



**Universidad
Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**



Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011 / 2012

**TRABAJO FIN DE GRADO
INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO
CLÍNICO DE PATOLOGÍA DUAL**

Autor/a: Guillermo Tajahuerce Sin

Tutor/a: María Sierra Berdejo

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS DEL TRABAJO	8
METODOLOGÍA	9
DESARROLLO	10
CONCLUSIÓN	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	21

RESUMEN

Entre los diferentes campos en los que desarrolla su labor la Terapia Ocupacional encontramos el campo de la Salud Mental, ámbito desde el que abordamos la realidad de la Patología Dual. Con este término se denomina a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. La incidencia de esta patología está aumentando en los últimos años, y resulta un auténtico reto terapéutico tanto para el sistema sanitario como para los profesionales implicados.

En el presente trabajo se desarrolla el caso clínico de un varón de 31 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y abuso de alcohol y cannabis.

Fundamentándose la importancia de la Terapia Ocupacional dentro del campo de la Salud Mental, se pretende profundizar en el marco teórico de la patología dual y realizar el diseño de un plan de intervención. Para ello, seguiremos las pautas del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional y el Modelo de Ocupación Humana (MOH).

INTRODUCCIÓN

Entre los diferentes campos en los que desarrolla su labor la Terapia Ocupacional encontramos el campo de la Salud Mental, ámbito desde el que abordamos la realidad de la Patología Dual.

Con este término se denomina (...) a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (1). Esta comorbilidad se asocia a una serie de resultados adversos que han sido bien definidos en la literatura: mayor número de recaídas y hospitalizaciones, más visitas a los servicios de urgencias, mayor incumplimiento del tratamiento (farmacológico y psicosocial), riesgo de infecciones (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], hepatitis, etc.) y más conductas auto y heteroagresivas (2).

Estos pacientes "duales" son pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social y constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a caballo de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental (1). Es cierto que ya se reconoce una alta incidencia de este tipo de patología, sin embargo, todavía no se ha consolidado un abordaje multidisciplinar que incluya los aspectos psicológicos, sociales y culturales que completan el marco de este trastorno (3).

Zimberg propuso en 1996 una clasificación funcional y operativa para la patología dual. En dicha división se distinguen tres tipos de trastornos (4, 5):

I: Trastorno Psiquiátrico Primario y Trastorno por Uso de Sustancias Secundario (Hipótesis de la Automedicación). Sitúa el consumo de drogas como consecuencia de un trastorno psicopatológico. En este tipo de trastornos debe darse por supuesto que haya un periodo de sintomatología psiquiátrica previo al periodo de comorbilidad entre lo psiquiátrico y lo adictivo. En algunos casos no es posible determinar esta sintomatología previa y quizás sea necesario valorarla en el paciente durante un periodo de abstinencia.

II: Trastorno por Uso de Sustancias Primario con Síntomas Psiquiátricos Secundarios. Los trastornos psiquiátricos aparecen como consecuencia del consumo de sustancias. Para establecer esta relación de causalidad entre ambos trastornos, el clínico debe asegurarse de la presencia de una relación temporal en primer lugar entre el uso de sustancias y la psicopatología; y a continuación debe considerar la posibilidad de que el consumo de esa sustancia específica pueda ocasionar la sintomatología observada.

III: Coexistencia del Trastorno Psiquiátrico y del Trastorno por uso de Sustancias, ambos primarios y de origen independiente. En esta tercera tipología ambos trastornos son independientes y no se relacionan inicialmente, aunque pueden interactuar potenciándose entre ellos. Evidentemente, si la dualidad es primaria cabe esperar que la mejoría en uno de los trastornos no tenga por qué extenderse a una mejoría en el otro.

Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el año 2008, en las redes asistenciales públicas de salud mental y drogodependencias, revela que el 53,2% de las personas con patología mental que reciben tratamiento presenta un trastorno adictivo y, por contra, el 63% de las personas drogodependientes que reciben tratamiento presentan un trastorno mental (6, 7). Las enfermedades con mayor riesgo de presentar comorbilidad con el abuso de sustancias son el trastorno antisocial de la personalidad, los trastornos bipolares y la esquizofrenia (8, 9), siendo las drogas de consumo más habitual el alcohol y el cannabis (2).

Otros estudios informan de que la prevalencia de patología dual oscila entre un 20-60% de todos los pacientes con trastorno psiquiátrico, pudiendo llegar hasta el 85% (10). Este amplio rango se debe a distintos factores, entre los que cabe destacar (1):

- la heterogeneidad de las muestras en las que se ha llevado el estudio.
- el lugar en el que son atendidos: centros de la red de drogodependencias, recursos asistenciales de la red de salud mental, centros penitenciarios, etc.
- factores relacionados con la sustancia de abuso, tanto por sus efectos farmacológicos como por su situación legal, disponibilidad y accesibilidad.
- factores intercurrentes como, por ejemplo, la presencia de infección por el VIH.
- las dificultades diagnósticas.

