

MEDICINA INTEGRADA Y ADICCIONES

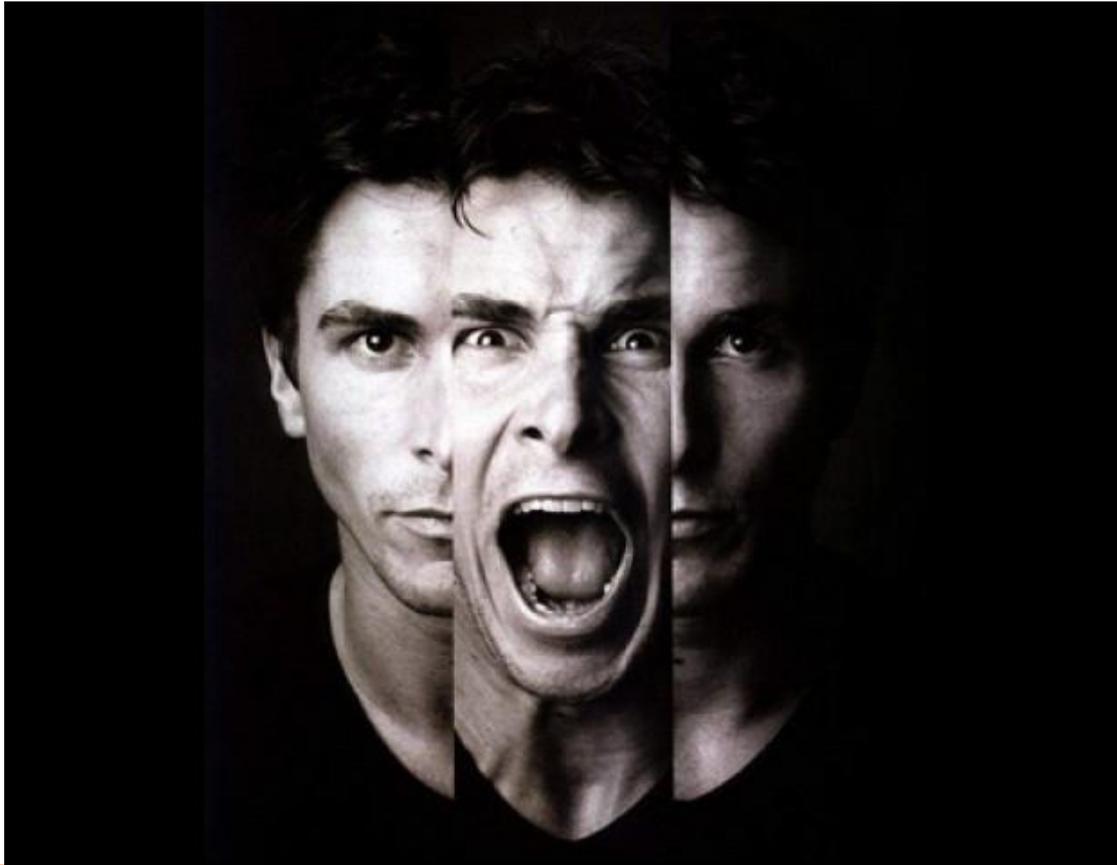
Arian Armando Zepeda Vázquez
Especialista en Medicina Integrada
Universidad Autónoma de Nayarit
2008



