

I N F E R M E R I A



escoles universitàries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA **UAB**



CEI
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

Trabajo Final de Grado

Curso académico 2013-2014

Programa de educación para la salud dirigido a pacientes con patología dual en el distrito de Horta-Guinardó

Autoras: Irene Martín González

Patricia Martínez Latorre

Tutora: Meritxell Sastre Rus

San Cugat del Valles, 21 de Mayo de 2014

Resumen

Introducción: La alta prevalencia de las enfermedades mentales además de ser una alteración individual, provoca una repercusión en la población, que conlleva a un considerable problema de salud pública. Dichas enfermedades acaban por desarrollar una toxicomanía en un 60% aproximadamente y se denominan patología dual. **Desarrollo:** La salud mental es un campo relativamente nuevo en el ámbito de la sanidad y carece de suficientes recursos. Tras observar las carencias y limitaciones que presenta la patología dual y la falta de un tratamiento que englobe estos dos grandes problemas, se decide realizar un programa de salud dirigido a dichas personas. Este programa trata de comprender la totalidad de su enfermedad para así poder asistir y apoyar a estos usuarios. El objetivo del trabajo va dirigido a evitar la interacción entre el trastorno mental y el consumo de tóxicos, y así disminuir las posibles recaídas asociadas. **Conclusión:** Tras la realización de todo el proyecto se considera totalmente imprescindible la realización de programas para conseguir beneficios que aumenten considerablemente la calidad de vida de estos pacientes y conseguir de una manera progresiva una adecuada adherencia al tratamiento y a unos hábitos de vida saludables que disminuiría la tasa de reingresos y descompensaciones en pacientes de estas características, repercutiendo positivamente en la disminución de gasto sanitario.

Palabras clave: Salud mental, patología dual, toxicomanías, educación.

Abstract

Introduction: The high prevalence of mental illness in addition to being a single alteration causes an impact on the population, leading to a substantial public health problem. Such diseases eventually develop an addiction by about 60% and are called dual pathology.

Development: Mental health is a relatively new field in the area of health and lacks sufficient resources. Noting the shortcomings and limitations of dual diagnosis and lack of treatment that encompasses these two major problems, it was decided to perform a health program aimed at these people. This program seeks to understand the totality of their disease in order to assist and support these users. The objective of this work is aimed to prevent interaction between mental disorder and drug and alcohol consumption, and thus reduce any associated relapses.

Conclusion: Following the completion of the entire project realization program is considered absolutely essential to get benefits that greatly enhance the quality of life of these patients and get a progressively adequate adherence to treatment and a healthy lifestyle to decrease the rate of readmissions and decompensation in patients with these characteristics, a positive impact on the reduction of health care costs.

Keywords: mental illness, dual pathology, drug addiction, education.

Índice

	Pág.
1. Introducción	
1.1 Justificación.....	5
1.2 Marco teórico.....	8
2. Metodología	
2.1 Fase preliminar del Programa de Salud	
2.1.1 Análisis de la situación de salud: Perfil Epidemiológico.....	13
2.1.2 Análisis de la situación de salud: Perfil Comunitario.....	19
2.1.3 Identificar los factores asociados: Método PRECEDE.....	25
2.1.4 Análisis de los datos obtenidos y priorización de problemas: Diagnóstico educativo.....	30
2.2 Fase de desarrollo	
2.2.1 Objetivos del Programa de Salud.....	31
2.2.2 Intervenciones educativas.....	32
2.3 Previsión de recursos.....	39
2.4 Temporalización de las intervenciones: Cronograma.....	42
2.5 Evaluación del Programa de Salud.....	54
3. Diseño final del Programa de Salud.....	58
4. Discusión y conclusión.....	67
5. Bibliografía.....	69
Anexos.....	73

1. Introducción

1.1. Justificación

La alta prevalencia(1, 2) de las enfermedades mentales además de ser una alteración individual, provoca una repercusión en la población, que conlleva a un considerable problema de salud pública.

Las Enfermedades mentales, son una de las patologías más polémicas y discutidas de la historia de la Medicina, han despertado múltiples atenciones y reflexiones a lo largo de los siglos, tanto en el ámbito médico como en el de la Religión o la Filosofía. En estos momentos, son un punto clave en el estudio de la condición humana, tanto desde el campo científico como desde el de las ciencias sociales o antropológicas. Conocer la importancia de este problema ha sido un gran propósito y objeto de la ciencia desde hace varios siglos(3). Cuesta creer como un problema de tal magnitud no ha empezado a ver resultados hasta hace relativamente poco(4). La ciencia epidemiológica moderna es la ciencia que más ha llegado a indagar y averiguar sobre este tema, sobre todo a lo largo de las tres últimas décadas (5). No existían prestaciones ni financiación pública destinada a la especialidad de psiquiatría. Es justificada su tardía evolución teniendo en cuenta que durante más de 150 años ha estado al margen del resto de servicios sanitarios(4).

Se puede afirmar el elevado índice de consumo de sustancias tóxicas entre estos usuarios y como éstas repercuten en muchos aspectos de su vida, en diferentes bibliografías (6, 7). Por otro lado también se analiza que son muchos los usuarios, que tras haber consumido tóxicos durante años, han acabado por desarrollar una patología mental(8). En el año 2011, las sustancias psicoactivas que presentan una mayor prevalencia de consumo en todos los indicadores temporales considerados, son el alcohol y el tabaco. Entre las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida (27,4%) seguida

de la cocaína en polvo (8,8%). La evolución más destacable con respecto a los años anteriores se da en los tranquilizantes (17,1%). El consumo de tranquilizantes supera por primera vez la prevalencia de consumo de cannabis y en este tramo temporal, los tranquilizantes son ya la tercera sustancia psicoactiva más consumida, tras el alcohol (76,6%) y el tabaco (40,2%)(9). Otros datos a considerar relevantes son los porcentajes de enfermos que consumen según la patología, 47% de los pacientes con esquizofrenia, 60,7% con trastorno bipolar tipo I y el 83,6% con trastorno antisocial de la personalidad (10).

Tras observar las carencias y limitaciones que presentan la salud mental y la adicción a diferentes sustancias por separado, como son la falta de diagnóstico adecuado, la no unificación de estas dos vertientes ya que por un lado tratan la patología mental y por otro la toxicomanía. En general la salud mental es un campo nuevo en el ámbito de la sanidad y carece de suficientes recursos. También se observa la relación directa que existe respecto a la mala adherencia terapéutica, una inadecuada rehabilitación y que consecuentemente juntas conducen a futuras y reiteradas recaídas(11, 12).

La patología dual se define como la coexistencia en un mismo individuo de enfermedad mental y consumo patológico de sustancias tóxicas. Al tratarse de una patología relativamente reciente, no existen los tratamientos adecuados. Por otro lado, el proceso de desinstitutionalización conlleva a una disminución de los días de ingreso, falta de apoyo social y los factores modificables: mala adherencia terapéutica y el consumo de tóxicos, definen al llamado paciente dual. Éste tipo de paciente sufre recaídas con ingresos de manera reiterada, representando un considerable porcentaje del total de los reingresos, con la correspondiente carga del sistema sanitario y consumiendo una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios (11). Por ellos cumple criterios para formar parte de los nombrados pacientes de puerta giratoria.

Además las múltiples hospitalizaciones de pacientes psiquiátricos empeoran su pronóstico. Existen estudios que demuestran que programas de seguimiento a del tratamiento de mayor duración, a pacientes de estas características, son más efectivos para conseguir buena adherencia al tratamiento y motivación del paciente(13). Es importante que el paciente tenga un apoyo social y familiar estable ya que es un factor protector de las recaídas del consumo de drogas(14).

La asociación de un trastorno psiquiátrico y una toxicomanía puede ser una causa de la otra o ser independientes, esto se denomina patología dual. Un alto porcentaje de estos problemas aparecen de forma simultánea y por ello es necesario abordarlos de forma integral(15).

Tras todas las reflexiones comentadas anteriormente se realizar un programa de salud dirigido a población adulta que padezca alguna enfermedad mental asociada alguna toxicomanía. El objetivo del trabajo va dirigido a evitar la interacción entre éstas y así disminuir las posibles recaídas asociadas.

El lugar elegido para la realización de este programa será el distrito de Horta-Guinardó. Según datos del Ayuntamiento de Barcelona(16), más de la mitad de los habitantes de este distrito son nacidos en Cataluña, el resto son inmigrantes, siendo mayor el número de inmigrantes del resto de España frente a los de otros países. El sexo femenino abarca una mayor parte de la población frente al sexo masculino. La mayor parte de los habitantes se concentran entre los 25-64 años. Más de la mitad de la población presenta estudios primarios(17).

Existe un alto índice de consumo problemático de alcohol y otras drogas ilegales, siendo unos de los distritos con mayor índice de mortalidad(18). En lo que respecta al número de usuarios acuden a centros de atención y seguimiento de toxicomanías, Horta-Guinardó se sitúa con los valores más elevados de toda Barcelona. En éste distrito se encuentra el Centro de Atención y Seguimiento Horta-Guinardó (CAS), Centro de Atención y

Seguimiento Vall D'Hebrón (CAS) y el Hospital Sant Pau Barcelona(19). Además esta zona dispone de centros de atención a la salud mental como: Hospital Sant Rafael, CSMA Nou Barris Sud (Fabra i Puig) y Hospital Sant Pau(19).

1.2. Marco teórico

La Sociedad Española de Patología Dual la define como “una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental o la intersección de ambas disfunciones”(20). El Diagnóstico Dual no constituye un término reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM o de la CIE: se refiere a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. La comorbilidad existente entre estas dos patologías está continuamente bajo discusión. Es bastante probable que el nombre muestra confusión ya que no se trata de una patología sino de la descripción de la coexistencia de dos o más enfermedades y este hecho hace que no se encuentre reconocida en las clasificaciones internacionales y existe controversia en la contextualización entre los que sostienen la validez de su concepto y entre los que no están de acuerdo con ello. El diagnóstico de la patología dual es realmente complejo. Ambas sintomatologías interactúan entre ellas y pueden provocar cuadros clínicos dudosos y discutibles. Por lo tanto, se considera totalmente necesario el estudio integral e individual de ese paciente, combinando el tratamiento psiquiátrico con el de la toxicomanía, para llegar a realizar un diagnóstico correcto, lo cual conllevará a un tratamiento adecuado y con muchas más posibilidades de recuperarse(21, 22).

La patología dual fue reconocida hace relativamente poco, con lo cual los profesionales tienen dificultades para reconocer los signos y síntomas y realizar un buen diagnósticos(23). En la mayoría de ocasiones la sintomatología de ambas patologías de base es muy similar, llegando a

ser complicado realizar un diagnóstico diferencial. Es importante y totalmente necesario, para un diagnóstico adecuado, saber diferenciar de una manera concreta si los síntomas provienen secundarios al consumo o de un trastorno primario(6). Se estima que un trastorno que se mantiene más de cuatro semanas después de la intoxicación o abstinencia, es un trastorno mental primario o un trastorno persistente provocado por el consumo. Es indispensable diferenciar las circunstancias de aparición y su relación con el consumo de la sustancia para poder ajustar un tratamiento a medida del paciente y así evitar recaídas(24).

Así pues, se diferencian dos perfiles de paciente de patología dual. Por un lado se observa que alrededor de un 44% de enfermos mentales consumen tóxicos de manera habitual y esto conlleva a una descompensación y reagudización de su patología de base, disminución de la adherencia terapéutica, lo cual conlleva a abundantes recaídas(20). Por otro lado, aproximadamente un 75% de drogodependientes que acaban desarrollando una patología mental a consecuencia de periodos prolongados de consumo de tóxicos. Las drogas pueden provocar una gran variedad de síntomas mentales, consecuencia directa de una intoxicación o abstinencia(20).

Existen una serie de factores que predisponen o presentan un mayor riesgo para desarrollar una patología dual. Estos factores son principalmente(25-30) edad, género, estado civil, nivel académico, situación laboral, creencias, carencia de vínculos, baja autoestima, conducta agresiva y lugares que facilitan el acceso al consumo, entre otros.

La familia interviene desde dos puntos clave hacia el paciente con esta enfermedad. Por un lado puede ser perjudicial para él ya que en algunas ocasiones son familias desestructuradas y solamente suponen un problema más sumado. En otras ocasiones, la familia es el pilar del paciente y su mayor soporte(31). Pero para estas familias tener un familiar

con este tipo de patología también supone una serie de consecuencias: económicas ya que hay incremento del gasto económico (pago de tratamientos, desplazamientos, pago de deudas contraídas por el paciente...); sociales pues la tendencia de estas familias es el aislamiento del resto de familiares y amigos, reducen las actividades de ocio, presentan miedo al fracaso y ocultan la problemática; laborales pues hay una disminución del rendimiento laboral con dificultad de concentración, necesitan pedir permisos para realizar acompañamientos y asistir a terapias y además realizan horas extras para sufragar gastos; en salud física y psicológica estos familiares tienen cambios de humor, irritabilidad, culpa, preocupación, miedo, confusión, sintomatología ansioso depresiva, trastornos de ansiedad y depresión, enfermedades relacionadas con el estrés, hipertensión, úlceras, cefaleas, pérdida del apetito o compulsión por la comida, e importantísimas alteraciones de los patrones de sueño(31). Además consecuencias intrafamiliares ya que se necesita una reorganización de los roles familiares, existe un incremento de las tensiones familiares, alteraciones en la comunicación, discusiones frecuentes, pérdida de cohesión rupturas del núcleo familiar en casos extremos (31).

