



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

**GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

Curso académico 2012-2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Revisión bibliográfica. Consumo de  
sustancias y salud mental: Impacto en el  
desempeño ocupacional**

**Lidia Parga Santamaría**

**Junio 2013**

**Tutora:**  
**María Calvo Leira**

## Índice

Resumen .....	4
1. Introducción .....	5
1.1 Consumo de drogas.....	5
1.2 Adicciones a sustancias tóxicas.....	6
1.3 Conceptos básicos.....	6
1.4 Clasificación de las drogas .....	10
1.5 Patología dual .....	11
1.6 Terapia Ocupacional en patología dual .....	13
2. Objetivos .....	15
3. Material y métodos.....	16
3.1 Criterios de inclusión y exclusión .....	16
<input type="checkbox"/> Criterios de inclusión .....	16
<input type="checkbox"/> Criterios de exclusión .....	16
3.2 Estrategia de búsqueda .....	17
<input type="checkbox"/> PubMed/Medline: .....	17
<input type="checkbox"/> Dialnet: .....	18
3.3 Análisis de calidad de los artículos .....	19
4. RESULTADOS.....	21

4.1 Consumo de sustancias en relación al primer episodio psicótico. ....	21
4.2 Consumo de sustancias y psicosis: Impacto en el desempeño ocupacional y exclusión social. ....	30
4.3 Intervención desde Terapia Ocupacional en primer episodio psicótico. ....	33
5. Discusión .....	38
6. Conclusiones .....	41
7. Agradecimientos .....	42
8. Bibliografía .....	43

## Resumen

- **Objetivos:** El objetivo de esta revisión es conocer si existe relación entre el consumo de sustancias y la aparición de un trastorno mental, como este afecta al desempeño ocupacional y la eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional en estos usuarios.
- **Metodología:** Se llevó a cabo una búsqueda en la literatura de dos bases de datos electrónicas, PubMed y Dialnet, así como revistas científicas y sociales de interés y libros del catálogo de la UDC. Se identificaron artículos publicados entre enero del 2003 y marzo del 2013.
- **Resultados:** Siguiendo la estrategia de búsqueda anterior se obtienen 20 artículos de los que algunos son excluidos por no aportar información relevante. Finalmente el número de artículos analizados son 14.
- **Conclusiones:** Hay una fuerte relación entre el consumo de sustancias con la aparición, el pronóstico y el curso de los trastornos mentales. La gravedad del primer episodio psicótico y su aparición precoz también están influenciadas por este consumo. Existen alteraciones en el desempeño ocupacional que afectan a las actividades cotidianas de la persona. Para ello, las intervenciones de Terapia Ocupacional han demostrado ser eficaces en la mejoría de la independencia y equilibrio ocupacional de los usuarios.

## 1. Introducción

### 1.1 Consumo de drogas

La literatura relacionada con el consumo de sustancias contiene gran cantidad de estudios en los que ha quedado claro que, tanto el consumo de drogas como el alcohol, son los responsables de una amplia gama de problemas para la salud así como un factor importante en la transmisión de enfermedades infecciosas o de transmisión sexual. Además de suponer situaciones perjudiciales para la salud en el ámbito físico, el consumo de drogas afecta notablemente a otros ámbitos de la persona como son el psicológico y el social.<sup>1</sup>

Cuando se habla de drogas, surgen conceptos como el de adicción. La palabra adicción se utiliza como sinónimo de consumo repetido de sustancias químicas y de las conductas que estas generan. Actualmente este concepto ha crecido y tiene en cuenta también los hábitos que en un principio son inofensivos pero que, con el tiempo y debido a determinados factores, pueden llegar a convertirse en hábitos adictivos e influir notablemente y de forma peligrosa en la vida diaria de las personas que consumen drogas.<sup>2</sup>

La adicción está presente en el ser humano desde sus inicios, afectando a una inmensa cantidad de personas, ya sea de forma directa o indirecta. Los trastornos relacionados con adicciones son, dentro de los trastornos mentales, los que más problemas causan en cuanto a atención hospitalaria, del servicio social o judicial. Esto se debe a la fuerte influencia que tiene sobre las personas, en sus familias y la sociedad en general.<sup>2</sup> En los países desarrollados se estima que una de cada cinco u ocho muertes son debidas al consumo de algún tipo de sustancia.<sup>1</sup>

Cualquier tipo de adicción, comienza como conductas placenteras que con el tiempo se acaban convirtiendo en fuertes adicciones que esclavizan a la persona, creándole una dependencia al consumo cada vez mayor. Esto sucede a pesar de todo el daño que le están haciendo,

afectando poderosamente su comportamiento y ejerciendo una gran influencia motivacional en su conducta. Drogas como la heroína o la cocaína son las que más influencia ejercen sobre el comportamiento de las personas.<sup>1-2</sup>

Toda conducta adictiva está influenciada por los llamados reforzadores que pueden ser positivos o negativos. En un principio están controladas por los denominados reforzadores positivos, que son estímulos que cuando se presentan producen un aumento de la conducta y están relacionados con los estados de humor positivos, comúnmente se denominan recompensa.<sup>1,2</sup> Por otro lado estas conductas adictivas finalmente son controladas por los reforzadores negativos, como pueden ser el alivio de la tensión emocional, del dolor, depresión, angustia o aburrimiento.<sup>2</sup> Un gran refuerzo negativo es el alivio del síndrome de abstinencia que se convierte en un gran motivo para seguir con el consumo.<sup>1</sup>

## 1.2 Adicciones a sustancias tóxicas

El consumo de sustancias tóxicas se realiza en la mayoría de las ocasiones, en relación con la socialización, a la hora de integrarse en una comunidad o con la intención de modificar el humor o la propia conducta.<sup>2</sup> Pero el consumo de sustancias tóxicas, en realidad, a lo que lleva es a un gran deterioro tanto de su persona como de su integración en la sociedad, personal y social, debido a la gran demanda de tratamiento que necesitan, atención médica y problemas jurídicos con los que suelen estar relacionados y el gran apoyo que requieren de la comunidad.<sup>3</sup>

## 1.3 Conceptos básicos

Los conceptos clave que se tratan en esta revisión son: droga, abuso, dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, intoxicación y craving.

## **Droga**

Hay una gran cantidad de formas diferentes de definir “droga”, entre las muchas definiciones cabe destacar la definición realizada por la OMS que define droga como “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” y la realizada por el DSM-IV-TR “sustancia, fármaco o toxina de la que se abusa”.<sup>2,4</sup>

## **Abuso**

Es el consumo repetido, durante al menos un mes, de sustancias psicoactivas que lleva a un malestar clínicamente importante. Se diferencia de la dependencia en que a pesar de que su consumo sí que tiene consecuencias dañinas para su salud, el hecho de dejar de consumir no provoca tolerancia, síndrome de abstinencia ni hay un uso compulsivo.<sup>2</sup>

## **Dependencia**

La OMS la define como “Síndrome caracterizado por un comportamiento dirigido prioritariamente a la obtención de una sustancia psicoactiva determinada, en detrimento de otros comportamientos más necesarios e importantes”. Hay tres tipos de dependencia.<sup>2</sup>

- *Dependencia física*: Adaptación de nuestro cuerpo a cierta droga por un consumo excesivo y continuado, que nos provoca trastornos físicos y malestar cuando se deja de consumir.
- *Dependencia psíquica*: Relación que se crea entre la sustancia y el organismo en la cual la sustancia le produce una sensación placentera a la persona y un impulso psíquico que le lleva a un consumo continuado para alcanzar esa sensación de placer y



evitar un estado de malestar. Es la primera en aparecer y la más difícil de que desaparezca.

- *Dependencia social*: El consumo de sustancias con el fin integrarse y pertenecer a un determinado grupo social.<sup>2</sup>

Estos tres tipos de dependencia se complementan e interactúan entre sí, ya que todos tienen una finalidad y una conducta común: el hecho de consumir droga.<sup>2</sup>

Para clasificar la dependencia a las drogas como tal, es necesario tener en cuenta la presencia de tres o más factores que indiquen que esta existe por lo menos durante un mes dentro del primer año. La *American Psychiatric Association* utiliza una clasificación cuyos indicadores de dependencia incluyen: una gran necesidad de consumir y pérdida de control en cuanto a su uso, presencia del síndrome de abstinencia con la retirada o reducción de una sustancia, tolerancia a los efectos de la droga necesitando cada vez dosis mayores, dedicación de una gran cantidad de tiempo de la persona a la obtención, el uso y la recuperación de la droga y continuar consumiendo a pesar del daño ocasionado.<sup>5</sup>

### **Tolerancia**

Capacidad de adaptación del cuerpo a una cierta cantidad de droga debido a la cual se produce una disminución en la respuesta con la consumición de la misma cantidad de droga. Es decir, la necesidad de consumo de una dosis cada vez mayor para la consecución del mismo efecto.<sup>2</sup>

### **Síndrome de abstinencia**

Se trata de alteraciones neurobiológicas que llevan a una serie de síntomas y signos tanto físicos como psíquicos que aparecen cuando se deja de consumir la droga en personas con dependencia. Tanto el curso como la intensidad del síndrome de abstinencia dependen de la sustancia

consumida y de sus características, de la cantidad y tiempo de consumo, la frecuencia y del estado físico y mental de la persona.<sup>2</sup>

