

*Jorge Callejo Escobar*  
*María del Carmen Calvo Ruiz*



# Guía de intervención en drogodependencias *en Terapia Ocupacional*



EDITORIAL  
SÍNTESIS

# GUÍA DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

PROYECTO EDITORIAL  
TERAPIA OCUPACIONAL

Serie

GUÍA PRÁCTICA

Coordinador:

Pedro Moruno Miralles



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# GUÍA DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

Jorge Callejo Escobar María del Carmen Calvo Ruiz



Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com) En ella encontrará  
el catálogo completo y comentado

© Jorge Callejo Escobar  
María del Carmen Calvo Ruiz

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN 978-84-907764-1-4

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

## [Presentación](#)

### PARTE 1

#### INTRODUCCIÓN A LAS ADICCIONES. MARCO TEÓRICO

#### [1. Nociones básicas de la drogodependencia y sus repercusiones en la ocupación](#)

##### [1.1. Conceptos generales de la drogodependencia](#)

###### [1. Clasificación y efectos de las sustancias que generan dependencia](#)

###### [1.1.2. Patrones y perfiles de consumo de drogas/ comportamiento ocupacional](#)

###### [1.1.3. Conceptos básicos en el tratamiento de las adicciones](#)

##### [1.2. Aspectos básicos socioculturales para comprender el fenómeno de las drogodependencias](#)

###### [1.2.1. Adicciones sociales](#)

###### [1.2.2. Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas](#)

###### [1.2.3. Consumo de drogas en la sociedad actual](#)

#### [2. Bases para la intervención indicada y marcos de referencia](#)

##### [2.1. El equipo interdisciplinar](#)

###### [2.1.1. Competencias de terapia ocupacional](#)

##### [2.2. La recepción de la demanda de atención para la intervención](#)

[2.2.1. La acogida](#)

[2.3. Principios básicos para el abordaje terapéutico óptimo](#)

[2.4. Marco teórico de referencia y modelos de práctica en terapia ocupacional para la intervención en drogodependencias](#)

[2.4.1. Marco biopsicosocial-ocupacional](#)

[2.4.2. Teoría motivacional \(Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente\)](#)

[2.4.3. Modelo de la ocupación humana \(Gary Kielhofner\)](#)

PARTE II

ACTUACIÓN Y CONTENIDOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN  
DROGODEPENDENCIAS

[3. Terapia ocupacional en drogodependencias](#)

[3.1. Rehabilitación/Habilitación](#)

[3.2. Identidad ocupacional en el drogodependiente](#)

[3.3. Áreas de ocupación en el drogodependiente](#)

[3.3.1. Las actividades de la vida diaria \(básicas\) e instrumentales.  
Sueño y descanso](#)

[3.3.2. Trabajo y educación](#)

[3.3.3. Ocio y participación social](#)

[3.4. Destrezas de ejecución](#)

[3.4.1. Destrezas motoras y de praxis](#)

3.4.2. Destrezas cognitivas

3.4.3. Destrezas de comunicación y sociales

3.4.4. Destrezas sensoriales-perceptuales

3.4.5. Destrezas de regulación emocional

3.5. Contextos y entornos

4. Áreas de intervención de terapia ocupacional para la normalización

4.1. Normalización del estilo de vida: hacia la autonomía e integración

4.1.1. Patrones de ejecución funcionales y adaptativos

4.2. Por qué un enfoque holístico en terapia ocupacional en "una patología diferente"

4.3. Ejes de intervención en terapia ocupacional desde un modelo de atención integral en drogodependencias

4.3.1. Eje de salud y autocuidados

4.3.2. Eje de psicopatología

4.3.3. Eje de consumo

4.3.4. Eje sociorrelacional

4.3.5. Eje laboral/formativo

4.3.6. Eje familiar

4.3.7. Eje de ocio y tiempo libre

5. Evaluación, diagnóstico e intervención

## 5.1. Evaluación ocupacional

### 5.1.1. Historia ocupacional

### 5.1.2. Diagnóstico ocupacional

### 5.1.3. Herramientas de evaluación

### 5.1.4. Registros y autorregistros

## 5.2. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional

### 5.2.1. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para el apoyo de la desintoxicación física

### 5.2.2. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para la deshabituación/habituación

### 5.2.3. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para la reinserción social

## PARTE III

## INTERVENCIÓN, PROGRAMAS Y RECURSOS EN DROGODEPENDENCIAS

## 6. Diseño del proceso de intervención en centros de atención al drogodependiente

### 6.1. Intervención y programas

#### 6.1.1. Intervención según el perfil

#### 6.1.2. Programas de intervención según principal droga de abuso

#### 6.1.3. Programas de intervención específicos para colectivos con necesidades especiales

#### 6.1.4. Programa de reducción del daño

### 6.2. Modalidades de intervención individualizada en terapia ocupacional

#### 6.2.1. Intervención individual

### 7. Diseño y contenidos de la intervención grupal en terapia ocupacional en drogodependencias

#### 7.1. Intervención grupal

##### 7.1.1. Grupos por perfil según fase de intervención y etapa decisional

##### 7.1.2. Otros grupos terapéuticos

### 8. Red asistencial y dispositivos en adicciones

#### 8.1. Intervención ambulatoria y recursos de apoyo en las organizaciones de atención al drogodependiente

##### 8.1.1. Intervención en régimen ambulatorio

##### 8.1.2. Recursos internos de apoyo al tratamiento

##### 8.1.3. Recursos externos de apoyo al tratamiento

### 9. Casos clínicos y anexos

#### 9.1. Caso clínico I

##### 9.1.1. Presentación del caso.

#### 9.2. Caso clínico II

##### 9.2.1. Presentación del caso

### 9.2.2. Informe de terapia ocupacional

### 9.3. Desempeño ocupacional. Importancia de las AVD en el tratamiento de personas adictas

### Bibliografía

# Presentación

Con esta obra se pretende generar curiosidad e interés acerca de la intervención desde terapia ocupacional en el campo de las adicciones. Va dirigida especialmente a terapeutas ocupacionales que desean y pretenden conocer más de cerca los aspectos básicos y claves que faciliten intervenir, dar respuesta, desde sus competencias a una población susceptible de sus servicios. Esperamos plasmar nuestra experiencia en este campo y compartirlo con el profesional de terapia ocupacional, que se ha de enfrentar al reto de prestar sus conocimientos en pro del bienestar del drogodependiente y así le apoye a conseguir el logro de ser libre en participación social.

Este texto será de gran ayuda y orientación para la gestión y el desarrollo de un plan de intervención ocupacional, en una patología que nosotros hemos denominado diferente, en cuanto a que no se ajusta al patrón habitual con el que solemos encontrar en otras especialidades, en las que se atiende a pacientes con "enfermedades o alteraciones" que generan discapacidad y disfunción ocupacional pero en las que no depende tanto del individuo la adquisición o la recuperación de la enfermedad. Además las circunstancias que acompañan son plurales y diferentes.

Hoy por hoy el enfoque de la intervención, en una parte importante de los profesionales y de los dispositivos que atienden a drogodependientes, se está realizando desde metodologías en las que el paciente es protagonista activo de su proceso de intervención y de recuperación. La experiencia nos ha llevado a comprender que solamente desde la volición, la participación y la autodisciplina del paciente se pueden lograr resultados favorables para el cambio en su estilo de vida.

La multidimensionalidad de esta patología implica la necesidad de la intervención transdisciplinar. Nos hacemos, desde aquí, portavoces de terapia ocupacional, apostando y reivindicando el modelo biopsicosocialocupacional.

