



Programa
JOFRE

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

MEMORIA

Dra. Yaraví ARCE SCOTT

15 septiembre a 15 octubre

2009

Castellón- España

Programa Jofrè para formación en investigación para especialistas en psiquiatría en Iberoamérica

El Programa Jofrè, tiene como propuesta realizar la exposición de determinados aspectos que resultan fundamentales, a la hora de la formación de los especialistas en psiquiatría, llamado así en Honor al Padre Juan Gilabert Jofrè, nacido en Valencia el 24 de Junio de 1350. Estudió derecho en Lérida y en 1370 se incorporó a la Orden Mercedaria en el Monasterio de El Puig (Valencia), donde cursó estudios de Teología. Fue el creador del primer manicomio del mundo, el "Hospital de los Santos Inocentes", conocido como "Dels Ignocens" o "Dels Folls", que se fundó en Valencia mediante Bula Pontificia de Benedicto XIII de fecha 26 de febrero de 1410.

Fundó un hospicio para niños abandonados en Valencia (1410) y una hospedería para peregrinos pobres en El Puig en 1416.

Uno de los principales aspectos es la medicina basada en la evidencia, la cual consiste en la aplicación de los resultados surgidos por medio de los proyectos de investigación, en nuestra población de pacientes.

Objetivos

El ejercicio de la medicina actual esta sustentado por la medicina basada en la evidencia, fomentando así, la investigación, para poder obtener, por medio de ella, la evidencia en la mejora en el tratamiento de los pacientes.

Actualmente se llevan a cabo tres proyectos de investigación, de los cuales participare en "Trastornos de Conducta en la adolescencia y Adicciones como precursores de los Trastornos de la Personalidad. Para adquirir los conocimientos suficientes para implementarlo en mi país de origen.

Comorbilidad psiquiátrica: adquirir conocimientos suficientes para el manejo tantofarmacológico y de los diferentes tipos de Terapias, tanto individuales, como grupales, de pacientes con psicosis; con trastornos del estado de animo y con trastornos de la personalidad, asociados, cada uno, con adicciones.

La formación clínica es en UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) también estabilización psicopatológica en pacientes con patología dual, 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.

Esta formación permite además lograr la familiarización con el sistema de Gestión de Casos, logrando así la adquisición de conocimientos y actitudes necesarias para desarrollar un programa asistencial similar en mi país de origen.

Síndrome de Burnout: Durante este rotatorio se pretende que los especialistas conozcan algunas de las causas q lo precipitan, para que en su praxis puedan modificar actitudes o cuestiones referentes a la organización de su lugar de trabajo para que no sufran dicho síndrome. Es importante aprender a percibir el motivo de consulta y el objetivo real del paciente, ya que el psiquiatra debe coincidir con el paciente, logrando un equilibrio entre las expectativas y las posibilidades reales. Clasificar a los pacientes por sus objetivos respecto del tratamiento es óptimo para prevenir el *Burnout*, ya que disminuye la frustración.

Uno de los principales objetivos es poder poner en práctica todo lo aprendido a nuestros países de Latinoamérica, así como también, continuar, en el nuevo continente, con los proyectos de investigación.

Características generales del Programa Jofrè

Los responsables y coordinadores:

Edgard Belford: Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL)

Javier Didia: Sociedad Iberoamericana de Conductas Adictivas y Patología Dual (ACAPI)

Francisco Traver: Área de Salud Mental del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Gonzalo Haro: 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, mas 3 tardes a la semana para trabajar en el Proyecto de Investigación, o realizar tareas relacionadas con la sala. El tutor es el Doctor Gonzalo Haro.

Existen otros recursos para el tratamiento de las adicciones y la patología dual en la Comunidad Valenciana que también colaboran en la formación. Visita a las UCA del hospital provincial, durante una semana y a la Unidad de desintoxicación del Hospital Clínico de Valencia, el tutor Profesor Gaspar Cervera, por una semana.

Actualmente se ha firmado un convenio entre APAL, el Consorcio Hospital Provincial de Castellón y ACAPI. Éste vínculo pretende favorecer el intercambio de conocimiento, pero también pretende fomentar proyectos de investigación en colaboración entre España y América Latina.

La duración del rotatorio es de 2 meses, en mi caso, siendo el máximo de 6 meses. Los requisitos necesarios son una solicitud tramitada a través de la APAL o ACAPI, en mi caso. Dirigido a psiquiatras ya titulados para ampliar su formación de postgrado, en mi caso particular también.

La financiación, ha sido otorgada por Shering-Ploug con 6.000 € durante el período 2009 y Esteve con 6.000 € para el mismo período, se me ha financiado traslados aéreos y terrestres y estadía.

Conclusiones

Con este periodo de rotación se pretende que los especialistas en psiquiatría de Latinoamérica podamos adquirir conocimientos y habilidades, así como mejorar las capacidades en el manejo de pacientes duales y conocer las posibilidades de trabajo futuras para el buen desarrollo profesional en este campo de manera satisfactoria y productiva.

