no tiene conocimiento de que es lo que le pasa a ese paciente, ni sus consejeros, ni su

staff y le dicen el paciente no duerme, tráemelo para darle unas cachetadas, pero el paciente que no duerme tres días como quiere que ande, con psicosis, viendo cosas, le pega a la gente y si el director no tiene conocimiento, no sabe qué hacer ahí, le pegan, lo amarran, lo meten a un cuarto. Sin embargo, lo que ustedes han hecho con el diplomado es: revisa ese paciente, canalízalo con el psiquiatra”.

- “Desde el ingreso ya le pedimos el seguro popular para tratarlo con psiquiatría o el profesional de la salud que requiera”.
- “Hoy estamos ayudando más al paciente gracias al diplomado, por eso me gusta mucho esto, por todo lo que aprendemos y nos bajó mucho el estrés porque antes no sabíamos qué hacer con ciertas situaciones con los pacientes”.
- “Todo el conocimiento adquirido lo transmitimos a los operadores y servidores, ya no les trasmite la violencia, ya el psiquiatra los revisa desde el ingreso y sabemos que los medicamentos que le formula lo van a tener más tranquilo”.
- “El trato es más humanizado, al inicio del día se expone las actividades que se van a realizar y no tiene que tener a otra persona diciendo que es lo que tiene que hacer, gritando o maltratando”.

¿Qué tema quedo confuso en el diplomado recibido?

- “La verdad no, todo fue muy claro y cuando no pues preguntábamos”.
- “Los ponentes fueron muy claros”.
- “Se nos dio mucha retroalimentación y había mucha apertura para preguntar lo que no nos quedaba claro”.

En qué temas consideran que se debe profundizar más en futuros diplomados.

El manejo de familia.

- “La familia en vez de ser un factor protector para los usuarios, se convierte en un factor de riesgo y es difícil el manejo de ellos porque en muchos casos sólo dejan al usuario en el establecimiento y no quiere involucrarse en nada”.

- “El manejo de familia, son muy tóxicos y los usuarios consumen sustancias psicoactivas para evadir su realidad”.
- “La familia comienza a manipular la permanencia del usuario con información que no favorece el tratamiento de rehabilitación. Manejar a los usuarios no es lo más complicado, son las familias las que muchas veces dañan el proceso del usuario”.

Sexualidad

- “Considero que se debería hondar más en el tema de sexología, es fundamental por el consumo de cristal básicamente. Los usuarios que yo tengo con consumo de cristal está muy ligado con una situación sexual desorbitada que tienen en su vida. O sea, consumen cristal y tienen relaciones sin protección con quien se les atravesase en frente, tienen muchos pensamientos incestuosos”.
- “En mi experiencia en tratamientos, yo he visto que un tema que no se toca aquí, pero que en los establecimientos es una realidad, es el tema sexual, pero a profundidad, yo puedo decirle que todos mis pacientes tienen algún pedo en lo sexual. Lo sexual es algo sutil, es como una cajita que nadie abre, es de difícil expresión porque no es como decir que estoy triste o enojado con mi papá a decir que tengo un trastorno. La mayoría de adictos experimenta una confusión sexual porque es muy probable que haya tenido una violación de niño”.

Normatividad

- “Los requisitos normativos para el establecimiento. Aunque se tocó este tema no se profundizó lo suficiente porque hay muchos entes que llegan diciendo que van a cerrar el establecimiento y nosotros no sabemos que normas nos protegen. Nos dicen que se pueden hacer ingresos involuntarios o forzosos, pero después llegan otros familiares diciendo que vienen por el usuario, que lo tenemos secuestrado”.

Llenado del expediente.

- “Deberían hacer más énfasis en el llenado de los expedientes, lo digo por la diferencia de criterios, puesto que en las evaluaciones de CONADIC me han dado malas calificaciones por las notas de evolución”.

- “Fue muy express y es algo con lo que los entes evaluadores exigen mucho”.

Espiritualidad

- “La problemática de las adicciones es del alma, por eso es importante complementar todo este trabajo terapéutico con la parte espiritual y algunos no sabemos mucho de cómo acompañar en este tema”.

