

EVALUACIÓN CUALITATIVA DE UN PROGRAMA PSICOSOCIAL DE GESTIÓN DEL TIEMPO LIBRE EN UN GRUPO DE PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y CON PATOLOGÍA DUAL

QUALITATIVE ANALYSIS OF A PSYCHOSOCIAL PROGRAM OF LEISURE-TIME MANAGEMENT IN A GROUP OF DRUG-ADDICTS AND WITH DUAL PATHOLOGY

Cristina Guerra¹, Fran Calvo^{1,2}, Simón García-Ventura³ y Xavier Carbonell⁴

¹Facultat d'Educació i Psicologia, Universitat de Girona, Barcelona, España

²Grupo de investigación en Salud Mental y Adicciones, IdIBGi, Institut d'Assistència Sanitària

³Universitat Abat Oliba CEU, Barcelona, España

⁴Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

Abstract

Introduction. Psychosocial treatment is an essential part of therapeutic process of patients with dual pathology diagnoses. One of the key elements in this type of interventions is the reconstruction of free and leisure time of the patients because persons with drug dependence diagnoses use this time to drug consumption frequently. *Objective.* This study aims to explore two relevant issues in a group of patients with dual pathology: first, to analyse the management of the free time and the elements that facilitate or make difficult this ability; second, to explore their vision of the program and their proposals of improvement. *Results.* The qualitative analysis indicated that the social network is the factor that improves an adequate management of free and leisure time. The participation in activities of the ambulatory care service improves the reconstruction of the social network. Lack of information and time compromises make difficult the participation of patients. *Conclusions.* Participants described the importance of improve the communication with the service and with the professionals. Clinical implications of the results were described.

Keywords: adherence, dual pathology, mental health, psychosocial treatments, leisure.

Resumen

Introducción. El tratamiento psicosocial es una parte esencial del proceso terapéutico en patología dual. Uno de los elementos clave en este tipo de intervenciones es la reconstrucción del tiempo de ocio del paciente ya que, en personas consumidoras, se emplea frecuentemente para consumir sustancias. *Objetivo.* Este estudio tiene como objetivo explorar, en un grupo de pacientes con patología dual, la gestión del tiempo de ocio y los elementos que favorecen o dificultan dicha habilidad y su visión del programa psicosocial al que acuden, así como conocer sus propuestas de mejora. *Resultados.* El análisis cualitativo indica que la existencia de una red de apoyo tanto formal como informal es el factor que más favorece una adecuada gestión del tiempo de ocio. La asistencia y participación en las actividades del servicio ambulatorio posibilita que los usuarios construyan una red social de apoyo informal. La falta de información y la incompatibilidad horaria dificultan dicha participación. *Conclusiones.* Los usuarios creyeron importante mejorar la comunicación y contar como más profesionales de atención directa. Se describen las implicaciones clínicas de los resultados del estudio.

Palabras clave: adherencia, patología dual, salud mental, tratamientos psicosociales, ocio.

Los tratamientos psicosociales son intervenciones rehabilitadoras que se incluyen en el enfoque holístico del tratamiento en salud mental. Tienen como objetivo el entrenamiento y desarrollo de habilidades, capacidades y competencias de las personas, en relación a su funcionamiento cotidiano a nivel social y con un gran impacto en el entorno, articulándose en programas individuales, grupales o comunitarios (GDT, 2009).

El tratamiento psicosocial es una parte esencial del proceso terapéutico en salud mental y adicciones y, juntamente con el farmacológico, favorece la recuperación de la persona que se encuentra en proceso de cambio para promocionar hábitos de vida saludables (Rössler, 2006). En centros ambulatorios dirigidos a la atención integral de personas con patología dual -comorbilidad psiquiátrica entre un trastorno mental y otro trastorno mental por uso de sustancias (Madoz-Gúrpide, Vicent, Fuentes, & Mangado, 2013)-, parte de la intervención psicosocial se basa en la reconstrucción del tiempo libre o tiempo de ocio del paciente, que ha de aprender a gestionar el proceso de abandono de la sustancia, especialmente en las primeras fases de abstinencia. El ocio saludable ha demostrado tener un efecto muy positivo en la salud mental (Ohta, Mizoue, Mishima, & Ikeda, 2007) y, por lo tanto, su aplicación en forma de intervención psicosocial promueve estos beneficios en población clínica (Paluska & Schwenk, 2000). La adherencia en estas fases iniciales del tratamiento es un factor decisivo en la recuperación de los pacientes y la capacidad de retención y prevención del abandono es un desafío fundamental para este tipo de servicios (Calvo, Costa, & Valero, 2016).

