



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las
Adicciones
6ta. Generación
2009 – 2010**

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:
**“EXPERIENCIAS DE TERAPEUTAS DE CENTROS DE INTEGRACIÓN
JUVENIL EN UNIDADES DEL D.F. QUE INICIARON TRATAMIENTO
EN 2010”**

Alumno:
PSIC. VICTOR JESUS PEÑA CALIXCO

Asesor:
DR. JORGE LUIS ARELLANEZ HERNÁNDEZ

Firma

Ciudad de México, Marzo de 2011.

INDICE

Capítulo 1. El Consumo de Drogas en México	4
Capítulo 2. Tratamiento de las Adicciones	7
Capítulo 3. Centros de Integración Juvenil A. C.	13
3.1. Modelo de Consulta Externa de CIJ	17
Relevancia del Estudio	25
Planteamiento del Problema	25
Objetivos	25
Justificación	26
Método	28
Resultados	31
1) Obstáculos encontrados en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación	31
2) Estrategias y recursos utilizados por los terapeutas en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación	42
Discusión y Conclusiones	52
Referencias Bibliográficas	57
Cronograma	59
Anexo 1	60
Anexo 2	62

**“EXPERIENCIAS DE TERAPEUTAS DE CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL EN UNIDADES DEL D.F. QUE
INICIARON TRATAMIENTO EN 2010”**

ALUMNO:

PSIC. VICTOR JESUS PEÑA CALIXCO

TUTOR:

DR. JORGE LUIS ARELLANEZ HERNÁNDEZ

CAPITULO 1

EL CONSUMO DE DROGAS EN MEXICO

El consumo y la dependencia de sustancias suponen una importante carga para los individuos y las sociedades en todo el mundo. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, señaló que el 8.9% de la carga total de morbilidad se debió al consumo de sustancias psicoactivas. Dicho informe reveló que, en 2000, el tabaco supuso un 4.1% de la carga de morbilidad, el alcohol un 4%, y las drogas ilícitas un 0.8%. Gran parte de la carga de la morbilidad atribuible al consumo y a la dependencia de sustancias es el resultado de una amplia gama de problemas sanitarios y sociales (Organización Mundial de la Salud, 2002). Esto muestra la importancia que tiene atender el consumo de drogas como un tema de interés no sólo en materia de salud, sino de política pública que contemple tanto la reducción de la oferta como de la demanda.

Específicamente en México, el consumo de drogas se ha convertido en un importante problema de salud que requiere de especial atención, en la actualidad ha mostrado un incremento significativo, esto ha sido evidente particularmente en los últimos años en el caso de drogas ilegales. Datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2008 indican un incremento importante en el número de personas que requieren atención en materia de drogas; según esta encuesta (sin incluir las necesidades de tratamiento para tabaco y alcohol) existen 428,819 personas que requieren de atención especializada por consumo de drogas ilegales y 3,869,093 que requieren de intervenciones breves puesto que están expuestas a ellas; además, se tiene que los niveles de consumo y dependencia a drogas legales siguen siendo sumamente altos, de hecho hay 27 millones de mexicanos que han probado tabaco alguna vez en su vida y 14 millones son fumadores en activo. Respecto al alcohol existe un patrón de consumo “típico” que se presenta en grandes cantidades por ocasión (aunque no sea frecuentemente, cuando se presenta es excesivo) donde se tiene que casi 27 millones de mexicanos entre los 12 a 65 años bebe alcohol con este patrón y casi 4 millones lo hacen por lo menos una vez por semana de esta forma (Secretaría de Salud, 2008).

Se trata en definitiva de un problema de salud pública, que de acuerdo con la visión de Centros de Integración Juvenil (2009), tiene consecuencias en la integración familiar, en el desarrollo y la estabilidad de las comunidades.

Todo lo anterior destaca la importancia de contar con una estrategia de atención integral hacia el consumo de sustancias psicoactivas, pues la cantidad de personas que requieren de servicios en materia de adicciones es cuantiosa. En México existen una serie de lineamientos que rigen la forma en que se debe de intervenir para la prevención, el tratamiento, y el control de las adicciones (incluyendo tabaco y alcohol), se trata de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 (recientemente actualizada, Secretaría de Salud, 2009). En esta norma se establece que:

“El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, constituye un grave problema social y de salud pública, con importantes consecuencias negativas que trascienden del ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad.

En el caso del alcohol, la población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas además de que el porcentaje de consumo en mujeres ha aumentado, repercutiendo ello en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, laboral y familiar. Con relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, así como la exposición involuntaria al humo de tabaco, con graves padecimientos de alta letalidad, además del impacto familiar, laboral, social y económico. Ahora se sabe que el uso de alcohol y tabaco precede el consumo de drogas ilícitas; además de que cada día aparecen nuevos tipos de sustancias, formas de uso y patrones de consumo, presentándose de manera fundamental en zonas urbanas, extendiéndose a las suburbanas, con marcadas diferencias regionales (...) Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos especializados, técnicos y profesionales, capacitados en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones, así como establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que se implementen estrategias, programas y acciones de investigación, prevención,

tratamiento y rehabilitación, reducción del daño, normatividad, legislación, sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población.

Asimismo, para asegurar un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios que permita reducir la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como la morbilidad y mortalidad asociadas, se requiere establecer las condiciones y requisitos mínimos indispensables que regulen la prestación de los mismos.”

Si bien en esta norma se establecen criterios muy definidos para la atención de las adicciones, es cierto que todavía falta mucho para que su aplicación sea generalizada a todos los establecimientos que atienden adicciones en México; de hecho, es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones, algo que instituciones como CIJ han tratado de impulsar para garantizar que los servicios en materia de adicciones sean brindados con calidad y profesionalismo.

En el siguiente capítulo se abordarán específicamente los criterios a tener presentes para la incorporación de tratamientos para la atención de las adicciones, destacando tanto la Norma Oficial Mexicana como distintas recomendaciones internacionales y algunos de los principales enfoques terapéuticos que se han empleado para su atención.

CAPITULO 2

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

En la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009) se define como **adicción o dependencia** al “estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (Secretaría de Salud, 2009).

Además, se establece en dicha norma que el **Tratamiento** es: “El conjunto de estrategias, programas y acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia” (Secretaría de Salud, 2009).

El abordaje y tratamiento de los trastornos por consumo de *Sustancias Psicoactivas* (SPA) implica responder efectivamente a la demanda de servicios de atención de la población afectada en sus diferentes niveles de complejidad; actualmente se han desarrollado diversas estrategias para el tratamiento con base en la evidencia científica disponible. En Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2010a), “se ha trabajado intensamente en la construcción del consenso acerca de los principios generales que deben regir las intervenciones terapéuticas en el manejo de los trastornos por consumo de SPA, uno de los puntos de coincidencia apunta a considerar que el programa de tratamiento más adecuado es aquel que permite la atención oportuna de las necesidades del mayor número de personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, con el mínimo grado de restricción, la mayor libertad, seguridad y efectividad posibles.

En el proceso de selección de la opción terapéutica más adecuada para un problema derivado por el consumo de SPA es necesario considerar:

- El tipo y cantidad de sustancia consumida
- La gravedad del trastorno y el grado de compromiso funcional asociado
- Los trastornos o complicaciones de tipo médico general o psiquiátrico
- Las fortalezas y debilidades particulares del paciente
- El contexto social en el cual el individuo vive y va a ser tratado

La demanda de atención resume las necesidades de un(a) paciente o de un grupo de pacientes y viene dada por la particular manera como se combinan los diferentes elementos arriba mencionados, determinando la existencia de varios niveles de complejidad y de intensidad de los servicios que constituyen la oferta de tratamiento. Salvo los cuadros de intoxicación o de abstinencia agudos, que requieren de una intervención urgente y cuya resolución suele darse en un período de tiempo relativamente breve (horas o días), los trastornos derivados del consumo de sustancias como el abuso y la dependencia se consideran de naturaleza crónica y recidivante, incluyendo aspectos biomédicos, psicológicos o sociales de estos trastornos que deben ser atendidos en el mediano y largo plazo (CIJ, 2010a).

En este sentido, el tratamiento de las adicciones puede definirse como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el comité de expertos de la OMS (mencionado en CIJ, 2010a) en adicciones, el término “tratamiento” se aplica al *“proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”*; entonces, desde este punto de vista un tratamiento para la atención de las adicciones no sólo buscaría que la persona deje de consumir sustancias psicoactivas (que seguiría siendo un objetivo importante), sino que en un sentido más amplio se pretende que el bienestar derivado del tratamiento

alcance diferentes áreas probablemente afectadas por el consumo, como son las relaciones interpersonales, el contexto familiar, el desempeño laboral, etc.

A decir de la Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2003), perteneciente a la Organización de las Naciones Unidas, es importante saber, que las modalidades de tratamiento que tienen una mayor duración recomendada son las que obtienen mejores resultados, del mismo modo que los pacientes que continúan en tratamiento durante más tiempo (independientemente de la modalidad de éste) se ven más beneficiados. Dicha Oficina menciona que las investigaciones han encontrado, que si bien la motivación para someterse a un tratamiento desempeña un papel fundamental en cuanto a la participación sostenida en el mismo, la mayoría de los y las pacientes que hacen abuso de sustancias se someten al tratamiento como resultado de una combinación de factores de motivación interna y presiones familiares, laborales o judiciales. Esas presiones pueden (podríamos agregar “y deben”) combinarse con el tratamiento en beneficio del paciente y de la sociedad.

Para la ONUDD, los resultados de las investigaciones son convincentes en cuanto a que, en el estado actual de los conocimientos, es mejor considerar la adicción un trastorno crónico recurrente. Es cierto que no todos los casos de adicción son crónicos y que algunas personas a las que se podría diagnosticar dependencia de sustancias logran recuperarse completamente sin tratamiento. Sin embargo, muchas de las personas que padecen problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento y se piensa que siguen estando propensas a recaídas durante años o quizás durante toda la vida. Como muchas otras enfermedades, es imposible predecir si una estrategia de cuidados intensivos puede dar lugar a la remisión completa y en qué plazo.

Por su parte el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009) de los Estados Unidos propone para un tratamiento eficaz, tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe tener acceso fácil.

- El tratamiento eficaz atiende a las distintas necesidades de la persona, no solamente su drogadicción¹.
- Se debe evaluar frecuentemente el plan de tratamiento y de servicios de cada persona, modificándolo cuando sea necesario para que se ajuste a cualquier cambio en sus necesidades.
- La permanencia en el tratamiento durante un período adecuado de tiempo es esencial para su eficacia.
- La consejería y otras terapias conductuales son componentes esenciales de prácticamente todos los tratamientos eficaces para la drogadicción.
- Para cierto tipo de trastornos, los medicamentos constituyen elementos importantes del tratamiento, especialmente cuando se dan en conjunto con consejería y otras terapias conductuales.
- Las personas drogadictas o que abusan de las drogas y que también tienen trastornos mentales deben ser tratadas para ambos tipos de trastornos de forma integrada.
- El manejo médico del síndrome de abstinencia es apenas la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el consumo de drogas a largo plazo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser eficaz.
- Se debe vigilar continuamente para detectar el posible uso de drogas durante el tratamiento.
- Los programas de tratamiento deben proporcionar una evaluación para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. También deben proporcionar consejería para ayudar a las personas a modificar o cambiar aquellos comportamientos que hacen que ellos, u otros, corran riesgo de infección.
- Al igual que con otras enfermedades crónicas en las que suele haber recaídas, la recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo que generalmente requiere someterse a tratamiento en

¹ Para los fines de esta investigación se prefiere hablar de consumo de “sustancias psicoactivas” o “usuario de sustancias psicoactivas” (donde de incluyen el consumo de tabaco y de alcohol), en lugar de conceptos como drogadicción y drogadicto por el aspecto estigmatizante que tienen dichos conceptos en nuestro país, además de ser poco claros en cuanto a lo que tratan de precisar.

múltiples ocasiones, incluyendo sesiones de refuerzo y otras formas de cuidado continuo.

La revisión de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, así como la revisión de las distintas recomendaciones hechas por organismos internacionales expertos en la materia, dejan de manifiesto la importancia de ver al consumo de sustancias psicoactivas como un problema social complejo, que para ser comprendido y atendido eficazmente requiere de intervenciones en más de las veces igualmente complejas (multidimensionales), que deben incluir diferentes aspectos que tomen en cuenta el contexto particular del usuario o de la usuaria de sustancias psicoactivas, tales como el tipo de familia al cual pertenece, su edad y situación de vida, su entorno social y laboral (si es que se encuentra trabajando), su contexto escolar, su “realidad” emocional (que es subjetiva paradójicamente), el tipo de respuesta física a la sustancia, el patón de consumo, y por supuesto su género y orientación sexual, etc.

