



Programa
JOFRE

INTERCAMBIO para la formación
e investigación en **Psiquiatría**

MEMORIA

Dra. Ana Lisbeth Herrera.
15 de febrero a 14 de mayo de 2010
Castellón- España

Programa Jofré: Programa para la Formación e Investigación para Psiquiatras Iberoamericanos.

El Programa Jofré, pretende realizar la exposición de determinados aspectos que resultan fundamentales en la formación de los especialistas en Psiquiatría y que, generalmente, sólo se aprenden con la experiencia de la práctica médica cotidiana. Estos aspectos son principalmente tres: el primero, **la medicina basada en la evidencia**, es decir aplicar el conocimiento emergente a través de los más novedosos proyectos de investigación que se realizan sobre los propios pacientes; el segundo, la **comorbilidad psiquiátrica**, que permite desprenderse de las clasificaciones pasadas o recientes, y ayuda a tratar a enfermos individualizados y únicos, y el tercero, para mantener la calidad del ejercicio de la especialidad, corresponde al **Síndrome de burnout**.

Lleva el nombre del Padre Juan Gilaberto Jofré, en recuerdo del fundador del primer hospital psiquiátrico del mundo del siglo XV, el "Hospital de los Santos Inocentes", conocido como "Dels Ignocens" o "Dels Folls", en Valencia el 26 de febrero de 1410.

Comprende un convenio de colaboración adoptado por el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (España), la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL) y la Asociación de Conductas Adictivas y Patología Dual de Iberoamérica (ACAPI), dirigido a Psiquiatras jóvenes (en formación o fellows).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

Medicina basada en la evidencia

Participación activa en la investigación: actualmente se llevan a cabo dos proyectos de investigación, de los cuales participé en "Personalidad e impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y Patología Dual Grave". El objetivo es implementarlo en Venezuela.

Comorbilidad psiquiátrica

Durante la rotación se tiene la oportunidad de manejar, bajo supervisión, pacientes con psicosis; con trastornos del estado de ánimo y con trastornos de la personalidad, asociados, cada uno, con adicciones. También familiarizarse con el manejo farmacológico de estas patologías duales y participar en las terapias individuales y grupales. La formación clínica se realiza en la Sala de Salud Mental de Breve Permanencia (llamada también sala de agudos), donde además funciona la UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) y se hospitalizan pacientes con estas patologías para su estabilización psicopatológica, así como en el manejo ambulatorio en consultas externas del PPDG. Aprendiendo también el nexo con los recursos externos a PPDG, así como de la gestión de los mismos, o de las posibilidades de creación o utilización de otros nuevos. Igualmente involucrarse en la dinámica de trabajo de la sala, interactuando de forma dinámica con los integrantes del equipo de trabajo de la misma.

Sx. De Burnout

La rotación ayuda a conocer y comprobar durante su realización, la diversidad en los recursos y en las posibilidades terapéuticas permitiendo alcanzar mayor cantidad de objetivos logrando así prevenir el Burnout. Lograr identificar y conocer algunas de las causas que lo precipitan, para que se puedan modificar actitudes o cuestiones referentes a la organización del lugar de trabajo para no sufrir dicho síndrome. Clasificar a los pacientes por sus objetivos respecto del tratamiento es óptimo para prevenir el *Burnout*, igualmente, estar alertas a la contratransferencia que generan los pacientes difíciles, y a aprender a utilizarla como una herramienta diagnóstica o psicoeducativa para sus familiares.

Características Generales del Programa:

Los **responsables y coordinadores** del proyecto: *Edgard Belford* por la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL); *Javier Didia* por la Sociedad Iberoamericana de Conductas Adictivas y Patología Dual (SICAP), *Francisco Traver* por el Área de Salud Mental del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y *Gonzalo Haro* como Coordinador del proyecto.

La rotación se realiza en el Programa de Patología Dual Grave (PPDG) del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. El horario del programa es de 8 am a 3 pm. El tutor de ésta es el doctor Gonzalo Haro. Además asistí a la Unidad de desintoxicación del Hospital Clínico de Valencia, donde el tutor es el Profesor Gaspar Cervera y la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Hospital Provincial. Se inició el 15 de febrero y concluyó el 14 de mayo, con una duración total de tres meses.

Los requisitos que presenté fueron: una solicitud a través de la APAL; constancia de ser especialista en Psiquiatría; hablar, leer y escribir el castellano y leer adecuadamente el inglés científico, constancia de inscripción y solvencia en colegio médico y seguro de responsabilidad civil. La Fundación me proveyó seguro de enfermedad.

PROGRAMA DE PATOLOGÍA DUAL GRAVE (PPDG)

La patología dual es la coexistencia de una adicción y una enfermedad mental. La patología dual consiste en el resultado de una serie de aspectos etiológicos genéticos y ambientales (que se retro-alimentan), generando cambios neurobiológicos sobre los que se van creando un conjunto de cogniciones, conductas y emociones que dan lugar a una enfermedad mental formada por al menos dos entidades nosológicas: adicción y otro trastorno mental. Teniendo períodos en los que predomina uno u otro trastorno. Existen también, Politoxicomanía asociada a otro trastorno mental, pudiendo considerar a estos pacientes como el paradigma de Enfermo Mental Grave.

En la mayoría de los casos se dificulta el abordaje de los casos más graves de patología dual, con lo cual tratamientos secuenciales o en paralelo se muestran menos eficaces que el abordaje integrado en programas específicos de patología dual. Un aspecto importante que facilita la decisión respecto a que modelo asistencial es ver si la patología dual afecta las capacidades volitivas y otras funciones mentales importantes, resultando así, más efectivo.

La patología dual se podría clasificar en Patología Dual Grave, Moderada y Leve. Esta clasificación tiene en cuenta el funcionamiento general del paciente y diagnóstico.

PD Grave: Presentan puntuaciones en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) menor o igual a 30, diagnosticados de Psicosis (Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar, Psicosis Tóxica) y Dependencia de Cocaína, Heroína, Alcohol o Politoxicomanía. También se incluye algunos casos de Demencia Tóxica o Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con las citadas dependencias pues su EEAG puede ser similar.

PD Moderada: Presentan EEAG entre 30 y 50, incluye a los pacientes con los diagnósticos anteriores, pero con un *programa terapéutico efectivo*.

También, pacientes con otras enfermedades mentales (depresión, ansiedad, otros trastornos de la personalidad) con dependencia de sustancias, y pacientes con Psicosis, Demencias o TLP con abuso de sustancias (no dependencia). Este grupo debe ser tratado por el equipo de adicciones, contando con colaboración en paralelo, del Servicio de Salud Mental.

PD Leve: son los pacientes con diagnósticos diferentes de psicosis o TLP que abusan, pero no dependen, de sustancias. También se incluye aquí la dependencia de nicotina comórbida con cualquier enfermedad mental. Este grupo de pacientes debe ser tratado por los recursos de Salud Mental, colaborando en ocasiones y en paralelo, el equipo de adicciones.

En el tratamiento de PD moderada o leve, se aborda primero la patología con mayor repercusión.

Datos epidemiológicos de relevancia:

- Mas del 25% de los enfermos mentales presentan abuso o dependencia de drogas a lo largo de su vida.
 - Más del 50% de los adictos presentan enfermedad mental a lo largo de su vida.
 - Más del 47% de los pacientes con esquizofrenia, el 61% de los pacientes con Trastorno Bipolar, y el 27% de los cuadros de Depresión Mayor, presentan a lo largo de la vida adicción.
 - Mas del 58 % de los pacientes dependientes de opiáceos que ingresan en una UDH presentan algún TP, con mayor frecuencia de cuadros depresivos en alcohólicos, y cuadros de ansiedad en adictos a drogas. Con una prevalencia de esquizofrenia en el 7% de los adictos, en comparación al 1-2 % en población general.
- Además del importante problema de salud en cuanto a cantidad, también lo es en cuanto a calidad, pues son cifras que hablan de un proceso Dinámico, por lo que el servicio asistencial debe también serlo. Los PPDG pretenden abordar a estos pacientes de manera integral, con el objetivo que su EEAG aumente por encima de 50% y pueda ser atendido en los recursos más eficientes y oportunos, pero en el espacio de tiempo que su patología lo determine. Así pues los pacientes Entran en los PPDG con EEAG menor 30% (Patología Dual Grave) y deben ser

datos de Alta con EEAG superior al 50% para seguimiento en Salud Mental y/o Equipo de Adicciones según el caso y la evolución Dinámica de la enfermedad.