### **Intoxicación**

Se considera intoxicación cuando el consumo de una droga es superior a la capacidad que tiene el organismo para eliminarla. Son daños físicos y psíquicos que pueden dejar secuelas permanentes de todo tipo o incluso llevar a la muerte. La intoxicación aguda es la comúnmente conocida como sobredosis.<sup>2</sup>

### **Craving**

Es la necesidad e impulso irresistible de consumir una droga con el objetivo de estar bajo sus efectos, ya sea por lo gratificante de este consumo, como por la necesidad de evitar el síndrome de abstinencia.<sup>2</sup>

Hay numerosos estudios en los que se evidencia que los datos de abuso de sustancias son sustancialmente mayores en personas con algún tipo de trastorno mental.<sup>6</sup> Es destacable también que los jóvenes, y sobre todo el género masculino, son también los considerados en todas las sociedades como los que presentan un mayor uso de sustancias.<sup>2</sup> Los primeros contactos con las drogas suelen ser en el período de la adolescencia, siendo las sustancias más consumidas en España el tabaco, cannabis, alcohol y tranquilizantes.<sup>2</sup>

Los patrones de consumo han ido cambiando a lo largo del tiempo. En los últimos años el consumo de alcohol se ha estabilizado, así como el consumo de cannabis, anfetaminas y alucinógenos. Por otro lado ha disminuido el consumo de tabaco y aumentado el consumo de drogas de síntesis y de tranquilizantes.<sup>2</sup>

### 1.4 Clasificación de las drogas

En la actualidad la clasificación más utilizada y aceptada es la clasificación de las drogas según los efectos producidos en el Sistema Nervioso Central (Ver Tabla I ) <sup>2</sup>

Tabla I. Características y clasificación de las drogas según los efectos producidos en el SNC.

Sustancias depresoras	Sustancias estimulantes	Sustancias alucinógenos
Adormece el funcionamiento del cerebro	Aceleran el funcionamiento del cerebro	Distorsionan el funcionamiento del cerebro
Producen desde desinhibición hasta coma	Activan el estado de vigilia y alerta aumentando el tono vital (sist. respiratorio y cardiovascular)	Alteraciones perceptivas (desordenes sensoriales, alucinaciones, etc)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc)</li> <li>• Tranquilizantes (benzodiacepinas)</li> <li>• Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estimulantes mayores:</b> cocaína, anfetaminas</li> <li>• <b>Estimulantes menores:</b> nicotina y xantinas (cafeína, teína, etc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alucinógenos</li> <li>• Derivados del cannabis (hachís, marihuana, etc)</li> <li>• Drogas de síntesis (éxtasis, ketamina, GHB)</li> </ul>

Las drogas también pueden ser clasificadas como se indica en la Tabla II.<sup>2</sup>

Tabla II. Otra forma de clasificación de las drogas.

<b>Peligrosidad</b>	<p><b>Grupo 1: opio y derivados</b></p> <p><b>Grupo 2: barbitúricos y alcohol</b></p> <p><b>Grupo 3: coca, cocaína, anfetaminas y derivados</b></p> <p><b>Grupo 4: LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc</b></p>
<b>Origen</b>	<p><i>Naturales:</i> hoja de coca, marihuana, etc.</p> <p><i>Semisintéticas:</i> opiáceos, cannabis, cocaína, LSD, etc.</p> <p><i>Sintéticas:</i> anfetaminas y derivados, alcoholes, psicofármacos (benzodiazepinas, barbitúricos), drogas de diseño, etc.</p>
<b>Situación jurídica</b>	<p><i>Drogas legales:</i> tabaco, alcohol, café y fármacos.</p> <p><i>Drogas ilegales:</i> cocaína, opiáceos, cannabis, drogas de síntesis, alucinógenos, etc.</p>
<b>Grado de dependencia</b>	<p><i>Drogas duras:</i> opiáceos, cocaína, alcohol, anfetaminas, barbitúricos, etc</p> <p><i>Drogas blandas:</i> cannabis y derivados, nicotina, LSD, cafeína, etc.</p>

## 1.5 Patología dual

En los últimos años, el término patología dual o diagnóstico dual se ha utilizado para definir la concurrencia de dos o más trastornos psiquiátricos en una misma persona, es decir, la coexistencia de un abuso de consumo de drogas o alcohol junto con un trastorno mental de los incluidos en las clasificaciones psiquiátricas actuales.<sup>1,4</sup> Este grupo ha adquirido mayor

importancia en los últimos 20 años, por el incremento de la prevalencia de consumo de drogas en la comunidad.<sup>6</sup>

El término patología dual está en su mayoría dirigido a personas jóvenes, que tienen un trastorno mental severo de base, con tendencia a la cronicidad y que consumen de forma constante algún tipo de sustancias tóxicas interfiriendo gravemente en la evolución de dicho trastorno y en su adaptación social.<sup>4</sup>

Hay ciertos factores que pueden influir en la rapidez o gravedad de la aparición de un primer brote psicótico como pueden ser las características de la sustancia consumida, la dosis y la duración del consumo, la edad, el sexo, la personalidad de la persona, el estado emocional o factores ambientales. Otros factores de riesgo para desarrollar patología dual son el sexo masculino, ser una persona joven, estar dentro de un entorno en el que hay consumo de drogas o haber tenido dentro de la familia alguna historia de abuso de sustancias, bajo nivel socioeconómico, contar con algún trastorno de la personalidad asociado y una adaptación premórbida con poco éxito.<sup>1,3</sup>

Para un diagnóstico fiable de patología dual, hay que tener en cuenta el hecho de que los efectos que producen las drogas sobre el sistema nervioso y el comportamiento de las personas, son muy similares a ciertos síntomas de trastornos mentales. Esto en ocasiones lleva a una confusión entre lo que son los efectos del consumo de sustancias o abstinencia con la presencia de un trastorno mental.<sup>7</sup> La psiquiatría ha evolucionado a la hora de establecer criterios diagnósticos en este aspecto, así los criterios del DSM – IV – TR<sup>8</sup> distinguen entre **trastornos primarios** (todos aquellos que no están relacionados con el consumo de sustancias ni relacionados con enfermedad médica), **efectos esperados** (los síntomas habituales del consumo o abstinencia a determinada sustancia) o **trastornos inducidos por sustancias** (síntomas que se consideran excesivos para tratarse de un simple efecto de intoxicación o abstinencia a una sustancia).<sup>8</sup>

A la hora de tratar la patología dual es necesario tener en cuenta la línea de evolución de ambos trastornos, ya que normalmente esta coexistencia se asocia a una peor evolución. El hecho de que una persona drogodependiente tenga diagnosticado un trastorno mental es considerado como negativo para su tratamiento, aumentando las recaídas.<sup>9</sup> La comorbilidad puede ocurrir cuando un abuso de sustancias es primario y dominante a la aparición de un trastorno psiquiátrico o viceversa, es decir, la aparición del trastorno psiquiátrico es anterior al abuso de sustancias por lo que un diagnóstico puede variar con el tiempo.<sup>6</sup>

Dentro del tratamiento a la patología dual, las estrategias más importantes son las dirigidas a retrasar la DUP (Duración de psicosis sin tratar) y los programas de intervención precoz como la rápida detección de los síntomas prodrómicos y la valoración de los factores de riesgo. Ambas estrategias son imprescindibles, teniendo en cuenta que es en los primeros años de evolución donde hay un mayor riesgo de recaídas y agravamiento del pronóstico.<sup>10</sup>

La terapia grupal y los tratamientos residenciales parecen ser útiles en los usuarios con patología dual. Es necesario desarrollar terapias específicas dirigidas a la persona con patología dual, que contesten las lagunas en eficacia, tolerabilidad y efectos adversos que tenemos en la actualidad.<sup>7</sup>

## 1.6 Terapia Ocupacional en patología dual

Un estilo de vida basado en consumo de sustancias rompe las ocupaciones significativas básicas que toda persona necesita para mantener tanto su salud física, mental y social. Las adicciones acaban con los hábitos y rutinas cotidianas de las personas y conlleva un gran deterioro cognitivo que se hace más latente cuanto más prolongado es el consumo manifestándose en una disminución de las tareas de autocuidado, de cuidado de otros y de relación con su propio entorno.<sup>11</sup>

La intervención se basa en las fases iniciales para prevenir la aparición de la dependencia centrándose en diseñar e implantar un conjunto de intervenciones con el objetivo de reducir al máximo posible el tiempo de estabilización de los síntomas, minimizar las posibles consecuencias y evitar las recaídas.<sup>12</sup>

Desde terapia ocupacional es importante una evaluación de las áreas ocupacionales para identificar de forma precoz las necesidades y el deterioro de la persona para llevar a cabo un plan terapéutico acorde a las características, necesidades e intereses de la misma. Con este plan se pretende una mejoría tanto en la competencia de dichas actividades como en la propia autoestima del usuario, mediante apoyo y entrenamiento en actividades con objetivos realistas, concretos y gratificantes para la persona.<sup>11</sup>

El objetivo de la Terapia Ocupacional es permitir que la persona disfrute de una vida más estable en la comunidad con un equilibrio ocupacional entre autocuidado, acción productiva, ocio y tiempo libre.<sup>11</sup>

## 2. Objetivos

Tras la revisión de los artículos se espera conocer si existe una relación entre el consumo de sustancias y la aparición y/o curso de un trastorno mental.

