



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa VIDA: Unidad de Atención y Seguimiento a la Adherencia al tratamiento y Adicciones en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Promag VIDA: Unit of attention and monitoring adherence to treatment and addiction in the Clinical University Hospital "Lozano Blesa"

Autora

Marina González Omeñaca

Directora

Elena Fernández Del Río

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2019

AGRADECIMIENTOS

Tras un largo recorrido de cuatro años, hoy en día redacto este apartado para dar las gracias a todas las personas que me han acompañado en el camino y me han aportado los consejos, fuerza, valentía, positividad y experiencia necesarias para llegar hasta aquí.

En concreto me gustaría agradecer a la Universidad de Zaragoza y a la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo el haberme abierto sus puertas dándome la posibilidad de realizar mis estudios aquí y por la educación ofrecida. En especial, a todos los profesores y profesoras que han formado parte de este proceso y nos han ayudado a crecer como profesionales y como personas, aportándonos sus experiencias y conocimientos. Gracias por la dedicación hacia los estudiantes y por el trato recibido.

Agradecer al Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” por ofrecerme la oportunidad de realizar allí mis prácticas. En especial, a mi tutora, María Jesús Ballestín, por la paciencia y el cariño recibido, así como por todas aquellas cosas que he aprendido de ella, a nivel profesional y personal. También me gustaría dar las gracias al resto de la plantilla del área de Trabajo Social de este Hospital, por el trato recibido.

De la misma manera también agradezco a todos los pacientes que confiaron en mí y me hicieron conocer las diferentes realidades existentes, cambiando mi visión sobre la vida y sobre las diversas enfermedades, en concreto sobre la adicción y el VIH, impulsándome finalmente a querer realizar este trabajo.

Tras un intenso periodo de realización del presente Trabajo de Fin de Grado, me gustaría agradecer a mi directora, Elena Fernández del Río, por haberme acompañado durante todo el proceso. Para la creación de este trabajo ha sido fundamental su conocimiento y experiencia, así como sus consejos y motivación. Agradecerle la disposición y la profesionalidad, así como la orientación durante todo el trabajo.

Finalmente agradecer a mi familia por haberme dado la oportunidad de realizar estos estudios y a todas aquellas personas que han confiado en mí y han estado apoyándome todo este tiempo.

Resumen

Durante los últimos años, las infecciones por VIH relacionadas con la drogodependencia han disminuido en España. Sin embargo, sigue siendo un colectivo con unas necesidades determinadas y en cuya intervención han de tener cabida los y las profesionales del Trabajo Social. Es en este contexto en el que se desarrolla el presente trabajo que lleva por título “Programa VIDA” y que tiene como objetivo crear un recurso destinado a personas drogodependientes con un diagnóstico por VIH en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

El recurso que se propone es una Unidad de Atención y Seguimiento a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y a la Drogodependencia. La intervención diseñada tiene una duración de nueve meses e incluye diversas actividades, cuyo objetivo final es reducir o abandonar el consumo de sustancias, incrementar la adherencia al tratamiento antirretroviral y contribuir a la reinserción social y laboral de estas personas.

Palabras clave: VIH, drogodependencia, rehabilitación, adherencia al tratamiento, reinserción.

Abstract:

In recent years, HIV infections related to drug dependence have declined in Spain. However, it remains a collective with specific needs and in whose intervention they must be accommodated the social work professionals. It's in this context that the present work carried out by the title “Program VIDA” is being developed and aims to create a resource for drug addicts with HIV diagnosis in the University Clinical Hospital “Lozano Blesa”.

The proposed remedy is a care and monitoring unit for adherence to antiretroviral treatment and drug dependence. The designed intervention lasts for 9 months and includes a number of activities whose ultimate aim is to reduce or discontinue substance use, increase adherence to antiretroviral treatment and contribute to the social and labour reintegration of these people.

Keywords: HIV, drug dependence, rehabilitation, adherence to treatment and reintegration

Índice

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Justificación	1
1.2	Metodología	2
1.3	Estructura	2
2	MARCO TEÓRICO	3
2.1	Drogodependencia	3
2.1.1	Conceptualización	3
2.1.2	Prevalencia del consumo de drogas.....	4
2.1.3	Factores de riesgo para el consumo de drogas.....	6
2.2	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	7
2.2.1	Definición.....	7
2.2.2	Formas de transmisión	8
2.2.3	Tratamiento	8
2.2.4	Adherencia al tratamiento	9
2.2.5	VIH en la actualidad.....	9
2.3	Relación entre drogadicción y VIH	10
2.3.1	Características de usuarios de drogas y VIH.....	11
3	PROYECTO “PROGRAMA VIDA”	12
3.1	Introducción	12
3.2	Población destinataria de la intervención y acceso al programa	13
3.3	Objetivos.....	14
3.3.1	Objetivo general	14
3.3.2	Objetivos específicos	14
3.4	Desarrollo del programa	15
3.4.1	Actividades	15

3.4.2	Cronograma	23
3.4.3	Instrumentos y técnicas	24
3.4.4	Recursos	25
3.4.5	Presupuesto.....	25
3.4.6	Fuentes de financiación.....	27
3.4.7	Evaluación.....	27
4	REFERENCIAS	29
5	ANEXOS.....	32
	<i>Anexo 1. Estadística de pacientes en mis prácticas en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”</i>	<i>32</i>
	<i>Anexo 2. Informe social para solicitar plaza en la Unidad de Atención y Seguimiento a la adherencia al tratamiento y a las adicciones.....</i>	<i>35</i>
	<i>Anexo 3. Consentimiento del usuario</i>	<i>36</i>
	<i>Anexo 4. Calendario semanal de actividades grupales</i>	<i>37</i>
	<i>Anexo 5. Tarea de actividades a realizar el fin de semana y las realizadas.</i>	<i>38</i>
	<i>Anexo 6. Historia social</i>	<i>39</i>
	<i>Anexo 7. Cuestionario de evaluación para los usuarios.....</i>	<i>40</i>

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

El presente trabajo nace de la necesidad que detecté a lo largo de mi Practicum de Intervención en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” (Zaragoza). Durante los cuatros meses de prácticas, me encontré con varios tipos de pacientes con diversidad de problemas sociosanitarios (ver Anexo 1). Sin embargo, hay un colectivo con el que considero es necesario llevar a cabo una intervención más específica desde el Trabajo Social: las personas drogodependientes con diagnóstico de VIH. Como se comentará más adelante, según datos recientes, el número de infecciones por VIH relacionado con el consumo de drogas por vía parental, aunque ha sufrido un descenso importante en los últimos años, sigue siendo un problema que tratar desde diversas disciplinas. En concreto, en la actualidad en España, el 3,6% de los casos de VIH se asocian al consumo de sustancias.

Durante mi intervención con estos pacientes observé, en primer lugar, la estigmatización existente hacia ellos por parte de la sociedad. En segundo lugar, detecté un amplio abanico de necesidades sociales que acarrea este colectivo, lo que justificaba una intervención rápida y directa desde el Trabajo Social. Por último, observé que estos pacientes se “perdían en el camino” desde el momento en el que recibían el alta hospitalaria, dificultando su acceso a un recurso destinado a sus necesidades (tratamiento de la drogodependencia y adherencia al tratamiento por VIH). En muchos casos, estas personas no recibían la atención continuada necesaria para mejorar su calidad de vida.

Una vez que finaliza el internamiento del paciente en el Centro Hospitalario, y antes de recibir el alta, el/la trabajador/a social se encarga de buscar y derivarle al recurso más adecuado a su situación. Sin embargo, en muchos casos, estos pacientes no acuden a las citas establecidas con los profesionales de los recursos a los que se les ha derivado. En otras ocasiones, los recursos existentes no pueden intervenir de manera inmediata, alargando así la espera de estos y aumentando la probabilidad de perder el contacto y, poder trabajar finalmente con ellos. Además, en Zaragoza no contamos con ningún recurso dirigido especialmente a este colectivo.

Con este Trabajo Fin de Grado se pretende dar respuesta, al menos en parte, a esta problemática detectada en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza. El objetivo principal es la creación de una unidad dentro del mismo centro hospitalario que permita una atención integral e inmediata con los usuarios drogodependientes con diagnóstico de VIH, contribuyendo así a su reinserción social y trabajando por una mejoría en su calidad de vida. El programa que se desarrolla se denomina “Programa Vida”, el cual hace referencia a sus siglas VIH, Inserción, Drogas y Adicción, así como al significado del proceso, el cual pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y contribuir a su reinserción social y laboral.

Este tipo de usuarios, con diagnóstico de VIH y drogodependientes, suelen presentar bastantes carencias en lo que se refiere a redes de apoyo social, así como una baja adherencia al tratamiento farmacológico del VIH, lo que provoca un empeoramiento de su salud física, psicológica y social. Es por ello, que estos serán los ejes centrales del “Programa VIDA” que se presenta a continuación.

1.2 Metodología

Como he comentado, la idea de este proyecto surgió en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, en el que realicé los cuatro meses de prácticas. En concreto, durante este periodo estuve en la Unidad de Psicopatología, en la que se atiende a pacientes de otras plantas y áreas especializadas. Además, también se trabaja en otras plantas como Medicina Interna C, Medicina Interna R y la planta de Enfermedades Infecciosas. Es por ello que pude observar la intervención que la trabajadora social llevaba a cabo con pacientes drogodependientes con VIH. Por tanto, la parte más importante de este proyecto de intervención se sustenta en la observación participante, gracias a la cual pude delimitar el ámbito en el que quería trabajar y la necesidad sobre la que quería actuar.

Respecto a la elaboración del marco teórico, ésta se ha fundamentado en la búsqueda de información de fuentes secundarias sobre los pilares de este proyecto: drogodependencias y VIH. En dicha búsqueda me he basado en libros y artículos científicos, otros trabajos académicos, así como diversos estudios y estadísticas nacionales, tales como las realizadas por el Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones, el Plan Nacional Sobre VIH/SIDA o la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), entre otras. El objetivo era conocer en profundidad las dos patologías que padecen estas personas y la situación actual del contexto en el que se va a intervenir. Para ello, era necesario obtener información sobre la prevalencia del consumo de sustancias, los factores de riesgo para el consumo, las formas de transmisión del VIH, el tratamiento de esta patología, la adherencia al tratamiento, así como la relación entre drogodependencias-VIH y las características de los usuarios con ambas patologías. La búsqueda por páginas web me ha permitido, además, conocer la estructura de otros recursos destinados tanto a drogodependencias como a VIH y delimitar los recursos que existen en Zaragoza para la intervención con este colectivo.