Proyecto de vida y las etapas de cambio

- “Para mí, estos dos temas son muy importantes y por la premura de cumplir con los tiempos se pasó muy rápido”.

Internamientos involuntarios o forzosos

- “Desde la parte legal, manejo, ingreso, la apatía del usuario”.

¿Consideran que los operadores deberían tener capacitaciones como el Diplomado?

- “Si, son ellos quienes también llevan a cabo el proceso terapéutico”.
- “Si, los operadores son los que tiene contacto más tiempo con el usuario
- “El operador se encarga de la disciplina y el consejero se encarga de la parte blanda, damos un consejo, escuchamos. El operador estructura al usuario, le pican el hígado, tiene que arriarlo, nosotros somos los que aterrizamos la personalidad, que tengan una personalidad propia, que se enfoquen en su vida, en su proyecto. Yo puedo capacitar a mi operador, pero otra cosa es una capacitación avalada por un ente gubernamental porque son quienes dan la certificación”.
- “La importancia de que el operador se capacite es porque es quien pasa la mayor parte del tiempo con los usuarios: a tal hora te levantas, a tales horas comes, a tal hora haces ejercicio, a tal hora es la fila motivacional, a tal hora haces esto, esto y esto. Si no se capacitan pueden sobrepasar los lineamientos”.
- “En las capacitaciones debe despertarse su amor al servicio, el trato humano”.
- “Si, porque es muy delicado nuestro trabajo. El usuario es como una esponja seca que va a adquirir conocimientos, el agua que va a chupar esa esponja tiene que ser buena porque de eso depende su sobriedad, si le pongo un operador apático, manipulador, mentiroso, sigiloso, mañoso eso es lo que va a aprender”.
- “Se arriesga uno a tener una mala ética por parte de ellos, malas decisiones, no estás seguro que estén haciendo bien las cosas si no tiene la capacitación de cómo tratar a

los usuarios. Sin embargo, a las capacitaciones por lo general van los directores porque es su negocio, mientras que los operadores y hasta los mismos consejeros tiene mucha rotación”.

- “Se capacitan los directores y son los que menos tiempo permanecen en el establecimiento, no están ahí, no saben que es lo que pasa, a veces sólo llegan, cobran y se van. En lo que no piensan es en el beneficio de que un operador se capacite, porque si das una buena calidad de tratamiento vas a tener población todo el tiempo porque te vas a salir de contexto de la mayoría de establecimientos que se manejan con malos tratos, malas decisiones, mala ética, con nada de profesionalismo y cero prestigio”.
- “La ventaja de tener un operador capacitado es que cuando no estás tú, esta alguien capacitado y que las cosas funcionen como si tu estuvieras”.
- “No se mandan a capacitar porque no se tiene la seguridad de que se vallan a quedar”.
- “Se mueven mucho los operadores buscando mejores condiciones laborales. Se hace presente la conducta adictiva buscando siempre un mejor establecimiento”.

¿Qué aspectos mejorarían del Diplomado?

Expositores

- “Expositores que hayan vivido la experiencia de trabajar en establecimientos residenciales, que sepan cómo es el manejo, lo que sucede en el día a día, los expositores sabían mucho de su tema, pero a algunos les faltaba la experiencia de lo que es un establecimiento residencial”.
- “Adicionar docentes con mayor experiencia en el trabajo en establecimientos residenciales”.

Situaciones reales.

- “Muchas veces cuando venimos a las capacitaciones nos plantean situaciones hipotéticas y nos dicen cómo resolverlas, sin embargo, no son resoluciones reales porque plantean situaciones con usuarios que desean estar internados y eso es imposible, cuando nos presentan estos casos digo: no mames, está bien fácil que lo digas, pero no que vayas y lo hagas”.

CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN FINAL

La intervención educativa que se llevó a cabo con el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, estuvo conformada por el diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones y el programa de conferencias mensuales. El Diplomado aportó el contenido teórico que conforma el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones EC0548, a través de sesiones con profesionales especializados en cada tema. Además, se desarrollaron en cada sesión una serie de ejercicios prácticos que tenían como misión el desarrollo de habilidades y destrezas en las cuales requerían de los conocimientos que estaban adquiriendo, la experiencia y la creatividad de los consejeros, responsables y directores de establecimientos para unir estos elementos.

