



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

Criterios de Calidad de los Establecimientos Residenciales de Tratamiento a las Adicciones de acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:
FARIBIA LÓPEZ CERVANTES

Directora del reporte: Dra. Silvia Morales Chainé
Comité Tutorial: Dra. Lydia Barragán Torres
Dra. Sara Eugenia Cruz Morales
Mtra. Guillermina Natera Rey
Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

México, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Los datos empleados en la presente investigación son propiedad de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), quien otorgó su autorización para analizarlos con fines exclusivos de investigación, teniendo como antecedente dos convenios de colaboración entre la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM-FP) y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), con el objetivo de realizar la supervisión y evaluación de establecimientos residenciales. La autora agradece a ambas instituciones el apoyo proporcionado para realizar el presente trabajo.

Agradecimientos

Agradezco a:

- La Dra. Silvia Morales Chainé, por impulsarme a continuar con mi formación académica. Muchas gracias por dejarme ser parte de tu extraordinario equipo de trabajo, pero sobre todo gracias por tu amistad y cariño.
- La Dra. Lydia Barragán, la Dra. Sara Cruz, la Mtra. Guillermina Natera y el Mtro. Leonardo Reynoso, por sus valiosas aportaciones y retroalimentaciones.
- La Mtra. María José Martínez, por motivarme a realizar la presente investigación. Gracias por todas tus enseñanzas y por transmitirme el compromiso y la responsabilidad en un tema tan importante como lo son las adicciones.
- Judith Ferrer, muchas gracias por tu apoyo en la parte estadística. Sin él no hubiera sido posible realizar este trabajo.
- Mis compañeras (os) y amigas (os) de la Coordinación: Marce, Vio, Monse, Isma, Liz, Judi y David. Mi admiración y cariño para todos ustedes.
- Mi compañero de vida. Gracias mi amor por tu apoyo incondicional en mi labor de madre y profesionalista. Que Dios bendiga nuestra familia. Te amo.
- Mis hijos: Sebastián y Santiago. Cuando tengan la oportunidad de leer esto, sepan que los amo y que me siento muy feliz y orgullosa de ser su mamá. Gracias mis chiquitos por hacerme una mujer con mayor determinación y por darme la oportunidad de guiarlos y acompañarlos por siempre.
- Mis padres. Hoy más que nunca valoro todo el apoyo que me han otorgado a lo largo de mi vida. Todo lo bueno que tengo se los debo a ustedes. Muchas gracias por ser mis modelos de superación, perseverancia y esfuerzo. Los quiero mucho.
- Mis hermanos. A pesar de las diferencias, sé que cuento con su apoyo y cariño por el resto de mi vida.
- Mis queridas amigas: Tanis, Jud y Meli. Tres mujeres a la que admiro y quiero. Que la vida nos permita continuar compartiendo lo bueno y lo malo.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue describir el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad que presentan los establecimientos residenciales de tratamiento a las adicciones de acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Se evaluaron 952 establecimientos a nivel nacional, del 2012 al 2014. Se empleó la *Cédula de Criterios de Calidad*, a través de la cual se evaluó las condiciones de funcionamiento del establecimiento, así como los servicios que oferta a la población a través de un proceso de revisión de evidencias. Además, se aplicaron *Entrevistas a Usuarios*, con el propósito de recabar información sobre la percepción que los usuarios tienen del tratamiento. El procedimiento se llevó a cabo en tres fases en las que se realizó la elaboración de formatos, el diseño de un sistema informático, la capacitación de evaluadores, el piloteo y la categorización de resultados. Los establecimientos se agruparon en cinco categorías: reconocidos, no reconocidos, dictamen pendiente, no reconocidos con reporte de prácticas de maltrato y establecimientos sin dictamen. Entre los principales resultados se encontró que el 54.9% de los establecimientos obtuvo el reconocimiento, los cuales presentaron una media mayor ($M=108,75$) en el puntaje final de su evaluación. La mayoría de los centros evaluados fueron privados (93.6%) y atendían hombres (66.7%) con edades entre los 18 a 59 años (45.8%). El 67.9% brindaba un modelo de tratamiento basado en la ayuda mutua. Las áreas de evaluación que se encontraron más débiles en los establecimientos fueron: recursos humanos, proceso de atención para el ingreso, evaluación, referencia y egreso; proceso terapéutico, continuidad de la atención, infraestructura y seguridad y protección civil. El 15% de los usuarios reportaron haber sufrido alguna práctica violatoria. Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a la atención residencial de las personas que padecen un trastorno por el consumo de sustancias.

Índice

1. Antecedentes _____	6
2. Método _____	19
3. Resultados _____	32
4. Discusión _____	59
5. Conclusiones _____	69
5. Referencias _____	71
6. Anexos _____	76

Antecedentes

El consumo de sustancias psicoactivas constituye una problemática de salud pública que ha cobrado relevancia en diferentes ámbitos de la sociedad debido a la serie de repercusiones sanitarias, socioeconómicas y de seguridad que se han presentado durante los últimos años.

De acuerdo al último reporte de la Encuesta Nacional de Adicciones de Alcohol y otras Drogas (ENA; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud, 2011), el 6% de la población mexicana presenta indicadores de dependencia al alcohol, lo que equivale a 4.9 millones de personas. Por su parte, la prevalencia de dependencia al consumo de drogas es del 0.7%, lo que afecta a 550,000 personas de la población total.

Respecto a la búsqueda de intervenciones para dejar de consumir alcohol y otras drogas, el número de personas que asisten a tratamiento se ha incrementado a lo largo del tiempo. Cerca de 830 mil personas consumidoras de alcohol, han solicitado algún tipo de apoyo, comparado con casi una de cada 5 personas con dependencia a otras drogas en el último año. Los datos indican que las personas que asisten a tratamiento, lo hacen principalmente con grupos de autoayuda o ayuda mutua y con especialistas en la atención psicológica y psiquiátrica (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud, 2011).

Con base al Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones en su reporte del 2014 (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención Promoción de la Salud & Dirección General de Epidemiología, 2014), de aproximadamente 73,000 registros de usuarios que acudieron a centros de tratamiento a nivel nacional, el 84% fueron hombres con una media de edad de 30

años. La edad de inicio del consumo de sustancias fue a los 15 años y la droga de impacto más reportada fue el alcohol (44%) seguida por la marihuana y el cristal con 17% y 14%, respectivamente.

Debido al incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, durante las últimas décadas se ha presentado un crecimiento en las necesidades y ofertas de servicios de atención de adicciones y por lo consiguiente, una mayor variedad de alternativas de tratamiento para los usuarios. En este sentido, México cuenta con la red más extensa de atención primaria a las adicciones en Latinoamérica (Alvear & Martín del Campo, 2012), integrada por 341 Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) y 117 Centros de Integración Juvenil (CIJ), mismos que tienen el objetivo de reducir la demanda de drogas a través de acciones informativas de promoción de la salud, prevención, orientación, detección temprana, consejería y tratamientos breves.

Específicamente, los CAPA son operados por las Secretarías de Salud Estatales, con la rectoría de la Secretaría de Salud Federal (Alvear & Martín del Campo, 2012). Por su parte, los CIJ aunque están conformados como una asociación civil no lucrativa, también son encabezados por la Secretaría de Salud, y se encuentran sujetos a la normatividad que emite el Gobierno Federal para las entidades paraestatales (CIJ, 2017). Dicha información es de relevancia debido a que la red preventiva con la que cuenta México, se apega a los lineamientos emitidos por las instancias competentes en la materia, logrando así una mayor estructura, homologación y efectividad de los servicios que se brindan a la población.

Por el contrario, la atención residencial que se oferta en el país, recae principalmente en el ámbito de la iniciativa privada, ya que de los 2,045 establecimientos que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación (denominados como anexos), 366 cuentan con el reconocimiento por

parte de la CONADIC, de los cuales el 87% pertenece al sector privado y únicamente el 13% al sector público (CONADIC, 2017).

Los grupos de ayuda mutua son la forma de organización social a través de la cual se han atendido la mayoría de los problemas derivados del consumo de alcohol y drogas, los cuales trabajan principalmente con la filosofía de los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA). Dichos grupos se reúnen para brindarse asistencia mutua con el fin de satisfacer una necesidad común o un problema disruptivo en sus vidas, a través de un conjunto de procesos psicosociales como la catarsis, la identificación mutua y el manejo de sentimientos de estigmatización (Rosovsky, 2008).

Los grupos de AA suelen denominarse “tradicionales”, debido a que respetan las tradiciones originales del movimiento, especialmente el ingreso voluntario a la agrupación. También son llamados de “hora y media” por la duración de sus juntas. Dichos grupos se encuentran vinculados a dos organizaciones: la Central Mexicana de Servicios Generales de AA (única instancia reconocida por la Oficina Central de AA de Nueva York) y la denominada Sección México de Alcohólicos Anónimos A.C. (Sánchez-Mejorada, 2013).

A pesar de que los grupos de AA se crearon bajo una modalidad ambulatoria, el incremento en el consumo de sustancias, la necesidad de tratamientos más accesibles para la población, así como la falta de servicios públicos disponibles, influyeron para que la sociedad civil desarrollara una serie de adaptaciones a los grupos “tradicionales”, tales como el Movimiento Internacional 24 Horas de Alcohólicos Anónimos, que crea la modalidad del “anexo” para ofrecer servicios residenciales a través del apadrinamiento y la catarsis en la tribuna. También se encuentran diversas derivaciones como los “grupos de 4° y 5° paso”, mismos que realizan procesos intensivos para efectuar un análisis de la personalidad y la catarsis a través de prácticas como el ayuno y la

vigilia del sueño; las “granjas”, centros de tratamiento con internamiento que se ubican fuera de las ciudades y “anexos fuera de serie”, en los que se practican tratamientos basados en prácticas violatorias a los derechos humanos (Sánchez-Mejorada, 2013).

Diversos grupos que ofrecen tratamientos residenciales tergiversan la filosofía de los 12 pasos de AA y emplean de forma indebida el logo de la Central Mexicana de Servicios Generales de AA, ya que dicha institución, no cuenta ni mantiene contacto con granjas o anexos, ni proporcionan servicios de desintoxicación, enfermería u hospitalización. Así mismo, no suministra medicamentos ni realiza diagnósticos médicos o psiquiátricos (Nanni, 2012).

Cabe destacar que aunque el modelo de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos puede complementar y ampliar los efectos de una intervención profesional (Lile, 2003; NIDA, 2017a), no existe un solo tratamiento que deba ser indicado para todos los consumidores de sustancias, ya que éste debe tomar en cuenta las necesidades y características individuales de cada persona incluyendo el sexo, la edad, el tipo de droga, el patrón de consumo, las variables socioculturales, entre otras (NIDA, 2017a).

Aunque las prácticas de tratamiento varían considerablemente entre los centros de tratamiento (D' Aunno 2006; Kimberly & McLellan 2006), la evidencia científica señala que los principales modelos para el tratamiento de las adicciones abarcan a las intervenciones médicas, las psicosociales o la integración de ambas (NIDA, 2017b).

La atención integral de los usuarios de sustancias es crítica para el éxito en el tratamiento. Debe incluir intervenciones basadas en la evidencia científica y la vinculación con los servicios médicos, psiquiátricos y sociales (Weisner & McLellan 2004). Los aspectos más relevantes de la calidad de tratamiento en materia de adicciones, son la evaluación de las necesidades del usuario

utilizando instrumentos para medir la severidad de la adicción o la evaluación de criterios diagnósticos, su inclusión en un tratamiento psicosocial, el adecuado manejo de medicamentos y el seguimiento de la efectividad del tratamiento (Etheridge & Hubbard, 2000; D'Aunno, 2006).

Las intervenciones médicas están dirigidas principalmente a la desintoxicación, el control de la abstinencia, la disminución de los efectos de las sustancias, el tratamiento del daño orgánico, la administración de fármacos, el empleo de estrategias de sustitución y el tratamiento de padecimientos asociados (Secretaría de Salud, 2016).

Por otra parte, las intervenciones psicosociales facilitan que los usuarios participen y se adhieran al tratamiento, ofrecen estrategias para afrontar el deseo de consumir las drogas y prevenir las recaídas. También pueden ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales, la crianza de hijos y la dinámica familiar (NIDA, 2017b). Entre las intervenciones psicosociales que han mostrado mayor eficacia en el tratamiento de las adicciones se encuentra la terapia cognitiva-conductual, la terapia motivacional, el manejo de las contingencias, la terapia multisistémica y la prevención de recaídas (Fields & Roman, 2010; Fields, Roman, & Terry, 2011; NIDA, 2017b).

De forma específica, el Programa de Refuerzo Comunitario (CRA, por sus siglas en inglés), desarrollado por Hunt y Azrin en 1973, ha sido uno de los programas con mayor efectividad para lograr la abstinencia y rehabilitación de usuarios con dependencia a las sustancias psicoactivas. En México, el CRA se adaptó mediante el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC). Es un programa intensivo que integra diversos componentes para incrementar la satisfacción con el funcionamiento cotidiano, conseguir la abstinencia y lograr un estilo de vida

saludable (Barragán & Flores, 2010; Barragán, Flores, Medina-Mora, & Ayala, 2007; Barragán, González, Medina-Mora, & Ayala, 2005; Barragán et al., 2014).

No obstante, las estrategias terapéuticas en las que se basa la atención de los usuarios que participan en un tratamiento residencial en el país, son el programa de los doce pasos (83%), seguido por la terapia psicológica (57%) y el enfoque religioso (50%; CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011), lo que confirma que aunque los grupos de AA no constituyen un tratamiento formal, son una de las principales opciones de tratamiento.

Al tratarse de organizaciones de la iniciativa privada, es necesario supervisar e impulsar el cumplimiento de los diferentes ordenamientos sanitarios y jurídicos vigentes en materia de adicciones con el objetivo de asegurar el acceso y la atención integral a los servicios de salud.

En este sentido, la *Ley General de Salud* (2017), establece que para el tratamiento de los farmacodependientes se deberán crear centros especializados para la atención y rehabilitación, con base en sistemas modernos fundamentados en el respeto a la integridad y a la libre decisión del usuario. El *Programa de Acción Específico Prevención y Atención Integral de las Adicciones* (2015), menciona la prioridad de mejorar la calidad de los servicios a través de la implementación del proceso de reconocimiento a los centros residenciales de tratamiento y rehabilitación.

De manera particular, la *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones* (2009), en su apartado de generalidades y tratamiento, establece los criterios específicos para los establecimientos que brindan atención residencial de las adicciones. Específicamente establece que dichas unidades deben contar con: organización interna, infraestructura adecuada, personal capacitado y suficiente, programa de atención integral para los usuarios, notificaciones al SISVEA, trámites de acuerdo al tipo de

ingreso (voluntario, involuntario u obligatorio), visitas y valoraciones médicas, interconsultas, notas de evolución, documentación del ingreso y egreso y requerimientos de acuerdo al modelo de atención (ayuda mutua, mixto o profesional).