En materia de adicciones existen diferentes posturas o enfoques que pretenden dar respuesta a lo anteriormente expuesto, se tienen así enfoques llamados cognitivos-conductuales, psicodinámicos, familiares, médicos, entre otros; lo cierto es que por sí solos no han podido dar cuenta de la “realidad” del “fenómeno” de las adicciones (pese a toda la evidencia “científica” que los sustenta²), y que es cada vez más frecuente encontrar terapeutas que si bien tienen un determinado tipo de formación profesional se apoyen de recursos (teóricos y técnicos) pertenecientes a posturas distintas en las cuales han sido formados(as). A este respecto podríamos agregar también lo que sucede cuando un terapeuta con cierta formación profesional por necesidades de su centro de trabajo es visto en la necesidad de aplicar programas realizados desde una postura teórica contraria (o por menos diferente) a la que él o ella

² No es objeto de este estudio el reflexionar en torno a la crítica postmoderna que se hace a la construcción de la “ciencia” como es entendida en la actualidad; sin embargo, se juzga conveniente remitir al lector a la extensa bibliografía que hay en este campo, específicamente a la que tiene que ver con construccionismo social y modelos terapéuticos postmodernos (por ejemplo, los narrativos).

consideran como conveniente³. En este sentido Chávez (2010), en un estudio cualitativo realizado con terapeutas de CIJ que implementaron un programa de prevención de recaídas, dejó entrever que no siempre es fácil implementar aquello que goza con el reconocimiento y validación “científica” y que por el contrario son los propios intereses y creencias de los(as) terapeutas lo que lo puede o no llevar a buen puerto una intervención clínica.

En el próximo capítulo se abordará brevemente parte de la historia de los Centros de Integración Juvenil, destacando la importancia que tiene para la institución la atención integral al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, se presentarán además, los distintos modelos de trabajo con los que se opera en las diferentes Unidades Operativas destacando particularmente el modelo de consulta externa, ya que es en este último en el cual se incorporaron algunas unidades operativas en el año 2010.

³ En este sentido no se toma en cuenta si el programa es o no es efectivo, sino la familiaridad y el grado de convencimiento que tiene para quien lo tiene que implementar.

CAPITULO 3

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A. C.

Centros de Integración Juvenil (CIJ) es una institución que desde hace más de cuatro décadas trabaja en la implementación de programas de prevención, tratamiento, e investigación de las adicciones, siendo pionera en esta labor dentro de nuestro país; ha sido reconocida principalmente por brindar tratamiento oportuno, eficiente y de calidad a las personas cuyas vidas han sido afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, como el tabaco, el alcohol y otras drogas.

Tiene como **Misión** *“Proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas, basados en el conocimiento científico y formar recursos humanos especializados”* (CIJ, 2010c).

Su **Visión** es *“Continuar otorgando servicios de calidad en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional, en respuesta a las tendencias epidemiológicas existentes”* (CIJ, 2010c).

Los orígenes del tratamiento en CIJ se remontan al 12 de marzo de 1970, cuando se dio apertura a la primera unidad operativa denominada en ese entonces como *Centro de Trabajo Juvenil*⁴, el cual se ubicó en Coyoacán e inició las labores de prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales. Para el 12 de octubre de 1973 se constituyó la institución como Centros de Integración Juvenil, A. C. y para 1976 se contaba ya con 29 unidades operativas, nueve en el área metropolitana y 20 al interior de la república Mexicana (CIJ, 2004).

⁴ Si bien se considera que la institución se fundó en 1969 con los primeros esfuerzos del grupo Damas Publicistas y Asociadas A. C. encabezadas y lideradas por Kena Moreno a quien se le reconoce como la fundadora de la institución; no fue sino hasta que se abrió el primer Centro de Trabajo Juvenil que se iniciaron las actividades de tratamiento de forma estructurada.

De 1976 a 1979 se impulsó la coordinación nacional y binacional, celebrándose reuniones con instituciones y representantes del gobierno de Estados Unidos para intercambiar información científica y teórico-práctica; a partir de 1978 se estableció el Servicio de Orientación e Información Telefónica. Para 1979 la institución fue invitada por la División de Estupefacientes de la ONU para presentar en Viena, Austria, el Modelo de Atención institucional. En 1981, la estructura organizativa de CIJ quedó definida por el Patronato Nacional como máximo órgano de gobierno y la Comisión de Vigilancia presidida por la Sra. Kena Moreno (fundadora de la institución), encargada de supervisar que los programas aprobados cumplan con las políticas y lineamientos establecidos.

Por decreto presidencial, el 3 de Septiembre de 1982 CIJ fue incluido dentro de los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud, con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria y se integraron al Patronato Nacional representantes de la Asociación Civil y de los Patronatos Locales, así como de las Secretarías de Salud, Gobernación, Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública y Desarrollo Social. En 1994, en su XXV aniversario, la institución convocó a expertos de varios países a una reunión internacional de intercambio de experiencias y en 1998 se firmó un convenio con el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de drogas (PNUFID), para apoyar un proyecto de capacitación en seis países de Centroamérica.

Tal vez uno de los cambios estructurales más importantes en CIJ se produjo en el año 2001, pues a solicitud del Consejo Nacional Contra las Adicciones, la institución comenzó a incorporar contenidos acerca de tabaco y alcohol en sus proyectos de prevención y tratamiento, y se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para instalar clínicas de tabaquismo en todo el país (CIJ, 2004 y 1999).

Recientemente, La Fundación para la Atención a las Toxicomanías de la Cruz Roja Española (CREFAT) y la 9ª edición para Iberoamérica del Premio Reina Sofía contra las Drogas, otorgó a Centros de Integración Juvenil, el

premio por su labor realizada en el campo de la prevención y tratamiento de las adicciones; dicho reconocimiento fue entregado de manos de la Reina Sofía de España, a la señora Kena Moreno y a la Licenciada Carmen Fernández Cáceres (directora general actual), el 08 de noviembre de 2010. El Premio Reina Sofía contra las Drogas, constituye una de las distinciones internacionales más importantes en la acción frente a la problemática derivada del consumo de drogas (CIJ, 2010d).

Actualmente los Centros de Integración Juvenil A. C., a fin de enfrentar integralmente el problema de las adicciones, se sumaron a la iniciativa de integrar la Red Nacional de Atención a las Adicciones en conjunto con los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPAS) dependientes de las Unidades Especializadas de Atención Médica (UNEMES) de la Secretaría de Salud, con objeto de trabajar coordinadamente y tener presencia en todas las entidades federativas y Distrito Federal. La conformación de la Red Nacional de Atención a las Adicciones, es una respuesta a la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012) del gobierno federal e implica que ambas entidades trabajen de manera coordinada, tanto en la prevención como en el tratamiento y la reinserción social, para prevenir y reducir el consumo de drogas México (CIJ, 2010c).

Centros de Integración Juvenil como Institución de atención especializada en adicciones, tiene las siguientes atribuciones (CIJ, 2010c):

- a) La prestación de toda clase de servicios para prevenir, tratar y erradicar la farmacodependencia, así mismo la prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y el tabaquismo en la juventud.
- b) La rehabilitación de farmacodependientes, prioritariamente de escasos recursos económicos.
- c) El establecimiento en cualquier lugar del territorio nacional de unidades que se denominarán “Centros de Integración Juvenil, A. C.”, destinadas a prestar los servicios mencionados en las fracciones a) y b).
- d) La administración de los Centros de Integración Juvenil.

- e) La colaboración con entidades, organizaciones, grupos e instituciones públicas, sociales y privadas, nacionales y extranjeras, que realicen actividades similares a las del objeto social.
- f) La realización de estudios técnicos e investigación, relacionados con el quehacer institucional, así como su publicación.
- g) La organización de toda clase de actos, eventos y actividades tendientes a promover el sostenimiento y mejoría en los servicios de los Centros de Integración Juvenil, ya sea mediante la recaudación de fondos o capacitación a la comunidad a fin de que ésta participe en las tareas de prevención o erradicación de la farmacodependencia.
- h) La adquisición de los bienes inmuebles o muebles necesarios para el desarrollo de su objeto social, así como la participación en otras asociaciones o instituciones que tengan fines similares.
- i) La celebración de todos los actos, contratos o negocios jurídicos que sean convenientes o necesarios para el cumplimiento de su objeto social.
- j) Capacitación profesional para la atención de la farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo.

Hoy en día CIJ cuenta con 113 unidades operativas distribuidas en todo el país, de las cuales veinte están ubicadas en el Distrito Federal y cuatro de ellas no fue sino hasta el 2010 que se incorporaron al programa de Tratamiento y Rehabilitación⁵, específicamente estas cuatro unidades se han incorporado en el Subprograma de Consulta Externa, que depende precisamente de la Subdirección de Consulta Externa; razón por la cual resulta particularmente importante conocer como es que debe ser operado dicho subprograma, cuales son sus referentes teóricos, los proyectos y los subproyectos que lo conforman, etc., con el objetivo de conocer a que es a lo que se deben de adaptar los y las terapeutas que recién se han incorporado a las actividades de tratamiento.

⁵ Se trata de las unidades operativas de Xochimilco, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón Oriente y Gustavo A. Madero Oriente.

3.1 MODELO DE CONSULTA EXTERNA DE CIJ

Se sabe que el objetivo principal del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables, en la Norma Oficial Mexicana se establece que la atención para problemas de adicciones puede brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través de un modelo profesional, de ayuda mutua, mixto o a través de modelos alternativos (Secretaría de Salud, 1999).

El tratamiento proporcionado en CIJ se encuentra enmarcado dentro de la categoría de modelo profesional y se conforma por distintas propuestas terapéuticas, que ha decir del Subdirector de Consulta Externa de CIJ, Juan David González Sánchez (2010) “ha permitido tener mayores posibilidades de respuesta a la gran diversidad de demanda de atención para este problema”. Menciona además que actualmente el programa es más diverso, heterogéneo, con mayor equidad y opciones de atención, siendo además sensible a la perspectiva de género.

En CIJ, es la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación la encargada de coordinar y supervisar el diseño de programas y proyectos de tratamiento y rehabilitación, a fin de que se proporcionen con calidad, oportunidad y de manera eficiente los servicios institucionales a la población afectada por el consumo de drogas, vigilando a su vez el cumplimiento de los lineamientos normativos establecidos para tal efecto. Algunas de sus principales funciones son (CIJ, 2010c):

- Conducir y supervisar la implementación de normas y procedimientos en materia de tratamiento y rehabilitación, que actualicen los servicios otorgados por la Institución, para una mejora continua en los mismos.
- Emitir el Programa de Tratamiento y Rehabilitación y supervisar que se realice de acuerdo a la normatividad emitida en la red de CIJ.
- Coordinar y supervisar la elaboración de documentos teórico–metodológicos que sirvan de base para la actualización permanente del modelo de tratamiento y rehabilitación para la farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo.

- Evaluar la aplicación del Programa de Atención Curativa en los Centros de Integración Juvenil.

Específicamente el programa de Tratamiento y Rehabilitación de CIJ se ha estructurado en tres grandes Subprogramas que agrupan los nueve proyectos de atención con que cuenta la institución (CIJ, 2010a):

Subprograma de Consulta Externa

1. Plan Primera Respuesta (Intervención temprana)
2. Consulta Externa Básica
3. Consulta Externa Intensiva (centro de día)

Subprograma de Hospitalización

4. Plan de desintoxicación y estabilización del síndrome de abstinencia.
5. Centros de Día en Hospitalización
6. Hospitalización de estancia breve (un mes)
7. Hospitalización de estancia media (tres meses)

Subprograma de Reducción de daño

8. Plan de mantenimiento y deshabitación con metadona
9. Paquetes de oportunidad para la salud (distribución de jeringuillas y condones)

Para cumplir con sus funciones, la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación cuenta con dos Subdirecciones; la Subdirección de Consulta Externa, que se encarga de todo lo relacionado con los usuarios y sus familiares que acuden a tratamiento de forma ambulatoria (proyectos 1 a 3); y la Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, que como su nombre lo indica se encarga de atender a los usuarios y usuarias que requieren de una atención aún más especializada, como es el caso de la modalidad residencial o los tratamientos de sustitución por metadona (proyectos 4 a 9). Ambas Subdirecciones se encargan de dar seguimiento a la implementación de las diferentes normas que regulan la atención especializada en adicciones.

El Tratamiento en CIJ, independientemente de su modalidad (consulta externa, hospitalización, etc.) está constituido por tres etapas (no necesariamente sucesivas), la primera una valoración inicial, constituida por una entrevista inicial, un estudio social y una valoración médica principalmente⁶; la segunda la fase de tratamiento como tal, que puede incluir diversos tipos de terapias grupales, individuales, familiares, etc.; y la tercera la de rehabilitación, misma que pueden ser de forma simultanea a las anteriores dependiendo las características del caso.

Por su parte, las Unidades Operativas de CIJ que iniciaron tratamiento en el 2010 en el Distrito Federal, se incorporaron precisamente en el subprograma de consulta externa, por lo que corresponde a la Subdirección de Consulta Externa el dar seguimiento a la forma en que éstas se han integrado a la aplicación de dicho subprograma.

El Subprograma de Consulta Externa lo componen tres proyectos de atención:

- 1. Plan de primera respuesta.** Se dirige a personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas de forma esporádica u ocasional (no presentan dependencia), donde se establece un número limitado de sesiones y se trabaja preferentemente de forma grupal. En el Plan se cuenta con dos opciones de atención: Intervención Temprana para Adolescentes y Adultos en Fase de Experimentación (ITAE) y la Intervención Mínima Sistemática (IMS).

La intervención temprana o ITAE es un abordaje terapéutico de baja intensidad para atender oportunamente a consumidores de sustancias psicoactivas en situación de riesgo de desarrollar un trastorno por dependencia o abuso. La finalidad es minimizar el impacto del consumo en la vida del sujeto actuando sobre factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias. La duración de estas

⁶ Esta primera valoración en algunos casos puede incluir un diagnóstico familiar, la aplicación de pruebas psicométricas o de clinimetría, una valoración psicológica, etc.

intervenciones está limitada a cinco sesiones e incluye intervenciones de tipo psicosocial. Son dos los planes de intervención temprana, el primero dirigido a menores de edad y el segundo para adultos, en la intervención breve con los adolescentes, se incluye también, una intervención de tres sesiones con los padres de familia (o quienes hagan las veces de los mismos) como parte de la estrategia, puesto que se reconoce el papel crucial que ellos tienen en el desarrollo y adquisición de hábitos de sus hijos.