Al ser los establecimientos especializados en adicciones, instituciones donde se presta un servicio de salud a la comunidad, estos deben contar con el reconocimiento y validación por parte de las autoridades de salud de cada Estado. Sin embargo, muchos de los establecimientos residenciales prestan sus servicios sin la debida autorización por parte de CONADIC, CONPRISJAL, CECAJ y las autoridades municipales. Este desacato reglamentario genera que dichos establecimientos presten servicios a la comunidad sin garantizar las condiciones mínimas de calidad, en donde se puede llegar a vulnerar la integridad y condiciones de salud de las personas que allí son internadas. Con el Diplomado de capacitación y certificación y el programa de conferencias mensuales ofrecidas por el CECAJ, los consejeros, operadores, responsables y directores de establecimientos tienen un mayor acercamiento a este ente estatal, al conocimiento normativo que los regula y pudieron hacer uso del acompañamiento que se les otorga para que los establecimientos generen los recursos necesarios para hacer parte de la red de servicios a nivel estatal.

Con el incremento en los conocimientos y destrezas adquiridas en el diplomado los consejeros, responsables y directores de los establecimientos se han modificado sus estrategias de intervención y en algunos casos han transformado su modelo de atención de ayuda mutua a mixta, involucrando así la participación de los profesionales de la salud. Esta integración transdisciplinaria genera mayor seguridad y calidad en la atención brindada a los

usuarios, puesto que el proceso terapéutico no está a cargo únicamente de los consejeros y operadores (personas que han pasado por un proceso de rehabilitación y permanecen en los establecimientos para ayudar a otras personas a dejar de consumir alguna sustancia psicoactiva). La contribución científica de estos profesionales hace que el proceso de rehabilitación sea tratado como un servicio de salud que cuida la integridad física, mental, emocional y social de cada paciente.

Otro de los avances significativos con el Diplomado de capacitación y certificación de consejería en adicciones son los soportes documentales en los que se evidencia el proceso terapéutico de los usuarios desde su ingreso hasta su egreso. En la fase del diagnóstico situacional se encontró que uno de los mayores incumplimientos del Estándar EC0548 es que de cada intervención con el usuario no se producía un soporte documental. Los consejeros, responsables y directores de los establecimientos comentan que este fue uno de los cambios más rotundos puesto que en muchos establecimientos no existían los expedientes o se estaban llevando de una forma inadecuada. En la fase de evaluación, todas las personas que participaron llevaron sus expedientes y en los grupos focales mostraron la forma como los estaban llevando, generando un espacio de retroalimentación entre ellos.

El diplomado y el programa de conferencias han generado un cambio valioso en la forma en que los consejeros, operadores, responsables y directores de los establecimientos ven el proceso de rehabilitación y con ello la forma en que llevan a cabo sus funciones. Antes de esta intervención educativa su mayor fuente de información eran las experiencias vividas y la forma en que fueron tratados. Para muchos estos referentes incluyen abusos, violencia, maltrato, castigos y humillaciones. Esta era la forma en que lograban rehabilitarse, con miedo. Con esta intervención educativa han comenzado a entender que muchas de estas personas iniciaron su consumo por situaciones no favorables desde sus núcleos familiares, que en el tiempo de consumo incrementaron vivencias de dolor y que ahora, en los procesos de rehabilitación se les puede ofrecer algo distinto, que los establecimientos residenciales son un lugar de cuidado en ese momento de vulnerabilidad y no un espacio en donde las familias y la sociedad se deshace de sus problemas. El trato digno, humano y a favor de mejorar la calidad de vida es la mejor estrategia terapéutica. La rehabilitación no se genera

por miedo, sino por sanar desde la escucha, el acompañamiento y el soporte de una red de apoyo.