En la actualidad hemos de asumir el consumo de sustancias como un elemento más de todas las variables que se entretajan en la transición a la psicosis (11).

La realidad clínica, que en estos casos es compleja, requiere una respuesta de dos sistemas diferenciados en su organización (Salud Mental y Drogodependencias) que, a la postre, descomponen la realidad y la hacen doble. Igualmente, la actividad diagnóstica es cuanto menos parcial y en muchas ocasiones presenta sesgos derivados de las lagunas formativas existentes en este tema (5).

El paciente dual requiere un proceso terapéutico que va a durar varios meses, antes de que consiga estabilizarse, y puede ser perjudicado por la disparidad entre los enfoques diagnósticos y terapéuticos de los profesionales que le atienden en un centro de salud mental y los que le atienden en el centro de drogodependencias (12, 13).

De cara a su intervención, resulta imprescindible un programa integrado en el que un único equipo especializado, tanto en drogodependencias como en salud mental, atienda simultáneamente toda la patología mental del paciente, tanto desde el punto de vista fármaco-terapéutico, como psicoterapéutico, como su integración familiar y socio-ocupacional (12, 14).

Desde la toma de conciencia de la magnitud y especificidad de la problemática de los trastornos duales se han intentado desarrollar programas terapéuticos ajustados a los mismos. Los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta han sido los siguientes:

- TRATAMIENTO SECUENCIAL: Es el modelo históricamente más común de tratamiento de los pacientes duales. En este modelo el paciente es tratado primero en un sistema o red de tratamiento (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente en el otro.
- TRATAMIENTO PARALELO: Implica al paciente simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes en ambas redes por parte de los propios equipos, aunque con mayor coincidencia en el tiempo.
- TRATAMIENTO INTEGRADO: Este modelo combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

No existen dudas de que el abordaje más adecuado para los trastornos duales sería el integrado aunque, dada la situación general, sería ya un logro conseguir un tratamiento paralelo y coordinado entre las redes implicadas (5). Las evidencias científicas de alta calidad demuestran que el abordaje en las conductas adictivas debe realizarse en todo el sistema sanitario, siendo la coordinación entre los niveles sanitarios, entre los sectores y entre los recursos comunitarios, así como la formación de los profesionales, la clave del éxito (15).

Actualmente, está demostrado que el tratamiento psicosocial es fundamental para conseguir la adaptación y la funcionalidad del paciente con trastorno mental. Las revisiones recientes muestran que los tratamientos psicosociales resultan efectivos y eficaces en los pacientes psicóticos, por lo que aportan una sólida base para la aplicación de este tipo de intervenciones en Salud Mental (8).

El principal instrumento de trabajo en este campo es la relación con el otro (16), por lo que el profesional de Terapia Ocupacional deberá estar capacitado para crear una relación terapéutica adecuada con el paciente. Tal como describen los estudios, establecer una efectiva relación terapéutica contribuye a una disminución del tiempo de recuperación (17).

Como disciplina la Terapia Ocupacional debe comprometerse en la consecución de técnicas y estrategias de intervención que (18):

- permitan a las personas afectadas por una enfermedad mental la consecución y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados,
- potencien la creación de espacios ocupacionales, donde el paciente pueda experimentar el logro y la competencia personal,
- favorezcan la colaboración con otras personas (afectados, profesionales, familiares) en la consecución de estas metas.

En Terapia Ocupacional se emplean diferentes modelos de práctica para explicar el desempeño y la ocupación de los individuos, desde los cuales se busca desarrollar la intervención con el usuario. Para explicar cómo cada humano motiva, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional, el Modelo de Ocupación Humana (MOH) ofrece una visión amplia e integradora de la ocupación humana y divide la organización interna del sistema a través de tres niveles jerarquizados. Las partes internas del sistema son (18, 19):

1. Subsistema de volición: es aquél que gobierna todas las operaciones del sistema y es el responsable de escoger e iniciar el comportamiento. El término volición connota voluntad o elección. Es un proceso de la conducta voluntaria que puede ser dirigida más allá de la satisfacción de necesidades básicas, y del que podemos analizar varios componentes:

Causalidad personal: se define como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente.

Valores: implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que nos permite experimentar un sentido de pertenencia a un grupo. Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que realizamos y el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas.

Intereses: son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras.

2. Subsistema de habituación: Organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. Las elecciones conscientes hechas en base a valores, intereses y causalidad personal formalizan una serie de hábitos y roles, que son los componentes del subsistema de habituación.

Hábitos: consisten en la sistematización de rutinas. Cuando éstas se establecen tenemos que valorar el grado de organización y la adecuación social de las mismas.

Roles: son cada uno de los papeles que elegimos, o estamos obligados a desempeñar, dentro de un grupo social y a lo largo de

nuestra vida (estudiante, padre, trabajador, amigo). Cada rol que podamos ejercer conlleva unas obligaciones y expectativas.

3. Subsistema de ejecución: formado por un conjunto de estructuras biológicas y procesos que permiten la organización de habilidades y la puesta en marcha de comportamientos con propósito.

Tipos de habilidades:

- Perceptivo-motoras
- De procesamiento
- De comunicación

El comportamiento ocupacional adaptativo sería la consecuencia del equilibrio entre los factores ambientales y personales (18). Así pues, una vez analizada la organización interna del sistema, resulta necesario conocer los factores relativos al ambiente y valorar en qué manera pueden apoyar o limitar el desempeño.

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, entendemos como **entorno** la variedad de condicionantes interrelacionados dentro de la circunstancia del cliente que afectan al desempeño. Estos entornos pueden ser el cultural, físico, social, personal, espiritual, temporal y virtual. Cuando los terapeutas ocupacionales y los asistentes de terapia ocupacional tratan de entender las habilidades y patrones de desempeño, consideran los entornos que rodean al desempeño de una ocupación o actividad en particular. En este proceso, el terapeuta ocupacional tiene en cuenta todos los entornos relevantes, considerando que algunos de ellos pueden no estar influyendo en las habilidades y patrones que están teniendo lugar (20).

OBJETIVOS

1. Profundizar en el marco teórico de la patología dual.
2. Diseñar un plan de intervención de terapia ocupacional en un caso clínico de esquizofrenia paranoide con abuso de alcohol y cannabis.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo presentamos el caso clínico de un paciente de 31 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide y abuso de alcohol y cannabis, remitido al Programa de Rehabilitación del Centro de Día "Romareda" de Zaragoza, al que asiste desde Abril de 2011. Todos los datos de este caso han sido proporcionados por el servicio de Rehabilitación del Centro de Día y con el consentimiento previo del paciente.

La realización del marco teórico se ha basado en la búsqueda de libros, artículos y revistas relacionados con la patología dual en las bibliotecas de la Facultad Universitaria de Ciencias de la Salud y la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, y más adelante en la biblioteca propia del Centro de Día con recomendaciones de la Terapeuta Ocupacional del recurso. Además, para la búsqueda de artículos se ha consultado la página web de la Sociedad Española de Patología Dual y las bases de datos de Dialnet, Scielo y Pubmed, empleando palabras clave como: "patología dual", "diagnóstico doble", "comorbilidad", "terapia ocupacional", "modelo de ocupación humana", "salud mental", "drogodependencia", "consumo de drogas", "abuso de sustancias", "intervención" o "tratamiento".

A partir de la información obtenida en la elaboración del marco teórico, y atendiendo a las necesidades que presentan este tipo de pacientes, se propone un plan de intervención basándose en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional y, fundamentalmente, en el Modelo de Ocupación Humana (MOH).

DESARROLLO

- INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL -

CASO CLÍNICO

Datos personales

Nombre: M. M. L.

Sexo: Varón

Año de nacimiento: 1981

Lugar de nacimiento: Zaragoza

Lugar de residencia: Zaragoza

Resumen de la historia clínica y ocupacional

Paciente de 31 años de edad, remitido al Programa de Rehabilitación del Centro de Día "Romareda", al que asiste desde Abril de 2011, diagnosticado de Esquizofrenia paranoide y abuso de alcohol y cannabis, y con un certificado de minusvalía del 65%.

Es el menor de tres hermanos, independizados ya, y vive en casa de sus padres. No tiene cargas familiares, y sus padres administran el dinero que cobra por la pensión, dándole 80 euros semanales, los cuales considera suficientes para sus gastos. Respecto a los estudios, terminó 2º de Bachiller e hizo un Grado Superior de Tornero Fresador, etapa en la cual se pudo apreciar en mayor medida el comienzo de la enfermedad mental. La situación en casa era delicada, con frecuentes actitudes hostiles entre sus padres y hacia él, coincidiendo en el tiempo con su época de consumo de drogas.

En lo referente al aspecto laboral, cabe decir que tuvo su primer trabajo en el año 2000, con 18 años, como reponedor, pero estuvo poco tiempo trabajando. Fue realizando diferentes trabajos en sus 5 años de cotización, pero en ninguno estuvo mucho tiempo, llegando a pasar por 15 empresas diferentes.

Fue sobre este año cuando se inició el tratamiento psiquiátrico de M., siendo diagnosticado de psicosis tóxica. Desde los 15 años tuvo un consumo habitual de cannabis, y ocasionalmente de alcohol, éxtasis y cocaína, preferentemente los fines de semana. Realizó un tratamiento de deshabituación en Proyecto Hombre durante tres años, llegando a permanecer un año en abstinencia. Posteriormente, se produjo una recaída con consumo diario de cannabis y cocaína. Tras abandonar la actividad laboral y gastar todos sus ingresos, vivió unos días en la calle, y en julio de 2006 ingresa en la Unidad de Agudos del Hospital Miguel Server, donde es diagnosticado de esquizofrenia paranoide y abuso de alcohol y cannabis.

Actitud al ingreso: El paciente tuvo una adaptación adecuada al Hospital de Día, con un grado de participación aceptable en actividades grupales y mostrándose colaborador en las consultas individuales, aunque se produjo una pérdida de motivación conforme transcurrió su estancia.

Exploración psicopatológica: en el momento del ingreso presentó las siguientes características: aspecto cuidado, actitud colaboradora, lenguaje espontáneo, hipoprosexia, inquietud motora, dificultad de expresión verbal, fenómenos de influencia sobre la corporalidad y el pensamiento, pensamiento mágico, ansiedad elevada, dificultad en el control de los impulsos y conciencia parcial de enfermedad mental.

En 2008 empezó a trabajar en la empresa familiar, con media jornada y frecuentes interrupciones a lo largo de ésta. Trabajaba como auxiliar administrativo, llevando a cabo el manejo de datos en el ordenador.

En la actualidad tiene certificada la incapacidad temporal y está en trámites el certificado de incapacidad permanente.

VALORACIÓN OCUPACIONAL

Para llevar a cabo la valoración ocupacional del usuario empleamos cuatro instrumentos de recogida de datos relacionados con los aspectos relevantes del MOH, como son el Cuestionario o Autoevaluación Ocupacional, el Listado de Roles, el Listado de Intereses y el Gráfico o PIE de Vida.

Autoevaluación ocupacional

Este cuestionario (Anexo 1) cuenta con 21 ítems referidos a tareas y actividades de la vida diaria, sobre las que el usuario debe referir su causalidad personal en la tarea (cómo considera su propio desempeño) y la importancia que les da a estas actividades. Podemos encontrar actividades relacionadas con la rutina y el desempeño de roles, la asunción de responsabilidades, el manejo de las propias habilidades o el cuidado propio y del entorno.

Lo que caracteriza a este cuestionario, además de ser autocompletable, es que aporta una información subjetiva sobre el desempeño del propio usuario, siendo él mismo el que valora y responde cada ítem, reportando así su propia percepción sobre el desempeño y representando, en cierto modo, su grado de satisfacción.

Listado de roles

El propósito de este listado (Anexo 2) es identificar los diferentes roles que el usuario desempeña, presentando 10 roles y su respectiva definición. Esta valoración permite percibir el desempeño de roles que ha tenido el usuario en el pasado, el que tiene actualmente, y el que plantea para el futuro. Por otro lado, nos aporta también la percepción que tiene el propio usuario sobre la importancia de dichos roles, valorando así posibles vías de actuación en su tratamiento.

Listado de intereses

La evaluación de los intereses (Anexo 3) consta de 68 ítems referidos a diferentes actividades o tareas, sobre los que el usuario debe referir su interés hacia las mismas, tanto en los últimos 10 años como en el último

año. Además debe señalar si realiza actualmente dichas actividades y si le gustaría llevarlas a cabo en el futuro. Como ya hemos dicho, los intereses son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras, por lo que la intervención resulta más satisfactoria si el usuario participa en actividades que considere interesantes, consiguiendo así una mayor motivación e implicación por su parte en el proceso de rehabilitación.

Gráfico o PIE de Vida

Es una herramienta de TO (Anexo 4) que se emplea para valorar la calidad de la rutina diaria del usuario. Consiste en una circunferencia dividida en 24 sectores, uno por cada hora del día, en la que se reflejan las diferentes actividades que realiza el usuario a lo largo de la jornada, permitiendo ver cuánto tiempo dedica a cada una. Se completa de forma conjunta entre el usuario y el terapeuta, agrupando estas actividades en diferentes categorías (Productividad, Ocio y Tiempo Libre, Descanso, Actividades Básicas de la Vida Diaria) que permiten apreciar de un vistazo una posible descompensación en estos aspectos.

De la información obtenida en las diferentes valoraciones, se extrapolan los factores que resultan más significativos para la intervención:

Área personal: Dificultad en el control de los impulsos. Poco control sobre sí mismo y su entorno. Desorganización en los horarios de sueño y alimentación.

Área social: Dificultades en las destrezas sociales comunicativas. Escasas relaciones sociales fuera del núcleo familiar.

Área ocupacional: Escasas tareas ocupacionales cotidianas, con falta de responsabilidad. Escasas tareas productivas. Baja causalidad personal.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivos generales

- Conseguir una rutina organizada y más activa.
- Promover la adquisición de nuevos roles y responsabilidades, tanto en el Centro de Día como fuera de él.
- Mejorar la comunicación interpersonal.

Objetivos específicos

- Adquirir horarios de sueño regulares, y hábitos diarios en las actividades relacionadas con el aseo y la alimentación.
- Buscar nuevas ocupaciones en las que invertir el tiempo libre por las tardes, preferentemente en contextos con interacciones sociales y libres de consumo.
- Colaborar y asumir nuevas responsabilidades en las tareas del hogar.

INTERVENCIÓN

Analizando el Cuestionario Ocupacional (Anexo 1) con la información referida por el usuario en una entrevista individual en Febrero de 2012, podemos observar que el usuario refiere tener problemas a la hora de concentrarse en sus tareas y manejar sus finanzas, siendo además este último aspecto el único que considera "sumamente importante". Expresaba también que éste era "un peldaño más para ser independiente y autosuficiente", por lo que resultará necesario realizar un reentrenamiento en estas habilidades.

Por otro lado, muestra dificultades en el desempeño de muchos de los ítems, además de considerar la mayoría de éstos como importantes o muy importantes, motivo que reporta una baja causalidad personal y poco control sobre sí mismo y su entorno.

Por último, resulta relevante el hecho de que el usuario considere poco importante "tener una rutina satisfactoria" y "participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, etc.", ya que estos ítems están vinculados directamente con los hábitos y el desempeño de roles, pilares fundamentales del Subsistema de habituación del MOH. Por este motivo será necesario trabajar sobre estos aspectos como paso previo hacia una mayor organización, causalidad personal y autonomía en la vida diaria.

En el listado de roles (Anexo 2) se observa una información parcial sobre el desempeño de roles del usuario, ya que algunos de los ítems no fueron respondidos. Aun así, se puede apreciar el predominio prácticamente exclusivo de tres de los roles presentados: Estudiante, Trabajador y Amigo. Junto con el rol de Voluntario son los únicos que el usuario considera importantes, por lo que nos centraremos en ellos.

El único rol que desempeña o asume en la actualidad es el de Amigo, habiéndolo desempeñado también en el pasado y mostrando interés para mantenerlo en el futuro, por lo que será conveniente trabajar los aspectos más vinculados con las relaciones sociales, la comunicación y la interacción con los otros. Además, el usuario muestra dificultades en estas actividades, como podemos ver en el Cuestionario Ocupacional (Anexo 1), refiriendo querer mantener y mejorar las relaciones sociales.

En cuanto a los roles de Estudiante y Trabajador, cabe señalar que, aun considerándolos importantes, no desempeña en la actualidad ninguno de ellos. Sí que los desempeñó en el pasado y muestra querer desarrollarlos también en el futuro, por lo que será una importante vía de actuación en pos de una mayor productividad y causalidad personal.

De los ítems presentados en el listado de intereses (Anexo 3), el usuario ha referido mostrar un alto interés en el último año en seis de ellos: Jugar/ver fútbol, Ir a fiestas, Ver la televisión, Ver un deporte, Hacer ejercicio y Conducir un vehículo. Actualmente lleva a cabo prácticamente todos sus intereses, exceptuando los dos últimos, y muestra querer seguir realizando estas actividades en el futuro. Además, desea llevar a cabo algunas actividades por las que actualmente muestra poco interés (Cocinar, Viajar y Ver películas), por lo que convendrá analizar los componentes de estas actividades y valorar de qué manera pueden aplicarse y resultar positivos en la intervención.

Agrupándolos en categorías, y enfocados hacia la intervención con el usuario, podemos crear dos grupos generales que englobarían a estas actividades.

Relacionadas con el aspecto social podríamos agrupar actividades como Ir a fiestas, Ver un deporte o Ver películas. Por otro lado, en relación al deporte y la actividad física encontramos actividades como Jugar a fútbol, Ver un deporte o Hacer ejercicio. Podría crearse otro grupo más minoritario en cuanto a número de actividades, pero no de menor peso que el resto. Este sería el relativo a las Actividades de la Vida Diaria, en el que encontraríamos la actividad de Cocinar.

Esta clasificación de intereses resultará útil a la hora de enfocar el proceso de rehabilitación del usuario, ya que ofrece unas pautas de actuación que facilitarán la planificación por parte del profesional, y la motivación y participación por parte del usuario.

Si observamos el Gráfico o PIE de Vida (Anexo 4) podemos apreciar el predominio de los colores relacionados con el Descanso y el Ocio y Tiempo libre, que ocupan más de las tres cuartas partes del día, de las cuales once horas corresponden a Descanso y casi nueve a Ocio y Tiempo libre. En contraposición a esto, vemos que dedica poco tiempo a realizar actividades productivas y excesivamente poco a las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Por este motivo resulta necesario llevar a cabo una reorganización de los hábitos del usuario, reforzando las ABVD y las actividades productivas, y buscando nuevas formas de emplear el tiempo libre en ambientes incompatibles con el consumo de sustancias, con el objetivo de crear una rutina equilibrada y estable.

Atendiendo a estos aspectos proponemos dos líneas de actuación en la intervención con el usuario. Una de ellas va a estar enfocada a la práctica de ejercicio físico y la interacción social, por medio de la creación de un equipo de fútbol con los usuarios del Centro de Día. La segunda se basará en el reentrenamiento de las AVD (preparación de comidas, alimentación, limpieza y mantenimiento del hogar) mediante un taller de "Buen Anfitrión", con el objetivo de que los usuarios adquieran hábitos y estrategias en el propio hogar.

La práctica de actividad física de forma regular se asocia con una serie de beneficios para la salud física, psicológica y social. Las actividades físico-deportivas cumplen funciones que van desde la mejora en el plano físico hasta el bienestar psicológico, además de ayudar en la prevención de manifestaciones depresivas. También contribuyen al desarrollo de hábitos de disciplina, socialización, conductuales adaptativos, higiénicos y educativos, responsabilidad y auto-control. Además de la mejora de la comunicación y la capacidad de relación social, ayuda a reconocer el propio cuerpo y cuidarlo, facilita la resolución de problemas y da sentido de pertenecía a un equipo, generando responsabilidad (21).

Existen determinados aspectos que han de ser tenidos en cuenta para garantizar un desarrollo óptimo de la práctica de actividad física (22):

- Hacer que el ejercicio sea agradable
- Ajustar la intensidad, la duración y la frecuencia del ejercicio
- Encontrar un lugar bien situado para la práctica de ejercicio
- Reforzar el éxito
- Utilizar música
- Relación entrenador-jugador

El grupo permite a los pacientes el intercambio de los pensamientos, las emociones y la conducta, aspectos que se ven alterados por la enfermedad. De este modo, resultará óptimo enfocar las intervenciones de forma grupal, mejorando el pronóstico y la evolución futura (23).

Proponemos una planificación de la actividad en la que el equipo de fútbol se reunirá dos días a la semana (Martes y Jueves) en sesiones de una hora y media, de las que entrenarán los primeros 45 minutos. Estas sesiones tendrán la siguiente estructuración:

0'-10'	Calentamiento	Trote alrededor del campo, saltos, sprint...
10'-25'	Técnica	Ejercicios específicos relacionados con el control del balón, pases, tiros...
25'-45'	Partido	Se formarán dos equipos y jugarán durante 20 minutos, haciendo alguna pausa breve durante el juego.

La segunda mitad, a modo de "tercer tiempo", se dedicará a tratar temas relacionados con el fútbol y otros deportes, siendo los propios usuarios los que propongan temas e ideas nuevas. De esta manera se estará realizando un trabajo de los aspectos sociales más allá de la práctica de ejercicio físico. Además, buscaremos potenciar el empleo sano del tiempo libre y el sentimiento de grupo entre los miembros del equipo incentivando la realización de actividades conjuntas por las tardes.

Esta actividad se realizará durante nueve meses, de febrero a octubre, evaluando cada dos meses y al final del programa el grado de consecución de los objetivos, la actitud e implicación de los usuarios y la actividad en sí. Esta valoración deberá llevarse a cabo principalmente por los profesionales en reuniones semi-estructuradas, pero también será importante contar con los usuarios para conocer sus impresiones y actitud hacia la actividad.

Por otro lado, mediante el taller del “Buen Anfitrión” se persigue la adquisición de habilidades y destrezas en el propio hogar y la comunidad, factor que apoya la autonomía del propio individuo. Se propone para la actividad una frecuencia de dos días semanales (Lunes y Miércoles), con duración de una hora por sesión. Los lunes se llevarán a cabo estrategias de aprendizaje enfocadas a la limpieza y mantenimiento del propio hogar, cuidado de uno mismo, cuidado de mascotas, empleo útil del dinero, actividades en la comunidad... Se buscará desarrollar sesiones dinámicas en las que los usuarios participen directamente, evitando así una posible actitud pasiva hacia la actividad. Los miércoles se dedicarán de forma exclusiva a la preparación de comidas, y los usuarios que quieran podrán quedarse a comer en el Centro, elaborando cada semana una comida diferente. Aun con supervisión, serán los propios usuarios los que elaboren las comidas, ocupando así un papel activo en la tarea.

De forma mensual se evaluará el grado de participación y satisfacción de los usuarios con la actividad, y cada dos meses se evaluará entre los profesionales la eficacia de la actividad y su importancia en el proceso de intervención. De este modo se facilita la modificación o adaptación de la actividad a los objetivos y a las necesidades de los usuarios, ya que se adquiere información sobre la actividad con frecuencia.

Al no llevarse a cabo la intervención, no se dispone de información relativa a la aplicación de la misma ni a resultados derivados de las evaluaciones, por lo que resultaría interesante aplicar programas con estas características para valorar la idoneidad de su aplicación en esta patología.

CONCLUSIÓN

- La patología dual es una realidad compleja y actual, cuya incidencia está aumentando en los últimos años.
- Es necesaria una reorganización del sistema sanitario y sus recursos en pos de una mayor coordinación, y la creación de recursos exclusivos de patología dual, con un enfoque integrador y multidisciplinar que de respuesta a esta realidad.
- En este ámbito, la formación y la coordinación entre los diferentes profesionales son imprescindibles para una rehabilitación satisfactoria.
- La Terapia Ocupacional, desde sus diferentes modelos de práctica, puede dar respuesta a realidades complejas como la de la patología dual, ofreciendo un enfoque holístico e integrador a lo largo de todo el proceso de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Torrens, M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 2008; 20 (4): 315 - 320
- (2) Touriño, R. Patología dual y rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación psicosocial*, 2006; 3 (1): 1
- (3) Varas Soler, P. Patología Dual. *Infonova*, 2009; 1 (15): 2 - 5
- (4) Zimberg, S. Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual. En: J. Solomon, S. Zimberg, y E. Shollar, *Diagnóstico Dual*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias S.L., 1996. p.21 – 40
- (5) Tenorio Iglesias, J. y Marcos Sierra, J.A. Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del psicólogo*, 2000; 1 (77): 58 - 63
- (6) Esfors Hernández, J., García Gómez, T., Juan-Porcar, M. Descripción del paciente del programa de patología dual grave. *Enfermería Integral*, 2012; 1 (98): 7 - 10
- (7) García JJ. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid [consultado el 13 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/archivo_comunicaciones/PresentacionESPAD.pdf
- (8) Álvarez Vara, C.M., Arias Horcajadas, F., Basurte Villamor, I., Bobes García, J., Bousoño García, M., Casas Brugué, M., et al. Temas en patología dual: Patología dual en esquizofrenia, Opciones terapéuticas. Barcelona. Editorial Glosa, 2007.
- (9) Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J, editores. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
- (10) Carlos Canto, A., Grivé, N., Ortiz de Zárate, A. Trayectoria del paciente dual en la unidad de psicosis refractaria. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría, 2004 [consultado el 4 de agosto de 2012]; Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2992/1/interpsiquis_2004_15186.pdf
- (11) Palma Sevillano, C., Cañete Crespillo, J., Farriols Hernando, N., Soler Llobet, F., Julià Zapata, J. Primeros episodios psicóticos: Características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de psicología*, 2005; 21 (2): 286-293
- (12) Casas, M., Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 2002; 14 (1)

(13) Edward K.L., Robins, A. Dual diagnosis, as described by those who experience the disorder: Using the Internet as a source of data. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012.

(14) Substance abuse and mental health services administration, Center for Substance Abuse Treatment: Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 9. U. S. Rockville, MD. Department of Health and Human Services, 1994.

(15) Araúzo Palacios, D., Casado Vicente, V. Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. *Adicciones*, 2004; 16 (3): 225-234

(16) García Laborda A., Rodríguez Rodríguez J. C. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*. 2005; 25 (96): 29-36

(17) Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: El pilar de la profesión de enfermera. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*. 2009; 8 (3): 1-9.

(18) Navarrón Cuevas E.L., Ortega Valdivieso A. Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana [<http://www.terapia-ocupacional.com>]. Granada; 2012 [1 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

(19) De las Heras Muñoz B., García Baladés E. Aplicación del Modelo de Ocupación Humana en personas con daño cerebral adquirido: Una perspectiva de trabajo en grupo [<http://terapiaocupacional50.files.wordpress.com>]. Madrid; 23 de noviembre 2007 [5 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://terapiaocupacional50.files.wordpress.com/2007/11/aplicacion-del-moho-en-personas-con-dano-cerebral-adquirido.pdf>

(20) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [consulta el 2 de agosto de 2012]; [85p.] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice Framework: Domain and process (2nd ed.).

(21) Fernández Ozcorta E. J., García Martínez J., Martínez García C., Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*. 2011; 6 (1): 113-132

(22) Weinberg, R. S. y Gould, D. *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. 4ª Edición. Barcelona: Ariel: 2010

(23) Grijalvo J., Insúa P., Iruin A. Un modelo grupal para el abordaje de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en un servicio público de salud mental extrahospitalario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. *Psiquiatría Biológica*. 2001; 8 (2): 38-47

ANEXOS

Anexo 1 – Cuestionario Ocupacional

	Hacer esto es un gran problema para mí	Hacer esto es un poco difícil para mí	Esto lo hago bien	Esto lo hago sumamente bien	Esto no es tan importante para mí	Esto es importante para mí	Esto es muy importante para mí	Esto es sumamente importante para mí
Concentrarme en mis tareas	X						X	
Hacer físicamente lo que necesito hacer			X				X	
Cuidar el lugar donde vivo			X				X	
Cuidar de mí mismo		X				X		
Cuidar de otros de quien soy responsable		X				X		
Llegar donde necesito ir		X					X	
Manejar mis finanzas	X							X
Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicación...)				X			X	
Expresarme con otros		X					X	
Llevarme bien con otros			X				X	
Identificar y resolver problemas		X				X		
Relajarme y disfrutar		X				X		
Completar lo que necesito hacer		X				X		
Tener una rutina satisfactoria		X			X			

	Hacer esto es un gran problema para mí	Hacer esto es un poco difícil para mí	Esto lo hago bien	Esto lo hago sumamente bien	Esto no es tan importante para mí	Esto es importante para mí	Esto es muy importante para mí	Esto es sumamente importante para mí
Manejar mis responsabilidades		X				X		
Participar como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, otros			X		X			
Hacer las actividades que me gustan		X				X		
Trabajar con respecto a mis objetivos		X					X	
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante		X					X	
Llevar a cabo lo que planifico hacer		X					X	
Usar con eficacia mis habilidades con otros		X					X	

Anexo 2 – Listado de roles

	PASADO	PRESENTE	FUTURO	IMPORTANTE	NO IMPORTANTE
ESTUDIANTE	X		X	X	
TRABAJADOR	X		X	X	
VOLUNTARIO				X	
CUIDADOR					
AMO DE CASA					
AMIGO	X	X	X	X	
MIEMBRO DE FAMILIA					
PARTICIPANTE RELIGIOSO					X
AFICIONADO					
MIEMBRO DE ORGANIZACIONES					X
OTROS					

Anexo 3 – Listado de intereses

Actividad	Nivel de interés en los últimos 10 años			Nivel de interés en el último año			¿Participas actualmente en esta actividad?		¿Te gustaría realizarla en el futuro?	
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno	SI	NO	SI	NO
Practicar jardinería		X			X			X		X
Coser			X			X		X		X
Jugar naipes	X				X		X			X
Hablar/leer idiomas extranjeros		X			X			X		X
Participar en actividades religiosas			X			X		X		X
Escuchar radio		X				X		X		X
Caminar		X			X		X		X	
Reparar autos			X			X		X		X
Escribir		X			X			X		X
Bailar			X			X		X		X
Jugar golf			X			X		X		X
Jugar/ver fútbol	X			X			X		X	
Escuchar música popular		X			X			X		X
Armar puzzles		X				X		X		X
Celebrar días festivos		X			X			X		X
Ver películas	X				X			X	X	
Escuchar música clásica		X			X			X		X
Asistir a charlas/conferencias			X			X		X		X
Nadar		X			X			X		X
Jugar bolos		X				X		X		X
Ir de visita		X			X			X		X
Arreglar ropa			X			X		X		X
Jugar damas/ajedrez		X			X			X		X
Hacer asado			X		X			X	X	
Leer		X				X		X		X
Viajar		X			X			X	X	
Ir a fiestas	X			X			X		X	
Practicar artes marciales		X				X		X		X
Limpiar la casa		X			X			X		X
Jugar con juegos armables		X				X		X		X
Ver televisión	X			X			X		X	
Ir a conciertos		X			X			X	X	
Hacer cerámica			X			X		X		X

[illegible]

Anexo 4 – Gráfico o PIE de Vida