1.3 Estructura

Este trabajo está estructurado en cinco grandes apartados. Tras un primer apartado en el que se justifica el planteamiento de este proyecto de intervención, se desarrolla el bloque destinado al marco teórico. En él, se incluye la información más relevante en relación a las drogodependencias (conceptualización, prevalencia del consumo en España, factores de riesgo asociados al consumo) y a la enfermedad del VIH (definición, formas de transmisión de la enfermedad, tratamiento, dificultades en la adherencia al mismo), para concluir con un breve apartado sobre la relación entre ambas patologías y las características de las personas drogodependientes con diagnóstico de VIH. En el tercer apartado, se describe el proyecto de intervención “Programa VIDA” cuyo objetivo es crear un recurso dentro del Hospital Clínico “Lozano Blesa” dirigido a intervenir sobre el abandono del consumo de sustancias, mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y contribuir a la reinserción social y laboral de estos pacientes. En cuarto lugar, se recogen las referencias consultadas para la realización del Trabajo Fin de Grado y se finaliza con un bloque de Anexos con documentación relevante para dicho trabajo.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Drogodependencia

2.1.1 Conceptualización

Según la Real Academia Española (en adelante RAE), el término droga hace referencia, entre otras definiciones a una “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno” (RAE, 2019).

Según definió la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su glosario de términos de 1994, el término droga en lenguaje coloquial se refiere a las sustancias psicoactivas, y de manera más específica, a las denominadas drogas ilegales. Así mismo nos define las llamadas drogas de diseño como toda aquella “sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias.” Por sustancia o droga psicoactiva podemos entender aquella sustancia que “cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés en materia de drogas. Psicoactivo no implica necesariamente que produzca dependencia. Sin embargo, en el lenguaje corriente, esta característica está implícita en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias” (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 58).

Al igual que la OMS, Seva (1999) define la droga como aquella sustancia psicoactiva que puede generar “dependencia” o “abuso”.

Tras estas definiciones, resulta necesario conocer el significado de términos como -dependencia-, -abuso de sustancias-, -drogadicción- o -consumo problemático-, ya que son imprescindibles para conocer la problemática existente en la actualidad y que justifica el presente proyecto de intervención.

Seva (1999) definió el término abuso como “utilización inadecuada por excesiva- en esos casos- de una droga” (p. 17). Por el término dependencia se entiende aquello que “conlleva la pérdida de libertad del individuo frente a la droga, la cual se manifiesta por la aparición de una “tolerancia” o necesidad de ir aumentando la cantidad de droga y de una “abstinencia”.

Definir el consumo problemático o de riesgo resulta complicado, ya que hay múltiples aspectos que influyen, tales como el tipo de droga, la vía de administración, el patrón de consumo, las características que definen al usuario o el contexto social en el que se encuentra la persona afectada. A pesar de esto, actualmente en el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) de 2013 (citado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017), se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas:

“Aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.” (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017, p. 185).

2.1.2 Prevalencia del consumo de drogas

Actualmente existe una gran preocupación por las drogodependencias, debido al aumento de su consumo y al efecto perjudicial provocado en la salud, en el ámbito laboral y en las relaciones interpersonales de quienes las utilizan (Gutiérrez, 2007).

Gutiérrez (2007) hace referencia a varios estudios que han apuntado a que la iniciación del consumo de drogas suele reproducirse en la adolescencia, siendo un consumo puntual en un principio, pero incrementándose progresivamente y extendiéndose a más de una sustancia (policonsumo). Esto nos hace plantearnos la importancia que tienen los factores de riesgo que influyen a la hora de iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas, así como los factores que inciden en pasar de un consumo esporádico a un consumo habitual.

Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017), el 42% de la población de entre 15 y 64 años, ha consumido dos o más drogas en los últimos 12 meses. En la tabla 1 se recoge la información relativa a la evolución de la prevalencia del consumo de drogas en la población de 15 a 64 años, entre los años 1995 y 2017. En ella podemos observar como dicha prevalencia ha aumentado en la mayoría de las drogas. Sin embargo, la prevalencia del consumo de heroína tiene el porcentaje más bajo en comparación al resto, manteniéndose casi constante a lo largo del tiempo, lo cual puede deberse a la gran cantidad de programas y proyectos destinados a reducir su consumo que surgieron como respuesta a la profunda preocupación y alarma social que provocó dicha sustancia, especialmente entre la población joven de la década de los 70. Posiblemente el punto más álgido de esta preocupación surgió con la aparición del VIH-SIDA (Gutiérrez, 2007).

En relación al consumo de heroína, según el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017), la edad media de inicio es de 22 años. La prevalencia del consumo de heroína en 2017, último año registrado, se establece en un porcentaje del 0,6%. Sin embargo, a pesar de ser una de las menos consumidas, la heroína se considera una de las drogas más peligrosas y de las más preocupantes para la sociedad.

Tabla 1.

Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15 a 64 años en España (1995-2017).

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	-	69,9	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8	4,5
Anfetaminas/ Speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6	4,0
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	0,6	1,2
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1,0	0,8	1,3
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,60	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	-	4,6	6,0	6,3	7,9	9,6	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	2,7	4,1	3,0
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	2,2	-	-
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	1,5	-	-
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,9	2,0	2,4

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas EDADES (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

2.1.3 Factores de riesgo para el consumo de drogas

Por factor de riesgo entendemos “aquella característica interna y/o externa del individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Luengo, Romero, Gómez, García y Lence, 1999; citados por Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004, p. 16).

Gracia y Herreros (1999) diferencian entre tres tipos de factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas: factores biológicos, psicológicos y sociales y familiares.

Los factores biológicos hacen referencia a los aspectos genéticos. Por un lado, hablarían de un gen o grupo de genes relacionados con conductas adictivas o desviadas de la norma, que generan conductas desadaptadas, llevando al consumo de drogas. Por otro lado, existiría la posibilidad de que los genes determinen las características de personalidad que se identifican con los propios factores de riesgo para la aparición del abuso de drogas.

Respecto a los factores psicológicos, Gracia y Herreros (1999) señalan la necesidad de satisfacer la curiosidad, la necesidad de ser aceptado por un grupo, como forma de expresar independencia, tener nuevas experiencias, escapar de algo, etc. Además, otros dos factores muy relacionados con la predisposición hacia las conductas adictivas en jóvenes serían la conducta introvertida y la agresividad.

En cuanto a los factores sociales y familiares, la familia supone para el menor un primer modelo a seguir, luego si en la familia el consumo es algo habitual, puede ser imitado y aumentar su riesgo de presentar estas conductas adictivas en el futuro. Estas conductas adictivas y antisociales además provocan una marginación respecto a sus grupos de relación naturales, lo que dificulta un proceso terapéutico de rehabilitación. Al igual que la familia, estos comportamientos pueden ser llevados a cabo por compañeros y amigos, de manera que los niños puedan imitar dichos comportamientos, por razones de deseo de aceptación, como por aprendizaje psicosocial y emocional. Por último, Gracia y Herreros (1999) destacan la importancia del ámbito social, en tanto que es común encontrar en familias de personas con problemas de drogadicción, situaciones de precariedad, adicción por parte de alguno de los padres, violencia familiar, ausencia prolongadas, carencias afectivas, etc.

Laespada et al. (2004) apuntan que las características personales, sociales y familiares pueden influir en el desarrollo de la conducta del consumo de drogas, situando al sujeto en una zona de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamientos. Afirman que hay multitud y variados factores causales identificados con este tipo de conductas, si bien a día de hoy no se conoce a ciencia cierta cómo influyen y se relacionan estas variables, ni cuál es la combinación exacta necesaria para predecir la ocurrencia de una conducta. Todos los factores se relacionan e influyen de manera recíproca.

Cabe destacar que ninguno de los factores es por si solo imprescindible ni suficiente para desencadenar un abuso de sustancias, simplemente marcan una vulnerabilidad (Gracia y Herreros, 1999; Laespada et al., 2004).

Laespada et al. (2004) diferencian entre tres grupos de factores de riesgo. Por un lado, los factores de riesgo individuales, que hacen referencia a las propias características internas del individuo, es decir, a su personalidad, recursos sociales de los que dispone, autoestima, valores, etc. En segundo lugar, estarían los factores de riesgo relacionales, aquellos vinculados con el entorno más próximo, como la familia, amigos, contexto escolar, etc. Por último, dentro de los factores de riesgo sociales, encontraríamos aquellos pertenecientes al entorno social más amplio, como la normativa existente, la aceptación social de la conducta desviada, las tradiciones, la accesibilidad al consumo, etc.

García (2007) señala que los factores que pueden generar un riesgo para la iniciación del consumo de drogas provienen de diferentes ámbitos que atañen al individuo. En concreto, este autor hace referencia a factores del ámbito familiar, escolar, comunitario e individual entre otros. Clasifica los factores de riesgo en dos grupos: por un lado, factores individuales y de relación con el entorno, que son aquellos referentes a factores biológicos, características de personalidad y variables familiares, grupales y escolares y, por otro, factores relativos al contexto, como los referentes a lo económico y social.

En definitiva, a pesar de las diferentes clasificaciones, todos los autores coinciden en que la etapa de la adolescencia es un periodo estrechamente relacionado con el consumo de sustancias. Esto se debe a una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que hacen que el adolescente se vuelva vulnerable a las conductas desviadas.

2.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

2.2.1 Definición

Según la OMS (2019) el Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) es un virus que ataca al sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra infecciones y determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y, por tanto, impide el normal funcionamiento del sistema inmunitario, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia, la cual se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La fase más avanzada de la infección por VIH se denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que, en función de la persona, puede tardar de dos a 15 años en manifestarse. Esta inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir (OMS, 2019).

Ante esto, cabe destacar que VIH y SIDA no son sinónimos. Tener VIH no significa tener SIDA. Ser portador del VIH significa que el virus está en el organismo, provocando que el sistema inmunológico se debilite, pero el individuo no necesariamente desarrolla la enfermedad. En cambio, el SIDA se adquiere cuando han existido un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen cuando la inmunodeficiencia provocada por la infección del VIH es muy acusada y el sistema inmune no es capaz de defender el organismo, amenazando la vida de la persona que lo padece (InfoSida, 2017).

2.2.2 Formas de transmisión

El VIH se transmite por medio del intercambio de algunos fluidos corporales de la persona infectada (sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna). Existen tres métodos distintos de transmisión del VIH (Janssen, 2019):

- a) Contacto sexual sin protección con una pareja infectada.
- b) Contacto sanguíneo por medio de transfusiones sanguíneas infectadas o el uso compartido de agujas contaminadas (en personas drogodependientes).
- c) De una madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Según la OMS (2019), algunos comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, son:

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo.
- Padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.

2.2.3 Tratamiento

El VIH destruye las células CD4 del sistema inmunitario, lo que dificulta al cuerpo combatir infecciones y ciertas enfermedades. El tratamiento impide que el virus se reproduzca, reduciendo la concentración de VIH en el cuerpo, también conocida como carga viral. De esta manera el sistema inmunitario tiene mayor posibilidad de recuperación ante enfermedades (InfoSida, 2019).