Los terapeutas ocupacionales realizan la evaluación de las diferentes circunstancias ocupacionales que han influido en el proceso de la adicción, las dificultades que han generado el consumo de drogas en las áreas de ocupación, en la autonomía y en la independencia. La intervención se realiza para la rehabilitación y la habilitación del patrón y de las destrezas de ejecución, de la identidad y del perfil ocupacional. Los terapeutas ocupacionales están sensibilizados e interesados en la justicia ocupacional, reconocen y trabajan para fomentar políticas sociales, crear acciones y leyes que permitan a los individuos comprometerse en ocupaciones que les aporten propósito y significado a sus vidas.

La terapia ocupacional realiza una labor específica, es el eje primordial que pone en marcha procesos de entrenamiento para la inserción, proporciona además un valor añadido a los programas dirigidos a los drogodependientes, ya que aúna e integra las acciones de las restantes áreas profesionales. Da una respuesta global (holística), al usuario, para lograr desempeño ocupacional funcional eficiente.

En la primera parte utilizamos, prioritariamente, el término paciente y según se avanza en la lectura incorporamos además, indistintamente, los vocablos usuario y cliente, pues a medida que hemos ido elaborando los contenidos, hemos ido comprendiendo la importancia que tiene no dejar ninguna denominación fuera de uso. Nosotros comenzamos llamando al protagonista de nuestras reflexiones paciente, y se debe a que nuestro bagaje y contexto laboral se circunscribe al ámbito de la salud pública donde culturalmente se utiliza este término. Pero también abogamos por la defensa de los términos usuario y cliente que en sí mismos, de forma implícita, se ajustan a modelos de intervención en los que al individuo se le considera y contempla como ser proactivo determinante de su proceso de cambio.

Por último, queremos agradecer profundamente a las personas que en nuestro quehacer profesional nos han permitido compartir, con ellos y sus familias, espacios donde aprender un poco más cada día. Por supuesto, también dar el reconocimiento a nuestros grandes amigos por su colaboración para conseguir dar sentido y forma al presente libro.



# **PARTE I**

## **INTRODUCCIÓN A LAS ADICCIONES. MARCO TEÓRICO**

# 1

## **Nociones básicas de la drogodependencia y sus repercusiones en la ocupación**

### 1.1. Conceptos generales de la drogodependencia

Para introducirnos en el campo de las drogodependencias en terapia ocupacional, es importante manejar ciertos conceptos básicos aceptados tanto en la práctica general como en la mayoría de los manuales teóricos. En este caso intentaremos, no solo una descripción somera de los mismos, sino también facilitar a través de ellos el recorrido y la necesidad de abordaje del terapeuta ocupacional en el proceso de adicción.

Los objetos principales de atención son la sustancia a la que denominamos droga y el individuo o sujeto receptivo de la acción (consumidor) en interrelación constante con el contexto (microsocial y macrosocial).

Como terapeutas ocupacionales, cuando hacemos una aproximación a las múltiples definiciones explicativas del concepto droga, nos encontramos con la oportunidad de ponernos a elaborar aquella que, al margen de sus generalidades ya conocidas, nos centre en la especificidad de sus efectos

ocupacionales y así poder identificar nuestro branding o marca profesional.

Entendemos por droga toda aquella sustancia que una vez introducida en el organismo produce efectos inmediatos que afectan al funcionamiento ocupacional cotidiano. Estas sustancias crean dependencia y adicción si se consumen de forma continuada, y provocan desajustes en el sujeto, en el desempeño ocupacional y en la interacción con el contexto ocupacional, en cualquiera de sus áreas de participación:

- Actividades de la vida diaria (AVD).

- Ocio.

- Productividad. Actividades productivas remuneradas o no, que suponen una aportación a la sociedad (incluye, entre otras, la educación, el cuidado de otros y la preparación a la jubilación) (Áreas del desempeño según el modelo del MOHO).

Las drogas afectan al régimen ocupacional, cuyos signos negativos tienen su máximo exponente en el evidente deterioro e incapacidad de mantener hábitos y rutinas, patrón ocupacional necesario para responder y administrar las expectativas ocupacionales funcionales adaptativas.

Otras definiciones comparativas son:

- Para Funes: la droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o inventará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo. No existe la droga como tal, sino diversas sustancias, más o menos adictivas, consumidas de diferentes formas y vías o por diferentes personas, cuyos efectos y consecuencias pueden ser variados, pudiendo generar adicción y dependencia, de este modo se convierte en el concepto "droga".

- En cuanto a la Organización Mundial de la Salud, la definió como: la

sustancia, química o natural, que introducida en un organismo vivo por cualquier vía, ya sea por inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y psicológica, la experiencia de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar la percepción y el comportamiento de las personas.

Y entendemos la adicción como una enfermedad física y psicoemocional, según la OMS. Es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación causada principalmente por la satisfacción, o evitación del malestar que la ausencia de ésta causa a la persona.

En terapia ocupacional, partiendo del concepto organicista, podemos entender que la adicción es una patología que genera discapacidad en el individuo, ya que por el consumo de droga se altera el funcionamiento cerebral; se modifican las destrezas de ejecución (motoras y de praxis, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional, cognitivas de comunicación y sociales), repercutiendo en las áreas de desempeño (AVD, descanso y sueño, educación, trabajo, ocio, juego, y participación social). Todo esto va a generar disfunción ocupacional en el entorno habitual del individuo, lo que condicionará su contexto de ejecución ocupacional (aspectos temporales y ambientales).

En esta primera parte de la guía vamos a utilizar, indistintamente, terminología propia del MOHO y del Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional, dominio y proceso (2.a edición) (AOTA 2010).

#### 1.1.1. Clasificación y efectos de las sustancias que generan dependencia

Existen muchas clasificaciones de sustancias de abuso, por su origen, efectos, uso terapéutico, estructura química, peligrosidad, por la codificación sociocultural de su consumo, etc. Una vez valorada su idoneidad, la más práctica para esta guía por la repercusión de sus efectos en la actividad ocupacional y los mecanismos de acción sobre el sistema nervioso central (SNC) es la siguiente:

## 1. Depresoras del SNC: inhibidoras de la ocupación.

Sustancias que enlentecen el SNC y por ello el funcionamiento ocupacional. En general son inhibidoras de la actividad, calmantes del dolor, sedan y adormecen. A este grupo pertenecen:

- a) El alcohol. En la sociedad el uso del alcohol ha tenido y tiene relación con roles ocupacionales que se desempeñan en los rituales familiares o sociales importantes (celebraciones, protocolos) y en contextos sociorrelacionales de ocio y recreativos. Siempre ha existido una ambivalencia con respecto al consumo social aceptado; por un lado se han banalizando las consecuencias negativas y por otro se ha castigado y estigmatizado su consumo excesivo.

Según sus mecanismos de acción produce dependencia por adaptación de los receptores celulares y metabólicos, tolerancia. Presenta efectos agudos, fisiológicos y cognitivos y psicológicos, alteraciones sensoriales, en la memoria y en la atención, afecta a las emociones y los sentimientos incluso en dosis bajas. Aunque esta sustancia es depresora, al inicio de su ingesta crea cierta estimulación, produce sensación de euforia, desinhibición, rebaja el nivel de autocontrol y autocrítica. A medida que se aumenta su ingesta pueden aparecer respuestas violentas que van a interferir de forma negativa en el manejo del contexto y del entorno ocupacional. Favorece falsas percepciones que proporcionan la creencia subjetiva de mayor capacidad y mejor resultado en la ejecución de cualquier actividad compleja, por ejemplo en la conducción, y en los espacios sociorrelacionales el individuo cree sentirse en sintonía.

