



Máster Universitario en Drogodependencias.

Terapia Ocupacional Aplicada al Ámbito de las Drogodependencias:

***Tratamiento y Recaída están Ligados cuando no se Acompaña de la
Ocupación.***

Víctor Lamor Rodríguez.

Tutor Tesina:

Dr. Francisco José Navarro

2013-2015

Índice.

1. Introducción.....	4
2. Historia y Conceptualización de la Terapia Ocupacional.....	5
3. Desafíos del Terapeuta Ocupacional en Adicciones.....	10
3.1. Rol del Terapeuta Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	10
3.2. Revisión en Bases de Datos.....	11
3.3. Futuro de la Terapia Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	15
4. Conceptos Fundamentales y Modelos de Terapia Ocupacional.....	16
4.1. Conceptos Claves en Terapia Ocupacional.....	16
4.2. Modelos de Práctica de Terapia Ocupacional.....	17
4.2.1. Modelo Ocupación Humana.....	17
4.2.2. Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.....	19
4.2.3. Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional.....	22
5. Reconstruir una personalidad Saludable.....	26
5.1. Estigma y Exclusión Social de Personas con Problemas de Adicciones.....	26
5.2. Desempeño Ocupacional y Calidad de Vida Personas con Problemas de Adicciones.....	28
6. Disfunción Ejecutiva en Personas Drogodependientes y Terapia Ocupacional.....	32
7. Proceso de Evaluación Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	35
7.1. Definición de Evaluación Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	35
7.2. Etapas y Procedimientos de la Evaluación Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	36
7.2.1. Evaluación Ocupacional Inicial.....	36
7.2.2. Evaluación Continuada.....	41
7.3. Herramientas/Instrumentos de Evaluación Ocupacional.....	41
7.4. Diagnóstico Ocupacional Evaluación en el Ámbito de las Drogodependencias.....	45
8. Planificación e Intervención Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	46
8.1. Fases de la Planificación de la Intervención Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.....	46
8.1.1. Determinar Prioridades.....	47
8.1.2. Determinación de los Objetivos de Intervención.....	48
8.1.3. Diseño de Programas Individuales de Intervención.....	49
8.1.4. Dirección de la Intervención.....	51
8.2. Valoración y Resultados de la Intervención Ocupacional.....	51
9. Integración Laboral desde la Terapia Ocupacional para Personas con Problemas de Drogadicción.....	53
9.1. Conceptualización Intervención Socio-Laboral.....	53
9.2. Perfil Personas con Problemas de Adicción y su Adaptación al Entorno Laboral.....	54

9.3. Beneficios de la Inserción Socio-Laboral de la Persona Drogodependiente.....	57
9.4. Itinerario de la Persona Drogodependiente en el Proceso de Inserción Socio-Laboral.	59
9.4.1. Valoración y Análisis.	59
9.4.2 Valoración y Perfil Profesional.	62
9.4.3. Planificación.	65
9.4.4. Intervención.	67
9.4.5. Seguimiento de la Inserción de la Persona Drogodependiente.....	70
10. Terapia Ocupacional y la Importancia del Ocio en Personas Drogodependientes.	72
10.1. Conceptualización Histórica del Ocio y Tiempo Libre.	72
10.2. Tiempo Libre y Ocio des de la Perspectiva de las Ciencias Ocupacionales.....	73
10.3. Ocio, Ocio Terapéutico y Clasificación.	73
10.4. Intervención de la Terapia Ocupacional en el Ocio y Tiempo Libre.....	75
10.4.1. Evaluación Inicial de las Ocupaciones de Ocio de las Personas Drogodependientes.....	76
10.4.2. Establecer un Programa Individualizado de Inclusión Mediante Ocupaciones de Ocio.....	76
10.4.3. Desarrollo de Actividades y Seguimiento.	76
10.4.4. Evaluación del Programa de Intervención en las Ocupaciones de Ocio.	77
11. Conclusiones	78
12. Referencias Bibliográficas.	79
13. Anexos.....	83
Anexo 1: Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas. (TECVASP).....	84
Anexo 2: Evaluación Cognitiva de Montreal.	84
Anexo 3: Inventario de Síntomas Prefrontales.	84
Anexo 4: Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO).....	84
Anexo 5: Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional. (OPHI-II).....	84
Anexo 6: Listado de Roles.	84
Anexo 7: Listado de Intereses.	84
Anexo 8: Cuestionario Ocupacional.....	84
Anexo 9: Cuestionario Volicional.	84
Anexo 10: Evaluación de Habilidades Motoras y de Procedimientos. (AMPS).....	84
Anexo 11: Medida Funcional de la Independencia. (FIM)	84

1. Introducción.

"En conjunto: Hacer, Ser y Llegar a Ser, son parte integral de la Filosofía de la Terapia Ocupacional".

Wilcock. Ana. 1999

La Terapia Ocupacional es una disciplina relativamente nueva que puede aplicarse en distintos campos tanto sociales como sanitarios. Además, es una profesión poco reconocida en algunos sectores en los cuales los Terapeutas Ocupacionales (TO) pueden aplicar sus conocimientos obteniendo resultados realmente eficaces. En el ámbito de las Drogodependencias no se encuentra una gran variedad de estudios o investigaciones sobre el impacto del profesional de Terapia Ocupacional en personas con problemas de adicción. Por este motivo se ha escogido este foco temático para desarrollar la tesina.

Se ha creído importante iniciar el contenido de la tesina exponiendo la Historia y Conceptualización de la Terapia Ocupacional. Cada disciplina tiene su origen y una base que permite que con el paso de los años vaya creciendo tanto a nivel teórico, conceptual y práctico. Posteriormente, y tal como se ha mencionado anteriormente, los Terapeutas Ocupacionales no están muy presentes en la práctica clínica de las Drogodependencias, por lo que es relevante poder establecer que roles puede adoptar el TO y que desafíos ha de lograr para tener una mayor presencia en este campo que se está tratando.

Los TO poseen Modelos Teóricos propios mediante los cuales se sustenta los procesos de evaluación, planificación e intervención ocupacional. Se han seleccionado para llevar a cabo su desarrollo los tres Modelos de TO que muestran una mayor aplicación en casos de personas con problemas de consumo de sustancias.

Por último, se expone los diferentes pasos que se han de seguir para llevar a cabo un proceso de intervención en personas drogodependientes desde la visión de la TO. También se ha considerado que tanto el área de Ocio y Laboral de las personas adictas son claves tanto para su rehabilitación como para su inclusión social, y por ello, se ha profundizado sobre la intervención del TO en dichas áreas del individuo.

2. Historia y Conceptualización de la Terapia Ocupacional.

*"La necesidad humana de desempeñarse en juego y trabajo es el cimiento y la razón de la Terapia Ocupacional".
Reilly A. 1962*

Mary Reilly, considerada una de las eminencias en la profesión de la Terapia Ocupacional, en 1962 postuló que *"El hombre puede influir sobre su estado de salud utilizando sus manos cargadas de energía por su mente y su voluntad"*. En esta cita, queda reflejado los conceptos fundamentales de la Terapia Ocupacional desde su inicio al principio del siglo XX. El concepto de Terapia Ocupacional facilitó a centrar el trabajo y los escritos de aquel periodo de tiempo, evidenciando que estar ocupado contribuía a mejorar la salud.

A nivel histórico, hasta finales del siglo XIX no se conocen reseñas históricas sobre la Terapia Ocupacional como tal. No obstante, existen documento del antiguos datados 2000 años a.C del antiguo Egipto, en los cuales colectivos de personas melancólicas iban a templos a buscar alivio mediante actividades recreativas, de tal forma que cada persona ocupara su tiempo o bien como citó Pinel en el año 1803 *"Ocupaciones Placenteras"*. Otra reseña histórica fechada 30 años a.C, un escritor romano muy respetado llamado Seneca, recomendaba que estar ocupado mejoraba cualquier tipo de enfermedad mental (Howarth y Mac Donald, 1948). Mientras que el reputado médico griego Galeno en el años 130-200 a.C, abogaba por el tratamiento ocupacional, participando en actividades como la pesca o construir casas. Además, Galeno fue la persona que postuló la célebre frase de *"el trabajo es el mejor médico de la naturaleza, siendo esencial para la felicidad del ser humano"* (Howarth y Mac Donald, 1940).

A día de hoy la comprensión de la naturaleza y tratamiento de la enfermedad tiene sus raíces en el siglo XVIII, periodo en el cual se tenía la creencia que el tratamiento de los llamados *"lunáticos"* radicaba en hacerles sentir miedo a través de castigos, hecho que implicó que se aplicaran métodos crueles y torturas derivadas de la Edad Media. Además, la personas consideradas *"lunáticos"*, no poseían ni necesidades ni derechos, sino todo lo contrario habían de ser castigados y ridiculizados. Sin embargo, Philippe Pinel (médico francés 1745-1836) introdujo una metodología más acertada, incorporando reformas en la intervención de personas con trastornos mentales, como por ejemplo quitar los grilletes que ataban a este colectivo de personas en los manicomios. Otras intervenciones iban destinadas a participar en actividades físicas o manuales, bajo la creencia de *"el trabajo manual ejecutado con rigor es el mejor método para asegurar una buena moral y disciplina"* (Pinel, 1806, reimpresso en Licht 1948), No obstante, muchos centros privados se resistían a que sus pacientes, que pagaban por estar ingresados, trabajaran.

Durante la misma época, William Tuke fundó The Retreat en York, un hospital para personas con enfermedad mental que se fundamentaba en un pensamiento humanista. Gran cantidad de facultativos se unieron a sus ideas, por lo que en el siglo XIX se difundió la aprobación del trabajo como forma de tratamiento, sobre todo para personas con enfermedad mental. Otro ejemplo, sería el Dr. Benjamin Rush en el año 1778 aconsejaba a las mujeres hilar, coser y hacer mantequilla, y, a los hombres moler maíz, hacer jardinería y segar. También, Percu Anectodes, en un artículo sobre una *"Madhouse in Aversa"* (Italia) de 1821, planteaba que el trabajo moderado, junto con el ocio, demostraba ser el mejor sistema

curativo, y recomendaba hacer actividades relacionadas con la música o tejer lana (Howarth y Mc Donald, 1949).

Se considera, que la primera persona que organizó un curso de lo que se podría considerar Terapia Ocupacional fue Susan Tracy (1878-1928) (Haas, 1925, Licht, 1948, Willard y Spackmn, 1947). En el año 1906, impartió un curso destinado a docentes de enfermería que lo llamó "*Ocupación para Invalidos*", publicando en 1910 sus experiencias. Por esa fecha, en 1908 en Chicago, se ofreció un curso de entrenamiento ocupacional para enfermeras de instituciones para "*dementes y débiles de mente*". Eleanor Clarke, continuó con el trabajo de Susan Tracy, llegando a ser la directora de Terapia Ocupacional de la comisión para salud mental de New York. Además, fue sobre este periodo cuando George Barton, acuñó el concepto de "*Terapia Ocupacional*", en tanto que en 1915 el Doctor William Rush Dunton publicó por primera vez los contenidos del plan docente del curso bajo el título "*Terapia Ocupacional*". Por lo tanto, a inicios del siglo XX, fue cuando llegó a consolidarse el hecho de usar el trabajo como parte del tratamiento de las personas con enfermedad mental. A esto se suma, que fue un periodo de la historia en que se aceptaba socialmente que la mujer estudiará una carrera y trabajará como profesional.

A principios del siglo XX, fue una etapa en la que se establecieron gran cantidad de acciones de salud pública con el objetivo de controlar la enfermedades infecciosas, como la tuberculosis. El doctor escocés Philip ofreció una conferencia sobre "*Descanso y Movimiento en la Tuberculosis*" (Philip, 1910; citado por Groundes-Peace, 1957), mediante la cual ofrecía pautas para la práctica de una actividad progresiva, que iba desde el descanso (al paciente se le ponía una insignia blanco), pasando por el ejercicio moderado (insignia amarilla), y varias fases más hasta alcanzar una insignia roja que se traducían en que la persona podía desarrollar actividades como carpintería, cavar o limpiar ventanas. Por estas fechas, se inauguró en Edimburgo una granja en la cual se ofrecía un empleo a los pacientes antes que este se reincorporará en el mercado laboral.

La Primera Guerra Mundial fue un suceso que causó que mucha población joven sufrieran mutilaciones y por consiguiente una disminución de la mano de obra disponible. Esto provocó la necesidad de que se ocuparán estos puestos de trabajo, cosa que favoreció al desarrollo de la Terapia Ocupacional para tratar a personas con discapacidad física. Robert Jones, inspector de ortopedia militar, presionó al Ministerio de Guerra para que permitiera abrir los Curative Workshops o Talleres Curativos en los Hospitales Militares del Reino Unido. Dichos Talleres Militares fueron un modelo de los posteriores departamentos de Terapia Ocupacional para tratar a personas con disfunciones físicas. Esos departamentos presentaban instrumental para ejercitar las articulaciones y los músculos, así como material para desarrollar actividades como carpintería y pintura.

Influídos por el trabajo de Frederick W. Taylor (1856-1915) y Frank Gilbreth (1868-11924), dos ingenieros americanos, los Talleres Curativos aplicaban los principios de dirección científica, cuya base teórica es el análisis de los procesos de trabajo (Peterson 1997). Estos dos ingenieros, también apostaban por adaptar

el entorno laboral y las tareas, así como modificar la maquinaria para ayudar a los llamados "lisiados" a lograr un "empleo humano" (Gilbreth, 1977; citado por Paterson, 1997).

Durante la Segunda Guerra Mundial se produjo un gran desarrollo de la Terapia Ocupacional, ya que esta disciplina desempeña un papel fundamental en la rehabilitación de los soldados heridos y en la inserción laboral de los mismos. Balme (1953) citado por Paterson (1997) extrae la siguiente cita de la Historia Médica Oficial de la Segunda Guerra Mundial: " *Los departamentos de terapia ocupacional se deben construir y equipar como parte integrante del sistema...*"

Conceptualización de Ocupación.

En los últimos años se ha llevado a cabo diversos intentos para definir el concepto de "Ocupación" dentro del contexto de la Terapia Ocupacional. Sin embargo, no se puede reducir el concepto "Ocupación" a una simple frase que sea sencilla de entender, pero sí aparecen determinantes constantes repetidas en su definición, tal y como muestra el siguiente cuadro.

Conceptos mediante los cuales los Terapeutas Ocupacionales utilizan el término "Ocupación"	
La ocupación son el conjunto de acciones de la vida diaria de las personas.	<i>Según Golledge (1988) las ocupaciones forman parte del estilo de vida de una persona y se desarrollan de un forma que refleje el estilo personal de dicho individuo. La Ocupación es percibida como una característica nuclear mediante la cual las personas satisfacen sus necesidades. Para Wilcock (1993) la Ocupación es un aspecto central de la experiencia humana.</i>
Las Ocupaciones dependen de las aspiraciones, necesidades y entornos de la persona.	<i>Las personas actúan en función de lo que desean, necesitan o se sienten obligadas a lograr metas, y lo hacen de tal modo que mediante la conducta reflejan sus roles, su entorno, sus experiencias y sus habilidades. Por un lado las personas adaptan su comportamiento con el fin de controlar o para responder a los entornos en los cuales participan. Por otro lado, se considera que la relación entre roles y ocupación es indivisible, ya que estos determinan obligaciones, expectativas, deseos y estilos de vida. Kielhofner y Forsyth (1997) constatan que los roles organizan la conducta e influyen en las acciones que desarrolla la persona, en la estructuración del día o de la semana y en la forma que se establecen relaciones con otras personas.</i>
Las Ocupaciones están relacionadas con el uso del tiempo intencional definido por la persona.	<i>Las ocupaciones en las cuales participa el individuo son únicas, puesto que su contenido está relacionado con la importancia que le otorga la persona. Como consecuencia la Ocupación se define, valora, organiza y adquiere un significado individual. La ocupación intencional es la que va dirigida a lograr objetivos que tienen importancia para la persona.</i>
Las ocupaciones son los medios a	<i>Los individuos toman decisiones en relación a lo que quieren o no hacer, sobre cuándo, dónde, cómo y con quién lo harán (Leky (1978, citado por Wilcock,</i>

<p>través de los cuales las personas controlan y equilibran sus vidas.</p>	<p>1993). Postula que los humanos son seres diferentes, no tanto por lo que hacen, sino por el hecho de que podemos (ser capaz de) hacer más o menos lo que queramos. No obstante, las personas se ven beneficiadas o restringidas por los roles, responsabilidades, entornos y habilidades. Además, los niveles de control varían a lo largo de la vida en función de las circunstancias de la persona.</p>
---	--

Relación entre Ocupación, Salud y Bienestar.

Si se define Ocupación como un fenómeno humano básico y natural, es relevante analizar las razones primordiales por las que las personas participan en ocupaciones. Si se simplifica el término Ocupación, está se percibe como un impulso natural que satisface las necesidades mediante las cuales sobreviven los seres humanos. Entendiendo "supervivencia" cómo lograr la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación sueño, reproducción, protección y seguridad, las personas asumen ocupaciones en orden a sobrevivir y mantener la salud. Wilcock (1993) afirma que las necesidades pueden ser consideradas como "agentes de salud innatos", así como que las necesidades advierten y protegen a los individuos provocando molestias (sueño, dolor...), que requieren de una acción para ser amortiguadas. A todo esto se suma que las necesidades recompensan el uso de capacidades, puesto que generan sensaciones de satisfacción, de placer, de pertinencia y de realización, es más, actúan como medio que previene alteraciones cognitivas, emocionales y de comunicación. Todo esto, conlleva que las necesidades se consideren un motor generador de motivación y por este motivo se considera que las personas son seres ocupacionales por naturaleza.



Bienestar, es un concepto muy relacionado con la salud, se define como la valoración subjetiva de la salud relacionada con sentimientos como la autoestima, el autoconcepto y el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias. Además, la salud está ligado tanto al componente físico como mental, ya que como define la Organización Mundial de la Salud "la salud es un estado de bienestar físico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedad o malestar".

La satisfacción de las necesidades humanas deriva en un comportamiento ocupacional en los seres vivos, que a medida que fueron desarrollando capacidades y nuevas sociedades, las necesidades de supervivencia iban ocupando menos tiempo, dando lugar a dedicar más tiempo a la búsqueda de placer. A medida que surgían nuevas culturas y sociedades, los comportamientos ocupacionales se formaban en función del entorno, de las creencias, características y valores de dichas culturas. Hoy en día, se tiene la creencia que para mantener la salud se basa en que las ocupaciones de las personas han de mantener un equilibrio en tres áreas. La primera área es la del

Cuidado Personal, que son todas aquellas ocupaciones que desarrolla un sujeto para cuidarse a sí misma (baño, ducha, alimentación, sueño...). La segunda área es la de Productividad, que engloba ocupaciones en las que el individuo contribuye de alguna forma al mantenimiento de su comunidad social y económica (tareas domésticas, cuidado de la familia, trabajo, estudios, voluntariado...). La tercera y última área es la de Ocio, que comprende aquellas ocupaciones que se realizan por placer, y, está determinadas culturalmente.

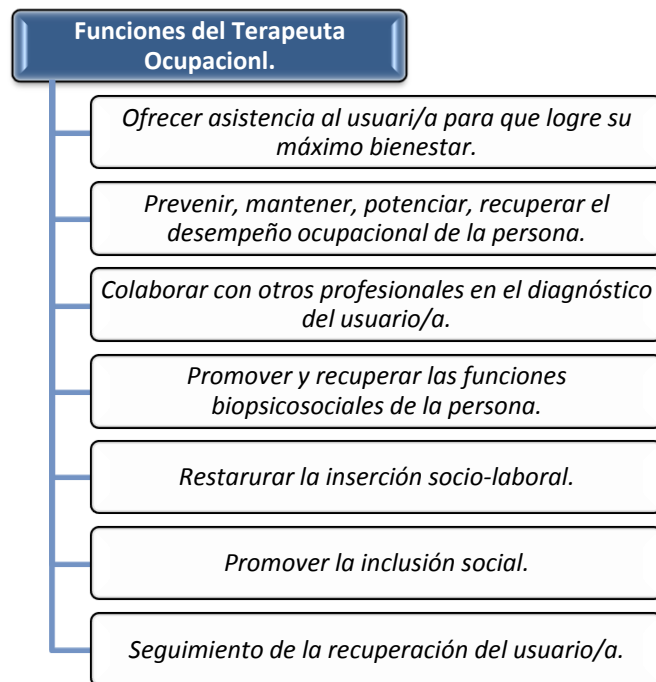
No obstante, no se ha de olvidar que las ocupaciones se autoidentifican en función de su significado, por lo que la clasificación puede ser complicada. Por ejemplo para una persona participar en un deporte, como puede ser el fútbol, la puede considerar un ocupación de ocio; mientras que para un futbolista puede considerar el fútbol como una ocupación productiva, ya que es su trabajo.

3. Desafíos del Terapeuta Ocupacional en Adicciones.

*"La Terapia Ocupacional no es la mejor profesión del mundo, pero puede llegar a serlo".
Cantero P. y Solana O. 2013*

3.1. Rol del Terapeuta Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

En el ámbito de las drogodependencias el profesional de Terapia Ocupacional posee una serie de funciones estipuladas de relación con los contenidos conceptuales de la profesión. No obstante, en la gran mayoría de contextos estas funciones no son ni muy conocidas ni muy reconocidas, por lo que deriva en que no existen muchas evidencias del impacto de la terapia ocupacional en la intervención en personas con adicciones. Este hecho, lo corrobora Rojo (2010), terapeuta ocupacional en el ámbito de las drogodependencias, que afirma que el rol que se le asigna al terapeuta ocupacional es de carácter secundario y destinado a mantener ocupados a los usuarios/as drogodependientes. Además, señala que gran parte de responsabilidad de esta tesitura son los propios terapeutas ocupacionales, puesto que ha experimentado cierta resistencia y dificultad para transmitir el marco teórico de la profesión, su rol y sus campos de intervención. En otras palabras ha sido difícil para explicar la diferencia entre "mantener ocupado a una persona" y "abordar científicamente la ocupación humana".



que afirma que el rol que se le asigna al terapeuta ocupacional es de carácter secundario y destinado a mantener ocupados a los usuarios/as drogodependientes. Además, señala que gran parte de responsabilidad de esta tesitura son los propios terapeutas ocupacionales, puesto que ha experimentado cierta resistencia y dificultad para transmitir el marco teórico de la profesión, su rol y sus campos de intervención. En otras palabras ha sido difícil para explicar la diferencia entre "mantener ocupado a una persona" y "abordar científicamente la ocupación humana".

En el año 2010, Díaz y Palucci, desarrollaron una investigación mediante la cual pretendían identificar los roles que adoptan los distintos profesionales que trabajan en Centros de Atención de Drogas en Bogotá. Los resultados revelaron que de la muestra de profesionales cinco eran Terapeutas Ocupacionales, de los cuales no se evidenciaron las funciones propias de estos, como por ejemplo en procesos de inserción socio-laboral.

En referente a las acciones que desempeña el Terapeuta Ocupacional, Riveros (2003) desarrollo un estudio en Chile orientado a construir un perfil ocupacional de la persona con adicción a sustancias, mediante la aplicación de la *Entrevista Histórica de Funcionamiento Ocupacional (OPHI-II)*. Los resultados obtenidos revelaron que existe un cierto grado de disfunción ocupacional en las tres escalas que incorpora dicho instrumento (identidad ocupacional, competencia ocupacional y ambientes del comportamiento ocupacional), lo que a su vez es posible asociar con el consumo de drogas. Por lo tanto es primordial identificar, evaluar y intervenir en el desempeño ocupacional en etapas tempranas, como parte de

programas de prevención de consumo de drogas eficaces. El desempeño ocupacional de las personas con problemas de adicción se ve afectado en la participación de ocupaciones laborales, de ocio, actividades de la vida diaria, así como en los roles, hábitos y rutinas del individuo.

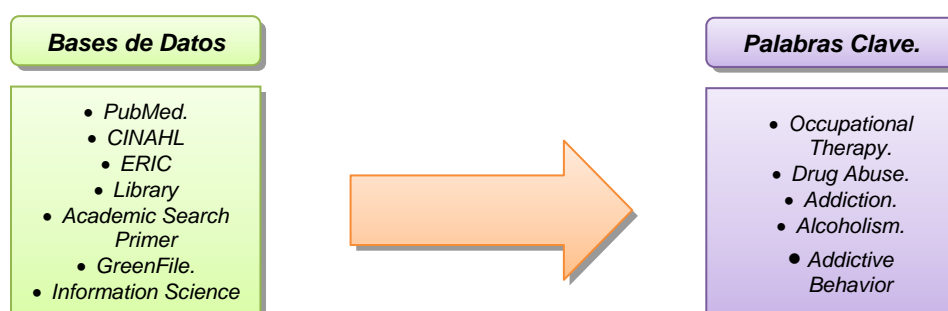
Los Terapeutas Ocupacionales, son profesionales capacitados para poder realizar intervenciones en el ámbito de las drogodependencias, a través de la facilitación de la motivación, la adaptación de actividades y el desarrollo de habilidades de desempeño ocupacional. Las intervenciones se orientan a estructurar la rutina, organizando las actividades cotidianas y ejercitando los roles esperados de las personas en tratamiento. El método es a través de instancias individuales y/o grupales que permitan ejercitar las habilidades de desempeño de los usuarios, especialmente las relacionadas con las habilidades sociales, específicamente la asertividad, muchas veces no desarrollada en las personas con problemas de abuso de drogas. Su rol profesional involucra acompañar a las personas en la exploración de sus intereses a lo largo de todo el proceso terapéutico, coordinándose entre las distintas intervenciones de los profesionales y, en algunos casos, también con la familia.

Los Terapeutas Ocupacionales seleccionan e implementan las intervenciones en razón de favorecer la conciencia del problema en la persona o usuario y el impacto en su desempeño ocupacional. Esto se implementa a través de cuestionarios aplicados o de autoevaluación que registran las actividades de la vida diaria, el desarrollo de rutinas y las dificultades en el desempeño ocupacional en los distintos ámbitos del desarrollo de la persona. Se incluye en el proceso ejercicios de toma de decisiones los cuales permiten explorar los pros y los contras del uso o no uso de drogas, con el propósito de inclinar la balanza hacia cambios en el desempeño ocupacional. Se suma al proceso, la exploración de una serie de alternativas y recursos de la comunidad con el fin de obtener apoyos que permitan aportar al cambio y fortalecer el equilibrio ocupacional, tales como estrategias de afrontamiento y de prevención de recaídas.

El Terapeuta Ocupacional, como miembro del equipo interdisciplinar, tiene un importante papel que cumplir a lo largo de todo el proceso de atención integral a personas con consumo problemático de sustancias. Desde la óptica de su disciplina profesional aporta una visión especial, que contribuye a enriquecer tanto la valoración como las actuaciones a desarrollar en los diferentes momentos del proceso terapéutico.

3.2. Revisión en Bases de Datos.

Para llevar a cabo esta revisión de bibliografía a nivel de drogodependencias en terapia ocupacional se ha seguido la siguiente metodología:



Además, debido a la poca existencia de investigaciones y estudios sobre la Terapia Ocupacional en el ámbito de las drogodependencias, no se ha fijado ningún límite temporal en relación a las publicaciones.

Como resultado se han identificado un total de 33 que se han clasificado en las siguientes temáticas, tal y como se muestra en las tablas que se exponen a continuación:

Investigaciones a Nivel Teórico.			
Año.	Fuente Documental.	Autor/es.	Objeto de la Investigación.
2011	Journal of Occupational Science	Kiepek N, Magalhães L.	Conductas de carácter adictivo en relación a ocupaciones y compromisos destinados a la intervención terapéutica.
2007	British Journal of Occupational Therapy	Haltiwanger E, Lazzarini I, Nazeran H.	La Terapia Ocupacional desde la perspectiva de la teoría del caos aplicada al alcoholismo.
2003	Journal of Occupational Science	Helbig K, McKay E.	Propuesta de un marco teórico en materia de drogodependencias desde el ámbito de la terapia ocupacional.
1997	The American journal of occupational therapy	Moyers P.	Comparación del Modelo de Alcohólicos Anónimos con un Modelo propio de abordaje del alcoholismo.

Estudios Cuantitativos.			
Año.	Fuente Documental.	Autor/es.	Objeto de la Investigación.
2012	Occupational Therapy International.	Raphael-Greenfield E.	Proceso de evaluación del deterioro cognitivo de personas drogodependientes sin hogar.
2011	Adicciones.	Rojo G, Pedrero EJ, Llanero M, García C.	Validación de una herramienta de evaluación del desempeño ocupacional en la vida diaria de la persona adicta.
2008	Occupational Therapy International.	Boisvert R, Martin L, Grosek V, Clarie A.	Investigación sobre el impacto de la terapia ocupacional en la prevención de recaídas.
2006	British Journal of Occupational Therapy.	McQuen J, Allan M, Malins D.	Estudio de la aplicación de la entrevista motivacional desde la terapia ocupacional en personas alcohólicas.
2001	British Journal of Occupational Therapy.	Clewes J, Sharkey M, Morrow V, Ussher M.	Estudio de la importancia de la actividad física en los procesos de tratamiento.
1991	Occupational Therapy Mental Health.	Scaffa M.	Estudio sobre la aplicación de autoinformes en las AVD en personas consumidoras de alcohol.
1990	Occupational Therapy Mental Health.	Mann W, Talty P	Estudio sobre la aplicación de autoinformes para la exploración del ocio relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas.
1990	Occupational Therapy Mental Health.	Viik MK, Watts J, Madigan M.	Estudio sobre la evaluación del funcionamiento ocupacional en personas con problemas de alcoholismo.

1981	Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina.	Miguez H	Comparación de distintos enfoques de tratamientos, entre ellos el ocupacional
------	---	----------	---

Estudios Cualitativos.			
Año.	Fuente Documental.	Autor/es.	Objeto de la Investigación.
2011	Occupational Therapy International.	Martin, L; Smith, M; Rojers J; Wallen T; Boisvert R.	Historia de vida de personas drogodependientes en proceso de tratamiento a cerca de su paternidad.
2010	Occupational Therapy Mental Health.	Knis-Matthews L	Historia de vida de personas drogodependientes en proceso de tratamiento a cerca de su paternidad.
2006	Scandinavian journal of occupational therapy	Heuchemer B, Greendfield S.	Historia de vida de personas drogodependientes sin hogar a cerca de cómo han llegado a su situación actual.

Rol del Terapeuta Ocupacional en el Ámbito del Alcoholismo.			
Año.	Fuente Documental.	Autor/es.	Objeto de la Investigación.
1989	Occupational Medicine	Robert D.	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.
1988	Occupational Therapy Mental Health.	Cassidy C.	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.
1984	Medicine Sestra.	Konovalova N	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.
1984	The American journal of occupational therapy	Lindsay W	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.
1967	Vrach Delo	Likhtanskii G	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.
1959	The American journal of occupational therapy	Welsh J	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.
1951	Canadiense journal of occupational therapy	Hossack J	Definición de los roles del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alcoholismo.