Programa de Patología Dual Grave (PPDG)

La patología dual es la coexistencia de una adicción y una enfermedad mental. Esta coexistencia no es casual, ya que muchos enfermos mentales consumen sustancias por la hipótesis de la automedicación. Utilizando las drogas o el alcohol, para mitigar síntomas propios de la enfermedad mental, desarrollando posteriormente graves abusos o dependencias de estas sustancias. Por otra parte, muchas drogas provocan enfermedad mental, ya sea episodios tóxicos que remiten al quitar la sustancia o favoreciendo la aparición de trastornos psiquiátricos que se instauran para toda la vida del individuo.

Las clasificaciones actuales intentan encontrar qué trastorno se presentó primero, así, si fue el abuso de sustancias se realizara tratamiento apuntado hacia las adicciones, pero si el trastorno mental, se complicó con la adicción debería ser abordado por servicio de salud mental.

Sin embargo, la patología dual consiste, en la mayor parte de los casos, en el resultado de una serie de aspectos etiológicos genéticos y ambientales (que se retro-alimentan), que generan 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.

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. Aspectos importantes que facilitan la decisión respecto a que modelo asistencial: ver si la patología dual afecta las capacidades volitivas y otras funciones mentales importantes, resultando así, más efectivo.

Es conveniente reflexionar sobre otro tipo de clasificaciones, así, la patología dual se podría clasificar en Patología Dual Grave, Moderada y Leve. Teniendo 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. 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, el abordaje en paralelo puede ser diferido, es decir, 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 una prevalencia de esquizofrenia en el 7% de los adictos, en comparación al 1-2 % en población general.

Estas 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 dados 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 PPDG al estar integrado dentro de un hospital general, mantendrá una relación óptima con los otros servicios hospitalarios. 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 activos del PPD 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 PPDG

Subprograma de Agudos:

Los pacientes con Patología Dual Grave que ingresan en el Subprograma Agudos serán Pacientes con PD GRAVE, EEFG menos de 30%. Tras su estabilización pueden llegar a ser Pacientes con PD MODERADA, pues su EEFG quedará entre 30 y 50%, siendo aquellos que lleguen a una EEFG superior al 50% con PD LEVE. 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 del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Los ingresos son por la vía de la urgencia, la mayoría de estos de los tipos involuntarios y programados, donde existe un consentimiento informado firmado por el paciente, 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. Los ingresos programados facilitan la disminución de la estancia media que se puede situar en 15 días, pues ingresan con un plan de seguimiento al alta.

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. A medida que el PPDG va desarrollándose la vía de ingreso predominante debe ser la programada, 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, con el objetivo de que los pacientes 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 EEAG entre 30 y 50, serán derivados a recursos institucionalizados como Centros de Enfermos Mentales Crónicos, Centros de Media Estancia, Unidades de Deshabitación Residencial, etc. Existe en estos centros cierta dificultad en aceptar pacientes con Patología Dual Grave ya que en caso de reagudización, no existe subprograma de agudos, y no existe una consulta externa de referencia para facilitar el paso futuro a recursos ambulatorios. Dado que el PPDG sí dispone de estas opciones se puede disminuir dicha resistencia. Estos pacientes estarán en otro recurso asistencial pero mantendrán paralelamente parte de la dirección del tratamiento.

Objetivos principales de las consultas externas en patología dual:

1. Mejorar el seguimiento postalta 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.

Cuando un paciente es dado de alta hospitalaria se envía el informe de alta por la vía más adecuada 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 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 que 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.

En cuanto al flujo de entrada y salida, las derivaciones pueden ser por diferentes 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 y por Orden judicial. 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. Los pacientes que por su gravedad o cronicidad deban recibir tratamiento en centros institucionalizados o centros de día (CEEM, Hospital de Día, CRIS, CD, Centro de Media Estancia, Unidad de Deshabitación Residencial, Vivienda Tutelada, etc.) mantendrán seguimiento cada 1-2 meses en este programa, así con el seguimiento paralelo mejora la especificidad de los recursos.

Subprograma UDH:

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria pueden integrarse en el sistema del PPDG como un subprograma más. Se reciben derivaciones exclusivamente de 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 por lo que puede ser eficaz en pacientes con Patología Dual Grave. Respecto al Flujo de entrada y salida de pacientes, son derivados desde su UCA de referencia mediante cumplimentación del documento específico. Los ingresos deben ser por riguroso orden de llegada de las solicitudes al Subprograma. Sin embargo aquellos casos que por las circunstancias médicas o sociales sean preferentes ingresarán al día siguiente de un alta voluntaria o disciplinaria de la sala. El tiempo de espera 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