En cuanto a los efectos crónicos, implican disfunciones orgánicas, psicológicas, sociales y ocupacionales, estas últimas en su marco más amplio pueden abocar en el abandono y despreocupación por las áreas del desempeño ocupacional (AVD, AIVD, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio, y participación social). En cuanto a las actividades productivas, el

alcohol va a tener una repercusión directa en el desempeño y en las destrezas para realizar la actividad laboral y formativa, produciendo absentismo, inestabilidad productiva, bajo rendimiento y operatividad, y en su tiempo libre, escaso disfrute de las actividades del área de ocio. Puede llegar a generar alienación ocupacional.

Muchos de sus efectos perjudiciales cursan poco a poco, pueden tardar años en hacerse visibles, por el estilo de beber, perfil, y porque los diferentes bebedores aunque sean crónicos tienen diferente susceptibilidad al deterioro que produce esta droga en todas las áreas de la ocupación.

Reseñamos la combinación del alcohol con la cocaína que genera una nueva sustancia de abuso, cuyo principio activo, el cocaetileno, genera un grave problema sociosanitario, pues los daños a nivel cerebral, y como consecuencia en los comportamientos ocupacionales, son graves. Esta mezcla permite consumir más cantidad de las dos drogas debido a que actúan la una sobre la otra, eliminando las sensaciones displacenteras de las mismas, lo que permite mayor consumo. El alcohol es potenciador de los efectos de la cocaína, crea cuadros agudos que en muchos casos requieren de ingresos hospitalarios de urgencia. Las repercusiones psicoorgánicas pueden instalarse, siendo a veces también común que despiquen alteraciones psiquiátricas graves con sintomatología psicótica.

- b) Los opiáceos. Opio, morfina, heroína, codeína y clorhidrato de metadona engloban a todas las sustancias que proceden de la planta adormidera. Generan un elevado grado de dependencia física, mental y social, que condicionan a los componentes básicos del desempeño ocupacional (capacidades, destrezas y habilidades: motrices, sensoriales, cognitivas, emocionales y sociales). Los efectos negativos van a repercutir de forma directa en las respuestas adaptativas necesarias para el acercamiento, manejo y realización de toda actividad en cualquiera de sus funcionalidades, marcadas principalmente por la inhabilitación. Dificultan la participación y

realización en tareas y ocupaciones de la vida diaria, restringiendo de forma integral el repertorio ocupacional del individuo.

A lo largo de la historia los opiáceos tienen un marcado uso medicinal, como poderoso analgésico, pues eliminan el dolor asociado a cirugías médicas o lesiones traumáticas y sirven de tratamiento para algunas enfermedades. En esta línea la heroína (derivado de la morfina) fue descubierta por la industria farmacéutica como respuesta a los problemas del uso de la morfina, altamente adictiva, buscando así una alternativa.

También es destacable su uso para combatir la fatiga, el dolor y reducir así el umbral de conciencia de realidad; por ejemplo, de los soldados en cualquier conflicto o guerra. Además ha sido usada y asociada, como acompañante, en la relación ancestral en rituales religiosos. Sin embargo, el mayor impacto social se ha producido por la modificación y ampliación de su uso fuera de su contexto primario, marcado por su carácter recreativo, de evasión y su relación con círculos bohemios, creativos, intelectuales, en ámbitos ocupacionales exclusivos y reduccionistas.

En la actualidad, en los programas de deshabitación de la heroína, se utiliza el clorhidrato de metadona (sustitutivo opiáceo sintético) como tratamiento para la dependencia a opiáceos, conservando así parte de su idiosincrasia médica (fármaco con prescripción y pauta médica).

El uso ilegal de la heroína empezó a aumentar cuando se asoció a movimientos contraculturales y se puso de moda en ciertos ambientes juveniles universitarios de Europa en los años setenta. En los ochenta continuó creciendo su uso, abarcando a diversos colectivos. Ahora su consumo está estabilizado y su población envejecida. En concreto, la heroína, es la droga que motivó más atención y mayor número de adictos en las sociedades occidentales por sus rápidos efectos negativos.

La utilización continuada de opiáceos es para buscar experiencias placenteras, sentir alivio total de estados de ansiedad y de estrés, y para hacer desaparecer sensaciones desagradables físicas. Por sus mecanismos de acción, produce dependencia por adaptación de los receptores celulares y metabólicos. Su ingesta crónica desarrolla tolerancia y el individuo pasa a tomar los opiáceos para no experimentar displacer por su abstinencia. Provoca efectos inmediatos en el comportamiento ocupacional. El consumidor emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo de las sustancias y en la recuperación de los efectos de las mismas. Es entonces cuando el desequilibrio ocupacional es patente, no mantiene ni hábitos ni rutinas en AVD y AIVD abandona su desempeño por no poder administrar las ocupaciones, hasta el punto de comprometer la salud y la calidad de vida.

Es manifiesta la reducción o extinción de importantes actividades sociorrelacionales, productivas, de ocio y recreativas normalizadas debido a su consumo. El individuo está sujeto a un estado prolongado de exclusión que le impide implicarse en ocupaciones necesarias o significativas, debido a factores fuera de su control.

- c) Tranquilizantes. Valium, tranxilium, etc., e hipnóticos, barbitúricos y no barbitúricos. Todos ellos, en mayor o menor grado, provocan un enlentecimiento o inactividad completa. Su uso principal es médico, para el tratamiento del insomnio, ansiedad y otros cuadros psicopatológicos.

En el contexto del circuito y manejo ocupacional, cualquier individuo está sujeto y vinculado al sueño y vigilia. Es imprescindible la función recuperadora y regeneradora física y psíquica para poder realizar de forma funcional y operativa todas aquellas tareas, actividades y responsabilidades que sus roles ocupacionales exigen.

Cuando se usan estrictamente bajo control médico y la duración del tratamiento es corta, actúan sin influir en las actividades de la vida diaria. Facilitan el afrontamiento ocupacional al disminuir los síntomas indeseables asociados a los trastornos por los que fueron pautadas. Producen un estado de bienestar psíquico que facilita respuestas ocupacionales subjetivas de mayor eficacia ligadas a la resolución de las mismas, facilitándose así la puesta en marcha y adquisición de hábitos abandonados. Si bien, ante actividades complejas, que necesitan un elevado nivel de atención y concentración, se aprecian menoscabos significativos en su realización. Su uso continuado puede llevar a cierta pérdida de eficacia en el desempeño ocupacional, al afectar a las capacidades básicas necesarias para la puesta en marcha de cualquier actividad y ocupación.

## 2. Estimulantes del SNC: impulsan la realización de actividades, por tanto de la ocupación.

Sustancias que en general aumentan la activación, también el impulso para participar o implicarse en ocupaciones. Producen mayor energía, reducen la fatiga y el cansancio en actividades de esfuerzo físico y psíquico. Destacamos:

a) Cocaína. Es un potente estimulante mayor que se obtiene de la planta de coca. Los nativos de los Andes han mascado la hoja de coca desde hace siglos, con un uso y contexto ocupacional integrador, en sus ritos sagrados, como ayuda para poder trabajar más y mejor, y para aliviar el hambre y el cansancio por los efectos de la altitud.

A mediados del siglo XIX, químicos europeos procesan el principio activo más potente de la planta, al que llamaron cocaína.

A principios del siglo xx fue prescrita principalmente como anestésico local, y también se utilizó en bebidas alcohólicas y refrescos energizantes.

La cocaína modula importantes procesos en nuestro organismo. En los componentes del desempeño ocupacional, sus efectos producen un estado de excitación motora y psíquica, aumento del nivel de actividad de la persona, por tanto estimula la realización de tareas físicas e intelectuales, aunque dan falsa sensación de agudeza mental. La activación inicial da energía, en la capacidad de atención y de la concentración va a permitir un mayor rendimiento. Predispone a la realización estructurada de acciones o tareas que contribuyen a la ocupación, por ejemplo para aumentar la resistencia de los deportistas, reducir la fatiga y el esfuerzo físico, correr, nadar etc., pero no deja de ser un rendimiento aparente y pasajero del desempeño ocupacional.