Funciones del Terapeuta Ocupacional en el Abordaje del Tratamiento de Personas con Adicciones.			
Año.	Fuente Documental.	Autor/es.	Objeto de la Investigación.
2004	The American journal of occupational therapy	Stoffel C, Moyers P	Aplicación de estrategias de abordaje de otras disciplina des de la perspectiva de la Terapia Ocupacional.
1997	British Journal of Occupational	Chacksfield J, Forshaw D	Definición del rol del Terapeuta Ocupacional en un servicio forense de atención a

	Therapy.		personas drogodependientes.
1994	Hospital Community Psychiatry	Stoffel P	Funciones del Terapeuta Ocupacional en el servicio de psiquiatría en personas adictas.
1992	The American journal of occupational therapy	Moyers P	Competencia del Terapeuta Ocupacional en el abordaje familiar de personas alcohólicas.
1989	The American journal of occupational therapy	Van Deusen J	Aplicación de la terapia ocupaciones en la intervención de los problemas senso-motores de persona alcohólicas.
1981	The American journal of occupational therapy	Angel S	Participación del Terapeuta Ocupacional en la gestión de emocional de grupos des del modelo Gestalt
1970	The American journal of occupational therapy	Slobetz F	Funciones del Terapeuta Ocupacional en el abordaje de personas con consumo de heroína.

Intervención Específica en el Abordaje de Personas con Adicciones.			
Año.	Fuente Documental.	Autor/es.	Objeto de la Investigación.
1992	Occupational Therapy Health	Moyers P, Barret C.	Abordaje de la Terapia Ocupacional en los déficits cognitivos de personas alcohólicas.
1988	Occupational Therapy Health	Moyers P	Terapia Ocupacional des de la perspectiva psicoanalítica en el abordaje de personas alcohólicas.
1953	The American journal of occupational therapy	Doniger J.	Actividad física en personas alcohólicas.

Se puede observar que la mayor parte de estudios van dirigidos a los roles que adopta el Terapeuta Ocupacional en materia de drogodependencias, sobretudo en relación al consumo de alcohol. Además, se detectan dos estudios relacionados con la intervención del Terapeuta Ocupacional en el entorno familiar y en terapias grupales. A nivel de procesos de evaluación únicamente se observa dos estudios, uno sobre el funcionamiento ocupacional y otro sobre los déficits cognitivos de la persona con problemas de adicción. También, como resultados se ha encontrado investigaciones relacionadas con programas de educación física o de encuadre de la de la Terapia Ocupacional en el marco psicoanalítico, pero todo sin evidencias de su efectividad.

No obstante, a nivel de estudios teóricos se observa que existe una clara propuesta de conceptualizar la adicción desde el enfoque de la Terapia Ocupacional, sobre todo por lo que hace referencia a la actualidad. Son de gran importancia los estudios propuestos por Helbig y McKay, puesto que definen un marco conceptual sobre la adicción partiendo de conceptos propios de la Terapia Ocupacional. Estos autores fueron los propulsores de los estudios de Kiepek y Magalhaes, que enmarcan las conductas adictivas como ocupaciones, así como su implicación en el estado de salud, de sus consecuencias y de proponer el ámbito de las drogodependencias como una materia de interés dentro de la Ciencia Ocupacional. A raíz de esto, Lazarini y Nazeran, proponen dejar de lado las teorías lineales y tener en cuenta la interacción de diversos factores en los diferentes entornos en que participa la persona.

Estos resultados ofrecen como conclusión la falta de un marco teórico propio de la Terapia Ocupacional en el ámbito de las drogodependencias, y, que la evidencia científica en este campo es realmente baja y con

una calidad no tan buena como otros campos de la Terapia Ocupacional como en parálisis cerebral o lesiones físicas

3.3. Futuro de la Terapia Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

Teniendo en cuenta la revisión desarrollada anteriormente es posible detectar la necesidad de incentivar la investigación que contribuya al desarrollo conceptual y empírico del abordaje de las adicciones por parte de los terapeutas ocupacionales. Aunque se evidencian importantes esfuerzos, resultan insuficientes teniendo en cuenta la magnitud de la problemática y los diversos enfoques desde los cuales es posible abordarla. A medida que vaya poniéndose en marcha investigaciones y se logre difundirlas en la comunidad profesional, será posible que los terapeutas ocupacionales logren proyectar de una manera más contundente la relación entre los conceptos y filosofía propia de la profesión y la práctica cotidiana en la problemática de las adicciones. Así mismo, se requiere propender por desarrollar la cultura de la documentación de las experiencias y la evaluación de programas, que permitan continuar el desarrollo de herramientas propias de terapia ocupacional y promocionar el empleo y validación de las ya existentes.

4. Conceptos Fundamentales y Modelos de Terapia Ocupacional.

"Ocupacional es el término que describe la capacidad de los seres humanos para hacer uso de la intencionalidad y la planificación para transformar el mundo".

"Galheigo S. 2006

4.1. Conceptos Claves en Terapia Ocupacional

Dentro de la Terapia Ocupacional existe toda una serie de términos que forman parte del cuerpo teórico de esta profesión. Por este motivo sea considerado clave definir estos conceptos de un forma breve.

Rol Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • La incorporación de una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionado de actitudes y acciones.
Formas Ocupacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el Modelo de Ocupación Humana es definido como " Secuencias convencionales de acción que a la vez son coherentes, están orientadas al propósito, son sostenidas en el conocimiento colectivo, son culturalmente reconocibles y reciben un nombre". Al crear y sostener formas ocupacionales y sus significados, las culturas brindan oportunidades para hacer cosas.
Ocupación Humana	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el Modelo de Ocupación Humana se define como " El hacer en el trabajo, en el juego o en las actividades de la vida diaria dentro de un contexto temporal, físico y socio-cultural que caracteriza gran parte de la vida humana".
Justicia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Townsend (2003) describe ese concepto como el compromiso de la profesión de la terapia ocupacional con la ética, moral, y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en el domicilio y en la vida de la comunidad.
Privación Ocupacional:	<ul style="list-style-type: none"> • Un estado en el que un persona o grupo de personas son incapaces de hacer lo necesario y significativo en sus vidas, debido a las restricciones externas. Por lo tanto las oportunidades de realizar las ocupaciones de carácter social, cultural y personal se convierten en un imposible.
Justicia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Como la promoción de un cambio social y económicos para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos, y la igualdad de oportunidades, para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar.
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente. Con frecuencia, estos contextos interrelacionados son menos tangibles que los entornos físicos y sociales pero no exentos de una fuerte influencia en el desempeño. Los contextos que contemplan este modelo son el cultural, personal, temporal y virtual.
Volición	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia persona como actor en el propio mundo que ocurren a medida que una anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que hace uno.
Causalidad Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de competencia y eficacia
Habitación	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición Internalizada para mostrar patrones constantes de comportamientos guiados por nuestros hábitos y roles y ajustándose a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina.
Ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Las características físicas y sociales particulares del contexto específico en el cual se hace algo que tiene impacto sobre lo que uno hace y sobre el modo en que se hace.
Desempeño Ocupacional:	<ul style="list-style-type: none"> • Según la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales, el desempeño ocupacional es el producto de una relación dinámica entre las personas, sus ocupaciones y roles, y los ambientes en los que viven.

4.2. Modelos de Práctica de Terapia Ocupacional.

Un Modelo para la práctica de la Terapia Ocupacional es una representación simplificada de un sistema teórico que ofrece la oportunidad de organizar el conocimiento con el objetivo de aplicarlo en situaciones prácticas. Por lo tanto, su función es la de enlazar la teoría con la práctica. Kielhofner afirma que los modelos proporcionan representaciones mentales para comprender cómo las personas eligen, experimentan sus ocupaciones. Ayuda a identificar y interpretar los problemas que padece la persona en su desempeño ocupacional, proporcionándoles una base teórica para la práctica profesional.

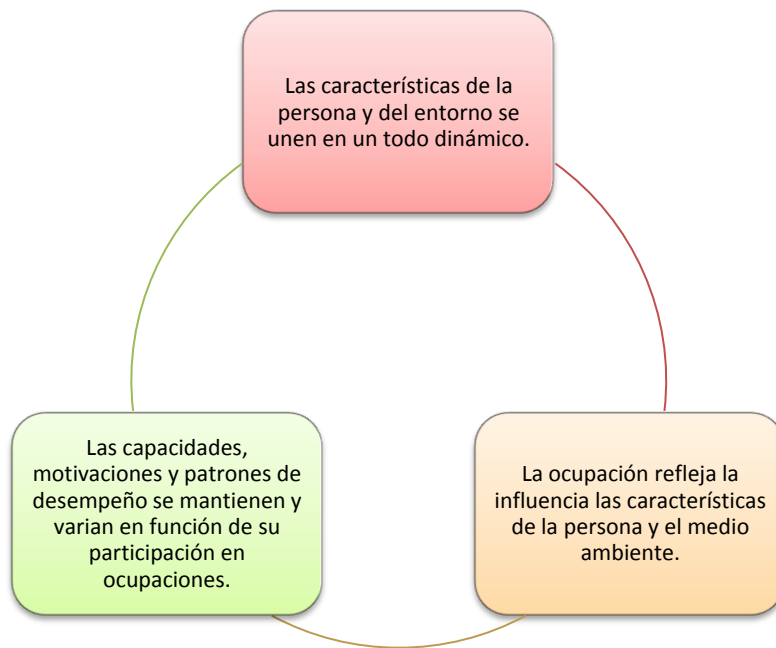
Desde el origen de la Terapia Ocupacional se han publicado gran número de modelos, por lo que es muy difícil llevar una revisión teórica de cada uno de ellos. Por ello se ha escogido aquellos que son más aplicables al ámbito de intervención en la drogodependencias.

4.2.1. Modelo Ocupación Humana.

Este modelo a diferencia de otros, tiene la ventaja de poder aplicarse a cualquier tipo de persona que presente una disfunción ocupacional. Con esto, el modelo persigue validarse para cualquier tipo de individuo, este en cualquier etapa del periodo evolutivo del ser humano y sea cual sea el trastorno que presente la persona. El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) se articula alrededor del *"Comportamiento Ocupacional"*, que se clasifica en diferentes áreas tales como el autocuidado, la productiva y la de ocio, tiempo libre y juego. Además, el comportamiento ocupacional se va desarrollando a lo largo de la vida del ser humano hasta lograr un equilibrio ocupacional sano.

Este modelo se basa en la Teoría General de Sistemas, la Teoría de Sistemas Abiertos y la Teoría Dinámica de Sistemas. Teniendo en cuenta estas teorías, el MOHO considera al ser humano como un sistema abierto y dinámico, donde su conducta ocupacional es consecuencia de la interacción entre el sistema humano, la tarea y el entorno, que generan una red de condiciones ocupacionales que aguantan al comportamiento ocupacional. Además, dicho comportamiento ocupacional es fluido e imprevisible, por lo que Kielhofner G. manifiesta que *"el comportamiento ocupacional es espontáneamente organizado en tiempo real y dentro de un contexto de acción, por lo que se podría describir como el ballet de la conducta ocupacional ordinaria"*.

En referencia al entorno, este es considerado desde un punto de vista amplio donde se integra una serie de niveles que se organizan de forma jerárquica (objetos, eventos, entorno físico, grupos sociales y cultura). El entorno puede favorecer o limitar las oportunidades para que el comportamiento ocupacional se produzca y en la medida en que desarrolla una clase específica de desempeño ocupacional regulado por los patrones sociales y culturales. El MOHO asume que la ocupación que desempeña un individuo junto con el entorno en el cual la desarrolla, tienen el mismo peso que los motivos o las capacidades subyacentes para explicar de qué forma la persona puede desempeñar tal ocupación. Para finalizar con la conceptualización el MOHO postula:



Este Modelo que propone Kielhofner G. conceptualiza al ser humano como un ente formado por tres elementos organizados de forma heterárquica. El primer elemento es la "Volición", que hace referencia a las disposiciones emocionales y cognitivas respecto a las ocupaciones (valores, disfrute y competencia al desempeñarlas), así como a las disposiciones que se adquieren mediante la práctica permitiendo anticipar experiencias futuras que genera cada persona como actor en el mundo. En definitiva la volición Kielhofner la define como *"un conjunto de disposiciones y autoconocimiento que predispone y permite a las personas anticipar, elegir e interpretar el comportamiento ocupación"*. Además , la volición es clasificada en tres subsistema:



El segundo elemento es la Habitación, definida como una organización interna de información que predispone al sistema humano a mostrar patrones recurrentes de conducta ocupacional apropiados a las características de las tareas rutinarias y a los contextos físicos, temporales y socioculturales en que tienen lugar esas actividades. El autor, Kielhofner G., usa dos conceptos para explicar la habitación, que son hábitos y roles. Los hábitos preservan la forma de hacer que la persona ha aprendido mediante la experiencia. Además, influye en la forma en la cual se desempeña regularmente una actividad, en regular uso diario del tiempo, así como desarrolla estilos de conducta que caracterizan el rango de desempeños ocupacionales. Por su parte los roles son considerados como una conciencia amplia de la identidad social y las obligaciones ligadas a ellas. Los roles influyen en la modalidad y estilos de relaciones con el resto de personas, así como en el desempeño de actividades que forman parte la rutina de roles. Además, los roles se organizan ciclos diarios y semanales.

El tercer elemento es la Capacidad de Desempeño, considerado como el resultado de la interacción entre los diferentes componentes mentales y físicos, que en su conjunto, forman al sujeto para el desempeño ocupacional. Además, se integra el concepto de cuerpo vivido, que se entiende como la forma única en la que cada persona experimenta su cuerpo, parte inseparable de su yo, y los efectos de esta vivencia en el desempeño ocupacional.

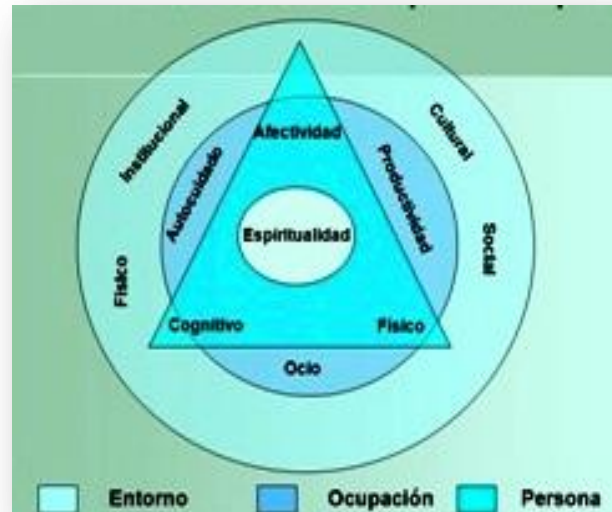
A nivel de metodología de tratamiento, el MOHO propone una metodología integral que integre todos los componentes implicados en el desempeño ocupacional de la persona. Postula, que todos los cambios son impulsados por la implicación y participación de la persona en ocupaciones. Dicho de otra forma, los individuos que forman parte de un proceso terapéutico hacen, piensan y sienten bajo ciertas condiciones ambientales, aquellas en las que se desarrolla la intervención terapia ocupacional. Es decir, la terapia ocupacional se conceptualiza como un proceso mediante el cual las personas participan en ocupaciones que dan forma a sus habilidades, moldean sus rutinas de hacer y generan los pensamientos y sentimientos sobre sí mismos.

4.2.2. Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.

En su origen el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP) fue una colaboración entre La Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT) y el Ministerio de Salud Nacional y de Bienestar Social, que presentaba el objetivo de valorar los resultados de la aplicación de programas de Terapia Ocupacional en el Sistema Sanitario Canadiense. Mediante los resultados de dicho estudio, en los periodos de tiempo de 1983 a 1993, se publicaron una serie de documentos que incluyen los elementos claves que forman la estructura de la CMOP. No obstante, a fecha de 2000, se expuso la última actualización de este modelo, que incorpora el concepto de "*Engagement*" (implicación y/o compromiso), pasándose a llamar Modelo Canadiense del Desempeño e Implicación Ocupacional (CMOP-E).

La diferencia que presenta la CMOP-E comparada con otros modelos de práctica se encuentra fundamentalmente en que sostiene una perspectiva de la Terapia Ocupacional articulada en cuatro aspectos esenciales, tales como el desempeño ocupacional, la práctica centrada en el cliente, la habilitación y la consecución de salud, el bienestar y la justicia ocupacional.

El concepto central del modelo canadiense es el desempeño ocupacional, definido como el resultado de la relación dinámica establecida a lo largo del ciclo vital entre la persona, el medio ambiente y la ocupación. Como consecuencia, la alteración de cualquiera de estos elementos que conforma el equilibrio dinámico entre individuo y ambiente da lugar a cambios en el resto de los componentes, y, posteriormente, en el desempeño. Por lo tanto, este modelo defiende que, el desempeño ocupacional está relacionado con el desarrollo evolutivo de la persona, con su componente biológico y con los condicionantes del medio en los que el individuo participa.



Es un modelo con fuerte influencia de la teoría humanista, cosa que se refleja en la concepción de la persona como un ser espiritual, con capacidad para elegir y participar en ocupaciones de su entorno. También, defiende que la persona presenta un potencial de desarrollo individual que da pie a que la persona pueda determinar en qué ocupaciones significativas participar y que como resultado les aporte un grado de satisfacción.

Para este modelo la persona se considera un ser holístico, como un todo en el que se integran cuerpo, mente y espíritu. Para la persona, los aspectos implicados con el desempeño ocupacional incluye, un aspecto afectivo (elementos sociales y de interacción), aspectos cognitivos y físicos (funciones sensoriales, sensorio motoras y motoras). Además, la espiritualidad se conceptualiza como una dimensión de la persona, relacionada al ser y guía a lo largo de la vida y otorgándoles control personal y motivación. Mientras que la ocupación, es conceptualizada como una necesidad humana básica, que facilita la organización del comportamiento, permite la expresión individual, estructura el tiempo y favorece la construcción de una identidad personal. La ocupación contribuye a que la persona se sienta parte de la sociedad, a que logre objetivos personales y culturalmente significativos. El medio ambiente, como elemento básico de este modelo, se define como aquellos contextos y situaciones que propician respuestas por parte de la persona. Es importante destacar que la persona y el desempeño ocupacional nunca pueden considerarse por separado de su medio. Además, las relaciones entre persona y ambiente son de carácter bidireccional, es más, la ocupación se ve influida por factores ambientales. El ambiente se cataloga en físico, social, cultural e institucional.

La CMOP-E establece una secuencia de ocho fases en el proceso de intervención:



Esta secuencia facilita definir, validar y ordenar, en función de las prioridades de la persona, las dificultades para el desempeño de las actividades asociadas al autocuidado, a la productividad y al ocio. A todo esto se suma, que se determinan las condiciones ambientales que favorecen o dificultan, dando lugar a un plan de intervención que posteriormente se valora mediante sus resultados. A todo esto, se suma que el modelo canadiense ha desarrollado una prueba estandarizada, La Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional, con el fin de evaluar los problemas del individuo respecto a su desempeño ocupacional.

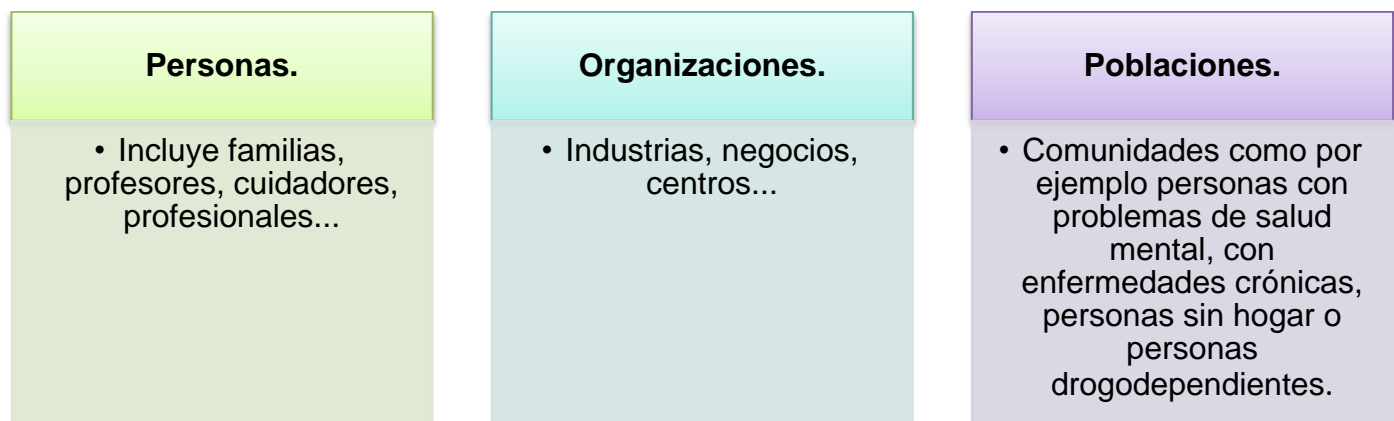
El objetivo final de todo el proceso es promover la ocupación, promover la salud mediante ocupaciones, donde el terapeuta ocupacional tiene la función de colaborar con el individuo para que elija, organice y desempeñe aquellas ocupaciones que considera significativas en su entorno habitual. También, es destacable que el modelo conceptualiza a la persona como un *partnership* activo en todo el proceso de intervención. Los valores, creencias y objetivos de la persona se sitúan en el centro de la relación terapéutica a lo largo de todas sus etapas. Por lo tanto, apuesta por la atención centrada en el cliente y propone la habilitación frente al tratamiento, es decir, las acciones van dirigidas con el cliente y no para el cliente, por lo que habilitar es transformar al paciente en miembro activo de la intervención. Esto da lugar a que se ponga de relieve la capacidad y compromiso del individuo que realiza la demanda de intervención para contribuir en el proceso terapéutico. Este hecho implica que la persona tiene todo el derecho a recibir toda la información necesaria para poder elegir los servicios que den la mejor respuesta posible a sus necesidades, creencias, deseos, valores...

En definitiva, fomentar la ocupación es dotar de recursos, medios y oportunidades más que establecer pautas. La intervención se sustenta en el análisis de las características y necesidades del sujeto, de sus ocupaciones y factores culturales, físicos, sociales e institucionales que pueden ser tanto un obstáculo como un aspecto favorecedor del desempeño ocupacional. Dicho análisis facilita al terapeuta ocupacional diseñar e implementar planes de intervención, estructurados alrededor de la ocupación como medio terapéutico, ya sea de tipo individual, grupal y/o comunitario.

4..2.3. Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional.

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2ªed.) es un documento elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Este marco fue elaborada con el fin de articular la contribución de la Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y la participación de las personas, organizaciones y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación. De este punto de vista, no se considera una clasificación, ni un modelo ni un teoría de terapia ocupacional, sino que ha de ser aplicado conjuntamente con el conocimiento y la evidencia para la ocupación. Siguiendo las palabras de Wilcock y Townsed (2008) "Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar". En definitiva, este es el objetivo que persigue la Terapia Ocupacional.

Desde esta marco, las personas atendidas son llamadas "Clientes" que son clasificados de está forma:

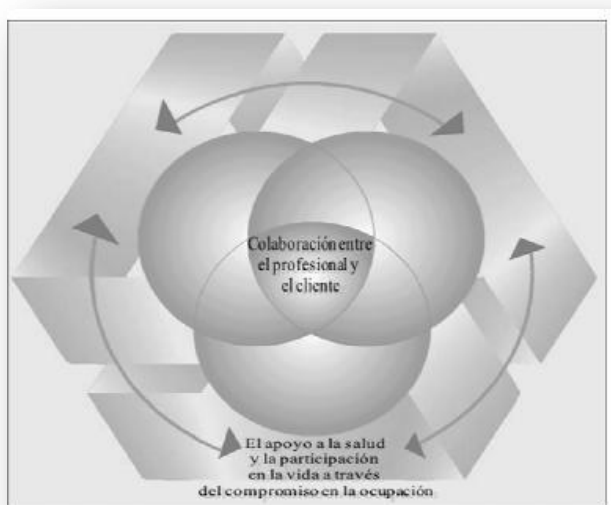


La AOTA se divide en dos partes, una es el Dominio y la otra es el Procesos. En primer lugar, el Dominio es la sección que sintetiza hasta donde llega la terapia ocupacional y cuáles son las áreas donde establecen el conocimiento y la experiencia. La terapia ocupacional se basa en los valores, en el cuerpo teórico y habilidades para ayudar a los clientes a establecer un compromiso con aquellas ocupaciones o actividades que hayan escogido o necesiten hacer, de tal forma que contribuya a su salud, bienestar y participación. A continuación se muestran varias imágenes donde se pone de relieve los factores del dominio y como se relacionan de forma dinámica.



Dando soporte a la Salud y a la participación en la vida mediante el compromiso con la ocupación.

El dominio y el proceso están íntimamente relacionados.



La colaboración entre el profesional y el cliente es primordial para interactuar en la prestación de servicios.

Extraído de: Marco para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2ª. Ed.) (Traducción).

Des de la terapia ocupacional el punto esencial de la intervención es el compromiso con la propia ocupación, ya que incluye el componente subjetivo (psicológico y emocional) y el objetivo (físicamente observable) de las características del desempeño. Los aspectos del dominio se muestran en la siguiente tabla:

ÁREAS DE OCUPACIÓN.	CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE.	DESTREZAS DE EJECUCIÓN.	PATRONES DE EJECUCIÓN.	CONTEXTOS Y ENTORNOS	DEMANDAS DE LA ACTIVIDA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actividades de la Vida Diaria.</i> • <i>Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.</i> • <i>Descanso y Sueño.</i> • <i>Educación.</i> • <i>Trabajo.</i> • <i>Juego.</i> • <i>Ocio y Tiempo Libre.</i> • <i>Participación Social.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Valores, Creencias y Espiritualidad.</i> • <i>Funciones del Cuerpo.</i> • <i>Estructuras del Cuerpo.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Destrezas Sensoriales Perceptuales.</i> • <i>Destrezas Motoras y Praxis.</i> • <i>Destrezas de Regulación Emocional.</i> • <i>Destrezas Cognitivas.</i> • <i>Destrezas de Comunicación y Sociales.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hábitos.</i> • <i>Rutinas.</i> • <i>Roles.</i> • <i>Rutinas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cultural.</i> • <i>Personal.</i> • <i>Físico.</i> • <i>Social.</i> • <i>Temporal.</i> • <i>Virtual.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Objetos utilizados y sus propiedades.</i> • <i>Demanda del Espacio.</i> • <i>Demandas Sociales.</i> • <i>Secuencia y Tiempo.</i> • <i>Acciones Requeridas.</i> • <i>Funciones del Cuerpo Requeridas.</i> • <i>Estructuras del Cuerpo Requeridas.</i>

El Proceso de Terapia Ocupacional tiene la función de describir el proceso mediante el cual los profesionales de Terapia Ocupacional aplican de forma práctica sus conocimientos con el fin de proporcionar servicios a los clientes. Desde la profesión de Terapia Ocupacional el proceso se centra hacia el objetivo final de dar soporte a la salud y la participación en la vida a través del compromiso de la ocupación. Mediante el siguiente cuadro se presenta el proceso de la prestación de Servicios.

Evaluación.

Perfil Ocupacional: Es considerado el primer paso en el proceso de evaluación y proporciona un cuerpo de conocimiento de la historia y experiencias ocupacionales del cliente, sus patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Además, se detectan los problemas y temores del cliente sobre cómo desempeñar sus ocupaciones y las actividades de la vida diaria y se priorizan los objetivos del cliente.

Análisis del Desempeño Ocupacional: En esta etapa se detecta de forma más detallada los problemas y potenciales del cliente. En ciertas ocasiones se observa el desempeño en su entorno real para detectar que factores facilitan el desempeño y que es lo que limita. Además, se tienen en cuenta las destrezas y los patrones de ejecución, el entorno y contextos, las demandas de actividad y las características del cliente, pero sólo se escogen aquellas características que son susceptibles de ser evaluadas específicamente.

Intervención.

Plan de Intervención: Tiene el objetivo de encaminar las acciones tomadas que se realizarán conjuntamente con el cliente, basándose en una selección de teorías, marcos de referencia ajustados a la evidencia.

La Aplicación de la Intervención: Son las acciones que están en curso y sirven para influir y apoyar el progreso en el desempeño del cliente. Las intervenciones se dirigen hacia los resultados identificados.

Revisión de la Intervención: Consiste en revisar el plan de intervención, del proceso y el progreso hacia la consecución de los objetivos.

Resultados.

Resultados: Etapa en la cual se detecta si se ha alcanzado o no los resultados esperados. Además, la información y datos extraídos de los resultados facilitarán planificar futuras acciones con la persona y para evaluar el programa del servicio.

5. Reconstruir una personalidad Saludable.

"El hombre a través del uso de sus manos, potenciadas por la mente, será capaz de influir sobre el estado de su propia salud."
Reilly M. 1962

5.1. Estigma y Exclusión Social de Personas con Problemas de Adicciones.

Actualmente la lucha contra el estigma, tanto en el ámbito de las drogodependencias como en salud mental, se considera un factor esencial en la elaboración de programas de intervención dirigido a este colectivo de personas. El concepto de Estigma fue definido por Goffman E. en 1963 como *"un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente del resto y la tornaba a una categoría inferior"*. A raíz de esta conceptualización otorgó el término *"estigma negativo"* a cualquier atributo o comportamiento de la persona estigmatizada como algo inaceptable, que provocaba sentimientos tanto de humillación como de rechazo y de vergüenza.

El acto de rechazo por parte de la sociedad sobre personas con problemas de consumo de sustancias genera que ellas mismas se sientan incapacitadas. Por lo tanto, estas personas, en el momento que han de lograr metas y objetivos, han de luchar para afrontar barreras sociales junto con la desconfianza que les rodea. En esta línea, Kielhofner G. manifiesta que *"el conocimiento de que uno es menos capaz que los otros o de lo que uno fue alguna vez, es una fuente considerable de dolor. Por este motivo algunas personas se desvían de su camino para evitar situaciones que puedan ocasionar el fracaso... cuando la vergüenza o el temor al fracaso que experimenta una persona gobierna su sentido de capacidad no hay incentivos para tomar riesgos, para aprender nuevas habilidades o aprovechar mejor lo que uno posee"*.

Las personas con problemas de drogodependencias pueden adquirir un sentimiento de autoestigma que puede llegar a influir en el nivel de desempeño ocupacional y psicosocial. De este modo, estas personas que adoptan un rol de enfermo adoptan un postura de incapacidad asumida derivada de su percepción de *"drogodependiente"*, factor que favorece el desequilibrio ocupacional, puesto que no son capaces de mantener relaciones familiares y sociales, un trabajo o el hogar.

