

MÓDULO III: COORDINACIÓN DE SERVICIOS

LÍNEA 9.

COORDINACIÓN DE SERVICIOS

LÍNEA 10.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

LÍNEA 9. COORDINACIÓN DE SERVICIOS

Coordinar acciones con el equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social) o con otros servicios de atención externa durante el proceso de consejería.

De acuerdo con la evidencia científica, para que el tratamiento y la rehabilitación de las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas resulten efectivos, se deben integrar diversos componentes que les ayuden a dejar el consumo y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, trabajo y sociedad. Entre dichos componentes se encuentran los siguientes:

- Proporcionar servicios de valoración inicial, terapia individual, grupal y consejería, farmacoterapia y participación en grupos de ayuda mutua; asimismo, favorecer que el usuario reciba servicios vocacionales, educativos, de apoyo a la familia, del cuidado de la salud (física y mental) y legales.
- Establecer vínculos de trabajo con otros servicios comunitarios, lo cual se refiere a fortalecer o ampliar las redes sociales del establecimiento con otros servicios profesionales y con organizaciones comunitarias que puedan cubrir con la mayor solvencia posible los requerimientos de atención de los usuarios.

Los aspectos anteriores dan cuenta de la necesidad de realizar las acciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción social en el establecimiento, desde un enfoque intra e interdisciplinario, donde el trabajo planificado, coordinado y sistemático constituye un soporte fundamental para el óptimo cumplimiento de los objetivos terapéuticos de los usuarios.

Como parte del funcionamiento general de la aplicación de los servicios de tratamiento y rehabilitación, **la coordinación de servicios** se entiende como un proceso de colaboración organizada y permanente que, durante la consejería, lleva a cabo el consejero con el equipo multidisciplinario y/o con el responsable del establecimiento, así como con otros servicios de apoyo social, encaminado a lograr el cumplimiento de los objetivos y metas del plan de consejería del usuario.

9.1 ACCIONES DE COORDINACIÓN SISTEMÁTICA CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DURANTE EL PROCESO DE CONSEJERÍA (INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR)

COMPETENCIA VINCULADA CON EL TEMA:

- Realizar acciones de coordinación sistemática con el equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento, así como con otros servicios de atención externa durante el proceso de consejería (individual, grupal y familiar).

El equipo multidisciplinario está constituido por un conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales (en los establecimientos residenciales está integrado regularmente por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros), que funcionan de manera coordinada, durante un tiempo determinado, enfocadas a resolver un problema en común (en este caso, la dependencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas). Cada una de ellas es consciente de sus funciones y obligaciones y de las de los demás; también trabajan en conjunto bajo la dirección de un coordinador (el director o responsable del establecimiento).

Como en todo grupo de trabajo, la interacción entre el equipo multidisciplinario, el director del establecimiento y el consejero implica la puesta en práctica de diversas actitudes y habilidades (por ejemplo, respeto, tolerancia, colaboración) que ayuden a su adecuado funcionamiento y, por consecuencia, al cumplimiento de las metas programadas.

El establecimiento logra mejores resultados si promueve y desarrolla el trabajo en equipo entre sus miembros.

De acuerdo con el *Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones*, **la coordinación de servicios** se refiere a:

Las actividades que realiza el consejero como parte de sus funciones, caracterizadas por la vinculación y coordinación que establece con el propio equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento, así como con otros servicios de atención externa, para generar un intercambio de información relativa a las características del usuario y sus avances en el proceso de rehabilitación, que permitan apoyar la implementación del Plan de consejería.

Para la coordinación sistemática de servicios, el consejero debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

| RECOMENDACIÓN | ACTIVIDADES | EJEMPLO |
|---|---|---|
| Tener claridad acerca de los aspectos a tratar con el director y/o el equipo multidisciplinario | <ul style="list-style-type: none"> • Tener en claro cuál es la información específica sobre la situación del usuario que necesita solicitar y/o proporcionar al director y/o al equipo multidisciplinario. • Resolver dudas e inquietudes con respecto a temas que aunque no sean de su competencia, requiere conocer para mejorar las actividades con los usuarios. • Solicitar orientación y/o retroalimentación en la elaboración o ajustes a los planes de consejería individual, grupal y familiar. • Aplicar en las acciones de consejería las recomendaciones o acuerdos generados con el director y/o el equipo multidisciplinario. • Exponer situaciones que le resulten de difícil manejo y que puedan estar afectando su estado de salud emocional, a fin de recibir las sugerencias pertinentes. | <ul style="list-style-type: none"> • El consejero ha observado que dos usuarios han generado un conflicto y aunque ha aplicado algunas técnicas para lograr una solución pacífica, no ha obtenido avances importantes, por lo que es necesario que exponga este caso al equipo multidisciplinario. • Durante la consejería individual, el usuario confió al consejero que tiene fuertes sospechas de haber contraído SIDA, pero que por temor a no ser atendido en el establecimiento y a que lo rechacen los demás usuarios, ha preferido mantenerlo en secreto. El consejero debe exponer esta información al equipo, a fin de que se acuerden las estrategias de atención más indicadas. |
| Proponer las reuniones trabajo | <ul style="list-style-type: none"> • Proponer y acordar con el director y/o el equipo multidisciplinario el día, la hora y el lugar para reunirse (por ejemplo en un cubículo, en la sala de juntas, en la dirección). • Proponer y acordar con el equipo multidisciplinario la agenda de trabajo, es decir, los temas centrales que se revisarán durante la reunión. | <ul style="list-style-type: none"> • El consejero le comenta al director que necesita recibir retroalimentación del equipo multidisciplinario con respecto al plan de tratamiento individual de un usuario, por lo que le pide su apoyo para que se reúnan el próximo jueves en la sala de juntas a las 5:00 pm. |
| Contribuir al trabajo en equipo | <ul style="list-style-type: none"> • Emplear una comunicación clara, directa y respetuosa con el director y/o el equipo multidisciplinario. • Mostrar interés, respeto, colaboración y apertura ante las diversas opiniones. • Enfocar las acciones al cumplimiento de los objetivos de la reunión de trabajo. • Promover ambientes amenos y productivos de trabajo. | <ul style="list-style-type: none"> • Consejero: "agradezco mucho el que nos podamos reunir hoy, siempre aprendo cosas de ustedes y me ayuda mucho a mejorar mis funciones de consejería." • Consejero: "no estoy muy de acuerdo con la opinión del psicólogo con respecto a los factores que llevan a Pedro a tomar alcohol, pero respeto su opinión y me ocuparé de investigar más sobre el tema; quizá hay información que aún desconozco." |

Tabla 9.1
Recomendaciones para la coordinación con el equipo multidisciplinario.

| RECOMENDACIÓN | ACTIVIDADES | EJEMPLO |
|---|---|--|
| Optimizar el uso del expediente clínico de los usuarios | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación actual del usuario, a partir de la revisión de la documentación que integra su expediente clínico (individual y grupal). • Identificar y obtener la información de interés que se consultará y/o proporcionará al director y/o al equipo multidisciplinario. • Documentar en los formatos que sean de su competencia, las estrategias acordadas o sugeridas por el equipo multidisciplinario, en pro del cumplimiento de los objetivos y metas de la consejería. • Colaborar con el equipo multidisciplinario para mantener completos y ordenados los expedientes clínicos de los usuarios. | <ul style="list-style-type: none"> • Consejero: "de acuerdo con mis notas de evolución individuales y grupales, me doy cuenta que Miguel ha mostrado avances en su manera de expresar sus emociones, pero estoy seguro que aún necesita reforzar estrategias para prevenir recaídas, parece que no le ha quedado claro cómo afrontarlas." • Consejero: "necesito comentarle al psicólogo y al psiquiatra que Daniel se sigue sintiendo triste, quizá esté deprimido y por eso no observo que avance en sus sesiones de consejería individual." |

Las recomendaciones anteriores aplican de manera transversal a todo el proceso terapéutico, es decir, a lo que el consejero puede proponer que se haga en cualquier momento o etapa en la que se encuentre el usuario, ya sea en la valoración inicial (referencia a otra institución o ingreso al establecimiento), durante las acciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción social (incluida la consejería individual o grupal) y en el egreso y seguimiento.



La coordinación con el equipo multidisciplinario puede resultar de mayor provecho si el consejero evita incurrir en algunas de las siguientes situaciones que, de acuerdo con la evidencia en los procesos de los equipos de trabajo, aumentan las probabilidades de fracaso:

- Mostrar desinterés en la coordinación de las actividades.
- Tener poca claridad sobre los objetivos que se abordan en las reuniones de trabajo.
- Escasa comunicación con el equipo multidisciplinario.
- Falta de reconocimiento de los resultados positivos, las ventajas y/o beneficios que implica la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Dificultades en la relación con el director y/o el equipo multidisciplinario (por ejemplo, tensión, desconfianza, descalificación).