Abandono y adherencia a los tratamientos psicosociales

El abandono de los tratamientos psicosociales se asocia a una peor recuperación, una mayor tasa de recaídas, interrupciones en el tratamiento farmacológico, deterioro general y al uso insuficiente de los recursos de salud mental que, en consecuencia, repercute en un aumento de la carga social, incluyendo costes elevados de salud, ocupacionales y académicos (Gearing, Townsend, Elkins, El-Bassel, & Osterberg, 2013).

La adherencia al tratamiento psicosocial, por otro lado, reduce la recurrencia hospitalaria, disminuye la carga de la enfermedad, promueve la adherencia farmacológica y disminuye el deterioro asociado al

diagnóstico en salud mental y adicciones (Martí Esquitino, Carballo, Carceles, & García, 2012). Más allá de la retención producida por la toma de fármacos opiáceos como la metadona, no existe una evidencia concluyente sobre qué tipo de intervenciones psicosociales facilitan más la retención o previenen más el abandono (Timko, Schultz, Cucciare, Vittorio, & Garrison-Diehn, 2016), aunque existen tres elementos esenciales que la promueven: la asistencia, la participación activa en las sesiones y la realización de tareas terapéuticas acordadas entre sesión y sesión (Gearing et al., 2013).

El abandono de los tratamientos psicosociales en centros de tratamiento ambulatorios es elevado, superando el cincuenta por ciento a los dos meses desde el inicio de la intervención (Calvo et al., 2017). La distancia entre la oferta de la institución y las necesidades de los pacientes es un factor de riesgo de abandono prematuro (Calvo & Carbonell, 2018) por lo que contar con la opinión de pacientes en el diseño y evaluación de las intervenciones psicosociales es de gran relevancia, convirtiendo a los usuarios en agentes activos del proceso (Armayones et al., 2015).

En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo conocer la gestión del ocio y los elementos que facilitan o dificultan la adherencia a un programa psicosocial en un centro de salud mental y adicciones ambulatorio, así como las propuestas de mejora del programa por parte de los participantes en él.

MÉTODO

Participantes

A partir de un muestreo no probabilístico de conveniencia, se reclutó una muestra de 16 pacientes integrantes de dos grupos psicoeducativos de gestión del tiempo de ocio, ofertados por un servicio ambulatorio de salud mental y adicciones de una ciudad de la provincia de Barcelona (España). Este servicio ofrece un tratamiento integral ambulatorio según las particularidades de cada individuo y sus necesidades, pero comparte la atención biopsicosocial y el objetivo integral de mejorar su calidad de vida. Los dos grupos de participantes estaban diferenciados según el estadio de tratamiento. El primero es un grupo de reducción de daños de alta exigencia (PRDAE) y sus integrantes están

en la primera fase de abstinencia. El segundo grupo forma parte del programa de reinserción (PR): sus miembros tienen una abstinencia más consolidada y se encuentran en una fase de inserción social más avanzada. El grupo PRDAE contó con 9 participantes y el grupo PD, con 7. Así, a los dos grupos focales asistieron un total de 16 usuarios: 12 fueron hombres y 10 estaban en tratamiento por policonsumo de drogas, siendo la cocaína (n = 12) y el alcohol (n = 11) las más prevalentes. Un total de 12 participantes estaban diagnosticados de patología dual. En la Tabla 1 se pueden consultar los datos descriptivos de la muestra.