Además del ámbito nacional, a nivel internacional también se han realizado una serie esfuerzos para identificar y homologar los criterios para la mejora de la calidad y efectividad de los programas de reducción de la demanda de drogas, mismos que fueron consensuados por las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países socios del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), del cual México forma parte (COPOLAD, 2014).

De este modo, se establecieron los criterios para la acreditación de los programas de tratamiento, los cuales contemplan los aspectos normativos, las guías de procesos y procedimientos sobre la atención brindada, la garantía de los derechos de los pacientes, la accesibilidad de los servicios, la formación de los recursos humanos, la necesidad de contar con una infraestructura funcional de acuerdo a espacios, equipamiento y número de pacientes; la coordinación y cooperación con otros centros de asistencia, los mecanismos de referencia, el manejo de un expediente clínico que incluya el consentimiento informado y la historia clínica, la importancia de realizar una evaluación diagnóstica, desintoxicación, atención psicológica individual y grupal, intervenciones con los familiares y actividades de reinserción social; un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, un sistema de registro de los ingresos y bajas de usuarios, un programa de seguimiento y un sistema de evaluación de los resultados de la intervención, entre otros (COPOLAD, 2014).

Como se puede observar, tanto en el contexto de la normativa nacional como internacional, se establece la necesidad de contar con establecimientos especializados en las adicciones que cumplan con criterios de calidad en la prestación de sus servicios de tratamiento, y ofrezcan una atención integral a los usuarios.

Aunque en México se dispone de un marco jurídico que sustenta la importancia de consolidar el proceso de supervisión y regulación de establecimientos especializados en adicciones, existen algunas investigaciones que dan cuenta de las condiciones en las que operan los centros en el país. En un estudio realizado por Pulido, Meyers, y Martínez (2009), cuyo objetivo fue conocer las características del tratamiento y funcionamiento de una muestra de 10 centros residenciales de ayuda mutua en México, a través de la aplicación de 105 entrevistas telefónicas a los responsables de los usuarios, se encontró que el 17% de los encuestados no conocía las instalaciones del centro en el que su familiar fue internado. El 35% reportó que la experiencia del usuario durante su tratamiento fue “buena”, seguida por la respuesta de “regular” (28%) y “mal” (17%). Cerca de la mitad de los entrevistados (42%), no conocía el tratamiento que recibió el usuario. El 42% considera que el personal del grupo no estaba capacitado para ayudar a los usuarios. El 36% reportó que el usuario había recibido algún tipo de maltrato. Cerca del 30% de los internos no terminó el tratamiento y más del 20% se escapó del centro. Casi la mitad de los responsables (46%) reportó que el usuario volvió a consumir sustancias, mientras que el 29% mencionó que no volvería a llevar a su familiar al centro.

En un segundo estudio realizado para conocer la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones (Marín – Navarrate et al., 2013), se realizaron entrevistas a 15 usuarios que habían tenido al menos dos internamientos en centros residenciales. Los participantes reportaron la existencia de dos tipos principales de centros.

El primero de ellos denominado “light” y caracterizado por la estancia voluntaria, un mejor uso de servicios, la evitación de la violencia y el fomento de un diálogo confrontativo para promover en los usuarios un comportamiento “humilde, moldeable y espiritual”. Respecto a la infraestructura y al uso de los servicios, los entrevistados reportaron que este tipo de centros tienen espacios más amplios y específicos para cada actividad, aunque en ocasiones se presentan condiciones de hacinamiento. Existen baños con higiene regular o aceptable, los usuarios tienen una cama asignada y realizan diferentes servicios durante su internamiento. La alimentación es suficiente y balanceada, los usuarios tienen artículos para aseo personal y agua caliente para el baño. Algunos de estos centros cuentan con la participación de un médico general para la revisión de usuarios y en pocos casos, existen servicios profesionales especializados.

El segundo grupo de centros fue llamado “fuera de serie”, mismo en el que se reportó un frecuente abuso físico y psicológico por parte de los “padrinos y servidores”, a través de amenazas que son empleadas como medio de control, y de castigos o “aplicaciones” que ponen en peligro la integridad de los usuarios. De acuerdo con el reporte de los entrevistados, la infraestructura de este tipo de centros tiende a ser una casa habitación en condiciones de hacinamiento entre 80 y 120 usuarios. Únicamente hay un espacio para llevar a cabo las juntas de Alcohólicos Anónimos, comer y dormir. No se cuenta con baños funcionales y en ocasiones se entrega a los usuarios una cubeta para defecar, orinar y en algunos casos, comer. Los usuarios duermen de pie o sentados, carecen de artículos para el aseo personal y se bañan con agua fría. La alimentación es escasa y de baja calidad, siendo “el caldo de oso” la comida más frecuente. A diferencia de los centros “light”, no se cuentan con servicios médicos ni especializados, ni existe un cronograma de actividades como parte del plan de tratamiento (Marín – Navarrate et al., 2013).

Una tercera investigación se refiere al primer Censo Nacional de Establecimientos de Tratamiento con Modalidad Residencial (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011), a partir del cual se obtuvo información representativa acerca de las características de operación y servicios que ofertan los centros de atención del país. De manera inicial, se identificaron a un total de 2,291 establecimientos operando en las 32 entidades federativas. Posteriormente se aplicaron cuestionarios a tres perfiles: directores o responsables, consejeros (ex–adictos en rehabilitación que brindan acompañamiento a los pacientes durante su tratamiento) y usuarios, con el objetivo de conocer su percepción respecto a las características de operación y servicios de atención.

Se aplicaron un total de 1,543 encuestas, las cuales se realizaron de manera presencial en las unidades de tratamiento. Entre los principales resultados se encontró que el promedio de camas con que cuentan los centros es de 37, de las cuales 25 están ocupadas de manera regular (68% de ocupación). El promedio de atención en los últimos seis meses se estima de 95 personas por centro, es decir, cerca de 190 usuarios al año por establecimiento. 9 de cada 10 centros declararon atender hombres y poco más del 50% mencionó tener la capacidad para atender mujeres. El 98% de los centros atiende jóvenes de 18 a 29 años, el 96% adultos de 30 a 59 años, el 70% adultos mayores de 60 años en adelante, el 59% adolescentes de 12 a 17 años y el 7% niños menores de 11 años. El 67% de los establecimientos mencionó que el servicio es gratuito, mientras que el 60% manifestó operar con donativos, el 38% con cuotas de recuperación y el 29% con una cuota fija (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011).

En cuanto a la documentación para operar, únicamente el 30% mencionó contar con un registro ante la CONADIC. 4 de cada 5 establecimientos reportaron contar con un programa general de trabajo y 7 de cada 10 con manuales técnicos administrativos. En el 11% de los casos

los responsables mencionaron no contar con aviso de funcionamiento y el 12% manifestó carecer de un aviso de responsable sanitario (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011).

Respecto al perfil de los responsables o directores de los centros, 9 de cada 10 establecimientos reportaron operar con usuarios (as) rehabilitados (as) en el cargo de director (a) o responsable. El 91% mencionó tener al menos 2 años de experiencia en procesos de rehabilitación, mientras que un porcentaje similar (90%) declaró tener al menos un año como responsable del centro en donde se realizó la entrevista (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011).

En lo que se refiere al expediente de los usuarios, el 95% de los centros reportó requisitar la hoja de ingreso de los usuarios, el 96% da a conocer el consentimiento informado, el 90% realiza valoraciones médicas dentro de las primeras 48 horas y en el 93% de los casos se realiza el llenado de una hoja de egreso del usuario (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011).

Con relación a las instalaciones de los centros, las áreas de recepción-información, cocina, comedor, botiquín de primeros auxilios, área para psicoterapia grupal o individual y área de resguardo y control de medicamentos, fueron espacios que los responsables señalaron tener en un porcentaje superior al 90%. Únicamente el 3% de los centros reportó no contar con las áreas en buenas condiciones de higiene, mantenimiento, iluminación y ventilación (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA, 2011).

Finalmente, respecto a las necesidades de capacitación, el estudio encontró que tanto los responsables o directores y consejeros, cuentan con una escasa capacitación en materia de tratamiento de las adicciones. Los principales tópicos en los que han recibido capacitación y/o actualización se refieren a cursos sobre datos generales y bases conceptuales sobre drogas y

adicciones, modelos de prevención y género, violencia y derechos humanos. Contrariamente, los temas en que han sido menos capacitados son tratamientos especializados en adicciones, detección temprana e intervención oportuna y comorbilidad (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA; 2011).

Como se puede observar, los resultados de los estudios previos indican que algunos de los establecimientos residenciales no cuentan con las condiciones necesarias para brindar un tratamiento especializado a los usuarios dependientes de sustancias psicoactivas, pues carecen de la infraestructura necesaria, el personal capacitado, la documentación básica para operar y un programa de tratamiento con sustento científico. Además, se carece de evidencia sobre el éxito del tratamiento, es decir, no se cuenta con datos contundentes sobre el número de usuarios que logran su abstinencia o la reducción de su patrón de consumo, ni del impacto de la intervención en las diferentes áreas de vida en las que el usuario ha presentado problemas derivados por su adicción.

Por ello se hace evidente la necesidad de desarrollar e implementar una serie de acciones dirigidas a la supervisión, evaluación y regulación continua de los establecimientos residenciales que operan en el país. Aunque los hallazgos de los estudios previos son relevantes por la dificultad para acceder a este tipo de establecimientos, que en ocasiones operan en la clandestinidad y que como parte de sus políticas de operación se encuentra el anonimato y la confidencialidad (Pulido et al., 2009), es necesario realizar estudios con rigor metodológico, en los que a través de un proceso de evaluación estructurado, se verifique de manera objetiva el apego de las unidades de atención residencial a la normatividad aplicable en materia de tratamiento en adicciones, a fin de incrementar el éxito de las intervenciones, asegurar la calidad y seguridad en la atención, así como el respeto a la integridad de los usuarios.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio consiste en describir el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad que presentan los establecimientos residenciales de tratamiento a las adicciones de acuerdo la NOM-028-SSA2-2009 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, a través de un proceso de verificación de evidencias.

Para cumplir con dicho objetivo se emplearon los datos obtenidos en el marco del *Proceso de Reconocimiento a Establecimientos Residenciales que Brindan Servicios de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones*, el cual fue desarrollado y operado por la CONADIC a partir del año 2012, con el objetivo de evaluar y supervisar a los establecimientos residenciales y emitir un reconocimiento federal a los centros que cumplen con los criterios mínimos indispensables establecidos en la NOM-028-SSA2-2009.

Método

Participantes

Se evaluaron un total de 952 establecimientos que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación a las adicciones que operaban en las 32 entidades federativas del país, en el período del 2012 al 2014. Las evaluaciones se realizaron de manera presencial en el domicilio de los centros.

En el año 2012 se evaluó el mayor número de Establecimientos Residenciales, siendo en total 507 centros (53.3%); en el 2013 se evaluaron a 205 (21.5%), mientras que en el 2014 fueron 240 establecimientos (25.2%). En la tabla 1 se observa el número de Establecimientos Residenciales evaluados por entidad federativa y año. El promedio de centros evaluados por estado fue de 30. Baja California Norte presentó el mayor número de establecimientos evaluados del país (177, 18.6%), seguido por Jalisco (137, 14.4%) y Sinaloa (67, 7%), mientras que Coahuila fue la entidad en la que se evaluó el menor número de establecimientos residenciales con sólo 2 centros en el 2013 y 2014 (0.2%). Cabe aclarar que el número de establecimientos contempló sólo aquellos que participaron en el marco del Proceso de Reconocimiento, y no a la totalidad de establecimientos operando en cada estado.

Los Establecimientos Residenciales evaluados iniciaron sus operaciones entre el periodo de 1979 al 2014, sin embargo la mayoría inició sus operaciones en el año 2007 (9.9%).

Tabla 1.

Número de Establecimientos Residenciales evaluados por año en cada entidad Federativa

Entidad Federativa	Año			Total
	2012	2013	2014	
Aguascalientes	10	4	3	17
Baja California Norte	75	41	61	177
Baja California Sur	8	1	7	16
Campeche	4	2	2	8
Coahuila	0	1	1	2
Colima	11	7	0	18
Chiapas	11	5	9	25
Chihuahua	50	6	5	61
Distrito Federal	10	12	16	38
Durango	12	2	5	19
Guanajuato	22	5	9	36
Guerrero	5	5	3	13
Hidalgo	5	2	0	7
Jalisco	86	15	36	137
Estado México	7	5	8	20
Michoacán	3	4	4	11
Morelos	13	5	2	20
Nayarit	9	5	3	17
Nuevo León	17	14	4	35
Oaxaca	3	6	0	9
Puebla	10	5	7	22
Querétaro	13	5	8	26
Quintana Roo	2	2	1	5
San Luis Potosí	7	4	4	15
Sinaloa	34	13	20	67
Sonora	36	5	3	44
Tabasco	4	6	3	13
Tamaulipas	12	2	6	20
Tlaxcala	2	3	2	7
Veracruz	7	8	0	15
Yucatán	8	1	2	11
Zacatecas	11	4	6	21
Total	507	205	240	952

Instrumentos

1. *Cédula de Criterios de Calidad según la NOM-028-SSA2-2009 para Establecimientos Residenciales.* Para la obtención de la información se empleó la Cedula de Criterios de Calidad. Tiene el objetivo de evaluar las condiciones de funcionamiento del establecimiento, así como los servicios que oferta a la población a través de un proceso de revisión de evidencias. Se integra por 17 secciones (ver tabla 2) en las que se evalúan diferentes aspectos de funcionalidad, infraestructura y procesos que implementan los centros desde el ingreso hasta el egreso de los usuarios. Consta de tres opciones de respuesta: No cumple (NC), Cumple (C) y No aplica (NA).

La *Cédula de Criterios de Calidad* sufrió ajustes a lo largo de los tres años. La cédula del 2012 se integró por 72 reactivos, la del 2013 por 71 reactivos, y la del 2014 por 77 reactivos. Sin embargo las mayores modificaciones se realizaron en la cédula desarrollada en el 2014, ya que se incorporó la sección de evidencia documental (documentación básica necesaria con la que todo establecimiento debe contar para operar de acuerdo a la normatividad aplicable) y se eliminó la sección del proceso de confidencialidad y seguridad del usuario. Así mismo, se incluyó la variable del tipo de visita (reconocimiento o ratificación). La primera se refiere a las supervisiones de establecimientos que son visitados por primera vez, mientras que las vistas de ratificación se refieren cuando la vigencia del reconocimiento expira y es necesario realizar una segunda visita para ratificar o bien, para eliminar el reconocimiento. No obstante, para fines de la presente investigación, no se distinguirá entre la variable de reconocimiento y ratificación.