SEPTIEMBRE

	Lunes 14	Martes 15	Miércoles 16	Jueves 17	Viernes 18
9:00		Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes.	Acompañe al Dr. Haro a hacer TEC. Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00		Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Reunión de enfermería y médicos de la sala	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos
11:00	Llegue a la ciudad de Valencia, donde me esperaba un coche, que me llevo al Hospital Provincial de Castellón	Día de Ingresos programados de UDH	Día de Consulta externa de Patología dual.	Junto con la Dra. Cabrera, evaluamos a sus pacientes.	El Dr. Haro me explica la interacción entre USM, UCA, CEEM
12:00	Me estaba esperando el Dr. Gonzalo Haro quien me mostro el Servicio de Salud Mental Agudos.	Aprendo como realizar los ingresos de UDH	Junto a la residente de PD pasamos consulta a los pacientes	Me explica la dinámica de enfermería, como solicitar IC con otros servicios	La utilidad y, los criterios de derivación de cada uno.
13:00	Fui junto a la supervisora de Enfermería a buscar batas y mi tarjeta de identificación para ingresar al servicio	Aprendo normas de ingresos de UDH y PPDG	Explicándome la dinámica de la consulta externa	Evoluciono en HC a los pacientes valorados.	Pregunto sobre Leyes de Salud Mental en España y las diferencias con Argentina
14:00	Continúe recorriendo el servicio acompañada por la residente de Patología Dual.	Practico lo aprendido	Realización de HC en ordenador.	Hago informe de paciente de Medicina Interna para solicitar CEEM	Valoración de pacientes de la sala y modificación de planes farmacológicos
15:00	Fui con el Dr. Haro a conocer a las autoridades del hospital	Me quedo por la tarde con la Lic. Francés.	Verifico los deberes de la sala	Revisión de deberes	Revisión de deberes
16:00	Luego la Sra. Ester, me acompaño hasta el piso que rentaron para mi estadía en Castellón	Realizamos IPP a pacientes de la sala			
17:00		Me explica el método y su utilidad.			

SEPTIEMBRE

	Lunes 21	Martes 22	Miércoles 23	Jueves 24	Viernes 25
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	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Reunión de enfermería y médicos de la sala	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos
11:00	Valoración de los pacientes de la sala	Ingresos programados de UDH	Consulta externa PPDG	Valoración de pacientes de sala con la Dra. Cabrera	Se realizo una rueda de prensa en el Hospital
12:00	Evoluciono en HC de cada paciente	Realizo dos ingreso de UDH siguiendo los pasos del protocolo	Evaluación de pacientes de la sala	Participo de TPMB-D con Lic. Rubio	Para presentar formalmente el Programa Jofrè con las autoridades Institucionales
13:00	Modifico tratamientos luego de hablarlo con el Dr. Haro	Pauto planes de tratamiento y solicito analíticas	El Dr. Haro me explica como realizar recetas electrónicas	Reunión en Centro de Día de Villa Real con otros equipos que se ocupan de la problemática de adicciones	Metaformacion: Espacio de formación y aprendizaje, tratando un tema y debatiendo
14:00	Solicito estudios por ordenador	Realizo historias clínicas	Practico la realización de evoluciones e informes por ordenador	El Dr. Haro presidió la reunión, se trataron puntos acordados por los equipos	“Poetas y lunáticos, revisando el mito del genio loco”
15:00	Realizo los deberes	Realizo los deberes	Realizo los deberes de la sala	Se acuerda lugar y fecha de próximo encuentro y se debate sobre el nombre de la Entidad.	Realizo IC de Medicina Interna.
16:00			Me quedo con la Lic. Francés, organizando carpetas para el trabajo de investigación	Comida con los integrantes de los diferentes equipos	
17:00					

SEPTIEMBRE/ OCTUBRE

	Lunes 28	Martes 29	Miércoles 30	Jueves 1	Viernes 2
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	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de

		de pacientes			pacientes
10:00	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Reunión de enfermería y médicos de la sala	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos
11:00	Voy con el Dr. Haro a radio NOU donde le hacen entrevista sobre P. Jofrè	Ingresos de UDH	Consulta externa de PPDG la realizan el Dr. Haro y Dra. Cabrera	Valoración de los pacientes de la sala	Vamos con el Dr. Haro a valorar pacientes de Medicina Interna
12:00	Voy con Lic. Llorens a Radio Cope	Realizo ingresos programados de UDH y los pasos de los mismos	Valoración de los pacientes de la sala	Modificación de tratamiento y solicitud de interconsultas	Solicito IC para pacientes de la sala
13:00	.Nos realizan entrevista donde explicamos el programa Jofrè	Siguiendo el protocolo de ingreso	Entrevista con cada uno de los pacientes, modificación de planes de medicación	Valoración de los pacientes que se encuentran en Medicina Interna	Evolución de pacientes de la sala a mi cargo
14:00	Seguimiento de pacientes que están en Medicina Interna	Valoración de pacientes de la sala	Evaluación de pacientes que se encuentran en Medicina Interna	Evolución en HC de los pacientes a mi cargo	Modifico planes farmacológicos
15:00	Revisión de deberes	Actualización de deberes	Realización de deberes	Actualización de deberes.	Revisión de deberes
16:00			Me quedo con la Lic. Francés, trabajando sobre el proyecto de investigación	Me quedo practicando la realización de informes en ordenador.	

