



**REFERENCIAL DE CERTIFICACIÓN DE  
SERVICIO  
"TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN  
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS/UNIDADES DE  
DESHABITUACIÓN RESIDENCIAL"  
CCTT/UDR  
DISEÑADO A SOLICITUD DE PATIM**

EDICION: 1

SOLICITANTE:	VALIDADO POR:
PATIM 	COMITÉ DE EXPERTOS DE CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SGS ICS, IBÉRICA, S.A.
FIRMADO: D. Francisco López y Segarra Director de PATIM	FIRMADO: D. Álvaro Rodríguez de Roa Presidente del Comité



FECHA: 18 de Septiembre de 2006	FECHA: 18 de Septiembre de 2006
---------------------------------	---------------------------------

<b>HOJA CONTROL DE CAMBIOS</b>	
<b>Nº Edición / Fecha</b>	<b>Naturaleza del cambio</b>
Edición 0 18/09/06	Edición inicial
Edición 1 18/09/06	Inclusión comentarios Comité de Expertos




## INDICE

### **Capítulo I / OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**

### **Capítulo II / PRESENTACIÓN DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS**

### **Capítulo III / GLOSARIO**

### **Capítulo IV / MARCO DE ACTUACIÓN**

- 1.- Razones de la Certificación de Servicio
- 2.- Documentación reglamentaria y de referencia

### **Capítulo V / CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD CERTIFICADAS Y MEDIOS**



## **DE APLICACION**

1. Resumen de las características de calidad certificadas
2. Detalle de cada característica certificada y medios de aplicación
  - A. Accesibilidad e Instalaciones adecuadas
  - B. Un equipo de profesionales multidisciplinar
  - C. Atención y evaluación del paciente
  - D. Realización de técnicas de tratamiento y asistencia
  - E. Seguimiento de la satisfacción de los pacientes

### **Capítulo VI / PLAN DE CONTROL INTERNO**

### **Capítulo VII / SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL**

### **Capítulo VIII / INFORMACIÓN A LOS PACIENTES**

### **Capítulo IX: BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

## **CAPITULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACION**

El objeto del presente Referencial de Servicio, es especificar las características de Calidad de los diferentes servicios que intervienen en el proceso de prestación del servicio de atención a pacientes en Comunidades Terapéuticas, diseñado a solicitud de PATIM.

PATIM, es una Organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, dedicada a la prevención, asesoramiento, tratamiento e investigación. Fundada el 2 de Agosto de 1985 con el nombre de Asociación PATIM, fue legalizada el 18/11/86 y declarada de "Utilidad Pública" en 1993. En el año 2001 crea la FUNDACION PATIM DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, y en el 2004 la Asociación para la creación e impulso de empresas de inserción EISPATIM. Estas tres entidades, con total independencia, forman el "Grupo PATIM", denominado simplemente PATIM. Todos sus programas son gratuitos.

Dichas características se establecen como referencia para la Certificación de Servicio en Comunidades Terapéuticas, *entendiendo por tales aquellos centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación e inserción mediante terapia farmacológica, psicológica (75%) y ocupacional (25%), y promueve la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren* quedando fuera del alcance del presente documento y de la propia certificación los servicios o instalaciones relacionados con el mismo que no se citan expresamente.

El campo de aplicación se refiere a todas las características a certificar, citadas en el Capítulo V "Características certificadas y medios de aplicación", incluyendo los métodos desarrollados por las Comunidades Terapéuticas para cumplir con los requisitos de cada característica.

Este Referencial de Servicio no será aplicable a otras actividades diferentes a las indicadas



anteriormente y desarrolladas por las Comunidades Terapéuticas solicitantes de la Certificación de Servicio. Conviene remarcar que independientemente de las características desarrolladas en el presente documento, el servicio objeto de la certificación debe ser conforme a la reglamentación en vigor relacionada en el mismo y en las partes en que le sean de aplicación. Para ello la Comunidad Terapéutica debe identificar la legislación vigente en este servicio que le sea de aplicación.

El esquema ha sido diseñado por PATIM, y tras su validación por el Comité de Expertos, compuesto por expertos en la evaluación de la conformidad, representantes de la Administración, representantes de usuarios y consumidores y representantes de los proveedores, el Referencial se convierte en un Documento Normativo, estando públicamente disponible previa solicitud, así como accesible y aplicable a toda Comunidad Terapéutica que cumpla las características citadas en el Capítulo V.

## **CAPITULO II**

### **PRESENTACION DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS**

#### Orígenes:

La Comunidad Terapéutica (CT) o la Unidad de Deshabitación Residencial (UDR) podríamos decir que tiene sus orígenes, en su acepción más amplia en la edad del hombre. En cambio si unimos a su terminología en sí la conciencia psicoterapéutica, es decir, el practicar psicoterapia sabiendo que es 'psicoterapia' lo que se hace, pertenece a nuestros días. (C. A. Seguin, 1975)

En nuestra era, los ancestros de las comunidades terapéuticas los podemos encontrar en las comunidades monacales –monasterios, conventos, cenobios- que cuidaban -y cuidan- enfermos. Es bien sabido que el cuidado de enfermos en recintos cerrados o convivenciales arranca desde muy atrás en la historia. (Solé Puig, 1975).

Los sacerdotes del Antiguo Egipto, hace casi 5.000 años, cuidaban de los pacientes en los templos de culto, a quienes daban hospitalidad -de ahí el término hospital- visitaban a los enfermos por la noche y se hacían contar los sueños y pesadillas para deducir de ellos sugerencias curativas específicas para cada caso.

En la antigua Grecia, Epicuro de Samos (Samos, 345 a. de C.-Atenas 270 a. de C.) crea una especie de comuna donde se hacía una vida retirada y tranquila para aquellos que pretendían acceder a la condición de filósofos o sabios.

En los *templos esculapios* de la antigua Grecia ya está en embrión la CT, pues pernoctaban durante algún tiempo peregrinos poseídos por una gran fe en curarse de sus enfermedades.

En el siglo I, un sabio epicúreo, Asclepiades de Alejandría, luchó contra los abusos y los malos tratos infligidos a los enfermos y que se han mantenido hasta hace relativamente poco tiempo –trepanaciones para extraer la 'piedra de la locura', debilitantes sangrías, enemas brutales, prácticas depurativas rayanas en la tortura, etc.- y preconizó que debía tenerse a estos enfermos en lugares agradables y bien iluminados, lejos de la oscuridad y la

violencia que les engendraba terror e irritación y que agravaban aún más sus padecimientos.

Tendrán que pasar dieciocho siglos para que la actitud de Asclepiades en el siglo I sea repetida por Philippe Pinel (1745-1826), profesor de la facultad de medicina de París, que el 1793, en plena Revolución Francesa, tuvo la valentía de romper las cadenas con que eran sujetados los locos. El gesto de Pinel tuvo el mérito de liberar al enfermo mental de su condición de réprobo, que sólo merecía trato coercitivo, para consagrarle como enfermo (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, 1975).

No olvidemos el papel de algunos filántropos del final de la Edad Media, como el mercedario Fray Gilabert Jofré, fundador del manicomio de València en 1409 –el primer hospital psiquiátrico de la historia. También el manicomio de Zaragoza, en pleno siglo XVII, no sólo contemplaba un trato más humanitario para los enfermos, sino que estos eran estimulados a realizar pequeños trabajos, una auténtica *laborterapia* que posteriormente mereció los elogios de Pinel.