Un tipo de intervención adicional en este nivel está dirigido a todas las personas que consumen tabaco y que acuden a solicitar los servicios de tratamiento de primera vez por el consumo de alguna otra sustancia. La Intervención Mínima Sistemática (IMS) para dejar de fumar está a cargo de los(as) médicos/psiquiatras, psicólogos(as) y trabajadores(as) sociales que participen en las actividades de valoración inicial⁷. Cada uno de ellos es responsable de aplicar una dosis⁸ de esta intervención, idealmente se aplican tres intervenciones (o dosis), cada una durante cada uno de los tres momentos la valoración; es decir, durante la Entrevista Inicial, la Historia Clínica Médica y el Estudio Social. Los entrevistadores exploran el consumo de tabaco entre los entrevistados, si la respuesta es negativa se le felicita y se le invita a mantener la abstinencia, en caso contrario se exploran los motivos de su consumo, se explican los daños que el tabaco está ocasionando en su salud, y se informa acerca de los beneficios que le traería la abstinencia. Para ello, los entrevistadores se apoyan de una serie de cuadernillos que se le entregan a la persona al final de la entrevista. Se estima que hasta tres de cada diez personas deja de fumar después de esta intervención, y que siete de cada 10 consideran seriamente dejar de hacerlo si la intervención se realizó con efectividad. La IMS favorece la motivación hacia la cesación del consumo de tabaco, y combina la identificación temprana de personas con conductas adictivas y la oferta de un tratamiento incluso antes que lo soliciten por su propia voluntad.

⁷ Se refiere a los servicios diagnósticos previos al tratamiento o a la intervención temprana.

⁸ Así es como se le define dentro del programa al número de sesiones.

- 2. Consulta Externa Básica.** Consiste en un tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados dirigido a personas que consumen sustancias psicoactivas y que pueden beneficiarse en un encuadre de baja intensidad dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. La consulta externa básica incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, con control de medicamentos, intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y de rehabilitación, además de un abordaje con la familia, entre otras intervenciones, las cuales son programadas en una agenda de baja intensidad con frecuencia semanal o varias veces a la semana (no más de tres).

El tratamiento realizado en Consulta Externa Básica está orientado a conseguir cambios permanentes en la conducta de consumo de SPA y a la búsqueda de niveles de funcionamiento mental adecuados en aquéllos individuos cuyo nivel de severidad clínica lo permita. El tratamiento incluye la orientación hacia el desarrollo de estilos de vida y patrones de comportamiento que potencien el logro de los objetivos terapéuticos, especialmente el logro de una vida libre del consumo de SPA. La duración del tratamiento depende de la severidad particular del cuadro clínico del paciente y de su evolución. Este nivel de atención está indicado para usuarios con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles o que han venido recibiendo tratamiento en un nivel más intensivo y han mejorado al punto de poderse beneficiar de esta modalidad de atención o que pudieran requerir mayor intensidad de atención, pero que en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa; también para usuarios con “diagnóstico dual” que sufren trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables en la actualidad.

Algunos de los servicios que se utilizan en este nivel de atención son (CIJ, 2010a):

- Consulta Médica/Farmacoterapia
- Tratamiento para Dejar de Fumar

- Tratamiento para Personas que tienen Problemas con su Forma de Beber
- Terapia Individual
- Terapia de Grupo
- Terapia Familiar
- Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género
- Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social.

3. Consulta Externa Intensiva (o Centro de Día). Este programa se enfoca a las personas que tienen un consumo severo de sustancias, mismo que les ha provocado diferentes problemáticas en su vida familiar, laboral, escolar, etc., y que implica una intervención de tres a cinco días por semana y de entre 5 a 8 horas por día. Se trata de un recurso de gran valor estratégico ya que ofrece una atención terapéutica a los consumidores de SPA que requieren de una intervención con un encuadre más intensivo debido a la condición de severidad que acusan en su consumo de sustancias psicoactivas. De esta forma, el Centro de Día unifica las directrices médicas y psicosociales que inciden en las personas con problemas de adicción, y favorecen su reintegración familiar y socio-laboral.

La atención prestada en un Centro de Día de CIJ incluye la evaluación y elaboración del plan de tratamiento: actividades de tipo psicoeducativo, de monitoreo de conducta, tratamiento baja severidad, control de medicación, intervención en crisis, servicios de rehabilitación y apoyo comunitario y referencia a otras modalidades de atención de propio Programa de Tratamiento y Rehabilitación. En esta modalidad también se brindan servicios de orientación y psicoeducación para los familiares de los pacientes.

En síntesis, los Centros de Día es una modalidad de tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados, dirigido a abusadores o dependientes de SPA que pueden beneficiarse en un encuadre de intensidad intermedia dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación,

tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, las cuales son programadas en una agenda de intensidad intermedia, con frecuencia diaria o varias veces a la semana (tres ó más).

Algunos de los servicios que se brindan en los Centros de Día son (CIJ, 2010b):

- Revisión Médica de Control/Farmacoterapia
- Asamblea Comunitaria
- Terapia de Grupo
- Grupo Cognitivo-Conductual
- Grupo de Ayuda Mutua a Pacientes
- Cine Debate
- Promoviendo la Abstinencia y Previendo las Recaídas
- Tratamiento para Dejar de Fumar
- Grupo de Familiares
- Grupo de Ayuda Mutua a Familiares (Nueva Red)
- Aplicación de Pruebas Rápidas de Detección de Múltiples Drogas
- Reunión Clínica Interdisciplinaria
- Coordinación de Actividades Centro de Día

Inclusive se puede apoyar al usuario(a) si lo requiere de servicios de consulta externa, tales como terapia individual o familiar. A la par de los servicios terapéuticos en el Centro de Día se aborda un componente de rehabilitación y reinserción social que se integra de una serie de talleres incluidos en las siguientes áreas:

- **Talleres del Área Psicosocial**
 - Desarrollando Habilidades para la Vida,
 - Fortaleciendo Mi Estima y Seguridad Personal
 - Dibujando Mi Proyecto de Vida
 - Educación para la Salud
- **Talleres del área Educativo-Formativa**
 - Desarrollo de Habilidades Socio-Laborales
 - Taller de Oficios

- **Actividades del Área Física-Deportiva**
 - Actividades Deportivas
 - Disciplinas Cuerpo-Mente
- **Actividades del Área Lúdico/Recreativa**
 - Actividades Artísticas (*Arte-sano*)
 - Actividades Lúdicas (*El Juego Terapéutico*)
 - Paseos Culturales-Recreativos (*Pasaporte a Otros Mundos*)

Los CIJ que se incorporaron a tratamiento durante el 2010 están en la posibilidad de implementar algunas de las actividades (dependiendo de su capacidad operativa) que se contemplan dentro del Subprograma de Consulta Externa (Primera respuesta, Consulta Externa Básica y Consulta Externa Intensiva), por lo que resulta conveniente indagar cuál fue su experiencia con esta transición, ya que son muchos los servicios que se contemplan y de una gran importancia para aquéllas personas que los requieren.

Como pudo observarse, el tratamiento de las Adiciones en Centros de Integración Juvenil se encuentra Normado a ciertos parámetros previamente establecidos por la NOM-028-SSA2-2009, por lo que la presente investigación pretende indagar la experiencia de los terapeutas que recientemente se han adherido a ella en lo concerniente al tratamiento, y en un sentido más amplio cómo es que ellos han vivido la experiencia de participar en la atención a usuarios de sustancias psicoactivas; es decir, qué es lo que perciben (subjetivamente) de su nueva situación.

Por lo tanto, para los fines de esta investigación se creyó conveniente la utilización de una metodología cualitativa, pues en este estudio se trata de dar voz a los protagonistas, en este caso los terapeutas, que desde distintas trincheras están luchando por cumplir con incorporar los servicios de tratamiento a las unidades operativas donde laboran.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Como ya se mencionó, CIJ es una de las instituciones con mayor prestigio en el tratamiento, prevención e investigación de las adicciones en México; sin embargo, hasta el 2010 existían unidades operativas que solo brindaban servicios de prevención, año en que se decidió que estas unidades se incorporaran también al Programa de Tratamiento y Rehabilitación, específicamente en su modalidad de Consulta Externa.

La realización de la presente investigación permitió conocer la forma en la que diferentes terapeutas de estas unidades se incorporaron al Programa de Tratamiento y Rehabilitación a partir del 2010, siendo que previamente sus unidades operativas no brindaban este tipo de servicios, prestando especial atención a la forma en que han vivido esta transición y cómo han podido enfrentar las diferentes dificultades que esto ha representado; lo cual permitirá tener referentes que sean de utilidad para la futura incorporación de unidades y terapeutas de CIJ a dicho programa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Distrito Federal hasta el año 2010 existían cuatro Unidades Operativas de CIJ que estaban enfocadas a brindar únicamente servicios de prevención en materia de adicciones; a partir de dicho año se tomó la decisión de que estas unidades se incorporaran en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación, de allí que surja el interés por indagar ¿Cuáles han sido las experiencias de diferentes terapeutas que se ha incorporado al Programa de Tratamiento y Rehabilitación en sus respectivas Unidades Operativas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las experiencias relacionadas con la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación que han tenido algunos terapeutas que laboran en los CIJ del D.F. que iniciaron su aplicación durante el 2010, a fin de facilitar la

incorporación de nuevos terapeutas y unidades operativas en el futuro, viéndose beneficiadas ambas partes con ello.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer los principales obstáculos que han tenido los terapeutas en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación.
- b) Indagar cuáles han sido las estrategias y/o recursos que han implementado los terapeutas para solventar las dificultades en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación en sus respectivas unidades.

JUSTIFICACIÓN

Desde hace 41 años CIJ ha ofrecido diferentes alternativas de tratamiento para usuarios(as) de sustancias psicoactivas, estas alternativas han evolucionado y se ha buscado una constante actualización para el personal que se encarga de aplicar los programas de tratamiento y rehabilitación en sus diferentes modalidades (Consulta Externa, Centro de Día, Hospitalización, etc.), de hecho durante estas cuatro décadas las diferentes unidades operativas de CIJ (centros locales y regionales) se especializaron en diferentes áreas de atención hacia las adicciones según su contexto particular; por tanto se crearon centros dedicados específicamente a brindar servicios preventivos, otros a atender programas de tratamiento únicamente, otros más a ambas actividades e incluso unidades enfocadas al internamiento (hospitalización).

Como ya se ha comentado hasta el año 2010 existían unidades operativas que solo implementaban programas preventivos, y éstas en caso de recibir solicitudes de tratamiento canalizaban a la unidad más cercana que ofreciese este servicio (o inclusive a otras instituciones); sin embargo, en ese año por instrucciones de la Dirección General de CIJ todas las unidades dedicadas a la prevención de adicciones incorporaron el Programa de Tratamiento y Rehabilitación; en el caso de unidades que no contaran con algún perfil profesional para su puesta en marcha (médico, trabajo social, etc.)

debían operar por interconsulta⁹, en caso de no contar con las instalaciones para alguna actividad específica se solicitó realizarla de forma extramuros, y así realizar diferentes adecuaciones para la realización de un tratamiento integral.

Es en este sentido que los diferentes terapeutas de las unidades que se incorporan a tratamiento deben de adecuar sus intervenciones para brindar el servicio lo más profesionalmente posible y con la mayor calidad que su contexto particular se los permite, lo cual destaca la importancia de conocer la experiencia que les ha significado esta transición y la forma en que se han ajustado a los diferentes obstáculos que han tenido que enfrentar para la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación.

SUPUESTO

Iniciar los servicios de tratamiento orientados hacia las adicciones en un CIJ que sólo dedicaba sus actividades al programa preventivo puede representar múltiples obstáculos que los terapeutas deben solucionar.

⁹ Referir al CIJ mas cercano para algún servicio en específico regresando a la unidad de origen para el resto del tratamiento.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación de carácter exploratorio de tipo cualitativo, ya que lo que se pretendió conocer fue la experiencia que han tenido los terapeutas que laboran en los CIJ del Distrito Federal que iniciaron la aplicación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación en el 2010.

DURACIÓN

Se llevó a cabo de diciembre del 2010 (contacto y entrevistas) a marzo del 2011 (resultados, conclusiones y entrega final).

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

A través de un muestreo teórico se consideró entrevistar a un terapeuta de base por cada uno de los Centros de Álvaro Obregón Oriente, Gustavo A. Madero Oriente, Magdalena Contreras, y Xochimilco, que son las unidades que iniciaron tratamiento en el D.F. en 2010¹⁰.

Se entrevistó a un(a) terapeuta de cada una de estas unidades, en total tres mujeres y un hombre; la edad promedio fue de 36 años, en un rango de 32 a 47 años. Se les designó como terapeuta 1, 2, 3, y 4 para tratar de asegurar su anonimato y confidencialidad en el presente trabajo de investigación, esto sin importar cual es su centro de adscripción. Así pues se tuvo que:

Terapeuta	Escolaridad ¹¹	Antigüedad en CIJ	Experiencia previa en el tratamiento de usuarios de Sustancias Psicoactivas
1	Licenciatura en Psicología Estudios de posgrado	Más de 5 años	Si
2	Licenciatura en Psicología Estudios de posgrado	5 años	No
3	Licenciatura en Psicología Estudios de posgrado	1 año	No
4	Licenciatura en Psicología Estudios de posgrado	Más de 10 años	Si

¹⁰ Cabe destacar que en algunas de las unidades operativas solo existe un terapeuta de base.

