

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

Proceso de Terapia Ocupacional en la comunidad

**Programa de Intervención Comunitaria en
Drogodependientes desde Terapia Ocupacional**

Autor/a: Marta Lozano Arregui

Tutor/a: Isabel Vidal Sánchez

RESUMEN

Fundamentándose la importancia de la Terapia Ocupacional dentro del ámbito del abuso de sustancias, se propone un programa de intervención basado en una visión más exhaustiva del individuo, complementando el tratamiento en los habituales centros de atención con visitas domiciliarias para profundizar a nivel individual y comunitario. Se trata de una idea innovadora teniendo en cuenta la escasa participación que se le ha permitido al T.O., hasta el momento, en este área en concreto y se pretende indagar en el tema de modo más profundo haciendo ver el papel tan importante que puede llegar a representar la figura del T.O. en colaboración con el usuario.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	7
3. METODOLOGÍA	8
4. DESARROLLO	10
5. CONCLUSIONES	18
6. BIBLIOGRAFÍA	19

1. INTRODUCCIÓN

El DMS-IV afirma que la dependencia de sustancias implica una serie de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de los problemas que ésta provoca. Existe además un patrón de autoadministración de la sustancia que en muchas ocasiones da lugar a la tolerancia, a la abstinencia y a la ingesta compulsiva (1).

La RAE reconoce la adicción como “*Hábito de quienes se dejan dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas (2)*”.

Entendemos como droga/tóxico aquella “*sustancia que precisa ser introducida en el ser vivo, afecta a la conducta y a las diferentes estructuras corporales. Produce la reincidencia en su uso por parte del consumidor de forma continuada. Se aprecian efectos inmediatos y a largo plazo aparecen complicaciones derivadas de su utilización (3)*”.

Dependencia es la “*necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia. Puede ser de naturaleza física y/o psicológica (4)*.”

La Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016, hace referencia a los cambios producidos en los perfiles del consumo, apareciendo el policonsumo cada vez más generalizado, el descenso en la edad de inicio y la relación, cada vez más estrecha, entre los consumos y los espacios y tiempos de ocio. También la aparición de nuevas sustancias, el incremento de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas o los nuevos contextos sociales y culturales.

El alcohol es la droga más consumida en Aragón, mientras el cannabis representa la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo según las encuestas realizadas en el II Plan Autonómico sobre drogodependencia y otras conductas adictivas del Gobierno de Aragón (5).

Es importante enfocar la rehabilitación del drogodependiente teniendo en cuenta sus actividades de la vida diaria y sus ocupaciones, de modo que el nivel de impacto que las diferentes patologías presentan en relación al adecuado desempeño cotidiano es uno de los indicadores de severidad, así como el principal objetivo de la Terapia Ocupacional (6).

El desempeño es afectado profundamente por el medioambiente. Las formas ocupacionales que realizamos en el curso de la vida cotidiana requieren el uso de objetos y espacios y muchas ocurren dentro de grupos sociales. Los factores ambientales también son fundamentales al hecho de que los deterioros afecten al desempeño y cómo lo hacen (7).

Recursos drogodependencias

La Red de recursos de prevención y atención a las drogodependencias y otras adicciones en Aragón, está formada por un variado dispositivo de centros de titularidad pública y privada que ofrecen una atención ambulatoria diversificada, profesionalizada, interdisciplinar y que intenta adaptarse a las necesidades de las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas y otras adicciones (8). Estos recursos son:

Centros de Prevención comunitaria	Recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables.
--	---

Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA)	Especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que atenderán a aquellos drogodependientes o que padecan otros trastornos adictivos que hayan sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria.
Comunidades terapéuticas (Recursos residenciales)	Centros de rehabilitación de carácter residencial que proporcionan una atención orientada hacia la deshabituación, la rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, con objeto de facilitar la incorporación social del usuario (9).

Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones de Zaragoza (CMAPA)

Entre los Centros de Prevención Comunitaria y las UASA, aparece el CMAPA, encargado de la prevención de la adicción y la promoción de la salud en la comunidad en general. Con personas con adicciones su propósito es la reducción del consumo y promocionar hábitos saludables. Cuando son dadas de alta, se lleva a cabo un seguimiento de la evolución del paciente a lo largo del tiempo, a través de una visita domiciliaria cada dos meses.

Cuenta con un equipo interdisciplinar formado por: tres médicos, un psiquiatra, tres psicólogos, una trabajadora social, un enfermero, un auxiliar, una terapeuta ocupacional y varios educadores.

La terapeuta ocupacional, además de participar en las entrevistas de acogida, lleva a cabo una serie de talleres psico-corporales y de relajación que entran dentro del programa de hábitos saludables del centro. Dichos talleres se llevan a cabo dos días a la semana (en sesiones de una hora y media), y se realizan generalmente en grupos de 7 u 8 pacientes, aunque también los hay individuales.

En ellos se trabajan dos ámbitos fundamentales: el corporal, mejorando el autoconcepto mediante técnicas como el mimo, la relajación o la musicoterapia, y por otro lado el cognitivo, trabajando memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas (a través de ejercicios de secuenciación, laberintos, etc.).

Una vez analizado el tratamiento ofrecido en este centro, la T.O. confirma la interesante posibilidad de plantear una intervención domiciliaria que complete los servicios ofrecidos por el equipo interdisciplinar. De este modo, podremos acercarnos más a fondo al entorno de la persona y trabajar todas sus áreas de ocupación centrándonos en el propio paciente de forma individual, realizando un seguimiento más exhaustivo e incluso prestando en la medida de lo posible ayuda a la familia en particular y a la red social más cercana en general.

2. OBJETIVOS

- Confeccionar un programa de Terapia Ocupacional para personas con problemas de drogodependencia.
- Demostrar la importancia que desempeña el papel de la Terapia Ocupacional dentro del colectivo drogodependiente en el domicilio y su entorno comunitario.

3. METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica parte de un primer contacto con el tema de forma general, para ello se lleva a cabo una consulta del fondo bibliotecario de la Universidad de Zaragoza, a partir de la cual se obtienen varios libros que ayudan a definir los términos básicos relacionados con la conducta drogodependiente a grandes rasgos.

Como complemento a dicha búsqueda se realiza una ampliación de la información tomando como base las definiciones de la Real Academia Española de la lengua y la clasificación de enfermedades mentales incluidas en el DSM IV-TR.

A continuación, se lleva a cabo una búsqueda intensiva de artículos en la red. Dicha revisión bibliográfica se realiza en las siguientes bases de datos: Dialnet y CCHS (Centro de Ciencias Humanas y Sociales) en español, y PsycInfo (American Psychological Association), Pubmed y Medline, en inglés. Para la consulta de artículos se utilizan una serie de palabras clave (en el idioma correspondiente según la base) que se combinan entre sí con la finalidad de encontrar un número mayor de resultados. Éstas son: Adicción/es, drogodependencia, tóxico/s, toxicomanía, toxicómano/s, droga/s, Terapia Ocupacional, tratamiento, drogodependiente/s, conductas adictivas, prevención, ocio/tiempo libre, ocupación, actividades de la vida diaria.

Para centrar el programa de intervención en la comunidad en la que se va a plantear, se consulta la Web del Ayuntamiento de Zaragoza, la cual facilita una clasificación de recursos de prevención y atención a las drogodependencias y otras adicciones en Aragón. Por otro lado, a partir de la Web oficial del Gobierno de Aragón, se obtiene el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, del que se conseguirá información relevante para el proyecto.

Se realiza una visita al Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, donde la terapeuta ocupacional explica el funcionamiento del

equipo interdisciplinar y proporciona unos conocimientos sobre centros similares. Contrastando con la información ya recogida, se llega a la conclusión, avalada por la terapeuta, de que sería interesante una intervención a domicilio para completar el tratamiento que se lleva a cabo en este lugar en concreto.