Las aportaciones por parte de los profesionales hacia el papel de la familia y los problemas que se pueden generar, la ayuda en general es bastante escasa por ello los familiares sienten que los profesionales los “utilizan” simplemente como acompañamiento y control del paciente pero no sienten ningún tipo de apoyo hacia ellos personal(31).

Para poder realizar el programa de educación para la salud, resulta necesario disponer de datos sobre la situación general de Cataluña y Barcelona y así poder determinar en qué zona llevar a cabo el programa. Según el Departamento de Salud de Cataluña(32) más del 60% de la población catalana está comprendida en edades entre los 25 y 44 años sin diferencias significativas entre sexos. Ésta edad es la más vulnerable a padecer patología dual. En los últimos años se ha visto un incremento

de visitas en los servicios públicos destinados a la atención de la salud mental, del 2004 al 2008 aumentó un 16.9%, y en las estadas de los centros de día de salud mental de un 66.7%. Hay un riesgo muy importante de mala salud mental que aumenta a medida que disminuye la cualificación en el ámbito laboral(32).

La droga legal y más conocida es el alcohol llegando a ser la primera sustancia de consumo en Cataluña. Alrededor de un 40% de la población de Barcelona consume alcohol, siendo el grupo masculino mayoritario, con una proporción 2:1 en relación a las mujeres. En segundo lugar la sustancia más consumida es el cannabis con un 14% el cual muestra una prevalencia de consumo elevada en edades comprendidas entre los 15-29 años, mientras que se observa un ligero descenso en los últimos años en la población de más de 35 años(18). En cambio la cocaína, la tercera sustancia más consumida con un 4.2%, muestra un aumento progresivo. Por lo que respecta a las urgencias por consumo de tóxicos ha aumentado aproximadamente en 300 casos entre los años 2004 al 2012(33).

Las características que definen el perfil del paciente con patología dual son principalmente, varón de edad comprendida entre 30-49 años, autóctono, diagnosticado de un trastorno mental, con dependencia al alcohol y a otras sustancias, con nivel socioeconómico bajo, nivel académico elemental, situación laboral poco cualificada, estado civil soltero o divorciado y escasos vínculos afectivos.

Una de las características más importante a tener en cuenta en los pacientes con patología dual es el nivel de adherencia terapéutica que repetidamente es escaso o inexistente. Por adherencia terapéutica(12) entendemos el grado de compromiso (voluntario y activo) y de comportamiento (estilo de vida, medicación, dieta, hábitos tóxicos cambios de comportamiento ...) que establece el paciente con los especialistas para lograr el objetivo mutuo de alcanzar el resultado

terapéutico deseado. Estudios(12) coinciden en la falta de adherencia terapéutica como factor primordial para el abandono prematuro en programas de tratamiento además de ser el principal indicativo en riesgo de recaídas.

Una vez determinado el tipo de paciente, se localiza la región donde se cree que existe la necesidad de actuación. Se escoge la ciudad de Barcelona, concretamente en la zona norte, ya que el Barcelonés-Norte presenta una mayor prevalencia de padecer trastornos mentales, por encima de la media de Cataluña(5).

Se puede verificar entonces a través de datos de las diversas fuentes que la patología dual carece de un soporte científico, de una correcta formación a los profesionales especializados, tanto en detección como en tratamiento, y de un adecuado diagnóstico precoz(21, 25, 28). La elevadísima tasa de prevalencia (aproximadamente del 60%, posteriormente justificada), la consecuente reagudización y descompensación que conlleva a múltiples reingresos, todo esto provoca que se cree el fenómeno del llamado “paciente de puerta giratoria”(34).

Se afirma que los trastornos mentales van aumentando de forma progresiva, con lo cual, si más de un 50% de enfermos mentales consumen, se podrá esperar que el número de pacientes con patología dual aumentará. Es muy importante la investigación y desarrollo de esta patología, ya que no es sólo un problema que afecte al paciente en sí y a la familia, sino que es un problema que abarca a toda la población, siendo así un problema de salud pública(25). La familia y el entorno social también forman uno de los pilares más relevantes para estos pacientes, por lo tanto, es de considerar importante realizar intervenciones dirigidas hacia las familias y no tenerlos en cuenta únicamente como los protectores del paciente(31).

2. Metodología

2.1. Fase preliminar del programa de salud

2.1.1. Análisis de la situación de salud: Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico es imprescindible para realizar el estudio de la región donde se quiere intervenir. De esta manera se consiguen los datos característicos de la población de la zona donde actuaremos. Una vez investigadas las particularidades de la población escogida podremos decidir si ésta es la idónea para llevar a cabo el proyecto.

El proyecto va dirigido al distrito de Horta-Guinardó. Éste está situado en el sector noroeste de la ciudad, entre los distritos de Gràcia y Nou Barris. Limita también por el este con L'Eixample y Sant Martí y por el norte con Sant Andreu. Por el oeste, a través de la sierra de Collserola, conecta con los municipios de Sant Cugat y Cerdanyola del Vallès(17).

El distrito Horta-Guinardó ocupa una superficie de 1,192 hectáreas divididas en once barrios muy distintos como consecuencia de un entorno físico con un relieve accidentado, donde el elemento más característico es la pendiente. Dicho distrito presenta una población general de 169.107 habitantes, de los cuales el 47,1% son hombres y el 52,9% son mujeres (17, 35).

En los últimos doce años no se han observado diferencias significativas en número de nacimientos y defunciones manteniendo así un equilibrio en el número de habitantes. Los últimos datos obtenidos constan del 2012 presentando una natalidad de 1.353 nacimientos de los cuales 685 fueron hombres y 669 mujeres. Por otro lado los datos que constan del 2012 sobre mortalidad son de 1782, 821 hombres y 961 mujeres (17, 35).

La población de este distrito se divide en cuatro grupos de edades: niños de 0 a 12 años componen un 12,1%, jóvenes de 15 a 24 un 8,5%, adultos de 25-64 un 56% y mayores de 65 un 23%. Como podemos observar más

de la mitad de la población se concentra en la franja de 25 a 64 años, siendo 44,6 la edad media de los habitantes del distrito (hombres 42,5 y mujeres 46,6). Según datos del 2011 la población del distrito tiene una esperanza de vida general de 83,2 años (hombres 79,8 y mujeres 86,1) (17, 35).

En lo que respecta a la evolución en la edad de la población desde el año 1991 hasta el 2011, la población infantil ha disminuido un 2,8%, igual que el grupo de población joven que ha presenta un descenso considerable de un 8,7%. A su vez la población adulta joven (25 a 39 años) se ha visto aumentada en un 2% y en cambio la adulta mayor (40 a 64 años) no se ha observado variaciones significativas(17). En lo que respecta a mayores de 65 años observamos la diferencia más importante, ya que en 10 años ha aumentado un 8,9%. En los últimos 10 años existen menos número de niños y jóvenes y más gente mayor. Estos datos nos informan que el número de personas mayores que viven solas va en aumento (17).

A través de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (36), se extraen datos de morbilidad relevantes sobre los tratamientos que se están llevando a cabo de drogodependencias y las características de los que intervienen en éste. En total representan 12.824 en toda Cataluña siendo el Barcelonés la comarca con mayor número de casos, 5.355. En lo que respecta a las características de la población del distrito de Horta Guinardó los grupos de edad con más morbilidad son los comprendidos entre los 25 y 54 años, siendo de los 35 a 39 años el grupo más numeroso. En lo que respecta a la ocupación éstos se encuentran principalmente en el paro (5.081), en segundo lugar los que tienen contrato indefinido o son autónomos (2.842) y los que siguen en volumen, los que tienen incapacidad permanente o tienen algún tipo de pensión (1.595). En lo que respecta al nivel de instrucción del distrito la mayoría presenta el certificado escolar, EGB o ESO (7.317), seguidos de BUP/COU/FP/BAT (2.322) y los que tienen la primaria elemental hasta 5º de EGB (1.423). Al observar datos de los tipos de tóxicos y hábito de

consumo más habitual del distrito de Horta-Guinardó se contempla en primer lugar que el consumo de alcohol, es la principal causa de dependencia con 5.779 personas, en segundo lugar la cocaína con 2.788 drogodependientes, y en tercer y cuarto lugar sin diferencias significativas entre ellos los opiáceos y el tabaco(36).

En cuanto a la salud mental de la población que compone este distrito de Horta-Guinardó, se muestra desfavorable respecto a la ciudad de Barcelona. Se observa un aumento de la población de riesgo a padecer algún trastorno psicológico, tanto hombres como mujeres, en cualquier grupo de edad, aproximadamente ha aumentado de 10-30%. En hombres jóvenes un 19,6% y en las mujeres mayores un 41,5%. (17, 35).

Para obtener datos de incidencia de la patología dual se realizaron cuestionarios a profesionales de Enfermería de diferentes ámbitos asistenciales del distrito de Horta-Guinardó: Unidad de Agudos, Centro de Atención a Drogodependencias y Centro de Salud Mental de Adultos) obtenemos los siguientes datos.

Los profesionales opinan que aproximadamente un 41% de los usuarios no presenta buena adherencia terapéutica. Resulta un dato bastante acertado ya que en un artículo sobre la adherencia terapéutica en personas con enfermedad mental(37), se observa como alrededor de un 50-66% de los enfermos de salud mental incumplen el tratamiento terapéutico, es decir alrededor de un 50-40% mantienen adherencia terapéutica.

En lo que respecta a la cantidad de pacientes con enfermedad mental que consumen la mayoría de los profesionales coinciden en que más de la mitad de pacientes consumen tóxicos (55%). Se equipara la información dada en la bibliografía anteriormente mencionada(4, 5, 13), que expone que más del 50% de los pacientes con enfermedad mental consume algún tipo tóxicos.

Por otro lado los profesionales opinan que un 62% de drogodependientes acaban desarrollando un trastorno mental. Por lo que podemos observar en un estudio de la Asociación de Patología Dual de Madrid, 6 de cada 10 toxicomaníacos desarrollan un trastorno mental, por lo cual se aproxima a los valores extraídos del distrito.

En lo que respecta al diagnóstico de patología dual según el Comité Científico de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)(38), un 50% de las demandas a salud mental son por la ingesta de tóxicos, pero en la encuesta observamos que solamente el 34% de los casos se diagnostica como patología dual. Se puede percibir la falta de diagnóstico en la práctica diaria.

Respecto al volumen de pacientes que padecen reingresos los profesionales coinciden que aproximadamente un 35% de los pacientes anuales reingresan. Se aproxima al 45% de reingresos que enumera el artículo de pacientes de puerta giratoria(34).

Se concluye que la incidencia es aproximadamente del 35% de nuevos casos al año en el distrito de Horta-Guinardó. Aún y así la falta de buen diagnóstico de patología dual presupone que esta incidencia sería mayor.

Al no existir datos de prevalencia de personas con patología dual en el distrito de Horta-Guinardó se han extraído los datos a partir de información proporcionada por profesionales de Enfermería de la Unidad de Agudos del Hospital San Rafael. Los datos corresponden al año 2013 en el cual hubo un total de 250 pacientes dados de alta en el transcurso del año, de los cuales 108 eran hombres (43,3%) y 142 mujeres (56,8%). La edad media de los pacientes era de 42,49 años (hombres 40,6 y mujeres 43,9). Del total de pacientes ingresados 150 consumía algún tipo de sustancia tóxica (60%) con una proporción 2:1 respecto al sexo, de los cuales 100 eran hombres y 50 mujeres. Se puede estimar una prevalencia de pacientes con patología dual de aproximadamente un 60% del total de los pacientes que padecen alguna enfermedad mental.

Por otro lado, según datos del registro de enfermedades de declaración obligatoria(35), los casos de tuberculosis disminuyen siendo inferiores al resto de la ciudad. En los últimos años el número de personas con sida tiende a disminuir y es inferior respecto al total de la ciudad. Según el grupo de transmisión se detecta una disminución de los casos en los usuarios de drogas por vía intravenosa, en cambio, existe un aumento de casos de sida por transmisión sexual en los hombres. (17, 35).

Se observa como factor de riesgo un incremento del índice de victimización desde el año 2000, en el cual se situaba en un 16,4% y que en 2012 un 21,4%(17). Este índice nos indica el porcentaje de población que ha sufrido una o más agresiones, independientemente del lugar de los hechos. Este dato es de considerar importante ya que refleja el grado de inseguridad que percibe la población del distrito de Horta-Guinardó y como esta puede repercutir a su salud mental.