Se asignaron valores a cada uno de los reactivos de la cédula (0,1 y 2), dependiendo de la importancia de su cumplimiento.

Tabla 2.

Secciones que integran la Cédula de Criterios de Calidad según la NOM-028-SSA2-2009.

Sección	Objetivo	Reactivos 2012	Reactivos 2013	Reactivos 2014
1. Identificación	Recabar los datos de identificación del establecimiento.	6	6	7
2. Características	Obtener las principales características del servicio de tratamiento que brinda el establecimiento (duración, sexo y grupo etario que atiende, personal que labora, costo del servicio, entre otros.	16	15	15
3. Evidencia documental	Documentación básica necesaria con la que todo establecimiento debe contar para operar de acuerdo a la normatividad aplicable.	No existía	No existía	10
4. Organización del establecimiento	Se refiere a la documentación necesaria para describir los procesos de servicio que ofrece el establecimiento.	15	15	5
5. Recursos humanos	Evalúa si el personal del establecimiento se encuentra capacitado para atender problemáticas relativas al consumo de sustancias.	2	2	5
6. Proceso de atención, ingreso, admisión, diagnóstico y referencia	Evalúa lo referente al proceso de ingreso de usuarios, ya sea de tipo voluntario, involuntario u obligatorio, así como el mecanismo de valoración inicial y desintoxicación.	6	6	8

7. Proceso de atención expediente clínico	Verifica que el establecimiento cuente con un proceso para conjuntar la información, datos personales, evolución y seguimiento de los usuarios en un expediente.	4	4	5
8. Satisfacción del usuario	Evalúa el proceso en que el establecimiento proporciona a los usuarios y sus familiares, un servicio de quejas y sugerencias, que garantice que éstas sean tomadas en cuenta.	1	1	1
9. Infraestructura	Verifica que se cuente con las instalaciones adecuadas para el desarrollo de las funciones, de acuerdo al modelo de atención del establecimiento.	15	15	17
10. Seguridad y protección civil	Evalúa que el establecimiento cumpla con los lineamientos básicos de seguridad para la protección de los usuarios.	3	3	4
11. Servicio de alimentación	Supervisa el servicio de alimentación, el cual debe cumplir con los puntos de higiene, buen aspecto y cantidad suficiente, necesarios para la población interna.	1	1	1
12. Condición física del establecimiento	Evalúa la funcionalidad, limpieza y ventilación de las instalaciones del establecimiento.	10	10	10

13. Proceso de confidencialidad y seguridad del usuario	Evalúa elementos sobre la seguridad, protección y vigilancia de los usuarios, así como la confidencialidad de la información.	4	4	Se eliminó
14. Proceso de evaluación del usuario	Evalúa el proceso de valoración inicial del usuario que realizan en el establecimiento, el modo en el que identifican patrón de consumo, historia de consumo, nivel de dependencia, diagnóstico, etc.	3	3	1
15. Proceso de referencia del usuario	Evalúa el proceso mediante el cual se remite a un usuario a otra instancia que asegure su atención adecuada y oportuna, tomando en cuenta que se resguarde su salud y características propias.	1	1	1
16. Continuidad de atención y tratamiento	Evalúa el compromiso del establecimiento para dar continuidad al tratamiento médico que presenten los usuarios.	2	2	3
17. Proceso terapéutico	Valora que el modelo de tratamiento implementado cuente con los componentes mínimos necesarios para llevar a cabo un proceso de tratamiento y rehabilitación integral del usuario.	3	3	4

18. Proceso de egreso del usuario del establecimiento	Evalúa el proceso de egreso del usuario, así como la implementación de los seguimientos y valoraciones post tratamiento.	2	1	3
---	--	---	---	---

2. *Entrevistas a Usuarios.* Tiene el propósito de recabar información sobre la percepción que los usuarios tienen del tratamiento recibido al interior del establecimiento. Se integra de 7 secciones: ingreso, admisión, diagnóstico/evaluación, tratamiento médico, proceso terapéutico, prácticas utilizadas en el tratamiento y otros. Sin embargo, en el presente estudio únicamente se emplearon los datos de la sección sobre prácticas utilizadas sobre el tratamiento, las cuales hacen referencia a conductas de maltrato físico y verbal que los usuarios pudieron haber recibido como parte de su tratamiento en el establecimiento (ver tabla 3).

Tabla 3.

Reactivos de la sección de prácticas utilizadas en el tratamiento de la entrevista a usuarios.

No.	Reactivo
1	Como parte de su tratamiento lo han sometido a ayuno
2	Como parte de su tratamiento lo han aislado de los demás internos
3	Como parte de su tratamiento lo han obligado a realizar trabajos forzados
4	Como parte de su tratamiento lo han exhibido frente a los demás internos (expuesto o señalado frente a los demás)
5	Como parte de su tratamiento lo han sometido a castigos (duchas de agua fría, alimentos en mal estado, etc.)
6	Como parte de su tratamiento lo han maltratado emocionalmente para “tocar fondo”
7	Tiene algún contacto con su familia conforme a lo que establece el reglamento (visitas, llamadas telefónicas, etc.).

Procedimiento

En la presente investigación se aplicó un diseño no experimental, de tipo transversal-correlacional, ya que se describen las relaciones entre diversas variables asociadas con los establecimientos residenciales que brindan servicios de tratamiento y rehabilitación de adicciones, en tres períodos diferentes (2012, 2013 y 2014).

El procedimiento se llevó a cabo en tres fases a través de las cuales se realizó el proceso de elaboración y revisión de formatos de evaluación, el diseño de un sistema informático, la capacitación y selección de evaluadores, el piloteo y aplicación de formatos y la categorización de resultados.

Fase 1. Previo a las vistas de evaluación.

Un grupo de expertos conformado por especialistas en el tratamiento de las adicciones desarrolló y validó la *Cédula de Evaluación de Criterios de Calidad*, la cual fue socializada con los establecimientos residenciales programados para visita. Además, se diseñó un formato de *Reporte de Resultados* que permitiera brindar retroalimentación al establecimiento evaluado sobre las observaciones de mejora, así como los tiempos perentorios para cumplirlas (Ver Anexo 1).

Así mismo, se diseñó el *Sistema Informático* para el vaciado de la *Cédula de Evaluación* y de las *Entrevistas a Usuarios* con la finalidad de capturar la información recabada en los formatos, obtener un puntaje global y por sección, así como el resultado del dictamen, mismo que fue agrupado en 5 categorías:

Establecimientos reconocidos: Se refiere a aquellos establecimientos que lograron el puntaje mínimo indispensable o superior al mínimo, para la obtención o ratificación del reconocimiento, pudiendo presentar o no incumplimientos en alguna(s) área(s) evaluadas,

Establecimientos no reconocidos. Se refiere a aquellos establecimientos que no lograron el puntaje mínimo indispensable para la obtención del reconocimiento, pero en los cuales no se reportó el uso de prácticas negativas que atenten al respeto de los derechos de los usuarios del servicio,

Establecimientos con dictamen pendiente. Se refiere a aquellos establecimientos que obtuvieron el puntaje mínimo indispensable para la obtención o ratificación del reconocimiento, pero en los cuales se reportó el probable empleo de prácticas violatorias de los derechos humanos y del paciente,

Establecimientos no reconocidos con reporte de prácticas de maltrato por parte de usuarios. Se refiere a aquellos establecimientos que no obtuvieron el puntaje mínimo indispensable para la obtención o ratificación del reconocimiento, y en los cuales además se reportó, por parte de los usuarios del servicio, el empleo de prácticas que no se ajustan a un trato digno y de respeto a los derechos humanos y del paciente.

Establecimiento sin dictamen: Se refiere a establecimientos que reportaron emplear como principal estrategia terapéutica un enfoque religioso, pudiendo haber presentado o no, el puntaje mínimo indispensable para la obtención del reconocimiento o ratificación.

Los puntajes establecidos para otorgar el tipo de dictamen, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Puntajes de acuerdo al tipo de dictamen otorgado y al año de evaluación.

Tipo de dictamen	Cédula 2012	Cédula 2013	Cédula 2014 Reconocimiento
Reconocido	>70 puntos de 125	>70 puntos de 125	>135 de 195 puntos
No reconocido	<70 puntos de 125	<70 puntos de 125	<135 de 195 puntos
Dictamen pendiente	>70 puntos de 125 + prácticas negativas	>70 puntos de 125 + prácticas negativas	>135 de 195 puntos + prácticas negativas
No reconocido con reporte de prácticas negativas	<70 puntos de 125 + prácticas negativas	<70 puntos de 125 + prácticas negativas	<135 de 195 puntos + prácticas negativas
Sin dictamen	Modelo religioso	Modelo religioso	Modelo religioso

Por otra parte, se realizó una convocatoria a profesionales de la salud y adictos en rehabilitación, interesados en participar como evaluadores de establecimientos residenciales. Se realizó una capacitación sobre conceptos de auditoría, directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad, NOM-028-SSA2-2009, proceso terapéutico y aplicación de la *Cédula de Evaluación de Criterios de Calidad*, con una duración aproximada de 40 horas. Asistieron un total de 65 personas, de las cuales el 85% eran profesionales de la salud con posgrado en adicciones avalado por la UNAM, mientras que el 25% restante eran adictos en rehabilitación que fungían como supervisores estatales de centros de rehabilitación. Al finalizar la capacitación se aplicó una

evaluación general en la que se obtuvo una calificación promedio de 8. Posteriormente se conformaron equipos de evaluación integrados por dos evaluadores capacitados (uno de ellos fungía como líder), una autoridad federal adscrita a la CONADIC y una autoridad estatal perteneciente a la Comisión Estatal contra las Adicciones (CECA) del estado.

Se realizó un pilotaje de la *Cédula de Evaluación de Criterios de Calidad* y de las *Entrevistas a Usuarios* en 86 establecimientos residenciales procedentes del estado de Jalisco. Con base en los resultados se realizaron ajustes a la Cédula y al plan de evaluación (Ver Anexo 2).

Paralelo al pilotaje y en coordinación con las CECA, se realizó la programación de las visitas de evaluación en cada entidad federativa en base a la solicitud voluntaria por parte de los centros, los cuales tenían que presentar ante la autoridad estatal, una solicitud de reconocimiento y otros documentos como: aviso de funcionamiento, aviso de responsable sanitario, descripción del modelo de tratamiento, platilla de recursos humanos, plano arquitectónico, entre otros. Una vez que la CECA y la CONADIC validaban la información, el establecimiento era programado para visita.

Fase 2. Visitas de evaluación

Al llegar al establecimiento, el personal de la CECA realizaba la presentación del equipo evaluador. El evaluador líder realizaba una conferencia de apertura, señalando los objetivos de la evaluación, la dinámica de la visita, la solicitud de espacios, expedientes y usuarios para entrevistas. Además, se hacía mención sobre la entrega de un *Reporte de Áreas de Oportunidad* (Ver Anexo 3).

El director o responsable del establecimiento, realizaba una breve exposición del contexto general del establecimiento y la presentación del personal que labora, a la par que se realizaba un recorrido por las instalaciones.

El evaluador líder definía el personal que sería entrevistado por el equipo evaluador. Se solicitaba una persona con conocimientos sobre la documentación básica del centro, así como una persona responsable sobre el proceso terapéutico de los usuarios que pudiera hacer uso de los expedientes clínicos.

Posteriormente, los dos evaluadores comenzaban con la revisión de evidencias, solicitando los documentos señalados en la *Cédula de Criterios de Calidad* (manuales de procedimientos, programa de trabajo, guías, expedientes clínicos, formatos, entre otros). Acto seguido, se realizaban entrevistas aleatorias a usuarios mayores de edad que tuvieran al menos un mes de internamiento.

Una vez finalizada la revisión de evidencias y la aplicación de entrevistas, el equipo de evaluación se reunía para realizar una sesión de retroalimentación y llenar el *Reporte de Áreas de Oportunidad*. Dicho reporte se entregaba al responsable o director del establecimiento, junto con un CD que contenía las normas oficiales relacionadas con el tratamiento en adicciones, así como material relativo al proceso terapéutico.

Finalmente, el evaluador líder solicitaba al responsable o director, el llenado de un formato para evaluar el desempeño del equipo de evaluación (Ver Anexo 4).

Fase 3. Después de las visitas de evaluación

Las *Cédulas de Evaluación y Entrevistas a Usuarios* aplicadas, eran capturadas en el sistema informático a fin de obtener una base de datos y un *Reporte de Resultados* de cada establecimiento evaluado (Ver Anexo 1).

Una vez conformada la base de datos, para analizar los resultados del primer y cuarto apartado, que corresponde a la descripción de valores o puntuaciones de diversas variables, se empleó la estadística descriptiva, por lo que se realizaron distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad. Para el segundo y tercer apartado se realizaron análisis para comparar variables. Por ello se emplearon pruebas paramétricas como el análisis de varianza (ANOVA) para conocer diferencias significativas entre dos grupos (medias) y el análisis multivariado de varianza (MANOVA) para el análisis de diferencias entre diversas variables dependientes e independientes. En el caso de las pruebas multivariadas se empleó la Prueba de Hotelling's y la Prueba de Lambda de Wilks para verificar que las varianzas no son iguales. Por otra parte, se realizaron algunos análisis no paramétricos para examinar datos nominales u ordinales, como la chi cuadrada (χ^2).

Resultados

Los resultados se presentan en cuatro apartados, el primero abarca la descripción de las características de los establecimientos residenciales evaluados a nivel nacional durante los años 2012, 2013 y 2014. En la segunda parte se describen los resultados por área de evaluación y dictamen de acuerdo a la *Cédula de Criterios de Calidad según la NOM-028-SSA2-2009 para Establecimientos Residenciales*. En el tercer apartado, se presentan los resultados relacionados al Proceso Terapéutico. Finalmente en la cuarta parte se describen los resultados derivados de la aplicación de las *Entrevistas a Usuarios*.

1. Características de los establecimientos residenciales del país evaluados del periodo del 2012 al 2014

En la tabla 5 se muestra el porcentaje de establecimientos por dictamen obtenido y por año de evaluación. Como se puede observar, la mayoría de los establecimientos evaluados presentaron un dictamen de Reconocidos (54.9%), seguido por los establecimientos No Reconocidos con el 27%. En una menor proporción se encontraron aquellos establecimientos que tenían un reporte de Prácticas Negativas (9.5%) y Dictamen Pendiente (6.4%), mientras que los establecimientos con la menor proporción fueron aquellos Sin Dictamen (2.2%).

El mayor porcentaje de establecimientos Reconocidos se presentó en el año 2012 con el 35.7% seguido del 2014 con el 11.3%, y finalmente el 2013 con el 7.9%; siendo el año 2012 el que presentó la mayor parte de los establecimientos de la muestra. Así mismo, el 2012 fue el año que presentó más establecimientos con dictamen de No Reconocido con Prácticas Negativas (3.7%), seguido por el 2014 con el 3.2%.

Tabla 5.