CONAEMI
COLEGIO NACIONAL DE ESPECIALISTAS
EN MEDICINA INTEGRADA

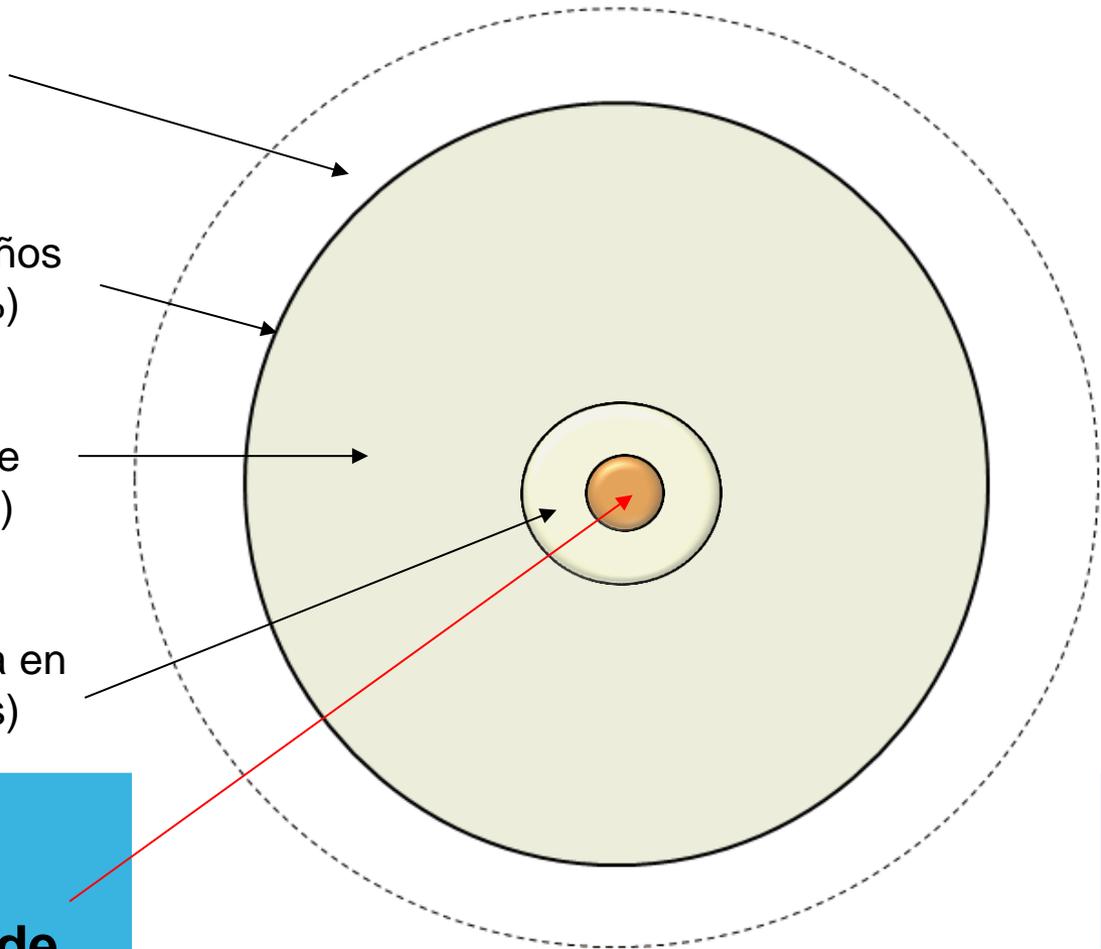


ASOCIACIÓN DE
MEDICINA INTEGRADA
DE DURANGO A.C.



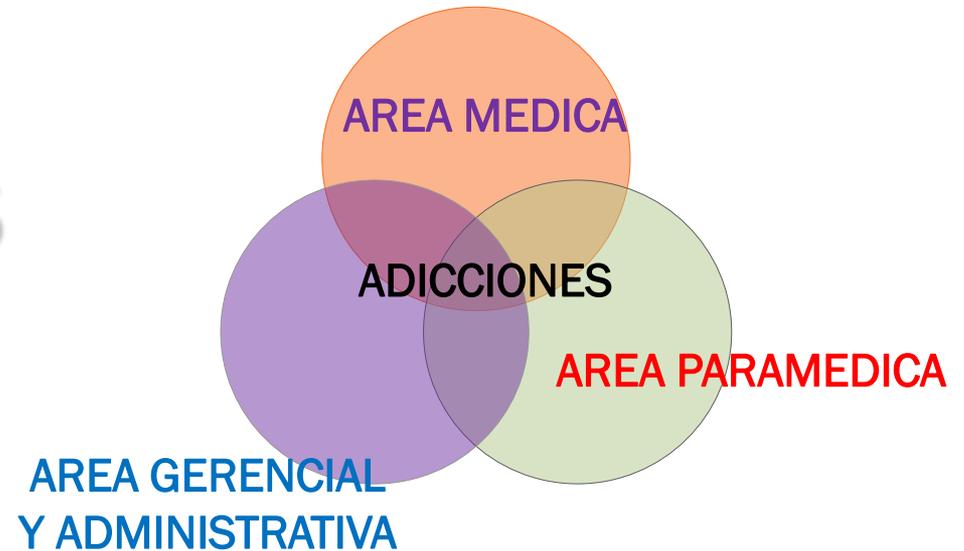
SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO

- Población total del país
109,955,000
- Población total de 12 a 65 años
de edad 75,125,037 (100%)
- Población que no consume
drogas 70,842,909 (94.3%)
- Consumo de cualquier droga en
el último año (12 a 65 años)
1,221,557 (1.6%)
- **Abuso/dependencia de
drogas 450,750 (0.6%)**

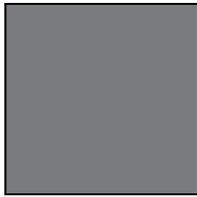


LABOR COMPARTIDA

**EQUIPO
MULTI Y TRANS
DISCIPLINARIO**



FASES DEL TRATAMIENTO



RECUPERACION



REHABILITACION



REINSERCIÓN
SOCIAL

TOMA DE DECISIONES EN SALUD



**RED NACIONAL PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE
ADICCIONES
UNEME CAPA.
(ANTES CENTROS NUEVA VIDA)**

Un modelo único en su tipo a nivel mundial, para brindar servicios de prevención, intervención temprana y referencia a servicios especializados.

La Red cuenta con 323 CNV, cuya construcción fue financiada con el producto del decomiso de bienes del narcotráfico.

Se suman 113 Unidades de CIJ y centros de tratamiento acreditados, cubriendo estratégicamente todo el territorio nacional.

Los CNV están ubicados en los municipios de mayor riesgo en todo el territorio nacional.

A 4 años de su operación, se ha impactado a más de 3 millones de personas.