OCTUBRE

	Lunes 5	Martes 6	Miércoles 7	Jueves 8	Viernes 9
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	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior	Festivo
10:00	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos		
11:00	Evalúo a paciente de Medicina Interna	Termino informes de alta	Consulta externa de PPDG		
12:00	Participo de TPMB-D	Realizamos recetas electrónicas con el Dr. Haro	Consulta externa de PPDG		

13:00	Valoración de pacientes de la sala	Alta de 2 pacientes de UDH	Consulta externa de PPDG		
14:00	Confección de informes de Alta de pacientes de UDH	Valoración de pacientes ingresados en Medicina Interna	Consulta externa de PPDG, hago de rectas electrónicas		
15:00	Actualización de deberes	Actualización de deberes	Informes de pacientes ingresados		
16:00	Me quedo terminando informes de alta por ordenador.		Actualizo evolución de pacientes de sala		
17:00			Reunión de Equipo de Proyecto de investigación		

OCTUBRE

	Lunes 12	Martes 13	Miércoles 14	Jueves 15	Viernes 16
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	Sesión clínica: Presentación de un caso, y debate posterior	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00		Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Reunión de enfermería y médicos de la sala	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos
11:00		Valoración de los pacientes de la sala	Consulta externa	Valoramos pacientes con el Dr. Haro	Valoración de pacientes.
12:00		Modificación de tratamientos	Consulta externa	TPBM-D	Visita a la sala de crónicos
13:00		Valoración de pacientes de Medicina Interna	Consulta externa	Voy a sala de Crónicos para solicitar valoración de un paciente	Metaformacion.
14:00		Informes de alta de pacientes ingresados.	Consulta externa e ingreso de un paciente de CE	Evolución de Historias Clínicas	
15:00		Actualización de Deberes	Realización del ingreso y los pasos del mismo.	Revisión de deberes	

16:00			Actualización con Lic. Calvo y Lic. Francés de novedades del proyecto de investigación		
17:00			Informes de alta de pacientes ingresados.		

OCTUBRE

	Lunes 19	Martes 20	Miércoles 21	Jueves 22	Viernes 23
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	Sesión clínica: Presentación de casos y debate posterior.	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Reunión de enfermería y médicos de la sala.	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos
11:00	Valoración de los pacientes de PPDG y UDH	Reunión de Grupo de Investigación.	Consulta externa PD.	Trabajo con pacientes de la sala	Valoración de pacientes de UDH
12:00	TPMB-D	Se trabaja sobre el proyecto de investigación.	Realización de Recetas electrónicas.	TPMB-D	Reclamación de IC para pacientes de PD
13:00	Trabajo con la Dra. Cabrera sobre la corrección de mi memoria	Hablo con el Dr. Haro sobre mi memoria.	Valoración de pacientes de la sala	Valoración con Lic. Rubio de Fc. Cognitivas de pacientes a mi cargo	Realizo informes de pacientes.
14:00	Solicito IC para pacientes ingresados	Valoración de pacientes de la sala.	Evolución en HC de los pacientes a mi cargo.	Revisión de deberes	Actualización de deberes
15:00		Trabajo con Lic. Francés y Lic. Calvo sobre proyecto de investigación.	Trabajo con Lic. Francés y Lic. Calvo.		

OCTUBRE

	Lunes 26	Martes 27	Miércoles 28	Jueves 29	Viernes 30
9:00	UCA	UCA	UCA	Sesión Clínica.	UCA

10:00	Trabajo con la Lic. Teruel evaluando pacientes de CE	Valoración de pacientes con Lic. Teruel	Pacientes de consulta externa psicológica	Reunión con Dra. Cabrera sobre Programa Jofrè	Participo de entrega de Metadona a pacientes
11:00	Pacientes de Control	Permanezco en enfermería viendo dinámica de trabajo	Dra. Graña me explica dinámica laboral de UCAS en general	UCA: Consulta externa	Valoración de pacientes de UCA con Dra. Graña
12:00	La Dra. Graña me explica metodología de trabajo de la UCA	Dra. Graña me explica PMM	Valoración de pacientes con Lic., Teruel de primera vez.	Valoración de pacientes con Dra. Graña	Valoración de pacientes
13:00	Revisión de pacientes de la sala. TPMB-D	Valoro pacientes de la sala.	Valoración de pacientes en PMM	Reunión de equipo UCA	Valoración de pacientes con Lic. Teruel
14:00	Actualización de deberes.	Trabajo sobre proyecto de Investigación	Trabajo con Lic. Calvo	Charla Abylifi	Reunión con Dr. Haro, sobre mi estancia en la UCA
15:00		Trabajo con Lic. Francés.	Trabajo con Lic. Francés en Investigación		
16:00		Voy a ALAI-TP para ver dinámica de trabajo	ALAI-TP: Taller de teatro de pacientes		

NOVIEMBRE

	Lunes 2	Martes 3	Miércoles 4	Jueves 5	Viernes 6
9:00	Hospital Clínico Universitario de Valencia	Hospital Clínico Universitario de Valencia	Hospital Clínico Universitario de Valencia	Hospital Clínico Universitario de Valencia	Hospital Clínico Universitario de Valencia
10:00	Presentación de la Sala de Toxicomanías, con Dr. Cervera	Valoración de los 2 pacientes ingresados en el día de ayer.	Valoración de los 4 pacientes ingresados en la semana	Valoración de los pacientes en la sala	Valoración de los pacientes
11:00	Valoración de los pacientes de la sala	Valoración de los pacientes de la sala	Nueva IC en neumología	Valoración de los pacientes con el Dr. Cervera	IC en endocrino
12:00	Realización de dos ingresos programados.	Realización de dos ingresos programados	Valoración de los ingresos de la semana con el Dr. Cervera	Modificación de pauta farmacológica de los pacientes	Valoración de los pacientes con el Dr. Cervera
13:00	Se pautan planes de medicación	Valoración de todos los pacientes de la sala con el Dr. Cervera	Valoración del resto de los pacientes de la sala		Devolución de lo aprendido en la semana de rotación de Unidad de Toxicomanías
14:00	Realización de IC en Neumología				