Frecuencia y porcentaje del dictamen obtenido por los establecimientos evaluados a nivel nacional del 2012 al 2014.

	2012		2013		2014		Total por dictamen	
Dictamen	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Reconocido	340	35.7	75	7.9	108	11.3	523	54.9
No reconocido	106	11.1	57	6.0	94	9.9	257	27.0
Dictamen pendiente	25	2.6	31	3.3	5	0.5	61	6.4
No reconocido con prácticas negativas	35	3.7	25	2.6	30	3.2	90	9.5
Sin dictamen	1	0.1	17	1.8	3	0.3	21	2.2
Total por año	507	53.3	205	21.5	240	25.2	952	100.0

En la tabla 6 se muestra el tipo de institución y tipo de ingreso por dictamen de los establecimientos del país evaluados durante el 2012 al 2014. Se aprecia que la mayoría de los establecimientos evaluados fueron privados (93.6%), mientras que el 6.4% de los establecimientos pertenecían a una institución pública. Asimismo se observa que la mayoría de los establecimientos residenciales realizaron ingreso voluntario e involuntario (43.7%), seguido del ingreso únicamente Voluntario (36.7%), y del ingreso voluntario, involuntario y obligatorio (16%). El tipo de ingreso menos realizado fue el ingreso obligatorio (0.1 %).

Del mismo modo se observa que el 48.9% de los establecimientos Reconocidos fueron privados y el 6% fueron públicos. Cabe señalar que la mayoría de los establecimientos públicos fueron reconocidos, es decir el 86% de los establecimientos públicos; mientras que el 46% de los establecimientos privados fueron reconocidos.

En cuanto al tipo de ingreso, la mayoría de los establecimientos residenciales Reconocidos realizan ingreso voluntario (26.6%) mientras que los establecimientos que fueron No Reconocidos (16.5%) y No reconocidos con Prácticas Negativas (6.2%) realizaban principalmente el ingreso voluntario e involuntario.

Tabla 6.

Porcentaje del tipo de institución y tipo de ingreso por dictamen obtenido

Dictamen	Tipo de institución			Tipo de Ingreso							
	Pública	Privada	Total por dictamen	Voluntario	Involuntario	Obligatorio	Voluntario / Involuntario	Involuntario / Obligatorio	Voluntario / Obligatorio	Voluntario / Involuntario / Obligatorio	Total por dictamen
Reconocido	6.0	48.9	54.9	26.6	0.2	0.0	18.1	0.9	1.4	7.8	54.9
No reconocido	0.3	26.7	27.0	7.0	0.3	0.0	16.4	0.1	0.1	3.0	27.0
Dictamen pendiente	0.1	6.3	6.4	1.2	0.0	0.0	2.5	0.2	0.1	2.4	6.4
No reconocido con prácticas negativas	0.0	9.5	9.5	0.4	0.1	0.1	6.2	0.0	0.0	2.6	9.5
Sin dictamen	0.0	2.2	2.2	1.5	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0	0.1	2.2
Totales por institución e ingreso	6.4	93.6	100.0	36.7	0.7	0.1	43.7	1.3	1.6	16.0	100.0

n=952.

Respecto al tipo de población atendida, en la tabla 7 podemos observar el sexo de la población que fue atendida en los establecimientos residenciales a nivel nacional, por dictamen obtenido. Se observa que los establecimientos trabajan principalmente con hombres (66.7%), seguido por la atención a ambos sexos (24.8%), mientras que los establecimientos dedicados exclusivamente a la atención de mujeres son menores (8.5%). Se observa que en todos los dictámenes se sigue la misma tendencia, sin embargo se presentaron diferencias significativas entre el sexo y tipo de dictamen obtenido, siendo en los establecimientos Reconocidos en los que existe una mayor proporción de hombres que de mujeres ($X^2=31.19$, $gl=10$, $p=0.001$).

En la tabla 8, se observa que el grupo etario de 18 a 59 años, que corresponde a los adultos, fue el grupo que más se atendió en los establecimientos residenciales evaluados (45.8%), seguido por la atención a adolescentes (12 a 17 años) y adultos (25.1%), y a adolescentes, adultos y adultos mayores (15.4%). El grupo etario menos atendido fue la combinación de la atención de adolescentes y adultos mayores (0.1 %). Se observa la misma tendencia en los diferentes dictámenes.

En la tabla 9 se observa que la mayoría de los establecimientos residenciales a nivel nacional, brindan un modelo de tratamiento basado en la ayuda mutua (67.9%), seguido por el modelo mixto (26.7%) y el modelo profesional (5.3%). Dicho hallazgo aplica para la mayoría de los dictámenes. En el caso de los establecimientos reconocidos, el 33.8% implementa un modelo de ayuda mutua, seguido por el 16.6% que trabaja con un modelo mixto y el 4.5% con un modelo profesional. Es importante considerar que el modelo de ayuda mutua presentó una mayor proporción en la muestra, sin embargo, el 86% de los establecimientos con modelo Profesional fueron reconocidos, seguidos por el 62.2% de los establecimientos que tenían un modelo mixto y

el 49.8% de los establecimientos que tenían un modelo de ayuda mutua. Por su parte el mayor porcentaje de establecimientos con dictamen de No Reconocido con Prácticas Negativas se presentó en el modelo de ayuda mutua (7%), seguido por el modelo mixto (2.4%), mientras que el modelo profesional no presentó dicho dictamen (0%). Considerando el efecto de que el modelo de ayuda mutua tenía más establecimientos en la muestra, se observa que se mantiene un mayor porcentaje de establecimientos de ayuda mutua con dictamen de No reconocido con Prácticas Negativas (10.4%), seguido por el 9.1% de los establecimientos mixtos.

Tabla 7
Porcentaje del sexo atendido por dictamen obtenido

Dictamen	Sexo			Total por dictamen
	Hombres	Mujeres	Ambos	
Reconocido	34.6	5.3	15.1	54.9
No reconocido	19.7	1.2	6.1	27.0
Dictamen pendiente	4.1	0.8	1.5	6.4
No reconocido con prácticas negativas	6.9	0.6	1.9	9.5
Sin dictamen	1.4	0.6	0.2	2.2
Total por sexo	66.7	8.5	24.8	100.0

n=952.

Tabla 8

Porcentaje del grupo etario atendido por dictamen obtenido

Dictamen	Grupo etario									Total por dictamen
	Adolescentes (12 a 17 años)	Adultos (18 a 59 años)	Niños/ Adolescentes	Niños/ Adolescentes / Adultos	Niños/ Adolescentes / Adultos/ Adultos Mayores	Adolescentes / Adultos	Adolescentes / Adultos Mayores	Adolescentes / Adultos/ Adultos Mayores	Adultos/ Adultos Mayores	
Reconocido	2.2	26.2	0.7	0.4	0.2	14.0	0.1	7.4	3.8	54.9
No reconocido	0.6	11.9	0.2	0.0	0.1	7.0	0.0	4.7	2.3	27.0
Dictamen pendiente	0.0	3.2	0.1	0.1	0.0	1.2	0.0	1.3	0.5	6.4
No reconocido con prácticas negativas	0.1	3.4	0.0	0.1	0.1	2.6	0.0	1.8	1.4	9.5
Sin dictamen	0.2	1.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.4	2.2
Total por grupo etario	3.2	45.8	1.1	0.6	0.4	25.1	0.1	15.4	8.4	100

n=952.

Tabla 9

Porcentaje del modelo de tratamiento y estrategia terapéutica de los establecimientos evaluados

Dictamen	Modelo de tratamiento				Estrategia terapéutica							Total por dictamen
	Profesional	Ayuda Mutua	Mixto	Total por dictamen	Modelo Minnesota	Comunidad Terapéutica	Terapia Psicológica	12 pasos	Enfoque religioso/espiritual	Terapias Alternativas	Otra	
Reconocido	4.5	33.8	16.6	54.9	7.9	8.9	6.6	27.1	3.8	0.0	0.6	54.9
No reconocido	0.3	21.2	5.5	27.0	2.0 ^b	2.1	0.9	19.3	2.1	0.2	0.2	26.8
Dictamen pendiente	0.3	4.1	0.0	4.4	0.5	0.5	0.6	4.7	0.0	0.0	0.0	6.3
No reconocido con prácticas negativas	0.0	7.0	2.4	9.4	0.8	0.3	0.3	7.6	0.2	0.0	0.2	9.4
Sin dictamen	0.1	1.7	2.2	4.0	0.1	0.1	0.1	0.1	1.7	0.1	0.0	2.2
Total por modelo de tratamiento y estrategia terapéutica	5.3	67.9	26.7	100	11.3	12.0	8.6	58.8	7.8	0.3	1.1	99.9 ^a

n=952.

^a Se presentaron valores perdidos.

En cuanto a las estrategias terapéuticas, se observa que más de la mitad de los establecimientos trabaja con los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (58.8%), seguido por la comunidad terapéutica (12%), el modelo Minnesota (11.3%) y la terapia psicológica (8.6%); las terapias alternativas fueron la estrategia que presentó un menor porcentaje (0.3%) (Ver tabla 8). Asimismo al observar la proporción por estrategia terapéutica y dictamen, se aprecia que el 27.1% de los establecimientos reconocidos utilizaron los 12 pasos como estrategia terapéutica. Sin embargo, también se observa que emplean en mayor proporción la terapia psicológica (6.6%) comparada con los otros tipos de dictamen. En cuanto al dictamen de No Reconocido con Prácticas Negativas se observó que la estrategia terapéutica de los 12 pasos fue la de mayor porcentaje (7.6%), coincidiendo al considerar el efecto de mayor proporción de la estrategia de los 12 pasos en la muestra (12.9%, mayor al porcentaje presentado en otras estrategias).

En la tabla 10 se observa el tipo de adicción atendida y la duración del tratamiento de los establecimientos residenciales evaluados en el país del 2012 al 2014. En cuanto al tipo de adicción atendida, la principal fue la dependencia al alcohol y drogas (86.6%), seguida de la adicción al alcohol, drogas y tabaco (6.2%), mientras que la dependencia menos atendida fue hacia el tabaco y drogas (0.1%). En cuanto al tipo de adicción atendida y el tipo de dictamen obtenido, se observa una mayor proporción de atención a la dependencia al alcohol y drogas en todos los dictámenes.

Por su parte, los tres meses (52.5%) fue el principal periodo de duración del tratamiento que se ofreció en los establecimientos residenciales evaluados en el país, seguido por el periodo de 6 meses (21%); el periodo de un mes fue el de menor frecuencia (0.1%, ver tabla 10).

Tabla 10

Porcentaje del tipo de adicción atendida y duración del tratamiento de los establecimientos evaluados a nivel nacional del 2012 al 2014

Dictamen	Adicción atendida								Duración del tratamiento						
	Alcohol	Drogas	Alcohol / Drogas	Alcohol / Drogas / Tabaco	Alcohol / Drogas / Otras adicciones	Todas	Tabaco / Drogas	Total por dictamen	Un mes	Dos meses	Tres meses	Cuatro meses	Seis meses	Otro	Total por dictamen
Reconocido	0.2	1.3	45.0	4.6	0.3	3.4	0.1	54.9	0.8	2.3	29.1	4.5	10.3	7.9	54.9
No reconocido	0.4	0.3	25.0	0.7	0.0	0.5	0.0	26.9 ^a	0.1	0.3	15.0	2.1	5.8	3.7	27.0
Dictamen pendiente	0.0	0.1	6.0	0.1	0.1	0.1	0.0	6.4	0.0	0.1	3.0	0.5	2.0	0.7	6.3
No reconocido con prácticas negativas	0.0	0.0	8.9	0.4	0.0	0.1	0.0	9.4	0.1	0.0	5.1	1.3	2.2	0.7	9.4
Sin dictamen	0.0	0.0	1.7	0.3	0.2	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.7	1.3	2.2
Total por modelo de tratamiento y estrategia terapéutica	0.6	1.7	86.6	6.2	0.6	4.1	0.1	99.9 ^b	1.1	2.7	52.5	8.4	21.0	14.3	100.0

n=952.

^aSe presentaron valores perdidos

En cuanto a la duración del tratamiento y dictamen obtenido (ver tabla 10), en los establecimientos Reconocidos el periodo de tres meses de duración del tratamiento fue el que obtuvo el mayor porcentaje (29.1%). Por su parte en los establecimientos con dictamen de No Reconocido el mayor porcentaje se presentó en el período de seis meses de duración.

En el anexo 5 se observan los tipos de costo por el servicio de tratamiento brindado en los establecimientos residenciales a nivel nacional. Como se aprecia, la mayoría recaudaron fondos a través de una cuota de recuperación por todo el tratamiento (31.2%), seguido de una cuota fija por todo el tratamiento (20.9%), y de los servicios gratuitos (12.3%), asimismo el cobro con menor proporción fue el cobro diario en aportación en especie.

En la tabla 11 se aprecia que los establecimientos reconocidos cobraban principalmente una cuota de recuperación por tratamiento (18.3%), seguido por la cuota fija por tratamiento (11%), y los servicios gratuitos (7.5%). Por su parte, en los establecimientos con dictamen de No reconocido con Prácticas Negativas presentaron con mayor proporción una cuota fija por tratamiento (2.6%), seguido por el cobro a través de una cuota de recuperación semanal (2.1%) y la cuota de recuperación por tratamiento (1.9%).

Tabla 11

Porcentaje del tipo de costo del servicio del tratamiento de los establecimientos evaluados a nivel nacional del 2012 al 2014

Dictamen	Tipo del costo de tratamiento													Total por dictamen
	Gratuito	Cuota de recuperación diaria	Cuota de recuperación semanal	Cuota de recuperación mensual	Cuota de recuperación por tratamiento	Cuota fija diaria	Cuota fija semanal	Cuota fija mensual	Cuota fija por tratamiento	Aportación en especie diaria	Aportación en especie semanal	Aportación en especie mensual	Aportación en especie por tratamiento	
Reconocido	7.5	0.5	4.7	2.6	18.3	0.9	3.7	2.3	11.0	0.2	0.6	0.1	1.7	54.2
No reconocido	2.8	0.1	3.4	1.6	9.1	0.1	3.4	1.3	5.8	0.1	0.5	0.2	0.3	27.0
Dictamen pendiente	0.6	0.3	0.9	0.3	1.8	0.1	0.9	0.7	1.2	0.0	0.0	0.0	0.1	6.9
No reconocido con prácticas negativas	0.1	0.0	2.1	0.7	1.9	0.1	0.9	0.6	2.6	0.0	0.1	0.1	0.1	8.4 ^a
Sin dictamen	1.3	0.0	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1 ^a
Total por tipo de costo	12.3	0.9	11.1	5.6	31.2	1.3	6.6	5.0	20.9	0.3	1.3	0.4	2.2	99.2 ^a

^a Se presentaron valores perdidos.

n=952

Aquellos establecimientos que cobran una cuota de recuperación o bien una cuota fija por brindar su tratamiento, cobran en promedio \$9,838.75 pesos ($DE= 17,622.42$), con un rango de precios que va desde los \$200 pesos hasta los \$207, 000 pesos por todo el tratamiento.