El tratamiento del VIH supone la toma de una combinación de medicamentos diarios que provocan un avance más lento del virus en el cuerpo. Esta combinación de medicamentos usados para el tratamiento se llama tratamiento antirretroviral (en adelante TAR) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2019).

Según InfoSida (2019), el TAR se recomienda para todas las personas con VIH y apunta que las personas diagnosticadas de VIH deben empezar el tratamiento cuanto antes. Señala que dicho tratamiento no cura el virus, pero puede facilitar y ayudar a las personas con esta enfermedad a tener una vida más larga y sana y se reduce el riesgo de la transmisión del VIH.

Uno de los objetivos del TAR es reducir la carga viral de una persona a un nivel indetectable, es decir, que la concentración del VIH en la sangre sea demasiado baja para detectarla mediante la prueba de la carga viral. Las personas seropositivas con carga indetectable no presentan riesgo de transmitir la infección por el VIH a otras personas durante las relaciones sexuales. Se recomienda empezar el tratamiento antirretroviral cuanto antes (InfoSida, 2019).

InfoSida (2019) recomienda a las personas con infección por VIH hablar con sus proveedores de atención médica sobre los posibles efectos secundarios de este tipo de medicamentos, así como las posibles interacciones medicamentosas de los medicamentos contra el VIH o con otros que la persona pueda tomar.

Los Centros para el Control y la Prevención de enfermedades (2019) señala algunos de los posibles efectos secundarios del TAR, destacando que no todas las personas que lo toman lo experimentan. Algunos de estos efectos son: náuseas y vómitos, diarrea, dificultad para dormir, sequedad de boca, dolor de cabeza, sarpullido, mareos, fatiga, dolor, etc. En general, los beneficios del TAR compensan de manera positiva el riesgo de efectos secundarios. Además, conforme aparecen nuevos medicamentos contra el VIH, menos son los efectos secundarios respecto a los utilizados en el pasado (InfoSida, 2019).

Uno de los principales factores que influyen en la eficacia es la adherencia al tratamiento, tema que abordaremos en el siguiente apartado.

2.2.4 Adherencia al tratamiento

Según Knobel et al. (2000) y Chisholm-Burns y Spivey (2008) la adherencia al tratamiento podemos entenderla como “aquella actitud del paciente que implica un compromiso respecto a la medicación prescrita por el médico, con una participación en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico” (citados por Sánchez, 2010, p. 54).

Lozano y Domingo (2011) la definen como “la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo, a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (p. 461). Afirman que la principal causa del fracaso terapéutico es la incorrecta adherencia de los pacientes al TAR.

Según Santoro y Conde (2013) entre un 20% y un 50% de personas que se encuentran actualmente en tratamiento presentan una inadecuada adherencia al tratamiento.

Existen varios factores asociados a la mala adherencia: mala relación médico-paciente, consumo de drogas, enfermedad mental, bajo nivel educativo, barrera idiomática, falta de apoyo social, complejidad y efectos secundarios del tratamiento, temor a las alteraciones morfológicas, deterioro neurocognitivo y dificultad para una alimentación adecuada (Lozano y Domingo, 2011).

Ladero, Orejudo y Carrobles (2005) afirman que las menores tasas de adherencia al tratamiento antirretroviral pertenecen a pacientes con antecedentes de consumo de drogas. Por tanto, el consumo de drogas es una variable que incide directamente en la adherencia al TAR.

2.2.5 VIH en la actualidad

Según las estadísticas mundiales sobre el VIH publicadas por ONUSIDA, en 2017 había 36,9 millones de personas con VIH en todo el mundo, de los cuales 15,2 millones de personas carecían de la oportunidad de tomar el TAR. Ese año, fallecieron unas 940.000 personas en el mundo por esta enfermedad. Además, en 2017 hubo alrededor de 1,8 millones de casos nuevos de infección por VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2019).

Actualmente se estima que viven en España entre 140.000 y 145.000 personas con infección por VIH, de las cuales aproximadamente una de cada cinco, es decir, el 18% no estén diagnosticadas. Se apunta que un 46% de los nuevos diagnósticos de 2016 se realizaron de forma tardía (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Uno de los retos pendiente del Plan Estratégico de Prevención y Control de las infecciones por VIH y otras enfermedades de transmisión 2017-2020, es “abordar de forma coordinada con el Plan Nacional de Drogas el fenómeno de la transmisión del VIH y otras ITS en el contexto del uso de drogas, principalmente en poblaciones vulnerables, hombres gais y bisexuales y otros HSH” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, p. 12).

Ante estos datos y según afirma Gutiérrez (2007), el VIH se asocia con frecuencia al consumo de sustancias, lo cual va a tener importantes repercusiones para aquellos individuos drogodependientes que presentan esta enfermedad y que se describen en el siguiente apartado.

2.3 Relación entre drogadicción y VIH

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2018) hay una estrecha relación entre los trastornos de consumo de sustancias o drogodependencias (alcohol, cocaína, heroína, opioides, etc.) y el VIH, así como otras enfermedades de transmisión sexual. Estos organismos establecen el consumo de drogas como uno de los factores de riesgo para la infección por VIH y apunta que el consumo de sustancias puede acelerar la evolución de la enfermedad, además de disminuir la adherencia de la persona al TAR, afectando, por consiguiente, de manera negativa al VIH.

Desde finales de los años 90, el porcentaje de infecciones por VIH asociado a usuarios de drogas por vía parenteral ha sufrido un descenso importante, el cual puede estar relacionado con diversos factores. Entre ellos, la disponibilidad de programas y proyectos creados tras la alarma social por el consumo de heroína de los años 70 (p.ej., programas de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas y material de infección, el descenso del uso de la vía parenteral para el consumo de heroína). A pesar de esto y de que se prevé que el porcentaje de infecciones de VIH asociadas al consumo de drogas inyectables irá descendiendo, los datos más recientes demuestran que sigue siendo un tema importante en el que seguir trabajando desde diferentes disciplinas.

En España, en el 2016 hubo 3.356 nuevos diagnósticos del VIH, de los cuales el 3,6% de ellos se han atribuido a usuarios de drogas inyectadas (Plan Nacional Sobre el SIDA, 2016). En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa cómo han evolucionado los porcentajes de nuevos diagnósticos de VIH según su forma de transmisión desde 2009 a 2017.

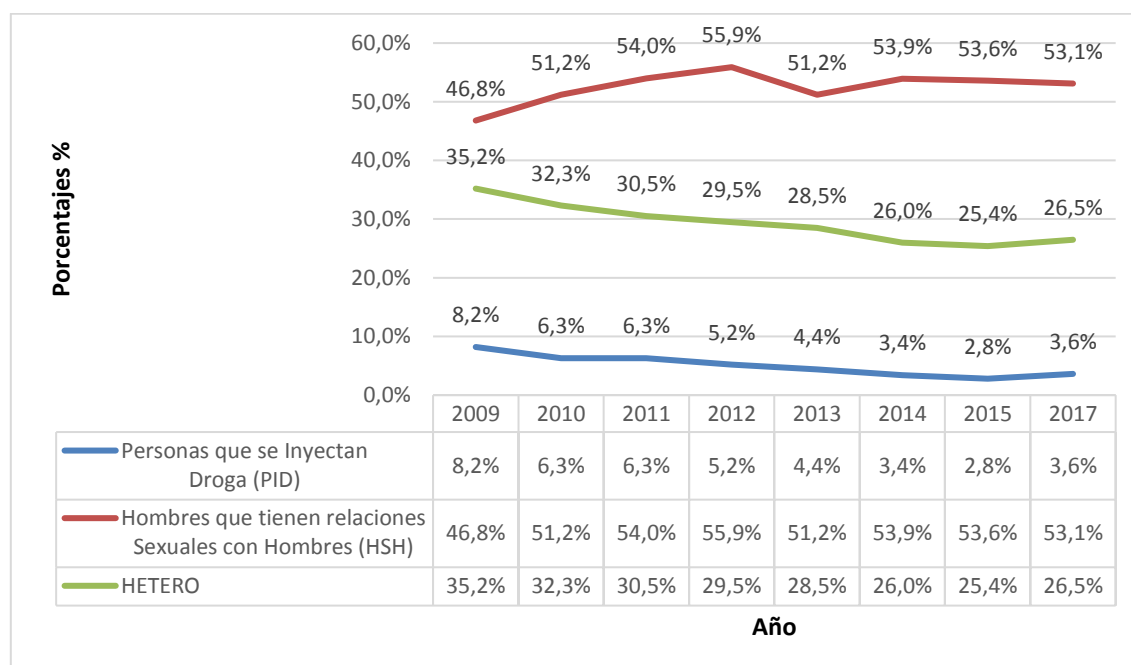


Figura 1. Porcentaje de nuevos diagnósticos del VIH según categoría de transmisión, España, 2009-2017

Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones (2017) y el Plan Nacional sobre el SIDA (2016).

Esto se debe a que, como se ha comentado, el consumo de drogas inyectables es una vía directa de transmisión de enfermedades como el VIH si se comparten agujas, jeringuillas u otros materiales de inyección que hayan sido contaminados por este virus. Cabe destacar que otras sustancias también están asociadas a la infección por VIH, como el consumo de alcohol, fumar o inhalar drogas, etc., en tanto que estas drogas pueden alterar el juicio, llevando a realizar comportamientos sexuales de riesgo (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018).

Los Centros de Control y la Prevención de Enfermedades (2018) relacionan las infecciones por VIH con el consumo de las siguientes sustancias:

- Alcohol: el consumo excesivo de alcohol se vincula a comportamientos sexuales de riesgo, siendo un factor de transmisión de VIH.
- Opioides: son de los más asociados a la transmisión del VIH, por el riesgo de compartir agujas y tener relaciones sexuales riesgosas. Han estado muy vinculados al auge de nuevos casos de VIH hace varios años.
- Metanfetaminas: su consumo también se vincula a comportamientos sexuales de riesgo. Además, al ser una sustancia que puede ser inyectada, puede suponer otra forma de infección.
- Cocaína crack: es un estimulante que puede crear un ciclo en el que las personas agotan sus recursos rápido, provocando la búsqueda de otras formas de obtener las drogas, como intercambio de sexo o dinero, incrementando el riesgo de infección por VIH.
- Sustancias inhalantes: como el *popper* asociado a comportamientos sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual, sobre todo entre parejas homosexuales/bisexuales.

Además, tal y como informa InfoSida (2018), el consumo de alcohol y sustancias perjudica de manera negativa los resultados del tratamiento, ya que este consumo puede debilitar el sistema inmunitario, causar lesiones en el hígado, así como dificultar el enfoque y cumplimiento del régimen diario que deben llevar las personas en tratamiento. Incluso la mezcla entre el tratamiento y las drogas puede aumentar los efectos secundarios peligrosos.