Además la T.O. recomienda artículos de Gloria Rojo Mota, especializada en conductas adictivas, los cuales se consultarán mediante búsquedas manuales, al igual que la Revista de Terapia Ocupacional gallega (TOG) y la Web especializada en trastornos psiquiátricos, www.psiquiatria.com.

A partir de toda la información obtenida en este proceso, se concluyen las necesidades de los pacientes a tratar en el programa, y se plantea la intervención del mismo basándose en el Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional, y en dos modelos fundamentales: Modelo de Ocupación Humana y Modelo Canadiense.

4. DESARROLLO

La Terapia Ocupacional se basa en el estudio de la ocupación humana y la utiliza como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, siendo el básico y fundamental conseguir la independencia personal (10).

En relación con lo expuesto en la introducción acerca del problema que implica el abuso de tóxicos respecto a las actividades de la vida diaria y las ocupaciones en general de la persona a nivel individual y también social, planteo las necesidades que presenta una persona drogodependiente basándome en las áreas de desempeño que expone el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** Los pacientes con drogodependencia cumplen unas actividades diarias muy limitadas, dejando de lado en ocasiones algunas que son básicas para el individuo. Es habitual, por ejemplo, la insuficiencia en los hábitos de aseo e higiene personal (11).
- **Descanso y Sueño:** Las alteraciones del sueño varían en función de la droga. Por ejemplo el abuso de alcohol altera el patrón de sueño, disminuye la fase REM y dificulta el mantenimiento del sueño, mientras que cannabis, MDMA y cocaína presentan una menor duración del sueño, dificultad para iniciarla y menor eficacia del descanso. Alteraciones del sueño, como el sueño fragmentado o la dificultad de conciliación y mantenimiento, se relacionan con una mayor probabilidad de recaída en drogodependientes.
- **Educación y trabajo:** Para formar parte de un trabajo es necesaria una autonomía que permita al individuo una competencia social, pudiendo éste decidir sobre sí mismo y tener una serie de recursos personales y habilidades sociales que, en el caso de los drogodependientes, se ven alterados en muchas ocasiones (12).

- **Juego:** En este caso, al tratarse de pacientes generalmente adultos, el juego se incluiría en el área de ocio o tiempo libre.
- **Ocio o tiempo Libre:** La mayor parte de las personas, drogodependientes o no, tienen en el abandono en gran medida el disfrute de su ocio y tiempo libre, por lo tanto es beneficioso para el individuo fomentarlo (13).

De la misma manera que el ocio es el espacio central donde se registran los consumos de drogas, también puede convertirse en un escenario desde el cual prevenirlos. El ocio social, compartido con otras personas y dedicado a sus actividades favoritas, es un espacio de socialización informal, en principio neutro. En su contexto se consolidan ideas, valores, formas de relacionarse, hábitos, etc., cuyo contenido variará de un grupo a otro (14).

En este área cabe destacar la exploración, que incluye identificar intereses del paciente, así como las habilidades, oportunidades y actividades de ocio indicadas para él. También es de gran interés la planificación y participación en éstas, manteniendo un equilibrio entre ocio y ocupación (15).

- **Participación Social:** Las actividades de reincorporación social en drogodependientes están destinadas a desarrollar las habilidades, actitudes y recursos necesarios para mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral (11) (15).