¹¹ Los estudios de posgrado fueron señalados de forma general, ya que si se precisa el tipo de estudios realizados (Especialidad, Maestría, Doctorado) se podría perder el anonimato del terapeuta debido a que los equipos de las unidades operativas participantes son muy pequeños.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Terapeutas adscritos a alguna Unidad Operativa de CIJ del Distrito Federal que iniciara tratamiento en el 2010.
- Hombres o Mujeres.
- Psicólogos(as) con un nivel mínimo de Licenciatura concluida (Titulados).
- Personal de base de Centros de integración Juvenil.
- Que realicen actividades de tratamiento en el CIJ en el cual están adscritos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Terapeutas que estén comisionados¹² en su CIJ.
- Que no deseen participar en este estudio.
- Que no realicen ninguna actividad de tratamiento en su CIJ, independientemente de que sean personal de base.

PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO

En primer término se presentó el proyecto a la Dirección de investigación de CIJ para que fuese aprobado el proyecto y a su vez el Departamento de Investigación Psicosocial fue el encargado de contactar a las Directoras de cada una de las unidades operativas donde se realizarían las entrevistas. Ante estas instancias se les presentó el proyecto y se les explicó la importancia de la participación de cada uno de los(as) terapeutas en el estudio. Posteriormente, el investigador responsable por vía telefónica acordó con las directoras de cada unidad los horarios para cada una de las entrevistas, mismas que se realizarían en los consultorios de cada terapeuta dentro de sus unidades operativas.

Posteriormente, se acudió a cada unidad operativa en los días y en los horarios acordados para la realización de la entrevistas y se les explicó a cada uno de

¹² Es decir que no cuenten con una relación laboral de base en CIJ, aunque presten servicios de tratamiento para esta Institución, ya que en algunas de las unidades existe personal que si bien es contratado por otras instituciones (por ejemplo los gobiernos delegacionales o municipales) sus labores las realizan para CIJ, se les denomina como personal comisionado.

los terapeutas el objetivo y el procedimiento a seguir durante la entrevista, pidiéndoles su consentimiento informado por escrito (*ver anexo 1*).

Una vez explicado el procedimiento y aclarados los lineamientos de ética y confidencialidad a los participantes se realizó la entrevista, misma que fue grabada para posteriormente ser transcrita y analizada.

EJES TEMÁTICOS

Para los fines de la presente investigación se establecieron los siguientes ejes de estudio:

- *Los obstáculos encontrados en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación.*
- *Las estrategias y recursos utilizados por los terapeutas en la implementación del Programa de tratamiento y Rehabilitación.*

INSTRUMENTO

Para la obtención de la información se utilizó una *Guía de entrevista semiestructurada*, que permitió indagar la experiencia que ha significado para cada terapeuta la implementación del Programa de Atención Curativa, dichas entrevistas se grabaron para su posterior análisis (*ver Anexo 2*).

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

A cada terapeuta se explicó el objetivo de la investigación, asegurándoles en todo momento la confidencialidad de la información recabada; enfatizado también la libertad de expresar sus opiniones a las preguntas que se les realizaron, y explicándoles que sus respuestas en ningún momento afectarían su situación laboral con la institución, ya que lo que se pretendía era conocer la forma en que han vivido esta transición y como han solventado las diferentes dificultades que se les han presentado, mencionando que no se transcribirían elementos que permitieran reconocer la identidad del entrevistado. Además, con este objetivo, se decidió no presentar en este documento la totalidad de las transcripciones que se realizaron a las entrevistas de los terapeutas, sólo se transcribieron los fragmentos lingüísticos necesarios para realizar el análisis de contenido.

RESULTADOS

La elaboración de entrevistas para conocer la experiencia de los terapeutas que en el año 2010 incorporaron el servicio de tratamiento en los CIJ del Distrito Federal permitió no sólo comprender los alcances y limitaciones que han tenido para poner en marcha el servicio, sino también la disposición que tienen para dar respuesta a la población de su zona de influencia, cuyo servicio ya habían demandado desde tiempo atrás.

A través del análisis de contenido de los discursos expresados por los terapeutas entrevistados, y considerando los objetivos planteados en el estudio, los fragmentos lingüísticos considerados como más relevantes y descriptivos se agruparon en dos categorías (correspondientes a cada una de los ejes planteados en el estudio). Asimismo, con el fin de agilizar su presentación e interpretación se dividieron a su vez en sus subcategorías, de acuerdo a las coincidencias que los terapeutas mostraron en sus discursos.

1) *Obstáculos encontrados en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación.*

Respecto a esta primera categoría, se presentan los principales obstáculos que reportaron los terapeutas, para una mayor claridad y facilidad de lectura éstos se agruparon en:

1.1 Normativos. Los lineamientos para la puesta en marcha de los servicios de tratamiento en todas sus modalidades (terapia individual, familiar, grupal, centro de día, tratamiento para dejar de fumar, etc.)

Una primer dificultad reportada por los terapeutas respecto a los lineamientos normativos que deben seguir para la atención de usuarios consumidores de sustancias psicoactivas, es el no contar con una formación *cognitivo conductual*; y es que a excepción de uno de los terapeutas, el resto coincidió en reconocer que es uno de los modelos

terapéuticos que ha dado mayores resultados en el tratamiento de este tipo de padecimientos. En general, destacaron la importancia de contar con fundamentos teórico-prácticos en esta modalidad de intervención, por ejemplo algunos de los terapeutas señalaron:

Terapeuta 1. *“Trabajo desde lo cognitivo conductual porque en algún momento también llevas entrenamientos y formaciones en cognitivo-conductual, digamos que los ejes principales son lo cognitivo-conductual y lo humanismo-sistémico, y algo de psicoanálisis; porque aquí no se ve psicoanálisis, porque la condiciones de tiempo, las necesidades del paciente no permiten que uno pueda trabajar tratamientos profundos. Sí sirve el psicoanálisis y la teoría psicoanalítica para entender los conflictos subyacentes, pero no lo trabajas desde la técnica, teóricamente te sirve, técnicamente no, técnicamente de adhieres a lo cognitivo conductual...”*

Terapeuta 2. *“No tengo una formación de cognitivo-conductual, lo que he leído es lo que he aplicado, pero creo que una de mis deficiencias podría ser en ese sentido tener más de donde tomar de lo cognitivo-conductual, porque hasta donde yo sé... los estudios que se han hecho, lo cognitivo-conductual en cuestión de adicciones es el modelo que más ha apoyado, es el que ha tenido mayor éxito. Por eso digo, ‘tengo que’, porque no es porque no me guste, sino porque no tengo muchas bases para hacerlo.”*

Terapeuta 3. *“...la historia clínica psicológica me parece que no es tan funcional, yo recibí la capacitación y todo, pero me parece que no es muy funcional en relación a la información que nos podría servir como para la terapia, no me parece un instrumento.... Si no tienes el cognitivo-conductual en tu cabeza creo que no... que no es funcional [...] Sus técnicas son como muy ‘ordenadas’ y creo que puede ser que para algunas personas pueden servir perfectamente pero para otras no, entonces como esa parte ¿no?... dice que es una teoría y demás pero esas técnicas a mi no me son tan... tan... si yo fuera a consulta con una persona cognitivo-conductual y me ponen una de esas técnicas a mi no me podrían ser tan funcionales...”*

Terapeuta 4. *“Creo que por la que más inclino es por la cognitivo-conductual, aunque yo siento que no estoy libre de esta ‘ensalada terapéutica’ que de repente uno hace y que se vuelve caótica, pero yo pienso que voy más del lado de cognitivo-conductual, aunque no dejo de admitir que para algunas cosas la terapia sistémica está muy ‘ad hoc’ a ciertas problemáticas de adicciones [...] y ya, pero en la práctica clínica dentro de Centros, y ya en lo cotidiano, sí es más común la cognitivo-conductual.”*

Otra dificultad normativa que se encontró, es el desconocimiento de las diferentes guías técnicas y manuales de operación de los distintos

proyectos terapéuticos, y es que señalaron que al no estarlos implementando en su práctica cotidiana (aunque ya se hubiesen revisado previamente) resultaba complicado ponerlos en marcha o tenían que estarlos leyendo cuando ya se tuviesen que aplicar; es decir, con la premura del tiempo y sin dedicarse por completo a su comprensión. A continuación también se presentan algunos extractos discursivos al respecto:

Terapeuta 1. *“Tenía tiempo que no hacía tratamiento, entonces fue... yo... para mí... actualizarme en las guías”*

Terapeuta 3. *“No conocíamos las normas completamente, sabía que existían pero no había tenido ‘toooooo’ el tiempo o el detalle de leerlas; aún así, aunque lo lees hay cosas que se quedan en el aire: ‘si esto que entendí es lo que es realmente’ como detalles que a lo mejor ‘después van a botar’, va a botar porque a lo mejor ya nos equivocamos. Por ejemplo, en el ‘cuadernito’ donde se supone debes de llenarlo por cada persona que llega, nos hemos equivocado ya vez que no debe de tener error, no debe de tener ningún error, así detalles que parecen muy... simplones... pero que si tienen algo significativo en cuanto a la norma, sobre todo en eso. Yo no sabía que para canalizar personas que necesitan internamiento, todo el procedimiento que tienen que hacer... no tenemos la hoja para que lo reciban allá, a veces puede parecer una tontería, un detalle, pero finalmente si no está ese detalle no los aceptan, y también todo el perfil que ellos requieren, si lo leí y demás... pero ya después, después lo lees cuando tienes la persona ahí, entonces no eres tan hábil, tienes que estar empapada de eso”.*

Terapeuta 4. *“Pasar de prevención a tratamiento como: ‘Ahí vas’, no estar como muy... documentada, por ejemplo en DSM-IV, la elaboración de diagnósticos –ahora CIE10-, y de repente es... egresos, que tiene que ver remisión parcial, con remisión total, con cura, con interrumpió, baja, etc. con mejoría, sin mejoría. Dudas de lo que uno no estaba acostumbrado hacer [...] a pesar de los seminarios y en la capacitación constantemente estar viendo los programas clínicos; como estábamos muy metidos en prevención quieras o no se te va ¿no?”*

En general, se pudo observar en los discursos de los terapeutas una preocupación por conocer los distintos lineamientos normativos que deben de acatar para brindar la atención a los usuarios de sustancias psicoactivas. Reconocieron además, que el no manejar estos lineamientos de forma cotidiana generó dificultades al momento de tener que implementarlos; es decir, podían conocerlos de forma general pero

coincidieron en que es la práctica la que brinda esa familiaridad, y por ende, la certeza de estar aplicándolos correctamente.

1.2 Administrativos. Elaboración de documentos, notas clínicas, entrevistas iniciales y reportes del expediente clínico, los tiempos asignados para la entrega de documentación y la atención a pacientes, llenado del expediente clínico electrónico, entre otras, son parte de los comentarios que pueden incorporarse en esta categoría.

En este apartado fueron diversas las dificultades expresadas por los terapeutas, desde cuestiones de escasez de recursos materiales, hasta procedimientos que se deben seguir pero para los cuales cuentan con poco tiempo (o por lo menos así lo percibieron), de tal forma se tiene que:

Terapeuta 1. *“El único gran problema que tenemos es que no alcanza el tiempo... ¿Por qué? Porque ahora con el expediente electrónico pues todavía más, porque tenemos un grupo para los pre-liberados, para la gente que viene con problemas legales, en promedio vienen doce o catorce, entonces tu trabajas con ellos, por ende ponte a llenar los expedientes de todos y luego además pásalos al electrónico¹³, resulta ser más tiempo el que inviertes a veces en la ‘administración’ que en la operación [...] en un primer momento pues era responsable de consulta externa, centro de día, de archivo, de todo lo que tenía que ver con tratamiento, entonces... no te alcanza el tiempo para estar pendiente de todo. Siempre es el reto a vencer, que salga la estadística y toda la parte administrativa en forma... la parte operativa ‘creo’ que en realidad se implemento muy rápido [...] Tienes que estar todo el tiempo como con la sensación de ‘contra reloj’ asiendo las cosas... y tienes que atenderlos a todos... y entonces seguimos en esa; si pudiéramos tener una persona que sólo se dedicara a hacer un proyecto, bueno sería muy fácil, porque entonces tendría todo el tiempo para hacer ese proyecto, pero tienes que llevar distintos proyectos simultáneamente, de prevención y de movilización, y de capacitación; entonces ahí es donde... no siempre hay como la facilidad”.*

Terapeuta 2. *“Tienes 60 minutos para tu entrevista y 20 de apoyo, de repente nuestros 60 minutos y nuestros 20 de apoyo más bien se van en toda esta situación y no hay un momento en que tu tengas que hacer todo ese vaciado, ya digamos lo administrativo... y eso desde mí se vuelve un estrés... a parte, por ejemplo una hora y media me la llevé con un paciente y no me dio tiempo hacer la parte administrativa, y de repente ya tengo al otro paciente que va a*

¹³ Se refiere al Sistema del Expediente Clínico Electrónico, conocido por sus siglas como SEXCE.

entrar y se va acumulando toda la parte administrativa y en ese sentido se me hace estresante”.