El consejero debe tener presente que la coordinación con el equipo multidisciplinario no afecta su jerarquía, es decir, no lo coloca por encima ni por debajo de la estructura organizacional del equipo ni tampoco recae en él la responsabilidad de las decisiones y los procesos de atención de los usuarios; más bien, le permite obtener conocimientos y experiencias diversas que enriquecen sus acciones durante la consejería y aumentan la probabilidad de obtener logros importantes con los usuarios.



9.1.1 RECURSOS DE APOYO INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO

Como se señala en el módulo I, en el tema de “Servicios residenciales en el tratamiento de las adicciones en México”, los tipos de servicio de intervención dependen, entre otras cosas, de las características del personal que labora en el establecimiento. Las acciones de coordinación internas, por su parte, están determinadas por el tipo de servicio en el que se labore.

Los servicios **mixtos y profesionales** cuentan con un equipo multidisciplinario conformado regularmente por médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros, quienes desempeñan sus funciones de manera coordinada para lograr la rehabilitación del usuario.

El intercambio de información es un componente central para la elaboración y desarrollo del Plan de consejería y, por tanto, para el cumplimiento de las metas y objetivos planteados en el mismo. Por esta razón, la coordinación del consejero con los integrantes del equipo multidisciplinario debe ser abierta, permanente y oportuna durante todo el proceso de tratamiento, con base en las recomendaciones señaladas anteriormente.

La coordinación específica que el consejero lleve a cabo con el equipo multidisciplinario, en el caso de los servicios mixtos y profesionales, debe enfocarse en los siguientes aspectos:

Coordinación con el psiquiatra



- Como parte de las funciones del psiquiatra se encuentran: valorar si el usuario sufre algún trastorno mental causado por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que requiere manejo especializado y prescribir su tratamiento farmacológico. Se recomienda consultar el módulo I, específicamente los apartados “Patología dual en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” y “Principales trastornos de

salud mental asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”.

- El consejero promueve con el director o responsable del establecimiento la referencia del usuario a valoración psiquiátrica cuando los resultados de la aplicación de los instrumentos para la preselección así lo indiquen.
- El consejero debe solicitar información al psiquiatra sobre el trastorno psiquiátrico que padece el usuario (características generales), el tratamiento farmacológico prescrito y los efectos que éste puede tener en su estado cognitivo, emocional y conductual. Esto le ayuda a planear estrategias de intervención acordes con las condiciones psiquiátricas del usuario.
- El consejero debe informar al psiquiatra acerca del comportamiento, progreso y/o dificultades que muestra el usuario durante las sesiones de consejería, así como del cumplimiento de las metas y los objetivos del Plan de consejería individual, con la finalidad de que tome las decisiones que considere pertinentes con respecto al tratamiento del usuario.

Coordinación con el médico



- En general, el médico se ocupa de realizar la evaluación clínica del usuario al momento de su ingreso y egreso, así como la valoración de su estado de salud. Es función del consejero promover y verificar que se lleven a cabo tales acciones.
- La información recabada en la valoración médica permite al consejero elaborar los planes de consejería y las estrategias encaminadas a promover la educación para la salud, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, hábitos de higiene, autocuidado, entre otras.
- El consejero debe informar al médico y a los integrantes del equipo multidisciplinario acerca de las alteraciones en la salud física que observe o reporte el usuario en cualquier momento de las sesiones de consejería.

Coordinación con el psicólogo



- Es el responsable de evaluar psicológicamente al usuario y proporcionarle la terapia adecuada a su proceso adictivo, así como de asesorar y orientar a la familia, pareja y otras personas significativas acerca de las conductas que deben mostrar y las estrategias que deben aplicar en su relación con el usuario.
- La relación consejero-psicólogo debe ser cercana en todo el tratamiento del usuario, ya que la información que intercambien acerca de su comportamiento, emociones y pensamientos, así como de sus progresos o dificultades en diferentes áreas de vida, enriquece las intervenciones que ambos programen.
- El consejero debe comunicar al psicólogo sobre el progreso que muestra el usuario en las sesiones de consejería individual, grupal y familiar; a su vez, debe solicitarle información que sea relevante con respecto al tratamiento psicológico que recibe para realizar adecuaciones al Plan de consejería individual.

Coordinación con el trabajador social



- Los problemas de tipo social, económico y legal que suele acarrear la dependencia al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas son evaluados por el trabaja-

dor social, quien realiza intervenciones de tipo orientativo (al usuario, familia o personas significativas), y facilita las gestiones para lograr que el usuario se reinserte socialmente al campo laboral o educativo.

- La información del estado socioeconómico, legal, laboral y educativo del usuario ayuda al consejero a plantear objetivos orientados a lograr su reinserción social y a desarrollar metas de vida ajustadas a su situación.

Para ampliar el conocimiento acerca de las funciones que desempeña cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario y las actividades de coordinación del consejero, se recomienda consultar la línea 4 *Valoración de la severidad de la adicción*, particularmente el apartado “Componentes de la valoración integral del usuario”.

Por su parte, los servicios de **ayuda mutua** cuentan con el apoyo de ex consumidores en recuperación y un responsable del establecimiento, quienes se encargan de elaborar e implementar los planes de rehabilitación de los usuarios.

En estos casos, la coordinación que el consejero debe establecer con este personal es la siguiente:

Responsable del establecimiento



- El consejero debe informar al responsable del establecimiento sobre los resultados de la valoración inicial del usuario (ya sea que detecte la necesidad de referirlo a otra institución para que se inicie este trámite o para elaborar el Plan de consejería individual).
- También debe comunicarle acerca de las metas y objetivos planteados en el plan de consejería individual, el progreso del usuario durante el tratamiento y las dificultades que se han presentado, a fin de proponer el apoyo de servicios externos si el establecimiento no cuenta con los recursos necesarios para su abordaje.

Otros consejeros

- El consejero debe aportar y solicitar información relevante sobre el usuario y su evolución en el proceso de consejería al resto de los consejeros que conforman el equipo de trabajo del establecimiento, con la finalidad de orientar las acciones en la misma dirección y por tanto, fortalecer el cumplimiento de los objetivos programados.



En general, la coordinación que el consejero instituya con el director y/o el equipo multidisciplinario se enfoca en promover reuniones de trabajo permanentes y sistemáticas, con la finalidad de intercambiar información con respecto a:

- 1) **Los nuevos ingresos al establecimiento:** intercambiar y complementar la información con respecto a datos personales del usuario, historia clínica, historia de consumo, familia y personas significativas que le acompañan durante el proceso, estatus jurídico, situación académica y/o laboral, patologías asociadas, etcétera.
- 2) **El seguimiento de los procesos terapéuticos de cada usuario:** describir el Plan de consejería individual, grupal y familiar acordado con el usuario y si se están cumpliendo sus metas, además de distinguir las dificultades que enfrenta para alcanzar los objetivos del Plan de consejería.
- 3) **Las situaciones de conflicto o crisis entre usuarios y su abordaje:** la efectividad de las intervenciones aumenta considerablemente cuando el equipo multidisciplinario transmite un mismo mensaje al usuario. Por ejemplo, si el equipo decidió no reforzar alguna conducta del usuario para cambiar su comportamiento, la eficacia será mayor si cada integrante evita ponerle atención a la conducta no deseada.

4) **La referencia y contrarreferencia oportuna de casos:** cuando el consejero detecta en el usuario dificultades que requieren de un servicio de salud externa, es necesario que comunique y proponga al responsable del establecimiento y equipo multidisciplinario que se lleve a cabo la derivación pertinente.

5) **El desarrollo de las intervenciones grupales:** compartir el Plan de consejería grupal, las metas, objetivos y dificultades con las que se encuentra para conseguirlos, para que en conjunto replanteen las intervenciones a seguir. Por ejemplo, si es necesario confrontar al grupo por una actitud no deseada de varios usuarios, se decidirá en conjunto quién hará la confrontación, qué tipo de estrategias se utilizarán para manejar la situación en caso de conductas no deseadas, etcétera.

6) **Información sobre la familia y otras personas significativas del usuario:** en ocasiones, el usuario se siente más cómodo compartiendo información íntima sobre su familia y otras personas significativas con el consejero que con otro miembro del equipo. Dicha información puede ser relevante para la planeación de las actividades terapéuticas; por ejemplo, puede referirse al abuso físico o sexual que pudo haber sufrido por parte de algún familiar (o que él pudo haber cometido), condiciones de salud física y mental de otros miembros de la familia, ciertos antecedentes penales, etcétera.

7) **La toma de decisiones sobre la conclusión del tratamiento, el egreso, alta terapéutica o baja del usuario:** compartir los avances, dificultades y el cumplimiento de metas y objetivos del Plan de consejería individual y grupal del usuario, con la finalidad de aportar información que ayude al responsable del establecimiento a tomar las decisiones más adecuadas a su situación terapéutica.

Además de realizar reuniones con objetivos claros con respecto al tratamiento del usuario, es recomendable generar un espacio donde todo el equipo del establecimiento compartan cómo se encuentran en el desarrollo de sus funciones y acuerden estrategias que ayuden a mejorar su funcionamiento como equipo y a cuidar su salud física y mental.

I Hazle saber al usuario que valoras la confianza que te tiene y sugiérele que esta información la comente con el psicólogo, médico, etc. Recuerda que mantener la relación consejero-usuario es primordial.