Se usa principalmente en actividades recreativas, en contexto de ocio, por diversión. Su consumo continuado reduce la capacidad de experimentar placer de forma natural, a través del contacto con amigos, sexo, comida, etc. Afecta al área del trabajo, en cuanto que permite aumentar el rendimiento y aminora la sensación de fatiga. Las consecuencias aparecen a medio plazo con sintomatología de agotamiento y depresión al parar su consumo, generándose el craving, deseo irrefrenable de consumo para aliviar estas sensaciones de abstinencia. Puede llegar a producir alienación ocupacional ya que condiciona y deteriora la volición, reduce la capacidad de anticipar elegir y experimentar un comportamiento ocupacional individual. A medio y largo plazo afecta al funcionamiento ocupacional y provoca desequilibrios en todas las áreas ocupacionales, tanto en las actividades de la vida diaria (AVD, AIVD) como en las actividades productivas y de ocio.

La dependencia a la cocaína provoca alteraciones del estado de ánimo, cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, agresividad, cuadros psicóticos con sintomatología delirante, incluso alucinaciones y paranoia. Estas consecuencias asociadas al consumo incapacitan y deterioran la puesta en marcha y ejecución de todas las

respuestas ocupacionales por estar afectados y alterados los componentes indispensables básicos para el desempeño ocupacional.

- b) Anfetaminas. Son sustancias estimulantes sintéticas, que se usan desde finales del siglo xix como tratamiento para múltiples trastornos como insomnio, irritabilidad, déficit de atención, en trastornos alimentarios como anorexígenos... Se utilizó y está reconocido por los soldados en la Segunda Guerra Mundial.

Su consumo se relaciona con el desempeño de determinadas tareas, con el objetivo de aumentar el rendimiento y la ejecución, disminuir la fatiga y el esfuerzo. Han sido usadas como ayuda para el estudio y tareas de razonamiento complejo. También en todas aquellas actividades que requieren esfuerzo físico, ya que reducen la sensación de cansancio. En ambos casos, tanto subjetiva como objetivamente, afectan al desempeño ocupacional y refuerzan la ejecución de actividades porque facilita la realización de las tareas. Sin embargo, el uso continuado desregula, altera el adecuado esfuerzo y disciplina para el aprendizaje. El consumo de las anfetaminas interfiere el itinerario ocupacional para el estudio, deja de ser funcional y adaptativo.

Su uso más extendido está relacionado con actividades sociorrelacionales de ocio recreativas y de diversión de fin de semana.

- c) Nicotina. Se obtiene de la hoja del tabaco, es una droga legal de amplio consumo y socialmente aceptada, con todas las características tóxicas y adictivas de cualquier otra. Puede diferenciarse de otras drogas por que apenas distorsiona la capacidad perceptiva del individuo. El fumador cotidiano experimenta leves efectos estimulantes, relacionados con el incremento de los componentes del desempeño ocupacional, en concreto en las capacidades necesarias para el aprendizaje y la

memoria. El posible efecto calmante que experimenta el fumador acomoda el estrés que sufre frente a la realización de las ocupaciones de la esfera cotidiana, productiva y de ocio, es un hábito muy asociado a diferentes comportamientos ocupacionales. En la ejecución de las tareas cognitivas la privación de nicotina provoca un deterioro en la ejecución de las mismas que se revierte con la administración de nicotina, lo que mantiene el consumo del cigarrillo y dificulta su abandono.

d)Xantinas. En este grupo se encuentran la cafeína, contenida en el café, té y cacao, la teofilina contenida en el té y la teobromina presente en el cacao. Sus usos moderados forman parte del contexto y manejo ocupacional cotidiano. Son sustancias de alta aprobación social que acompañan en el desempeño de todas las áreas ocupacionales, crean cierto estado de bienestar para la realización de las tareas del día a día, elevan la capacidad intelectual, motora, incrementan y promueven un pensamiento rápido y claro, disminuyen la sensación de fatiga y aumentan el estado de alerta. El consumo elevado impide un desarrollo óptimo de las actividades por aparecer alteraciones de tipo: nerviosismo, intranquilidad e insomnio, interfiriendo en las áreas de ocupación, principalmente en el área del sueño y descanso.

3.Perturbadoras del SNC y de la ocupación, disfuncionalizadoras: sustancias que alteran el funcionamiento ocupacional, provocan distorsiones de la realidad de diferentes tipos, alucinaciones, delirios etc., además actúan en el estado de ánimo y en el rendimiento general respecto al desempeño ocupacional.

a)Alucinógenos: LSD, mescalina, etc. Los alucinógenos son sustancias psicodélicas o psicodisléticas que producen ilusiones que distorsionan o intensifican la percepción sensorial del mundo del consumidor. Algunas se obtienen directamente de diversas plantas y otras se fabrican de forma sintética en laboratorios.

Se han utilizado, principalmente la mescalina, en distintas civilizaciones por su capacidad de modificar la conciencia, han sido y son usadas en contextos ritualistas, en ocupaciones de corte sagrado y ceremonias religiosas, para trascender y entrar en contacto con la divinidad.

Estas sustancias, principalmente el LSD, se empezaron a utilizar en Europa y Estados Unidos en los años sesenta con la aparición de movimientos psicodélicos, en contextos ocupacionales de ideología contracultural.

Es destacable la exacerbación e intensificación de las respuestas sensoriales que produce su consumo, de manera que los sonidos se ven y los colores se oyen, sinestesias, se modifican las formas y tamaños de las cosas, de los colores e inclusive de los ruidos. Todas estas propiedades hacen muy atractiva su uso como fuente de inspiración para el desempeño de ocupaciones significativas, relacionadas con actividades de carácter creativo, expresivo y en general de las artes escénicas, plásticas, audiovisuales, pictóricas, literarias y musicales.

La vivencia que experimenta el consumidor bajo sus efectos es subjetiva e irrepetible. La droga dirige y controla la mente y las funciones productivas, incrementándose y reforzándose de forma directa la interdependencia entre las habilidades funcionales que se requieren en el desempeño ocupacional; los componentes sensoriales, los motores y los cognitivos, y la realización y resultado final de las actividades en el desarrollo de la ocupación.

Sus efectos varían y pueden ser impredecibles dependiendo del estado de ánimo, de la actitud mental previa del consumidor y del ambiente en el que consume. Las alteraciones en la percepción de la realidad pueden dar lugar incluso a auténticas alucinaciones y delirios. Aparecen dificultades de concentración y control del pensamiento, verborrea, hiperactividad y descoordinación motora.

La experiencia puede ser en ocasiones desagradable. Pueden aparecer reacciones de pánico, megalomaniacas (como querer volar o andar sobre el agua) pérdida completa del control emocional, desorientación, ideas de culpabilidad e incapacidad, que pueden inducir al suicidio, y también a estados depresivos, perturbación paranoide, estados de confusión generalizada con reacciones violentas al pensar que pueden ser atacados. Por tanto, esta situación puede ser peligrosa para el individuo y para los demás.

El consumo a largo plazo provoca sintomatología de insomnio, temblores, pérdida de apetito, convulsiones, delirios paranoides e incluso psicosis. Loslashbacks aparecen de forma sorpresiva, incluso meses después del uso inicial.

En la actualidad es usada como droga recreativa en contextos ocupacionales de actividades de ocio de fin de semana por jóvenes y la frecuencia de consumo no suele superar la periodicidad semanal.

A nivel ocupacional todos estos efectos pueden afectar al rendimiento y al funcionamiento global cotidiano de las actividades de la vida diaria (AVD, AIVD), al sueño y descanso, a las actividades de trabajo o estudio y a las actividades de ocio, dependiendo de la incidencia del consumo y la vulnerabilidad del individuo. Modifican la competencia y eficacia en el desempeño de actividades en el entorno físico, social y cultural de la persona.