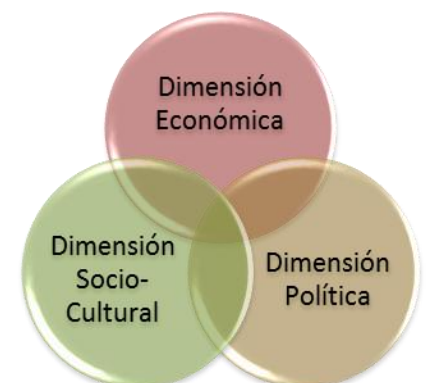
En el artículo *"La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman"* de Marichal, F. y Quiles, M.N, puso en evidencia que la mirada hacia las personas con enfermedad mental es de pena, mientras que al consumidor se le culpa por su conducta. Las personas con drogodependencia son concebidas como peor integradas en la sociedad por considerarlos como incapaces para llevar a cabo una vida normalizada, para ajustarse a unas normas y a unos hábitos. En relación a las creencias y actitudes que la población tiene de los consumidores de drogas, y atendiendo al último estudio realizado por EDIS bajo el encargo del Comisionado para la Droga, podemos observar como en la región andaluza a la hora de calificar a los consumidores de heroína y cocaína se utiliza el calificativo de *"enfermo"*, mientras, cada vez es más generalizado, identificar al consumidor de alcohol como *"normal"*, tal y como refiere Rengel Morales, D. en *"La construcción social del otro"*. Mientras que el estudio *"Alcoholismo: Integración*

Familia-Paciente desde la terapia ocupacional” de Analía Soledad, S. concluye que es necesario el apoyo de la familia en el proceso de recuperación de una drogadicción, se hace necesario eliminar el estigma sobre ciertas patologías ya que en lugar de ayudar a la persona, se puede caer en el error de establecer co-dependencia al no asumir la necesidad de ayuda de la persona con dependencia.

El proceso de estigmatización de las personas con problemas de drogodependencias deriva en otro fenómeno conocido como Exclusión Social. Cuando se quiere llevar a cabo diseños de programas que promuevan la inclusión social y ocupacional de personas con consumo de sustancias se ha de definir el riesgo de exclusión social que presenta dicha persona.

El uso del término *"Exclusión Social"* se remonta al debate ideológico y político de los años sesenta en Francia. Tras la crisis económica de los setenta comenzó a aplicarse a determinadas categorías sociales, abarcando a un número creciente de grupos y problemáticas. A mediados de la década la propia Administración francesa delimitó las categorías sociales (básicamente las tradicionales de la asistencia social) y el porcentaje poblacional que podía considerarse afectado, a la vez que se desarrollaban nuevas medidas de protección social, encaminadas a la *"inserción"*. En los años ochenta, el concepto se asoció a los problemas del desempleo y a la inestabilidad de los vínculos sociales, en el contexto de la entonces llamada *"nueva pobreza"*. El uso de este término se fue generalizando en la opinión pública, en el mundo académico y en los debates políticos (incluso campañas presidenciales) conectando con el pensamiento republicano francés sobre la solidaridad entre individuos y grupos, y de éstos con la sociedad en su conjunto (Silver, 1994). Las primeras alusiones al concepto de exclusión social en el contexto comunitario aparecieron en un documento del último periodo del Segundo Programa de Pobreza en 1988, en el preámbulo de la Carta Social Europea en 1989 y, ese mismo año, el Consejo de Ministros adoptó una resolución relativa a la lucha contra la exclusión social. Posteriormente su uso se extendió a la política social desarrollada por la Comisión, en especial en el *"Programa de la Comunidad Europea para la Integración Económica y Social de los Grupos menos Favorecidos"*, y, en el *"Observatorio de Políticas Nacionales de Lucha contra la Exclusión Social"* (Berghman, 1996).

En los textos se insistía en que la exclusión es un fenómeno que atañe a amplios sectores de la población y es algo más que desigualdades monetarias. Así, J. Delors en 1993 en la conferencia de clausura del Seminario Luchar contra la Exclusión Social (Copenhague), afirmaba que *"...en el futuro continuaremos distinguiendo entre pobreza y exclusión social [...] aunque exclusión incluye pobreza, pobreza no incluye exclusión"* y remarcaba que la exclusión no es un fenómeno marginal sino un fenómeno social que cuestiona y amenaza los valores de la sociedad. En el Libro Verde sobre Política Social (1993) se repetía que *"la exclusión social no significa únicamente una insuficiencia de ingresos. [...] la exclusión revela algo más que la desigualdad social e implica el riesgo de una sociedad dual o fragmentada."* En el Libro



Blanco sobre Política Social (1994) se apunta que la exclusión social “[...] amenaza la cohesión social de cada Estado miembro y de la Unión en su conjunto”. Otro aspecto interesante de esta conceptualización de exclusión es su relación con la ruptura o quiebra del contrato social establecido en las sociedades europeas tras la Segunda Guerra Mundial. Los participantes del ya mencionado Observatorio europeo vincularon la exclusión con la ruptura de los derechos sociales (según la formulación de posguerra de T.H. Marshall, 1964). De acuerdo con ello, la exclusión viene dada por la negación o inobservancia de los derechos sociales, lo que, además, incidiría en el deterioro de los derechos políticos y económicos (Room, 1995).

El concepto de participación, dentro del contexto de la exclusión social, adquiere gran importancia, ya que se considera como un proceso mediante el cual se adquiere el control de las decisiones, las iniciativas y sobre los recursos que influyen en la vida socio-económica y política de la población. Según Williams F. (1998) se establecen tres cambios de foco de atención que implica el término de exclusión social. El primer cambio va dirigido de pasar de centrarse en el ingreso y el gasto a centrarse a un paradigma multidimensional, por lo que no todo se reduce al gasto económico. El segundo cambio es pasar de un enfoque estático de la pobreza como estado a un análisis dinámico de la exclusión como proceso. El último cambio, va dirigido en dejar de lado la visión centrada en el individuo a una visión centrada en la comunidad, y por lo tanto, centrada en la intervención individual a centrada en el empoderamiento de comunidades.

En definitiva la exclusión social presenta un carácter multidimensional, por lo que es fundamental dar atención al global de sus dimensiones, que además se refuerzan entre ellas.

5.2. Desempeño Ocupacional y Calidad de Vida Personas con Problemas de Adicciones.

Desde hace unos años se ha ido introduciendo y aplicando el concepto de Calidad de Vida (en adelante CV) como indicador de los resultados de la intervención terapéutica en diferentes ámbitos, entre ellos el de las drogodependencias. La Organización Mundial de la Salud (2004) define CV como *"La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses"*. Desde la perspectiva de la Drogodependencia, se habla de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), manteniéndose la conceptualización. No obstante, sí que se presenta modificaciones a nivel operativo, cambios que se identifican en la inclusión de aquellos factores de la salud que poseen una mayor relación a la dependencia a sustancias. La CVRS en el ámbito de las drogodependencias parte de una definición operativa que diferencia dos dominios, el físico y el psicosocial. Dicha diferenciación responde a la naturaleza del elemento sobre el que los evaluados hacen su valoración, siendo paralela a la tradicional propuesta sobre indicadores objetivos y subjetivos.

El Dominio Físico está conformado por tres categorías diferenciadas. La primera de ellas, es el Estado Funcional asociado a la capacidad de la persona para desarrollar actividades normales para personas sin problemas de adicción ni patologías. El Estado Funcional se considera un indicador de relevancia social, que puede derivar en un aumento en la imagen de deterioro de las personas. Los síntomas, según Willson y Cleary (1995), son manifestaciones de una alteración orgánica, que pueden presentarse con mayor o menor intensidad y que la persona los puede experimentar de múltiples formas. La tercera categoría es la dependencia física, relacionada con el malestar físico derivado de la dependencia a una sustancia cuando la persona no está bajo los efectos de la misma.

El Dominio Psicosocial incorpora la categoría de Dependencia Psicológica para identificar como la persona experimenta psicológicamente la necesidad de consumir. Este dominio incluye la categoría de Síntomas de Naturaleza Psicológica, en el que incluye la ansiedad, la depresión y la agresividad. Otra de las causas del consumo de drogas es el proceso de deterioro cognitivo, y, por este motivo el Deterioro Cognitivo es otra categoría de la CVRS, puesto que afecta en la vida diaria de la persona. Esta categoría incorpora las alteraciones generadas en la concentración, orientación, memoria y en las alucinaciones. Las categorías que completan la definición operativa de CVRS son la Percepción de la Salud, el Funcionamiento Social y las Expectativas. A continuación se muestra un cuadro resumen donde se recoge las categorías mencionadas.

Constructo.	Dominios.	Categorías.	Subcategoría.
Calidad de Vida Relacionada con la Salud.	Físico.	Estado Funcional.	<i>Actividad Funcional.</i>
		Síntomas.	<i>Dolor.</i>
			<i>Trastorno del Sueño.</i>
			<i>Náuseas o Vómitos.</i>
	Psicosocial.	Dependencia.	<i>Física.</i>
			<i>Psicológica.</i>
		Síntomas.	<i>Depresión.</i>
			<i>Ansiedad.</i>
			<i>Agresividad.</i>
		Funcionamiento Cognitivo.	<i>Memoria.</i>
			<i>Alucinaciones.</i>
			<i>Concentración.</i>
			<i>Orientación.</i>
		Percepción de la Salud.	<i>Física.</i>
			<i>Psicológica.</i>
		Funcionamiento Social.	<i>Rol Familiar,</i>
			<i>Rol Social.</i>
<i>Apoyo Emocional.</i>			
Expectativas.	<i>Resultado Teórico.</i>		
	<i>Autorreferencial.</i>		
	<i>Autoeficacia.</i>		

Definición operativa de la calidad de vida relacionada con la salud para población drogodependiente. Extraído de Lozano, O, Rojas, A, Pérez, C, Apraiz, B, Sánchez, F, Marín, B. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. Trastornos Adictivos, 2007;9(2):97-107.(Adjuntado en el Anexo 1).

Como se ha ido exponiendo a lo largo de este documento, la influencia de la ocupación sobre la salud y sobre la CV ha estado presente en las bases teóricas de la disciplina de la Terapia Ocupacional. Distintas investigaciones han diferenciado dos tipos de CV. El primer tipo, tal y como se ha mencionado anteriormente, es la CVRS, concebida como la percepción de la persona de cómo el estado de salud influye sobre las capacidades físicas, psicológicas y social, así como el bienestar. El segundo tipo, va asociado con la calidad de vida en general, que engloba la satisfacción de la persona con la CV general y no solamente relacionado con la patología.

Participar en diferentes ocupaciones genera la vida tenga significado, es más, estructura y organiza la conducta favoreciendo la adaptación al entorno. Además, la ocupación se articula sobre la persona y el entorno. De esta forma, Wilcock A., postula que el bienestar como la sensación percibida por la persona. En este sentido, corresponde al equilibrio entre ocupaciones de trabajo, autocuidado y ocio, acciones que ofrecen a la persona un sentido de ocupación favorable, una vocación y que genera una sensación significativa de bienestar, desarrollando estados de salud, de felicidad y dando sentido a su vida. Como consecuencia se puede decir que las personas presentan necesidades ocupacionales ligadas a la salud y el bienestar. Mediante la revisión bibliográfica, se detecta que las personas drogodependientes presentan afectación en las diferentes áreas del desempeño ocupacional, dichas alteraciones se muestran en el siguiente diagrama

Actividades de la Vida Diaria.		Descanso y Sueño.	
Higiene Personal.	<i>Falta de Higiene Personal.</i>	Dormir.	<i>Insomnio y problemas para dormir. Trastornos patrones del sueño y terrores nocturnos.</i>
Alimentación.	<i>Trastornos Relacionados con la Alimentación.</i>	Educación.	
Actividades Sexuales.	<i>Alteraciones en el funcionamiento Sexual.</i>	Participación en la Educación.	<i>Alteración del rendimiento escolar. Fracaso escolar.</i>
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.		Trabajo.	
Facilitar el Cuidado de los Hijos.	<i>Pérdida del rol de madre/padre. Abandono de responsabilidades familiares.</i>	Rendimiento en el Empleo.	<i>Alteraciones en la actividad laboral. Incumplimiento de obligaciones laborales. Pérdida del empleo</i>
Movilidad en la Comunidad.	<i>Dificultad para desplazarse en transporte. Alteraciones motoras.</i>	Ocio.	
Cuidado de Otros.	<i>Descuido de los hijos/as. Abandono responsabilidades familiares.</i>	Participación en el Ocio.	<i>Pérdida de la participación en actividades de ocio. Dificultad para disfrutar de actividades recreativas.</i>
Gestión Económica.	<i>Dificultad en el manejo del dinero. Dificultad para manejar los recursos. Pérdida económica.</i>	Participación Social.	
Mantenimiento de la Salud.	<i>Deterioro CV. Alteraciones de la rutina diaria.</i>	Participación en la Comunidad.	<i>Problemas legales, robos, extorsiones. Pérdida de las habilidades sociales. Problemas judiciales, pérdida del rol social.</i>
Gestión del Hogar.	<i>Desatención de las obligaciones del hogar.</i>	Participación en la Familia.	<i>Problemas familiares, violencia y abuso infantil. Pérdida de rol de padre/madre.</i>
	<i>Uso de agujas</i>		<i>Alteración del rol de amigo</i>

Mantenimiento de la Seguridad.	<i>contaminadas. Consumo en situaciones peligrosas.</i>	Participación con Compañeros.	
---------------------------------------	---	--------------------------------------	--

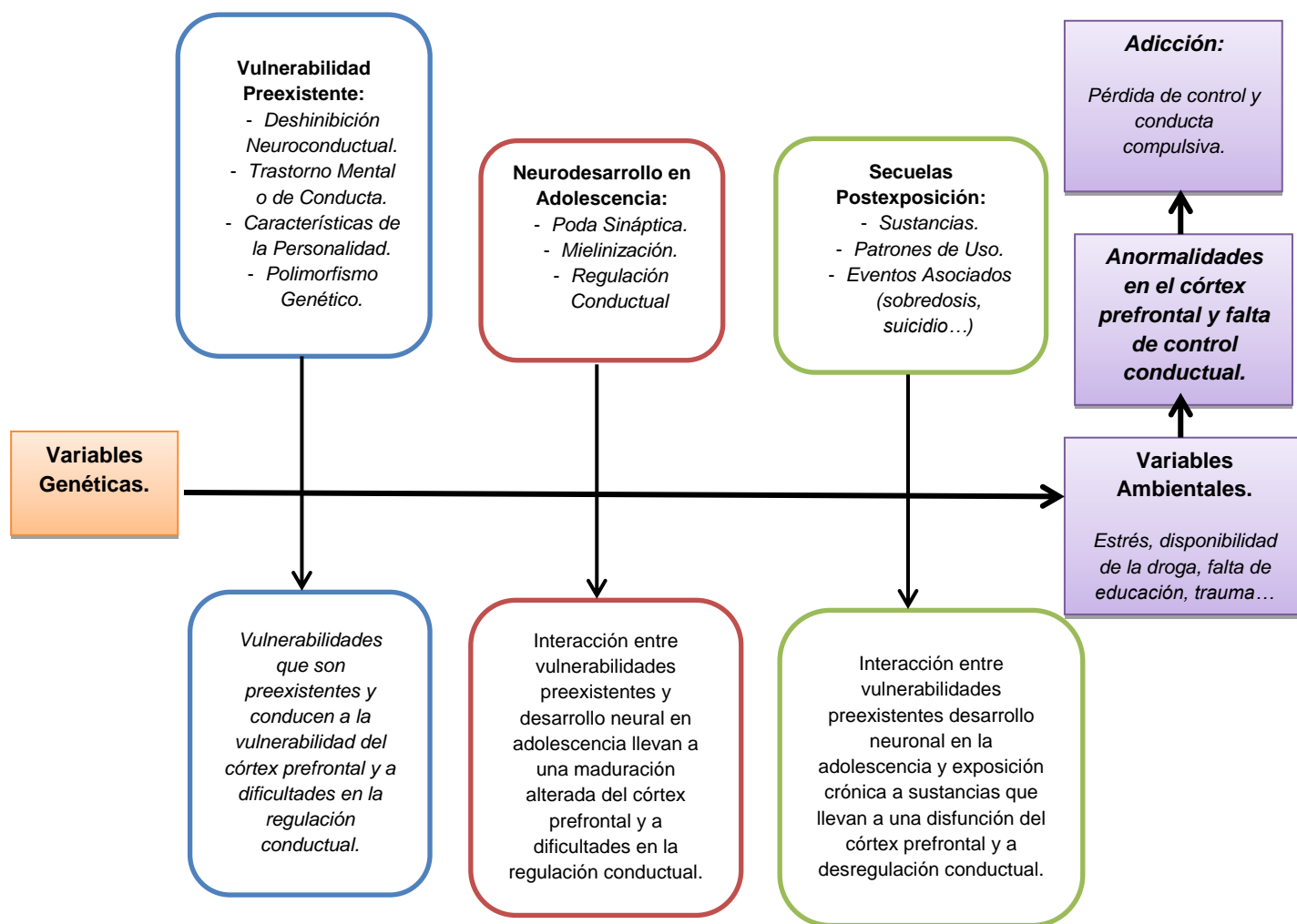
6. Disfunción Ejecutiva en Personas Drogodependientes y Terapia Ocupacional.

"En Terapia Ocupacional el supuesto general que energiza su arte es la creencia de que los seres humanos requieren y experimentan significado en su vida diaria".
Kielhofner G.

Actualmente la adicción se considera como un proceso cerebral complejo en el cual está altamente involucrado el córtex frontal. Los últimos estudios proporcionan como hipótesis que la adicción resulta de la pérdida de control sobre el propio comportamiento, causado mediante los efectos postsinápticos inhibitorios de la dopamina en el córtex prefrontal sucesivos a la administración continuada de sustancias. Esto deriva en que la drogodependencia resulte un proceso progresivo que parte de una respuesta reforzada hasta alcanzar un hábito en el cual se prioriza la selección de asociaciones estímulo-respuesta que no da lugar a un control cognitivo voluntario.

Las funciones ejecutivas se consideran aquellas que tienen como función de dirigir y controlar las actividades cerebrales. Si se toma como punto de partida un enfoque cognitivo las funciones ejecutivas son conceptualizadas como procesos en los cuales la persona desarrolla acciones de una manera más efectiva en cuanto tareas complejas, como por ejemplo planificar y aplicar acciones para la consecución de objetivos. De forma sintetizada las funciones ejecutivas son capacidades cognitivas elaboradas por el córtex prefrontal que posibilita acciones como el pensamiento estructurado, definir y organizar metas, el pensamiento abstracto, saber cuándo iniciar y finalizar un actividad, organizar el espacio y tiempo, entre otras funciones.

Se han desarrollado investigaciones sobre el estudio de la relación existente entre las funciones ejecutivas del lóbulo frontal y las conductas adictivas. Se ha demostrado que hay evidencias sobre que el consumo continuado y abusivo de drogas da como resultado alteraciones de las funciones ejecutivas cerebrales. No obstante, no se tiene total certeza de que las alteraciones funcionales detectadas en las personas consumidoras de sustancias sean el resultado del consumo o de las condiciones previas que benefician la adquisición de conductas adictivas. Otro aspecto de estudio, tiene que ver con la recuperación de las funciones ejecutivas frontales alteradas del sujeto adicto. Investigaciones indican que dichas alteraciones pueden llegar a recuperarse, al menos en su mayor parte una vez superado largos periodos de abstinencia junto con un proceso de rehabilitación y tratamiento efectivo. Yucel M y Lubman D llevaron a cabo un estudio neuropsicológico y con neuroimagen con personas consumidoras de sustancias que indican alteraciones en el funcionamiento del lóbulo frontal y las funciones cognitivas asociadas, donde el control inhibitorio y la toma de decisiones presentan un papel muy importante.



Esquema modificado de Yucel M, Lubman D, Solowij N, Brewer W. Extraído de Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective.

A día de hoy existen varias teorías y modelos que intentan explicar desde un enfoque neuropsicológico el comienzo y mantenimiento de las conductas de uso y abuso de sustancias. No obstante, todas y cada una de ellas comparten la idea de que el consumo da como resultado modificaciones neuropsicológicas y neuroanatómicas que causan una neuroadaptación funcional en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales afectando de forma grave a las Actividades de la Vida Diaria de la persona y por consiguiente a su calidad de vida. Un ejemplo de un modelo neurobiológico bastante actual es el propuesto por Verdejo-García y Berchara (2009), que postula que la adicción es el resultado de procesos de toma de decisiones desadaptativos para personas con problemas de consumo de drogas. Este consumo de drogas altera los sistemas emocionales y motivacionales responsables de la creación de marcadores emocionales que dirigen la toma de decisiones. Este fenómeno implica que se promueva la elección de respuestas basadas en el deseo y urgencia de consumir.

Alteraciones de la conducta causadas por la disfunción ejecutiva.	
<p><i>Agresividad Verbal y física.</i> <i>Apatía.</i> <i>Cambios de Personalidad.</i> <i>Sentimiento de Grandiosidad.</i> <i>Dificultades del Aprendizaje.</i> <i>Falta de Atención.</i> <i>Despreocupación</i></p>	<p><i>Inestabilidad.</i> <i>Aislamiento Social.</i> <i>Pérdida Higiene Corporal.</i> <i>Labilidad Emocional.</i> <i>Reactividad Emocional.</i> <i>Confubalación.</i> <i>Desinhibición Sexual.</i> <i>Impulsividad.</i></p>

Las personas drogodependientes con disfunción ejecutiva, tal y como se ha mencionado anteriormente, presentan unas alteraciones comportamentales que afectaran la vida diaria de dicho individuo. El número de conductas desadaptadas es muy elevado tal y como se muestra en la tabla, y, no solo eso, sino que causa cambios negativos tanto en la vida del sujeto como en su entorno familiar y social. Des de la disciplina de la Terapia Ocupacional, la disfunción ejecutiva de la persona adicta causa un gran impacto sobre el desempeño ocupacional, por lo que el terapeuta ocupacional ha de dirigir sus esfuerzos hacia una rehabilitación funcional que facilite la recuperación de la autonomía personal y de su independencia en cada una de las áreas ocupacionales afectadas. Esto se realiza mediante:

- **Procesos de Adaptación:** *potenciar y aprovechar las capacidades presentes en la persona adicta para compensar aquellas habilidades deficitarias.*
- **Procesos de Restauración:** *recuperación de las capacidades cognitivas, sensoriales y físicas.*

Tanto los procesos de adaptación como los de restauración han de aplicarse mediante actividades que precisen de procesamiento cortical de información centrándose en la estimulación de la función ejecutiva con el objetivo de crear conexiones neuronales renovadas.

Tal y como se indica en el apartado de Herramientas/Instrumentos de Evaluación Ocupacional, las dos evaluaciones que se pueden aplicar son la Assement of Motor and Process Skills (AMPS), la Evaluación Neurológica para Terapeutas Ocupacionales de Chessington (COTNAB), la Evaluación Cognitiva de Montreal.

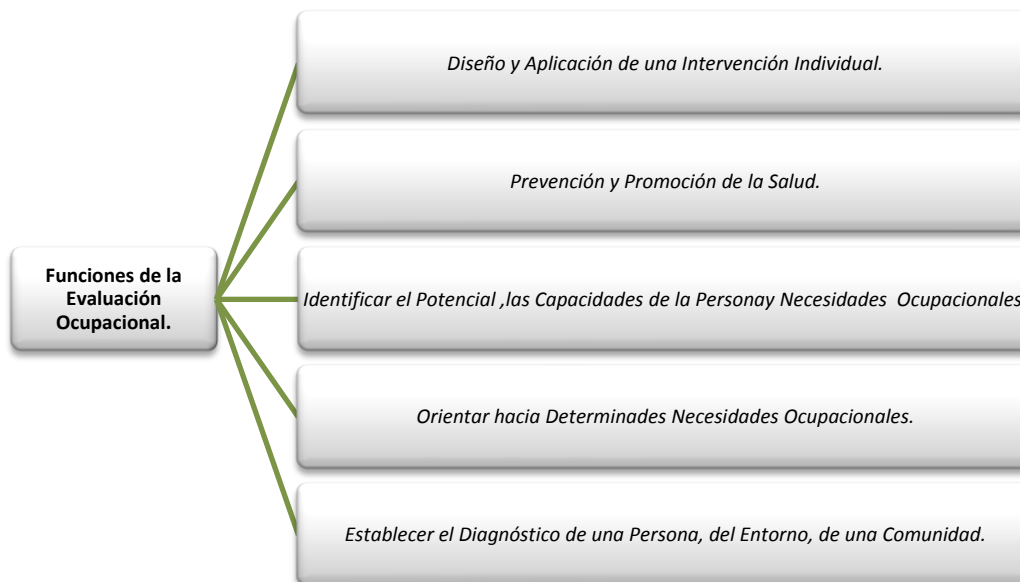
7. Proceso de Evaluación Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

"La vida es un viaje complejo y profundo que fluye a través del tiempo y el espacio como un río. El propósito de la Terapia Ocupacional es ayudar a aumentar y mejorar el flujo vital."
Iwama M. 2006.

7.1. Definición de Evaluación Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

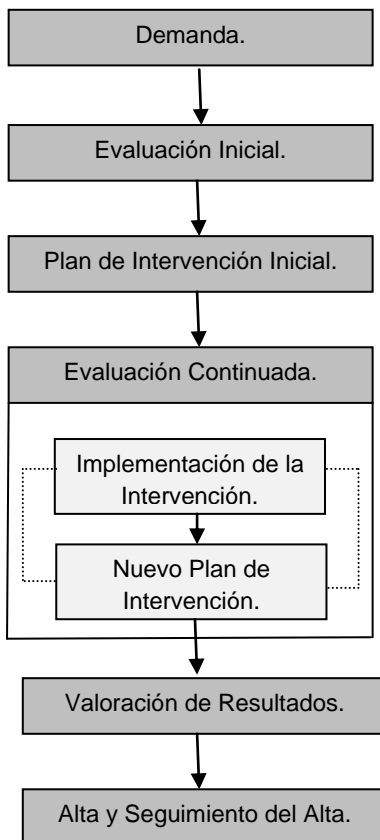
La evaluación Ocupacional es el punto de partida de la intervención en Terapia Ocupacional sea cual sea el ámbito de actuación, en este caso el de las drogodependencias. El procedimiento de Evaluar, no se reduce únicamente a la recolecta de información, sino que también presenta la finalidad de "dar valor a algo". Aquellos factores a los cuales se le otorga un valor durante el proceso de evaluación, se consideran aquellas variables definidas a partir de los términos delimitados por la estructura teórica que dirige la evaluación. Es decir, los marcos de referencia teóricos y los modelos de práctica, permiten dar sentido y definir el problema, estructurarlo para guiar y desarrollar posibles soluciones. Pag 90-91

Siguiendo el Marco para la Práctica de la Terapia Ocupacional la Evaluación Ocupacional se define como "El procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpreta la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado". Mediante esta definición se pretende que se integre diversas dimensiones, cometidos y objetos de análisis de la evaluación ocupacional. Dicha evaluación ocupacional puede ir dirigida centrarse en la persona, en familias, en poblaciones o en un programa de intervención. Por lo tanto la evaluación ocupacional puede presentar diferentes funciones tal y como muestra la siguiente imagen:



Cuando la evaluación ocupacional hace referencia a la orientación al cambio ocupacional de una persona se considera un proceso global de recolección y análisis de datos, que se desarrolla de forma paralela a la intervención. Esto ofrece como resultado generar hipótesis acerca de las dificultades o fortalezas presentes del individuo en cada una de las áreas ocupacionales, así como las variables que las causan y las que las mantienen. Dichas hipótesis facilitan poder definir de forma concreta y estructurada los objetivos de la intervención, y, pudiendo elegir qué estrategia y metodología son las adecuadas para fomentar la ocupación y prevenir, eliminar, paliar o compensar las dificultades ocupacionales del sujeto adicto a evaluar.

Como procedimiento, la evaluación ocupacional adopta un enfoque mediante el cual contempla las relaciones entre varias causas que pueden ocasionar alteraciones en el desempeño ocupacional mediante la recogida de información de manera sistemática y circular, tal y como muestra el diagrama siguiente.



Esquema sobre la evaluación ocupacional bajo una perspectiva de proceso circular que tiene lugar en distintos momentos y de forma cíclica durante toda la intervención.

Como se observa, la evaluación esta presente en tres momentos del proceso global de intervención como Evaluación Inicial, Evaluación Continuada y Valoración de Resultados, que en los próximos apartados quedará definidas cada una de ellas.

7.2. Etapas y Procedimientos de la Evaluación Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

La Evaluación Ocupacional se puede dividir en tres etapas tales como la Evaluación Inicial, la Evaluación Continuada o Ongoing Assesment y Valoración, desarrolladas a continuación.

7.2.1. Evaluación Ocupacional Inicial.

En el momento en que el Terapeuta Ocupacional recibe la derivación de una persona drogodependiente en proceso de rehabilitación, ha de dirigir las acciones a identificar y determinar los problemas ocupacionales de dicho individuo y sus posibles causas, con el fin de diseñar un programa de intervención inicial. Estas acciones posibilita la recolección de información y datos mediante fuentes de información, técnicas e instrumentos de evaluación, que pueden presentar un carácter cuantitativo y/o cualitativo, y, objetivo y/o subjetivo. Esto es posible gracias al contacto directo con la persona adicta a evaluar y al contacto indirecto (información proveniente del entorno familiar). La Evaluación Ocupacional Inicial es esencial para la práctica de la profesión, debido a que será el punto de partida para establecer un eje alrededor del cual se estructura el resto de procedimiento.

Procedimientos Habituales en la Evaluación Inicial.

- Autoinformes.
- Autoregistros.
- Cuestionarios.
- Entrevistas.
- Observación.
- Informes de otros profesionales.
- Información Entorno Familiar.