2.3.1 Características de usuarios de drogas y VIH

Aunque resulta complicado establecer una clasificación de las características de estos usuarios, sí podemos señalar algunos aspectos relevantes que comparte este colectivo.

Ordóñez et al. (1993) establecieron que la personalidad es un sistema susceptible de observación y medición, definido en términos de conducta y afirmaban que la configuración de la personalidad, así como su deterioro está vinculada al tiempo de consumo de drogas.

En el estudio de Guisado, Vaz-Leal, Fernández-Gil, Peral y López-Ibor (2000) sobre comorbilidad psiquiátrica en drogodependientes se establece que existe una relación entre la drogadicción y la psicopatología y trastornos de la personalidad. Aquellos drogodependientes con “escaso tiempo de consumo” declaraban no notar una pérdida en su rendimiento intelectual y se adaptaban socialmente al medio, sin embargo, destacaban por inestabilidad social y baja sociabilidad. Respecto a las personas seropositivas señalaban la pérdida de rendimiento y menor adaptabilidad.

3 PROYECTO “PROGRAMA VIDA”

3.1 Introducción

A lo largo de la historia nos hemos encontrado con numerosos programas de intervención en drogodependencias, los cuales se centran en la atención y prevención a través de Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) y de recursos residenciales, como comunidades terapéuticas. En Zaragoza actualmente contamos con cuatro Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (CMAPA, Centro de Solidaridad, UASA Cruz Roja y UASA Servicio Aragonés de Salud) y un único centro residencial (Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre) (Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, s.f.)

En relación a las drogodependencias y VIH, existen varios programas, tales como los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), o Programas de intercambio de jeringuillas y material de infección (PU), entre otros. Todo ellos van dirigidos a la prevención de infección por VIH, pero ¿qué programas dirigidos a las necesidades del colectivo con dependencia a las drogas infectados por el VIH encontramos en la actualidad? En Zaragoza no contamos con ningún recurso especializado y dirigido exclusivamente a esta problemática. Sin embargo, según el Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en Aragón de 2017, desde 1985 hasta 2017 se han detectado 1.828 casos de SIDA. En 2017, el 8,5% de los nuevos casos de VIH fueron por el uso de drogas inyectadas (UDI).

Tras mi experiencia en las prácticas en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, teniendo contacto con un 60% de pacientes seropositivos con adicción a alguna sustancia (ver Anexo 1), he detectado el riesgo de exclusión de este grupo poblacional, con una serie de necesidades, principalmente sociales, siendo imprescindible la intervención desde el Trabajo Social. Este proyecto persigue, por tanto, avanzar hacia el abandono del consumo de sustancias o disminuir este, asegurar una adecuada adherencia al TAR y contribuir a su reinserción en la sociedad.

Teniendo en cuenta que podemos encontrarnos con la problemática de escasez de plazas, tanto en recursos dirigidos a las adicciones como al VIH, el objetivo de este trabajo es proponer un programa basado la creación de una Unidad de Atención y Seguimiento a la Adherencia del Tratamiento y a las Adicciones, ubicada dentro del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, el cual se ha denominado “Programa VIDA”. En la mayoría de las ocasiones el primer contacto entre personas pertenecientes a este colectivo y el Trabajo Social se da en dicho hospital como consecuencia de recaídas o problemas de salud relacionados con la infección por VIH por una baja adherencia al tratamiento. Sin embargo, una vez que se abandona el centro hospitalario, estos usuarios vuelven a su entorno y a su forma de vida, perdiendo el contacto con profesionales y, por consiguiente, sin realizar un seguimiento asistencial. Además, tras mi experiencia he observado como las UASAS en muchos casos, no pueden atender de manera inmediata a tantas personas. No poder comenzar el tratamiento ambulatorio de manera inmediata, tras su salida del hospital, provoca con frecuencia la pérdida de contacto entre el usuario y los profesionales, dificultando la intervención social. Por ello, se plantea este programa dirigido a personas drogodependientes y con un diagnóstico de VIH, que necesitan realizar un seguimiento y supervisión de ambas patologías. Como luego se comentará, se busca incrementar su conciencia de enfermedad, mantener el contacto con el ámbito sociosanitario que garantice una adecuada toma de mediación y supervisión del consumo y promover ciertos hábitos de vida saludables.

En los siguientes apartados se describe la población destinataria, los objetivos (generales, específicos y operativos), así como el desarrollo del programa (actividades, cronograma, técnicas, recursos, presupuestos, fuentes de financiación y evaluación final).

3.2 Población destinataria de la intervención y acceso al programa

El presente proyecto va dirigido a todas aquellas personas que sufren una dependencia a las drogas y tienen un diagnóstico de VIH/SIDA. Se atenderá a aquellos pacientes que estén o hayan estado ingresados o realicen un seguimiento ambulatorio en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, así como a sus familias, siendo derivados a dicho programa por el/la médico/a o trabajador/a social de la Unidad correspondientes.

Será necesario pedir cita con el profesional del Trabajo Social de manera personal o por petición de un profesional (médico/a, trabajador/a social, otros profesionales). Se concertará una cita, que se desarrollará en el despacho del profesional o en la habitación del paciente si fuese necesario. También se realizará una entrevista individual con el usuario y posteriormente se citará a la familia, en caso de que haya. Con estas entrevistas se pretende analizar la situación del paciente y ver cuáles son los recursos más adecuados en cada caso. Para comenzar el proceso de rehabilitación en esta Unidad será necesaria la siguiente documentación:

- DNI del usuario
- Certificado de empadronamiento
- Informe social (ver Anexo 2)
- Informe médico
- Consentimiento del usuario (ver Anexo 3)

Una vez presentados se irá citando a los usuarios de manera individual para realizar entrevistas con el profesional del Trabajo Social y con el psicólogo/a del programa. Estos profesionales valorarán la situación a partir de los informes entregados por los profesionales y de las entrevistas realizadas, con el fin de decidir cuál es el recurso más adecuado para el usuario. Se informará al paciente y a la familia si la hubiese y se decidirá finalmente cuál es el recurso al que desea acceder. En caso de que este recurso (Unidad de Atención y Seguimiento a la adherencia al tratamiento y a las adicciones) sea el más adecuado, el usuario será citado para comenzar su proceso de rehabilitación, se le explicarán las normas establecidas, las actividades que se realizarán, los horarios y calendario semanal (ver Anexo 4) y las técnicas que se usarán de control (análisis de orina). Finalmente, se le pedirá la firma del consentimiento informado para comenzar el tratamiento.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

El objetivo general de este proyecto de intervención es trabajar para conseguir la reducción o el abandono total del consumo de sustancias, adquirir una adecuada adherencia al tratamiento (TAR) y contribuir a la reinserción social y laboral de los usuarios.

3.3.2 Objetivos específicos

A. *Concienciar de las enfermedades que padecen*

La conciencia de enfermedad es un factor decisivo para la efectividad del proyecto. En muchas ocasiones, las personas drogodependientes no son conscientes de que padecen una dependencia de sustancias, ni lo consideran un problema prioritario a resolver, por lo que no toman medidas y cualquier esfuerzo externo para solventar el problema detectado, se realiza en vano.

Lo mismo ocurre con el VIH/ SIDA. En muchos casos, los pacientes no tienen información suficiente y no son conscientes de las consecuencias de no llevar de manera adecuada el TAR, lo que provoca un abandono intermitente o permanente del éste, así como de las citas médicas para un adecuado control y seguimiento de la enfermedad.

B. *Incrementar la adherencia al tratamiento antirretroviral*

Este objetivo hace referencia a una buena administración del tratamiento farmacológico y a la asistencia periódica a citas médicas para supervisión y seguimiento de la enfermedad.

C. *Abandonar el consumo de drogas*

La dependencia a las drogas no solo supone un empeoramiento del estado de salud físico y mental de los pacientes, sino que además perjudica la adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual añade todas aquellas consecuencias negativas procedentes de la infección por VIH.

Cabe destacar que este objetivo puede no cumplirse en el periodo establecido, pero se pretenderá un abandono total o una disminución del consumo, así como el uso de otro tipo de prácticas.

D. *Ampliar las redes de apoyo social*

Este ámbito será objeto de intervención desde el Trabajo Social, contribuyendo a la adquisición de habilidades sociales por parte de los usuarios, así como favoreciendo la creación de redes sociales de apoyo y mejorar aquellas ya existentes.

E. *Contribuir a la reinserción social y laboral*

Este objetivo está relacionado con la integración de los usuarios del servicio dentro de la sociedad. Es importante destacar que, para este objetivo, además de actuar directamente con el usuario, se recomienda trabajar los prejuicios y estereotipos existentes en la sociedad hacia este colectivo.

3.4 Desarrollo del programa

Esta intervención ambulatoria tendrá una duración de tres meses, en los que se trabajará con el usuario de manera directa a través de actividades con las que se pretenden alcanzar los objetivos anteriormente mencionados. Una vez finalizado este periodo se realizará un seguimiento mensual durante seis meses, en el que se realizará un control del consumo de drogas y se realizarán entrevistas individuales con el paciente para conocer su evolución. Durante estos seis meses de seguimiento se realizará también un taller específico para evitar recaídas, basado en la terapia de *mindfulness*, una técnica utilizada recientemente en otros proyectos para combatir el problema de drogas y alcoholismo, entre otros. En Proyecto Hombre, una entidad que lleva trabajando varios años en el ámbito de las adicciones, se ha puesto en marcha un taller de *mindfulness*, como una técnica de acompañamiento terapéutico compasivo, tal y como se refleja en la XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre (2015). Además, Massaro (2017) concluye que “el entrenamiento de *mindfulness* favorece el incremento de la habilidad para reducir los pensamientos distractores y obsesivos así como conductas compulsivas” y “puede favorecer que los cambios puedan perdurar más en el tiempo ya que lograrían aportar las herramientas para gestionar mejor el *craving* por el consumo.” (Massaro, 2017, p. 106). Por tanto, el programa aquí propuesto tendrá una duración total de nueve meses.

3.4.1 Actividades

Dentro de cada objetivo específico se establecen varios objetivos operativos, junto con las actividades que se realizarán para alcanzarlos. Las actividades individuales, tales como entrevistas, se realizarán en el despacho del profesional o en la habitación hospitalaria del paciente si fuese necesario. Las actividades y talleres grupales se realizarán en una sala de reuniones, dentro del propio hospital y las actividades físico-deportivas en un pabellón solicitado al Ayuntamiento de Zaragoza.