- b)Cannabis y derivados: hachís, marihuana, aceite de hachís. El cannabis es de origen vegetal, considerado un alucinógeno menor procede de la planta Cannabis sativa de la cual se extraen sus dos principales sustancias de consumo, la marihuana que son las hojas de la planta, y el hachís que es la resina que produce la planta para protegerse del sol y del calor. Cuanto mayor sea la exposición de la planta al calor mayor es la producción de resina y mayor es la concentración de su principal principio activo el THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). Ha tenido y tiene diversas utilidades en

cuanto a sus usos y según los contextos ocupacionales a lo largo de la historia.

Como materia prima, en la industria textil, el cáñamo proporciona una fibra extremadamente resistente que se utiliza para confeccionar prendas de vestir, calzado y otros instrumentos como cuerdas y redes, e incluso como papel, parecido al papiro egipcio.

Por sus propiedades enteógenas es reconocido su uso religioso y ritualista en todas aquellas civilizaciones, tanto desaparecidas como actuales, un ejemplo sería en el culto rastafari. En aquellas sociedades donde el cannabis es usado con motivos religiosos, es común su empleo en la vida cotidiana, es decir, en las actividades de la vida diaria se asume de forma natural ya que la sustancia está integrada en su cultura.

En el occidente de Europa en los siglos XIX y xx, se exploran y se experimentan las propiedades químicas y medicinales para su uso terapéutico en el ámbito científico como remedios para trastornos en el estómago, náuseas, vómitos y como inductor del sueño, entre otros. Paralelamente se utiliza en entornos intelectuales restringidos y exclusivos de carácter artístico y cultural, compatibles con experiencias creativas, en reuniones y tertulias, según épocas.

En España su uso como droga recreativa y de evasión comienza a partir de los años sesenta, se hizo más popular principalmente entre los jóvenes, en contextos en torno a la música, en el ocio en reuniones de amigos.

En la actualidad es la droga ilegal más consumida en España, suele estar asociada al alcohol. Su consumo no genera aparentemente preocupación social, aunque cada vez se pone más de manifiesto el riesgo que implica su uso principalmente en los jóvenes y adolescentes por su alta vulnerabilidad neurobiológica. Puede desencadenar trastornos mentales, reacciones agudas de

ansiedad, ideaciones paranoides hasta psicosis y esquizofrenia. Dificulta el desarrollo y disminuye la función de las capacidades o componentes del desempeño ocupacional necesarios en el aprendizaje, en concreto las que tienen relación directa con la memoria, la atención, la concentración y la abstracción.

Provoca problemas de rendimiento y dificultades en el área productiva del desempeño ocupacional en el contexto formativo-educativo, escuela, instituto, módulos profesionales, universidad, ya que se evidencian peores resultados académicos, menor satisfacción escolar y actitudes negativas en todo lo relacionado con dicho entorno, e inclusive en ocasiones se llega al absentismo, fracaso o abandono del circuito educativo.

Respecto al ámbito laboral, las repercusiones en cuanto a la funcionalidad son las mismas, pero sus consecuencias negativas pueden verse agravadas por las características y exigencias operativas de la actividad laboral que se vaya a desarrollar, como ocurre cuando se asocia a situaciones como la conducción de vehículos, con el uso de maquinaria, en la ejecución de tareas complejas que exigen coordinación motora, influye negativamente en la actividad psicomotriz.

Como sustancia psicoactiva, se evidencian síntomas de abuso o dependencia. La tolerancia se alcanza en poco tiempo, y desaparece después de unos días sin consumir. Su consumo continuado provoca daños orgánicos y psicológicos. No produce dependencia física de intensa entidad, sin embargo su privación desencadena ciertos síntomas físicos como temblores, dificultades para dormir, ansiedad, pérdida de apetito e irritabilidad que ceden al consumirse de nuevo el cannabis.

Genera dependencia sobre todo psicológica, "el síndrome amotivacional" que, en algunos casos, se da en consumidores crónicos. Se desarrolla y se caracteriza por la desmotivación por la

ocupación, falta de deseo de disfrutar de lo cotidiano, de esforzarse por algo o tener intereses salvo por todas aquellas actividades que tengan relación directa o asociada con el consumo. Al mantener y prolongar este estado de baja implicación, indiferencia y desinterés en actividades necesarias, como son todas las actividades contenidas en las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio, se produce un aislamiento social, reducción de su potencial ocupacional y en algunos casos una privación ocupacional sostenida.

Todas las funciones anteriormente descritas están gestionadas y reguladas por el sistema cannábinoide endógeno. Cuando se activa de forma externa por el consumo, provoca alteraciones que van a perturbar el funcionamiento de los componentes del desempeño ocupacional en sus respuestas, descoordinación psicomotriz, enlentecimiento motriz. Se dan respuestas emocionales y cognitivas, desinhibición, relajación, alegría desmedida, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo, irritabilidad, risas inusitadas, inquietud, nerviosismo, sentimiento de felicidad, alteración y distorsión de la percepción sensorial, pseudoalucinaciones, dificultad para pensar y solucionar problemas (funciones ejecutivas), pérdida de memoria, empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención ante un estímulo o ejecución de tareas en cualquier actividad y, por consiguiente, una clara repercusión en la conducta y del comportamiento ocupacional.

La experiencia subjetiva que da la sustancia es clave para el mantenimiento del consumo. Los factores sociales, individuales y ocupacionales pueden influir más que los farmacológicos condicionados por sus efectos psicodislépticos.

La interdependencia del consumo de cannabis en contexto de ocio con el grupo de iguales está muy extendida y normalizada, el individuo se aísla en el grupo de consumo, sintoniza en él, y en el caso de los adolescentes puede ocurrir que no se realice el

aprendizaje y entrenamiento de comportamientos y estrategias para las habilidades de relación en el medio natural, lo que supone un hándicap en el proceso de aprendizaje para su correcta maduración.

c)Inhalantes: pegamentos, acetonas, disolventes, bencenos, poppers, etc. Este grupo abarca múltiples sustancias químicas altamente tóxicas, de uso industrial y doméstico, las más conocidas son: aerosoles, pegamentos, disolventes volátiles, como pintura, gasolina, barnices, lacas, y los gases como el butano, y el propano. Son muy accesibles, pues los podemos encontrar en tiendas y en nuestro propio domicilio.

En las civilizaciones antiguas se utilizaban en rituales religiosos ancestrales en el contexto integrador de sus ocupaciones y roles de marcada identidad social. Inhalaban perfumes, especias quemadas, ungüentos y otros, costumbres que aún hoy se conservan. Sin embargo, la utilización o consumo de estos productos, como sustancias de abuso se inicia en EE. UU., durante la década de los 50 y desde entonces se ha extendido por todo el mundo.

Sus consumidores habituales son niños y adolescentes de entre 9 y 15 años, principalmente provenientes de ambientes urbanos marginales, que empiezan experimentando. Se consume en el grupo de iguales, confiriendo al niño y al adolescente una incipiente desadaptada identidad ocupacional, asociada a comportamientos ocupacionales disfuncionales y antisociales. El contexto de consumo es variado, pudiendo realizarse en casa, en la escuela, en espacios abandonados como viejas estaciones de tren o escombreras, etc.

Sus efectos agudos, tras la inhalación, provocan una rápida intoxicación, aunque la duración de estos es escasa y es por ello que le dedican mucho tiempo a la conducta adictiva, para mantener el efecto buscado. El consumidor quiere inhalar constantemente para mantener la sensación que, en líneas generales, va a ser similar a la de los analgésicos, enlenteciendo las funciones del cuerpo.