A partir de dichas necesidades, se plantean los siguientes **objetivos generales para el programa de intervención:**

1	Crear rutinas y hábitos que incluyan un desarrollo saludable de cada una de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria.
----------	---

<p>2 Establecer horarios adecuados a las horas de descanso y sueño, cumpliendo un correcto ciclo sueño-vigilia.</p>
<p>3 Fomentar actividades saludables de ocio y tiempo libre que ayuden a disminuir aquellas relacionadas con el consumo.</p>
<p>4 Conseguir las habilidades y destrezas necesarias para desenvolverse individualmente y en sociedad.</p>

EVALUACIÓN

El terapeuta ocupacional realizará en primera instancia la programación de las sesiones de evaluación de inicio. A continuación llevará a cabo la evaluación del desempeño ocupacional de la persona; identificará necesidades de mejora, teniendo en cuenta en gran medida el área volitiva y por último elaborará los resultados de dicha evaluación, para plantear una intervención y unos objetivos a medida para el paciente. (16)

En cierta medida, lo que la evaluación del desempeño ocupacional está encargada de hacer es replicar los hallazgos de la exploración neuropsicológica en situaciones lo más reales posibles (17). El perfil ocupacional incluye información acerca del paciente y sus necesidades, problemas y preocupaciones de su ejecución en las áreas de ocupación. El análisis de la ejecución se centra en reunir e interpretar información obtenida a través de instrumentos de valoración. (15)

A la hora de llevar a cabo la evaluación una vez dada el alta, se tiene en cuenta la información ya recogida hasta la fecha en el centro, que incluye la historia clínica del paciente, todas aquellas observaciones de interés recogidas y las escalas a partir de las cuales se le ha valorado con

anterioridad. De este modo se complementan los datos, dando lugar a una completa evaluación ocupacional común realizada a partir de (*Ver anexos*):

1. Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II)
2. Cuestionario Disejecutivo (DEX)
3. Autoevaluación Ocupacional (OSA)
4. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
5. Clasificación de los niveles cognitivos de Allen
6. Evaluación Neurocomportamental de las Actividades de la Vida Diaria en Terapia Ocupacional (A-ONE)
7. Evaluación de Habilidades de Procesamiento y Motoras (AMPS)
8. Evaluación de la Interacción Social (ESI)
9. Test Estructurado de Observaciones de la Función (SOTOF)
10. Batería de Evaluación Neurológica de Chessington (COTNAB) (17)

INTERVENCIÓN

Una vez realizada la evaluación, se obtienen los resultados a partir de los cuales se determinan las necesidades individuales, base de la intervención. Las metas que se plantean con el paciente en concreto están en congruencia con los objetivos generales del programa.

La intervención planteada desde la Terapia Ocupacional puede dividirse en las siguientes áreas:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- Higiene y cuidado personal.
- Hábitos de sueño.
- Hábitos de alimentación.
- Educación para la Salud.

ÁREA PRODUCTIVA

- Manejo y organización del hogar.
- Integración comunitaria.
- Apoyo y orientación laboral.
- Apoyo y orientación educativa.

ÁREA OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Ocio.

ÁREA GENERAL

- Rehabilitación Cognitiva
- Actividades Deportivas
- Psicomotricidad
- Actualidad (18)

Algunos conceptos básicos a partir de los cuales se desarrolla la intervención, según el **Modelo de Ocupación Humana** de Kielhofner (MOHO), son:

- **Habituación:** "Patrón de comportamiento semiautónomo, que responde a nuestros contextos temporales, físicos y sociales conocidos." (19)
- **Hábitos:** "Tendencias definidas y adquiridas para responder y desempeñarse de maneras específicas y constantes en ambientes o situaciones conocidos."
- **Roles:** "Conciencia amplia de una identidad social particular, así como de las obligaciones ligadas a ella, que conjuntamente proveen un encuadre para apreciar situaciones relevantes y construir el comportamiento apropiado (20)."

- **Habilidades:** "Acciones observables y dirigidas a un objetivo que la persona usa cuando se desempeña. [...] Se refiere a las acciones concretas que son realizadas en medio del desarrollo de una forma ocupacional." (19)

El **Modelo Canadiense** defiende la práctica centrada en el paciente, caracterizada por el respeto del terapeuta respecto a las opiniones del individuo, la responsabilidad compartida entre ambos y la provisión de información del terapeuta al paciente, que le ayudará a la toma de decisiones sobre sus necesidades. La centralización en el paciente implica la facilitación, guía, preparación, educación, inducción, escucha, reflexión, aliento y en definitiva cualquier colaboración con el sujeto que favorezca el modelado de su vida (21).