NOVIEMBRE

	Lunes 9	Martes 10	Miércoles 11	Jueves 12	Viernes 13
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 a Residencia del Padre Ricardo, con Dr. Haro y Lic. Luca	Reunión con enfermería y los médicos de la sala pasando novedades, Altas e ingresos de pacientes
10:00	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos	Reunión con los pacientes de la residencia, valoración de los mismos	Se retira equipo de enfermería y el jefe de sala asigna los ingresos
11:00	Valoración de los pacientes de la sala	Valoración de los pacientes de PPDG y UDH	Consulta Externa PPDG con Dr. Haro	Reunión con Padre Ricardo y equipo	Alta, de paciente de PPDG
12:00	Visito Servicio de Hospital de Día	Valoración de los pacientes de la sala	Consulta externa de PPDG con Dr. Haro	Realización de ingreso de UDH	Solicitud de IC para paciente de PPDG
13:00	Participo de terapia grupal con Dr. Adolfo Santamaría	Trabajo con la Dra. Cabrera sobre la corrección de mi memoria	Realización de IC en Medicina interna y UCI	Realización de ingreso involuntario de Medicina Interna	Me despido de autoridades de la Sala y del Hospital
14:00	Dr. Santamaría me explica dinámica de trabajo de Hospital de día	Trabajo con Lic. Francés y Lic. Calvo sobre proyecto de investigación	Se pauta plan de medicación para paciente de MI, para derivación a PPDG Hospitalización	Realización de Recetas electrónicas	Me despido de compañeros de Sala, agradeciendo el excelente trato y todo lo aprendido
15:00	Revisión de deberes con Dr. Haro	Trabajo con Lic. Francés y Lic. Calvo sobre proyecto de investigación	Trabajo con LIC. CALVO Y LIC FRANCÉS		

Pacientes a mi cargo durante la rotación

PACIENTE	NºHª	DIAGNOSTICO	INTERVENCION	SERVICIO ORIGEN
M M	223377	Dependencia de alcohol Síndrome delirante	Se realizó desintoxicación etílica, y tratamiento de su sintomatología psicótica psicofarmacológica y psicoterapéutica (TPMB-D).	PPDG-HO
T A	124684	Politoxicomanía Retraso mental T. de tics no especificado	Se realizó desintoxicación de sustancias, con buena respuesta a la misma. Participo de TPMB-D con respuesta favorable.	UDH
K A	223454	Dependencia de alcohol Abuso de	Se realizó desintoxicación etílica y de Hipnóticos (distraneurine) con buena respuesta. Realizo TPMB-D	UDH

		hipnóticos	con muy buena adherencia	
M I	223587	Dependencia de alcohol Trastorno depresivo	Se realizo desintoxicación etílica, con buena respuesta. Continúa con sintomatología depresiva. Participa de la TPMB-D.	PPDG-HO
C I	101789	Esquizofrenia paranoide crónica Abuso de cocaína y alcohol	Se realiza desintoxicación de sustancias y tratamiento para la EPM y la sintomatología psicótica aguda. Buena respuesta, participa activamente de TPMB-D	PPDG-HO
M D	107656	Dependencia de alcohol Demencia mixta	Se realizo desintoxicación etílica con buena respuesta, con franca mejoría en el aspecto cognitivo.	Medicina Interna
F M	223540	Dependencia de alcohol Demencia mixta	Se inicio desintoxicación, ingreso por UDH, pero debido a su demencia se lo paso a PPDG, presentando luego intercurencia clínica. Buena respuesta ala desintoxicación y empeoramiento de su cuadro demencial	Medicina interna
F C	172277	T. Narcisista de la personalidad Abuso de alcohol en remisión parcial	Se realiza tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico asociado a su patología, con respuesta parcial, por lo cual se lo deriva a Centro Ss. De Marillach	PPDG-HO
MF	224678	T por dependencia de varias sustancias. T. limite de la personalidad	Se realiza desintoxicación total, con buena respuesta, se realiza derivación puerta a puerta a P. Amigo	UDH-HO

CASO CLINICO

- I.C, paciente varón de 47 años de edad que llega al servicio de urgencias presentando Episodio de Excitación Psicomotriz, manifestando que le habían envenenado.
- Paciente con diagnostico de Esquizofrenia paranoide y abuso de sustancias
- Resulto difícil realizar su ingreso ya que el paciente se mostraba muy agresivo verbal y físicamente por lo cual se recurrió a sujeción mecánica para evitar heteroagresividad con el personal.