Generalmente, se produce aturdimiento, habla confusa y perturbaciones visuales e inclusive alucinaciones. Los sujetos pueden responder de forma agresiva con conductas temerarias o extrañas, pudiéndose llegar incluso a pérdidas de conocimiento, a sufrir accidentes e incluso a la muerte por encontrarse bajo efectos de una intoxicación grave semejante a la etílica.

Desarrollan tolerancia en poco tiempo y dependencia psicológica significativa. Ante la supresión de la sustancia aparece un alto grado de ansiedad y fuerte deseo de inhalar, sin embargo, no existen pruebas de dependencia física. Su uso crónico causa daños en órganos como hígado, riñones y, en casos extremos, cerebrales. Provoca cambios en la personalidad y confusión mental.

A tenor de sus efectos, de la edad de inicio y al estado prolongado de exclusión para implicarse en ocupaciones significativas por estar el individuo fuera del control de los entornos socializadores, educacionales (absentismo escolar), no podríamos siquiera hablar de desequilibrio ocupacional entre las áreas del desempeño ya que existe una incapacidad manifiesta para administrar las ocupaciones que ni siquiera están instauradas. Por otra parte, las demandas de sus roles ocupacionales se satisfacen en el grupo de iguales hasta el punto de comprometer la salud y sus expectativas de futuro, por tanto hablamos de un estado de privación ocupacional.

Hacemos una mención aparte al popper, al que se le incluye en el grupo de los inhalantes. Se trata de un líquido incoloro que se inhala, nunca puede ser ingerido. Su uso principal está asociado al aumento de la excitación y deseo sexual, crea tolerancia, lo que unido a la breve duración de sus efectos la convierte en una droga de alto riesgo.

d)Drogas de síntesis. Bajo este nombre se agrupa un amplio conjunto de sustancias producidas por síntesis química. Principalmente

contienen distintos derivados anfetamínicos u otras sustancias que tienen un efecto estimulante, y en ocasiones se les añaden y se combinan con componentes de efectos alucinógenos de intensidad variable, entre los que se encuentran las metanfetaminas como el MDMA-éxtasis, GHB-éxtasis líquido (gamma-hidroxibutirato), el MDA-droga del amor, MDE-Eva, Poppers (nitritos de amilo). Los anestésicos disociativos como la ketamina, el PCP o "polvo de ángel" (fenciclidina). Speed (feniletilaminas).

Muchas de ellas fueron descubiertas hace años por laboratorios farmacéuticos, que al estudiar sus efectos perturbadores decidieron abandonar las investigaciones. En la actualidad no tienen interés en cuanto al uso terapéutico, y son utilizadas como sustancias de abuso de consumo habitual o esporádico.

Sus principales usos se centran en el área del desempeño ocupacional de ocio, asociado a actividades de diversión juvenil, fiestas, conciertos, unido a ambientes musicales de "techo"... Producen efectos estimulantes y vigorizantes en las destrezas y capacidades mentales, emocionales y motoras que se requieren en el desempeño de las actividades asociadas a esa alternativa de ocio.

Sus efectos inmediatos suponen una leve euforia asociada a una sensación de bienestar físico y psíquico que incrementan la locuacidad, la sensación de mayor cercanía, de conexión con los demás y de confianza personal por el aumento de la percepción a través de los sentidos, en especial el tacto. Asimismo, da más fuerza y resistencia, "aguante" durante horas para la realización de ejercicios físicos, como bailar frenéticamente durante todo el fin de semana, debido a la baja percepción de respuestas defensivas como el dolor y el cansancio. Estas propiedades propician su uso recreativo en contextos ocupacionales de relación social, por incrementar las posibilidades de gregarismo, sociabilidad, de sensación y convicción de mejor sintonía en las relaciones interpersonales, aunque todas ellas no dejen de ser falsas

percepciones. Otro efecto es el aumento del deseo sexual, por la desinhibición en la emotividad, todos ellos causados por el incremento en la actividad de ciertos neurotransmisores cerebrales.

Aunque, en principio, suelen tener un patrón de consumo asociado a estos eventos o momentos recreativos en contexto de fin de semana, la repetición del consumo en una misma noche o en un espacio corto de tiempo aumenta peligrosamente los efectos agudos adversos tanto físicos como psíquicos. Los de tipo físico que acompañan a su uso son náuseas, visión borrosa, insomnio, contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, hipertensión, fallo cardíaco, y el más peligroso, el conocido como "golpe de calor" por la elevada actividad física y su consiguiente deshidratación. En cuanto a los efectos psíquicos, destacan ansiedad, agitación psicomotriz y comportamientos violentos o de riesgo, por ejemplo en la conducción de vehículos.

En las horas o días siguientes a la ingesta de la droga se produce una reducción de ciertas habilidades mentales, en especial para el estudio, la memoria y de la capacidad del individuo para procesar información que van a provocar una disfunción ocupacional, en sus áreas y destrezas del desempeño de la ocupación. No solo van a afectar a la capacidad de funcionamiento ocupacional sino también a sus cometidos y competencias ocupacionales.

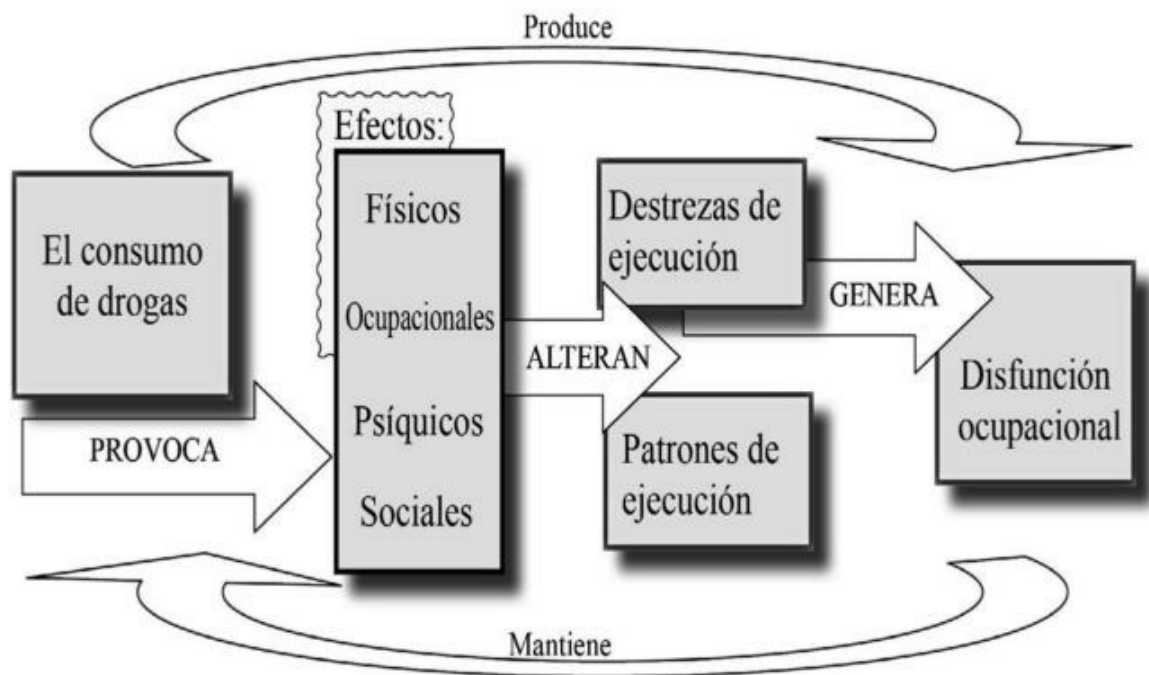


Figura 1.1. Drogas / Disfunción ocupacional.