“Las dificultades también tienen que ver con una cuestión de estructura a nivel personal, creo que también si te organizaras de mejor manera, si respetaras más tus espacios en la agenda [...] bueno, es que uno va permitiendo cosas, por ejemplo yo lleno mi agenda y si dejo un hueco se que ahí me van a citar a un paciente y es parte de la cuestión administrativa, pero si... no sé... sabiendo que una entrevista inicial no es de 60, son 60 minutos más el apoyo... y me pongo una entrevista de 60 minutos y luego la siguiente 60 minutos y luego la siguiente 60 minutos, creo que ahí es donde yo también me estoy poniendo digamos ‘el estrés’ de no saber administrar mis tiempos”.

Terapeuta 3. *“Con el SEXCE –otro cambio en este año- ha sido peor el asunto en relación a los procedimientos, como que de repente ‘nos hacemos bolas’, bueno yo ‘me hago bolas’ en tiempos, porque me parece que absorbe mucho tiempo el expediente electrónico [...] a parte el material que no hay a veces, que esa parte es básica como una Entrevista Inicial, que de repente no hay, podría ser como un obstáculo... y ya lo pasas en un papelito y luego te quita tiempo, y a veces es uno tras otro [...] aunque ahorita por electrónico si ya es más lento, todavía nos falta en ese sentido como familiarizarnos más, como hacerlo más ágil. Tienes que hacerlo en papel y luego pasarlo y pasarlo es como que a veces se atora la ‘compu’, o cuestiones por el estilo y que a veces no hay muchas ‘compus’ o que los espacios están llenos...”*

Terapeuta 4. *“...entonces tú ya estás en tu tiempo de notas clínicas, porque ‘nunca acabas’ [...] y además ya te están llegando ‘los chavitos’ que mandan de la secundaria para el nuevo grupo o de más, entonces si no aprendes a poner límites o si una no pone límites entonces te come el tiempo, ese es un obstáculo importante ¿a qué hora haces notas clínicas? [...] nosotros no hemos empezado a trabajar con el SEXCE, no porque no queramos, sino porque no nos han dado las claves, ya se mandó la información, no sé que ha pasado ese día hable a consulta externa, pero supongo que va a ser un obstáculo como escucho a mucha gente, el que no hay maquinas suficientes, ¿y donde vas a capturar?, pues no sé, en su momento lo tendremos que resolver.*

En general, para la percepción de los terapeutas resultó una dificultad muy importante no contar con los tiempos suficientes para realizar sus actividades; y es que reportaron que en ocasiones la saturación de actividades, tener que realizar algunos llenados estadísticos, aunado a que desde principios de 2011 se dio la instrucción de instaurar en todos los CIJ el expediente electrónico, a repercutido de forma significativa en la capacidad de cumplir con todos los lineamientos administrativos que se

requieren, siendo esto claramente ejemplificado por uno de los terapeutas como “una sensación contra reloj”.

1.3 Escasez de personal. Equipos con un número reducido de profesionales que atienden el servicio de tratamiento.

En esta categoría los terapeutas reconocieron la importancia de contar con un Equipo-Médico-Técnico con el personal necesario tanto en su perfil profesional (medicina, psicología, psiquiatría y trabajo social) como en su número (plazas suficientes) para ofrecer un servicio integral a su zona de influencia, ya que al ser Centros de poco personal esto influye en la saturación y en la carga de trabajo, cabe destacar que sólo una de las unidades operativas cuenta con todos los perfiles profesionales; los otros tres, por el contrario, deben compensar la ausencia de uno o dos de estos perfiles a través de interconsultas con los Centros más cercanos, mismas que pueden implicar para los usuarios traslados incluso mayores a dos horas y esto reconocieron que puede repercutir de forma negativa en la adherencia al tratamiento. Esto queda de manifiesto en expresiones como:

Terapeuta 1. *“Somos un Centro ‘chiquito’ y entonces tampoco hay mucho para donde distribuir responsabilidades, nos tenemos que encargar todos de todo un poco [...] este es un Centro demasiado pequeño con muy poco personal, entonces si ya de por sí estamos rebasados, todavía además de hacer Centro de Día, se trata de que tu Consulta Externa sea Centro de Día.”*

Terapeuta 2. *“No contamos con todo el Equipo Médico-Técnico y entonces los estamos refiriendo a otro Centro donde se da la atención [...] de por sí nuestros pacientes vienen luego de otras delegaciones donde no hay Centros todavía, y el Centro al que los referimos les queda lejos, y entonces toda la cuestión que podemos hacer en una primera sesión, digamos la adherencia terapéutica se hace, pero a lo mejor en el camino al otro Centro se pierde [...] también el que somos poco personal, tenemos que hacer prevención y tratamiento, y de repente dices... ‘Hago prevención o hago tratamiento’ y me parece que en ese sentido es la presión que puede provocar el ‘síndrome del trabajador quemado’ [...] ahorita todavía no, pero yo creo que sí en algún momento ante la presión de coberturas, pacientes; coberturas en el sentido preventivo y atención a pacientes, de repente si es como... no saber si es... este paciente nada más puede en tal horario y es justamente en el tiempo que podía dar prevención, o ya tengo tantos pacientes y no*

tengo donde ponerlos, y entonces de repente la agenda se vuelve todo de tratamiento, ya no hay prevención.”

“Tenemos nosotros que hablar al CIJ XXX para la historia clínica, de repente es tardarte más tiempo en hacer todo eso que si estuviera aquí con nosotros sería más rápido, no te tardarías tanto tiempo en estar atendiendo a un paciente [...] no tenemos médico para empezar, o sea si tuviéramos el médico... tal vez sería menos difícil, porque igual dices... te adaptas a las condiciones físicas”.

Terapeuta 3. *“Personal siempre falta, perfiles... el médico, ese si es urgente que llegué aquí, no tenemos médico y esa sí es una gran ‘bronca’ para los pacientes y para el tratamiento, porque irse y trasladarse hasta allá sí les cuesta trabajo, tienen que ir a otro lugar... hasta la Delegación XXX y el paciente hace tanto tiempo y hasta más... es un gran problema porque muchas personas ahí se quedan...”*

Terapeuta 4. *“Al no tener médico es como difícil, nosotros tuvimos la experiencia de que mandábamos a los pacientes a historia clínica y no llegaban allá, ha sido siempre difícil que nos presten a un médico, para que venga y aquí levanten historias clínicas; sin embargo, los pacientes llegan en una buena cantidad; sin embargo, otros se empezaban a perder especialmente ITAES, dejaban de venir [...] En el Centro específicamente como soy la única terapeuta, si yo empiezo a tener muchos pacientes de terapia individual, entonces a nivel de metas y coberturas, pues el impacto es muy grande, como mucha inversión de tiempo”*

Los comentarios realizados por los terapeutas permiten hacer ciertas conjeturas en cuanto a las limitaciones que pudiera tener una intervención que se presenta en las condiciones mencionadas; algunos refieren que el hecho de que el usuario realice un traslado a otra unidad ha impactado la adherencia de éstos a su tratamiento; sin embargo, también deja entre ver que esto influye de forma desfavorable en otras funciones que el equipo debe realizar, como son el alcanzar las coberturas institucionales y la realización de actividades de prevención, generando saturación y sobrecarga de trabajo.

- 1.4 Escasa experiencia profesional en la atención de adicciones.** Los antecedentes que los terapeutas tenían en la atención de usuarios de sustancias psicoactivas específicamente.

Este fue uno de los puntos que determinó en gran medida la forma en que los terapeutas visualizaron su nueva situación, ya que de hecho los que tenían experiencia previa en la atención de consumidores de sustancias psicoactivas, reportaron experiencias más favorables, en comparación con aquellos para los que ésta era su primer incursión (independientemente de la experiencia previa en la atención psicológica de otros padecimientos), se presentan a continuación algunos fragmentos de sus discursos:

Terapeuta 1. *“Yo tenía tiempo que no hacía tratamiento [...] antes de trabajar en Centros ya había tenido oportunidad de poder trabajar en otras instituciones y espacios con pacientes adictos, y entonces digamos que simultáneamente he ido aprendiendo y entrenándome en las técnicas para atender pacientes desde lo cognitivo-conductual”.*

Terapeuta 2. *“Uno de los compañeros ya había tenido experiencia en Consulta Externa y era en quien nos apoyábamos, digo yo trataba de buscar el apoyo [...] yo no había estado con tratamiento en los Centros, y fue un encuentro con una nueva experiencia...”*

Terapeuta 3. *“Yo no tengo mucho tiempo trabajando con personas específicamente adictas, entonces... cuando trabajas con otros perfiles... con ese tipo de ‘broncas’ o como quieras llamarlo, pues... es más frustrante con adicciones, en el sentido de que con otras personas si ves como un avance o algo así, y que es como más complicado por sus ritmos son así como muy intermitentes, tu ‘ego’ quizás como psicólogo es diferente y el desgaste personal, en ese sentido como tener más conciencia de que... tu actitud... puede ser como diferente, todo eso es algo que me sirve pero que no había experimentado con otro tipo de población, donde es otra forma de desgastarte, bueno otra forma no de desgastarte sino de sensibilizarte...”*

Terapeuta 4. *“Tantos años que he hecho prevención –no es justificación- pero si me alejé del área clínica [...] y ya cuando tienes aquí centro de día dices: ‘hay en la torre... yo no llevaba nada de esto’ ¿no?, o terapia grupal: ‘¿qué les doy en las sesiones de terapia grupal?’ terapia individual ¿cómo le creas el objetivo al paciente?, es decir como no estás muy involucrado con el tratamiento, de repente sí, aunque lo has leído y aunque tienes el manual, y aunque tienes el acceso a la información, no tienes ‘la experiencia’, entonces es como afrontar el que lo tienes que hacer, a veces me gana la angustia, pero igual leo y digo ‘ha... tenía que ver con esto’, entonces no me queda algo claro voy con mi directora y le digo: ‘tengo este problema’, me documento y no se... voy a las juntas por ejemplo, voy... escucho a la gente y digo: ‘ha... entonces había que hacer esto, ha...’ escuchar la experiencia de alguien más me va enriqueciendo y me va permitiendo disminuir esa ansiedad, disminuir ese miedo y afrontar y resolver”.*

En general se reconoce por los(as) terapeutas que “la experiencia” en la atención a consumidores de sustancias psicoactivas, es un aspecto sumamente importante al momento de enfrentarse con la incorporación de este tipo de atención terapéutica, y que una forma de compensar la falta de esa experiencia, es apegándose a compañeros que ya han trabajado con usuarios consumidores, ya que de esta forma se pueden aclarar dudas y tener una orientación que guíe la propia labor.

1.5 Espacio físico Necesidad de adecuar las instalaciones para ofrecer la atención terapéutica en todas sus modalidades de forma simultánea

A diferencia de la mayoría de los Centros que ya participaban en el programa de tratamiento, estas unidades recientemente incorporadas cuentan con instalaciones (espacios físicos) significativamente más pequeñas, por lo que han enfrentado dificultades para poder contar con diferentes espacios terapéuticos y de rehabilitación, tales como terapias grupales o talleres de actividades lúdico recreativas; pese a lo anterior fue realmente poco lo que comentaron como dificultades a este respecto y de hecho comentaron diferentes formas en que lo han solventado (se verá con mayor detalle en la siguiente sección), en este sentido los terapeutas mencionaron:

Terapeuta 1. *“Tenemos... la salita que está aquí a lado, donde se quito lo que había y todo... para... digamos... es un cubículo, y ya sin muebles caben ocho personas sentadas [...] el cubículo más grande se le quitaron todos los muebles y solamente se pusieron sillas y un pizarrón para tener una pequeña sala de trabajo alterna porque de repente tenemos tratamientos tempranos para adolescentes al mismo tiempo que tenemos un grupo de padres, el grupo de padres está allá abajo y los adolescentes están acá arriba”*

Terapeuta 2. *“A mi me parece que, somos un Centro pequeño... en el sentido de número... de espacio físico [...] El Centro es muy pequeño y de repente hay que implementar cosas justamente por la demanda, pensamos en terapia de grupo y resulta que los espacios no son suficientes para trabajar una terapia de grupo; y luego implementamos Centro de Día y no hay espacios físicos para trabajarlo, tenemos grupo de AA que también tienen que estar ocupando un espacio físico y no lo hay, me parece que otra situación podría ser el espacio físico [...] por el lugar físico donde*

estamos, “chiquito el Centro” pero si tenemos AA, Al-Anón, viene una señora a dar clases de bordado... dos, dos señoras, cuando llegamos a tener chicos de servicio social de repente ya no sabemos dónde colocar a todas esas personas.”

Es importante destacar que a pesar de lo reducido de los espacios físicos de estas unidades operativas, existen una gran cantidad de actividades que se llevan a cabo, particularmente en aquellos Centros que ya implementan Centro de Día; por lo que se puede asumir que la carencia de estos espacios físicos no representa en realidad una gran dificultad para la implementación de programa de atención curativa; no así, lo reportado en cuanto a la carencia de personal en las unidades, que ha sido una de las dificultades al parecer más difíciles de superar por los terapeutas.

1.6 Obligación de poner en marcha múltiples proyectos de forma simultánea. La realización de diferentes actividades por parte de los terapeutas, que implican actividades de prevención y de tratamiento de forma simultánea.