Se pretende también observar las alteraciones en el desempeño y la eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional en las personas con patología dual.



### 3. Material y métodos

Se efectuó una revisión bibliográfica de aquellas publicaciones en las que se relacionaban consumo de tóxicos, problemas mentales y patología dual.

La búsqueda fue realizada entre los meses de noviembre de 2012 y marzo de 2013 a través de las distintas bases de datos (Mesh - Pubmed, Psycinfo y Dialnet), revistas científicas y sociales de interés (TOG) así como libros del catálogo de la universidad de A Coruña. Se utilizaron para ello las siguientes palabras clave: “Substance abuse, psychosis, patología dual, dual diagnosis, psicosis, drogas, psicosis tóxica, primer episodio psicótico, enfermedad mental”. Se utilizó el operador booleano “AND”.

#### 3.1 Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**

- Artículos de investigación o revisiones sobre personas con trastorno mental, trastorno por consumo de sustancias o comorbilidad diagnóstica (patología dual).
- Publicaciones en inglés y español entre los años 2003 y 2013.

- **Criterios de exclusión**

- Estudios en los que no haya evidencia de una relación entre consumo de tóxicos y la presencia de al menos un trastorno mental (comorbilidad diagnóstica).
- Artículos de opinión o cartas al director.

### 3.2 Estrategia de búsqueda

- **PubMed/Medline:**

En una primera aproximación, se realizaron dos combinaciones de búsquedas en PubMed usando únicamente términos del tesoro de PubMed Medical Subject Heading (MESH).

("Psychotic Disorders"[Mesh] AND "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] AND "Substance-Related Disorders" [Mesh]).

("Occupational Therapy"[Mesh]) AND "Psychotic Disorders"[Mesh]

#### **Conceptos clave:**

- Trastornos psicóticos (Psychotic disorders): Trastornos en los que existe una pérdida de los límites de sí mismo y de la evaluación de la realidad mediante alucinaciones o ideas delirantes. (Desde el DSM-IV, 1994).
- Patología dual (Dual diagnosis): Coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias con un trastorno psiquiátrico. El principio del diagnóstico se basa en el hecho de que con frecuencia se encuentra que las personas con dependencia a sustancias presentan también problemas psiquiátricos de diversos grados de gravedad. (Pubmed, 1994)
- Trastornos relacionados con sustancias (Substance-Related Disorders): Trastornos relacionados con el abuso de sustancias, los efectos secundarios de un medicamento o la exposición a tóxicos. (Pubmed, 1998 (1963))
- Terapia Ocupacional (Occupational Therapy): Tratamiento especializado en ayudar a las personas a lograr la independencia en todas las áreas de su vida y en el desarrollo de las habilidades necesarias para una vida independiente. (Pubmed)

En la búsqueda se han utilizado la siguiente combinación de términos:

- Psychotic Disorders.
- Drugs.
- Substance-Related Disorders.
- Dual diagnosis.
- Psychoses, Substance-Induced.
- Substance misuse.
- Psychiatry.
- Occupational Therapy.

**Límites:**

- Clinical trial.
- Review.
- Last 10 years.

En función de los criterios establecidos de inclusión y exclusión se aceptaron para revisión **11 artículos**.

- **Dialnet:**

Se realizan diversas búsquedas con las siguientes palabras clave (Figura 1) y se elige la opción “*Artigos de revistas*” de los cuales teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se seleccionan **5 artículos**:

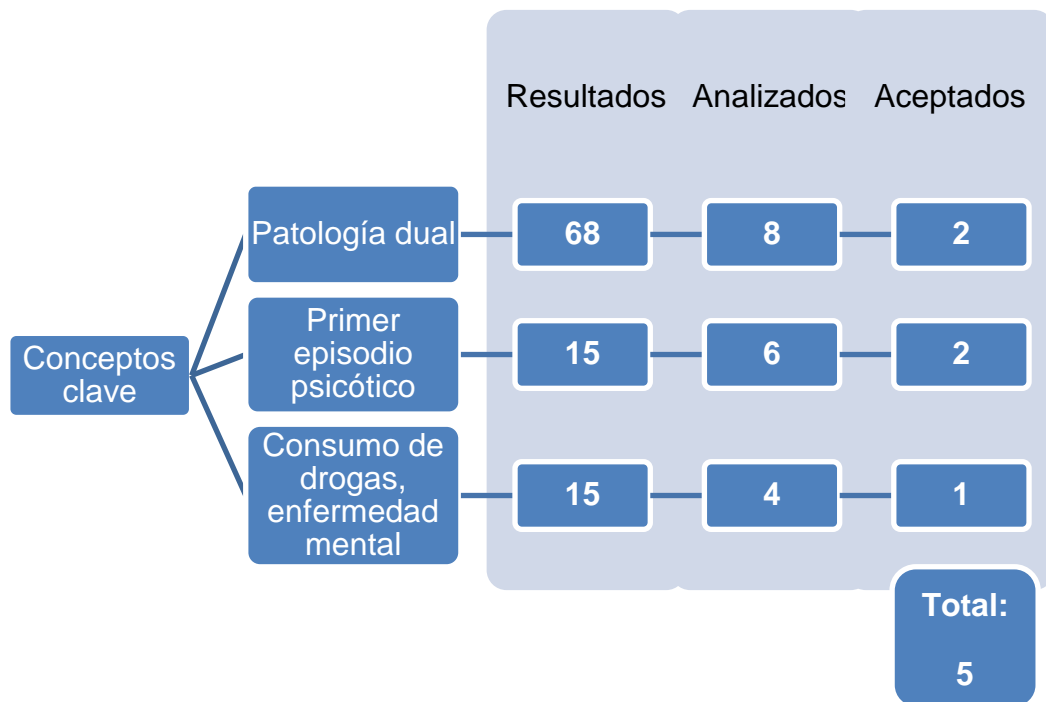


Figura 1 Estrategia de búsqueda Dialnet.

### 3.3 Análisis de calidad de los artículos

La calidad de los artículos se ha determinado en función del Factor de impacto (FI) de la revista en la que se publica.

El Factor de Impacto es un factor de prestigio de una publicación científica publicado anualmente por el “Institute for Scientific Information” (ISI). Se basa en el número de veces en que se cita un artículo publicado en una revista. En la actualidad, uno de los criterios que juzgan la calidad de una publicación es el índice de impacto que tiene la revista en la que aparece dicha publicación.

A través de los “Journal Citation Reports” (JCR) la ISI publica anualmente el factor de impacto que indica de forma indirecta la calidad de las revistas.

De todas las revistas de las que se han extraído artículos, aquellas con factor de impacto se muestran en la Tabla III.

Tabla III. Revistas con factor de impacto.

<b>Título</b>	<b>Factor de impacto</b>	<b>Ranking (Cuartil)</b>	<b>Categoría</b>
<b>Lancet</b>	38,278	Q1	Medicine, general & internal
<b>British Journal of psychiatry</b>	6,619	Q1	Psychiatry
<b>Social Psychiatry and psychiatric epidemiology</b>	2,696	Q2	Psychiatry
<b>BMC Psychiatry</b>	2,552	Q2	Psychiatry
<b>Clinical Rehabilitation</b>	2,123	Q1	Rehabilitation

## 4. RESULTADOS

Finalizada la búsqueda, el total de referencias bibliográficas encontradas es de 20 resultados. Tras revisar las mismas, se analizan 14 mientras que algunas de ellas son excluidas por no aportar ninguna información relevante.<sup>7,9,12-15</sup>

### 4.1 Consumo de sustancias en relación al primer episodio psicótico.

**Jennifer H. Barnett et al (2007)**<sup>16</sup>, realizaron un estudio con el objetivo de determinar el uso de sustancias en una muestra representativa de gente que había experimentado un primer brote psicótico. También se pretendía establecer la relación entre la duración del brote con el abuso de sustancias.

Los sujetos elegidos fueron usuarios de entre 17 y 35 años, del servicio de Cameo (Servicio de atención temprana especializada para gente con un primer episodio psicótico en Cambridge) con presencia de síntomas positivos o negativos, episodios psicóticos previos no tratados o que fueron tratados con medicación durante menos de 6 meses. También se incluyeron las personas con psicosis inducida por consumo de tóxicos y se han excluido a aquellas con discapacidad intelectual.

El estudio consistía en realizar dos entrevistas a los usuarios; la primera comprobaba los datos sobre la historia y síntomas psicóticos y la segunda, que se realizó dos semanas después del ingreso mediante el cuestionario St George's Substance Abuse Assessment Questionnaire (Ghodse, 2002), los usuarios identificaban si habían consumido alguna de las drogas mencionadas en dicho cuestionario, la edad de su primer consumo y la frecuencia en los 30 días previos. Para determinar la duración del episodio psicótico los datos fueron extraídos del propio usuario y sus cuidadores principales.