William Tuke, que fundó el Retiro de Cork en la Inglaterra de 1796, demostró que los enfermos mentales respondían bien al "*tratamiento moral*", una especie de persuasión filantrópico-religiosa.

John Conolly, médico inglés, aportó algo más al tratamiento comunitario al aplicar en 1856, en el hospital de Hanwell, su consigna de "*no sujeción física de loco*" bajo ningún concepto, dar importancia a las relaciones interpersonales y a la dimensión psicológica en la vida de una institución y plantearse cómo devolver al enfermo mental a la sociedad (esbozos de reinserción social), concepto inaugurado por Pinel en 1801 en su *Traité Médico-Philosophique de la Manie*.

## Siglo XX

Varios autores importantes (Cancrini, 1982) relacionan la crisis de valores, la pérdida de cohesión social, la fragmentación cultural y ciertas intervenciones militares –Vietnam-, que tuvieron lugar en los años 60, con la crisis ocurrida en la Edad Media relacionada con el progresivo alejamiento de la iglesia del original y subversivo mensaje cristiano y el acercamiento, antievangélico, a los poderosos. Esta situación favoreció la aparición del Renacimiento Humanista, en cierta revolución científica que la iglesia intentará controlar y en la aparición del protestantismo. Mientras tanto, hay un nacimiento creciente de nuevas

órdenes monacales, comunidades de vida basadas en redescubrir los auténticos valores del evangelio. Ideas comunes entre cenobios y CCTT son:

- Búsqueda de una relación más directa entre el hombre y su vida.
- Rechazo de una cultura dominante y hegemónica percibida como caduca.
- Apoyo de la CT en los valores de los individuos.
- Confluencia en la CT de rebeliones individuales desesperadas e informes, que van en dirección opuesta a una sociedad egoísta que la que prima el poder (Cancrini, 1882).

#### Baluceos de la intervención grupal en el mundo

En la década de los *años 30*, ya antes de la Guerra Civil española, el psiquiatra catalán *Mira y López*, en el hospital de Sant Baudili, organiza *grupos de terapia* donde fomenta la *autogestión*.

Durante la Segunda Guerra Mundial, el aumento de las enfermedades psiquiátricas precipita el empleo de la terapia de grupo empleando personal no médico.

Dos experiencias importantes ocurrieron en los *años 40* en el *Northfield Military Hospital* (nosocomio inglés cercano a Londres). La primera dirigida por *Bion* y descrita por él en "Experiences in Groups" y la segunda por *Foulkes*, psicoanalista con experiencia en el manejo de pequeños grupos en un servicio psiquiátrico de Exeter. Ambas ayudan a comprender la génesis de las CCTT.

#### Primeros intentos de cambio

Cronológicamente, la primera experiencia de Comunidad Terapéutica con mayúsculas puede considerarse la del Hender son Hospital, creado por Maxwell Dones en 1947, en Supón (Zurrié, al sur de Londres), donde *sin psicofármacos ni tratamientos anticonvulsionantes* se trataba a 70 enfermos de ambos sexos, la mayoría jóvenes con personalidades psicopáticas.

#### El proceso en Estados Unidos

Mientras esto sucedía en Europa, en Estados Unidos ciertos grupos quisieron ver en la vuelta a lo religioso la respuesta a muchas preguntas. Así ocurre con el *Oxford Group* que

llega a la conclusión que a lo científico debe añadirse lo religioso para “hacer renacer la humanidad en sentido espiritual”. Por ello hablan de siglo I (o primero de una nueva era), de compañerismo, fraternidad y rearme moral, siendo sus ideas pioneras las siguientes (Solé Puig, 1989):

1. *Sharing*: compartirlo todo.
2. *Guidance*: acatar la guía de Dios.
3. *Changing*: ritual de conversión.
4. *Making restitution*: enmendarse trabajando.

De ahí surge el concepto de autoayuda (*self-help*).

Estas ideas son recogidas en EE.UU por Alcohólicos Anónimos y después por Synanon. Alcohólicos Anónimos se fundó en Estados Unidos en los años 30 por dos alcohólicos, uno de los cuales era médico. Es una organización sin trabajadores socio-sanitarios y entre sus 12 *máximas* destacan:

- La insistencia en el compañerismo y en la unidad de todo grupo.
- La exigencia de voluntariedad en querer dejar la bebida.

La primera persona que utiliza el término “Comunidad Terapéutica” fue T.F. Main en 1946 en su libro “*The hospital as a therapeutic institution*”, comentando los cambios en el nosocomio de Nortfield. Pero es Maxwell Jones con su obra ‘*Psiquiatría Social: Un estudio sobre Comunidades Terapéuticas*’, de 1952, quien revoluciona las expectativas del tratamiento psiquiátrico en general. En su libro “*Más allá de la Comunidad Terapéutica*” (1952) ejerce de gran teórico de la rehabilitación social pues analiza la convivencia, atmósfera y organización terapéutica (*setting*), el *rol-playing* o adopción de nuevos roles, la confrontación cotidiana con los problemas y propone una gran libertad en la comunicación trabajadores-pacientes y cierta implicación en la administración del recinto. Mantiene, asimismo, que la CT, con staff profesional sociosanitario, sigue siendo el modelo de elección entre los recursos terapéuticos para toxicómanos.

Las Comunidades Terapéuticas surgen en Estados Unidos como respuesta a la creciente problemática de las toxicomanías en la década de los años 60.

Charles Dederich, exalcohólico con experiencia en Alcohólicos Anónimos, funda Synanon en 1958 y aunque sustituye lo religioso de la entidad a la que perteneció por ideologías más

seculares, lo inspiracional y el carisma del fundador perviven. Le Patriarche, de gran arraigo en Europa, es heredera del espíritu de Synanon. Este sistema jerarquizado probablemente fuese necesario para el colectivo que acogía y que se definía como heroinómanos y delincuentes, pues precisaba de altas dosis de autoridad. No hay trabajadores profesionales y los residentes con más cualidades van ascendiendo en la pirámide jerárquica. El libro "Synanon: The tunnel back" (1962) de Lewis Yablonski, sociólogo de San Francisco, continua siendo un clásico.

Daytop, Comunidad Terapéutica fundada en 1963 por David Deitch, incorpora técnicas e ideología psicopedagógica. Para Deitch, el toxicómano padece una detención en el normal desarrollo emocional y cognitivo, lo cual explica el trastorno de base y obliga a un tratamiento residencial, en CT, particularmente denso y cognitivo. En Daytop coexisten visión conductista, dinámica grupal, psicoterapia individual, psicodrama, etc. La "graduación" se consigue cuando se superan los siguientes objetivos:

1. Motivación demostrada
2. Aislamiento terapéutico inicial
3. Privación
4. Confesión de la conducta anterior
5. Penitencia
6. Confrontación
7. Participación
8. Elevación- ascenso
9. Capacitación laboral

Daytop ha sido el modelo más imitado en América y Europa a la hora de crear CCTT. El modelo americano surge de la decisión de unos marginados de erigirse en protagonistas de la ayuda mutua y la convivencia. Maxwell Jones era un psiquiatra que denunció lo inhumano e ineficaz del tratamiento institucional psiquiátrico y buscó un tratamiento adecuado.