En este apartado se pueden observar las dificultades que han enfrentado para realizar diferentes proyectos de forma simultánea, es de destacarse que la mayoría de los terapeutas entrevistados reportaron dificultades para desarrollar el proyecto de *Centro de Día* (a excepción de la unidad que cuenta con los tres perfiles profesionales); mismo que dadas las características físicas de sus centros de trabajo y la falta de personal, resulta particularmente complicado implementar:

Terapeuta 1. *“Hago tanto prevención como tratamiento y algunas actividades de movilización, entonces digamos que hago las tres áreas [...] tampoco hay mucho para donde distribuir responsabilidades, entonces, nos tenemos que encargar todos de todo un poco...”*

Terapeuta 2. *“De los proyectos que se trabajan dentro de la Institución, a nivel preventivo es dar pláticas, talleres, conferencias, capacitación, estoy a cargo de lo de servicio social y voluntarios [...] entro a lo que es terapia familiar... en el grupo de adolescentes, en terapia individual, terapia de grupo, bebedores que tienen problemas en su manera de beber –que ya no se llama así- pero ahorita no recuerdo como se llama, en el grupo de familiares..., es*

que en mi Centro somos muy pocos, y entonces básicamente todos los proyectos de tratamiento se dividen en dos, digamos como responsable de muchos proyectos acá”.

“Como hemos acomodado las cosas hace que no estén en todo momento con nosotros, pero si de repente ‘soy su terapeuta individual, soy su terapeuta de grupo, soy su terapeuta de familia’, como en esta parte terapéutica y de repente a lo mejor hasta voy a ser su terapeuta en el taller de autoestima, o en el taller de habilidades sociolaborales”

“Ante la presión de coberturas, pacientes; coberturas en el sentido preventivo y atención a pacientes, de repente si es como... no saber si es... este paciente nada más puede en tal horario y es justamente en el tiempo que podía dar prevención, o ya tengo tantos pacientes y no tengo donde ponerlos, y entonces de repente la agenda se vuelve todo de tratamiento, ya no hay prevención [...] tenemos que hacer prevención y tratamiento, y de repente dices... hago prevención o hago tratamiento”.

“Centro de Día... lo hemos implementado pero no nos ha funcionado como quisiéramos, porque me parece que es justamente por eso, porque no tenemos todo el equipo, toda la plantilla y de repente los compañeros tenemos que hacerlo de ‘todólogos’ ¿no? y no hay una ‘cara nueva’ con nuestros pacientes, a lo mejor se aburren de vernos todo el día [...] de repente estamos ahí casi todo el día con ellos.”

Terapeuta 3 “Prevención y tratamiento, en todo lo que se puede, ahorita me encargo de terapia de grupo, ‘clínica de fumador’, y prevención con adolescentes, proyectos de prevención selectiva, no tengo como algo específico, básicamente ahorita estoy... terapia y prevención”.

“Estamos como presionados también por Centro de Día... no lo hemos abierto... ya lo tenemos mínimo en la agenda... como lo queremos organizar, pero todavía no se ha podido concretar, y ya ves que no tenemos lo requerido [...] los pacientes trabajan, que están muy lejos, básicamente eso, o sea que están muy lejos y que venir acá implica mucho gasto, porque están en una situación económica muy precaria, entonces no va a ser posible, a lo mejor están exentos, pero venir tanto tiempo, no, y están buscando trabajo, y son prácticamente los más chiquitos, porque personas mayores ya es más complicado porque trabajan, entonces digamos que no han llegado como los ideales para que dieran ese tipo de opción, o si llegan nada más llegaron como en la ‘crisis’ y ya no regresaron, se hace el rescate y ese tipo de cosas, pero ya no regresaron, los trajeron sus familiares entonces la familia viene pero ya no el paciente, entonces pues ya no se puede hacer centro de día”.

Terapeuta 4. “En el área preventiva todo lo que tiene que ver con información a nivel de escuelas, con todos: papás, maestros, alumnos, clínicas; todo lo que tiene que ver con información a concurrentes también, en lo que no trabajo mucho últimamente es con voluntariado pero fuera de ahí todo... en el área de tratamiento me toca todo, en este Centro soy la única terapeuta que hay, mi compañera es trabajadora social así que entre las dos llevamos el tratamiento [...] trabajamos especialmente con ITAE, que es

Intervención temprana con adolescentes experimentadores y clínicas para dejar de fumar, este año que acaba de concluir iniciamos como retomando un poquito el de bebedores problema, que son como los tres programas más estructurados...”

“Congraciar tiempos, porque yo me dedico más al área clínica y mi compañera más al área preventiva, entonces de repente viene un paciente se integra a la clínica para dejar de fumar, yo le hago la entrevista inicial [...] y mientras mi compañera está en prevención no se le puede hacer el estudio social y a veces el paciente ya recibió una o dos sesiones de tratamiento y no se le ha hecho el estudio social”

“Centro de Día... no lo hemos abierto porque para empezar la población no es la adecuada, si bien es cierto me llega el experimentador de solvente también es cierto que es un chico que sí estudia, también es un chico que está en sus ‘albores’ de inicio, entonces esa es una característica, no tengo población que digas me llegó un adicto a cocaína o me llegó un adicto a marihuana o me llegó un adicto a... a lo mejor me han llegado como experimentadores incluso a cristal, pero solo experimentadores... entonces eso va dificultado el proyecto, porque dices no voy a meter a centro de día un chico que no es más que experimentador”,

Como ya se había mencionado, resulta significativo que las unidades que no cuentan con los tres perfiles profesionales (medicina, trabajo social y psicología), fueron las que más dificultades reportaron en esta categoría, particularmente reportaron mayor saturación y sobrecarga de trabajo, además de dificultades diversas para implementar el proyecto Centro de Día; esto puede sugerir que para brindar un servicio integral y de mayor calidad, es importante contar dentro de la misma unidad operativa, con un Equipo-Médico-Técnico que pueda estar en contacto directo y en constante retroalimentación.

2) Estrategias y recursos utilizados por los terapeutas en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación.

En esta categoría se engloban las diferentes estrategias y recursos de los cuales han tenido que echar mano los terapeutas, para solventar todos aquellos obstáculos que han encontrado desde la puesta en marcha de los programas de tratamiento y rehabilitación en sus respectivas unidades operativas, de igual forma se agruparon en:

2.1 Organización y trabajo en equipo. Las diferentes formas en que los terapeutas se han tenido que coordinar al interior de sus Centros para la prestación de los servicios de tratamiento.

En esta primera estrategia que implementaron los terapeutas, se pone de manifiesto la importancia del trabajar en equipo y de manera coordinada, ya que reconocen que es una necesidad propia de la labor que realizan; incluso puede pensarse que no es casualidad que haya sido la primer estrategia reportada por los terapeutas para solventar las dificultades propias de haber iniciado labores de tratamiento, a este respecto se presentan algunos de los comentarios hechos por ellos(as):

Terapeuta 1. *“Entonces, nos tenemos que encargar todos de todo un poco [...] la gente está dispuesta a trabajar, y porque conoce, sabe como hacer las cosas [...] Todo mundo viene ‘con ganas’, están actualizados... mis compañeros tienen experiencia y entonces es una dinámica de grupo muy favorable, o sea la dinámica del equipo es muy favorable, la gente está capacitada y está en un momento de su vida en el que está ‘pujando’, en el que está ‘jalando fuerte’ porque se está capacitando, están haciendo estudios de posgrado, o tiene posgrados, están haciendo ‘cosas’, entonces tienen cierta ambición de capacitación intelectual, me parece que eso ha ayudado [...] la gente que está aquí tiene habilidades importantes, tienen experiencia [...] específicas con pacientes adictos, entonces esto hizo que muy rápido todo mundo pudiera meter toda su capacidad y eso ha hecho que la operación esté muy bien”*

“Nos integramos, la directora es también una persona de dinámica importante, de actividad, de propuesta; al ser tan dinámica y al estar siempre con una actitud abierta, hace que las cosas se echen a andar... digamos que es normal que en cualquiera de nosotros haya alguna resistencia de repente ante algún cambio, el algún nuevo proyecto... en alguna cosa, pero el resto del grupo inmediatamente ‘jala’ como para soportar la frustración o la presión de tener que sacar tantas cosas, entonces rápidamente en la dinámica grupal se diluye la tensión, hacia una dinámica bastante flexible, bastante abierta...”

Terapeuta 2. *“Creo que afortunadamente hasta ahorita, el equipo hacemos justamente eso... trabajar en equipo, y creo que esa es una manera en la cual nosotros hemos podido ir solventando cosas, donde ya a uno se le ocurrió ‘ha podemos hacer esto en este lugar’ o ‘ha podemos acondicionar nuestro espacio, el cubículo para que quepan mas personas’, y de alguna manera como equipo irnos acompañando también en el estrés... de decir ‘me siento así’ o ‘ha me está pasando esto otro’ y entenderlo y comprenderlo y saber que no eres el único que se está sintiendo estresado; y que a nivel directivo también se es sensible a las necesidades que tenemos [...] fue un encuentro con una nueva experiencia, que ha permitido*

que ha pesar de decir... ‘¡ha! ahora me reorganizo en esto otro’, como que si buscamos la manera de solventar cada situación, y de ir tratando de mejorar, porque lo que caracteriza al equipo con el que trabajo es que está interesado en los pacientes, lo que a mi me parece muy importante”.

“Somos solidarios, si por alguna razón que nos citan o que tenemos que ir no se... a una junta... a un curso, y si hay posibilidad de pasar la actividad con otro compañero de trabajo, pues se hace, se trata de esa parte donde podemos contar con el otro, o con los otros, tanto a nivel de tratamiento como de prevención, eso genera que se respire un ambiente de tranquilidad, de unidad, de bienestar, de empatía de colaboración...”.

Terapeuta 3. “Organizarnos entre nosotros de forma interna... ‘hazte cargo de esto y ya me dices’ ponernos más de acuerdo, pero es como más interno, no porque ya se haya asignado por la directora... yo como por días asignarme ‘hoy puros pacientes’, y ya no me muevo y ya no tengo que correr...”

Terapeuta 4. “Cuando yo mando un paciente para historia clínica me comunico antes para que allá lo esperen [...] me dicen ‘dile que tal día a tal hora’ [...] hemos platicado con mi directora y algo que pensamos hacer es hablar con ellos y decirles ‘oye, ¿Qué te parece si de los pacientes que yo te voy enviando cada quince días yo me presento o mando al auxiliar o... para que me mandes las historias clínicas que haya?’

“Congraciar tiempos, porque yo me dedico más al área clínica y mi compañera más al área preventiva”

La organización y la coordinación resultan esenciales para la obtención de logros y metas en cualquier actividad y en cualquier institución; sin embargo en materia de adicciones, parecer ser una condición sin la cual no sería posible alcanzar ningún objetivo terapéutico o de hacerlo este podría ser limitado; los terapeutas entrevistados pusieron esto de manifiesto, ya que incluso lo mencionan como algo que tiene que necesariamente ocurrir aunque no sea de manera “formal”, como lo sería por una indicación a nivel directivo, sino que es algo que se “gesta” por y para el grupo.

2.2 Alternativas para la capacitación. Las diferentes formas en que los terapeutas buscan actualizarse o capacitarse dentro de las nuevas funciones que tienen que cumplir.

Otro punto de acuerdo que se presentó a lo largo de las entrevistas es la necesidad de estar informados y actualizados dentro de las diferentes

normas, protocolos, y lineamientos (incluso administrativos) que se deben de seguir para la prestación de servicios de tratamiento en materia de adicciones, en este sentido, los terapeutas mencionaron:

Terapeuta 1. *“Lo primero que hicimos fue hacer como un sondeo y una valoración de cuanto sabían y entonces empezamos a apuntalarlos... apuntalarnos porque yo tenía tiempo que no hacía tratamiento, entonces fue yo para mí, actualizarme en las guías, y entonces lo que hicimos primero fue tomar un tiempo de planeación, que significaba una capacitación...”*

Terapeuta 2. *“En el camino del tratamiento fue donde fuimos leyendo manuales de los proyectos, en el correr del tratamiento... al mismo tiempo fuimos involucrándonos en la lectura, para conocer los protocolos [...] desde antes ya se veía la posibilidad de darse un tratamiento, incluso nos preparábamos en talleres de capacitación”*

Terapeuta 3. *“Leyendo más los manuales, bueno ya conocemos los manuales, ya los tenemos impresos, eso ya es como un gran paso, porque la verdad si sabíamos pero no a detalle, ya sabemos un poquito más los pasos...”*

Terapeuta 4. *“Igual leo y digo ‘Ha... tenía que ver con esto’, entonces no me queda algo claro voy con mi directora y le digo: ‘tengo este problema’, me documento y no se... voy a las juntas por ejemplo, voy... escucho a la gente y digo: ‘Ha... entonces había que hacer esto, ha...’ escuchar la experiencia de alguien más me va enriqueciendo y me va permitiendo disminuir esa ansiedad, disminuir ese miedo y afrontar y resolver. leo, me documento, pregunto, soy honesta... si no sé no sé, y prefiero ir y preguntar a alguien que sabe, para yo tenga una idea y pueda resolver [...] documentarme, por ejemplo en esto de volver a retomar manuales, guías, como se hace un egreso, cuales son las categorías, a qué corresponde, como se hace el diagnóstico, y cosas que no me quedan claras llamo a mis compañeros de otro centro ‘y disculpa ¿Cómo se hace esto?’ prefiero asumir que soy ignorante y no poner cosas que no son. [...] en capacitación constantemente estar viendo los programas clínicos”.*

La capacitación permanente y la revisión constante de las distintas guías técnicas y manuales de tratamiento, resultó ser una de las principales alternativas que permite facilitar la prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación en los CIJ, y que a su vez, todos los terapeutas coincidieron en su destacar la importancia; pero también el poder recurrir a alguien que ya está participando en actividades de tratamiento desde hace tiempo y poder tener una orientación o aclarar dudas a través esta persona, surge como otro aspecto que no se había tomado en cuenta, y es que incluso se podría proponer como una alternativa, el contar con espacios donde se

sociabilicen las distintas soluciones que los compañeros de los centros con más experiencia en tratamiento, ha implementado y que les han resultados útiles y funcionales.