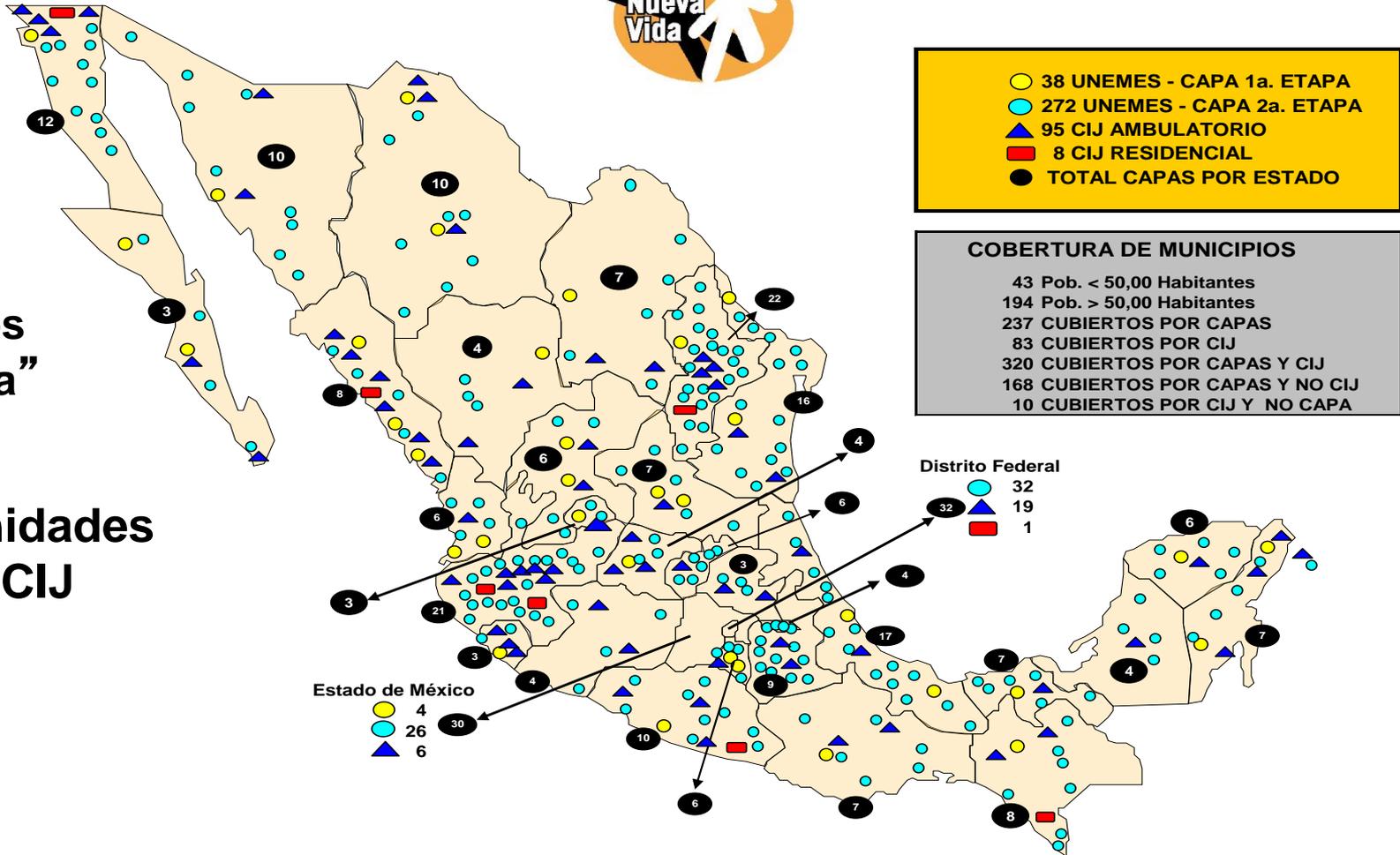
RED NACIONAL DE CENTROS NUEVA

VIDA



323 Centros
"Nueva Vida"

113 Unidades
de CIJ



CLASIFICACIÓN DE MODELOS DE TRATAMIENTO



CLASIFICACION MEXICANA NOM 028

Profesional : Consulta Externa, Urgencias,
Hospitalización.

Ayuda mutua: No residencial (grupos
tradicionales) y Residencial.

Mixto: Clínicas, Comunidades Terapéuticas,
Casas de Medio Camino.

Alternativos.

Sistemas de clasificación en programas de tratamiento.

Médico psiquiátrico



- ❖ Terapia farmacológica general
- ❖ Terapia psicofarmacológica (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos)
- ❖ Terapia agonista (metadona)
- ❖ Terapia antagonista (naltrexona)

Clínico psicológico



- ❖ Evaluación psicopatológica
- ❖ Psicoterapia individual
- ❖ Psicoterapia de apoyo
- ❖ Psicoterapia grupal
- ❖ Intervención en crisis
- ❖ Terapia familiar y de pareja

Sistemas de clasificación en programas de tratamiento.

1. Mantenimiento con agonistas (metadona)

2. Tratamiento con antagonistas (naltrexona)

3. Ambulatorio libre de drogas

4. Residencial de largo plazo

5. Residencial de corto plazo

6. Desintoxicación médica

7. Programas en prisión (tipo com. terapéutica)

8. Tratamiento inducido por orden judicial

EJEMPLO DE CLASIFICACIÓN

FUNDACIÓN CASA NUEVA I.A.P.

POBLACIÓN ATENDIDA: HOMBRES 18-50 AÑOS

	1ª. Fase	2ª. Fase
Situación del usuario	Residencial	Ambulatorio tradicional
Modelo de tratamiento	Comunidad terapéutica orientada hacia Normas de calidad	■ Enfoque clínico interdisciplinario ■ Grupos de ayuda mutua
Duración del proceso	Media estancia (3-6 meses)	Larga estancia (1-2 años)

FUNDACIÓN CASA NUEVA I.A.P.

PROYECCIÓN

POBLACIÓN ATENDIDA EN AMBIENTES INDEPENDIENTES: HOMBRES,
MUJERES, ADOLESCENTES

	1ª. Fase	2ª. Fase	3ª. Fase
Situación del Usuario	Residencial	Casa de medio camino	Ambulatorio tradicional
Modelo de tratamiento	Comunidad terapéutica orientada hacia Normas de calidad	Comunidad terapéutica orientada hacia Normas de calidad	■Enfoque clínico interdisciplinario ■Grupos de ayuda mutua
Duración del proceso	Media estancia (3-6 meses)	Media estancia (3-9 meses)	Larga estancia (1-2 años)

CONDUCTUALES

Ayudan a comprometer a las personas con el tratamiento, brindan incentivos para que ellos permanezcan en abstinencia, modifican sus actitudes y conductas con respecto al abuso.

Aumentan sus destrezas de vida para afrontar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden desencadenar un consumo

COGNITIVO CONDUCTUAL

Basados en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conducta inadaptadas.

Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas

COGNITIVO CONDUCTUAL

Estrategias concebidas para mejorar el autocontrol

Mediante exploración entre otras, de:

- Consecuencias positivas y negativas del uso
 - Auto monitoreo para conocer la compulsión por las sustancias
 - Identificar situaciones de riesgo
 - Elaboración de estrategias para afrontar y evitar situaciones de riesgo
 - Anticipar posibles problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento.
- 

Intervencion Breve: Consejería Medica y/o Psicológica Y Orientación Familiar.