El Programa de Patología Dual Grave que se ha puesto en marcha en el Hospital Provincial de Castellón significa, en cuanto al abordaje integral (adicción y psicopatología) y de continuidad (desde el Subprograma de Agudos hasta el Subprograma Ambulatorio), la confluencia de las dos redes asistenciales mencionadas, con un programa dinámico que sirve de nexo de unión entre ambas, aceptando pacientes de las mismas, y derivándolos de nuevo según cada caso individual y atendiendo a la patología específica de los pacientes con Patología Dual Grave.

Así pues, el PPDG propuesto se inscribe en el modelo asistencial integrado, es decir, un modelo de intervención simultáneo sobre ambos tipos de patologías: la psiquiátrica propiamente dicha y la drogadicción asociada en comorbilidad, y viceversa. Esto implica que el tratamiento del paciente con ambos tipos de trastornos se realiza al mismo tiempo, en el mismo espacio y con el mismo equipo terapéutico. Así se da lugar a un modelo dinámico que se adapta al diagnóstico y la EEAG que cada paciente presenta en cada momento, pero que es autónomo y decide por sí mismo el programa más eficaz: integral, secuencial o paralelo.

El PPDG al estar integrado dentro de un hospital general, mantendrá una relación óptima con los otros servicios hospitalarios, muy en particular los de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, Servicio de Digestivo, Servicio de Análisis Clínicos y Servicio de Farmacia. La proximidad e inmediatez de las interconsultas con todos los servicios médico-quirúrgicos del hospital permitirá una asistencia biomédica optimizada para los pacientes de patología dual (ingresados o en seguimiento en consultas externas).

Se incluyen en el PPDG los pacientes con Patología Dual Grave que cumplen los siguientes criterios:

- Diagnóstico de enfermedad mental de psicosis: Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar o Psicosis Tóxica que además presentan el diagnóstico comórbido de dependencia de heroína, cocaína, alcohol o politoxicomanía.
- Diagnóstico de Demencia moderada o grave junto a dependencia de heroína, cocaína, alcohol o politoxicomanía.
- Algunos casos de TP grave o Paciente Difícil (3 o más diagnósticos) con dependencia de heroína, cocaína, alcohol o politoxicomanía.
- Su puntuación en la EEAG será en todo caso inferior a 50.
- El número de pacientes total del PPDG debe ser inferior a 100.

Excepción: los pacientes que ingresan en UDH para desintoxicación deberán presentar sólo los criterios de admisión que en cada momento estipule la Dirección General de Drogodependencias que son en resumen: dependencia de drogas y ser derivado desde el recurso de drogodependencias de referencia

Subprogramas del Programa de Patología Dual Grave:

Subprograma de Agudos:

Los pacientes con Patología Dual Grave que ingresan en el Subprograma Agudos serán Pacientes Grado A, EEFG menos de 30%. Tras su estabilización pueden llegar a ser Pacientes Grado B, pues su EEFG quedará entre 30 y 50%, siendo aquellos que lleguen a una EEFG superior al 50% del grado C. Este programa debe disponer de entre el 15 y el 25% de las camas de hospitalización psiquiátrica, las cuales están en la Sala de Agudos del Servicio de Psiquiatría. Los ingresos son por la vía de la urgencia, y programados, siendo estos últimos al menos en el 50%, gracias a la actividad del subprograma ambulatorio y la coordinación del PPDG con la Red de Drogodependencias y de Salud Mental. La mayor parte de los ingresos de urgencias son de tipo involuntario, y en los programados existe un consentimiento informado autorizado por el paciente.

En cuanto al flujo de entrada y salida, los pacientes ingresan de urgencia a través del psiquiatra de guardia del Hospital, en caso de no disponer de camas pasan a la sala de agudos de psiquiatría hasta disponer de ésta. Todos los pacientes deberán cumplir los criterios de inclusión del PPDG, lo que será evaluado por el psiquiatra de guardia, así como deberán tener una EEFG menor de 30, es decir ser Pacientes del Grupo A. La vía de ingreso programada será inicialmente por derivación desde el Subprograma Ambulatorio, pero posteriormente pueden ser derivados de otros recursos tanto de drogodependencias, salud mental como de recursos socio-sanitarios o beneficencia. Tras el alta los pacientes reciben informe de alta, y son derivados al Subprograma Ambulatorio, a Unidad de Salud Mental y/o Unidad de Conductas Adictivas.

Subprograma Ambulatorio:

Consiste en una consulta externa específica del PPDG, en que se atienden a los pacientes con Patología Dual Grave de manera ambulatoria, con el objetivo de que éstos presenten una estabilidad de la adicción suficiente para ser derivados a los Recursos de Salud Mental, o una estabilidad psicopatológica suficiente para ser derivados a los Recursos de la Red de Drogodependencias. El abordaje es integral tanto de la adicción como de la psicopatología asociada y su duración estimada en el programa es de 12 meses. Aquellos pacientes que requieran más de ese tiempo por no mejorar en la voluntariedad del tratamiento, con EEFG entre 30 y 50, serán derivados a recursos institucionalizados como Centros de Enfermos Mentales Crónicos, Centros de Media Estancia, Unidades de Deshabitación Residencial, etc. Estos pacientes estarán en otro recurso asistencial pero mantendrán paralelamente parte de la dirección del tratamiento. Este Subprograma es llevado por los mismos terapeutas del Subprograma de Agudos y se considera el centro del PPDG en cuanto a coordinación interna con el resto de subprogramas y externa con el resto de recursos asistenciales. Es por ello que dicha consulta externa debe estar ubicada físicamente en el Hospital, a pocos metros de la Sala de Agudos donde se ubican las camas del subprograma de agudos del PPDG.

Objetivos principales de las consultas externas en patología dual:

1. Mejorar el seguimiento post-alta a corto plazo y la adherencia al tratamiento;
2. Proporcionar inmediatez en el resultado de los controles de drogas en orina;
3. Optimizar el seguimiento a corto-medio plazo de pacientes incluidos en programas terapéuticos especiales y en proyectos de investigación de calidad;
4. Acortar estancias hospitalarias evitables;
5. Servir de puente a corto plazo entre el hospital y las correspondientes unidades ambulatorias de salud mental y de conductas adictivas.

Al alta hospitalaria de cada paciente se envía la epicrisis por la vía más adecuada (normalmente fax) a la Unidad de Conductas Adictivas o de Salud Mental correspondiente, tanto si el paciente había sido remitido para ingreso por dichas unidades, como si no, con el objetivo de que conozcan el nuevo programa gestor del caso (PPDG). En todo caso, al finalizar el seguimiento en el Subprograma Ambulatorio se facilita al paciente un informe de evolución desde el alta hospitalaria hasta el momento del alta de las consultas externas.

La consulta externa de pacientes con patología dual grave presenta, además del seguimiento integral, la posibilidad de un servicio de Diagnóstico/pronóstico. Este servicio consiste en que tanto desde Unidades de Conductas Adictivas como de Unidades de Salud Mental pueden derivar los pacientes con el objetivo de obtener una segunda opinión o de facilitar que el paciente acceda a un tratamiento secuencial o en paralelo con otro recurso asistencial. Es pues un servicio diagnóstico, pero también pronóstico, con funciones de mediación en el plan terapéutico del paciente.

Algunos de los pacientes en seguimiento ambulatorio reciben intervenciones no voluntarias, condicionados por persuasión, influencia interpersonal, negociación con incentivos, incentivos negativos o “amenazas” y la

utilización final de mecanismos de coacción que obligan al paciente con patología dual grave a seguir las indicaciones del PPDG. Este último procedimiento se lleva a cabo cuando el paciente ha cometido un delito y desde el poder judicial se permuta una pena de privación de libertad por un seguimiento ambulatorio en el PPDG, o cuando el paciente presenta una incapacidad mental firme, en tramitación o temporal.

En cuanto al flujo de entrada y salida, las derivaciones pueden ser por 3 vías: psiquiatra de Unidad de Salud Mental o Unidad de Salud Mental Infantil, Médico de Unidad de Conductas Adictivas o Psiquiatra de Guardia del propio hospital. En la primera visita se evalúa si cumple criterios para inclusión en el PPDG sino, se realiza diagnóstico, propuesta terapéutica externa y se da de alta con el consiguiente informe de alta. Desde este subprograma pueden salir al Subprograma Agudos (Pacientes Grupo A) o a la Unidad de Salud Mental o Unidad de Conductas Adictivas (Pacientes Grupo C). En el caso de salir a estas unidades externas será con informe de alta y dejan de ser pacientes del PPDG. Los pacientes que por su gravedad o cronicidad deban recibir tratamiento en centros institucionalizados o centros de día (CEEM, Hospital de Día, Centros de Reinserción Social (CRIS) , Centro de Día, Centro de Media Estancia, Unidad de Deshabitación Residencial (UDR), Vivienda Tutelada, etc.) mantendrán seguimiento cada 1-2 meses en este programa, por ello serán Pacientes del Grupo B del PPDG. Este concepto es vital pues con el seguimiento paralelo mejora la especificidad de dichos recursos, llevando a los pacientes en el PPDG con menor consumo de recursos propios. El trasvase de pacientes desde las camas de UDH a las de Patología Dual, como las derivaciones de pacientes desde recursos socio-sanitarios a la consulta externa del PPDG deben permitirse, pero son el resultado de dificultades diagnósticas por parte de los recursos de Drogodependencias y Salud Mental.