RECOMENDACIONES

El impacto que generó la intervención educativa, evidencia la gran necesidad de los operadores, consejeros, responsables o encargados y directores de los establecimientos por capacitarse, por conocer a profundidad el tema de la dependencia a las sustancias psicoactivas y su vinculación con la salud mental, los componentes del proceso de rehabilitación y la reinserción social, familiar, escolar y laboral, el proceso de reconocimiento y validación establecido por las diferentes autoridades nacionales, estatales y municipales, los referentes normativos y éticos, el modelo de etapas de cambio, los aspectos relacionados con la consejería individual, grupal y familiar, la implicación de los diferentes profesionales de la salud y el sistema de referencia y contrarreferencia. Esta gran necesidad de capacitación se une a la poca disponibilidad de talleres y cursos en estos temas, además que la certificación sólo es ofertada por cada ente estatal. Es por esto que se le hace un llamado al Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco para generar mayor continuidad en los Diplomados de capacitación y certificación para el personal no profesional de los establecimientos residenciales, puesto que gran cantidad de estos centros está a cargo de personas con gran motivación para ayudar, pero con poco conocimiento de las funciones a desempeñar.

Aunque los consejeros en adicciones estén capacitados para el acompañamiento y apoyo de los usuarios, no pueden suplir las funciones de los profesionales de la salud, razón por la cual, se genera un efecto negativo en la atención. Es importante puntualizar que por el nivel de complejidad de los usuarios internados, es necesario que los establecimientos residenciales comiencen a migrar hacia un verdadero modelo de atención mixto, en el cual se puedan disponer de los conocimientos científicos de un equipo transdisciplinario de salud integrado por psiquiatras, médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, e incluso, la valiosa experiencia de los consejeros en adicciones, con el fin de prestar un servicio de atención en salud en los establecimientos especializados en adicciones en condiciones de seguridad, calidad y dignidad.

También es importante normar el perfil de los operadores y consejeros, puesto que es el personal no profesional que más está en contacto con los usuarios en el tratamiento de rehabilitación. Al establecer un perfil o por lo menos definir su función dentro del proceso, se podrán declarar sus deberes y obligaciones como prestadores de un servicio de salud a la comunidad. Además, es importante tener en cuenta el nivel escolar, puesto que su desempeño también se ve afectado al perder credibilidad ante los usuarios, familias y los profesionales de la salud que conforman el equipo terapéutico al no contar con una estructura conceptual amplia, tener dificultades en la exposición clara de sus argumentos y un disminuido lenguaje. Un mecanismo para subsanar esta problemática es que los consejeros puedan darle seguimiento a su proyecto de vida y reintegración escolar, impidiendo así que las personas que terminan sus tratamientos de rehabilitación vean en la consejería una posibilidad de empleo “fácil” en donde sólo es necesario hablar de sus experiencias de consumo y rehabilitación, y se genere un nuevo perfil laboral que los lleve a tener un mayor reconocimiento social y laboral, en donde las personas que de verdad quieren ayudar a otros se comprometan primero consigo mismo, culmine sus estudios y se capacite para acompañar en el proceso terapéutico a quien lo necesite.

Reconocer la labor de los consejeros en adicciones como agentes integradores en el proceso de rehabilitación entre la comunidad científica ejercida por los profesionales de la salud y el medio social, es darle valor a sus experiencias vividas como una gran fuente de conocimiento que genera empatía y afiliación en las personas en situación de adicción que recurren a los establecimientos en búsqueda de protección y cuidado al estar afrontando un momento de vulnerabilidad. Sin embargo, se requiere de estrategias de educación y normalización para homologar las funciones y perfil de los consejeros, que los distancie de intervenciones empíricas y así generar un servicio de salud humanizado, con calidad y respetando la dignidad de las personas que reciben la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas; 2017. [accessed on 15/Aug/2018]. Available from: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
2. México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2015. [accessed on 20/Sep/2017]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view [accessed on 28/Jan/2019].
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view [accessed on 28/Jan/2019].
5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view>
6. México. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación 2009; 21 Ago. [accessed on 15/Ago/2017]. Available from: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
7. México. Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Manual del Consejero. México D.F: Secretaria de Salud; 2014.
8. México. Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control de la Adicciones. Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería de Adicciones. México D.F: Secretaria de Salud; 2014. Recuperado de <https://www.issup.net/files/2019->

[07/Est%C3%A1ndar%20Mexicano%20de%20Competencias%20de%20la%20Consejer%C3%ADa%20en%20Adicciones.pdf](http://www.who.int/suggestions/faq/es/07/Est%C3%A1ndar%20Mexicano%20de%20Competencias%20de%20la%20Consejer%C3%ADa%20en%20Adicciones.pdf)

9. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
10. Organización Mundial de la Salud. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. España: Madrid. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
11. Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). “Consumo de Drogas”: La Construcción de un Problema Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, Secretaria de Investigaciones, Anuario de Investigaciones. Volumen XIV.
12. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). Informe Mundial sobre las Drogas, (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6).
13. Tulchinsky, T., Varavikova, E. A. & Last, J. (2009). *The New Public Health: Expanding the concept of public health*. London, Elsevier Inc.
14. Muñoz, F., López Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S. y Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*; 8(1/2). Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=pt&nrm=iso
15. Mercer D. Description of an Addiction Counseling Approach in Approaches to drug abuse counselling. 2000: 81-90.
16. Hernández D. Tratamiento de adicciones en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr. Suplemento* 2010: 39. [accessed on 15/Feb/2018]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619869011.pdf>
17. Curtis SL, Eby LT. Recovery at work: the relationship between social identity and commitment among substance abuse counselors. *J Subst Abuse Treat*. 2010; 39:248–254.

[accessed on 15/Feb/2018]. Available <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2937091/pdf/nihms218161.pdf>

18. Nielson E. Substance Abuse Counselors' Recovery Status and Self-Schemas: Preliminary Implications for Empirically Supported Treatment Implementation. 2016. Ashdin Publishing Journal of Drug and Alcohol Research Vol. 5 (2016), Article ID 235982, pp. 175-184. doi:10.4303/jdar/235982.
19. Tizoc-Marquez A, Rivera-Fierro K, Rieke-Campoy U, Cruz-Palomares M. Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. Ra Ximhai 2017; 13: 39-51.
20. México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
21. México. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081119.pdf
22. Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018). Recuperado de http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf
23. Programa Sectorial de Salud (2013-2018) Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
24. México. Comisión Nacional contra las Adicciones. Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones. México D.F: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; 2011.
25. Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco Recuperado de <http://cecaj.jalisco.gob.mx/>
26. México. Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010: Condiciones de seguridad-prevenición y protección contra incendios en los centros de trabajo. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5170410
27. México. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011: Señales y avisos para protección civil.- Colores, formas y símbolos a utilizar. Diario Oficial de la Federación 23 de diciembre de 2011. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5226545&fecha=23/12/2011

28. México. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012: Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
29. México. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010: Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469490&fecha=20/01/2017
30. México. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016: Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación 7 de abril de 2016. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
31. México. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012: Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <https://dof.vlex.com.mx/vid/minimas-equipamiento-consultorios-medica-414397030>
32. México. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014: Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html
33. México. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2012: Regulación de los servicios de salud. Establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR43.pdf>
34. México. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002: Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>
35. México. Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009: Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3980/salud/salud.htm>

36. Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC). Código ética y conducta del Consejero.
37. CENSO General Jalisco. 2016.
38. Principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos definidos por la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
39. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA. (1998). Informe 1998. Recuperado de http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_1998.pdf
40. Rossi PH, Freeman HE. Evaluation: A Systematic Approach. California: Sage Publ., 1982.
41. Cohen E, Franco R. Evaluación de proyectos sociales. España: Siglo XXI Editores, 2000.
42. Villarraga PJ. Sistema de evaluación de impacto del Proyecto de Apoyo del Desarrollo de la Microempresa Rural (Pademer). Colombia.
43. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Review of the DAC: Principles for Evaluation of Development Assistance. París, 1998.
44. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: A Systematic Approach. Sage Publications, 1999.
45. Organización Mundial de la Salud. (1981). Evaluación de los programas de salud: Normas fundamentales. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40741/924380006x_es.pdf;jsessionid=6166731AF32F3168F6629D7ACC545842?sequence=1
46. Barrera FJ. Evaluación en salud: El contexto de la evaluación en salud. México, Guadalajara: Investigación, Difusión, Educación y Asesorías, 2011.
47. Orozco MJ. Evaluación en salud: Evaluación de intervenciones en educación para la salud. México, Guadalajara: Investigación, Difusión, Educación y Asesorías, 2011.
48. García A., Sáez J., Escarvajal A. Educación para la salud: Una apuesta por la calidad de vida. Madrid, España: Ediciones Arán, 2000.