

## FORMATO DE DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA 2016

**ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO A LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SE SOLICITA NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.**

**1.- Título del Proyecto:** Debe indicar el tema central a investigar relacionado con uno de los siete temas prioritarios señalados en la convocatoria, las unidades de medición (variables), lugar en que se desarrollo y el tiempo de realización. (Deberá ser idéntico al registrado en el Sistema en línea)

APEGO EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOTICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS A UN TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO.

**2.- Tema prioritario que abordará y componentes por medio de los cuales se desarrollará el Proyecto de Investigación:**

**A) TEMAS PRIORITARIOS.** Deberá seleccionar el tema prioritario sobre el que trata el proyecto.

**B) COMPONENTES.** Posteriormente elija por lo menos un tema de cada uno de los cuatro componentes (B1, B2, B3 y B4) y describa cómo por medio de los mismos se abordará el tema prioritario, para obtener resultados de valor y contribuir a la mejora de la calidad.

**C) y D) Modelo de Gestión de Calidad en Salud y Salud a la Población.-** Estos apartados son transversales, por lo que se consideran parte integral del proyecto.

A) TEMAS PRIORITARIOS			Marcar con una X el tema prioritario seleccionado	
		Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal.		
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico.		
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer cérvico uterino.		
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer de mama.		
		Mejora de la calidad en la atención de la salud mental.	X	
		Mejora de la calidad en la atención de tumores de la infancia y la adolescencia.		
		Mejora de la calidad en la atención de infarto agudo al miocardio y sus complicaciones.		
B) COMPONENTES			Marcar con una X al menos un tema de cada uno de los cuatro componente y para cada uno de ellos describir con detalle cómo se abordará en el proyecto	
<b>D) Salud en la población</b>	<b>C) Modelo de Gestión de Calidad en Salud</b>	<b>B4) Organizaciones confiables y seguras</b>	1.- Seguridad del Paciente: Metas Internacionales (modificado de Joint Commission):	
			1.1. Identificar correctamente a los pacientes.	
			1.2. Mejorar la comunicación efectiva.	X
			1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos.	
			1.3.1 Uso racional de medicamentos. 1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. 1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos. 1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación.	
1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.				

		1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. 1.5.1 Bacteriemia Cero: Reducción de infecciones asociadas a catéter. 1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador. 1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias. 1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica.	
		1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	
		2.- Gestión de Riesgos.	
		3.- Medicina basada en la evidencia a través de las Guías de Práctica Clínica.	
		4.- Planes de Cuidados de Enfermería. 4.1 Clínica de heridas y ostomías.	
		5.- Calidad de los Servicios de Odontología.	
	B3) Experiencia Satisfactoria	6.- Participación Ciudadana: Aval Ciudadano.	
		7.- Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación a los usuarios de los Servicios de Salud.	X
		8.- Cultura de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Atención Médica.	
	B2) Costos Razonables	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	
		10.- Prevención primaria y/o secundaria.	
		11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	X
		12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	
	B1) Acceso Efectivo	13.- Redes de Atención.	X
		14.- Red de Urgencias.	
		15.- Apoyo a la Acreditación.	
16.- Cuidados Paliativos.			

**3.- Introducción:** La introducción deberá hacer referencia al por qué se ha seleccionado el tema, a la hipótesis y qué se espera con la investigación. Tiene que ser una descripción sintética pero que aborde todos los elementos señalados.

Introducción:

En las últimas tres décadas, hemos sido testigos de la incidencia de cierto tipo de fenómeno que se ha visto incrementado de manera significativa. La asociación de trastornos psiquiátricos con adicciones de distintos tipos y a diferentes sustancias, significan un reto importante para la promoción y el mantenimiento de la salud mental en nuestro país.

Los servicios de salud mental que ofrecen tratamientos orientados al campo del servicio público, se ven rebasados por la alta demanda y limitados en cuanto a la atención pues se maneja la patología dual ( psicosis y adicciones) como entidades nosológicas separadas y sin espacios para poder atenderlos, siendo los centros de rehabilitación los encargados de hacerlo.

Por lo tanto, la atención de trastornos duales exige un ejercicio de investigación e intervención a nivel clínico, innovador y de trabajo en conjunto, para poder abordar ambas problemáticas. Ya que no existen datos en el ambito internacional o nacional en relación al tipo de tratamiento que se ofrece para pacientes psicóticos asociados al consumo de sustancias.

Las hipótesis planteadas son 3 :

1.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego mayor del 50% al tratamiento médico.

2.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego mayor al 50% al tratamiento psicoanalítico.

3.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego del 50% al acompañamiento terapéutico.

Donde se espera que pueda advenir un modelo de atención distinto y confiable para los usuarios de drogas que padecen de un trastorno psicótico y no reciben atención por parte de ningún sistema de salud bajo la modalidad de interdisciplina.

**4.- Antecedentes:** Síntesis de las investigaciones o trabajos realizados sobre el tema, con el fin de dar a conocer cómo ha sido tratado y qué se sabe del mismo. Son el punto de partida para delimitar el problema, en la medida en que permite aclarar la problemática en que se ubica la investigación propuesta.