### *Las Comunidades Terapéuticas en España*

En el Estado Español podemos decir que las CCTT nacen a partir de 1979 como respuesta de diferentes colectivos sociales frente a la acuciante problemática relacionada con el consumo de drogas, ante la falta de implicación institucional y la escasa reacción del

sistema sanitario frente a “la epidemia” de la heroína. En algunos casos se aprovecharon instalaciones que ya funcionaban en la atención a ex reclusos con poco apoyo familiar y con dificultades laborales y que en la mayoría de casos eran atendidas por personal no cualificado. A medida que el tejido social crece de forma exponencial como una respuesta eficaz también lo hacen los servicios de este tipo, que en muchos casos establecen sus diferencias en el coste que supone la permanencia en las CCTT.

Con el paso de los años, sobre todo a partir del establecimiento de Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, existe una tendencia hacia una mayor profesionalización y una cada vez mayor diferenciación entre las dos tipologías de comunidad terapéutica: la CT ‘jerárquica’ y la CT ‘democrática’ (cierto grado de participación) en expresión del propio M. Jones. A nivel autonómico también empiezan a articularse respuestas desde la administración y se articulan marcos legislativos de actuación específicos en materia de drogodependencias.

La tipología de Comunidad Terapéutica ha evolucionado a medida que la concepción del drogodependiente como un enfermo ha adquirido mayor consenso social, adaptándose a las necesidades de los beneficiarios de estos recursos. En la actualidad, a pesar de que se pueden establecer distintas tipologías de CT, atendiendo a población acogida (hombres-mujeres-mixta), tipo de gestión (pública-privada-religiosa), financiación, infraestructura, localización... aquí nos centraremos en el aspecto más importante, cual es la categorización en CT profesional o no profesional. La diferencia más significativa entre ambos modelos es su adecuación a la normativa vigente.

La CT no profesional puede denominarse de diversos modos: inspiracional, jerárquica, implícitamente terapéutica, convivencial, ocupacional, etc. Este modelo no suele ajustarse a la normativa vigente. Por su parte, la CT profesional, o explícitamente terapéutica, cumple unos requisitos mínimos que demanda la administración pública y que son básicos para obtener el referencial de calidad. Incluyen necesariamente entre sus trabajadores médico/a, DUE, psicólogo/a, sociólogo/a trabajador/a social, terapeuta ocupacional, educador/a y todo aquel personal que pueda aportar riqueza y experiencia de cambio y crecimiento al ámbito de la CT.

Las CT profesionales se auto contemplan como dispositivos de terapia residencial bien formalizados en sus tiempos y en sus métodos. Hay siempre un programa o itinerario terapéutico personalizado e individualizado donde lo esencial se encuentra prefigurado, en el sentido de conseguir unos mínimos objetivos en cada una de las fases o evolución. La CT



nunca se considera un fin en sí misma y la autonomía futura del residente es una de sus máximas. En este sentido, su principal trabajo consiste en la reeducación del paciente y conseguir un profundo cambio de actitudes que posibiliten su óptima inserción normalizada en el ámbito que le compete: sociolaboral, familiar ocio, etc.

En cuanto a los procedimientos terapéuticos incluyen la psicoterapia individual, grupal y familiar, talleres diversos (autoestima, habilidades sociales, sexualidad, teatro, meditación, cultura general, informática, orientación laboral, deporte, salidas programadas en fin de semana, farmacoterapia, educación para la salud), que deberán dar contenido al 75% de la ocupación frente a un 25% de tareas como limpieza, cocina, jardinería, lavandería o mantenimiento general.

El referencial de calidad de las Comunidades Terapéuticas/Unidades de Deshabitación Residencial intenta ir más allá. Tomando como referencia las CT profesionales y aplicando el marco legislativo actual pretende mejorar la respuesta que ofrecen estos servicios. Por ello, se establecen unos criterios directrices que todo servicio que en régimen de internamiento debe cumplir en todas sus áreas de actuación. Desde los tratamientos de deshabitación, rehabilitación e inserción mediante terapia farmacológica, psicológica, fisioterapia de la recuperación del estado físico y de habilidades –en un 75% de la actividad diaria- hasta las iniciativas de carácter ocupacional -25% restante de la actividad diaria-, promoviendo la participación activa de los pacientes por un tiempo determinado con objeto de facilitar su incorporación social cuando las condiciones biopsicosociales lo requieran.

### **CAPITULO III**

### **GLOSARIO**



### **ACCESIBILIDAD**

Facilidad con que la “población diana” (personas objetivo) pueden recibir la atención que necesitan.

### **ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS**

Todas aquellas actividades que guiadas por un terapeuta entrenado contribuyen al proceso de deshabitación del paciente.

### **ALUMNO EN PRÁCTICAS**

Todas aquellas personas que en sus últimos años de estudios, necesitan la realización de un periodo de prácticas para completar los mismos.

### **ALTA DE PROGRAMA**

Finalización de la estancia en la CT/UDR.

### **CARACTERÍSTICA DE CALIDAD DEL SERVICIO**

Se denomina Característica de Calidad del Servicio a cada uno de los elementos, partes, parámetros o cualidades del servicio o de los procesos de prestación del mismo, sobre los que se aplicarán los indicadores correspondientes, de manera que puedan ser auditables.

### **CERTIFICACIÓN DE SERVICIO**

Esquema de gestión voluntario que permite certificar por una tercera parte independiente (el Organismo de Certificación) que el servicio de una empresa/organización es conforme a las características desarrolladas en un Documento Normativo o Referencial.

### **COMUNIDAD TERAPÉUTICA (CT)/UNIDAD DE DESHABITUACIÓN RESIDENCIAL (UDR)**

Servicio que en régimen de internamiento realiza tratamientos de deshabitación, rehabilitación e inserción mediante terapia farmacológica, psicológica, fisioterapia de la

recuperación del estado físico y de habilidades –en un 75%- y ocupacional -25%- y que promueve la participación activa de los pacientes por un tiempo determinado con objeto de facilitar su incorporación social cuando las condiciones biopsicosociales lo requieren.

*"Recurso sociosanitario y educacional caracterizado por una estructura residencial full time, a tiempo completo, que permitirá la cobertura y contención máximas frente a la desbordante problemática propia del toxicómano" (Solé Puig, 1989).*

*"La CT es aquella estructura asistencial que toma 'enteramente' a su cargo al drogodependiente en toda su globalidad" (Solé Puig, 1989) o con otras palabras: "Son centros residenciales que acogen a los pacientes con problemas derivados del consumo de drogas a la salida de una desintoxicación" (A. Mino, 2001).*

*"La CT es aquella realidad que, envolviendo totalmente en tiempo y espacio cada uno de los aspectos de la persona a nivel psicológico y social, facilita la creación de un nuevo universo relacional que permite construir patrones de comunicación individuales y sociales para la persona y el grupo y recrear un clima familiar en el que es posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos autoagresivos".*

*"En definitiva, las CT/UDR son aquellos centros que en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación e inserción, mediante terapia farmacológica, psicológica (75%) y ocupacional (25%), y promueve la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren".* Definición de Unidades de Deshabitación Residencial según decreto 124/ 2001, de 12 de Junio, del Gobierno Valenciano, sobre registro y acreditación de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunidad Valenciana e interpretación de este referencial en los porcentajes.

## **CONTINUIDAD**



Seguimiento sin interrupción de la atención y asistencia del usuario/paciente entre las fases sucesivas de la intervención.

### **CONTRATO TERAPEUTICO**

Acuerdo / compromiso de conformidad firmado tanto por el paciente que solicita el ingreso en la CT/UDR como por parte del servicio, por el que se establecen los derechos y las obligaciones terapéuticas de ambas partes así como el consentimiento de información a terceros por parte del paciente con respecto a la evolución del mismo durante el programa.