En este programa se interviene en la adquisición de hábitos y roles que impliquen un buen manejo en las AVD requeridas para el autocuidado y el automantenimiento, como el aseo personal, tomar un baño, limpiar la casa y lavar la ropa (22).

La correcta habituación del paciente incluye unos horarios adecuados al ritmo sueño-vigilia. Un sueño reparador consigue la participación activa en las diferentes áreas de ocupación (15).

Se buscan actividades saludables de ocio y tiempo libre, teniendo en cuenta los intereses del paciente. De este modo se evitan aquellas relacionadas con el consumo, logrando la disminución de éste. Es fundamental buscar aquella actividad que motive, sea placentera y satisfaga las necesidades.

La integración de los múltiples roles de la persona facilita la autoconcepción de sí mismo y el sentimiento de pertenencia a los diferentes grupos sociales. Identificarse con un rol implica interiorizar los atributos asignados por la sociedad, así como la interpretación personal que el individuo hace del rol (23).

La intervención incluye además un acercamiento a la familia y entorno social más cercano. El papel del terapeuta será fundamentalmente concienciar e informar. Se trata de que el contexto en el que se desenvuelve el paciente resulte favorecedor y se le ayude en la medida de lo posible a superar las barreras existentes.

RESULTADOS

Una vez realizada la intervención se hace una re-evaluación del paciente, a partir de la cual se obtienen cuáles han sido los cambios más significativos conseguidos y si la evolución ha sido favorable. En estos resultados se valora:

- **Evaluación de la eficacia:** En qué medida se han cumplido los objetivos previstos. Con los resultados de la re-evaluación se medirá en qué porcentaje de personas atendidas se cumplen los objetivos.
- **Análisis de la efectividad:** Si ha habido efectos no planificados en el diseño del programa (deseados y no deseados).
- **Análisis de la eficiencia:** Relación entre costes y beneficios
- **Impacto del programa:** A nivel del entorno.
- **Análisis de los datos:** Obtenidos a lo largo de la intervención.
- **Indicadores de éxito:** Se considerará una intervención exitosa si los resultados son positivos de acuerdo a (24):

Desempeño ocupacional	Realiza y completa una actividad u ocupación (Relaciona cliente, contexto y actividad).
Adaptación	Responde adecuadamente al reto que se propone.
Salud y bienestar	Posee un correcto estado físico, mental y social.

Participación	Participa de modo gratificante y en congruencia con las características culturales en las que se desenvuelve.
Prevención	Se dirige a unas condiciones de vida saludables.
Calidad de vida	Siente satisfacción personal respecto a los diferentes ámbitos de su vida.
Competencias para desarrollar sus roles	Responde correctamente a sus diferentes roles.
Auto-gestión	Promueve y se apoya a sí mismo y a los demás.
Justicia ocupacional	Accede y participa en ocupaciones permitidas que favorecen su inclusión social (15).

5. CONCLUSIÓN

La información recogida a lo largo del trabajo, lleva a la conclusión fundamental de que la Terapia Ocupacional, disciplina relativamente reciente e innovadora en el ámbito tratado, tiene a día de hoy una gran labor en el colectivo drogodependiente.

El programa de intervención comunitaria beneficia no sólo al usuario de modo individual, mejorando sus hábitos y roles (basados en los indicadores de éxito nombrados anteriormente) en el domicilio, sino también al entorno que le rodea.

Un seguimiento adecuado del usuario, una vez dada el alta en el centro, es fundamental a la hora de conservar la calidad de vida del mismo, manteniendo su salud y bienestar, así como la participación en la comunidad.