Tabla 1. Descriptivos de la muestra

Variables (n,%)	Tipo grupo terapia		Total (n = 16)
	PRDAE ^a (n = 9)	PR ^b (n = 7)	
Sexo			
Hombre	6 (37,5)	6 (37,5)	12 (75)
Mujer	3 (18,7)	1 (6,3)	4 (25)
Drogas de abuso			
Cocaína	7 (43,8)	5 (31,2)	12 (75)
Alcohol	7 (43,8)	4 (25)	11 (68,8)
Opiáceos	0 (0)	1 (6,3)	1 (6,3)
Cannabis	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,6)
Benzodiazepinas	0 (0)	1 (6,3)	1 (6,3)
Policonsumo	5 (31,2)	5 (31,2)	10 (62,4)
Trastorno mental severo	7 (43,8)	5 (31,2)	12 (75)

^aPrograma de reducción de daños de alta exigencia

^bPrograma de reinserción

Procedimiento

El estudio se desarrolló en dos fases para cada grupo. El objetivo de la primera fase fue detectar las necesidades de los usuarios sobre su tiempo de ocio. A este fin, la primera autora asistió a las sesiones de grupo ordinarias del programa de tratamiento y explicó de forma detallada los objetivos del estudio. Todos los pacientes aceptaron participar en él. Estos grupos se llevaron a cabo dos veces por semana durante dos meses. En ellos se realizó la intervención psicosocial a la que estaban adscritos y la investigadora recapituló datos sobre sus necesidades. Las sesiones tenían una duración de dos horas y se realizaron los lunes y viernes, coincidiendo así con el día posterior y previo a las actividades de ocupación del fin de semana. Se priorizó la detección de necesidades de los pacientes sobre su

tiempo de ocio para diseñar la segunda fase de investigación.

Una vez detectadas dichas necesidades, se desarrolló la segunda fase del estudio, empleando la metodología de grupos focales con los usuarios del centro. Es decir, con la información sobre las necesidades y preferencias sobre el tiempo de ocio de los participantes recogida en la primera fase, se diseñó y realizó la segunda fase para conformar la totalidad del estudio. Las preguntas planteadas a los participantes se formularon en base a la información recogida en la primera fase. Los dos grupos focales se llevaron a cabo en mayo del año 2018, con un espacio de dos semanas entre uno y otro. Las sesiones se realizaron en el propio centro, en una sala polivalente, con una duración de dos horas. Para que el grupo focal fuera más dinámico y facilitar la participación de los asistentes, se desarrolló una actividad escrita para conocer qué entendían los usuarios por el concepto ocio (e.g. *¿Qué entendéis como ocio?*) y qué actividades de ocio realizaban en su vida cotidiana (e.g. *¿Cómo describiríais vuestro ocio actualmente?*) A partir de la reflexión escrita de cada participante se desarrollaron los grupos focales y se registraron en audio los resultados. En primer lugar, las preguntas fueron enfocadas en torno al concepto de ocio y qué entendían las propias personas participantes al respecto. En segundo lugar, se preguntó por el ocio de cada participante invitándoles a concretar de manera individual las actividades de ocio que llevaban a cabo en su vida cotidiana.

Finalmente se preguntó a los participantes sobre los factores que influyeron en su elección de participar y de continuar en la oferta terapéutica psicosocial y qué elementos creían que podían dificultar la participación de otros usuarios del centro. Toda la información obtenida de este estudio fue transcrita y categorizada por la primera autora. La categorización fue definida previamente a la recogida de datos.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis cualitativo del contenido, identificando las categorías por temáticas y subtemáticas. El análisis gira en torno al grupo focal analizado y en las respuestas que las propias personas dieron en el grupo de discusión. Los resultados están clasificados según las preguntas realizadas y agrupados según las respuestas más comunes de los usuarios.

Consideraciones éticas

Este estudio ha seguido el procedimiento ético para investigación con seres humanos, definidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (General Assembly of the World Medical Association, 2014). Los usuarios participaron voluntariamente, de forma anónima y dieron su consentimiento informado aceptando que sus intervenciones podían ser mostradas de forma explícita como resultado de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los grupos focales se clasificaron en dos grandes bloques. En el primer bloque se incluyó su concepto y gestión del ocio y, en el segundo, aquellos factores que, según ellos, aumentaban o disminuían la adherencia al programa psicoeducativo.

Concepto y gestión del ocio

En el Anexo se muestra el concepto de ocio que los participantes expresaron en los grupos focales, así como el tipo de actividades que realizaban. Algunas de las actividades de ocio programadas fueron: dar un paseo, ir al cine y escuchar música. Ocho pacientes explicaron que realizaban actividades de tipo discontinuas, es decir, actividades puntuales.