### **DEPENDENCIA**

Grupo de signos y síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales ligados al consumo repetido y prioritario de una determinada sustancia psicoactiva (dependencias tóxicas), y/o a un comportamiento desadaptativo, persistente y recurrente que altera la continuidad de la vida personal, familiar y/o profesional (dependencias no tóxicas), a pesar de los problemas asociados a ello y en detrimento del funcionamiento del sujeto en diversos ámbitos (psicológico, laboral, familiar, social...).

### **DOCUMENTO NORMATIVO / REFERENCIAL**

Documento que proporciona reglas, directrices o características para actividades o sus resultados. (Guía ISO/IEC 2).

### **DROGA**

Sustancia psicoactiva susceptible de generar alteraciones en el comportamiento, percepciones, emociones y/o cogniciones, así como de generar procesos de abuso y/o dependencia.

### **EQUIPO MULTIDISCIPLINAR/TRANSVERSAL/TRANSDISCIPLINAR**

Equipo compuesto por varios profesionales especialistas en varias áreas de actuación relacionadas con los tratamientos.

### **FAMILIA/UNIDAD DE CONVIVENCIA**

Conjunto de personas ligadas por lazos de consanguinidad, alianza entre dos cónyuges o filiación, organizados en roles fijos, que pueden convivir o no bajo el mismo techo pero a los que habitualmente une una vinculación afectiva o relacional.

### **FISIOTERAPIA**

Terapia dirigida a la recuperación de un estado físico óptimo y al conocimiento y reconocimiento del cuerpo.

### **INCORPORACIÓN/ INCORPORACION SOCIAL**

Proceso por el que se pretende que una persona, al margen de la sociedad, pase a ser un sujeto activo con autonomía moral y funcional

### **INTERVENCIÓN**

Conjunto de actuaciones específicas tanto en las áreas ocupacionales como en las áreas terapéuticas, orientadas a conseguir un mayor grado de autonomía con respecto al origen de su dependencia o abuso así como a la consolidación de la transformación del estilo de vida del paciente que le permita la integración en contextos "normalizados".

### **INTERVENCIÓN FAMILIAR**

Intervención realizada sobre la unidad de convivencia del paciente en su doble vertiente de grupo humano, sometido a elevados niveles de tensión psicológica, y de agente potencial de cambio.

### **NORMALIZAR**

Proceso por el que se pretende estimular la participación activa de la persona como sujeto de derechos y deberes tanto políticos como sociales. Se intenta conseguir la autonomía moral y funcional de cada individuo en su capacidad de decidir por sí mismo frente a las cuestiones claves que conciernen a su vida. Dependiendo de la situación de cada paciente



se podrá trabajar con el objetivo de insertar, integrar o incorporar y, en la medida de lo posible, fomentar su participación activa en la sociedad como ciudadano.

### **PACIENTE**

Sujeto, entendido como ser considerado pensante, actuante y protagonista de su propia vida, que presenta un trastorno por uso/abuso/dependencia de drogas y solicita tratamiento en CT/UDR. Es protagonista activo de su propio proceso y nunca se convierte en objeto, considerando éste último desde una acepción filosófica como un "ser externo al sujeto, sobre el cual recae el pensar o el actuar de éste". Una definición que implica pasividad, pasando a ser "sujeto" activo el profesional, el ayudante o el cuidador.

### **PARTICIPACION ACTIVA**

Implicación del paciente en todo su proceso de deshabituación o tratamiento, de forma directa, siendo considerado como pensante y actuante.

### **RED ASISTENCIAL**

Engloba los circuitos de derivación y las vías de ingreso, así como los diferentes recursos acreditados/homologados planificados, diseñados y puestos en marcha que inciden en los distintos aspectos a tratar en materia de adicciones.

### **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

Medida en que la atención prestada responde a las expectativas del paciente.

### **SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES**

La CT/UDR debe identificar las necesidades/expectativas de sus profesionales y procurar cubrir las; introduciendo el concepto de "cliente interno" como aquel que, para la provisión de un servicio final, recibe a su vez servicios de otras partes de la organización.

### **TERAPIA FARMACOLÓGICA**

Tratamiento prescrito por un facultativo médico que tiene como objetivo, mediante el manejo de fármacos, incidir en la mejora del paciente.  
de los pacientes.

### **TERAPIA GRUPAL**

Tratamiento en el que personas con problemáticas afines se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta entrenado y se ayudan de unos a otros –grupos de autoapoyo- mediante la educación entre iguales para llevar a cabo cambios de conducta o de personalidad.

### **TERAPIA INDIVIDUAL**

Consiste en la intervención personal y privada entre el paciente y el psicólogo con el objetivo principal de eliminar aquellos déficits o trastornos conductuales y favorecer la emergencia de las potencialidades/competencias

### **TERAPIA OCUPACIONAL**

Conjunto de actividades dirigidas al fomento de todo tipo de hábitos y habilidades prelaborales y domésticas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes sin olvidar sus componentes éticos y morales. Para que una acción sea ética ha de tener pertinencia técnica, ser eficaz y eficiente así como dar satisfacción al usuario.

### **TERCER SECTOR**

Se define como aquellas instituciones sociales que no pertenecen al Estado ni al mercado, (primer y segundo sector, respectivamente), que poseen una estructura institucional, están separadas institucionalmente del Estado, no reparten beneficios, controlan sus propias actividades y pueden o no tener participación de voluntarios. Dentro del Tercer Sector, el asociacionismo (tejido social solidario) tendría como valores fundamentales la independencia, la coherencia, la vocación transformadora, el altruismo, siendo el voluntariado uno de sus pilares.

### **TRABAJO EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD**

La prestación de la cooperación personal no retribuida en determinadas actividades de utilidad pública, con interés social y valor educativo, tendente a servir de reparación para la comunidad perjudicada por el ilícito penal y no supeditada al logro de intereses económicos.

### **TRATAMIENTO**

Conjunto de intervenciones/actuaciones (médicas, psicológicas, sociales, educativas y laborales...) que se emplean para conseguir la deshabitación, normalización y posterior incorporación social y, si procede, laboral de la persona adicta.

### **VIVIENDA TUTELADA**

Unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante su proceso terapéutico de reinserción.

### **VOLUNTARIO**

Ciudadano que, después de asumir todos sus compromisos como tal, adquiere un compromiso añadido personal y social, por encima de su grado de ciudadanía, para implicarse en un proceso de transformación positiva de la sociedad, desde la gratuidad absoluta, el tiempo liberado y la independencia, creando una sinergia social. Es esta última conceptualización el objetivo fundamental de su trabajo y el eje que nucleará sus acciones. El voluntario orientará dispositivos tanto de prevención como de promoción de acciones y actitudes para evitar la exclusión social. La acción del voluntario es un compromiso consigo mismo y lleva aparejada la implicación y participación en la construcción de un mundo más justo y solidario, de denuncia y reivindicación, tanto de forma explícita o implícita.



## **CAPITULO IV**

### **MARCO DE ACTUACIÓN**

#### **1. RAZONES DE LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIO**

La Certificación de Servicio es una marca de calidad emitida por una tercera parte independiente (la Entidad de Certificación), que permite a los pacientes del servicio identificar y diferenciar a las Comunidades Terapéuticas que ofrecen servicios certificados. En este sentido, PATIM apuesta por la Certificación de Servicio, siendo el objeto de la certificación:

- Mejorar la calidad de los servicios prestados, garantizando a los pacientes de los mismos una mejora en el nivel de servicio, lo cual redundará en una mayor satisfacción de las expectativas de los mismos.
- Diferenciar el servicio de las Comunidades Terapéuticas certificadas, mejorando la imagen percibida por pacientes, por las administraciones públicas y por la sociedad
- Asegurar estándares de calidad en los servicios de la Comunidad Terapéutica
- Garantizar a los pacientes la mayor información, transparencia, control y satisfacción.
- Establecer un sistema de gestión de la calidad, en cuanto a que la Certificación de Servicio contribuye a definir niveles de calidad, constituyéndose como una herramienta real de gestión.
- Controlar y supervisar los requisitos de prestación del servicio.