A. Concienciar de las enfermedades que padecen

Objetivo operativo A.1: Prestar información y orientación

Este objetivo se basa en la realización de actividades de información y orientación que se llevarán a cabo previamente al comienzo del proceso de rehabilitación. Serán responsabilidad del trabajador/a social.

1. Desde el presente proyecto, el profesional del Trabajo Social ofrecerá **información y orientación** sobre los recursos disponibles y adecuados para las necesidades de cada uno de los usuarios como, por ejemplo, el recurso desarrollado en este trabajo, así como otros externos. Se realizará tanto en el despacho como en las habitaciones, dependiendo del estado de salud y movilidad del paciente. La visita del profesional del Trabajo Social de este recurso podrá ser a petición del médico/a, del trabajador/a social de las diversas unidades del Hospital o de otros profesionales. Primero se debe solicitar cita para concretar una entrevista, la cual se dará lo antes posible. Durará el tiempo necesario según el caso y se hará un registro sobre la información obtenida durante esta entrevista de primer contacto. En aquellos casos en los que se decante por comenzar un proceso de rehabilitación en el servicio que presta el presente proyecto, el/la trabajador/a social ofrecerá información sobre las normas, requisitos, tiempo de duración, actividades a realizar, etc.

2. En muchas ocasiones, las familiares y personas cercanas al usuario no son conscientes de la enfermedad y culpabilizan a los usuarios, lo que no beneficia su rehabilitación. Por ello, también se ofrecerá **información y orientación a las familiares o personas cercanas del usuario**, sobre la situación, los recursos disponibles, así como los recursos dirigidos a ellos (charlas, talleres, etc.)

Objetivo operativo A. 2: Concienciar de las patologías VIH y drogodependencia.

Este objetivo operativo se trabajará con el/la psicólogo/a. El fin último es concienciarles de su drogodependencia y las consecuencias negativas de ésta, además de ofrecerles información sobre el VIH y la importancia de llevar de manera adecuada la toma de medicación. Es uno de los objetivos que primero se trabajará con los pacientes, ya que la conciencia de enfermedad es fundamental para actuar e intervenir en el resto del proceso de rehabilitación.

3. Se realizarán **entrevistas individuales con los pacientes** en el despacho del profesional. Los usuarios serán citados durante la primera semana del proceso y se analizará el grado de conciencia de enfermedad que tienen los usuarios y, dependiendo de éste, se les ofrecerá la información necesaria para hacerles ver la situación en la que se encuentran.
4. **Talleres grupales de psicoeducación:** Se realizarán dos sesiones grupales al principio del proceso. Tendrá que haber un mínimo de cinco participantes y un máximo de 10. Se trabajarán los temas referentes a ambas patologías y los inconvenientes y desventajas de mantener la dependencia a las drogas y no tomar el tratamiento farmacológico destinado a la infección del VIH/SIDA.
5. **Talleres de apoyo para los familiares o personas cercanas de los pacientes.** Al igual que a los propios pacientes, se realizarán talleres grupales de psicoeducación para sus familiares, se invertirán dos sesiones repartidas en las dos primeras semanas del proceso. En estos talleres se trabajarán las actitudes y formas de actuación ante los problemas, la forma en la que deben de expresar los problemas a los pacientes, así como la adquisición de pautas para mejorar la convivencia. También se les ofrecerá información sobre las patologías, sus síntomas y las señales de alarma que muestren posibles recaídas.

La conciencia de enfermedad tiene una relación directa con la adherencia al tratamiento, objetivo que se describe a continuación.

B. Incrementar la adherencia al tratamiento antirretroviral

Objetivo operativo B. 1: Establecer horarios y rutinas

Se considera necesario establecer unos horarios y rutinas para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante ABVD), que permita abandonar hábitos previos adquiridos asociados a la doble patología con la que trabajamos en este proyecto. Se busca cambiar los comportamientos y sustituir las rutinas previas por otras que conlleven la toma de medicación y que, además, no inciten al consumo.

6. **Establecimiento de horarios para las tareas del hogar:** Se creará un horario referente a la vida social y familiar en casa. Incluirá los cuidados del hogar, tales como hacer la cama, recoger las zonas del hogar, lavar la ropa, etc. Este horario deberá cumplimentarse durante todo el proyecto (los nueve meses).

7. **Rutina de cuidados personales:** También se establecerán una serie de actividades que deben de realizar los usuarios respecto a su propio autocuidado, tales como lavarse los dientes, ducharse todas las mañanas, salir a hacer alguna actividad que a ellos les guste, llevar una rutina de alimentación adecuada y la toma de medicación, etc.
8. **Actividades a realizar el fin de semana** (ver Anexo 5): Como durante el fin de semana no se realizarán actividades en el servicio prestado, el viernes por la mañana se planteará una actividad de cara al fin de semana para cada uno de los usuarios. Los lunes se comentará con el/la educador/a social aquello que habían planificado y no han llevado a cabo. Es una forma de hacer seguimiento de la vida de los usuarios fuera del servicio, conocer cómo van progresando socialmente, si se reinsertan en la sociedad, buscan trabajo, etc.

Objetivo operativo B.2: Realizar un seguimiento mensual de la evolución de la enfermedad.

9. Durante los seis meses posteriores al proceso, se realizará un **seguimiento mensual para conocer la evolución de la enfermedad del VIH:** Tendrán una cita mensual con el profesional médico que les corresponde en la que los usuarios se harán las pruebas necesarias para conocer cómo va evolucionando la enfermedad. De esta manera se podrá conocer si el paciente presenta una adecuada adherencia al tratamiento, si sigue llevando de manera adecuada las rutinas establecidas y si el servicio es efectivo o no.

C. Abandonar el consumo de drogas

Objetivo operativo C. 1.: Abandonar el consumo de sustancias

Este objetivo operativo será realizado a través de análisis de orina, realizados y analizados por el profesional médico que se le asigne al paciente en el propio Hospital. Asignar un/a médico/a que trabaje en el dicho centro hospitalario no solo permite la cercanía para el paciente y la rapidez de comunicar los resultados de un profesional a otro, sino que además facilita la coordinación entre los profesionales.

10. Desde este recurso se realizará un **control analítico quincenal sobre el consumo de sustancias.** Los controles serán obligatorios para todos los usuarios. Se tomará nota de los resultados obtenidos por cada paciente.
11. Se **realizará una estadística mensual de cada paciente,** que nos permitirá observar su evolución y servirá como indicador a la hora de evaluar el cumplimiento de uno de los objetivos de este proyecto piloto. La estadística la realizará el/la trabajador/a social.

Objetivo operativo C. 2: Motivar para el cambio

Según la Fundación Manantiales (s.f.) el proceso desde la adicción activa hasta la rehabilitación pasa por el aspecto trabajado en este objetivo operativo, la motivación para el cambio. Para adquirir este aspecto se propone la potencialización de realización de nuevas actividades. Las actividades dirigidas a este objetivo serán dirigidas por el/la trabajador/a social y por el/la educador/a social.

12. **Actividades de ocio y tiempo libre:** Se realizarán excursiones o salidas culturales una vez a la semana. Los lugares serán establecidos con un mes de anterioridad para hacer los trámites necesarios. La mayoría de las actividades serán de entrada gratuita y aquellas en las que haya que pagar, serán costeadas por los propios pacientes. Se intentará siempre buscar actividades gratuitas o de precios bajos para dar la oportunidad de poder acudir a todos los pacientes. Las salidas culturales pueden ser a museos, exposiciones o charlas, entre otras opciones. De esta manera los usuarios pueden descubrir actividades que les resulten atractivas, alternativas al consumo de sustancias, en las cuales focalizarse, ya puede ser la pintura, la lectura, el cine, etc. Los profesionales que acompañarán en estas actividades serán el/la educador/a social y el/la trabajador/a social.
13. **Actividades físico-deportivas:** Se realizarán actividades físicas como bádminton, baile o tenis, impartidas por un profesional una vez a la semana. Es importante incorporar actividades físico-deportivas, ya que en muchas ocasiones como consecuencia de la adicción se vuelven personas sedentarias, que van perdiendo el interés por las cosas que les rodean. Con estas actividades se les pretende motivar, facilitando el control de recaídas y además proporcionando herramientas para recuperarse de ciertos problemas físicos adquiridos durante la dependencia. Además, el encontrarse sanos y con un estado físico adecuado mejora su autoimagen y, por tanto, aumenta su autoestima. Las actividades deportivas serán opcionales y se puede realizar la que se desee. Se solicitará al Ayuntamiento de Zaragoza un pabellón para la realización de estas actividades. Cada paciente debe apuntarse a un mínimo de una actividad y son de libre elección. Para que una de ellas sea viable, se deberá contar con un mínimo de cinco participantes. Los propios usuarios podrán proponer otras actividades deportivas, siempre que sea posible realizarlas con el número de usuarios con los que contamos.

Objetivo operativo C.3: Detectar las recaídas.

Una vez que se termina con el proceso, es importante hacer un seguimiento que nos permita detectar la existencia de recaídas en el consumo de sustancias. Para ello llevaremos a cabo las siguientes actividades

14. **Seguimiento mensual:** El paciente se hará análisis de orina mensuales para comprobar que no ha consumido. Posteriormente, se realizará una reunión mensual con el/la trabajador/a social de manera individual y/o en algunos casos, en compañía de familiares. En la entrevista se hablará sobre el progreso individual del paciente y su estado actual, de manera que se pueda reiniciar el proceso si algo no va como esperaba y si el paciente está de acuerdo.
15. **Mindfulness:** El *mindfulness* puede definirse como “la capacidad de prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación” (Sociedad Mindfulness y Salud, 2018). Según la Sociedad Mindfulness y Salud, esta técnica permite aprender a relacionarse con los sucesos ocurridos en nuestra propia vida, viviendo el momento presente, tomando conciencia de la realidad y, por tanto, ofreciendo la oportunidad de trabajar de manera consciente el estrés, la enfermedad (drogodependencia y VIH en este caso) y los desafíos establecidos personalmente. Es una técnica utilizada recientemente por varios programas. En concreto en este proyecto pretende contribuir a evitar las recaídas en el consumo de sustancias.

Trata de mantener al usuario en el presente, aceptando la situación de manera positiva, afrontándola y proyectando nuevas metas. Además, esta técnica permite la relajación y el control de emociones. Se llevará a cabo por un profesional, dos veces a la semana, durante los seis meses posteriores al proceso. Cada sesión tendrá una duración de dos horas y los usuarios podrán acudir a una sesión semanal o a las dos.

D. Ampliar las redes de apoyo social

Objetivo Operativo D. 1.: Adquirir habilidades sociales.