Motivo de Ingreso:

Paciente con descompensación psicótica, por abandono de tratamiento psicofarmacológico, empeorado su

cuadro por consumo de cocaína, alcohol, cannabis y en el último mes Heroína.

Enfermedad actual y antecedentes de enfermedad actual:

El paciente había abandonado desde hacia dos meses el tratamiento psicofarmacológico pautado por su psiquiatra de USM de Rafalafena, comenzando a presentar paulatinamente, descompensación de su cuadro psicopatológico de base, desorganización de la conducta y el comportamiento, abandono de cuidado e higiene personal y de su vivienda, tendencia al aislamiento, comenzando con ideación delirante paranoide y de perjuicio, asociado al aumento en el consumo de sustancias (cocaína, THC, alcohol) e iniciación desde hacia un mes aproximadamente en el consumo de heroína fumada.

El paciente presenta como antecedentes consumo de cocaína, THC y alcohol desde hace 5 años, últimamente, cocaína esnifada, a razón de 20 euros cada 2 días y heroína fumada, no pudiendo especificar cantidad.

Antecedentes de nueve ingresos en UHB, siendo el último en julio de 2008, por presentar Descompensaciones psicóticas asociadas al abandono de tratamiento psicofarmacológico y al consumo de tóxicos, con dificultad para sostener el tratamiento y la abstinencia luego de las altas de internación.

Antecedentes personales:

Paciente con colegio primario y secundario completo, también bachillerato, y 3 años de estudio de técnico especialista en fabricación de calzado.

Trabajo en Barcelona en la escuela de alta peletería y costura, luego sus padres lo enviaron a estudiar a Argentina, odontología, fue a una provincia, no lo tolero y volvió a España, decidiendo ir a Buenos Aires a una universidad Privada, en ese momento su padre viaja con su hermano a Argentina y fue él quien realizó los estudios de odontología, permaneciendo el paciente solo en su ciudad, comenzando en ese entonces, la sintomatología psicótica, siendo a los 30 años aproximadamente su primer ingreso a UHB. Al regresar su padre de Argentina lo encontró solo en su casa, desalineado, con falta de higiene y discurso incoherente, por lo cual lo ingresaron por primera vez, diagnosticándole esquizofrenia paranoide.

Antecedentes Familiares:

Padre: 82 años, actualmente jubilado, era empresario, siempre tuvo mala relación con el paciente, escasa comunicación de pequeño y “preferencia” por su otro hijo según refiere el paciente.

Madre: 70 años, ama de casa. El paciente manifiesta tener buena relación solo con ella, porque es la única que lo comprende y ayuda.

Hermana: 41 años, ama de casa, refiere tener con ella una relación parecida a la que tiene con su padre, distante, ya que ella tampoco lo entiende.

Hermano: 35 años, odontólogo, manifiesta no tener casi relación con él después de lo ocurrido, cuando su padre lo mandó a él a Argentina a estudiar.

El paciente refiere haber sido siempre muy solitario y “diferente” a su familia.

Refiere nunca haber tenido una relación de pareja estable, porque “de joven se enfermó”.

Evolución durante los primeros días de internación:

El paciente permaneció aproximadamente 8 a 10 días con sujeción mecánica, ya que mostraba gran resistencia a la medicación indicada, con franca productividad psicótica, ideación delirante megalómana “soy el zar de Rusia”, paranoide y de perjuicio “me envenenaron, me pusieron algo en la lata de coca-cola”,

fenómenos de robo y lectura del pensamiento, alucinaciones auditivas y cenestésicas, se indico luego la pauta de medicación inyectable con lo cual el paciente presento franca mejoría, lo cual demostró que el mismo no estaba tomando la medicación oral debido a su delirio de envenenamiento.

Evolución luego de pasado el Sme de abstinencia:

El paciente presento franca mejoría en sus funciones cognitivas, orientación, sensopercepcion, e ideación, disminuyendo el vigor delirante de las ideas, aunque manteniendo recuerdo y certeza del delirio.

Comenzó a participar de todas las actividades, a integrarse con el resto de los pacientes, sin alteraciones del comportamiento ni conductas impulsivas. Encontrándose en condiciones de ser trasladado a otra institución para su adecuada rehabilitación, al hablar con sus familia, todos acuerdan junto con el equipo medico que el paciente debe estar en una residencia adecuada para realizar rehabilitación de su patología adictiva, la cual, inicialmente se harán cargo ellos, hasta que se consiga una plaza publica en CEEM.

Estrategia Farmacológica:

El paciente estaba medicado en tratamiento ambulatorio con Solian 400 mg 1-1-1-0 mas ciordinol Depot 1 amp y media cada 21 días, pero no cumplía con el tratamiento,

Al ingresar a urgencias se le aplican 2 amp de Zyprexa IM mas 1 amp de Sinogan IM, luego de 3 hs disminuye la agitación pero continúa con discurso delirante, por lo que se decide su ingreso involuntario a sala da Agudos.

Se pauta plan de medicación v.o con Solian 400 1-1-1-0, Dormodol 0-0-0-1

Haloperidol 10 1-1-1-1, Seroquel 300 ½- ½-0-2.