I Hablar sobre las dificultades que se te presentan en tu labor como consejero es de gran ayuda para disminuir el estrés, ansiedad y frustración que puedan surgir.



COORDINACIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

INSTRUCCIONES: explica brevemente y con tus palabras cómo te debes coordinar con cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario para la elaboración y desarrollo del Plan de consejería.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 9.1

| VALORACIÓN | EXPLICACIÓN |
|-------------------|-------------|
| Psiquiatra | |
| Médico | |
| Psicólogo | |
| Trabajador social | |

Explica los temas que se abordan en las reuniones de trabajo con el director y el equipo multidisciplinario.

9.2 ACCIONES DE COORDINACIÓN CON SERVICIOS EXTERNOS DURANTE EL PROCESO DE CONSEJERÍA (INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR)

| | |
|---|--|
| COMPETENCIA VINCULADA CON EL TEMA: | <ul style="list-style-type: none">Realizar acciones de coordinación sistemática con el equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento, así como con otros servicios de atención externa durante el proceso de consejería (individual, grupal y familiar). |
|---|--|

Como se ha mencionado, las estrategias empleadas en el tratamiento y rehabilitación de la adicción deben ir encaminadas a:



En la mayoría de los casos, los usuarios no cuentan con los conocimientos y destrezas que se requieren para lograr estos objetivos, por lo que es importante entender la rehabilitación como un **proceso terapéutico-educativo** en el cual se integren recursos y apoyos sociales que faciliten su desarrollo personal y su reinserción social.

Los recursos con los que cuenta cada establecimiento son distintos; algunos tienen la infraestructura, el personal y las condiciones materiales para satisfacer las necesidades de atención del usuario y la familia sin tener que recurrir a otros especialistas o instituciones externas. Por el contrario, un gran número de establecimientos trabaja con recursos humanos y materiales limitados; en estos casos, el consejero debe coordinarse con **fuentes de apoyo externas** durante todo el proceso de atención, con la finalidad de satisfacer las necesidades de tratamiento y rehabilitación de los usuarios.

Para favorecer una adecuada interacción con otros servicios externos se requiere que el consejero realice acciones y habilidades específicas, como por ejemplo:



La coordinación efectiva con los servicios externos al establecimiento comprende cuatro etapas y acciones específicas que el consejero debe realizar en cada una de ellas:



1 PREPARACIÓN

- a) **Detección de necesidades:** durante la elaboración y desarrollo del Plan de consejería individual, grupal y/o familiar, el consejero puede identificar dificultades y/o necesidades específicas de los usuarios y/o de sus familiares que requieren del apoyo de otros servicios.

- Meta del Plan de consejería individual y/o grupal: la reinserción laboral de los usuarios.
- Dificultades: la mayoría de los usuarios no han finalizado sus estudios básicos y el establecimiento no cuenta con los recursos humanos para satisfacer esta necesidad.
- Necesidades: incluir en el programa de acción de reinserción social la colaboración de alguna institución especializada en educación para adultos.

Ejemplo

b) **Sensibilización y propuesta de colaboración con el servicio externo:** el consejero debe informar al responsable del establecimiento y al equipo multidisciplinario las dificultades y necesidades detectadas, así como promover la coordinación con servicios externos especializados para satisfacerlas.

- El consejero sugiere incluir en las actividades de rehabilitación y reinserción social la participación de personal docente que acuda al establecimiento, para motivar que los usuarios inicien y/o concluyan sus estudios de educación básica.
- Se propone y acuerda la colaboración con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), a fin de que personal docente imparta clases de regularización dentro del establecimiento residencial.

Ejemplo

c) **Atribuciones:** una vez aprobado el recurso externo con el que se coordinan las acciones, se definen las funciones y compromisos que adquieren cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario, el consejero y el responsable del establecimiento.

- El responsable del establecimiento realiza los trámites correspondientes para lograr un acuerdo de colaboración con el INEA.
- El consejero informa a los usuarios y familias de dicha colaboración, motiva a los usuarios para su participación, recibe al personal docente, revisa que el espacio donde se imparta la formación educativa cuente con los materiales necesarios, etcétera.
- El consejero también promueve reuniones de trabajo con el equipo multidisciplinario para intercambiar información con respecto al desarrollo de las actividades educativas de los usuarios dentro del establecimiento, a fin de obtener recomendaciones que le permitan realizar una mejor coordinación de la actividad.

Ejemplo

2 PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS

- a) **Sensibilización y socialización de la(s) actividad(es) con los usuarios:** el consejero promueve y motiva la participación de los usuarios en las actividades propuestas, les explica la importancia de realizarlas y los beneficios que pueden obtener. También les comunica las condiciones en las que se llevan a cabo (días, horarios, número de sesiones, etc.) y les informa sobre el comportamiento que deben mostrar durante las mismas (respeto, interés, participación).

3 EJECUCIÓN

i
Un trato cordial, respetuoso y amable por parte del consejero sirve como modelo de conducta para los usuarios y crea un clima armonioso para realizar la actividad planeada.

- a) **Recibimiento:** el consejero recibe a los especialistas que llevan a cabo la actividad (plática, taller, curso, capacitación o formación educativa) dentro del establecimiento.
- b) **Realización de la(s) actividad(es):** el consejero debe estar presente durante la realización de la actividad. Él representa la figura de autoridad para los usuarios y su presencia garantiza que la actividad se realice bajo las condiciones planeadas y se logren los objetivos propuestos. Además, estos espacios constituyen una fuente de información adicional para el consejero sobre el comportamiento, fortalezas y/o dificultades que muestren los usuarios en ambientes distintos al habitual, la cual debe considerarse para hacer los ajustes pertinentes al Plan de consejería individual y/o grupal.

4 EVALUACIÓN

- a) **Aplicación de la Encuesta de opinión-satisfacción del usuario:** es necesario que una vez finalizada la actividad se conozca la percepción de los usuarios sobre la misma; valorar sus resultados permite identificar los logros y plantear propuestas de mejora. El consejero debe aplicar al cierre de la actividad la *Encuesta de opinión-satisfacción* (ver anexo 62), la cual muestra la satisfacción que el usuario considera haber obtenido por el servicio recibido. El consejero debe comunicar los resultados al director del establecimiento, y en caso de que el servicio no haya sido el adecuado se deben buscar alternativas más viables para satisfacer las necesidades de los usuarios.

COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS EXTERNOS.

INSTRUCCIONES: tomando en cuenta el siguiente caso, desarrolla un ejemplo de las acciones que debes llevar a cabo en cada una de las etapas de la coordinación de los servicios externos.



ACTIVIDAD GRUPAL 9.2

Irasema, en sesión individual, ha expresado al consejero que cuando egrese piensa poner un pequeño taller de costura junto con Silvia, quien es su compañera en el establecimiento. Le comenta que tomó un curso hace muchos años, pero que le gustaría actualizarse para confeccionar prendas más elaboradas.

| ETAPA | ACCIÓN | EJEMPLO DE ACUERDO CON EL CASO |
|----------------------------|---|--------------------------------|
| Preparación | Detección de necesidades | |
| | Sensibilización y propuesta de colaboración con el servicio externo | |
| | Atribuciones | |
| Promoción de los servicios | Sensibilización y socialización de la(s) actividad(es) con los usuarios | |
| Ejecución | Recibimiento | |
| | Realización de la(s) actividad(es) | |
| Evaluación | Aplicación de la Encuesta de opinión-satisfacción del usuario | |

9.2.1 RECURSOS DE APOYO EXTERNOS AL ESTABLECIMIENTO



Los **recursos de apoyo externos** se refieren a los vínculos y acuerdos de cooperación que el director establece con otros profesionales, agrupaciones e instituciones de la comunidad (del sector público y privado), que al apoyar el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, representan potenciales beneficios para el usuario y su familia o personas significativas. A estos recursos también se les conoce como **red social de apoyo**, entre los que se encuentran, asimismo, la familia, amigos y otras personas significativas al usuario (consultar el apartado “Componentes centrales de la rehabilitación y reinserción social por consumo de drogas” de la línea 2 *Conceptos generales en adicciones* del módulo 1).

La evidencia científica resalta que cuando la red social de apoyo es estable, activa y sensible, es decir, que responde a las necesidades de atención de los usuarios, ejerce un impacto positivo en la salud, ya que incrementa las posibilidades de recuperación de la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas, promueve la utilización oportuna de los servicios de salud y aumenta la calidad de vida.

Los recursos de apoyo externo para cada establecimiento pueden variar en cantidad y en las actividades o servicios que ofrecen; éstos se centran regularmente en los objetivos de la rehabilitación y la reinserción social, sin dejar de lado el soporte que brindan para las acciones de referencia-contrarreferencia y de tratamiento.