Respecto a los hábitos de salud de la población que reside en Horta-Guinardó, en base a los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona, desde el año 2006 hasta el 2012 se observa un descenso importante en la obesidad de la población, con valores similares al resto de población. A excepción de la población adulta entre 35-44 años (el año 2011 un 19,2% de los hombres y 11,1% de las mujeres), y de 55-64 años que aumentó (el 22,7% de los hombres y el 20% de las mujeres) (17, 35). Este descenso de la obesidad del distrito podemos justificarlo con el aumento de población que realiza ejercicio físico, superior al del resto de la ciudad. En los últimos 5 años ha aumentado el número de personas que hacen ejercicio en su tiempo libre, en el año 2011 el 27,3% de los hombres y el 38,8% de las mujeres eran sedentarios (17, 35).

En cuanto al consumo de tabaco, el comportamiento es diferente según el grupo de edad. En el año 2011, la población de menos de 45 años que fumaba diariamente disminuyó. En cambio en la población adulta de 45 a 64 años tiende a aumentar el consumo de tabaco, con un 27,3% de

hombres y un 28,6% de mujeres, siendo superior al total de Barcelona (17, 35).

Por otro lado, según datos de los Centros municipales de Atención y Seguimiento de drogodependencias (CAS), el consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años y es el principal tóxico de los nuevos casos de desintoxicación. El número de inicios de los tratamientos de desintoxicación en Horta-Guinardó aumentó hasta el año 2004 en 1139 personas, a partir de aquí hasta 2012 el descenso ha sido insignificante, son 242 casos menos, aun así los valores superan al resto de la ciudad. Aumentan los tratamientos iniciados por consumo de cocaína, los iniciados por opiáceos se mantienen estables, mientras que en el resto de Barcelona disminuyen. La mortalidad por sobredosis se mantiene estable en los últimos años siendo similar al resto de la ciudad (17, 35).

En cuanto a la mortalidad en Horta-Guinardó se observa que sigue en decrecimiento respecto a Barcelona, siendo similar el año 2009, la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue de 1.111,6 por 100.000 hombres y 666,7 por 100.000 mujeres (17, 35, 36)

En la población del distrito de Horta-Guinardó, se puede observar que en la franja de edad de los 15 a 44 años, las primeras causas de muerte en los hombres fueron por sobredosis y por lesiones en accidente de tráfico. El año 2009 destaca por el aumento en el número de suicidios y de enfermedad isquémica del corazón; por otro lado en mujeres jóvenes la mortalidad se presenta baja, siendo el cáncer de mama y lesiones por accidente de tráfico las primeras causas. En el siguiente grupo de edad de población, la comprendida entre los 45-74 años, la principal causa de muerte en los varones fue por cáncer de pulmón seguido de la enfermedad isquémica del corazón; por el contrario en mujeres que se caracteriza por cáncer de mama, aun así, éste disminuye y al contrario del cáncer de pulmón en el cual se observa un progresivo aumento, siendo en el 2009 la primera causa de muerte. Los varones de más de 75 años la

enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte, seguida de la bronquitis (EPOC) y enfermedad cerebrovascular, en cambio las mujeres se caracterizan principalmente por la enfermedad cerebrovascular, seguida de la isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca (17, 35, 36).

- *Diagnóstico Epidemiológico:* Aumento de la prevalencia de enfermedades mentales y toxicomanías en el distrito de Horta-Guinardó.

2.1.2. Análisis de la situación de salud: Perfil Comunitario

Horta-Guinardó presenta 169.107 habitantes distribuidos en 11 barrios con un densidad de población de 5.857 habitantes/ha. El barrio con mayor número de habitantes es el Guinardó (35.664 hab.), seguido del Carmel (32.012 hab.), Horta (27.013 hab.), el Baix Guinardó (25.918 hab.), la Teixonera (11.776 hab.), la Font d'en Fargues (9.569 hab.), Can Baró (9.005 hab.), Sant Genís del Agudells (6.985 hab.), La Vall d'Hebrón (5.569 hab.), Montbau (5.144 hab.) y la Clota (5.452 hab.). El Baix Guinardó es con diferencia el barrio que presenta mayor densidad población con 1.092 hab/ha respecto al resto (17).

La mayoría de la población del distrito es principalmente de nacionalidad española con un 83%, de los cuales 59% son autóctonos de Cataluña y el 24% del resto de España siendo Andalucía la Comunidad Autónoma un número mayor de migración. Por otro lado el 17% restante son extranjeros siendo América el principal emisor inmigrantes, un 7%, seguido de Europa con un 3,7%, Asia con un 1,7% y África un 0.9% (17, 36).

En lo que respecta a la evolución sobre los ciudadanos nacidos en Cataluña ha disminuido un 2,8%. La población procedente del resto de España ha disminuido un 11,9% y a su vez los que provienen del

extranjero con nacionalidad española, ha aumentado un 14,9% y la población con nacionalidad extranjera ha aumentado un 12,1%, siendo el porcentaje más elevado de la última década (17).

Un 10,7% de los ciudadanos de este distrito no tiene ningún tipo de estudios elementales. Gran número de la población presenta estudios básicos con un 44,8%, mientras que 25,1% muestran estudios secundarios como el BUP, COU, FPII, CFGM. Por otro lado un 19,4% tiene estudios cualificados no obligatorios, como estudios universitarios o CFGS. Existe una tasa que identifica a los ciudadanos mayores de 16 años analfabetos y sin estudios respecto al resto de población, ésta es la tasa de instrucción insuficiente con un valor de un 14,1% (17, 36).

El 60% de la población que compone Horta-Guinardó dispone solamente de una asistencia sanitaria pública. En el año 2011 aumentaron los seguros privados (33,5% en hombres y 37,1% en mujeres), aun así la población con doble cobertura sigue siendo inferior al total de la ciudad que se sitúa alrededor de un 40%. En cuanto a las consultas de los servicios de salud, el número de personas que consulta el médico de cabecera y el pediatra han aumentado en los últimos años siendo superior al resto de la ciudad. En cambio, las visitas al especialista que habían aumentado en el año 2006, disminuyeron en el 2011 quedándose unos valores similares al resto de Barcelona. Las consultas en los servicios de urgencias también disminuyeron pasando a ser inferiores respecto al total de la ciudad (17, 36).

Según el índice de ciudadanos que viven solos, se observa como el grupo de edad que comprende un mayor número de personas es el de 65 a 84 años con 7.325 personas, seguido del grupo de edad entre 25 a 44 años con 5.682 las personas (17).

La tipología de locales catastrales que componen el distrito son un 65% viviendas, un 22,2% aparcamientos, 5,4% comercios, 5% industrias,

0,6% oficinas, 0,6% educación, 0,5% sanidad y el 0,8% entre hostelería, deportes y lugares de culto (1).

Desde 1900 a 1960 se edificó el 25,4% de infraestructuras del distrito. El momento de mayor expansión en la construcción fue entre 1961 a 1980, con un 59,8% destacando sobre años anteriores y posteriores ya que a partir de 1980 hasta la actualidad ha disminuido considerablemente con un 14,8%. Con esta información se demuestra que la mayoría de las infraestructuras tienen entre 30-50 años(17). Casi el 50% de las viviendas se caracteriza principalmente por una superficie de 61 a 90 m², seguido de un 34% de extensión comprendida entre 31 a 60 m². Con valores mucho menos significativos nos encontramos viviendas de 91 a 120 m², con un 9,3%, seguido de superficies de hasta 30 m², 5,4%, y mayores de 121 m² que corresponde al 2,2% (17).

Los estudios del número de habitantes por vivienda indican que las más comunes son las que presentan 1 o 2 residentes por hogar (41.849), seguido de los que presentan de 3 a 4 residentes (23.354), y por último en los que residen más de 5 (4.104) (17).

Con estos datos se puede distinguir una relación directa entre el elevado número de ciudadanos que viven solos y que la vivienda más característica y común es la que presenta menor número de residentes por hogar. Como se observa anteriormente en el perfil epidemiológico, los mayores de 65 años es el grupo que más ha aumentado, con lo cual el número de población que vive sola se ha visto aumentado en los últimos diez años en un 7,3%(17).

Del año 2009 al 2012 se ha visto aumentado el número de personas sin actividad laboral en unas 2.000 aproximadamente, presentando un 10,9% de la población que compone el distrito de Horta-Guinardó. El 80,3% de la población del distrito dispone de una renta familiar. Por otro lado la Renta mínima de inserción (PIRMI) supone un 10,7% del total (17).

En lo que respecta a pensiones no contributivas de la Seguridad Social, el número de pensiones por invalidez se ha incrementado desde el año 2007 de 697 personas a 770 en 2012. Por otro lado el número de pensiones por jubilación ha disminuido de 788 en 2007 a 723 en 2012 (17).

La población activa del distrito trabaja mayoritariamente en actividades terciarias pero en una proporción inferior a la del municipio. De aquí que podamos hablar de un carácter más industrial de la población activa en Horta-Guinardó. No obstante, dependiendo del número de habitantes que componen los diferentes barrios se observa mayor o menor número de locales activos. Guinardó es el barrio que presenta mayor número de población (21%) y mayor número de comercios (28%) (17).

La población activa del distrito se sitúan por debajo de los de la ciudad en actividades más dinámicas o especialidades como las de finanzas y seguros y educación, aún y así destacar las mayores proporciones de población activa en Horta-Guinardó en actividades relacionadas con la sanidad (17, 36).

La estructura económica del distrito se basa, fundamentalmente en los servicios de consumo con un 64%, en el comercio minorista y otros servicios al consumidor un 36%, principalmente los comercios son de alimentación, mientras que los servicios destinados a las empresas son muy poco significativos, y representantes fundamentalmente en los servicios distributivos (comercio al por mayor y almacenes) con tan solo un 0,36%. Esta gran variedad de redes comerciales se han consolidado en trece asociaciones y dos ejes comerciales situados, en muchos casos, en los alrededores de los cuatro mercados municipales (17).

Según el tipo de propietario de estos locales podemos dividirlo entre personas físicas con un 84,3% del cual un 0,9% son de nacionalidad extranjera, y personas jurídicas con un 12,2%. Del 3,5% restante no se obtuvieron datos (17).

Por otro lado, la existencia de infraestructuras hospitalarias grandes, de establecimientos que fabrican productos farmacéuticos y de actividades generadas a partir de estas implantaciones, otorgan al distrito un carácter específico y un cierto nivel de especialización en temas sanitarios y farmacéuticos.

En la actualidad el transporte público ofrece un servicio adecuado en la mayor parte del territorio, al que dan servicio las líneas III, IV i V del metro. Además las líneas de autobús llegan a todos los barrios del distrito. En los últimos meses se han puesto en funcionamiento dos líneas de autobús de barrio en Can Baró y en Sant Genís (17).

La red viaria básica del distrito, la que conecta con el resto de la ciudad, también ha mejorado en gran manera en estos últimos años. Esta red viaria posibilita la conexión rápida de Horta-Guinardó con el resto de la ciudad y crea dos espacios de centralidad fundamentales para el desarrollo: la zona del Parc de la Vall d'Hebron y la plaza Alfons X-Torrent d'en Melis, que quedan unidos por el eje formado por el túnel de la Rovira, la rambla del Carmel i la Avinguda de l'Estatut. Existen infraestructuras que garantizan definitivamente la conexión en el sentido Besós-Llobregat. El distrito Horta-Guinardó ofrece líneas de metro, autobuses y Ferrocarriles Catalanes (17).

Horta-Guinardó dispone de 3.047 plazas en residencias, 487 en centros de día, 575 en sociosanitarios, y además establece 416 plazas en viviendas tuteladas. Este distrito está compuesto por 6 Centros de Atención Primaria distribuidos entre los once barrios. Un 10,7 % de la población es atendida por Servicios Sociales, además de un 12,8% que precisa ayuda domiciliaria. No obstante es importante destacar centros especializados en salud mental y toxicomanías. En el distrito de Horta-Guinardó localizamos centros de atención a la salud mental como es la unidad de agudos del Hospital Sant Rafael, urgencias en Hospital Vall d'Hebrón, además de dos Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA),

CSMA Horta y CSMA Guinardo. Así como los Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS): Horta-Guinardó, Vall d'Hebrón y Hospital Sant Pau (17, 36).

Aun teniendo varios servicios de atención de salud mental y drogodependencias en el distrito de Horta-Guinardó, y teniendo el conocimiento de la interacción que existe entre ambos trastornos, no existen programas dedicados a usuarios con patología dual.

El distrito consta de 58 instituciones entre jardín de infancia, escuelas, institutos, tanto públicos como privados. Además se encuentran una serie de equipamientos culturales como son, 4 bibliotecas y 5 centros cívicos (17).