En la tabla 12 podemos observar el costo en pesos de los establecimientos evaluados a nivel nacional del 2012 al 2014. Se puede observar que específicamente los establecimientos con dictamen de Reconocido cobraban un promedio de \$12,369 pesos ($DE=21315$); por su parte los establecimientos con dictamen de No reconocido presentaron un costo promedio de \$7,520 pesos ($DE= 11239$), por su parte los establecimientos No Reconocidos con Prácticas Negativas cobraban en promedio \$4,851 pesos ($DE= 5888$).

Tabla 12

Costo del tratamiento por dictamen de los establecimientos evaluados a nivel nacional del 2012 al 2014

Dictamen	Costo del tratamiento		Costo en salarios mínimos ^a	Precio máximo	Precio máximo en salarios mínimos ^a
	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Reconocido	\$ 12,369.00	\$ 21,315.00	328.99	\$ 207,000.00	3,194.94
No reconocido	\$ 7,520.00	\$ 11,239.00	173.47	\$ 11,294.00	174.32
Dictamen pendiente	\$ 9,399.00	\$ 17,308.00	267.14	\$ 17,307.00	267.12
No reconocido con prácticas negativas	\$ 4,851.00	\$ 6,178.00	95.35	\$ 40,000.00	617.38
Sin dictamen	\$ 4,889.00	\$ 5,888.00	90.88	\$ 20,000.00	308.69

^a La equivalencia en salarios mínimos se calculó con en el valor promedio de salarios mínimos establecidos del 2012 al 2014 (\$64.79 pesos).
n=952.

En la tabla 13 se muestra el porcentaje de establecimientos que contaron con determinado personal de acuerdo al dictamen obtenido. Considerando a toda la muestra de establecimientos evaluados se puede observar que la mayoría de los establecimientos contaban con Médico General (93.7%), seguido por Consejeros Rehabilitados (80.5%) y Psicólogos (71%); siendo los Trabajadores Sociales el personal con el que menos contaron los establecimientos evaluados (14.1%).

De acuerdo al dictamen obtenido, se aprecia que el 52% de los establecimientos Reconocidos contaron con personal Médico General, el 44.6% contaron con Consejeros Rehabilitados, el 41.5% con Psicólogos, el 38.3% con personal Administrativo y el 18.9% con personal de Enfermería, siendo los Trabajadores sociales el menor porcentaje de personal presentado (9.7 %). Se observa una tendencia similar en todos los dictámenes.

El personal Médico General laboró en la mayoría de los establecimientos evaluados a nivel nacional (93.7%), siendo 56 establecimientos los que no contaban con ninguno (5.88%). En total 892 Médicos Generales trabajaron en los Establecimientos Residenciales, la mayoría de los establecimientos contaban con un médico general (81.72%), no obstante algunos contaron hasta con seis (0.42%).

Cabe destacar que el personal médico y el resto de los tipos de personal contaban con un horario específico determinado por cada establecimiento, por lo cual no significa que todo el personal estuviera cubriendo el servicio las 24 horas todos los días de la semana, sino que los porcentajes del personal representan la cantidad de profesionales o empleados que los establecimientos tenían para su servicio aunque estuvieran contratados por pocas horas. De este modo los establecimientos que contaban con más de un Médico General, más de un Psicólogo,

Consejero rehabilitado o Enfermero brindaban una mayor cobertura del servicio a todos los usuarios.

Sólo el 21.1% de los establecimientos residenciales del país contaban con Médico Psiquiatra, en total laboraban 201 Psiquiatras; contando con uno (19.11%) o hasta cuatro por establecimiento (0.21%).

El 72.9% de los Establecimientos Residenciales de la república mexicana contaban con Psicólogos (ocupando el tercer lugar en mayor proporción), en total 676 trabajaban en los establecimientos, la mayoría contaba con uno (41.80%), mientras que algunos contaron con 15, 18,19, 25 o hasta 27 Psicólogos (0.10% respectivamente) por establecimiento.

Sólo 134 Trabajadores Sociales laboraron en los establecimientos residenciales del país (14.2%), contando con uno (9.66%) y hasta con seis (0.21%) por establecimiento.

El 28.8% de los Establecimientos Residenciales a nivel nacional contaban con personal de Enfermería, en total 260 técnicos o licenciados en Enfermería laboraban en los establecimientos, de aquellos que contaban con personal de Enfermería la mayoría contaba con uno (18.69%) y en menor proporción hasta con 17 o 40 por establecimiento (0.10% respectivamente).

En contraste el personal administrativo laboraba en el 62.3% de los establecimientos, 581 personas laboraron en funciones administrativas, la mayoría de los establecimientos contaban con uno (38.02%) y en algunos hasta con 18, 28,33 y 44 (0.10% respectivamente).

Los Consejeros Rehabilitados fueron la segunda proporción más alta laborando en los establecimientos residenciales del país, con 766 consejeros (80.5%); la mayoría de los establecimientos contaban con 2 consejeros (18%), seguidos por 3 o 4 (15% respectivamente),

por uno (11%) y en menor proporción con 19, 25, 48, 50 y hasta 70 consejeros por establecimiento (0.10% respectivamente). Convirtiéndose en el personal que daba más cobertura del servicio para los usuarios de los establecimientos.

El 17.3% de los establecimientos contaban con algún otro profesional diferente a los ya mencionados, que abarcaban desde nutriólogos, personal espiritual o de vigilancia. En total laboraban 166 personas con alguna otra profesión u oficio diferente a las ya mencionadas, contando con uno (11.76%) o hasta 6 empleados por establecimiento (0.10%).

Tabla 13

Porcentaje del tipo de personal de los establecimientos evaluados a nivel nacional del 2012 al 2014

Dictamen	Médico General	Médico Psiquiatra	Psicólogo	Trabajador Social	Personal de Enfermería	Personal Administrativo	Consejeros Rehabilitados	Otro profesional
Reconocido	52.0	13.8	41.5	9.7	18.9	38.3	44.6	11.6
No reconocido	24.4	3.7	17.9	2.2	5.1	13.1	21.2	3.3
Dictamen pendiente	6.2	2.1	4.9	0.8	1.3	4.2	5.4	1.4
No reconocido con prácticas negativas	9.0	1.3	5.8	0.9	1.4	3.7	7.2	0.6
Sin dictamen	2.1	0.3	0.9	0.4	0.6	1.7	2.0	0.5
Total por tipo de personal ^a	93.7	21.1	71.0	14.1	27.3	61.0	80.5	17.3

Nota: Los porcentajes se muestran en proporción a la cantidad de establecimientos que cuenta con el profesional. Los porcentajes totales por tipo de personal no suman el 100%, porque los valores faltantes para el 100% corresponden al porcentaje de establecimientos que no cuenta con el personal.

En la tabla 14 se aprecia la frecuencia de la capacidad instalada y ocupada en el momento de la visita de evaluación por dictamen, tal como se observa la capacidad ocupada (938 usuarios internados en el momento de la visita) no rebasó a la capacidad instalada (947 camas instaladas). Únicamente los establecimientos con dictamen de No Reconocido con prácticas negativas rebasaron por un usuario (89 usuarios) su capacidad instalada (88 camas).

Tabla 14

Frecuencia de la capacidad instalada y ocupada al momento de la visita

Dictamen	Capacidad instalada	Capacidad ocupada al momento de la visita
Reconocido	522.0	516.0
No reconocido	255.0	253.0
Dictamen pendiente	61.0	60.0
No reconocido con prácticas negativas	88.0	89.0
Sin dictamen	21.0	20.0
Total de capacidad	947.0	938.0

Nota: La frecuencia de la capacidad se presenta en el número de camas instaladas y el número de usuarios que ocupaban dichas camas en el momento de la visita.

2. Resultados por área de evaluación y dictamen de acuerdo a la Cédula de Criterios de Calidad según la NOM028-SSA2-2009 para Establecimientos Residenciales y a las Entrevistas a Usuarios.

En la tabla 15 se muestran las medias del puntaje final de la evaluación por dictamen obtenido y por año. Tal como se aprecia existen diferencias significativas entre el dictamen de los establecimientos residenciales ($F=149.76$, $p=0.00$, $n=952$), por lo cual los establecimientos que obtuvieron un dictamen de Reconocido presentaron una media mayor ($M=108.75$) en el puntaje final de su evaluación, en comparación al puntaje obtenido con el resto de los dictámenes. Del mismo modo los establecimientos que obtuvieron un Dictamen Pendiente presentaron una media mayor ($M=98.12$) que en aquellos establecimientos que tuvieron los dictámenes de No Reconocido, No Reconocido con Prácticas Negativas y Sin Dictamen.

Por otra parte, se observan diferencias significativas por año ($F=434.11$, $p=0.00$), específicamente se observa un mayor puntaje final ($M=148.79$) en los establecimientos evaluados en el 2014 en comparación con los evaluados en el 2012 y 2013. Asimismo, no existen diferencias significativas entre el año 2012 y 2013. Además, se aprecia un aumento anual del puntaje final en cada dictamen.

En la tabla 16 se muestran las áreas de evaluación de la cédula de calidad comparadas por el tipo de dictamen obtenido por los establecimientos. Tal como se observa se presentaron diferencias significativas entre las áreas evaluadas de los establecimientos [*Hotelling's* $T^2=31.16$, $F= 401.468$ (17, 219), $p=0.00$] y entre el área y el tipo de dictamen obtenido [*Wilks's* $A=0.29$, $F= 401.468$ (17, 219), $p=0.00$].

Específicamente se presentaron diferencias significativas en algunas áreas en función del dictamen, por lo cual los establecimientos con dictamen de Reconocido presentaron medias más

altas en las siguientes áreas del Puntaje Final ($M=108.75$, $DE=32.43$, $F=27.73$, $p=0.00$), Puntos Obligatorios ($M=16.41$, $DE=1.50$, $F=69.07$, $p=0.00$), Recursos Humanos ($M=3.81$, $DE=1.89$, $F=6.73$, $p=0.00$), Proceso de atención de ingreso, que abarcaba la admisión, diagnóstico y referencia ($M=8.13$, $DE=3.25$, $F=25.84$, $p=0.00$), Proceso de Atención al Expediente Clínico ($M=10.83$, $DE=3.90$, $F=2.69$, $p=0.03$), Satisfacción del Usuario ($M=2.68$, $DE=1.67$, $F=3.29$, $p=0.01$), Proceso de Evaluación del usuario ($M=8.51$, $DE=2.34$, $F=3.39$, $p=0.01$), Proceso de Referencia del usuario ($M=5.26$, $DE=3.64$, $F=4.05$, $p=0.00$), Continuidad de Atención y Tratamiento ($M=1.87$, $DE=1.42$, $F=5.43$, $p=0.00$), Proceso Terapéutico ($M=20.52$, $DE=12.8$, $F=11.09$, $p=0.00$) y Proceso de Egreso del usuario ($M=7.25$, $DE=2.69$, $F=4.59$, $p=0.00$).

Tabla 15.

Medias del puntaje final obtenido en la evaluación por dictamen y año.

Dictamen	Año			General por dictamen	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	2012 (125)	2013 (125)	2014 (195)				
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>			
Reconocido	93.47 (15.77)	98.16 (15.1)	164.2 (16.19)	108.75 (32.43)	948 ^a	149.76 ^a	0.00 ^a
No reconocido	55.93 (12.33)	70.18 (22.8)	134.46 (28.50)	87.81 (41.95)	950 ^b	434.11 ^b	0.00 ^b
Dictamen pendiente	90.61 (10.83)	91.61 (11.86)	176.06 (11.74)	98.12 (26.04)	937 ^c	149.11 ^c	0.00 ^c
No reconocido con prácticas negativas	56.92 (16.62)	58.74 (19.28)	134.47 (20.53)	83.28 (40.85)			
Sin dictamen		71.32 (27.35)	140.79 (9.80)	81.67 (37.23)			
General por año	82.94(22.37)	82.36 (23.94)	148.79 (26.79)				

Nota: Se muestran las medias por dictamen y año de evaluación. Así como los grados de libertad, los valores de *F* y de la significancia del factorial correspondientes al dictamen (^a), al año (^b) y (^c) a la interacción entre dictamen y año. En el año se observa entre paréntesis el puntaje máximo de evaluación.

^dPuntaje final máximo a alcanzar 195.

^e*n*=952.

Tabla 16.
Medias del puntaje por áreas de evaluación y dictamen

Área	Dictamen					gl	F	P
	Reconocido	No reconocido	Dictamen pendiente	No reconocido con prácticas negativas	Sin dictamen			
Puntaje Final ^a	108.75(32.43)	87.81(41.95)	98.12(26.04)	83.28(40.85)	81.67(35.77)	4	27.73	0.00
Puntos								
Obligatorios ^a (18)	16.41 (1.50)	14.51 (2.16)	15.69 (1.45)	13.61 (2.17)	14.70 (2.27)	4	69.07	0.00
Evidencia								
Documental (7)	6.22 (1.09)	5.77 (1.51)	6.60 (0.89)	6.16 (1.14)	5.66 (1.15)	4	1.96	0.10
^b								
Organización del Establecimiento (15) ^a	14.49 (6.61)	13.15 (5.43)	13.98 (1.38)	12.38 (3.04)	13.37 (2.00)	4	1.25	0.29
Recursos Humanos (8) ^a	3.81 (1.89)	2.93 (2.41)	2.96 (1.98)	3.04 (2.44)	1.75 (1.55)	4	6.73	0.00
Proceso de atención ^a	8.13 (3.25)	6.20 (6.60)	7.14 (3.39)	6.02 (3.86)	6.70 (4.69)	4	25.84	0.00
Ingreso (16) ^a								
Proceso de Atención Expediente Clínico (17) ^a	10.83 (3.90)	7.63 (7.21)	8.98 (4.57)	7.05 (5.14)	5.77 (6.14)	4	2.69	0.03
Satisfacción Usuario (5) ^a	2.68 (1.89)	1.67 (1.50)	3.30 (1.89)	1.68 (1.47)	3.47 (3.20)	4	3.29	0.01
Infraestructura (38) ^a	17.69 (18.73)	19.44(17.20)	14.12 (6.63)	17.60(10.15)	15.35 (8.19)	4	0.63	0.64
Seguridad y Protección Civil (10) ^a	3.54 (2.27)	3.80 (2.87)	2.98 (1.42)	3.65 (2.78)	3.25 (2.33)	4	1.10	0.35
Servicio de Alimentación (9) ^b	8.25 (1.30)	7.22 (2.04)	8.72 (0.89)	7.06 (2.47)	9.00 (0.00)	4	5.85	0.00

Condición Física del Establecimiento (16) ^b	15.19 (1.49)	13.57 (2.86)	15.88 (0.26)	14.49(1.97)	14.20 (3.11)	4	7.36	0.00
Proceso de Evaluación del usuario (12) ^a	8.51 (2.34)	6.29 (2.59)	8.72 (2.22)	6.15 (2.63)	8.29 (2.70)	4	3.39	0.01
Proceso de Referencia del usuario (9) ^a	5.26 (3.64)	2.02 (2.93)	4.82 (3.77)	2.27 (3.75)	1.85 (3.37)	4	4.05	0.00
Continuidad de Atención y Tratamiento (5) ^a	1.87 (1.42)	1.67 (1.61)	1.64 (1.24)	1.55 (1.67)	1.45 (1.09)	4	7.49	0.00
Proceso Terapéutico (28) ^a	20.52(12.18)	11.39(8.64)	20.30(7.35)	10.04(7.39)	11.09 (8.75)	4	5.43	0.00
Proceso de Egreso del usuario (11) ^a	7.25 (2.69)	5.05 (3.26)	7.01 (2.29)	4.74 (2.81)	6.00 (2.64)	4	4.59	0.00

Nota: ^a En los paréntesis de las áreas se muestra el puntaje promedio máximo a alcanzar en cada área. ^b El área se añadió para la evaluación del 2014, sólo se muestra porcentajes promedios máximos a alcanzar en el 2014.