Las drogas de síntesis generan comportamientos reforzantes de su consumo entre los jóvenes, por lo potente y duradero de sus efectos, lo higiénico de su administración y la facilidad de elaboración. Estas circunstancias sumadas a sus efectos y a la volición del individuo van a inferir de forma negativa en el aprendizaje ocupacional y en la preparación personal necesaria que les permita conocer, identificar y elegir posibles actividades para desarrollar aficiones e intereses individuales y grupales, con el fin de poder llegar a disfrutar plenamente de un ocio adaptado al contexto ocupacional y a las características y necesidades de cada uno de los jóvenes; es decir, a definir su rol e identidad ocupacional a este respecto, y así poder gestionar y ocupar el empleo del tiempo libre en un empleo libre del tiempo, que le permitan una buena y placentera capacidad del disfrute saludable del tiempo de ocio.

Tras un consumo prolongado se produce tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia que van a afectar al funcionamiento

ocupacional cotidiano. Este desajuste o disfunción en el desempeño de las ocupaciones se ve agravado por los efectos crónicos del consumo al sufrir daños evidentes en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, irritabilidad, pérdida de apetito y una mayor probabilidad de sufrir alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, y sintomatología obsesiva, ideación paranoide, psicosis, y trastornos del sueño, que van a repercutir de forma directa en el régimen ocupacional, al desregular hábitos y rutinas de las áreas del desempeño.

#### 1.1.2. Patrones y perfiles de consumo de drogas/ comportamiento ocupacional

Los patrones hacen referencia a la forma en que un sujeto utiliza cualquier sustancia que tiene potencial de abuso en el contexto ocupacional de referencia. Podemos establecer varios niveles en función de su frecuencia.

##### A) Patrones de consumo

- ✓ **Experimental:** consumo fortuito durante un periodo de tiempo limitado. La droga se prueba pero no se consume más. Puede ser un solo consumo o varios. Es paso iniciático obligado para todas. Está relacionado con comportamientos ocupacionales asociados a contextos de actividades de ocio y búsqueda de nuevas o transgresoras experiencias. No provoca, en general, repercusión alguna en la funcionalidad y el rendimiento ocupacional.
- ✓ **Ocasional:** consumo intermitente. La persona discrimina cuál prefiere y cuándo quiere usarla. Las sustancias que el individuo consume tienen potencial de abuso, aunque en un principio no le generan problemas. El consumo siempre es puntual, puede no repetirlo en ese día y no lo hace en los días sucesivos y puede permanecer luego meses sin probarla. La conoce, la emplea cuando lo desea, pero no la necesita y su utilización siempre es esporádica.

Se incluirían los consumos abusivos centrados en los fines de semana de determinadas sustancias, alcohol, cocaína, drogas de síntesis, cannabis... En este caso si estas circunstancias se dan con frecuencia hablaríamos de abuso de sustancias.

✓ **Abuso:** es la consecución de un patrón desadaptativo progresivo que va a inferir en el comportamiento ocupacional ya que:

-El consumo recurrente de sustancias da lugar al incumplimiento de obligaciones vinculadas con las áreas ocupacionales en el trabajo, la escuela o la casa.

-El consumo recurrente de la sustancia no permite dejar de hacerlo en situaciones en las que realizarlo es físicamente peligroso.

-La existencia de consumo continuado de la sustancia se mantiene a pesar de tener problemas sociales, ocupacionales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

✓ **Habitual:** consumo diario. Compromete a todas las ocupaciones del individuo, dedica todo el tiempo a pensar, buscar y autoadministrarse la o las sustancias y reducir o aliviar el malestar psicoorgánico que padece.

En ocasiones el consumidor utiliza la sustancia cuando no puede asumir el esfuerzo que requiere el desarrollo de una actividad, por ejemplo laboral, y así puede mantener el rendimiento ocupacional. Cuando la relación del individuo con la droga adquiere mayor importancia y ya afecta a las áreas del desempeño ocupacional y de sus relaciones con el entorno, y la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos, relacionados con ella, y existe un patrón de repetida autoadministración que implica fenómenos de tolerancia, abstinencia, ingesta compulsiva, craving (necesidad irresistible de consumo), hablamos de dependencia

de sustancia/s.

✓ Las características básicas de la dependencia son:

Tolerancia, mecanismo por el cual el individuo necesita consumir cantidades mayores de la sustancia para alcanzar los efectos deseados.

Síntomas de abstinencia, consisten en el conjunto de signos y síntomas fisiológicos u orgánicos, psicológicos o cognitivos (síndrome) que se ponen de manifiesto cuando se deja de consumir una o varias drogas y provocan comportamientos y desempeños ocupacionales desadaptativos.

La dependencia por tanto es la situación formada por una diversidad de factores que en su conjunto impulsan al sujeto a seguir consumiendo de forma continua o regular para sentir los efectos de la sustancia o para evitar el malestar de su retirada. Estas circunstancias pueden generar un patrón ocupacional desadaptativo pudiéndose instaurar una identidad ocupacional inadecuada para el individuo.

Compulsión, característica en la dependencia de sustancias, el sujeto toma la sustancia en cantidades mayores de las que pretendía, o durante un periodo de tiempo mayor que el que se había planteado (consumo compulsivo). Por tanto se interrumpen, total o parcialmente, el patrón de ejecución ocupacional funcional (hábitos, rutinas, rituales y roles).

## B) Perfiles

Haciendo un análisis del patrón de consumo podemos establecer ciertas características para definir los perfiles en la población consumidora. Por ejemplo, podemos hablar de un perfil de adolescente con consumo abusivo de cannabis y alcohol en contexto de ocio gregario de fin de semana; de

alcohólico crónico que necesita de su dosis de forma continuada a diario, patrón de consumo que presentan también los heroinómanos ya que la heroína genera rápidamente síndrome de abstinencia con sintomatología de fuerte malestar en un tiempo limitado de horas; de jóvenes con consumo de estimulantes (cocaína) y alcohol en tomo al ocio sociorrelacional.

El perfil nos viene dado por el tipo de sustancia que se consume, el contexto, la frecuencia de ese consumo, la edad del individuo, las actividades que van asociadas a ese consumo y, si seguimos afinando, podemos hablar incluso de un perfil en el que se asocia el consumo para la sexualidad, puede mejorar el umbral sexual (estimulantes).

La actividad humana varía en los diferentes perfiles. El perfil del consumidor crónico de cannabis puede llegar a un síndrome amotivacional que puede llevarle a aumentar los riesgos de generar una alienación ocupacional. Cada perfil puede tener diferentes repercusiones, puede verse afectada alguna competencia o área como la formativa en los jóvenes.

Si unificamos a los individuos con un perfil parecido podemos hablar de población diana que describe a grupos con rasgos comunes en lo que respecta a su desempeño o perfil ocupacional.

El concepto de perfil es de utilidad porque facilita la comunicación interdisciplinar, como el diagnóstico psiquiátrico nos acerca a una mejor comprensión del cuadro clínico, la etiología y la posible evolución del paciente, no obstante nunca olvidaremos que cada individuo es único y sus necesidades son diferentes por lo que el diseño de intervención o la hipótesis de tratamiento no son estándar para un tipo de perfil general, sino ajustadas a las necesidades específicas del propio perfil del paciente.

### 1.1.3. Conceptos básicos en el tratamiento de las adicciones

Por el origen multicausal, multifactorial, y las diversas áreas y aspectos personales que se ven afectadas en las drogodependencias es necesario hacer un abordaje multidimensional, integral e integrador que dé respuesta a los

diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales del paciente con un problema de adicción. Estos aspectos influyen en el consumo y tratamiento de las drogas y explican algunas de las diferencias por las que las personas reaccionan a ciertas sustancias de formas diferentes. El proceso de adicción es por tanto el resultado de la interacción entre la sustancia, las características personales de quien las consume, el contexto o entorno donde se consume, el momento y las actividades asociadas.