A continuación se señalan las áreas involucradas en los planes de consejería individual, grupal y/o familiar, los recursos de apoyo externos de los que se puede valer el

!
Es conveniente que cuentes con un panorama general acerca de la utilidad que dichos recursos pueden generar en las diferentes áreas de vida de los usuarios.

consejero para favorecer el cumplimiento de los objetivos y las metas programadas, así como los beneficios que se pueden obtener durante el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social del usuario.

| ÁREA | RECURSOS DE APOYO EXTERNO | BENEFICIOS PARA EL PROCESO DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL |
|---------------------|--|---|
| Psicosocial | <ul style="list-style-type: none"> Centros de desarrollo social, organizaciones no gubernamentales, clínicas, centros de salud, etcétera. Pláticas, cursos, talleres para el crecimiento personal: autoestima, solución de conflictos, proyecto de vida, manejo de emociones, etcétera. Pláticas, cursos, talleres sobre educación para la salud: hábitos alimenticios, prevención de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, etcétera. | <ul style="list-style-type: none"> Refuerzan las herramientas adquiridas en el proceso de consejería encaminadas al desarrollo de habilidades para la vida. Promueven el cambio de hábitos. Ayudan al manejo de la ansiedad y control del estrés. Facilitan el mantenimiento de un estilo de vida saludable. Responsabilizan al usuario de su salud física y mental. |
| Familiar | <ul style="list-style-type: none"> Grupos de autoayuda para familiares, institutos estatales de la mujer, centros de atención a la violencia intrafamiliar, etcétera. Pláticas, cursos, talleres sobre violencia doméstica, codependencia, habilidades parentales, resolución de conflictos, temas de pareja, etcétera. | <ul style="list-style-type: none"> Promueven la implicación de la familia en el proceso de recuperación del usuario. Mejoran las relaciones familiares. Generan entornos saludables. |
| Formativa-laboral | <ul style="list-style-type: none"> Escuelas (públicas y/o privadas), INEA, centros de trabajo, etcétera. Clases de regularización académica: iniciar o finalizar estudios básicos, clases de alfabetización, de computación, etcétera. Talleres para aprender oficios: carpintería, cocina, mecánica, plomería, etcétera. | <ul style="list-style-type: none"> Generan oportunidades formativas y laborales. Incrementan la posibilidad de reinserción laboral (independencia, responsabilidad, compromiso). Amplían conocimientos y habilidades de los usuarios, elevando la percepción de auto eficacia. |
| Física-deportiva | <ul style="list-style-type: none"> Centros deportivos, gimnasios, clubes y asociaciones deportivas. Fútbol, basquetbol, natación, baile, yoga y meditación. | <ul style="list-style-type: none"> Favorecen la adquisición de un estilo de vida saludable. Contribuyen a la reducción del estrés y al manejo de emociones. |
| Ocio y tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> Casas de cultura, centros de desarrollo social, etcétera. Cursos y talleres: teatro, arte-terapia (pintura, escultura), danza, lectura, cine, etcétera. | <ul style="list-style-type: none"> Incrementan la cohesión grupal. Promueven tiempo libre saludable. Previenen recaídas, ya que brindan espacios de entretenimiento adecuados. |

Tabla 9.2 Áreas involucradas en los planes de consejería individual, grupal y/o familiar.

| ÁREA | RECURSOS DE APOYO EXTERNO | BENEFICIOS PARA EL PROCESO DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL |
|------------|---|---|
| Espiritual | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de ayuda mutua, organizaciones no gubernamentales, agrupaciones religiosas, etcétera. • Enfoques alternativos y/o actividades sobre yoga, meditación trascendental, técnicas de relajación, etcétera. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentan el sentido de control personal. • Disminuyen la ansiedad y aumentan los sentimientos de tranquilidad y paz. • Disminuyen la autocrítica y elevan la autoestima. • Promueven y fortalecen valores. |
| Legal | <ul style="list-style-type: none"> • Despachos jurídicos, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, trabajadores sociales, abogados o asociaciones civiles especializadas. • Asesoría sobre regulación de situaciones legal/jurídica, divorcio, ayuda económica, pensiones, etcétera. | <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizan al usuario de su vida y situación legal. • Informan sobre los derechos y obligaciones que el usuario tiene como ciudadano. • Facilitan la reinserción social del usuario. |

Como se mencionó en el módulo I, un aspecto central para el adecuado uso de los recursos de apoyo externos es que el consejero cuente con un **directorio de instituciones** en donde se tengan registrados los datos de contacto de las personas, agrupaciones y/o instituciones con las que se mantenga una relación de colaboración profesional. Además, es importante que el directorio esté actualizado y al alcance de todo el equipo multidisciplinario para su consulta (se recomienda ver el apartado “Elaboración del directorio de referencia”, que se aborda en la siguiente línea temática).

9.3 DOCUMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|--------------------------------------|---|
| COMPETENCIAS VINCULADAS CON EL TEMA: | <ul style="list-style-type: none"> • Documentar las actividades relacionadas con la coordinación de servicios comunitarios y profesionales durante el proceso de consejería (individual, familiar y grupal). • Aplicar la reglamentación y normatividad ética y de confidencialidad al coordinarse con otros servicios o redes de atención. |
|--------------------------------------|---|

Como en otros momentos de la consejería, documentar las acciones realizadas en la coordinación de servicios con el equipo multidisciplinario y con los recursos externos al establecimiento, permite garantizar un trabajo profesional de calidad y en apego a la normatividad vigente en materia de adicciones.

El objetivo de la documentación es dejar evidencia escrita, en el expediente del usuario, de la coordinación de actividades que realizó el consejero, así como de los resultados generados por las mismas. Para cumplir con esta tarea, el consejero debe atender las siguientes recomendaciones:

- Verificar que los reportes elaborados por el equipo multidisciplinario (en el caso de los establecimientos que ofrecen servicios mixtos y profesionales) durante la coordinación de servicios, se integren al expediente clínico del usuario, por ejemplo, la *Hoja de referencia y contrarreferencia*.
- En el caso de que el director o responsable del establecimiento elabore un reporte de la reunión de trabajo que realizó con el consejero y el equipo multidisciplinario, donde se hayan establecido acuerdos para la atención de un caso en particular, debe asegurarse que dicho reporte se integre al expediente y, por supuesto, atender las actividades acordadas que sean de su competencia.
- En el caso de que haya coordinación con servicios externos, el consejero debe elaborar y guardar en el expediente de los usuarios el formato *Encuesta de opinión-satisfacción del usuario* (ver anexo 62). Esta información le permite dejar evidencia de la valoración que el usuario hace de la actividad en la que participó (plática, curso, taller).



9.3.1 APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD ÉTICA Y DE CONFIDENCIALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS

Como se mencionó en la línea 3 *Marco normativo y ético de la atención en adicciones en México* del módulo I, existen diversos referentes normativos que las personas dedicadas a brindar tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas deben conocer y aplicar en todo momento.

De manera particular, el proceso de documentación durante la coordinación de servicios requiere del consejero la aplicación de aspectos éticos y de confidencialidad que se resaltan enseguida:

Del *Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones* debe considerar:

- El valor del bien común, el cual señala que:

“Todas las decisiones y acciones de la consejera y consejero deben estar dirigidas a la satisfacción de las necesidades de las usuarias o usuarios y sus familiares, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de las personas que solicitan tratamiento y rehabilitación debido al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”.



- De los principios de comportamiento:



- Guardar con la mayor confidencialidad la información relativa a las usuarias o usuarios y sus familiares y no tomar fotografías, videograbaciones o audiograbaciones si no se obtuvo la aprobación una vez que se explicó el objetivo y los fines de la actividad.
- Mantener informadas(os) a las usuarias o usuarios y a sus familiares sobre los avances y progresos obtenidos, de acuerdo con el Plan de consejería individual, grupal o familiar, a fin de que puedan realizarse los ajustes necesarios y promuevan el cumplimiento de las metas programadas.
- Cooperar con el equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento para proponer la referencia o contrarreferencia de las usuarias o usuarios a otro servicio de atención, en caso de que las necesidades o condiciones de éste así lo requieran.
- Integrar al expediente clínico de cada usuaria o usuario los formatos y documentos que durante el proceso de consejería se elaboren, cuidando que la información registrada sea legible, veraz y oportuna. Colaborar con el equipo multidisciplinario para que el expediente esté completo, ordenado y lógicamente secuenciado, conforme lo establece la normatividad.
- Abstenerse de utilizar para beneficio personal la información generada en el establecimiento donde preste sus servicios, inclusive la que se obtiene directamente durante el proceso de consejería.
- Mantener informada a la dirección y al equipo multidisciplinario acerca de las notificaciones, acuerdos y recomendaciones establecidas con el personal responsable de los servicios de atención con quien se coordinan, para que lo registren en el expediente clínico de las usuarias o usuarios.

De la Ley General de Salud, la NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, la NOM-025 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica y la NOM-004 del expediente clínico, debe considerar:

- La obligación de elaborar la documentación correspondiente al proceso de rehabilitación de los usuarios.
- El manejo confidencial de la información derivada del tratamiento.
- El derecho que tienen los familiares de conocer el avance del usuario.
- La conformidad que debe expresar el usuario a través de su aceptación y firma para recibir el tratamiento.