Del tratamiento interdisciplinario para la atención de pacientes adictos con padecimientos subjetivos graves en el ámbito internacional:

Los programas de atención psiquiátrica y adicciones en el ámbito mundial se han basado en el déficit adaptativo de los pacientes y en la supuesta discapacidad que le genera su enfermedad mental asociada al consumo de sustancias.

Se estima que 69,7 % de los países referidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) poseen algún programa nacional de salud mental; sin embargo, no se menciona una evaluación de su adecuada y eficiente aplicación en pacientes consumidores. Dichos programas difieren de acuerdo a cada país; por ejemplo, las estadísticas (OMS 2010), indican que después de 1990, sólo 56,5 % de los países de América formularon un programa de salud mental; mientras en Europa fue de 70,8 %, e incluso África tuvo un mayor porcentaje, con 65,6 %. Si bien cada región cuenta con características específicas, en América únicamente la mitad de los países han formulado un programa nacional para la salud mental.

De esta manera se logra entender que la salud mental ocupa un lugar poco privilegiado, y menor grado si el paciente es consumidor de drogas con carencias e insuficiencias, ya que los programas, la asistencia y atención son escasos. Esta situación abre oportunidades para construir programas innovadores, que fortalezcan y complementen los modelos institucionalizados para atender la salud mental y adicciones.

Se presenta a continuación, experiencias de equipos que trabajan en instituciones dedicadas a atender padecimientos subjetivos graves asociados al consumo de sustancias teniendo como modalidad de intervención la propuesta psicoanalítica y comunitaria. La revisión de sus propuestas, objetivos de trabajo, su funcionamiento y sobre todo los

resultados que han mostrado en el *Centro de Atención Integral a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Madrid (España)*. Hacen que los tomemos en cuenta como un antecedente internacional importante.

En éste centro, un 30% de la población en tratamiento tiene patología dual. Es decir que padece de algún trastorno psicótico más adicciones. Es una población grave, de difícil manejo clínico y que suele requerir diversas intervenciones de profesionales de distintas disciplinas y desde distintos dispositivos asistenciales.

Actualmente tienen definidos dos procedimientos de intervención y tratamiento conjunto con la Unidad de Salud Mental: uno para Trastorno Mental Grave y otro para Trastorno Límite de la Personalidad. Estos protocolos contemplan actuaciones ordenadas para la prevención, detección, evaluación y tratamiento entre los distintos dispositivos asistenciales, sociales, educativos... del nivel primario de atención a la salud y los Servicios especializados. Son protocolos centrados en las necesidades del paciente que desde que inicia su entrada en el sistema sanitario tiene asignado un profesional de referencia que garantiza la continuidad de cuidados.

Sin embargo, los resultados que manifiestan en cuanto al tratamiento que otorgan son los siguientes:

En un primer periodo con un modelo imperante centrado en separar al paciente de la droga la única variable de medida, tanto del éxito/fracaso del paciente como de la eficacia del tratamiento era la desintoxicación. Así un paciente habría llevado un proceso exitoso si ha conseguido desintoxicarse y la eficacia del programa sería evaluada en relación al número de desintoxicaciones realizadas según el número de pacientes en tratamiento.

Al incorporar la clínica del sujeto, comenzamos a trabajar con un modelo que no está luchando contra la droga, sino que aborda la terapia de personas adictas. Hay, por tanto, un cambio en los indicadores de evaluación tanto en relación a las variables de resultado como de evaluación de la eficacia del modelo terapéutico. Además de la situación toxicológica, se toman indicadores para valorar cambios del paciente en el ámbito familiar, en el área formativo-ocupacional.

En el área legal, entendemos por un buen resultado terapéutico: la mejora en el clima familiar, la incorporación del paciente a actividades ocupacionales, formativas o laborales, el abandono de los círculos ligados al consumo de drogas y ambientes marginales, así como, la desaparición de actividades delictivas. Las variables de proceso indicadoras de la eficacia del modelo serían la capacidad de éste de adaptarse a la variabilidad de demandas y situaciones de los distintos pacientes, su versatilidad a la hora de atender los distintos perfiles y el tiempo de estancia de los pacientes en tratamiento.

En la actualidad, hacemos un abordaje de la toxicomanía desde un modelo de intervención comunitaria centrado en el sujeto. A los ya existentes sumamos como indicadores de resultados variables relativas a las poblaciones de riesgo identificadas: porcentaje de casos detectados y seguimiento del plan individualizado de tratamiento (adhesión al tratamiento, disminución del uso por parte del paciente de los servicios de urgencia y aumento del uso de recursos de psicoterapia). Y, en cuanto al indicador de eficacia la variable de proceso que medimos es la fluidez y capacidad de realizar actuaciones coordinadas y conjuntas entre dispositivos. (Cristina Linares, conferencia dictada en el foro internacional de adicciones 2015).

Sin embargo, no se muestran los resultados en cifras de sus tratamientos. Siendo el mismo caso para otros equipos de trabajo como los que intervienen en el Hospital Borda de Buenos Aires, la comunidad Neuro psiquiátrica de Oliveros en Rosario, Argentina y el Hospital-Escuela de San Luis Argentina, así como el Hospital La Borde en Francia, quienes muestran a través de sus programas de tratamiento y de investigación, el entredicho de la afirmación de las ciencias humanas y de la psiquiatría, de que las psicosis queden asimiladas a un mero déficit bioquímico, neurológico o genético.