Subprograma UDH:

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria pueden integrarse en el sistema del PPDG como un subprograma más. Donde se reciben derivaciones exclusivamente desde las Unidades de Conductas Adictivas. La coexistencia de una misma sala del subprograma de agudos del PPDG y del UDH permite la implementación de abordajes como la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve, diseñada para UDH donde el 58% de los pacientes suele tener algún trastorno de la personalidad como el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) por lo que puede ser eficaz en pacientes con Patología Dual Grave. Respecto al Flujo de entrada y salida de pacientes, son derivados desde recurso de drogodependencias de referencia mediante cumplimentación del documento específico. Los ingresos deben ser por riguroso orden de llegada de las solicitudes al Subprograma. Aquellos casos que por las circunstancias médicas o sociales sean preferentes ingresarán al día siguiente de un alta voluntaria o disciplinaria de la sala. La demora máxima no debe superar un mes y la estancia media debe ser de entre 10 y 14 días. Tras la desintoxicación los pacientes reciben informe de alta y son atendidos el mismo día por su UCA de referencia. Estos pacientes no reciben otro tipo de seguimiento por parte del PPDG.

Descripción de actividades realizadas (propias y de la sala) y las actividades extra, durante la rotación

Febrero 2010:

	Lunes 15	Martes 16	Miércoles 17	Jueves 18	Viernes 19
9:00			Realización de TEC a dos pacientes de la sala.		Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades.
10:00			Búsqueda de tarjeta de identificación para ingresar al servicio, con Dr. Haro, en Seguridad.	Reunión de enfermería y médicos de la sala	Se asignan los ingresos Evaluación de paciente de UDH.
11:00			Día de Consulta externa de Patología dual. Explicación la dinámica de la consulta externa y manejo de la historia electrónica.	Evaluación de los pacientes hospitalizados.	El Dr. Haro me explica la interacción entre USM, UCA, CEEM
12:00	Llegada a la ciudad de Valencia, donde me esperaba un coche, que me llevo al Hospital Provincial de Castellón	Llegada al Hospital Provincial de Castellón, presentación en Dirección.	Ingreso de paciente. El Dr. Haro pasa consulta. Entrenamiento en realización de recetas electrónicas.	Supervisión con Dr. Haro. Evoluciono en HC a los pacientes valorados. Ingres a paciente a UDH. (HC: 229847) El Dr. Haro me entrega las normas del servicio así como el protocolo de ingreso de los pacientes.	El Dr. Haro me explica la dinámica de enfermería, como solicitar IC con otros servicios
13:00		Presentación con el Dr. Haro. Coordinador del Programa Jofré y con el Director Económico del Hospital.	Realización de HC, evoluciones y récipes electrónicos en ordenador.	Asistí a sesión de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-D.	
14:00	Llegada al piso donde pernocharía durante el entrenamiento.	Recorrido por el Servicio de Salud Mental de Agudos y del PPDG	Fui con el Dr. Haro a conocer a las autoridades de Salud Mental.	Me quedo con parte de equipo de Investigación.	Valoración de pacientes de la sala y modificación de planes farmacológicos

15:00		Búsqueda de la bata con Coordinadora de Enfermería.	Verifico los deberes de la sala	Comentamos sobre las dos investigaciones que se están realizando.	Revisión de deberes
16:00		Presentación de parte del personal del Servicio de Salud Mental.	Evaluación con Dra. Ballester y Dr. Haro de pacientes de la Unidad de Desintoxicación.	La Lic. Francés me pasa pruebas para participar en grupo control.	Evaluación de ingreso a sala, desde urgencias a PD (HC:33225)

Febrero 2010:

	Lunes 22	Martes 23	Miércoles 24	Jueves 25	Viernes 26
9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Clase del Dr. Haro a cursantes de Psiquiatría, Psicología y Enfermería	Reunión de los Recursos de Castellón que atienden pacientes con Adicciones: Patim, UCA Hospital, Proyecto Amigó, UCA San Agustín, CEA y por PPDG: Coordinadora de enfermería y yo.	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, altas e ingresos de pacientes
10:00	Se asignan los ingresos	Se asignan los ingresos	Consulta externa PPDG	“	Se asignan los ingresos
11:00	Se formaliza ingreso a UDH de paciente HC: 173277 desde el 20/02/2010, se evalúa y discute tratamiento.	Ingresa a PD HC: 230040	“	Valoración de pacientes de sala.	Valoración de los pacientes de la sala. Revisión de deberes.
12:00	Valoración de los pacientes de la sala Evolución en HC de cada paciente	Valoración de los pacientes de la sala	Evaluación de pacientes de la sala	Ingresa a UDH: HC:171309 y 230160	Atención de familiares de paciente de PD para explicarles planes de atención.

13:00	Reunión con Dr. Haro y Coordinadora de Enfermería: local para informar a los recursos los pacientes derivados y evolución de los mismos.	Asistí a sesión de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-D.		Reunión en Centro de Día de Villa Real con otros equipos que se ocupan de la problemática de adicciones: Comisión aún sin nombre, para coordinar los recursos de la zona que trabajan con esta problemática.	Revisión con el Dr. Haro de los planes de tratamiento de los pacientes. Evolución en HC de cada paciente. Cierre con Dra. Ballester, residente de Psiquiatría.
14:00	Modificación de tratamientos luego de hablarlo con el Dr. Haro.	Me entreno en realización de resúmenes de alta con Dra. Ballester.	Practico la elaboración de evoluciones e informes por ordenador	El Dr. Haro dirigió la reunión, se trataron puntos acordados por los equipos.	Revisión de los exámenes de laboratorio de los pacientes, con miras de discriminar alteraciones y revisar tratamientos.
15:00	Realizo los deberes de la sala.	Realizo los deberes de la sala.	Realizo los deberes de la sala	Se acuerda lugar y fecha de próximo encuentro y se debate sobre el nombre de la comisión.	Revisión de protocolos de Metadona y agonistas opiáceos.
16:00	Junto con la Lic. Francés, evaluamos a paciente para protocolo de investigación.	Solicito estudios por ordenador	Me quedo con la Lic. Francés, evaluando paciente de UDH.		
17:00	Discutimos algunas características clínicas del paciente.		Discutimos algunos resultados.		

MARZO 2010.

	Lunes 01	Martes 02	Miércoles 03	Jueves 04	Viernes 05
--	-----------------	------------------	---------------------	------------------	-------------------

9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Visita con el Dr. Haro a Centro de Padre Ricardo, centro dedicado a recibir pacientes con PD.	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00	Se asignan los ingresos	Se asignan los ingresos	Consulta externa de PPDG, con el Dr. Haro.	Sesión con usuarios de Centro de Padre Ricardo.	Se asignan los ingresos. Egreso voluntario de paciente de UDH, se realiza informe de alta.
11:00	Evaluación de los pacientes en sala	Ingreso de paciente a UDH, HC: 163310	Consulta externa de PPDG, con el Dr. Haro.	Valoración de los pacientes de la sala	Evaluación de los pacientes en sala
12:00	Supervisión con el Dr. Haro de la evolución y tratamientos de mis pacientes	Supervisión de informes clínicos de pacientes de UDH y PD.	Consulta externa de PPDG, con el Dr. Haro.	Modificación de tratamiento y solicitud de interconsultas	Realizo informe de alta de paciente de PD.
13:00	Revisión de deberes.	Evaluación de los pacientes a mi cargo.	Entrevista con familiar de paciente y entrega de informe para derivación.	Alta de paciente de UDH	Modificación de planes farmacológicos y revisión de deberes.
14:00	Realización de informes de alta.	Valoración de pacientes de la sala	Entrevista con cada uno de los pacientes, modificación de planes de medicación	Ingreso de UDH, paciente HC: 169912.	Almuerzo con Dr. Haro y cols. y Profesor Romero y cols.
15:00		Actualización de deberes	Realización de deberes	Actualización de deberes.	“
16:00	Con Lic. Francés, evaluamos a paciente de UDH.	Llamadas a familiares para informar de egresos de pacientes y citas pendientes.	Con Lic. Francés, trabajamos sobre el proyecto de investigación	Valoración de los pacientes de la sala	Asistencia a Taller sobre avances en Imagenología en Adicciones, por Dr. Romero.
17:00	Me quedo con la Lic. Francés, trabajando en investigación	Elaboración de informe de paciente de PD para CEA.	Trabajando en investigación...		“ Hasta 19 hrs.