La figura del terapeuta ocupacional es uno de los principales impulsores, junto al usuario y los demás profesionales conocedores del problema, a la hora de lograr sus metas individuales, sociales y comunitarias.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22^a Edición. Madrid: Espasa Calpe S.A.; 1999. p. 42.
3. De Miguel Gimeno S, Ausejo Sanz M, Marin Velazquez PJ, Rubio Larrosa V, González Allepuz J, Sánchez Lázaro C, et al. Conceptos y definiciones en toxicomanía: Conceptos generales. Sustancias y sus efectos y consecuencias de su uso. Zaragoza: Diputación General de Aragón, D.L.; 1989. p.11
4. Sección de drogodependencias, Programa Municipal. Guía de información sobre drogas. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza, Servicios Sociales Especializados, Servicios de Juventud. INO reproducciones S.A.; 2002. p.7
5. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, Dirección General de Salud Pública. II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. Zaragoza: ARPIrelieve, S.A.; 2011
6. Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Llanero Luque M, Puerta Gacría C. Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. ADICCIONES. 2011; 23 (1): 27-35
7. Kielhofner G. Dimensiones del quehacer en: Modelo de ocupación humana, teoría y aplicación. 4^a Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p.103

8. Gobierno de Aragón. Directorio de recursos de drogodependencias. [Internet]. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia; 2012 [consulta el 5 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/Adicciones/ci.01_Directorio_de_recursos.detalleDepartamento
9. Gobierno de Aragón, Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública. Recursos en Atención a Drogodependencias [Internet] Zaragoza: Instituto Aragonés de Juventud; 2012 [consulta el 5 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/RECURSOS%20EN%20ATENCION%20A%20DROGODEPENDENCIAS.pdf
10. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de adicciones. Trastornos Adictivos. 2008; 10 (2): 88-97
11. Gallizo Llamas M. Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios. Salud y drogas. 2007; 7 (1): 57-73
12. Roncero C, Grau-López L, Díaz-Morán S, Miguel L, Martínez Luna N, Casas M. Evaluación de las alteraciones del sueño en pacientes drogodependientes hospitalizados. Clínicas de Norteamérica. Barcelona. 2012; 138 (08)
13. Pérez del Río F, Lara Ortega F, González Gutierrez M, Sanz C. Ocio y tiempo libre en drogodependientes. [Internet] Burgos: Proyecto Hombre Burgos; 2007 [consulta el 10 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.proyectohombreburgos.es/pdf/TiempoLibre_fin%20grant_e.pdf

14. Acero Achirica A, Moreno Arnedillo G, Moreno Arnedillo J, Sánchez Pardo L. La Prevención de las Drogodependencias en el Tiempo de Ocio. Madrid; JUMA; 2002.
15. 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. 2^a Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [consulta el 17 de mayo de 2012]; [85p.] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice Framework: Domain and process (2nd ed.).
16. Salazar García M, González de la Torre G, Arribas Sánchez A. Centro de Rehabilitación Psicosocial: Guía de procesos y buenas prácticas. Madrid: Ciclo Grupo 5 S.L.U.; 2011
17. Neurociencia y Adicción [Internet]. España: Sociedad Española de Toxicomanías; 2011 [consulta el 20 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59185249/NEUROCIENCIA-Y-ADICCION-2011#page=215>
18. Moruno Miralles P., Talavera Valverde M., Terapia ocupacional en salud mental. 1^a Edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2011
19. Kielhofner G. Los conceptos básicos de la ocupación humana. En: Modelo de ocupación humana, teoría y aplicación. 4^a Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p.16