También se presentaron diferencias significativas en otras áreas en función del dictamen. Los establecimientos Sin dictamen obtuvieron medias más altas en el puntaje de las áreas de Satisfacción del usuario ($M=3.47$, $DE= 3.20$, $F=3.29$, $p=0.01$) y del Servicio de Alimentación ($M=9$, $DE=0.00$, $F=5.85$, $p=0.00$; área evaluada sólo en el 2014), en comparación con el resto de los dictámenes.

Del mismo modo en el área de Condición Física del establecimiento, se presentó una media mayor en el puntaje de los establecimientos con Dictamen pendiente ($M=15.88$, $DE=0.26$, $F=7.36$, $p=0.00$).

Al observar los datos se identificaron que existen áreas que presentaron hasta 3 puntos para

alcanzar la media del puntaje máximo, las cuales para fines de la presente investigación se denominaran “áreas fuertes”. Mientras que las áreas con más de 3 puntos para alcanzar el puntaje máximo se llamaran “áreas débiles”. En cuanto a las áreas de los establecimientos con mayor fortaleza tenemos a los Puntos obligatorios, la Evidencia documental, la Organización del establecimiento, la Satisfacción del usuario, el Servicio de alimentación y la Condición física del establecimiento. Es importante destacar que el dictamen que más se acerca al mayor cumplimiento del puntaje máximo es el dictamen Reconocido, seguido por los establecimientos con Dictamen pendiente, excepto el área de condición física que se presenta un mayor cumplimiento en los establecimientos con Dictamen Pendiente seguidos por los establecimientos Reconocidos, así como el área de Satisfacción del Usuario y el Servicio de Alimentación que presenta un mayor cumplimiento en los establecimientos Sin dictamen, seguido por los establecimientos con Dictamen Pendiente y los Reconocidos.

Las áreas que se encontraron más débiles en los establecimientos son los Recursos humanos, el Proceso de atención para el ingreso al establecimiento, el Proceso de atención al expediente clínico, la Infraestructura, Seguridad y protección civil, el Proceso de evaluación del usuario, el Proceso de referencia, la Continuidad de atención y tratamiento, el Proceso terapéutico y el Proceso de egreso del usuario. Del mismo modo los establecimientos Reconocidos y con Dictamen pendiente presentan un mayor cumplimiento.

3. Proceso Terapéutico en los establecimientos residenciales a nivel nacional evaluados durante el 2012 al 2014

En la tabla 17 se observa la comparación del proceso terapéutico y el modelo de tratamiento. Tal como se aprecia existen diferencias significativas entre el puntaje del Proceso terapéutico y los

modelos de tratamiento ($F=23.4$, $p=0.00$, $n=952$). Se observa que el modelo Profesional presenta un media mayor en el puntaje ($M=24.08$, $p=0.00$) en comparación al modelo de tratamiento Mixto y de Ayuda Mutua. Asimismo, el modelo de tratamiento Mixto presenta un puntaje mayor que el modelo de Ayuda Mutua ($M=19.44$, $p=0.00$). Por su parte el modelo de Ayuda Mutua presenta el menor puntaje en el área de Proceso Terapéutico.

Tabla 17
Medias del puntaje del Proceso Terapéutico obtenido por modelo de tratamiento.

Modelo de Tratamiento	M (DE)	n	gl	F	p
Profesional	24.08 (6.42)	50	948	23.4	0.00
Mixto	19.44 (7.68)	255			
Ayuda Mutua	15.24 (2.31)	647			

En el análisis del Proceso Terapéutico por componente se observan diferencias significativas en los componentes del proceso terapéutico por modelo, siendo mayor la proporción de cumplimiento en los establecimientos profesionales.

Por ejemplo en el componente de Análisis Funcional de la Conducta ($X^2=57.11$, $p=0.00$) se tiene un mayor cumplimiento en los establecimientos Profesionales (86.5%), seguidos por los establecimientos de Ayuda Mutua (63.2%), y finalmente los Mixtos (60.6%). Tal como se observa en la tabla 1 del anexo 6.

En cuanto al componente de Metas de Vida se presentaron diferencias significativas por

modelo de tratamiento ($X^2=53.48$, $p=0.00$), siendo mayor en los establecimientos Profesionales (88%), seguido por los establecimientos Mixtos (68.2%), tal como se observa en la tabla 2 del anexo 6.

En el componente de Habilidades Sociales se presentaron diferencias significativas por modelo de tratamiento ($X^2=47.64$, $p=0.00$), siendo mayor el cumplimiento de los criterios de calidad de este componente, en los establecimientos Profesionales (76%) seguidos por los Mixtos (63.5%), tal como se observa en la tabla 3, anexo 6.

Del mismo modo en el componente de Control Emocional se presentaron diferencias significativas por modelo de tratamiento ($X^2=38.78$, $p=0.00$), siendo mayor el cumplimiento de los criterios de calidad de este componente, en los establecimientos Profesionales (82%, ver tabla 4, anexo 6).

Asimismo se presentaron diferencias significativas por modelo de tratamiento, donde fueron mayores los porcentajes de cumplimiento de los criterios de calidad en los establecimientos Profesionales; en los siguientes componentes, en el de Solución de Problemas ($X^2=52.90$, $p=0.00$, Profesionales 68.9% seguidos por los Establecimientos Mixtos con el 49%), Prevención de Recaídas ($X^2=39.43$, $p=0.00$, Profesionales 74% seguidos por los de Ayuda Mutua con el 67.8%), en el Componente para favorecer la recreación y el manejo del tiempo libre ($X^2=28.32$, $p=0.00$, Profesionales con el 84% seguidos por el 67.5% en los Mixtos), Ejercicio Físico ($X^2=23.14$, $p=0.00$; Profesionales con el 92% seguidos por el 70.6% de los Mixtos), Relación de Pareja ($X^2=35.12$, $p=0.00$, Profesionales con el 65.8% seguidos por el 60% en Ayuda Mutua), Reinserción Social del usuario ($X^2=18.44$, $p=0.00$, Profesionales 74% seguidos por el 67.8% de los Mixtos), Componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de

recuperación [$X^2=34,74$, $p=0.00$, 86% de los Profesionales seguidos por el 67.5% de los Mixtos) (ver tabla 5-11, anexo 6).

En el componente de espiritualidad no se encontraron diferencias significativas por modelo de tratamiento.

4. Entrevistas a usuarios

En cuanto a las prácticas de maltrato físico y verbal reportadas por los usuarios a través de las entrevistas, 143 usuarios de 949, equivalente al 15%, reportaron haber sufrido alguna práctica negativa en los establecimientos residenciales; entre las cuales se presentaron con mayor proporción el maltrato emocional (9%), el sometimiento a castigos (8,3%), la exhibición frente a compañeros (7.8%) y el aislamiento de los demás internos (7,4%). La realización de trabajos forzados (4%), el no tener contacto con la familia (3.8%) y el sometimiento al ayuno (2,8%), fueron las prácticas que presentaron una menor proporción.

Cabe señalar que no se presentaron diferencias significativas en el reporte de prácticas negativas de los usuarios por modelo de tratamiento. Sin embargo, el menor porcentaje de reporte de prácticas negativas se encontró en el modelo profesional (6.1%), comparado con el modelo mixto y el de ayuda mutua (15% y 15.5% respectivamente).

No obstante, se presentaron diferencias en el reporte de prácticas negativas por dictamen ($X^2=690.41$, $p=0.00$), siendo el Dictamen Pendiente el que presentó un mayor porcentaje de reportes de prácticas negativas (86.9%), seguido por el dictamen de No Reconocido con Prácticas Negativas (83.3%).

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue describir el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad que presentan los establecimientos residenciales de acuerdo a la normatividad aplicable, a través de un proceso de verificación de evidencias.

Los resultados de la presente investigación indican que en promedio, uno de cada dos centros que fueron evaluados en el país, no cuenta con las condiciones básicas para operar ni con los procedimientos necesarios para garantizar el éxito del tratamiento, por lo cual no obtuvieron el reconocimiento. En un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), se estima que la brecha de tratamiento en el caso de los trastornos debidos al consumo de alcohol es de un 78%, en la cual ha influido de manera considerable la falta y el inadecuado manejo de los recursos económicos y humanos que designa cada país para afrontar la carga de dichos trastornos.

Aunado al bajo índice de establecimientos reconocidos y en congruencia con los reportes estadísticos de la CONADIC (2017), se encontró que la mayor parte de los establecimientos pertenecen a la iniciativa privada y sólo una minoría al ámbito público, lo cual se considera una de las principales variables relacionadas con la falta del apego a la normatividad de los centros. Destinar recursos económicos para la infraestructura pública residencial, puede promover una mejor atención de los usuarios, ya que tienen mayor obligación para adherirse a las diferentes políticas y programas que emite la Secretaría de Salud, entre ellos contar con el reconocimiento ante la CONADIC, realizar convenios con unidades del primer, segundo y tercer nivel de atención para recibir atención médica, beneficiarse de los programas que otorga el seguro popular, someterse a una supervisión continua por parte de instituciones estatales y federales, entre otros.

Uno de los datos que llama la atención se refiere al tipo de modelo de tratamiento con el que operan los establecimientos. Casi 7 de cada 10 centros evaluados trabaja con un modelo basado en la ayuda mutua, seguido por el modelo mixto y el modelo profesional, hallazgo que es congruente con las estrategias terapéuticas que se reportan en la literatura (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA, 2011). La terapia psicológica fue la estrategia que se encontró como la menos empleada. Como se comentó previamente, los grupos de ayuda mutua proporcionan una fuente importante de apoyo social al usuario a través del testimonio y la experiencia sobre la recuperación. No obstante, al realizar una comparación del proceso terapéutico y el modelo de tratamiento, se encontró que el modelo profesional presenta un mayor puntaje en comparación al modelo mixto y al de ayuda mutua, siendo este último el que muestra el menor puntaje. El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que requiere esfuerzos coordinados entre el ámbito profesional médico y psicosocial (NIDA, 2016b), por ello es indispensable que el tratamiento para los trastornos por el consumo de sustancias, incorpore metodologías confiables aplicadas por profesionales de la salud capacitados en la materia (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.).

El bajo dominio de competencias terapéuticas, la falta de programas de capacitación y supervisión y el historial del consumo problemático que presentan la mayoría de las personas que dirigen los establecimientos (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA, 2011), representa un gran reto en el campo del tratamiento residencial en adicciones. Aunque la experiencia de los ex-adictos en rehabilitación constituye una fuente de apoyo sumamente importante en la rehabilitación del consumo de sustancias, es indispensable contar con mecanismos de formación y evaluación continua basados en prácticas de evidencia científica, que permitan la adquisición de competencias laborales, el mejoramiento de la satisfacción y productividad laboral, así como la rehabilitación de los usuarios. A pesar de que el gobierno federal ha realizado diversos esfuerzos dirigidos a

profesionalizar el perfil de los ex adictos en rehabilitación, es de vital importancia ampliar la cobertura de capacitación en todas las entidades federativas, así como llevar a cabo un programa de seguimiento para evaluar el impacto de las intervenciones.

Entre los principales resultados encontrados en el presente reporte se refiere al tipo de ingreso admitido en los establecimientos residenciales. Llama la atención que la mayoría de los establecimientos no reconocidos y con prácticas negativas, aceptan ingresos tanto voluntarios como involuntarios, lo cual representa una grave problemática, debido a que entre otros aspectos, de acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009, el ingreso involuntario requiere de procedimientos legales que deben de realizarse de manera inmediata al ingreso de los usuarios (p.e. notificaciones al ministerio público, indicaciones médicas y consentimiento del familiar responsable), de un tratamiento médico (desintoxicación, control de la abstinencia o disminución de los efectos de las sustancias) y de un manejo terapéutico especializado que incorpore estrategias para sensibilizar y motivar a los usuarios a participar activamente durante el tratamiento.

Cabe mencionar que la mayoría de los establecimientos reconocidos aceptan exclusivamente ingresos voluntarios, lo cual se considera como un factor directamente relacionado a que los centros que no cuentan con el reconocimiento o bien, los que trabajan con un modelo basado en la ayuda mutua, si acepten este tipo de ingresos, no importando que la normatividad indique lo contrario. Como ya se comentó, la involuntariedad a un tratamiento exige de la aplicación de procedimientos más exhaustivos y especializados, sin embargo es un punto importante que las políticas públicas deben de promover, pues el tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz (NIDA, 2016a). Por ello, es necesario el desarrollo de protocolos de atención de ingresos involuntarios, priorizando la seguridad y la integridad de los usuarios, y definiendo de manera clara las acciones a seguir de acuerdo a la respuesta de cada usuario al

tratamiento. Además, es importante trabajar de manera coordinada con el ámbito de procuración de justicia y de los derechos humanos, con la finalidad de evitar problemas legales y de asegurar el éxito en las intervenciones.

Por otra parte, uno de los hallazgos de la presente investigación fue que casi 7 de cada 10 establecimientos residenciales, atiende a población masculina adulta. De acuerdo con la literatura (Rojas, Real, García-Silberman & Medina-Mora, 2011), la búsqueda de la atención por problemas relacionados con el consumo de sustancias y con la salud mental en general, se ve obstaculizada por una serie de factores relacionados con la negación del problema, la creencia de que el problema desaparecerá, la falta de conocimientos sobre el trastorno, los aspectos financieros y los problemas de accesibilidad. No obstante, una de las principales barreras se refiere a la pobre disponibilidad de los servicios, sobre todo en el caso de las mujeres y de ciertos grupos como adolescentes, población rural (Berenzon, Medina-Mora & Lara, 2010; Romero, Rodríguez, Durand-Smith & Aguilera, 2004) niños y adultos mayores, en donde la atención residencial resulta insuficiente.