Una manera de afrontar la drogodependencia, tener mayor autoestima y mantener y aumentar la red de apoyo social y familiar es a través de la adquisición de habilidades sociales. Las actividades destinadas a este objetivo serán llevadas a cabo por el/la educador/a social y/o trabajador/a social y se realizarán una vez a la semana durante dos horas y serán grupales. A lo largo del programa se realizarán seis talleres de habilidades sociales diferentes. Cada taller ocupará dos sesiones (dos semanas por taller). En la primera sesión se explicará y trabajará la habilidad social concreta y en la segunda sesión se realizará un *role-play* para entrenar a los usuarios en dicha habilidad social. Además, se enviará como tarea practicar las habilidades sociales en su día a día.

16. **Taller de control de emociones:** Se impartirá la primera semana del proceso de rehabilitación y en él se trabajará el autocontrol de las emociones, tales como el estrés, la rabia o la agresividad, entre otras. Dentro del taller se llevarán a cabo técnicas de respiración, de relajación y de conocimiento de las emociones existentes, tanto las negativas como las positivas.
17. **Taller de detección de fortalezas:** Se impartirá la tercera semana del proceso. Se pretenderá hacerles descubrir fortalezas personales que les caracterizan y sobre las que pueden apoyarse para alcanzar sus metas y mejorar sus relaciones interpersonales. Para ello se reflexionará sobre los valores de cada uno y se trabajará la autoestima a través de la valoración de los propios esfuerzos que hagan los pacientes con los que intervenimos.
18. **Taller de comprensión de miedos:** Se realizará la quinta semana del proceso. Los miedos provocan en muchas ocasiones la paralización, evitando alcanzar las metas que nos establecemos. En este taller se hablará de los miedos de los usuarios, los orígenes y la forma en que pueden ser vencidos y aceptados, con el fin de que el paciente pueda seguir adelante, alcanzando los objetivos realistas que se marque en la vida.
19. **Taller de gestión de ansiedad:** Se impartirá la séptima semana del proceso. La ansiedad puede provocar la pérdida del control, lo que puede provocar una recaída. En el taller se trabajará la manera de detectar la ansiedad y se ofrecerán claves para regularla.
20. **Taller de escucha activa:** Se realizará la novena semana del proceso. La escucha activa es una habilidad primordial para establecer buenas relaciones interpersonales. En estos talleres se trabajará la empatía y se darán herramientas para mejorar esta habilidad. De esta manera se contribuye a la mejora de las relaciones interpersonales que tengan los pacientes, así como la creación de nuevas relaciones sanas y beneficiosas.
21. **Taller de comunicación asertiva:** Se realizará la penúltima semana del proceso. En muchas ocasiones surgen mensajes de error en la información que obtenemos del resto de personas. En estos talleres se trabajará la interpretación de la información, el control de los mensajes que se emiten y se trabajarán las relaciones basadas en la confianza.

22. **Juegos de role-play:** Las semanas posteriores a los talleres realizados, se realizarán juegos de *role-play*, en los que se pondrán en práctica las habilidades sociales trabajadas anteriormente.

Objetivo operativo D. 2: Mejorar las relaciones familiares

La familia es un núcleo vital y primordial para la estabilidad emocional de una persona. En muchas ocasiones estos pacientes están en conflicto constante con su núcleo familiar, lo que dificulta la convivencia. Desde este objetivo se pretende unificar a la familia, reforzando las relaciones familiares, basadas en el respeto y la confianza. Este objetivo se llevará a cabo a través de la orientación familiar, que será realizada por parte del/a trabajador/a social en el despacho.

23. **Orientación familiar:** Esta actividad se realizará en aquellos casos en los que se cuente con familiares. El/la profesional del Trabajo Social valorará y propondrá la orientación familiar cuando considere necesario. Una vez propuesta tanto al paciente, como a los familiares, éstos son los que libremente decidirán si se realiza. Desde el proyecto siempre se va a apoyar la realización, ya que es algo beneficioso para la rehabilitación del paciente. Se realizará una sesión semanal de aproximadamente una hora u hora y media y finalizará cuando el/la profesional o la parte interesada lo decida, tanto por el fracaso de la orientación, como porque ya se hayan cumplido los objetivos establecidos. En ocasiones se citará al usuario junto a la familia y, en otras, se podrá citar a los miembros por separado o como se considere oportuno. Se buscará solucionar los problemas existentes en el grupo familiar, facilitar la convivencia familiar positiva, tomar decisiones beneficiosas para el grupo. De esta manera, habrá una mejor adaptación de los familiares a las patologías en las que se interviene y a las circunstancias. El máximo número de sesiones que se realizarán serán seis.

E. Contribuir a la reinserción social y laboral

Objetivo operativo E. 1: Asesorar al usuario en la búsqueda de empleo

Se pretende que los usuarios consigan encontrar un empleo. El trabajo es un aspecto que permite una mejor integración en la sociedad. Permite la ocupación de mente y cuerpo, evitando de esta manera recaídas de los pacientes y es una manera de que los usuarios tomen las riendas de su vida y pueden reinsertarse en la sociedad con mayor éxito. Este objetivo se llevará a cabo a través de diversos talleres dirigidos a la búsqueda de empleo, en los que se trabajará la realización del currículum vitae, de la carta de presentación, se abordarán consejos para las entrevistas de trabajo y se trabajará la búsqueda de trabajo de manera adecuada y eficaz.

24. **Taller de formación para la creación de currículums:** Se impartirá la séptima semana del proceso y será realizada por el/la trabajador/a social. Se orientará a los pacientes la manera de hacer un currículum vitae de manera adecuada. Una vez finalizado el taller, los usuarios deberán realizar su propio currículum.
25. **Taller de formación de carta de presentación:** Se realizará la octava semana del proceso y seguirá el mismo patrón que el taller anterior. El/la trabajador/a social dará las bases para la realización de una carta de presentación adecuada y posteriormente el usuario deberá de realizar la suya propia.

26. **Taller de búsqueda de empleo:** Se realizará la novena semana del proceso, ya que el usuario estará más estabilizado emocionalmente, llevará un mejor control de rutinas y habrá una mayor motivación. Esta actividad será realizada por el/la trabajador/a social y tratará de dar pautas necesarias a los usuarios sobre maneras de buscar empleo, desde apuntarse al INAEM, hasta búsqueda por Internet, foros, repartir currículums, etc.
27. **Taller de comportamiento, actitudes y presentación personal en entrevistas laborales:** Se trata de una actividad realizada por el/la trabajador/a social en la que se ofrecerá a los usuarios los consejos necesarios para realizar una entrevista personal adecuada y que permita crear un ambiente favorable a la hora de buscar empleo. Con este taller se pretende tener mayor probabilidad de éxito a la hora de realizar una entrevista laboral. Se realizará en la décima semana del proceso.

Objetivo operativo E. 2: Mantener contacto con la actualidad

Es importante que los pacientes y usuarios estén al corriente de los acontecimientos y conozcan lo que ocurre en la actualidad y a su alrededor. De manera quincenal se realizará una sesión de una hora u hora y media dirigida a este objetivo.

28. **Taller de contacto con la realidad:** Es una actividad impartida por el/la educador/a social. Se tratará de que, de manera quincenal, los usuarios comenten una noticia (vista en el periódico, la televisión, etc.) que les haya parecido interesante, la resumirán para que los compañeros se enteren de que trata, se expondrán los aspectos más relevantes y se debatirá sobre todas las noticias expuestas por los usuarios.

Objetivo operativo E. 4: Colaborar con otras asociaciones y coordinación entre profesionales

La coordinación y la colaboración son fundamentales para el buen funcionamiento de un proyecto.

29. **Coordinación con otras entidades:** Se pretende colaborar con otras entidades para realizar actividades conjuntas, sobre todo aquellas dirigidas a la sociedad en general. Además, la colaboración con otras entidades nos permite abordar más ampliamente todas las necesidades de los usuarios y conocer a otras personas que podrían beneficiarse de este programa. Otras entidades pueden derivar a usuarios cuando consideren que sus necesidades se adecúan al servicio que ofrece el programa. Lo mismo puede ocurrir desde nuestra entidad, en tanto que se podría derivar a los pacientes a otras entidades, siempre que consideremos que recibirán una atención más especializada y adecuada a su situación.
30. **Reuniones semanales del equipo multidisciplinar:** Se realizarán reuniones todos los lunes en las que los profesionales expondrán el progreso, tanto a nivel sanitario como psicosocial de cada usuario, así como el cumplimiento de los objetivos según cada caso.

Objetivo operativo E. 5: Sensibilizar a la sociedad

Para que una persona esté integrada en una sociedad, no solo es necesario que la propia persona trabaje y luche por ello, sino que también es importante trabajar con los prejuicios que dicha sociedad sigue teniendo hacia las personas con VIH y drogodependientes.

31. Desde el proyecto se realizarán **charlas de sensibilización**: Es una actividad realizada por el/la trabajador/a social. Se trabaja de manera indirecta con el usuario, pero se considera necesario trabajar también desde la sociedad para eliminar los estigmas y los prejuicios. De esta manera se pretende conseguir un mayor acogimiento social a estas personas, lo que favorecerá la búsqueda de empleo, creación de relaciones sociales, educación, etc. Se realizarán charlas de sensibilización una vez al mes o incluso más si fuese necesario y demandado. Se realizarán en colegios, institutos, centros de educación superior y en otras instituciones a las que pueda acudir quien esté interesado (p.ej., centros cívicos). Serán gratuitas para el público.

3.4.2 Cronograma

ACTIVIDADES	PREVIO	PROCESO (Por semanas)												SEGUIMIENTO (Por meses)					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
1 y 2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
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																			

3.4.3 Instrumentos y técnicas

A lo largo de la intervención se utilizarán diversos instrumentos y técnicas necesarias para llevar a cabo las actividades y, por tanto, el logro de los objetivos:

- **Entrevistas informales:** Las entrevistas son encuentros que tendrán lugar entre el profesional del Trabajo Social y/o el profesional de Psicología y el paciente y/u otras personas, tales como familiares, personas cercanas, etc. Se darán en el despacho de los/as profesionales o en las habitaciones donde los usuarios estén ingresados si fuese necesario. La finalidad principal de las entrevistas, que pueden ser individuales o grupales, es recabar información sobre la situación del paciente, el contexto en el que trabajaremos y/o conocer datos que nos sirvan de ayuda para mejorar la intervención.
- **Historia social:** Es un instrumento muy utilizado en Trabajo Social que sirve fundamentalmente para registrar aquella información relevante durante todo el proceso de intervención. Se incluyen temas como la situación socio-familiar, sanitaria, vivienda, económica, laboral, etc. Se puede observar un modelo de historia social en el Anexo 6.
- **Genograma:** Es una representación gráfica sobre la situación familiar del paciente. Se suele incorporar dentro de la historia social y nos ayuda a visualizar de manera rápida y directa la situación familiar en la que se encuentran nuestros pacientes. Como ya se ha comentado, las redes de apoyo son muy importantes para una buena recuperación y es importante trabajar con la familia.
- **Informe social:** Es un instrumento realizado por el/la trabajador/a social que nos permite plasmar la información necesaria acerca de la situación del paciente. El objetivo de este instrumento es concretar toda la información primordial, dar información sobre un paciente a otros profesionales (de la misma entidad u otras) y, además, es un requisito fundamental para solicitar ciertos recursos a otras instituciones. En el se observar aspectos como los nombrados en la historia social y además se añade una valoración social por parte del profesional del trabajo social. En el Anexo 2 podemos ver un modelo de informe social, aunque cada entidad utiliza su propio modelo.
- **Observación:** Esta técnica también es importante para realizar de manera adecuada la intervención. Tenemos que observar cómo se va desarrollando el paciente, las relaciones que establece con los compañeros, su progreso físico y psicológico, etc.
- **Registro:** Se hará un registro de todas las intervenciones que se realicen, de entrevistas, de observación, de acuerdos, de novedades, de información que nos den otros profesionales, etc.