20. Cantero Garlito PA, Blanco Vila M. La Terapia Ocupacional en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. V Congreso Virtual de Psiquiatria.com [Internet]. 2004 [consulta el 22 de mayo de 2012]; Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_centro_rhb_psicosocial.shtml#_ftnref1
21. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3^a Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006
22. Kielhofner G. Introducción al Modelo de Ocupación Humana. En: Modelo de ocupación humana, teoría y aplicación. 4^a Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p.6
23. Kielhofner G. Habitación: patrones de la ocupación diaria. En: Modelo de ocupación humana, teoría y aplicación. 4^a Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p.60
24. Alonso Morillejo E, Pozo Muñoz C, Marto Méndez MJ. Intervención psicosocial y evaluación de programas en el ámbito de la salud. Jaén: Formación Alcalá; 2008
25. Pedrero Pérez E, Ruiz Sánchez de León JM, Rojo Mota G, Llanero Luque M, Olivar Arroyo A, Bouso Saiz JC, et al. Versión española del Cuestionario Disejecutivo (DEX- Sp): propiedades psicométricas en adictos y población no clínica. Adicciones. 2009; 21 (2): 155-166

ANEXOS

Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II)

Evaluación organizada en tres partes:

1. Entrevista semi-estructurada: Explora la historia ocupacional del paciente.
2. Escalas de calificación: Proporcionan una medida de la identidad y competencia ocupacionales y el impacto del ambiente de comportamiento ocupacional del paciente.
3. Narración de la historia de la vida: Capta las características cualitativas destacadas de los antecedentes ocupacionales. Su marco de referencia teórico es el Modelo de Ocupación Humana.

Autoevaluación Ocupacional (OSA)

Evaluación que se ocupa de captar las percepciones de los usuarios de su propia función ocupacional y las influencias del medioambiente en su desempeño. Está centrada en el cliente y es una herramienta propia del Modelo de Ocupación Humano. (17)

Cuestionario Disejutivo (DEX)

Diversos estudios han evidenciado el deterioro de las funciones ejecutivas asociado al abuso de sustancias. Este hecho sugiere la conveniencia de contar con algún instrumento de cribado que sirva para establecer una línea base sobre los déficits que presentan los sujetos que inician tratamiento. El Cuestionario Disejutivo (DEX) es un test ampliamente utilizado para estimar disfunción ejecutiva. (25)

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Medida individualizada, diseñado por terapeutas ocupacionales para detectar los cambios del desempeño ocupacional a lo largo del tiempo. Se

basa en la autopercepción del paciente. Consta de una entrevista semiestructurada y un método de puntuación estructurado. Se lleva a cabo en tres pasos:

1. Identificación de problemas e intereses de la persona en las actividades cotidianas, teniendo en cuenta las necesidades, dificultades y satisfacciones que le aporta cada una.
2. El usuario puntuá del 1 al 10 la importancia que le otorga a cada una de las actividades.
3. El terapeuta ocupacional junto al paciente confirman los 5 problemas importantes, los registra y los puntuá a nivel de ejecución y satisfacción.

Clasificación de los niveles cognitivos de Allen

Explora la incapacidad en el procesamiento de la información a la hora de realizar actividades comunes de la vida del paciente de forma segura. La prueba se realiza con una pieza de cuero, perforada en todo su contorno, que evalúa al usuario utilizando cordones de cuero y una aguja. El terapeuta se encarga de dar instrucciones que el usuario ha de seguir, aumentando progresivamente la dificultad. Los niveles de clasificación según los resultados obtenidos son:

NIVEL 6
<i>Independiente en ocupaciones cotidianas, manejo de dinero y habilidades para tomar decisiones. Cuentan con capacidad para aprender nueva información.</i>
NIVEL 5
<i>Independiente en las ocupaciones cotidianas, puede requerir asistencia con el manejo de dinero, la toma de decisiones, y la capacidad de organización. Pueden observarse problemas sutiles de memoria. Cuentan con capacidad para aprender nueva información.</i>