En este Sistema el respeto de los compromisos establecidos es controlado por un Organismo Externo independiente, posibilitando así el reconocimiento externo de los esfuerzos en materia de calidad de servicio.

## 2. DOCUMENTACIÓN REGLAMENTARIA Y DE REFERENCIA

### 2.1 DOCUMENTACIÓN REGLAMENTARIA

- Normativas y posibles directrices elaboradas por el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- **Ley 3/1997** sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- **Ley 4/2002**, de 18 de junio por la que se modifica la Ley 3/1997 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos
- **DECRETO 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano**, por el que se establecen los criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana.
- **DECRETO 124/2001, de 10 de julio, del Gobierno Valenciano**, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en la Comunidad Valenciana.
- **ORDEN de 27 de noviembre de 2000, de la Conselleria de Bienestar Social**, por la que se regulan las bases generales para las convocatorias públicas de conciertos para plazas asistenciales en determinados centros de atención y/o prevención de drogodependencias y se efectúa, al amparo de las mismas, convocatoria pública para el período 2001-2002.

Y legislación que desarrolla y actualiza las anteriores.

Legislación referente a la apertura de centros de trabajo, locales de pública concurrencia, licencias municipales de actividades.

Las Comunidades Terapéuticas cumplirán, además, con la reglamentación específica que regule su actividad en la Comunidad Autónoma donde se ubica. Cada Comunidad Terapéutica deberá tener identificada la reglamentación que le sea de aplicación a nivel de la Comunidad Autónoma correspondiente y a nivel local.

## **CAPITULO V**

### **CARACTERISTICAS DE CALIDAD CERTIFICADAS Y MEDIOS DE APLICACION**

En este apartado se definen aquellas características relativas a los servicios prestados por las Comunidades Terapéuticas. Estas características se han fijado de forma que puedan ser: apreciables por los pacientes, verificables, objetivas y controlables.

#### RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD CERTIFICADAS

- A. Accesibilidad e instalaciones adecuadas
- B. Un equipo de profesionales multidisciplinar
- C. Atención y evaluación del paciente
- D. Realización de técnicas de tratamiento y asistencia
- E. Seguimiento de la satisfacción de los pacientes



## **2. DETALLE DE CADA CARACTERÍSTICA CERTIFICADA Y MEDIOS DE APLICACIÓN**

En este apartado se definen las características certificadas y los medios que la Comunidad Terapéutica ha de utilizar para su gestión y control.

La calidad del servicio descrita en este documento está basada en un sistema de control y evaluación documentado.

En todos los casos la característica principal (A, B, C, ...) ha sido desglosada en una serie de subcaracterísticas que la desarrollan (A.1, B.1, ...) y a su vez cada una de ellas se desglosa en sus correspondientes detalles. El cumplimiento de los requisitos reglamentarios que aplican a las características es un requisito necesario, pero no suficiente en la Certificación de Servicio.

Las especificaciones (procedimientos, registros ...) concretas con las que deba contar la Comunidad Terapéutica que opte por la Certificación de Servicio, aparecerán recogidos en el presente capítulo. Se considera necesario un cumplimiento generalizado de todas las características desarrolladas en el presente documento y de sus detalles, es decir, todas las características desarrolladas en este documento son de obligado cumplimiento para cualquier Comunidad Terapéutica que opte a la Certificación de Servicio, sea cual sea su condición, tamaño o estructura.

### **A. ACCESIBILIDAD E INSTALACIONES ADECUADAS**

<b>Característica Certificada</b>	<b>Detalle de la Característica Certificada</b>	<b>Documento o Registro</b>
A.1 Aspectos formales y facilidad de acceso a la CT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La CT/UDR debe estar autorizada por la administración para su funcionamiento y debe estar integrada y coordinada en la red pública asistencial autonómica / local.</li> <li>2. Las vías de ingreso están definidas encontrándose coordinadas y garantizadas.</li> <li>3. La CT/UDR ofrecerá información de los servicios a todo ciudadano que lo solicite.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento de acreditación de servicio así como convenios y acuerdos de coordinación y/o colaboración.</li> <li>- Protocolo/proceso de ingreso/derivación.</li> <li>- Documentos de información.</li> </ul>
A.2 Medios físicos y entorno adecuado para el desarrollo del servicio prestado por la CT/UDR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La CT/UDR dispondrá de un espacio físico adecuado, limpio y ordenado suficiente para alcanzar las metas del tratamiento, en un ambiente protegido.</li> <li>2. La CT dispondrá de las instalaciones necesarias para el desarrollo de las actividades propias.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Archivo de documentación legal y/c reglamentaria, referente a las instalaciones de la CT/UDR.</li> <li>- Manual para talleres.</li> <li>- Documentos de información.</li> </ul>



## **B. UN EQUIPO DE PROFESIONALES MULTIDISCIPLINAR**

<b>Característica Certificada</b>	<b>Detalle de la Característica Certificada</b>	<b>Documento o Registro</b>
B.1 Equipo Técnico: composición, formación y supervisión	<p>1. El equipo técnico esta formado por profesionales con relación laboral (o mercantil) con la entidad gestora. Cualificados académicamente, con formación y/o experiencia en intervención con personas con adicciones, asignados al servicio durante todas las horas estipuladas de asistencia a los pacientes.</p> <p>2. La CT/UDR dispondrá de profesionales en todas las áreas. Existen cuatro áreas básicas, siendo la cualificación mínima la siguiente en función de cada una de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Área médicosanitaria: debe ser desempeñado por un titulado médico. Podrá contar también con un diplomado en</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Registro de personal.</li><li>- Evidencias de las titulaciones y/o curriculums de los profesionales contratados y contrato.</li><li>- Horarios profesionales y de asistencia a los pacientes.</li></ul>

	<p>enfermería y auxiliares de clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Área psicosocial: Debe ser desempeñado por un psicólogo y un trabajador social. De forma opcional se puede cubrir por un sociólogo.</li> <li>➤ Área educativa: Debe ser desempeñado por un educador social, terapeuta ocupacional o técnicos en integración, y en función de las actividades un monitor deportivo, monitor de artes plásticas, música o relajación.</li> <li>➤ Área convivencial y ocupacional: Monitores y/o cuidadores.</li> </ul> <p>3. La Dirección y el responsable del servicio estarán cualificados académicamente con conocimientos y experiencia en adicciones.</p> <p>4. La CT/UDR podrá contar con</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidencia de la formación de la Dirección y de los responsables.</li> <li>- Evidencia de la formación / cualificación de los técnicos externos.</li> <li>- Organigrama (se incluirá el listado del personal con acceso autorizado a los datos de los pacientes sujetos a la LOPD).</li> <li>- Fichas de perfil y funciones del personal.</li> <li>- Formación específica en manipulación de alimentos/carnet de manipulador.</li> </ul>
--	---	--