3.4.4 Recursos

3.4.4.1 Recursos humanos

- Un/a trabajador/a social (jornada completa)
- Un/a psicólogo/a (media jornada)
- Un/a educador/a social (jornada completa)
- Un profesional para las actividades físico-deportivas (24h/ mes)
- Un profesional experto en *mindfulness* (16h/mes)

3.4.4.2 Recursos materiales

- Sala del hospital (donde se realizarán las actividades grupales)
- Tres despachos (del trabajador/a social, del psicólogo/a y del educador/a social)
- Tres impresoras (una por profesional)
- Tres ordenadores (uno por profesional)
- Materiales para las actividades (folios, bolígrafos, raquetas, pelotas...)

3.4.5 Presupuesto

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	JORNADA	PRECIO/UNIDAD (Mensual)	TOTAL
Trabajadores/as sociales	1	COMPLETA (Grupo profesional 1)	1.781€/Profesional	1.781€/mes
Educadores/as sociales	1	COMPLETA (Grupo profesional 1)	1.781€/Profesional	1.781€/mes
Psicólogos/as	1	MEDIA (Grupo profesional 1)	890€/Profesional	890€/mes
Profesional de actividades deportivas	1	24 horas/mensuales (Grupo profesional 4)	198€/profesional	198€/mes
Profesional experto en <i>mindfulness</i>	1	16 horas/mes (Grupo profesional 4)	132€/profesional	132€/mes
			TOTAL:	4.782€/mes

El salario de los profesionales está establecido según la Resolución del 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017¹ y según la Resolución de 15 de enero de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el Acta de acuerdo relativo a las tablas salariales para los años 2018, 2019, 2020 y 2021 del Convenio colectivo estatal del sector de acción e intervención social².

RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO/ UNIDAD	TOTAL
Impresoras	3	60€/unidad	180€
Ordenadores	3	700€/ Unidad	2.100€
Material para actividades			100€/mes
		TOTAL:	2.380€

Presupuesto total:

RECURSOS HUMANOS	4.782€
RECURSOS MATERIALES	2.380€
TOTAL (MENSUAL) (salario, material actividades...)	4.882€/mes
IMPREVISTO: 5%	244€
PAGO TOTAL PREVIO (ordenadores, impresoras...)	2.280€
TOTAL MENSUAL (FINAL):	5.126 €/mes

¹ Ver enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-7435

² Ver enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-1327

3.4.6 Fuentes de financiación

Para llevar a cabo el proyecto se solicitaría una subvención al Ayuntamiento de Zaragoza. Según su convocatoria pública de subvención en acción social del 34 de mayo de 2019³, solicitaríamos financiación para un proyecto dentro del ámbito de la prevención e inclusión social, en concreto dentro de los ámbitos de “Prevención e Inclusión Socio-laboral de personas en situación o riesgo de exclusión social no caracterizadas por pertenencia a un sector concreto”. Se excluyen las actuaciones con alumnas/os de Escuelas Taller, Talleres de Empleo, Centros Sociolaborales, programas de Garantía Juvenil y personas contratadas por Empresas de Inserción Social” (045) y/o “Prevención y Atención de Adicciones, excluidas las intervenciones exclusivamente sanitarias” (046).

Se solicitaría una subvención del 100% del presupuesto previsto anteriormente. Cabe destacar que las actividades de ocio y cultural serán salidas gratuitas. En caso de que exista la posibilidad de realizar una salida cultural no gratuita, será abonada por los usuarios. Respecto a las zonas para la realización de actividades físico-deportivas, se solicitará al Ayuntamiento un pabellón o recinto municipal dos horas semanales.

3.4.7 Evaluación

En este apartado haremos referencia a la manera en la que se va a realizar la valoración del funcionamiento y eficacia del programa de intervención, así como los resultados y el impacto que ha tenido en la población objeto de estudio.

Se realizará una evaluación de proceso, ya que nos interesa ver el progreso de nuestros usuarios mensualmente y comprobar el cumplimiento o incumplimiento de los objetivos establecidos en el proyecto durante la intervención. La evaluación nos permitirá, no solo ser conscientes del proceso de la ejecución del programa, sino que además nos permitirá detectar problemas y debilidades y poner solución ante ellas, proporcionando mejoras en la ejecución.

Cómo con el proyecto se pretende generar un impacto y un cambio en la calidad de vida de los usuarios, se evaluará este aspecto desde la perspectiva de los propios participantes en el proyecto a través de un cuestionario (ver Anexo 7).

Por otro lado, como se ha comentado en el apartado destinado a las actividades, se realizará mensualmente una estadística sobre el progreso de cada uno de los usuarios, en los que se utilizarán los siguientes indicadores:

- a) Número de actividades en las que participa (del 1 al 8).
- b) Cumplimiento o incumplimiento de las pautas para el abandono del consumo de sustancias, según los resultados de los análisis de orina quincenales (ha consumido este mes/ no ha consumido este mes).
- c) Cumplimiento o incumplimiento de la toma de tratamiento farmacológico (lo toma adecuadamente/ a veces se le olvida/ no lo toma).

³ Ver: <http://www.zaragoza.es/contenidos/ayudasysubvenciones/Subv-Accion-Social19-Bases.pdf>

Respecto a la evaluación general sobre el proyecto que se realizará mensualmente se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- a) Número de usuarios que utilizan el servicio prestado/ Número de pacientes diagnosticados por ambas patologías en Zaragoza.
- b) Número de usuarios nuevos/ Número total de usuarios de la Unidad.
- c) Número de usuarios que asisten a cada taller/ Número total de usuarios de la Unidad.
- d) Número de usuarios que han abandonado el consumo/ Número total de usuarios del servicio.
- e) Número de usuarios que llevan adecuadamente la toma de tratamiento/ Número total de usuarios de la Unidad.
- f) Número de colaboraciones con otras entidades.
- g) Número de pacientes que consiguen empleo/ Número total de pacientes del servicio que no tenían empleo.
- h) Número de pacientes que han mejorado sus redes sociales de apoyo/ Número total de usuarios del recurso

Además de las evaluaciones mensuales, se realizará una memoria anual, en la que se especifiquen aspectos relevantes del proyecto tales como el número de usuarios, los objetivos, las actividades y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las evaluaciones mensuales y realizando una valoración final anual. Esta memoria anual será realizada por el equipo multidisciplinar y será pública.

4 REFERENCIAS

- Area de Presidencia y Derechos Sociales. Servicios administrativo de Derechos Sociales. (Ayuntamiento de Zaragoza). (24 de mayo de 2019). *Subvenciones de Acción Social*. Recuperado de Convocatoria Pública de subvenciones en materia de Acción Social: <http://www.zaragoza.es/contenidos/ayudasysubvenciones/Subv-Accion-Social19-Bases.pdf>
- Asociación Proyecto Hombre. (2015). *XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre*. Recuperado de 2019 de http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/Revista-PH_87_4_2.pdf
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). *Transmisión del VIH*. Recuperado de 2019 de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2019). *El tratamiento del VIH*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/treatment.html>
- Fundación Manantiales. (s.f.). *Abordajes de las adicciones - La Motivación para el Cambio*. Recuperado de http://www.manantiales.org/abordajes_de_las_adicciones_la_motivacion_para_el_cambio.php
- García, C. (2007). Prevención en drogodependencias. En A. Gutiérrez, *Drogodependencias y Trabajo Social* (pp. 53-93). Madrid: Ediciones Académicas.
- Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. (s.f.). *Recursos en Atención a Drogodependencias*. Recuperado de https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/RECURSOS%20EN%20ATENCIÓN%20A%20DROGODEPENDENCIAS.pdf
- Gracia, R. y Herreros, O. (1999). Causas y factores implicados en las conductas adictivas. En A. Seva, *La drogadicción. Los pacientes drogadictos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social* (pp. 23-31). Zaragoza: Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón.
- Guisado, J. A., Vaz-Leal, F., Fernández-Gil, M., Peral, D. y López-Ibor, J. J. (2000). *Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267373345_Comorbilidad_psiquiatrica_en_drogodependencias
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- InfoSida. (2017). *¿Qué es el VIH?*. Recuperado de <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
- InfoSida. (2018). *El VIH y los usuarios de drogas y alcohol*. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/25/84/el-vih-y-los-usuarios-de-drogas-y-alcohol>
- InfoSida. (2019). *Tratamiento*. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/51/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>

- Janssen. (2019). VIH/Sida. Recuperado de https://www.janssen.com/spain/salud/enfermedades_infecciosas/vih-sida
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carrobles, J. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto). Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- Lozano, F. y Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29, 455-465.
- Massaro, A. F. (2017). *Tratamiento Basado en Mindfulness para Pacientes con Adicción al Alcohol y Cocaína*. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681418/massaro_bologni_alessandro_francesco.pdf?sequence=1
- Ministerio de Empleo y Seguridad. (2015). *Resolución de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017*. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-7435
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Encuesta EDADES*. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDAD_ES_2017_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Prórroga 2017-2020*. Recuperado de http://www.mscbs.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf
- Ministerio de Trabajo, M. y. (1 de febrero de 2019). *Resolución de 15 de enero de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el Acta del acuerdo relativo a las tablas salariales para los años 2018, 2019, 2020 y 2021 del Convenio colectivo estatal del sector de acción e interv.* Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-1327
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017_OEDA-INFORME.pdf
- ONUSIDA. (2019). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA*. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

- Ordóñez, F., Bobes, J., Rodríguez, F., Paino, S., González, M. y Portilla, G. (1993). Evaluación de la personalidad de los drogodependientes. Vía parenteral en una muestra asturiana. *Anales de Psiquiatría*, 9, 256-260.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado el de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *VIH/Sida*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Plan Nacional Sobre el SIDA. (2016). *Estimación de la prevalencia de personas con el VIH en la población general*. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/InfDatosEpidemiologicosNovbre2017.pdf>
- Real Academia Española. (2019). *Droga*. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>
- Sánchez, M. (2010). *Adhrencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias*. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/11589/1/T32277.pdf>
- Santoro, P. y Conde, F. (2013). Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista Multidisciplinar del SIDA*, 1, 41-58.
- Seva, A. (1999). Las drogodependencias o toxicomanías. En A. Seva, *La drogadicción. Los pacientes drogadictos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social* (pp. 17-23). Zaragoza: Caja de Ahorros de la Inmaculada.
- Sociedad Mindfulness y Salud. (2018). *¿Qué es mindfulness?*. Recuperado de <https://www.mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/>

5 ANEXOS

Anexo 1. Estadística de pacientes en mis prácticas en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”

En esta tabla están registrados los 103 pacientes con los que intervine en mis prácticas (el 21,4% presentaban problemas de adicción al alcohol y/u otras sustancias). Se han identificado con un número con el fin de mantener la confidencialidad. Aparece recogida la Unidad en la que eran atendidos y el problema principal por el que necesitaban nuestra intervención. El 17,4% del total de los pacientes estaban ingresados en la planta de Enfermedades Infecciosas, donde suelen ser tratados los pacientes con VIH. Del total de esta planta, el 83% tenían VIH (15 pacientes) y nueve de estos, es decir, el 60% tenían relación y contacto con el consumo de drogas. El 77,7% de estos pacientes no tenían una buena adherencia al TAR.