De acuerdo con la normatividad referente al mantenimiento de la confidencialidad, el consejero debe realizar tres acciones:

1. Tener un diálogo abierto y honesto sobre el avance del usuario, y proponer el servicio profesional o comunitario como un apoyo para el logro de los objetivos y metas de la rehabilitación.
2. Motivar al usuario, familia y persona significativa para que participen en las actividades programadas; así como obtener el consentimiento para recibir los servicios de profesionales externos al establecimiento residencial. Cuando este servicio tenga un costo adicional al tratamiento, el consejero debe notificar al usuario, familia o persona significativa el costo total del servicio o los gastos del material para el curso, taller o capacitación.
3. Aplicar la normatividad de ética y confidencialidad referente a la información que se obtenga durante la participación de los servicios profesionales tanto internos como externos.

Cuando los servicios sean otorgados por instancias externas, el consejero debe recomendar y estar pendiente de que los profesionales externos que acuden al establecimiento residencial **eviten las siguientes prácticas:**

i
Debes fomentar que el personal externo que apoya el proceso de tratamiento y rehabilitación muestre un trato digno y de respeto a los usuarios y a sus familias.

- Preguntar sobre el motivo por el cual el usuario se encuentra en tratamiento.
- Tratar a los usuarios con una actitud paternalista o derrotista.
- Dirigirse a los usuarios con apodosos o juicios relacionados con la adicción.
- Compartir la información de los usuarios que surja durante la plática, curso, taller o capacitación.
- Prometer a los usuarios servicios o ayuda que no puedan cumplir.
- Bajo ninguna circunstancia, tomar fotografía o video de los usuarios.
- Obtener datos personales de los usuarios.
- Realizar cobros sobre honorarios o materiales no previstos.

Es recomendable que el consejero consulte de manera permanente la información del módulo I, línea 3 *Marco normativo y ético de la atención en adicciones en México, el Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones*, así como el *Código de Ética y Conducta para la Consejera y el Consejero en Adicciones*, ya que indican con precisión la normatividad, funciones y procedimientos de competencia del consejero en el ejercicio cotidiano de sus actividades de consejería.

APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD.

INSTRUCCIONES: lee las siguientes afirmaciones y señala si son verdaderas (V) o falsas (F).



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 9.3

| | |
|---|---------|
| 1. El consejero debe verificar que los informes realizados por el equipo multidisciplinario durante la coordinación de servicios se integren al reporte final de la consejería. | (V) (F) |
| 2. Se pueden tomar fotografías, videgrabaciones o audiograbaciones sin la aprobación previa del usuario. | (V) (F) |
| 3. El consejero debe abstenerse de utilizar para beneficio personal la información generada en el establecimiento, incluso la que se obtiene directamente durante el proceso de consejería. | (V) (F) |
| 4. En su ingreso a un establecimiento residencial, el usuario no necesariamente debe firmar para recibir el tratamiento. | (V) (F) |
| 5. El consejero debe cooperar con el equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento para proponer la referencia o contrarreferencia del usuario a otro servicio de atención. | (V) (F) |
| 6. El profesional externo puede compartir información de los usuarios durante un taller. | (V) (F) |
| 7. Una práctica que el profesional externo debe evitar es tratar a los usuarios con una actitud paternalista. | (V) (F) |

BUENAS PRÁCTICAS EN LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS

El consejero:

- Mantiene una actitud de apertura y colaboración con otras fuentes de apoyo dentro o fuera del establecimiento.
- Aporta información relevante sobre el usuario y su evolución en el proceso de consejería, al equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento, respetando los límites éticos y de confidencialidad.
- Adecua las estrategias de intervención de la consejería individual y grupal con base en la retroalimentación brindada por los servicios internos y externos.
- Documenta actividades relacionadas con la coordinación de servicios internos y externos.
- Aplica la reglamentación y normatividad ética y de confidencialidad en el proceso de colaboración con servicios externos e internos.

LÍNEA 10. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Reconocer los criterios y procedimientos indispensables que se requieren para apoyar en un proceso de referencia o contrarreferencia de un usuario

Como se ha revisado a lo largo de este manual, el tratamiento de las adicciones comprende la valoración, la atención general para la salud del usuario, incluida, por supuesto, la consejería, la reinserción social del mismo y el seguimiento correspondiente a su egreso, de acuerdo con las recomendaciones de tratamiento diseñadas para cada caso.

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, señala que cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención adecuada del problema del usuario, se le debe enviar a otro en el que se asegure el acceso al tratamiento necesario; para ello se deben cumplir los requisitos del establecimiento al que el usuario será remitido, tomando en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndromes de dependencia y abstinencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo (SSA, 2010).

Por lo tanto, los procedimientos de referencia y contrarreferencia derivan de la premisa de impartir a todo usuario, en igualdad de condiciones, el óptimo servicio de calidad integral en el tratamiento residencial.

Todo prestador de servicios debe estar enfocado a mejorar la salud física y mental de los usuarios y a garantizar que tengan acceso a programas multidisciplinarios de atención que integren actividades terapéuticas basadas en hallazgos científicos que han demostrado contribuir a su recuperación.

Cuando se determina la conveniencia, necesidad o incluso urgencia de referir a algún usuario a otro servicio se deben considerar los siguientes criterios:

Figura 10.1 Criterios para la referencia de un usuario.



La **referencia** es un proceso de derivación que incluye un conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales a través del que se remite a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

La **contrarreferencia** es la respuesta del especialista que atendió al usuario, y es un procedimiento mediante el cual se le retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda.

10.1 PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

| | |
|--|---|
| <p>COMPETENCIA VINCULADA CON EL TEMA:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proponer al equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento la referencia del usuario a otro servicio de atención, en caso de que las necesidades o condiciones de éste así lo requieran. |
|--|---|

Como se ha mencionado, **el proceso de referencia no es responsabilidad del consejero**, ya que este procedimiento de derivación y contraderivación sólo puede hacerlo un médico, un psicólogo, el responsable del establecimiento o algún otro profesionalista en el área de salud que esté facultado para hacerlo.

El consejero puede recomendar al responsable del establecimiento que haga la referencia cuando cuente con los elementos necesarios, de la misma manera que puede verificar que se lleve a cabo y, sobre todo, constatar que se haya documentado correctamente.

10.1.1 NORMATIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En materia de tratamiento de adicciones existe una normatividad específica para la derivación de usuarios a otros servicios de atención; ya se mencionó lo que señala la *NOM-028-SSA2-2009*, sin embargo, el documento que concentra las principales disposiciones al respecto es la *Guía de referencia/contrarreferencia*.

En esta guía se estipula que el proceso de referencia/contrarreferencia agrupa una serie de acciones destinadas a establecer, en primer lugar, la condición clínica del usuario al momento de solicitar el servicio (ver línea 4 *Valoración de la severidad de la adicción*), ya sea por una urgencia o por algún padecimiento relacionado con el consumo (*comorbilidad*, ver línea 2 *Conceptos generales en adicciones del módulo I*). Posteriormente, se emplea en aquellos casos que no puedan ser atendidos en el establecimiento al que llegaron originalmente, considerando en términos generales:

- La situación del caso y su gravedad.
- La instancia terapéutica necesaria y disponible para su manejo.



Toda vez que se ha definido la condición y necesidades de atención del usuario, se puede referir a la instancia más conveniente (siempre con el objetivo de cumplir con un procedimiento oportuno y adecuado).

El análisis eficiente de todo ello facilita la elección de la instancia terapéutica más apropiada, de acuerdo con el directorio de referencia.

Un aspecto primordial de la referencia es la herramienta que se emplea para llevarla a cabo, por lo cual la guía señala como necesario el uso de la *Hoja de referencia/contrarreferencia* (ver anexo 14).



REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

INSTRUCCIONES: explica brevemente y con tus palabras el concepto de referencia y contrarreferencia.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 10.1

| CONCEPTO | EXPLICACIÓN |
|-------------------|-------------|
| Referencia | |
| Contrarreferencia | |

▶ HOJA DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA

ANEXO 14 HOJA DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA
INGRESAR NOMBRE, DIRECCIÓN COMPLETA Y LOGOTIPO DEL ESTABLECIMIENTO

FECHA DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA _____ No. de protocolo: _____
FECHA DE ADMISIÓN / CONTRARREFERENCIA _____
FECHA DE SALIDA / CONTRARREFERENCIA _____
FECHA DE INGRESO AL ESTABLECIMIENTO _____

Identificación
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Sexo: _____
 Nombre: _____ Edad: _____

Identificación del establecimiento
 Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Código Postal: _____

Identificación del paciente
 Nombre: _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
 Sexo: _____ Edad: _____

Identificación del establecimiento receptor
 Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Código Postal: _____

Es el formato en el que se estipula por escrito que el establecimiento residencial solicita a otra institución que preste al usuario atención médica especializada en salud física o mental.

La hoja permite registrar los datos de identificación y clínicos de los usuarios que resulten relevantes para hacer más eficientes los procedimientos de referencia/contrarreferencia. El original se le proporciona al usuario y a los familiares o representante legal, quienes, a su vez, la entregan al personal del establecimiento receptor en donde el usuario recibirá la atención necesaria.