NIVEL 4
<i>Físicamente independiente en las ocupaciones cotidianas, aunque requieren cierto grado de ayuda para iniciar la actividades y supervisar la calidad de ejecución. A nivel cognitivo, presentan marcados déficits en todas las habilidades. Se observan importantes problemas de memoria. La nueva información puede retenerse sólo después de muchas repeticiones.</i>
NIVEL 3
<i>Necesitan asistencia en todas las ocupaciones cotidianas. Requieren asistencia completa en todas las funciones cognitivas, incluido el inicio, secuenciación, finalización, resolución de problemas, toma de decisiones y otras competencias. Se observa un importante deterioro de la memoria. Apenas puede aprender nueva información. Dificultad con las habilidades lingüísticas.</i>
NIVEL 2
<i>Dependiente de cuidados. Deterioro significativo de todas las habilidades cognitivas. Pérdida de habilidades del lenguaje. Deterioro motor, visual y de habilidades perceptivas. No reconocen a personas cercanas y objetos familiares.</i>
NIVEL 1
<i>Totalmente dependientes en todos los cuidados. Generalmente encamado. Todas las necesidades básicas deben ser satisfechas por el cuidador.</i>

A su vez cada nivel se divide en 5 grados de gravedad en la funcionalidad. El nivel mínimo para realizar la prueba es el 3, puesto que por debajo la ejecución no es posible.

Evaluación Neurocomportamental de las Actividades de la Vida Diaria en Terapia Ocupacional (A-ONE)

Se encarga de evaluar por un lado evalúa el grado de independencia funcional del usuario y la asistencia que necesita para llevar a cabo las AVD, y por otro identifica los déficits neuropsicológicos. Se divide en dos partes:

1. Escala de Independencia Funcional (evalúa ABVD) y Escala de Déficits Específicos Neuroconductuales.

2. Formulario identificatorio de lesiones y déficits de carácter neuroconductual observados.

Evaluación de Habilidades de Procesamiento y Motoras (AMPS)

Procedimiento de observacional que mide la calidad de ejecución en las AVD. El T.O. le propone al paciente una serie de tareas acordes al paciente, a partir de las cuales evalúa la habilidad general de la persona para realizarlas, la calidad de sus destrezas motoras y de procesamiento mediante la calificación del esfuerzo, eficiencia, seguridad e independencia en las acciones dirigidas hacia el desempeño de una tarea y que afectan a la efectividad global de la ejecución de las AVD.

Evaluación de la Interacción Social (ESI)

Mide la calidad de interacción a nivel social del usuario dentro de una situación real y un contexto natural. El T.O. realiza una entrevista a través de la cual determina el tipo de interacción social que va a observar en función de los objetivos que la persona quiere alcanzar respecto a las situaciones sociales.

Permite establecer una línea base del desempeño de interacciones sociales ocupacionales, planificar un tratamiento desde terapia ocupacional y medir los progresos de la intervención o los cambios producidos en el tiempo, para determinar así la efectividad de los programas de intervención desde la terapia ocupacional, tanto en el domicilio como en la comunidad.

Test Estructurado de Observaciones de la Función (SOTOF)

Evalúa el nivel de desempeño ocupacional y de funcionamiento neuropsicológico en las actividades básicas de la vida diaria. A partir de esta valoración se obtiene información sobre cuatro niveles de la función:

1. el desempeño ocupacional
2. componentes del desempeño

3. habilidades conductuales
4. déficits neuropsicológicos.

Está formado por una hoja de cribado inicial, un listado de funciones neuropsicológicas y una escala completa para cada una de las actividades de la vida diaria que evalúa.

Batería de Evaluación Neurológica de Chessington (COTNAB)

Su objetivo fundamental es valorar la capacidad funcional, identificando las áreas neurológicas afectadas y las repercusiones que pueden tener éstas en las AVD. Se divide en cuatro secciones graduadas en función de la dificultad:

1. Percepción visual: evalúa la constancia de la forma, la discriminación figura-fondo y el orden secuencial lógico.
2. Capacidad constructiva: evalúa la construcción bidimensional y la tridimensional.
3. Capacidad sensitivo-motora: evalúa la discriminación sensitiva, la destreza y la coordinación;
4. Capacidad para seguir instrucciones: instrucciones escritas, visuales y habladas. (17)