No presentando mejoría, luego de 48 a 72 hs, debiendo recibir diariamente refuerzos de medicación inyectable.

Al continuar con agitación y franca productividad psicótica, se decide rotar al paciente a medicación IM, presentando buena respuesta a las 48 a 72 hs, con disminución de la sintomatología psicótica y la agitación, por lo cual roto nuevamente a medicación oral, con buena adherencia, permaneciendo compensado y sin productividad psicótica, el resto de su estancia en la sala, lo cual muestra, que el paciente, al mantenerse abstimente de sustancias y al recibir tratamiento psicofarmacológico adecuado logra mantener la estabilidad en su cuadro psicopatológico pudiendo interrelacionarse de manera adecuada con el entorno, lo cual deja en claro que el paciente debe tener constante supervisión de su tratamiento. Al no encontrarse su familia en condiciones de hacerlo se decide su traslado a un CEEM para adecuado control y tratamiento, lo que el paciente acepta, luego de recibir la explicación sobre su dificultad para sostener y cumplir un plan de medicación viviendo solo.

Esto muestra la estrecha relación entre patología psiquiátrica y adicción, generando más cantidad de descompensaciones, asociadas a recaídas de consumo y mayor grado de deterioro potenciado por el consumo.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO: INFLUENCIA DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE TRASTORNO DISOCIAL EN LA ADOLESCENCIA A TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.

Investigador principal: Javier Didia

DURACIÓN: 3 años

Objetivo: Determinar la influencia que ejercen las variables Dinámica Familiar (DF) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) en la evolución del Trastorno Disocial (TD) y Trastorno Negativista desafiante (TND) en la adolescencia a Trastorno de la Personalidad (TP) en la vida adulta.

Diseño: Estudio longitudinal con dos puntos de corte: los sujetos serán evaluados inicialmente a los 14- 15 años, realizándose una segunda evaluación cuando tengan 18 años.

Sujetos de estudio: 60 adolescentes divididos en dos grupos, uno con sujetos que presenten TD, TND y otro con sujetos con TUS, y un grupo control.

Recogida y análisis de datos: La DF se evaluará mediante una escala estructurada y se validará con los sujetos del estudio. En la primera evaluación a los 14 años a 16 años menos un día, se usará una escala, un cuestionario de antecedentes psicopatológicos familiares, la entrevista CAQ para confirmar el diagnóstico de TUS y descartar otra patología de eje I, el cuestionario de consumo de sustancias, así como criterios DSM-IV-TR para evaluar el TD y el TND.

Antecedentes y estado actual del tema :

Entre los parámetros que configuran la DF aquellos a los que se les ha prestado mayor atención son el criticismo, el apoyo, la aceptación, el control de la hostilidad, la consistencia en los patrones de disciplina y supervisión, y el nivel de conflicto y cohesión familiar, sin embargo no existe ninguna escala que integre todos estos aspectos.

Hipótesis

- 1-Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan con una DF disfuncional.
- 2-Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan la presencia de TD.
- 3-Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan con la presencia de TUS.
- 4-Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan con la presencia de TP a los 18 años.
- 5-La DF disfuncional se relaciona con la presencia de TD en la adolescencia.
- 6-La DF disfuncional se relaciona con la presencia de TUS.
- 7-La DF disfuncional se relaciona con la presencia de TP a los 18 años.
- 8-La presencia de TD en la adolescencia se relaciona con la presencia de TP a los 18 años.
- 9-La presencia de TUS se relaciona con la presencia de TP a los 18 años.
- 10-La presencia de TUS y TD aumenta la probabilidad de desarrollar TP más que la presencia de solo uno de ellos.
- 11-Las variables de antecedentes psicopatológicos familiares, DF, problemas de conducta en la adolescencia, TD y TUS permiten predecir mejor la presencia de TP a los 18 años.

Objetivos

1-Elaborar y validar una entrevista semi-estructurada para evaluar DF

2-Evaluar a los sujetos a los 14 a 16 años menos un día para:

-Obtener puntuaciones de los antecedentes psicopatológicos familiares

-Obtener puntuaciones dimensionales de las variables de DF

-Evaluar la presencia de problemas de conducta

-Evaluar la presencia de TD

-Evaluar la presencia de TUS

3-Evaluar a los sujetos a los 18 años para:

-Evaluar la presencia de TUS

-Evaluar la presencia de TP

4- Analizar las relaciones entre las variables estudiadas

5- Crear un modelo multifactorial que incluya las variables de antecedentes psicopatológicos familiares DF, TD y TUS para predecir la presencia de TP a los 18 años.

Metodología (Diseño, sujetos de estudio, variables, recogida y análisis de datos y limitaciones del estudio)

DISEÑO: Estudio longitudinal de tres años de duración, con dos puntos de corte: uno cuando los sujetos tienen 14 a 16 años menos 1 día y otro cuando los sujetos tienen 18 años. La muestra se obtendrá por muestreo consecutivo entre los pacientes de 14 a 16 años menos un día que acuden para tratamiento por TD y/o TUS en los Centros de Salud Mental del Hospital Italiano de Buenos Aires, Clínica Modelo de Psiquiatría, Consultorios externos y Hospital de día de Fundación Red de Vida y CPP (Centro privado de psicoterapias). Los controles se obtendrán del Colegio Nuestra Señora de la Misericordia, Colegio Inmaculada Concepción, Boston College y Colegio Sagrado Corazón.