El procedimiento para referir al usuario a consulta o atención externa consiste en:



Figura 10.2
Procedimiento para referir al usuario a consulta o atención externa.

1. **Identificar la necesidad del usuario de ser atendido en otra institución de salud.** Se puede lograr en la etapa de valoración; sin embargo, también puede realizarse durante las sesiones de consejería individual o grupal.
2. **Notificar al director y/o al equipo multidisciplinario del motivo y conveniencia de la referencia.**
3. **Informar al usuario y/o sus familiares de la necesidad de atención especializada.**
4. **Elegir la institución, hospital o centro de salud al cuál será referido el usuario.** Esta decisión se toma junto con el usuario o los familiares una vez que valoran la mejor institución de salud pública o privada, según las necesidades del usuario y las posibilidades económicas familiares, ya que la responsabilidad de cubrir los gastos es de la familia.
5. **Confirmar la elaboración de la Hoja de referencia/contrarreferencia.** El médico, el psicólogo o el responsable del establecimiento llena la hoja con pluma

y letra de molde perfectamente legible o a máquina, con los siguientes datos: nombre del usuario, motivo de referencia, área médica a la que se refiere, médico o especialista a quien se refiere, aspectos generales de salud, si se acompaña de algún estudio o documento médico y se solicita información de la evolución del usuario, fecha, nombre y firma, nombre del establecimiento de donde se refiere y nombre del contacto para contrarreferir la información por parte del propio establecimiento.

La hoja de referencia y contrarreferencia debe ser llenada por el director del establecimiento o algún profesionalista del equipo multidisciplinario. El consejero puede sugerir la conveniencia o necesidad de la misma, pero no es el responsable de hacerla.

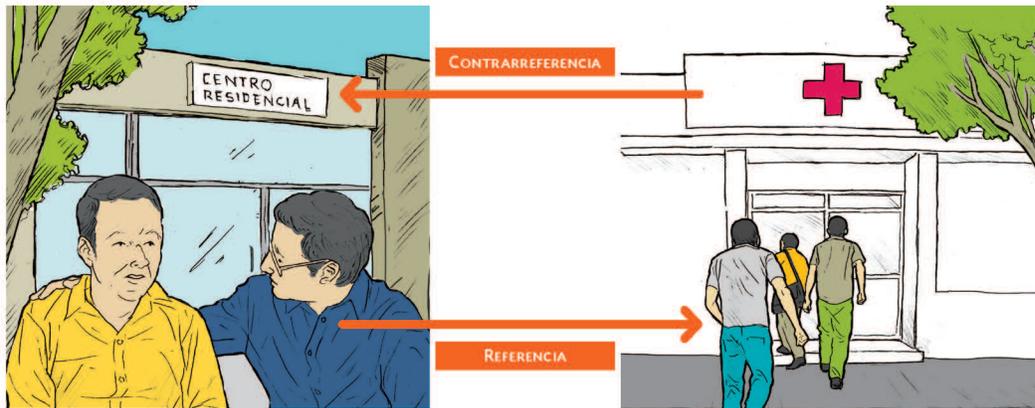
6. **Contactar con la institución de salud a la que se refiere al usuario.** El responsable del establecimiento debe hacer previamente contacto con el centro (unidad médica de primer nivel de atención, servicio de urgencias, laboratorio, clínica, establecimiento ambulatorio, etc.) elegido para la derivación con el fin de verificar la pertinencia de que le atiendan o, en su defecto, buscar otra alternativa. Este contacto puede hacerse vía telefónica o presencial para obtener el nombre del especialista y el área a donde se referirá al usuario.

El consejero confirma que personal del establecimiento haya hecho el contacto con la institución a la que se derivará al usuario.

7. **Documentar la referencia.** Además del uso de la *Hoja de referencia/contrarreferencia*, también deben documentarse, si es que se cuenta con ellos, los formatos que detallan la condición clínica del usuario aplicados en la etapa de valoración. En caso de ser referido por una crisis de alguna enfermedad crónica o algún padecimiento previo al internamiento, el director del establecimiento debe solicitar al familiar o persona significativa los estudios de laboratorio, pruebas y demás evidencias que se posean y que den continuidad al tratamiento.
8. **Verificar que se quede una copia en el expediente de la consejería.**
9. **Llamar o visitar para confirmar la asistencia o recepción del usuario en el establecimiento o unidad médica a la que se le refirió.**

El consejero verifica que personal del establecimiento responsable del usuario confirme su asistencia o recepción al establecimiento o unidad médica a la que se le refirió, a través de una llamada o visita.

La **contrarreferencia** es el procedimiento que sigue el establecimiento que recibió al usuario en la etapa de referencia una vez que ha completado exitosamente el tratamiento, por medio del cual lo deriva de regreso al centro de atención que en un principio se los refirió.



El procedimiento de contrarreferencia es:



Figura 10.3
Procedimiento de
contrarreferencia.

En algunas enfermedades crónicas degenerativas y otras no relacionadas directamente con el problema de adicción, las instituciones de salud no suelen informar de lo sucedido durante el tratamiento o derivación. Es por ello que se puede registrar la contrarreferencia vía telefónica **sólo en caso de que el padecimiento no sea grave.**

En caso de padecimientos graves o de que el usuario haya sido referido para desintoxicación o tratamiento del síndrome de abstinencia, no se aceptan referencias telefónicas; todas deben ser contrarreferencias escritas para prevenir problemas al establecimiento y para cumplir con la NOM-028-SSA2-2009.

Las acciones para registrar la contrarreferencia telefónica por parte del **responsable del establecimiento** son:

1. Recibir la información de la institución o centro de salud por escrito o vía telefónica.
2. Si se recibe información vía telefónica en casos no graves, se debe llenar el formato de contrarreferencia (ver *Hoja de referencia/contrarreferencia*).
3. Integrar una copia en el expediente del usuario.
4. Informar al equipo multidisciplinario el resultado de la contrarreferencia, especificando si se resolvió el problema (alta), o si por el contrario se debe buscar ayuda en otro lugar (baja).

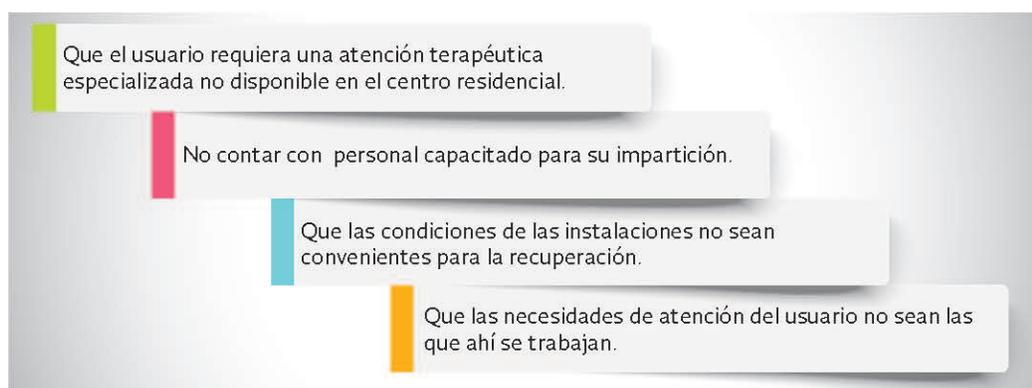
10.1.2 MOTIVOS PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

COMPETENCIA VINCULADA CON EL TEMA:

- Explicar al usuario los motivos por los cuales se sugiere la referencia y el proceso para realizarla.

La referencia a otros servicios de atención externa se lleva a cabo ante una variedad de condiciones, entre las que se incluyen:

Figura 10.4 Condiciones para la referencia.



Entre las condiciones para la referencia están las siguientes:

- Se hace referencia a un **tratamiento ambulatorio** cuando, de acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba ASSIST (ver línea 4 *Valoración de la severidad de la adicción*), la persona está en etapa de experimentación o consumo eventual, y se aplica solamente el **consejo de salud**, con la finalidad de que el usuario haga conciencia sobre la importancia de disminuir hasta abandonar el consumo.
- Se puede referir a otros establecimientos residenciales si no se cumplen los **criterios clínicos de ingreso** o incluso los requisitos de admisión, por ejemplo: sexo, edad, tipo de ingreso, costo del tratamiento, entre otros.
- La referencia también puede hacerse si en el establecimiento no hay **espacio físico y/o equipo disponible** para su estancia digna (por ejemplo, camas disponibles).
- En caso de que el usuario presente alguna **complicación física** durante su estancia, requiera atención médica de urgencia y en el establecimiento no se cuente con la infraestructura o recursos para su tratamiento.

Como información complementaria, resulta importante retomar los contenidos abordados en el tema “Viabilidad de brindar atención en el establecimiento”, de la línea 4 *Valoración de la severidad de la adicción* del módulo II, y que responden a la capacidad resolutoria con la que se cuenta en el establecimiento y las atribuciones del consejero.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA POR ATENCIÓN DE URGENCIAS



Los servicios de atención de urgencias son como lo señala la NOM-027-SSA3-2013¹¹, un conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica. En el cual, deben estar disponibles permanentemente, al menos un médico y un elemento de enfermería para atender de forma inmediata al paciente que lo requiera.