Los resultados muestran que en este período se trataron 139 personas con primer episodio psicótico de las cuales 123 habían consumido sustancias (88%) y 93 eran hombres (75.6%) con una edad media de 25 años. De todos los usuarios que realizaron el cuestionario solo 1 recibió el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por consumo de drogas. Los diagnósticos más comunes son esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y otros trastornos psicóticos no especificados.

En cuanto al consumo de sustancias el alcohol y el cannabis son las sustancias más usadas con un 99,19% y un 80,3% respectivamente y con una edad media de inicio de consumo de 15 años. En los 30 días previos al episodio psicótico el 29% había consumido una o más sustancias.

Con el objetivo de observar la prevalencia de ingresos por primeros episodios psicóticos en el área de Maresme (Barcelona) y describir las características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes, **Carolina Palma Sevillano et al. (2005)**<sup>10</sup> han realizado un estudio entre enero de 2000 y septiembre de 2003. Se incluyeron todos los ingresos por primeros episodios psicóticos que se produjeron en ese periodo de tiempo. Finalmente la muestra se formó por 82 pacientes con edades comprendidas entre 17 y 65 años, ingresados en la unidad de agudos de psiquiatría del Hospital de Mataró.

El procedimiento de este estudio consistió en la revisión de las historias clínicas y los informes de alta de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en el que se seleccionó a los pacientes por muestreo consecutivo mediante los informes de alta, las historias clínicas y los sistemas administrativos de la unidad. Se recogieron todos los datos sociodemográficos y clínicos extraídos en el SPSS.11 para el análisis de las variables de mayor valor para el estudio.

Las características sociodemográficas de la muestra se muestran en la Tabla IV

Tabla IV. Características sociodemográficas de la muestra.

Características	N	%
<b>Antecedentes familiares de 1er grado</b>	28	34.1
<b>Sexo</b>		
Hombres	44	53.7
Mujeres	38	46.3
<b>Admisión en el hospital</b>		
Familia	66	80.5
Orden judicial	5	6.1
Voluntad propia	11	13.4
<b>Procedencia</b>		
España	68	82.9
Europa Central	2	2.4
Países Africanos	4	8.7
Europa del Este	2	2.4
América del Sur	3	3.6

Se obtuvieron como resultados que del total de pacientes que presentaron un primer episodio psicótico el 34% contaban con antecedentes familiares de primer grado con algún trastorno mental grave. El 56% confirmó haber consumido sustancias habitualmente en los últimos años y un 23.2% manifestó haber aumentado dicho consumo en las tres semanas anteriores al ingreso. El rango de edad que más consume es entre 25-30 años.

Los datos sobre la frecuencia de tipología diagnóstica en los primeros episodios psicóticos y de tipo de consumo de sustancias se muestran en el Gráfico I y el Gráfico II.



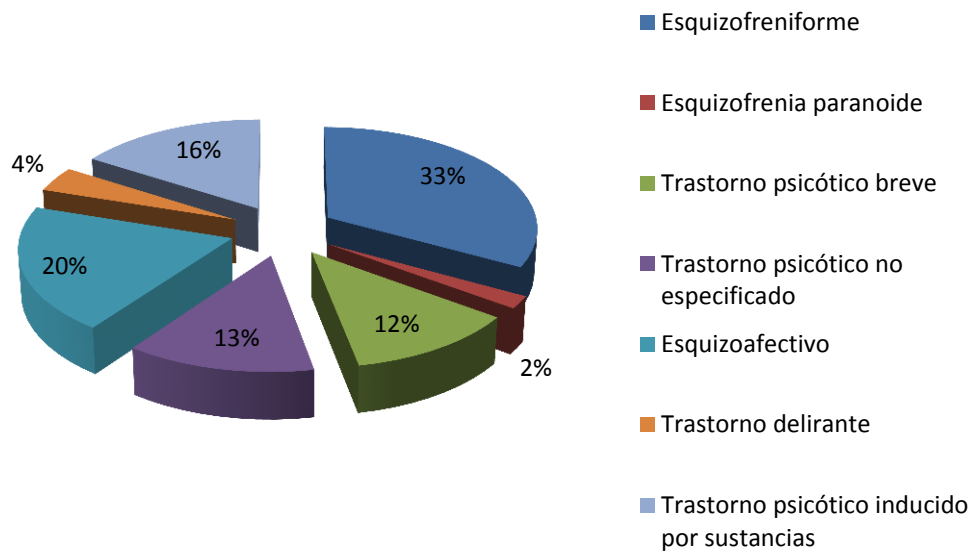


Gráfico I. Frecuencia de tipo de diagnóstico en primeros episodios psicóticos.

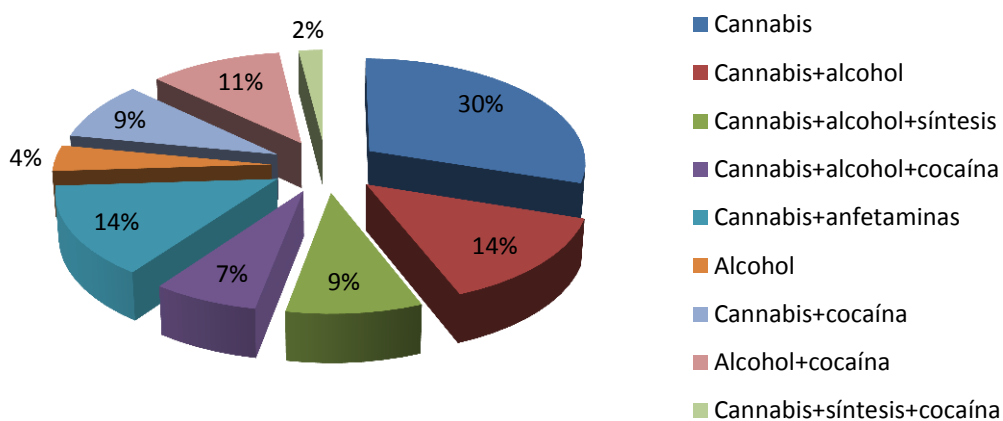


Gráfico II. Frecuencia de tipo de consumo de sustancias en primeros episodios psicóticos.

Se encontró una fuerte relación entre el aumento del consumo de sustancias en las tres semanas anteriores al ingreso y la duración de este, así como una correlación entre los antecedentes de consumo de drogas con una aparición precoz del trastorno psicótico.

En el estudio realizado por **Weich L et col (2009)**<sup>17</sup> el objetivo fue estimar la relación que existe entre el abuso o dependencia a sustancias con los ingresos en la unidad de psiquiatría del Hospital Stikland al sur de África. Se seleccionaron 298 usuarios adultos (18-65 años) de los cuales se examinaron datos demográficos, información de ingreso, historia sobre consumo de sustancias y el diagnóstico establecido por el equipo multidisciplinar de la unidad. También se realizaron pruebas de orina en el momento del ingreso y pruebas de cannabis, cocaína, opiáceos, metanfetaminas y metacualona, sustancias ilícitas muy frecuentes en esta zona de África.

En la Tabla V se muestran las drogas más utilizadas y los datos de consumo de dichas drogas en los últimos 6 meses.

**Tabla V. Proporción de drogas más utilizadas y datos de consumo en los últimos 6 meses.**

Sustancia	% de abuso	% de consumo en los últimos 6 meses
Cannabis	27	40
Alcohol	23	31
Anfetaminas/Metanfetaminas	13	20
Cocaína/Crack	1	4
Metacualona	1	9
Opioides	1	3
Benzodiacepinas	2	2
Otros estimulantes	0	0.3
Disolventes volátiles	0	0.3
Éxtasis (MDMA)	0	2
Alucinógenos	0	0.3

De los 298 participantes un 23% cumplió los criterios diagnósticos del DSM-IV-R de abuso de sustancias y un 24% de dependencia. De forma colateral, en el 79% de los participantes había una historia de consumo y de estos se confirmó la dependencia en 91%. Finalmente se han diagnosticado con un trastorno por consumo de sustancias un 51% de los casos.

Se han encontrado también diferencias con respecto al sexo, un 72% de los casos son hombres frente al 27% de mujeres. En lo relativo a la aparición del episodio psicótico, en personas que no consumen sustancias tóxicas es más tardío.

**J. Todd et al (2004)**<sup>6</sup> plantean un estudio sobre el gran problema que surge para los profesionales de la salud a la hora de establecer un diagnóstico de patología dual o un diagnóstico de trastorno mental simple. También determinar la prevalencia de la patología dual y la posterior atención especializada.

El estudio se llevó a cabo con profesionales de centros Salud Mental y de consumo de sustancias del sureste de Inglaterra. La mayoría de los profesionales que formaron parte del estudio fueron trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores especializados en consumo de sustancias y alcohol.

La muestra se obtuvo generando una lista de todos los usuarios de servicios de salud mental que habían recibido intervenciones mediante un programa de atención especializada en noviembre de 2000. Finalmente se compuso de 2341 usuarios y 170 profesionales, con una media de 12 usuarios por profesional.

Se les preguntó a los profesionales que evaluaran en la lista que se les había proporcionado de sus pacientes cuales tenían un diagnóstico simple o comorbilidad diagnóstica. Dependiendo de este diagnóstico y el servicio del que procedían, los usuarios se clasificaron en los siguientes grupos de estudio:

- Servicios de drogas y alcohol: Usuarios con comorbilidad diagnóstica o un diagnóstico de consumo de sustancias.
- Servicios de Salud Mental: Usuarios (incluyendo los hospitalizados) con comorbilidad diagnóstica y aquellos con diagnóstico de algún trastorno mental.