### **Contexto Nacional**

Aun sabiendo que la adicción es un padecimiento en incremento y que las cifras que nos arrojan los estudios son alarmantes, en nuestro país pocas personas tienen acceso a una atención integral contra las adicciones y cabe mencionar que, en caso de presentar un padecimiento subjetivo grave asociado al consumo de sustancias, no son atendidos en sus momentos de crisis en ningún hospital del sector salud ni de manera integral en los Centros de Atención Primaria o Centro Estatal de Salud Mental.

De acuerdo con la conferencia dictada por la Mtra. Ma. Elena Medina Mora el noviembre pasado, titulada: Investigación en adicciones: logros, retos y oportunidades, mencionó que en México hay un cambio importante en cuanto al tipo de intervenciones que hay que ofrecer, aseguró que la baja oferta de tratamiento para personas que consumen principalmente drogas duras y que tienen dependencia grave, se debe en gran medida a que el sistema de atención que se ha desarrollado en México, es también el sistema que se implementa en Estados Unidos, éste se basó en brindar la atención en centros “especializados”, (que en México son los anexos, a los cuales se les invierten grandes cifras de dinero con la finalidad de profesionalizarlos, cuando es sabido que ser abstinentes de una droga no significa re habilitado ni profesional), y no integrado en el Sistema de Salud, se dio mayor apoyo a los centros que trabajaban con dependencias leves y moderadas básicamente porque el problema en México estaba en ese nivel pero cambió a incorporarse cada vez más el consumo de drogas fuertes tales como las drogas de diseño y la respuesta de los tratamientos no ha sido la idónea, se le ha dejado ésta responsabilidad a la sociedad civil viéndose claramente como la preponderancia de las personas que reportan haber estado en un grupo de ayuda mutua y no en un servicio profesionalizado es mucho mayor. De acuerdo a las cifras mencionadas, sólo el 25% de la población busca ayuda por el consumo de drogas ilegales, de los cuáles el 4.9% va al psicólogo, 4.0% al psiquiatra y el 3.7% al médico general, 6.5% acude a consejería religiosa y el 12.2% a grupos de ayuda mutua. (2015).

### **CONTEXTO ESTATAL**

Así mismo en el Estado existen una diversidad de servicios de atención a las adicciones denominados clínicas o anexos, los cuales son tanto de asistencia privada, algunos subsidiados a través de becas otorgadas por el Consejo Estatal contra las Adicciones. Cabe destacar que de acuerdo a las estadísticas del CESAM, uno de los mayores diagnósticos psiquiátricos tiene que ver con el abuso de sustancias (*ibidem*). En Querétaro no existen unidades de internamiento, por lo cual los casos que lo requieren son derivados a los hospitales psiquiátricos de San Luis Potosí, León Guanajuato y de la Ciudad de México.

Dada la demanda que se le hace al CESAM por la comunidad de la ciudad de Querétaro y los diferentes municipios del estado, la atención brindada a las personas no presenta la continuidad que ameritan los casos atendidos recayendo en el consumo o bien dejando el tratamiento médico ocasionando que se cronifique el caso.

En los hospitales psiquiátricos públicos de nuestro país, ha tendido a prevalecer como medio de cura la administración de medicamentos, olvidando que el medicamento bien empleado es un buen recurso en la atención, pero no la solución a los padecimientos subjetivos de las personas.

En México, la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro a través del Consejo Estatal contra las adicciones ha comenzado a funcionar a partir de 2014 dentro de la UNEME CAPA LOS OLVERA una clínica de atención especializada en padecimientos subjetivos asociados a consumo de sustancias, mismo del que deriva la presente investigación. En este proyecto interdisciplinario en el que intervienen psicoanalistas, médicos, acompañantes terapéuticos y talleristas; logran evitar los internamientos en centros de rehabilitación, se atienden los momentos de crisis de los adictos o de sus familiares en el domicilio y favorecen una inclusión social y familiar de las personas con este tipo de padecimientos subjetivos. El proyecto propuesto por esta unidad, busca desarrollar un modelo de intervención que permita fortalecer la profesionalización del personal interdisciplinario para a su vez desarrollar un nuevo modelo de intervención en la región. En estos momentos cabe mencionar, que ya es posible brindar atención especializada sin costo y con un enfoque de previsión hacia el uso de fármacos, pues como se sabe que el uso indiscriminado de éstos, hacen agudo y crónico el padecimiento. Además de dar un seguimiento personalizado y puntual se trabaja con la inclusión de los familiares tanto en la terapia individual como grupal evitando el dolor que acarrea el peregrinar de lugar en lugar para dar solución a su problema emocional de manera integral.

La presente propuesta es una innovación metodológica en el contexto nacional, en el sentido en que cambia toda una concepción y forma de tratamiento del paciente en crisis, y particularmente en su relación con su contexto social y el medio ambiente, dado que no se le excluye de ellos, sino se pretende integrarlo en ambos sentidos.

En el 2015 se atendieron un total de 26 pacientes de los cuales el 36% continua en tratamiento reportando cambios significativos en su vida, el 22% fueron dados de alta, 22% fueron internados por sus familiares en tanto el caso ya estaba muy avanzado y no tenían los recursos para continuar con el tratamiento propuesto. El 18% venían de municipios del Estado de Guanajuato, resultándoles complicado el traslado tanto a ellos como a los acompañantes terapéuticos.