Uno de los resultados que aporta información relevante a la presente discusión, consiste en la duración del tratamiento residencial. Se encontró que un poco más de la mitad de los establecimientos residenciales evaluados maneja un periodo de duración de tres meses. Tal como lo indica el National Institute on Drug Abuse (NIDA; 2017c), la obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento, y en el caso específico para el tratamiento residencial, tiene poco efecto la participación en un programa por menos de 90 días. Además de la duración de la intervención, es importante señalar que el éxito del tratamiento depende de una serie de variables como la naturaleza de los problemas del usuario, la calidad del tratamiento y los servicios relacionados para la recuperación de los usuarios, la calidad de la interacción entre el usuario y los profesionales de la salud, entre otros (NIDA, 2017d).

Actualmente en el campo del tratamiento de las adicciones, ha surgido la necesidad de implementar intervenciones adaptativas en las cuales el tipo o la dosis de intervención ofrecida a los usuarios es individualizada y ajustada en respuesta al avance del usuario (Bierman, Nix, Maples & Murphy, 2006; Marlowe et al., 2008; McKay, 2005). La decisión de cuándo, cómo y por qué ajustar una intervención debe ser una decisión basada en parámetros muy específicos, tales como la severidad del problema, los resultados de una evaluación y el avance del cambio de la conducta de consumo durante la implementación. Por ello, el elemento más importante para considerar la adaptación de una intervención, incluyendo su duración, consiste en realizar una evaluación periódica en donde se verifica si el tratamiento inicialmente seleccionado está logrando el cambio en la conducta de consumo del usuario y de no ser así, lo más indicado consiste en realizar ajustes en el procedimiento que pueden darse varias veces durante el proceso de intervención (Weisz, Chu & Polo, 2004), lo cual puede alargar el tratamiento.

Por otro lado, se encontró que el rango de los costos que cobran los establecimientos residenciales es muy amplio, siendo los reconocidos los que cobran una mayor cantidad (\$12,000) que el resto de los demás dictámenes. Las políticas internas de los establecimientos relacionadas con los costos, constituyen una queja frecuente entre los familiares de los usuarios, debido a que en ocasiones, los centros proporcionan a los familiares información falsa o poco clara sobre las formas y los métodos de pagos del tratamiento, ocasionando que el usuario pueda prolongar su estancia o incluso que reciba algún tipo de maltrato por no cumplir con los lineamientos. Por tal motivo se hace evidente la necesidad de establecer mecanismos de coordinación con las instancias dedicadas a regular los costos y proteger los derechos de los consumidores de los servicios, así como de promover campañas de difusión para facilitar la toma de decisiones informadas de los

familiares y de los usuarios, no sólo respecto a los costos del tratamiento, si no a las alternativas de establecimientos residenciales que se apegan a la normatividad vigente y que cumplen con la serie de disposiciones en materia sanitaria, técnica y de los derechos humanos.

Respecto al puntaje que obtuvieron los establecimientos evaluados en la presente investigación, se encontró que la metodología empleada como parte del *Proceso de Reconocimiento a Establecimientos Residenciales que Brindan Servicios de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones*, fue sensible para agrupar a los establecimientos residenciales en cinco tipos de dictamen: reconocidos, no reconocidos, dictamen pendiente, no reconocidos con prácticas negativas y sin dictamen. Es decir, los centros reconocidos presentaron una media mayor en el puntaje de su evaluación, en comparación con el puntaje obtenido en el resto de los demás dictámenes. Así mismo, se encontró que los centros evaluados durante el 2014, presentaron un mayor puntaje en comparación con los evaluados en el 2012, lo cual puede deberse a un mayor conocimiento de la cedula de evaluación con el paso del tiempo, a mejoras que los centros realizaron en sus procedimientos de atención, así como a la oferta de cursos de capacitación y supervisión por parte de las autoridades estatales.

En cuanto a los resultados que los establecimientos presentaron en las áreas de evaluación, se encontró que los establecimientos residenciales reconocidos presentaron un mejor puntaje en la mayoría de los rubros evaluados (puntos obligatorios, recursos humanos, proceso de atención de ingreso, expediente clínico, satisfacción del usuario, proceso de evaluación, proceso de referencia, continuidad de atención y tratamiento, proceso terapéutico y proceso de egreso), excepto en las áreas de evidencia documental, organización del establecimiento, infraestructura y seguridad y protección civil, lo cual indica que a pesar de que cumplieron con los requisitos mínimos indispensables establecidos en la NOM-028-SSA2-2009, presentan incumplimientos y áreas de

oportunidad que son necesarias solventar para mejorar la calidad de los servicios y el éxito en el tratamiento.

Además, los datos indican que existe una gran necesidad por parte de los responsables y directores de los centros para documentar los procesos de atención de los servicios que ofrecen a los usuarios y sus familias, así como para tener en regla todos los documentos necesarios sobre el funcionamiento del centro, tales como el aviso de funcionamiento y del responsable sanitario, el modelo de tratamiento, el reglamento interno, el organigrama, el manual de procedimientos, la clave única de organización, el registro federal de contribuyentes, el plano arquitectónico, las notificaciones al SISVEA, entre otros.

El motivo por el que el área de infraestructura no haya presentado una media mayor de puntaje en los establecimientos reconocidos, obedece principalmente a que existe un alto porcentaje de casas habitación habilitadas como centros (CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA, 2011), lo que ocasiona una distribución inadecuada e insuficiente de espacios, deterioro en las construcciones, problemas de funcionalidad, ventilación e iluminación, lo que a su vez conlleva a presentar problemas de seguridad y protección civil que ponen en peligro a los usuarios.

Al realizar un análisis global de las debilidades de los establecimientos evaluados sin importar el dictamen, es decir, las áreas que presentaron más de tres puntos para alcanzar el puntaje máximo, se encontró que los procesos de atención de los usuarios, tanto para el ingreso, referencia, evaluación, continuidad de atención, proceso terapéutico y egreso, así como los recursos humanos, el expediente clínico, la infraestructura y la seguridad y protección civil, resultaron las áreas más débiles. Lo anterior resulta preocupante debido a que entre los aspectos más importantes para asegurar la calidad de tratamiento se encuentra la evaluación del patrón del consumo de sustancias,

la inclusión a un tratamiento médico - psicosocial y el seguimiento de la efectividad del tratamiento (D'Aunno, 2006; Etheridge & Hubbard, 2000), aspectos que de acuerdo a la evaluación realizada, resultaron insuficientes en los servicios de atención residencial evaluados.

En cuanto al reporte de los usuarios sobre las prácticas de maltrato físico y verbal recibidas durante el tratamiento, se encontró que 1.5 usuarios de 10 que fueron entrevistados, mencionaron haber recibido alguna práctica negativa por parte del personal del establecimiento; siendo el maltrato emocional, los castigos, la exhibición frente a compañeros y el aislamiento, las conductas más recurrentes. Cabe destacar que las prácticas se duplicaron en los establecimientos que implementan un modelo de tratamiento mixto y de ayuda mutua, comparado con las que se reportaron en centros que trabajan con un modelo profesional. Aunque de manera general la proporción de los usuarios que reportaron prácticas negativas, resultó baja en comparación con la totalidad de los usuarios que fueron entrevistados, es importante tomar en cuenta que las violaciones a los derechos humanos que padecen los usuarios con trastornos por dependencia al consumo de sustancias, agrava y obstaculiza su recuperación.

Como se describió anteriormente, siguen prevaleciendo agrupaciones que recurren al maltrato y al castigo como una alternativa terapéutica que trae consigo graves implicaciones en el ámbito de la salud física y emocional e integridad tanto del usuario como de sus familias. El mejoramiento de la calidad de los servicios residenciales debe incorporar el respeto a los derechos humanos a través de un trato interpersonal, sensible y digno por parte del personal del establecimiento, independientemente del diagnóstico, situación social o económica, sexo, etnia, ideología o religión. Los usuarios no deben ser sujetos de discriminación por la condición de su adicción y tanto a ellos como a sus familias se les debe proporcionar información sobre las normas que se rigen en el centro, así como del tratamiento y su duración. Los usuarios también tienen el

derecho de que se les practiquen valoraciones médicas, que les prescriban medicamentos con el aval de un profesional y que reciban visitas familiares en casos de no interferir con el tratamiento (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2017).

Derivado de los anteriores resultados, se identifica la necesidad de fortalecer las medidas de suspensión o cierre de los establecimientos residenciales que no se apegan a la normatividad. Por ello, resulta indispensable establecer vinculación con el ámbito de procuración de justicia para regular aquellos establecimientos que recurren a prácticas de maltrato físico y verbal, así como a la privación ilegal de los usuarios, ya que aunque las prácticas negativas pueden ser identificadas por las autoridades estatales, las cuales en la mayoría de los casos brindan asesoría para no recurrir al uso de las mismas, no se tiene definido un curso de acción local ni federal en coordinación con las procuradurías que permita ejercer algún tipo de acción penal de forma pronta y sin poner en riesgo tanto al usuario como a las autoridades.

A pesar de que se dispone de una Norma Oficial y otros ordenamientos legales que establecen lineamientos muy claros para contar con establecimientos especializados en adicciones, se considera que una medida eficaz para contrarrestar la práctica de conductas que atentan contra la integridad de los usuarios, se refiere a la reactivación de la iniciativa de la Ley General para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social y Control en Materia de Adicciones (2013), misma que fue presentada en el 2013 y que le confiere a la CONADIC atribuciones para imponer medidas de seguridad y sanciones. La erige como instancia defensora de derechos humanos encargada de vigilar el debido respeto a los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Entre las diversas propuestas que plantea dicha ley, se encuentra la de fortalecer las exigencias para la apertura de los establecimientos residenciales, ya que actualmente el principal requisito es el aviso de funcionamiento ante la autoridad sanitaria correspondiente, a través del cual se proporciona información general relacionada con el centro y se declara bajo protesta de “decir verdad”, que se cumplen los requisitos y las disposiciones aplicables al establecimiento. Lo anterior promueve que los centros se cambien de residencia con facilidad, lo que a su vez conlleva al clandestinaje y a la implementación de prácticas violatorias a la integridad física y psicológica de los usuarios. Debido a esta necesidad, la ley considera pertinente promover el trámite no sólo de un aviso de funcionamiento, sino de una licencia sanitaria avalada tanto por la autoridad sanitaria competente y por la autoridad técnica en materia de adicciones, a través de la cual se verifique que el establecimiento cuenta con los requerimientos de funcionamiento sanitario (saneamiento básico, medicamentos y alimentos), así como un modelo de tratamiento con evidencia empírica.

Conclusiones

El reconocimiento que otorga la Secretaría de Salud a través de la CONADIC, es el proceso a través del cual se evalúa a los establecimientos residenciales que proporcionan servicios de tratamiento a las adicciones a fin de verificar su cumplimiento con los requisitos mínimos indispensables de funcionamiento y calidad estipulados en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (CONADIC, 2014), es decir, es un mecanismo a través del cual se promueve la efectividad, calidad y seguridad en la atención brindada a los usuarios que presentan un trastorno de dependencia al alcohol y otras drogas.

El desarrollo e implementación del proceso de reconocimiento constituye un gran esfuerzo por parte de la iniciativa pública y privada del país, que permite contar con un diagnóstico certero sobre las características de funcionamiento de los centros a nivel nacional.

Aunque los datos encontrados en la presente investigación no representan las características de la totalidad de establecimientos que existen a nivel nacional, son una muestra que da cuenta de las condiciones del funcionamiento de los centros que de manera voluntaria, solicitaron la evaluación a través de las autoridades estatales.

Como ya se comentó reiteradamente, es indispensable reorientar las políticas públicas del país a fin de sistematizar los procedimientos de atención residencial, profesionalizar a los recursos humanos, destinar recursos económicos para apoyar al mejoramiento de la infraestructura y de la implementación de los servicios, así como contar con mecanismos de supervisión y evaluación continua.

De acuerdo a los resultados encontrados se concluye que la mejora y la ampliación de los servicios de atención de la salud mental es un proceso social, político e institucional que ocupa a diversos participantes, grupos de interés y organizaciones (OMS, 2008). El proceso de reconocimiento de establecimientos residenciales constituye una gran oportunidad para fortalecer la calidad de la atención y la efectividad de los servicios. Los hallazgos de la presente investigación tuvieron la finalidad de presentar un diagnóstico objetivo con el propósito de servir como referente para el desarrollo y fortalecimiento de las políticas públicas orientadas a promover el acceso universal y efectivo a los servicios de salud.

Referencias

- Alvear, C., & Martín del Campo, R. (2012). El modelo de atención de los Centros “Nueva Vida” y su relación con los servicios de salud del primer nivel de atención. En: Secretaría de Salud. *Actualidades en Adicciones. Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud* (pp 49 – 66). México: Secretaría de Salud.
- Barragán, L., & Flores, M. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: un estudio de casos. *Salud Mental*, 33 (1), 47-55.
- Barragán, L., Flores, M., Medina-Mora, M. E., & Ayala, H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30 (3), 29 – 38.
- Barragán, L., Flores, A., Hernández, L., Ramírez, C., Ramírez, N., & Pérez, N., G. (2014). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Barragán, L., González, V., Medina-Mora, M. E., & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61 – 71.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., & Lara, M. A. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26 (5), 61-72.
- Bierman, K. L., Nix, R. L., Maples, J. J., & Murphy, S. A. (2006). Examining Clinical Judgment in an Adaptive Intervention Design: The Fast Track Program. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 74 (3), 468-481.
- CIJ (2017). *Cómo está constituido*. Ciudad de México. Recuperado de: http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/como_esta_constituido.html.
- CONADIC (2014). Lineamientos para el Reconocimiento de los Servicios Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones 2014. Documento no publicado.
- CONADIC (2017). *Red de Atención y Tratamiento*. Presentación realizada en una Capacitación de Coordinadores Estatales de las UNEME-CAPA, los días 5, 6 y 7 de abril en la Ciudad de México.
- CONADIC, CENADIC & CICAD-OEA (2011). Diagnóstico Nacional de Servicios Residenciales en el Tratamiento de las Adicciones. Perfil del recurso humano vinculado al tratamiento de personas

con problemas relacionados al abuso y dependencia de drogas, perfil del usuario. México, D.F.: Comisión Nacional contra las Adicciones.

Consejo Nacional contra las Adicciones (2017). *Derechos del paciente*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/farma/derechos_paciente.html

COPOLAD (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas*. Madrid: COPOLAD.

D' Aunno, T. (2006). The Role of Organization and Management in a Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (3), 221-33.

Etheridge, R. M., & Hubbard, R. (2000). Conceptualizing and Assessing Treatment Structure and Process in Community-Base Drug Dependency Treatment Programs. *Substance Use and Misuse*, 35 (12), 1757 -1795.

