

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO  
**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON  
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y SU INTEGRACIÓN  
FAMILIAR**

**Autor/a:** PEDROLA FOZ, ROCÍO

Director 1. CABALLERO NAVARRO, ANA LUISA

## **RESUMEN**

La **adicción** es un problema que afecta tanto a la salud de **la persona** que la sufre como a la de su **familia**. En el siguiente trabajo de fin de grado se plantea **un programa de intervención** desde la Terapia Ocupacional dirigido a personas con algún tipo de adicción y a sus familias.

El objetivo es mejorar la **calidad de vida** de todos los miembros de la unidad familiar modificando conductas disfuncionales y consiguiendo la cohesión a través de la *ocupación*. Se trata de un espacio en el que se enseña a solucionar problemas cotidianos y se adquieren nuevos hábitos y estrategias que mejoran y facilitan la relación. Es importante la participación de todos los miembros de la familia para llevar a cabo el tratamiento y poder superar la enfermedad.

# **ÍNDICE**

1. Introducción	4
2. Objetivos	11
3. Metodología	10
4. Desarrollo	14
5. Evaluación del programa	20
6. Conclusiones	21
Bibliografía	22
Anexos	26

# INTRODUCCIÓN

## JUSTIFICACION DEL PROGRAMA

Según la Organización Mundial de la Salud el **alcoholismo** es una conducta caracterizada por el consumo excesivo, adictivo y dependiente del etanol, de tal modo que afecta a la salud física y mental y al funcionamiento social <sup>(1)</sup>. Es una enfermedad crónica y progresiva, caracterizada por periodos de remisión y recaídas <sup>(2)</sup>.

El alcoholismo es la toxicomanía más trascendental y difundida. Es responsable aproximadamente del 4% de la mortalidad y el 5% de la discapacidad a nivel mundial <sup>(3)</sup> y es considerada como mecanismo portero para la adquisición de otras dependencias. El alcohol es la droga más consumida en Aragón y España <sup>(4,5)</sup>.

## GRUPO DE AUTOAYUDA PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN ARAGÓN

Aragón cuenta con una Red de recursos de prevención y atención a las drogodependencias y otras adicciones, que ofrecen atención en los distintos niveles de intervención <sup>(6)</sup>.

### **Asociación Bajoaragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados José Bielsa “El Lindo” (ABATTAR):**

ABATTAR es una asociación localizada en Andorra (Teruel) fundada en 1982. Se trata de un **grupo de autoayuda** para el tratamiento de adicciones.

ABATTAR aborda las situaciones adictivas con la filosofía de “enfermedad única”, atendiendo de forma conjunta a personas dependientes, al margen de la sustancia consumida o conducta adictiva, centrándose en las consecuencias del consumo.

La asociación defiende el importante **papel de los familiares** durante el proceso de rehabilitación. Por un lado, por la propia necesidad de recibir atención ya que en muchas ocasiones presentan mayores problemas que el

propio enfermo y por otro lado, por la necesidad de formar al familiar para el seguimiento del tratamiento de la persona con problemas de adicción.

El equipo de tratamiento está formado por personas dependientes rehabilitadas desde hace al menos cinco años, sus familiares, un médico, una psicóloga y una trabajadora social. En el programa se denominará a los enfermos dependientes rehabilitados y sus familiares como *terapeutas/monitores* y al personal técnico con titulación universitaria como *equipo interdisciplinar*.

El trabajo de la asociación es conseguir la rehabilitación de la persona enferma en todos los medios (familiar, laboral y social). Además, la asociación también se encarga de efectuar **campañas de prevención** de las adicciones y **formación terapéutica** <sup>(7)</sup>.

## PROBLEMAS SOCIALES

Las problemáticas sociales son frecuentes en las personas. Entre estas, las más acusadas son **los problemas con la familia y los problemas en el trabajo**.

La **familia** es una institución evolutiva y dinámica donde se transmiten y aprenden normas, valores, costumbres y patrones de conducta que permiten la adaptación y el funcionamiento en un medio ambiente determinado. Además, la familia tiene un papel fundamental en la formación y transmisión cultural de la sociedad <sup>(2,8)</sup>.

Dentro de una sociedad las familias tienen rasgos universales, sin embargo en cada familia se desarrollan procesos únicos, irrepetibles y específicos. La familia conforma profundamente la personalidad de sus miembros constituyendo un factor importante para el desarrollo mental sano o patológico de todo sujeto <sup>(2)</sup>.

El alcoholismo es una enfermedad grave que afecta a la salud mental y física de todos los miembros de la unidad familiar. En la actualidad supone una de las problemáticas sociales de mayor trascendencia <sup>(2,9)</sup>.

La *codependencia* es una forma de relación disfuncional y patológica que se da con frecuencia en familiares de personas con consumo problemático de alcohol

y que contribuye a perpetuar la enfermedad. El familiar codependiente dirige todos sus esfuerzos en intentar ayudar al miembro afectado, desencadenando problemas en la estructura psíquica de los individuos y dinámica familiar <sup>(2,10)</sup>.

El consumo problemático de alcohol altera la organización, las costumbres, las actividades cotidianas y las relaciones afectivas de la familia, siendo los hijos los más perjudicados <sup>(11)</sup>. Se puede afirmar que el abuso de alcohol constituye una causa directa de la aparición de conductas violentas intrafamiliares <sup>(2,7)</sup>.

Son frecuentes malas relaciones conyugales, separación de la pareja, violencia doméstica, malos tratos y abusos a niños, trastornos mentales en los hijos, inestabilidad, abandono, cambios de roles, deserciones escolares, alcoholismo en los hijos e incluso conductas suicidas de la persona con consumo problemático y sus familiares <sup>(7)</sup>.

Además, el rechazo social hacia esta enfermedad provoca frecuentemente en las familias sentimientos negativos, como *vergüenza* y *aislamiento*, con el objetivo de ocultar o difundir lo menos posible la problemática existente en el hogar <sup>(2)</sup>.

Por otro lado, el consumo problemático de alcohol repercute negativamente en el **rendimiento laboral** ocasionado por las continuas resacas, el deterioro físico y mental y la única preocupación por consumir. Las consecuencias abarcan distintos aspectos como inadaptación laboral, absentismo y bajas por enfermedad <sup>(12)</sup>.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

### **Con la persona de consumo problemático de alcohol:**

La Terapia Ocupacional es una disciplina con *base científica* que tiene como objetivo la *ocupación humana y su rehabilitación* cuando algún trastorno provoca su alteración <sup>(13)</sup>. El terapeuta ocupacional utiliza la ocupación como método de tratamiento, teniendo en cuenta la actividad, la persona y el entorno <sup>(14)</sup>.