Tratamiento Breve:

(Con Un Modelo Cognitivo Conductual Individual O Familiar)

- Tratamiento Breve para Bebedores Problema.
- Intervención para la Prevención de Recaídas.
- Intervención Breve para Usuarios de Tabaco.
- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.
- Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas
 - Programa Para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas.
 - Programa De Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo.

PATOLOGÍA DUAL



Alteración mental

+

Adicción

ADICTOLOGÍA

Algunos de los primeros psicoanalistas (Ana Freud, Fenichel, Adler, Menninger y Knight), escribieron sobre la psicodinamia de los alcohólicos, incluyendo el deseo inconsciente de autodestrucción, regresión oral y homosexualidad latente. Los psiquiatras trataban a los alcohólicos bajo estas premisas, ineficazmente.

Esta falla terapéutica llevó a la apresurada conclusión de que el alcoholismo no era manejable a través de la psicoterapia.

En años mas recientes, los médicos intentaron manejar los problemas de alcohol mediante psicofármacos, como los antidepresivos, ansiolíticos o Litio.

Estos manejos no solo fueron ineficaces, sino que en algunos casos, la medicación ansiolítica se complicó con una segunda dependencia. Así, las medidas psicofarmacológicas solían causar mas daños que beneficios.

ATENCIÓN DE PADECIMIENTOS

Atención enfocada a:

- Trastornos del estado de ánimo.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos de la conducta.
 - Trastornos de las percepciones y del pensamiento.
 - Trastornos cognoscitivos.
 - Trastornos del control de los impulsos.
- 

Diagnóstico clínico.

Falta de marcadores biológicos (electroencefalograma, electrocardiograma, laboratorios de sangre, etc).

Basados en criterios de diagnóstico y descartar diagnósticos diferenciales (depresión-hipotiroidismo, anemia).



Desde hace 40 años se iniciaron los estudios epidemiológicos orientados a reportar la comorbilidad de los desordenes por consumo de sustancias y otros desordenes psiquiátricos (Hasin y cols., 2004).

El Diagnóstico Dual (DD) fue identificado por clínicos a finales de los años 70, principios de los años 80 (Drake y Wallach, 2000).

Los estudios estiman que aproximadamente el 70% de los pacientes con desordenes por consumo de sustancias, sufren comorbilidad con al menos un trastorno concomitante. (Hasin y cols., 2004).



Se entiende como “Diagnostico Dual” (Dual Diagnosis), a la comorbilidad, concurrencia o concomitancia de un diagnóstico psiquiátrico mayor (en el Eje I y/o Eje II, según el DSM-IV-TR), con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (abuso y dependencia).



El Diagnóstico Dual no existe como una entidad patológica concreta en DSM-IV-TR, se consideran a los trastornos del eje I y II del diagnóstico multiaxial, dejando de lado el eje III y IV, no obstante en tanto al eje III de un tiempo a la fecha se contemplan a la comorbilidad del VIH a la sumatoria del Diagnóstico Dual; a tal situación se le denomina “Diagnóstico Triple”, en caso de estar presentes, las tres enfermedades.

GENERALIDADES

La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSA) en su reporte del Congreso para la Prevención y el Tratamiento de los Trastornos Duales del 2002, estima que en Estados Unidos existen alrededor de 10 millones de individuos que sufren alguna forma de desorden mental y de consumo de sustancias.

Estos pacientes ingresan a servicios donde se les atiende por separado la patología psiquiátrica y el consumo de sustancias.

Lo cual implica menor efectividad, pues no se atiende como un fenómeno integral y en términos de costo beneficio es mucho más caro duplicar esfuerzos, al tener que pagar dos tratamientos



Términos mas empleados que se le asignan a este fenómeno.

- Mentally Ill Chemically Addicted (MICA);
- Chemically Abusing Mentally Ill (CAMI);
- Mentally Ill Substance Abuser (MISA);
- Substance Abusing Mentally Ill (SAMI);
- Mentally Ill Chemically Dependent (MICD);
- Co-occurring Addictive and Mental Disorders (COAMD);
- Dual Diagnosis, (DD);
- Co-occurring Disorders.(COD).