Un total de 15 participantes refirieron no saber gestionar su tiempo de ocio, a pesar de que muchos comentaron su importancia para la mejora en su proceso de desintoxicación (n = 10). Algunos de los factores expresados que dificultaban dicha gestión fueron: la falta de compañía "saludable" (alejada del entorno de consumo) para realizar actividades (n = 10), realizar actividades de ocio solos (n = 7) falta de motivación (n = 10), la monotonía del proceso terapéutico y de las actividades propuestas por el centro ambulatorio (n = 6), no saber qué tipo de actividades hacer (n = 4), o tener otras prioridades, como cubrir necesidades básicas (n = 2).

Ahora tengo mucho tiempo libre y no sé qué hacer, antes mi día a día giraba en cómo iba a conseguir la cocaína. (Paciente 4, hombre, 50 años).

Tengo muchas cosas a hacer en casa pero busco excusas para no hacerlas y estar tumbada en el sofá. No tengo motivación para hacer las cosas ni de salir. (Paciente 8, mujer, 42 años)

Cada día para mi es igual y me agobio. No veo que avance. ¡Quiero que sea ya! Si no estoy con mis familiares no hago nada, pero no veo que (nada) cambie y necesito cambios rápidos. (Paciente 11, mujer, 27 años)

Las rutinas las tengo que ir rompiendo, no las soporto aunque haga cosas que me gusten mucho. Con las faenas me pasa lo mismo, no duro nada en el trabajo porque me acabo cansando y no cumpla con la rutina de los horarios. (Paciente 2, mujer, 38 años).

Según expresaron los participantes, llevar a cabo actividades en compañía de familiares o amigos (n = 4) y la asistencia al centro ambulatorio (n = 10) eran factores que facilitaban la gestión y el aprovechamiento del tiempo de ocio. También comentaron que el tratamiento en el centro de rehabilitación formaba parte de su tiempo de ocio y que era una forma de sentirse ocupados.

Siempre salgo a andar en compañía, normalmente con mi madre o alguna amiga. Si no tengo quién me acompañe y tengo que ir sola, ya tengo justificación para no ir y no hacer nada en todo el día. (Paciente 10, mujer, 45 años).

Mi día a día consiste en venir al centro. Por la mañana voy a terapia y por la tarde hago las actividades del Club Social como taichí, arte terapia... (Paciente 9, hombre, 32 años).

Factores que aumentan o disminuyen la adherencia al programa psicoeducativo

Nueve de los doce pacientes que participaban de forma regular en las actividades de tiempo de ocio del centro al inicio del estudio, abandonaron. Los participantes que mantenían la vinculación al servicio ambulatorio expresaron sentirse cómodos en el centro y haber establecido lazos fuertes con el resto de usuarios (n = 8), realizando actividades de ocio con otros usuarios externas al servicio (n = 4). Según explicaron, antes de asistir al centro ambulatorio no tenían amistades "saludables".

Yo me entretengo mucho y me lo paso muy bien haciendo actividades, a más a más me siento muy bien con el grupo. (Paciente 4, hombre, 50 años).

En relación al conocimiento que tenían sobre las actividades de ocio del servicio ambulatorio, encontramos dos posturas diferenciadas según si participaban en las actividades de ocio regularmente o no. Los primeros pudieron compartir su experiencia y explicar el funcionamiento al resto de compañeros. Muchos de ellos explicaron que la experiencia era totalmente positiva y muy recomendable y que se encontraban muy cómodos (n = 8). Los que no participaban en las actividades de forma regular refirieron no disponer de la información necesaria sobre las actividades del centro (n = 7).

Me siento muy bien asistiendo en el centro, me levanto con ganas. (Paciente 6, hombre, 39 años).

A mí me gustaría hacer actividades en el centro, pero he empezado ahora y no sé cómo funciona. (Paciente 3, hombre, 52 años).

Sobre la adherencia a las actividades y los motivos por los que existe o no vinculación a la oferta terapéutica psicosocial del centro, un total de ocho participantes priorizaban el hecho de sentirse cómodos en el desarrollo de las actividades. Estos mismos participantes refirieron que realizando estas actividades se sentían ocupados y que de este modo no pensaban en el consumo de drogas. Además, el hecho de estar con otras personas compartiendo actividades y situaciones hacía que no se encontraran solos y que se sintieran productivos.