En total 131 trabajadores proporcionaron datos de 1314 pacientes. La prevalencia de comorbilidad diagnóstica por un abuso de sustancias y problemas de salud mental en la unidad de alcohol y drogas fue de un 29% mientras que en la unidad de salud mental fue del 18%. La prevalencia global en la muestra fue del 20%.

El estudio que realizan **Swartz et al. (2006)**<sup>18</sup> examina sociodemográfica y clínicamente la relación entre; sujetos que no consumen sustancias con aquellos que consumen pero no cursan deterioro, y con sujetos diagnosticados de trastorno por consumo de sustancias. Se centra especialmente en las características y factores de riesgo que tienen en común todos los usuarios, tanto los que no consumen como los que sí, incluyendo los que presentan abuso y dependencia.

El estudio se realizó entre enero de 2001 y diciembre de 2004 en 57 clínicas de Estados Unidos con un total de 1460 participantes. Finalmente, de los 57 sitios iniciales el estudio se realizó en 49.

Como resultados se obtuvo que del total de la muestra un 39.7% no eran consumidores de droga frente a un 60.3% que si había consumido alguna sustancia. Se han asociado el consumo de sustancias con gente joven, de género masculino y bajos niveles educativos. No tener un hogar o contar con bajos ingresos también fueron asociados a altos índices de consumo. Otro factor importante para el consumo ha sido haber sido víctima de violencia o abusos sexuales en la niñez, haber tenido problemas de conducta en la infancia o un diagnóstico de depresión mayor en los 5 años previos con pocos años de tratamiento.

**Degenhardt et col (2012)**<sup>5</sup> hace una recopilación de datos de la prevalencia de consumo de drogas y las consecuencias para la salud que conllevan drogas como anfetaminas, cannabis, cocaína u opioides.

La estimación de la prevalencia varía enormemente de unos estudios a otros. En general, los países con mayor porcentaje de dependencia son los países desarrollados de Europa, América del Norte, Australasia y los países cercanos a las mayores áreas de producción de drogas. La edad media de inicio de consumo es de 15 años.

Degenhardt et col (2012) hacen referencia también a otros factores de riesgo para el consumo de drogas como son no tener estudios, pobreza, factores sociales y culturales, o conflictos familiares en la adolescencia y niñez. En cuanto a factores de riesgo individuales menciona ser hombre, la personalidad, búsqueda de nuevas sensaciones, comportamiento conflictivo o problemas de conducta en la niñez, bajo rendimiento o abandono escolar y entorno conflictivo.

También se menciona la fuerte asociación que existe entre diversos estudios sobre el uso temprano y regular de cannabis, con un posterior diagnóstico de esquizofrenia. Esto se asocia también a una aparición temprana del trastorno adelantándose de 2 a 7 años su aparición en consumidores.

En el artículo de **Pawsey et col (2006)**<sup>19</sup> se ofrece una visión general sobre el problema de consumo de drogas en personas con trastorno mental, la relación entre consumo y episodios psicóticos y sobre el tratamiento de la patología dual. Hace referencia a un estudio realizado en Australia en el que los resultados mostraron un mayor consumo de drogas en personas con algún trastorno mental, en especial en el género masculino. Dentro de este consumo la droga más utilizada es el cannabis, seguido de las anfetaminas, aunque se destaca que más de la mitad de los usuarios eran consumidores de varias sustancias. En un estudio realizado en Nueva Zelanda, se encontró que los jóvenes que consumen

cannabis diariamente tienen entre 2,3 y 3,3 más probabilidades de tener un episodio psicótico.

Teniendo en cuenta otras investigaciones en las que se ha encontrado una gran relación entre el abuso de sustancias durante el año anterior al primer episodio psicótico con su aparición, **G. Katz et al. (2008)**<sup>20</sup> llevó a cabo en su estudio una investigación entre los años 2003 y 2006, con objetivo principal de investigar la repercusión que tiene el abuso de drogas en una muestra de usuarios hospitalizados en una unidad de psiquiatría. Otro objetivo fue comparar dos grupos; los usuarios con patología dual con el grupo de usuarios con trastorno mental y no consumidores, en relación a los antecedentes personales y variantes demográficas. Por último, también consideraron como meta importante del estudio establecer la relación entre la aparición de trastornos mentales y el abuso de drogas.

La muestra estaba formada por 470 usuarios con edades comprendidas entre 18 – 70 años estando la mayoría en el grupo de edades comprendidas entre 25 – 44 años y de género masculino.

En los resultados se observó que del total de los usuarios 78 eran consumidores frente a un 392 que no consumía. Se concluyó también que los usuarios con patología dual son más jóvenes que los que no consumen drogas (Gráfico III), en su mayoría del género masculino y solteros.

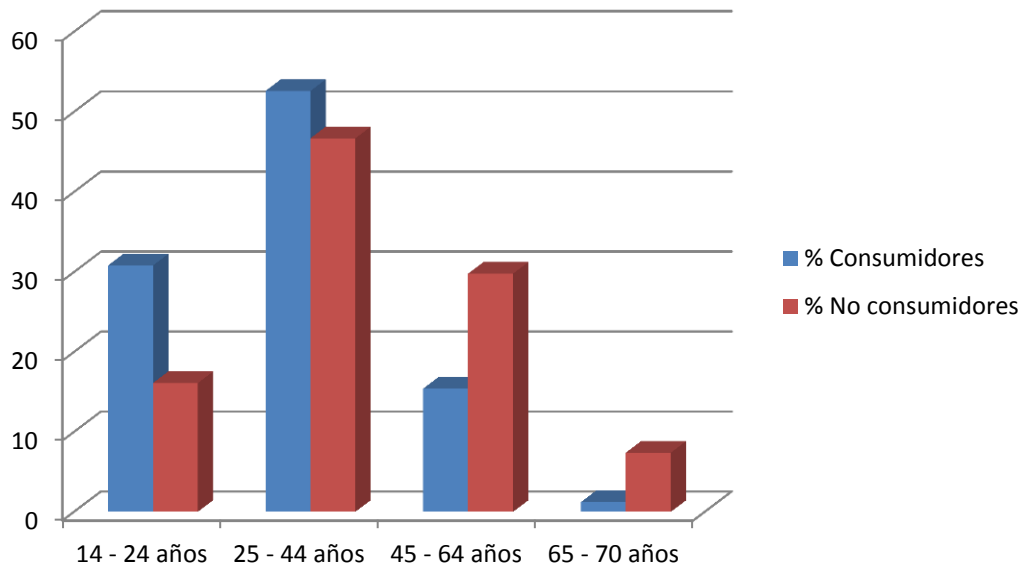


Gráfico III. Diferencias en la proporción de consumidores en función de la edad.

En cuanto a la frecuencia de consumo, 42 usuarios consumían de 2 a 10 veces al mes, 77 lo hacían más de 10 veces y en 27 de los usuarios no había una frecuencia de consumo clara. El cannabis fue la sustancia más consumida en los usuarios con patología dual. Se encontró una relación significativa entre el abuso de cannabis con psicosis y un peor pronóstico del trastorno.

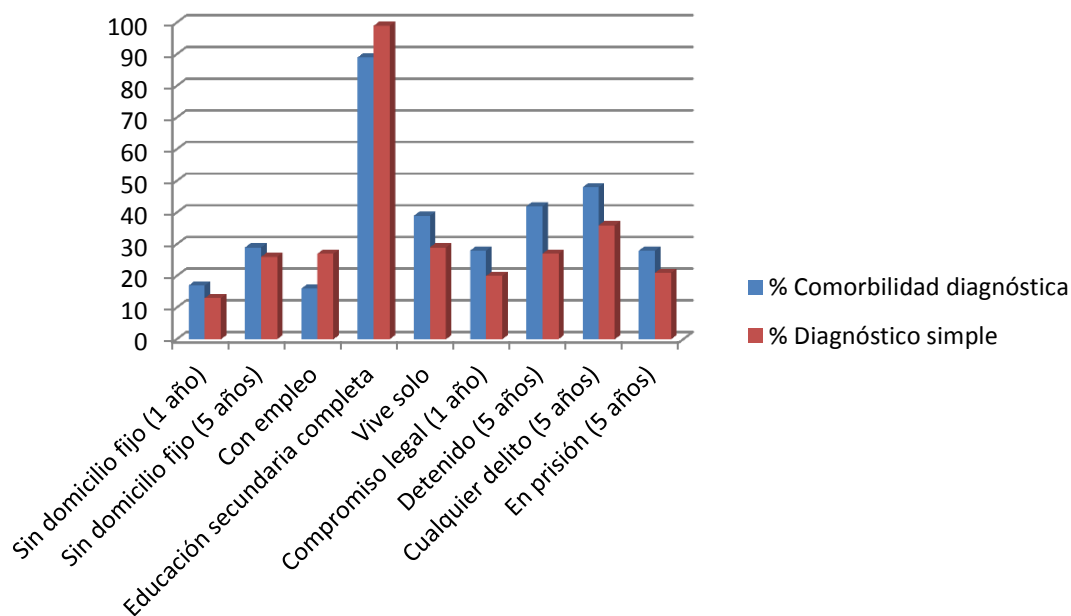
#### 4.2 Consumo de sustancias y psicosis: Impacto en el desempeño ocupacional y exclusión social.