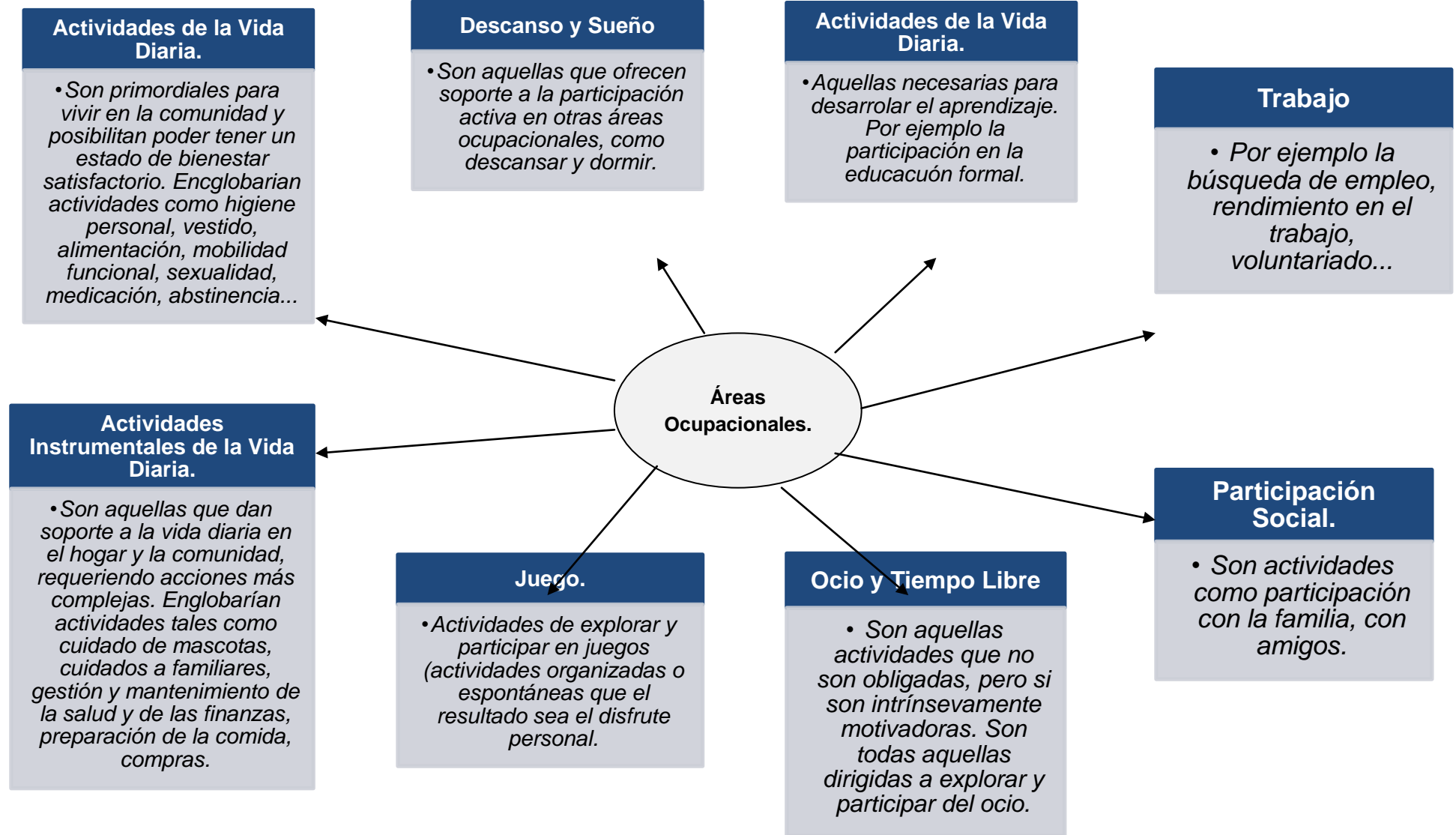
Dentro de la Evaluación Ocupacional Inicial se ha de diferenciar tres etapas:

- a) Derivación:** Se considera el punto de inicio de la intervención y por lo general la derivación del caso viene dada por otro profesional. La derivación del usuario/a normalmente se realiza mediante una hoja de solicitud en la cual queda remarcado datos como el nombre, sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico, estado de salud, pauta de consumo, expectativas de la intervención...
- b) Screening:** Con el Screening se pretende determinar la necesidad de desarrollar una evaluación detallada que dé lugar a una intervención futura, ya que posibilita valorar la situación de la persona de forma global y en un periodo de tiempo corto. A partir de esto se obtendrá indicadores sobre qué áreas ocupacionales la persona adicta muestra uno o varios problemas. Además, tanto el análisis como la interpretación de los datos e información recopilada se considera un avance esencial en el proceso de toma de decisiones que organiza el razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional. No solo eso, las hipótesis que se generan durante el screening hace variar tanto las estrategias e instrumentos efectivos para completar la evaluación, a medida que se detectan los problemas y variables asociadas a ellos.
- c) Evaluación Comprensiva:** Esta etapa tiene la función de adquirir y describir de una manera detallada las interrelaciones existentes entre las distintas dimensiones que forman parte de los problemas en el desempeño ocupacional de la persona drogodependiente que se está evaluando. Es decir, se pretende detectar tanto las alteraciones del desempeño ocupacional en cada una de las áreas ocupacionales como los factores que intervienen como soporte o como limitación. Finalmente, es el razonamiento diagnóstico del profesional de Terapia Ocupacional lo que permite completar el proceso. Desde el Marco para la Práctica de la Terapia Ocupacional se propone una metodología para desarrollar la evaluación comprensiva que se expone a continuación:

Acciones fundamentales en la toma de decisiones propuestas por Reed y Sanderson.

- Selección del Instrumento de Screening consistentes con el modelo conceptual empleado.
- Aplicación y recogida de datos.
- Registro de cualquier otra información importante no ligada directamente con la herramienta aplicada.
- Interpretación de los datos obtenidos.
- Resumen de las conclusiones.

Factores a Evaluar en la Evaluación Comprensiva. (1)



Factores a Evaluar en la Evaluación Comprensiva. (2)

Contextos y Entornos.

Cultural.

- Creencias, costumbres, patrones de actividad.

Personal.

- Edad, género, nivel educativo y financiero.

Temporal.

- Historia personal.

Virtual.

- Comunicación mediante las TIC's.

Físico.

- Pisos, muebles, terrenos...

Social.

- Relaciones y expectativas con personas, organizaciones...

Características de la Persona.

Valores

- Normas y principios de la persona.

Creencias.

- Ideas que se consideran verdaderas (contenido cognitivo).

Espiritualidad.

- Búsqueda personal.

Funciones Corporales.

- Son las funciones fisiológicas del cuerpo incluyen las psicológicas. Funciones mentales, emocionales, sensoriales, músculo esqueléticas, hematológico...

Estructuras Corporales.

- Partes anatómicas del cuerpo que sostienen las funciones corporales. Sistema nervioso, digestivo, metabólico...

Factores a Evaluar en la Evaluación Comprensiva. (3)

Destrezas.

Motoras y Práxis.

- Las motoras son aquellas que la persona usa para moverse e interaccionar físicamente con entornos, objetos..., las práxis es la organización de secuencias temporales dentro de un contexto espacial.

Sensio-Perceptivas.

- Las usa la persona para identificar, situar y responder a sensaciones. Propioceptiva, vestibular, gustativa, olfactiva, táctiles...

Reguladoras emocionales.

- Acciones dirigidas a detectar, manejar y expresar sentimientos.

Cognitivas.

- Acciones dirigidas a organizar y gestionar el desempeño ocupacional.

Comunicación y Sociales.

- **Acciones dirigidas a comunicarse con otras personas.**

Patrones del Desempeño.

Rutinas.

- Patrones del comportamiento visibles, regulares o fijos, repetitivos que dan estructura a la vida diaria.

Rituales.

- Acciones simbólicas que están provistas de un significado que contribuye a la identidad de la persona.

Roles.

- Comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y definidos por la persona.

Hábitos.

- Comportamientos integrados en forma de patrones complejos y facilita el funcionamiento diario de la persona.

La evaluación Inicial es una fase clave y central para la práctica, ya que es un fundamental para interpretar tanto los problemas como las necesidades de la persona evaluada, favorece a determinar un punto de inicio en sobre el funcionamiento ocupacional de la persona facilitando verificar posteriormente el progreso del caso y permite diseñar un plan inicial de intervención junto con las estrategias y métodos necesarios que se han de incluir en dicho plan. Para Creek, esta etapa de evaluación inicial finaliza cuando se dan los siguientes criterios:

- *El setting de la intervención.*
- *La urgencia de la Intervención.*
- *Las características de la persona evaluada o de la institución.*

Finalmente, de la evaluación inicial se obtiene un informe de evaluación en el cual se sintetiza las conclusiones surgidas en todo el proceso, como las alteraciones en el desempeño ocupacional.

En el apartado de Instrumentos de Evaluación de Terapia Ocupacional aplicado al Ámbito de las Drogodependencias se expondrá de forma amplia las herramientas que se pueden administrar en esta fase.

7.2.2. Evaluación Continuada.

La Evaluación Ocupacional es un proceso permanente de recolección y análisis de datos que se aplica durante todo el proceso de práctica, por lo que se hace fundamental la recogida continuada de información durante la participación del sujeto en los programas de Terapia Ocupacional. Cuando se gestionan casos se han de llevar a cabo revisiones periódicas del plan de intervención inicial, que se basará en los resultados que se van obteniendo.

7.3. Herramientas/Instrumentos de Evaluación Ocupacional.

Es difícil poder determinar cuál de las evaluaciones es la más adecuada para la persona drogodependiente, ya que cada persona es diferente y las alteraciones detectadas dependen de diversos factores, cómo tipo y localización de las lesiones cerebrales (si se han producido). A esta variable se le suma la edad, los rasgos de la personalidad y las capacidades cognitivas y de interacción y comunicación. Estas alteraciones han de ir vinculadas a las dificultades que tiene la persona adicta a desempeñar las AVD's y a nivel de habilidades comunicativas, laborales, intelectuales, de razonamiento, toma de decisiones, entre otras.

El instrumento con el cual se puede iniciar la evaluación es un screening del funcionamiento cognitivo en líneas generales. Un instrumento que reúne dichos requisitos es la Evaluación Cognitiva de Montreal (*Adjuntado en el Anexo 2*), siendo una prueba rápida, fácil de aplicar, puesto que no requiere un gran entrenamiento y se hace con lápiz y papel. Con esta prueba, en un tiempo de 10 minutos aproximadamente, se puede valorar si el rendimiento cognitivo es el adecuado o deficitario en función de cada individuo. Rojo G. aplicó esta herramienta a población adicta en proceso de tratamiento en el Estado Español, obteniendo como resultado que un 70% de estos individuos presentaban déficits entre leves y graves en su funcionamiento cognitivo. Otro instrumento dirigido a determinar el funcionamiento cognitivo es la Evaluación Neurológica para Terapeutas Ocupacionales de Chessington (COTNAB). Este instrumento, no solo evalúa la función global, sino que también posibilita detectar áreas de dificultad

funcional con el fin de guiar al terapeuta ocupacional en la planificación y aplicación del programa de tratamiento.

También, se considera importante la exploración de las dificultades en la vida diaria de la persona que se pueden atribuir a las alteraciones de las funciones ejecutivas y del control mental (funcionamiento frontal), siendo las repercusiones que más frecuentemente aparecen en las personas adictas. En este sentido, es importante dos tipos de autoinformes. El primer tipo de autoinforme son aquellos destinados a explorar aquellas funciones que pueden estar en la base de tales dificultades. El Inventario de Síntomas Prefrontales (*Adjuntado en Anexo 3*), entraría dentro de este tipo de autoinforme. Consta de 47 ítems que se rellenan en 10 minutos como máximo, presentándose como objetivo de explorar los síntomas de mal funcionamiento prefrontal en AVD's en cuanto a fallos en control ejecutiva, en el control emocional y en la conducta social. El segundo tipo de autoinforme son aquellos centrados en los aspectos relacionados con el desempeño que pueden estar afectados. Dentro de este tipo se encuentra la evaluación llamada Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO) propuesta por Rojo G. Esta evaluación ADO deriva de la adaptación del Occupational Self Assessment (OSA) propuesto por Kielhofner. La ADO es un instrumento validado específicamente para la población adicta a sustancias, que permite la autoevaluación del funcionamiento ocupacional y la influencia del entorno en el desarrollo de las AVD's de las personas en proceso de tratamiento para abandonar las conductas y hábitos adictivos.

<p>Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO). (Adjuntado en Anexo 4)</p>	<p>Proporciona una evaluación subjetiva desarrollada por la propia persona adicta en relación a su nivel de competencia y dificultades de su día a día. En los últimos años se ha propuesto este instrumento como específico para población adicta y validada sobre una amplia muestra de individuos en tratamiento. Consta de dos partes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La primera, es una Autoevaluación Ocupacional en la que los sujetos estiman su grado de competencia en 25 ítems (puntuación 1: tengo problema para hacer esto; 3: lo hago de forma aceptable; 5 Hago esto bien), y, acto seguido la persona valora el nivel de significado de cada ítem (0: no es importante para mí; 1: es importante para mí; 3: esto es muy importante para mí). • La segunda parte, es la Autoevaluación del Ambiente, mediante la cual el individuo evalúa los diferentes aspectos del ambiente físico y social en el cual participan. Se compone de 12 ítems que se autoevalúan primero (0: es un problema para mí; 3: es aceptable para mí; 5 para mi está bien) y luego se valoran (0: no es importante para mí; 1: es importante para mí; 3: esto es muy importante para mí).
--	--

La ADO concibe el desempeño de las actividades desde una visión neuropsicológica, en la medida en que tanto la adicción como la propia actividad de la personas tienen un sustrato cerebral común, el córtex prefrontal, estructura neurológica encargada de la planificación, toma de decisiones, supervisión y desarrollo general de la conducta humana.

Por otro lado Rojo G. propone aplicar el Modelo de Ocupación Humana para ofrecer propuestas de evaluación que se recogen acto seguido:

<p>Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional. OPHI-II. (Adjuntado Anexo 5)</p>	<p>Propuesta por Gary Kielhofner que consta de tres partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Semiestructurada que explora la Historia Ocupacional de la persona. • Escala de Calificación de la identidad y competencia ocupacional, así como el impacto del ambiente en el comportamiento ocupacional de la persona. <p>Narración de la Historia de Vida diseñada para recoger características cualitativas de los antecedentes ocupacionales.</p>
<p>Listado de Roles. (Adjuntado Anexo 6)</p>	<p>El listado está dividido en 2 partes. La primera parte evalúa, a través de un continuo temporal, los roles que más han servido para organizar la vida diaria del individuo. La segunda parte permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol. Por lo tanto este listado aporta a la identificación de si es que la persona ha desempeñado, desempeña, e identifica desempeñando determinado número de roles en el futuro, aporta a comprender la congruencia entre los roles desempeñados y el valor asignado a éstos y su impacto en la satisfacción ocupacional, como así el balance de estos roles en la organización de una rutina satisfactoria, mostrando ya sea una ausencia o presencia de roles significativos, congruencia entre el deseo de participar en roles y las capacidades reales de la persona.</p>
<p>Listado de Intereses. (Adjuntado Anexo 7)</p>	<p>Desarrollado Matsutsuyu (1960) el listado de intereses como un medio de recolectar datos de los patrones de intereses de la persona y las características que serían útiles para la práctica clínica. Este consiste en tres partes, un listado de 80 ítems, una sección para responder los intereses adicionales y una sección en la cual se pregunta al entrevistado por un resumen de su historia de intereses correspondientes al tiempo libre, indicando sus actividades más placenteras. La administración de las tres partes del listado de intereses ofrece una perspectiva de los intereses presentes del individuo y la implicancia de ellos a lo largo de la vida. Los ítems escogidos en el listado son relevantes en lo que se refiere a la utilización de los espacios recreativos de la vida, y las tareas de la vida diaria. A pesar de mostrar una gama amplia de intereses, está dirigido a cubrir más que nada intereses que no son vocacionales y que influyen las elecciones ocupacionales.</p>
<p>Cuestionario Ocupacional. (Adjuntado Anexo 8)</p>	<p>Registra información en intervalos de tiempo de media hora durante el día. La información que recopila es sobre la percepción de competencia, valor y disfrute de la actividad.</p>
<p>Cuestionario Volicional. (Adjuntado Anexo 9)</p>	<p>Presenta el objetivo de evaluar los componentes volicionales de la persona con problemas de limitaciones en las capacidades cognitivas y verbales. Presenta 14 ítems o indicadores que son determinados mediante la observación en cinco sesiones diferentes, en las cuales se quiere ofrecer una experiencia exploratoria en el trabajo, ocio y AVD's, con oportunidades para el compromiso en una variedad de actividades en las que el sujeto ha mostrado interés.</p>
<p>Evaluación de Habilidades Motoras y de Procedimientos. AMPS (Adjuntado Anexo 10)</p>	<p>Consiste en 16 habilidades como por ejemplo alcanzar objetos, entre otras habilidades y 20 procesos cognitivos como por ejemplo la resolución de problemas o toma de decisiones. En definitiva permite predecir acerca del desempeño de más de 50 AVD's Instrumentales (planchar, fregar platos...). Además, incluye una entrevista previa al proceso de evaluación, con el fin de identificar las actividades más habituales que desempeña la persona, donde el usuario/a habrá de elegir tres de estas.</p>

Es importante evaluar el desempeño ocupacional de las AVD's, ya que a partir de estas se identifica y se puede modificar el impacto de la adicción en entornos naturales. Esto favorece alargar y ampliar la acción del resto de áreas de trabajo rehabilitador al entorno real del usuario/a.

Estos instrumentos que se están desarrollando en este apartado están dotados de una gran validez ecológica. No obstante, se ha de tener presente que las evaluaciones observacionales siempre han de ir acompañadas de la propia visión de la persona en tratamiento, ya que hará que la evaluación sea más completa. Dicha perspectiva del individuo ha de aportar sus necesidades, intereses, valores y preferencias,

ya que esto resultará en establecer y lograr los objetivos de una forma más satisfactoria con el fin de mejorar su calidad de vida.

Otros autores, Farías, Guerra, Cifuentes, Rozas y Riveros, desarrollaron un estudio explorando los componentes ocupacionales que los propios profesionales de la Terapia Ocupacional evalúan durante el transcurso del programa de tratamiento de la persona drogodependiente. Como resultado obtuvieron que la mayoría de los Terapeuta Ocupacionales evalúan el componente volitivo de la persona, los roles y hábitos, el ocio y la historia de vida laboral en la fase de ingreso en los Centros de Tratamiento y Rehabilitación.

A continuación se exponen otra serie de evaluaciones que pueden aplicarse a personas drogodependientes:

<p style="text-align: center;">Functional Independence Measures (FiM). (Adjuntado Anexo 11)</p>	<p>No es una medida de déficit sino de capacidad, que tiene el objetivo de medir lo que realmente la persona puede hacer y no lo que podría hacer.</p> <p>Está estructurado en siete niveles de funcionalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Persona. • Control de Esfínteres. • Transferencias. • Locomoción. • Comunicación. • Ajuste Psicosocial. • Función Cognitiva. <p>Son 30 ítem en total que se puntúan del 1 (mínimo) al 7 (máximo) en función del grado de independencia. En un principio va dirigido a persona con daño cerebral adquirido, pero puede adaptarse a personas con problemas de adicción.</p>
--	--

<p style="text-align: center;">Canadian Occupational Performance Measure (COMP). Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional.</p>	<p>Entrevista semiestructurada con directrices claras y concisas para ser administrada. Consta de tres áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Personal. • Productividad. • Ocio. <p>Dentro de cada área se analiza los componentes físicos, sociales, psicológicos, culturales, espirituales, los componentes de ejecución y la satisfacción en el desempeño de las mismas. Mediante este instrumento el usuario/a debe de identificar los problemas que presenta en las diferentes áreas de desempeño priorizándolos del 1 a 10 en relación a la importancia que este le asigne a cada una de los problemas. De estos se eligen cinco, que se consideran prioritarios en función de su rol otorgándole un valor del 0-10 en cuanto a ejecución y satisfacción con la actividad.</p> <p>Esto permite que la persona drogodependiente adquiera un rol muy activo durante el proceso de evaluación e intervención.</p>
--	--

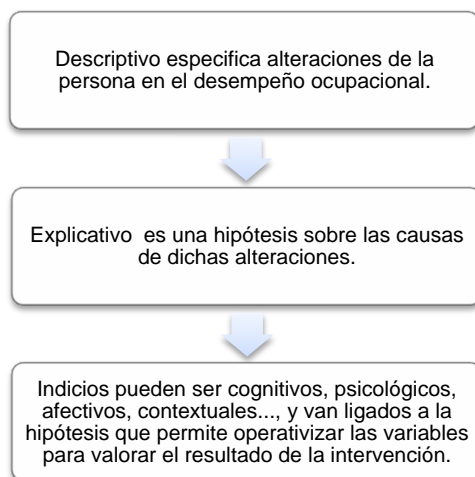
<p>Evaluation of Social Interaction (ESI)</p> <p>Evaluación de la Interacción Social</p>	<p>En el ámbito de las drogodependencias es muy útil para medir la calidad de interacción entre la persona con problemas de adicción con los miembros de la familia, con los compañeros/as de trabajo o con el grupo de personas adictas que van a tratamientos.</p> <p>El profesional a través de la entrevista determinar el tipo de interacción social que va a observar en función de los objetivos que la persona quiere lograr respecto a las situaciones sociales. Después, el profesional observa un mínimo de dos situaciones ocupacionales de interacción social en un contexto natural y puntúa 27 habilidades diferentes de interacción que sucede en el contexto.</p>
--	--

Existe escaso número de publicaciones e investigaciones en cuanto la aplicación de instrumentos de evaluación en personas drogodependientes, por lo que es de suma importancia desarrollar trabajos de investigación que exploren la utilidad de cada herramienta en individuos adictos, favoreciendo establecer nuevos protocolos de específicos para esta población.

7.4. Diagnóstico Ocupacional Evaluación en el Ámbito de las Drogodependencias.

El Diagnóstico Ocupacional se conceptualiza como una herramienta que facilita organizar y clarificar los resultados de la totalidad del proceso de evaluación inicial, permitiendo desarrollar una planificación e implementación de la intervención más efectiva. Es por este motivo que se adquiere un diagnóstico propio de la disciplina de la terapia ocupacional mejorando la causalidad multidimensional de los problemas del desempeño ocupacional.

Rogers y Holm proponen un esquema conceptual sobre los componentes integradores que permiten planificar la intervención. Dichos componentes son los siguientes:



➤ **Descriptivo:** descripción de las actividades en las que la persona adicta muestra dificultades para su desempeño ocupacional.

➤ **Explicativo:** hipótesis establecidas por el Terapeuta Ocupacional que tienen el objetivo de explicar la causa de cada situación y/o problema.

➤ **Indicios:** se consideran evidencias que dan lugar a una conclusión a cerca de la existencia de un problema y las hipótesis que la explican.

➤ **Información Diagnóstica Adicional:** aporta datos adicionales que pueden estar o no relacionados con el problema ocupacional que presenta la persona.

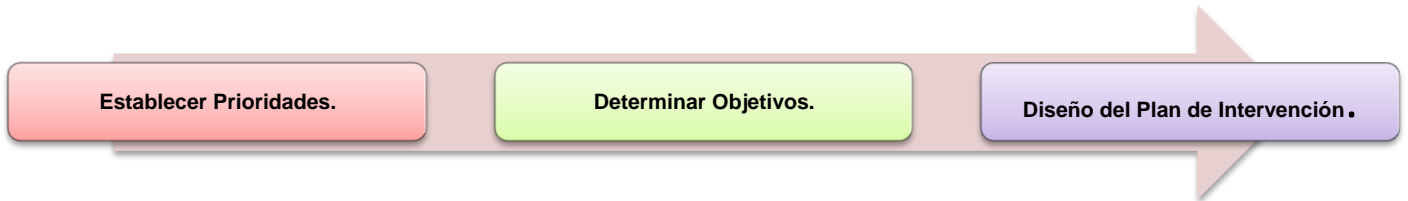
Cuando el diagnóstico se relaciona a un problema o dificultad con su probable causa, permite definir objetivos a lograr, sin olvidar que la propia persona usuaria a de participar en la formulación del contrato terapéutico.

8. Planificación e Intervención Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

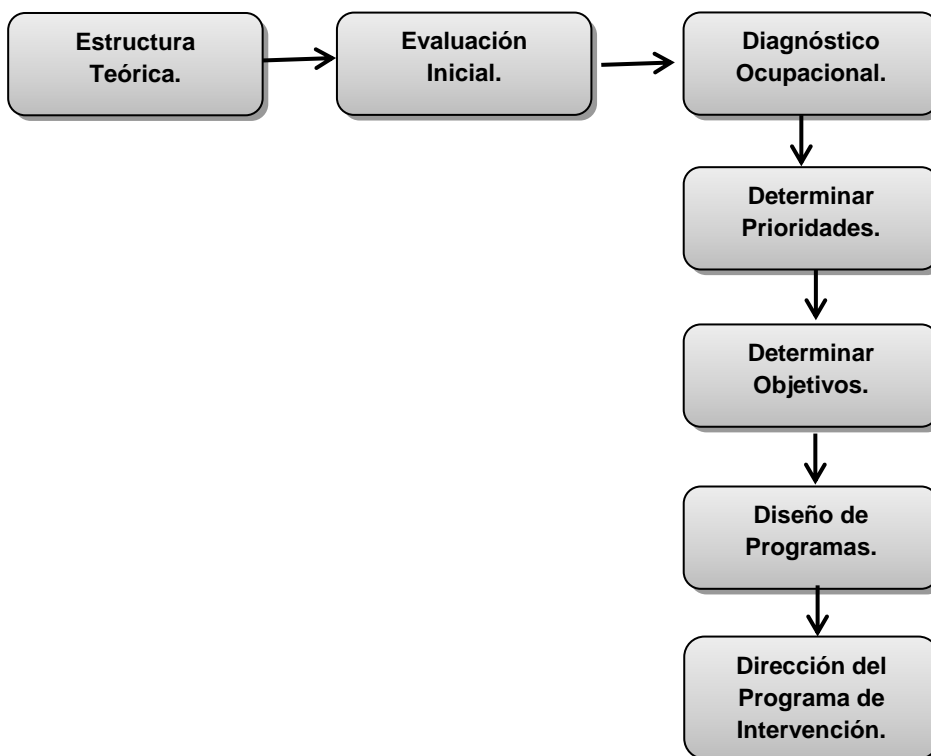
"La Terapia Ocupacional eficaz permite a las personas el cambio."
Kielhofner G. 1983

8.1. Fases de la Planificación de la Intervención Ocupacional en el Ámbito de las Drogodependencias.

Con el fin de llevar a cabo la planificación de la intervención se diferencia tres etapas primordiales:



Romero y Muroño proponen una representación gráfica de las fases de la Planificación de la Intervención:



8.1.1. Determinar Prioridades.

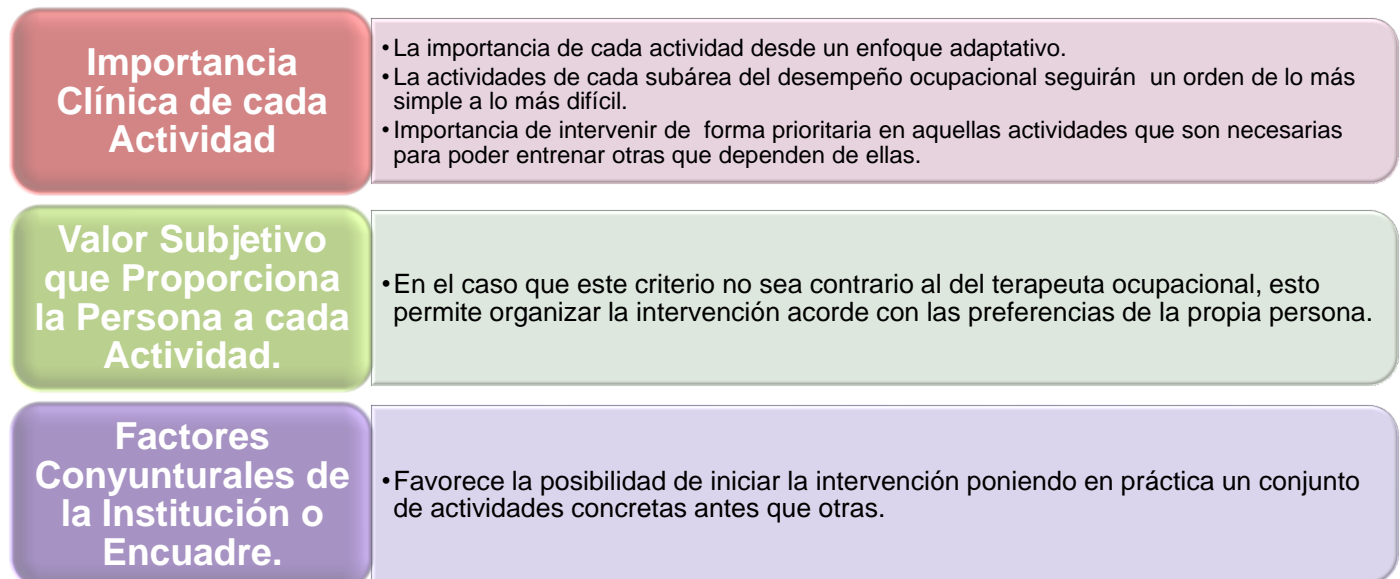
En el momento de establecer las prioridades es fundamental establecer también el orden temporal en el cual serán intervenidos los diferentes problemas ocupacionales de la persona. Mosey, propone que las acciones de la profesión de la Terapia Ocupacional han de seguir el siguiente orden establecido:

- Promocionar la salud, así como prevenir la enfermedad.
- Mantenimiento de la salud y control de las conductas indeseables.
- Desarrollo y recuperación del desempeño ocupacional.

Es importante que cuando se determinan prioridades en la intervención de la persona drogodependiente, tener en cuenta el servicio en el cual se va aplicar la intervención, todas las dificultades en el desempeño ocupacional y su naturaleza, así como el valor subjetivo que otorgar el sujeto a cada actividad y la continuidad en su proceso de abstinencia.

Des de esta perspectiva, se emplea un análisis de las actividades tanto alteradas como conservadas en las distintas áreas ocupacionales, que se relacionan directamente con las capacidades, habilidades, destrezas y patrones del desempeño junto con los aspectos de los contextos implicados. También, es esencial tener presente los deseos, preferencias y expectativas del sujeto en cuanto a su desempeño ocupacional futuro (valor subjetivo de la actividad). Esto último, implica que las variables personales, ambientales y socio-culturales influyen en el momento de establecer las expectativas vinculadas a las tareas que la persona ha de desempeñar.

Este análisis descrito permite determinar las prioridades, pero es primordial indicar los criterios que pueden servir de orientación en esta fase.



En esta etapa de priorización es clave la experiencia del Terapeuta Ocupacional, ya que le permitirá observar y evaluar el desempeño ocupacional de la persona adicta implicando que la priorización de objetivos se realice de forma más efectiva.

8.1.2. Determinación de los Objetivos de Intervención.

Para llevar a cabo este proceso es importante diferenciar dos tipos de objetivos. El primero de ellos son los objetivos cuantificables, en los que los cambios pueden ser representados de manera numérica. El segundo tipo de objetivos, son los medibles en los que los cambios se comparan con un criterio no necesariamente cuantificable. No obstante, la descripción de los objetivos ha de posibilitar apreciar de forma objetiva su logro, puesto que sino la evaluación del progreso en la intervención adoptaría un carácter subjetivo. Además, se pueden distinguir tres fases en el cometido de definir los objetivos:

1- *Encuadre Temporal.*

Se aplica de una forma jerarquizada de menor a mayor dificultad de tal forma que quede estipulado el proceso de cambio desde un punto de vista temporal. Por este motivo, por lo general, se diferencian objetivos a largo y corto plazo e incluso a medio plazo.

Objetivos a Corto Plazo.	Objetivos a Largo Plazo.
<p><i>Se consideran aquellos pasos encaminados a lograr una o más metas de mayor alcance, es decir, son submetas que se van construyendo para alcanzar metas a largo plazo.</i></p> <p><i>En líneas generales los objetivos a corto plazo se refieren a factores como capacidades y destrezas necesarias que se han de integrar como requisito previo a lograr un desempeño ocupacional satisfactorio.</i></p>	<p><i>Se consideran el último paso de la intervención, mediante la adquisición de patrones de desempeño junto con un desempeño ocupacional funcional en todas las áreas de funcionamiento y en los diferentes entornos.</i></p>

2- *Establecimiento de Resultados Funcionales.*

Cuando se describen los objetivos estos deben de permitir que el profesional pueda evaluarlos en el momento en que se consigan. Una técnica efectiva para lograr esto es llevar a cabo una redacción funcional que se pretenden alcanzar con cada uno de los objetivos facilitando dicha evaluación en el progreso de la intervención. Esto conlleva a evitar aplicar palabras como modificar, aumentar o mejorar.