**5.- Planteamiento del problema:** Es la exposición detallada del tema de investigación y de los elementos que la constituyen, así como su relación e interacción; es recomendable que en la redacción de este punto se dé respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué? El Hecho
- ¿Cómo? El modo
- ¿Por qué? La causa
- ¿Dónde? Lugar
- ¿Cuándo? Periodicidad
- ¿Quién? Responsables
- ¿Para qué? El beneficio

Los pacientes que presentan trastornos asociados al consumo de sustancias no son atendidos por el sistema de salud de manera interdisciplinaria por considerarse como entidades nosológicas separadas, abandonando los tratamientos y reincidiendo en el consumo, por lo tanto se considera necesario conocer el apego en pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias con un tratamiento interdisciplinario en la UNEME CAPA LOS OLVERA en el período comprendido del mes de agosto de 2016 al mismo mes del año 2017 siendo la responsable del proyecto la ES. En Psic. Iliana Díaz Placencia, esto con la finalidad de que pueda resultar un modelo de intervención innovador y de beneficio para estos pacientes.

**6.- Universo/Población:** Describir el universo/población, muestra. Si procede referir, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación del proyecto de investigación.

Pacientes referidos del Consejo Estatal contra las adicciones, Centro Estatal de Salud Mental, Centros de Atención Primaria en Adicciones o bien que se presenten por sí mismos a la UNEME CAPA Los Olvera, que presenten trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias.

Criterios de inclusión: pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias

**Criterios de exclusión:**

Usuarios experimentadores

Usuarios con dependencia leve a moderada

Usuarios sin trastornos psicóticos

**7.- Justificación del proyecto:** Describir por qué se considera oportuno, necesario ó indispensable la realización del proyecto y su factibilidad. Argumentar cómo con su realización se atenderá el problema planteado, cuál será su contribución y a quiénes se pretende beneficiar con su desarrollo.

De acuerdo con el resultado de la investigación del Dr. Rodrigo Marín, titulada: “Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones”, muestra que se captó a un total de 535 participantes, de los cuales 346 cumplieron los criterios de inclusión y fueron evaluados. La evaluación diagnóstica de los trastornos por uso de sustancias y los 17 trastornos psiquiátricos comórbidos se realizó con la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI). Los resultados mostraron que 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más prevalentes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguidos por los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación, los trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria. En la mayoría de los casos (83.59%), los trastornos psiquiátricos comórbidos precedieron a los trastornos adictivos. Este estudio constituye una aportación que puede considerarse para propuestas, que se traduzcan en acciones para ofertar servicios que atiendan las adicciones y los trastornos psiquiátricos de manera integral. En tanto los pacientes psicóticos que presentan consumo de sustancias están en centros de rehabilitación sin recibir la atención profesionalizada que necesitan.

Luego entonces, la investigación es oportuna para lograr la continuidad de la atención, en tanto el sistema de salud todavía funciona más para una atención por eventos tales como una apendicitis, una factura, etc. Siendo que este modelo de atención de enfermedades crónicas como la enfermedad mental y las adicciones tiene que evolucionar, y atenderse con la misma importancia ya que existe una concepción interesante es que se piensa como meta la abstinencia de la droga y no el bienestar de las personas dejando claro que la atención a la salud mental y las adicciones no se atiende en las instituciones de salud a nivel nacional y que tenemos que ver al paciente de manera bio- psico -



social y desarrollar nuevos modelos que surjan de la investigación, y beneficiar así a los pacientes que padecen trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias.

A su vez, en una entrevista realizada a la anterior directora del Centro Estatal de Salud Mental, comentó que ellos deben brindar atención a todos los municipios, los derechohabientes deben trasladarse a la unidad de salud, con una orden de referencia a su clínica más cercana, atendándose principalmente y de acuerdo a las estadísticas de la institución los siguientes padecimientos:

- Trastornos del estado de ánimo (depresión)
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos por déficit de atención e hiperactividad
- Trastornos psicóticos
- Trastornos de las habilidades escolares
- Trastornos mentales orgánicos
- Retraso mental
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos de conducta (Mayor índice de hospitalización)

Se observa entonces que no se consideran las adicciones asociadas a ningún padecimiento psiquiátrico.

Es así como a través de ésta investigación se pretende ofrecer una alternativa de tratamiento y contribuir a dar respuesta a estos pacientes y a sus familiares donde su peregrinar por las diferentes instituciones muchas veces los deja cansados y sin esperanza de poder ser atendidos.

**8.- Marco teórico:** En este apartado se deberán exponer los enfoques teóricos, contextuales y metodológicos que se consideren pertinentes para abordar el objeto de estudio y argumentar la adopción de algún enfoque particular.

## MARCO TEÓRICO

### Del psicoanálisis

La teoría psicoanalítica como sustento teórico para este proyecto es por ser un método de investigación, un modelo de intervención y del orden de la experiencia. Está basada en los fundamentos de la teoría propuesta por Sigmund Freud y Jacques Lacan.