La Terapia Ocupacional tiene un rol privilegiado en la rehabilitación de la persona con consumo problemático de alcohol ya que supone un medio donde el contenido verbal y práctico están equilibrados. A través de experiencias prácticas concretas, la persona puede reconocer su comportamiento inadaptado en el desempeño de actividades y desarrollar patrones nuevos de pensamiento y comportamiento dirigidos a la superación de la enfermedad <sup>(2)</sup>.

En estas personas la *velocidad de procesamiento*, la *atención* y la *memoria* frecuentemente se ven afectadas, <sup>(12,15)</sup> debido a la alteración en el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales <sup>(13)</sup>. El consumo problemático de alcohol ocasiona importantes alteraciones en el *desempeño ocupacional*, en las actividades de la vida diaria, los roles, los hábitos y las rutinas de la persona que lo sufre, impactando en su calidad de vida <sup>(14)</sup>.

Existe una influencia significativa entre el desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria y la calidad de vida autopercibida, estableciéndose una relación entre la ocupación y la salud <sup>(14,16)</sup>. De este modo, la Terapia Ocupacional tiene un papel fundamental en el tratamiento y rehabilitación de estas personas <sup>(14)</sup>.

Finalmente, la terapia deportiva contribuye a disminuir los altos grados de *ansiedad e impulsividad* logrando de este modo un equilibrio emocional. Si no hay dificultades emocionales no hay recaída <sup>(17)</sup>.

### **Con la familia:**

En la actualidad, se considera a la intervención familiar como uno de los factores que más contribuyen al éxito del tratamiento en adicciones. La familia que participa en el tratamiento consigue *mejores resultados* en la recuperación, fomento y mantenimiento de los avances realizados de su miembro enfermo <sup>(2)</sup>.

El apoyo familiar constituye uno de los principales *elementos motivadores* durante el tratamiento ya que la persona enferma se siente querida e integrante de un grupo. Implementar actividades familiares y sociales en los programas de rehabilitación para las personas con uso problemático de alcohol puede disminuir la frecuencia de síntomas ansiosos, depresivos y conducta suicida, mejorar la calidad de vida y prevenir las recaídas. Se han obtenido mejores

resultados en cuánto a *adherencia al tratamiento* y periodos de abstinencia más largos en comparación con aquellas personas que no cuentan con este recurso <sup>(1,12)</sup>.

Investigaciones recientes sugieren que existe menor probabilidad de que los niños consuman alcohol si los padres aplican una disciplina uniforme, expresan sus expectativas claramente, forman parte de sus vidas, participan activamente en sus actividades y mantienen una estrecha relación <sup>(18)</sup>.

Desde Terapia Ocupacional es indispensable trabajar con todos los miembros de la familia en el proceso de rehabilitación con los objetivos de *fortalecer los vínculos perdidos, incorporar roles sanos y conseguir una reorganización familiar* <sup>(2)</sup>. Como señala Anna Wilcock, un adecuado equilibrio en el desempeño ocupacional ofrece a la persona bienestar, ayudando a mejorar los estados de salud y calidad de vida <sup>(14)</sup>.

En el tratamiento de la salud mental, numerosos estudios evidencian la necesidad de desarrollar vínculos saludables y ampliar la red social con el objetivo de una rehabilitación psicosocial efectiva. Los profesionales deben dirigir sus acciones a mejorar las habilidades de socialización de todos los miembros de la familia, pudiendo establecerse de este modo vínculos saludables y por ende, la inserción social <sup>(2,19)</sup>.

Para trabajar con la ocupación es necesario conocer y trabajar con las personas que influyen e intervienen en el desempeño. La participación activa de la familia puede lograrse a través de la realización de actividades significativas para la unidad familiar <sup>(20)</sup>.

## MARCOS/MODELOS CONCEPTUALES

### **Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso**

Se utilizará el Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA) para guiar la práctica profesional del programa. El Marco de Trabajo incluye el *dominio*, el alcance de la profesión, y el *proceso*, que explica



el modo en que los terapeutas ocupacionales ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar los servicios.

El dominio de la Terapia Ocupacional incluye las áreas de Ocupación, las destrezas de ejecución, patrones de ejecución, contextos y entornos, las características del cliente y las demandas de la actividad. El desempeño ocupacional resulta de la interacción dinámica del cliente, el contexto/entorno y la actividad. El proceso incluye la evaluación (perfil ocupacional y análisis de desempeño ocupacional), la intervención (plan de intervención, aplicación de la intervención y revisión de la intervención) y resultados (en la salud y participación en la vida) <sup>(21)</sup>.

### **Modelo de Ocupación Humana (MOHO):**

Se propone como modelo de práctica el Modelo de Ocupación humana de G. Kielhofne, con el objetivo de identificar los factores interrelacionados de los cuales emerge la disfunción ocupacional y llevar a cabo el proceso de remotivación. Se trata de un modelo holístico centrado en la persona. Para explicar la adaptación ocupacional el modelo se refiere al ser humano como un sistema abierto y dinámico dividido en tres subsistemas (*volición, habituación y capacidad de desempeño*) y la influencia que el entorno/ambiente ejerce sobre este.

El **subsistema volitivo** se refiere a la motivación que sienten las personas para hacer lo que hacen. La motivación está determinada por sus pensamientos y sentimientos acerca de su eficacia para actuar en el mundo (*causalidad personal*), lo que consideran importante (*valores*) y lo que encuentran agradable y satisfactorio (*intereses*).

El **subsistema de habituación** se refiere a las acciones organizadas en patrones y rutinas que permiten a las personas desempeñarse de forma eficiente y automática a lo largo del día. Se refiere a *hábitos y roles*.

El **subsistema de capacidad de desempeño** engloba las *capacidades* o habilidades *mentales y físicas* objetivas para el desempeño y la experiencia subjetiva de la persona.

Por último, el **entorno/ambiente** “ofrece oportunidades, recursos, demandas y limitaciones, influyendo directamente sobre la persona”. Este modelo distingue el *ambiente social* (grupos de individuos y sus formas ocupacionales particulares y características) y el *ambiente físico* (espacio natural, el espacio humano y los objetos que se encuentran dentro). El modo en que las características del ambiente influyen en las personas dependerá de sus valores, intereses, causalidad personal, roles, hábitos y capacidades de desempeño <sup>(22)</sup>.