En lo que respecta a los accidentes de tráfico ha disminuido en un 3,62% (17).

En 2010 existían 133.845 Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) y según datos de 2012 se cerraron 34.430 oficinas, quedándose en 99.415 oficinas actuales (17).

El distrito contiene un lugar de interés turístico llamado Parque del Laberinto, el cual en el 2012 presentó unas 215.302 visitas. Además cuenta con 6 parques más distribuidos en todo el distrito. También existen 13 espacios de recreo y pipicanes para perros. 3.001 bancos públicos, 177 jardineras, 197 buzones de correos, 147 rótulos cívicos, 20 kioscos de prensa, 11 paradas de taxis. Dispone de 202 fuentes públicas y ornamentales. Existen 91 áreas de juegos infantiles. El distrito también dispone de 10 equipamientos hoteleros y de restauración, presentando principalmente hoteles de una a cuatro estrellas, seguido de hoteles/apartamento y pensiones, representando el 1,8% de Barcelona. Además dispone de 147 terrazas de bares (17).

Por otro lado debido a la diversidad cultural existen diferentes lugares de culto. En total forman unos 54 centros, se dividen en: 35 Católicos, 11 Evangélico, 3 Testigos de Jehová, 1 Islam y 2 Budismo (17).

- *Diagnóstico social:* Falta de recursos dirigidos a población con trastorno mental y drogodependencia en el distrito de Horta-Guinardó.

2.1.3. Identificar los factores que se asocian al comportamiento sobre el que se quiere intervenir (factores predisponentes, facilitadores, refuerzo) mediante el método PRECEDE.

El modelo PRECEDE es bastante utilizado en Educación para la Salud pues resulta muy útil para identificar los factores que influyen en la conducta de una persona, es decir, nos da a conocer los factores que permiten a los individuos adoptar conductas más saludables.

El comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas y organismos en relación a su entorno o mundo de estímulos. Dicho comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. Es un conjunto de actos exhibidos por el ser humano y que están determinados por ciertos elementos primordiales como la cultura, actitudes, emociones, valores personales, valores culturales, ética, poder, relación, persuasión o genética.

El comportamiento de una persona es realmente importante en el día a día, ya que podemos desarrollar muchas actividades para tratar de mejorarlo y así poder vivir de una mejor manera, ya sea observando los puntos fuertes, como mejorar algunos aspectos o tratar de disminuir las

debilidades aumentando la atención en esos puntos débiles de cada ser humano.

Todo comportamiento está directamente influenciado por una serie de elementos, lo cual afectará en mayor o menor medida en la acción del individuo. Con todo esto, identificaremos los factores que creemos asociados directamente en el comportamiento que queremos intervenir.

El modelo PRECEDE se caracteriza por analizar tres tipos de factores: factores predisponentes, factores facilitadores y factores reforzadores.

Los factores predisponentes son aquellos factores individuales de cada ser humano que posee de manera intrínseca y personal. Suponen una motivación para actuar. Un mismo factor puede ser beneficioso o perjudicial dependiendo del individuo. Éstos están compuestos por conocimientos, actitudes, valores o creencias, sexo, edad o cultura.

Consideramos que uno de los elementos más primordial es la naturaleza genética, ya que es un componente invariable con el cual el individuo deberá convivir. La edad, el sexo o la cultura son componentes del individuo que afecta a su comportamiento, pero no se pueden modificar.

Los conocimientos nos aportan información necesaria a la hora de tener un comportamiento determinado. Cuantos más conocimientos adquiramos sobre cualquier concepto, tendremos mayor seguridad a posicionarnos. Esto no quiere decir que sea el adecuado sino el que cada uno escoge de manera individual. En el paciente dual debemos de tener en cuenta el nivel de conocimientos que presenta tanto de enfermedad en sí como del consumo de sustancias, ya que estos pueden predisponerlo. Habitualmente los conocimientos de personas con patología dual son erróneos ya que dichas personas no conocen su propia enfermedad: tratamientos individualizado, características de la dualidad (enfermedad mental y toxicomanía), repercusiones del consumo y abandono del

tratamiento, consecuencias, complicaciones, adaptación a la enfermedad, conciencia de enfermedad.

Por otro lado la actitud que el paciente tiene en su vida, influirá positiva o negativamente ante cualquier comportamiento. Nos podemos encontrar una actitud negativa o contemplativa, y una actitud positiva o activa. Ninguna de ellas nos indica con seguridad el acabar desarrollando un futuro problema. Según la actitud que presente el paciente en un momento determinado, le hará más vulnerable o no a adoptar un comportamiento correcto o inadecuado. Las personas con patología dual mantienen una actitud pasiva y contemplativa en general. Presentan falta generalizada de interés, motivación, sin objetivos ni metas que alcanzar.

A lo largo de la vida cada persona se va identificando con determinados valores. Son principios que nos permiten orientar nuestro comportamiento en función de realizarnos como personas. Hablamos de elementos fundamentales que nos ayudan apreciar y elegir un comportamiento en lugar de otro. También son fuentes de satisfacción y plenitud que nos proporciona una pauta para formular metas y objetivos, personales y colectivos. Plasman nuestros intereses, sentimientos y convicciones más importantes. El cumplimiento, bienestar, respeto, confianza, tradición, empatía, poder... son algunos ejemplos de valores que pueden repercutir en cualquier comportamiento. Las personas con patología dual carecen de metas u objetivos, su principal objetivo es conseguir el propio bienestar sin importar el entorno o camino para conseguirlo. Persiguen intereses propios, sin empatía ni compromiso.

Hablamos de creencias como una mera actitud mental que puede ser inconsciente que puede actuar en la vida psíquica en el comportamiento del individuo orientando su inserción y conocimiento del mundo. No nos referimos únicamente a creencias externas como por ejemplo las religiosas, política o culturales, sino que también hablamos de creencias internas que surgen de nuestro propio pensamiento, experiencia y convicciones. Dependiendo de la creencia que posees puede ser una

creencia que repercuta positiva o negativamente en tu vida. El paciente con patología dual posee la creencia de que el consumo de tóxicos alivia su sintomatología psiquiátrica, le ofrece bienestar, le evade de la realidad, cree que su situación no empeorará por mucho que consuma, mucha gente consume va a tener que pasarle algo a él.

Todos estos factores componen elementos fundamentales para así poder orientar y guiar al individuo para intentar conseguir una conducta nueva, mejorada, modificada y adaptada a las diferentes circunstancias. De esta manera, será elección personal conseguir mantenerla o abandonarla. El programa va dirigido a abordar estos factores variables con el objetivo de modificar la conducta.

Los factores facilitadores son aquellos que preceden al comportamiento y que permiten modificar la motivación, es decir actúan como barreras a la acción. La disponibilidad, accesibilidad y bajo coste de productos de consumo no saludables son importantes factores facilitadores que afectan a la conducta. Éstos están compuestos por las habilidades y por la accesibilidad a los recursos tanto personales como sociales. Permiten llevar a cabo la conducta que desea. Con las habilidades se refiere a la destreza requerida para la realización de las conductas tanto instrumental como social. La habilidad social permite mantener muchas relaciones con demás individuos que pueden tener contactos de distribución de tóxicos y por otro lado la habilidad instrumental de saber preparar los tóxicos para su consumo. Las personas con patología dual tienen accesibilidad a gran número de personas que pueden suministrar los tóxicos e instrumentos que permiten el consumo.

Los factores de refuerzo son los que se obtienen por el comportamiento. Retroalimentación motivadora o desmotivadora tras la realización de una conducta. Pueden ser tanto reales como subjetivos. En estos intervienen los refuerzos subjetivos, físicos y emocionales individuales de cada persona en los cuales refuerzan o debilitan que la conducta se repita o no. Otros agentes de refuerzo que intervienen son la familia, comunidad y

grupo de iguales. Y por último los refuerzos reales que son aquellos objetivos objetivables, es decir, demostrables. En las personas con patología dual el alivio de los síntomas, el bienestar generalizado, en el momento del consumo, les motiva a seguir con la conducta. Sentimiento de mejora en relaciones sociales y emocionales, las conductas que adopta el entorno (amigos, familia), como el propio placer del consumo, lo refuerza.

La familia es uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social pueden llegar a ser incluso factores protectores o disminuir factores de riesgo a los que se puede encontrar cualquier individuo. Por otro lado, la familia no solamente puede influir de manera positiva, sino también puede actuar como un elemento negativo durante el día a día de la persona. Este elemento actúa como un eje modulador y a la vez modelador dentro del desarrollo de los factores de riesgo, igual que las instituciones educacionales. Si la familia de la persona con patología dual se encuentra en un ambiente donde la presencia de tóxicos este normalizada será un refuerzo hacia la realización de la conducta. En cambio sí en el ambiente familiar no existe contacto con tóxicos, el consumo de éstos adoptaría un refuerzo negativo.

Las escuelas no sólo son lugares donde educan, enseñan e imparten un sinnúmero de conocimientos, sino que también establecen unos valores y normas que se deben seguir y cumplir, así como las relaciones con los demás. Todo esto no siempre se debe mirar como algo positivo, sino que dependiendo de cada ser humano le influirá de manera positiva o negativa. Son muchos los elementos que intervienen en todo esto, las capacidades personales, como la autoestima, la autopercepción, las destrezas sociales entre otras.

- *Diagnóstico comportamental:* Elevado índice de consumo de tóxicos en la población en general del distrito de Horta-Guinardó.

Comportamiento a modificar: Consumo de tóxicos en pacientes con Patología Dual			
	Factores predisponentes	Factores facilitadores	Factores de refuerzo (+ o -)
Me alivia los síntomas	✓		✓
Todos mis amigos consumen			✓
No me va a pasar nada por uno	✓		
Tengo un bar en cada esquina		✓	
Estoy mejor cuando consumo que con la medicación	✓		✓
Mi familia no quiere que consuma			✓
Consumir no afecta a mi estado mental	✓		
Las drogas no tienen efectos secundarios	✓		
Consumir no complicará más mi situación	✓		
Cuando consumo soy más sociable			✓
Es fácil en mi barrio conseguir tóxicos	✓		
Me venden los tóxicos a buen precio		✓	
No tengo nada mejor que hacer en esta vida	✓		
Cuando consumo me olvido de todo			✓
A mis amigos no les afecta y a mí no tiene porqué	✓		

2.1.4. Análisis de los datos obtenidos y priorización de los problemas. Diagnóstico educativo

Como conclusión de esta fase preliminar del programa, hemos podido comprobar en Horta-Guinardó destaca principalmente una disminución de la población joven y un aumento del envejecimiento, de personas que viven solas y de población nacida en el extranjero.

Aunque habido una mejora en el nivel educativo de la población vemos un bajo nivel en general.

Por lo que se observa en el distrito ha habido un aumento de población con riesgo de padecer un trastorno psicológico, respecto a la ciudad en general. Representa el distrito con mayor número de casos de inicio de tratamiento de drogodependencias. El Barcelonés es la comarca que registra mayor número de casos de drogodependencias en Cataluña. Además una de las causas de muerte en edad adulta es por sobredosis.

La mayoría de la población solamente tiene acceso a asistencia sanitaria pública siendo referente principal la atención primaria, es decir, el médico de cabecera referente. Por lo que respecta a las especialidades disminuyen las visitas.

Más allá del trabajo realizado por los servicios de salud, las conductas y hábitos de vida, el entorno donde viven y trabajan, el contexto social, económico y políticos hacen que sean los principales factores que inciden sobre la salud. Es igualmente necesario que se adopten hábitos saludables como creaciones de entornos donde se favorezca la salud y así poder promover en toda la población que compone el distrito, que éste sea saludable.

- *Diagnóstico educativo:* Falta de conocimientos para el manejo de la patología dual en personas que la padecen en el distrito de Horta-Guinardó.

2.2. Fase de desarrollo

2.2.1. Objetivos del Programa de Salud

- Objetivo general: Disminuir en un 20% la prevalencia de reingresos de pacientes adultos con patología dual en el distrito de Horta-Guinardó en 18 meses.
- Objetivo intermedio: Disminuir en un 25% el consumo de tóxicos en pacientes con patología dual en el distrito de Horta-Guinardó en 18 meses.
- Objetivos específicos:
 - Objetivo de conocimiento: El 20% la prevalencia de pacientes con patología dual sabrán enumerar los efectos adversos del consumo al finalizar el programa.
 - Objetivo de habilidad: El 15% de los pacientes con patología dual demostrarán el manejo del tratamiento farmacológico al finalizar el programa.
 - Objetivo de actitud: el 20% de los usuarios con patología dual estarán sensibilizados a la necesidad de mantener una correcta adherencia terapéutica al terminar el programa de salud.

2.2.2. Intervenciones educativas

El objetivo con este trabajo es ayudar a que las personas, familias y comunidades lleguen a lograr y mantener la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente y de esta manera promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso adecuado de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, así como el logro de sus metas personales y colectivas, en relación con la justicia y el bien común.