El tratamiento tiene que ver con la clínica del caso por caso, para que la droga caiga de ese lugar de solución y de totalidad que abarca y tapa toda dimensión subjetiva, que caiga como causante de todos los bienes y todos los males de la existencia para que pueda dar lugar a que aparezca algo del orden de lo sintomático, algo que comience a cuestionar, que manifieste otro malestar distinto al relacionado con el consumo.

Esto, cabe aclarar, no significa que el sujeto deje de consumir como condición para iniciar el tratamiento o continuarlo, sino que el consumo pase al fondo de la relación terapéutica, para que pueda comenzar a hablar de otras cosas que le pasan, que le preocupan o le generan algún tipo de sufrimiento, que la droga ha venido momentáneamente a calmar; es decir la finalidad es que cada sujeto tome conciencia de su particular posición subjetiva.

Dentro de la investigación, existen tres ejes centrales:

Como un primer eje central, es discriminar en entrevistas preliminares con los pacientes, las condiciones del acontecer subjetivo en su singularidad por el que transita y por el cual es localizada una suerte de padecimiento que compromete

gran parte de su vida actual. En estas entrevistas preliminares habrá de localizar las posibilidades para esclarecer una posible demanda de tratamiento lo cual podrá redundar en la disposición de aceptar un tratamiento, así como determinar si es un paciente que sostiene su padecer en la sustancia psicoactiva o bien si es la sustancia la que lo coloca en ese padecimiento.

El segundo eje que se plantea es la formación de equipos de trabajo que tengan la disposición para atender casos críticos, esto implica asimilar que se está participando de una experiencia vinculada a situaciones de urgencia.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, la urgencia supone fundamentalmente un quiebre de la homeostasis en la vida de un sujeto. Un cierto equilibrio que se ha roto, una ruptura aguda, un quiebre, una irrupción que detiene cierta marcha. Al decir de Inés Sotelo (2007) "La urgencia da cuenta siempre de algo de la ruptura, por eso es importante localizar qué es lo que ha quebrado esa homeostasis" (Sotelo 2007, p. 26). La urgencia, tal como es pensada desde esta perspectiva, se presenta en cualquier dispositivo de atención. De este modo, toda consulta supone un punto de urgencia, que es lo que conduce a que alguien consulte y que es preciso localizar. De este modo, las presentaciones clínicas que en la urgencia se manifiestan son muy variadas: el padecimiento se hace presente de muy diversas formas, aunque los diversos motivos de consulta tienen como cuestión común un padecimiento en exceso que exige una respuesta profesional inmediata.

Un tercer eje, se constituye por la apertura a interactuar con otros campos discursivos para la atención integral de los pacientes.

La ubicación del contexto social postmoderno con todos sus efectos, como el estar tomados por el consumo auspiciado por el mercado será abordado con Dufour (2005), 2007).

### **Del acompañamiento terapéutico**

El acompañamiento terapéutico es una apuesta por abrir espacios que permitan a las personas con patologías severas (psicosis, melancolías, adicciones, trastornos de la alimentación, autismos) encontrar una vía a la inclusión en la sociedad desde su diferencia. Es un trabajo ambulatorio en el cual se acompaña al paciente en su contexto y entorno cotidiano, a veces para delimitar, a veces para hacer de puente social, a veces para ser testigos de que hay distintas maneras de ser y estar en el mundo.

Se trata de una clínica fuera de los consultorios, en el acto, más allá de la palabra, una clínica que involucra el cuerpo y la presencia, cuyo objetivo principal es la externación.

El abordaje del Acompañamiento Terapéutico, se centra en la búsqueda de medios de transformación y no de adaptación. El Acompañamiento Terapéutico se trata de una clínica que mantiene plena vigencia. La función del acompañante terapéutico como facilitador; en la construcción de un espacio de mediación, de operador en un espacio transicional en el tratamiento interdisciplinario. Un acompañante terapéutico, es alguien, una presencia comprometida; que apoye, aliente y confronte. Alguien dispuesto a ocuparse desde el vínculo de aquellas zonas inhabilitadas para el que padece un trastorno de consumo. Alguien que aloje en sí alguna esperanza y la preserve, o al menos lo intente, de tanta impotencia.

Cabe mencionar que la práctica del acompañante terapéutico ya se encuentra dentro de las herramientas de trabajo del PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Definido dentro de la misma como:

4.1.1. Acompañante terapéutico: Es el personal capacitado que se inserta en la cotidianeidad de la o el usuario, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los dispositivos de atención en salud mental. Su función es la de compañero, guía, sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.

Hasta el momento se desconoce si existe algún establecimiento de salud que haya insertado en el tratamiento de trastorno psicótico asociado al consumo de sustancias a excepción de la UNEME CAPA Los Olvera.