# **OBJETIVOS**

## **Objetivo general:**

- Utilizar la ocupación como medio para mejorar el desempeño ocupacional y la calidad de vida de la persona con consumo problemático de alcohol y de toda la unidad familiar.

## **Objetivos específicos:**

- **Mejorar la causalidad** personal de los afectados con consumo problemático de alcohol
- Modificar e **instaurar nuevos hábitos, rutinas** cotidianas y **roles** en toda la unidad familiar
- **Evaluar y mejorar habilidades cognitivas** deterioradas debido al consumo problemático de alcohol.
- **Identificar y planificar actividades significativas** para la unidad familiar en base a sus demandas, prioridades, necesidades y valores.
- **Fortalecer los vínculos perdidos**, mejorar la dinámica y cohesión entre las personas con consumo problemático de alcohol y sus familias través de ocupaciones significativas.
- **Ampliar la red social** y desarrollar vínculos saludables para conseguir una efectiva rehabilitación psicosocial.

# **METODOLOGÍA**

## **Perfil de la población a la que se dirige el programa:**

### *Criterios de inclusión:*

- Usuarios con consumo problemático de alcohol en fase de desintoxicación y deshabitación
- Usuarios con otras adicciones en fase de desintoxicación y deshabitación
- Con o sin otro tipo de enfermedad mental en fase crónica
- Familias de personas con consumo problemático de alcohol

### *Criterios de exclusión:*

- Usuarios que no presentan adicción al alcohol
- Con otro tipo de enfermedad mental en fase aguda

Tras la acogida de la persona con consumo problemático de alcohol y su familia en la asociación, donde se proporciona información acerca de la metodología de tratamiento, la adicción, los horarios y se establecen una serie de normas, se determina una cita con cada uno de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinar para realizar la valoración inicial.

Como se ha mencionado anteriormente, el terapeuta ocupacional seguirá el Marco de trabajo de la AOTA y el proceso de remotivación del Modelo de Ocupación Humana durante todo el proceso.

En la **evaluación inicial** el terapeuta ocupacional recogerá la información necesaria para poder elaborar posteriormente el perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional del usuario. La entrevista con el usuario y su familia servirá para cumplimentar la historia ocupacional y los cuestionarios para recoger información objetiva. Los instrumentos del MOHO se han diseñado para solicitar información y opinión al usuario y a las personas involucradas en su vida <sup>(24)</sup>. Se identificarán los problemas en el desempeño ocupacional que son importantes para el día a día y que afectan a la calidad de vida <sup>(14)</sup>. Esta valoración orientará el establecimiento de los objetivos

terapéuticos y el seguimiento. En función de la valoración del terapeuta ocupacional, se pondrán en marcha diferentes intervenciones.

La información recogida por todo el equipo y la posterior puesta en común permitirá realizar una evaluación multidimensional centrada en el usuario y establecer un plan de intervención, transmitido y consensuado con el usuario y su familia <sup>(9,14)</sup>.

**La intervención** desde terapia ocupacional será tanto **individual** como **grupal** con el objetivo de dar respuesta a las necesidades terapéuticas que el usuario tenga en cada momento. La intervención grupal al comienzo del tratamiento puede favorecer la participación activa en los **grupos de apoyo** <sup>(24)</sup>, metodología utilizada en ABATTAR. La intervención desde terapia ocupacional comenzará con actividades que garanticen un resultado exitoso y que contribuyan a la motivación y colaboración del usuario, para progresivamente continuar con actividades de mayor dificultad y nivel de exigencia <sup>(14)</sup>. Además, el terapeuta ocupacional junto con otros miembros del equipo de tratamiento podrá desempeñar el rol de facilitador durante las sesiones del grupo de apoyo <sup>(25)</sup>.

El equipo interdisciplinar así como los monitores estarán coordinados durante todo el proceso de rehabilitación a través de reuniones semanales con el objetivo de realizar un seguimiento y valoración continua de los cambios logrados.

La intervención grupal desde terapia ocupacional durará aproximadamente *14 meses*, momento en el cual se valorarán los resultados a través de los cuestionarios utilizados en la evaluación inicial. Los usuarios y sus familias podrán seguir beneficiándose de la terapia individual hasta que finalicen el tratamiento en la asociación.

# **DESARROLLO**

## **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL**

Siguiendo el *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional*, las alteraciones que una persona con consumo problemático de alcohol puede presentar en las áreas de desempeño ocupacional son:

<b>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</b>	
<b>Higiene y arreglo personal</b>	Descuido en la higiene y arreglo personal <sup>(14)</sup> .
<b>Alimentación</b>	Malnutrición, trastornos de la alimentación <sup>(14)</sup> .
<b>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)</b>	
<b>Cuidado de otros</b>	Descuido de los hijos. Abandono de obligaciones familiares <sup>(14)</sup> .
<b>Facilitar la crianza de los niños</b>	Deterioro del rol de padre/madre. Abandono de responsabilidades familiares <sup>(14)</sup> .
<b>Uso de la gestión financiera</b>	Dificultad para la gestión de recursos económicos. Gasto de cantidades importantes de dinero <sup>(14)</sup> .
<b>Gestión y mantenimiento de la salud</b>	Deterioro de la salud en general. Afectación de rutinas diarias que apoyan la salud: ingesta excesiva de alcohol y cafeína, malnutrición <sup>(14)</sup> .
<b>Establecimiento y gestión del hogar</b>	Descuido de las obligaciones en casa y tareas domésticas <sup>(14)</sup> .
<b>Preparación de la comida y la limpieza</b>	Dieta inadecuada <sup>(14)</sup> .
<b>DESCANSO Y SUEÑO</b>	
<b>Dormir</b>	Patrón de sueño alterado, disminución de la fase REM, problemas para iniciar y mantener el sueño <sup>(26)</sup> .
<b>EDUCACION</b>	