**J. todd et al (2004)**<sup>21</sup> llevó a cabo un estudio de casos y controles sobre la exclusión social en la comunidad de los usuarios de salud mental y centros de drogodependencia, comparando usuarios con y sin comorbilidad diagnóstica. El estudio se realizó entre Noviembre de 2001 y Diciembre de 2002 en el sureste de Inglaterra.

La muestra estaba compuesta por usuarios con y sin patología dual de un centro de Salud mental y por usuarios con y sin patología dual de un

servicio especializado en drogas y alcohol. Se obtuvo un total de 1506 participantes, esto se hizo mediante una lista de todos los usuarios que habían recibido un programa de atención especializada en noviembre del 2000. La edad de los participantes estaba comprendida entre 18 y 65 años.

En Gráfico IV y el Gráfico V se muestran los resultados referentes a la exclusión social en los usuarios de los diferentes centros con y sin comorbilidad diagnóstica. Se evidencia que existe un mayor riesgo de exclusión social en aquellos usuarios con comorbilidad diagnóstica en comparación con los usuarios con un único diagnóstico. Estas diferencias son mucho más significantes en el grupo perteneciente al servicio de Salud Mental.



**Gráfico IV. Diferencias en la proporción de exclusión social entre usuarios con y sin comorbilidad diagnóstica en un centro de Drogas y Alcohol.**



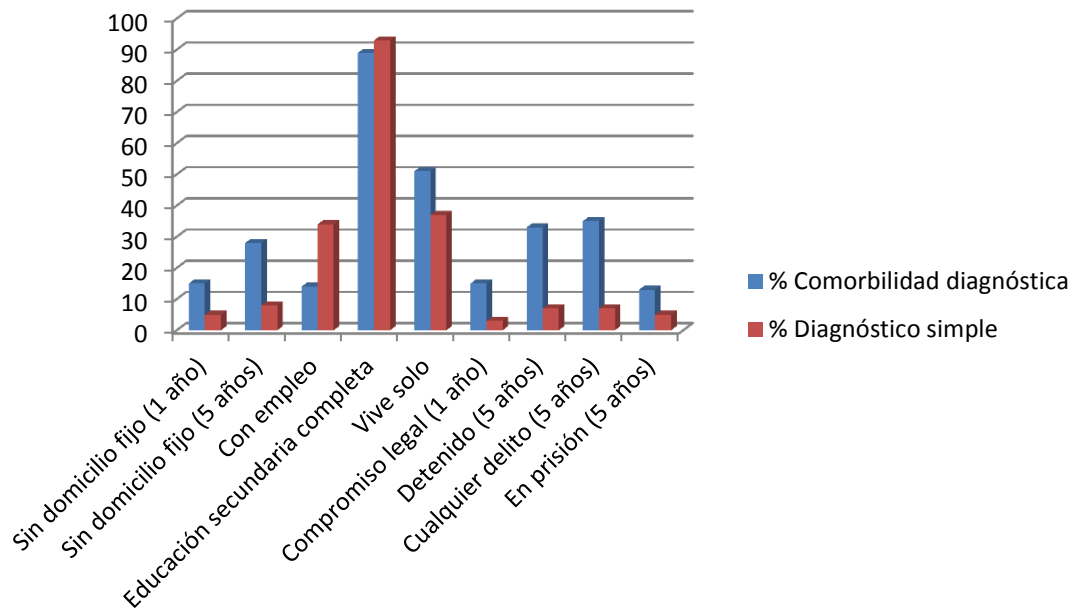


Gráfico V. Diferencias en la proporción de exclusión social entre usuarios con y sin comorbilidad diagnóstica en un servicio de Salud Mental.

Con el objetivo de centrarse en entender cómo afecta y cómo afectará en un futuro la psicosis temprana al desempeño ocupacional, el desarrollo e identidad ocupacional, **Brown (2010)**<sup>22</sup> ha realizado un estudio con el que pretende también, proponer prácticas para los terapeutas ocupacionales dirigidas a crear un compromiso ocupacional en los jóvenes con psicosis temprana.

En el estudio participaron 5 usuarios procedentes de un programa integral de intervención temprana en un hospital universitario. De los participantes 2 eran hombres y 3 mujeres, solo uno vivía solo y 3 trabajaban o iban al colegio a jornada completa. La mayoría mantenía relaciones familiares y con amigos. En cuanto al impacto que la psicosis tuvo en sus vidas, había una gran variedad de puntos de vista.

Los datos fueron recogidos mediante entrevistas realizadas por el investigador principal en una zona informal del departamento de Terapia Ocupacional. Tres de las entrevistas fueron llevadas a cabo con cada participante durante 2 semanas con una duración de 45 a 90 minutos.

La mayoría de los participantes relataron que con la aparición del primer episodio psicótico, han sufrido fracaso escolar, dificultad para mantener las amistades y salir a eventos sociales o dificultades a la hora de la realización de AVD. Todos los usuarios dicen sentirse competentes para vivir su vida de forma independiente, inicialmente los 5 mantenían su trabajo a tiempo completo.

Para Brown, hay tres claves para la práctica de Terapia Ocupacional: Utilizar un marco de desarrollo, reforzar los roles productivos aprendidos y la necesaria aplicación de la práctica centrada en el cliente.

### 4.3 Intervención desde Terapia Ocupacional en primer episodio psicótico.

El objetivo principal del estudio llevado a cabo por **S.Major et al (2010)**<sup>23</sup> fue investigar la efectividad de una intervención profesional especializada dirigida por un Terapeuta Ocupacional llamada VIBE (Vocational Support Within Early Intervention), con el fin de que los usuarios logren una recuperación profesional después del primer episodio psicótico. Se definió primer episodio psicótico como la presencia de síntomas psicóticos durante al menos una semana y con necesidad de atención médica.

La intervención VIBE se llevó a cabo en dos servicios de zonas étnica y socioeconómicamente diferentes del centro de Londres (Camden & Islington), comparando los resultados de actividad profesional en el momento de inicio del estudio y en los 12 meses posteriores. Los datos fueron recogidos mediante cuestionarios y entrevistas estructurados.

Los resultados obtenidos en Camden se muestran en el Gráfico VI.

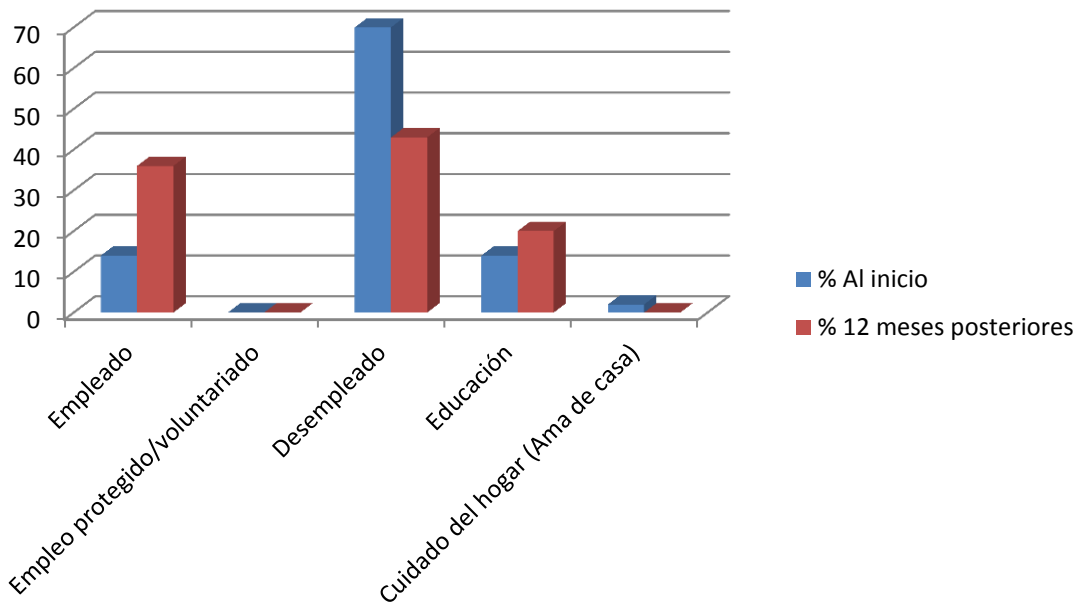


Gráfico VI. Proporción de la actividad profesional al inicio del estudio y durante los 12 meses posteriores en CAMDEN.

