

Categoría

Premio Vivesoy a la Promoción del Autocuidado y de los Hábitos de Vida Saludable.

Título

Proyecto STOP & GO: Parar de consumir y motivar para el cambio.

Resumen

Este proyecto tiene como objetivo desarrollar un programa de intervención que promueva un cambio de estilo de vida en los pacientes dependientes de sustancias ingresados en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación, orientándolos a la actividad física y el estilo de vida saludable. Este proyecto consta de dos fases. En la Fase I trataremos de conocer la población diana, explorando sus necesidades y valorando sus opiniones y necesidades durante el ingreso y en el momento del alta. El propósito último de esta Fase I es obtener los conocimientos que nos permitan desarrollar posteriormente una intervención útil, atractiva y cercana a la realidad de los pacientes. Así mismo estos pacientes nos servirán de grupo control para establecer los resultados comparativos con el grupo intervención de la Fase II y conocer la efectividad del programa.

En la Fase II aplicaremos todos los conocimientos adquiridos durante la Fase I para desarrollar una intervención enfocada a la promoción de la actividad física y los hábitos de vida saludable. Esta intervención estará estructurada en dos niveles: uno específico y otro global. En el nivel específico llevaremos a cabo grupos de enfermería basados en las Necesidades Básicas alteradas según el plan de cuidados de Virginia Henderson. En el nivel global, planteamos adecuar la sala de manera que, de forma autónoma, los pacientes sean capaces de integrar y aplicar en su estancia en la sala todos los conocimientos aprendidos durante los grupos enfermeros, y que tras el alta, también le sea más fácil y viable aplicarlos en su entorno habitual.

Justificación

Estudios previos demuestran que la actividad física y el estilo de vida saludable (en adelante, AFEVS) proporcionan beneficios para la salud. En la población general adulta, la práctica regular de actividad física se relaciona con beneficios para la salud

cardiorrespiratoria, metabólica y del aparato locomotor así como con la prevención de cáncer y depresión (OMS, 2010). En el campo de la salud mental, se han generado varias intervenciones orientadas a la adopción de hábitos saludables y a la práctica de actividad física (e.g., Baker et al., 2011; Hollman et al., 2001). En pacientes con trastorno por consumo de sustancias, existen estudios clásicos que mostraron el beneficio de programas físico-deportivos en la rehabilitación de drogodependientes. Por ejemplo, Stiensmeire-pelster et al. (1989) y Weber (1984) mostraron el beneficio de un programa deportivo en la mejora de conductas y hábitos asociados al fenómeno de la adicción y del bienestar psíquico. Actualmente, se considera que el ejercicio físico puede ayudar en el tratamiento de las adicciones (e.g., Linke et al., 2015). En esta línea, han aparecido programas orientados a la promoción de la actividad físico-deportiva para pacientes que siguen un proceso ambulatorio de deshabituación (e.g., Hernangil et al., 2011) y se están poniendo en marcha proyectos enfocados a la mejora del estilo de vida saludable en comunidades terapéuticas o centros residenciales (e.g., Keane et al., 2016). Sin embargo, se echan en falta programas que tengan en cuenta la AFEVS durante el proceso de desintoxicación. El reciente estudio de Beiter et al. (2016) abrió la posibilidad de utilizar el ejercicio físico para la prevención de recaídas en los primeros compases de la abstinencia de sustancias. Los autores argumentan que incluso una pequeña cantidad de ejercicio físico en la abstinencia temprana podría ayudar de un modo eficaz a la prevención de la búsqueda de drogas y las recaídas. Por ello, el reto de los profesionales es conocer las condiciones que harían que los pacientes se sintieran atraídos por un programa de AFEVS en un contexto de abstinencia temprana (i.e., desde el inicio de la desintoxicación en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación, UHD). Este programa también debería ayudarles a mantener el cambio de estilo de vida en el posterior proceso de deshabituación y reincorporación a la vida diaria. Por ejemplo, Àmbits Esport en Barcelona realizó un estudio sobre la reintegración social y laboral mediante el deporte con resultados positivos en la abstinencia, inserción laboral, mejora del estado anímico general y promoción de la salud (Abellanas et al., 1998, Àmbits Esport, 2001).