A mí me va muy bien estar con gente. Miro de tener el tiempo ocupado. He visto que hay mucho espacio de tiempo. Antes me lo pasaba todo en el bar y no era consciente del tiempo, pero ahora veo que hay mucho tiempo y que tengo que ocuparlo. (Paciente 7, hombre, 54 años).

Una participante que relacionaba su tiempo de ocio exclusivamente con el consumo de drogas explicó su inseguridad cuando está frente a otras personas y como esa inseguridad se relacionaba con el deseo de consumir.

Me agobia hacer cosas con la gente y la gente me acaba cansando. Relaciono hacer actividades con el consumo, pintar lo relaciono con estar consumida y hacer estas actividades me suponen un esfuerzo y no me lo paso bien, al contrario. (Paciente 2, mujer, 38 años).

Los participantes que no mantenían una vinculación con las actividades del centro mencionaron tener ganas de hacerlo, pero esgrimieron incompatibilidades horarias (n = 5) y cargas familiares (n = 10). Además, se puso en debate aquellos motivos por los que creían que los participantes solían abandonar las actividades que comenzaban. La mayoría de participantes refirieron tener dificultades para ser constantes en este tipo de actividades de ocio (n = 12). Un total de doce participantes comentaron sentirse muy inseguros e inestables emocionalmente como consecuencia de la sintomatología de su enfermedad mental que en muchas ocasiones requiere alejarse de las relaciones con otras personas para reducir la ansiedad de la exposición social.

A mí la bipolaridad se me diagnosticó una vez se me fue el problema del alcohol. No soy constante a causa de mi bipolaridad. Deje de fumar y a los 9 años volví a fumar. Deje de beber alcohol y a los 8 años volví a consumir. (Paciente 12, mujer, 49 años).

Los pacientes explicaron también el sentimiento de protección que tenían al realizar las actividades dentro del centro, diferenciándolas de las que realizaban en la comunidad (n = 16). Expresaron sentirse estigmatizados en las actividades fuera del centro y que ese sentimiento se atenuaba significativamente al realizar las actividades en el centro terapéutico.

Cuando estoy por el pueblo y voy al supermercado parece que todos me miran a ver si compro o no alcohol, y al final ya cojo y me voy a la ciudad a comprar para evitar estas situaciones. Y así en muchas situaciones, pero aquí en el centro me siento muy bien, me siento que puedo hablar de todo como no lo hago en ningún sitio. (Paciente 8, mujer, 42 años)

Finalmente, se invitó a los participantes a formular propuestas de mejora dirigidas al centro para mejorar su oferta de tiempo libre. Reportaron que les gustaría recibir más información de la oferta de actividades (n = 6) y que mejorar el canal de comunicación para transmitir dicha información era muy importante. También refirieron necesitar más profesionales de intervención directa para

sentirse acompañados al llevar a cabo estas actividades (n = 4).

Creo que la oferta es muy variada pero me gustaría tener más profesionales para poder realizar más actividades y más salidas. A veces no podemos realizar salidas por falta de espacio en la furgoneta. (Paciente 4, hombre, 50 años).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue explorar cómo un grupo de pacientes con patología dual gestionaba su tiempo de ocio y qué factores consideraban esenciales para participar y mantener su continuidad en la oferta terapéutica psicoeducativa de un servicio ambulatorio de recuperación psicosocial específico de salud mental y adicciones, así como recoger propuestas de mejora.

Cuando se inicia un proceso de tratamiento de la patología dual es recomendable incorporar intervenciones psicosociales complementarias a la terapia psicológica y farmacológica para facilitar el aprendizaje de hábitos más saludables, evitando conductas y rutinas relacionadas con el consumo y minimizar así el riesgo de recaída (Gearing et al., 2013). Se pone de manifiesto en este proceso la importancia de la ocupación del tiempo libre como sustituto del tiempo que se empleaba en la relación con la sustancia, tan característico de las adicciones y, por otro lado, tan exento de un marco científico de referencia que demuestre qué tipo de intervenciones terapéuticas, psicoeducativas y/o psicosociales son más adecuadas (Eguidazu, 2004).