**De la ciencia médica**

## De la Psiquiatría:

Desde la perspectiva de la psiquiatría, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2013) nombra y clasifica al consumo problemático de sustancias como *Trastornos por consumo de sustancias*. Se los define como aquellos trastornos vinculados al consumo de una droga de abuso, los efectos secundarios de una medicación y la exposición a tóxicos. En el apartado acerca de las características de dichos trastornos se indica que "La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia". (DSM IV 1995, p.183). El abordaje que propone la psiquiatría en los dispositivos para alojar las urgencias consiste en un tratamiento psicofarmacológico de los síntomas de abstinencia o de las crisis de excitación psicomotriz secundarias al consumo y en algunas ocasiones la derivación a tratamiento psiquiátrico en centros especializados acompañado con terapias específicas siendo estos los lugares principales de derivación. En las entrevistas, se observa que un alto porcentaje de psiquiatras considera como cuadro de base, o principal, al consumo de sustancias y que dichos pacientes deben ser abordados en dispositivos especiales que exceden el marco teórico de la psiquiatría. Las llaman patologías duales, en las que el trastorno por consumo de sustancias ocupa el lugar central por lo que consideran que el trastorno psiquiátrico es secundario.

**9.- Objetivo general:** Indica la meta o finalidad que persigue la investigación, es decir, los logros directos y evaluables que se pretenden alcanzar. Tiene correspondencia con la o las preguntas de investigación. El objetivo general debe describir precisa y cabalmente la meta de la investigación que se pretende alcanzar. Se redacta con verbos en infinitivo que se puedan evaluar, verificar, refutar, contrastar o evidenciar en un momento dado.

Conocer el apego en pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias con un tratamiento interdisciplinario.

**7.- Objetivos específicos:** Describir lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general y presentarse en una secuencia lógica y conectada, es decir deberán ser logros parciales asociados a los componentes seleccionados, que en su conjunto permitan atender el tema prioritarios y garantizar la consecución del proyecto. Los objetivos específicos deben ser claros, congruentes, factibles y medibles por medio de las metas e indicadores definidos en el apartado correspondiente.

**Objetivo específico 1 (vinculado al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)**

- Conocer el apego en pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias con un tratamiento médico.

**Objetivo específico 2 (vinculado al componente de *Experiencia Satisfactoria*)**

- Conocer el apego en pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias con un tratamiento psicoanalítico.

**Objetivo específico 3 (vinculado al componente de *Costos Razonables*)**

- Conocer el apego en pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias con acompañamiento terapéutico.

**Objetivo específico 4 (vinculado al componente de *Acceso Efectivo*)**

**11.- Hipótesis:** deberá ser definida como una suposición o conjetura que pretende constituirse como posible respuesta o explicación tentativa del objeto de estudio, permite la relación entre la teoría y la observación, y debe ser formulada como proposición que incluya al menos dos variables.

Hipótesis

1.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego mayor del 50% al tratamiento médico.

Hipótesis Nula:

1.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias tienen un apego menor al 50% al tratamiento médico.

2.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego mayor al 50% al tratamiento psicoanalítico.

Hipótesis Nula:

2.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego menor al 50% al tratamiento psicoanalítico.

3.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego del 50% al acompañamiento terapéutico.

Hipótesis Nula:

3.- Los pacientes con trastornos psicóticos asociados al consumo de sustancias, tienen un apego menor al 50% al acompañamiento terapéutico.

**Metodología:** Es el esquema global que indicará cómo se alcanzarán los objetivos, y deberá mostrar de manera precisa, sistemática y coherente los procedimientos y técnicas que se utilizarán para la recolección, organización, análisis e interpretación de datos; así como para la integración del informe final y la publicación de resultados. La metodología debe reflejar la estructura lógica y el rigor científico del proceso de investigación.

Estudio Observacional Transversal Descriptivo Centralizado y tecnológico.

<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b>			
Coloque una X en frente de la opción correspondiente			
<b>OBSERVACIONAL</b> Es aquella en la que se presencia un fenómeno sin modificar intencionalmente sus variables.	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>EXPERIMENTAL Ó PROPOSITIVA</b> Es aquella en la que se modifican intencionalmente las variables del fenómeno.	<input type="checkbox"/>
<b>LONGITUDINAL</b> Es aquella en la que se lleva a cabo el seguimiento de un fenómeno durante su desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<b>TRANSVERSAL</b> Es aquella en la que se examinan las características de un grupo en un momento dado ó durante un tiempo limitado.	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>PROSPECTIVA</b> Es aquella que se planea a futuro y en la que previamente se definen con precisión las condiciones de estudio.	<input type="checkbox"/>	<b>RETROSPECTIVA</b> Es aquella que se basa en la revisión de expedientes, cédulas, sin que se hayan precisado las condiciones de estudio.	<input type="checkbox"/>
<b>EXPLORATORIA Ó DESCRIPTIVA</b> Estudio cuyo nivel de aprehensión de la realidad es descriptivo y sirve de orientación para formular hipótesis. Es aquella en la que un fenómeno es estudiado sin establecer comparaciones.	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>COMPARATIVA</b> Es aquella en la que se establece la comparación entre dos ó más grupos ó variables, establece relaciones de causa-efecto entre distintos fenómenos; es decir formula hipótesis de tipo casual.	<input type="checkbox"/>
<b>ABIERTA</b> Cuando el investigador conoce las condiciones que pueden modificar las variables en estudio.	<input type="checkbox"/>	<b>A CIEGAS</b> Cuando el investigador desconoce las condiciones principales que pueden modificar las variables en estudio.	<input type="checkbox"/>