Una teoría que se ha utilizado recurrentemente para conocer la adherencia y la motivación de distintas poblaciones para la práctica de actividad física y ejercicio físico es la Teoría de la Autodeterminación (Self-determination theory; Deci y Ryan, 1989, 2000). De acuerdo con esta teoría, el equipo asistencial podría favorecer el empoderamiento de los pacientes y su motivación para cambiar de estilo de vida, gracias a darles herramientas y apoyo durante su proceso de recuperación. Una reciente revisión acerca de la efectividad de los programas SDT enfocados a la promoción de la actividad física y el ejercicio (Aicaraz et al., 2016) destacó la necesidad de incluir el punto de vista de la población diana para el desarrollo de estos programas (mediante grupos focales). Por ello, nuestro programa de intervención tendrá muy en cuenta el punto de vista de los pacientes.

Desarrollo

Se trata de un estudio transversal, cualitativo y cuantitativo, enfocado a todos los pacientes ingresados por abuso de sustancias en una UHD. Generalmente la duración de los ingresos es de entre 10 y 14 días. Una visión global de este proyecto puede observarse en el Anexo 1. La Fase I se orienta a conocer las variables que influyen en la actividad física y la adopción de un estilo de vida saludable de los pacientes ingresados en una UHD, con el propósito de obtener información para el futuro desarrollo de una intervención orientada a la promoción de la AFEVS (Fase II). La Fase I se desarrolla en dos estudios, enfocados a la recogida de datos cualitativos (Estudio 1) y cuantitativos (Estudio 2). En el Estudio 1, planteamos grupos de discusión para recoger ideas sobre intervenciones orientadas a la promoción del estilo de vida activo y saludable. Por un lado realizamos un grupo de expertos, en el que participaron profesionales del área de las adicciones, del área de gerencia y gestión hospitalaria, del área deportiva y del área de la nutrición. El objetivo del grupo es conocer su punto de vista acerca de las características que podría tener nuestro programa de intervención y las variables que podríamos recoger para medir su eficacia. Por otro lado, planificamos varios grupos de discusión donde participarán tanto pacientes dados de alta de la UHD como pacientes ingresados en ese momento en la UHD. En ambos casos, los separaremos en grupos de pacientes físicamente activos y pacientes pasivos. El objetivo de estos grupos es conocer los elementos que ayudarán a la adherencia a un programa de intervención enfocado a la promoción de AFEVS para pacientes ingresados en una UHD (ver Anexo 2). En el Estudio 2, los objetivos son (a) describir las motivaciones para la AFEVS de los pacientes ingresados y (b) analizar la relación de estas motivaciones con las barreras identificadas para la práctica de actividad física, con la propia realización de actividad física, con la intención de ser físicamente activo y con las consecuencias psicológicas derivadas (e.g., depresión, ansiedad). El nombre y las referencias de los cuestionarios administrados pueden encontrarse en el Anexo 4. Actualmente, estamos iniciando la Fase I de nuestro proyecto.

La Fase II, la fase de intervención, se basará en gran medida en los conocimientos obtenidos en la Fase I. La intervención estará estructurada en dos niveles: uno específico y uno global. El nivel específico se enfoca al desarrollo de grupos psicoeducativos enfermeros basados en las necesidades básicas de Virginia Henderson (Herdman, 2013). En función de cada necesidad alterada, los diagnósticos enfermeros que se trabajarán son:

- 1. Dormir y descansar; Diagnóstico enfermero: Trastorno del patrón del sueño / insomnio.
- 2. Comer y beber de forma adecuada; Diagnóstico enfermero: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior o superior a las necesidades / Déficit de autocuidado: Alimentación.
- 3. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel; Diagnóstico enfermero: Descuido personal/ Déficit autocuidado: baño.
- 4. Moverse y mantener una postura adecuada; Diagnóstico enfermero: Estilo

de vida sedentario / Déficit de actividades recreativas.