<b>Participación en la educación formal</b>	Incumplimiento de las obligaciones escolares. Ausencias y expulsiones. Reducción del rendimiento. Abandono de los estudios <sup>(14)</sup> .
<b>TRABAJO</b>	
<b>Rendimiento en el trabajo/empleo</b>	Inadaptación laboral, incumplimiento de las obligaciones, reducción del rendimiento, ausentismo, bajas por enfermedad, accidentes laborales. Pérdida de empleo <sup>(10,14)</sup> .
<b>OCIO</b>	
<b>Participación en el ocio</b>	Incapacidad para disfrutar en las actividades. Reducción o abandono progresivo de actividades de ocio. Orientado al consumo <sup>(14)</sup> .
<b>PARTICIPACION SOCIAL</b>	
<b>Participación en la comunidad</b>	Problemas legales y judiciales. Pérdida de vínculos sociales, marginación <sup>(1)</sup> .
<b>Participación en la familia</b>	Discusiones, agresividad, malos tratos y abuso infantil. Abandono de responsabilidades, cambios de roles. Problemas en la dinámica y cohesión familiar. Alteración del rol de padre/madre, hijo, cónyuge. Separación/abandono de la pareja, ruptura en los sistemas de apoyo y relaciones <sup>(8,10)</sup> .
<b>Participación con compañeros</b>	Problemas en la participación con amigos. Discusiones, amenazas, insultos y agresiones. Aislamiento <sup>(14)</sup> .

En cuanto al estado de los subsistemas de la persona siguiendo el *Modelo de Ocupación Humana* suele ser:

### **SUBSISTEMA VOLITIVO**

La causalidad personal devaluada, presentan una baja autoestima y tienen un locus de control externo.

Sus intereses y valores están orientados al consumo de alcohol. Abulia, falta de iniciativa <sup>(2,12)</sup>.

### **SUBSISTEMA DE HABITUACION**

Los hábitos y roles se deterioran de forma progresiva.

Pérdida del balance entre trabajo, descanso y diversión <sup>(14,16)</sup>.

### **SUBSISTEMA DE CAPACIDAD DE DESEMPEÑO**

Deterioro funcional de las habilidades mentales y físicas:

- Destrezas de comunicación e interacción social limitadas: dificultades para la calidad de la comunicación, habla inadecuada y lenguaje vulgar en ambientes tranquilos, impulsividad, dificultad para respetar la norma
- En cuanto a las destrezas de regulación emocional: conductas imprevisibles, impulsividad, baja tolerancia a la frustración.
- Destrezas cognitivas deterioradas: resolución de problemas, planificación, toma de decisiones, flexibilidad, atención y memoria.
- Destrezas motoras y praxis afectadas en función de la patología secundaria al abuso del alcohol.

Baja autoestima <sup>(1,2,12)</sup>.

### **ENTORNO/AMBIENTE: (social y físico)**

Aislamiento y rechazo por parte del ambiente social <sup>(2)</sup>.

## ACCIONES/ACTUACIONES DEL PROGRAMA

Dos revisiones bibliográficas realizadas en el año 2013 confirman la baja producción científica con pocos trabajos y de bajo nivel de evidencia desde terapia ocupacional en ámbito de las adicciones de forma generalizada <sup>(15,27)</sup>.



## **Grupos de apoyo:**

Para asegurar la eficacia de los grupos de apoyo, en ABATTAR se han establecido cuatro grupos distintos en función del inicio del tratamiento: A, B, B2 y D. La actuación desde terapia ocupacional se centrará en los grupos A y B destinados a la desintoxicación y deshabituación de la adicción. Los grupos B2 y D están destinados a la prevención de recaídas y la rehabilitación psicosocial.

Tendrán lugar **dos veces por semana**, martes y jueves, con una duración de 90 minutos. Los martes se harán dos grupos, uno para enfermos y otro para familiares, y la sesión de los jueves se realiza de forma conjunta. Se recomienda que el número de participantes sea aproximadamente de 20 personas.

La coordinación del grupo, desempeñada por los monitores y/o equipo interdisciplinar, será rotativa. Cabe destacar que las sesiones de “GRUPO DE APOYO” no son específicas de la terapia ocupacional.

A lo largo de la sesión se dan **tres momentos diferentes**. Primero cada uno de los participantes expresan al grupo como se encuentra y si ha ocurrido algún hecho importante durante los días anteriores. A continuación, se puede elegir uno de los temas mencionado en la ronda inicial y profundizar en él, o introducir algún otro tema propuesto por el coordinador. Al final de la sesión, el coordinador realizará un resumen de los temas abordados estimulando a la reflexión e interiorización.

Supone un espacio de ayuda mutua, donde compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, feedback, modelado, identificar recursos comunitarios, establecer nuevos lazos sociales, etc. con el objetivo de superar la enfermedad <sup>(12,25)</sup>.

## **Intervención individual:**

En la intervención individual se reunirá el terapeuta ocupacional con la persona con consumo problemático de alcohol y su familia. Se utilizará la entrevista y escalas, por lo que el proceso individual comenzará con la valoración inicial.

**(ANEXO I)**

Los objetivos planteados estarán en congruencia con los objetivos específicos del programa de modo que se incidirá en las áreas de desempeño ocupacional disfuncionales y en los subsistemas de la persona y el entorno teniendo en cuenta las necesidades y deseos de cambio del usuario y su familia y los aspectos motivacionales <sup>(9)</sup>. Durante estas sesiones, también se valorará y determinará la inclusión del sujeto y su familiar en talleres.

La duración de cada sesión será variable, ente 30 y 60 minutos. Las citas se concertarán aproximadamente cada dos meses para realizar un seguimiento periódico e introducir modificaciones si fuera necesario.

### **Intervención grupal:**

“El espacio grupal es el escenario facilitador del cambio por excelencia” <sup>(9)</sup>. Supone un medio donde, a través de la ocupación, conseguir los objetivos individuales. El entorno grupal actúa como una estructura de apoyo facilitando el sentimiento de pertenencia a un grupo, la autoconfianza, la motivación, la socialización, la experimentación, el ensayo y la identificación y expresión de síntomas y situaciones desestabilizadoras que impiden el desarrollo de destrezas y desempeño ocupacional <sup>(9,25)</sup>.

La intervención grupal se realizará por medio de talleres: **(ANEXO II)**

#### **I. Talleres orientados a la mejora de destrezas y habilidades**

- a. Taller de relajación
- b. Taller de actividades físico – deportivas
- c. Taller de estimulación cognitiva

#### **II. Talleres orientados a la adquisición de hábitos saludables**

- a. Taller de actividades culturales y de ocio

La intervención grupal está destinada a toda la unidad familiar, a excepción del taller de estimulación cognitiva, dirigido únicamente a la persona con consumo problemático. Durante los mismos podrán estar presentes monitores, que supondrán una figura de modelado, reflejo de la posibilidad de superación de la adicción <sup>(12)</sup>. El número aproximado de cada taller será de unos 25 usuarios.