<p><b>BASICA</b> Trabajo experimental ó teórico efectuado primariamente con el objeto de generar nuevos conocimientos sobre los fundamentos y hechos observables</p>	X	<p><b>APLICADA</b> Investigación original realizada para la generación de nuevos conocimientos pero encaminada hacia una finalidad u objetivo práctico determinado.</p>	
<p><b>TECNOLOGICA</b> Trabajo sistemático en el que se utilizan los conocimientos obtenidos de la investigación científica y/o de la experiencia práctica, encaminado a desarrollar nuevos materiales, productos y dispositivos, establecer nuevos procesos, sistemas y servicios ó mejorar los ya existentes, incluyendo el desarrollo de prototipos, instalaciones experimentales y servicios piloto.</p>		<p><b>BIOMEDICA</b> Actividad encaminada a generar nuevos conocimientos sobre los procesos biológicos del ser humano en sus diferentes sistemas de organización, que van desde niveles <u>subcelulares</u> hasta el organismo integral. Estos conocimientos pueden ser de otros sistemas biológicos diferentes al humano cuando, por la naturaleza del diseño requerido, no sea factible de llevarse a cabo en éste.</p>	

**Eliminación:**

50% de apego al tratamiento.

**Fuente de recolección de datos:**

- a) . - Del tratamiento médico: se solicitará un informe mensual al médico tratante donde especificará el número de consultas realizadas al mes por paciente, así como si hubo modificaciones en la medicación y avances que considere pertinente mencionar.
- b) . – Del tratamiento psicoanalítico, se le solicitará al psicoanalista tratante que cada sesión lleve un registro de notas clínicas donde reportará aspectos importantes o significativos en la sesión mismas que se encontrarán en el expediente clínico. De no existir de todas maneras se registrará la asistencia.
- c) . – Del acompañamiento terapéutico se entregará por acompañante, una relatoría por paciente cada vez que tengan sesión de acompañamiento.

**Análisis de datos**

Todos los datos serán capturados en una hoja de Excel, cada fila contará con la información de cada persona encuestada, en la primer columna capturaré el número de expediente de cada paciente, posteriormente la edad, genero, trastorno psicótico, droga de impacto, número de sesiones con el médico, psicoanalista y sesiones de acompañamiento terapéutico, si presentó crisis antes, durante o al finalizar el tratamiento, manejo de recursos durante el tratamiento.

En base a los datos utilizando ésta investigación, se determinarán primero las características generales de la muestra, en base a los indicadores, y posteriormente se medirá el apego a los diferentes tipos de tratamiento que recibió, así como también por grupo de edad, género y tipo de trastorno.

Se utilizarán graficas de barras, pastel y lineales para representar los resultados obtenidos.

**13 y 14.- Metas e Indicadores.-** Se deberán establecer metas e indicadores para dar seguimiento trimestral al avance en la implementación del proyecto, conforme a lo establecido en las Reglas de Operación vigentes.

**Metas.** Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y vinculados con los componentes seleccionados. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros.

**Indicadores.** Definir el indicador que permita medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto.

El número de metas e indicadores definidos deberán estar estrictamente vinculado con el número de objetivos específicos establecidos y los componentes seleccionados. Esta información deberá registrarse en la tabla correspondiente para cada indicador tomando como base el siguiente ejemplo:

**Ejemplo**

<b>Meta:</b> Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y que permitirán medir el grado de avance y cumplimiento de los mismos. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros, por lo que se deberá hacer referencia concreta al cuánto y al cuándo, y mediante su definición se deberá <b>garantizar un avance de las mismas de al menos un 50% de cumplimiento al primer semestre.</b>	<i>95% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y la proteinuria.</i>
<b>Indicador:</b> El indicador deberá medir el logro de las actividades que permitirán alcanzar las metas planteadas en el proyecto y deberá contener los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación:	
<b>Nombre:</b> Deberá señalarse la denominación precisa con la que se distingue al indicador. Debe ser claro, entendible y consistente con el método de cálculo.	<i>Porcentaje de pacientes con preeclamsia que se atienden en el servicio de urgencias y que se les midió y registró la tensión arterial y la proteinuria por medio de tira reactiva.</i>
<b>Definición:</b> Se debe explicar brevemente y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Debe precisar qué se quiere medir del objetivo al que está asociado (no debe repetir el nombre del indicador).	<i>El indicador permite identificar con precisión la medición de la tensión arterial y proteinuria en los casos indicados.</i>