Nuestra forma de llevar a cabo estas intervenciones y actividades radica en su carácter íntegro, de una manera holística, no solamente viendo el problema a tratar, sino considerarlo de una manera global.

El programa se llevará a cabo principalmente con el equipo de enfermería, el cual se complementará en sesiones concretas con la participación de pacientes rehabilitados, familiares de pacientes, asociaciones y empresarios. Pero sobretodo es necesaria la participación de los usuarios y familiares.

El fin a conseguir es mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan patología dual, disminuyendo así los reingresos en los centros hospitalarios. Se trata de trastornos realmente complejos, por lo tanto, es de gran importancia el apoyo en el proceso, tanto personal como familiar, de los usuarios. Para lograr el objetivo, se deberá conseguir que el usuario presente conciencia de enfermedad para poder mantener compensada la patología mental, así como la abstinencia a sustancias tóxicas y favorecer la reinserción social.

La iniciativa que el programa desea alcanzar, se basa en un modelo de salud mental y psiquiátrica comunitaria, en el cual se desea destacar, de una forma digna, la desestigmatización, rehabilitación, reinserción social y laboral.

La particularidad de estas personas es el doble trastorno, que a su vez dificulta su mejoría. Los usuarios que padecen un trastorno psiquiátrico en comorbilidad con un trastorno por dependencia de drogas y alcohol, son pacientes que no son aceptados en programas de drogas, por sus constantes desequilibrios psiquiátricos. Además son poco acogidos en dispositivos de corta, media y larga estancia de instituciones psiquiátricas por ser consumidores de drogas.

De esta manera, se desea conseguir que dichos pacientes, puedan poco a poco, integrarse socialmente, para poder posibilitar un trato más digno e integral, ya que permite que estas personas puedan relacionarse con otras personas, se inserten de manera social y familiar, tanto en la comunidad y en la sociedad en todo su conjunto. Estas intervenciones favorecen una reinserción social y laboral. Esto fomenta de manera positiva a la disminución de la estigmatización, en la medida de que el sujeto no se encuentre aislado, solo y poder desarrollar una pertenencia a un grupo que lo acoge y lo valora como persona.

Las actividades se realizarán en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Horta.

Clase magistral: El objetivo que se desea conseguir con esta intervención es generar interés y potenciar la motivación de los usuarios con patología dual. Dicha intervención estará regulada por dos enfermeras. Constará de tres sesiones. En la primera sesión, se realizará un cuestionario sobre conceptos generales a cerca de la patología dual. Con estas sesiones se informará a los usuarios sobre la importancia que tiene el control de su patología en los diferentes niveles a través de una visión holística y de esta manera brindarles la oportunidad de reflexionar sobre su situación. En las tres sesiones posteriores, enfermería se encargará de tratar la parte más física, psicológica y social de la patología dual. La sesión física de la enfermedad, compone: explicación sobre la patología dual, importancia de la adherencia al tratamiento terapéutico, consecuencias y repercusiones del consumo de tóxicos, importancia de recaídas y sus posteriores reingresos. La sesión psicológica se ocupará de la parte más personal e individual de los usuarios, que compone: exponer los diferentes tipos de personalidad existentes, explicar la patología en el ámbito de la psicología, consecuencias y repercusiones, explorar sobre las sensaciones y sentimientos de cada paciente antes, durante y después del consumo, breve explicación de métodos para disminuir la ansiedad y evitar posibles recaídas. Y la última clase magistral se

encargará de la parte más social de dicha enfermedad, que compone: explicación sobre las repercusiones hacia la comunidad, tanto del usuario con la sociedad que les envuelve y viceversa, reflexionar sobre la visión que creen dar ante la comunidad, valorar la situación familiar y social (amistades, ambientes, creencias...), informar sobre los beneficios y ayudas sociales existentes. Estas clases serán impartidas de manera clara y concisa, con conceptos comprensibles para todos los usuarios. Estos conceptos se irán desarrollando y profundizando en diferentes seminarios posteriores a las clases magistrales. Estas clases se realizarán una vez por semana y tendrán una temporalidad de unos 45-60 minutos aproximadamente, dependiendo del interés del grupo ante el profesional.

Seminarios: El objetivo a conseguir con esta actividad es profundizar sobre los conceptos generales de la patología dual que mencionamos en la intervención anterior. Los profesionales que dirigirán estas sesiones serán los mencionados anteriormente, además de contar con el apoyo de varios pacientes expertos, asociaciones y un empresario que otorga oportunidades a personas con este tipo de patologías. Estos seminarios se realizarán una vez por semana, intercalando las diferentes especialidades, con una duración de 45-60 minutos. Los grupos que compondrán esta actividad serán reducidos y así intentar individualizar el aprendizaje y conseguir que haya interacción entre el profesional y el usuario.

Talleres prácticos: El objetivo que se desea alcanzar con esta intervención es desarrollar y potenciar sus habilidades conductuales y sociales, capacidad de decisión, saber enfrentarse a situaciones complejas, integración en la sociedad, recomendaciones y orientación familiar, estilos de vida saludables y actividades de ocio alternativas. Estos talleres se impartirán de manera intercalada con los seminarios anteriormente mencionados, se llevarán a cabo con los profesionales de enfermería. Tendrá una duración de 60-90 minutos, dependiendo del

grado de interacción del grupo, una vez por semana combinándolo con los seminarios.

- Roll-playing: Se crearán situaciones complejas, en las cuales los usuarios adquirirán diferentes roles y así poder observar reacciones, comportamientos, sensaciones y sentimientos. Al finalizar cada actuación se analizará de forma conjunta con el resto del grupo cual debería ser la mejor actuación en cada caso.
- Videos: Se visualizarán películas, documentales, series, cortos y anuncios que traten sobre las enfermedades mentales y las toxicomanías, seguidamente se realizará un análisis y reflexión sobre los diferentes puntos de vista de cada uno de los participantes del grupo.
- Biblioteca: Se comentarán diferentes libros que traten sobre problemas con adicciones, enfermedades mentales, libros de apoyo y autoayuda, con el fin de reflexionar sobre la patología que tienen y sus vivencias.
- Teatro: Se realizarán dos pequeñas obras durante el año, los ensayos de la obra de teatro serán una vez al mes, con una duración de 45 minutos aproximadamente. La intervención será voluntaria.
- Reiki/pilates/yoga/danza: Estas sesiones se realizarán una vez cada dos meses aproximadamente, se irán alternando las diferentes actividades y los usuarios tendrán libertad para asistir a las clases que más les interesen. A través de gestión del equipo del programa, se proporcionará información y centros externos, donde poder realizar estas actividades de manera continua, con más asiduidad.

- Actividades deportivas: Estas sesiones se realizarán un día cada dos meses aproximadamente, alternando diferentes deportes: baloncesto, fútbol, hándbol, voleibol, natación, tenis. A través de gestión del equipo del programa, se proporcionará información y centros externos, donde poder realizar estas actividades de manera continua, con más asiduidad.
- Entrenamiento de habilidades sociales: Analizar situaciones complejas y que les puedan crear estrés y ansiedad, posibles resoluciones del problema por parte de los usuarios, proporcionar herramientas para poder afrontar de manera adecuada este tipo de situaciones, preparar al paciente para el mundo laboral, realizando un currículum, saber de qué manera buscar trabajo, habilidades para presentarse en una entrevista y tener en cuenta la apariencia física. Todo esto se llevará a cabo con simulacros de entrevistas laborales.
- Asesoramiento familiar: Se extraerá las sensaciones y sentimientos de cada usuario a través de las reflexiones explicadas por cada uno de ellos. De esta manera se observará el rol que ellos creen que tienen dentro de su familia y de qué manera les afecta todo esto en su enfermedad. Esta intervención se llevará a cabo cada 3-4 meses.
- Entrevistas motivacionales: Se realizarán dos entrevista personal a cada participante del grupo, esta será un apoyo más para llegar a alcanzar un cambio en el comportamiento ayudando a los usuarios a explorar y resolver ambivalencias. Además se potenciará de manera individual los puntos fuertes de cada paciente.
- Creación zona verde: Se dispondrá de una zona donde se llevará a cabo un pequeño huerto. Se establecerán unos 30 minutos aproximadamente a la semana para el cuidado y seguimiento del

huerto, de esta manera los participantes irán observando la evolución de lo que han cultivado.

Controles de orina: Con el fin de conseguir un adecuado seguimiento al tratamiento terapéutico, realizaremos controles rutinarios de manera periódica y aleatoriamente sobre los usuarios.

Cada intervención tiene un fin diferente, con todas estas intervenciones desea promover nuevas relaciones entre los sujetos y así aprovechar los intercambios sociales para brindar infinidad de beneficios que se reparten entre todos los miembros de este programa de salud. Por otro lado también se considera totalmente necesario fomentar la participación social y la prevención de drogas y alcohol, desde conceptos básicos como la educación por el medio ambiente, la importancia de la constancia y el buen mantenimiento de todo lo que se hace.

Este programa consta de dos partes, una colectiva y otra más individualizada del usuario. Un programa con atención especializada, en el cual se realizarán todo tipo de actividades variadas y lo más asequibles posibles. Estas intervenciones han demostrado facilitar una elevada tasa de cumplimiento terapéutico, un éxito en el tratamiento de personas con patología dual y una gran prevención a nivel de recaídas. Existen evidencias científicas sobre la importancia de introducir entrevistas motivacionales al igual que entrenamientos en habilidades sociales para este tipo de pacientes(39).

Para conseguir que este programa sea efectivo y adecuado para este tipo de usuarios, es imprescindible que este proyecto se desarrolle de manera integral, ya que requieren una atención totalmente especializada por parte del equipo de enfermería. Este papel debe integrar tanto el tratamiento frente a la drogodependencia como el del trastorno mental.

Se debe utilizar una metodología estandarizada basada en teoría y seminarios que posteriormente se aplicaran a casos prácticos y reales para así potenciar el aprendizaje cognitivo-conductual y así poder

proporcionar los cuidados a este tipo de usuarios. Como condición intrínseca a esta metodología y como consecuencia de la complejidad que presentan estos pacientes, este modelo de aprendizaje se debe realizar de forma flexible, dinámica y constante, siempre en función de las necesidades que puedan surgir en cada momento.

Este abordaje integral proporciona a la enfermería un papel importante en la ejecución y la toma de decisión dentro equipo multidisciplinar. Las funciones enfermeras se centran en llevar a cabo el proceso de atención de enfermería mediante la valoración del usuario mediante un punto de vista integral y holístico. Dentro de esta valoración incluiremos diagnósticos de enfermería, planificación de los cuidados necesarios, ejecución y evaluación, para llevar a cabo un programa adecuado.

Es imprescindible que estas actividades del programa sean totalmente accesibles, flexibles y motivacionales atendiendo siempre a las necesidades biopsicosociales de cada persona, debe existir un vínculo entre los profesionales del equipo multidisciplinar con los usuarios que formen parte de este proyecto, los objetivos del programa deben ser realistas, las actividades deben asegurar la continuidad de los cuidados que queremos prestar.

2.3. Previsión de recursos

Para conseguir la efectividad y eficiencia del programa de salud es imprescindible una buena gestión de los recursos. Cada parte del programa necesita de unos recursos y requerimientos individuales para poder alcanzar el objetivo que se desea obtener.

La adecuación de los recursos que necesita la población que tratamos en este proyecto, la podemos extraer gracias al marco teórico, perfil

epidemiológico, perfil comunitario y aquellos factores que se asocian al comportamiento que se quiere intervenir.

Gracias a esto, podemos llegar a conocer a que perfil de población nos encontramos, cuáles son sus necesidades y limitaciones, cuales son los recursos que predominan y de qué manera llegar a conseguir que, pacientes con una patología tan compleja como la patología dual, cumplan un gran objetivo como aumentar su calidad de vida, gracias a una serie de actividades e intervenciones dedicadas de manera individual y personal a dicho usuarios.

Para que nuestros recursos sean efectivos, debemos tener en cuenta varios puntos importantes como: adecuar los recursos cualitativos y cuantitativos mediante la formación que desarrollaremos; Procurar que las infraestructuras que utilicemos sean las adecuadas para el objetivo que queremos conseguir; Adaptar y acercar una atención y servicio más especializado en el ámbito de la patología dual, para conseguir que la atención integral tanto enfermera como del resto de profesionales empiece donde surja el problema o la necesidad de dichos cuidados; Debemos asumir la demanda y necesidad que pueda surgir durante el proceso, procurando una atención de calidad; Conseguir una buena sistematización, estructura y metodología para poder llevar a cabo y transmitir un método de trabajo adecuado y efectivo; Establecer una serie de instrumentos de medida y evaluación para todas las actividades e intervenciones propuestas por el equipo multidisciplinar.

Se contratará uno o dos profesionales de enfermería para el Centro de Salud Mental de Adultos de Horta (CSMA), donde se realizarán las sesiones del proyecto. Dichos profesionales requerirán una preparación previa antes de las sesiones que se impartirán a los usuarios.