2.3 Decisiones e iniciativas de los terapeutas. Las distintas alternativas que han tomado los terapeutas al momento de enfrentarse con dificultades en la operación de los proyectos de tratamiento y rehabilitación.

En esta sección se exponen algunas medidas que los terapeutas tomaron como respuesta a las dificultades que se les habían presentado al momento de la puesta en marcha de las actividades de tratamiento y rehabilitación.

Terapeuta 1. *“Somos un equipo “muy chiquito” y no podíamos tener todos los proyectos por duplicado, o sea no podíamos tener terapia de grupo para consulta externa y terapia de grupo para centro de día, y grupo de padres para consulta externa y grupo de padres para centro de día, no tenemos tiempo para hacer eso, entonces lo que tuvimos que hacer es buscar la mejor forma para dar terapia de grupo y entonces que ahí estén los de centro de día y los de consulta externa”*

“...la salita que está aquí a lado, donde se quito lo que había y todo... para... digamos... es un cubículo, y ya sin muebles caben ocho personas sentadas, entonces lo que se hizo un cubículo, el cubículo más grande se le quitaron todos los muebles y solamente se pusieron sillas y un pizarrón para tener una pequeña sala de trabajo alterna porque de repente tenemos tratamientos tempranos para adolescentes al mismo tiempo que tenemos un grupo de padres, el grupo de padres está allá abajo y los adolescentes están acá arriba; entonces el centro de día funciona digamos normalmente, la consulta externa se da, hacemos el diagnóstico, tenemos terapia de grupo, hay terapia familiar, tenemos pacientes en clínicas para dejar de fumar... no estamos logrando hacer tantas clínicas, están llegando muy “salpicados” los pacientes, entonces los estamos viendo entonces de manera... en grupitos muy pequeños, pero bueno está siendo complicado también eso, pero bueno se llevan todos los programas, no al mismo tiempo porque no se puede, o sea personas que tienen problemas con su forma de beber no se puede al mismo tiempo que una clínica para dejar de fumar, porque ni hay espacio ni hay personal para estarlos “sacando”, pero entonces tenemos que irlos alternando, pero en general pues se llevan yo creo todos los programas básicos”.

Terapeuta 2. *“A mi me parece que, somos un centro pequeño... en el sentido de número... de espacio físico... pero creo que afortunadamente hasta ahorita, el equipo hacemos justamente eso trabajar en equipo, y creo que esa es una manera en la cual nosotros hemos podido ir solventando cosas, donde ya a uno se le*

ocurrió “ha podemos hacer esto en este lugar” o “podemos acondicionar nuestro espacio, el cubículo para que quepa mas personas [...] yo tengo este interés genuino por apoyar a las demás personas, no solamente a los pacientes sino también a mis compañeros, creo que me gusta mucho proponer cosas”

“Pero también sé que tengo que hacer uso de los cognitivo conductual, entonces en momentos dados también hago uso de los cognitivo conductual, en cuestión de decir... a ver... que tarea vamos trabajando, como se presenta el patrón de consumo, como podemos ir rompiendo con esa situación de consumo, o sea como ir desaprendiendo lo que aprendieron, entonces lo voy trabajando en ese sentido sin perderme de lo cognitivo conductual, pero a lo mejor empleando un poco de narrativa, empleando un poco de lo estratégico, de lo estructural, y por ende de lo sistémico.

Terapeuta 3. *“Por ejemplo... ahorita yo voy a comenzar con clínica de tabaco, en clínica de tabaco es como cognitivo conductual, entonces en ese sentido como yo entenderlo y a su vez hacerlo que lo entiendan...”*

Terapeuta 4. *“Poniendo mucha claridad y límites a los pacientes [...], porque el paciente piensa que llega y que cuando llega a la hora que llegue se le tiene que atender”*

En este punto las decisiones que se han tomado son muy diversas, y van desde solventar dificultades en cuanto a lo reducido de las instalaciones físicas de la unidad, hasta otras de carácter “técnico”, como lo son el empleo de modelos terapéuticos en los cuales el personal no está capacitado plenamente, tal es el caso del uso de la metodología cognitivo conductual; incluso se han tomado algunas decisiones de carácter personal como lo es el ser más firme con los usuarios que solicitan tratamiento.

2.4 Propuestas e identificación de necesidades. Aspectos que emergieron espontáneamente por los terapeutas y que representan oportunidades de mejorar los servicios que se brindan en sus unidades de trabajo.

Durante las entrevistas que se realizaron, existieron algunas reflexiones hechas de forma espontánea por lo terapeutas, pero que reconocieron que les podrían ser útiles en su práctica cotidiana; o también se presentaron algunas inquietudes, mismas que les gustaría fueran escuchadas por personas dentro de la institución en la posibilidad de resolverlas, o por lo menos ellos estar en la posibilidad de expresarlas.

Terapeuta 1. *“Estuvimos haciendo los requerimientos mínimos para tener un archivo... para poder hacer los expedientes... ya había algo de papelería [...] Necesitamos más material, más espacio, necesitamos mayor organización porque todavía hay proyectos que no podemos implementar, o sea no fácilmente, llámese personas que tienen problemas con su forma de beber, o clínicas para dejar de fumar, son proyectos que ahí están pero que no todo el tiempo podemos estarlos implementando, entonces necesitamos mayor organización, necesitamos capacitación específica en algunos proyectos en específicos como esos, que no todo el equipo conocemos todos los proyectos en detalle, entonces necesitamos capacitarnos en proyectos específicos para poder implementar estos otros que nos faltan, básicamente creo que es como por ahí”.*

Terapeuta 2. *“Yo creo que lo importante, si es para mejorar un servicio de tratamiento, que sí se hiciera ese estudio para ver que condiciones tiene un CIJ, en cuestión geográfica, y en cuestión de recursos humanos para hacer ciertas actividades, a lo mejor si podemos hacer tratamiento, pero a lo mejor no todos los proyectos de tratamiento, entonces a mí me parece que sería importante poder hacer ese estudio poder decir... “a lo mejor ese centro puede dar no se... terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, grupo de familiares ¿no?”, por el número de personas, por las condiciones físicas, pero a lo mejor no es para centro de día, aunque uno quisiera trabajar centro de día, las mismas condiciones no te lo permiten, entonces a mí me parece importante conocieran realmente el espacio físico, los proyectos son muy buenos, son muy interesantes, se que les ayudan a los pacientes, se que “tienen esas buenas intenciones, pero no de buenas intenciones podemos vivir”... que los conocieran los que está ahí, en toda esa cuestión de la organización, de los Centros, no sé talvez los de la subdirección de Consulta Externa, o la Dirección de Consulta Externa, o sea quienes son ,los encargados de atender el departamento, por decirlo así de consulta externa.[...] por qué si lo conocieran a lo mejor no pedirían que se abriera un Centro de Día, por ejemplo...”*

Terapeuta 3. *“Entre todo lo que tenemos que cubrir, a veces cada quien hace su ‘cachito’, y a veces es ‘la parte del equipo’ la que no logramos completamente hacer, como que cada quien se dedica a su ‘rollo’ y entonces no es realmente un equipo, en ese sentido considero que nos falta más madurar, no se... ella (mi compañera) va abrir un grupo de experimentadores y yo tengo uno, y no la veo en todo el día... y se me pasó hablarle... en ese tipo de cosas nos falta ‘madurar’, como ponernos como de acuerdo... ‘tu vas a ser la responsable de’ [...] por otra parte el material que no hay a veces.”*

Las necesidades al interior de las unidades son diversas, y van desde el tipo y tamaño de las instalaciones, hasta el contar con los recursos materiales necesarios para la implementación del tratamiento de forma adecuada, incluso en uno de los casos el reconocer la necesidad de

trabajar en el equipo de forma coordinada, fue para ese Centro una de las necesidades más apremiantes.

2.5 Reconocimiento de logros y metas. Identificar aspectos positivos y favorables con la incorporación de las actividades de tratamiento a las funciones que desempeñan los terapeutas que fueron entrevistados.

Solo en uno de los casos fue positiva la forma en que se presentó la implementación del proyecto de centro de día, ya que de hecho tres de los terapeutas habían reportado la implementación de dicho proyecto (o la imposibilidad de implementarlo) principalmente en la sección de obstáculos; cabe destacar que se trató precisamente del terapeuta de la unidad que cuenta con los tres perfiles profesionales (medicina, trabajo social y psicología), de tal modo se tuvo que:

***Terapeuta 1.** “Como a los tres o cuatro meses ya estuvimos en capacidad de echar a andar el centro de día, y bueno también es un programa que una vez que se implementó ya no se ha interrumpido [...] centro de día está tres días a la semana, con las actividades mínimas que se solicitan, empezando por recepción, la asamblea, la terapia de grupo... tenemos un grupo de ayuda mutua, se les da cine debate, hay prevención de recaídas y también está la posibilidad de que hagan ejercicio, porque tenemos muchos talleres, por si fuera poco es un Centro que tiene una historia de hacer muchos talleres con la comunidad”.*

Es de destacarse, que ante la pregunta de cómo habían experimentado en lo personal la transición de solo realizar prevención, a realizar tratamiento y rehabilitación, en general los terapeutas mostraron una actitud muy favorable en sus respuestas, reconociendo a demás que ha sido un cambio positivo y favorable para ellos, cabe destacar que solo una de las personas entrevistadas mostró reservas y no lo refirió de esta forma, a continuación se presentan algunos fragmentos de sus narraciones:

***Terapeuta 1.** “Pues para mí ha sido divertida, antes que otra cosa ha sido divertida, francamente porque me gusta mucho la clínica, me gusta mucho el tratamiento con los pacientes y de algún modo siempre la prevención te deja ‘picado a más’ y el poder empezar a hacerlo fue muy agradable, había ya una necesidad muy importante de la comunidad y el equipo tenía ganas de hacerlo [...] hubo varias cosas que hicieron que la dinámica se pusiera muy en*

sintonía de hacerlo, claro que no es fácil porque todo cambio produce un necesario tiempo de adaptación, sin embargo hubo una baja resistencia en general, porque de algún modo todos teníamos ganas de hacerlo, fue bastante favorable diría yo”.

Terapeuta 2. “Es ‘padre’ trabajar con los pacientes, es enriquecedor tener a ese paciente que lo veíamos a lo mejor afuera, o que los niños en un taller nos platicaban: es que mi papá, es que mi tío, es que mi hermano, y de repente lo tienes aquí ‘en vivo’, a mí me parece ‘interesante’ ver como se da ese trabajo [...] digo que positivamente, no soy perfecta, porque para ser perfecta tendría que ser dios –por ahí lo dijo un compañero hace poco-, pero creo yo tengo este interés genuino por apoyar a las demás personas, no solamente a los pacientes sino también a mis compañeros, creo que me gusta mucho proponer cosas, [...] también hay cosas que no me parecen y si son escuchadas mis propuestas, tanto por... a nivel de dirección... a nivel de compañeros de trabajo, creo -y no sé si pecho de modestia-, pero creo que si ha influido de manera positiva, y bueno no solamente porque soy yo, sino creo que es por el clima que se genera en el Centro”.

Terapeuta 3. “Fue de sopetón, si hubo medio una capacitación, ‘pero medio’, porque no teníamos ni siquiera impresos, ni teníamos como conocimiento de todos los manuales, de todo lo que implica, fue como... ‘sobre la marcha’ que empezamos a empaparnos [...] Pues ha sido con errores, sobre todo con los procedimientos en relación al ‘llenado de cosas’ y a la formación de grupos, nos está costando mucho trabajo esa parte y también de ‘los espacios’ [...] Pues de tensión, ‘sobre la marcha’, de estar como de repente a ‘ensayo y error’ sobre todo en el llenado de cosas”.

Terapeuta 4. “Pero en general el tratamiento bien [...] yo diría que positiva [...] con muchos ‘nervios’, sí, soy honesta... soy muy aprensiva y nerviosa, no me gusta quedar mal, en el sentido de... de aprendizaje, leo, me documento, pregunto, soy honesta... si no sé no sé, y prefiero ir y preguntar a alguien que sabe, para que yo tenga una idea y pueda resolver, a quedarme así como ‘a mí no me dijeron’ y ‘yo no sé’, ‘safo’, documentarme, por ejemplo en esto de volver a retomar manuales, guías, como se hace un egreso, cuales son las categorías, a qué corresponde, como se hace el diagnóstico, y cosas que no me quedan claras llamo a mis compañeros de otro centro y ‘disculpa ¿Cómo se hace esto?’ prefiero asumir que soy ignorante y no poner cosas que no son; me siento nerviosa y a veces me siento como el ‘borras’ ‘tu aviéntate’ así me siento en ocasiones”.

Como pudo observarse a pesar de todas las limitaciones que se pudieron presentar en la incorporación del programa de tratamiento y rehabilitación en los CIJ que se incorporaron en durante el 2010, resultó en general para

los terapeutas una experiencia positiva, que a demás les representó diferentes satisfacciones.