En el **ANEXO III** se expone el CRONOGRAMA con todas las actividades propuestas desde el servicio de terapia ocupacional en ABATTAR.

## DEFINICIÓN DE ESPACIO Y MATERIALES NECESARIOS

### **Despacho de Terapia Ocupacional:**

Se dispondrá de una sala de aproximadamente 16 m<sup>2</sup>, amueblada con un escritorio, al menos tres sillas y un armario. Se contará con ordenador, impresora, teléfono y reloj. La iluminación será natural y artificial, las paredes estarán pintadas en tonos pasteles. La temperatura será de unos 20 – 23°C y estará bien ventilada.

Este espacio se utilizará para llevar a cabo la intervención individual.

### **Salas de terapia:**

Se dispone de cuatro salas amplias bien iluminadas (luz natural y artificial), pintadas en tonos pastel, bien ventiladas y con una temperatura de unos 20 – 23°C, amuebladas con tantas sillas como usuarios participan en las sesiones. Una de estas salas cuenta con una gran mesa, estanterías y televisión.

Los materiales necesarios para el adecuado desarrollo de los talleres serán: esterillas, fichas, material audiovisual, juegos didácticos y pedagógicos y material deportivo (prestado por recursos externos).

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

Con el objetivo de realizar un *seguimiento periódico* de los cambios conseguidos a lo largo del proceso de Terapia Ocupacional, se utilizarán los instrumentos de evaluación descritos en el **ANEXO I**. Para ello, se concertarán citas individuales cada **dos meses** con el usuario y/o su familia y se elegirá la idoneidad de cada valoración en función de los objetivos individuales. Algunos de estos instrumentos son observacionales, por lo que durante los talleres se prestará atención a las habilidades de los usuarios para poder cumplimentarlos. También se tendrá en cuenta la opinión subjetiva del usuario y su familia, las reuniones de equipo e informes de terceros. El seguimiento y evaluación continuada permitirá introducir modificaciones a lo largo de la intervención.

La intervención grupal desde terapia ocupacional *finalizará* pasados aproximadamente **14 meses**, momento en el cual, los usuarios que se encuentran en el grupo “B” pasan al “B2”. Entones se administrará el *OPHI – II* para valorar intereses, valores, rutinas y roles; el *autoinforme ADO* para evaluar el nivel de competencia en el desempeño diario y su grado de satisfacción con el entorno; y el cuestionario de *calidad de vida CAD – 4* para conocer la calidad de vida autopercebida. Se espera que los resultados hayan variado positivamente respecto los obtenidos al comienzo del proceso.

La *satisfacción* de los participantes con el programa se conocerá a través de un **cuestionario propio (ANEXO IV)** que deberán rellenar al final del proceso.

La intervención se considerará exitosa si pasados **14 meses** aproximadamente, el 80% de los usuarios han conseguido los objetivos marcados. En el caso de no haber cumplido alguna de las metas propuestas, como se ha mencionado anteriormente, los usuarios y sus familias podrían seguir beneficiándose del tratamiento de terapia ocupacional a través del formato “intervención individual” hasta que finalicen el tratamiento en la asociación.

## **CONCLUSIONES**

Este programa favorece la participación activa, a través de la **ocupación**, de todos los miembros de la unidad familiar en el tratamiento del alcoholismo y las consecuencias derivadas de dicha enfermedad.

Incluir la Terapeuta Ocupacional en el equipo interdisciplinar de *ABATTAR* permitiría contemplar aspectos biológicos, sociales, psicológicos y ocupacionales de los usuarios, es decir, abordar la problemática **de forma integral**. Además, la participación en talleres grupales al comienzo del tratamiento favorece la colaboración más efectiva de los usuarios en los grupos de apoyo, reforzando la eficacia de la terapia convencional de la asociación, con la que tan **buenos resultados** se obtiene.

La intervención grupal permite *trabajar de forma práctica* y generalizar, aspectos teóricos trabajados a través de otras disciplinas en la asociación, como puede ser el manejo de la ansiedad, la depresión, identificación y expresión de síntomas y situaciones desestabilizadoras, etc.

A consecuencia de la poca disponibilidad horaria, aspectos que podrían abordarse de *forma práctica* en la intervención grupal, deben trabajarse en la intervención individual o en los grupos de apoyo de *forma teórica*. A pesar de esto, el formato grupal permite conseguir *objetivos de forma transversal*, como pueden ser la higiene y aseo personal, uso de la gestión financiera, etc.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Águila Mena EA, Estrella Castillo DF, Pérez Herrera NE, Rubio Zapata HA. La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con alcoholismo en el proceso de rehabilitación. *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2014; 1(3): 116 – 125.
2. Soledad Santi A. Alcoholismo: Integración familia – paciente desde la Terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2006 [acceso 19 de diciembre de 2014]; (4): [25 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num4/pdfs/ORIGINAL4.pdf>
3. Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *RevPanam Salud Pública*. 2013; 34 (4): 257–66.
4. Gobierno de Aragón. II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010 – 2016. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 2011.
5. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y política social. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2009.
6. Gobierno de Aragón [sede Web]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [acceso: 31 de enero de 2015]. Directorio de recursos de drogodependencias. [1 pantalla]. Disponible en: [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/Adicciones/ci.01\\_Directorio\\_de\\_recursos.detalleDepartamento](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/Adicciones/ci.01_Directorio_de_recursos.detalleDepartamento)
7. ABATTAR. Memoria de actividades de la Asociación BajoAragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados “José Bielsa el Lindo” 2013. Andorra (Teruel): Asociación BajoAragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados “José Bielsa el Lindo”; 2014.
8. Morales Suárez JL, Fernández Plasencia MJ. El alcoholismo y la violencia intrafamiliar [monografía en Internet]. Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos”: 2011 [acceso: 3 de enero de 2015]. Disponible en: <https://scholar.google.es/scholar?q=El+alcoholismo+y+la+violencia+intrafa>

[miliar&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=WUNLVerSNMOtUf3YgdgC&ved=0CB4QgQMwAA](http://miliar&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=WUNLVerSNMOtUf3YgdgC&ved=0CB4QgQMwAA)

9. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. Protocolo de intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del instituto de adicciones. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Seguridad y Emergencias, Organismo Autónomo de Madrid Salud, Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid; 2013.
10. Fuertes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Anales Sis San Navarra [revista en Internet] 2001 [acceso: 3 de enero de 2015]; 24 (suplemento 2): [83 – 92 p.]. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5901/4756>
11. SOCIDROGALCOHOL. ¿Alcohol en la familia? Una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2001
12. Gómez Tolón, J, Salvanés Pérez, R. Drogodependencias. Alcoholismo. En: Gómez Tolón, J, Salvanés Pérez, R. Terapia ocupacional en psiquiatría. Zaragoza: Mira Editores, 2003. p. 171 – 190.
13. Rojo Mota G. Terapia ocupacional en adicciones: revisión de bases de datos internacionales. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [acceso 19 de diciembre de 2014]; 10(17): [14p.]. Disponible en: <http://revistatog.com/num17/pdfs/iriginal3.pdf>
14. de León Rodríguez D, Cantero Garlito PA, Zabala Baños M. Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [acceso: 19 de diciembre de 2014]; 10 (8): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>
15. Ruiz-Sánchez de León JM, Pedrero-Pérez EJ, Rojo – Mota G, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones. Rev Neurol 2011; 53: 483-93.
16. Chaves Bazzani L. La terapia ocupacional en el abordaje de las adicciones: una revisión actualizada. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [revista en Internet] 2013 [acceso: 19 de diciembre de 2014]; 13 (2): [57 – 64 p.]. Disponible en:

<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/30215/31989>

17. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». Manual de terapia física en adicciones. Perú: Dirección ejecutiva de investigación, docencia, atención especializada en adicciones; 2010.
18. Miele Moreira M, Frari Galera SA. Evaluación del uso de alcohol por familias de la periferia de Guayaquil en Ecuador, por estudiantes de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet] 2010 [acceso: 19 de enero de 2014]; 18(Spec): [620-5]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a19v18nspe.pdf>
19. de Souza J, Prado Kantorski L, Pereira Vaters G, Villar Luis MA. Red social de adictos al alcohol bajo tratamiento en un servicio de salud mental. Rev. Latino – Am. Enfermagem [revista en Internet] 2011 [3 de enero de 2015]; 19(1): [8 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_19.pdf)
20. Ocaña Expósito L. Papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [acceso: 19 de diciembre de 2014]; 9(15): [18p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf>
21. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [acceso 28 de marzo de 2015]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
22. Kielhofner G, Forsyth K, Barrett L. Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional. En: Blesedell Crepeau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. Williard & Spackman Terapia Ocupacional. 10ª ed. Buenos Aires; 2005. P 209 – 233.
23. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana Teoría y aplicación. 4ª ed. Buenos Aires: médica Panamericana; 2011



24. John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H. Motivational intervention: An individual counselling vs a group treatment approach for alcohol – dependent in – patients. Alcohol & Alcoholism [revista en Internet] 2003 [8 de abril de 2015]; 38 (3): [p. 263 – 269]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711662>
25. Moncada M. Lo colectivo en la reconstrucción de lo humano: Grupos de autoayuda Margarita Moncada. En: Libro Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos en el Cono Sur. Buenos Aires: Cintras; 2002. p. 255:264.
26. Brower K.J., Assessment and Treatment of Insomnia in Adult Patients with Alcohol Use Disorders, Alcohol (2015), doi: 10.1016/j.alcohol.2014.12.003.
27. Chaves Bazzani. La terapia ocupacional en el abordaje de las adicciones: una revisión actualizada. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [revista en Internet] 2013 [acceso: 19 de diciembre de 2014]; 13 (2): [57 – 64]. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/30215/31989>
28. Valverdi J., Celeste Álvarez M. Los pacientes adictos y las distintas evaluaciones del desempeño ocupacional en Terapia Ocupacional. Terapia – Ocupacional [revista en Internet] 2012 [acceso 19 de diciembre de 2014]. Disponible en: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Adicciones\\_evaluaciones\\_terapia\\_ocupacional\\_Valverdi\\_mayo13.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Adicciones_evaluaciones_terapia_ocupacional_Valverdi_mayo13.pdf)

# **ANEXOS**

## **ANEXO I:**

Siguiendo el Modelo de Ocupación Humana, las escalas utilizadas en la valoración inicial y seguimiento serán:

### **Entrevista histórica del desempeño ocupacional (Occupational Performance History Interview, OPHI – II; Kielhofner, Henry y Walens, 1989):**

Esta evaluación consta de tres partes:

1. Entrevista semi-estructurada: explora la historia ocupacional del usuario
2. Escalas de calificación: proporcionan una estimación de la identidad y competencia ocupacional y el impacto del ambiente en el comportamiento ocupacional del usuario
3. Narración de la historia de vida: diseñada para recopilar las características cualitativas destacadas de los antecedentes ocupacionales

Su marco teórico es el Modelo de Ocupación Humana <sup>(27,28)</sup>.

### **Autoinforme de desempeño ocupacional (ADO; Rojo Mota, Pedrero Pérez, Ruiz Sánchez de León, Llanero Luque y Puerta García, 2011):**

Se trata de un instrumento validado diseñado específicamente para población adicta. Es una evaluación subjetiva del propio usuario acerca de su nivel de competencia y dificultades que percibe en su desempeño diario, por lo que la información obtenida debe tenerse en cuenta pero también puede ser cuestionada por evaluaciones objetivas. Consta de dos partes, cada una con una estimación distinta. La primera parte se trata de una Autoevaluación Ocupacional con 25 ítems en la que el usuario estima su grado de competencia y la importancia que cada ítem representa para él. La segunda parte es una Autoevaluación Ambiental compuesta por 12 ítems, en la que el usuario evalúa y valora diferentes aspectos del ambiente físico y social en el que se desenvuelve <sup>(27)</sup>.

### **Cuestionario Ocupacional (OQ):**

Se trata de un autorregistro de las actividades que desempeña el usuario a lo largo de la semana.

### **Cuestionario volicional (VQ) (Chern, Kielhofner, 1996):**

Aporta información sobre la motivación y el impacto del medio ambiente sobre la volición.

Los distintos ítems se pueden clasificar en nivel exploratorio, competencia y logro repartidos de forma aleatoria en la escala. En la actualidad se presta atención a catorce de los dieciséis ítems del cuestionario. El usuario puede obtener buena puntuación en los dos restantes y tratarse de conductas evitativas. El observador valora al usuario en cinco actividades distintas. Siempre hay que medir (de forma subjetiva) el reto propuesto.