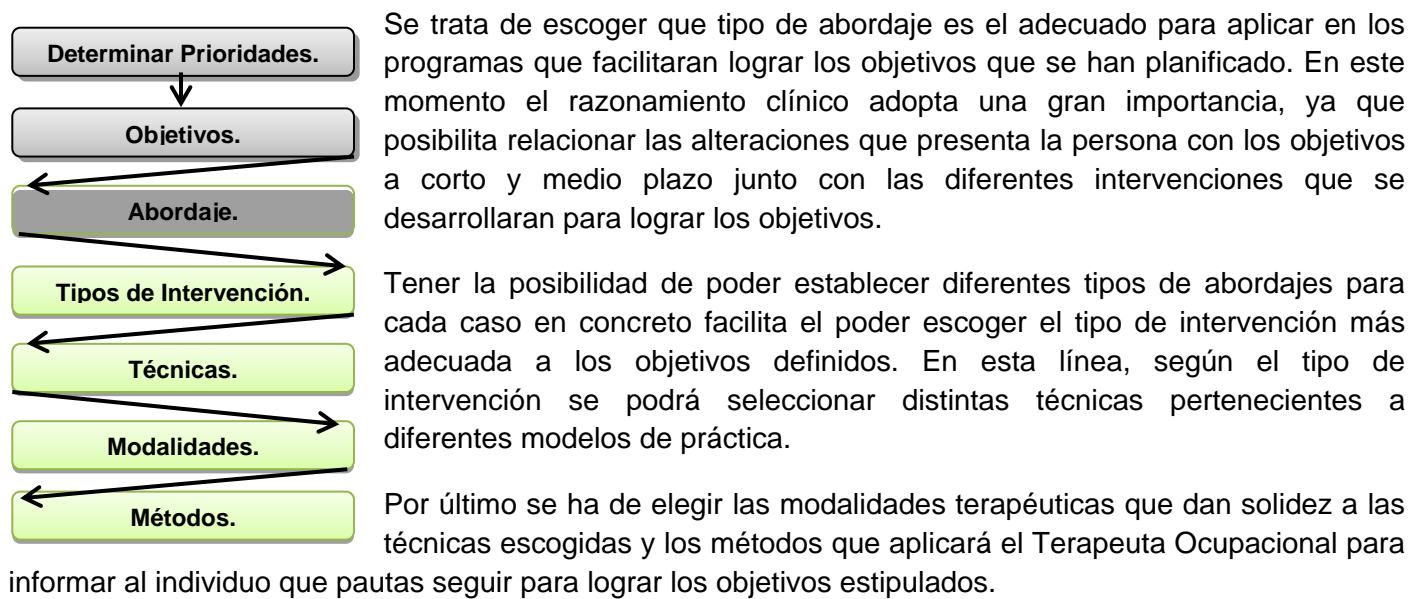
Los resultados funcionales hacen alusión a comportamientos del individuo que han de ser logrados si la intervención es exitosa.

3- *Cuantificación de los Resultados Esperados.*

En situaciones en que se quiera cuantificar los objetivos es preciso concretar los comportamientos observables ligados a ellos o administrar una evaluación cuantitativa.

Sintetizando, la determinación de objetivos de la intervención facilita al Terapeuta Ocupacional a organizar de forma clara la secuencia temporal programada, así como la descripción de los resultados esperados y cuantificar las puntuaciones que se han de lograr para alcanzar los objetivos. Todo esto facilita a que tanto el profesional como el usuario/a pueden valorar y revisar la evolución que se va logrando.

8.1.3. Diseño de Programas Individuales de Intervención.



Los diferentes tipos de abordajes se pueden clasificar en:

Promoción de la Salud

- No implica que la persona haya iniciado experiencias en el consumo de sustancias que interfiera en el desempeño ocupacional de la persona. Posee la función de proveer experiencias acerca de las consecuencias del consumo de drogas y fomentar estilos de vida saludables.

Recuperación.

- Presenta la función de modificar las variables de la persona adicta con el objetivo de restaurar destrezas y habilidades que han sido alteradas debido al consumo abusivo de sustancias.

Mantenimiento.

- Diseñado para ofrecer soportes que faciliten al sujeto preservar el desempeño ocupacional restablecido y de satisfacer sus necesidades ocupacionales. La intervención continuada de mantenimiento favorece a adoptar una calidad de vida satisfactoria.

Adaptación y Compensación.

- Consiste en analizar el entorno actual y/o las demandas de la actividad con el fin de mejorar el desempeño ocupacional en el entorno natural de la persona.

Prevención.

- Dirigidos tanto a población consumidora como a la no consumidora que son susceptibles a sufrir alteraciones en el desempeño ocupacional. Las intervenciones van encaminadas tanto a la persona como al entorno o a las demandas de la actividad.

Seguendo el Marco para la Práctica de la Terapia Ocupacional las intervenciones quedan definidas según la siguiente clasificación:

- *Uso Terapéutico del Yo:* El Terapeuta Ocupacional utiliza una planificación sobre la personalidad, nivel de comprensión y expresión, así como de su capacidad de juicio como parte del proceso terapéutico.
- *Uso Terapéuticos de Ocupaciones y Actividades:* Se ponen en marcha para cada persona con el fin de lograr unos objetivos determinados, siempre teniendo presente las preferencias y deseos de la persona.

Intervenciones Basadas en la Ocupación.	<i>Presenta la finalidad que la persona drogodependiente participe de forma activa en las ocupaciones seleccionadas por el mismo, pero que den respuesta a los resultados que se esperan en relación con el desempeño en las áreas ocupacionales.</i>
Actividades con Propósito.	<i>El individuo ha de participar en actividades específicas que impliquen desarrollar habilidades que mejoren su desempeño y participación ocupacional.</i>
Métodos de Preparación.	<i>Técnicas que tienen el objetivo de preparar al sujeto para el desempeño ocupacional, como por ejemplo intervenciones centradas en la ocupación.</i>
Asesoramiento.	<i>El Terapeuta Ocupacional intercambia experiencias con la persona usuaria con el fin de detectar alteraciones o problemas, generar soluciones u oportunidades.</i>
Educativa.	<i>Trasmitir conocimientos sobre la ocupación, la calidad de vida, la salud... que generen resultados visibles respecto a la ocupación.</i>
Advocacy.	<i>Actuaciones dirigidas a fomentar la justicia ocupacional, ya sean acciones de carácter individual o comunitario.</i>

Reed y Sanderson definen técnica como "un procedimiento aplicado para lograr objetivos de intervención". Las técnicas que se emplean desde la disciplina de la son diversas, cuya elección dependerá en función del Modelo que se pretenda aplicar. De forma genérica, se pueden diferenciar dos tipos de técnicas. La primera, son aquellas técnicas que dirigidas a logra una Pauta de Desempeño Ocupacional Normalizado que tienen el objetivo de que el individuo alcance o reestablezca un desempeño ocupacional normalizado, es decir, bajo un indicador normativo. La segunda técnica, son las que van dirigidas alcanzar una Pauta de Desempeño Adaptada, mediante la modificación del procedimiento normalizado de desempeño de la actividad (adaptación del entorno o adaptación de la actividad).

Para llevar a término las técnicas se usa como medio las modalidades y medios, que son actividades concretas que dan contenido a dichas técnicas. Se pueden clasificar de la siguiente forma:

Medios.	Modalidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Manuales. • Artesanales. • Creativas. • Laborales. • Lúdicas. • Educativas. • Expresivas. • TIC's. • Deportivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ABVD's y AIVD's • Actividades Funcionales. • Actividades de Participación Social. • Actividades Lúdicas. • Actividades Vocacionales y Laborales. • Actividades Educativas.

Por último, se aplican los métodos terapéuticos definidas como estrategias dirigidas a transmitir al usuario/a el propósito de las técnicas en relación a los objetivos a lograr. A la hora de explicar los objetivos es importante tener presente que la persona drogodependiente puede presentar dificultad comunicativa, expresiva, comprensiva entre otras alteraciones de las funciones ejecutivas. Siguiendo a Reed y Sanderson los métodos que puede aplicar el Terapeuta Ocupacional son:

- ✓ *Exploración y Descubrimiento.*
- ✓ *Modificación de Conducta.*
- ✓ *Role-Playing.*
- ✓ *Resolución de Problemas y Toma de Decisiones.*
- ✓ *Ejemplificación.*
- ✓ *Práctica y Repetición.*
- ✓ *Discusión y Explicación.*
- ✓ *Aplicación de Medios Audiovisuales.*

8.1.4. Dirección de la Intervención.

Desarrollar un programa de intervención implica llevar a cabo una programación de las sesiones terapéuticas que posibilite al Terapeuta Ocupacional distribuir la participación de la persona adicta en los diferentes espacios terapéuticos y con una determinada frecuencia temporal. Para ello siempre se ha de tener presente que existen una serie de variables que afectarán la programación de las sesiones, tales como la naturaleza del programa, el setting, otros profesionales que puedan estar implicados en el caso...

Un aspecto a destacar es la importancia de aplicar una correcta preparación de las sesiones, así como el cierre de estas y su consiguiente registro de información, que ofrecerá una mayor eficacia y eficiencia a la hora de elaborar una valoración de los resultados. La secuencia de acciones que se han de seguir son:

- 1) *Programación y coordinación con el resto de profesionales del servicio.*
- 2) *Suministro de recursos materiales necesarios.*
- 3) *Preparación de la sesión.*
- 4) *Dirección de la Sesión.*
- 5) *Cierre de la sesión.*

8.2. Valoración y Resultados de la Intervención Ocupacional.

Ballester F. define la Valoración de Programa como “*La investigación sistemática del mérito, valor o éxito de intervenciones o programas llevados a término con el fin de producir cambios en el comportamiento en un contexto social*”. Mientras que la OMS destaca ciertos principios generales que se ha de tener muy presente a la hora de valorar la calidad de los programas sanitarios. En primer lugar, los métodos de valoración aplicados han de identificar las estrategias de mejora en el bienestar físico, mental, emocional y social de las personas usuarias. En segundo lugar, la calidad de un programa ha de reflejar la efectividad, eficiencia y eficacia, junto con los factores de riesgo que se puedan dar. En tercer y último lugar, la valoración de un programa también pasa por tener presente de forma integrada todos los recursos sanitarios.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, valorar un programa tiene el objetivo final de mejorar la calidad de vida de la persona que está en proceso de rehabilitación por consumo abusivo o en personas susceptibles a poder caer en el consumo de sustancias. La valoración implica analizar tanto

los parámetros objetivos (efectividad y eficacia) como los subjetivos (satisfacción de la persona atendida). En líneas generales, se puede categorizar en dos grupos la valoración de programas:

- Valoración del Cambio Individual: La persona es visualizada como una unidad de análisis.
- Valoración del Programa: El programa es visualizado como una unidad de análisis.

En el caso de la disciplina de la Terapia Ocupacional es importante valorar los programas de drogodependencias mediante el análisis de tres aspectos:

- Estructura del Programa: recursos humanos y materiales, la organización, la calidad del servicio...
- Proceso de provisión del Servicio: derivación, screening, instrumentos de evaluación, calidad del diagnóstico ocupacional, seguimiento de casos...
- Resultados: tanto los objetivos como los subjetivos.

9. Integración Laboral desde la Terapia Ocupacional para Personas con Problemas de Drogadicción.

"Los Terapeutas Ocupacionales consideran que tener una ocupación digna y que dé significado a la existencia de la persona es tan fundamental para la salud y el bienestar como el comer, beber y ser amado.

" Kronenberg R. 2004

En la Estrategia Nacional Sobre Drogas del Estado Español del año 2009-2016 presenta como objetivo general en el ámbito laboral, *"Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral"*. Se ha de tener presente, que en muchas ocasiones, el problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo de una sustancia determinada, sino que se presenta otra serie de circunstancias, tales como trastorno mental, policonsumo, pérdida del entorno social y familiar, falta de recursos económicos...

Las actuaciones de las empresas, sindicatos y ONG's juegan un papel crucial para facilitar la inserción socio-laboral de las personas drogodependientes, la inversión en proyectos solidarios y el voluntariado de sus empleados.

9.1. Conceptualización Intervención Socio-Laboral.

La Orientación Socio-Laboral se conceptualiza como una intervención que consiste en un proceso continuo destinado a todas las personas que presenten cualquier tipo de dificultad social y laboral para acceder al mercado laboral. Esta intervención va destinada a lograr ser un agente de cambio y motivacional para los sujetos en su proceso de inserción socio-laboral. No solo esto, sino que también tiene en cuenta el entorno y contexto en el cual se participa la persona. Con todo esto se pretende que la persona se sitúe en el centro de la intervención, es decir, que sea el protagonista de la inserción.

Para Araña (1999) la orientación para el empleo es *"Una disciplina de carácter aplicado, directamente relacionada con la Psicología y la Pedagogía por un lado, e indirectamente con la Sociología y la Economía por el otro, que a través de un proceso se dirige a la prevención e intervención en situaciones-problema normales de la vida sociolaboral de los individuos en su etapa adulta y, especialmente, de aquellos con mayores dificultades de inserción, mantenimiento y promoción en el mercado de trabajo"*

Teniendo en cuenta esta definición, la orientación socio-laboral presenta las siguientes características:

Es una actividad de ayuda.

- Facilita el acceso al mundo laboral de cualquier persona que demande ayuda al servicio.

Carácter Técnico Profesional.

- Prestación de servicio es aplicada por un/a profesional a un individuo con un problema personal, laboral y/o social que quiere lograr unos objetivos determinados.

Ocupación Socializadora

- Inclusión del individuo en la comunidad mediante la actividad laboral, formando parte de la sociedad. Además, la inserción laboral constituye establecer una red de relaciones sociales que ayuda a construir una identidad personal y ocupacional.

Factor Preventivo.

- Tanto la orientación como la inserción socio-laboral pretente evitar importantes problemas para la inclusión de la persona en el mercado laboral.

Actividad Educativa.

- Constituye un proceso formativo mediante el cual la persona desarrolla un aprendizaje sobre los aspectos más importantes para la búsqueda e incorporación al mercado laboral (vías de acceso, competencias en entrevistas de trabajo...)

Orientación e Inserción Laboral como Proceso.

- Proceso que consiste una serie de fases consecutivas en la cual se priorizan objetivos, siendo el primordial la inclusión en el mercado laboral de la persona.

Voluntariedad.

- La persona ha de ser consciente de su necesidad o problema, por lo que si demanda ayuda a un servicio de orientación esta ha de comprometerse a participar en las actividades que se desarrollen

9.2. Perfil Personas con Problemas de Adicción y su Adaptación al Entorno Laboral.

Describir el perfil de la persona con problemas de adicción que participan en el proceso de inserción socio-laboral es una tarea difícil, debido a que no existe características genéricas entre todos los individuos en tratamiento por drogodependencias. Además, las trayectorias psicosociales de este colectivo de personas son diferentes, por lo que las consecuencias que han sufrido son diversa. Por ejemplo, tanto la sustancia como el tiempo de consumo o los factores internos de la persona y los diferentes entornos son algunas de las variables que se establecen entre estos sujetos. La combinación de dichas variables puede dar como resultado infinitas situaciones frente la inserción socio-laboral de la persona.

De acuerdo con Gil M.A, investigador colaborador de la Fundación Cirem, "el Factor excluógeno básico de estas personas es el de la discriminación y segregación por parte de la sociedad, que los estigmatiza y no les da suficientes oportunidades para convivir con su dependencia y/o para salir de la mista". El proceso social es el responsable de que las personas drogodependientes sean excluidas de la sociedad, por lo que el consumo adquiere un significado social.

La percepción social de la persona con problemas de adicción, etiquetada como "drogadicto", contribuye a proceso de exclusión social, con una intensidad que variara en función del tipo de droga que haya consumido la persona, el status social que tenga...por ejemplo, para la sociedad no es lo mismo una persona alcohólica que una persona heroinómana, o bien, si el problema de consumo lo presenta una personaje famoso o una persona de a pie. Esto conlleva a que el grado de estigmatización y de marginación sea diferente en función de la perspectiva de la sociedad.

Todo esto conlleva que desde la perspectiva de aplicar, promover y potenciar la inserción socio-laboral de personas drogodependientes en una situación extrema de exclusión se ha de abordar tanto pautas sobre la situación personas como todas aquellas acciones que involucren a toda la sociedad.

Es importante definir las características psicosociales en relación con la intervención socio-laboral. A su vez dichas características se asocian a los puntos débiles frente al mercado laboral y son susceptibles de intervención mediante el grupo.

Formación.

- Gran cantidad de personas a las cuales se atienden presentan niveles formativos realmente bajos. No obstante, cuando se inicia el proceso de rehabilitación muchos de estos individuos retoman la formación, sobretodo a nivel complementario. No hay que olvidar, que el consumo de sustancias genera consecuencias a nivel cognitivo, por lo que la capacidad de aprendizaje se presenta como un escollo para participar en acciones formativas.
- Al no presentar cierto nivel formativo implica una falta de competencias para desempeñar las tareas de un puesto de trabajo, por lo que esto influirá en el itinerario hacia la incorporación al mercado laboral.

Experiencia Laboral.

- Por lo general suelen presentar una experiencia laboral bastante corta y bastante variada en empleos en el sector de profesiones artes y oficios, es decir, trabajos no cualificados.
- Estos factores se consideran factores restrictivos para acceder a un empleo.

Objetivo Profesional.

- Como resultado de la falta de experiencia i de formación, se puede llegar a identificar que muchas personas no son capaces de definir su propio objetivo profesional o si lo tienen definido no es se adecua a su perfil profesional.
- El proceso de orientación se inicia mediante el establecimiento del objetivo profesional y se considera un factor para lograr el éxito en la consecución de un empleo.
- Los usuarios/as bajo tratamiento de drogodependencias, por lo general no tienen definido el objetivo profesional, ya que su perfil laboral y formativo no coincide con las demandas de las ofertas de trabajo. Por ese motivo, es importante llevar a cabo una acción para reconvertir el objetivo profesional, lo que requerirá que la persona se autoconozca más y analizar mejor el mercado.

Falta de conocimiento del Mercado Laboral.

- Existe un desconocimiento del mercado laboral por parte de la persona con problemas de consumo de sustancias, por lo que genera ciertas dificultades para encaminarse hacia la búsqueda de empleo y por consiguiente que tenga éxito.
- Presentan una falta de conocimiento a nivel de derechos laborales, de las demandas actuales del mercado...

Falta de Conocimiento de Instrumentos para la Búsqueda de Trabajo.

- Falta de conocimiento de las nuevas herramientas de búsqueda de trabajo que exige en este momento el mundo empresarial, a ello, se junta una desconfianza hacia dichos medios.

Habilidades Sociales.

- Las personas con problemas de consumo suelen presentar déficits en las habilidades de interacción y comunicación, que son fundamentales para la búsqueda y mantenimiento de un empleo. Por ello es fundamental que durante el proceso de orientación e inserción el entrenamiento de habilidades sociales.

Motivación para el Empleo.

- La motivación de los usuarios/as derivados del consumo de sustancias suele situarse en dos extremos. El primero de ellos, personas con un alto grado de motivación y personas con un nivel muy bajo de motivación.

El proceso de orientación e inserción socio-laboral es un proceso largo y lento, que engloba todos los aspectos de la persona y el entorno de esta, por lo que el componente personal, el entorno, la comunidad y el ambiente adquieren un carácter complementario y bidireccional. El actor principal siempre es la persona y es ella quien toma la decisión de participar o no en el proceso.

Cuando se habla de éxito en el proceso se relaciona directamente a los factores y condiciones que puede o no beneficiar y potenciar dicho proceso de orientación e inserción. Los factores que favorecen el proceso de inserción socio-laboral en personas drogodependientes son los siguientes:

Apoyo del Entorno Familiar y Social de la Persona Drogodependiente.

- Tanto el rol de la familia como el de la red de amistades es esencial para beneficiar los procesos de orientación e inserción socio-laboral de este colectivo de personas. En muchas ocasiones estos agentes son la clave de que la persona se adhiera a este tipo de programas.
- El Terapeuta Ocupacional ha de tener presente que el usuario/a puede poseer una red social y familiar sólida que garantice aún más la participación en el proceso. No obstante, también ha de ser consciente que la persona con problemas de adicción haya perdido sus red de apoyo, por lo que puede ser un factor de riesgo durante la participación en el proceso.

Acceso al Empleo.

- Es evidente que el empleo normalizado es un componente clave en la inserción socio-laboral de la persona drogodependiente, además contribuye a garantizar un estabilidad económica y poder recuperar otros aspectos de su vida, así como generar confianza y seguridad.
- Cuando se logra un contrato laboral permite a la persona consolidar las capacidades, competencias y conocimientos que ha ido desarrollando durante todo el programa de rehabilitación.

Sensibilización a las Empresas.

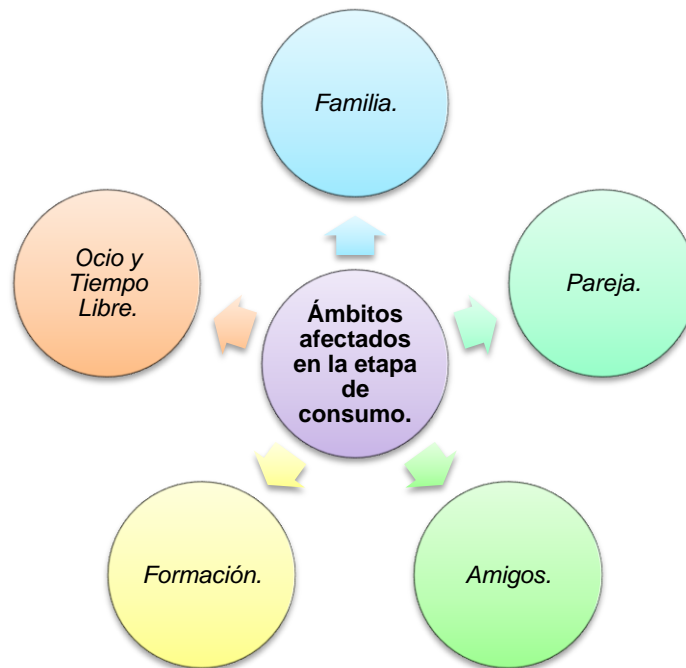
- Es importante que las empresas desarrollen un proceso de sensibilización con el fin de luchar contra el estigma y los prejuicios acerca de las personas drogodependientes.

Voluntad y Motivación Personal.

- Se consideran elementos clave para lograr la inserción socio-laboral y adoptar nuevos roles y conductas socialmente aceptadas.

9.3. Beneficios de la Inserción Socio-Laboral de la Persona Drogodependiente.

Contar con un empleo supone un aumento en los recursos económicos de la persona, por lo que puede hacer frente a sus propios gastos. Estos ingresos provenientes del empleo suponen para la persona con problemas de adicciones una estabilidad cosa que permite que los esfuerzos se focalicen hacia la reconstrucción de otros entornos aspectos de sus vida que se han visto afectadas durante la etapa de consumo.



La reconstrucción de la imagen personal es otro factor que puede mejorar mediante el logro y mantenimiento de un empleo por parte de la persona drogodependiente. En muchas ocasiones, los usuarios/as con problemas de adicciones viven o han vivido en entornos los cuales presentan un alto grado de estigmatización y exclusión, cosa que se proyecta en forma de escepticismo tanto en cuanto a la probabilidad que presentan estas personas a salir de esta situación. Por este motivo, el logro y mantenimiento de un empleo se considera una herramienta y un medio de gran efectividad para alcanzar recuperar una imagen personal socialmente aceptada y poder poner de manifiesto la capacidad de cambio. Además, la persona drogodependiente, mediante el logro y mantenimiento del empleo, consigue potenciar su motivación, su moral y confianza en sí mismo, variables que aumentarían aún más el cambio de su imagen y percepción que tiene el individuo sobre sí mismo.

Cuando la persona drogodependiente accede un puesto de trabajo se genera una oportunidad donde poder aplicar sus capacidades y competencias adquiridas a lo largo de la intervención de rehabilitación enmarcado en un entorno normalizado, así también, dejar apartado el componente estigmatizador, siempre y cuando en dicho entorno no conozcan su pasado. Otro componente que recupera la persona durante el empleo es volver a recuperar y consolidar hábitos y rutinas que abandonaron durante la época de consumo. Mantener el tiempo ocupado mediante la consolidación de un empleo significativo y

satisfactorio para la persona favorece a la creación de una rutina estable, dejando de lado tener mucho tiempo libre cosa que podría ser un factor de riesgo para la recaída en el consumo de la persona.

El empleo genera nuevas oportunidades de ampliar su círculo social, generando relaciones personales satisfactorias que ampliarán su red social. Esto es gracias a que en el entorno laboral la persona pasa gran parte de su tiempo, por lo que es totalmente lógico que se generen nuevas relaciones sociales y por lo tanto la posibilidad de aumentar el número de amistades.

Un estudio desarrollado por la Fundación EDE y el Gobierno Vasco en el año 2011 llamado *“Un Acercamiento a los Procesos de Inserción Socilaboral de Persona Ex toxicómanas”* revela que las personas ex toxicómanas que entrevistaron manifestaban que:

“El empleo es un aspecto prioritario en sus vida, tanto por los recursos económicos que generan como por la importancia de este factor en su bienestar personal, así como su proceso de inclusión social”.

En el año 2009 la Fundación Atenea diseñó un proyecto basado en desarrollar acciones destinadas a la búsqueda de empleo e itinerarios personalizados en materia de inserción socio-laboral con una población diana de 1033 personas de diferentes colectivos (82% hombres y 18% mujeres), Como resultado en el año 2010 se pusieron en marcha 937 itinerarios individualizados de inserción (150 mujeres 787 hombres). De esta población 334 personas, el 37%, se incorporaron al mundo laboral, de las cuales el 54% de ellas lograron un mantenimiento del empleo. Como acciones aplicaron 2101 intervenciones en aula de empleo, desarrollaron 1 informes sobre el observatorio ocupacional, se gestionaron 970 solicitudes para participar en los talleres de apoderamiento y se realizaron 157 asesorías laborales.

9.4. Itinerario de la Persona Drogodependiente en el Proceso de Inserción Socio-Laboral.

9.4.1. Valoración y Análisis.

La persona con problemas de adicciones accede al servicio de inserción socio-laboral puede llegar derivada de diferentes recursos tales como:



Además de estos tres recursos que derivan a las personas drogodependientes, se dan situaciones en que la propia empresa puede requerir el servicio de los profesionales de inserción socio-laboral. En ocasiones la empresa precisa de asesoramiento para la adaptación del individuo al puesto de trabajo, función que puede desarrollar de forma totalmente eficaz el Terapeuta Ocupacional. En otras ocasiones, la empresa deriva a al trabajador/a para que el Terapeuta Ocupacional desarrolle un seguimiento y dé el soporte necesario para que mantenga el lugar de trabajo. Por lo tanto, tanto en esta intervención la persona trabajadora y la empresa obtienen un beneficio propio.

Cuando el acceso se genera mediante una red de atención en salud mental de la persona drogodependiente se ha de dar una serie de requisitos. Primero de todo, la persona ha de estar vinculado a una institución relacionada con salud y que este en seguimiento clínico. En segundo lugar, se ha de establecer una coordinación en la intervención y valoración por parte del Terapeuta Ocupacional perteneciente al Servicio de Inserción y el centro de salud de referencia, para desarrollar la incorporación al mercado laboral teniendo presente posibles situaciones de recaída o efectos del trastorno mental si lo presenta. Según Libermann, *“el tratamiento clínico se realiza en paralelo al proceso de inserción, promoviendo la coordinación efectiva entre los profesionales y la inclusión del tratamiento y rehabilitación”*. En tercer y último lugar, poder obtener datos tanto de la situación personal como el entorno familiar, social y laboral de la persona.

Cuando la derivación proviene directamente de la red de salud mental se considera que esta es la vía de acceso más efectiva, ya que el individuo ha hecho la petición de comenzar la andadura al acceso al mercado laboral. Esto generará que la persona adopte un rol más activo en el proceso, ya que es él quien ha de definir su orientación laboral y/o formativa.

La acogida inicial de la persona con problemas de adicción se inicia cuando, la persona llega mediante la derivación, recomendación o por iniciativa propia al servicio de Orientación e Inserción Laboral. Este proceso finaliza en el momento en que el individuo decide vincularse, comprometerse y participar en el programa.

El primer objetivo de esta fase es recibir la demanda, por lo general, consisten en rellenar un formulario en el cual de forma explícita queda reflejada la voluntad de lo que quiere lograr el individuo. Tanto la voluntad como el compromiso de la persona a participar son dos factores fundamentales en el desarrollo y participación del proceso de inserción laboral.

En el formulario de demanda ha de quedar bien claro que es lo que la persona quiere obtener del servicio, es decir, si precisa de orientación, de soporte para la búsqueda de empleo...y dejar patente si la derivación ha sido por voluntad propia o por consejo del equipo de profesionales del servicio que la ha derivado.

Consideraciones que ha de tener el Terapeuta Ocupacional para escuchar la demanda.

- *Usar preguntas abiertas.*
- *Dejar un tiempo determinado para que la persona pueda explicarse.*
 - *Escucha Activa y mostrar interés.*
- *Crear un clima de confianza y comodidad en el cual la persona puede expresar de forma más relajada y abierta sus intereses, necesidades y deseos.*
 - *Evitar juicios de valor.*
- *Feedback sobre lo que ha expresado la persona para no dejarse detalles.*

El segundo objetivo de esta fase tiene que ver con el momento en el cual se realiza la acogida a la persona es importante que el Terapeuta Ocupacional del servicio de inserción informe sobre el carácter voluntaria de participación en el programa, así como los objetivos y metodología aplicada durante todo el proceso con el fin de lograr unos resultados satisfactorios. Otro aspecto a informar al individuo es el compromiso de participación que ha de adoptar con el profesional durante el desarrollo del programa de

inserción. Se recomienda, que esta información también se le facilite por escrito para que el usuario/a pueda leerla con tranquilidad.