Fields, D., & Roman P. (2010). Total Quality Management and Performance in Substance Abuse Treatment Centers. *Health Services Research*, 45 (6), 1630-1650.

Fields D., Roman P. M., & Terry C. B. (2011). Management Systems, Patient Quality Improvement, Resource Availability, and Substance Abuse Treatment Quality. *Health Services Research*, 47 (3), 1068-1090.

Hunt, G., & Azrin, N. (1973). *A Community Reinforcement Approach to alcoholism*. Behavioral Research and Therapy. Inglaterra: Pergamon Press.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Reporte Drogas*. México DF: INPRFM. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Reporte Alcohol*. México DF: INPRFM. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

Kimberly, J. R., & McLellan A. T. (2006). The Business of Addiction Treatment: A Research Agenda. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (3), 213 – 9.

Ley General de Salud (2017). Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf.

- Ley General para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social y Control en Materia de Adicciones (2013). Recuperado de: http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/62/2/2013-10-22-1/assets/documentos/Inic_Ley_de_Adicciones.pdf
- Lile, M. D. (2003). Twelve step programs: An update. *Addictive Disorders & Their Treatment*; 2 (1), 19-24.
- Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B., & Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud mental*, 36 (5), 393-402.
- Marlowe, D., Festinger, D., Arabia, P., Dugosh, K., Benasutti, K., Croft, J., & McKay, J. (2008). Adaptive interventions in drug court: A pilot experiment. *Criminal Justice Review*, 33 (3), 343-360.
- McKay, J. R. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders?. *Addiction*, 100 (11), 1594-1610.
- Nanni, R. I. (2012). El Papel de los Grupos de Ayuda Mutua en la Atención del Alcoholismo en los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención. En: Secretaría de Salud. *Actualidades en Adicciones. Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud* (pp 165-192). México: Secretaría de Salud.
- NIDA (2017a). *Principios de tratamiento eficaces*. E.E. U.U.: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes>
- NIDA (2017b). *En qué consiste el tratamiento para la drogadicción*. E.E. U.U.: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/en-que-consiste-el-tratamiento-para-la-dro>
- NIDA (2017c). *Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Cuánto tiempo suele durar el tratamiento de la drogadicción*. E.E. U.U.: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/cuanto-tiempo-suele-durar-el-tratamiento-d>
- NIDA (2017d). *Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. ¿Es eficaz el tratamiento para la drogadicción?*. Recuperado de:

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/es-eficaz-el-tratamiento-para-la-drogadicc>

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (2009). Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

OMS (2008). *mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1

Programa de Acción Especifico Prevención y Atención Integral de las Adicciones (2015). Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf

Pulido, M., Meyers, M., & Martínez, A. (2009). Algunos datos acerca del funcionamiento de una muestra de grupos de autoayuda en México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1 (1), 85–97.

Rojas, E., Real, T., García–Silberman, S., & Medina–Mora M. E. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34 (4), 351-365.

Romero, M., Rodríguez, E. M., Durand-Smith, A., & Aguilera, R. M. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. *Salud Mental*, 27 (1), 73 – 84.

Rosovsky, H. (2008). *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas*. México, DF. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742009000100002.

Sánchez-Mejorada, J. (2013). *Comunidad Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas*. México, D.F: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Secretaría de Salud (2016). *Programa Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones*. México, D.F.: CONADIC. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/sisttrat.pdf>

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología (2017). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2014*.

México, DF. Recuperado de:
http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2014.pdf

Weisz J., Chu B., Polo, A. (2004) Treatment dissemination and evidence-based practice: strengthening intervention through clinician-researcher collaboration. *Clinical Psychological Scientific Practice*, 11,300–307.

Weisner, C., & McLellan, T. A. (2004). *Report of the blue ribbon task force on the National Institute on Drug Abuse (NIDA) Health Services Research*. Washington, D.C.: National Institutes of Health.

Anexos

Anexo 1: Reporte de Resultados



FOLIO CÉDULA: HGO-001

HIDALGO

REPORTE DE RESULTADOS

NOMBRE LEGAL
NOMBRE COMERCIAL

NOMBRE DE EVALUADOR LÍDER:	0
FOLIO:	-001
NÚMERO DE RECONOCIMIENTO:	SIN RECONOCIMIENTO
FECHA DE LA EVALUACIÓN:	2013-10-07 10:04:49
NOMBRE DEL RESPONSABLE:	
DOMICILIO:	CALLE: PRIMERA NÚMERO:
ESTADO:	
MUNICIPIO:	
TIPO DE INSTITUCIÓN:	PRIVADA TIPO:
TIPO DE INGRESO:	VOLUNTARIO ,INVOLUNTARIO ,OBLIGATORIO
SEXO QUE ATIENDE:	MUJERES
CATEGORÍA POR EDAD:	12-17 AÑOS (ADOLESCENTES) 18-59 AÑOS (ADULTOS)
MODELO DE TRATAMIENTO:	MIXTO
ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:	PROGRAMA 12 PASOS
TIPO DE ADICCIÓN QUE ATIENDE:	ALCOHOL, DROGAS ILEGALES,
COSTO DEL SERVICIO:	CUOTA DE RECUPERACIÓN
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	TRES MESES
CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTO:	18
CAPACIDAD EN EL MOMENTO DE LA VISITA:	5

DETALLE GENERAL DE LA EVALUACIÓN		
TOTAL DE PUNTOS	PUNTUACIÓN OBTENIDA	PUNTUACIÓN MÍNIMA
125	108.53	70
SE OTORGA RECONOCIMIENTO		

CUADRO RESUMEN POR SECCIÓN CÉDULA DE EVALUACIÓN		
SECCIONES	PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN MÍNIMA
PUNTOS OBLIGATORIOS	14 / 18	18
I ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	NO PUNTA	
II RECURSOS HUMANOS	4 / 4	2
III PROCESO DE ATENCIÓN INGRESO, ADMISIÓN, DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA	8 / 8	4
IV PROCESO DE ATENCIÓN EXPEDIENTE CLÍNICO	13 / 13	6
V SATISFACCIÓN DE USUARIO	5 / 5	3
VI INFRAESTRUCTURA	13 / 13	9
VII SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIVIL / SERVICIO DE ALIMENTACIÓN	3 / 3	2
LIMPIEZA Y FUNCIONALIDAD	10 / 10	7
VIII PROCESO DE CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DEL USUARIO	3 / 7	3
IX PROCESO DE EVALUACIÓN DEL USUARIO	10 / 12	6
X PROCESO DE REFERENCIA DEL USUARIO	9 / 9	4
XI CONTINUIDAD DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO	2 / 2	2
XII PROCESO TERAPÉUTICO	22.5 / 29	15
XIII PROCESO DE EGRESO DEL USUARIO DEL ESTABLECIMIENTO	6 / 10	5

REPORTE DESCRIPTIVO

OBLIGATORIAS 14/ 18

TIEMPO PERENTORIO : UN MES

INCUMPLIMIENTOS

19_3.- Ingreso Voluntario (En caso de que el menor se encuentre en situación de abandono, verificar los avisos al Ministerio Público más cercano). -

20_1.- Ingreso Involuntario (Indicación de un médico)-

20_2.- Ingreso Involuntario (Solicitud de Ingreso Involuntario por parte del familiar responsable, tutor o representante legal) -

20_3.- Ingreso Involuntario (Notificaciones del responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor a 24 hora posteriores a la admisión). - Verificar notificaciones del responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor a 24 hora posteriores a la admisión.

21.- Ingreso Obligatorio (Solicitud de la autoridad legal competente). -

47_1.- Menús alimentarios elaborados y/o validados por algún profesional de la salud.

Anexo 2: Plan de evaluación



PLAN DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD SEGÚN LA
NOM-028-SSA2-2009 PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES

Nombre del establecimiento: _____

Entidad federativa: _____ Fecha: DD / MM / AAAA

LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO

Tiempo	Actividad
5 min	Presentación del Equipo Evaluador (Personal del CECA)
10 min	Conferencia de Apertura (Evaluador Líder) Presentación del equipo de evaluación, objetivos de la evaluación. Explicación de la dinámica de la visita, señalamiento de la necesidad de revisar expedientes de los usuarios. Solicitud de entrevistas confidenciales con usuarios seleccionados por evaluador. Solicitud de espacios para llevar a cabo las entrevistas y retroalimentación. Señalamiento de la no atribución sobre el proceso de reconocimiento del establecimiento. La entrega de reporte de áreas de oportunidad.
30 min	Presentación del establecimiento (Responsable/Director del Establecimiento) Contexto general del centro residencial, y presentación del personal que labora en el establecimiento
	Recorrido por las Instalaciones (Responsable del Centro - Equipo Evaluador)
	Definición del personal que será entrevistado por el equipo evaluador (Evaluador Líder)
1 hora, 30 min	Revisión de evidencias (Equipo evaluador)
	Entrevista a personal de la unidad (Equipo evaluador)
30 min	Entrevista a pacientes (Equipo evaluador)
30 min	Sesión de retro alimentación y llenado del Reporte de Áreas de Oportunidad (Evaluador Líder)
20 min	Entrega del Reporte de Áreas de Oportunidad y del CD con Normas Oficiales y material del proceso terapéutico (Evaluador Líder)
	Solicitud y entrega del Formato de Evaluación del Equipo Evaluador en sobre cerrado (Responsable/Encargado – Evaluador Líder)
	Clausura

Anexo 3: Reporte de áreas de oportunidad

(01/04)



CENADIC

Folio Entidad:

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD SEGÚN LA NOM-028-SSA2-2009 PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES

Nombre del Establecimiento:

Reconocimiento CENADIC:

Entrevistador líder:

Fecha: DD / MM / AAAA

REPORTE DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD

I ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

II RECURSOS HUMANOS

III PROCESO DE ATENCIÓN, INGRESO, ADMISIÓN, DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA

Anexo 4: Formato de evaluación del desempeño del equipo evaluador



EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD SEGÚN LA NOM-028-SSA2-2009 PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL EQUIPO EVALUADOR POR EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Con el propósito de mejorar la calidad del Proceso de Reconocimiento de los Centros Residenciales Especializados en el Tratamiento de las Adicciones que realiza el CENADIC con apoyo del Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA), se llevan a cabo diferentes evaluaciones del proceso realizado. Por ello, le pedimos atentamente que conteste este cuestionario para conocer su opinión respecto al desempeño de equipo de evaluadores que valoraron el establecimiento residencial que Usted dirige.

La información que nos brinde es muy importante para identificar oportunidades de mejora, en el entendido de que será manejada con estricta confidencialidad.

Por favor entregue al evaluador líder (CENADIC) este formato debidamente requisitado, en un sobre cerrado.

Establecimiento evaluado: _____

Fecha de evaluación: DD / MM / AAAA

Lea cuidadosamente cada uno de los puntos y asigne una calificación según el nivel de cumplimiento que Usted considere corresponde a la actuación del equipo evaluador, durante la visita de evaluación, bajo la siguiente escala.

Criterio de evaluación	Elementos a evaluar	No cumplió	Cumplió parcialmente	Cumplió totalmente	N/A
1. Puntualidad	El equipo inició con puntualidad la reunión de apertura de la evaluación.				
	Concluyeron en el tiempo previsto las actividades de evaluación.				
2. Organización	El evaluador líder presentó el plan de trabajo al inicio de la evaluación				
	En caso de presentarse modificaciones al plan de trabajo, el líder de equipo le informó al respecto				
	Se realizó la reunión de cierre/clausura				
3. Interacción	Se presentaron los integrantes del equipo de evaluadores a las autoridades del centro				
	Los integrantes del equipo se condujeron con respeto hacia todo el personal del centro				
	Usaron gafete que los identificó como evaluadores del CENADIC				
		SI	NO	En caso afirmativo o negativo según la pregunta explique el ¿Por qué?	
4	¿Fue profesional la imagen que proyectó el equipo de evaluación?				
5	¿El equipo de evaluación extrajo alguna información del establecimiento de atención residencial en medio electrónico o tomando fotografías?				
6	¿Se le hizo entrega del reporte preliminar sobre el resultado de la evaluación?				
7	Previamente a la visita de evaluación, ¿Conocía usted a algún miembro del Equipo de evaluación?				
Comentarios Adicionales					

Nombre: _____

Firma: _____

Anexo 5: Frecuencia y porcentaje del tipo del costo del servicio de los establecimientos residenciales evaluados sin considerar el dictamen obtenido y año de evaluación.

Tipo del costo del servicio	Frecuencia	Porcentaje
Gratuito	120	12.3
Cuota de recuperación diaria	9	0.9
Cuota de recuperación semanal	115	11.8
Cuota de recuperación mensual	54	5.6
Cuota de recuperación por tratamiento	302	31.1
Cuota fija diaria	13	1.3
Cuota fija semanal	66	6.8
Cuota fija mensual	49	5.0
Cuota fija por tratamiento	204	21.0
Aportación en especie diaria	3	0.3
Aportación en especie semanal	12	1.2
Aportación en especie mensual	4	0.4
Aportación en especie por tratamiento	21	2.2

Anexo 6.

Tabla 1

Porcentaje de cumplimiento del Componente de Análisis de la Conducta por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	86.5	60.6	63.2
No Cumple	13.5	39.4	36.8
Total	100	100	100

Tabla 2

Porcentaje de cumplimiento en el Componente de Metas de Vida por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	88	68.2	52.2
No Cumple	12	31.8	47.8
Total	100	100	100

Tabla 3

Porcentaje de cumplimiento en el Componente Habilidades Sociales por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	82	68.23	68.2
No Cumple	18	31.8	31.8
Total	100	100	100

Tabla 5

Porcentaje de cumplimiento en el Componente Solución de Problemas por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	68.9	49	30
No Cumple	66	47.1	28.8
No Aplica	4	3.9	2.3
Total	100	100	100

Tabla 7

Porcentaje de cumplimiento en el Componente para favorecer la Recreación y el Manejo del Tiempo Libre por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	84	67.5	53.6
No Cumple	16	32.5	46.4
Total	100	100	100

Tabla 8

Porcentaje de cumplimiento en el Componente de Ejercicio Físico por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	92	70.6	61.5
No Cumple	8	29.4	38.5
Total	100	100	100

Tabla 9

Porcentaje de cumplimiento en el Componente de Relación de Pareja por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	65.8	49	60
No Cumple	40	48.2	31.9
No Aplica	0	2.7	2.3
Total	100	100	100

Tabla 10

Porcentaje de cumplimiento en el Componente de Reinserción Social por modelo de tratamiento.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	74	67.8	47.3
No Cumple	26	32.3	52.7
Total	100	100	100

Tabla 11

Porcentaje de cumplimiento en el Componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación.

	Profesional	Mixto	Ayuda Mutua
Cumple	86	67.5	52.2
No Cumple	14	32.5	47.8
Total	100	100	100