Los valores de la escala de puntaje se dividen en: espontáneo, involucrado, dudoso y pasivo. El observador comenzará dejando hacer al usuario, dando apoyos de forma progresiva.

Algunos de los ítems pueden considerarse no valorables si no se da la situación. Referido a un mismo ítem, el observador asignará la puntuación más baja con el objetivo de comenzar el proceso de remotivación un paso más allá de las puntuaciones obtenidas.

### **Listado de intereses (Kielhofner, 1983):**

El listado de intereses permite identificar el nivel de interés de una persona hacia diferentes actividades. En la lista de actividades se marca con una "X" el nivel de interés en los últimos diez, cinco y último año, pudiendo ser mucho, poco o nada. Contiene varias casillas para registrar actividades que no estén en el listado. Para marcar una casilla no es necesario que el usuario haya desempeñado las actividades.

Con los resultados obtenidos podemos elaborar o no un patrón de intereses. Esto es, el tipo de actividades que le gustan al usuario, es decir, si tiene interés por actividades individuales o grupales, pasivas o activas y si requieren

habilidades cognitivas, físicas, artísticas, etc. Además, hay que observar si existe coherencia o continuidad a lo largo del tiempo. Cuando no existe patrón hay que hacer una exploración de intereses a través de la observación y la información obtenida de otras escalas y entrevistas.

### **Listado de roles (Oakley, Kielhofner, 1986):**

El propósito de este cuestionario es identificar los roles que desempeña una persona en el presente, los desempeñados en el pasado y los que desempeñará en el futuro. Para ello se presenta una tabla de diez roles con sus respectivas definiciones. Hay que marcar con una X los que correspondan al pasado, al presente y/o al futuro en la columna oportuna. Una segunda tabla permite identificar el valor que la persona da a los distintos roles independientemente que los haya tenido o piense tenerlos en un futuro, pudiendo ser no muy valiosos, valiosos o muy valiosos y/o importantes.

### **Escala de MoCA (test de cribado para el deterioro cognitivo leve) (Rojo, Pedrero, Ruiz, Llanero & Puerta, 2013):**

La Evaluación Cognitiva Montreal evalúa disfunciones cognitivas leves y puede utilizarse en todas las edades. Mide distintas habilidades: alternancia conceptual, capacidades visoconstructivas, gnosia, memoria, atención, lenguaje, cálculo, capacidad de abstracción – semejanzas, memoria diferida y orientación temporo espacial. El tiempo requerido para la administración es de unos diez minutos. La puntuación máxima es de 30, considerándose normal una puntuación igual o superior a 26. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones individuales obtenidas en cada subprueba.

### **Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción social (ACIS):**

Como su nombre indica, con esta evaluación se miden las habilidades de comunicación e interacción social del usuario. Para poderla pasar correctamente es necesario leerse detenidamente un manual. La persona que rellene la evaluación deberá observar previamente al usuario en diferentes situaciones y posteriormente anotar las puntuaciones que crea oportunas. Los

Ítems a rellenar están englobados en: dominio físico del usuario durante la comunicación e interacción, el modo de intercambiar información y el modo de comportamiento durante las relaciones. Los valores que se pueden asignar a los ítems van desde el uno al cuatro, siendo uno déficit severo y cuatro sin evidencia de déficit.

### **Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento AMPS (Fisher, 2003):**

Sistema de evaluación protocolizado para valorar la calidad del desempeño en actividades de la vida diaria mediante la calificación del esfuerzo, eficiencia, seguridad e independencia de los diferentes factores de habilidades motoras y de procesamiento <sup>(27,28)</sup>.

### **Cuestionario de calidad de vida CAD – 4:**

Herramienta utilizada para conocer la calidad de vida autopercebida. La escala está compuesta por seis subescalas: adicción, ejecución funcional, funcionamiento psicológico, salud percibida, funcionamiento social y tiempo libre <sup>(14)</sup>.

## ANEXO II:

### TALLERES ORIENTADOS A LA MEJORA DE DESTREZAS Y HABILIDADES

#### a. Taller de relajación:

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incrementar las habilidades en el manejo de estrés, ansiedad y depresión</li><li>- Mejorar el tono muscular y conciencia del propio cuerpo</li><li>- Mejorar la respiración y conciencia de la misma</li><li>- Reducir episodios de insomnio</li><li>- Adquirir mayor autocontrol y autoestima</li><li>- Reconocer y expresar emociones</li><li>- Generalizar la práctica a situaciones de la vida cotidiana</li></ul>
<b>Metodología</b>	Práctica y adiestramiento en diferentes técnicas de relajación y control de estrés.
<b>Encuadre</b>	Grupo abierto, dirigido. Duración de cuarenta y cinco minutos, una vez a la semana.
<b>Responsable</b>	Terapeuta ocupacional y psicóloga

#### b. Taller de actividades físico – deportivas:

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desarrollar hábitos de vida saludables</li><li>- Promover la transferencia de los hábitos aprendidos a la vida diaria y planificación de tiempo libre</li><li>- Identificar intereses</li><li>- Facilitar la participación y la integración social a través de la utilización de servicios deportivos de la comunidad</li><li>- Mejorar la conciencia del esquema corporal y salud física</li><li>- Prevenir y disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión</li><li>- Fomentar el espíritu de equipo, respeto de las normas y los compañeros</li><li>- Incrementar la tolerancia a la frustración</li></ul>
------------------	--

	- Mejorar el ciclo vigilia – sueño
<b>Metodología</b>	Selección de deportes en base a los intereses mostrados por los usuarios. Coordinación y uso de instalaciones de centros deportivos públicos/privados.
<b>Encuadre</b>	Grupo abierto, dirigido. Duración de dos horas, un día a la semana.
<b>Responsable</b>	Terapeuta Ocupacional y monitor

### c. Taller de estimulación cognitiva:

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer/restaurar habilidades cognitivas deterioradas por el abuso de alcohol, tales como, velocidad de procesamiento, atención y memoria</li> <li>- Promover la transferencia de los conocimientos adquiridos a la vida diaria</li> <li>- Reducir la ansiedad y la depresión</li> <li>- Mejorar la causalidad personal y sentimiento de autoeficacia</li> <li>- Desarrollar habilidades de comunicación, sentimiento de pertenencia y trabajo en equipo</li> </ul>
<b>Metodología</b>	Uso de fichas, material audiovisual y juegos didácticos y pedagógicos.
<b>Encuadre</b>	Grupo abierto, dirigido. Duración de una hora, un día a la semana.
<b>Responsable</b>	Terapeuta Ocupacional