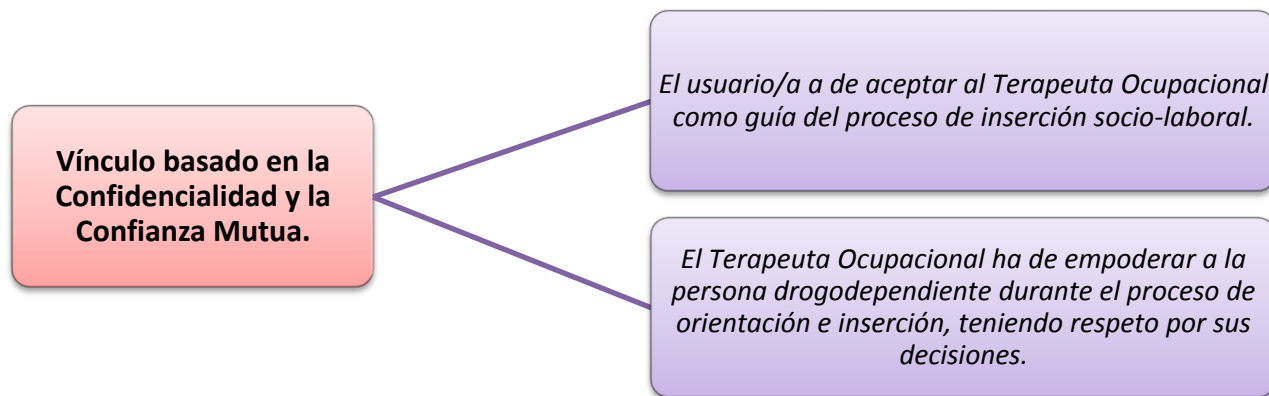
La toma de decisión sobre la continuidad de la persona en el proceso de inserción ha de continuar o no se considera otro gran objetivo de esta etapa, y, depende de una serie de variables con las que se puede encontrar el Terapeuta Ocupacional:

- *De la Información recibida por de otros recursos cuando se produce la derivación de la persona con problemas de adicción.*
- *De la motivación, de las necesidades, intereses y preferencias del usuario/a drogodependiente.*
- *Del compromiso del individuo con la participación en el programa*

Para Bond, desde la perspectiva del Modelo de Inserción y Apoyo Individualizado, “No se ha de excluir a ninguna persona demandante de empleo, ya que esto implicaría una primera discriminación, cuando la intención es revertir esta tendencia de exclusión social”. No obstante, para W.A Anthony & Jansen, “es primordial clarificar la demanda y valorar la motivación de la persona por la inserción laboral, ya que esta es un indicador de éxito en el proceso de inserción”.

Desde el punto de vista de la persona demandante de participar en el programa, esta posee toda la información necesaria sobre todo el proceso y por lo tanto puede decir si quiere o no participar.

Una vez que se resuelve la participación de la persona en el programa de inserción laboral, el objetivo va encaminado a trabajar en la línea de fomentar y potenciar la formación de un vínculo entre el Terapeuta Ocupacional y el Usuario/a, puesto que esto facilita la adherencia al programa.

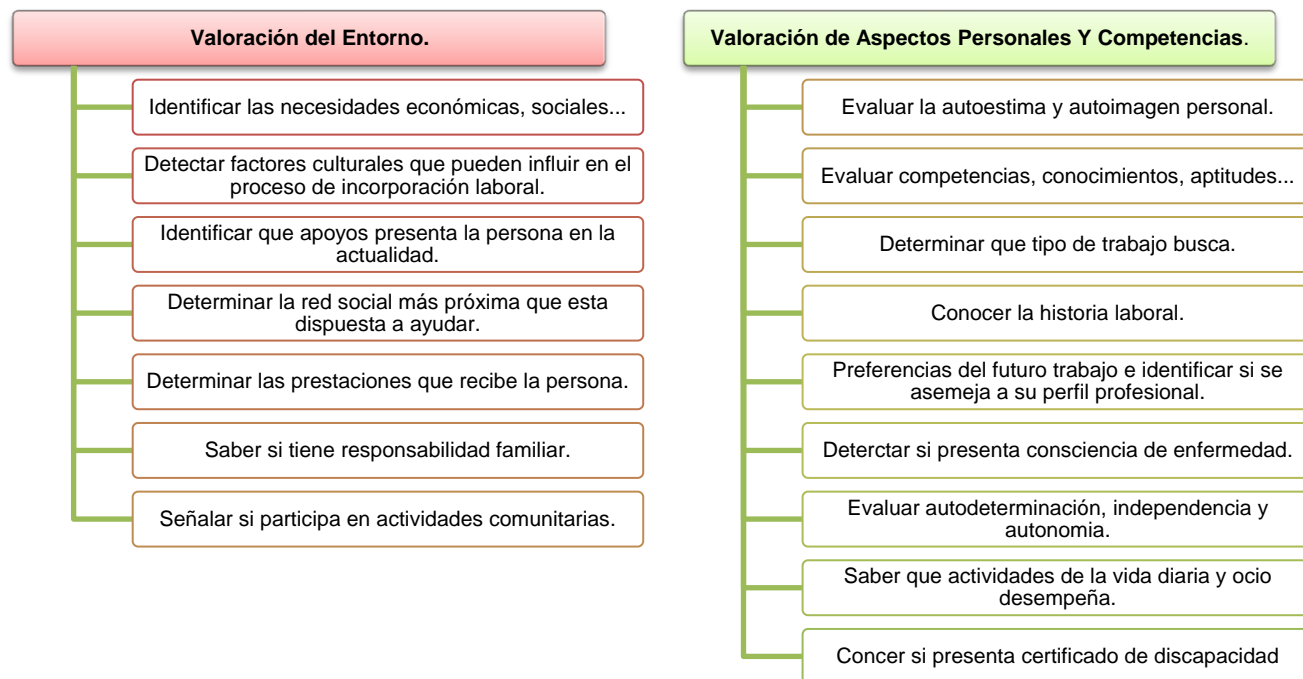


Por lo tanto es un proceso de acompañamiento en el cual se le ofrece a la persona el apoyo necesario para que el siga su camino laboral, y, no decidir por el las decisiones y vías que hade tomar.

9.4.2 Valoración y Perfil Profesional.

Una vez que la persona ha manifestado su deseo de participar se inicia la etapa de recolección de información con el fin de elaborar un perfil laboral y un diagnóstico inicial de la persona. Esta fase finaliza con el análisis de la información y detección de factores que facilitan y obstaculizan el proceso de inserción.

El objetivo de esta fase es identificar las características personales, las competencias y el entorno de las personas que participan del programa. La siguiente tabla muestra los factores a valorar en cada caso:



Una vez se han valorado tanto las características personales como el entorno de la persona drogodependiente, el resultado que se obtiene es determinar el grado de ocupabilidad que presenta dicho individuo. Este concepto, ocupabilidad, hace referencia a las probabilidad que tiene el usuario/a encontrar trabajo en función de su situación biopsicosocial, de su formación y experiencia laboral. Para Cabo, Pagán y Nieto, la ocupabilidad es un indicador entre la relación de la ocupación y la persona, en un momento y

contexto determinado de la vida de la persona, por lo que se considera dinámico, relativo y variable. Además, la ocupabilidad puede formarse variando componentes significativos con el fin de mejorarlos, tales como los factores personales y competenciales.

El proceso de orientación e inserción socio-laboral es un proceso largo y lento, que engloba todos los aspectos de la persona y el entorno de esta, por lo que el componente personal, el entorno, la comunidad y el ambiente adquieren un carácter complementario y bidireccional. El actor principal siempre es la persona y es ella quien toma la decisión de participar o no en el proceso.

Cuando se habla de éxito en el proceso se relaciona directamente a los factores y condiciones que puede o no beneficiar y potenciar dicho proceso de orientación e inserción. Los factores que favorecen el proceso de inserción socio-laboral en personas drogodependientes son los siguientes:

Apoyo del Entorno Familiar y Social de la Persona Drogodependiente.

- Tanto el rol de la familia como el de la red de amistades es esencial para beneficiar los procesos de orientación e inserción socio-laboral de este colectivo de personas. En muchas ocasiones estos agentes son la clave de que la persona se adhiera a este tipo de programas.
- El Terapeuta Ocupacional ha de tener presente que el usuario/a puede poseer una red social y familiar sólida que garantice aún más la participación en el proceso. No obstante, también ha de ser consciente que la persona con problemas de adicción haya perdido su red de apoyo, por lo que puede ser un factor de riesgo durante la participación en el proceso.

Acceso al Empleo.

- Es evidente que el empleo normalizado es un componente clave en la inserción socio-laboral de la persona drogodependiente, además contribuye a garantizar una estabilidad económica y poder recuperar otros aspectos de su vida, así como generar confianza y seguridad.
- Cuando se logra un contrato laboral permite a la persona consolidar las capacidades, competencias y conocimientos que ha ido desarrollando durante todo el programa de rehabilitación.

Sensibilización a las Empresas.

- Es importante que las empresas desarrollen un proceso de sensibilización con el fin de luchar contra el estigma y los prejuicios acerca de las personas drogodependientes.

Voluntad y Motivación Personal.

- Se consideran elementos clave para lograr la inserción socio-laboral y adoptar nuevos roles y conductas socialmente aceptadas.

Sin embargo, también existen factores que dificultan la incorporación socio-laboral, tales como:

Secuelas Cognitivas y Psicológicas.

- Tanto las secuelas físicas como psicológicas y cognitivas vienen derivadas de los años de consumo abusivo, cosa que incide de forma muy negativa en la inserción sociolaboral de personas drogodependientes.

Estigmatización de las Personas Drogodependientes.

- Todo y que en los últimos años se ha visto un descenso del estigma de personas drogodependientes, todavía existen prejuicios y discriminación que afectan de forma notoria al proceso de inserción sociolaboral.

Causas Penales y/o Judiciales.

- Algunos de los problemas con los que se topan las personas drogodependientes en el momento de incorporarse al mundo laboral son los problemas a nivel judicial y/o penal que hayan podido acarrear durante la época de consumo abusivo.

Las personas que han tenido problemas de adicción y que además han estado largos periodos de tiempo en prisión, experimentan mayores dificultades de adaptación al proceso de inserción. Esto es debido a que en prisión pierden con mayor facilidad hábitos, actitudes, entornos socio-familiares, y, como consecuencia todo el proceso se dificulta.

Tipo de Consumo que haya Experimentado la Persona.

- El periodo de tiempo que haya estado consumiendo la persona es otro factor que afecta al proceso de inserción. A mayor tiempo de exposición al consumo de sustancias, mayor será dificultad de recuperar una vida normalizada, ya que han de recuperar gran cantidad de hábitos.

Probabilidad de Recaída.

- No solamente en el proceso de rehabilitación, sino que también a lo largo de la vida la persona drogodependiente puede experimentar momentos de vulnerabilidad que puedan propiciar la recaída en el consumo. Con esta recaída se pierde gran parte de todo lo que se ha ido avanzando en el proceso de rehabilitación.

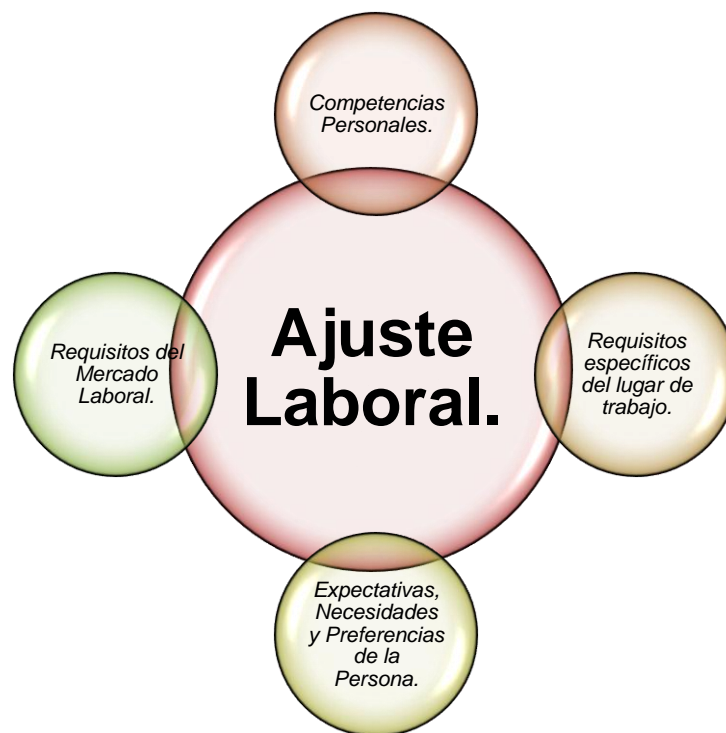
Patología Dual.

- Las personas con Patología Dual muestran una mayor dificultad para desarrollar con éxito el proceso de inserción.

9.4.3. Planificación.

Mediante la información extraída en la Etapa de Valoración Inicial se inicia a planificar un itinerario socio-laboral a la persona drogodependiente en consonancia a sus necesidades, capacidades y demandas. El hecho de planificar el abordaje que se llevará a cabo va en relación a los objetivos que se han de acordar. Debido a este motivo es de suma importancia hacer un traspaso de información al usuario/a que se obtuvo en el análisis y recogida de datos, con el fin de pactar los objetivos a lograr. Diseñar el itinerario laboral implica diseñar un ajuste laboral imprescindible para lograr la inserción de la persona en proceso de rehabilitación:

Esta fase se inicia con una reflexión conjunta entre el Terapeuta Ocupacional y la persona drogodependiente sobre la información extraída durante su valoración, es decir, su situación actual, su perfil profesional y el grado de empleabilidad que presenta. Con el diseño del itinerario de inserción, consensuado entre el profesional y la personal, se finaliza esta etapa.



Aspecto a Abordar en la Reflexión sobre la Valoración Inicial.

- *Poner en común tanto las fortalezas como los puntos positivos.*
- *Transmitir de forma asertiva los puntos débiles y a mejorar.*
- *Informar a la persona sobre que aspectos el servicio puede dar respuesta a sus necesidades.*

El primer objetivo de esta fase es llevar a cabo una reflexión conjunta sobre la valoración inicial, mediante el cual se explica a la persona su grado de empleabilidad. Con esto es más factible concienciar a la persona con problemas de adicción sobre su objetivo a nivel laboral en relación a la situación del mercado laboral actual y a sus necesidades, expectativas y competencias, así también se puede reflexionar sobre la posibilidad de ofrecer soportes durante la incorporación a un puesto de trabajo.

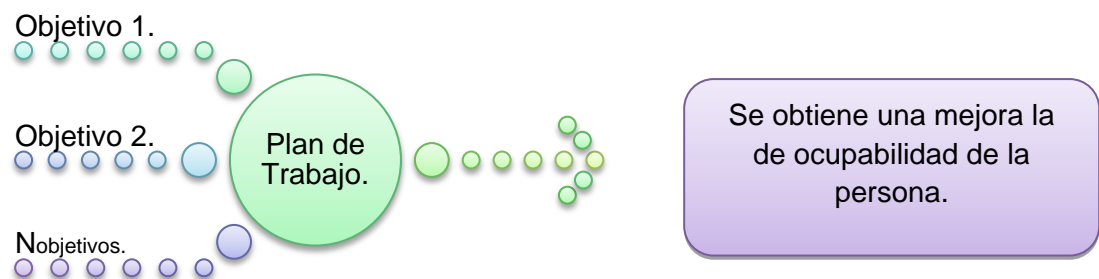
Un aspecto fundamental es que el usuario/a sea consciente en todo momento que es el protagonista y responsable de su proceso de inserción socio-laboral. A partir de este momento, se comienza a pactar acuerdos sobre los objetivos a lograr mediante su itinerario de inserción, así como las acciones a poner en marcha para obtener resultados satisfactorios. A todo esto, se ha de sumar, que soporte se ofrecerá en función de las necesidades del individuo.

El segundo objetivo que se determina en esta fase es el de diseñar conjuntamente el itinerario socio-laboral, que consiste en un plan de intervención que lo diseñado por la persona con soporte del profesional mediante el cual se estipulan una serie de acciones con la finalidad de mejorar el grado de ocupabilidad.

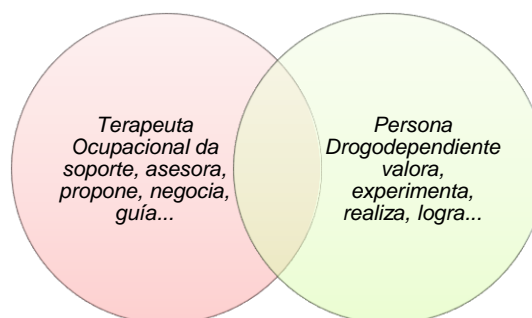
CARACTERÍSTICAS DEL ITINERARIO DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL.

- *De carácter individual en función expectativas, necesidades y capacidades.*
- *Destinado a resultados específicos.*
- *Duración y acciones determinadas.*
- *Pactado entre profesional-usuario/a*

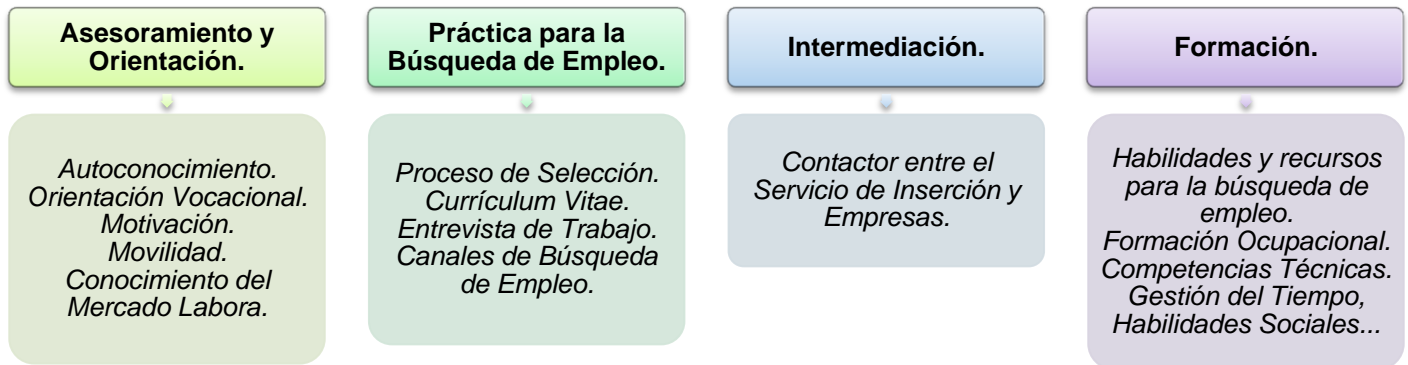
- *Flexible, dinámico e itinerante.*
- *Evaluación continuada.*
- *Determinar los soportes necesarios en cada etapa del proceso de inserción.*



Los itinerarios pueden presentar un carácter múltiple y forman parte del proyecto de vida de la persona.



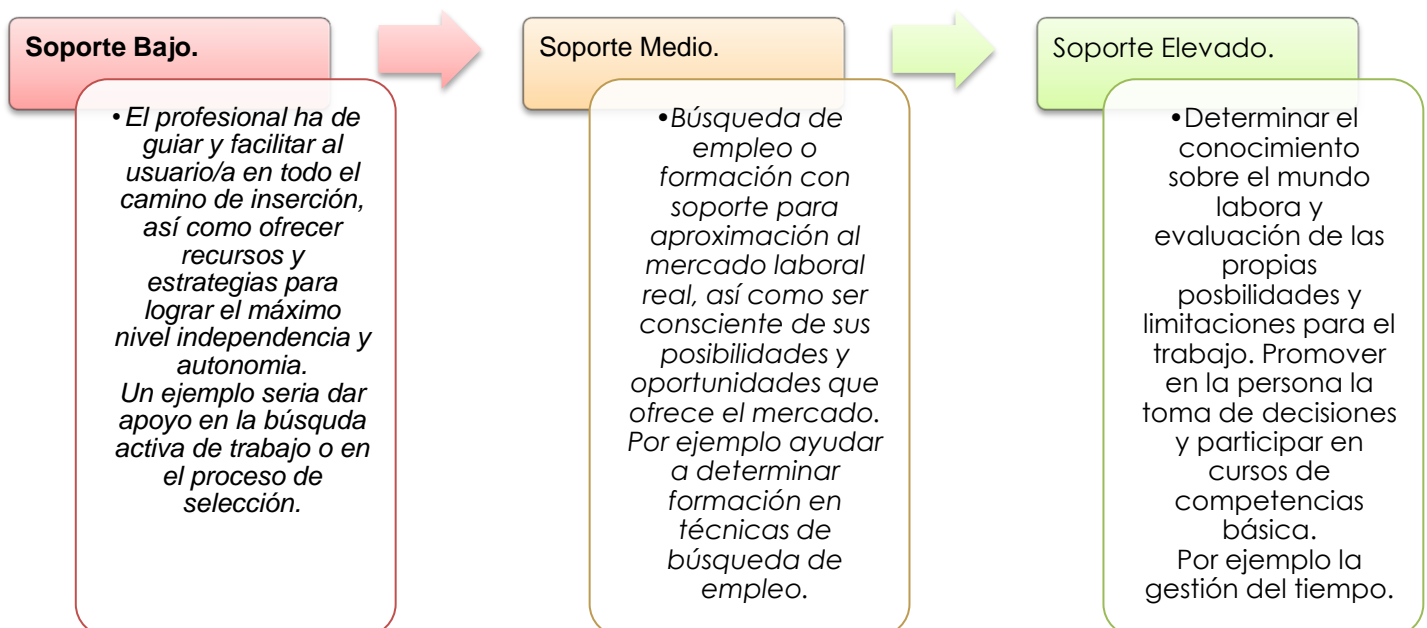
Las diferentes acciones que forman parte del itinerario socio-laboral se clasifican de la siguiente forma:



9.4.4. Intervención.

Mediante esta fase se lleva a cabo un desarrollo y seguimiento del itinerario de inserción socio-laboral de la persona adicta. Esta etapa se inicia aplicando la primera acción acordada del itinerario, finalizando una vez que se han logrado los objetivos establecidos.

El primer objetivo de esta etapa es poner en marcha las acciones planificadas durante el itinerario del individuo con el fin de alcanzar resultados satisfactorios. A medida que la persona drogodependiente va adquiriendo competencias el logro de objetivos será más exitoso. Se ha de tener presente que la persona puede requerir soporte para desarrollar su itinerario, por lo que se ha de tener claro que existen tres niveles de soportes:



Cada grado de soporte va relacionado con el nivel de autonomía e independencia de la persona, es más, el tipo de soporte da lugar al recurso que ha de utilizar la persona, puesto que el objetivo final es la inserción socio-laboral o bien se definirán como acciones para lograr un objetivo a largo plazo.

Cada individuo establece sus objetivos en función de sus posibilidades y necesidades, de esta forma la persona tiene la posibilidad de diseñar varios itinerarios a lo largo de su vida laboral.

El segundo gran objetivo de esta etapa de intervención es valorar el proceso y replantear posibles cambios, puesto que el itinerario que seguirá la persona ha de poder adaptarse a las necesidades que presenta la persona con problemas de adicción en las diferentes etapas del proceso de inserción socio-laboral. Esta flexibilidad va surgiendo a partir de un programa individualizado el cual mantendrá un seguimiento periódico en función de cada individuo. Esto favorece la valoración tanto de los objetivos propuestos como del proceso y la gestión de los soportes.



Es fundamental que se lleve a cabo un registro de los objetivos logrados durante el proceso y de la temporalidad de estos, ya que es una forma de poder evaluar el programa. No obstante, en personas que han sufrido problemas con el consumo abusivo de sustancias es esencial poder evaluar los siguientes ítems:

- *Adherencia al Tratamiento.*
- *Recaída.*
- *Motivación.*
- *Demandas*
- *Iniciativa.*
- *Autonomía e Independencia.*
- *Cambios en el entorno más cercano.*
- *Ajuste de soportes.*

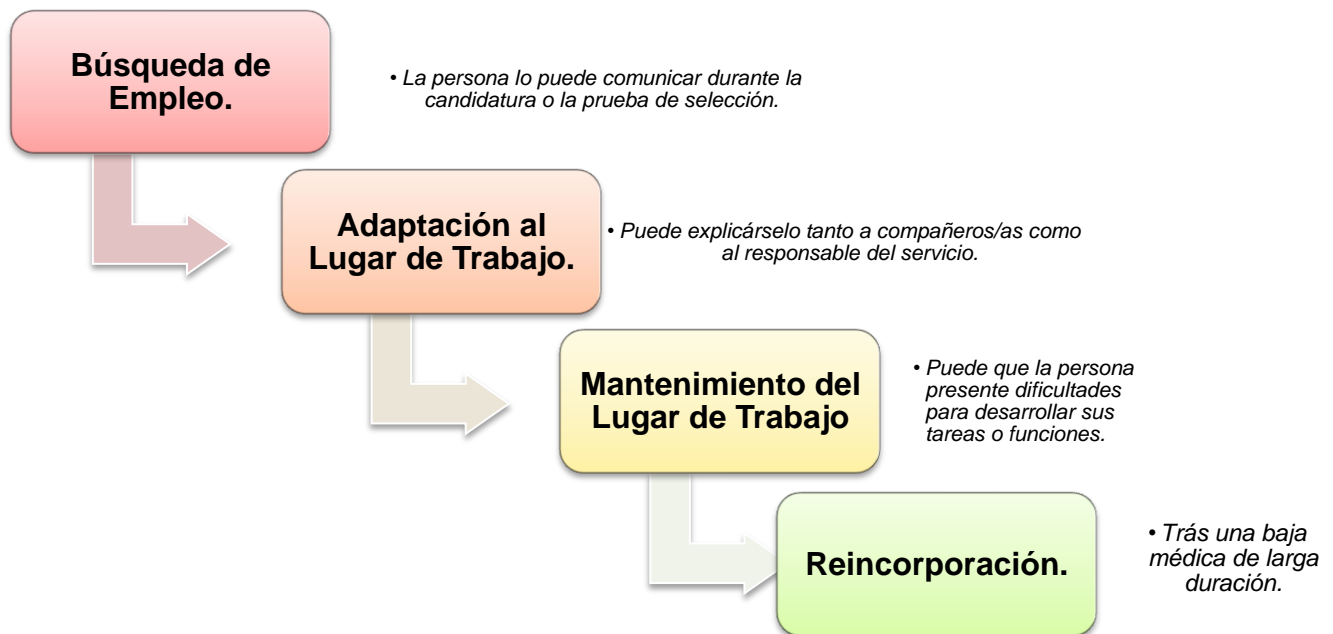
Se ha de tener muy presente el entorno de la persona en el proceso de inserción, ya que las personas drogodependientes pueden cursar recaídas si el entorno no es el adecuado y como consecuencia no se adaptan, considerándose un factor de riesgo cuando este es sobreestimulante, rígido... Por lo tanto, el entorno ha de ser organizado, seguro y que aporte a la persona seguridad y confianza. Para ello es importante favorecer un adecuado soporte en el entorno mediante:

Fomentar la participación de la familia en el proceso, ya que está puede llegar a ser el apoyo claver para la persona en todo el proceso.

Fomentar la formación de una red de soportes naturales en el lugar de trabajo.

Promover y planificar el soporte de otros profesionales socio-sanitarios de la red.

El último gran objetivo de esta fase tiene que ver los beneficios y desventajas que presenta la persona por dar a conocer que ha tendido problema de abuso de sustancias. Por lo tanto, es importante que la persona exprese la voluntad de dar a conocer su condición de persona drogodependiente a las empresas a las cuales se presentan como candidatos para acceder a un puesto de trabajo. Es un tema que se ha de tratar entre el Terapeuta Ocupacional i la persona usuaria, pero no solo al inicio del proceso de inserción sino en distintas etapas que se van dando en todo el itinerario y en diferentes entornos:



Según Perkins, las ventajas o inconvenientes que puede sufrir la persona en función si comunica o no ha experimentado problemas de adicción variara en función de varios aspectos. El primero de ellos, tiene que ver con a quién se lo comunica la persona, es decir, si a la empresa directamente, al responsable..., ya que pueden varias las reacciones que se generen. El segundo de ellos, tiene que ver con el qué y cómo se comunica, ya que en función de la información que se ofrezca los juicios de valor y el grado de discriminación será mayor o menor. Es importante que la persona use las palabras adecuadas para comunicar los problemas de adicción que ha sufrido, sino las reacciones pueden ser más discriminatorias. En tercer lugar, es tener claro que se busca al comunicar los problemas de consumo que ha experimentado el individuo, puesto que puede derivar tanto en facilidades para optar al puesto de trabajo como promover el estigma social e interferir en su carrera profesional.

9.4.5. Seguimiento de la Inserción de la Persona Drogodependiente.

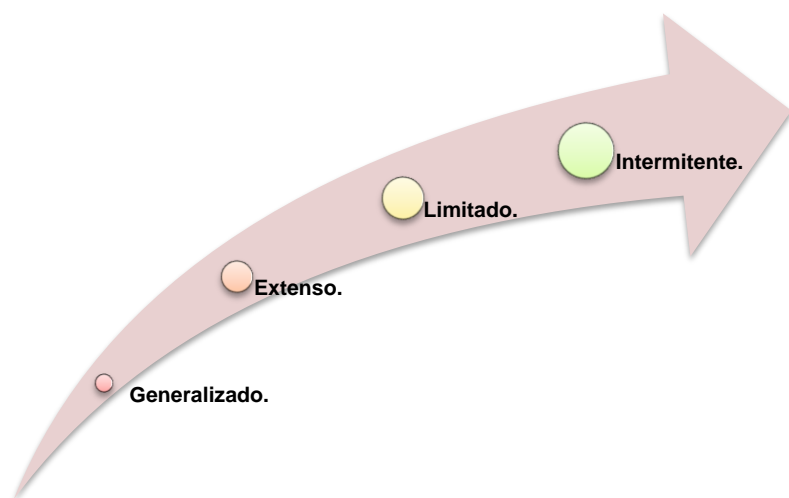
En esta etapa se inicia con la búsqueda activa de trabajo y finaliza con el seguimiento en el puesto de trabajo.

El primer gran objetivo de esta fase tiene que ver con la búsqueda tanto activa como efectiva de trabajo, con lo que supone aplicar toda una serie de competencias relacionadas con el conocimiento del mercado laboral, canales de búsqueda de trabajo, la actualidad de los sectores... Y otras competencias personales como la toma de decisiones, la tolerancia a la frustración, iniciativa...

Además, la búsqueda activa de trabajo requiere de la elaboración y envío del Curriculum Vitae y de la carta de presentación, adaptándolo a cada una de las ofertas. También, requiere de la participación en procesos de selección de personal, como entrevistas de trabajo o pruebas grupales entre otras.

El primer aspecto a determinar al iniciar la búsqueda de empleo y que ha de estar establecido en el itinerario es el tipo de empresa en la cual va orientada la inserción. Es relevante no dejar de lado ninguna posibilidad, puesto que el entorno laboral determinará sus limitaciones y no siempre se podrá acceder a lo que se había previsto. Esto resulta en que el itinerario irá variando en función de las oportunidades que ofrezca el entorno así como de las necesidades de la persona usuaria. El tipo de trabajo que pueda desempeñar la persona no tiene que ver con la problemática que ha sufrido del consumo de drogas, sino con las competencias, conocimientos y habilidades de dicho individuo. Por este motivo se trabaja en mejorar la ocupabilidad de la persona mediante el itinerario intentando mejorar las competencias y habilidades relacionadas con el área de interés de la persona, así como los requerimientos del trabajo al que se orienta. A todo esto, se suma la valoración del ajuste laboral para cada oferta de trabajo que el individuo ha de intentar valorar y posicionarse, e ir modificando las variables de búsqueda hasta lograr una mayor correspondencia entre las preferencias de la persona y los requerimientos del mercado de trabajo.