La planificación y el enfoque de estos grupos enfermeros estarán basados también en la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985, 2000) para trabajar la motivación de los pacientes hacia la AFEVS. La estructura de estos grupos enfermeros se basará en: (a) ofrecer una breve base teórica (25 minutos) y (b) trasladar esa base teórica a la realidad de cada paciente y ofrecerle las herramientas y habilidades necesarias para poder adaptarla a su vida diaria (20 minutos). Se plantea una estructura de cuatro grupos enfermeros, realizados en dos semanas sucesivas: Grupo 1 – alimentación e higiene bucal, Grupo 2 – higiene del sueño y cuidado personal, Grupo 3 – actividad y ejercicio físico, Grupo 4 – cesación tabáquica.

El nivel global, por su parte, pretende un cambio integral en la cultura de la UHD (más información: Anexo 3), mediante: (a) la promoción del estilo de vida activo y saludable por parte del equipo asistencial, (b) la adaptación de las instalaciones de la Unidad para ayudar a los pacientes a integrar la actividad física en su vida diaria, (c) el recordatorio de los conocimientos adquiridos durante la intervención específica mediante paneles informativos, y (d) la creación de la “Hora Stop&Go”, para promocionar la actividad física de los pacientes de forma autónoma. Complementariamente, en el momento del alta se ofrecerá a los pacientes un plan de cuidados donde: (a) se les recordarán los puntos básicos que conforman un estilo de vida activo y saludable; (b) se les ofrecerán pautas para poder seguir siendo físicamente activos en casa así como alternativas saludables de actividades según las preferencias detectadas durante el ingreso.

Para evaluar la intervención, se compararán los resultados con los de los pacientes analizados en el Estudio 2 (Fase I), que actuarán como grupo control, con el fin de analizar su eficacia para: (a) aumentar la motivación de los pacientes para la actividad física, (b) mejorar varios indicadores de estado psicológico y (c) aumentar los conocimientos prácticos relacionados con el estilo de vida activo y saludable. Complementariamente, y dado que planteamos nuestra intervención de forma dinámica y pretendemos que pueda evolucionar con el tiempo, recogeremos la satisfacción de los pacientes con la intervención así como posibles sugerencias de mejora. La duración total estimada para este proyecto es de un año, aunque nuestra intención es que la intervención quede instaurada en la dinámica de la UHD.

Conclusiones

La concepción general de este proyecto es facilitar el cambio de los pacientes ingresados hacia un estilo de vida que les ayude a parar el consumo de sustancias, dado que un estilo de vida activo y saludable es incompatible con un estilo relacionado con el consumo. El proyecto se espera que sea eficaz porque: (a) la intervención será

cercana a la realidad del paciente y la percibirá como más útil; y (b) el paciente podrá aplicar los conocimientos aprendidos durante su ingreso en la Sala y ello aumentará su confianza para seguir aplicándolos posteriormente en su vida diaria. Teniendo en cuenta el carácter inclusivo del proyecto, el enfoque individualizado con los pacientes permitirá aumentar su eficacia.

En la Fase 1, conocer las experiencias, las motivaciones y los puntos de vista sobre la AFEVS de los pacientes ingresados en la UHD nos permitirá desarrollar un programa enfocado a la promoción de estas variables que sea más inclusivo, más atractivo y más cercano a la realidad de esta población diana.

En la Fase 2, la participación del paciente de forma activa tanto en los grupos de enfermería como de forma autónoma en la dinámica de la unidad, le permitirá tener más herramientas para poder adquirir unos hábitos de vida saludables cuando regrese a su entorno, lo cual ha sido relacionado en estudios anteriores con un menor porcentaje de recaídas al alta. Complementariamente, adaptar la Sala para hacerla más atractiva y así potenciar la actividad física de los pacientes, hará que los pacientes sean también más activos durante el propio ingreso en la UHD.