	<p>colaboradores externos profesionales.</p> <p>5. La CT/UDR dispondrá de un organigrama y cuadro de profesionales expuestos y visibles para los pacientes.</p> <p>6. El perfil y funciones del personal del CT/UDR estarán definidas.</p> <p>7. El personal destinado a la manipulación de alimentos dispone de las acreditaciones legales para realizar dicha función.</p> <p>8. El personal accede a formación interna y/o externa.</p> <p>9. Para cada acción formativa se dispondrá de programa del curso, seminario o congreso certificado de asistencia o evidencia objetiva de su realización.</p> <p>10. El personal de CT/UDR deberá respetar la confidencialidad de los pacientes.</p>	<p>- Registro de la formación realizada.</p> <p>- Firma cláusula confidencialidad con arreglo al código deontológico de cada profesión.</p>
--	---	---

<p>B.2 Participación social</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las CT/UDR que pertenezcan al Tercer Sector podrán disponer de la presencia de un equipo de apoyo formado por voluntarios.</li> <li>2. Se mantendrá actualizada una base de datos de voluntarios que colaboren con la CT/UDR.</li> <li>3. La actividad de los voluntarios debe estar definida y no solapará ni sustituirá la actividad laboral de los profesionales de la CT/UDR.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado/base de datos de voluntarios.</li> <li>- Compromiso de confidencialidad firmado por los voluntarios.</li> <li>- Seguros o convenios que cubra la acción de los voluntarios.</li> <li>- Actividad definida por escrito de los voluntarios.</li> </ul>
<p>B.3 Participación formativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las CT/UDR podrán disponer de la presencia de un equipo de apoyo formado por alumnos en prácticas.</li> <li>2. Se mantendrá actualizada un registro de voluntarios y alumnos en prácticas que colaboren con la CT/UDR.</li> <li>3. La actividad de estos voluntarios y alumnos en prácticas debe estar</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alumnos en prácticas adscritos al centro.</li> <li>- Compromiso de confidencialidad firmado alumnos en práctica.</li> <li>- Convenios que cubran la acción de los alumnos en prácticas.</li> <li>- Actividad definida por escrito de</li> </ul>

	definida y no solapará ni sustituirá la actividad laboral de los profesionales de la CT/UDR.	alumnos en prácticas.
B.4 Participación en Trabajos en Beneficio de la Comunidad	1. Las CT/UDR podrán ofertar la posibilidad de cumplimiento en la CT/UDR en Trabajos a Beneficio de la Comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado de personas en TBC.</li> <li>- Compromiso de confidencialidad.</li> <li>- Registro en materia de prevención de riesgos laborales y de normativa en la Seguridad Social.</li> <li>- Actividad definida por escrito.</li> </ul>

### C. ATENCION Y EVALUACION DEL PACIENTE

<b>Característica Certificada</b>	<b>Detalle de la Característica Certificada</b>	<b>Documento o Registro</b>
C.1 Atención personalizada e información clara	1. Atención por personal del equipo técnico según se cita en B.1. 2. En el primer contacto con el	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrato terapéutico firmado por el paciente.</li> <li>- Ficha de toma de datos inicial</li> </ul>

<p>y veraz sobre las características de la CT/UDR</p>	<p>paciente, el personal competente realiza una entrevista donde bien se contrastan los datos remitidos por el centro derivador o se procede a la toma de datos de las necesidades expuestas por el paciente.</p> <p>3. Se realizarán los registros y testados de analíticas que se crean convenientes con la mayor privacidad.</p> <p>4. El personal entregará al paciente una carpeta con documentación general sobre la CT/UDR: información general sobre el centro, horarios, servicios que presta el centro, profesionales, normativa interna y organismos que lo financian.</p>	<p>que incluirá al menos los datos personales, sexo, documento legal acreditativo DNI, fecha de toma de datos, procedencia de la derivación y profesional de referencia.</p> <p>- Carpeta de documentos: información general de normas del centro, horarios, servicios, profesionales y organismos que lo financian.</p>
<p>C.2 Evaluación del paciente</p>	<p>1. Uno o varios profesionales realizan la evaluación del paciente mediante pruebas objetivas como analíticas, psicotécnicos, entrevistas, además una evaluación de su historial clínico, psicológico social y legal.</p> <p>2. Existe un registro escrito de cada paciente (historial del paciente) que se mantiene indefinidamente y que incluye al menos anotaciones fechadas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información relevante para la identificación y localización del paciente.</li> <li>- Datos sobre la admisión.</li> <li>- Documentación remitida por</li> </ul>	<p>- Historial o carpeta del paciente donde se anotan las intervenciones, informes.</p>

	<p>otras instituciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia de consumos e historial clínico del paciente.</li> </ul> <p>3. Tras la evaluación con el equipo multidisciplinar, se define la propuesta de intervención que dará lugar al plan de tratamiento individualizado consensuado con el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa y/o plan de tratamiento.</li> </ul>
--	---	---

#### D. LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE TRATAMIENTO Y ASISTENCIA

Característica Certificada	Detalle de la Característica Certificada	Documento o Registro
D.1 Existencia de un tratamiento multidisciplinar definido y documentado	<p>1. El tratamiento, en sus diferentes áreas, es divulgado a los pacientes, equipo y entidades derivadoras.</p> <p>2. Existe una descripción del tratamiento que debe contemplar las 4 áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicosanitaria 75%</li> <li>- Psicosocial 75%</li> <li>- Educativa 75%</li> <li>- Ocupacional 25%</li> </ul> <p>3. La CT/UDR puede ofrecer una atención específica hacia la familia/unidad de convivencia del paciente si ésta la demanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentimiento informado del paciente o representante legal.</li> <li>- Registro de la información comunicada a las entidades derivadoras.</li> <li>- Descripción del tratamiento que sigue el paciente desde su ingreso, con los registros que</li> </ul>

	<p>o bien, si se cree conveniente, se mantendrá alejada a la familia/unidad de convivencia de la CT/UDR.</p>	<p>se cumplimentan, quedando incluido en la historia del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro en la historia del paciente de las intervenciones con la familia.</li> </ul>
<p>D.2 Seguimiento y evolución del paciente</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un procedimiento que explica las pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para el seguimiento del paciente, momentos de aplicación, sujetos a quienes se aplica, personal encargado y periodicidad.</li> <li>2. Se realiza un informe de la evolución del paciente durante el tratamiento.</li> <li>3. La CT/UDR puede informar a la familia/unidad de convivencia y/o tutor del paciente de la evolución del tratamiento, siempre y cuando éste autorice la cesión de esta información a terceros.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimiento de pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para el seguimiento.</li> <li>- Informe de la evolución del paciente; pruebas, instrumentos terapéuticos, protocolos, momentos de utilización...</li> <li>- Resultados de pruebas realizadas, evaluaciones, test, entrevistas, etc archivadas/registradas en la historia</li> </ul>

		<p>del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de autorización de cesión de información a terceros (LOPD).</li> </ul>
D.3 Plan de tratamiento individualizado	<p>1. Diseñado por el equipo multidisciplinar y revisado regularmente, siendo consensado con el paciente. El tratamiento puede ser modificado cuando sea necesario de acuerdo a la evolución del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro en la historia del paciente, revisiones con el paciente, seguimiento de los objetivos pactados.</li> </ul>
D.4 Finalización controlada del tratamiento (tipos de alta de programa, definición y criterios para definirlos)	<p>1. La CT/UDR establecerá una tipología de altas definiendo los criterios que cada tipo de alta deba cumplir.</p> <p>2. La CT/UDR se preocupa de evitar la dependencia del paciente hacia el tratamiento, programando intervenciones individualizadas encaminadas a la finalización del mismo y la normalización del paciente.</p> <p>3. Existe un procedimiento para la planificación de la salida (alta) de la CT/UDR y para la identificación de pacientes cuyo diagnóstico, problemática o circunstancias psicosociales requieren la provisión de servicios externos para mantener</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimiento de altas</li> <li>- Protocolo de derivación.</li> <li>- Programación de salidas.</li> <li>- Registro/informe de abandonos.</li> <li>- Registro/informe de altas terapéuticas por finalización.</li> </ul>