MARZO 2010

	Lunes 8	Martes 9	Miércoles 10	Jueves 11	Viernes 12
9:00	Festivo	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00	“	Se asignan los ingresos: 2 para PPDG: HC: 219577 y 26221	Se asignan los ingresos. Consulta externa no se realiza por día festivo de la Magdalena.	Realizo informes y recetas electrónicas de egresos.	Supervisión de informes y evolución de pacientes con Dr. Haro.
11:00	“	Revisión con Dr. Haro de informe de alta de paciente de PD que egresa.	Evaluación de pacientes en sala y anotación en historias.	Egreso de dos pacientes de UDH.	Ingresa a PD paciente HC: 124684
12:00	“	Realización de recetas electrónicas con el Dr. Haro	Atención de familiares de pacientes hospitalizados.	Ingresa paciente HC: 230729 a UDH. Sesión TPMB-D.	Evaluación de pacientes en sala.
13:00	“	Sesión de TPMB-D	Modificación de tratamientos	Evaluación de pacientes y ajuste de tratamientos.	Realización de informe de paciente de PD y envío a CEEM.
14:00	“	Actualización de deberes. Valoración de los pacientes de la sala	Elaboración de informes de pacientes ingresados	Asistencia a actividad de las Magdalenas, con personal del HPC.	
16:00	“		Evaluación de paciente (Investigación)	Evaluación de paciente (Investigación)	

MARZO 2010

	Lunes 15	Martes 16	Miércoles 17	Jueves 18	Viernes 19
9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	TEC a dos pacientes	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior	Festivo

	de pacientes				
10:00	Se asignan los ingresos.	Ingreso de paciente HC: 198161 a UDH.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Reunión de enfermería y médicos de la sala	“
11:00	Evaluación de pacientes en la sala	Valoración de los pacientes de la sala	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Ingreso de paciente HC: 231053 a UDH	“
12:00	Supervisión con Dr. Haro	Modificación de tratamientos	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Supervisión con el Dr. Haro.	“
13:00	Realización de deberes.	Comunicación con otros recursos que derivan pacientes para discutir IDx y evolución.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Actualización de deberes.	“
14:00	Realización de informes y revisión de resultados de laboratorio.	Elaboración de informe de alta de paciente de UDH. (alta mañana).	Evaluación de paciente que ingresó a PD desde urgencias: HC: 217611	Visita guiada a las Fallas Valencianas.	“
15:00		Actualización de Deberes	Actualización de tratamientos.		“
16:00			Actualización con Lic. Calvo y Lic. Francés de novedades del proyecto de investigación		“

MARZO 2010

	Lunes 22	Martes 23	Miércoles 24	Jueves 25	Viernes 26
8: 00	Egreso de paciente de PD a CEEM.	Egreso de paciente de PD a PREVI.			
9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior. Evaluación de	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de

	pacientes	de pacientes	pacientes	pacientes.	pacientes
10:00	Se asignan los ingresos	No ingresos.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Reunión de enfermería y médicos de la sala	Se asignan los ingresos
11:00	Se realiza Protocolo de expulsión de paciente por incumplimiento de normas de UDH (HC: 231053)	Supervisión de tratamientos con Dr. Haro.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Atención/orientación a familiares de paciente de UDH.	Evaluación de pacientes de la sala. Supervisión con el Dr. Haro de informes de alta.
12:00	Sesión de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-D.	Evaluación de pacientes en sala y revisión de tratamientos.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Egreso de paciente de UDH.	Ingresos a la sala el paciente HC: 136809 de urgencias a PD.
13:00	Evaluación de pacientes en sala. Actualización de tratamientos.	Revisión de deberes.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Ingresos a UDH: HC: 231226 dependiente de metilfenidato.	Evaluación en Servicio de Medicina Interna de la paciente HC: 200009
14:00	Elaboración de informes de altas de pacientes de PD.	Elaboración de informes de alta.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Realización de informes en el ordenador	Realización de deberes.
15:00	Supervisión de casos con Dr. Haro y realización de deberes.	Reunión con becarias de investigación, se revisan posibles candidatos al estudio.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro		

MARZO-ABRIL 2010

	Lunes 29	Martes 30	Miércoles 31	Jueves 01	Viernes 02
	Se	ma	na	San	ta
9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Sesión de TEC a 1 paciente	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Festivo por pascuas.
10:00	Se asignan ingresos.	Se asignan ingresos: nos asignan ingreso a PD, HC 231558, Esquizofrenia y dependencia a Cocaína.	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Egreso de UDH, HC 225814 Dr. Haro me presentó en UCA para iniciar rotación el 19 de abril.	Festivo por pascuas.
11:00	Egreso de paciente de PD por traslado a CD Proyecto Amigó.	Ingresan dos pacientes a UDH: 231588 y 231598: dependientes de cocaína	Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Evaluación de pacientes en sala.	Festivo por pascuas.
12:00	Sesión de TPMB-D		Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Sesión de TPMB-D	Festivo por pascuas.
13:00	Traslado de paciente de Medicina Interna a PD.		Consulta del PPDG con el Dr. Haro	Elaboración de informes de derivación y alta	Festivo por pascuas.
14:00	Elaboración de informe de alta de paciente de UDH.		Ingresan paciente a UDH: HC: 154591 Dependiente de alcohol		Festivo por pascuas.
15:00	Evaluación con Lic. Francés de paciente de UDH.				

**Las siguientes dos semanas fue mi rotación por el Hospital Clínico de Valencia:
con el Dr. Gaspar Cervera.**

ABRIL 2010

	Lunes 5	Martes 6	Miércoles 7	Jueves 8	Viernes 9
9:00	Festivo por pascuas.	Presentación con el Dr. Gaspar Cervera en Hospital Clínico de Valencia.		Llegada de residente de cuarto año de Psiquiatría del Hospital La Fe.	
10:00	Festivo por pascuas.	Explicación de la dinámica de la Sala de Toxicomanías en el Hospital	Evaluación de los pacientes en la sala de permanencia.	Presento a la residente con el personal y pacientes.	Alta de paciente, por mejoría, derivado a UCA de origen.
11:00	Festivo por pascuas.	Recorrido por la Unidad, habitaciones y sala de permanencia de pacientes.	Evaluación de los pacientes con el Dr. Cervera.	Evaluación de pacientes en conjunto con residente de Psiquiatría.	Evaluación de pacientes en conjunto con residente de postgrado de Psiquiatría.
12:00	Festivo por pascuas.	Presentación con el personal de trabajo y los pacientes ingresados.	El Dr. Cervera me presenta con la Jefa del Servicio de Psiquiatría, la Dra. Carmen Leal.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.
13:00	Festivo por pascuas.	Egreso de dos pacientes de la Unidad.	Intercambio de impresiones y dudas en relación al abordaje	Intercambio de impresiones, supervisión con el Dr. Cervera.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.
14:00	Festivo por pascuas.	Ingreso de dos pacientes. Interconsulta en servicio de Cirugía a paciente dependiente de opiáceos, en mantenimiento con metadona, intervenida de colecistectomía.	Ingreso de dos pacientes en la sala.	Revisión de los calendarios de altas e ingresos programados.	Intercambio de impresiones y dudas con respecto al abordaje de pacientes en los diferentes niveles de atención en adicciones.

ABRIL 2010

	Lunes 12	Martes 13	Miércoles 14	Jueves 15	Viernes 16
9:00	Festivo por San Vicente, en Valencia.	Egreso de paciente femenina dependiente de opiáceos, alcohol y psicofármacos.		Llegada de estudiante de medicina de 6to año. Presentación con los pacientes hospitalizados.	Egreso de 4 pacientes desintoxicados de alcohol.

10:00	Festivo por San Vicente, en Valencia.	Evaluación de los pacientes en la sala de permanencia.	Evaluación de los pacientes en la sala de permanencia.	Evaluación de los pacientes en la sala de permanencia, con residente de Psiquiatría y estudiante de medicina, luego cambio de impresiones.	Evaluación de pacientes con residente y estudiante de medicina.
11:00	Festivo por San Vicente, en Valencia.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.	Egreso de paciente de desintoxicación de alcohol.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.
12:00	Festivo por San Vicente, en Valencia.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.	Egreso de paciente femenina de retirada de metadona.	Evaluación de pacientes con el Dr. Cervera.	Alta voluntaria solicitada por paciente cocainómano.
13:00	Festivo por San Vicente, en Valencia.	Intercambio de impresiones con el Dr. Cervera y residente de Psiquiatría	Ingreso de paciente femenina con dependencia alcohólica. Comorbilidad con ansiedad y depresión.	Realización de interconsulta en UCI, femenina en mantenimiento con metadona ingresada por absceso postcolecistectomía.	Cierre de pasantía con personal de la Unidad.
14:00		Ingreso de paciente femenina para desintoxicación de alcohol. (TLP)	Revisión de protocolos de tratamientos.	Ingreso de paciente para desintoxicación por cocaína.	Sesión clínica del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia.
15:00				Discusión de casos e intercambio de impresiones en conjunto.	Despedida del Dr. Gaspar Cervera.
16:00			Reunión en Castellón con psicólogas de investigación.		