Nº PTE	UNIDAD	PALABRA CLAVE	Nº PTE	UNIDAD	PALABRA CLAVE
<u>1</u>	MIR	Síndrome Wernicke. ALCOHOL.	<u>27</u>	MIR	
<u>2</u>	MIC	Cáncer	<u>28</u>	PSIC.	Residencia
<u>3</u>	MIC	Cáncer	29		
<u>4</u>	MIC	Información SAD	<u>30</u>	MIC	Traslado HSJDD
<u>5</u>	MIC	Información dependencia	<u>31</u>	PSIC.	Demencia severa
<u>6</u>	MIC	Síndrome Wernicke.	<u>32</u>	PSIC.	
<u>7</u>	PSIC	Diálisis	<u>33</u>	MIC	
<u>8</u>	INF.	Tutelado DGA	<u>34</u>	PSIC.	
<u>9</u>	INF.	VIH	<u>35</u>	AMB.	incapacidad
<u>10</u>	INF	VIH	<u>36</u>	MIC	dependencia
<u>11</u>	PSIC.	Intento autolítico.	37	MIC	
<u>12</u>	PSIC.	Tutelado	<u>38</u>	PSIC	Alcohol
<u>13</u>	PSIC.	Consumo alcohol (No conciencia)	39	MIC	Demencia evolucionada
<u>14</u>	PSIC.	Alzheimer.	<u>40</u>	PSIC.	Alcohol.
<u>15</u>	MIC		41	MIC	
<u>16</u>	MIC	Dependencia	42	PSIC.	Cáncer
<u>17</u>	INF.	VIH	<u>43</u>	PSIC	
<u>18</u>	INF.	Esquizofrenia	<u>44</u>	MIC	Dependencia. (UCSS)

Nº PTE	UNIDAD	PALABRA CLAVE	Nº PTE	UNIDAD	PALABRA CLAVE
<u>19</u>	AMB.		<u>45</u>	MIC	Traslado HSJDD
<u>20</u>	INF.	VIH. Drogas	<u>46</u>	MIC	
<u>21</u>	PSIC.	Drogas (cocaína)	<u>47</u>	MID	
<u>22</u>	MIC	Dependencia	<u>48</u>	INF.	VIH. Drogas
<u>23</u>	MIC		<u>49</u>	INF.	Drogas
<u>24</u>	INF.	VIH	<u>50</u>	MIC	Alcohol. No conciencia alcoholismo
<u>25</u>	INF.	VIH vertical.	<u>51</u>	INF.	VIH. Drogas
<u>26</u>	MIC		<u>52</u>	MIC	Obesidad mórbida
<u>53</u>	PSIC.	Varios intentos autolíticos	<u>77</u>	INF.	VIH. Drogas
<u>54</u>	MIR	Información	<u>78</u>	INF. PSIC.	Drogas
<u>55</u>	MIC	Informe HSJDD	<u>79</u>	INF. PSIC.	VIH. Drogas.
<u>56</u>	PSIC. AMB.	Cáncer	<u>80</u>	MIC	Residencia
<u>57</u>	MIC	Residencia.	<u>81</u>	MIC	Ictus
<u>58</u>	PSIC. AMB.	Cáncer.	<u>85</u>	MIC	
<u>59</u>	MIR	Cáncer.	<u>86</u>	PSIC.	VIH. Drogas
<u>60</u>	INF.	VIH. Exconsumidor	<u>87</u>	PISC.	Trast. celopático.
<u>61</u>	MIR	Mujer multipatológica	<u>88</u>	PSIC.	ONC/PSIQ.
<u>62</u>	PSIC	Esquizofrenia	<u>89</u>	PSIC.	Alcohol
<u>63</u>	PSIC	Alcohol	<u>90</u>	PSIC	Alcohol, tabaco, cannabis
<u>64</u>	PSIC		<u>91</u>	INF-JUV	Niña, 14 años.
<u>65</u>	PSIC	Intento autolítico	<u>92</u>	INF.	VIH
<u>66</u>	PSIC. AMB.	Enfermedad neuro-degenerativa	<u>93</u>	INF.	Alzheimer. Dependencia
<u>67</u>	PSIC.	Demencia	<u>94</u>	INF.	VIH. Drogas. Mala Higiene
<u>68</u>	ONC.	Cáncer. Síndrome Diógenes	<u>95</u>	PSIC.	Intento autolítico
<u>69</u>	MIC PSIC.		<u>96</u>	NEUR.	HSJDD

Nº PTE	UNIDAD	PALABRA CLAVE	Nº PTE	UNIDAD	PALABRA CLAVE
<u>70</u>	PSIC.	Infarto/ violación	<u>97</u>	UPIJ	Niño 6 años
<u>71</u>	ONC.		98	PSIC.	Malas condiciones de vivienda
<u>72</u>	MIC	Residencia	99	PSIC.	Alcohol
<u>73</u>	PSIC.	Alcohol. esquizofrenia	100	MIR	Dependencia
<u>74</u>	MIC	Alzheimer.	101	PSIC.	Dependencia
<u>75</u>	UROL.	Mujer transeúnte	102	MIC	Dependencia
<u>76</u>	OBS.	Maltrato	103	MIC	Negligencia en cuidados.

<u>Nº paciente (Con línea inferior)</u>	Dado/A de alta
Nº paciente	Fallecido/a
Unidad	Consumo alcohol/ drogas
Unidad	VIH

Anexo 2. Informe social para solicitar plaza en la Unidad de Atención y Seguimiento a la adherencia al tratamiento y a las adicciones.

Informe social

Entidad solicitante:	Fecha:
Nombre del usuario:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Motivo derivación:	

1. **Situación actual del usuario:** (Motivo por el que se encuentra en la entidad solicitante, situación sanitaria actual, años de consumo, etc.)
2. **Situación sociofamiliar:**
3. **Situación económica- laboral:**
4. **Situación de vivienda:**
5. **Intervenciones realizadas (desde la entidad solicitante, así como desde otras)**
6. **Valoración social**

Firma trabajadora social:

Anexo 3. Consentimiento del usuario

Consentimiento del usuario para acceder a Programa VIDA (Unidad de Atención y Seguimiento a la adherencia al tratamiento y a las adicciones)

Fecha:

-----, con DNI -----, nacido en _
----- a fecha de __/__/____ da consentimiento a los profesionales del Programa VIDA para comenzar el proceso de rehabilitación en la Unidad de Atención y Seguimiento a la Adherencia al Tratamiento y a las Adicciones del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, así como la realización de determinadas actividades y reconoce haber recibido y entendido la información sobre el proyecto, los requisitos, las normas y la evolución del recurso.

Firmado:

Anexo 4. Calendario semanal de actividades grupales

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00-9:00	Reunión equipo multidisciplinar	Actividades físico-deportivas		Actividades físico-deportivas	Mindfulness
9:00-10:00			Talleres de empleo		
10:00-11:00	Talleres psicoeducación	Actividades y salida de ocio y tiempo libre		Actividades físico-deportivas	
11:00-12:00	Talleres de habilidades sociales		Mindfulness		Talleres de contacto con la realidad
12:00-13:00				Tarea planificación fin de semana	

Anexo 5. Tarea de actividades a realizar el fin de semana y las realizadas.

	VIERNES	SABADO	DOMINGO	ACTIVIDADES PLANEADAS REALIZADAS
MAÑANA				
TARDE				
NOCHE				

Anexo 6. Historia social

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Derivación por parte de:

1. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR:

2. GENOGRAMA:

3. SITUACIÓN ECONÓMICA:

4. SITUACIÓN DE VIVIENDA:




5. SITUACIÓN EDUCATIVA/LABORAL:

Anexo 7. Cuestionario de evaluación para los usuarios

Rellene con una "X" los siguientes datos:

	Hombre	Mujer	Otro			
Sexo						
Edad						
	Soltero/a	Casado/a	Prometido/a	Separado/a- Divorciado/a	Viudo	
Estado civil						
	Sin estudios o estudios primarios incompletos	Básicos (Actualmente E.S.O)	Estudios de ciclos formativos	Estudios universitarios	Otros	NS/NC
Nivel de estudios						
	Trabajando	En paro	Jubilado	Incapacidad laboral		
Situación laboral actual						

Marque con una cruz "X" el icono que responda a su opinión respecto a las siguientes cuestiones:

			
1. Satisfacción general con el programa			
2. Cumplimiento de las expectativas			
3. Mejora de su situación social			
4. Mejora de sus relaciones sociales			
5. Mejora de su estado de salud			
6. Mejora de su situación laboral			
7. Influencia del programa en su consumo de sustancias			
8. Influencia del programa en el tratamiento del VIH			
9. Influencia del programa en su estado de ánimo			
10. Repercusiones del programa en su día a día			
11. Trato recibido por los profesionales del programa			
12. Visión sobre su futuro			
15. ¿Recomendaría este servicio a otras personas en la misma situación que usted?			

A continuación, responda de manera breve las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué conclusiones saca sobre su proceso?

2. Una vez que termine el proceso, ¿Tiene planteado realizar alguna actividad laboral, educativa o física (por ejemplo, actividades de relajación, deportivas, etc.)

3. ¿En qué considera que ha ayudado este proceso respecto a su situación social y laboral?

4. ¿Considera que hay algo que puede mejorar?

5. ¿Añadiría alguna actividad a realizar en el servicio?