	<p>o mejorar su estado sanitario o psicosocial.</p> <p>4. En caso de no cumplimiento del tratamiento, suspensión, abandono o no aceptación de las normas o metas del programa de tratamiento por el paciente, la CT/UDR tomará medidas para la reducción del daño de una exposición continuada a las sustancias (p.e. mediante derivación) o le ofrece al paciente un plan alternativo en centros de tratamiento o posibilita una readmisión (previo estudio).</p> <p>5. El paciente, si se cree conveniente, podrá pasar o ser propuesto para una vivienda tutelada que garantice su inserción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de readmisiones.</li>   <li>- Registro de derivaciones.</li> </ul>
<p>D.5 Disposición de Vivienda Tutelada/Piso de Inserción (en caso de aplicación)</p>	<p>1. La CT/UDR podrá disponer de una Vivienda Tutelada/Piso de Inserción como recurso de apoyo, así como del resto de viviendas tuteladas/piso de inserción de la red de apoyo, que deberán estar autorizadas por la administración para su funcionamiento e integradas y coordinadas en la red pública asistencial autonómica/local.</p> <p>2. En aquellos supuestos en que no exista una</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento de acreditación del servicio así como convenios y acuerdos de coordinación y/o colaboración.</li> </ul>

	<p>acreditación de vivienda tutelada se garantizarán los siguientes puntos.</p> <p>3. Las vías de ingreso están definidas, encontrándose coordinadas y garantizadas.</p> <p>4. Existe un registro de los pacientes.</p> <p>5. La Vivienda Tutelada/Piso de Inserción dispone de un programa de actuación definido que incluye la metodología de funcionamiento.</p>	<p>-Protocolo/proceso de ingreso/derivación. Requisitos de ingreso.</p> <p>- Libro de registro de pacientes atendidos. - Manual de funcionamiento.</p>
--	---	--

## E. SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

<p>E.1 Medición de la satisfacción de los pacientes</p>	<p>1. La CT/UDR medirá la satisfacción de los pacientes aplicando diferentes herramientas de análisis. El sistema de medida deberá estar documentado y al menos incluirá herramientas de análisis y momentos de aplicación durante el tratamiento y siempre a la finalización del mismo a todos los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de medida de la satisfacción.</li> <li>- Registro de análisis realizados.</li> </ul>
---	--	---

	<p>2. Anualmente se elaborará un informe de evaluación del nivel de satisfacción donde se plasmará el estado de la situación y se establecerán acciones de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe anual de la evaluación de la satisfacción.</li> </ul>
<p>E.2 Tratamiento de reclamaciones, quejas y sugerencias de los pacientes y de sus familiares para la mejora del servicio</p>	<p>1. La CT UDR tendrá definido el tratamiento de estas quejas/sugerencias y las tratará en un plazo no superior a 8 días.</p> <p>2. La CT/UDR dispondrá de Hojas Oficiales de Reclamaciones.</p> <p>3. Los pacientes y/o sus familias dispondrán de canales de comunicación para hacer llegar a la Dirección de la CT/UDR quejas y/o sugerencias. Deberán estar informados de estos canales de comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Procedimiento de tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias.</li> <li>- Registro de quejas y sugerencias recibidas con indicaciones de fecha de recepción y de respuesta.</li> <li>- Registro de reclamaciones oficiales</li> <li>- Información de canales de comunicación.</li> </ul>
<p>E.3 Transparencia</p>	<p>1. La CT/UDR elaborará una memoria anual para informar de su actividad a las instituciones responsables del programa o que le apoyan. Esta memoria será pública, pudiendo ser individual o como parte de la entidad a la que pertenece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria anual y su difusión.</li> </ul>
<p>E-4 Seguimiento tras el alta del paciente</p>	<p>1. La CT/UDR dispondrá de un sistema de seguimiento de pacientes (los que lo autoricen) como mínimo de dos años</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de seguimiento.</li> <li>- Autorización del paciente.</li> </ul>



	posteriormente al alta.	
E-5 Representante de calidad de servicio en la comunidad	<ol style="list-style-type: none"><li>1. La CT dispondrá de una persona designada como Responsable de la Dirección en materia de calidad de Servicio.</li><li>2. Dicho representante será el Máximo responsable del Seguimiento de las características de referencia y de la realización del Plan de Control Interno.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Seguimiento Plan de Control Interno (capítulo VI).</li><li>- Designación como Responsable de Calidad de Servicios.</li></ul>

## **CAPITULO VI**

### **PLAN DE CONTROL INTERNO**

El Plan de Control Interno representa las verificaciones sistemáticas respecto a las características desarrolladas en el presente Referencial, que las Comunidades Terapéuticas deben realizar con el objeto de controlar el cumplimiento de cada una de las mismas.

El plan de control interno presenta las siguientes características:

- Proporciona resultados objetivos.
- Es un elemento fundamental para mejorar la calidad del servicio, así como para optimizar los recursos existentes.
- Lleva implícito el compromiso de todas las partes / personas implicadas en el servicio normalizado de aceptar las recomendaciones que se deriven.
- Ayuda a detectar o prevenir problemas y a localizar su causa.

El Control Interno comprende las actividades de:

- Revisión semestral de las características de calidad de servicio certificadas, por parte de la Comunidad Terapéutica, donde.
  - Se verificará el cumplimiento de las características de servicio certificadas (Cap V).
  - Se comprobará que está identificada la reglamentación aplicable (nacional, autonómica, local) y que existen los documentos exigidos y su adecuada implantación, así como los registros citados en cada una de las características.
  - Se analizarán los resultados obtenidos tras la aplicación de las herramientas de análisis de la satisfacción de los usuarios / pacientes.
  - Se realizará un seguimiento de las acciones de mejora propuestas.



Con los resultados de estas revisiones semestrales, la Comunidad Terapéutica elaborará un informe de evaluación del servicio donde se recogerán el cumplimiento de cada una de las características de servicio certificadas, subcaracterísticas y detalles, y si existen incumplimientos se prepararán acciones correctivas o de mejora cuando sea necesario.

En posteriores revisiones, se verificará la adecuada implantación de las acciones correctivas y de mejora.

## **CAPITULO VII**

### **SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL**

El sistema documental se establece para demostrar la aplicación de los requisitos del presente Referencial de Servicio en una Comunidad Terapéutica beneficiario de la Certificación de Servicio.

#### **1. SISTEMA DOCUMENTAL**

El Sistema Documental que debe disponer la Comunidad Terapéutica estará compuesto por:

- A. El Referencial de Servicio con el Plan de Control Interno
- B. Los documentos reglamentarios y normativa aplicables al servicio de la Comunidad Terapéutica (incluidos dentro del alcance de la certificación), o los que sean de aplicación posterior.
- C. Los documentos que sirvan de referencia para la medición o verificación de las características certificadas.
- D. Los registros generados como consecuencia de la aplicación de estos documentos.
- E. El Plan de Control Externo de la Entidad de Certificación y los informes que de él se deriven.