Los participantes en esta investigación parecen tener una consideración pobre del concepto de tiempo de ocio y dificultades para gestionarlo de forma autónoma. Los propios participantes diferenciaron entre ocio no-saludable y ocio saludable explicando las dificultades y el esfuerzo que supone abandonar hábitos relacionados con el consumo de sustancias para adquirir un tipo de ocio saludable, duradero, motivador y normalizado (i.e. fuera de los canales que ofrece el centro de salud mental).

La existencia de una red de apoyo informal (i.e. familia y amigos) y formal (centro ambulatorio) parece ser

el factor que más favorece una buena gestión del tiempo de ocio de estos usuarios, así como un mayor bienestar personal. La asistencia al servicio ambulatorio implica, en muchas ocasiones, un aumento de la red de apoyo informal a través del establecimiento de nuevos lazos con otros usuarios, lo que revierte en una mejor gestión del tiempo libre. Sustituir un ocio que gira en torno al consumo por un ocio saludable requiere un importante esfuerzo por parte de las personas consumidoras (especialmente aquellas con patología dual) y puede generar malestar emocional. El malestar emocional (i.e., estrés) aumenta el riesgo de consumo o de recaída (Sinha, 2001). En este sentido, promover la vinculación de los usuarios a los servicios de intervención psicosocial es crucial para una buena evolución. La no adherencia al tratamiento psicosocial se asocia a la mala recuperación, la recaída, la no adherencia al tratamiento farmacológico, el deterioro y el uso insuficiente de los recursos de salud mental (Gearing et al., 2013). Sentirse cómodos, acompañados, no juzgados y establecer lazos fuertes con otros usuarios fueron elementos que aumentaban la vinculación y adherencia al servicio ambulatorio.

Los elementos que dificultaban, desde su punto de vista, la buena gestión del ocio la falta de una red de apoyo informal saludable (alejada del consumo) fueron realizar las actividades solos y la poca motivación, así como factores asociados a su trastorno psicopatológico. En relación a la vinculación al servicio ambulatorio, la percepción de disponer de información incompleta sobre la oferta del centro y las incompatibilidades horarias fueron elementos de dificultad (Calvo et al., 2016). Los usuarios consideraron importante que el servicio mejorase la comunicación de las actividades que oferta y la presencia de más profesionales de atención directa.

Aquellos usuarios que explicaron no conocer la oferta del centro donde asistían son personas en una fase de abstinencia en la que los profesionales consideran que no es conveniente aún empezar el programa de ocio. A pesar de ello, en línea con una atención centrada en la persona, resulta importante que los usuarios sean informados, desde el principio, del programa de tratamiento entero y las implicaciones y actividades que tiene cada fase (Bradley & Kivlahan, 2014).

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar no se presentaron las codificaciones de las categorías a los participantes para mejorar su validez. Por

otro lado, el número de participantes es limitado y en un contexto muy específico como para extrapolar resultados a otros contextos, aunque arroja luz en un campo de investigación poco estudiado como lo es el del ocio y tiempo libre en pacientes con patología dual. Por otro lado, futuras investigaciones con una muestra más amplia, requerirían un análisis según el momento de tratamiento y desde una perspectiva de género.

En conclusión, el ocio es un elemento esencial en el proceso terapéutico de personas con patología dual (Gizakia Fundazioa, 2012) y salvar la distancia entre la oferta terapéutica compensatoria y la autonomía plena de los pacientes es un reto para los servicios de atención ambulatoria en salud mental (Gorbeña, 2000). Los estudios cualitativos que reflejen la visión del usuario sobre los programas a los que asiste y sobre sus dificultades para desarrollar un tiempo de ocio sano ayudan a los profesionales y a los servicios a comprender mejor a las personas que atienden, así como a reflexionar sobre su práctica clínica y la oferta de actividades que realizan. Es por ello que son necesarios estudios similares a este, poniendo el centro de atención en el ocio o en otros aspectos de la intervención en pacientes con patología dual.

Agradecimientos

Gracias a Memi Martínez Adan y a todo el equipo de CADO de la Fundación CMPPO (Osonament) por facilitar el acceso a la muestra de este estudio.