Finalmente, la realización del presente trabajo de investigación, permitió mostrar diferentes matices que se presentan al incorporar a tratamiento a las unidades operativas que no contaban con este antecedente, y que pueden ser muy diversas las posiciones y las visiones que se tiene de este suceso; además se debe tomar en cuenta que la realidad de cada unidad operativa presentará diferentes obstáculos y oportunidades que el personal a ellas incorporado debe de sortear y aprovechar, por lo que la siguiente sección (conclusiones), se presentarán algunas de las principales reflexiones que se pudieron obtener con la realización de esta investigación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Conocer las diferentes experiencias de algunos terapeutas que recientemente se han incorporado a la labor terapéutica en materia de adicciones en los Centros de Integración Juvenil, A. C. resultó una tarea sumamente enriquecedora no sólo por el conocimiento de las experiencia por sí mismas, sino por la oportunidad que ofrece para facilitar la transición de personas que se incorporen en un futuro; es decir, permite tener un antecedente que guíe futuras incorporaciones, particularmente en aquéllas personas que no cuentan con experiencia previa en el tratamiento de usuarios de sustancias psicoactivas, pues como pudo observarse, quienes ya contaban con este antecedente (atención a usuarios de sustancias psicoactivas) fueron los terapeutas que más fácilmente se adaptaron a esta transición. En contraste, aquéllas para quienes resultó ser su primera experiencia, experimentaron mayores dificultades para adaptarse a su nueva situación. También puede resultar útil para la propia Institución en el entendido que los terapeutas aportaron líneas que permiten anticipar posibles obstáculos que se presentarían al momento de incorporar alguna unidad operativa en las labores de tratamiento.

Un punto en común que se encontró en las entrevista realizadas fue la importancia de contar con el equipo necesario para cubrir las demandas de la población; es decir, que se tuviese dentro del Centro todos los perfiles profesionales para la prestación de los servicios necesarios para el tratamiento en consulta externa, ya que todas las unidades cuentan con psicólogos(as), pero en algunas no se cuenta con trabajadores(as) sociales, o con médicos(as) o con ninguno de estos perfiles, lo que dificulta la prestación de los servicios terapéutico-rehabilitatorios ya que ha decir los terapeutas entrevistados, esta situación llega a repercutir negativamente en la adherencia terapéutica, generando con ello una mayor deserción de los usuarios de su tratamiento. Cabe destacar que en un Centro donde se contó con todos los perfiles profesionales no se hizo hincapié en este punto.

De hecho, la alternativa que se ha buscado es el trabajo por interconsulta; esto es, que el usuario acuda a otra unidad operativa para completar su valoración inicial o su seguimiento farmacológico (farmacoterapia); sin embargo, en algunos casos para el usuario llega a representar traslados incluso mayores a dos horas, por lo que los terapeutas aunque destacaron la importancia de este trabajo interdisciplinario, en algún momento también mostraron su inquietud por no ser suficiente esta alternativa a la que se ha recurrido, y señalaron como una posible alternativa -de no ser posible contar con nuevas plazas para cada una de las unidades operativas-, el que sea algún médico de la institución quien se traslade a alguna de las unidades operativas y no el usuario de sustancias, pues reconocen que por la propia naturaleza del fenómeno adictivo, es factible que estos usuarios pierdan la motivación que los llevó a solicitar tratamiento (motivación que en ocasiones es poca, secundaria, o indirecta).

Además debe tomarse en cuenta la posición de los Centros a los que se les ha estado derivando pacientes, ya que de hecho, si bien no se entrevistó a ninguno de ellos (esto podría sugerir una nueva línea de investigación que complemente lo encontrado en el presente trabajo), es posible pensar que también estén experimentando diferentes formas de saturación al tener que atender a los usuarios que llegan a sus Centros de forma cotidiana, además de los que ahora les son referidos por interconsultas.

Por otra parte, una de las dificultades mayormente reportadas fue la carga “administrativa” que deben de realizar; ya que, desde el momento en que se incorporaron a las labores de tratamiento y rehabilitación, deben de cumplir con todos los requerimientos normativos que están vigentes en los centros, mismos que en algunos de los casos desconocían, o tenían algún tiempo de no estarlos llevando a cabo; y es que la falta de familiaridad con estos procedimientos ha repercutido desfavorablemente en la capacidad de llevarlos a cabo. Ha sido frecuente en los terapeutas, el comentar que deben estar constantemente revisando y leyendo los diferentes manuales y guías técnicas que dan cuenta de las normas aplicables a la prestación de servicios de

tratamiento en materia de adicciones, esto en algunos casos con la premura del tiempo y sin poderse dedicar por completo a su comprensión.

Otra preocupación que se encontró a través de la realización de este estudio, es la carencia o la premura de tiempos para dedicarse a otras actividades aparte del tratamiento, ya que de hecho el estar brindando la atención terapéutica, les resta tiempos para dedicarse a otras funciones como lo son las actividades preventivas, ya que reportaron una gran carga y saturación de actividades con pacientes.

Por otra parte, también se pudo conocer de primera mano la forma en que diferentes terapeutas con diversas formaciones clínicas, se adaptan y acatan las normas y lineamientos preestablecidos por la institución, para brindar el servicio que les es solicitado; pues si bien es cierto que los terapeutas identificaron diferentes problemáticas asociadas a la puesta en marcha del programa de tratamiento y rehabilitación, también lo es el hecho, que fueron capaces de desarrollar diferentes estrategias para afrontar dichas dificultades.

En primer lugar cada uno de ellos coincidió en la importancia de contar con un grupo de trabajo que se encuentre “unido” y trabaje de manera “coordinada” reconociendo además que es una necesidad propia de la labor que realizan; es en este sentido, que en general reportaron como algo positivo su participación en las actividades terapéutico-rehabilitatorias.

Reconocieron como una estrategia de gran importancia el mantenerse actualizados, y el estar plenamente capacitados dentro de los distintos programas terapéuticos que se encuentran vigentes en la institución; es decir, conocer plenamente las diferentes guías técnicas, manuales de operación y protocolos, que norman y dan sustento a la labor que se lleva a cabo dentro de los CIJ. A este respecto, fue muy clarificadora la forma en que los terapeutas reconocieron la importancia de conocer y emplear el modelo cognitivo conductual, a pesar de no haber sido formados inicialmente en este modelo, y que ahora buscan conocerlo de manera más amplia, pues identifican la utilidad

que le puede representar su aplicación con los usuarios de sustancias psicoactivas.

Si bien los resultados arrojados por este estudio no son generalizables, ya que se trató de una investigación de carácter cualitativo, se considera que arrojó información sumamente valiosa y que permitiría incluso mejorar por mucho las condiciones en que se inicia el trabajo en la atención de usuarios de sustancias psicoactivas, esto si se presta atención a las voces de las personas que amablemente accedieron a compartir sus relatos y para las cuales se está en deuda, ya que desinteresadamente y con el ánimo de cooperar, han permitido conocer diferentes experiencias que brindan la oportunidad de aprender, y anticipar los posibles obstáculos que generaciones de futuros terapeutas de CIJ o de otras instituciones no tendrían que enfrentar.

Como ya se había mencionado, los terapeutas que ya tenían experiencia en la atención de usuarios de sustancias psicoactivas, fueron los que menores dificultades reportaron; sin embargo, no debe perderse de vista que precisamente es para quienes no cuentan con esta experiencia previa, para los cuales se debe de dar mayores facilidades para permitirles una transición gradual y que no represente una amenaza; con todo lo anterior, se puede desprender de hecho, la importancia que tiene contar un periodo de adaptación a los distintos lineamientos que se deben acatar, por lo que se sugiere el contar con talleres para conocer las distintas normativas que atañen el campo de las adicciones, la prestación de servicios de salud, códigos de ética, entre otros; además de ser posible el permitir observar en campo la forma en que otros terapeutas llevan a cabo su trabajo (en otras unidades operativas que ya participan en la prestación de servicios de tratamiento) e inclusive la práctica supervisada.

De igual forma también socializar la forma en que diferentes terapeutas que ya brindan tratamiento se han adaptado o han enfrentado diferentes dificultades de la práctica terapéutica en el campo de las adicciones puede ser de mucha utilidad, no sólo de los que recién se incorporan a tratamiento, sino de los que ya participaban en él desde hace varios años, puede ser muy

enriquecedor para la institución, por lo que se propone un estudio más amplio que contemple el trabajo que se presta en unidades operativas que tienen años e incluso décadas dedicadas a la difícil labor de brindar atención a los usuarios(as) de sustancias psicoactivas y sus familias.

Centros de Integración Juvenil, A. C. es y seguirá siendo uno de los principales referentes en cuanto a la atención de los problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que de continuar -como hasta ahora-, mirando el camino ya recorrido, permitirá continuar refinando y proporcionando atención de calidad hoy en día y en un futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centros de Integración Juvenil (1999). Como Proteger a tus Hijos contra las Drogas. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2004). Recuento Monográfico, 35 años de historia. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2009). Metanfetaminas, lo que los padres deben saber. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2010a). Guía Técnica Programa de Atención Curativa: Subprograma Consulta Externa. Tomo 1. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2010b). Guía Técnica Programa de Atención Curativa: Subprograma Consulta Externa. Tomo 2. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2010c). Manual de organización específico de Centros de Integración Juvenil, A. C. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil (2010d). *CIJ Recibe el premio Reina Sofía contra las drogas, de manos de su majestad, por la labor realizada en el tratamiento y rehabilitación de adicciones*. Noticia consultada el 27 de diciembre de 2010, en: <http://cij.gob.mx/Noticias/Noticia212.html>
- Chávez, E. (2010). Experiencia de los terapeutas de Centros de Integración Juvenil, en la aplicación del programa prevención de recaídas en consulta externa. México: CIJ.
- González Sánchez, J. D. (2010). Construyendo caminos para recuperar tu salud. *En CIJ Informa*. Año 15 Numero 51 abril-junio. pp. 61-63 México: CIJ.
- National Institute on Drug Abuse (2009). Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. En Info Facts. Consultado el 9 de diciembre de 2010 en http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Enfoques_de_tratamiento.pdf.

- Oficina contra la Droga y el Delito (2003). Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Consultado el 20 de diciembre de 2010 en http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf.
- Secretaría de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y control de las Adicciones. México: Secretaría de Salud. Consultado el 20 de diciembre de 2010 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>.
- Secretaría de Salud (2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Consultado el 17 de diciembre de 2010 en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pprg/NOM028-SSA2-2009.pdf>.
- Secretaría de Salud. (2008) Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: SSA, CONADIC. Consultado el 17 de diciembre de 2010 en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html>.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	REALIZACIÓN				
	Noviembre 2010	Diciembre 2010	Enero 2011	Febrero 2011	Marzo 2011
Elaboración del Protocolo	XXX	XXX			
Contacto e Invitación		XXX	XXX		
Realización de las Entrevistas			XXX	XXX	
Transcripción			XXX	XXX	
Análisis de entrevistas			XXX	XXX	
Revisión de Resultados				XXX	XXX
Correcciones				XXX	XXX
Entrega Final					XXX

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D. F., a _____ de _____ de 2011

Estimado(a) Sr.(a):

La presente investigación tiene por objetivo conocer experiencias relacionadas con la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación de terapeutas que laboran en los CIJ del D.F. que iniciaron su aplicación durante el 2010, esto con el fin de facilitar la incorporación de nuevos terapeutas y unidades operativas en el futuro.

Le invitamos a participar en este estudio, a través de una entrevista que dura alrededor de 60 minutos. Toda la información recabada será tratada con ética y confidencialidad, será grabada únicamente con fines de análisis, respetando no revelar quien proporcionó la información o en que unidad operativa labora. Usted está en completa libertad de aceptar participar o no en el estudio.

Los principales resultados del estudio estarán a su disposición en el mes de abril del 2011. Si le interesara tener una copia del mismo, a partir de esa fecha podrá solicitarla a la siguiente dirección electrónica. victor_psique@yahoo.com.mx

La Persona Entrevistada Reconoce:

- Conocer los objetivos del estudio.
- Que la participación es voluntaria.
- Que acepta ser entrevistada y proporcionar la información requerida.

El Investigador se compromete a:

- Guardar la información de manera confidencial, lo que se traduce en no dar a conocer la identidad de la persona que participe y a utilizar un seudónimo para su identificación.
- Que la información recabada sea de utilidad única y exclusivamente con fines de investigación.
- Se compromete a publicar la información únicamente en la tesis para obtener el grado de especialista en el tratamiento de las adicciones y en revistas de divulgación científica.

Entrevistado(a)

Investigador

Firma de aceptación

Firma

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Se explicaron los objetivos del estudio y se aclararon los aspectos éticos y de confidencialidad a través del consentimiento informado, se agradeció la cooperación brindada por cada terapeuta para pasar a las preguntas guía de la entrevista:

- ¿Qué funciones desempeñas aquí en el CIJ?
- Pláticame, ¿Cómo es que empezaron a ofrecer el servicio de tratamiento aquí en el CIJ (Nombre de su Unidad Operativa)?
- ¿Cuál ha sido tu experiencia con la aplicación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación?
- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos que has enfrentado para la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación?
- ¿Cómo has (o han) logrado solventarlas?
- ¿Cómo ha influido a nivel personal tu participación en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación?
- ¿Cuál es tu formación como terapeuta y bajo que modelo/enfoque sustentas tu trabajo?