## TALLERES ORIENTADOS A LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

### a. Taller de actividades culturales y ocio:

<b>Objetivos</b>	- Sentir motivación y desarrollar iniciativa hacia la utilización de recursos culturales/ocio existentes en la comunidad
------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generar nuevos intereses y hábitos saludables</li> <li>- Entender la importancia del balance entre trabajo – descanso – diversión y aplicarlo a la vida diaria</li> <li>- Fomentar la participación familiar y social, generar el sentimiento de pertenencia al grupo y autoestima</li> <li>- Adquirir y practicar competencias personales: planificación, organización, responsabilidad, trabajo en equipo, tenacidad y creatividad</li> </ul>
<b>Metodología</b>	Comidas, cenas, excursiones, visitas guiadas, museos, etc. Coordinación y uso de servicios disponibles en la comunidad. Selección de actividad en base a los intereses mostrados por los usuarios. Exploración y posibilidad de experimentar diferentes responsabilidades y roles.
<b>Encuadre</b>	Grupo abierto, dirigido y libre. Duración variable. Frecuencia variable, aproximadamente una vez al mes.
<b>Responsable</b>	Psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional y monitores.



### ANEXO III:

A continuación se expone el cronograma con todas las actividades ofertadas desde el servicio de Terapia Ocupacional:

	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>
<b>18:00</b> – <b>18:30</b>	Reunión del equipo	Intervención individual	Intervención individual	Intervención individual
<b>18:30</b> – <b>19:30</b>	Reunión del equipo	Taller de estimulación cognitiva	Intervención individual	Taller de relajación
<b>19:30</b> – <b>20:30</b>	Intervención individual	Taller de actividades culturales y de ocio	Intervención individual	Taller de actividades físico - deportivas
<b>20:30</b> – <b>22:00</b>	Intervención individual	Grupo de apoyo	Intervención individual	Grupo de apoyo

*\*Los talleres de actividades culturales y de ocio y actividad físico – deportivas tendrán lugar los sábados fuera del centro. En las horas marcadas en el cronograma se planificarán dichas actividades. El horario de estos dependerá de factores externos.*

## **ANEXO IV:**

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN**

\*(Cuestionario de evaluación de ABATTAR modificado)

VAMOS A ANALIZAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA ASOCIACION Y, COMO MIEMBROS QUE SOMOS TODOS, QUEREMOS OÍR TODAS LAS OPINIONES, POR FAVOR: LEED ESTAS PREGUNTAS Y CONTESTAD PONIENDO TODO VUESTRO INTERÉS.

**SI SOIS ALCOHÓLICOS/AS TENEÍS QUE RODEAR      A**

**SI SOIS FAMILIARES O ACOMPAÑANTES RODEAR      F**

**GRUPO AL QUE PERTENECE    A      B1      B2      D**

#### **1. RESPECTO A LA TERAPIA DE LOS DEPENDIENTES/FAMILIARES, DECID VUESTRA OPINIÓN SOBRE**

\*EL TAMAÑO DE LA TERAPIA (Número de personas que participamos)

\*DURACIÓN DE LAS TERAPIAS (Tiempo)

\*LOS TEMAS QUE SE TRATAN

\*SI TE SIENTES CÓMODO EN LA TERAPIA

SÍ ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

\*¿QUÉ INCLUIRÍAS EN LA TERAPIA?

\*¿QUÉ SUPRIMIRÍAS EN LA TERAPIA?

\*¿TE GUSTAN LAS TERAPIAS?

SI ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

¿CÓMO CREES QUE DEBERÍAN HACERSE?

DEL 1 AL 5, DONDE 1 SIGNIFICA NADA Y 5 MUCHO ¿CUÁL ES TU NIVEL DE SATISFACCIÓN? MARCA CON UNA "X"

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## **2. RESPECTO A LA TERAPIA CONJUNTA, DECID VUESTRA OPINION SOBRE**

\*EL TAMAÑO DE LA TERAPIA (Número de personas que participamos)

\*DURACIÓN DE LAS TERAPIAS (Tiempo)

\*LOS TEMAS QUE SE TRATAN

\*SI TE SIENTES CÓMODO EN LA TERAPIA

SÍ ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

\*¿QUÉ INCLUIRÍAS EN LA TERAPIA?

\*¿QUÉ SUPRIMIRÍAS EN LA TERAPIA?

\*¿TE GUSTAN LAS TERAPIAS

SÍ ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

¿CÓMO CREES QUE DEBERÍAN HACERSE?

DEL 1 AL 5, DONDE 1 SIGNIFICA NADA Y 5 MUCHO ¿CUÁL ES TU NIVEL DE SATISFACCIÓN? MARCA CON UNA "X"

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

### **3. RESPECTO A LOS TALLERES, DECID VUESTRA OPINIÓN SOBRE**

\*EL TAMAÑO DE LA TERAPIA (Número de personas que participamos)

\*DURACIÓN DE LAS TERAPIAS (Tiempo)

\*LOS TEMAS QUE SE TRATAN

\*SI TE SIENTES CÓMODO EN LA TERAPIA

SÍ ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

\*¿QUÉ INCLUIRÍAS EN LA TERAPIA?

\*¿QUÉ SUPRIMIRÍAS EN LA TERAPIA?

\*¿TE GUSTAN LAS TERAPIAS

SÍ ¿Por qué?

NO ¿Por qué?

¿CÓMO CREES QUE DEBERÍAN HACERSE?

DEL 1 AL 5, DONDE 1 SIGNIFICA NADA Y 5 MUCHO ¿CUÁL ES TU NIVEL DE SATISFACCIÓN? MARCA CON UNA "X"

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**4. EN GENERAL:**

¿QUÉ COSAS MODIFICARÍAS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN?

¿QUÉ COSAS CREES QUE FUNCIONAN BIEN?

¿QUÉ COSAS CREES QUE SE PODRÍAN MEJORAR?

¿QUÉ ES LO QUE MÁS TE GUSTA DE LA ASOCIACIÓN?

¿QUÉ OTROS TEMAS TE GUSTARÍA TRATAR?

**5. RESPONDE A ESTAS CUESTIONES SOBRE LOS TERAPEUTAS SIN PONER NOMBRES**

COSAS POSITIVAS

COSAS A MEJORAR

**6. OTRAS OBSERVACIONES QUE QUERAÍS AÑADIR**