**Semana de rotación en UCA Provincial.
ABRIL 2010**

	Lunes 19	Martes 20	Miércoles 21	Jueves 22	Viernes 23
9:00	Presentación con Dra. María Luisa Graña. Recorrido por UCA.	Revisión de casos a evaluar este día. Revisión de casos con pautas de reducción de metadona.	Revisión de historias de pacientes citados con Lic. Ana Teruel.	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior.	Asistencia a UCA donde se realiza entrenamiento a profesionales en programa electrónico Abucasis.

10:00	Explicación de dinámica de funcionamiento de la UCA.	Presencio repartición de metadona a pacientes según pauta médica.	Consulta externa con Lic. Ana Teruel.	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior.	Presencio repartición de metadona a pacientes según pauta médica.
11:00	Presencio repartición de metadona a pacientes según pauta médica.	Consulta externa con Dra. Graña.	Consulta externa con Lic. Ana Teruel.	Consulta externa con Lic. Ana Teruel.	Evaluación de pacientes y familiares con Asistente Social de la UCA
12:00	Consulta externa con Dra. Graña.	Consulta externa con Dra. Graña.	Consulta externa con Lic. Ana Teruel.	Asistencia a paciente que acude sin tener visita.	Asistencia de pacientes y familiares con Asistente Social de la UCA
13:00	Consulta externa con Dra. Graña.	Intercambio de impresiones con la Dra. Graña en relación a la reducción de daño y abordaje según objetivos del paciente.	Intercambio de impresiones acerca de pacientes abordados. Asistencia a paciente que acude sin tener visita.	Reunión clínico administrativa de la gestión de casos y recursos en la UCA.	Asistencia de pacientes y familiares con Asistente Social de la UCA
14:00	Consulta externa con Dra. Graña.	Consulta externa con Dra. Graña.	Discusión acerca de la asistencia psicoterapéutica a pacientes adictos.	Reunión clínico administrativa de la gestión de casos y recursos en la UCA.	Cierre de pasantía con personal de la Unidad.
15:00	Discusión de casos evaluados el día de hoy, revisión de pautas de tratamiento y diferencias con mi país.	Interacción con los recursos personales de UCA, enfermería, administrativo, asistente social y seguridad, para familiarizarme con dinámica de funcionamiento.		Asistencia voluntaria a guardia con Dra. Cabrera, enlace de residencia con el PPDG en Urgencias.	Despedida del personal.
16:00	Reunión con Lic. Calvo, de investigación.		Reunión con Lic. Calvo, programando evaluación de adolescente citado.		
17:00				Asistencia voluntaria a guardia con Dra. Cabrera, enlace de residencia con el PPDG en Urgencias.	

Retorno a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de breve estancia, del 26 de abril al 14 de mayo de 2010.

ABRIL 2010

	Lunes 26	Martes 27	Miércoles 28	Jueves 29	Viernes 30
9:00	Asistencia a la sala y luego a la sede de la fundación para gestionar certificado.	Evaluación con Lic. Rubio, le realiza Camdex-R a paciente con demencia alcohólica. Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes, se asigna paciente a PD HC: 155312	Seminario sobre Ludopatía, clínica, diagnóstico y abordaje.	Asistencia a la sala y evaluación de pacientes de UDH y PD.	Asistencia a la sala y evaluación de pacientes de UDH y PD.
10:00	Reunión con el Dr. Haro para asignación de casos en la sala: HC: 200009 y 219214 y	Ingreso de dos pacientes HC: 232880 y 187011 a UDH	Consulta del PPDG	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
11:00	Evaluación de pacientes en sala.	Evaluación de pacientes en sala, atención a familiares de paciente de PD.	Consulta del PPDG	Evaluación de pacientes.	Evaluación de pacientes de la sala.
12:00	Ayudo al Dr. Haro con cierre de caso y recetas electrónicas de paciente de alta.	Solicitud de analíticas e interconsultas en ordenador.	Consulta del PPDG	Asistencia a cura de paciente y cura de escara de paciente con polineuropatía alcohólica.	Evaluación de pacientes de la sala.
13:00	Realizo evoluciones en historia de pacientes a mi cargo.	Egreso voluntario de paciente de UDH. Se informa a familiares y a UCA de origen.	Consulta del PPDG	Revisión y actualización de tratamientos en las historias.	Supervisión con el Dr. Haro. Revisamos indicaciones sobre contención de paciente a mi cargo.

14:00		Evaluación de pacientes de la sala.	Consulta del PPDG		Atención-orientación a familiar de paciente de PD ingresado.
15:00	Me quedo con Lic. Calvo para evaluar paciente citado a las 16 y 30.		Revisión en ordenador de analíticas de pacientes a mi cargo.		Elaboro informe de alta de paciente de UDH, que egresa el lunes próximo.
16:00	Paciente citado no asiste, se llama y se reprograma.		Reunión con Lic. Calvo.		

MAYO 2010.

	Lunes 03	Martes 04	Miércoles 05	Jueves 06	Viernes 07
9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión de Grupo de Investigación	Sesión de Terapia Electroconvulsiva.	Evaluación de pacientes de UDH y PD. Ingreso a UDH, HC: 233400, dependencia de alcohol.	Asistencia a la sala y evaluación de pacientes de UDH y PD.
10:00	Evaluación de pacientes en sala. Atención de familiar de paciente con PD.	Ingreso de paciente politoxicómano a UDH HC: 155312	Consulta del PPDG, con el Dr. Rivera.	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
11:00	Evaluación de pacientes en sala.	Evaluación de pacientes en sala.	Consulta del PPDG, con el Dr. Rivera.	Evaluación de pacientes.	Evaluación de pacientes de la sala.
12:00	Realizo evoluciones en historia de pacientes a mi cargo.	Solicitud de analíticas en ordenador.	Consulta del PPDG, con el Dr. Rivera.	Atención-orientación a familiar de paciente de UDH.	Evaluación de pacientes de la sala.
13:00	Realización de deberes. Llegada del Dr. Guillermo Rivera de Bolivia a Programa Jofré.	Realización de informe de paciente de PD trasladado a Unidad de media estancia.	Consulta del PPDG, con el Dr. Rivera.	Revisión y actualización de tratamientos en las historias.	Elaboración de informes de alta en ordenadores.

14:00		Evaluación de paciente de UDH en Investigación.	Consulta del PPDG, con el Dr. Haro y Dr. Rivera.	Revisión de deberes.	Atención-orientación a familiar de paciente de PD.
16:00		Reunión con Lic. Francés y Calvo, por investigaciones.		Reunión con Lic. Francés y Calvo, por investigaciones.	

MAYO 2010

	Lunes 10	Martes 11	Miércoles 12	Jueves 13	Viernes 14
9:00	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Seminario con Dr. Haro, sobre abordaje de adicción a cocaína.	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00	Realizo evoluciones en historia de pacientes a mi cargo.	Ingreso de paciente en PD y paciente a UDH	Consulta del PPDG	Asistencia a la sala y evaluación de pacientes de UDH y PD.	Evaluación de pacientes de la sala.
11:00	Evaluación de pacientes en sala.	Evaluación de pacientes en sala	Consulta del PPDG	Ingreso de paciente a UDH	Cierre con personal de la sala y Dr. Haro.
12:00	Sesión grupal de TPMB-D	Solicitud de analíticas e interconsultas en ordenador.	Consulta del PPDG		Cierre de pasantía de entrenamiento en el PPDG.
13:00	Interconsulta de paciente de UCI, cocainómano.	Evaluación de pacientes de la sala.	Consulta del PPDG	Revisión y actualización de tratamientos en las historias.	
14:00		Realización de deberes.	Consulta del PPDG		
15:00	Me quedo con Lic. Calvo para evaluación de adolescente para estudio de investigación		Reunión con Lic. Calvo y Lic. Francés.		

16:00	Adolescente no llega		Reunión con Lic. Calvo y Lic. Francés.		
18:00					Jornadas de Patología Dual, coordinadas por Dr. Haro.
19:00					Presentación del Tratado sobre Patología Dual.