La planificación y organización de cada sesión dependerá de cada profesional, necesitando: una presentación en Power Point para facilitar la enseñanza y hacer que la docencia sea más entretenida y llevadera,

intentar conseguir una motivación y positividad por parte del grupo; una serie de cuestionarios breves, concisos y sencillos para demostrar y certificar que las sesiones están teniendo unos resultados óptimos. Por otro lado, el material necesario en el aula de formación como papel, bolígrafos, lápices será cedido por el Centro de Salud Mental donde realizaremos las sesiones de nuestro proyecto.

Se contactará con la Sociedad Española de Patología Dual (SERP), Asociación de Salud Mental situada en los CSMA de Horta-Guinardó, y asociaciones más relacionadas con las drogodependencias como la entidad La sala azul y La asociación Proyecto Hombre y centros especializados en patología dual como son CITA (Centro de investigación y tratamiento de adicciones) y CAT Barcelona (Centro de Asistencia Terapéutica) ambos situados en la ciudad Barcelona. Mediante estos se solicitará información y se contactará con familiares y pacientes que han sufrido de patología dual y ya se encuentren estabilizados. Estas sesiones de familiares y pacientes expertos se impartirán de manera voluntaria y optativa. Siempre y cuando los familiares y pacientes estén en una situación adecuada y se vean aptos y capacitados como para impartir sus sensaciones, sentimientos y experiencias, de lo que no cabe duda fue, es y será un capítulo totalmente relevante en su vida. Se considera que será de gran ayuda para nuestro grupo de educación para la salud, ya que sentirse identificado con una patología tan compleja, hace que comprendan y se conciencien sobre qué futuro pueden tener y si quieren o deben cambiarlo. La asociación también colaborará en el proyecto dando un seminario sobre quiénes son y qué es lo que hacen para ayudar a estos usuarios, de esta manera se desea demostrar que opciones y alternativas existen.

También se considera importante la introducción y aceptación en el mundo laboral, ya que de esta manera es más sencillo conseguir una adecuada inserción en la sociedad. Por ello se recibirán seminarios por parte del personal de Obra Social La Caixa. De esta manera se

contactará con empresas que facilitan y ayuda a personas con distintos problemas y enfermedades. Dicha empresa ofrecerá una alternativa para sentirse útil consigo mismo y con la comunidad.

Gracias a las bibliotecas municipales, se tendrá mucha más facilidad para poder acceder a la documentación necesaria para nuestras sesiones. Documentación como libros, revistas, artículos, reportajes... para poder reflexionar, opinar e incluso ofrecer técnicas de autoayuda.

Se contactará con el ayuntamiento para informarles sobre el proyecto que estamos llevando a cabo y de esta manera poder solicitar ayuda y colaboración. Se necesitará que el ayuntamiento nos ceda un pequeño espacio verde, a poder ser relativamente cerca de nuestro centro, para poder cultivar un pequeño huerto, para conseguir que entiendan la importancia que tiene la necesidad de ser constante y ayudar a fortalecer a los débiles.

Se dispondrá del Centro Cívico Guinardó para realizar las actividades deportivas, clases dirigidas (yoga, reiki...) y teatrales del programa en sus instalaciones. La ropa para las actuaciones teatrales se obtendrá a partir de donaciones y voluntariados como Cáritas.

2.4. Temporalización de las intervenciones. Cronograma

Enero 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5	6	7	8 Presentación con parte del equipo	9	10	11
12	13 Clase magistral: 1ª sesión (Enfermería) Todos	14	15	16	17	18
19	20 Clase magistral: 2ª sesión (Enfermería) Todos	21	22	23	24	25
26	27 Clase magistral: 3ª sesión (Enfermería) Todos	28	29	30	31	

Febrero 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3 Planificación grupos de talleres A – B Creación 3 grupos espacio verde	4	5	6	7	8
9	10 Seminario: 1ª sesión Enfermería (conceptos básicos y dudas) + Taller: lectura texto	11	12 Seminario: 1ª sesión Enfermería (conceptos básicos y dudas) + Taller: lectura texto	13	14	15
16	17 Seminario: 1ª sesión Enfermería (sensaciones, sentimientos, dudas)	18	19 Seminario: 1ª sesión Enfermería (sensaciones, sentimientos, dudas)	20	21	22
23	24 Seminario: 2ª sesión Enfermería (identificar signos y síntomas) (comentar formación de grupo voluntario para teatro cita la semana siguiente)	25 Taller: Espacio verde Grupo 1	26 Seminario: 2ª sesión Enfermería (identificar signos y síntomas) (comentar formación de grupo voluntario para teatro cita la semana siguiente)	27	28	

* Entrevista motivacional individual a los usuarios, por parte de Enfermería. Se realizarán 2-3 entrevistas (dependiendo volumen) por día después de las sesiones de los respectivos grupos.

Marzo 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
2	3 Seminario: 1ª sesión trabajo social- Enfermería (situación ante sociedad, conceptos, dudas)	4 Taller: Teatro Formación grupo, reparto papeles y informar las fechas de ensayo.	5 Seminario: 1ª sesión trabajo social- Enfermería (situación ante sociedad, conceptos, dudas)	6	7	8
9	10 Seminario: 1ª sesión paciente experto (experiencias, consejos, dudas usuarios)	11 Taller: Espacio verde Grupo 2	12 Seminario: 1ª sesión paciente experto (experiencias, consejos, dudas usuarios)	13	14	15
16	17 Taller: Video (proyección + posterior análisis y discusión)	18	19 Taller: Video (proyección + posterior análisis y discusión)	20	21	22
23	24 Seminario: 2ª sesión psicología- Enfermería + Taller: Roll-Playing	25 Taller: Espacio verde Grupo 3	26 Seminario: 2ª sesión psicología- Enfermería + Taller: Roll-Playing	27	28	29
30	31					

* Entrevista motivacional individual a los usuarios, por parte de Enfermería. Se realizarán 2-3 entrevistas (dependiendo volumen) por día después de las sesiones de los respectivos grupos.

Abril 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		1	2 SEMANA SANTA	3	4	5
6	7 Taller: Actividad deportiva Fútbol	8 Taller: Teatro Ensayo mensual	9 Taller: Actividad deportiva Fútbol	10	11	12
13	14 Seminario: 3ª sesión Enfermería (medicación-interacciones, dudas)	15 Taller: Espacio verde Grupo 1	16 Seminario: 3ª sesión Enfermería (medicación-interacciones, dudas)	17	18	19
20	21 Taller: Manualidades para San Jordi Enfermería	22	23 Taller: Manualidades para San Jordi Enfermería	24	25	26
27	28 Taller: Video Enfermería (proyección reportaje sobre patología mental)	29 Taller: Espacio verde Grupo 2	30 Taller: Video Enfermería (proyección reportaje sobre patología mental)			

Mayo 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5 Seminario: 2ª sesión Enfermería (recursos, ayudas, pensiones...)	6 Taller: Teatro Ensayo mensual	7 Seminario: 2ª sesión Enfermería (recursos, ayudas, pensiones...)	8	9	10
11	12 Seminario: 1ª sesión empresario de ayuda al colectivo enfermedad mental	13 Taller: Espacio verde Grupo 3	14 Seminario: 1ª sesión empresario de ayuda al colectivo Enfermedad mental	15	16	17
18	19 Taller: Actividad deportiva Baloncesto	20	21 Taller: Actividad deportiva Baloncesto	22	23	24
25	26 Seminario: 4ª sesión Enfermería (hábitos dietéticos + ejercicio) + Taller: Roll-Playing	27 Taller: Espacio verde Grupo 1	28 Seminario: 4ª sesión Enfermería (hábitos dietéticos + ejercicio) + Taller: Roll-Playing	29	30	31

Junio 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	2 Seminario: 1ª sesión asociación patología dual (situación de asociación, ayudas, dudas)	3 Taller: Teatro Ensayo mensual	4 Seminario: 1ª sesión asociación patología dual (situación de asociación, ayudas, dudas)	5	6	7
8	9 Taller: Video (proyección, anuncios televisión, prensa, internet...)	10 Taller: Espacio verde Grupo 2	11 Taller: Video (proyección, anuncios televisión, prensa, internet...)	12	13	14
15	16 Seminario: 3ª sesión psicología-Enfermería (cómo actuar ante una fiesta popular) + Taller: Lectura	17	18 Seminario: 3ª sesión psicología-Enfermería (cómo actuar ante una fiesta popular) + Taller: Lectura	19	20	21
22	23 Seminario: 1ª sesión familiar experto (situaciones más comunes, gestión, experiencia propia)	24 Taller: Espacio verde Grupo 3	25 Seminario: 1ª sesión familiar experto (situaciones más comunes, gestión, experiencia propia)	26	27	28
29	30 Taller: Actividad deportiva Natación					

Julio 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		1 Taller: Teatro Ensayo mensual	2 Taller: Actividad deportiva Natación	3	4	5
6	7 Seminario: 1ª sesión profesional experto (¿cuándo voy al hospital?, recaídas)	8 Taller: Espacio verde Grupo 1	9 Seminario: 1ª sesión profesional experto (¿cuándo voy al hospital?, recaídas)	10	11	12
13	14 Seminario: 4ª sesión psicología. Enfermería (ansiedad, deseo) + Taller: Lectura	15	16 Seminario: 4ª sesión psicología- Enfermería (ansiedad, deseo) + Taller: Lectura	17	18	19
20	21 Taller: Video (proyección cortometraje)	22 Taller: Espacio verde Grupo 2	23 Taller: Video (proyección cortometraje)	24	25	26
27	28 Taller: Actividad deportiva Tenis	29 Representación 1ª obra de teatro	30 Taller: Actividad deportiva Tenis	31		

Agosto 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					1	2
3	4 Taller: asesoramiento familiar Enfermería	5 Taller: Espacio verde Grupo 3	6 Taller: asesoramiento familiar Enfermería	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Septiembre 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8 Seminario: 5ª sesión Enfermería (recordatorio básico, importancia adherencia terapéutica)	9 Formación nuevo grupo teatral para 2ª obra	10 Seminario: 5ª sesión Enfermería (recordatorio básico, importancia adherencia terapéutica)	11	12	13
14	15 Taller: Video (proyección fragmentos series de televisión)	16 Taller: Espacio verde Grupo 1	17 Taller: Video (proyección fragmentos series de televisión)	18	19	20
21	22 Seminario: 5ª sesión psicología- Enfermería (ejercicios evitar recaídas)	23	24 Seminario: 5ª sesión psicología. Enfermería (ejercicios evitar recaídas)	25	26	27
28	29 Taller: Actividad deportiva Hándbol	30 Taller: Espacio verde Grupo 2				

* Entrevista motivacional individual a los usuarios, por parte de Enfermería. Se realizarán 2-3 entrevistas (dependiendo volumen) por día después de las sesiones de los respectivos grupos.

Octubre 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
d			1 Taller: Actividad deportiva Handbol	2	3	4
5	6 Taller: Habilidades sociales Enfermería	7 Taller: Teatro Ensayo mensual	8 Taller: Habilidades sociales Enfermería	9	10	11
12	13 Taller: Danza y Pilates Voluntario de asociación P.D	14 Taller: Espacio verde Grupo 3	15 Taller: Danza y Pilates Voluntario de asociación P.D	16	17	18
19	20 Seminario: 2ª sesión asociación patología dual (situación de asociación, ayudas, dudas, afiliación)	21	22 Seminario: 2ª sesión asociación patología dual (situación de asociación, ayudas, dudas, afiliación)	23	24	25
26	27 Taller: Manualidades para Halloween Enfermería	28 Taller: Espacio verde Grupo 1	29 Taller: Manualidades para Halloween Enfermería	30	31	

* Entrevista motivacional individual a los usuarios, por parte de Enfermería. Se realizarán 2-3 entrevistas (dependiendo volumen) por día después de las sesiones de los respectivos grupos.