Los resultados que se obtuvieron en Islington aparecen en el Gráfico VII

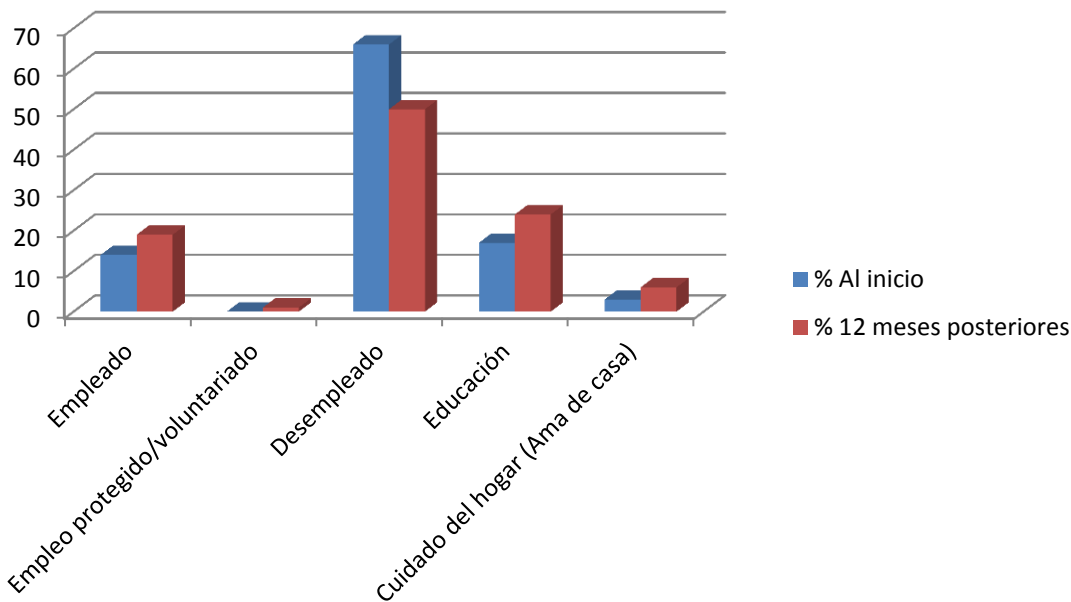


Gráfico VII. Proporción de la actividad profesional al inicio del estudio y durante los 12 meses posteriores en Islington.

Los resultados evidenciaron que una intervención temprana para la recuperación de la actividad laboral, en el primer episodio psicótico es efectiva.

**S. COOK et col (2009)**<sup>24</sup> ha realizado un estudio con el fin de investigar la eficacia de la intervención de Terapia Ocupacional en personas con episodios psicóticos.

En el estudio participaron 44 personas y se llevó a cabo en dos servicios de salud mental al norte de Reino Unido. El método consistió en asignar al azar un tratamiento habitual (1 de cada 3) y un tratamiento de terapia ocupacional junto con la atención habitual (2 de cada 3).

Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa en el grupo que recibió Terapia Ocupacional mostrando una mejoría en las relaciones sociales e independencia y una mejora de los síntomas negativos. En cuando al grupo con el tratamiento habitual no aparecieron diferencias estadísticamente significativas.

En el estudio de **I.García Cabeza et col (2011)**<sup>25</sup> el objetivo principal fue evaluar la eficacia de un programa terapéutico grupal en usuarios con un primer episodio psicótico.

Fueron incluidos 37 usuarios ingresados con un primer episodio psicótico en el Hospital General Gregorio Marañón, con edades comprendidas entre 18 y 45 años. 12 de los usuarios asistieron al programa de terapia grupal mientras que 25 recibieron el tratamiento convencional. La intervención de terapia grupal consistió en un programa con una duración de entre 2 a 5 años, durante 90 minutos y complementada con sesiones individuales al menos una vez al mes.

En el momento de ingreso se realizó una evaluación mediante un protocolo que incluía datos de psicopatología, funcionamiento global y adaptación a través de un cuestionario semiestructurado. Toda la

información se obtuvo de entrevistas con la familia, el usuario y el propio médico psiquiatra que se encargaba de su seguimiento y tratamiento.

Los resultados del estudio mostraron una eficacia de la terapia grupal en lo pacientes con primer episodio psicótico en cuanto a mayor grado de insight, motivación por el tratamiento, relaciones personales, anclaje a objetivos y autonomía. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ingresos, a pesar de que de los usuarios que recibieron tratamiento convencional 7 necesitaron ingreso, frente a ninguno del grupo que asistió a terapia grupal.

En cuanto al cumplimiento farmacológico, en los usuarios que asistieron al programa hubo una mejor respuesta y necesidad de dosis más bajas. Aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la reducción de síntomas positivos a los 6 años.

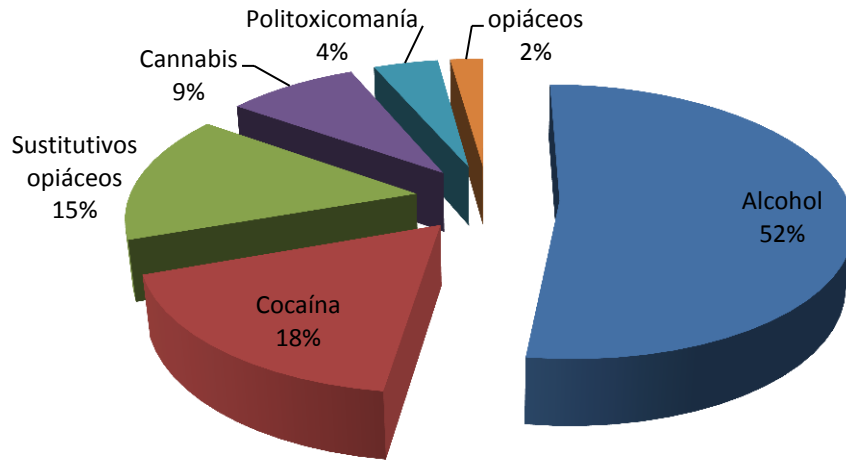
**Colomer Rodriguez, MC (2011)**<sup>11</sup> ha llevado a cabo un estudio con el objetivo de poner en marcha una herramienta que permita evaluar las AVD en personas con adicciones. La finalidad de esta herramienta es llevar a cabo un entrenamiento en las habilidades de autocuidado y autonomía personal para un mejor control de la vida diaria.

La recogida de datos se hizo mediante escalas frecuentes de evaluación; Índice de Katz, Barthel y Lawton o escalas como MEDLS, KELS o RTI-2. La Escala de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria en Adicciones (EAVDA CAD 1) estaba formada por tres apartados:

- ABVD (5 ítems: higiene, vestido, alimentación, descanso, salud)
- AIVD (8 ítems: cuidado espacio personal, cuidado casa, cuidado de otros, cocina, ropa, comunicación, transporte, manejo del dinero)
- AAVD (3 ítems: manejo del tiempo, gestiones en la comunidad, mantenimiento del hogar).

La escala se aplicó de forma individual a los 50 usuarios entre 17 – 57 años de la muestra.

Los resultados en cuanto al consumo se pueden ver en el Gráfico VIII.



**Gráfico VIII. Proporción de consumo.**

En un 22% de la muestra aparecieron alteraciones en el desempeño de las ABVD, en especial en los ítems de alimentación y descanso (34%), mientras que la imagen personal e higiene ya presentan mejoría en los dos primeros meses de abstinencia.

En cuanto a las AIVD había alteraciones en un 37% de los usuarios y se ha demostrado que hay una fuerte influencia del entorno. No estar independizado y viviendo en el domicilio familiar tuvo cifras bajas en cuanto a autonomía personal; un 24% no cuidaba su espacio personal y hasta un 41% no tenían las destrezas para cocinar o cuidar la ropa. Un 63% de los usuarios tuvo dificultades en la administración del dinero y un 45.6% en el manejo del tiempo.

Mediante actividades con objetivos realistas, gratificantes para la persona y con objetivos a corto y largo plazo se puede mejorar la competencia en la autonomía de la persona que permita al usuario una vida con equilibrio ocupacional entre autocuidado, ocio y tiempo libre y acción productiva.

## 5. Discusión

Los resultados obtenidos muestran que el consumo de drogas está fuertemente relacionado con la salud mental. Un alto porcentaje de los usuarios de este ámbito consume alguna sustancia tóxica. Además, varios estudios reflejan que el abuso de drogas ejerce una gran influencia en la aparición precoz del primer episodio psicótico, así como en su curso. Estos estudios observan un peor pronóstico y también un peor cumplimiento del tratamiento farmacológico.<sup>10,15-19</sup>

La edad media de inicio de consumo es a los 15 años.<sup>15,16</sup> En todos los estudios encontrados, se muestra una mayor incidencia en el género masculino, siendo los hombres los que más consumo o dependencia tienen de sustancias, en comparación con las mujeres.<sup>16-20</sup> Con respecto a las sustancias más utilizadas, en la mayor parte de los estudios se evidencia que el alcohol y el cannabis son las drogas con mayor índice de consumo en la sociedad en general, seguidas de las anfetaminas.<sup>10,11,16,17,19,20</sup>

Los resultados de las investigaciones de Barnett et al. 2007<sup>16</sup> y Palma Sevillano et al. 2005<sup>10</sup> muestran que en los 30 días previos al ingreso un 29% de los usuarios ha consumido alguna droga y un 23.2% ha aumentado su consumo. Esto refleja la relación que existe entre un mayor consumo de drogas en los usuarios con primer episodio psicótico, un peor pronóstico de la enfermedad y curso negativo con reingresos frecuentes.<sup>10,16</sup>