Pacientes a mi cargo durante la rotación

NºHª	DIAGNOSTICO	INTERVENCION	SERVICIO ORIGEN
229847	Dependencia de alcohol, cocaína y cannabis. Tx Límite de la Personalidad.	UDH: Se realizó desintoxicación para las tres sustancias, y tratamiento de su sintomatología de personalidad. Participó activamente en la TPMB-D. Participó en estudio de investigación.	UCA Sagunto
33476	TMC por consumo de Opiáceos. Tx Límite de la Personalidad. Situación de calle.	PD: Se realizó intervención en crisis, con buena respuesta a la misma. Participó de TPMB-D; mal pronóstico por situación social.	UCA - HPC
230040	Dependencia de Alcohol Tx Límite de la Personalidad	PD: Se realizó intervención en crisis, tanto familiar como personal, con buena respuesta a la misma. Participó en la TPMB-D. Se derivó a Previ.	Hospital La Fe (Valencia)
171309	Dependencia de opiáceos y cocaína. Tx Límite de la Personalidad.	UDH: Se realizó desintoxicación de opiáceos, con buena respuesta. Realizó TPMB-D de forma irregular reportando malestar somático para evadir. Participó en estudio de investigación.	UCA-Vinaróz
169912	Dependencia de cocaína y otras. Situación de calle	UDH: Ingresó un jueves 4/03 y solicitó alta voluntaria el viernes 5/03.	UCA - HPC
26221	Dependencia de opiáceos y cocaína. Esquizofrenia	PD: Se realizó desintoxicación de opiáceos e intervención en crisis, con buena respuesta. Paciente con problemática legal y social importante. Se deriva a CEEM.	PPDG

230720	Dependencia de Alcohol Trastorno depresivo recurrente Rasgos de personalidad por evitación.	UDH: Se realiza desintoxicación de alcohol. Buena respuesta, participa pasivamente de TPMB-D	UCA Sagunto
124684	Dependencia de opiáceos, cocaína y sedantes. Trastorno de Tics Inespecífico	PD: Se realizó desintoxicación con buena respuesta así como abordaje de conducta desorganizada y de exacerbación de tics. Participó de TPMB-D y se derivó a Proyecto Hombre. (Investigación)	UCA Vinaróz
136809	Dependencia de alcohol y cocaína Esquizofrenia Desorganizada. Obesidad.	PD: ingresó por Urgencias, cuadro de desorganización conductual y cognitiva. Se realizó desintoxicación y abordaje de patología comórbida. Se deriva a Servicio de Media Estancia. (Investigación)	UCA de Vall de Uxó.
230874	Dependencia de Opiáceos y cocaína	UDH: se realizó desintoxicación con evolución adecuada, participó activamente de la TPMB-D. Derivado a UCA de origen.	UCA San Agustín.
231226	Dependencia de estimulantes (Metilfenidato).	UDH: desintoxicación con respuesta adecuada. Participó de TPMB-D, de forma activa.	UCA Vinaróz.
200009	Dependencia Alcohólica Demencia Alcohólica	PD: se traslada de medicina interna, con fines de ubicarla en CEEM	Medicina Interna
219214	Esquizofrenia residual. Politoxicomanía.	PD: intervención en crisis y ubicación en CEEM.	PPDG
155312	Esquizofrenia Desorganizada Dependencia de cocaína.	PD: cuadro desorganizado posterior a intervención Qx, se realiza intervención en crisis. Participa de TPMB-D.	PPDG
232880	Dependencia de cocaína.	UDH: desintoxicación con respuesta adecuada. Participó de TPMB-D, de forma activa.	UCA Vinaróz.
155312	Politoxicomanía. Virus Hepatitis C + HIV	UDH: desintoxicación y ajuste de dosis de metadona.	UCA-HPC
233400	Dependencia de alcohol	UDH: desintoxicación de alcohol. Participó de TPMB-D	UCA San Agustín

CASO CLINICO:

- M.J.P, paciente femenina, de 43 años de edad que llega al Programa derivada de Hospital La Fe. Ingresó el día 02 de marzo y egresó el 04 de abril de 2010.

- Paciente con diagnóstico de Dependencia de Alcohol y Trastorno Límite de Personalidad.

- Se plantea ingreso, vía telefónica se nos informa que paciente no desea ingresar y que debemos tener precaución ante posibilidad de heteroagresividad, fuga o conducta tipo acting out, ante lo cual se decide ingreso involuntario a Patología Dual.

- Predisposición ante paciente difícil. Tanto de personal como de la familia, que viene muy cargada emocionalmente.

Motivo de Ingreso:

Paciente con descompensación conductual, consumo compulsivo de alcohol, abandono de autocuidados y otras obligaciones.

Enfermedad actual y antecedentes de enfermedad mental:

Se trata de paciente con antecedentes de patología psiquiátrica tipo trastornos de conducta alimentaria y consumo de alcohol, en tratamiento con psiquiatra, quien presenta desde enero 2010, consumo de alcohol de forma descontrolada y diaria, con trastornos de conducta asociados, tipo descuido de obligaciones, de rol materno, autocuidado y aseo personal, comportamientos sexuales de riesgo (promiscuidad), relaciones familiares conflictivas, con agotamiento de recursos terapéuticos, por lo que se refiere al Programa de Patología Dual Grave, realizándose ingreso para intervención en crisis y replanteamiento de alternativas de tratamiento.

La paciente presenta trastornos de conducta alimentaria, tipo bulimia, con atracones de comida desde la infancia, lo cual pasó desapercibido por familiares, con remisión parcial durante meses para luego reaparecer, lo cual fue atendido a los 16 años, luego de algunos años de evolución; reporta facilidad para ganar peso y dificultad para perderlo, igualmente reporta haber tomado laxantes en algunas oportunidades.

M.J. presenta como antecedentes consumo de alcohol desde los 16 años, exacerbándose consumo a los 41 años, posterior a fallecimiento de su madre. No precisa cantidad de alcohol, pero reconoce que hasta la embriaguez y puede llegar a ser diario. Además consume tabaco, 1 paquete y medio al día.

En control psiquiátrico, por alteraciones graves de la conducta debido a Trastorno Límite de la Personalidad y asociadas al consumo de alcohol, con falta de conciencia del trastorno. Hospitalizada en mayo de 2009, durante 8 meses.

Antecedentes personales:

Paciente con estudios de primaria y secundaria completos, y realizó estudios técnicos en administración. Contrae matrimonio a los 18 años, según refiere “enamorada y en parte para escapar” de su casa, su matrimonio duró aproximadamente 20 años, al final manifiesta que la relación se volvió como “una especie de hermandad”, debido al consumo, los hijos deciden irse con su padre y ella, aunque manifiesta dolor ante esta situación, la acepta.

Relaciones sexuales casuales, relacionadas con el consumo de alcohol, reportando más de 3 parejas al año. Actualmente, mantiene una relación con varón de su misma edad, que le confiere “estabilidad”. Pero es hasta ahora que convivirán juntos, una vez ella egrese de Previ. Reporta que ella “necesita tener una relación” para mantener la abstinencia, colocando locus de control externo.

Trabajó en Valencia como administrativo, con trabajo estable en donde no continuó por finalizar contrato. Esto se ha repetido en varias oportunidades. Actualmente en situación de desempleo.

Antecedentes Familiares:

Padre: muerto hace 12 años, por cáncer de pulmón. Reporta que tenía 31 años cuando falleció su padre, lo reconoce como distante y figura imponente de normas en la casa. Presentó un episodio depresivo único, debido a la pérdida de empleo en la adultez joven.

Madre: muerta por cáncer de vesícula, hace 2 años, cuando la paciente tenía 41 años. Refiere que su madre era quien la comprendía y entendía, la ayudaba con el cuidado de los hijos. Al separarse vuelve al hogar materno, donde según refieren los hermanos, la madre se convirtió en cómplice de los trastornos de conducta y consumo de alcohol.

Hermano: 52 años, médico, casado, con vida regular y estable, refiere tener con él, una relación parecida a la que tenía con el padre, donde él se convierte en esa figura que intenta poner normas, desde la distancia. Refiere recibir maltrato psicológico por parte de este hermano, en donde se siente descalificada.

Hermana: 47 años, enfermera administrativa, manifiesta que esta hermana, se alía con su hermano para intentar que ella haga lo que a ellos les parece. Intenta minimizar la situación refiriendo que ambos le tienen celos ante situación de apego de su madre con ella. Sin embargo, logra reconocer que sus deseos son “buenos” y por momentos, ella logra entender esto y detener el consumo por un tiempo, como una posibilidad para liberarse un poco de ellos.