El segundo gran objetivo de esta etapa es la de ofrecer seguimiento en el puesto de trabajo una vez sea logrado la inserción. Ese seguimiento o acompañamiento busca la adaptación de la persona en el puesto de trabajo y variará en función del nivel de autonomía e independencia que presente el individuo. También, es muy importante los apoyos en el entorno laboral, pudiendo ser naturales (compañeros/as) o del propio contexto (salud laboral, procedimientos...). Estos soportes natural facilitan que la persona usuaria mantenga una rutina de trabajo o interacciones con otras personas. Otro tipo de soporte es el que se ofrece des de otros recursos, como el servicio de inserción, el centro de salud mental... A todo esto se ha de tener presente, que sean de analizar los soportes teniendo en cuenta variables como la frecuencia, la intensidad, la duración y la repercusión. Estas variables permiten establecer un pronóstico y la evolución de la persona e ir regulando el grado de soporte en función de las necesidades de la persona en cada momento del proceso de la inclusión laboral.



En definitiva el acompañamiento durante la inserción implica evaluar el trabajo desarrollado en relación al desempeño de funciones, tareas y responsabilidades, así como valorar las características del entorno laboral y de las relaciones interpersonales que pueden influir en la inclusión laboral de la persona.

Además, es esencial que la persona drogodependiente adquiriera la capacidad de detectar los factores de estrés en el entorno laboral con el objetivo de aplicar estrategias y recursos para gestionarlo de forma exitosa.

El tercer gran objetivo de esta ase va relacionado con el seguimiento que se realiza después de la inserción de forma personal o telefónica, siempre fuera de horario laboral. Como objetivo de este seguimiento postinserción se pretende ofrecer el soporte necesario a la persona para que pueda afrontar nuevas situaciones relacionadas con el desempeño de tareas de su puesto de trabajo. Otro objetivo que se considera fundamental es el de detectar de forma prematura posibles indicios que puedan dar lugar a una recaída en el uso y/o consumo de sustancias.

El Terapeuta Ocupacional puede aplicar una modalidad de seguimiento de tipo ordinario, que se pacta entre el usuario/a y la empresa, mediante el cual se valora como está funcionando la persona en el puesto de trabajo y si se han de variar los soportes que se facilitan a la persona. Otra modalidad de seguimiento es la tipo de focalizado, que se dan cuando aparece una bajada de rendimiento de la persona, un malestar, algún tipo de conflicto o por signos de recaída en el consumo de drogas.

El tiempo de duración del seguimiento postinserción dependerá de cada caso y del grado de adaptación de la persona a su nuevo puesto de trabajo y al entorno laboral, así como de los posibles signos de recaída.

10. Terapia Ocupacional y la Importancia del Ocio en Personas Drogodependientes.

*"El espíritu de la Terapia Ocupacional es la
Música que hace que merezca
la pena vivir".*

Kronenberg F. 2012

10.1. Conceptualización Histórica del Ocio y Tiempo Libre.

Desde una perspectiva cuantitativa se puede definir como el tiempo que el individuo dedica de forma voluntaria otorgándole un sentido de distracción en su hacer diario y rutinario. En esta definición resalta la relación entre aquellas ocupaciones productivas con las que no lo son. A esto se le suma que la elección de la ocupación de Ocio y Tiempo Libre varíen en función de cada persona, puesto que influyen factores tales como los valores, los intereses, la cultura, los recursos disponibles, la participación y la oportunidad que tenga la persona en explorar nuevos entornos y actividades.

Si nos remontamos al mundo griego, para ellos el ocio contemplaba actividades asociadas al espiritualismo, como encontrarse consigo mismo o rezar. Además, el ocio se destinaba al desarrollo de actividades relacionadas con las artes y ciencias, así como con el deporte. En cambio, los romanos aportaron el término "Otium" que le otorgaba una connotación de pasárselo bien entre todos. No obstante, la connotación de diversión era exclusiva para los ciudadanos/as del pueblo, dejando excluidos a los esclavos. Si viajamos a la Edad Media, el Ocio y "Otium", fue desterrado por el catolicismo, puesto que provenía de una cultura pagana, exceptuando la clase más cortesana (reyes), la cual disfrutaba ampliamente del ocio. No obstante, en la época del Renacimiento se vuelve adoptar la cultura griega.

La aparición de la burguesía y el mercado en la época moderna, junto con la influencia de la ética protestante del mundo occidental, se castigaba ejercer el ocio y actividades asociadas al tiempo libre, justificando que eran ocupaciones que no eran productivas alejando a las personas a desarrollar sus deberes. Todo lo contrario sucedió con el surgir de la Revolución Industrial y del Marxismo, que provoca que el Ocio y Tiempo Libre se transforme en un medio de protesta por parte de la clase trabajadora. Esta reivindicación tiene el carácter de un bien al que se le otorga el valor de derecho en justicia por el trabajo que se desempeña, derecho defendido en circunstancias de trabajo alienante (grandes líneas de producción en serie). Actualmente en el modelo productivo se conceptualiza Tiempo Libre como el tiempo no productivo económicamente, pero la posibilidad de poder acceder y tener recursos al alcance para disfrutarlo, se considera un indicador en la calidad de vida.

Tanto la OMS como la UNESCO han propuesto declaraciones en las que consideran el Tiempo Libre como un componente que promueve el desarrollo de la ciudadanía. Además, en el año 1970, en Ginebra en el contexto de la Conferencia Mundial de Recreación y Tiempo Libre, se aprobó la Carta de Derechos Humanos al Tiempo Libre.

10.2. Tiempo Libre y Ocio des de la Perspectiva de las Ciencias Ocupacionales.

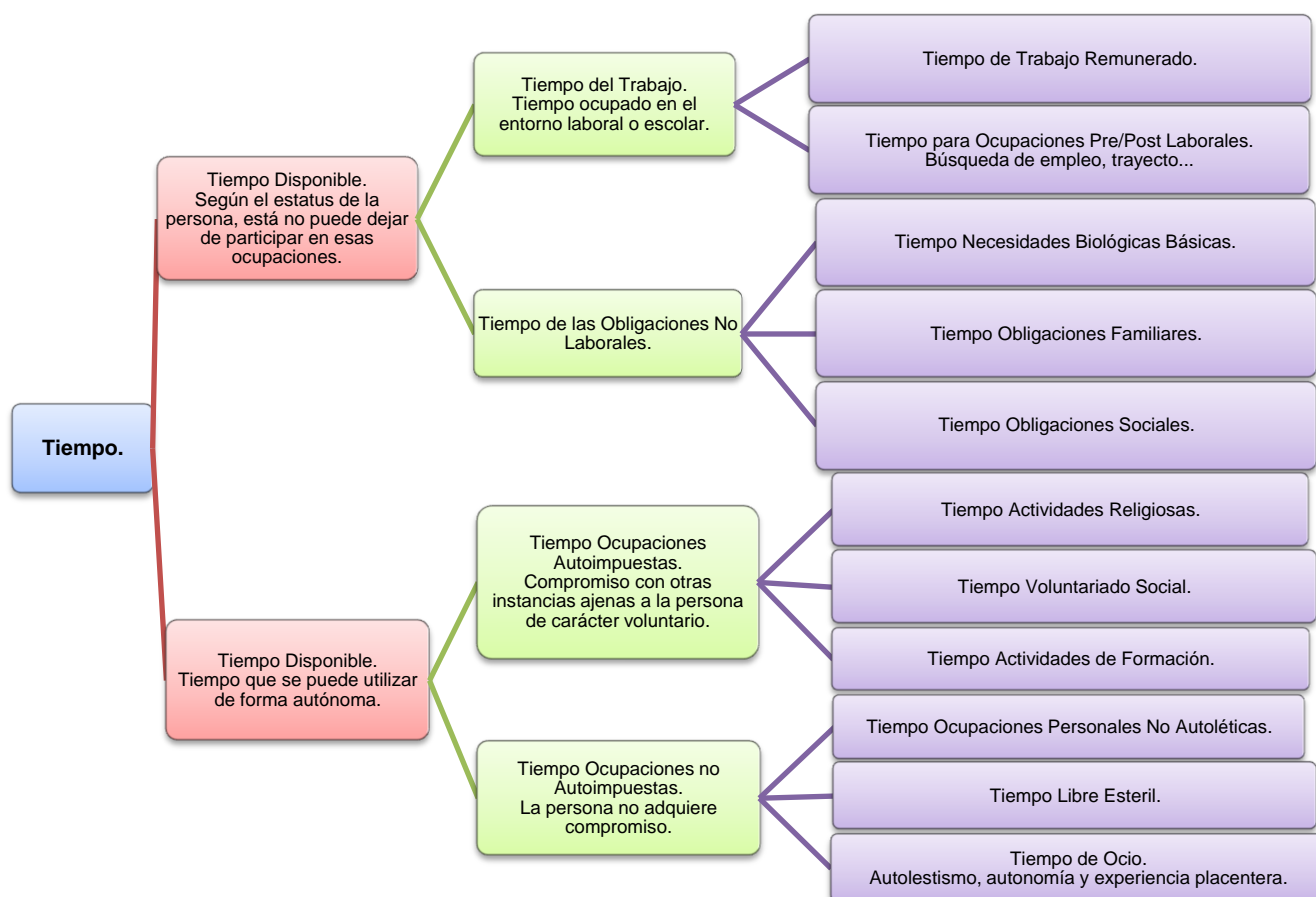
El estudio del Tiempo Libre se ha investigado como parte del comportamiento ocupacional de la persona o dicho de otra forma des de la naturaleza ocupacional que proponía Really M. Desde esta perspectiva el Tiempo Libre se conceptualiza como “*actividades no obligatorias, motivadas intrínsecamente y en las que la persona se involucra durante un tiempo discreto, esto es, un tiempo no destinado a ocupaciones obligatorias*”. En estas ocupaciones se puede describir los entornos en los cuales se desempeña y como sus manifestaciones van cambiando a lo largo del ciclo de la vida de la persona.

Bajo el marco de que el Tiempo Libre es una ocupación, se engloba una gran cantidad de comportamientos, ideologías y significados, que se han ido construyendo de forma social, cultural, económica y política. Como se ha comentado anteriormente, des del ámbito de las Ciencias Ocupacionales, la ocupación se puede entender como el hacer diaria en que participan las personas y que tiene una forma, función y significado definido y observable en un contexto cultural. La “Forma” hace referencia a la característica visible de una ocupación, que extrapolado a las actividades de tiempo libre pueden ser varias, tales como actividades sociales, solitarias, físicas... La elección va en función de cada persona, ya que aquí intervienen los intereses personales. En cuanto la “Función” define el “para que”, es decir, el compromiso que adquiere la persona con una ocupación determinada, contribuyendo a la adaptación al entorno. El “Significado”, corresponde a la experiencia interna como resultado de participar en determinadas ocupaciones. Con esto se puede relacionar la selección y participación en actividades de ocio y tiempo libre con las expectativas de la persona y/o entorno, las creencias, necesidades, valores... El cuerpo vivido o experiencia vivida es un aspecto que puede influir en las condiciones innatas del individuo a adoptar un estilo ocupacional determinado.

10.3. Ocio, Ocio Terapéutico y Clasificación.

El Ocio y Tiempo libre se conceptualiza como aquellas actividades que se desarrollan durante el tiempo en que la persona está desocupada, y, presentan un carácter voluntario y generan un estado de satisfacción personal. En el caso concreto de las personas drogodependientes, las actividades de ocio y tiempo libre incrementan la autoestima, mejoran las habilidades sociales y mejoran la calidad de vida del sujeto.

El Ocio y Tiempo Libre se ha de distribuir en función del tiempo que tiene la persona durante el día en función del tiempo no disponible y el tiempo disponible. Por este motivo se ha de tener una visión general de la distribución del tiempo junto con las actividades que lo ocupan, que van en relación con las necesidades, preferencias y obligaciones de la persona adicta.



Por otro lado, se han propuesto varias clasificaciones sobre el fenómeno del ocio, pero varían en función de la sociedad y del momento histórico. No obstante, se presenta una clasificación que facilitará tener una perspectiva más global propuesta por San Salvador R.

Clasificación en Función de las Áreas de Ocio.		
Áreas.	Procesos Personales y Sociales.	Actividades Prototípicas.
Creativa.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexión. ✓ Introspección. ✓ Desarrollo Personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deporte de Moda. ✓ Turismo Alternativo o Aventurero. ✓ Hobbies. ✓ Artes.
Lúdica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diversión. ✓ Descanso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Practicar Deporte. ✓ Turismo Tradicional. ✓ Juego. ✓ Cultura.
Solidaria.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participar en Asociaciones. ✓ Voluntariedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ocio Comunitario. ✓ Asociacionismo. ✓ Animación Socio-cultural.
Ecológica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contemplación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ecoturismo. ✓ Deporte al Aire Libre. ✓ Turismo Urbano.

Productiva.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesionalización. ✓ Bienestar. ✓ Utilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sector Turismo. ✓ Juegos y Apuestas. ✓ Deporte Profesional. ✓ Industria Cultural.
Festiva.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socialización. ✓ Sentido Pertenencia. ✓ Heterodescubrimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Folklore. ✓ Fiesta. ✓ Eventos. ✓ Parques Temáticos.
Nociva.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prácticas Abusivas. ✓ Dependencia Exógena. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ludopatías, ✓ Ociopatías.
Terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Calidad de Vida. ✓ Rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ocio y Salud. ✓ Ocio Terapéutico.
Preventiva.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevención. ✓ Precaución. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación Para la Salud. ✓ Programas Preventivos. ✓ Ocio Preventivo.

10.4. Intervención de la Terapia Ocupacional en el Ocio y Tiempo Libre.

Terapéutico. Se conceptualiza como Ocio Terapéutico como *“un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta de aquellos individuos con problemas o necesidades especiales. El foco del proceso reside en la aplicación de experiencias de ocio para fomentar el crecimiento y el desarrollo del individuo y capacitar a la persona para asumir la propia responsabilidad de satisfacer sus necesidades de ocio”*, según O’Morrow G. Otra propuesta de definición es la de la National Therapeutic Recreation Society, que define Ocio Terapéutico como *“un proceso cuyo objetivo es facilitar y mantener el desarrollo y la expresión de un apropiado estilo de ocio para las personas con limitaciones topo físicas, mental, emocional o social mediante programas y servicios llevados a cabo por profesionales intentan eliminar barreras para el ocio y optimizar los recursos del individuo para obtener el máximo beneficio de las experiencias ocio”*.

La participación en las actividades de ocio y tiempo libre ha de estar bajo un marco teórico que no dé lugar a intervenciones precipitadas, sin una planificación establecida y sin definir los objetivos que faciliten el proceso de rehabilitación. La metodología de la intervención está determinada por el análisis de las capacidades y fortalezas, así como de los intereses, valores y objetivos de cada persona. A cada individuo se le ofrece el apoyo necesario durante todo el proceso, siendo estos apoyos normalizados, comunitarios e integradores.

La intervención en las ocupaciones de tiempo libre y ocio en las personas con problemas de drogadicción han de dar respuestas a las necesidades específicas de cada persona en dicha área. En la práctica de la Terapia Ocupacional dirigida al ocio y tiempo libre presenta una serie de objetivos destinados a las personas con problemas de adicción.

- ✓ *Evaluar el área de ocio y las capacidades físicas, mentales, cognitivas, sociales y de comunicación.*
- ✓ *Promover y potenciar la motivación para participar en actividades de ocio y generar una rutina.*
- ✓ *Identificar y recuperar los intereses y deseos de la persona entorno actividades de ocio.*
- ✓ *Potenciar los sentimientos positivos que hayan surgido mediante la participación en la actividad.*
- ✓ *Aprender a planificar y disfrutar del tiempo libre.*
- ✓ *Conocer los diferentes recursos de ocio.*
- ✓ *Potenciar el sentimiento de autoeficacia.*
- ✓ *Favorecer la autonomía e independencia.*
- ✓ *Promover conductas saludables que mejoren la calidad de vida.*

- ✓ *Promover las relaciones sociales.*
- ✓ *Fomentar un acercamiento a los recursos y entornos comunitarios.*

10.4.1. Evaluación Inicial de las Ocupaciones de Ocio de las Personas Drogodependientes.

El primer paso que se ha de aplicar es una evaluación Inicial desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional conjuntamente con otros profesionales del equipo multidisciplinar, con el fin de llevar a cabo una recogida de datos en cuanto al estado de salud de la persona, cual es su estado en relación al consumo de de drogas y/o conductas adictivas y sobre aspectos psicológicos, sociales y ocupacionales. Unos de los instrumentos que se administran es el Listado de Intereses propuesto des de el Modelo de Ocupación Humana, permitiendo una adecuada recogida de datos (Se adjuntan en el apartado de Anexos).

La información a recopilar durante la evaluación Inicial va relacionada con los siguiente puntos:

- *Conciencia de la persona acerca de la importancia de disfrutar de actividades de ocio.*
- *Capacidad para adquirir una rutina satisfactoria de actividades de ocio saludables.*
- *Motivación hacia el cambio.*
- *Capacidad de disfrutar de actividades de ocio y presencia de habilidades para desarrollarlas.*
- *Capacidad de planificación de participación en actividades de ocio.*
- *Desarrollo de actividades que impliquen relaciones sociales, familiares, físicas y psicológicas.*
- *Conocimiento de recursos de ocio, incluidos aquellos que son gratuitos.*

10.4.2. Establecer un Programa Individualizado de Inclusión Mediante Ocupaciones de Ocio.

El Plan o Programa Individualizado es sumamente importante que vaya integrado con el programa de intervención individual general elaborado por todo el equipo interdisciplinar con el fin de alcanzar los objetivos y acciones que resulten en una mejora de calidad de vida del individuo con problemas de adicción. El plan de intervención ha de ir consensuado con la persona usuaria, ya que está es el centro de la intervención y de esta forma participe de forma activa en todo el proceso de rehabilitación.

Para diseñar la planificación de la intervención el Terapeuta Ocupacional ha de tener presente las fortalezas y aspectos a mejorar de la persona, así como los intereses, preferencias, valores, recursos económicos y los diferentes entornos en los cuales se desenvuelve.

10.4.3. Desarrollo de Actividades y Seguimiento.

Es en este momento donde el Terapeuta Ocupacional propondrá diferentes actividades de ocio y recursos a cada persona de forma individual en función de su programa de intervención. Además, en este preciso momento es donde se aplican las acciones destinadas a lograr los objetivos consensuados con la persona en dicho plan de intervención. Un aspecto fundamental es el proceso de exploración que ha de realizar la persona sobre los diferentes recursos del entorno, de esta forma se alcanzará con mayor eficacia los objetivos.

Los Programas o Planes Individualizados de Intervención en las ocupaciones de ocio se han de generar y desarrollar actividades que beneficien el cambio en función de las necesidades de la persona, sus prioridades y metas. Las actividades en las que puede participar son:



El seguimiento del plan de intervención, es decir de las acciones que desempeña la persona, ha de ser continuo con el fin de ir detectando la evolución. Esto ofrecerá una pauta sobre la necesidad de ajustar el programa de intervención aplicando las correspondientes modificaciones, ya sea incorporar o eliminar aspectos de este, con el fin de lograr la participación satisfactoria de la persona drogodependiente en ocupaciones de ocio mejorando su calidad de vida. Por lo tanto se establece una evaluación continuada siempre consensuada con la persona usuaria, sobre las modificaciones necesarias durante el proceso.

10.4.4. Evaluación del Programa de Intervención en las Ocupaciones de Ocio.

La Evaluación del Programa de Intervención ha de facilitar una valoración sistemática y objetiva sobre la pertenencia y el éxito de las acciones incluidas en el mismo para el logro de los objetivos establecidos. Se ha de evitar conceptualizar la evaluación como un aspecto controlador, sino en un proceso que favorecerá el hecho de obtener información, conocimientos y experiencia imprescindible para tomar las decisiones que favorezcan el éxito en la intervención. Como siempre, la participación de la persona en el proceso de evaluación es crucial, ya que permite conocer su opinión y grado de satisfacción, y por lo tanto, pudiendo ajustar las actividades y acciones a sus características y necesidades. No solo eso, sino que incrementará notablemente el nivel de motivación y compromiso durante todo el proceso.

Cuando se evalúan los resultados del programa se quiere conocer la eficacia del mismo, es decir, los cambios que se han generado en los usuarios/as drogodependientes en relación con los objetivos establecidos al inicio del proceso. Por este motivo, es imprescindible recopilar información suficiente para detectar si el plan de intervención está alcanzando los resultados que se esperaban de un inicio y si son atribuibles a las actividades llevadas a cabo en el marco del mismo. En definitiva, se persigue conocer si los cambios producidos a causado una mejora significativa en la forma que la persona adicta aplica y gestiona las ocupaciones de ocio. En el apartado de Anexos se adjunta una plantilla sobre cómo medir la situación inicial de la persona y la posterior al proceso de intervención en las ocupaciones de ocio.

11. Conclusiones.

"Nos pueden quitar todo en la vida, menos una cosa, la libertad de elegir como reaccionar ante determinada situación. Eso es lo que determina la calidad de vida que vivimos. No se trata si somos ricos o pobres, famosos o desconocidos, sanos o enfermos lo que determina la calidad de vida, sino como nos relacionamos con estas realidades, que significado le damos, que actitud adoptamos ante ellas, qué estado de ánimo les permitimos activar."

Frankl, V.

El contenido que se ha desarrollado a lo largo de esta tesina pone de manifiesto que la disciplina de la Terapia Ocupacional puede jugar un papel muy importante en los procesos de intervención en personas drogodependientes. Además, aporta una serie de herramientas de evaluación que facilitan la obtención de información que será muy relevante a la hora de trazar el futuro plan de intervención. Por lo tanto, el rol del Terapeuta Ocupacional puede jugar un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinar que aborda el ámbito de las drogodependencias. No obstante, existe una necesidad de estimular nuevas investigaciones que contribuya el desarrollo tanto conceptual como empíricamente la intervención en las adicciones desde la visión de la Terapia Ocupacional. El hecho de poder ampliar las investigaciones en este campo facilitará que los profesiones de la TO pueden tener una mayor presencia en la práctica diaria de las adicciones. Esto puede pasar por crear grupos de trabajo y redes entre diferentes grupos con el fin de documentar e intercambiar experiencias, la creación y validación de nuevas herramientas de evaluación que aporte una base sólida con el fin de alcanzar una mayor aceptación de la comunidad científica que se dedica a las drogodependencias.

12. Referencias Bibliográficas.

- ✓ Becoña E, Cortés MT, Pedrero EJ, Fernández Hermida JR, Casete L, Bermejo MP, et al. *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas en la Evidencia Científica*. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008.
- ✓ Cara, E. MacRae, A. (2005). *Psychosocial Occupational Therapy. A Clinical Practice*. 2º ed. Canadá: Thomson Delmar Learning.
- ✓ Dante C. Patrón de toma de decisiones desventajosas en pacientes drogodependientes. *Salud y Drogas*. 2006;6:71-88.
- ✓ Durante, P., Noya, B. Y Moruno P (2000). *Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos Clínicos Comentados*. Barcelona: Masson
- ✓ Durante, P. Noya, B. (1998). *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Principios y Práctica*. Barcelona: Masson.
- ✓ Grieve J. Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la Percepción y Cognición. Madrid: Panamericana; 2001.
- ✓ Hugues, P. Mullins, I. (1990). *Manual de Terapia Ocupacional en Salud Mental*. México: Noriega-Limusa.
- ✓ Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2013). *Protocolo de Intervención desde Terapia Ocupacional en los CADS del Instituto de Adicciones*.
- ✓ Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- ✓ Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional*. 3ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- ✓ Lorea I, Tirapu J, Landa N, López-Goñi JJ. *Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora*. *Adicciones*. 2005;17:121-9.
- ✓ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *La Salud Mental es Cosa de Todos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- ✓ Molineux, M. (2004). *Occupation for Occupational Therapists*. Australia: Blackwell Publishing Ltd.
- ✓ Moruno P, Romero DM. *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson; 2003.
- ✓ Moruno, P. y Talavera MG. (2011). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Barcelona: Masson.
- ✓ Ochoa, S. Martínez, F. Ribas, M. García, M. López, E. Vilellas, R. Arenas, O. Álvarez, I. Cunyat, C. Vilamala, S. Autonell, J. Lobo, E. Haro, J. (2010). *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 31, 477-489.
- ✓ Petersen D. (2005). *Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Vol VI Nº1, 3-14.
- ✓ Ramos, A. (2010). *Stop al estigma sobre la enfermedad mental*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- ✓ Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial en personas con trastornos mentales crónicos*. 1º ed. Madrid. Masson.
- ✓ Rubio, G. López, F. Santo, J. (2001). *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- ✓ Stern, F (2005). *El Estigma y La Discriminación: ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- ✓ Valverdi, J., Celeste, M. (2012). *Los Pacientes Adictos y las Distintas Evaluaciones del Desempeño Ocupacionales*.

- ✓ Willard y Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional*. Argentina: 10º ed. Editorial Médica Panamericana.

Artículos.

- ✓ Angel SL. *The emotion identification group*. Am J Occup Ther. 1981; 35(4): 256-62.
- ✓ Boisvert RA, Martin LM, Grosek M, Clarie AJ. *Effectiveness of a peersupport community in addiction recovery: participation as Autora: Gloria Rojo Mota*. Occup Ther Int. 2008;15(4): 205-20.
- ✓ Cassidy CL. *Occupational therapy intervention in the treatment of alcoholics*. Occup Ther Mental Health. 1988; 8(2): 17-26.
- ✓ Chacksfield JD, Forshaw DM. *Occupational therapy and forensic addictive behaviours*. Br J Ther Rehabil. 1997; 4(7): 381-6.
- ✓ Clewes J, Sharkey M, Morrow V, Ussher M. *A physical activity intervention in a community alcohol service*. Br J Occup Ther. 2001; 64(2): 106-7.
- ✓ Doniger JM. *An activity program with alcoholics*. Am J Occup Ther. 1953; 7(3): 110-35.
- ✓ Haltiwanger E, Lazzarini I, Nazeran H. *Application of nonlinear dynamics theory to neuro-occupation: a case study of alcoholism*. Br J Occup Ther. 2007; 70(8): 349-57.
- ✓ Helbig K, McKay E. *An exploration of addictive behaviours from an occupational perspective*. J Occup Sci. 2003; 10(3): 140-145.
- ✓ Heuchemer B, Josephsson S. *Leaving homelessness and addiction: narratives of an occupational transition*. Scand J Occup Ther. 2006;13(3):160-9.
- ✓ Hossack JR. *The role of occupational therapy in the treatment of alcoholism*. Can J Occup Ther. 1951;18(2): 55-9.
- ✓ Kiepek N, Magalhães L. *Addictions and impulse-control disorders as occupation: a selected literature review and synthesis*. J Occup Sci. 2011; 18(3): 254-76.
- ✓ Knis-Matthews L. *The destructive path of addiction: experiences of six parents who are substance dependent*. Occup Ther Ment Health 2010; 26(3): 201-340.
- ✓ Konovalova NE. *Occupational therapy in treating alcoholics*. Med Sestra. 1984; 43(4): 43-4.
- ✓ Likhtanskiĭ GP. *Occupational therapy in the complex treatment of chronic alcoholism*. Vrach Delo. 1967; 6: 133-4.
- ✓ Lindsay WP. *The role of the occupational therapist treatment of alcoholism*. Am J Occup Ther. 1983; 37(1): 36-43.
- ✓ Lozano. O, Rojas. A, Pérez. C, Apraiz. B, Sánchez. F, Marín. B. *Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez*. Trastornos Adictivos, 2007;9(2):97-107.
- ✓ Mann WC, Talty P. *Leisure activity profile measuring use of leisure time by persons with alcoholism*. Occup Ther Ment Health. 1990; 10(4): 31- 41.
- ✓ Martin, LM, Smith M, Rogers J, Wallen T, Boisvert R. *Mothers in recovery: an occupational perspective*. Occup Ther Int. 2011; 18(3): 152-61.
- ✓ McQueen J, Allan L, Mains D. *Brief motivational counselling for alcohol abusers admitted to medical wards*. Br J Occup Ther. 2006; 69(7): 327- 33.
- ✓ Míguez HA. *The effectiveness of four therapeutic orientations in alcoholism*. Act Psiquiátr Psicol Am Latina 1981; 27(2): 146-51.

- ✓ Moyers PA. *Occupational therapy intervention with the alcoholic's family*. Am J Occup Ther. 1992; 46(2): 105-11.
- ✓ Moyers PA. *Occupational meanings and spirituality: the quest for sobriety*. Am J Occup Ther. 1997; 51(3): 207-14.
- ✓ Moyers PA. *An organizational framework for occupational therapy in the treatment of alcoholism*. Occup Ther Ment Health. 1988; 8(2): 27-46.
- ✓ Raphael-Greenfield E. *Assessing executive and community functioning among homeless persons with substance use disorders using the Executive Function Performance Test*. Occup Ther Int 2012; 19(3): 135-143.
- ✓ Rotert DA. *Occupational therapy in alcoholism*. Occup Med. 1989;4(2): 327-37.
- ✓ Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sanchez de León JM, Llanero Luque M, Puerta García C. *Evaluation of occupational performance in everyday life in addicted population. Development of a measuring instrument: the ADO*. Adicciones 2011; 23(1): 27-35.
- ✓ Scaffa ME. *Alcoholism: an occupational behavior perspective*. Occup Ther Ment Health. 1991; 11(2/3): 99-111.
- ✓ Stoffel VC. *Occupational therapists' roles in treating substance abuse*. Hosp Community Psychiatry. 1994; 45(1): 21-2.
- ✓ Slobetz FW. *The role of occupational therapy in heroin detoxification*. Am J Occup Ther. 1970;24(5): 340-2.
- ✓ Moyers PA, Barrett CE. *Neurocognition and alcoholism: implications for occupational therapy*. Occup Ther Health Care. 1992; 8(2-3): 87-115.
- ✓ Stoffel VC, Moyers PA. *An evidencebased and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders*. Am J Occup Ther. 2004; 58(5): 570-86.
- ✓ Van Deusen J. *Alcohol abuse and perceptual-motor dysfunction: the occupational therapist's role*. Am J Occup Ther. 1989; 43(6): 384-90.
- ✓ Viik MK, Watts JH, Madigan MJ. *Preliminary validation of the Assessment of Occupational Functioning with an alcoholic population*. Occup Ther Ment Health. 1990; 10(2): 19-33.
- ✓ Welsh J. *Occupational therapy contributions in the treatment of the alcoholic*. Am J Occup Ther. 1959; 13(4, Part 1): 157-61.

Fuentes Electrónicas.