¹¹ NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

Cuando algún usuario sufra alguna complicación (emergencia) que no puede ser atendida debidamente al interior del establecimiento, debe ser referido de manera inmediata a un servicio de urgencias.

Esta decisión debe ser tomada por el equipo multidisciplinario toda vez que:

- No se dispone del servicio de desintoxicación; en este caso, se hace referencia inmediata por un cuadro agudo de intoxicación o síndrome de abstinencia por consumo de drogas inyectadas.
- Ante cualquier situación de emergencia o accidente en el que no se tenga capacidad resolutoria, el responsable del establecimiento debe proporcionar los primeros auxilios y asegurar que se brinde de inmediato la atención médica necesaria, dando aviso al familiar más cercano o representante legal, en su caso y, de ser procedente, a la instancia legal o autoridad competente.
- Al referir al usuario al servicio de urgencias de alguna instalación hospitalaria cercana, por ningún motivo se le podrá negar la atención.
- El establecimiento residencial no cuenta con protocolos de reducción del daño en caso de usuarios dependientes a opiáceos o bien, no dispone de tratamiento de sustitución.

Una vez resuelta la emergencia y luego de que los signos vitales del usuario se hayan estabilizado, puede atenderse el problema de dependencia a drogas en el establecimiento residencial. Para ello, el servicio que atendió la urgencia realiza la contrarreferencia al centro residencial; en la **Hoja de contrarreferencia** deben reportarse las medidas de control tomadas en la situación de emergencia, así como la necesidad de recibir tratamiento residencial para la atención de la adicción.

El establecimiento residencial se compromete a brindar seguimiento de la condición médica del usuario, facilitando las interconsultas necesarias, integrando las notas de evolución y favoreciendo la continuidad del tratamiento prescrito previo al internamiento, bajo supervisión del responsable sanitario del establecimiento.



Como se ha revisado en el tema “Patología dual” de la línea 2 *Conceptos generales en adicciones* del módulo I, la comorbilidad son los padecimientos que el usuario puede tener al mismo tiempo que el problema de adicción, no necesariamente relacionados con el proceso adictivo (diabetes, hipertensión, glaucoma, etc.). Sin importar si estas enfermedades aparecieron antes, durante o después de la adicción, deben ser tratadas para garantizar un tratamiento exitoso.

El consejero debe considerar la referencia para la atención de la **comorbilidad** cuando:

- Personas con cuadro severo de comorbilidad con signos y síntomas de psicosis (ver línea 4 *Valoración de la severidad de la adicción*) soliciten el servicio en el establecimiento.
- El usuario presente un padecimiento relacionado con la dependencia de alcohol, tabaco u otras drogas que requiera un manejo especializado, como por ejemplo hipertensión, diabetes mellitus, hepatitis o cirrosis hepática.
- El usuario al interior del establecimiento muestre signos y síntomas de una crisis de enfermedad aguda como gripe, gastroenteritis o angina de pecho, que no pueda ser atendida con los recursos tanto humanos como de infraestructura del establecimiento.

En cualquiera de estos casos es fundamental la valoración especializada. Ante la duda y el desconocimiento de los síntomas, siempre es necesario que se consulte al médico y responsable sanitario del establecimiento para verificar que se cubran los criterios clínicos de cualquier patología en cuestión.



REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA SEGUIMIENTO EN SERVICIOS AMBULATORIOS

Como ya se revisó en la línea 8 *Cierre de la consejería y seguimiento*, y como lo estipula la NOM-028-SSA2-2009, al egresar un usuario del establecimiento, principalmente al ser dado de **alta**, debe continuar con su tratamiento en un servicio ambulatorio, ya sea de ayuda mutua o profesional, para favorecer el mantenimiento de la abstinencia.

Para derivarlo a los servicios ambulatorios, es necesario que el consejero lo haya acordado durante las sesiones de cierre con el usuario y lo sensibilice de la conveniencia y necesidad de acudir a dichos servicios.



Tu papel como consejero en la referencia a servicios ambulatorios al término de la consejería es sensibilizar y convencer al usuario para que reciba tratamiento ambulatorio, con el fin de que fortalezca lo aprendido en las sesiones de consejería y mantenga su abstinencia de manera definitiva.

En estos casos, la *Hoja de referencia/contrarreferencia* debe especificar claramente el propósito de la derivación, por ello, el consejero debe promover con el responsable del establecimiento, y de ser necesario con el responsable clínico del caso, que llene este formato para la derivación oportuna del usuario.

Para llevar a cabo la referencia a servicios ambulatorios, es fundamental que el establecimiento mantenga alianzas y convenios con centros que otorguen este tipo de atención, para implementar, como parte fundamental de la prevención de recaídas, un mantenimiento en tratamiento externo.



MOTIVOS PARA LA REFERENCIA.

INSTRUCCIONES: explica brevemente y con tus palabras por qué se debe referir al usuario tomando en cuenta las siguientes condiciones:

ACTIVIDAD GRUPAL 10.2

| CONDICIONES PARA LA REFERENCIA | EXPLICACIÓN |
|------------------------------------|-------------|
| Criterios clínicos de ingreso | |
| Espacio físico o equipo disponible | |

| CONDICIONES PARA LA REFERENCIA | EXPLICACIÓN |
|---------------------------------------|-------------|
| Atención de urgencias | |
| Atención de comorbilidad | |
| Seguimiento en servicios ambulatorios | |

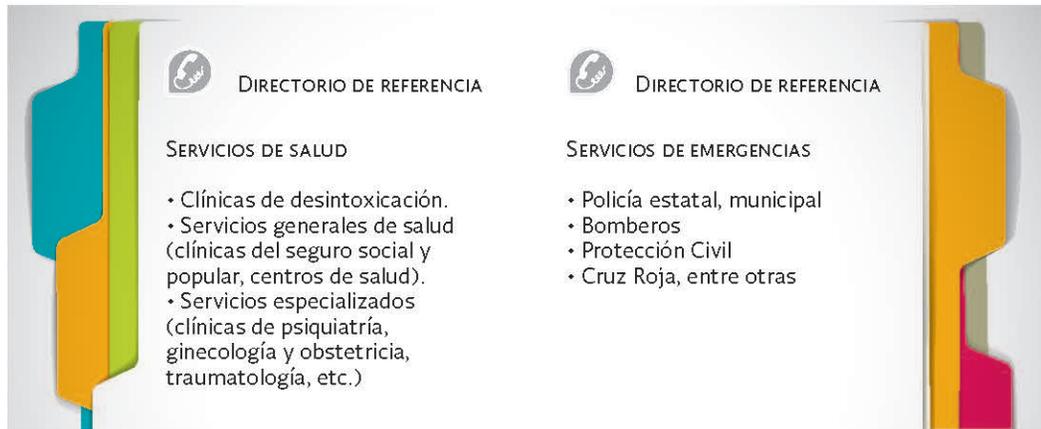
10.2 ELABORACIÓN DEL DIRECTORIO DE REFERENCIA

| | |
|---|---|
| COMPETENCIA VINCULADA CON EL TEMA: | <ul style="list-style-type: none"> Cooperar con el equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento para mantener y dar seguimiento al proceso de referencia del usuario. |
|---|---|

La NOM-028-SSA2-2009, en su numeral 5.5.1, destaca la obligación de los establecimientos residenciales de tener un directorio de las instituciones de salud que cuente con el aval de la Secretaría Técnica del Consejo Estatal Contra las Adicciones (STCECA).

Este requisito ayuda al consejero en su labor de identificar y referir a los usuarios que por las condiciones de salud o de la gravedad del padecimiento deben ser atendidos en otra institución de salud.

El consejero, como parte de sus actividades, promueve con el responsable del establecimiento que el directorio se actualice cada año y que contenga la firma y el sello de autorización del STCECA.



El directorio de referencia debe contener los siguientes datos básicos de cada institución:

Tabla 10.1 Datos que debe contener el directorio de referencia.

| DATOS | DESCRIPCIÓN |
|--|---|
| Nombre | El nombre y las siglas con las que se conoce la institución; evitar moteo o el nombre común con el que la gente reconoce el lugar. |
| Domicilio | Calle principal y con las que cruza el lugar, así como colonia y municipio; de ser posible, código postal y otras señales físicas del lugar. |
| Especialidades | Principales servicios de salud que brinda el lugar y si éstos son generales o de especialidades. |
| Contacto | Teléfono, y de ser posible, el nombre de la persona de contacto que recibe las referencias. |
| Horarios de atención | Horarios en los que reciben a los usuarios del servicio. |
| Requisitos para recibir el servicio | Establecer si la atención es de tipo privado o público o si se requiere estar afiliado. Asimismo, las condiciones o requerimientos en los que reciben a los usuarios; por ejemplo, si el usuario tiene que ir acompañado de sus familiares. |
| Costos | Establecer si se tiene que hacer un pago o si la atención es gratuita. |

Para garantizar un servicio profesional en la referencia de casos normales y urgentes, el directorio siempre debe estar en un lugar visible y accesible para todo el personal del establecimiento residencial.