La paciente refiere haber sido la oveja negra de la familia, reconociendo situación de desarrollo profesional de hermanos.

Hijos: 1 hijo varón consanguíneo, de 17 años e hija hembra, adoptada de 11 años.

Exploración psicopatológica:

Conciente, orientada, lenguaje coherente, pensamiento coherente, con ideas poco realistas en relación a su situación actual, sin conciencia de enfermedad, por ende poca motivación al tratamiento, afecto lábil, particularmente reactiva a intervenciones de la hermana durante la entrevista, intenta manipular y ocultar información, juicio crítico conservado.

Evolución durante los primeros días de hospitalización:

M. J se presenta al momento de ingreso como una mujer segura de querer cambiar, convencida que su psiquiatra le sugirió lo mejor, de manera que colabora con la entrevista, aunque con actitud un poco reticente y desconfiada, la hermana que la acompaña, la confronta con información falsa (a su parecer) de su biografía, aunque discute, es ella quien logra abandonar la confrontación. Al principio de la hospitalización, presenta sonrisa fácil, trato agradable, pero con quejas en relación a los demás pacientes. En momentos logra expresar irritabilidad y desconocer el porqué de permanecer allí. No acepta el diagnóstico y refiere creer que se lo puso el dr. para que la hospitalizaran. Reporta dormir bien, apetito conservado, no emesis, no temblor y niega síntomas de ansiedad. Aproximadamente el 5to día, evidenciamos que está algo inquieta y con sueños desagradables, y logramos identificar que estos pudieran ser síntomas de abstinencia leves.

Evolución psicoterapéutica:

M.J. reportó bienestar pasada la primera semana, se relajó y fue cuando se pudo realizar un encuadre, donde acordamos veros, en sesiones de 30 minutos, a las 8 y 30 am, dos veces por semana, (el resto de la semana, que igual la vería diario, sólo chequearíamos síntomas de ansiedad y cómo iba la desintoxicación) para trabajar conciencia de enfermedad, motivación al tratamiento y algunas técnicas cognitivo-conductuales que le permitieran resolver algunas dificultades.

Al principio, revisamos el diagnóstico que más la inquietaba, que era el de Tx Límite de Personalidad, revisamos los criterios del DSM, en dos oportunidades, la primera vez, sólo aceptó tener un criterio, lo cual negaba el diagnóstico para ella; al presentarse esta situación, sólo le indico que, al margen del manual, reflexionara sobre las dificultades que ella piensa que puede tener, además sobre lo que le señalan dicen las personas que la rodean, para confrontar esto.

En las siguientes sesiones, identificamos: distorsión de autoimagen, poca tolerancia a la frustración, actuaciones impulsivas, el consumo de alcohol y las relaciones sexuales como situaciones de riesgo altas y autoagresivas, necesidad de tener una pareja o alguien al lado (como la madre), que hace que cuando falte esa persona, ella se sienta vacía y consume alcohol, dificultades en las relaciones con los demás (ella observa esto más con los hermanos que con el resto de la gente), dificultades para la expresión de los afectos, y en este punto, que en principio no acepta, le indico nuevamente parar y pensar, cómo durante la hospitalización, se ha mantenido con una sonrisa cuando hemos conversado de situaciones verdaderamente difíciles; se le indica, durante el día, identificar las emociones que va sintiendo en relación con las situaciones y los pensamientos que va teniendo.

En la sesión siguiente, hacemos ejercicio de respiración-relajación y continuamos identificando dificultades. Luego, con el DSM, releendo los criterios, M.J fue capaz de ejemplificar los criterios con sus conductas, expresándome que no ha podido realizar la tarea de identificación de emociones ante situación particular de sala, de no privacidad, etc, realmente era difícil realizar esta sesión, ante limitaciones de espacios privados, pero no acepté esta excusa (lógica pero que era vital hacer este trabajo, porque la veía con cierta indiferencia y superficialidad), y se lo señalé, se desmorona, llora de forma resonante, durante largo rato, ante lo cual permanezco en silencio; reconociendo lo dura que podía ser la sesión de reconocimiento de una patología tan importante como la que ella tenía, además del consumo de alcohol. Le ofrezco contención y empatía.

Las siguientes sesiones se dedicaron a reconocer emociones, particularmente trabajamos la ansiedad; dejando la rabia y la tristeza para el trabajo más a mediano plazo, considerando que ya sabíamos que iba a Previ y allí haría trabajo terapéutico. Hicimos reconocimiento de síntomas de ansiedad somáticos y el manejo de estos, desde el punto de vista del principio de inhibición recíproca con la técnica de respiración-relajación de Jacobson y con identificación y corrección de contenido cognitivo.

Dedicamos algunas sesiones al trabajo de consumo de alcohol, como síntoma-criterio del Trastorno Límite de la Personalidad y como comorbilidad, M.J. se resiste a creer que tiene alcoholismo y cuando lo ha reconocido era más como una aceptación ante terapeuta, tipo concesión, señalándose actitud como sabotadora para sí misma.

Además M.J. participó de forma activa en las sesiones de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual.

Durante la hospitalización, acudieron hermanos, para conocer las alternativas de tratamiento, observándose una familia, desestructurada por muerte de ambos padres, conformada por estos tres hermanos, en donde la PI es M.J y la depositaria de las dificultades de la familia, como ella se llamó en un momento “la oveja negra de la familia”. Además, con limitaciones para asumir responsabilidades debido a sobrecarga emocional y de sus propias vidas. Asimismo, participó la pareja de la paciente, sobre quien recayó parte de las ocupaciones operativas de búsqueda de informes y visitas, etc, siendo importante observar, que fue un paciente alcohólico, que abandonó consumo por sí mismo. Apoyó la terapia breve, trayéndole material, criterios DSM etc a M.J. para que los revisara.

El tratamiento farmacológico que recibió la paciente fue: Oxcarbacepina 600 mg: 1 – 0 – 1 – 0

Duloxetina 60 mg: 1 – 0 – 1 – 0

Diacepam en dosis desde 30 mg/día distribuida en 4 tomas para disminuirlo progresiva y piramidalmente hasta omitir, a dosis de 5 mg de reducción al día. Egresó sin este medicamento. No fue necesaria otra medicación ni pautar extras.

Se derivó a Previ, para 24 horas los primeros tres meses y luego considerar centro de día, asimismo se hará seguimiento por la consulta externa del PPDG.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Personalidad e Impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y patología dual grave.

Los trastornos por el consumo de cocaína y alcohol representan un serio problema sanitario en España (DPNSD, 2006). Entre los factores etiológicos se han considerado aspectos genéticos, psicológicos y ambientales. Con respecto a los factores psicológicos en los últimos años se ha prestado una especial atención a la relación entre estos trastornos adictivos con la impulsividad. Esta vinculación entre impulsividad y los trastornos por uso de cocaína se ha estudiado desde tres perspectivas: clínica, psicológica y genética.

Desde un punto de vista clínico, existen bastantes estudios que confirman la elevada prevalencia de los trastornos por uso de cocaína entre pacientes diagnosticados de patologías caracterizadas por importantes síntomas de impulsividad como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno límite y antisocial de la personalidad, los trastornos por descontrol de impulsos y la esquizofrenia. En estos pacientes, se considera que la dificultad en la inhibición conductual podría ser un elemento esencial en el desarrollo de la dependencia por cocaína.

Desde una perspectiva psicológica existen numerosos trabajos que han puesto de relieve las elevadas puntuaciones en cuestionarios que miden impulsividad o dimensiones propias de la impulsividad (Dawe, 2004). Cuando se ha evaluado la impulsividad con pruebas conductuales los datos apuntan en el mismo sentido. Básicamente, se considera que existen dos categorías o paradigmas de la impulsividad que incluyen dos procesos distintos (Ávila et al., 2001): el primero está relacionado con la inhibición conductual y denota la capacidad de un sujeto para inhibir adecuadamente pensamientos o acciones. Este paradigma se ha evaluado con pruebas como el “Continuous Performance Test” (CPT, Cooners, 1995) y la tarea de Stop (Logan, 1994). El segundo proceso se refiere al grado de control de la conducta ejercido por las consecuencias inmediatas frente a la demora de la misma. En este sentido, los sujetos impulsivos prefieren recompensas pequeñas pero inmediatas frente a mayores pero demoradas. Para este paradigma se utilizan pruebas como las tareas de juego de cartas o la tarea de refuerzo diferencial de tasas bajas (DRLR, McClure y Gordon, 1984). Cuando se han evaluado dependientes de la cocaína con estos paradigmas se han encontrado alteraciones en la capacidad de inhibición medida con el CPT (Rodríguez et al., 2006) y en la preferencia por recompensas a corto plazo (Dom et al., 2006).