SUJETOS DE ESTUDIO: 60 sujetos, divididos en cuatro grupos (30 sujetos con TD y/o TND y/o TUS y 30 controles). Los criterios de inclusión en los grupos serán:

-16 años de edad

-Presencia o ausencia de TD

-Presencia o ausencia de TUS

-Ausencia de otros diagnósticos psiquiátricos

-Convivencia en el seno familiar

-Que el paciente y su familia acepten participar en el estudio voluntariamente.

VARIABLES:

Las variables obtenidas al inicio del estudio serán las siguientes:

1-VARIABLES sociodemográficas, donde se incluirían: edad, sexo, años de estudio, si convive o no con la madre, si convive o no con el padre, si conviven con tutor legal, número de hermanos que conviven, número de hermanos, lugar que ocupa dentro de los hermanos, trabajo del padre, trabajo de la madre, trabajo de los hermanos, pareja estable o no.

2-VARIABLES de antecedentes psicopatológicos familiares: se obtendrán tres puntuaciones ponderadas según el grado de parentesco de los antecedentes familiares de abuso/dependencia de alcohol, abuso/dependencia de otras sustancias, y problemas psicológicos/psiquiátricos.

3- Se realiza diagnóstico diferencial en el Eje I por medio del CAQ

4-VARIABLES relacionadas con la DF, tantas como el método Delphi genere (aproximadamente 20), de las cuales se seleccionarán las que sean validadas y resulten útiles para la finalidad del estudio.

4-VARIABLES relacionadas con el TD, incluyendo si cumple o no los criterios del trastorno según el DSM IV-TR, número de criterios que cumple y presencia o no de TD y TND.

5-VARIABLES asociadas al TUS, como el tipo de sustancias consumidas (nicotina, cannabis, alcohol, cocaína, pasta base de cocaína, alucinógenos, anfetaminas, éxtasis), edad de inicio, años de consumo y si cumple o no criterios de abuso y/o dependencia para cada una de las sustancias.

En la segunda evaluación, se obtendrán las siguientes variables:

1-VARIABLES asociadas al TUS.

2-Diagnóstico respecto a los TP, incluyendo presencia, ausencia o diagnóstico probable de cada uno de los TP.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio son:

-Hoja de consentimiento informado a padres e hijos.

- Criterios DSM IV al adolescente.

- Datos demográficos, antecedentes familiares, número de convivientes, núcleo familiar, situación escolar, laboral del adolescente, genograma.

- Se administra CEI-DF al adolescente y al cuidador, y CAQ al adolescente.

- Luego de 14 días se hace retest a padres y adolescente y al adolescente se le pasa el POSIT y HSPQ

En la segunda evaluación a los 18 años se administrará CEI-DF Retest a adolescente y cuidador, y HSPQ y POSIT al adolescente.

Se realizará el análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS. Se analizará las correlaciones entre las variables estudiadas. Se realizará el cálculo de la diferencias de medias y de proporciones mediante las pruebas T de Student para grupos no apareados y el Chi-cuadrado para los mismos grupos. En el segundo corte transversal se realizarán las mismas pruebas. Si estas pruebas generan diferencias estadísticas se realizará un modelo de regresión logística con la variable dependiente presencia o ausencia de TP a los 18 y como independientes las variables de antecedentes psicopatológicos familiares, DF, TD, TND y TUS.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

El estudio no incluye un grupo con TD en el que no se realice intervención alguna, pues por cuestiones éticas no podemos disponer de un grupo de pacientes con TD que no recibe tratamiento. De hecho, el que los sujetos estén en tratamiento podría sesgar los resultados obtenidos. Además, los sujetos reciben tratamiento en diferentes centros, por lo que no se puede asegurar que las intervenciones realizadas sean homogéneas. Así mismo, al transcurrir dos años entre la primera y la segunda evaluación, puede producirse pérdida de muestras y dicha mortandad experimental disminuiría la validez externa y la generabilidad de los resultados al no representar los sujetos que componen la muestra final al conjunto de la población diana. Otra limitación es la falta de medidas de control de variables contaminadoras que pueden actuar durante el periodo entre medidas.

ETAPAS DE DESARROLLO:

El proyecto constará de 3 anualidades, divididas en las siguientes fases:

Fase 1: Planificación de la elaboración de la investigación.

Fase 2: Preparación de las carpetas con los protocolos del estudio: consentimiento informado, datos generales del paciente, cuestionarios, entrevista clínica, entrevista sobre DF, etc.

Fase 3: Realización del trabajo de campo con la realización de la primera evaluación.

Fase 4: Realización del trabajo de campo con la realización de la segunda evaluación.

Fase 5: Introducción de los datos en base específica del SPSS

Fase 6: Análisis de los datos con el programa SPSS

Fase 7: Difusión de resultados preliminares

Fase 8: Difusión de resultados definitivos: artículos científicos, congresos, etc.