DIAGNÓSTICO DUAL

- **Trastorno de uso de sustancias + Trastorno psiquiátrico mayor.**
 - **Morbilidad más alta.**
 - **Menos probabilidad de buenos resultados iniciales a tratamiento.**
 - **Tasas de recaídas más altas.**
 - **Mayor hospitalizaciones, menos adherencia a tratamiento.**
 - **Riesgo de suicidio incrementado.**
- 

PATOLOGIA DUAL.

- *La psicopatología puede servir como un factor de riesgo para los trastornos adictivos o bien puede afectar la evolución de un trastorno adictivo.*
- *Puede haber lazos familiares (genéticos) entre ciertos trastornos psiquiátricos y los trastornos por uso de sustancias.*

- **Se pueden presentar síntomas psiquiátricos en la evolución de la intoxicación crónica con la sustancia de abuso.**
 - **Los trastornos psiquiátricos pueden surgir como una consecuencia de uso de sustancias y persistir después de la remisión.**
- 

Antecedentes Epidemiológicos

Tasa de Comorbilidad en Trastorno Depresivo y Ansiedad por Dependencia a Sustancias (%). Tomados de *Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)*

Dependencia a sustancias	Depresión Mayor	Ansiedad Generalizada
Sólo alcohol	17.8	5.5
Sólo heroína	7	2
Heroína y alcohol	13.2	3.2
Sólo Cocaína	8.4	2.7
Cocaína y alcohol	13.6	4.7
Cocaína y heroína	10.8	2.2
Cocaína, heroína y alcohol	17.1	6.3
Overall	11.7	3.7

ESTUDIOS SOBRE COMORBIDAD.

National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA):

45% de trastorno relacionado al consumo de alcohol con al menos 1 trastorno psiquiátrico concomitante.

National Comorbidity Study (CNS):

78% de hombres dependientes a alcohol y 86% de mujeres dependientes a alcohol cumplen criterios a lo largo de la vida de otro trastorno psiquiátrico, incluyendo dependencia a otra sustancia.

- ***National Institutes of Mental Health (NIHM)
46% TBP abusa o ha sido dependiente a alcohol.***

El TBP es el trastorno psiquiátrico mas ligado a trastornos por uso de sustancias.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Proceso de Evaluación según e DSM-IV-TR.

La adecuada evaluación del paciente con diagnóstico dual , es necesaria para el determinar el Dx y el Tx.

Motivo de la evaluación.

Historia de la presente enfermedad.

(síntomas, problemas, factores de cambio).

Historia de problemas mentales pasados.

Historia médica general.

Historia de sustancias de abuso.

(frecuencia, cantidad, métodos y consecuencias)

Historia psicológica y del desarrollo.

Historia social.

Historia ocupacional.

- *Antecedentes familiares.*
- *Exploración física.*
- *Examen mental.*
- *Funcionamiento psicosocial.*
- *Entrevista a familiares o amigos.*
- *Aplicación de escalas.*
- *Aplicación de pruebas psicológicas*
- *Aplicación de pruebas neuropsicológicas.*
- *Exámenes de laboratorio y gabinete.*

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL DD

12 pasos para el proceso de Evaluación del Px con DD:

- Empatizar y enganchar al Px. (Establecer rapport)
 - Identificar y contactar a familiares, amigos u otros. (para obtener mayor información)
 - Examinar para detectar DD
 - Determinar el cuadrante y locus de responsabilidad.
 - Determinar el nivel de atención.
 - Determinar el diagnóstico.
 - Determinar funcionamiento psicosocial y deterioro funcional.
 - Identificar fortalezas y soportes.
 - Identificar necesidades y soportes culturales y lingüísticos.
 - Identificar problemas dominantes.
 - Plan de tratamiento.
- 

Pobreza y trastornos mentales: un círculo vicioso



GENERALIDADES DE TRATAMIENTO.

- **Tratamiento óptimo.**
- **Medicamentos: posibles interacciones o potencial tóxico con alcohol y otras drogas, así como abuso del mismo agente terapéutico.**
- **Pocos estudios**

Rehabilitación Multidisciplinaria:



CUADRANTES DE ATENCIÓN

- Son desarrollados originalmente por Reis en el año de 1993 y empleados en New York en 1999.
 - Son adoptados por los sistemas de salud americana.
 - Estos ofrecen una panorámica conceptual que permite categorizar a los pacientes y ayudarlos en el proceso de la recuperación
 - Contemplan la severidad de los síntomas de la comorbilidad del trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias para determinar el nivel y lugar de atención más apropiado para el cuadro nosológico.
- 



Cuadrantes de Atención

Cuadrante ó Categoría I: Este cuadrante incluye a individuos con baja severidad del trastorno mental y baja severidad de la dependencia a sustancias. Estos individuos pueden ser atendidos en centros de salud mental o centros para dependencia a sustancias en modalidades ambulatorias.