En la misma línea, los trastornos por uso de cocaína se han relacionado con la presencia de otros trastornos psiquiátricos caracterizados por una impulsividad patológica. En dependientes de la cocaína se han detectado elevadas prevalencias de trastornos de la personalidad del grupo B, así como complicaciones con psicosis tóxicas o inducidas. En estos 3 tipos de enfermedades mentales las puntuaciones en escalas relacionadas con la impulsividad o el rendimiento en pruebas de impulsividad conductual están alteradas.

La mayoría de los estudios han utilizado un único paradigma de impulsividad (Dom et al., 2006; Mitchell et al., 2005, Petry and Casarella, 1999; Petry, 2001), por lo que no resulta fácil comprender la relevancia de cada uno de estos tipos de impulsividad en los sujetos estudiados. Además, existe una importante prevalencia de otros trastornos psiquiátricos en los dependientes de cocaína, entre ellos destacan los trastornos de la personalidad por su prevalencia y los cuadros psicóticos por su gravedad (Patología Dual Grave). Sin embargo, no se conoce si existen diferencias entre los patrones de impulsividad de estos grupos. El conocimiento de estas diferencias podría ayudar a la identificación de las relaciones causales, y por lo tanto esta información resultaría de utilidad en la elaboración de estrategias de prevención, la mejora del diagnóstico diferencial y la selección de un tratamiento farmacológico más específico.

Materiales y Métodos:

Se trata de un estudio transversal, sobre 120 sujetos (30 controles [C], 30 dependientes de cocaína [DC], 30 DC con Trastorno de la Personalidad [DC+TP] y 30 DC con Esquizofrenia [DC+E]). Los pacientes con DC y DC+TP serán obtenidos de las UCAs de la Comunidad Valenciana, mientras que los pacientes con DC+E serán obtenidos de los pacientes que acuden al Programa de Patología Dual Grave del Hospital Provincial de Castellón. El diagnóstico de dependencia de cocaína se realizará mediante entrevista clínica basada en los criterios DSM-IV-TR, el diagnóstico de TP mediante el IPDE, se evaluarán los patrones de impulsividad mediante la escala de impulsividad de Barrat y el

endofenotipo de impulsividad con la IPP.

PLAN PARA REALIZACIÓN EN VENEZUELA:

Personalidad e Impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y patología dual grave.

En el presente proyecto se pretende evaluar: A) Si el patrón de impulsividad es diferente en los dependientes de cocaína respecto a controles sanos. Este dato permitiría elaborar estudios etiopatogénicos de la dependencia de cocaína, a partir de los cuales diseñar mejores estrategias de prevención, y explorar nuevas estrategias farmacológicas. B) Si el patrón de impulsividad es diferente entre 3 grupos de pacientes dependientes de cocaína: sin comorbilidad, con trastornos de la personalidad impulsivos (antisocial y Límite), con psicosis. Esta información nos permitiría facilitar el diagnóstico diferencial en los recursos de drogodependencias y salud mental de la población de estudio, así como diseñar futuros estudios prospectivos para evaluar el valor predictivo del IPP en la aparición de psicosis tóxica en dependientes de cocaína.

Objetivos: Determinar si las características de personalidad y los niveles de impulsividad pueden ser factores predictores en el pronóstico de adicción a cocaína y desarrollo de patología dual grave.

Metodología: Se trata de un estudio transversal, sobre 60 sujetos (15 controles [C], 15 dependientes de cocaína [DC], 15 dependientes de cocaína con Trastorno de la Personalidad [DC+TP] y 15 dependientes de cocaína con Esquizofrenia [DC+E]). Los controles se recolectarán entre el personal de las instituciones, principalmente personal administrativo. Los pacientes con DC y DC+TP serán obtenidos de la Unidad de Atención al Farmacodependiente en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, mientras que los pacientes con DC+E serán obtenidos de los pacientes que acuden a los servicios de agudos (emergencia y hospitalización), tanto del Hospital Psiquiátrico de Caracas (HPC) como de la Unidad Nacional de Neuropsiquiatría (UNP). El diagnóstico de dependencia de cocaína se realizará mediante entrevista clínica basada en los criterios DSM-IV-TR, el diagnóstico de TP mediante la Evaluación Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE), se evaluarán los patrones de impulsividad mediante la escala de impulsividad de Barrat, la tarea de señal de stop y la tarea de reforzamiento diferencial de tasas bajas (tarea de demora de respuesta o DRL).

Los sujetos firmarán carta de consentimiento de participación en la investigación, previo explicación de la misma.

Variables de estudio:

Uso de cocaína, tipo dependencia, medido a través de entrevista clínica basada en criterios DSM-IV-TR, utilizándose la entrevista clínica estructurada y la gravedad de dependencia por cocaína se determinará mediante la escala de gravedad de dependencia SDS (Gonzalez-Saiz F. et al, 1998)

Trastornos psicopatológicos tipo esquizofrenia, según criterios DSM-IV-TR.

Características de personalidad, cuantificados a través de entrevista estructurada del DSM-IV-TR e IPDE.

Patrones de Impulsividad, determinada mediante la escala de impulsividad de Barrat, la tarea de señal de stop y la tarea de reforzamiento diferencial de tasas bajas (tarea de demora de respuesta o DRL).

Recogida y análisis de datos:

- Precisar los sujetos, según criterios de inclusión:

Individuos sanos que expresen su deseo de participar en el estudio, sin antecedentes personales de enfermedad mental, trastorno de personalidad, ni consumo de cocaína.

Consumidores de cocaína, tipo dependencia, sin enfermedad mental ni trastornos de personalidad.

Consumidores de cocaína, tipo dependencia, con trastorno de personalidad.

Consumidores de cocaína tipo dependencia, con Esquizofrenia.

Las edades serán de 18 a 55 años, y se excluirán pacientes con dependencia a otras dependencia distintas a cocaína (excepto nicotina), así como los que presenten patologías médicas o neuropsiquiátricas con deterioro neuropsicológico

(excepto esquizofrenia)

- Hojas de consentimiento: papelería y lápices.
- Manual Estadístico de Enfermedades (DSM-IV-TR): criterios de consumo de cocaína y de Esquizofrenia.
- Escala de gravedad de dependencia SDS
- Entrevista estructurada de personalidad del Manual Estadístico de Enfermedades
- Administración de IPDE
- Aplicación de tarea de señal de stop
- Aplicación de escala de impulsividad de Barrat.
- Aplicación de la tarea de reforzamiento diferencial de tasas bajas (tarea de demora de respuesta o DRL).

Análisis estadístico: Se creará una base de datos con el programa SPSS versión 16, con el que se realizarán todas las pruebas estadísticas. Las diferencias de medias de la evaluación de los patrones de impulsividad se realizará mediante la *t* de Student para muestras no apareadas. Las expectativas de desequilibrio (Hardy-Weinberg equilibrio) entre los grupos (C, DC, DC+TP, DC+E) se realizarán mediante la prueba ANOVA. De entre las variables de impulsividad serán seleccionadas aquellas que muestren diferencias entre los diferentes grupos, con las cuales se realizarán correlación entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes tareas y los grupos de estudio mediante Pearson para variables continuas y la de Spearman para las discretas. Con las variables de impulsividad correlacionadas se contruirán los modelos de regresión logística o multinomial requeridos para determinar el valor predictivo del modelo obtenido. Será considerada *p* significativa si menos de 0,01 en las diferencias de medias y proporciones, y *p* significativa si menor de 0,05 en las correlaciones y regresiones.

Limitaciones del estudio:

Al ser un estudio transversal, se podrán describir los hallazgos en cada grupo pero es difícil realmente, discriminar si lo observado en los sujetos, se pueda deber o no al consumo de cocaína como agente causal, o a la psicopatología presente, bien sea Esquizofrenia o el TP. El tratamiento farmacológico que recibirán los pacientes no será homogéneo, debido al diferente acceso en la seguridad social y en asistencia ministerial de los medicamentos. Los cuestionarios y escalas se realizarán en diferentes etapas del desarrollo de las enfermedades, por lo que se pudieran evidenciar diferencias en las manifestaciones de impulsividad y sintomatología de los pacientes. No contar con inhibición prepulso (IPP), para cuantificar impulsividad es otra limitante.

Etapas de la Investigación:

La investigación se realizará en etapas:

- 1.- Planificación de la investigación.
- 2.- Preparación de carpetas con los protocolos del estudio: consentimiento informado, datos de identificación del paciente, entrevista clínica, cuestionarios, test y escalas.
- 3.- Realización del trabajo de campo.
- 4.- Introducción de los datos en la base específica del SPSS.
- 5.- Análisis de los datos con el programa SPSS.
- 6.- Difusión de los resultados: artículos científicos, congresos, etc.