<p><b>Método de cálculo:</b> Será la expresión numérica del indicador y determinará la forma en que se relacionan las variables establecidas para el mismo. La fórmula deberá estar compuesta por un numerador que represente los eventos observados y un denominador que describa los factores de referencia.</p>	$\frac{\text{Número de pacientes con preeclamsia que se les midió y registró la tensión arterial y la proteinuria}}{\text{Total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con preeclamsia}} \times 100$			
<p><b>Unidad de medida:</b> Será la forma en que se quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; deberá estar relacionada invariablemente con el método de cálculo y los valores expresados en la línea base y las metas.</p>	<p>Porcentaje</p>			
<p><b>Sentido:</b> Se hará referencia a la dirección que debe tener el comportamiento del indicador para identificar su desempeño. Cuando el sentido es ascendente, la meta siempre será mayor a la línea base y si el resultado es mayor al planeado, representará un desempeño positivo. Cuando el sentido es descendente, la meta siempre será menor a la línea base y si el resultado es menor a la meta planeada, representará un desempeño positivo.</p>	<p>Ascendente</p>			
<p><b>Frecuencia de medición:</b> Se hará referencia a la periodicidad con que se realizará la medición del indicador (será importante considerar que los informes de seguimiento solicitados a nivel federal serán de frecuencia trimestral).</p>	<p>Trimestral</p>			
<p><b>Línea base:</b> Será el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.</p>	<p>75% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y la proteinuria.</p>			
<p><b>Avances de la meta:</b> El avance por trimestre corresponderá a los logros parciales de la meta, por lo que en el ejemplo el 100% de avance corresponderá al logro de la meta que es de 95%.</p>	<p>1er. Trimestre</p>	<p>2º. Trimestre</p>	<p>3er. Trimestre</p>	<p>4o. Trimestre</p>
	<p>20%</p>	<p>50%</p>	<p>80%</p>	<p>100%</p>
<p><b>Medios de verificación.</b> Indican las fuentes de información que se utilizarán para medir y verificar el cumplimiento de los indicadores, esta información podrá ser tomada de sistemas de información, reportes diarios, libretas de registro, entrevistas, bitácoras, etc.</p>	<p>Expediente clínico y hoja de datos.</p>			

**Meta e Indicador 1 (vinculado al objetivo 1 y al componente de Organizaciones confiables y seguras)**

<p><b>Meta:</b></p>	<p>50% de apego al tratamiento médico.</p>
<p><b>Indicador</b></p>	<p># de pacientes con apoyo médico x 100 # total de pacientes atendidos</p>
<p><b>Nombre:</b></p>	



<b>Definición:</b>				
<b>Método de cálculo:</b>				
<b>Unidad de medida:</b>				
<b>Sentido:</b>				
<b>Frecuencia de medición:</b>				
<b>Línea base:</b>				
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
		50%		
	25%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Informes de consultas otorgadas por el médico, notas clínicas en el expediente clínico			

**Meta e Indicador 2 (vinculado al objetivo 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)**

<b>Meta:</b>	<b>50% de apego al tratamiento psicoanalítico.</b>			
<b>Indicador</b>	$\frac{\text{\# de pacientes con tratamiento Psicoanalítico}}{\text{\#total de pacientes atendidos}} \times 100$			
<b>Nombre:</b>				
<b>Definición:</b>				
<b>Método de cálculo:</b>				
<b>Unidad de medida:</b>				
<b>Sentido:</b>				
<b>Frecuencia de medición:</b>				
<b>Línea base:</b>				
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
		50%		
	25%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Notas clínicas en el expediente			

**Meta e Indicador 3 (vinculado al objetivo 3 y al componente de *Costos Razonables*)**

<b>Meta:</b>	<b>50% de apego al acompañamiento terapéutico</b>			
<b>Indicador</b>	$\frac{\text{\# de pacientes con acompañamiento terapéutico}}{\text{\#total de pacientes atendidos}} \times 100$			
<b>Nombre:</b>				
<b>Definición:</b>				
<b>Método de cálculo:</b>				
<b>Unidad de medida:</b>				

<b>Sentido:</b>				
<b>Frecuencia de medición:</b>				
<b>Línea base:</b>				
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
		50%		
	25%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>				

**Meta e Indicador 4 (vinculado al objetivo 4 y al componente de Acceso Efectivo)**

<b>Meta:</b>				
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Definición:</b>				
<b>Método de cálculo:</b>				
<b>Unidad de medida:</b>				
<b>Sentido:</b>				
<b>Frecuencia de medición:</b>				
<b>Línea base:</b>				
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
		50%		
<b>Medios de verificación.</b>				





**17.- Bibliografía:** Es el listado de las fuentes a utilizar en la investigación. Para la redacción de cada tipo de fuente (libro, artículo, documento de archivo, etcétera) se sugiere utilizar el modelo de citación Vancouver.

Donghi A. (2007). *Innovaciones de la Práctica II. Anorexias, bulimias y obesidad*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Donghi A. et al. (2003) *Innovaciones de la práctica. Dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Argentina: Grama.

Donghi A.(2005) *Cuerpo y subjetividad*. Buenos Aires: Letra Viva.

Dossier (1993) *Sobre Hospital de Día*. En Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría, No. 12. 1993.

Dossier (1999) *Sobre Las casas de los locos*. En Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría, No.35. 1999.

Dossier (1999) *Sobre Rehabilitación y resinserción social en salud mental*. Rev. Argentina de Psiquiatría, No. 36. 1999.

Dragotto P. (2003). *Acompañamiento Terapéutico y adicciones*. Ponencia presentada en el 3er Congreso Argentino y 1er Congreso Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires, Argentina.

Dragotto P. (2006). *En el Campo de la Dependencia Química*. Ponencia presentada en el II Congreso Iberoamericano de Acompañamiento Terapéutico. Sao Paulo, Brasil.

Serieux P y Capgras J (2002) *Las locuras razonantes*. México: Anace.

Soler C. (2002). *Estudios sobre las psicosis*, Buenos Aires: Manantial.

Soler C.(2004) *El inconciente a cielo abierto de las psicosis*. Buenos Aires: JVE.