REFERENCIAS

- Armayones, M., Boixadós, M., Gómez, B., Guillamón, N., Hernández, E., Nieto, R., ... Sara, B. (2015). Psicología 2.0: Oportunidades y retos para el profesional de la psicología en el ámbito de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 36(2), 153-160.
- Bradley, K. A., & Kivlahan, D. R. (2014). Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. *JAMA*, 311(18), 1861-1862. doi:10.1001/jama.2014.3629
- Calvo, F., & Carbonell, X. (2018). Using Facebook for improving the psychological well-being of individuals experiencing homelessness: Experimental and longitudinal study. *JMIR Mental Health*, 5(4). doi:10.2196/mental.9814
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giral, C., & Ramírez, M. (2017). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria* 50(8), 477-485. doi:10.1016/j.aprim.2017.06.006
- Calvo, F., Costa, J., & Valero, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(1), 41-55.
- Eguidazu, M. (2004). Intervenciones desde terapia ocupacional en salud mental, análisis bibliográfico basado en la evidencia. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia*, 12(22), 1-14.
- GDT. (2009). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave* | SALUD MENTAL ESPAÑA. Madrid. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/gpc-intervenciones-psicosociales-trastorno-mental-2759/>
- Gearing, R. E., Townsend, L., Elkins, J., El-Bassel, N., & Osterberg, L. (2013). Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 31-45. doi:10.1097/HRP.0000000000000005
- General Assembly of the World Medical Association. (2014). World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 14-8.
- Gizakia Fundazioa. (2012). *Buenas prácticas para la inserción social de personas con patología dual*. Vizcaya. Recuperado de http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Buenas_practica_s_patologia_dual.pdf
- Madoz-Gúrpide, A., Vicent, V. G., Fuentes, E. L., & Mangado, E. O. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4), 300-308.
- Martí, J., Carballo, J., Carceles, I., & García, A. M. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matrix en un centro público: un estudio piloto. *Health and Addictions: Salud y Drogas*, 12(2), 253-272. doi:10.21134/haaj.v12i2.5
- Ohta, M., Mizoue, T., Mishima, N., & Ikeda, M. (2007). Effect of the physical activities in leisure time and commuting to work on mental health. *Journal of occupational health*, 49(1), 46-52.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, 29(3), 167-180. doi:10.2165/00007256-200029030-00003
- Rössler, W. (2006). *Psychiatric rehabilitation today: an overview*. World Psychiatry, 5(3), 151-157.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359. doi:10.1007/s002130100917
- Gorbeña S. (ed) (2000). *Ocio y salud mental*. Bilbao. Recuperado de <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio14.pdf>
- Timko, C., Schultz, N. R., Cucciare, M. A., Vittorio, L., & Garrison-Diehn, C. (2016). Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *Journal of Addictive Diseases*, 35(1), 22-35. doi:10.1080/10550887.2016.1100960

ANEXO. Percepción del significado del tiempo del ocio entre los participantes

Participante	Respuestas	
	Qué es el ocio	Cómo ocupo mi ocio
1	Hacer lo que me gusta	Ir a pasear
2	Ocupar la mente, distraerme i divertirme	Yo no sé qué hacer en mi tiempo de ocio
3	Salir con gente que compartan una misma afición	Dedico poco tiempo al ocio
4	Salir de casa	Ir al cine
5	Disfrutar del tiempo libre	Tengo demasiado tiempo libre y no sé cómo gestionarlo
6	Ocupar el tiempo libre	Ir al centro terapéutico
7	Tiempo que nos queda entre obligaciones	Solo salgo para hacer deporte y muy poco tiempo
8	Pasarlo bien	Hago muchas cosas
9	Es un pasatiempo, hacer lo que quieras y te guste	Escuchar música, componer, navegar por internet, sexo...
10	Dedicación a actividades que te gusten hacer, que sean lúdicas, de salud, culturales.	Ir a caminar 1h al día
11	Son las cosas que hacemos en los ratos de tiempo libre, que nos gustan y nos llenan.	Mirar la tele y escuchar música
12	Actividades que hacemos en el tempo libre	Pasar buenos momentos con mi hijo e ir a hacer el café con una amiga
13	Tener tiempo ocupado con alguna cosa que nos guste	No tengo tiempo de ocio