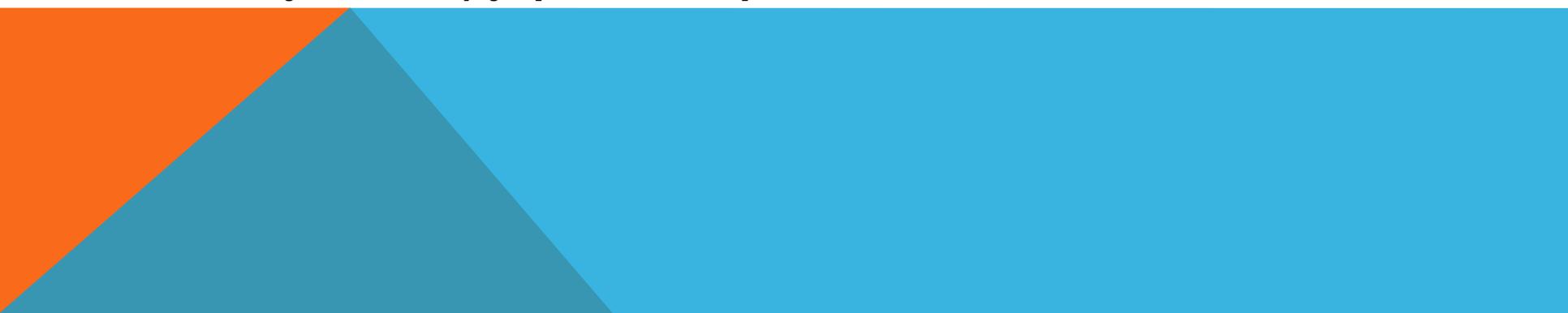
Cuadrante ó Categoría II: Este cuadrante incluye individuos con alta severidad del trastorno mental y baja severidad de la dependencia a sustancias. Estos son frecuentemente atendidos en centros de salud mental por la necesidad de brindarles cuidado continuo.

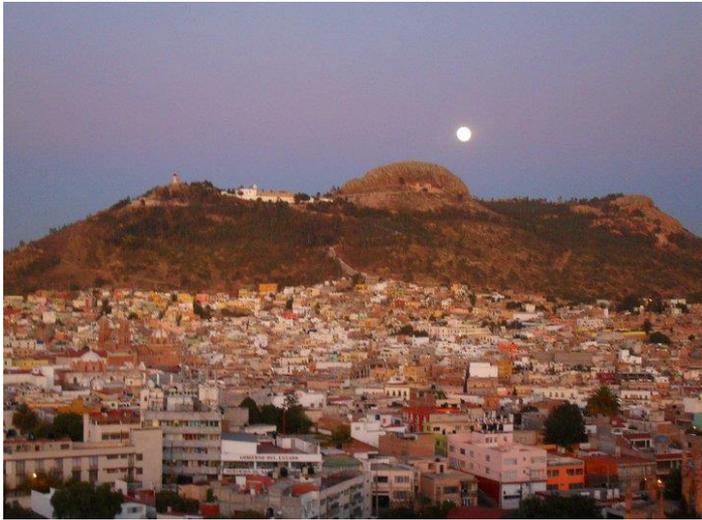


Cuadrantes de Atención

Cuadrante ó Categoría III: Este cuadrante incluye a individuos con baja severidad del trastorno mental y alta severidad de la dependencia a sustancias. Estos son frecuentemente atendidos en centros residenciales para la dependencia a sustancias en combinación con otros tratamientos.

Cuadrante ó Categoría IV: Este cuadrante incluye a individuos con alta severidad del trastorno mental y alta severidad de la dependencia a sustancias. Además se divide en dos subgrupos, el primero representa a individuos con Enfermedad Mental Seria y Persistente (EMSP) y con Severo e Inestable Consumo de Sustancias (SICS). El segundo son sujetos con SICS e inestables problemas de comportamiento (como violencia y suicidio) y que no cumplen con criterios de EMSP.





Con el tiempo he aprendido a construir todos tus caminos en el hoy, porque el terreno del mañana es demasiado incierto.