En una emergencia, reducir el tiempo de atención puede ser vital; además, se cumple con la NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

DIRECTORIO DE REFERENCIA.

INSTRUCCIONES: identifica tres posibles instituciones cercanas al establecimiento donde laboras para que integres un ejemplo de directorio de referencia que incluya todos los datos necesarios.



ACTIVIDAD INDIVIDUAL 10.3

| DATOS | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------|-------------|
| Nombre | |
| | |
| | |
| Domicilio | |
| | |
| | |
| Especialidades | |
| | |
| | |
| Contacto | |
| | |
| | |
| Horarios de atención | |
| | |
| | |
| Requisitos para recibir el servicio | |
| | |
| | |
| Costos | |
| | |
| | |

10.3 DOCUMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

COMPETENCIA VINCULADA CON EL TEMA:

- Cooperar con el equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento para mantener y dar seguimiento al proceso de referencia del usuario.

El registro documental del proceso de referencia demanda evidentemente que se deje una copia de la *Hoja de referencia/contrarreferencia* empleada en el expediente del usuario; sin embargo, también debe incluir, si es el caso, el resguardo de todos los instrumentos utilizados en la valoración que determinó la conveniencia de la referencia.

Incluso cuando el consejero promueva la referencia con el equipo multidisciplinario o con el responsable del establecimiento, debe dejar constancia de esta recomendación en la última nota de evolución del expediente.

En ocasiones, las instituciones de salud pública y/o privadas no envían por escrito la contrarreferencia, por lo que es necesario dejar evidencia documental de la misma en el expediente del tratamiento del usuario, a través de un reporte de la llamada de confirmación a la institución de salud a donde fue referido, mismo que se debe registrar en una *Nota de evolución de la consejería individual* (ver anexo 25).

Es conveniente precisar que en algunas entidades federativas la autoridad sanitaria local ha establecido un formato único para el proceso de referencia de pacientes dentro de todo el sistema de salud; en esos casos, si es un acuerdo oficial, el establecimiento debe acatar la indicación y reemplazar la *Hoja de referencia/contrarreferencia* por el formato establecido por la Secretaría de Salud local.



DOCUMENTACIÓN.

INSTRUCCIONES: enlista los documentos relativos a la referencia y contrarreferencia que se deben integrar en el expediente del usuario.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL 10.4

BUENAS PRÁCTICAS DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El consejero:

- Identifica alternativas de atención para la referencia del usuario, en caso necesario.
- Comunica asertivamente al equipo multidisciplinario y/o responsable del establecimiento la propuesta de referencia a otro servicio de atención.
- Explica de manera amable, asertiva y objetiva las razones por las cuales el usuario no puede ser atendido en el establecimiento o requiere otro servicio complementario, y se sugiere la referencia a otro.
- Propicia el seguimiento al proceso de referencia del usuario.
- Mantiene relaciones de colaboración con la red social y de servicios.

RECAPITULANDO

En este módulo final se han abordado dos temas centrales de la coordinación de servicios: el trabajo interno y externo de coordinación con instituciones, áreas o equipos multidisciplinarios para promover actividades de prevención de recaídas, reinserción social, rehabilitación y seguimiento; y el proceso de referencia y contrarreferencia de usuarios.

La coordinación con los equipos multidisciplinarios es, en gran medida, una de las prácticas que posibilitan el éxito del tratamiento. A lo largo de los tres módulos del manual, se ha insistido en que el problema de la adicción es multicausal, por lo que requiere un tratamiento apoyado por diversas disciplinas como: medicina, psicología, trabajo social, psiquiatría, entre otras.

Se ha destacado que la referencia es un proceso indispensable para garantizar la atención oportuna y adecuada de los usuarios de servicios; es un elemento sustantivo que permite reducir significativamente los índices de abandono e interrupción temprana del tratamiento. El papel del consejero en los procesos de referencia y contrarreferencia es principalmente el de un promotor que favorece su seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Baz, Gustavo. (2005). *Redes locales de servicios de salud*. México: Secretaría de Salud.
- INSALUD. (2000). *Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. *Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*. Secretaría de Gobernación. Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 4 de septiembre de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Estrategia de cooperación con el país*. México: OMS.
- Pech, A., Castillo, T. y Echeverría, R. (2005). *Diagnóstico de competencias profesionales para el trabajo en equipos interdisciplinarios en una unidad de salud*. México: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Provida Perú. (2010). *Guía de capacitación de trabajo en equipo interdisciplinario, coordinación y continuidad de cuidados en las personas adultas mayores rurales*. Perú: Help Age International.
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México: Progreso, S. A. de C. V.
- Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. (2010). *Guía para la referencia/contrareferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones*. México: Secretaría de Salud.
- Unidad de Vida Saludable. (2012). *Manual de procedimientos*. México: Servicios de Salud de Veracruz.

COMENTARIOS FINALES

La capacitación para la formación de consejeras y consejeros en adicciones constituye, en nuestro país, una aportación valiosa en materia de tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. La experiencia ha señalado que dicha capacitación, además de atender los intereses y las necesidades conceptuales y operativas de los consejeros en materia de adicciones, cumple con el objetivo central que se propone, que es incrementar la calidad de los servicios que se proporcionan en los establecimientos residenciales para la recuperación de los usuarios y sus familiares.

Esta capacitación representa una experiencia gratificante y enriquecedora a nivel personal y profesional para los consejeros que la han recibido. Refieren que en lo personal les ha permitido afianzar su compromiso con la abstinencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, toda vez que en las sesiones de trabajo adquieren y refuerzan conocimientos específicos (por ejemplo, estrategias para la prevención de recaídas) y, al mismo tiempo, continúan aprendiendo de la experiencia de los asistentes (otros consejeros) y de los docentes que comparten sus conocimientos especializados.

En lo profesional, los consejeros resaltan su satisfacción por haber adquirido mayores herramientas de trabajo y por realizar sus acciones de consejería en adicciones con intervenciones más claras y fundamentadas en evidencias científicas, las cuales se complementan con su saber experiencial y, en muchos casos (de acuerdo con los servicios que se proporcionen en los establecimientos), con la riqueza del trabajo multidisciplinario.

Un efecto común en los consejeros que han recibido la capacitación es el incremento en su confianza profesional para la realización de acciones de consejería, así como en su motivación para continuar aprendiendo y mejorando su desempeño profesional.

Los consejeros destacan que este proceso de capacitación es una actividad obligada para las personas que se dedican a la consejería, que implica un compromiso total (asistencia, participación, estudio, etc.) y que no dudarían en recomendar a todos aquellos que estén interesados en obtener un certificado que los acredite como consejeros en adicciones.

Como puede observarse en los contenidos de este manual, los conocimientos que el consejero en adicciones debe adquirir son amplios y diversos, así como las

competencias que debe desarrollar para incrementar la calidad de los servicios que proporciona al usuario y su familia en los establecimientos residenciales.

En este sentido, el proceso de formación especializada de los consejeros en adicciones no termina con la lectura de este manual o su uso esporádico en sus centros de trabajo, más bien, su empleo representa el punto de partida que ayude a incrementar la motivación y el compromiso de los consejeros para ampliar sus conocimientos y reforzar sus habilidades en materia del tratamiento en adicciones.

No sólo es recomendable, sino también necesario, que los consejeros en adicciones, como parte de su proceso de formación especializada, repasen periódicamente la información incluida en el manual y, a la vez, tengan la plena confianza de llevar a cabo las sugerencias y estrategias de tratamiento indicadas en este material, así como aplicar a los usuarios de drogas los instrumentos de apoyo. El desarrollo de estas acciones enriquecerá, sin duda, su quehacer cotidiano, encaminando sus propias intervenciones hacia la obtención de “mejores prácticas y mejores resultados”.

El mejoramiento de la calidad y efectividad de las estrategias de intervención de consejería en adicciones es una meta que puede cumplirse con preparación, compromiso y motivación, misma que los consejeros pueden lograr, incluso en el corto plazo, si se considera que ellos tienen como parte de su historia de vida, vivencias personales relacionadas con el abuso y la dependencia a las drogas que les permiten entender, comprender y orientar de una mejor manera a los usuarios de los servicios.

Los resultados que se obtengan con el empleo de este manual representarán información valiosa que permita ajustar y enriquecer las estrategias de intervención utilizadas por los consejeros para las contemporáneas o futuras generaciones de consejeros en adicciones.

Finalmente, es nuestro más sincero deseo que este manual se constituya en una guía fundamental para la consejería en adicciones en el país, convirtiéndose en un referente teórico-práctico y de consulta obligada para los diferentes equipos de trabajo en los establecimientos residenciales.

El Manual del Consejero Tomo I
Esta obra se terminó de imprimir en el mes de julio de 2014,
en Lito Estilo Impresores, S.A. DE C.V.
Calz. Las Aguilas 1148 – 2, Col. San Clemente 01740 México, D. F.
La edición consta de 2,000 ejemplares