- ✓ Ávila, A. Martínez, R. Matilla, R. Máximo, M. Méndez, B. Talavera, MA. (2010). *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. 2da Ed. Disponible en:
<http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- ✓ Rojo, G. (2013). *Terapia Ocupacional en Adicciones y Psicopatología Asociada*. Disponible en:
www.revistatog.com/suple/num8/adicciones.pdf
- ✓ Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO, (1999). *Comisión de Trabajo. Documento técnico sobre Terapia Ocupacional*. [consultado 15/12/2012]. Disponible en:
http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml

- ✓ Comas A D, (2006). Comunidades Terapéuticas en España: *Situación actual y propuesta funcional*. Grupo GID. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en::

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ComunidadesTerapeuticas.pdf>

- ✓ Gómez Muñoz C, (2012). *Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias*. Psicología.com. 2012; 16:14. Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1460/1293/>

13. Anexos

Anexo 1: Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas. (TECVASP)

Anexo 2: Evaluación Cognitiva de Montreal.

Anexo 3: Inventario de Síntomas Prefrontales.

Anexo 4: Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO).

Anexo 5: Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional. (OPHI-II)

Anexo 6: Listado de Roles.

Anexo 7: Listado de Intereses.

Anexo 8: Cuestionario Ocupacional.

Anexo 9: Cuestionario Volicional.

Anexo 10: Evaluación de Habilidades Motoras y de Procedimientos. (AMPS)

Anexo 11: Medida Funcional de la Independencia. (FIM)

Anexo 1: Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas.

Encuestador: _____ Centro _____ N.º de test _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA **POCO** A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta **poco** estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza. Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

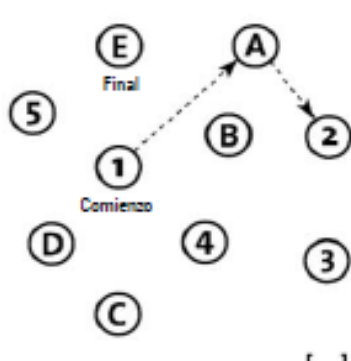
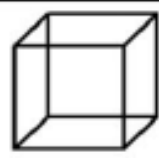

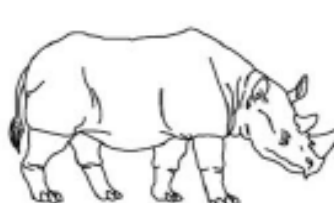
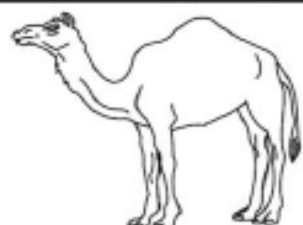
1. Has tenido dolor (físico)
2. Has tenido problemas de sueño
3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)
4. Te has sentido fatigado (cansado)
5. Has estado ansioso (nervioso)
6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido «ganas de abandonar»)
7. Te has sentido agresivo
8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)
9. Has tenido alucinaciones
10. Has tenido problemas para concentrarte («estar metido en lo que haces», no despistarte al hacer tareas, etc.)
11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o a lugares conocidos)
12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**
13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti
16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)
17. Has tenido problemas familiares
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)
22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

Anexo 2: Evaluación Cognitiva de Montreal.

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal Cognitive Assessment / MoCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. El puntaje máximo es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se considera normal.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____ Nivel de estudios: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos ___/5					
IDENTIFICACIÓN								<input type="checkbox"/>		___/3					
MEMORIA		Lea la lista de palabras. el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerde las 5 minutos más tarde.		ROSTRO <input type="checkbox"/>		SEDA <input type="checkbox"/>		IGLESIA <input type="checkbox"/>		CLAVEL <input type="checkbox"/>		ROJO <input type="checkbox"/>		Sin puntos	
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/2	
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/1	
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93		<input type="checkbox"/> 86		<input type="checkbox"/> 79		<input type="checkbox"/> 72		<input type="checkbox"/> 65		___/3	
LENGUAJE		Repetir: El gato se acorda bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/2	
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/1	
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/2	
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO <input type="checkbox"/>		SEDA <input type="checkbox"/>		IGLESIA <input type="checkbox"/>		CLAVEL <input type="checkbox"/>		ROJO <input type="checkbox"/>		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
Optativo		Pista de categoría		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Pista elección múltiple		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Día del mes (fecha)		<input type="checkbox"/>		Mes		<input type="checkbox"/>		Año		<input type="checkbox"/>		Día de la semana	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Lugar		<input type="checkbox"/>		Localidad		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Normal ≥ 26 / 30		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		TOTAL		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

www.mocatest.org

Anexo 3: Inventario de Síntomas Prefrontales.

		NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES SÍ Y A VECES NO	MUCHAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1	Tengo problemas para empezar una actividad. Me falta iniciativa					
2	Me resulta difícil concentrarme en algo					
3	No puedo hacer dos cosas al mismo tiempo (por ejemplo, preparar la comida y hablar)					
4	Río o lloro con demasiada facilidad					
5	Me enfado mucho por cosas insignificantes. Me irrito con facilidad					
6	Tengo poca capacidad para resolver problemas					
7	Mezclo algunos episodios de mi vida con otros. Me confundo al intentar ponerlos por orden					
8	Llego tarde a mis citas					
9	Me cuesta adaptarme a los cambios de mis rutinas					
10	Hablo con desconocidos como si les conociera					
11	Me distraigo con facilidad					
12	Tengo problemas para cambiar de tema en las conversaciones					
13	Ciertas cosas me cabrean demasiado y en esos momentos me paso de la raya					
14	Estoy como aletargado, como adormecido					
15	Tengo dificultades para tomar decisiones					
16	Hablo fuera de turno interrumpiendo a los demás en las conversaciones					
17	Me olvido de que tengo que hacer cosas pero me acuerdo cuando me lo recuerdan					
18	Se me echa la hora encima con mucha facilidad					
19	No hago las cosas sin que alguien me diga que las tengo que hacer					
20	Tengo dificultades para seguir el argumento de una película o un libro					
21	Tengo dificultad para pensar cosas con antelación o para planificar el futuro.					

		NUNCA O CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES SI Y A VECES NO	MUCHAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
22	Puedo pasar de la risa al llanto con facilidad					
23	Descuido mi higiene personal					
24	No me entusiasmo con las cosas. No me interesa ninguna actividad					
25	Corro riesgos sólo por el placer de hacerlo aunque me meta en líos por ello					
26	Me cuesta cambiar de planes cuando las cosas están saliendo mal					
27	Cuento chistes inapropiados en situaciones inapropiadas					
28	Actúo como si las demás personas no existieran					
29	Me cuesta ponerme en marcha. Me falta energía					
30	Repito los mismos errores. No aprendo de la experiencia					
31	Cuando hay ruido en la calle tengo problemas para pensar con claridad					
32	Me cuesta planificar las cosas con antelación					
33	Toco o abrazo a la gente aunque no los conozca demasiado					
34	Doy portazos, golpeo muebles o lanzo cosas por el aire cuando me cabreo					
35	Me cuesta encontrar la solución a los problemas					
36	Hago las cosas impulsivamente					
37	Hago comentarios sobre temas muy personales delante de los demás					
38	Tengo ganas de hacer algunas cosas, pero luego no las hago					
39	Hago o digo cosas embarazosas					
40	Me confundo cuando estoy haciendo cosas en un orden					
41	Tengo explosiones emocionales sin una razón importante					
42	Tengo problemas para entender lo que otros quieren decir					
43	Me manifiesto ante los demás de una manera sensual. Coqueteo demasiado					
44	Hago o digo cosas que no debo cuando estoy con otras personas.					
45	Hago comentarios sexuales inapropiados					
46	Todo me resulta indiferente. Me dan igual las cosas					

Extraído de <http://www.logicortex.com/wp-content/uploads/Inventario-de-S%C3%ADntomas-Prefrontales-ISP.pdf>

Anexo 4: Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO).

		Autoevaluación Ocupacional.					
Ítem.		Tengo un Problema para hacer esto.	Lo hago de Forma Aceptable.	Lo hago bien.	No es Importante para mí.	Algo importante para mí.	Es muy importante para mí.
1	<i>Concentrarme en mis tareas.</i>						
2	<i>Hacer físicamente lo que necesito hacer</i>						
3	<i>Cuidar del lugar donde vivo.</i>						
4	<i>Cuidarme a mí mismo</i>						
5	<i>Cuidar de otros de los que soy responsable.</i>						
6	<i>Llegar físicamente donde necesito ir.</i>						
7	<i>Manejar mi dinero.</i>						
8	<i>Manejar mis necesidades básicas.</i>						
9	<i>Expresarme con otras personas</i>						
10	<i>Llevarme bien con los demás.</i>						
11	<i>Identificar y resolver problemas.</i>						
12	<i>Relajar y disfrutar.</i>						
13	<i>Terminar lo que necesito hacer</i>						
14	<i>Tener una rutina satisfactoria.</i>						
15	<i>Manejar mis responsabilidades.</i>						
16	<i>Participar en la sociedad.</i>						
17	<i>Hacer actividades que me gustan.</i>						
18	<i>Esforzarme para conseguir más objetivos personales.</i>						
19	<i>Toma de decisiones basadas en lo que para mí es importante.</i>						
20	<i>Llevar a cabo lo que yo planifico hacer.</i>						
21	<i>Usar mis habilidades de una forma eficaz para alcanzar mis objetivos.</i>						
22	<i>Pensar y preparar las cosas antes de empezar a hacerlas.</i>						
23	<i>Revisar lo que voy haciendo mientras lo hago para seguir mis planes.</i>						
24	<i>Contactar con los sentimientos de los demás cuando persigo mis metas.</i>						
25	<i>Imaginar diferentes formas de resolver un problema.</i>						

Autoevaluación Ambiental.

Ítem.		Tengo un Problema para hacer esto.	Lo hago de Forma Aceptable.	Lo hago bien.	No es Importante para mí.	Algo importante para mí.	Es muy importante para mí.
1	<i>Tener un lugar para vivir y cuidarme a mí mismo.</i>						
2	<i>Disponer de un lugar donde yo pueda ser productivo (trabajar, estudiar...)</i>						
3	<i>Disponer de las cosas básicas que necesito para vivir y cuidarme a mí mismo.</i>						
4	<i>Tener las cosas que necesito para ser útil y productivo.</i>						
5	<i>Contar con personas que me apoyen y motiven.</i>						
6	<i>Contar con personas que hagan cosas conmigo.</i>						
7	<i>Tener oportunidades de hacer cosas para las que valgo.</i>						
8	<i>Disponer de un lugar donde pueda ir a disfrutar.</i>						
9	<i>Tener oportunidades de hacer cosas que me gustan.</i>						
10	<i>Poder vivir en la zona que me gusta.</i>						
11	<i>Poder vivir con las personas con la que yo deseo vivir.</i>						
12	<i>Sentirme seguro, tranquilo, a gusto en mi barrio.</i>						

Anexo 5: Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional. (OPHI-II)

Es un instrumento que recoge información sobre la adaptación ocupacional del pasado y presente de la persona, que está constituida por tres partes:

1. Entrevista Semi-Estructurada.

Proporciona un marco de trabajo y preguntas que se recomiendan seguir para dirigir la entrevista de tal forma que se obtenga la información necesaria. La entrevista está organizada mediante diferentes puntos:

- Elecciones de actividad/ocupacionales.
- Eventos Vitales Críticos.
- Rutina diaria.
- Roles Ocupacionales.
- Ambientes de Comportamiento Ocupacional.

En cada una de estas áreas se facilita una posible secuencia de preguntas para encaminar la entrevista.

1. Roles ocupacionales y comportamiento ocupacional

- ¿Trabaja, estudia? ¿Está a cargo de niños, de la casa?
- ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades?
- ¿Cuál son los principales motivos por los que hace esto?
- Cuénteme algo que haya hecho recientemente sobre lo que es usted (padre, trabajador, estudiante) y de lo que se sienta orgulloso.
- En el pasado:
 - ¿Ha trabajado, estudiado?
 - ¿Por qué lo eligió?
 - ¿Fue difícil?
 - ¿Por qué renunció a esto?
 - ¿Afectó su discapacidad a su trabajo?
- Pregunte por otros roles en el mismo sentido: Amigo, participante de organizaciones, cuidado de la casa, etc.

2. Rutina diaria

- Describa un típico día de la semana
- ¿Hace lo mismo en fines de semana?
- ¿Está satisfecho con su rutina?
- ¿Qué es lo más importante de su rutina?
- Si tuviera un día bueno/malo ¿Cómo sería?
- Antes, ¿su rutina era diferente? ¿Le gustaba más o menos que la actual?
- ¿Qué es lo que le gustaría cambiar de su rutina?
- ¿Tenía o tiene algunos proyectos o hobbies que formaban parte de su rutina?

3. Eventos críticos de vida

- ¿Cuándo cambiaron las cosas realmente para usted?
- ¿Qué sucedió?
- ¿Cuál ha sido hasta ahora, la mejor y la peor época de su vida?

4. Ambientes ocupacionales.

- Hábleme de su casa. ¿Es confortable? ¿Le gusta, es adecuado? ¿Y el barrio? ¿Puede moverse sin dificultad?
- ¿Le incita a hacer cosas interesantes? ¿Le aburre?
- ¿Con quién vive?
- ¿Cómo se lleva con las personas con las que vive? ¿Qué hace con ellos?

- ¿Tiene algún conflicto con alguna persona con la que vive?
- ¿Puede confiar en su familia?
- En relación a su lugar de trabajo/estudios, hacer preguntas en el mismo sentido.
- Diversión: ¿Cuáles son las cosas que hace para relajarse y divertirse?
- ¿Les gusta?
- ¿Son adecuadas?
- ¿Cómo se lleva con las personas con las que se divierte?

5. Selección de actividades/Ocupaciones

- ¿Cómo llegó a desempeñar los roles que desempeña actualmente?
- ¿Cuáles son las cosas realmente importantes para usted?
- ¿Qué cosas puede hacer y por qué? ¿Qué cosas no puede hacer?
- ¿Puede dar un ejemplo?
- Recientemente ¿no ha podido hacer una cosa realmente valiosa para usted?
- ¿Ha podido elegir lo que realmente le importa?
- ¿Cuenta con tiempo para hacer las cosas que desea?
- ¿Cuenta con tiempo libre? ¿Disfruta?

Metas

- ¿Tiene metas/proyectos hacia el futuro? ¿Cuáles son?
- ¿Puede caminar hacia las metas que se pone?
- ¿Ha tenido impedimentos para alcanzar una meta?
- ¿Cómo decide hacer las cosas que realmente quiere?
- ¿Puede manejar y resolver los problemas que le surgen para superar los obstáculos y caminar hacia la meta?

Fuente: De las Heras, C (2004). *Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Segunda Parte.* Santiago de Chile: Reencuentros.

2. Escalas de puntuación que proporcionan una medición de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional de la persona y el impacto de los contextos de comportamiento ocupacional de la persona:

- La primera escala es la de *Identidad Ocupacional* que mide el grado en el cual la persona presenta valores, intereses y confianza personal, así como del nivel en que se ven en distintos roles ocupacionales y mantienen una imagen del estilo de vida que desea.
- La segunda escala es la de *Competencia Ocupacional* que mide el grado en el cual la persona puede mantener un patrón de participación ocupacional que sea productivo y satisfactorio.
- La tercera escala es la de *Ambiente de Comportamiento Ocupacional* que mide el impacto del medio ambiente en la vida ocupacional de la persona.

Fecha: INFORMACIÓN DEL CLIENTE: Nombre: 1er Apellido: 2º Apellido: Edad: Género: V M Diagnóstico: Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores Situación laboral: Estado civil: Títulos obtenidos: Nivel de independencia en su comportamiento ocupacional: <input type="checkbox"/> Independiente. <input type="checkbox"/> Necesita ayuda. <input type="checkbox"/> Totalmente dependiente. T.O:	ESCALA DE IDENTIDAD OCUPACIONAL				1	2	3	4
	Tiene metas personales y proyectos.							
	Identifica un estilo de vida ocupacional.							
	Espera éxito.							
	Acepta responsabilidades.							
	Valora habilidades y limitaciones.							
	Tiene compromisos y valores.							
	Reconoce Identidades y obligaciones.							
	Tiene intereses.							
	Se sintió efectivo (pasado).							
	Encontró sentido/satisfacción en su estilo de vida (pasado).							
	Hizo elecciones ocupacionales.							
	ESCALA DE COMPETENCIA OCUPACIONAL				1	2	3	4
	Mantiene un estilo de vida satisfactorio.							
	Cumple con las expectativas de sus roles.							
	Trabaja hacia metas.							
	Cubre los estándares de desenvolvimiento personal.							
	Organiza su tiempo para cumplir responsabilidades.							
	Participa en intereses.							
	Cumplió con sus roles (pasado).							
	Mantuvo hábitos (pasado).							
	Logró satisfacción (pasado).							
	ESCALA DE AMBIENTES DE COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL				1	2	3	4
	Formas ocupacionales de vida en el hogar.							
	Formas ocupacionales del rol productivo principal.							
	Formas ocupacionales de diversión.							
	Grupo social en la vida hogareña.							
	Grupo social del rol productivo principal .							
	Grupo social de diversión.							
	Espacios físicos, objetos y recursos en la vida hogareña.							
	Espacios físicos, objetos y recursos en el rol productivo.							
	Espacios físicos, objetos y recursos en los ambientes de diversión.							

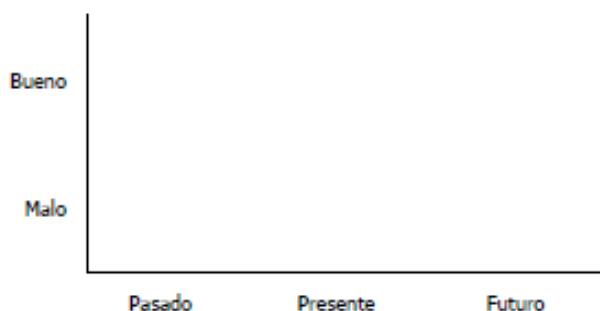
Escala Adaptada del Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner G. (1995).

3. **La Narrativa Historia de Vida que se usa con e fin de comunicar información cualitativa de la entrevista. En este proceso el Terapeuta Ocupacional dibuja una gráfica sobre la vida de la persona y así indica la pendiente de narrativa, permitiendo desarrollar una visión del gráfico de la narrativa ocupacional que subyace a la identidad y la competencia ocupacional.**

REGISTRO DE NARRACIÓN DE HISTORIA DE VIDA

PERFIL NARRATIVO

Dibuje las pendientes incluyendo los principales eventos de vida y cómo se mejoró o empeoró la vida del cliente a partir de estos eventos. La inclinación de la pendiente indica la severidad o los cambios en los eventos.



Significado/Implicaciones de la Historia de Vida:

NARRACIÓN DE HISTORIA DE VIDA

Ilustrado el perfil narrativo que aparece arriba, describa la historia de vida del cliente. En donde sea posible haga las referencias que sean apropiadas a las cinco áreas temáticas (Selección de Actividades / Ocupaciones, Eventos críticos de Vida, Rutina Diaria, Roles Ocupacionales y Comportamiento Ocupacional).

Escala Adaptada del Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner G. (1995).

Aplicar este instrumento no es sencillo, ha de hacerlo un Terapeuta Ocupacional con experiencia. Además, la OPHI-II presenta un manual detallado para que el profesional aprenda el modo de aplicar esta evaluación. Se inicia el proceso de aplicación de la OPHI-II con la entrevista, que tiene una duración aproximada de 45-60 minutos, pudiendo hacerla en dos sesiones. Después la persona, rellena las escalas de evaluación, que presentan 29 ítems, donde el Terapeuta Ocupacional evalúa cada ítem con una puntuación de 4 que indica el nivel de adaptación ocupacional/impacto ambiental de la persona. Cada una de las tres escalas permite tener información sobre las fortalezas y debilidades relacionadas con la identidad, competencia e impacto ambiental, que son de gran utilidad para planificar la intervención.

Anexo 6: Listado de Roles.

Indicado para recoger información sobre la percepción que tiene la persona sobre su propia participación en roles ocupacionales durante su vida, así como el valor que otorgan a dichos roles. El listado se puede administrar a cualquier tipo de población, ya sean adultos o adolescentes. La aplicación de este instrumento puede hacerlo la persona de forma independiente o con la ayuda del Terapeuta Ocupacional. No obstante, es importante que se analicen los resultados de forma conjunta con la persona usuaria, ya que de esta forma se podrá recopilar más información de la persona detallando su patrón de roles y el significado en relación a la participación ocupacional.

En resumen, el Listado de Roles proporciona información sobre los roles que una persona valora y la participación percibida en los roles en el pasado, presente y futuro.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
Sexo: _____ Esta ud. Jubilado: _____

Estado civil: Soltero: Casado: Separado: Divorciado: Viudo:

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE:

Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de un columna para cada rol. Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntarios en el pasado, en el presente no los ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlos, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
AMIGO: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
OTROS ROLES: Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.			

Anexo 7: Listado de Intereses.

El Listado de Intereses fue diseñado en un primer momento por Mutsutsuyu en 1969. No obstante, en el año 1983 Kielhofner G, y Neville aplicaron modificaciones pasando a ser Listado de Intereses Modificado. Como modificación incorporaron la oportunidad para incluir cuáles eran los intereses actuales, de qué modo cambian los intereses y si una persona participa o desea participar en un interés en el futuro. Se conceptualiza como un inventario de intereses recreativos apropiado para todo tipo de población. Todo y que recopila datos sobre los intereses ocupacionales globales del sujeto, el enfoque fundamental va en relación de los intereses no vocacionales que influyen a la hora de elegir actividades. Por lo tanto, el valor principal del listado reside en que queda evidenciado el patrón singular de intereses de cada persona.

La persona ha de indicar su grado de interés en cada uno de los ítems durante los últimos 10 años y en el último año, así como si actualmente participan de forma activa en cada interés potencial y si desearían continuar participando en cada uno de ellos en un futuro. Una vez el individuo ha contestado todo el inventario se lleva a cabo un análisis conjunto entre el Terapeuta Ocupacional y el usuario/a sobre las respuesta que ha dado. Este instrumento es ideal para observar cómo ha impactado la discapacidad, trastorno... y en este caso el consumo abusivo de sustancias, en la participación de actividades de interés y el disfrute o importancia que esta le otorgaba a cada una de ellas.

Nombre _____ Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros										
Participar en Actividades Religiosas										
Escuchar Radio										
Caminar										
Reparar Autos										
Escribir										
Bailar										
Jugar Golf										
Jugar/Ver Fútbol										
Escuchar Música Popular										
Armar Puzzles										
Celebrar días Festivos										
Ver Películas										
Escuchar Música Clásica										
Asistir a Charlas/Conferencias										
Nadar										
Jugar Bolos										
Ir de Visita										
Arreglar Ropa										
Jugar Damas/Ajedrez										
Hacer Asado										
Leer										
Viajar										
Ir a Fiestas										
Practicar Artes Marciales										
Limpiar la Casa										
Jugar con Juegos Armables										

Ver Televisión										
Ir a Conciertos										
Hacer Cerámica										
Cuidar Mascotas										
Acampar										
Lavar/ Planchar										
Participar en Política										
Jugar Juegos de Mesa										
Decorar Interiores										
Pertenecer a un Club										
Cantar										
Ser Scout										
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa										
Ir a la Peluquería (salón de belleza)										
Andar en Bicicleta										
Ver un Deporte										
Observar Aves										
Ir a Carreras de autos										
Arreglar la Casa										
Hacer Ejercicios										
Cazar										
Trabajar en Carpintería										
Jugar Pool										
Conducir Vehículo										
Cuidar niños										
Jugar Tenis										
Cocinar										
Jugar Basketball										
Estudiar Historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar Ciencia										
Realizar Marroquinería										
Ir de compras										
Sacar Fotografías										
Pintar										
Otros.....										

Anexo 8: Cuestionario Ocupacional.

Es un instrumento mediante el cual se solicita a la persona usuaria que refleje lo que realiza durante el día en periodos de 30 minutos y acto seguido indicar:

- Si considera que la ocupación es un trabajo, recreación, una AVD o descanso.
- El grado de disfrute o satisfacción personal con la persona.
- El grado de importancia que le otorga a la ocupación/actividad.
- El grado de sentimiento de autoeficacia con el que desempeñan la actividad.

Además, proporciona información sobre los patrones de hábitos de la persona y sobre su participación ocupacional.

AVALUACIÓ DE TERÀPIA OCUPACIONAL. QUESTIONARI OCUPACIONAL

NOM I COGNOMS:	TERAPEUTA OCUPACIONAL:
UNITAT:	DATA DE LA PRIMERA PART:
	DATA DE LA SEGONA PART:

HORARI D'OCUPACIONS	OCUPACIONS EN L'AVAUACIÓ DE T.O.				OCUPACIONS EN EL TRACTAMENT DE T.O.				SENTIT D'EFICACIA			IMPORTANCIA			SATISFACCIÓ		
	A.V.D.	TREBALL	OCI/T.LLIURE	DESCANS	A.V.D.	TREBALL	OCI/T.LLIURE	DESCANS	BE	REGULAR	MALAMENT	MOLTA	POCA	CAP	ALTA	BAXA	CAP
5.00																	
6.00																	
7.00																	
8.00																	
9.00																	
10.00																	
11.00																	
12.00																	
13.00																	
14.00																	
15.00																	
16.00																	
17.00																	
18.00																	
19.00																	
20.00																	
21.00																	
22.00																	
23.00																	
24.00																	

RESUM DE LA RUTINA DEL PACIENT:

Anexo 9: Cuestionario Volicional.

Es un instrumento compuesto de 14 ítems, que describen comportamientos que reflejan valores, intereses, y causalidad personal. Los ítems se evalúan mediante cuatro puntos, tales como “pasivo, dudoso, involucrado y espontáneo”. La evaluación indicada medida en la cual la persona muestra conductas volitivas en relación a la cantidad de apoyo necesario para alcanzar un nivel volitivo importante. La escala evidencia el hecho de que las personas con mayor grado de volición eligen la acción y experimentan afecto positivo más fácilmente, mientras que las personas con un grado limitado de volición requieren de más recursos y apoyos ambientales.

En definitiva el VQ refleja que la motivación de un individuo fluctúa en función de las características del medio ambiente en relación a sus intereses, valores y causalidad personal.

Cliente:										
Edad:		Terapeuta Ocupacional:								
Fecha:		Fecha:		Fecha:		Fecha:		Fecha:		
		Ambiente:		Ambiente:		Ambiente:		Ambiente:		
AREA A EVALUAR		4 3 2 1		4 3 2 1		4 3 2 1		4 3 2 1		
1. Muestra curiosidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Inicia acciones / Tareas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Intenta cosas nuevas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Muestra orgullo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Busca desafíos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Busca responsabilidades.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Trata de corregir errores.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Intenta resolver problemas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Intenta apoyar a otros.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Muestra preferencias.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Involucra a otros.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Realiza las actividades hasta completarias/lograrlas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Permanece involucrado.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Es vital / energético.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Indica objetivos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Muestra que una actividad es especial o significativa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PUNTAJE TOTAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Terapeuta Ocupacional:

- 4. **ESPONTÁNEO:** Comportamientos observados sin apoyo, estructura o estimulación.
- 3. **INVOLUCRADO:** Requiere mínimo apoyo, estructura o estimulación.
- 2. **DUDOSO:** Requiere máximo apoyo, estructura o estimulación.
- 1. **PASIVO:** El comportamiento no se muestra de ninguna manera aún con apoyo, estructura o estimulación.

Escala Adaptada del Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner G y colaboradores, 1995.

Anexo 10: Evaluación de Habilidades Motoras y de Procedimientos. (AMPS)

Nombre: _____ Apellidos: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____ T.O.: _____

Intervención en Rehabilitación: _____

Situación Observada	4 COMPETENTE			3 CUESTIONABLE			2 INEFECTIVO			1 DÉFICIT		
	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	AMBIENTE	
	Nº Pasos	Nº Acciones	Nº Objetos	Nº Pasos	Nº Acciones	Nº Objetos	Nº Pasos	Nº Acciones	Nº Objetos	Nº Pasos	Nº Acciones	Nº Objetos
	Fecha	F		F			F			F		
	Fecha	F		F			F			F		
	Puntuación	P		P			P			P		
ADAPTACIÓN	Nota											
	Acciones											
	Ayuda											
	Objetos											
USO DEL CONOCIMIENTO	Identifica											
	Objetos											
	Uso											
	Toma											
BUSCA EL CONC.	Identifica											
	Investiga											
ORGANIZACIÓN TEMPORAL	Inicio											
	Continúa											
	Secuencia											
	Termina											
ORGANIZACIÓN DE ESPACIO Y OBJETOS	Búsqueda											
	Reúne											
	Organiza											
	Realiza											
ENERGIA (H.P)	Acción											
	Seguir ritmo											
ENERGIA (H.P.M)	Reúne											
	Seguir ritmo											
POSTURA Y EQUILIBRIO	Estabilidad											
	Altera											
	Reacciona											
MÓVILIDAD	Acción											
	Altera											
	Se desliza											
COORDINACIÓN	Coordina											
	Mantener											
	Fluye											
FUERZA Y ESFUERZO	Mueve											
	Transporta											
	Altera											
	Controla											
	Agarra											

Escala adaptada del M.O.H. de Gary Rothstein y Colaboradores, 1995

Anexo 11: Medida Funcional de la Independencia. (FIM)

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE™ AND FUNCTIONAL ASSESSMENT MEASURE Brain Injury

Scale:

- | | |
|---|------------------------|
| 7 Complete Independence (timely, safely) | <i>(Patient Stamp)</i> |
| 6 Modified Independence (extra time, devices) | |
| 5 Supervision (cuing, coaxing, prompting) | |
| 4 Minimal Assist (performs 75% or more of task) | |
| 3 Moderate Assist (performs 50%-74% of task) | |
| 2 Maximal Assist (performs 25% to 49% of task) | |
| 1 Total Assist (performs less than 25% of task) | |

SELF CARE ITEMS	Adm	Goal	D/C	F/U
1. Feeding				
2. Grooming				
3. Bathing				
4. Dressing Upper Body				
5. Dressing Lower Body				
6. Toileting				
7. Swallowing*				
SPHINCTER CONTROL				
8. Bladder Management				
9. Bowel Management				
MOBILITY ITEMS (Type of Transfer)				
10. Bed, Chair, Wheelchair _____				
11. Toilet _____				
12. Tub or Shower _____				
13. Car Transfer* _____				
LOCOMOTION				
14. Walking/Wheelchair (circle)				
15. Stairs				
16. Community Access*				
COMMUNICATION ITEMS				
17. Comprehension-Audio/Visual (circle)				
18. Expression-Verbal, Non-Verbal (circle)				
19. Reading*				
20. Writing*				
21. Speech Intelligibility*				
PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT				
22. Social Interaction				
23. Emotional Status*				
24. Adjustment to Limitations*				
25. Employability*				
COGNITIVE FUNCTION				
26. Problem Solving				
27. Memory				
28. Orientation*				
29. Attention*				
30. Safety Judgement*				

*FAM items:

Admit	Date	D/C	Date	Admit	Date	D/C	Date
RN _____	_____	_____	_____	ST _____	_____	_____	_____
PT _____	_____	_____	_____	PSY _____	_____	_____	_____
OT _____	_____	_____	_____	REC _____	_____	_____	_____