Dentro de esta relación entre consumo de sustancias y salud mental, Palma Sevillano et al. 2005<sup>10</sup>, Degenhardt et col. 2012<sup>15</sup> y Katz et al. 2008<sup>20</sup> sugieren con sus estudios que la esquizofrenia es el trastorno más común entre el consumo de drogas. Estas afectan de forma notable y negativa a su pronóstico, contribuyendo a una aparición prematura del primer episodio psicótico.<sup>10,15</sup>

En la comunidad hay factores que influyen en el consumo de sustancias y aparición de un primer episodio psicótico. Gente joven, soltera, con bajos niveles educativos, una fuente de ingresos muy baja o que vive en la calle tienen un riesgo mucho mayor de abuso o dependencia de sustancias, así como de un posterior diagnóstico de patología dual. Otros factores de riesgo importantes son las experiencias vividas en la niñez o en la adolescencia. Personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia, maltratos, han tenido problemas de conducta, conflictos familiares o viven en entornos negativos y conflictivos son propensas a vivir estas situaciones.<sup>15,18,20</sup>

Todo esto, genera un desequilibrio ocupacional que interfiere en las ocupaciones y el desempeño de la persona.<sup>11,21,22</sup> Los resultados del estudio realizado por J.Toood et al. 2004<sup>21</sup> muestran una mayor exclusión social, un aumento de los índices de pobreza y una fuerte relación en cuanto a problemas con la justicia. Casi todos los usuarios tienen dificultades a la hora de buscar o mantener el empleo y cuentan con altas tasas de abandono y fracaso escolar.<sup>21</sup> Esto sucede aun cuando las personas manifiestan la necesidad de tener trabajo y creen sentirse perfectamente capacitados para mantenerlo. Lo mismo ocurre en relación a los estudios, aunque aquí el factor negativo es debido a las alteraciones que se producen a nivel cognitivo.

Por otra parte, el estudio llevado a cabo por Brown, J. 2010 coincide con lo mencionado anteriormente, la dificultad para mantener las relaciones familiares o sociales en estos usuarios es muy grande, se produce un aislamiento de la persona, dejando de asistir a eventos, actividades que solía hacer y distanciamiento de sus amistades o pareja.<sup>22</sup>

En lo referente a las AVD, en los resultados se observa que hay una alteración en el desempeño de las ABVD. Las actividades cotidianas más destacadas son la alimentación, el autocuidado y el descanso. La imagen corporal y la higiene, son las primeras en mejorar después de dos meses de abstinencia. La administración del dinero, la utilización del tiempo y el



descuido en el hogar son las AIVD donde hay más alteración. Las personas que viven en el domicilio familiar muestran una mayor dependencia y pérdida de autonomía.<sup>11,22</sup>

Las intervenciones desde Terapia Ocupacional, en los estudios, se muestran como eficaces para una recuperación del equilibrio ocupacional entre el autocuidado, ocio y tiempo libre y la acción productiva.

Los usuarios que asisten a Terapia Ocupacional frente a los que reciben intervenciones convencionales tienen una mayor recuperación laboral y social. Éstos consiguen mantener un empleo y recuperar su vida en la comunidad, las relaciones familiares y de amistad. En relación a los síntomas, los usuarios de Terapia Ocupacional muestran una mejoría en los síntomas negativos y una reducción de los síntomas positivos a los 6 meses, así como un mayor grado de insight. Las personas que asisten únicamente a las intervenciones convencionales, tienen menos motivación, mayor número de recaídas, menor cumplimiento del tratamiento y necesitan dosis más altas que los que pertenecen al grupo de Terapia Ocupacional. Por último, en lo relativo a la dependencia, el grado de independencia en las personas que acuden a Terapia Ocupacional es significativamente mayor que aquellas que reciben una intervención convencional, mostrando un mayor anclaje a objetivos y autonomía personal.<sup>11,22-25</sup>

Para ello, las intervenciones de Terapia ocupacional según Brown, J 2010 tiene que estar centradas en un marco de desarrollo, en el refuerzo de los roles productivos aprendidos y la práctica centrada en el cliente. Las sesiones se realizan mediante actividades gratificantes con objetivos realistas a corto y largo plazo y desde la prevención, evitando el consumo de drogas o alcohol.<sup>11,22,23</sup>

Después de la revisión de los artículos y su posterior análisis se sugiere la necesidad de aumentar el número de estudios sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en Patología dual.

## 6. Conclusiones

La revisión bibliográfica realizada muestra que hay una fuerte relación entre el consumo de sustancias con la aparición, el curso y el pronóstico de los trastornos mentales incrementando notablemente la gravedad del primer episodio psicótico y su aparición precoz.

Además se observa que un abuso de consumo de sustancias conlleva a alteraciones en el desempeño ocupacional afectando a las actividades cotidianas de la persona. Las intervenciones de Terapia Ocupacional han demostrado ser efectivas en la mejoría de la independencia y en el equilibrio ocupacional de los usuarios con patología dual.

Por último, se concluye que es necesaria la presencia de un Terapeuta Ocupacional en los programas de salud mental dirigidos a mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

## 7. Agradecimientos

A mi tutora María Calvo Leira por la ayuda y los ánimos para poder realizar este trabajo.

A mis padres, mi hermano y en especial a mi abuela, por darme siempre su apoyo, sus ánimos y por confiar siempre en mí. Gracias también por sus esfuerzos, sin ellos nunca conseguiría llegar a hacer lo que realmente me gusta y a ser la persona que soy.

Por supuesto, gracias a mis amigos por aguantarme en los momentos de agobio, ayudarme a seguir cuando las cosas se ponían difíciles y estar ahí siempre para disfrutar cada minuto de la vida.

## 8. Bibliografía

1. Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
2. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruiz de Azúa Velasco M. Adicciones. Barcelona: Elsevier; 2011.
3. Jimeno Bulnes N. Drogas y enfermedad Mental: Un estudio sobre las esquizofrenias y psicosis tóxicas. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico Universidad de Valladolid; 1995.
4. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruix de Azúa Velasco M. Patología dual. Barcelona: Elsevier; 2010.
5. Hall W., Degenhardt L. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Lancet. 2012; vol. 379: p 56 – 57.
6. Tood J., Green G., Harrison M., Ikuesan B. A., Self C., Baldacchino A. & Sherwood S. Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2004; vol. 11: p 48 – 49 - 51.
7. Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008; vol. 20.num 4: p 316 - 317.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed – TR. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
9. Martínez González, J.M. Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. Papeles del psicólogo. 2011; vol. 32(2): p 169.
10. Palma Sevillano C., Cañete Crespillo J., Farriols Hernando N., Soler Llobet F., Julià Zapata J. Primeros episodios psicóticos: Características clínicas y patrones de consumo de sustancias en

- pacientes ingresados en una unidad de agudos. Anales de Psicología Universidad de Murcia. 2005; vol. 21 (2): p 286 – 287.
11. Colomer Rodríguez MC; Cabellos Velasco AI.; Bustos Diaz MA. Desempeño ocupacional e importancia de las AVD en el tratamiento de personas adictas. Revista Socidrogalcohol. 2011; p 52.
  12. Bellido Mainar, JR. La atención a la Psicosis Incipiente: Rol de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009; Vol. 6, Supl.5 p 263 – 282. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/psicosispdf>
  13. Rubio Arribas, FJ. El consumo de drogas como un desencadenante más en el origen de la enfermedad mental. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 2006; vol. 13.
  14. Nieto Monteagudo, J. Trastorno de la personalidad y consumo de sustancias. Revista Socidrogalcohol. 2011; p 87.
  15. Saha, S., G Scott, J., Varghese, D., Degenhardt, L., Slade, T. and J McGrath J. The association between delusional-like experiences, and tobacco, alcohol or cannabis use: a nationwide population-based survey. BMC Psychiatry. 2011; 11:202.
  16. H. Barnett, J., Werners, U., M. Secher, S., E. Hill, K., Brazil, R., Masson, K et al. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. BJP. 2007; 190:515 – 520.
  17. Weich, L., Pienaar, W. Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. Afr J Psychiatry. 2009; 12:213 – 217.
  18. Swartz, M., Ryan Wagner, H., Swansin, J., Stroup, T., McEvoy, J., Canive, JM et al. Substance use in persons with Schizophrenia. JNMD. 2006; 194(3):164 – 172.
  19. Pawsey, B., Castle, D. Substance use and psychosis. AFP. 2006; 35(3):110 – 112.

20. Katz, G., Durst, R., Shufman, E., Bar-Hamburger, R. and Grunhaus, L. Substance Abuse in Hospitalized Psychiatric Patients. *IMAJ*. 2008; 10:672 – 675.
21. Tood J., Green G., Harrison M., Ikuesan B. A., Self C., Prevalin J., Baldacchino, A. Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004; 39:581 – 587.
22. Brown, J. Talking about life after early psychosis: The impact on occupational performance. *CJOT*. 2011; 78(3):156 – 163.
23. Major, B., Hinton, M., Flint, A., Chalmers-Brown, A., McLoughlin, K., Johnson, S. Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2010; 45:1 – 8.
24. Cook, S., Chambers, E., and Coleman, J. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings. *Clinical Rehabilitation*. 2009; 23:40 – 52.
25. García Cabeza, I., González de Chávez, M. Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011; 31(110):243 – 253.