Noviembre 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3 Taller: Yoga y Reiki Voluntario de asociación P.D	4 Taller: Teatro Ensayo mensual	5 Taller: Yoga y Reiki Voluntario de asociación P.D	6	7	8
9	10 Taller: Actividad deportiva Voleibol	11 Taller: Espacio verde Grupo 2	12 Taller: Actividad deportiva Voleibol	13	14	15
16	17 Taller: asesoramiento familiar + Roll-Playing Enfermería	18	19 Taller: asesoramiento familiar + Roll-Playing Enfermería	20	21	22
23	24 Seminario: 2ª sesión empresario de ayuda al colectivo enfermedad mental + Enfermería	25 Taller: Espacio verde Grupo 3	26 Seminario: 2ª sesión empresario de ayuda al colectivo enfermedad mental + Enfermería	27	28	29
30						

Diciembre 2015

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1 Seminario: 2ª sesión familiar experto (situaciones más comunes, gestión, experiencia propia)	2 Taller Teatro Ensayo mensual	3 Seminario: 2ª sesión familiar experto (situaciones más comunes, gestión, experiencia propia)	4	5	6
7	8 Fiesta	9 Taller Espacio verde Grupo 1	10 Seminario: 2ª sesión profesional experto (Recordatorio ¿cuando voy al hospital?, recaídas)	11	12	13
14	15 Seminario: 2ª sesión paciente experto (experiencia, revaloración, dudas, ánimo)	16	17 Seminario: 2ª sesión paciente experto (experiencia, revaloración, dudas, ánimo)	18	19	20
21 Representación 2ª obra de teatro	22 Despedida Del grupo	23 Taller Espacio verde Merienda con todos los grupos	24	25	26	27
28	29	30	31			

2.5. Evaluación final del programa de salud

La evaluación en cualquier ámbito es imprescindible si se desea tener información y argumentos para poder comprender los cambios que se ocasionan por la acción que se emprende, además determina si el grado de actividades que se han desarrollado ha sido suficiente, eficaz y eficiente. Por otro lado también permite determinar los procesos que han producido los cambios. Pues ¿Qué se consigue evaluando? Saber hasta qué punto funciona la intervención, llegar a conocer donde falla o de qué manera poder mejorar y bastante importante la satisfacción del equipo que lo desarrolla.

Para realizar una evaluación completa debemos tener en cuenta tres tipos: evaluación del proceso, evaluación sobre el impacto y evaluación de los resultados.

Mediante la evaluación del proceso se pueden valorar las intervenciones educativas y gestión. Ésta hace referencia a la evaluación continua a la que se somete el programa. Para poder realizar una evaluación primero se debe tener conocimiento de la situación inicial que presentaba la población a tratar. En este programa debemos tener en cuenta la situación de los usuarios al inicio del programa ya que es imprescindible conocer si mantienen un seguimiento de la patología, acuden a las visitas, están bajo algún tratamiento, el consumo (tipo de tóxico, cantidad, frecuencia, factores individuales, porque creen que consumen y entorno), iniciativa y deseo de participar en el programa, expectativas, situación económica, familiar y laboral,

Una vez conocidas las características iniciales de nuestros usuarios los parámetros que se deben tener en cuenta son:

- La cantidad de población a la que se ha dado cobertura en relación a la población prevista. Aproximadamente el programa dará cobertura a unes 30 personas con patología dual extraídas de los Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) y Centros de Atención

a Drogodependencias (CAS). Para ello también se deberá realizar revisiones periódicas de los asistentes y así poder contabilizar las bajas. Se realizará un recuento al inicio del programa, revalorado al mes, a los seis meses y finalmente los asistentes que acaben el programa al año.

- Calidad de las intervenciones. En cada intervención se obtendrá una visión general de los conocimientos del grupo y al terminar la actividad se realizará una revaloración.
- El número de talleres realizados. En varias guías recomiendan un mínimo de cuatro sesiones para ejercer influencia en aquel a quien se quiere modificar un hábito. Con el número de intervenciones que se realizan en este programa serán suficientes pero siempre se irán adaptando y variando en función de las características de cada grupo (mayor o menor capacidad de aprendizaje, hacer más incidencia en algunos temas concretos,...)
- El atractivo que presentan los talleres a los usuarios (formato, contenido en sí, textos)
- Grado de implicación y satisfacción del equipo y los usuarios.
- Controles de orina de consumo. (Se realizaran en el CAS, previo convenio, días alternos)
- Encuestas de satisfacción del programa por parte de los usuarios.
- Evaluación del profesional que imparte las sesiones.

Mediante esta evaluación se puede comprender cómo, dónde y porque han funcionado o fracasado nuestras intervenciones.

Por otro lado en la evaluación sobre el impacto en la cual se mide el cambio de comportamiento estudiado. El resultado más global, a diferencia del proceso que se centra en los puntos concretos. Estos efectos se observan a largo plazo, posterior a un periodo de intervención. Los cambios de comportamiento que se pueden observar sería el abandono del consumo o en su defecto disminución de éste, adherencia al tratamiento farmacológico, presentar buenos hábitos higiénico-

dietéticos, realizar ejercicio con asiduidad, adquirir habilidades sociales, obtener un trabajo o alguna labor de voluntariado. Éstas se podrán evaluar a partir de la figura del Programa de Seguimiento Individualizado (PSI). Éstas se evaluarán una vez finalizado el programa y a los 18 meses del inicio del programa.

Por último en la evaluación sobre el resultado que engloba el objetivo general y principal del programa, es decir, la disminución de los reingresos en pacientes con patología dual. Mediante el seguimiento médico en CSMA, CAS y servicios de urgencias del distrito, se obtendrán datos sobre la evolución, rehabilitación, número de recaídas y reingresos que han tenido los usuarios. Se realizará un corte de prevalencia al transcurrir 6 meses de la finalización del programa para evaluación global.

Es importante destacar la importancia de mantener una evaluación continuada ya que además de poder detectar con premura posibles fallos de las intervenciones o gestión educativa, poder encontrar alternativas que reconduzcan para poder conseguir el objetivo marcado. Además las continuas revaloraciones y sesgos dotan al programa de calidad y fiabilidad para la implantación de futuros programas dirigidos a la población con patología dual.

3. Diseño final del programa de salud

Intervención educativa: Clases magistrales	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
1ª sesión	Tratar la parte física de la enfermedad. Explicar la patología dual, importancia sobre la adherencia al tratamiento, consecuencias y repercusiones, importancia sobre las recaídas y posteriores ingresos.	Informar sobre la importancia del control de la patología y brindar la oportunidad de reflexionar sobre su situación.	20-30 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Esta clase se impartirá en una única sesión, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Breve cuestionario sobre conceptos generales de la patología dual (nivel físico)
2ª sesión	Tratar la parte individual y personal de la enfermedad. Explorar las sensaciones y sentimientos de cada usuario antes, durante y después del consumo, conocer las diferentes personalidades y enfermedades mentales existentes.	Ofrecer conocimientos a cerca de sus sensaciones y personalidad, para conseguir que expresen todo lo que sienten. Informar sobre métodos para disminuir la ansiedad y evitar recaídas.	20-30 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Esta clase se impartirá en una única sesión, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Breve cuestionario sobre conceptos generales de la patología dual (nivel psicológico)

Intervención educativa: Clases magistrales	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
3ª sesión	Tratar la parte social de la enfermedad. Explicar las repercusiones que se pueden ocasionar hacia la comunidad, valorar la situación familiar y social, informar sobre ayudas existentes.	Ofrecer conocimientos para una correcta reinserción a la comunidad, ayudar y mejorar la situación familiar y social.	20-30 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Esta clase se impartirá en una única sesión, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Breve cuestionario sobre conceptos generales de la patología dual (nivel social)

Intervención educativa: Seminarios	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
1ª sesión	Profundizar los conceptos sobre la parte física de la patología dual y medicación una vez aprendidos los conocimientos básicos.	Conseguir un interés en su propia enfermedad e intentar que sean conscientes de todo lo que les sucede y de esta manera aprendan a llevarlo de una manera más adecuada	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Estas clases se impartirán una vez por semana, intercalando las especialidades, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Cuestionario y evaluación oral durante las sesiones
2ª sesión	Profundizar los conceptos sobre la parte psicológica de la patología dual, una vez aprendidos los conceptos básicos.	Establecer conocimientos sobre las personalidades y trastornos mentales que existen, saber de qué manera se sienten y saber reaccionar ante diferentes situaciones.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Estas clases se impartirán una vez por semana, intercalando las especialidades, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Cuestionario y evaluación oral durante las sesiones
3ª sesión	Profundizar los conceptos sobre la parte social de la patología dual, una vez aprendidos los conceptos básicos.	Conseguir una adaptación adecuada y progresiva en su entorno. Aprender a valorar que es positivo y negativo de su vida y los que la rodean. Ofrecer un comportamiento correcto ante la comunidad.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Estas clases se impartirán una vez por semana, intercalando las especialidades, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Cuestionario y evaluación oral durante las sesiones

Intervención educativa: Seminarios	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
<p><i>Seminario de profesional experto</i></p> <p><i>4ª sesión</i></p>	<p>Explicar las vivencias teóricas y prácticas dentro de un centro hospitalario con pacientes que padecan patología dual.</p>	<p>Sensibilizar a los usuarios de todo lo que conlleva padecer dicha enfermedad, tanto como paciente como profesional.</p>	<p>10-15 personas aproximadamente</p>	<p>Aula de formación</p>	<p>Enfermera especializada en Salud Mental</p>	<p>Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.</p>	<p>Estas clases se impartirán una vez en todo el programa, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.</p>	<p>Reflexión y debate</p>
<p><i>Seminario de paciente experto</i></p> <p><i>5ª sesión</i></p>	<p>Explicar todo el proceso des de que le diagnosticaron la patología hasta el momento actual, cuáles fueron sus vivencias y de qué manera supo enfrentarse a ellas.</p>	<p>Identificarse con un usuario que padece la misma patología que el resto, solventar preguntas e inseguridades que puedan presentar.</p>	<p>10-15 personas aproximadamente</p>	<p>Aula de formación</p>	<p>Paciente estabilizado diagnosticado de patología dual</p>	<p>Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.</p>	<p>Estas clases se impartirán una vez en todo el programa, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.</p>	<p>Reflexión y debate</p>

Intervención educativa: Seminarios	Descripción	Objetivo	N° usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
Seminario de familiar experto 6ª sesión	Manifiestar toda una serie de sucesos, vivencias y sentimientos como acompañante directo del paciente con patología dual.	Concienciar sobre la dificultad e implicación de las personas que les brindan ese apoyo y ayuda diaria.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Familiar de paciente diagnóstica de patología dual	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Estas clases se impartirán una vez en todo el programa, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Reflexión y debate
Seminario de asociación 7ª sesión	Explicar quiénes son y qué hacen en la asociación, de qué manera ayudan a afrontar la enfermedad a sus pacientes día tras día.	Conocer y comprender que existen asociaciones que pueden darles una alternativa en su vida diaria.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Trabajador de una asociación de Salud Mental	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Estas clases se impartirán una vez en todo el programa, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Reflexión y debate
Seminario de empresario 8ª sesión	Informar sobre quiénes son y qué hacen para ayudar a personas con problemáticas en la inserción de mundo laboral.	Conocer y comprender que hay maneras de llevar de una manera más positiva la enfermedad, sintiéndote útil y ofreciendo algo a la comunidad.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Empresario	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos.	Estas clases se impartirán una vez en todo el programa, con una duración estimada de unos 45-60 minutos.	Reflexión y debate

Intervención educativa: Talleres prácticos	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
Role-Playing	Mediante la simulación de casos plantearemos situaciones que los usuarios pueden llegar a encontrar y mediante la adquisición de diferentes posturas encontrar la manera más adecuada de enfrentarse a ellas.	Observar reacciones, comportamientos, sensaciones y sentimientos de los usuarios y poder ofrecerles técnicas para gestionarlos.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, ordenador con proyector para hacer las sesiones en PWP, folios y bolígrafos, y profesionales	Estos talleres se realizarán combinados con seminarios de los diferentes ámbitos	Examen práctico ante diferentes situaciones
Videos	Durante estas sesiones visualizaremos películas, documentales, series, cortos y anuncios en los que traten los temas de drogadicción y salud mental.	Crear oportunidad de reflexionar sobre situaciones características de la enfermedad mental y las toxicodependencias y crear opinión y propuestas de mejora.	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula, proyector, material escrito	Se realizarán 5 clases y se impartirán aproximadamente una vez cada seis semanas, con una duración estimada de unos 45-60 minutos	Reflexión y debate

Intervención educativa: Talleres prácticos	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
Teatro	Realización de dos obras de teatro pequeñas.	Dar oportunidad de realizar una actividad alternativa. Crear vínculos de compromiso e ilusión por el trabajo realizado por uno mismo.	Voluntari (Según reparto)	Aula de formación	Enfermería	Aula de formación, teatro para la representación final, folios, vestuarios y profesionales	Este taller se impartirá una vez al mes con el grupo de usuarios voluntarios, con una duración estimada de unos 45 minutos	Actitudes, normas, rendimiento
Actividades Deportivas	Realizaremos sesiones sobre: baloncesto, fútbol, hándbol, voleibol, natación y tenis.	Ofrecer alternativas de ocio, además de fomentar el ejercicio como forma de vida saludable	10-15 personas aproximadamente	Instalaciones municipales	Enfermería	Instalaciones municipales	Estas sesiones se impartirán una vez al mes, con una duración estimada de unos 60 minutos	Actitudes, normas, rendimiento
Manualidades	Realización de manualidades en días concretos de fiestas	Integración en comunidad con el apoyo de días festivos señalados. Concentración	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula, materiales de manualidades	Días concretos	Observación en capacidad concentración y trabajo grupal