#### **2. ARCHIVO**

A fin de que la Entidad de Certificación pueda controlar el histórico de aplicación del Referencial de Certificación de Servicio, la Comunidad Terapéutica certificada deberá mantener un archivo que contenga los documentos y registros indicados en el Capítulo V y que permitan aportar pruebas del cumplimiento de las características certificadas.



En el contexto de la Certificación de Servicio, los documentos y registros (incluidas las versiones obsoletas de los mismos) se mantendrán disponibles durante al menos 3 años, salvo que por determinaciones legales deban conservarse durante más tiempo (por ejemplo, contratos 5 años).

## **CAPITULO VIII**

### **INFORMACION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO**

Todo el material de comunicación que haga referencia a la Certificación de Servicio



de la Comunidad Terapéutica, deberá incluir los siguientes aspectos:

- El logotipo de Certificación de Calidad de Servicio.
- Las características certificadas o al menos el alcance de la certificación "Tratamiento de las adicciones en Comunidades Terapéuticas/Unidades de Deshabitación Residencial" o referencia al Documento Normativo "MSQ-TCCTT-PATIM".

Siempre que sea posible, se debería incluir además:

- Dirección del Organismo Certificador o forma de contacto con el mismo (e-mail, web, ...)
- Teléfono de información y atención al cliente de la Comunidad Terapéutica, o cualquier otro medio de contacto con el mismo (e-mail, fax, ...).

Cualquier tipo de comunicación que realice la Comunidad Terapéutica, referente a la Certificación de Servicio, deberá cumplir los requisitos del Uso de la Marca de Certificación (UMC/Q) y en caso de duda deberá ser comunicado al Organismo de Certificación para su aprobación final.

## CAPITULO IX

### ANEXO

#### **BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

- ANDOLFI, M. *Terapia Familiar. Un enfoque internacional*. Barcelona. Paidós Terapia Familiar, 1993.
- ASOCIACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL. "Terapias Conductuales y Cognitivas en Psicopatología Onfantojuvenil". Madrid. Alambra, 1987.
- ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE L'HORTA NORD. "Tratamiento Integral de la Drogodependencia" (*Libro de Po de las X Jornadas sobre Drogodependencia*). Meliana (Valencia), 2000.
- BERGERET, J. *Toxicomanie et personnalité*. Paris. Presses Universitaires de France, 1982.
- BOGAN MIQUEL, E. *El Alcoholismo, Enfermedad Social*. Espulgues de Llobregat (Barcelona). Plata y James (Rotativa), 1975.
- BOSCOLO, L. ET ALTRES (MONY EL KAÏM) (comp.) *La Terapia Familiar en Transformación*. Barcelona. Paidós Terapia Familiar, 1998.
- BOWEN, M. *De la Familia al Individuo. La Diferenciación del Sí mismo en el Sistema Familiar*. Barcelona. Paidós, 1991.
- CABAL BRAVO, J.C.; VAZQUEZ FERNANDEZ, A.; BOBES GARCIA, J. *Responsabilidad del Ambiente en el Toxicómano (Dependencia a Opiáceos)* En "Drogoalcohol". Vol 4/9 (1984): 189-195.
- CAMPOS AVILLAR, J. et al. *La formulación en Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. Barcelona. Algot (Psicopropectivas), 1986.
- CANCRINI, L. *Quei temerari suele machina volanti*. Roma. La Nuova Italia Scientifica, 1982.
- CANCRINI, L.; LA ROSA, C. *La caja de Pandora. Manual de Psiquiatría y Psicología*. Barcelona. Paidós, 1996.
- CANCRINI, L. "Terapia Familiar y Comunidad: Organización de una Intervención por Fases" (Seminario). En *VI Encuentro Nacional Sobre Drogodependencias y su Enfoque*

- Comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz). F.A.D.A. (Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias). Noviembre, 1999.
- CANCRINI, L. "Desarrollo Personal y Proyecto de Comunidad" (Seminario) En *VI Encuentro Nacional Sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz). F.A.D.A. (Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias). Noviembre, 1999.
  - CASTILLA DEL PINO, C. "Psiquiatría". En *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona. Salvat, 1975. Vol.7. 289-294.
  - CIRILLO, S. et altres. *La familia del Tossicodipendente*. Milán. Raffaello Editore, 1996.
  - COLLETI, M. "La Terapia Familiar con las Familias de los Toxicodipendientes". En *V Encuentro Nacional sobre las Drogodependencias y su enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz). Vol I (1998): 507-518.
  - ESCOHOTADO, A. *Historia General de las Drogas*. Madrid. Alianza Editorial (Libro de Bolsillo) 1989. Vols. I, II y III.
  - FREIXA, S.; SOLER INSA, P.A. (coord.) *Toxicomanía. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona. Fontanella, 1981.
  - GARCIA CERDÁ, L. "intervención Grupal en Alcoholismo y toxicomanías" (Seminario) En *Máster de Terapia Familiar*. Dictra-Valencia, Escola de Terapia Familiar del Hospital Sant Pau de Barcelona y Universitat Autònoma de Barcelona. Noviembre 1999.
  - GUAL SOLÉ, A. "Terapias Grupales en el Tratamiento del Alcoholismo" en *Libro de Ponencias del VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz), 1999.
  - INSTITUTO DE DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS. *Las comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Avances de Drogodependencias. Ed. A cargo de J.A. Abeijón y L. Pantoja. Universidad de Deusto. Bilbao, 2002.
  - LAIN ENTRALGO, P: *Antropología Médica*. Barcelona. Salvat, 1985.
  - LAIN ENTRALGO, P. "Rasgos fundamentales de la vida actual". En *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona. Salvat, 1975. Vol. 7. 2-5.
  - MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. CH. *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona. Paidós T. F., 1992.
  - OLIEVENSTEIN, C. *La droga ou la vie*. París. Zaffort, 1983.

- PITTMSN III, F.S. *Momentos decisivos. Tratamientos de familias en situaciones de crisis*. Barcelona. Paidós T.F., 1995.
- SEGUIN, C.A. "Psicoterapia" en *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona. Salvat, 1975. Vol. 7. 256-264.
- SOLÉ PUIG, J. R. *Terapia Antidroga*. Barcelona. Salvat, 1989.
- SOLÉ PUIG, J.R. *Tratamiento de las drogodependencias: Comunidad Terapéutica, Mantenimiento con Metadona, Farmacoterapia y Psicoterapia*. Máster en Drogodependencias y SIDA. Málaga. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. 1998, Vol.3.
- STANTON, M.D.; TOOF, T. y cols. *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. 3º ed. Barcelona. Gebisa, 1997.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN BAVELAS, J.; JACKSON, D.D. *Teoría de la comunicación humana*. 9º ed. Barcelona. Herder, 1993.
- ROBERT CASTELL. *Itinerario de integración .Sociología de la Exclusión*, 1995.
- ANÁLISIS CUALITATIVO Y COMENTARIOS REALIZADOS POR: Inma Galmés Monferrer, Estrella Rodríguez Chicón, Joseph Dasí Aloy, Esther Granell Barreda, Ángel Marcos Sánchez, Pascual Chiva Vilar, Vanesa Vicente Altaba, José Manuel Casinos Mora, Longino Roig Traver, M<sup>a</sup> Carmen Martín Raffles, Rubén Emilio Romero Casas, Yagub Kaya, Javier Grau Palomar, María Dolores Rodríguez.

Comentario:

