



LA ACTIVIDAD MOTIVADA COMO ESTRATEGIA HACIA UNA  
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA DUAL

*Manuel Rodríguez Luna  
Macarena Barrientos Torroja  
José Rosado Ruiz  
Concha García Benítez*

*Rosa Reinoso Bellido  
Francisco Luque García  
Pablo Cano Domínguez  
Antonio Sánchez Moreno*

Málaga 2016

*patologiadualycalidaddevida.blogspot.com*

# ACTIVIDAD MOTIVADA Y PATOLOGÍA DUAL

LA ACTIVIDAD MOTIVADA COMO ESTRATEGIA HACIA UNA  
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA DUAL

Coordinan la edición:

Macarena Barrientos  
Manuel Rodríguez  
José González

Ilustraciones: Nuria Haro

UUID: e01b906d-fa91-4b3b-96b2-4d1e6ac04c73

*Este documento puede utilizarse y difundirse libremente,  
siempre que se cite la fuente donde se ha obtenido.*

<http://patologiadualcalidaddevida.blogspot.com>

[patologiadualcalidaddevida@gmail.com](mailto:patologiadualcalidaddevida@gmail.com)

Málaga 2016

## ÍNDICE DE AUTORAS Y AUTORES

---

**Manuel Rodríguez Luna:** *Educador Social. Experto Universitario en Metodología de Investigación en Drogodependencias. Monitor del Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga.*  
[mrodriguez@malaga.es](mailto:mrodriguez@malaga.es)

**Macarena Barrientos Torroja:** *Trabajadora Social. Experta Universitaria en Metodología de Investigación en Drogodependencias. Monitora del Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga.*  
[mbarrientos@malaga.es](mailto:mbarrientos@malaga.es)

**José Rosado Ruíz:** *Médico fundacional del CPD de Málaga. Integrante del grupo de profesionales que elaboraron el I Plan Andaluz de Drogodependencia. Fundador de Aritox (1985): primera asociación andaluza de atención a las drogodependencias. Creador del Método de desintoxicación rápida hipnótica-anestésica. Titular del cuerpo de APD (asistencia pública domiciliaria).*  
[joserosado73@yahoo.es](mailto:joserosado73@yahoo.es)

**Concha García Benítez:** *Psicóloga y Trabajadora Social. Experta en Terapia Sistémica. Psicóloga del Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga.*  
[conchacpd@gmail.com](mailto:conchacpd@gmail.com)

**Rosa Reinoso Bellido:** *Graduada en Trabajo Social. Experta Universitaria en Metodología de Investigación en Drogodependencias. Trabajadora Social del Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga.*  
[rreinoso@malaga.es](mailto:rreinoso@malaga.es)

**Francisco Luque García:** *Médico y Terapeuta. Máster en Drogodependencias. Médico del Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga.*  
[pluque@malaga.es](mailto:pluque@malaga.es)

**Pablo Cano Domínguez:** *Licenciado en Medicina y especialista en Psiquiatría. Especializado en gestión sanitaria, salud mental basada en la evidencia y detección e intervención precoz en primeros episodios. Miembro del Grupo de Gestión de Conocimiento adjunto al Programa de Salud Mental de Andalucía. Coordinador del Hospital de Día de Salud Mental de El Cónsul.*  
[pablo.cano.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:pablo.cano.sspa@juntadeandalucia.es)

**Antonio Sánchez Moreno:** *Miembro del Equipo del Programa de Soporte Diurno de FAISEM. Trabajador Social y ciudadano del mundo.*  
[alzegri@hotmail.com](mailto:alzegri@hotmail.com)

## ÍNDICE

---

5	Introducción
10	La actividad motivada como herramienta de intervención en patología dual <i>Manuel Rodríguez Luna</i>
25	Una intervención centrada en la persona <i>Macarena Barrientos Torroja</i>
37	La actividad motivada en el proceso de recuperación cognitiva <i>José Rosado Ruíz</i>
54	La actividad motivada en el proceso de recuperación emocional <i>Concha García Benítez</i>
65	La actividad motivada en el proceso de inclusión social <i>Rosa Reinoso Bellido</i>
80	La actividad motivada organizada como apoyo a los programas terapéuticos en trastorno por uso de sustancias <i>Francisco Luque García</i>
89	La actividad motivada organizada como apoyo a los programas terapéuticos en salud mental <i>Pablo Cano Domínguez</i>
99	Hacia verdaderas políticas que promuevan la calidad de vida en personas con patología dual <i>Antonio Sánchez Moreno</i>

## INTRODUCCIÓN

---



La comorbilidad de los trastornos mentales y los producidos por las adicciones, lejos de ser una excepción debe considerarse un hecho común que forma parte de la clínica habitual de ambos procesos. La coexistencia de ambos trastornos incrementa los resultados negativos en términos de mayor mortalidad, más hospitalización y consumo de otros servicios asistenciales y más problemas psicosociales, siendo el tratamiento de estas personas más costoso, menos eficaz y de peor pronóstico (comisionado para la droga 2002). Además los datos disponibles nos revelan que cada vez es mayor el número de personas afectadas por patología dual. Los estudios epidemiológicos han demostrado que entre un 30 y un 60 por ciento de las personas drogodependientes tienen enfermedad mental recurrente (Bobes). Por otra parte, los problemas relacionados con la patología dual no se limitan al área física, sino que afectan a otras áreas de la vida de las personas, como son entre otras, el área cognitiva, el área psicológica y el área social, causando una gran variedad de problemas personales, familiares, económicos y labores entre otros.

Esta perspectiva es concordante con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. La OMS abandona el enfoque primitivo de “consecuencia de la enfermedad”, para enfocar el objetivo hacia “la salud y los estados relacionados con la salud” y por ello, la mayoría de los intentos realizados para cuantificar la calidad de vida

se han centrado en esta definición (Lucas, 2002). Una de las definiciones más amplias que existen es la postulada por Ware, pues incluye satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de control sobre su entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de la integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y el placer.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad (CIF) de la OMS, desde los comienzos de su elaboración, se pronunció por un enfoque biopsicosocial y ecológico, superando la perspectiva biomédica imperante hasta el momento. La CIF define la discapacidad con un término amplio que engloba a la deficiencia, discapacidades (ahora limitaciones en la actividad) y las minusvalías (restricciones en la participación). La CIF presenta la discapacidad como la recuperación del estado de salud de una persona sobre su funcionamiento a nivel individual y social (López, 2007).

A pesar de que la calidad de vida se ha estudiado tanto en medicina como en el campo de la enfermedad mental durante más de dos décadas, en el campo de las drogodependencias la calidad de vida se ha empezado a estudiar en estos últimos años. La mayoría de los estudios realizados en este campo han tenido como objetivo de tratamiento conseguir la abstinencia o disminuir la cantidad y la frecuencia del consumo, pero hemos visto que no en todos los casos se consigue este objetivo y que en los casos que se consigue no se traduce necesariamente en las mejoras que cabía esperar. Muchas personas que cesan el consumo continúan experimentando problemas en otras áreas de funcionamiento, es decir, la persona puede no experimentar cambios en su calidad de vida como resultado de la eliminación de la sustancia (Lucas 2002). La adicción a sustancias es una condición que afecta profundamente en todos los niveles de desempeño ocupacional, en la medida en que altera roles, intereses y actividades previas, e instaura pautas de conducta y hábitos nuevos, limitando la capacidad para desarrollar actividades alternativas (Rojas, 2008). Estas alteraciones se ven agravadas profundamente cuando existe una asociación comórbida con un trastorno mental grave.

Estudiar la calidad de vida nos proporciona una evaluación más precisa y una gama más amplia de los cambios que se producen en las personas. Por tanto, las intervenciones terapéuticas en las personas que presentan dependencia de sustancia deben tener como objetivo restaurar los niveles afectivos de funcionamiento en todos los componentes que son importantes en la vida, incluyendo las áreas física, psicológica, familiar, social, ambiental, legal y espiritual. Un hecho de extrema importancia es que se debe tomar en

consideración la perspectiva de la propia persona en la evaluación de la calidad de vida (Lucas, 2002). Puede ser que la percepción de las personas, en relación a como se sienten o a cómo funcionan, entre otras sea más importante que la realidad actual de la misma (Strain, 1990). El National Institute on Drug Abuse (NIDA) señala que para comprender las relaciones entre las intervenciones y los resultados, es necesario evaluar no solo los servicios sino también a las personas de manera individualizada. En psiquiatría, así como en el resto de la medicina, existe un reconocimiento cada vez mayor de que la calidad de vida es un resultado en sí mismo (Massion y col., 1993).

La relación entre calidad de vida, los trastornos relacionados con sustancias y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es por tanto clínicamente importante y compleja. Han sido numerosos los estudios que han relacionado la presencia de otro trastorno comórbido con una peor respuesta y peor pronóstico del trastorno por uso de sustancia, así como una elevada tasa de abandono prematuro de los programas de tratamiento (Massion y col., 1993). Además en muchas de estas personas, debido al consumo marginal y clandestino de las drogas que consume, es usual que se vea también afectada por diversos problemas judiciales y médicos de notable importancia, entre los que la infección por el virus del sida es uno de los más importantes. En este sentido, hay que señalar que la patología dual no tendría que significar ser causante y/o favorecedora de procesos de exclusión. Sin embargo, en nuestro contexto social ello no es así y cada día observamos como personas que padecen dicha problemática tiene más dificultades de integración, y en muchos casos, sufren no sólo procesos de exclusión sino además son víctimas de los mecanismos de expulsión que se desarrollan en el marco de los distintos sistemas de protección social y de la propia sociedad formada por el conjunto de la ciudadanía. Nos encontramos pues ante personas con un gran peligro de no ser bien atendidas y con una gran probabilidad de ser excluidas socialmente (Pérez, 2001)

La creciente conciencia internacional sobre la importancia de la comorbilidad en psiquiatría y en particular el diagnóstico dual debería propiciar cambios en la asistencia de salud mental y drogodependencias. Son planteables múltiples modificaciones que en los países más sensibilizados han comenzado a ser implantadas en los últimos años (Bobes). Los diagnósticos duales ponen a prueba frecuentemente la habilidad de las terapeutas y los terapeutas por encontrar las estrategias que puedan ayudar a estas personas a alcanzar el mayor grado posible de calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida y la diversidad funcional o limitaciones de la actividad en esta población, va a permitir a las profesionales y los profesionales entender la cronicidad, los abandonos de tratamiento y los continuos reinicios, así como la peregrinación que estas personas hacen sobre los recursos sociales sin que encuentren una respuesta coordinada e integral.

Una parte muy importante del tratamiento de estas personas debe ser por tanto el “marco de rehabilitación” que intente restablecer a la persona a un nivel afectivo de funcionamiento, en todas las áreas de la vida (Chubon, 1987). El tratamiento de estas personas enfermas precisa la utilización de sistemas de apoyo externos que incluyen el tratamiento ambulatorio coordinado con todas las profesionales y los profesionales implicados, la puesta en marcha de centros de días, talleres especializados, hospitales de día, u otros en estrecha colaboración con la familia y la participación de los servicios sociales (Pérez, 2001).

Hay que hacer disponibles recursos y promover la capacidad de accesos a éstos, a través de un proceso de formación de la persona, que fomente su autonomía personal, su poder, su capacidad social. La rehabilitación se entiende sobre todo como revalorización de las partes sanas de la persona y de las habilidades que posee, pero también como defensa o devolución de sus derechos sociales y de la posibilidad de uso y accesos de los mismos (Mazzuvia, 1992).

Ante esta necesidad de compartir y aportar nuevas estrategias, experiencias, conocimientos, y sobre el camino de esperanza que la “Actividad Motivada” como estrategia de intervención, está aportando en estos últimos años en centros de día, talleres especializados, hospitales de día u otros, surge la elaboración de este libro como una continuidad a las “*I Jornadas sobre Estrategia Ocupacional en Drogodependencias y Salud Mental*” celebradas en Málaga; donde diferentes profesionales especializados del ámbito de salud mental y drogodependencias se encontraron para hacer una reflexión y análisis sobre patología dual y como la actividad motivada puede ser un motor de recuperación que va a influir en la calidad de vida de estas personas, y en su proceso de rehabilitación.

El equipo de coordinación



### Referencias bibliográficas.

- Arenas, F. y Ariza, M.J. (2012). Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Junta de Andalucía
- Bobes, G.J. La patología Dual. Trastornos de conducta, de personalidad y psicótico en adicciones. Seminario sobre patología dual, no publicado.
- Chubon, R.A. (1987). Development of quality of life rating for use in health care evaluation. *Eval Health prof.*
- López, C.M. (2007). La discapacidad y las clasificaciones, las encuestas y las leyes. 20: 12-14. Índice.
- Lucas, C.R. (2002). Consumo de sustancia y calidad de vida. Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Masson, A.O., Warshaw, M.G., Keller, M.B. (1993). Quality of life and Psychiatric Morbidity in panic Disorder and generalized anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-7
- Mazzavia, P. (1992). La política Psiquiátrica en Italia. Publicado en Marginación e inserción. Ediciones Endymión.
- Pérez, D. (1998). Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual. Publicado en Patología Dual. Madrid: Editado por la comunidad de Madrid.
- Rojas, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos adictivos* 81-97.
- Strain (1990). Citado por Lucas, R. en el capítulo Consumo de sustancia y calidad de vida. *En Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Ware, J.E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Re.* 11:396-415.



## LA ACTIVIDAD MOTIVADA COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL

Manuel Rodríguez Luna

*El móvil de la creatividad parece ser la misma tendencia que en la psicoterapia se revela como la fuerza curativa más profunda: la tendencia del hombre a realizarse, a llegar a ser sus potencialidades.*  
Carl Rogers

La concurrencia en una misma persona de un trastorno adictivo y de un trastorno mental es muy elevada, y todos los indicadores muestran además que ha ido en aumento en estos últimos años. Esta asociación comórbida está presentando además una mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como desde el ámbito familiar y social. La poca adherencia que estas personas tienen a los tratamientos y seguimientos, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos, va a repercutir muy negativamente en la evolución y pronóstico de ambos trastornos, quedando reducidas las intervenciones clínicas, en mucho de los casos, a una actuación de “mínimos” o de reducción de daños. Según los estudios realizados, el diagnóstico dual va a incrementar significativamente los resultados negativos en relación a ambas patologías aisladamente, con un mayor número de recaídas, complicaciones médicas, ideación y conducta suicida, mendicidad, frecuentación de servicios de urgencias y hospitalizaciones.

Esta interacción comórbida es muy probable que pueda provocar alteraciones conductuales muy desadaptativas, que van a producir un importante deterioro en la calidad de vida de la propia persona y de todo el entorno familiar, originándose situaciones complicadas, y muy difíciles de gestionar. Esta circunstancia va a causar un gran desgaste en las familias, y se van a desarrollar sentimientos muy intensos de impotencia y desesperación, que en muchos casos les pueden llevar a actitudes de superprotección o de abandono.

Nos encontramos pues ante un grave y urgente problema, que deberíamos de ayudar a resolver propiciando cambios en la asistencia, tanto desde los equipos de salud mental como de los de adicciones. A esta necesidad de encontrar nuevas metodologías se refieren muchos estudios y artículos escritos en estos últimos años. Guerrero y Prado, sostienen que *“las interacciones entre estas dos patologías modifica la evolución característica, tanto de la adicción como del trastorno mental, dando como resultado un proceso complejo que no puede resolverse con los recursos y técnicas habituales de los problemas originales”*. En esta misma línea se manifiesta el presidente de la sociedad de patología dual Néstor Szerman al afirmar que *“estamos ante una situación que requiere conocimientos que van más allá de la suma de las habilidades y competencias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado”*. Pero a pesar del gran avance de la investigación en este campo y de la mayor sensibilidad hacia el estudio de las personas que padecen patología dual, son muy pocas las estrategias específicas que se han elaborado para poder intervenir con una mayor eficacia y que no produzcan una exclusión de facto de estas personas, tanto de los programas de salud mental como los de adicciones.

Es necesario, además que estas nuevas perspectivas de asistencia se construyan sobre una percepción más empática sobre el control que estas personas pueden tener sobre su enfermedad. Se puede observar, que en la actualidad, subsiste una gran coincidencia, tanto entre las profesionales y los profesionales como en la familia, a evaluar, que el elemento crucial más implicado para que no se puedan conseguir avances terapéuticos eficaces en grado suficiente y que persistan a la larga, es la poca motivación y la falta de voluntad que tienen estas personas con diagnóstico dual para colaborar en su propia recuperación.

Si bien la conclusión no es la más acertada, ya que parece que hacemos recaer sobre la persona enferma la responsabilidad de su enfermedad, si al menos identifica la falta de motivación como la fuente principal para que el cambio terapéutico no se produzca. Esta

prevalencia desmotivacional que encontramos en las personas con patología dual sugiere que los estudios, evaluaciones e intervenciones deberían muy bien asumir su blanco de actuación sobre los factores inhibidores y facilitadores que inciden en las conductas motivadas de estas personas. Es necesario pensar que si la falta de motivación es un hecho prevalente y se considera como el primer factor que imposibilita el avance en la recuperación, lejos de individualizarlo como una actitud personal, deberíamos comprenderlo como un hecho sintomático de la propia interacción patológica.

A lo largo de este capítulo, y teniendo como eje fundamental esta falta de motivación, vamos a tratar de ordenar y exponer algunas ideas y evidencias, tanto del ámbito de la neurociencia como de diferentes orientaciones y escuelas psicológicas, educativas y sociales, con el fin de que nos puedan ayudar a comprender cuales son las percepciones y emociones subyacentes a las conductas de estas personas, y cuáles como consecuencia, podrían ser las claves que deberíamos tener en cuenta a la hora de diseñar estrategias de intervención, que sean efectivas y dignifiquen a la personas, ayudándolas a alcanzar un mayor nivel de calidad de vida.

Para afrontar este complicado desafío sin prejuicios y desde diferentes perspectivas, debemos comenzar por comprender que sucede en el cerebro de una persona para que persista en una conducta adictiva que conlleva para ella importantes consecuencias negativas. Que ocurre en la voluntad de estas personas para que renuncien a su realización personal y social y conviertan la autoadministración de una sustancia en la mayor motivación de su vida, por encima incluso de las motivaciones más básicas y primarias para su supervivencia como el hambre, la sed, el sexo o la propia integridad física. Sería muy difícil e incompleto explicar esta circunstancia solo desde la perspectiva psicológica sin recurrir a la neurobiología.

### **El malestar del cerebro y la naturaleza humana**

De acuerdo con las últimas investigaciones en neurociencia, podemos descubrir que la clave de todo el proceso de adicción la podemos encontrar en el denominado circuito de recompensa, que se sitúa en la parte más arcaica del cerebro. Este circuito de recompensa está formado por un conjunto de estructuras nerviosas conocido como **sistema límbico** y responde a estímulos específicos y naturales que está íntimamente asociado a los instintos de supervivencia y reproducción. Esta vía natural es un circuito que está presente en todos los mamíferos, y tiene como misión la propia supervivencia y la de la especie. Está basado fundamentalmente en el sentimiento de placer; si algo es placentero, queremos repetirlo. Nuestro cerebro se asegura así que repetiremos esa

conducta aunque nos cueste un gran esfuerzo. Actividades vitales como comer, copular, jugar, explorar, entre otras, activan las vías del placer de este sistema produciendo una mezcla de euforia y placer, a través de un lenguaje químico cuyo neurotransmisor más implicado es la dopamina.

Pero este sistema de placer-recompensa es imperfecto y puede ser alterado. Las drogas, cualquiera que sean, independientemente de otras alteraciones, van a piratear este sistema produciendo una serie de cambios en el comportamiento de los neurotransmisores que van a desencadenar, como resultado final, un aumento en la concentración de dopamina, provocando una satisfacción psíquica y fisiológica, y la facilitación del aprendizaje de las conductas que se realizan cuando se consume drogas. Por lo tanto se estaría induciendo en el cerebro un aprendizaje erróneo del tipo “ahora lo más importante para mi supervivencia es tomar droga”. La estimulación de este circuito refuerza el comportamiento de la persona, hasta determinar que lo que acaba de hacer, querrá hacerlo de nuevo.

Pero además, esta situación esconde un mecanismo perverso del propio organismo. Después de un período de consumo, que no necesita ser prolongado, y que tiene que ver con las dosis, frecuencia, edad, vulnerabilidad, etc., el cerebro que ha recibido dosis extra de dopamina, necesita por su propio principio de homeostasis, mantener el equilibrio dopaminérgico del cerebro y promueve una readaptación con una valoración nueva de los niveles de dopamina necesario para alcanzar un estado de normalidad. Esto va a suponer la necesidad de una mayor cantidad de dopamina extra para alcanzar el mismo placer. El cerebro entonces se torna adicto y drogodependiente. A partir de este momento el mayor esfuerzo de la persona adicta se centra no tanto en alcanzar placer, como en poder contrarrestar a través del consumo este nivel tan alto de dopamina que necesita el cerebro para no sentirse mal. *“Si la administración crónica se interrumpe bruscamente, la persona muestra muchos signos y síntomas fisiológicos y refiere una profunda disforia y deseo de más administración de drogas. Este trastorno se denomina síndrome de abstinencia y un individuo que lo presenta cuando la administración cesa, se dice que es físicamente dependiente.”* (Palomo, Ponce 2001) Se ha producido por tanto una alteración, que ha provocado un desequilibrio en el organismo muy difícil de restaurar, pero a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades, en esta ocasión está alteración orgánica está impregnada de connotaciones negativas, morales o éticas y en la mayoría de los casos se hace responsable a las personas de su propia enfermedad.

El sistema límbico es también la sede de nuestras emociones, y también es el lugar donde se desarrollan las funciones afectivas y la base de las motivaciones. Es este por tanto, el lugar del cerebro donde la enfermedad mental y la adicción se encuentran y retroalimentan, *“en algunos casos los sujetos podrían consumir drogas para aliviar determinados síntomas psicopatológicos, y en otros puede que los efectos biológicos, psicológicos y sociales derivados del uso de drogas sean un factor de vulnerabilidad para la aparición de determinados trastornos psiquiátricos”* (Rubio 1998).

Conocer como las drogas actúan en una de las regiones de nuestro cerebro, filo y ontogenéticamente más antiguas, donde también residen las emociones, nos va a ayudar a comprender como se origina el comportamiento adicto y que implicaciones puede tener sobre la salud mental. Pero también conocemos que el cerebro humano está formado por regiones cerebrales de formación más reciente y que reflejan nuestra especificidad. Entre estas regiones cerebrales destaca el cortex prefrontal, responsable entre otros cometidos, de controlar las conductas en función de sus consecuencias. De esta forma, se añade a los impulsos y emociones la capacidad de pensar de forma abstracta y más allá de la inmediatez del momento presente, y se desarrolla un yo consciente y una compleja vida emocional. (Tirapu, Landa, Lorea, 2004)

### **Motivaciones primarias y secundarias**

Podríamos añadir por tanto, que esta parte del cerebro más evolucionada va a tener sus propias motivaciones, a las que denominaremos, siguiendo en esta ocasión los estudios de la psicología de la motivación, como **“secundarias”**. *“Las primarias tendrían la función de preservar la integridad del organismo y asegurar su supervivencia, por lo que tendrían un claro componente biológico, mientras que las secundarias cumplirían con otro tipo de requerimiento, no tan relacionado con la satisfacción de necesidades fisiológicas, aunque no por ello menos importante para la vida: adaptación al entorno y el establecimiento de relaciones con los demás.”* (Chóliz 2004) Estas motivaciones como veremos más adelante van a tratar de satisfacer lo que la psicología de la motivación ha denominado: **las necesidades psicológicas innatas de competencia personal y de aceptación social.**

Son muchas las ocasiones en que a lo largo del día de cualquier persona se establecen conflictos entre las motivaciones primarias y las secundarias. Jesús Mosterín, haciendo una reflexión al respecto, nos dice que *“nuestras acciones están controladas y dirigidas por nuestro cerebro, que no es un sistema diseñado de un modo unitario, sino el resultado chapucero de la superposición sucesiva de cerebros distintos en diversas*

*etapas de nuestra historia evolutiva. Tienen sus propias metas y siguen estrategias distintas, aunque interconectadas, e intercomunicadas, no siempre actúan al unísono".* Desde una perspectiva más psicológica Mariano Chóliz, teórico de la conducta motivada, también nos habla de este conflicto *"La complejidad de la conducta humana y las condiciones en las que se presenta, obliga a tener en cuenta que suele acontecer simultáneamente diferentes necesidades que incluso pueden exigir conductas motivadas distintas. Aquella que sea más intensa, será probablemente la que determine la conducta a seguir".*

Si una persona ha desarrollado una conducta adictiva, es muy probable que conscientemente quiera dejar de mantener esa conducta, y por otro lado no quiera, y en efecto no suele dejarla. Luego se arrepiente y entra en un conflicto intrapersonal. La impresión desde el entorno más cercano es que está engañando para protegerse, pero ambas motivaciones son ciertas, solo que al final prevalecerá la más intensa.

Cuando se empieza a producir una conducta adictiva, el conflicto entre el sistema límbico y la mente, puede llegar a ser muy frustrante y dramático, y su desenlace va a estar, por tanto, muy condicionado a la propia personalidad y a la fortaleza de los lazos sociales y emocionales que lo sustenten. Que una conducta adictiva, pueda desarrollarse o no en una persona, va a depender por tanto de su vulnerabilidad genética, mental, emocional y social. Spinoza vio en el enfrentamiento de los deseos la posibilidad de ser libre porque *"solo un deseo puede meter en cintura a otro deseo".* (Marina 2007)

Cuando aparece una asociación comorbida de un trastorno adictivo y de un trastorno mental, nos encontramos ante el peor de los pronósticos. La persona con patología dual, ante la dificultad de establecer equilibrios estables entre las emociones, la mente y el mundo exterior, se va a encontrar en un estado de mayor vulnerabilidad en todos los aspectos para hacer frente a la adicción. La falta del sentido de control y del logro que lleva consigo el trastorno adictivo, junto con la reprobación y discriminación social, va a provocar en estas personas más vulnerables un sentimiento de desvalorización y culpabilización que va a ir mermando poco a poco su competencia personal, hasta sentirse proyectado en su entorno más cercano como un estorbo en el que no se siente comprendida, aceptada, ni realizada. Si volvemos algunos párrafos atrás, podremos observar como en estas personas, es muy probable, que además de la alienación de las motivaciones primarias producidas por el trastorno adictivo, se esté empezando a producir un bloqueo generalizado de las motivaciones secundarias, y que en esta ocasión va a estar originado por las percepciones que esta persona tiene sobre sí mismo y de su

relación con el entorno familiar y social, con sentimientos de desamparo, aislamiento, con muy baja autoestima, y donde su sentido global de la vida se va a ver amenazado.

Ante esta nueva situación de bloqueo motivacional y de falta de expectativas, los recursos internos de control del cerebro más evolucionado dejan de actuar y el cerebro límbico se apropia de la mayor parte del sistema de decisión, pudiendo llevar a producir una involución en el desarrollo de maduración personal. La conducta se vuelve impulsiva, con estados de ánimo con modulaciones extremas, dificultad para demorar la recompensa, necesidad de reforzamiento inmediato, poca percepción del peligro, baja tolerancia a la frustración, poca empatía social, y evitación ante cualquier responsabilidad, necesitando crear continuos lazos de dependencia para sobrevivir. Según la asociación de familiares FEAFES se van a producir importantes alteraciones conductuales, siendo muy generalizada la falta de seguimiento de las indicaciones terapéuticas, los comportamientos inadecuados, disruptivos y agresivos, un manejo irresponsable del dinero, las múltiples recaídas en el consumo drogas, el bajo nivel de autocuidado, y un nivel muy bajo de comunicación. La satisfacción en las relaciones familiares es menor en personas con patología dual que en personas con enfermedad mental (López 1998). Situaciones que como comentamos en un principio van a producir un enorme desgaste y deterioro en la calidad de vida de todo el entorno familiar.

Llegado a este punto, quizás hayamos podido descubrir un poco más sobre las claves del proceso que ha llevado a las personas que sufren una patología dual a esta situación de desmotivación tan generalizada que detestábamos en el principio del capítulo y que les conduce a una conducta tan desadaptativa. Si seguimos con ánimo de continuar buscando claves que nos ayuden en nuestro cometido, la siguiente pregunta que deberíamos hacernos es: ¿cómo pueden ser desbloqueadas estas motivaciones que constituyen la fuerza innata más potente para el desarrollo personal?

### **Necesidades Psicológicas Innatas**

Para poder encontrar una respuesta, en esta ocasión debemos recurrir a los conocimientos de la psicología de la motivación, donde se han ido desarrollando teorías cada vez más completas sobre las necesidades psicológicas innatas. Edward L. Deci, que cuenta actualmente con uno de los constructos teóricos más coherentes para explicar la motivación humana, nos indica que cuando estas necesidades innatas - **la autonomía, competencia personal y relación con los demás**- son satisfechas, producen la ampliación de la automotivación y la salud mental. Y cuando son frustradas llevan a la reducción de la motivación y el bienestar. Él, junto a su colaborador M. Ryan,



sostienen que los seres humanos pueden ser proactivos y comprometidos o, alternativamente pasivos y alienados, en gran medida como una función de las condiciones sociales en las cuales ellos se desarrollan y funcionan (Deci & Ryan 2000). La satisfacción de estas necesidades, como ya intuíamos, parece ser esencial para facilitar el crecimiento personal, así como el desarrollo social constructivo y el bienestar. Pero tal como nos advierte el propio Deci, en este caso en la teoría de la autodeterminación, no solo hemos de tener en cuenta las tendencias positivas del desarrollo personal, sino que también hay que examinar los ambientes sociales que son antagonistas a esas tendencias.

Estas necesidades psicológicas innatas están íntimamente relacionadas con lo que diversos estudios denominan **Motivación Intrínseca**. Esta es considerada como un potencial positivo de la naturaleza humana inherente a ejercitar las propias capacidades, a explorar, y a aprender. *“El constructo de la motivación intrínseca describe esta inclinación natural hacia la asimilación, el interés espontáneo, y la exploración que son tan esenciales para el desarrollo cognitivo y social que representa una fuente principal de disfrute y vitalidad a través de toda la vida.”* (Csikszentmihalyi & Rathunde, 1993; citado por Deci&Ryan 2000). La motivación intrínseca podemos entenderla, por tanto, como el impulso natural que todos los humanos tienen, para desarrollar acciones que puedan satisfacer las necesidades psicológicas innatas. La sentimos desde nuestro nacimiento y debería acompañarnos durante toda la vida, pues a través de ella autoexploramos nuestras competencias y sentimos reforzada nuestra estima social. Pero a pesar de su carácter innato, estas tendencias motivacionales no están blindadas y requieren para su desarrollo condiciones de apoyo, Siguiendo a Deci, “Los seres humanos tienen una inclinación hacia la actividad y la integración pero también tienen una vulnerabilidad a la pasividad”.

La relación entre la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, y la capacidad para superar la conducta adictiva y poder llevar una mejor gestión del trastorno mental, nos va a abrir un camino terapéutico muy importante que va a tener como punto de partida la recuperación de la motivación intrínseca. El desbloqueo de esta tendencia natural va a permitir a la persona seguir creciendo, y poder alcanzar su propio control y disfrute de la vida.

### **Marco de intervención terapéutica**

Las profesionales y los profesionales de la rehabilitación, nos encontramos pues, ante un complicado reto que va a poner a prueba todas nuestras habilidades, conocimientos y

experiencias, donde, ya no es suficiente solo la buena voluntad del propósito. Para no errar mucho en este empeño que nos hemos propuesto y sustentar nuestras intervenciones sobre conocimientos y evidencia ya asumidas por la comunidad científica, el marco teórico sobre el que nos moveremos en esta propuesta terapéutica, y que consideramos más apropiado para los objetivos que nos hemos marcado, es el **Marco Humanista**. La psicología humanista es una de las corrientes actuales más importante en psicología, y dos de sus representantes más relevantes son Abraham Maslow y Carl Rogers. Uno de los supuestos esenciales de esta teoría coincide fundamentalmente con lo expuesto hasta ahora, y es que cada ser humano tiene una tendencia básica a evolucionar y a autorrealizarse a través de la interacción con su entorno. La tendencia de desarrollo surge de la misma persona. Rogers parte de la hipótesis de que toda persona tiene un potencial de desarrollo, que será liberado dentro de **una relación de apoyo**.

Los principios de la psicología humanista dicen que el cambio en una persona no lo propone el terapeuta, sino que es la persona quien tiene que fijar sus metas y modificar por ella mismo sus percepciones. La función del terapeuta es crear un clima adecuado para posibilitar el cambio. Si se crea una atmosfera cálida y de entendimiento, donde la persona se siente comprendida y escuchada, comenzará a darse cuenta de sus sentimientos, a escuchar su interior, a reducir su conducta defensiva y a abrirse a nuevas experiencias en la vida que potenciarán su ser. Si al mismo tiempo ve que el terapeuta o la terapeuta le sigue ofreciendo su estima de forma incondicional, que lo considera una persona capaz, comienza a tener un sentimiento de autovaloración que le lleva a creer en sí mismo y en sus capacidades. El conjunto de todos estos pensamientos posibilita el cambio, puesto que un requisito para que se produzca es creer que este es posible (Durante, Noya, Hernández, 2001). La psicología humanista, no trata de reconducir la conducta y hacerla más adaptativa, su objetivo se centra en ayudar a alcanzar un equilibrio interior que va a tener entre otras consecuencias un cambio en la conducta.

Una vez establecido el marco teórico, para su aplicación en nuestra labor terapéutica, tenemos que hacer uso de las aportaciones que en estas últimas décadas nos está ofreciendo la Terapia Ocupacional (T.O.), y cuyos principios fundamentales y bases filosóficas, siempre han estado basadas en el concepto de competencia. Los objetivos de la T.O. dentro del enfoque humanista, son el conocimiento y comprensión de uno mismo y la autoactualización. Estos objetivos le señalan a la terapeuta o al terapeuta los distintos aspectos de la persona que se pueden explorar. Los sentimientos y la forma de expresarlos, la identidad y las características de la personalidad, la imagen corporal y los sentimientos que provoca el cuerpo, los valores y las actitudes, los estilos de interacción

con otras personas y en grupos, entre otros. La T.O. también nos enseña que el tratamiento en grupo es el método más adecuado para este enfoque. En un grupo las personas que participan desarrollan relaciones entre ellos y aprenden a confiar unos en otros; comparten sus vidas, discuten sus problemas y éxitos, ven que otras personas tienen problemas, se apoyan y se dan retroalimentación unos a otros; aprenden a dar, no solo a recibir. (Durante. Noya, Hernández, 2001)

### **La Actividad Motivada**

La herramienta terapéutica clave para nuestra intervención y sobre la que va a girar toda nuestra labor rehabilitadora, va a ser **la actividad motivada**. Con ella podremos encontrar el camino que nos pueda llevar del impulso al deseo y del deseo al proyecto.

Llegado a este punto, una de las mayores dificultades con la que nos vamos a encontrar para que la intervención sea eficaz, y pueda cumplir con los propósitos que nos hemos marcados, es el diseño de la propia actividad.

Diversas investigaciones han pretendido responder a esta cuestión y han llegado a algunas conclusiones. Tal como nos resume Chóliz *“para que se desarrolle una conducta motivada intrínsecamente ocurre dos etapas, en primer lugar que se trate de una actividad que genere curiosidad y resulte intrínsecamente atractiva para la persona. Posteriormente, que su realización suponga un desafío para sus capacidades personales y que exista feedback del rendimiento.”* Estos mismos estudios concluyen, que para que se produzca una actividad intrínsecamente motivadora, y como tal atractiva y estimulante, esta debe ser *“novedosa, relativamente compleja e imprevisible”*. Heyduck y Bahrck hablan del principio de “complejidad moderada”, apuntando que tareas muy complejas plantean incertidumbres, mientras que las muy sencillas no provocan nada. (Citado por Bermejo y Martínez 2006). A este respecto, Chóliz también nos apunta *“que para conseguir una motivación adecuada habrá que hacer congruente ambas variables, aumentando o disminuyendo el nivel de dificultad de la tarea, modificando así el nivel de competencia hacia la misma. Esto hace posible que puedan establecerse los retos óptimos para favorecer la motivación intrínseca”*. Estas actividades, han de provocar además una sensación de **competencia e independencia**. Las tareas han de hacer posible que la persona se perciba a si misma como competente y autodeterminante en relación con el entorno. Igualmente apunta, que favorece este tipo de motivación, el tener la percepción de haber elegido libremente la actividad a realizar, y que ésta no ha sido impuesta ni condicionada externamente.

El medio más apropiado para desarrollar este tipo de actividades, se presenta como un espacio organizado y grupal, donde los terapeutas asuman su papel de facilitadores para el cambio y que a la vez puedan establecer una coordinación eficaz con todos los dispositivos implicados, tanto de adicciones, salud mental, o de los servicios sociales.

### **Fases del proceso de rehabilitación**

En esta última parte del capítulo trataremos de identificar las diferentes fases, que de forma más significativa pueden acontecer en este proceso:

A la primera fase la denominaremos de **“anclaje”**, ya que a partir de la aceptación voluntaria en la participación de las actividades, es muy importante que la persona tenga una percepción emocional positiva con el grupo y con quien va a intervenir en la labor terapéutica. En estos primeros momentos, junto con las propuestas de unas actividades muy atractivas, tenemos que tener muy en cuenta este aspecto emocional. Es necesario crear un espacio donde la persona se sienta protegida, comprendida y aceptada, donde las normas sean muy fáciles de cumplir y de entender, y donde la organización sea lo suficientemente flexible para no excluir a nadie, pero permita ir aumentando poco a poco el nivel de participación. A la hora de proponer una actividad motivacional necesitamos conocer a la persona, cuáles son sus características personales, familiares, sociales, educativas, y culturales, entre otras. En este sentido hemos de tener presente un axioma claro *“el hecho de consumir una sustancia o padecer una patología psiquiátrica no unifica a las personas”* (Rosado 2001). Parte del éxito de esta fase de la intervención va a consistir en saber gestionar las defensas inhibitorias y reforzar sus intentos, así como proporcionarles aceptación a pesar de que puedan presentar una conducta interpersonal problemática. Además hemos de tener en cuenta que en esta primera fase la persona suele empezar a acudir con un nivel muy alto de medicación.

Casi sin darnos cuenta se va a ir introduciendo en su rutina diaria un cierto orden y organización, que le va a ayudar a regular aspectos tan importantes como el descanso, el sueño, la comida, o el ejercicio. Pero este proceso no va a ser del todo fácil; este cambio en la vida diaria, a pesar de haber dado los primeros pasos, va a originar una resistencia subconsciente hacia el propio cambio. Dispensa da un paso más en el análisis de este hecho y nos dice que nuestros pensamientos y acciones tienen un lenguaje químico, que cuando reincidimos sobre ellos, nos hacemos en parte adictos a pensar sentir y hacer de la misma forma. Cuando algo lo repetimos muchas veces pasa del control de la mente a estructuras de nuestro cerebro más primitivo e irracional y es ahí donde se produce la resistencia al cambio. En esta ocasión también hemos de añadirle los miedos e inseguridades que para una personalidad muy vulnerable supone afrontar nuevas

situaciones. Por esto es muy importante que las actividades sean muy atractivas y el ambiente protector y seguro. No basta con que la persona sepa que le pueda venir bien para su recuperación, lo tiene que sentir.

En esta primera etapa, y para algunas personas, va a ser de gran ayuda incluir además actividades relacionadas con **la relajación y el ejercicio físico**. En la literatura científica existen cada vez más evidencias de que las personas pueden aprender a reducir sus niveles de tensión y mejorar su salud a través del empleo de técnicas de relajación. La relajación es incompatible con la tensión. Permite reducir la actividad simpática del sistema neurovegetativo y de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo, a la vez que va a actuar activando el sistema parasimpático. La ciencia médica ha calificado estos cambios fisiológicos como la “reacción de relajación”, que es exactamente lo contrario de la reacción de “lucha o huida” que tenemos ante el estrés. Investigaciones recientes indican que entre los cambios bioquímicos desencadenados por la relajación está el aumento de la producción de ciertas sustancias químicas que influyen en el estado de ánimo, aumentando especialmente la producción de serotonina, una sustancia relacionada con la sensación de tranquilidad y alegría. Es significativo que los medicamentos antidepresivos actúan aumentando los niveles de serotonina.

Con la práctica regular de ejercicio físico por otro lado, se va a conseguir un aumento de los niveles de opiáceos endógenos, la sensación de bienestar provocada por dicho aumento, permite satisfacer la necesidad de experimentar un estado de ánimo relajado y placentero. Además, el efecto ansiolítico de las endorfinas y encefalinas cerebrales supone una valiosa ayuda para hacer frente al estrés. El control del peso corporal, junto con la mejora de las condiciones cardiorrespiratorias y musculares debería conducir a una mejora de la salud general y a una visión más positiva de uno mismo, es decir a un aumento de la autoestima. (Carrasco)

Pasada esta primera fase, proponemos una segunda que podríamos denominar de “**restablecer el equilibrio**” En ella, además de proponer un aumento de horario de asistencia que permita ampliar la intervención, vamos a adaptar y personalizar las actividades con el fin de poder ayudar a **rehabilitar y recuperar déficits cognitivos, emocionales y sociales** que se han visto afectados en el transcurso de la enfermedad. Dada la importancia de esta fase de la intervención, la podremos ver ampliamente desarrollada en los siguientes capítulos. Veremos como cuando una persona se encuentra en un estado creativo esta activando el centro creativo del cerebro que es el lóbulo frontal. Éste es, como ya hemos visto, la parte más nueva y evolucionada del

sistema nervioso humano y la más adaptativa del cerebro. Tiende a ser el centro creativo de quiénes somos y el que toma decisiones. El lóbulo frontal es la sede de la atención, la concentración, la observación y la concienciación. Es donde barajamos distintas posibilidades, demostramos una firme intención, tomamos decisiones, controlamos las conductas impulsivas y emocionales y aprendemos cosas nuevas (Dispenza 2012).

También acompañaremos a descubrir y educar los sentimientos, controlar las emociones y gestionarlas de forma correcta para poder hacer frente a la adversidad y a los fracasos, y saber relacionarnos con los demás.

Veremos también como el trabajo en grupo les ayudará a comprender las intenciones, motivaciones y los deseos de los demás y a potenciar las competencias sociales. En este momento es muy probable que puedan empezar a dar buenos resultados las intervenciones de apoyo cognitivas y el desarrollo de habilidades sociales. La vida ha de empezar a regularse como nos sugiere Antonio Damasio, no solo por los propios deseos y sentimientos, sino también por los deseos y sentimientos de los demás, expresado como convenciones y normas sociales.

En este estadio es fundamental la intervención coordinada de la Unidad de Día, cualquiera que sea su denominación, (Centro de Día, Talleres Terapéuticos, Hospital de Día...) con los equipos terapéuticos de adicciones, de salud mental, y las familias, con el fin de llevar un criterio terapéutico unificado que nos haga a todos remar en el mismo sentido.

Pasada esta etapa de un cierto equilibrio, tanto emocional como cognitivo, comenzará a surgir de forma natural el interés por nuevos retos. En esta ocasión, las nuevas actividades programadas ya no tienen que estar comprometidas con la motivación intrínseca. Se empieza a estar en condiciones para desarrollar actividades, que aunque no gusten mucho, e incluso supongan un gran esfuerzo, pueden ser superadas porque aparece una meta que conseguir. Es la situación que la psicología de la motivación denomina como **Motivación Extrínseca**, y que nosotros llamaremos fase de “**propósitos y metas**”. De acuerdo con Erez y Zidon, para que una meta provoque un rendimiento positivo ha de convertirse en una meta interiorizada y auto-impuesta. Quizás este párrafo de J.A. Marina pueda resumir el propósito de esta última etapa *“No sabemos lo que debemos hacer, si no sabemos lo que tenemos que construir, “sentido” significa, entre otras cosas dirección, y al preguntar por el sentido de la vida preguntamos también por las metas a la que nos dirigimos”*. Llegando a esta etapa, debemos plantearnos la

posibilidad de ir compaginando la asistencia a la unidad de día, con la participación en otros recursos menos específicos, hasta que estos últimos pasen a constituir los nuevos puntos de referencia.

Siguiendo a Rogers, la persona en una relación de ayuda empieza a sentir como se desbloquean sus potencialidades, y comenzará a verse de otra manera:

*Se acepta a sí mismo y acepta sus sentimientos más plenamente.*

*Siente mayor confianza en sí mismo y se impone sus propias orientaciones.*

*Se vuelve más parecido a lo que quisiera ser.*

*Sus percepciones se tornan más flexibles, menos rígidas.*

*Acepta objetivos más realistas.*

*Se comporta de manera madura.*

*Sus conductas inadaptadas cambian, incluso las muy antiguas.*

*Se vuelve más capaz de aceptar a los demás.*

*La persona recibe mejor las pruebas de lo que está sucediendo fuera y dentro de él.*

Por último, no podríamos acabar sin advertir que estamos ante un proceso de una larga trayectoria, no exento de recaídas y crisis, cuya evolución raramente va a ser lineal. La experiencia nos dice que más bien es un proceso de tipo espiral, donde en cada una de las vueltas avanzamos un poco más, asumiendo nuevos y diferentes puntos de vista, con una perspectiva más global, con un mayor sentido existencial y con una mejor calidad de vida.

## Referencias bibliográficas.

- Bermejo, J.C, Martínez, A. (2006). *Motivación e intervención social. Cómo trabajar con personas resistentes al cambio*. Cantabria: Sal Terrae.
- Carrasco, T. *Ejercicio físico y prevención del consumo de drogas*. Comunicación
- Chóliz, M. (2004). *Psicología de la Motivación: el proceso motivacional*. Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/choliz>
- Damasio, A. (2001). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. (2007). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.
- Dispenza, J. (2012). *Deja de ser tú*. Barcelona: Urano
- Durante, P., Noya, B. y Hernández, M. (2001). Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial. *En Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional (pp. 89-98)*. Madrid: Editorial Panamericana
- Guerrero, A y Prado, J.J. Revista digital: Atendiendo al paciente dual. Extraído el 15 de octubre de 2015 de <http://www.liberaddictus.org>
- López, L. (1998). La Patología Dual en el entorno familiar. En J. Cabrera (Ed.). *Patología Dual (95-101)*. Madrid, España: Ediciones Gráficas Delos S.L.
- Marina, J.A. (2007). *Las arquitecturas del deseo*. Barcelona: Anagrama.
- Mosterín, J. (2006). *La naturaleza humana*. Madrid: Espasa Calpe.
- Palomo, T., Ponce, G. (2001). Adicción a drogas y dopamina. *En Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias (pp. 43-60)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Reeve, J. (2001). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós
- Rosado, J. (2002). *Orientaciones sobre drogodependencias*. Málaga: CEDMA.
- Rubio, G. (1998). Modificación del curso de las adicciones debidas a la presencia de comorbilidad psiquiátrica. *En Patología Dual*. Madrid: Editorial Delos S.L.
- Ryan, R.M, Deci, E.L (2000). La teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. January 2000. *American Psychologist*.





## UNA INTERVENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Macarena Barrientos Torroja

Si se quiere hablar de intervención hay que saber que una persona solicita ayuda porque está sufriendo. Para aliviar su sufrimiento, tiene que establecer una relación de cercanía con otra persona, a la que tendrá que mostrarle su intimidad y sus deficiencias, pudiendo resultarle esto muy amenazante. Tan amenazante, que puede llegar a preferir soportar el sufrimiento, antes que exponerse a pedir ayuda (Bermejo, 1998).

Ante esta realidad, cuando se tiene la privilegiada situación de acompañar profesionalmente a personas tan vulnerables, como son las que padecen patología dual, según Valderrama, Cervera y De Vicente (2001), quien facilita apoyo tiene que saber que se puede encontrar ante personas que a priori se muestran con conductas conflictivas, difíciles, arrogantes, entre otras y que en el fondo no están más que ocultando una gran vulnerabilidad a la vergüenza, a la humillación y al miedo.

Por otro lado, hay que reconocer que cuando un tema nuevo desborda, ya sea desde la perspectiva de la propia persona que sufre la enfermedad, su familia, profesionales que le acompañan o la sociedad en general, se tiende en muchas ocasiones a buscar culpables del padecimiento, del fracaso en la intervención, de las consecuencias de los actos, u otros, pero no se tiende a buscar soluciones para aliviar el sufrimiento de quien tiene el padecimiento. Es por lo que, en concreto, con la patología dual, se corre el grave peligro de que quienes la sufren, puedan sentirse o estar estigmatizadas llegando incluso a padecer procesos de exclusión. En definitiva, existe el riesgo de que no encuentren ni acompañamiento, ni alivio a su sufrimiento (Uribe, Mora y Cortés, 2007).

Touriño (2006) plantea que actualmente las personas que sufren patología dual, son las que peor se adaptan a los tratamientos, siendo por tanto los tratamientos y los diferentes dispositivos los que deben adaptarse a ellas. En este sentido, en el de la adaptabilidad a los dispositivos, añade cuestiones que se tornan vitales, como la importancia de la identificación de la patología dual para poder hacer una intervención de manera integral y estrechamente coordinada. Se puede decir de esta manera que la patología dual es más que la suma de dos enfermedades, constituyendo una forma peculiar de enfermar, que supone dificultades en cuanto a su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Algunos modelos asistenciales actuales, no permiten actuaciones integrales y globales sobre quienes sufren patología dual. Llegando estos modelos a considerarse “expulsivos”, ya que en muchos servicios se hace una selección en la admisión al tratamiento. Son modelos rígidos e inflexibles que atienden más, al desarrollo de quienes ejercen de terapeutas que al de las personas que acuden al servicio (Pérez, 1998).

Actualmente tanto en los dispositivos de salud mental como en los de drogodependencias y adicciones, aumenta cada vez más el número de personas que sufren dicha patología, al igual que aumenta la incertidumbre por parte de las profesionales y los profesionales, de ambos dispositivos de cómo poder desempeñar el mejor acompañamiento. Entendiendo por mejor acompañamiento, el que proporciona mejoría en la calidad de vida, alivia sufrimiento, proporciona la mayor independencia posible, y lucha por la dignidad y por los derechos de las personas que acuden al servicio en busca de ayuda.

Esto que a priori se presenta tan claro y evidente, y más aún desde los dispositivos públicos, en muchos casos no lo es, porque surgen contrariedades entre la filosofía en la que aparenta creer quien ejerce de terapeuta y la puesta en práctica del desarrollo de la misma.

### **Psicología humanista. La persona como centro de la intervención**

Si se acude a la literatura científica para tratar de paliar esta incertidumbre, se puede observar como la psicología humanista contiene lo que podemos considerar como la clave en la facilitación de ayuda, **la persona es el centro de la intervención**. Esta corriente psicológica fue planificada durante los años cincuenta, y difundida en los sesenta, pero realmente fue incubada en los treinta, concretamente por Allport en 1937 y por Murray en 1938. El primer esbozo de lo que sería la psicología humanista lo describió Maslow así, en 1954, “gente interesada en el estudio científico de la creatividad, el amor, los valores más elevados, la autonomía, el crecimiento, la autorrealización y la gratificación de las necesidades básicas”. Posteriormente, en 1961 apareció el primer número del Journal of Humanistic Psychology con los principios programáticos de la American Association of Humanistic Psychology. Dichos principios fueron, centrar la atención en la persona, las explicaciones teóricas y la conducta manifiesta están al servicio de la experiencia misma y su significado; Acentuar las cualidades específicamente humanas, como la elección, la creatividad, la valoración y la autorrealización, en oposición a la concepción de los seres humanos en términos mecanicistas y reduccionistas; Mantenerse fiel al criterio de significación en la selección de problemas y procedimientos de investigación, en oposición al énfasis primario en la objetividad; Comprometerse con los valores y la dignidad humana e interesarse por el desarrollo del potencial inherente a cada persona. Concluyendo en que el punto central de esta visión es la persona tal como se descubre a sí misma y se relaciona con otras personas o grupos (Villegas, 1986).

Una de las ideas principales de la teoría holística puede resumirse en que la personalidad humana se concibe como una organización y un proceso. El ser humano tiene enormes potencialidades de crecimiento, todavía no realizadas. La psicología humanista acentúa el desarrollo de este potencial, al tiempo que la concepción de una personalidad sana en oposición a la visión psicopatológica del ser humano y la sociedad (Villegas, 1986).

Dicha filosofía defiende que la persona tiene en sí misma el poder comprenderse y modificar sus actitudes y comportamientos, pero eso solo lo conseguirá si desde fuera se le ofrece un ambiente que lo facilite. G. Allport, A. Maslow y V. Frankl, referentes importantes de la psicología humanista, vienen a coincidir en un concepto, y es que toda persona en su esencia es un ser proyectado hacia el futuro, donde la autorrealización y la convicción de una vida plena son la razonable consecuencia de una vida vivida por unos ideales.

Rogers (1961), uno de los máximos exponentes de la psicología humanista, denomina como relación de ayuda a toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en la otra parte el desarrollo, la maduración, la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes de la persona, mejorando su funcionamiento y su desarrollo personal. En este contexto la otra parte, puede ser una persona o un grupo.

La terapia centrada en el cliente de Rogers (1961) ha acumulado una considerable cantidad de conocimientos empíricos perfectamente verificables. Se puede afirmar con cierta seguridad que una relación terapéutica tiene mayores probabilidades de ser efectiva cuando quien ejerce de terapeuta manifiesta una mayor coherencia o autenticidad, mayor consideración, respeto incondicional y agrado hacia la persona. Estas cualidades parecen ser los principales factores determinantes del cambio en la personalidad y la conducta de la persona, cambio en el sentido de la salud y madurez psíquica y el logro de relaciones más realistas consigo mismo, con otros seres humanos y con el medio. Merece la pena destacar que todas las cualidades son actitudes, al margen de que los conocimientos profesionales y las habilidades también estimulan un proceso terapéutico positivo. Si esto se tiene presente, tal vez un día se puedan identificar y evaluar las condiciones que producen un cambio constructivo en la personalidad y la conducta de la persona, teniendo en cuenta la medición de dichas actitudes en quienes ejerzan como terapeutas.

Rogers (1961), también defiende la importancia de que haya aceptación, respeto y empatía, permitiendo así a la persona entrar en contacto con sus propios sentimientos, expresarlos, ganar confianza en sí misma y tomar decisiones respecto de su propia vida, evitando juicios. Así usará sus propios recursos para afrontar sus problemas, sin paternalismos ni autoritarismos. Defiende igualmente que es inherente al ser humano la tendencia a superarse y autorrealizarse, por eso si se programan unos objetivos realistas y adaptados individualmente, es posible el cambio. Por tanto quien ejerce la ayuda debe animar y motivar hacia dicho cambio y debe transmitir la idea de que lo puede conseguir, tiene que creer en la persona.

### **Relación de Ayuda, modelo de intervención**

Uno de los modelos, que lleva a cabo la intervención centrada en la persona con esta filosofía es el modelo de **La Relación de Ayuda**. Dicho modelo lo han desarrollado muy detallada y prácticamente Luciano Cian, en Italia y José Carlos Bermejo, en España.

Dado que ambos autores han realizado un loable esfuerzo por ofrecer una aplicación práctica de dicho modelo, servirán de guías para explicar cómo podría ser desempeñada esta privilegiada labor de acompañar profesionalmente a quienes están padeciendo patología dual y así poder generar mejor calidad de vida y aliviar el máximo sufrimiento posible, ya se encuentre la persona en talleres, centro de día, hospital de día, u otro recurso donde reciba atención.

Según nos muestra Cian (1994), existen varios estilos dentro de la relación de ayuda, pero entrando más en sintonía con la teoría expuesta, se abogaría por el estilo empático-participativo. En este estilo, el centro de la intervención es la persona y la actitud con que se le acompaña, es con una actitud facilitadora. La idea es favorecer que la persona se sienta comprendida y pueda caminar hacia la autoexploración, para buscar las posibles soluciones a su conflicto o crisis.

Este modelo en la sociedad actual donde priman los resultados inmediatos o la indiferencia, parece que tiene poca cabida porque compromete afectivamente a quien ejerce de terapeuta, pero es la forma más potente y real de acompañar a las personas más vulnerables para que puedan hacer cambios. Aunque el estilo empático-participativo debe constituir el fondo del ser de quien facilita la ayuda, si se sabe intervenir con creatividad y flexibilidad, habrá momentos en el proceso que requieran de intervenciones más directivas o de otra índole, sin menos cabo de mantener dicho estilo como referencia en el proceso de acompañamiento. Este estilo centrado en la persona tiene una consideración holística, por eso habrá que tener en cuenta en la intervención la dimensión corporal, intelectual, emotiva, social y espiritual. Entendiendo que la madurez humana vendrá de la integración armónica de las diferentes dimensiones y que la persona que facilita la ayuda también debe encontrarse en un camino de maduración y crecimiento personal para poder acompañar a quien necesita de su ayuda (Bermejo, 1998).

Resulta imprescindible conocer que la persona a la que se ayuda comunicará verbal y no verbalmente algunas emociones. Algunas serán evidentes pero otras muchas ni siquiera sabe cómo expresarlas o que las tiene. Esto sucede porque de su mundo emotivo solo se ve una pequeña parte, la otra gran parte está oculta, pero no por ello deja de estar presente en la relación (Bermejo, 1998). Si realmente se cree en la autonomía de la persona habrá veces que simplemente haya que estar, con una actitud cercana y discreta, sin tomar iniciativas, dejando que ella por sí sola descubra las soluciones idóneas a sus problemas. Hay veces que la ayuda significa estimular, explorar a fondo,

animar, u oponerse, entre otras. Las expresiones de amor por parte de quien facilita la ayuda hacen posible cambios en la persona que está necesitando dicha ayuda (Cian, 1994).

Si en la intervención, la persona es el centro habría que saber cómo querría ser acogida, ya que la ayuda que necesita, no es cualquiera. Según Cian (1994), el modo en que desearía ser acogida sería pensando que se va a comprender ante todo el sentimiento que está viviendo ya sea de miedo, disgusto, rabia o malestar. A la vez espera, que se participe de su sufrimiento con empatía, es decir, que se le escuche, con serenidad y paciencia, y no se le juzgue. Desea que se analicen sus dificultades, pero sin juzgarla ni a ella ni al problema. Ella misma conoce mejor que nadie su problema, pero necesita que se valore con ella la experiencia y la situación, para que se le puedan dejar las pistas básicas de cómo debe seguir, que se le facilite tomar decisiones para salir de la situación en la que se encuentra o en el peor de los casos a vivir con ello. La persona necesita ser escuchada como persona, por eso quiere que quien le acompañe se muestre como persona antes que como profesional, ya que precisa acogida y comprensión. Tiene la necesidad de ser aceptada tal cual es.

Sí quien facilita la ayuda logra situarse correctamente ante el problema ajeno, para intentar comprenderlo juntas y para analizarlo sin adelantar opiniones, estará posibilitando que la persona se exprese y decida libremente. Y además, todo esto, lo necesita en este mismo orden, que es inverso al que normalmente se da en casi todas las intervenciones. Por esto, es importante, que se realice un continuo análisis de los encuentros que se tengan con la persona ayudada para así observar y corregir errores y aprender de lo sucedido, ya que la idea es facilitar el crecimiento de las capacidades adormecidas y en conflicto (Cian, 1994). Cuando alguna persona se sumerge en un proceso de ayuda está en el marco propio para despertar las capacidades que tiene bloqueadas.

Llegado a este punto, y teniendo en cuenta a los autores y autoras que defienden como centro de la intervención a la persona, se puede afirmar que quien facilite ayuda tendrá que poner mucho cuidado en cómo establecer el vínculo en la relación con quien necesita la ayuda, a la vez que deberá encontrarse en posesión de algunas actitudes vitales básicas como son la autenticidad, la empatía, la aceptación incondicional y la escucha activa, que seguidamente se desarrollan con más detalle.

Dependiendo si el centro de la intervención es la persona o el centro de la intervención es el problema que tiene la persona, dicha intervención cambia radicalmente. Si está centrada en la persona se tiene que **establecer un vínculo** entre las dos personas. Un vínculo que suponga una relación significativa, porque si quien facilita la ayuda no es significativa para quien la necesita, poco le importará lo que ésta le diga. Se debe percibir a quien facilita ayuda como una experta y digna de confianza. La persona necesitada de ayuda, tiene que ser el centro para poder comprenderla, hacerse cargo de lo que siente, de lo que significa para ella todo lo que está viviendo y así poder empezar a caminar juntas. Esto facilita que pueda expresar todas sus dudas y miedos y la relación no sea superficial. En muchos casos se empieza centrando la intervención en los problemas y no en la persona, y aunque hay que conocer los problemas no serían estos el centro de dicha intervención. Para evitar esto es importante tener presente dos etapas importantes. Una primera es, entender lo que la persona siente y una segunda es, participar de manera empática de ese sentimiento creando un clima de confianza (Bermejo y Martínez, 2006).

A continuación, se hace referencia a las actitudes básicas antes mencionadas, que junto con el vínculo creado que se acaba de explicar, deben constituir el ser de quien ejerza de acompañante de personas que están padeciendo patología dual.

La **autenticidad** implica conocerse bien a sí misma. Mostrarse sin máscaras, permitiendo el acceso a la conciencia de su mundo interior (Cian, 1994). Cuanto menos se esconda detrás de máscaras o roles profesionales quien ejerce la ayuda, más cambiará y crecerá la persona que necesita de esa ayuda. Esto implica que el profesional o la profesional tiene que percibir y aceptar las emociones que surjan durante la relación y además deberá mostrarse sin reservas ni ambigüedades, ya que así se genera una coherencia notable entre las experiencias emocionales más profundas y los pensamientos conscientes que expresa la persona que se encuentra en este proceso (Bermejo y Martínez, 2006). La autenticidad también implica no decir nunca lo que no se cree o no se piensa, ni crear falsas expectativas o desempeñar roles que no corresponden como por ejemplo el de salvador o salvadora o el de mago o maga, ni comunicar sentimientos de repulsa o atracción. No por ello, se debe sentir que no se está implicada en la relación, sino que por el contrario, se debe saber que así se está siendo una misma de manera auténtica (Bermejo, 1998).

La **actitud empática** es la disposición de una persona para ponerse en la situación existencial de otra, comprender su estado emocional, tomar conciencia de sus

sentimientos, meterse en su experiencia y asumir su situación. Sería ir recepcionando y comprendiendo los estados emotivos de la persona para poder entrar en su corazón y que así pueda abandonar sus máscaras y por el contrario pueda desarrollar actitudes que le proporcionen crecimiento personal. La comprensión, que así encuentra cuando realmente está confusa, ansiosa, aterrorizada, excluida, entre otras, le genera calidad de vida y le alivia sufrimiento (Bermejo, 1998). Esto implica que quien ejerce la ayuda sabe acoger las emociones que vive la persona y hace que se sienta comprendida y cercana. Acaba entrando tan a fondo en su mundo interior, que no solo clarifica las emociones que afloran a la consciencia sino también las del inconsciente (Bermejo y Martínez, 2006).

La **aceptación incondicional**, sin condiciones, con todo su pasado, su presente y su futuro, sin reservas ni juicios, (Bermejo y Martínez, 2006) implica una acogida del mundo de los sentimientos. Solo así la persona será atendida de una manera holística y se le podrá acompañar en afrontar sus dificultades, sean las que sean, aprovechando la energía de sus sentimientos y desplegando sus valores. Esto facilita que no tenga que esconderse detrás de ninguna máscara y pueda sentirse aceptada tal cual es. En esta situación es más fácil que vayan desactivándose las resistencias y surja la disposición al cambio. Esta actitud está fundamentada en la no directividad, entendida ésta como un valor absoluto para un diálogo de facilitación, porque es la única forma de que la persona sea el centro de la intervención y sea la protagonista reconocida de la relación (Bermejo, 1998).

La **escucha activa**, es una escucha con el corazón que se convierte en un instrumento de curación, ya que facilita a la persona necesitada de ayuda, poder abrirse con confianza y libertad. Así podrá sentirse comprendida y afirmada, ayudándola a reinventarse siendo ella la protagonista de su propio cambio. Precisa por parte de quien facilita la ayuda, un querer entrar en la opacidad de la otra persona, sabiendo qué significado real tienen para ella sus palabras pronunciadas. El vacío intrapsíquico de la persona que facilita la ayuda debe ser dedicado a la persona a la que está ayudando, prestando atención a sus palabras y al lenguaje no verbal para poder descifrar bien su mensaje. La comunicación es inevitable, en cualquier proceso de tratamiento o acompañamiento, porque permite una sensación de acogida y hospitalidad. Para ello es importante que la persona que facilita la ayuda se despoje de impulsividad, impaciencia, pasividad, superficialidad, tendencia a juzgar y ansiedad, entre otras (Bermejo, 1998).

Parece preocupante y sorprendente ver en estos años como muchas de las profesionales y los profesionales con más experiencia, se han saturado y han perdido la esperanza de



que es posible. Bermejo y Martínez (2006), dan pista de cómo mantener un sano equilibrio y no desertar del acompañamiento en los procesos de cambio. Esto requeriría aprender a mirar desde la otra persona, manejar la paciencia, aceptar el sentimiento de impotencia y aprender a decir que no. A continuación se detallan estas indicaciones con más precisión para facilitar la puesta en práctica de las mismas.

Si se aprende a **mirar desde la otra persona**, quien facilita la ayuda se está interesando en conocer las causas que le mueven a actuar así y por tanto se está preocupando por desarrollar un ambiente de aceptación incondicional donde la persona podrá empezar a caminar sin miedo, reconocer sus errores, y no tendrá que esconder su parte más vulnerable por temor a no ser entendida y juzgada. Pero esto es posible si se siente querida y valorada a pesar de sus miedos y dificultades, si no es así no permitirá entrar en su vida (Bermejo y Martínez, 2006).

El **adaptarse al ritmo de la otra persona**, tener paciencia, es vital, ya que procesos aparentemente muy leves pueden llevar a provocar mucha fatiga. En muchas ocasiones puede que esto provoque no percibir cambios aparentemente en la persona protagonista del proceso, bien porque no se saben ver o porque realmente no se están dando. En caso de que no se estén dando los cambios o haya contradicciones en lo acordado, hay que dejarle ver a la persona dichas contradicciones. Esto no se hace porque se crea que está engañando sino para que perciba esas contradicciones y pueda superarlas. Es interesante que permanezcan las visiones positivas de estos pequeños cambios por pequeños que sean, por parte de quien facilita la ayuda, ya que serán los que darán seguridad a la otra persona para permanecer en el proceso. Interesa utilizar estrategias de estímulo y de soporte emocional de manera combinada, según el momento en el que se encuentre la persona, para ni frenar los avances ni acelerar los procesos (Bermejo y Martínez, 2006).

Si se **acepta el sentimiento de impotencia**, se aprende a manejar dicha impotencia y se aprende a vivir con ella de una manera sana, se estará evitando huir de las personas más vulnerables. Si no se cuenta con habilidades y actitudes que favorezcan la relación de ayuda se tenderá a eludir los casos más difíciles para situarse en un plano en el que el trabajo genere más confort. Cuando las personas abandonan los procesos de ayuda una posible pregunta que quien facilita la ayuda tendría que hacerse es ¿hay algo que no estoy haciendo bien?, para así poder pensar en diferentes respuestas, mejorar en lo posible y seguir caminando. Pero para ello la persona facilitadora de ayuda debe contar con una buena autoestima y así poder soportar esta pregunta y la inseguridad que dicha

pregunta pueda generarle. Aunque, no siempre, cuando se termina una relación de ayuda, antes de lo que la persona que la facilita considera, tiene por qué ser un fracaso ya que la persona ayudada decide hasta dónde quiere llegar (Bermejo y Martínez, 2006).

En el proceso de facilitación de ayuda, si se quieren promover cambios saludables, hay que poner límites, hay que **aprender a decir no**. Esto no es fácil, porque no se sabe cuál será la reacción de la persona que está siendo ayudada y por el sentimiento de culpabilidad que se crea en la persona que dice no. Hay que saber decir no sin sentirse culpable, porque es un camino de maduración personal. A la par que hay que recargar fuerzas, cuidar la ilusión y cultivar la esperanza, para poder seguir trabajando siendo, sin duda, las personas que mejor promuevan el cambio (Bermejo y Martínez, 2006).

Se podría decir que una buena facilitación de ayuda sería el arte de no crear lazos demasiado estrechos donde se desvirtúe la relación profesional pero que sean lo suficientemente fuertes, profesionales y honestos para que la persona sienta que se cree plenamente en ella. Para esto, es vital la necesidad de una cercanía emocional pero que no traspase la barrera de la subjetividad, si no la intervención deja de ser eficaz. Si se traspasaran estos límites, sería mejor trasladar el caso a una compañera o compañero desde la reflexión y la honestidad (Rodríguez, 2010).

La relación de ayuda, entendida de esta manera, aleja de la rigidez y de la fijación, porque no se pretende que la persona que acude a talleres, centro de día, hospital de día u otro recurso padeciendo patología dual, lo haga para aprender una actividad concreta, sino para que sea capaz de restablecer el equilibrio perdido a través del crecimiento personal. Favoreciendo la motivación, la autonomía, el autocuidado, la autoestima, la autorrealización, el buen uso del tiempo libre, entre otros, para continuar el tratamiento.

Resumiendo, en palabras de Bermejo (1998) la persona que facilita ayuda necesita, un **saber** (conjunto de conocimientos teóricos), un **saber hacer** (llevar los conocimientos teóricos al trato con la persona necesitada de ayuda), un **saber ser** (interiorizar, hacer suya, una manera de ser que le resulte de ayuda a la persona necesitada de la misma, es decir, humanizar la intervención) y un **conocer sus propias vulnerabilidades**.

Y Carl Rogers regala estas interesantes palabras que deberían estar presentes en quienes hacen de la ayuda su profesión. “Tras los velos de silencio, las frases extrañas, la hostilidad y la indiferencia, hay siempre una persona a la que podemos llegar si

tenemos suficiente habilidad, pericia y suerte, y con la que podemos convivir en una relación directa de persona a persona”.

Cuando se pone en marcha esta forma de intervención centrada en la persona tanto en los dispositivos de salud mental como en drogodependencias y adicciones, se está haciendo una apuesta por uno de los colectivos más vulnerables de la sociedad, proporcionando a quienes sufren patología dual un espacio de desarrollo, crecimiento, recuperación de su equilibrio personal, de su dignidad y de ayuda a adquirir su ciudadanía. Apuesta obligada, si nos referimos a cualquier dispositivo y sobre todo a los de las administraciones públicas, los cuales deben tener como objetivo principal de sus políticas sociales, el erigirse como garantes de los derechos de todas las personas y sobre todo de las más vulnerables.

## Referencias bibliográficas.

- Álamo, C., López-Muñoz, F., Rubio, G. y Santo-Domingo, J. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arana, X. y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *EGUZKILORE*, nº 19, (171-179).
- Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, nº 26, (49-59).
- Bermejo, J.C. (2010). *Apuntes de relación de ayuda*. Bilbao: Sal Terrae.
- Bermejo, J.C, Martínez, A. (2006). *Motivación e intervención social. Cómo trabajar con personas resistentes al cambio*. Cantabria: Sal Terrae.
- Cian, L. (1994). *La relación de ayuda*. Madrid: CCS.
- Chapinal, O. (2014). Trastorno mental grave e integración de redes. *Informaciones Psiquiátricas*, nº 215, (45-61).
- Gómez, C. (2012). Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias. *Revista Psicología.com* (1).
- López, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXVII, nº 99, (187-223).
- Muñoz, M. Pérez, E. y Crespo, M. (2009). Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. España: Complutense.
- Pérez, D. (1998). Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual. En J. Cabrera (Ed.), *Patología Dual* (pp. 83-93). Madrid, España: Ediciones Gráficas Delos S.L.
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental*, nº 19 (49-57).
- Rodríguez, M. (2004). La terapia ocupacional en los pacientes duales. *Documento de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción Social*, nº 33, (5-22).
- Rodríguez, N. (2010). De la Relación de Ayuda en la Intervención Social. *Documentos de Trabajo Social*, nº48, (31- 54).
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosado, J. (2002). *Orientaciones sobre drogodependencias*. Málaga: CEDMA.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, vol. 20, nº 4, (315-320).
- Touriño, R. (2006). Patología dual y rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación psicosocial*, nº 3, (1).
- Uribe, M., Mora, O.L. y Cortés A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, vol. 48, nº3 (207-219).
- Usieto, E.G., Pernía, M.C y Pascual, C. (2006). Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación psicosocial*, nº 3, (26-32).
- Villegas, M. (1986). La psicología humanista: historia, concepto y método. *Anuario de psicología* nº 34, (1).



## LA ACTIVIDAD MOTIVADA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN COGNITIVA

José Rosado Ruiz

### **Extracto:**

Las neurociencias argumentan y documentan que la actividad motivada, orientada y dirigida es el instrumento terapéutico más fisiológico, eficaz y eficiente, para activar los recursos neuronales y conseguir la recuperación funcional y celular de las lesiones cerebrales. Las características de los talleres ocupacionales motivacionales/centros de día, ofrecen el escenario idóneo para el desarrollo de esos recursos"

### **Esquema general del artículo**

Titulo: La actividad motivada en el proceso de recuperación cognitiva

Indicación terapéutica: alteración cerebral por el uso de sustancias.

Instrumento terapéutico: el cerebro

Escenario: Talleres terapéuticos ocupacionales motivacionales/centros de día

Terapeutas: profesionales de la rehabilitación y terapeutas ocupacionales de los talleres/centros de día

Programa: los que tienen estructurados las neurociencias.

Metodología: humanismo científico

## **Reflexión inicial y algunas matizaciones**

### **Cerebro y mente**

Pasamos la mayor parte nuestro tiempo recogidos en ese espacio interior de nuestra mente, rumiando el pasado, reflexionando sobre el presente y proyectando el futuro, en una interminable discusión de lo que hemos hecho, lo que estamos haciendo y lo que nos proponemos hacer. En este vaivén mental, ocupamos tiempo y energía para llegar a decisiones que consideramos importantes. Y así, nuestra vida se encuentra condicionada, no tanto por lo que nos sucede, como por la interpretación que hacemos de lo que nos acontece; una interpretación que dependerá esencialmente de nuestros pensamientos e ideas y que se encuentran en relación directa con nuestro particular esquema de valores.

El escenario de esa realidad interior, personal y esencial para nuestra vida, se concreta en un órgano que se puede pesar, medir, tocar y ver: el cerebro, que se considera el instrumento de nuestra mente. Conservar la funcionalidad normal cerebral es el objetivo existencial más importante que existe.

### **Salud psíquica**

Nadie se cansa de tener buena salud, y aunque se piensa en primer lugar en la salud física, con un simple ejercicio de discernimiento se objetiva que es la salud psíquica la que más deseamos, pues representa un estado positivo de conciencia que se acerca a lo que podemos considerar como felicidad. Y sucede que ese estado de felicidad mental, es uno de los soportes terapéuticos más eficaces para alcanzar una vida digna y dignificada: es la piedra angular sobre la que edificar el edificio de nuestra felicidad.

Es el cerebro el que nos garantiza esos estados gratificantes de conciencia, pues a ellos tiende intrínsecamente, ya que lleva grabado en todos sus circuitos neuronales el instinto primario más claro y poderoso que se conoce: evitar el dolor y buscar el placer. Es la razón por lo que se admite que la salud integral, física y psíquica, de una persona es demasiado importante como para dejarla sólo en las manos de los médicos o en sustancias extrañas al organismo, que nunca añaden nada a nuestras potencialidades cerebrales, sólo activan determinados mecanismos presentes ya en el cerebro: somos nosotros los verdaderos protagonistas en ese viaje hacia la felicidad, y es el cerebro el escenario donde se desarrolla ese viaje y donde se encuentran los mecanismos y las claves que nos hacen llegar a la meta deseada.

Y es que tenemos en nuestras manos los recursos necesarios para organizar nuestra vida en función de los deseos, esperanzas y objetivos que consideramos mejores. El milagro siempre sucederá cuando seamos conscientes del enorme poder que llevamos con nosotros y la posibilidad de utilizarlo en nuestro provecho, porque sólo será cuestión de alimentarlo con los pensamientos afines a nuestros más fervientes proyectos, que son los que harán posible realizar el cambio del contenido de nuestra mente según sus objetivos.

### **Nuestra verdadera realidad**

Nuestra verdadera realidad, que es la mental, tiene existencia por la presencia de unos elementos neurobioquímicoeléctricos (NeBE), que representan la base necesaria e imprescindible para puedan existir y manifestarse los pensamientos, emociones, afectos y sentimientos; sin esta base NeBE, simplemente sería imposible su existencia: no existiría ningún movimiento mental.

Los trastornos por el consumo de sustancias, durante un tiempo a veces no muy prolongado, señalan unas alteraciones NeBE que provocan; 1) en el funcionamiento neuronal: deteriorando sus mecanismos fisiológicos, 2) en el mundo emocional: dificultando y distorsionando los movimientos de afectividad, sentimientos y emociones, 3) en el sistema inmunológico: disminuyendo la resistencia y aumentando la vulnerabilidad ante los factores patógenos, 4) en la vida social y conducta: modificándola en función de la adaptación que le obliga el consumo y que le hace crear otra realidad relacional, y 5) en el territorio mental, afecta a las denominadas potencias mentales, entendimiento, memoria y voluntad que son las que manifiestan el caos neurobioquímico que provocan.

### **Fundamentación para el tratamiento de estos trastornos**

El abordaje de las alteraciones provocadas por las sustancias se justifica y documenta en las directrices que los neurocientíficos nos informan en los programas estructurados de neuroprotección que tiene el objetivo el cuidar y proteger a un cerebro herido que necesita un tiempo de convalecencia y reposo activo para que progresivamente pueda ir asumiendo protagonismo para controlar y activar sus recursos que define el programa de neuroactivación que en su misma dinámica se relacionan, conforman y se unifican con los programas de neurorecuperación y neurodesarrollo, que son consolidados por el programa de neuromotivación que ofrece los argumentos para que la intencionalidad se convierta en un movimiento permanente que garantiza al cerebro la energía suficiente y

necesaria para enraizar una actividad motivada que estimulando los recursos neuronales consigan el objetivo de la normalidad funcional cerebral.

### **Sobre la evolución terapéutica de los Talleres / Centros de día**

Del inicial objetivo de los talleres, que se crearon como un recurso coadyuvante y asociado al equipo multidisciplinar para que los consumidores de drogas tuvieran unos espacios terapéuticos que le ayudaran a superar el periodo de abstinencia y el tratamiento de normalización en las mejores condiciones posibles.

De manera aceleradamente progresiva, se afianzó la certeza terapéutica, que una conducta estable de no consumo, necesitaba un nuevo estilo de vida que sólo sería posible con un cambio en la idea y pensamientos de esas personas, es decir, con la formación de un contenido de conciencia que conformara un nuevo cerebro funcional.

Los terapeutas responsables de los talleres, profesionales de la rehabilitación, valorando estas alternativas, se mostraron interesados y su inquietud terapéutica, fueron el estímulo para iniciar unas reuniones informativas que en el tiempo adquirieron una dinámica de formación permanente, que de manera preferente, y siguiendo las directrices de las neurociencias, se dirigió al conocimiento de los recursos cerebrales y sus técnicas de activación y desarrollo.

El estudio sistematizado de estos temas, transformaron los talleres/centros de día, en un recurso autónomo en sus metas que en su evolución ofrecen actualmente las condiciones de contenido y continente para ser valorados como un escenario idóneo que presenta las características favorables y propiciatorias para, en el desarrollo de las capacidades neuronales, conseguir la normalización e integración social, laboral, familiar y psíquica: la denominación de talleres terapéuticos ocupacionales y centros de día (TTOM/CD) define sus funciones.

Después de una experiencia acumulada de más de 28 años, y una intensiva y selectiva dedicación en los últimos 15 años de los responsables terapeutas ocupacionales de los TTOM/CD, al estudio de las capacidades cerebrales y las lesiones neuronales, se les pueden considerar singulares especialistas prácticos, para recuperar la normalidad de la función cerebral.



Es un grupo de trabajo abierto a compartir toda su información con las personas que le interesen, singularmente con todos los que trabajan el tema de las alteraciones neurológicas o déficits cerebrales causadas por el uso de sustancias.

### **Consideraciones sobre Patología Dual y su relación con los TTOM/CD**

El consumo de sustancias utiliza, para producir sus efectos, los mecanismos cerebrales que con el tiempo contamina y deteriora, consolidando una adicción con su necesario trastorno mental y que se define como Patología Dual, que también puede ser originada por un primario trastorno mental que induce al consumo. De cualquier manera la presencia de Patología Dual que empieza a ser relevante, es una realidad neurológica que ofrece fundamentos para considerarla como una entidad nosológica propia, por lo que necesita una valoración específica, pues su abordaje terapéutico se realiza desde dos dispositivos diferente (equipos de adicciones y salud mental) que no comparten exactamente la misma ideología, sistema y metodología, e inician rutas distintas que conducen a una dispersión terapéutica con factores de riesgos suficientes para desencadenar patologías derivadas que complican y agravan el proceso morboso y consolidan un pronóstico infausto.

Actualmente se está imponiendo en algunos países el tratamiento de la Patología Dual con equipos superespecializados y como recurso único y unificado, y en un escenario en que el tratamiento integrado e integrador se desarrolle en las mejores condiciones posibles, y se señala a los TTOM/CD como una indicación específica en el que los terapeutas ocupacionales y profesionales de la rehabilitación, por la formación antes comentada, representan una garantía para completar el abordaje terapéutico de esta patología y del proceso de normalización funcional cerebral que es la meta a conseguir.

### **A manera de justificación**

El correcto funcionamiento del cerebro garantiza una digna calidad de vida, pues es el órgano que tiene los recursos necesarios y suficientes para, con su incesante actividad, asegurar la salud física y mental. Con un extraordinario orden, equilibrio, jerarquía y armonía, controla, orienta y dirige los programas de mantenimiento, conservación y reparación/regeneración que se encuentran grabados en el ADN y que aseguran una supervivencia en las mejores condiciones posibles y la perpetuación de la especie asociada al progresivo desarrollo de unas capacidades que aún no tiene límites conocidos.

Lo anterior le confiere autonomía y control del conjunto de la persona y le hace protagonista de su vida. Es el órgano más perfecto jamás conocido.

La droga tiene en el cerebro su órgano diana y, como se ha detallado anteriormente, en él desarrolla sus efectos, que se manifiestan y se hacen visibles en la clínica con síntomas y signos que definen las patologías cerebrales.

Se nos presenta un cerebro alterado por el consumo de sustancia. Es un cerebro enfermo y con carencias para los que no existen tratamientos farmacológicos resolutivos, ya que todo fármaco o sustancia extraña al organismo, tiene que utilizar necesariamente, para desarrollar sus efectos terapéuticos, los mecanismos de acción neuronales que son los que se encuentran dañados, deteriorados y contaminados, por lo que añaden un claro factor de riesgo, pues sin aportar nada positivo sí mantienen la potencialidad de desencadenar efectos adversos e indeseables que aumentan la gravedad de su situación.

Las neurociencias han descubierto que el cerebro posee los recursos y capacidades con indicación específica para recuperar las lesiones y deterioros de su estructura neuronal y conseguir su normalidad funcional y su integridad anatómica. Este órgano por su uso y potenciación puede regenerarse. Esta verdad científica es la que fundamenta la utilización del mismo cerebro como el mejor y más eficaz y eficiente instrumento. Para esta utilización se necesita un conocimiento del cerebro, sus recursos y mecanismo de acción y los efectos más significativos para la meta propuesta.

### **Síntesis y clave del capítulo**

La singular capacidad del cerebro para regenerarse es lo que garantiza el proceso de activar y desarrollar fisiológicamente las potencialidades, recursos y capacidades cerebrales descubiertas por los neurocientíficos, para la recuperación de la normalidad funcional cerebral en el marco de los TTOM/CD.

### **Secuencia informativa.**

Si en el problema se encuentra en el cerebro y en él se encuentran también las soluciones, y es obvio que todo abordaje o tratamiento que diseñemos para esta recuperación necesita previamente un conocimiento de las capacidades y recursos cerebrales más significativos que representa la confianza para conseguir la meta, y que deben encontrarse fortalecidos por unas motivaciones que documente la aplicación

sistemática de las mismas en el marco de una metodología definida y en un escenario apropiado, facilitador y estimulador del desarrollo de todo el proceso.

### **Los apartados son los siguientes**

1º.- Información argumentada de los recursos y capacidades del cerebro como instrumentos terapéuticos.

2º.- Fundamentar una conducta motivada dirigida y orientada con el objetivo de conseguir la normalidad funcional cerebral

3º.- Desarrollar las potencialidades cerebrales en el escenario de los TTOM/CD

### **1º- Análisis de algunos recursos cerebrales que fundamentan el proceso terapéutico**

a) Neurogénesis.

Es una propiedad que el cerebro mantiene durante toda la vida y que señala la generación natural, automática y programada de nuevas neuronas para la renovación periódica que necesitan estas células para desarrollar sus funciones. También se activa como respuesta de reparación ante una lesión cerebral, y que incluye, además de la citada renovación celular, por simple solidaridad neuronal, que las zonas limítrofes asuman las funciones deteriorada junto con la activación de grupos celulares que se encuentran latentes y el aumento de intensidad de las zonas indemnes, en un movimiento que se enmarca en la propia organización cerebral para suplir las carencias funcionales más importantes de la zona afectada y restablecer su normalidad.

*La neurogénesis tiene la potencialidad de recuperar toda lesión neuronal.*

b) Neuroplasticidad.

Es una propiedad que le permite modificar, reprogramar y formar nuevas sinapsis, y nuevas redes neuronales, con un nuevo cableado cerebral, que le permite organizarse y adaptarse a todas las condiciones existenciales, y que se activa también como respuesta a una alteración o deterioro, y es clave en la eficacia de los tratamientos para el daño cerebral (accidentes cerebro vasculares, lesiones traumáticas etc.).

La neuroplasticidad garantiza la modificación del contenido cerebral en función de las informaciones recibidas y en relación con los objetivos a conseguir, y crea un contenido cerebral dirigido a esos objetivos. Es pues importante la utilización de la información documentada como instrumento terapéutico, pues una idea discernida, valorada y asumida como eficaz para el objetivo a conseguir, produce las modificaciones similares a las sustancias químicas, y que se detectan por la TC (tomografía cerebral), la RME

(resonancia magnética estructural), la resonancia magnética funcional con imágenes FRMI, la PET (tomografía por emisión de positrones) con la ventaja de ser un recurso fisiológico sin las graves complicaciones que las sustancias extrañas al organismo pueden desencadenar.

*La información científica adaptada es un elemento terapéutico singular.*

c) Ventanas plásticas.

El cerebro es un órgano que no tiene límites en el desarrollo de sus capacidades y que se encuentra permanentemente despertando sus recursos al ritmo que va necesitando según la evolución de la persona y en relación con una supervivencia óptima. Así, cuando el cerebro en su proceso normal de desarrollo y ante las exigencias de esa adaptación y control de la realidad, necesita unos recursos, sucede que cuando coincide con una motivación suficiente, ésta puede actuar como estímulo, y se abre como un tercer ojo o ventana plástica cerebral que a modo de flas o luz intensa, descubre zonas cerebrales que son activadas y pasan de potencia a acto. Estas ventanas nos descubren dimensiones, otras realidades que expanden la conciencia y los recursos mentales. Las neurociencias confirman que en estas ventanas plásticas, son las que iluminan y despiertan zonas anatómicas donde se encuentran recursos que definen la genialidad, la creatividad y los eureka.

*Propiciar las condiciones para activar estas ventanas*

d) Híper sincronías neuronales.

Define los acontecimientos que suceden ante situaciones críticas o especialmente traumáticas, pero también como efecto de las técnicas de concentración y la persistencia en conseguir un objetivo deseado y valorado como positivo, y que desencadena la activación simultánea de un grupo de neuronas que ofrecen una aportación energética que alimenta todos los movimientos terapéuticos cerebrales.

*Practicar los ejercicios de autoconcentración relajativa*

e) Neuronas terapéuticas.

Neuronas espejos o de Gandhi que son neuronas de la empatía y que borran la separación entre el otro y yo, y facilita una identificación entre las persona que determina una comprensión entre ellas. Las neurociencias señalan que estas neuronas espejos desempeñan una función importante dentro de las capacidades cognitivas por la facilidad de adaptación y ponerse en el lugar del otro con lo que esto significa para la empatía en la relación de ayuda. La actitud del terapeuta, el rostro sereno y la palabra tranquila y pausada y la información razonada, son elementos de una acogida terapéutica, que

propician una neuroprotección muy eficaz en esos estados iniciales y que se manifiestan en movimientos interiores que ofrecen a la persona un estado bioquímico de reposo y calma, al disminuir la actividad de los neurotransmisores excitatorios.

Estas células se encuentran en regiones cerebrales involucradas en la memoria y cercanas a las que argumentan la afectividad y los sentimientos. Es la base, en gran medida, del aprendizaje y facilita la conducta prosocial y la adaptación a las circunstancias que se relacionan de manera indirecta con el efecto Pigmalión (autoestima) que son un grupo de neuronas que ante la creencia y perspectivas positivas que el terapeuta tiene sobre esa persona, se activan y desencadenan un movimiento emocional de refuerzo de una autovaloración que reforzada por la confianza de esa figura referencial, le consolida una convicción y una seguridad para conseguir los objetivos propuestos.

"Si lo creo lo veo" es una formulación que intenta explicar el mecanismo de acción de la mente que hace posible todo lo posible y que se señala una experiencia práctica: " como no sabían que era imposible lo hicieron"

*Potenciar la actividad de estas neuronas en las entrevistas personales y reuniones grupales.*

## **2º.- Fundamentar una conducta motivada dirigida y orientada con el objetivo de conseguir la normalidad funcional cerebral. Apuntes sobre la información científica terapéutica**

a- Neuromotivación.

Es de especial importancia contemplar los mecanismos, condiciones y fundamentos para consolidar una motivación orientada en el tema de la recuperación de la normalidad funcional cerebral. La motivación es movimiento mental organizado que surge espontáneamente cuando se ha discernido y valorado un objetivo o una meta como un bien esencial para la persona y se conocen los recursos a utilizar para conseguir esa meta. Estas motivaciones argumentadas representan la suprema fuerza motriz pues mantiene una intencionalidad permanente que orienta y dirige a todos los sistemas de la economía hacia la meta propuesta, y que se manifiesta en una conducta que participa intrínseca y necesariamente del mismo objetivo. Es importante precisar que la voluntad, que es potencia ciega, obedece al entendimiento de un fin propuesto por el entendimiento y que lo graba en todas y cada una de las células implicadas en el tema, lo que explica la posibilidad del despertar los recursos cerebrales.

Es el factor que asegura la eficacia de todo proceso terapéutico y que en su misma dinámica se fortalece y se desarrolla con la superación de los objetivos parciales que van conformando una estructura neuronal para que los recursos y capacidades cerebrales encuentren unas condiciones favorables para que se activen los que se encuentran en potencia, se desarrollen los tímidamente activos y se descubran los ignorados.

Las motivaciones tienen la capacidad de activar las capacidades cerebrales analizadas anteriormente y otras desconocidas que se asocian a ideas valoradas como útiles y que abren dimensiones interiores en que los límites cerebrales son los que nosotros mismo nos imponemos; los efectos de la abertura de las ventanas plásticas o las hipersincronías neuronales ofrecen efectos muy especiales que se sitúan incluso fuera de la imaginación e incluso de la misma razón, pero no dejan de ser realidades neurológicas que mantiene su capacidad de realizarse siempre que se utilicen los estímulos apropiados.

La palabra imposible no tiene valoración científica porque desconocemos los límites del cerebro, y cometemos un grave error cuando con la palabra imposible limitamos a un órgano del que tanto ignoramos. El arsenal terapéutico del cerebro sigue estando en un tanto por ciento muy alto sin ser utilizado por ser ignorado, aunque el tiempo demuestra que lo imposible se hace posible cuando se presentan las condiciones necesarias, que son las que ofrece el cerebro en su progresivo desarrollo. Todo lo que existe tuvo previamente una existencia en el cerebro.

Paradójicamente, en este proceso de recuperación funcional cerebral, se presentan circunstancias especiales en la que al despertarse y activarse muchas capacidades, se puede llegar a conformar un cerebro superior al que la persona tenía previamente a su alteración funcional.

Actualmente, los avances de las técnicas de neuroimagen (TC, RME, FRMI, PET) nos evidencian, estructural y funcionalmente, la activación de determinadas áreas cerebrales en relación con las motivaciones o deseos argumentados de las personas, y que desencadena modificaciones neuronales similares a las producidas por las sustancias químicas correspondientes.

La motivación es la fuerza que un pensamiento se materialice en la conducta que retroalimenta esa misma motivación y la impulsa a seguir desarrollándolo hasta sus últimas consecuencias, Somos focos de energía que emiten pensamiento a los que sólo se necesitan ofrecerle la dirección deseada para que las motivaciones se hagan

presentes y son las que garantizan la permanencia de esa intencionalidad para conseguir el objetivo propuesto.

Para evitar repeticiones, remito al anterior capítulo 2 de este libro (Manuel Rodríguez Luna) para valorar la relación íntima que mantiene la actividad motivada con la estimulación de la motivación intrínseca, origen de una energía intencionada que todo ser humano posee para el desarrollo de sus capacidades, y su relación práctica con el principio de complejidad moderada.

Es esencial que la información de estas verdades científicas se convierta en un trabajo que se inicia desde el principio, y que de manera progresiva, adaptando su contenido y dependiendo de la evolución del proceso, se debe ir ofreciendo al paciente y a la familia, pues constituye un elemento que conforman los programas de neuromotivación, que garantiza la estimulación permanente de los recursos cerebrales, que en su activación y desarrollo, tienen facultad para conseguir la normalidad funcional y la regeneración celular de las zonas afectadas.

*Aumentar y fortalecer los elementos que refuerzan las motivaciones*

b.- Apuntes sobre la información científica terapéutica.

Una persona informada de sus capacidades cerebrales tiene la ocasión de valorar y elaborar sus efectos y utilidades y sentirse estimulada de manera especial a activar y desarrollar unos recursos que ignoraba que tenía y que su descubrimiento le abre horizontes singulares.

La historia del águila ilustra estas verdades. Un campesino recogió un aguilucho caído del nido y cuando llegó a su casa lo metió en el gallinero. Al aguilucho le intrigaba y desconcertaba que cuando un ave de grandes alas sobrevolaba el cielo, los gallos y las gallinas se excitaban y con gran nerviosismo corrían despavoridas a buscar refugio, pero él no sentía ningún temor, al contrario, experimentaba un gran gozo y una alegría que le iluminaba sus ojos y se quedaban contemplándola con una fascinación que le ocupaba todos sus pensamientos. Sentía en su interior una gran inquietud y un intenso deseo de volar se le presentaba cada vez que esto sucedía y la hacía sospechar que podía hacer lo mismo que ella, pero su mente se negaba a reconocer esa posibilidad, era imposible, pues sus hermanas ya mayores y con experiencia apenas podía dar cuatro saltos en el aire: era una gallina más y no diferente a sus compañera a las que nunca le había visto volar. Murió siendo gallina y sin poder desarrollar lo que era su ilusión interna y el deseo más íntimo de su vida. Sólo le hubiese faltado que el campesino le hubiera informado que

era un águila y que con un poco de ejercicio podía volar pues poseía todos los recursos necesarios para hacerlo.

El cerebro es el águila más poderosa que existe y donde se encuentran todos los elementos necesarios para volar en dimensiones desconocidas que nos descubren insospechados paisajes interiores que ofrecen respuestas a todas nuestras inquietudes y necesidades.

En los TTOM/CD por una actividad intelectual y manual motivada con unos objetivos a alcanzar, en un ambiente favorable y en las condiciones antes marcadas, de una manera rutinaria, le puede suceder que descubra que es un "águila y e inicie su particular vuelo".

El objetivo de la información es hacer saber a las personas que tienen la libertad y posibilidad de descubrir las capacidades de su cerebro y encontrar horizontes sin límites que ofrecen garantías de una existencia digna y dignificante. Es evidente que estas informaciones necesitan, para ser comunicadas con eficiencia, que el que la ofrece las tenga discernidas, asumidas y argumentadas como verdades irrefutables y esto justifica y ofrece sentido a la formación permanente de los terapeutas de los TTOM/CD.

*Todos somos águilas, pero si no lo creo no lo veo*

### **3º.- TTOM/CD como escenario idóneo para el desarrollo del proceso de recuperación cerebral. Talleres y centros de día como cerebro artificial prolongación externa del cerebro interior**

En la estructura neuronal se encuentra los fundamentos y argumentos para el desarrollo de los recursos de recuperación funcional y celular del cerebro que activados se expresarán objetivamente y de manera necesaria en una conducta que a su vez retroalimentará la estructura interior.

Con una motivación argumentada que mantiene una intencionalidad permanente en la activación de los recursos cerebrales, se marca una orientación en los pensamientos, palabras y conducta, que encontrando en los TTOM/CD unas características facilitadores para que las propiedades cerebrales continúen su proceso progresivo de activación, sólo necesitan el tiempo suficiente para logra su pleno desarrollo. Por eso los TTOM/CD se valoran como un cerebro virtual.



### **Síntesis programática ante los trastornos cerebrales por el uso de sustancias**

La metodología se centra en el humanismo científico que contempla al ser humano como un ente biológico dueño de su propia dignidad y merecedora del respeto a sus creencias, vivencias y aficiones.

Se fundamenta en que la ciencia se encuentra formalmente asociada a la conciencia, siendo la ciencia, en el tema que tratamos, el estudio y conocimiento de las capacidades cerebrales que la neurología ha descubierto, y la conciencia el factor que define a la persona y que le hace tender con recta intención, a la utilización correcta de esas capacidades.

Y es que la ciencia ausente de conciencia se queda gravemente incompleta, y la conciencia sin ciencia es generadora permanente de errores. Esta asociación de ciencia y conciencia tiene la particularidad que es un método que ayuda y hace bien tanto al que lo recibe como al que lo da, en una retroalimentación neuronal que estimula el desarrollo de los recursos cerebrales. Y tiene un matiz especial, pues todo el sistema terapéutico depende de nuestro cerebro que mantiene *per se* la facultad de auto-regenerarse.

Se tiene que valorar que cada persona tiene una singular manera de vivir y también de enfermar por lo que se admite que no hay enfermedades sino enfermos y para diseñar un abordaje terapéutico se tiene que atender de manera preferente y en especial en una primera etapa, no al cuerpo y sus carencias y deterioros, que no dejan de ser una accidente, sino a la persona que es la que lo padece y a la que nos tenemos que centrar especialmente, para conocer las particularidades de su patología y descubrir su etiología y los factores familiares y personales que serán en su conjunto lo que permitirá un tratamiento causal que es el más definitivo y resolutivo que existe.

La petición de ayuda que hace la persona se encuentra normalmente conducida por una situación límite a la que le ha conducido el consumo de la sustancia, y aunque es sincera, no tiene definido los argumentos o son muy relativos y generales.

Es evidente que esa persona tiene una realidad interior condicionada por un caos neurobioquímico, que señala un cerebro dañado, con carencias y con un contenido que la ausencia del presente, la hipoteca de cualquier proyecto de futuro y rumiar un pasado confuso, le crea una situación cerebral, en que la desorientación y la confusión son movimientos mentales que le impiden estar en condiciones para trabajar en un discernimiento y valoración objetiva.

Después de las tormentas neuronales sufridas, es un cerebro que en principio necesita un periodo de convalecencia en que el reposo, tranquilidad y protección ante el estrés sean cuidados prioritarios. Es necesario valorar que el reposo de ese cerebro no es pasivo, sino activo, que es un concepto que señala una necesaria actividad mínima suficiente para que, como todo músculo, no pierda tonalidad ni forma, y de manera especial, para que desde el principio, de una manera progresiva y dependiendo de las circunstancias, pueda ir asumiendo funciones, pues de su uso y desarrollo, y del protagonismo que asuma dependerá el conseguir el objetivo.

El primer objetivo se encuentra dirigido por la necesidad de la neuroprotección, para que con el reposo activo, conseguir una suficiente tonalidad funcional. Es en este periodo se presenta como necesario, y dentro de la programación sistemática general de los TTOM/CD, los espacios de atención individualizada, pues es un tiempo dedicado a la persona en una comunicación que irá fortaleciendo una relación de ayuda de particular importancia y que estabilizará la dinámica de todo el proceso.

De lo que se trata es de condicionar un ambiente, un clima que afiance una evolución que priorice la preferencia en valorar a la persona como la auténtica protagonista. Por esto, la actitud del terapeuta es decisiva y significativa, y que se inicia con una escucha atenta y activa, un escuchar oyendo, un saber escuchar y con un grado de interés y ganas suficiente para que ella perciba que es algo importante, que es importante para alguien, y puede ser que sea la primera vez que experimenta esta sensación. El rostro sereno y apacible, la tonalidad afectiva de la palabra y la escucha interesada, determinan una comunicación de paz y tranquilidad que eliminando sospechas, miedos y sombras, fortalece el pensamiento que esa persona se encuentra en territorio amigo.

Es también regalar un tiempo sin signos de limitaciones y con una actitud de respeto para ir conformando un ambiente para que en esta comunicación, viva la experiencia de sentirse especialmente reconocida y valorada como persona, porque no es tiempo de saber de su historia, sino de conocer al ser humano que sufre.

Por eso tampoco es tiempo de organizar, corregir o dirigir, sino de comprender, y como lo que se comprende no se juzga, es fácil que surja una identificación con el enfermo y que de manera natural nos estimule una particular sensibilidad ante su situación de vulnerabilidad, indefensión, desamparo y debilidad.

La empatía conseguida, hace que la relación adquiera una cercanía y disponibilidad que, hipotecando toda indiferencia, consolide firmemente la confianza del enfermo en su terapeuta que representa un factor decisivo en la evolución del proceso.

Las señales de una autoestima empiezan a hacerse objetivas, y condicionan el aumento y consolidación de una fortaleza mental, con lo que esta representa para la integración interior: la piedra angular de todo el proceso de rehabilitación está ya colocada, y se hacen presentes unas circunstancias propicias para que esa persona rescate su dignidad, y con perspectivas dignificantes.

Los recursos cerebrales antes mencionados empiezan a recibir estímulos para ser activados y es también la oportunidad ofrecer una información documentada y adaptada al paciente y a la familia, para confirmar y garantizar una esperanza fundamentada y real, que fortaleciendo y avalando las motivaciones, le ofrecen elementos para iniciar una ruta en la que ya empieza a saber hacia dónde dirigirse y por eso todos los vientos le empiezan a ser favorables.

En esta dinámica ya es tiempo para que el paciente y la familia asuman su responsabilidades, y es entonces cuando podemos iniciar el trabajo de saneamiento interior, utilizando la palabra argumentada con esperanzas, que tiene el objetivo de iluminar, discernir y valorar miedos, temores y angustias para que en esa persona, se enraíce la convicción profunda que puede llegar a controlar y solucionar conflictos y oscuridades, e insistir que tiene la ocasión y obligación de asumir el protagonismo que le corresponde, y adquirir conciencia clara que no importa lo que es sino lo que desea ser, y para esto debe buscar y concretar el por qué y para qué quiere recuperarse, e incluso proyectar en su mente, un incipiente cambio de vida, que ocupando un lugar en sus circuitos neuronales, tienen la potencialidad de hacer nacer una singular nostalgia del futuro, y esta sí que es razón y motivación suficiente para que se despierten zonas dormidas del cerebro, se activen las latentes, y se tonifiquen y reanimen las que mantenían una mínima actividad, movimientos mencionados anteriormente.

El efecto directo e inmediato de esta recuperación cerebral se objetiva por el inicio de las funciones de las potencias mentales: la memoria ya puede ir ofreciendo al entendimiento elementos para dirigir la secuencia lógica de los pensamientos, y la voluntad, como potencia ciega, cumplir las órdenes del cerebro racional en orden a las metas valoradas como buenas y positivas.

La máquina más potente que existe en el universo se pone en marcha y empieza a funcionar.

Ad/ Algunas aclaraciones:

\* En la dinámica de estas informaciones que tienen el objetivo de ser práctica, se ha fundamentado en verdades demostradas, pero también por la necesaria brevedad, se ha evitado profundizar en las argumentaciones científicas, pero éstas se pueden consultar en las publicaciones y revistas especializadas de neurociencias.

\* Las sugerencias terapéuticas tienen también el mismo matiz y por eso, a modo de síntesis, se intercala la utilidad de algunas propiedades neuronales.

\* Los recursos descritos han sido trabajados valorados y discernidos por los profesionales terapeutas ocupacionales de los TTMO/CD en sesiones formativas, y de alguna manera se ha intentado informar y desarrollar en los usuarios de los talleres.

\* La formación/ información se ha realizado en el marco de su práctica diaria en la que podían directamente aplicar las verdades neurocientíficas de manera directa y con indicaciones selectivas contemplando las realidades de cada persona. La praxis enriquecida con la teoría.

### **Referencias bibliográficas.**

- Changeux, J.P. (1985). *El hombre neural*. España: Espasa Calpe.
- Guyonnaud, J.P. (1994). *Hipnosis curativa*. Madrid: Tikal.
- Hawking, J. (1998). *Introducción a la hipnosis clínica*. España: Promolibro
- Penfiel, W. (1977). *El misterio de la mente*. España: Pirámide.
- Portollano, J.A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. España: McGraw-Hill
- Rubia, F.J. (2007). *El cerebro nos engaña*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy
- Tirapu, J. (). *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones cognitivas*.
- Ursua, N. (1993). *Cerebro y conocimiento: un enfoque evolucionista*. España: Anthopos
- Wilber, K. (1990). *El espectro de la conciencia*. España: Kairos
- Revistas: Lancet y Scienca



## LA ACTIVIDAD MOTIVADA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN EMOCIONAL

Concha García Benítez

Antes de fundamentar la importancia de las actividades planificadas y orientadas hacia la mejora y recuperación emocional de las personas con trastornos duales, se quiere a título de introducción hacer una reflexión centrada en la importancia de la mirada de conjunto en las actuaciones, de las coordinaciones necesarias para obtener un adecuado plan de actuación, y poder y saber asumir roles complementarios que desde la aportación específica de cada profesión contribuyan a estabilizar y mejorar. Ninguna profesión por si sola puede alcanzar tantos logros como se pueden alcanzar coordinando entre diferentes profesionales que participan en el proceso rehabilitador de las personas con patologías asociadas. Lograr objetivos que potencien la estabilización y la correcta adherencia al tratamiento, que se pueda observar cooperativamente la mejoría adaptativa, el cumplimiento de pautas de autocuidados, y una mejor y positiva regulación emocional que les permita expresar y comunicar de forma más adecuada, siempre ha de ser el horizonte que marque la correcta actuación con las personas atendidas.

A veces las profesionales y los profesionales de los diferentes campos cometemos el error de hacer la lectura de los casos de una forma autosuficiente y descoordinada, cometemos el error de sentirnos un todo en la actuación y no aceptar que solo somos una parte que aportamos una dimensión profesional que complementa y suma. Por eso se sugiere que a veces el primer escalón de transformación debe estar en el cambio de la actitud de las profesionales y los profesionales, en el talante de admitir la importancia del verdadero trabajo en equipo, ese que se da en la comunicación permanente, donde en ningún momento se pierde de vista que nos une horizontalmente un proyecto delicado, el de incidir sobre el mundo interior y exterior de personas que necesitan de nuestras intervenciones para poder seguir normalizándose en un mundo, que por diferentes circunstancias se le ha hecho hostil al sentir emociones disruptivas y autodestructivas, al no poseer herramientas para manejar con habilidades y estrategias en ese mundo que desconcierta y provoca extrañeza. Personas a las que les debemos lo mejor de nuestros conocimientos y técnicas pero también nuestra dimensión humana y ética. Si al trabajar con estas personas no lo tenemos presente, podemos no hacer todo lo que habría estado en nuestras manos y posibilidades, podemos incluso dañar y ya sabemos que en la relación terapéutica el “*primum non nocere*” ha de ser siempre el faro de respeto y cuidado a personas que en alguna medida van a depender de nuestras intervenciones y de nuestras correctas actuaciones.

En definitiva lo que se quiere resaltar es que las personas con patología dual no están a nuestro servicio como objeto de trabajo sino que quienes ejercemos como terapeutas hemos de estar al servicio de ellas, desde una actitud motivada y sensible, desde una actitud humilde donde es necesario desterrar individualismos sesgados para interconectar con la creencia de que el trabajo en equipo multiplica los logros, suma las posibilidades de optimización y beneficia siempre los resultados, que se traducen en cambios para el bienestar y el equilibrio.

Ante la presencia de una persona con patología dual iniciar la relación terapéutica teniendo en cuenta al resto de profesionales que también intervendrán y las características de los diferentes dispositivos sean talleres, centros de días, etc. donde se van a desarrollar programas rehabilitadores, será la forma de ubicar con unas buenas coordenadas el plan y los tiempos a seguir, pero sobre todo hará que la persona se sienta bien acogida y atendida. Es sabido que tener la sensación de ser personas únicas, atendidas desde el respeto a la dignidad y protegidas en los techos terapéuticos, da la confianza necesaria para activar creencias en la propia recuperación. Todo esto en

su conjunto, determina resultados muy favorables para el cambio en una dirección positiva de avances y estabilización.

### **Evolución histórica de la Actividad motivada**

El uso de la actividad como terapia se ha valorado a la largo de la historia, en su utilidad y beneficio, tanto en sus efectos preventivos como rehabilitadores. Coincidiendo con lo publicado en diferentes fuentes se confirma que a lo largo de la historia y en distintas culturas se ha utilizado el ejercicio físico, el juego, actividades creativas y recreativas, canciones, música, literatura, la lectura y diferentes aprendizajes.

Ya en el 2600 a.c., en China pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico, mediante ejercicios gimnásticos, para promover la salud e incluso, según sus creencias, para asegurar la inmortalidad. Alrededor del 2000 a.c., en Egipto alzaron templos donde las personas con melancolía acudían en gran número para aliviar su enfermedad y en los cuales, el uso del juego y actividades recreativas era la nota característica. En la Grecia clásica, allá por el 600 a.c., Esculapio, funda el hospital de la ciudad de Pérgamo, donde aliviaba el delirium con el empleo de canciones, música, literatura, y farsas.

Entre el 600 a.c. y el 200 d.c., Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo, utilizaron la música, como remedio para distintos males. Hipócrates recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener el estado de salud. Cornelio Celso, (14–37 d.c.), recomendaba la música, la conversación, la lectura, y ejercicios hasta el punto de llegar a la fatiga, para mejorar las mentes trastornadas. Para problemas de estómago, recomendó las lecturas en voz alta. Es curioso que recomendara las ocupaciones que estuvieran ajustadas al temperamento de cada persona. Séneca (55 a.c.–39 d.c.), recomendaba el trabajo para cualquier tipo de agitación mental. Galeno (129–199) defendía el tratamiento mediante la ocupación, señalando que el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad humana.

Entre 1250 y el 1700, el interés científico, se dirigió al análisis del movimiento y autores como Leonardo, Descartes, y Bacon, prestaban atención al ritmo, la postura, y el gasto de energía. Ramazzini resalta la importancia de la prevención, frente al tratamiento, y la importancia de observar al paciente en su lugar de trabajo. Durante los siglos XVIII y XIX tuvo lugar, un rápido desarrollo de la psicología, la anatomía, y la fisiología, lo que contribuyó a que fueran apareciendo los patrones de la fisioterapia y de la terapia ocupacional. En 1780, Tissot clasificó el ejercicio ocupacional en activo, pasivo y



mixto, recomendó tocar el violín, coser, martillear, tocar la campana. En 1789, Pinel introdujo el tratamiento por el trabajo en el Hospital Asilo de Bicetre, para personas con enfermedades mentales prescribiendo ejercicios físicos y ocupaciones manuales en la creencia de que la labor humana ejecutada rigurosamente, era el mejor método de asegurar una buena moral y disciplina. En el siglo XIX en EEUU Benjamín Rush defiende que “el hombre está hecho para ser activo” y recomienda el ejercicio, el trabajo y la música como parte del tratamiento de la enfermedad mental.

Con el desarrollo de la psicología y la aparición de la terapia ocupacional en la II Guerra Mundial, se profesionaliza la intervención creándose la combinación de patrones, de intervención terapéutica y modificaciones de conducta, fisioterapia y terapia ocupacional.

Se resalta este recorrido histórico para destacar a lo largo de la historia, la importancia de la actividad motivada como acción para la prevención y el tratamiento de enfermedades y que en el campo específico de la patología dual alcanza un relieve esencial para materializar y posibilitar los cambios en personas con problemática mental.

Desde las diferentes áreas profesionales con competencia en la materia nos tenemos que sentir parte interconectada y complementaria de un recorrido histórico evolutivo, en el manejo de la actividad para la recuperación y la mejora de las calidades emocionales.

Los conocimientos actuales son producto de un legado profundo que conlleva la acumulación de las experiencias adquiridas a lo largo de la historia. Se comparte con Pilar Durante en “Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional,” que reseña la singular herencia: “Respeto por las labores manuales y creativas como modalidad restauradora; Utilización de las necesidades, valores e intereses de los pacientes para la estimulación de la actividad constructiva.; Importancia de la relación interpersonal y las interacciones para establecer y mantener un proceso terapéutico; Desarrollo de técnicas y dispositivos para disminuir la incapacidad”.

La actividad motivada tiene gran importancia en el desarrollo positivo del proceso de recuperación emocional, esencial para la salud en general de la persona, su pertenencia normalizada, su estabilidad y conexión adecuada a las relaciones las responsabilidades y el bienestar cotidiano.

### **Importancia de la recuperación emocional a través de la actividad motivacional**

Como dice Antonio Damasio, las enfermedades del cerebro se consideran tragedias inflingidas a personas a las que no se les puede culpar por su condición, mientras que a

las enfermedades mentales, especialmente las que afectan a la conducta y a la emoción se ven como inconveniencias sociales, de las que, los que sufren, tienen que responder en gran medida, las personas tienen “la culpa” de sus fallos de carácter, su modulación emocional defectuosa, etc. Presuponiéndole que el principal problema es la falta de voluntad.

A veces las profesionales y los profesionales introducimos juicios de valor en las miradas terapéuticas que no benefician ni el buen contacto con la persona, ni a la eficacia del trabajo a realizar, ni al entendimiento para sincronizar objetivos novedosos.

En este capítulo, se proponen miradas flexibles, abiertas a lo nuevo, miradas empáticas, miradas que se ubiquen correctamente en la diferencia de roles pero por encima de todo sepan de la igualdad entre las personas y sus derechos, que el ejercicio profesional este enmarcado en sentirse parte de un proyecto de coordinación, planificación y acción compartido con otras profesiones. Profesionales que saben y son expertas y expertos en su trabajo pero que a su vez miran con empatía, miran con el corazón, en la dirección del beneficio de aquellas personas que nos necesitan profesionalmente.

La recuperación emocional necesita un acompañamiento que ayude a conciliar el interior con el exterior. La recuperación emocional significa sobre todo ser consciente de nuestras emociones, qué es lo que nos está pasando, e ir recuperando poco a poco el lazo de unión entre nuestro cerebro cognitivo y nuestras emociones, las dificultades y problemáticas vividas, sumergen en un proceso en el que las emociones suelen estar secuestradas y/o descontroladas. Las personas que ejercen de terapeutas tendrán presente que la conducta humana no es consecuencia de los acontecimientos que vivimos, si no de las interpretaciones que se hacen y de los sentimientos que se producen. El sistema de creencias, es un conjunto de pensamientos acerca de si mismo, de las demás personas y del mundo que lo rodea. Los sentimientos son consecuencia de la interpretación que realizamos que produce un conjunto de respuestas neuronales y químicas ante la presencia real o no de un estímulo emocional.

La actividad motivada siempre será positiva para la mejora de los síntomas de ansiedad, depresivos, y otros, en aquellas personas con trastornos duales bien producidos por efecto de sustancias o por una patología previa.

Los ambientes favorables, los diseños para la realización de actividades, la profesionalización y el conocimiento de esta interrelación, favorecen las estructuras emocionales.

## **Emoción y actividad motivacional**

Se entiende por emoción aquella experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo- subjetivo; conductual- expresivo y fisiológico- adaptativo. La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo ya fue puesta de manifiesto por Darwin (1872/1984), quien argumentó que la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada.

La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. Como hemos comentado, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc.

La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que hemos comentado anteriormente de la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: dimensión de agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva. La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia un determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

Desde el punto de vista evolutivo, las emociones tienen una función adaptativa, las emociones cumplen un papel fundamental en la evolución, facilitando las respuestas adaptativas que exigen las condiciones ambientales, existen una serie de emociones fundamentales de las cuales derivan el resto de las emociones secundarias y dichas emociones aparecen en todos los seres humanos y tanto la expresión como el reconocimiento de las mismas es innato y universal.

Existen unos patrones de respuesta diferenciados para cada reacción afectiva unas emociones generan reacciones de activación del sistema nervioso, simpático, mientras que otras lo hacen del sistema nervioso parasimpático.

Actualmente existe evidencia de que las estructuras subcorticales son de especial relevancia en los sistemas emocionales básicos y la corteza cerebral actúa inhibiendo esas reacciones afectivas y sustenta los procesos cognitivos característicos de la emoción, se conocen con precisión la relación entre los parámetros de condicionamiento de reacciones emocionales tales como el miedo y los procesos neuronales implicados muy útiles para establecer modelos neurológicos mucho más completos de la experiencia emocional.

Desde la psicología experimental la evolución del conocimiento ha pasado del condicionamiento de los estímulos neutros que adquieren la capacidad de provocar la emoción, a que sean las consecuencias de las respuestas las que adquieran esa propiedad en el condicionamiento operante, a la predicción de la respuesta emocional en función de la asociación de estímulos y de las consecuencias de las respuestas que están en la base de los estudios de la Respuesta Emocional Condicionada y el Automoldeamiento. Este paso es de una gran importancia para la psicología experimental porque la emoción deja de ser una causa ficticia e inexplorable que explique el comportamiento a convertirse en objeto de estudio y se pone de manifiesto que la Respuesta Emocional Condicionada se puede adquirir mediante aprendizaje vicario y se mantiene incluso en condiciones que debiera producirse la extinción de la respuesta condicionada como en los modelos de incubación de ansiedad o la indefensión aprendida. Las reacciones fisiológicas del sistema nervioso autónomo pueden condicionarse de modo operante mediante técnicas de biofeedback y se demuestran eficaces para la modificación de los patrones fisiológicos de las reacciones emocionales.

Desde la psicología cognitiva las aportaciones sobre la emoción empiezan con la existencia de una relación bidireccional entre la emoción y la cognición, la cognición es una parte fundamental de la emoción, es la que proporciona la evaluación del significado. Más tarde se aporta el modelo secuencial atribución-emoción-acción en el que tras la evaluación y análisis de las consecuencias de la acción se produce una atribución de las causas que sustentan la emoción que estará en el origen de las acciones futuras, explicando las emociones que se sienten ante el logro o el fracaso. Otras aportaciones proponen que tanto los estímulos internos como los externos se evalúan jerárquica y organizadamente en una serie de pasos, o fases, es la evaluación la que hace que surjan las emociones correspondientes y el valor adaptativo de las emociones y su papel en la supervivencia las coloca de forma jerárquica y ordenada según un orden. Otros postulados afirman que las imágenes mentales son la estructura proposicional que incluye componentes perceptivos y semánticos que inducen las reacciones fisiológicas

que acompañan a las emociones, así el entrenamiento en imaginación para el control de diferentes procesos o alteraciones emocionales suscita las respuestas fisiológicas de la imagen entrenada. Otra propuesta es que los estados emocionales tienen una estrecha relación con unos modos de procesar la información que es emocionalmente relevante, tanto en estados emocionales normales o patológicos, la vulnerabilidad diferencial a trastornos emocionales, se debe a las diferencias individuales en el procesamiento de la información que es relevante emocionalmente y las alteraciones afectivas se deben al fracaso de las estrategias que intentan eliminar la información amenazante bajo condiciones de estrés.

Definir las emociones y sus repercusiones en las personas ha sido prioritario en la investigación y en las diversas ideas y tendencias psicológicas. Conocer las diferentes aportaciones con mirada ecléctica y a la vez con la prudencia y adecuación de saber que “todo no vale”, hace ver con amplitud de miras y con respeto la utilidad de las diferentes herramientas cedidas por dichas corrientes para intervenir en los desajustes emocionales. Para Perls y la Gestalt el aquí y el ahora, el cómo sobre el por qué, para C. Rogers y la corriente humanista la escucha empática, la autenticidad y la congruencia, para Ellis la Terapia Racional emotiva, la reconversión de las ideas irracionales, para Goleman la Inteligencia emocional como conocimiento y manejo de las propias emociones, así como el reconocimiento de las emociones ajenas, Para Bateson, Minuchin, Cancrini... todas las corrientes sistémicas de abordaje familiar, donde la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con la conducta de los demás miembros, analiza los sistemas que interactúan en la persona con patología dual inclusive el de quienes ejercen como terapeutas.

Todas estas corrientes tienen valiosas herramientas terapéuticas a tener en cuenta, según la persona y el contexto de aplicación de las actuaciones a seguir.

Las personas con Patología Dual, tienen grandes dificultades para integrarse a sí mismas, para reconocer sus posibilidades reales y aprender los caminos para lograrlas. Están confrontadas con “el mundo”, sufren la pérdida de referentes propios de integración e independencia y todas estas emociones, percepciones y pensamientos, a su vez, las enajena y enferma aún más cuando se sienten aisladas y no atendidas en sus dificultades que provocan dolor y extrañeza, soledad y aislamiento.

Diseñar correctos puentes bien ensamblados y adecuados, tender manos terapéuticas y humanas es y será nuestro constante reto.

Por tanto, el diseño de la actividad motivada con objeto de conseguir la recuperación emocional de la persona con patología dual, requiere de un minucioso análisis personal de los patrones característicos de procesamiento de información emocional relevante, definiendo su vulnerabilidad diferencial a los trastornos emocionales específicos. Las emociones generan reacciones que impiden la adaptación personal y social al medio en el que se desenvuelve, ya que las respuestas son reacciones extremas a las emociones que las provocan, por lo que la ejecución de comportamientos se convierte en ineficaz y generadora de problemas. Así la recuperación emocional mediante la actividad motivada dirigida a éstas personas, requiere además que tenga en cuenta los componentes fisiológicos, las estructuras neurológicas centrales, los aspectos conductuales, qué procesos de valoración cognitiva actúan, cómo se atribuyen las causas, qué tipo de evaluación de estímulos, qué aprendizajes vicarios estarán presentes, qué imágenes mentales, qué modificaciones de procesamiento de información se quieren lograr y a su vez es indispensable tener en cuenta, la información sobre la dinámica familiar a la que pertenecen las personas objeto de nuestra atención, ya que en estas se sustentan y determinan la mayoría de las estructuras emocionales y sus diferentes proyecciones. Y aunque el papel de la familia en el proceso de recuperación sería tema para otro capítulo, sí que queremos incidir en que la expresión de síntomas patológicos es en muchos casos la expresión de una disfunción previa familiar y que en otras, dichos síntomas, son la inadecuada solución del sujeto para mantener la homeostasis familiar.

Definir las variables a modificar mediante el diseño de los talleres y actividades que sustenten la actividad motivada con objeto de lograr normalizar y los cambios para aumentar la capacidad de disfrutar de diferentes aspectos de la vida, generar actitudes positivas hacia uno mismo o una misma y los demás, favorecer el altruismo y la empatía, establecer nexos y promover las relaciones interpersonales, proporcionar sensaciones de energía, competencia, trascendencia y libertad, favorecer los procesos cognitivos y de aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental, teniendo como experiencia subjetiva sensaciones placenteras, deseables, sensaciones de bienestar, mejorando la autoestima y la autoconfianza.

Estas actuaciones no son posibles sin la comunicación y colaboración de profesionales competentes para el diseño de la intervención, manteniendo un sistema de seguimiento de la evolución del proceso, con la flexibilidad indispensable que permita la introducción de los cambios adecuados desde cada ámbito de conocimiento para conseguir la recuperación emocional de la persona para la que se trabaja.

La colaboración profesional en el diseño, ejecución y seguimiento de las intervenciones individualizadas para la recuperación emocional, ha de prestar especial atención a que la intervención se lleve a cabo con la sutileza suficiente de descontextualización de la intervención en salud mental, proporcionando elementos en contacto con la vida cotidiana en la ejecución de tareas, dirigiendo la adquisición de habilidades de integración, a que la persona con patología dual dañada en sus emociones perciba gradualmente una restauración de percepción normalizada en su integración social, la recuperación de sus emociones, así como el fortalecimiento en autoestima y seguridad para realizar sus propios autocuidados.

### **Conclusiones**

Queremos concluir resaltando las siguientes reflexiones:

La mirada de las profesionales y los profesionales que trabajamos en los campos de la salud y la salud mental, deben ser abiertas y flexibles para intercambiar los conocimientos, y coordinar las diferentes intervenciones personalizadas para la recuperación emocional y cognitiva de las personas que son objeto de nuestra acción profesional. Mirar la pertenencia en una determinada estructura familiar, el rol que cumple dentro de su familia, la función del síntoma y contar con los miembros de la familia de origen y/o propia, para afianzar el proceso de cambio y mejora, es determinante a la hora de diseñar un plan de tratamiento.

Actuaciones integradoras para la persona, y no una persona disgregada pasando por diferentes y dispares actuaciones. Las coordinaciones de planificación se mantendrán con la frecuencia necesaria en el ritmo que marque la evolución del proceso terapéutico.

La actividad motivada grupal ejecuta y completa las terapias individuales y determina procesos de recuperación y rehabilitación más eficaces. La actividad motivada tanto en centros de día, en talleres especializados y otros dispositivos rehabilitadores, son instrumentos esenciales para la recuperación de emociones alteradas y/o dañadas en los deterioros provocados por la patología dual.

Disminuir la ansiedad, aumentar la autoestima, canalizar adecuadamente las emociones, entender y confrontar el sistema de creencias, ayudar a encontrar el equilibrio personal, gestionar los impulsos, asumir las responsabilidades personales y sociales, es un reto permanente en la actividad motivada a desarrollar en coordinación con otras áreas y estamentos relacionados con los cambios.

## Referencias bibliográficas.

- Damasio, A. (2007). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.
- Polonio, B., Durante, P. y Noya, B. (2003). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sanz, M.T. (2009). *Psicología de la Motivación*. España: Editorial Sanz y Torres
- Alonso, J.I. (2008). *Psicología*. España: Editorial Mc Graw Hill.
- Barberá, E. y Mateos, P.M. Investigación sobre psicología de la motivación en las universidades españolas. Revista electrónica de motivación y emoción (REME). Volumen 3, nº 5-6  
<http://reme.uji.es/articulos/abarbe9141912100/texto.html>





## LA ACTIVIDAD MOTIVADA EN EL PROCESO DE INCLUSIÓN SOCIAL

Rosa Reinoso Bellido

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1978 describió la salud como algo más amplio que la ausencia de enfermedad teniendo en cuenta la dimensión biopsicosocial del ser humano. No cabe duda que el entorno social ejerce un gran impacto sobre la salud y que la responsabilidad recae sobre la sociedad en general. En palabras de Wilkinson y Marmot (2006), “el entorno da forma al comportamiento” por lo que ciertos cambios del entorno “podrían provocar comportamientos más saludables” (p.9).

Las desventajas sociales entre las que nos podemos encontrar la incompetencia parental, escasez de recursos económicos, falta de oportunidades laborales y formativas, etc., pueden producir efectos acumulativos sobre la salud física y mental. Lo que algunos autores denominan la “lotería” del nacimiento, la herencia social y genética, condiciona, frecuentemente, las oportunidades vitales, que atrapan al ser humano. Así, tras la experiencia profesional del trabajo directo con personas vulnerables, hemos podido

observar como un entorno hostil puede precipitar una enfermedad mental o un problema de adicción y en muchos casos uno de estos problemas puede desencadenar el otro.

Las desventajas o desigualdades dificultan la cohesión social ya que obstaculiza las buenas relaciones entre las personas, genera aislamiento o vínculos exclusivos con grupos de iguales que distancia a unos y a otros provocando una barrera y malestar que, difícilmente podrá solucionarse sin intervenciones encaminadas a generar acciones de justicia social. Estas intervenciones, necesariamente, incluyen acciones de sensibilización de la población en general.

Como dice Ramírez (2012) la patología dual (PD) “añade factores de riesgo al resto de los llamados colectivos vulnerables” (lo que supone mayor dificultad para una integración social plena)”. p.86

La mayoría de las veces, nos encontramos con la necesidad de realizar un trabajo previo de incorporación o inserción social para poder, posteriormente, incluir a la persona en un Itinerario personalizado de inserción (IPI). En éste etapa previa es en la que queremos centrar éste artículo, basado en la experiencia de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan con personas con PD.

Entendiendo la integración social como un proceso de armonización entre el sujeto y el entorno de pertenencia lo primero es identificar los perfiles más comunes de personas que sufren PD y, que solemos encontrarnos en los Centros de tratamiento Ambulatorios (CTAs):

### **Perfiles de pacientes con patología dual**

Microsistema: contexto inmediato del paciente

- Escasa competencia parental: sobreprotección, rechazo, falta de habilidades etc.
- Disfunción familiar.
- Familia desestructurada: pérdida / abandono de progenitores, pareja, etc.
- Avanzada edad de progenitores.
- Progenitores normalizados, colaboradores y con habilidades pero agotados.
- Ausencia o actitud periférica de alguno de los miembros de la familia: hermanos, progenitores (especialmente el padre), etc
- Dificultad de asunción rol de padre/madre del propio paciente: pérdida/ retirada temporal de hijos.
- Vive sólo.

Exosistema: estructuras sociales tanto formales como informales (trabajo, vecindario, redes de relaciones sociales, distribución de bienes y servicios) que influye en el contexto inmediato en el que se encuentra la persona.

- Área laboral: no ha trabajado nunca, dificultad de acceso a un empleo, dificultad de mantener un empleo (bajas reiteradas por descompensación o abandono tratamiento psiquiátrico, recaída en drogodependencia, etc.), sin cualificación profesional, actividades ilícitas o empleo sumergido.
- Área económica: pensionistas de invalidez total o absoluta. Pensionistas de invalidez no contributivas, no dispone de ingresos económicos mínimos, depende de familia de origen, perceptor/a salario social, mendicidad (especialmente los no diagnosticados que no disponen de calificación de minusvalía o, aquellos que aún disponiendo de ella no alcanzan el grado de 65 % necesario para percibir una pensión de subsistencia).
- Área medioambiental: Algunas personas viven en las diferentes alternativas residenciales de La Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental (FAISEM) con apoyo y supervisión permanente, otras en pisos o casas (de propiedad familiar o de alquiler renta baja) dignas pero, en algunos casos, especialmente los que viven solos, tienen dificultad para mantener condiciones de habitabilidad adecuadas. Hay casos que viven en barrio marginal, zona de venta y/o consumo de drogas ilegales, dificultad para acceder a alternativas habitacionales estables, viven en la calle por decisión propia, viven en Centros de Acogida temporales y, por último es frecuente que se encuentren con escasez de ofertas de bienes y servicios donde ellos sientan que “encajen” y que cubran sus necesidades de protección social.
- Área relacional y de competencia social: persona que vive sola, y no se relaciona con vecinos, resistencia a participar en otras actividades que no sean las organizadas por los Talleres Terapéuticos Ocupacionales de CTAs, Talleres de FAISEM, Salud Mental, u Asociaciones especializadas en personas con enfermedad mental; patrones desadaptativos de relación, poca capacidad de relacionarse en grupo, escasas competencias en el desarrollo de organización de tareas domésticas y personales (limpieza del hogar y personal, alimentación etc.), falta de hábitos en general, escasas habilidades sociales, no asunción de

responsabilidades, elevado nivel de ansiedad, baja autoestima, baja resistencia a las dificultades.

- Área educativa/formativa: dificultad en lectoescritura, falta de destreza psicomotriz que dificulta el aprendizaje. Escaso número de personas con formación superior y los que la tienen se caracterizan por sufrir dificultad de aportar sus conocimientos a la sociedad en la que se desenvuelven, escasa formación a lo que hay que añadir no solo la formación académica sino también la digital que provoca riesgo de exclusión social ya que dificulta tareas básicas, en nuestra sociedad actual, como pueden ser solicitar una cita en la oficina de empleo, introducir un C.V en un portal de búsqueda de trabajo, etc.
- Área Judicial: En algunos casos, nos encontramos que debido a sus dificultades biopsicosociales pueden carecer de autocontrol ante situaciones estresantes y se ven envueltos en, agresión, resistencia a la autoridad, llevar arma blanca, violencia de género. También existen casos por delitos contra salud pública, personas excarceladas, libertad condicional/provisional, con dificultades de adaptación a su entorno, etc.

Macrosistema: Valores culturales y sistema de creencias.

- El sistema de valores del contexto cultural de nuestra sociedad tiende a rechazar, marginar, infravalorar al paciente con PD identificándolo con persona problemática, inútil y por tanto prescindible. El usuario percibe y sufre ésta valoración.
- Usuarios con un sistema de valores mayoritariamente aceptado y compartido con la población en general en nuestra cultura de referencia.
- Dificultad, solo en algunos casos, de construcciones de pensamiento positivas debido a que han estado expuestos a modelos de comportamiento impredecibles y no guiado por valores (no exclusivo de personas con PD).
- Construcciones de pensamiento distorsionadas en momentos de descompensación por consumo de sustancias tóxicas o por su propia enfermedad mental.

Wilkinson y Marmot (2006) señalan que:

“Una buena salud implica reducir los niveles de fracaso en la educación, reducir la inseguridad y el desempleo y mejorar el nivel de calidad de la vivienda. Las sociedades que permitan a todos sus ciudadanos desempeñar un papel útil y pleno

en la vida social, económica y cultural, serán más saludables que aquellas donde las personas tengan que hacer frente a la inseguridad, la marginación y la privación” (p.11).

Además, está demostrado que el apego y competencia parental ayuda a prevenir, entre otros problemas, algunas enfermedades psíquicas y consumos abusivos de sustancias tóxicas (legales e ilegales). Arango (2015), Danielsson (2011), Escudero et al. (2011), Graña (2010), etc.

Por ello, desde el área de Trabajo Social, y teniendo muy en cuenta la valoración profesional de todas las disciplinas implicadas en el proceso terapéutico de las personas que padecen una PD, priorizamos la actividad motivada como vía de recuperación previa, a la inclusión de programas específicos de inserción social. Todo ello, teniendo en cuenta, tras un estudio pormenorizado de la persona, el nivel o grado de afectación y sus necesidades y motivaciones.

### **Trabajo Social y Unidades de Día, La Actividad Motivada como vía de incorporación social**

En palabras de Saldmann (2015), “la inmovilidad lo destruye todo, las funciones intelectuales, el potencial muscular, pero también la aptitud para ser feliz” p. 190.

La intervención social en el trabajo terapéutico ocupacional son tareas intencionadas y planificadas que requieren conocer tanto los problemas y déficit de incorporación social (familiares, económicos, formativos, etc.) como las competencias y habilidades personales. El objetivo es mejorar las habilidades de la persona y su funcionalidad.

Para ello, se elabora un diagnóstico entendiendo que la persona con PD es protagonista del mismo. Ha de servir para descubrir los déficit que sufre la persona y el posible desarrollo de factores de protección internos y externos; los primeros puntos de apoyo que hagan posible cambios y tener pistas sobre los primeros objetivos realistas que son plasmados en un Plan de trabajo diseñado y compartido con el Equipo interdisciplinar. El abordaje se realiza tanto a nivel individual como grupal teniendo en cuenta las características y preferencias de la persona.

Es importante destacar que no basta con mejorar las intervenciones terapéuticas o rehabilitadoras para asegurar la incorporación social. En muchos casos se trabajará más contra la exclusión que a favor de la incorporación. Esto supone incidir más en las

actitudes sociales respecto a las adicciones. En ocasiones será más efectivo cambiar la idea de incorporación social a partir de la abstinencia, por la de incorporación social desde el consumo, facilitando usos menos problemáticos (reducción de daños). Prestando atención sobre la base de reducir problemas, quizás logremos avanzar en la eliminación de la dependencia y consecución de la abstinencia que, en muchos casos, de otra manera, jamás se hubiesen planteado hacer la persona. Calleja et al, (2007).

Pero no solo nos referimos a la dependencia de una sustancia, comportamiento o actividad, sino también como señala Ramírez (2012). “la dependencia como rasgo de personalidad, como estilo de vinculación con los otros, como elemento clave de la relación entre la persona y su cuidador habitual”.<sup>87</sup>. Entendiendo no solo la dependencia a la familia y/o cuidadores sino también la dependencia a los terapeutas. El objetivo principal es trabajar en pro de la máxima autonomía posible y, evitar la institucionalización es una tarea siempre presente.

La persona con PD debe encontrar un entorno atractivo y flexible que le invite al cambio, lo que supone plantear distintos grados, tipos o niveles de inserción. La recuperación de la autonomía personal y social supone una serie de pasos consolidados para evitar que se dé marcha atrás en los avances realizados. Se trata de ir modificando las condiciones personales y familiares de la persona así como el entorno social en que desarrolla su existencia. Por todo ello el itinerario será el efecto que resulte de las diferentes intersecciones de los siguientes elementos:

1. Las aptitudes, actitudes y estrategias que el sujeto es capaz de articular y mantener a lo largo del itinerario.

La realización o participación en distintas ocupaciones a lo largo del ciclo vital de un individuo coadyuva a la maduración sensorial, física y psicológica, al desarrollo social y emocional del sujeto y al aprendizaje de habilidades y destrezas para su adaptación al entorno. (Reed y Sanderson, 1999).

“La ocupación y actividad hacen referencia a dos conceptos muy similares: aquella faceta del desempeño humano, que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permite cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, y que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social” (Moruno, 2003).

La ocupación, en palabras de Moruno (2003) puede ser utilizada como método terapéutico en la medida en que:

“Promueve el aprendizaje y adquisición de habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades de automantenimiento y autocuidado, educativas, productivas, de ocio y lúdicas.

Favorece la participación e integración social, a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de las actividades descritas anteriormente.

Favorece la participación social, a través de la modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que tiene lugar ese desempeño.”

El trabajo del área social con los Técnicos de una Unidad de Día, nos permite identificar en qué fase se encuentra la persona con PD para su recuperación, tras trabajar aspectos de habilidades y competencia social que van desde las más elementales o básicas, referidas a la autonomía del sujeto, a las más instrumentales, necesarias para que una persona se desenvuelva en la comunidad de pertenencia. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden diferenciar según el grado de complejidad cognitiva en:

- básicas: cuidado personal de uno mismo, se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo automatizándose su ejecución tempranamente. Ej. Aseo, comida, descanso, vestido, organización de la casa entre otras, estas conductas se consideran claves para el comportamiento independiente y están en la base para el reconocimiento de la situación de dependencia de las normativas nacionales y autonómicas de la Ley de Dependencia (LEY 39/2006).
- Instrumentales: implican una mayor interacción con el entorno y suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz. Ej. Adquirir habilidades para utilizar recursos comunitarios, para realizar sus propios trámites y compras con autonomía, en la administración del dinero, medios de transporte y comunicación, y uso de servicios sanitarios y sociales.

Otros aspectos relacionados con las AVD son los hábitos y roles. Los hábitos son comportamientos compuestos por secuencias complejas de conductas e integrados en actividades diarias rutinarias (Ej. Gestión del tiempo). Los roles implican secuencias de

comportamientos aceptados por la mayoría de la gente como normas sociales. Unas AVD mejores o peores incidirán directamente en los hábitos y los roles. (Rodríguez, 2010).

Paralelamente para dotarlos de competencia social se impulsa el desarrollo en habilidades cognitivas, fomentando el pensamiento causal, el alternativo, el consecuencial, el medios-fin y el de perspectiva lo cual favorece el ajuste social y el mantenimiento de relaciones interpersonales que los protegen frente a situaciones de alto riesgo relacionados con el consumo (Platt y Hermalin, 1989).

La colaboración familiar es imprescindible para una buena adherencia al programa terapéutico y para la consecución de los objetivos de recuperación y mantenimiento que le permitan al usuario llevar una vida lo más “normalizada” posible. Tanto en los casos en los que la familia colabora como en los casos en que la persona es beneficiario de un piso tutelado o casa hogar, hemos detectado la buena evolución en la consecución de AVD básicas e instrumentales.

En cuanto a los valores, Luciano y Wilson (2011) señalan que:

“Los Terapeutas debemos tratar de generar las condiciones para que el cliente pueda clarificar sus fines o direcciones en la vida en términos de sus acciones, así como las condiciones necesarias para alterar las relaciones entre sentir-pensar-actuar que alejan al cliente de lo que quiere en su vida (...).Se debe intentar ayudar para establecer relaciones entre los valores que el cliente indique y los recorridos que elija para caminar en dirección a ellos”. (p.139)

Ésta es una tarea transdisciplinar, no solo orientada a Patología dual, en la que los Terapeutas estamos obligados a no emitir juicios sobre los valores del usuario.

Luciano y Wilson añaden que los objetivos que se intentan conseguir son:

“Facilitar el contacto del cliente con la percepción de sus valores personales.”

“Facilitar el contacto del cliente con las vías en las que sus valores se han visto comprometidos”

“Identificar aquellas áreas particulares de la vida que al cliente le gustaría llegar a fomentar”.p137

Además, Luciano y Wilson (2011) opinan que el trabajo con valores puede motivar a las personas a producir resultados y a poner en práctica habilidades en el logro de dichos resultados. Así mismo, los valores podrían ayudar a modificar las motivaciones e incluso



a producir cambios de conducta favorables para enfrentarse a las barreras psicológicas. Los terapeutas debemos intentar crear una atmósfera adecuada para ayudar al paciente/usuario a superar éstas barreras. Es una tarea de desarrollo y preparación útil para ayudar a la persona con P.D a cumplir su objetivo de integración social.

2. La oferta pública y privada existente, la coordinación entre ambas y las condiciones sociales en que se da y recibe la oferta:

La oferta pública y privada es escasa en relación al aumento de casos de personas con PD, Existe una saturación de la demanda que afecta a la frecuencia de seguimiento, calidad y, por tanto, eficacia del tratamiento terapéutico.

Por otro lado, la oferta de incorporación social existente no se adecua a los perfiles más vulnerables. Son los llamados “modelos expulsivos” (Pérez, 1998, p.91) aunque no tengan ésta intención. Lo primero sería trabajar para superar el estado de vulnerabilidad (aptitudes, actitudes y estrategias del sujeto de las que hemos hablado antes) y poco a poco ir incorporándolos a éstos llamados modelos expulsivos que tienden a la armonización del sujeto con su entorno. Hay que tener en cuenta que crear recursos demasiado específicos para usuarios duales puede contribuir a su aislamiento, marginación y estigmatización. Pero qué recursos y dificultades encuentran por el camino aquellas personas que sufren PD. Entre otros nos encontramos:

- Área económico-laboral: Programas de la Red Pública Andaluza de atención a drogodependientes de entrenamiento sociolaboral como Arquímedes o Red de Artesanos si bien son muy adecuados para usuarios en proceso de normalización, el número de pacientes duales es escaso y previamente requieren de un trabajo psicosocial en el que el dispositivo de los talleres terapéuticos, ubicados en Unidades de Día, es imprescindible. Lo mismo pasa con las Empresas de Inserción que contratan personas con discapacidad. En ambos casos, no solo hay que mejorar las condiciones biopsicosociales de la persona sino también sensibilizar a la Empresa que va a acoger y formar.

La mayoría de los usuarios duales, diagnosticados, tienen una pensión. que tiende a ser tan baja que dificulta una autonomía real. Es importante destacar que en aquellos casos en que el nivel de deterioro hace inviable la incorporación laboral, la inserción social continúa siendo una prioridad. El trabajo terapéutico consistirá en mantener aquellas áreas básicas así como rehabilitar a nivel psicomotriz lo máximo de la persona. Esto implica que los talleres no son

“aparcamientos” de aquellos casos graves en los que los profesionales “no sabemos qué hacer”. Nuestra experiencia diaria, nos ha demostrado que si creemos en sus posibilidades, ellos también lo creen y que por lentos y escasos que sean sus avances, los beneficios para la persona y su familia son visibles. Paralelamente también se observa rentabilidad social y económica pues una persona activa y con un sistema de apoyo:

- Tiene mejor adherencia a su tratamiento farmacológico y psicosocial,
  - Menos descompensaciones y/o recaídas,
  - Sufre menos conflictos familiares
  - Disminuye conflictos sociales y judiciales y
  - Siente más pertenencia a su entorno
- Área formativa: A mayor nivel formativo más fácil es la incorporación de la persona con PD a las ofertas existentes. El problema lo tienen aquellos con un escaso nivel formativo que en muchos casos sólo encuentran una oferta adecuada a ellos en los Talleres de día de FAISEM, Unidades de Salud Mental, CTAs y algunas Fundaciones y Asociaciones (Ej.: AFENES,)
- Área Residencial: Los escasos medios económicos de la mayoría de usuarios duales dificulta su plena autonomía. Muchos conviven con su familia, algunos en Casas Hogar o Pisos tutelados que es un recurso muy bueno pero escaso, y aquellos que mantienen o han conseguido, tras un trabajo previo, cierta autonomía viven en pisos o habitaciones de alquiler.

Por tanto, las Unidades de Día dedicadas a dotar de competencia psicosocial a la persona con PD, para disminuir aspectos que hacen al sujeto vulnerable para el desempeño de actividades básicas de la vida cotidiana y, necesaria, para una incorporación social, son un recurso muy valioso.

El mediador que acompañe y armonice la incorporación social de la persona con PD con los llamados “modelos expulsivos” (Pérez, 1998) es un punto de partida interesante y que, en las entidades que disponen de éste recurso, se ha demostrado su funcionalidad. Ellos acompañan a la persona hasta que pueden incorporarse en un IPI y, en el que comienzan a ser atendidos por la figura del Orientador laboral. En los casos en los que no se dispone de ésta figura, hemos podido experimentar que el entrenamiento de algún

familiar, afín al paciente y comprometido en su proceso de inserción social para desempeñar esta labor, da buenos resultados.

Con respecto a la coordinación, nos encontramos que si a nivel interno en las organizaciones es necesario que se establezcan mecanismos formales de coordinación, de igual manera y con mayor motivo, debe contemplarse si son varios los organismos e instituciones implicadas en la atención a las necesidades concretas que requiere la atención a personas con PD como es el caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Tal y como se describe en el Plan Nacional sobre drogas y adicciones (2009-2016):

”Se hace necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.), que, además, tenga en cuenta los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento.” (p. 15304).

En 2012, se elaboró en Andalucía, un Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.

La existencia en Andalucía de dos redes asistenciales para el abordaje de las enfermedades mentales, por un lado, y de la atención a las drogodependencias, por otro, implica la necesidad de que, este Protocolo, sea una herramienta valiosa para trabajar conjuntamente y mejorar la atención a un colectivo especialmente frágil y en situación de riesgo grave de exclusión.

Ambos niveles son conscientes de la necesidad de desarrollar la corresponsabilidad para dar una respuesta conjunta a los pacientes duales así como asesoramiento a sus familiares. Por ello, el proceso debe ser intersectorial con un modelo integrador de actuación. La acción intersectorial se fundamenta en:

- La heterogeneidad de los factores que causan comportamientos de consumo abusivo de drogas en pacientes con problemas de salud mental.
- El mejor aprovechamiento de los recursos existentes.
- La mejor calidad de la respuesta en relación con los distintos tipos de consumo y en las distintas fases de actuación.

### **Las dificultades de la mujer con P.D. en el proceso de inserción social**

Para finalizar, hemos querido hacer una mención especial a las dificultades específicas de las mujeres en el proceso de incorporación social. Para ello, hemos recopilado algunas investigaciones y reflexiones publicadas por varios Expertos que coinciden plenamente con la realidad que nos encontramos en los CTAs

El orden de géneros construido y reproducido en nuestra sociedad determina a mujeres y hombres en espacios y actividades distintas. A la mujer se le asignó el espacio privado donde realizan las actividades relacionadas con la reproducción social y el cuidado de otros (hijos, familiares dependientes, etc.). A los hombres se les asignó el espacio público. Las actividades del espacio público gozan, desde siempre en nuestra cultura, de mayor valoración y reconocimiento social y económico (Vega, Romo, Márquez y otros, 2004).

Las mujeres, son más vulnerables a los efectos de las drogas, tal y como se describe en numerosos estudios y que viene recogido en el Informe 2013 sobre Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los estudios epidemiológicos indican que las mujeres con problemas de drogodependencia tienen mayor dificultad para iniciar tratamiento, se ponen en tratamiento en menor proporción que los hombres y, una vez incorporadas al tratamiento tienen una evolución menos favorable (Sánchez, Bermejo, Cid, Fernández, Morán y Platas, 2009). Entre los factores que pueden influir en esta situación nos encontramos:

- Sentimiento de culpabilidad y miedo a perder a sus hijos y/o pareja que precipita su salida de comunidad terapéutica o tratamiento ambulatorio.
- La presión que el propio entorno familiar ejerce para que el tratamiento termine lo antes posible y así las mujeres puedan asumir de nuevo sus responsabilidades domésticas (que con frecuencia priorizan el cuidado de los hijos y el hogar frente a su propia rehabilitación).
- Muchos de los servicios asistenciales no están adaptados a las necesidades particulares de las mujeres. A modo de ejemplo, en un estudio realizado en la Comunidad Valenciana, con mujeres dependientes de cocaína víctimas de maltrato, que se encontraban en situación de desprotección por la falta de accesibilidad a centros de ayuda a la mujer maltratada, se observó que estos

centros no admitían personas que estuvieran consumiendo sustancias tóxicas. Algunas de las razones dadas por los profesionales del área de violencia por las que estas mujeres se encontraban en situación de desamparo, eran las dificultades de convivencia que pueden provocar las mujeres dependientes en proceso de desintoxicación/deshabitación (Tortajada, 2010).

Sánchez et al. (2009) añaden que es importante destacar los elementos característicos de las mujeres con problemas de adicción basados en investigaciones, entre los que destacamos:

“Presentan en mayores porcentajes que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia a las drogas.

Señalan con más frecuencia la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas.

La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas.

Cuentan con un menor apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.” (p. 23)

La Fundación Atenea (2011) teniendo en cuenta una serie de características diferenciales producto del sistema sexo género y cruzadas con la situación de drogodependencia, señalan factores que hacen que el acceso al empleo de las mujeres drogodependientes resulte más difícil que en el caso de los varones:

1. “Porcentaje mucho mayor que los varones de cargas familiares, en muchos casos no compartidas. Es frecuente en el caso de las mujeres drogodependientes que sientan una gran culpa por el tiempo en el que desatendieron a sus hijos/as, y traten de mitigar la culpa ocupándose solas de su cuidado y renunciando a cualquier proyecto profesional y personal.
2. Las mujeres trabajan por el mantenimiento del vínculo más que por la realización del yo individual (sociocultural). Se relacionan en mayor grado que los varones drogodependientes con personas que siguen vinculadas al mundo de las drogas. Sus posibilidades de recaída son por tanto mayores.
3. Sufren procesos de deterioro físico y psíquico mayores: a) Enfrentan un mayor prejuicio social: se desprecia e impacta más una mujer dependiente que un hombre en la misma situación, b) hay un mayor abandono de los programas de tratamiento y c) interiorización del estereotipo femenino durante el proceso de aprendizaje

escolar: mayor pasividad, rechazo a las situaciones conflictivas, poco interés por el poder, miedo a la competitividad, baja autoestima, etc.

4. Han tenido experiencias laborales más discontinuas y menos consolidadas en comparación con los varones.
5. Se ven afectadas por una serie de desigualdades que rigen en el mercado de trabajo en función del género, como son una mayor tasa de paro, segmentación sexual del mercado de trabajo (horizontal y vertical), mayor grado de precarización (trabajos temporales, a tiempo parcial, discriminación salarial y mayor incidencia en el paro de larga duración)” (p.37)

Además, según señala Haroon (2015) en el Informe Europeo de investigación de Oxfam:

“La situación de las mujeres no sólo es injusta en lo laboral sino que, en el ámbito doméstico, dedican más tiempo al trabajo no remunerado, cuidando de la casa y la familia, lo cual limita su potencial de generación de ingresos. Los datos sobre el uso del tiempo en los países de la OCDE revelan que, en este grupo de países ricos, las mujeres dedican de media dos horas más al día que los hombres al trabajo no remunerado, cifra que asciende a más de tres horas adicionales en España, Italia y Portugal” (p18).

Como podemos observar, la percepción social del consumo de drogas se basa en un modelo androcentrista y todavía se enjuicia el consumo de drogas femenino más negativamente, influenciado por el rol que la sociedad, tradicionalmente, le ha asignado a la mujer. Paralelamente, los trastornos psiquiátricos suelen aparecer frecuentemente en las mujeres asociados al impacto del consumo de sustancias tóxicas o previos a ellos, por diferentes problemáticas dentro de su entorno cultural de pertenencia y su propia condición biológica. Debido a todo lo expuesto, los programas de incorporación social deben tener en cuenta los grandes obstáculos que se les presentan a las mujeres. Si además de padecer una enfermedad mental y un problema de adicción eres mujer, la vulnerabilidad se multiplica.

La actividad motivada en el caso de las mujeres con PD, necesita de una respuesta macrosocial e intersectorial que cree unas condiciones favorables para que ellas puedan desarrollar sus motivaciones y, al mismo tiempo, puedan ilusionarse en el diseño de su proyecto de vida.

## Referencias bibliográficas.

- Arenas, F. y Moreno, S. (Coords.), Calleja, A; Clemente, J; Gil, M. A; González, V; Molina, B y Ramón, T. (2007). *La Incorporación Social en drogodependencias y adicciones en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Danielsson, A.K. (2011). *Adolescent Alcohol use implications for prevention*. Estocolmo: Thesis from Karolinska Institute. Department of Public Health Sciences.
- Escudero, V; Muñiz, C; Permuy, M; Movilla, K; Abascal, A; Antón, R; (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica*. Coruña: Universidad de la Coruña.
- Fundación Atenea (2011, abril). *El empleo de las personas con adicciones*. Trabajo presentado en el Seminario realizado en Centro Cívico Hogar San Fernando, Sevilla, España.
- Gallardo, I. (22 de junio de 2015). La prevención primaria es posible en la salud mental. *El Semanario de Diario Médico*, pp.25.
- Graña. J.L y Rodríguez, M.J (2010). *Tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Agencia de la Comunidad de Madrid para la reeducación y reinserción del menor infractor.
- Hardoon, D. (2015). Europa para la mayoría, no para las élites. Informe de investigación de Oxfam. Disponible en: <http://www.oxfamintermon.org>.
- Luciano, M.C y Wilson, N. (2011). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2009) Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>
- Moruno, P (2003). La ocupación como método de tratamiento en salud mental. *Terapia-Ocupacional.com*. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com>
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2013 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- Pérez, D. (1998). Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual. En J. Cabrera (Ed.), *Patología Dual* (pp. 83-93). Madrid, España: Ediciones Gráficas Delos S.L.
- Platt, J; y Hermalin, J. (1989). Social skill deficit interventions for substance abusers. *Psychology of addictive behaviors*, 3 (3), 114-133.
- Ramírez De Arellano, A. (2012). *Coaching para adictos. Integración y Exclusión social*. Sevilla: Fundación Atenea.
- Reed, K y Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy*, (4ª Ed.) Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rodríguez, P. (2010, noviembre). *Intervención socio sanitaria en exclusión*. Curso del Colegio de Enfermería de Alicante. Recuperado el 14 de noviembre de 2010, de <http://http://es.slideshare.net/curso-intervencion-sociosanitaria-en-exclusion>.
- Saldmann, F (2015). *El mejor medicamento eres tú*. Francia: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Sánchez, L; Bermejo, P; Cid, A; Fernández, M; Morán, Jesús; Platas, L (2009) *Guía Informativa: drogas y género*. Editorial: Xunta de Galicia.
- Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias (2012). *Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*. Sevilla, Autores.
- Tortajada Navarro, S. (2010). Cocaína y conductas violentas desde una perspectiva de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3) 309-328.
- Vega, A., Romo, N., Márquez, I., Poo, M., Meneses, C., Gil, E. (2004) Mujeres y Psicofármacos: las voces y los ecos. *Revista Liber@Adictus*, 78: 4-11.
- Wilkinson y Marmot (2006). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.



## LA ACTIVIDAD MOTIVADA ORGANIZADA COMO APOYO A LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS EN TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Francisco Luque García

### **Trastornos por uso de sustancias (TUS)**

Los trastornos por uso de sustancia constituyen un conjunto de situaciones donde la interacción de la persona, la sustancia y el medio donde se relacionan generan dificultades en uno o varios niveles de la actividad de esa persona.

En estos trastornos están implicadas sustancias psicoactivas, que independientemente de su carácter legal, son catalogadas como drogas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dice la OMS: "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas".

Aunque algunos sujetos en su relación con las sustancias psicoactivas mantienen un buen nivel de actividad y gestionan los posibles riesgos evitando la aparición de



problemas, es habitual que otros se impliquen en conductas alteradas que con frecuencia provocan, en mayor o menor grado, la aparición de complicaciones en su vida.

### **Consecuencias del uso de drogas**

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un importante problema de salud pública. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Además, en la generación del daño es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, la coexistencia con trastornos mentales u otras patologías, la forma de uso, la accesibilidad y las propiedades específicas de cada droga así como, la influencia de los elementos adulterantes que de forma habitual contaminan a la propia droga.

Las drogas, introducidas en nuestro cuerpo por diferentes vías, pasan al torrente sanguíneo y atravesando la barrera hematoencefálica llegan al cerebro. Una vez han llegado al cerebro, lugar donde reside el control de las funciones superiores del ser humano, y a través de la unión con receptores específicos o de forma más inespecífica, actúan alterando su normal funcionamiento mediante unas sustancias bioquímicas naturales llamadas "Neurotransmisores".

Las drogas producen cambios en el funcionamiento cerebral modificando la producción, la liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una alteración del proceso natural de intercomunicación neuronal.

De esta forma es como las drogas logran modificar nuestra percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, euforia o activación, cambios en los ritmos de sueño-vigilia, etc.

Con frecuencia el consumo de sustancias se asocia o ponen de relieve trastornos psicopatológicos y pueden producir además alteraciones en otras funciones corporales con consecuencias infecciosas, hepáticas, tumorales, cardiovasculares... Los problemas económicos, familiares, relacionales, legales o de marginalidad suelen completar en muchas ocasiones el espectro de los daños asociados a los trastornos por uso de sustancias.

## Patología Dual

La mayoría de estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas constatan la gran prevalencia de pacientes consumidores de drogas que presentan trastornos mentales y viceversa. Los estudios epidemiológicos internacionales revelan que la comorbilidad de abuso/dependencia a sustancias se da entre el 50-60% de los pacientes con trastornos mentales y que alrededor del 70-80% de los pacientes con trastornos adictivos padecen algún trastorno mental (Westermeyer J, 2006, Regier DA y cols, 1990); aunque hasta el momento no se ha podido establecer de forma clara las razones de esta fuerte asociación, hipotéticamente se postula la existencia de factores genéticos neurobiológicos y psicodinámicos que conectarían ambos trastornos aunque la relación no esté bien definida.

La comorbilidad de los trastornos mentales y por uso de sustancias es una situación muy frecuente en las consultas de ambas redes asistenciales, lejos de ser excepcional es la realidad que cabe esperar en los pacientes que atendemos. Se Ha llegado a afirmar que cualquier trastorno dual debe enfocarse como un trastorno mental grave. (Szerman, 2009).

La adicción a cualquier tipo de sustancia está íntimamente vinculada a los trastornos mentales. Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales además con una peor evolución y un peor pronóstico (Torrens, 2008).

Esta condición conocida como “**Patología Dual**”, configura un panorama de mayor complejidad para el tratamiento y a su vez, exige el diseño e implementación de estrategias terapéuticas que usualmente rebasan la capacidad de respuesta de los servicios tradicionales para la atención de pacientes dependientes, haciendo necesario la adecuación de dichos servicios para mejorar su capacidad de respuesta, el desarrollo de nuevas opciones y la vinculación entre servicios de diferente perfil. A nivel andaluz esta necesidad de atender estos problemas de forma integrada se plasmó en la elaboración y posterior desarrollo, de un protocolo de actuación conjunta entre las redes de atención a los trastornos por uso de sustancias y las redes de salud mental comunitaria.”Protocolo de Actuación Conjunta. Unidades de Salud Mental Comunitaria-Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones” (2012).

## Intervención en TUS

La intervención en un TUS viene marcado por el denominado proceso terapéutico. La RAE define proceso como “Acción de ir hacia delante, Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial “. El termino terapéutico deriva de la terapia “al tratamiento de un malestar físico o psicológico”.

Existen numerosos procesos terapéuticos de intervención (también llamados programas terapéuticos), que se sustentan en enfoques o modelos teóricos relacionados con las distintas escuelas psicoterapéuticas.

Años de experiencia en el desarrollo de mi actividad profesional como médico, integrado en un equipo interdisciplinar de un centro para el tratamiento de los TUS, me han llevado a optar por un proceso de intervención ecléctico integrador.

Díaz, Liébana, Luque (2001)

Desde un punto de vista ecléctico se busca mejorar la eficacia de la indicación del mejor tratamiento para cada persona y problema, en relación con los datos conocidos de lo que ha funcionado mejor en el pasado con otros sujetos de características y problemas similares. Desde un enfoque integrador se pretende integrar dos o más sistemas de psicoterapia con la esperanza de que el resultado sea mejor que los constituyentes por separado (p.11)

La intervención desde esta opción me ha llevado a utilizar el Modelo Transteórico propuesto por Prochaska y Diclemente. Este modelo global del cambio del comportamiento es considerado simplista y sencillamente ateorico por algunos (Davidson, 1992), pero otros afirman que ha producido un cambio de paradigma en el área del estudio y tratamiento de las conductas adictivas (Orfotd. 1992; Tejero y Trujols 1994).

El Modelo Transteórico nos permite explicar y entender el proceso intencionado de cambio. El análisis de sus tres dimensiones, estadios, procesos y niveles facilita las evaluaciones sobre el qué, el cómo y el cuándo cambiar y seleccionar las estrategias y herramientas más eficaces para el momento concreto en el que se encuentra la persona en relación con el cambio.

Desde el Modelo Transteórico, se asume la capacidad personal del individuo para cambiar su propio comportamiento. Nuestra intervención tiene siempre el referente

filosófico de la libertad de elección personal y el objetivo del incremento del autodomio de las personas que atendemos. Buscamos un estilo que potencie ante todo, la propia activación de los recursos y las metas personales.

El otro elemento que pretendo destacar en el abordaje de los TUS es el estilo motivacional como eje de la intervención. Tanto en las intervenciones grupales, como en las individuales y familiares, los terapeutas intentamos mantener un estilo común de intervención dirigido al incremento de la motivación para el cambio, y que ha sido denominado "estilo motivacional". (Miller y Rollnick, 1.991)

La dimensión clave de la motivación es la adherencia o el cumplimiento de un programa de cambio. Desde esta concepción pragmática, la motivación puede ser definida como "la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se adhiera a una estrategia específica de cambio". (Miller y Rollnick, 1.991)

De acuerdo con los autores citados, es responsabilidad del terapeuta no sólo aconsejar, sino también motivar, es decir, incrementar la probabilidad de que la persona vaya a seguir un recomendable curso de acción hacia el cambio.

Unos de los objetivos prioritarios de la intervención contemplados en el modelo de atención integral a los TUS descrito más arriba es conseguir que se produzcan cambios en el estilo de vida de las personas afectadas. Podemos decir que, así como se hace necesaria la abstinencia en el consumo de drogas para que puedan lograrse determinados cambios positivos en el estilo de vida, también estos cambios facilitan la propia abstinencia. De este modo, este proceso de transformación, objeto principal del tratamiento, conduce también, paralelamente, a la necesaria normalización e integración social del paciente.

La actividad motivada brinda posibilidades de actuación que pueden apoyar los diferentes tipos de intervenciones de los programas de tratamiento que se llevan a cabo con los usuarios en función de sus necesidades y características específicas y aporta técnicas de utilidad en los diferentes procesos: acogida, desintoxicación, deshabitación y la integración o normalización social.

Las necesidades y dificultades que presentan los usuarios y que deben ser abordadas en su proceso integral de cambio recorren un amplio abanico de posibilidades, que van, desde tomar conciencia de su problema y asumir la decisión de afrontarlo iniciando un

tratamiento, hasta lograr la abstinencia en el consumo de sustancias y consolidarla en el marco en un nuevo estilo de vida.

Independientemente de cuál sea la etapa en la que, según este modelo, se encuentra la persona cuando acude a tratamiento, resulta conveniente incidir sobre los aspectos ocupacionales, siendo la meta conseguir la consolidación de los cambios conductuales y la instauración de unos nuevos hábitos más adaptativos, competentes y funcionales que le ayuden a alejarse de las rutinas de búsqueda y consumo de sustancias y de las situaciones que la rodean, y generen un tipo de vida alternativa y con niveles de satisfacción y gratificación adecuados para la persona.

### **La Actividad Motivada organizada y el proceso de cambio**

Si bien la contemplación es un momento del cambio caracterizado por la presencia de la ambivalencia del individuo sobre su relación con las sustancias y la dificultad para elegir un curso de acción, las estrategias de intervención más adecuadas a este estadio permiten incorporar la utilización de la actividad motivada organizada como instrumento que ofrece un nuevo marco de referencia, en un contexto terapéutico, individual y/o grupal donde se posibilite la aceptación, el incremento de conciencia sobre la existencia y la entidad del problema, la reducción de daños y riesgos, de manera que una vez pueda tener resulta su ambivalencia se produzca el progresivo avance hacia el siguiente estadio del cambio.

Aunque la intervención ocupacional puede ser efectiva en cualquier momento del ciclo del cambio en que la persona se encuentre, considero que puede ser especialmente útil en los estadios de acción y mantenimiento dirigidos a poner en marcha estrategias y actividades para conseguir en un primer momento el cese de la conducta de búsqueda y consumo, y posteriormente prevenir la recaídas y la estabilización de los nuevos patrones de conducta alternativos.

La participación en actividades organizadas, definidas y acordadas entre el usuario y el equipo terapéutico, coordinadas con el terapeuta ocupacional e incluidas dentro de un plan individualizado más amplio, pueden ser un elemento de primer orden en la consecución del objetivo abstinencia, ayudando a mitigar, controlar y superar la sintomatología adversa del síndrome de privación, reforzando su motivación y facilitando la recuperación neuroquímica y cognitiva.

El taller ocupacional es un contexto terapéutico estructurado y organizado, con un plan de horarios y una normativa interna que se debe cumplir. El trabajo que se realiza tanto a nivel individual como grupal, permite abordar además aspectos como la asunción de responsabilidad con la propia tarea y la colectiva, el respeto a la organización y funcionamiento dentro del dispositivo o la normalización de ritmos vigilia/sueño.

En el espacio del taller posibilita que el individuo se integre en un grupo más amplio, esta integración puede adquirir una importancia fundamental en el marco del tratamiento ambulatorio que llevamos a cabo, ya que aporta una serie de ventajas que potencian su capacidad de acción y permite, además, abordar y trabajar aspectos sobre los que no sería posible actuar a nivel individual. El espacio grupal es el escenario facilitador del cambio por excelencia. La capacidad del grupo para movilizar y estimular el cambio positivo entre sus miembros viene determinada por la capacidad de influencia que tiene sobre los mismos. La estimulación de las dinámicas grupales positivas por parte del terapeuta ocupacional, en torno a una o a varias actividades resulta una herramienta que ha demostrado su gran utilidad ya que el grupo es capaz de dar apoyo y seguridad a sus miembros en momentos de gran fragilidad o vulnerabilidad, lo que cobra especial relevancia en las etapas iniciales del tratamiento o en situaciones de involución o recaídas.

La posibilidad que oferta la actividad ocupacional grupal de experimentación, de ensayo, de entrenamiento en habilidades ocupacionales y de recursos competenciales facilita, en un marco minimizado de riesgos, el posterior desarrollo de lo adquirido en los contextos de vida normalizados. La integración grupal en el taller favorece en los usuarios la percepción de sí mismos y de su situación a través de la actividad y del espejo que suponen los otros y facilita la reflexión realista acerca de su situación y posibilidades. A través de la actividad grupal se pueden generar situaciones que permiten aflorar sentimientos y expresarlos. Los vínculos que se generan entre el terapeuta ocupacional y los miembros del grupo y de éstos entre sí, generan sentimiento de pertenencia y autoconfianza a través de las actividades desarrolladas, ayudando a superar los momentos más negativos o faltos de motivación.

Si bien la simple actividad no puede considerarse terapéutica, dicha actividad adquiere ese sentido cuando se planifica e integra en un programa individualizado de intervención con unos objetivos concretos acordados con el usuario y adaptados a su situación personal. Este proceso de participación favorece la responsabilidad individual y el

empoderamiento, lo que supone un factor de protección, que resulta especialmente importante en los grupos más vulnerables y en especial en los adolescentes y jóvenes.

Se produce de ese modo un cambio significativo desde el simple “pasar el tiempo” a la calidad de función terapéutica que les facilite el tránsito por los estadios de cambio hasta su total recuperación.

Las personas con trastornos adictivos deben ser conscientes de la relevancia que la actividad tiene en su proceso de recuperación. En esta línea es importante que conozcan cuál es el objetivo de las actividades que desarrollan e, incluso, ser capaces de descubrir sus propios objetivos.

Se debe por tanto destacar la importancia de individualizar el plan de intervención ocupacional de forma coordinada con los terapeutas del centro ambulatorio para adaptarlo tanto a las necesidades especiales del usuario (trastornos mentales, déficit cognitivos, educacionales o sociales) como a la etapa de cambio en la que se encuentran. Así, es posible organizar un plan de actividades para usuarios cuyo objetivo primordial es la reducción del daño, o a la contención y estabilización de un trastorno psicopatológico, mientras que otros se orientan más a la consolidación de los hábitos ocupacionales adecuados o a la consecución de la integración social y laboral y un nivel adecuado y satisfactorio de bienestar individual y social. De este modo, la intervención ocupacional que desarrollan los terapeutas ocupacionales en los talleres, tanto en su formato individual como grupal, no constituye nunca un fin en sí mismo, sino que aporta un medio para el logro de los objetivos del proceso de cambio de la persona.

## Referencias bibliográficas.

- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO. (1999) *Documento técnico sobre Terapia Ocupacional*. Disponible en: [[http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion\\_TO.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml)]
- Díaz, J. Liebana C. y Luque F. 1996. Intervención Grupal y Adicciones. Programa I.T.T.A.C.A. En III Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, (Cádiz: Diputación de Cádiz).
- Documento técnico Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid \*\* Edición digital \*\* Madrid, mayo de 2013. Protocolo de intervención desde la terapia ocupacional en los CAD del instituto de Adicciones
- Miller, W.; Rollnick, S. (1999) *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Prochaska, J.O.; Prochaska, J.M. (1993) *Modelo Transteórico para conductas adictivas*. Casas, M.; Gossop, M. (eds.) *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, CITRAN.
- Tejero, A.; Trujols, J. (1994) *El Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. Graña, J.L. (ed.) *Conductas adictivas*. Madrid, Debate.





## LA ACTIVIDAD MOTIVADA ORGANIZADA COMO APOYO A LOS PROGRAMAS TERAPÉUTICOS EN SALUD MENTAL

Pablo Cano Domínguez

### **La enfermedad mental**

Es difícil definir las enfermedades mentales, quizá no sea posible sin olvidar por un rato el rigor científico.

Haciéndolo podría hablarse de trastornos cerebrales y del comportamiento o decir que son un grupo heterogéneo de problemas con un puñado de heterogéneas soluciones.

Y sin embargo las enfermedades mentales existen. Y no solo eso. Están muy presentes en nuestra sociedad, crean mucho sufrimiento en enfermos y familiares y suponen un gran coste en varios sentidos.

Según la Organización Mundial de la Salud una de cada cuatro personas desarrolla un trastorno mental en algún momento de su vida, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2001). Suponen un 40% de todas las enfermedades crónicas y la causa más importante de años vividos con discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2005). Es sabido que el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al que tienen enfermedades crónicas como las

cardiovasculares, la diabetes o las respiratorias. En España un 9% de la población padece en este momento un trastorno mental (Organización Mundial de la Salud, 2005). Para los sistemas sanitarios europeos el tratamiento y rehabilitación a las personas con enfermedad mental suponen un 20% del gasto sanitario (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005). Hablamos pues de un grupo de enfermedades que se comportan como un problema de salud pública y que tienen un gran peso social.

A pesar de lo anterior, en España más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, entre los que sí lo hacen, un porcentaje significativo no recibe el mejor posible. Las personas con enfermedad mental, sus familiares y los profesionales que las atienden consideran que existen “estereotipos de peligrosidad” asociados a la enfermedad mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). La estigmatización sigue marcando a pacientes, familias e incluso profesionales y es el principal obstáculo al avance científico y asistencial en el campo de la salud mental, como se ha dicho tantas veces (Organización Mundial de la Salud, 2001). El principal ámbito de discriminación es probablemente el laboral. Según un estudio nacional solo el 5% de las personas con enfermedad mental mantiene un empleo regular (Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid, 2006).

### **La patología dual**

La patología dual se ha definido como la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental (Szerman y Martínez-Raga, 2015).

La relación etiológica de ambas patologías sigue en discusión y no es este lugar para ello, baste decir que sus mecanismos son muy complejos interviniendo factores genéticos, neurobiológicos y medioambientales, una vez que el individuo se ha expuesto (Volkow, 2007). La concepción clásica en la que la aparición de la adicción depende de la exposición frecuente e intensa a alguna sustancia con capacidad adictiva o a conductas de recompensa, parece evolucionar a un nuevo modelo (Swendsen y Le Moal, 2011) según el cual sería la vulnerabilidad del individuo la que se situaría en el centro del problema. Estas personas presentarían, en la mayoría de los casos, otras alteraciones mentales, rasgos o estados de enfermedad mental.

Diversos estudios epidemiológicos revelan que el abuso o dependencia a sustancias se da en entre el 70 y el 80% de los pacientes con esquizofrenia (Westermeyer, 2006), el 60% de los pacientes con trastorno bipolar (Regier, Farmer y Rae, 1990), el 70% de los

trastornos de personalidad graves (Verheul, 2001) y el 30% de los trastornos por ansiedad y depresión (Compton, Thomas, Stinson, y Grant, 2007) o del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Wilens, 2007).

Estos datos, junto a otros muchos, no hacen sino confirmar la impresión de cualquier profesional tanto de salud mental como de adicciones de que la coexistencia de los trastornos mentales con los trastornos por uso de sustancias son más la regla que la excepción.

Además de frecuente, la coexistencia de un trastorno mental y una adicción complica las cosas para los profesionales de ambos campos. Estas personas son más difíciles de diagnosticar, presentan síntomas a menudo imposibles de filiar con uno u otro trastorno o que se potencian y complican de forma recíproca. Los pacientes duales presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, ingresan más, presentan más riesgo suicida (Szerman et al., 2013), tienen peor adherencia a los tratamientos y utilizan una mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales.

### **Intervención en patología dual**

La justificación de una red asistencial que se ocupe de la confluencia de dos problemas de salud tan importantes como estos parece obvia. En los últimos 30 o 40 años la atención a la salud mental se ha modernizado en nuestro ámbito, se hizo la llamada “reforma psiquiátrica”, se creó una red de dispositivos comunitarios de salud mental, se adecentó la atención a los pacientes agudos y vio la luz toda una red de atención social ligada a la sanitaria para estos enfermos. La salud mental quedó integrada en la red sanitaria general. Sin embargo, las personas que sufren al mismo tiempo un trastorno adictivo parecen ser una excepción.

La conceptualización, como poco parcialmente errónea, de las adicciones como un problema exclusivamente de origen social, ambiental y cultural está en la base del alejamiento de la red sanitaria y de la resistencia por parte de los profesionales de salud mental a involucrarse en este campo. A lo anterior hay que unir la existencia de falsas creencias y prejuicios en ambos bandos. Todo ello provocó la creación de redes de atención a las adicciones al margen del sistema nacional de salud. Como consecuencia, desde el punto de vista médico y social, se contribuye a agravar el estigma y desde un punto de vista de la gestión, se generan redes duplicadas, con problemas de eficacia y eficiencia (Weaver et al., 2003). Así la atención se suele dar de forma bien paralela o bien secuencial entre ambas redes lo que se relaciona con una menor adherencia al

tratamiento y a un peor manejo de los problemas asociados a la comorbilidad (Szerman et al., 2013). Se trabaja con mayor o menor voluntarismo en la coordinación entre equipos de trabajo diferentes y habitualmente alejados físicamente.

Caso particular y especialmente grave es el de las personas que debutan con un trastorno psicótico y presentan algún tipo de problema relacionado con el uso de sustancias. Estos usuarios, en su mayoría personas jóvenes, exigen tiempos de respuesta rápidos y no entienden (¿alguien lo hace?) el engorro que suponen protocolos de derivación y reuniones de coordinación. La atención fragmentada y tardía que el sistema actual ofrece complica la intervención, haciendo muy difícil alcanzar los objetivos de precocidad e intensidad en el tratamiento que son tan importantes en los primeros años del trastorno. Los programas de atención precoz a primeros episodios psicóticos han intentado paliar este problema con éxito muy moderado (Cano, 2010).

Frente a ello, la evidencia parece indicar que la patología dual responde mejor a tratamientos que integran la atención en un solo programa (Greenfield y Weiss, 2015). En este sentido, el sistema diseñado debería contar como estándar básico el hecho de que sea accesible, integrado, tenga continuidad y sea acorde a las exigencias y conocimientos del estado actual de la ciencia basado en las evidencias (Vega et al., 2015). Así se han propuesto la creación de equipos multidisciplinares, formados específicamente en patología dual y que cuenten con recursos específicos para estos pacientes. No existen estudios que demuestren todavía beneficios claros a favor de estos equipos de tratamiento integrado y los que se encuentran ofrecen resultados ambiguos y muy diferentes según el entorno de tratamiento (Chow, Wieman, Cichocki, Qvicklund y Hiersteneiner, 2013).

### **Recuperación**

La llamada perspectiva de la recuperación está en el centro de todos los programas de tratamiento en salud mental, especialmente en los destinados a personas con trastornos mentales graves y patología dual. Esta forma de entender el tratamiento hace a los profesionales ver en las personas que atienden algo más que “pacientes”, reconocer el resto de roles que juegan en la sociedad y pretende así ayudarles a conseguir sus propias metas. Según Repper y Perkins (2009) el apoyo a la recuperación significa dar prioridad a la persona, a sus deseos y objetivos. Muchos dispositivos de salud mental y programas de tratamiento sin duda ofrecen un mejor servicio desde que se han posicionado de esta forma.

El origen del modelo de recuperación nos lleva a los años 90 en Inglaterra y al concepto del “compromiso constructivo” que partía del reconocimiento del fracaso de los servicios de salud mental para proporcionar una atención accesible y respetuosa al grupo de pacientes más grave y que empezó a tomar forma con la aparición de los equipos de tratamiento asertivo comunitario.

El concepto de recuperación es, sin embargo, confuso y oculta con dificultad aparentes contradicciones. Pilgrim (2008) ha resumido el tema describiendo la presencia de tres conceptos en uno: el tratamiento biomédico, la mejora del bienestar y los derechos individuales, cuyos conflictos son claros.

Está en discusión la que muchos ven como deriva hacia la coerción de la perspectiva de la recuperación. Así se asume como normal y dentro del modelo, la utilización de la coacción y la influencia para con los pacientes en la creencia de que si permitimos a los pacientes que tomen sus propias decisiones podemos estar impidiéndoles mejorar sus vidas (Molodynski, Rugkasa y Burns, 2010). Esta tendencia pone en el centro de la recuperación el tratamiento farmacológico y ha hecho crecer el número de tratamientos ambulatorios involuntarios en los países en los que es posible esta forma de tratamiento. El objetivo de los tratamientos que toman este camino es dejar a cero el riesgo (por ejemplo, a una recaída) aunque ello signifique perder cuotas de libertad personal.

Sin embargo, el asumir riesgos puede resultar terapéutico para el paciente. Es necesario un proceso terapéutico que dé a la persona la posibilidad de decidir, elegir y seguir diferentes opciones. Para ello es importante la presencia cercana, el apoyo del profesional a la persona que asume el riesgo y entender que esto puede acarrearle un beneficio a más largo plazo. Aspectos positivos de asumir voluntariamente el riesgo son la auto superación, el compromiso emocional, el control y el reconocimiento social (Parker y Stanworth, 2005).

Solo desde esta forma se puede evitar que la recuperación no sea más que retórica o incluso la justificación para seguir haciendo lo que siempre se ha hecho (Morgan y Felton, 2013).

### **La actividad motivada en patología dual**

Se ha dicho más arriba que la coexistencia de un trastorno mental y uno por uso de sustancias dificulta el tratamiento en muchos aspectos y complica el pronóstico. Esto es una obviedad para cualquier profesional que trabaje con estos usuarios. Si tomamos en

consideración a las personas con trastorno mental grave la complejidad aumenta. De hecho, este concepto incluye como una de sus características la necesidad de un abordaje multidisciplinar, asistencialmente complejo, lo que es norma en patología dual.

Estos usuarios desafían nuestros sistemas de atención, los ponen en problemas y nos los hacen cuestionar. Frente al reto que suponen, la atención estándar parece no funcionar. Los enfermos no llegan a los dispositivos, se pierden en los espacios que quedan entre ellos, no se vinculan de forma terapéutica, reciben intervenciones duplicadas o no son atendidos por profesionales lo suficientemente formados en patología dual.

Se hace evidente la necesidad de equipos de tratamiento multidisciplinarios con formación específica y que incluyan programas que puedan ofrecer intervenciones complejas, farmacológicas, psicoterapéuticas, ocupacionales y sociales. Que atiendan tanto al usuario como a su familia y que puedan dar un soporte flexible con dispositivos y recursos socio-sanitarios apropiados.

Es impresión general entre profesionales y usuarios que la utilización de intervenciones de actividad motivada en el proceso de tratamiento de las personas con patología dual tiene beneficios por sí mismas y es, además, coadyuvante de gran potencia para el resto de intervenciones. La terapia ocupacional en general, ha contribuido al tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales o con patología dual desde su aparición como tal al comienzo del siglo XX en Estados Unidos. Se asume que la realización de una ocupación satisfactoria contribuye a la salud, el bienestar, la inclusión social, el funcionamiento y el respeto propio (Wilcock, 2005).

Sin embargo, existen pocas evidencias sólidas en la literatura científica que apoyen estos efectos sobre la población con trastornos mentales y menos aún si nos ceñimos a patología dual. El cierto olvido institucional en el que se ha encontrado durante años la atención a la patología dual parece extenderse al ámbito de la investigación.

Las siguientes son evidencias que sostienen a algunas de las intervenciones ocupacionales más comunes. Las técnicas basadas en terapia conductual de recompensa han demostrado efectos beneficiosos sobre los síntomas negativos en pacientes crónicos (Mc Monagle y Sultana, 2000). La terapia Morita, que se fundamenta en la filosofía oriental parece mejorar los síntomas negativos y el funcionamiento social (He y Li, 2007). La llamada musicoterapia también ha mostrado un pequeño efecto sobre síntomas negativos y funcionamiento (Gold, Heldal, Dahle, y Wigram, 2005). Las

intervenciones que utilizan técnicas de la rehabilitación cognitiva han conseguido mejorar el funcionamiento social y han reducido síntomas negativos (Kopelowicz y Liberman, 2003). Las estrategias de inserción laboral individualizadas, la rehabilitación vocacional, encuentran un efecto significativamente mayor que otras técnicas y por esa razón llegan al nivel de recomendación más alto en las guías de práctica clínica (Brown, 2012). A pesar de esto, mantener un empleo sigue siendo un reto no resuelto para la mayoría de personas con trastorno mental grave o patología dual (Marshall, Bond y Huxley, 2001). Están, por tanto, por realizar estudios que evalúen en equipos multidisciplinares la eficacia de las intervenciones ocupacionales sobre la patología dual (Cook, Chambers y Coleman, 2009).

Sí parece existir acuerdo sobre aspectos generales de la terapia ocupacional en trastornos mentales severos. La guía de práctica clínica de la asociación americana de terapia ocupacional (Brown, 2012) encuentra evidencias suficientes para hacer las siguientes recomendaciones generales:

- La actividad motivada debe identificar las habilidades y los conocimientos específicos necesarios para lograr tener éxito en las áreas de interés del individuo (y no en otras).
- Los resultados son mejores cuando la intervención es individualizada, de aplicación a la vida diaria y realizada durante un periodo de tiempo largo (meses).
- Las intervenciones “centradas en la persona”, que incorporan la posibilidad de elección para el usuario llegan a resultados mejores. El “plan de tratamiento” realizado debe estar basado en los deseos del paciente.
- Las mejoras son más probables en áreas cercanas a la intervención. Por ello es importante seleccionar intervenciones cercanas al resultado deseado (no sirven intervenciones generales, no conectadas al objetivo que busca el usuario).
- Son más efectivas las intervenciones en entornos reales (siempre será, por ejemplo, mejor buscar la rehabilitación vocacional trabajando con el paciente en un empleo protegido que en una sesión de psicoeducación previa).
- Se puede mejorar la competencia ocupacional de las personas adaptando su medio (modificando un posible puesto de trabajo, por ejemplo).

Dejando a un lado la evidencia y volviendo, a modo de conclusión, a la experiencia, los beneficios de la actividad motivada son claros para los que trabajamos con ella.

Los talleres e intervenciones ocupacionales grupales facilitan la entrada a los programas de tratamiento suponiendo un medio acogedor para el paciente que comienza. Son un entorno seguro en el que poner en práctica intervenciones psicoterapéuticas variadas, cognitivo-conductuales, dinámicas y especialmente, el entrenamiento en habilidades sociales, para las que los talleres y grupos suponen un espacio con pocos riesgos donde ensayar herramientas que se pretende llevar más tarde a entornos más cotidianos. La frecuencia de las intervenciones facilita la monitorización de cambios clínicos que pueden pasar desapercibidos para otros profesionales lo que es importante por la detección precoz de posibles recaídas. Mejoran la adherencia al dispositivo o al programa porque contribuyen decisivamente a crear el ambiente terapéutico que está en la base del vínculo terapéutico. Son el lugar donde comienza la socialización, tan a menudo dañada.

Las actividades relacionadas con la actividad física mejoran la condición física, corrigiendo problemas de salud muy frecuentes en esta población (el sedentarismo o la ganancia de peso por algunas medicaciones, por ejemplo). Mejoran la autoestima y fomentan las habilidades sociales.

Las intervenciones de rehabilitación cognitiva, bien en forma de programas específicos o de actividades de estimulación cognitiva más generales, mejoran las funciones cognitivas, habitualmente afectadas en los pacientes con patología dual. Esto lo hacen por sí misma y potenciando las otras intervenciones destinadas a ello.

Las actividades que tienen como objetivo la rehabilitación vocacional participan de forma central en la recuperación del usuario con patología dual. La vuelta al camino interrumpido o a aquel que decide la persona pasa a menudo por retomar o rehacer estudios o trabajo.

Reconocer su potencial terapéutico significa también admitir sus posibles riesgos. De ellos el principal tiene que ver con el empeño ciego en construir un proceso de recuperación que excluya al usuario y sirva solo a intereses de los profesionales o de la organización. Esta forma de trabajar lleva a la ineficacia cuando no a la iatrogenia. A ello se han dedicado ya unos párrafos más arriba.

En patología dual, por tanto, nos parece imprescindible contar con un plan de tratamiento diseñado de forma específica con y para el paciente. La actividad motivada debe aspirar a ser una parte muy importante de este plan, del que es no solo una herramienta valiosa sino amalgama y vehículo del resto de intervenciones.



## Referencias bibliográficas.

- Brown, C. (2012). *Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness*. Bethesda: American Occupational Therapy Association.
- Cano, P. (2010). *Proyecto de Gestión para el HDSM El Cónsul* (documento interno). UGC Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria. Servicio Andaluz de Salud. Málaga.
- Chow, C., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H. y Hiersteiner, D. (2013). *Mental Health and Substance*, 2 (6), 150-168.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población: Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Unión Europea.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-76.
- Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. (2006). *Estigma social y enfermedad mental*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Cook, S., Chambers, E. y Coleman, J.H. (2009). Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 23(1), 40-52.
- Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T. y Wigram, T. (2005). *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. Recuperado de: Cochrane Database Syst Rev; 2: Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.
- Greenfield, S.F. y Weiss, R.D. (2015). Emerging topics in addiction: Introduction. *Harvard review of Psychiatry*, 23 (2), 61-2.
- He, Y. y Li, C. (2007). *Morita therapy for schizophrenia*. Recuperado de: Cochrane Database Syst Rev 1: Art. No.: CD006346. DOI: 10.1002/14651858.CD006346.
- Kopelowicz, A. y Liberman, R.P. (2003). Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*, 54, 1491-98.
- Marshall, M., Bond, G. y Huxley, P. (2001). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. Recuperado de: Cochrane Database Syst Rev; 2: Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.
- Mc Monagle, T. y Sultana, A. (2000). *Token economy for schizophrenia*. Recuperado de: Cochrane Database Syst Rev; 3: Art. No.: CD001473. DOI: 10.1002/14651858.CD001473.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Molodynski, A., Rugkasa, J. y Burns, T. (2010). Coercion and compulsion in community mental health care. *British medical bulletin*, 95, 105-119.
- Morgan, A. y Felton, A. (2013). From constructive engagement to coerced recovery. En Coles, Steven, Keenan, Sarah y Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice* (56-73). UK: PCCCS-Books.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Recuperado de: [http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Ginebra: OMS.
- Parker, J. y Stanworth, H. (2005). Go for it! Towards a critical realist approach to voluntary risk-taking. *Health, Risk and Society*, 7(4), 319-336.
- Pilgrim, D. (2008). Recovery and current mental health policy. *Chronic illness*, 4, 295-304.
- Regier, D.A., Farmer, M.E. y Rae, D.S. (1990). Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-8.

- Repper, J. y Perkins, R. (2009). Recovery and social inclusion. En I. Norman, I. Ryrie (Eds.), *The art and science of mental health nursing*. Maidenhead: Open University Press/Mc Graw-Hill Education.
- Swendsen, J. y Le Moal, M. (2011). Flaws of drug instrumentalization. *The Behavioral and Brain Sciences*, 34 (6), 323-4.
- Szerman, N. y Martínez-Raga J. (2015). Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*, 2 (8).
- Szerman, N., Martínez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Ruiz, P. y Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12 (1), 1–10.
- Vega, P., Nestor Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Piqué, N. y Casas, M. (2015). *Libro blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología dual*. Grupo SANED.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16 (5), 274-82.
- Volkow, N.D. (2007). Addiction and Co-occurring mental disorders: Director`s perspective. *NIDA Notes*, 21 (2).
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N. y Ford, C. (2003). Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team: Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304-13.
- Westermeyer J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *The American Journal on Addictions*, 15, 345-55.
- Wilcock, A.A. (2005). Occupational science: bridging occupation and health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 5–12.
- Wilens, T.E. (2007). The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 4-11.



## HACIA VERDADERAS POLÍTICAS QUE PROMUEVAN LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL

Antonio Sánchez Moreno

Hace ya un tiempo importante, creo que, mirando atrás como unos 21 años. El señor Pepe, (por no identificarlo, nominalmente, pero sí en mi memoria), al cabo de haber transcurrido un tiempo, acabada su reclusión durante años, en el Hospital Psiquiátrico de Málaga, tenía una vida prolija en autonomía social. Tenía su propia vivienda, tenía amigos, cuidaba de dos canarios que cantaban estupendamente, escribía artículos de sociedad en la recién creada revista por los usuarios de Salud Mental “Al Farala”, era presentador y dinamizador cada vez que había ágapes sociales y le tocaba contar, cómo había sido eso de su vida en un manicomio. Era un locuaz interlocutor y comunicador de su vivencia por aquellos años.

Sin embargo, un tiempo antes, en el mencionado Psiquiátrico de Málaga, se pasó varios años sin hablar, y a lo largo de varias horas del día, permanecía en una postura de ave zancuda. Interesado en su caso, un día le pregunté a “Pedro” (insigne luchador por la dignidad de los seres humanos, y protagonista valioso de la Reforma Psiquiátrica en Málaga), ¿cómo pudo ser ese cambio?, y fue contundente: “Nos dijo un día que se le

preguntó: “¿por qué no dices nunca nada? “Y se obró la magia, cuando respondió...” nadie me ha preguntado nunca que quiero hacer”. A partir de ese día fue un torrente de creatividad y de ejemplaridad en el arte de ser una persona inclusiva e incluyente.

Empiezo con el refresco de esta memoria, dado que la recuperación, la idea de que todos los seres humanos tengamos el mayor acceso a la felicidad, a esas pequeñas cosas que nos reafirman como ciudadanos de pleno derecho. Y esos pequeños detalles son los consecuentes, como no podía ser de otra forma, resultado de unas políticas públicas basadas en los principios de los derechos fundamentales de todos los seres que habitan nuestro planeta.

### **¿Qué tiene que ser eso de estar integrado socialmente?**

Desde los centros de poder actual: pensamiento político, en casi todos sus espectros, medios de comunicación, tertulias, conversaciones de autobús, de frutería etc., estar integrado viene a ser más o menos eso, de que dentro de una comunidad de personas, en términos amplios, el modus vivendi aceptado y aceptable de una comunidad extensa de personas, tiene la aceptación implícita y explícita de las reglas de juego y convivencia que nos vienen impuestas. Sin saber por qué se imponen, a quién beneficia, si son justas, si son inamovibles, ni cómo se modifican para hacerlas más justas.

En el desarrollo del modelo capitalista actual, el trabajo, mejor dicho, aceptar el modelo del empleo actual con todas sus variantes legales existentes, viene a ser moneda de obligado cumplimiento para inmensas masas de personas, es la nueva forma de esclavitud del siglo XXI. El mensaje impuesto por innumerables grupos de presión es: “da gracias que la sociedad te ofrece esto, acéptalo calla y sacrificate”, la vida es dura, viene a decir un celeberrimo dirigente gubernamental, (creo que ha tenido responsabilidades en los recortes), consagrando así ese deseo de alcanzar los mayores privilegios de las clases dominantes, “de que no haya ninguna oposición organizada, de que no exista ninguna esperanza de cambio para un puñado de generaciones venideras” postulados que son consecuencia de la lucha por los intereses entre élites, poseedoras de innumerables prebendas y por otra parte las clases populares.

Por lo tanto, hoy existen al igual que en todo el devenir de la humanidad, diferentes posiciones ideológicas en torno a qué idea de sociedad tenemos los seres humanos y cómo se organizan los recursos sociales, políticos legislativos y culturales para seguir gozando de privilegios y desigualdades. O por el contrario contribuir a vivir en una sociedad más justa, más igualitaria, más inclusiva y tolerante. Consecuentemente no es

la misma visión sobre la integración social la que tiene una persona con enfermedad mental y adicta a ciertas sustancias, y la que puede tener el círculo de empresarios de la Confederación Andaluza, por citar un ejemplo, y estos últimos, no parecen a priori de los más duros.

Pero la realidad es áspera y ruda, hoy, nos encontramos con un marco legal en torno a la promoción de la liberalización del mercado de trabajo, que ha hecho añicos todas las conquistas sociales logradas desde la lucha antifranquista, pasando por la política de consenso y concesiones de los Pactos de la Moncloa, el Estatuto de los Trabajadores y la transición, antes de la llegada de los halcones neoliberales al escenario de dominio económico y cultural actual. Nos movemos pues en un entorno que ensalza el trabajar por salarios de miseria, sin derechos, en ocasiones con la concatenación de varios trabajos temporales, para intentar llegar a pagar las facturas mínimas de existencia.

Y las organizaciones sociales progresistas en el limbo perdido de una galaxia lejana. Seguimos huérfanos desde hace ya bastante tiempo ante esta tempestad posindustrial y desnuda de derechos para las clases populares. La evidencia es que se constata por innumerables organismos internos y externos que la desigualdad y la precariedad, están instalada para quedarse un tiempo importante en nuestras vidas.

Parece que eso de estar integrado socialmente, viene a ser una persona que tiene empleo, o varios, o intenta encontrarlo, paga sus impuestos sin rechistar, debe ver mucho la TV, con mucho fútbol y pocos programas inteligentes, da los buenos días a sus vecinos, de una manera nimia; que intenta tener una pequeña prole; si es que puede, se embarca en una hipoteca, que acabarán pagando sus hijos o descendientes, o te desahucia el banco antes. Que vota cada cuatro años no sabe por qué ni a qué propuestas políticas. Que para veranear se va a la playa de la misericordia con el bocata de mortadela, y eso que las sardinas están a 3 euros el espeto. Que trabaja con un contrato de cuatro horas, aunque su jornada sea de 12 horas de lunes a sábado. Que sabe que no reunirá ni por asomo quince años de cotización para tener derecho a pensión como su padre que vino de Alemania, y un porrón de cosas más, que me están poniendo de los nervios. Mejor paro.

### **¿Qué políticas públicas se desarrollan en Europa en torno a la patología dual?**

Observando distintas documentaciones, que no suelen ser tan abundantes en la red, al menos que puedan ayudarnos a generar modelos en los que poder reflejarnos. He pensado que es bueno recordar algunas premisas de salida. Es conveniente poner de

relieve, que tenemos un puñado de ordenamientos jurídicos y administrativos en los que poder sustentarse, con objeto de conocer qué vías reivindicativas y de demanda de recursos podemos y debemos plantear en defensa de los derechos de nuestro colectivo.

De entrada, me gustaría señalar, que, en Argentina, por ejemplo, las políticas que se dirigen desde lo público, cuentan con una Dirección General de Salud y Adicciones, con lo que ya cuentan con una visión y misión integradora en sus conceptos y en la política de tratamiento y recursos que se despliegan.

En nuestro ámbito europeo, contamos con tres declaraciones europeas de derechos sociales, en forma de Cartas para la protección de los derechos sociales de sus ciudadanos. Por orden cronológico son:

- La Carta Social Europea.
- La carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales
- Carta Europea de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

En ellas los Gobiernos se comprometen en lograr una Unión más estrecha entre sus miembros, con el objetivo de salvaguardar y promover los ideales y principios que son su patrimonio común y favorecer su progreso económico y social. En particular mediante la defensa y el desarrollo de todos los derechos humanos y de las libertades fundamentales, algunos ejemplos que se contienen en estas Cartas, son el reconocimiento a una serie de derechos, tales como:

- El derecho al trabajo y a las condiciones de su ejercicio en condiciones adecuadas y justas.
- El derecho a la seguridad e higiene en el trabajo.
- El derecho a la protección de la familia, la infancia, la adolescencia, mayores y personas con discapacidades.
- El derecho de asociación y a la participación social de todos.
- El derecho a la formación profesional y a los beneficios que le hagan alcanzar un mejor estado de salud y bienestar.
- El derecho a la Seguridad Social.
- El derecho a una asistencia sanitaria, aun careciendo de recursos económicos.
- El derecho de las personas con diversidad funcional a la integración social y a la participación plena de la vida comunitaria.

También en la declaración universal de los derechos humanos, nos volvemos a encontrar con un cuerpo legal sólido, que hace universales los principios a que todos los seres humanos contemos con una serie de derechos que hagan posible un poquito de felicidad para todos. Recordemos por ejemplo algunos de los siguientes:

Art. 1 Todos los seres humanos nacen libres e iguales, en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente unos con los otros.

Art. 2.- toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamadas en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Art- 22.- toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y recursos de cada Estad, a la satisfacción de los derechos económicos, sociales, y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Art. 25.- toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En cuanto al marco legal español y autonómico, contamos también con nuestros propios instrumentos que desarrollan lo acumulado a lo largo de los tiempos en materia de derechos sociales de las personas. Por no extenderme y citar que, en la Constitución Española, se recoge en el Título de los Derechos Fundamentales de las Personas y en especial en el capítulo 3, que legislan los principios de la política social y económica y sus condiciones de disfrute.

Así cabe mención en particular que, en el art, 43, se recoge el derecho a la protección de la salud, en el 40, otorga a los poderes públicos la autoridad para emplear una justa distribución de la riqueza y la promoción de la justicia económica y social. Así como una política orientada a la formación y readaptación profesional en casos de necesidad de inclusión de los ciudadanos. Ya en el art. 43 de forma inequívoca confiere a los poderes

públicos, la responsabilidad de la gestión, planificación y evaluación de las políticas de salud. Y también de forma expresa en el art. 49 se hace mención a las personas discapacitadas, y con diversidad funcional, a que los poderes públicos serán quienes provean mediante las acciones que correspondan, la prevención, tratamiento, rehabilitación, e integración de todos los colectivos don desventajas sociales y gozarán de un tratamiento especial para el logro de los principios de este capítulo.

En el contexto autonómico de Andalucía, contamos con un Estatuto que plasman los valores y principios siguientes:

Artículo 22. Salud.

1. Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.

2. Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:

- a) Acceder a todas las prestaciones del sistema.
- b) La libre elección de médico y de centro sanitario.
- c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten.
- d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico.
- e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- f) El consejo genético y la medicina predictiva.
- g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.
- h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.
- i) El acceso a cuidados paliativos.
- j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico.
- k) Recibir asistencia geriátrica especializada.

3. Las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.



Artículo 24. Personas con discapacidad o dependencia.

Las personas con discapacidad y las que estén en situación de dependencia tienen derecho a acceder, en los términos que establezca la ley, a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social.

Artículo 37. Principios rectores.

5. La autonomía y la integración social y profesional de las personas con discapacidad, de acuerdo con los principios de no discriminación, accesibilidad universal e igualdad de oportunidades, incluyendo la utilización de los lenguajes que les permitan la comunicación y la plena eliminación de las barreras.

7. La atención social a personas que sufran marginación, pobreza o exclusión y discriminación social.

8. La integración de los jóvenes en la vida social y laboral, favoreciendo su autonomía personal.

Contamos también por una parte con el casi tercer Plan Andaluz de Salud Mental, y con el Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.

Lo que ha concluido en su informe ejecutivo de análisis del Pisma II son a grandes rasgos las siguientes:

**Área de mejoras detectadas en el II Plan de Salud Mental de Andalucía**

Del análisis de la situación realizado y teniendo en cuenta el marco de referencia normativo y de planificación de la OMS, Unión Europea, España y Andalucía, así como las expectativas de los colectivos afectados y profesionales relacionados con la salud mental en los diversos ámbitos implicados, se extraen las siguientes áreas de mejora:

– Necesidad de apostar por programas de prevención y promoción de la salud mental, haciendo especial hincapié en determinados colectivos que están en condiciones de desigualdad y presentan mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales. Así mismo, se considera imprescindible incorporar la prevención en la población infantil y juvenil como un elemento necesario en la planificación de salud mental.

– Se detecta la necesidad de realizar actuaciones dirigidas a promover estilos de vida saludables y a prevenir los problemas somáticos en la población que padece problemas de salud mental y, sobre todo, entre quienes padecen TMG.

- A partir de la constatación de cómo los roles y estereotipos tradicionales de género resultan ser factores de riesgo importantes para la violencia de género y para el padecimiento de enfermedades mentales, se hace necesario incluir la perspectiva de género en cada una de las iniciativas planteadas en este Plan. Asimismo, las cifras de violencia hacia las mujeres obligan a las distintas administraciones a prestar una atención integral a las víctimas de estas agresiones, donde la atención sanitaria y en especial la de salud mental son fundamentales.
- La mayor prevalencia de problemas de salud mental o las dificultades en el acceso a los recursos en determinados colectivos (como son las personas sin hogar, la población penitenciaria, las personas con drogodependencias, en ocasiones la población inmigrante...), justifica la inclusión de estrategias específicas para su atención. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012.
- Las expectativas manifestadas por pacientes y familiares obligan a mejorar la calidad de la atención sanitaria y social, con un enfoque comunitario que contemple la humanización de la asistencia como elemento clave.
- Las nuevas demandas y la evolución de los sistemas sanitarios y sociales generan la necesidad de analizar y adecuar los recursos existentes y de establecer una cartera básica de servicios que garantice la equidad en todo el territorio andaluz.
- Además, son necesarias estrategias que mejoren la coordinación intersectorial y la continuidad asistencial y que garanticen una atención especializada basada en la mejor evidencia científica disponible.
- La ausencia de algunos datos de prevalencia e incidencia en nuestro entorno y de morbilidad atendida hacen necesario el desarrollo de sistemas de información que faciliten su conocimiento para mejorar la planificación y organización de los servicios de salud mental, objetivo prioritario recogido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- La mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y la protección de sus derechos son aspectos ampliamente demandados por las personas afectadas y de su entorno.

– Se constata la necesidad de seguir avanzando en la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental, con consecuencias muy negativas para su proceso de recuperación.

– Por último, las personas usuarias del SSPA y sus familiares demandan una mayor participación en la planificación y toma de decisiones en materia de salud mental, siendo ello un principio fundamental del modelo comunitario y el eje central del paradigma de la recuperación.

### **¿Qué hemos hecho y qué nos queda por hacer?**

Desde hace ya, creo que ocho años al menos, desde la iniciativa de algunos/as trabajadores/as, del Centro Provincial de Drogodependencias, del Equipo de Salud Mental Málaga Norte, y de Faisem, hemos venido desarrollando un proceso de coordinación y seguimiento de personas que hemos tenido y tenemos en común en nuestro quehacer diario.

Ha sido un camino recorrido con tesón, con voluntad de permanencia en el tiempo, y que convencidos de que los resultados, por mínimos que hayan sido, se han venido traduciendo en pequeñas ayudas para la mejora de la vida de nuestros usuarios. Puestos a mirar, cabe decir, que a nivel de la coordinación entre las organizaciones que trabajamos en el campo que hoy nos concita, aún está pendiente por llevarlo a la práctica el “protocolo, memorándum, plan, programa, o como puñetas le quieran nombrar”, entre los servicios de Salud Mental y los Centros de Tratamiento Ambulatorio, que eleve a la realidad del trabajo diario, los procesos de ayuda a las personas que padecen una patología dual.

La experiencia que llevo en estos años aún está cargada de incertidumbres, dudas y falta de caminos de encuentro a nivel de los responsables de dirigir las dos redes de atención a la patología dual. Si bien desde el grupo que ya vamos peinando canas, tenemos claro que hemos de seguir y si se puede, aumentar los niveles de atención compartida en el mundo en el que nos movemos. A lo largo de estos años, hemos logrado ir manteniendo una reunión de coordinación mensual, preferentemente los últimos jueves de cada mes. Hemos realizado en común una Jornada de Formación en Atención a la Patología Dual, que contó con unas 40 personas de ambas redes, y hemos venido manteniendo la coordinación y seguimiento de unas 50 personas que, a lo largo de estos años, han tenido un estar y tratar de ser, en algunas partes de las tres redes.

Es por tanto una realidad que Faisem va a seguir prestando su atención pública, de manera exclusiva, en el territorio de Andalucía, a todas aquellas personas con alguna Psicosis, que tienen reconocida una prestación “Residencial, de Soporte Diurno, de Ocio o Tutela”, además corroboradas y con resolución en su caso del Sistema de Atención a la Dependencia. Y en aquellos casos, en los que se requiera la participación y el ejercicio terapéutico principal, en el seguimiento de la Adicción, seguiremos actuando como cualquier otro ciudadano que será beneficiario de las prestaciones que ofrecen los Centros de Atención a la Drogodependencia.

Nuestras fortalezas se hallan en que contamos con un interés común, en colaborar de la mayor manera posible en crear espacios de trabajo colaborativo. En utilizar de manera eficiente los recursos ocupacionales, de soporte diurno, de clubes sociales, de acciones formativas, y de todos los que sean susceptibles de incorporar a la mejora de la calidad de vida de nuestros ciudadanos usuarios.

Es cierto y hay que tener en cuenta que la ley de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia, en la que Faisem se ha incluido como entidad colaboradora de las prestaciones socio sanitarias, ha venido a constreñir un tanto la fluidez de la que podíamos disfrutar en años anteriores, sobre todo en el uso de los espacios ocupacionales de ambas redes. Puesto que la ley institucionaliza una forma de acceso, que burocratiza en gran medida la facilidad, que desde Salud Mental y desde Drogodependencias teníamos para poder ofertar plazas de Faisem en los talleres ocupacionales. Afortunadamente por ahora, no ocurre lo mismo con las plazas de talleres de Drogodependencia.

Un hecho actualmente inamovible, (al menos por ahora), es que para recibir el servicio de atención residencial en Faisem, en la modalidad de casa hogar, o en viviendas supervisadas, es preciso con la legislación actual y el modelo que financia el coste de las plazas, que es a través de la vía del reconocimiento del derecho, mediante la resolución de al menos grado II de la Agencia de Atención de la Dependencia. Debiendo tener la persona beneficiaria, un diagnóstico de Trastorno Mental Grave realizado en la red pública de Salud Mental de Andalucía, y debiendo tener una atención continuada en la propia red sanitaria. La edad debe estar incluida entre los 18 y 60 años, y reunir los requisitos específicos que señalan las normas que lo regulan. Por consiguiente, en este ámbito vamos a poder trabajar conjuntamente, con aquellas personas que siendo atendidos por Faisem en sus distintos programas, por ejemplo, en el programa Residencial, a su vez converge una situación de adicción y que requiere la intervención

de apoyo y seguimiento de la red de Adicciones. Suelen ser pacientes provenientes de un consumo activo y de estilos de vida que han acabado rompiendo el sostenimiento de su integración en la vida familiar, y comunitaria.

En cuanto al Programa de Soporte Diurno, en el que se incluyen los denominados talleres ocupacionales, y los centros de día de nueva creación y los clubes sociales, permiten, no de manera intensa ni en todas las variantes que podríamos necesitar, contar con unas plazas de uso común en las que poder trabajar con las personas derivadas, los objetivos de trabajo que requiera el caso. Debiendo tener en cuenta sin duda alguna las propuestas de mejora y objetivos que mediante el: Plan Individual de Tratamiento, nos debe de guiar en el logro de proveer las actividades necesarias para impulsar la mayor autonomía de la gente con la que trabajamos. Hay una serie de indicaciones que está recogidas en el modelo Tidal, que es una experiencia en recuperación en Salud Mental, que me parece interesante, y que es bueno recordar para poder ir cuajando una filosofía entre los profesionales que trabajamos en esta historia. En su preámbulo, nos vienen a indicar unas pinceladas que marcan una profunda reflexión:

El sufrimiento humano, como consecuencia de padecer un trastorno mental, pocas veces surge de repente. De igual modo, la recuperación tampoco es una varita mágica que nos cura de todos los espantos. Sino que viene a instalarse junto al ritmo que la persona es capaz de construir, influyendo también un sinfín de circunstancias socioambientales.

Somos conscientes que la recuperación puede concitar mucho tiempo. Somos como las personas que han protagonizado con grandes esfuerzos la restauración y recuperación de destrozos como el vertido del Prestige en Galicia, como el Tsunami de Indonesia o del terremoto de Haití, capaces de observar y percibir la indiferencia y rechazo que atizan y niegan la condición humana a las personas que huyen del horror de la Guerra de Siria. Comprendemos y aceptamos que se necesitará un gran esfuerzo por nuestra parte y sin duda alguna de otras muchas personas. La mayoría imaginamos que nada volverá a ser igual.

Sin embargo, “dignificar y reconstruir” debe ser justamente lo que se necesita hacer. Estamos cooperando en la reconstrucción de las vidas que (casi) han sido destruidas por la inundación. Esto se convierte en nuestro trabajo más importante. A través de este quehacer nos enfrentamos y llegamos al encuentro con nuestra condición humana. Deberemos hacer lo que se puede hacer y no más. Si podemos hacer eso, bien podemos recuperar las vidas que pensamos habíamos perdido.

A modo de conclusión, me cabe proponer unas cuantas líneas de trabajo que están en el consciente colectivo de multitud de personas que trabajamos diariamente con escasez de medios, pero con el convencimiento de que el futuro hay que construirlo.

- Mejorar la formación de los profesionales que trabajamos en la patología dual, elaborando programas de formación continua.
- Fomento de la investigación y evaluación en los programas que montemos, con objeto de ir forjando evidencias.
- Mejorar las ratios de atención por habitantes, homologándose las tasas a los países de nuestro entorno.
- Fortalecer las líneas de trabajo para lograr en un futuro la integración funcional, de las dos redes de atención.
- Mejorar el acceso y permanencia de la atención de nuestros usuarios en las distintas redes de atención.
- Diseñar dispositivos especializados en la Patología Dual, incluyendo la batería necesaria de servicios para atender de manera integral y multidisciplinar con visión comunitaria un plan de tratamiento integral, así como asegurar la continuidad asistencial.
- Promover y sensibilizar políticas positivas que eliminen el estigma sobre la patología dual, sobre todo en lo concerniente a la salud mental.
- Promocionar la participación activa de los propios usuarios en los órganos de decisión política y representativa.

A modo de finalizar, cabe indicar que hace ya mucho tiempo, escuchando a una compañera que lleva muchos años en esto, me comentó: “hemos de dejarnos de discusiones ásperas e inútiles y pensar como los ingenieros en África”. ¡De la nada sacan agua, y dan vida! Pongámonos manos a la obra.

**Referencias bibliográficas.**

Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de Naciones Unidas).

Constitución Española 1978

Estatuto de Autonomía de Andalucía revisado 2007

Planes Integrales de Salud Mental de Andalucía.

Carta Europea de Derechos Sociales.

Plan de Calidad de Faisem

Ley de Promoción de la Autonomía y de la Prevención y Atención de las Personas con Dependencia.

Puedes realizar tus comentarios o contactar con nosotr@s  
directamente al correo de cada autor@ o en:

<http://patologiadualcalidaddevida.blogspot.com>

[patologiadualcalidaddevida@gmail.com](mailto:patologiadualcalidaddevida@gmail.com)

En Málaga, 2016