Intervención educativa: Talleres prácticos	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
Reiki Pilates Yoga Danza	Realizaremos una "master Class" de estas cuatro técnicas con las nociones básicas	Ofrecer alternativas de ocio, además de fomentar el ejercicio como forma de vida saludable	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación instalaciones municipales	Enfermería	Instalaciones municipales, equipo de sonido	De estas sesiones se realizarán dos únicas clases de cada una.	Debate y reflexión
Entrevista motivacional	Entrevista individual a cada usuario del grupo	Brindar la oportunidad de otorgar una atención individualizada con la finalidad de potenciar puntos fuertes y ofrecer técnicas para ayudar a fortalecer los débiles	Individual a cada usuario	Aula de formación	Enfermería	Aula, material escrito y profesionales	Una sesión al inicio del programa y revaloración durante el proceso. Aproximadamente 4 usuarios al mes	Valorar conocimientos en primera y segunda entrevistas
Asesoramiento familiar	Invitación a reflexionar con el usuario sobre el significado personal de la familia, que papel cree que tiene él dentro de la suya, además de averiguar el grado de involucración de la familia respecto a la situación del paciente.	Conseguir extraer importancia, significado, grado de cumplimiento e involucramiento de la familia en cada usuario y ofrecer técnicas para establecer la relación, o como saber expresar ayuda cuando la necesiten...	Grupos de 10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula y profesionales	Este taller se irá realizando a lo largo del programa con sesiones de unos 45-60 minutos aproximadamente	Reflexión entre paciente y familia

Intervención educativa: Talleres prácticos	Descripción	Objetivo	Nº usuarios	Ubicación	Profesionales	Recursos necesarios	Temporalización	Evaluación
Entrenamiento de habilidades sociales	<p>Analizaremos situaciones habituales que puedan crear estrés y ansiedad. Proporcionar herramientas para gestión. Ayudar a los usuarios a realizar un currículum vitae, preparación a una entrevista laboral...</p>	<p>Conseguir que situaciones cotidianas no les creen estrés o ansiedad y así conseguir a partir de gestos básicos ir poco a poco alcanzando grandes objetivos y metas.</p>	10-15 personas aproximadamente	Aula de formación	Enfermería	Aula, material escrito y profesionales	Estas clases se impartirán una vez al mes, con una duración estimada de unos 45 minutos	Examen práctico ante diferentes situaciones
Creación de espacio verde	<p>Realizar en una zona cedida por Ayuntamiento plantación de huerto y varias plantas</p>	<p>Conseguir transmitir a los usuarios el concepto del crecimiento poco a poco, lento y constante, tener constancia, cuidar, para poder obtener resultados</p>	Grupos de 10-15 personas aproximadamente	Espacio cedido por Ayuntamiento	Enfermería Voluntario agrícola	Espacio voluntario, tierra, semillas, plantas y profesional.	45-60 minutos (primer día de cada grupo) Semanas alternas 30-45 minutos aproximadamente a la semana	Actitudes, normas, rendimiento

4. Discusión y conclusión

Según la OMS (1948) la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades(40).

La OMS sólo consideraba la salud como el bienestar únicamente físico, en cambio, desde hace prácticamente 70 años se considera el estado de salud de la persona englobando las cinco dimensiones. Este dato refleja que los estudios e investigaciones sobre patología mental son relativamente recientes. A consecuencia de esta tardía evolución, se comprende que es una rama de la medicina en proceso de desarrollo, donde todavía se debe investigar de manera exhaustiva.

Dentro de las enfermedades mentales, nos encontramos la patología dual, el progreso de la cual es aún más insuficiente que el de la propia salud mental. Al tratarse de la combinación de dos trastornos tratados de manera separada, complica la efectividad del tratamiento por parte del profesional. La patología dual debe ser tratada de manera conjunta e íntegra como un solo problema, pero en la práctica se observan las carencias en la formación de profesionales y unidades especializadas. Esto conlleva que la mayor parte de dichos pacientes tengan tratamientos paralelos y poco efectivos.

Todo esto conlleva a unas serias limitaciones en cuanto a los recursos necesarios y adecuados para estos usuarios. Son muy pocos los centros que tratan la patología dual como un único problema, lo cual implica una carencia importante en la formación de los profesionales sanitarios. Conseguir una buena atención y tratamiento de un paciente con tantos obstáculos y tan pocos recursos, se hace mucho más complejo.

Se considera totalmente imprescindible la realización de programas para conseguir beneficios que aumenten considerablemente la calidad de vida de estos pacientes. Son programas dedicados únicamente para personas con patología dual, que tratan de comprender la totalidad de su

enfermedad para así poder asistirlos y apoyarlos. De esta manera se pretende conseguir un principal objetivo, poder brindarles la oportunidad de alcanzar una vida más normalizada y estabilizada posible con una disminución de reagudizaciones hospitalarias.

Se entiende que no es el mejor momento en el mundo sanitario, pero es evidente que día tras día se observa de que manera hacen mella las carencias tanto profesionales, económicas como de recursos por insignificantes que sean. Años atrás existían programas de salud, dedicados a personas que padecen patología dual, los cuales desaparecieron. Estos usuarios necesitan un apoyo y cuidado constante ya que son personas que oscilan rápidamente en cuanto a sus emociones.

Durante todo el proyecto se ha justificado la necesidad de crear programas de salud para intervenir en la calidad de vida de las personas, la importancia de cuidar y asistir desde el principio de un problema o enfermedad, con un seguimiento individual y estricto, y así conseguir de una manera progresiva una adecuada adherencia al tratamiento y a unos hábitos de vida saludables que aumenten su calidad de vida.

Sería importante poder impartir más programas como éste dirigidos a sectores de la población más olvidados y desfavorecidos. Además con buenas intervenciones y programas eficaces y sólidos, disminuiría poco a poco la tasa de reingresos y descompensaciones en paciente de estas características, repercutiendo positivamente en la disminución de gasto sanitario.

5. Bibliografía

1. Josep M. Haro CP, Gemma Vilagut, Montse Martínez, Mariola Bernal, Inma Luque, Miquel Codony, Montse Dolz, Jordi Alonso y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica* 2006. p. 445-51.
2. Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004. p. 67-77.
3. Palanca RO. Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud: 1995-2003. Facultad de medicina: Universidad Complutense de Madrid; 2008.
4. Camprubí A. El modelo de atención psiquiátrica y salud mental en Catalunya. *Revista Educación Social*; 2005.
5. Departament de Salut GdC. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya 2006.
6. M. Casas MDF, J. M Goikoilea, M.Á Jimenez-Arriero, J. Martínez-Raga, C. Roncero, N. Szerman y el Grupo Español de Trabajo en Patología Dual en Trastorno Bipolar. Trastorno Bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (Patología Dual). Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos. *Actas Española Psiquiatría* 2008. p. 350-61.
7. Raúl García-Aurrecochea SER-K, Alberto Córdova Alcaráz. Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. 2008. p. 453-59.
8. Juan Francisco Gálvez Flórez DARS. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. *Revista Colombiana Psiquiátrica* 2008.
9. Ministerios de Sanidad ssei. Informe Nacional 2012 al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas; 2012.

10. Arroyo GR. Memoria científica en formación en patología dual grave. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón; 2010.
11. Touriño R. Patología Dual y rehabilitación psicosocial. Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial 2006. p. 1.
12. Carlos Roncerom Susana Gómez-Baeza JMV, Antonio Terán, Nestor, Szerman, Miguel Casas, Julio Bobes. Percepción de los profesionales Españoles sobre la adherencia terapéutica en Patología Dual. Actas Española Psiquiatría 2013. p. 319-29.
13. José Miguel Martínez-González JLGG, Humberto Manuel Trujillo Mendoza. Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento de alcoholismo. Adicciones 2009. p. 105-12.
14. María Luisa Garmendia MEA, Mariano Montenegro, Paulina Rubio. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. Revista de Medicina de Chile 2008. p. 169-78.
15. David N. Figueroa KAP, Isabel C. Ugueto, Josefina Blanco. Diseño y análisis de las propiedades psicométricas de un instrumento para diagnosticar patologías duales. 2011. p. 121-37.
16. Barcelona Ided. Cifras de la ciudad. Ayuntamiento de Barcelona 2012.
17. Barcelona Ad. Informe de salud 2012 Horta-Guinardó. Departamento de salud; 2012.
18. Isabel Ribas CC, Lucía Artazcoz. Pla de acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012 Agencia de Salud Pública de Barcelona 2012.
19. Salud Dd. Sistema de información sobre drogodependencias a Cataluña. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Drogodependencias. 2010.
20. Jorge Esfors Hernández MJ-P, Tania García Gómez. Descripción del paciente del programa de patología dual grave. Enfermería Integral 2012. p. 7-10.
21. Mèlich MT. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones 2008. p. 315-20.

22. Casas M, Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. 2002. p. 195-217.
23. González JMM. Drogodependencia y trastorno de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. Papeles del Psicólogo 2011. p. 166-74.
24. Juan Francisco Gálvez Floréz DARS. Manejo clínica de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. Revista Colombiana Psiquiatria 2009. p. 143-76.
25. Juan Barea AB, Matias Real, César Mateu, Eva Martín, Núria López, Gonzalo Haro. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Adicciones 2010. p. 15-24.
26. Pineda DRV. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Revista de Salud Publica 2001. p. 74-88.
27. J. Antonell FV, A. Pinto-Meza, G. Vilagut, M. Codony, J. Almansa, P.E Muñoz, J. V. Torres, J. Alonso, J. M. Haro. Prevalencia-año de la comorbilidad de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. Actas España Psiquiatria 2007. p. 4-11.
28. Tania Martín Santos JVCG. Patología dual y consumo de tóxicos en pacientes con trastornos bipolar: estado de la cuestión. Revista Española de drogodependencia 2006. p. 14-27.
29. García-Silberman S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. Salud Pública México 2002. p. 289-96.
30. Salud SNd. Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011.
31. Helena Calvo Botella AdLA. Intervención en familias centros de día. PATIM y ASECEDI; 2007.
32. Catalunya DdSdlGd. Salut en Xifres. Departament de Salut. Direcció general de Planificació i Avaluació 2009.
33. Albert Espelt AQ, Dolors Graugés, Vicki García, Carmen Vecino, M. Teresa Brugal. Actualización de los indicadores de drogas

correspondiente al 2º Trimestre del 2012. Servicio de Prevención y Adicciones a las drogodependencias. Agencia de Salud Pública2012

34. Aladrén ÓO. ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? Estudio de reingresos en una Unidad de Corta Estancia. Universidad de Zaragoza2012.

35. IDESCAT. Instituto de Estadística de Cataluña. 2012.

36. pública Ads. Salud en los distritos 2012. Departamento de salud; 2012.

37. José L. Hernández FJA, José Pereira. Adherencia terapéutica en Salud Mental. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria; 2009. p. 13-28.

38. Ignacio Basurte JM, Carlos Roncero, Pablo Vega, Miguel Casas. Top 5 de Patología Dual. Comité Científico de la SEPD: Asociación Española de Patología Dual; 2012.

39. Varea JG. Abandono del tratamiento antipsicótico: entrevista motivacionalMOTIVACIONAL.: Enfermería Global; 2007.

40. Molina DGV. Organización Mundial de la Salud. In: España Gd, editor.: Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación; 2014.

6. Anexos

Anexo1: Entrevista a profesionales de enfermería de Unidad de agudos, Centro de Atención a las Drogodependencias (CAS) y Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

Hospital/Centro:

Unidad:

Titulación:

1. ¿Qué porcentaje del total de los pacientes cree que presenta adherencia terapéutica?
2. ¿Qué porcentaje de enfermos mentales cree que consume algún tipo de sustancias tóxicas? (Además del tabaco)
3. ¿Qué porcentaje de toxicómanos presenta alguna enfermedad mental?
4. ¿Qué porcentaje de pacientes anuales están diagnosticados de patología dual?
5. ¿Qué porcentaje de usuarios reingresan al año por descompensación de la patología de base? ¿Cuántos cree que son debidos al consumo de tóxicos?
6. ¿Qué intervenciones se están llevando a cabo en su centro/unidad? ¿Cree que las intervenciones que se realizan hacia estos pacientes son efectivas? ¿y suficientes?

Anexo2: Extracción de resultados de las encuestas realizadas.

	<i>Enf 1</i>	<i>Enf 2</i>	<i>Enf 3</i>	<i>Enf 4</i>	<i>Enf 5</i>	<i>Enf 6</i>	<i>Enf 7</i>	<i>Enf 8</i>	<i>Total</i>
% adherencia terapéutica	35	40	45	40	45	30	40	45	41%
% pacientes que consumen	50	60	55	50	55	60	50	55	55%
% toxicomaníacos presentan enfermedad mental	60	70	70	60	55	50	60	65	62%
% paciente diagnosticado de patología dual	30	35	40	45	35	30	25	30	34%
% paciente reingresa anualmente	35	40	35	35	35	40	35	40	37%