Esta comprensión del fenómeno de la adicción desde una vertiente biopsicosocial-ocupacional nos ofrece conocer, explicar y comprender mejor el proceso de la adicción y establecer una eficaz intervención en los programas de prevención, tratamiento y reinserción.

Los factores o indicadores que se han de tener en cuenta en el consumo y en la intervención en el tratamiento de drogas son biológicos, psicosociales y ocupacionales.

#### A) Biológicos

Entre los aspectos biológicos destacan:

- El sexo. Las mujeres sufren más los efectos de las drogas por su mayor porcentaje de grasa corporal frente al hombre, por tanto, tienen una mayor concentración de la sustancia, un mayor efecto y una eliminación más lenta.
- El peso. La concentración de una droga en sangre depende de cuánta sangre y otros fluidos haya en el cuerpo, ya que estos diluyen la droga absorbida, a mayor peso más fluidos y por tanto más posibilidad de mayor disolución de la sustancia en los mismos.
- La edad. Los niños, los jóvenes/adolescentes son más sensibles que los adultos, presentan mayor vulnerabilidad, tanto en los efectos como en las consecuencias negativas asociadas al consumo. Cuanto menor es la edad de inicio de consumo mayor es la probabilidad de que se genere

un daño en los procesos cerebrales que afectan el desarrollo de la maduración personal. Que se mantenga el consumo y continuar probando otras drogas tanto legales como ilegales es más susceptible en edades tempranas.

-Otros, como la complexión física, la influencia en el organismo y las consecuencias patológicas, son indicadores fisiológicos que también hay que tener en cuenta para determinar la vulnerabilidad a la sustancia de uso.

Según los estudios realizados, existe una influencia genética significativa sobre las diferencias individuales en relación con la sensibilidad a la droga, la tolerancia, la dependencia, la retirada de la droga o abstinencia, así como también sobre la conducta de búsqueda, principalmente en el alcohol. La fármaco-genética no solo está basando sus investigaciones en adicciones, sino también como terapia génica para todas las enfermedades, tanto en el uso indicado de fármacos terapéuticos, que den respuesta para mejorar las alteraciones del paciente, como para detectar los no eficaces o perjudiciales. Se considera que cada sentimiento, emoción o conducta que tienen los seres humanos está basado en la actividad cerebral propia de cada individuo.

En cuanto a los aspectos biológicos ligados a la sustancia hay que tener en cuenta: el tipo de droga y efectos, cantidad consumida, frecuencia, la vía de administración, asociación con otras sustancias, accesibilidad y disponibilidad.

## B) Psicosociales

A veces la acción farmacológica de la droga es menos importante que los factores ajenos a esta, nos referimos al ambiente en que se consume y a los efectos que el sujeto espera conseguir. Es decir, las expectativas que tiene el sujeto que consume pueden influir en los efectos.

Los aspectos psicosociales son aquellos aspectos de la personalidad relacionados con las expectativas, los conocimientos, las creencias y las

actitudes que tiene un individuo sobre las drogas, la búsqueda de sensaciones, experiencias novedosas, aunque para ello se exponga a riesgos físicos y sociales.

Aunque el consumo de drogas es una conducta individual, la conducta está condicionada por la interrelación de factores personales, sociales y ocupacionales determinados desde su nacimiento; por su ambiente inmediato, al que está vinculado afectivamente y que conforma los elementos básicos de su socialización y su identidad ocupacional que son la familia, la escuela o trabajo, el grupo de amigos y el ambiente sociocultural (entorno macrosocial) donde se desarrolla el sujeto y el cual contribuye en la creación de su propio sistema de valores y actitudes.

El ambiente sociocultural definirá el sistema normativo legislativo, la ilegalidad o legalidad, el prohibicionismo o uso normalizado de las drogas, la organización o desorganización social, la baja o alta dotación comunitaria de la que por ejemplo dependería un disfrute saludable y positivo del tiempo libre y de ocio.

Los medios de comunicación social, la publicidad, las políticas educativas, las modas ocupacionales, son variables que van a determinar la percepción de riesgo social del consumo de drogas.

### C) Ocupacionales

En este modelo multidimensional la variable ocupacional del sujeto está en interacción permanente con las anteriores. El desarrollo de habilidades y destrezas personales necesarias para un funcionamiento ocupacional adaptativo exige al individuo estar en un estado de disponibilidad permanente frente a los retos que supone la realización de todas las actividades de la vida diaria, formativa y laboral (productiva), de ocio y para la participación social competente.

La interrelación de los aspectos ocupacionales del individuo, el perfil, el patrón y las áreas de la ocupación, sus destrezas de ejecución y la identidad

ocupacional pueden determinar la aparición de la adicción, o por el contrario pueden proteger al individuo de la misma.

## 1.2. Aspectos socioculturales para comprender el fenómeno de las drogodependencias

El consumo de drogas no es algo nuevo en la historia de la humanidad, desde sus orígenes el hombre ha utilizado las drogas asociadas al desempeño ocupacional: para aliviar la fatiga en trabajos penosos, en rituales mágicos-religiosos, curativos y festivos, con el objetivo de proporcionar bienestar. Es relativamente reciente el incremento del consumo de muchas de ellas y está favorecido por diversos factores, como pueden ser la producción industrial de las drogas, basadas en la ley de oferta y demanda aumenta la necesidad de mayor accesibilidad, menor precio, más concentradas, la facilidad y rapidez con que se pueden transportar legal o ilegalmente. A continuación resumiremos los cambios producidos en las últimas décadas que nos ayudarán a comprender y entender el papel que las drogas han tenido y tienen en nuestra sociedad.

En los años sesenta y setenta los hábitos de consumo estaban centrados en dos drogas legales: tabaco y alcohol, culturalmente aceptados. Paulatinamente, se van incorporando a grupos más amplios drogas como el cannabis, los alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína y la heroína, hasta entonces de uso reducido, y en ocasiones elitista. La sociedad comienza a modificar la percepción que tenía de las drogas y a experimentar una vivencia problemática de las mismas por su crecimiento y las nuevas formas de consumo.

Los años ochenta en España se caracterizan por la alarma social que genera el consumo de heroína, cuyo perfil más estereotipado sería: heroinómano cuyo consumo se asocia principalmente a la delincuencia, inseguridad ciudadana, deterioro físico, bajo estrato social y cultural, escasa o nula implicación en proyectos ocupacionales productivos. Ante esta situación las medidas represivas se presentan como solución fácil. A finales de esta

década se abren centros de tratamiento específicos en drogodependencias. Paralelamente en otro contexto ocupacional, la cocaína comienza a adquirir un protagonismo ligado a un rol ocupacional de éxito profesional y alto estatus sociorrelacional, sin olvidar la creencia social de inocuidad de la misma.

En los noventa se aborda el problema de la heroína a través de medidas terapéuticas apoyadas por las administraciones competentes y gran parte de los heroinómanos se encuentran en tratamiento, sin embargo, el cannabis y las drogas de síntesis tienen una clara trayectoria ascendente y también la cocaína aunque en menor medida.

Entre 2000 y 2014 se reduce la prevalencia global del consumo de heroína y se va a encontrar en asociación con consumo de cocaína que experimenta un aumento. Aparece un incremento muy significativo del consumo de alcohol entre los jóvenes y un cambio en los patrones de uso de la población restante caracterizado por la concentración del consumo en fin de semana, principalmente durante la noche de fin de semana, la ingesta de elevadas cantidades de sustancias en un corto periodo de tiempo, de base relacional estrechamente vinculado al grupo de iguales.

La mayor preocupación social se centra en torno a los jóvenes, respecto a las situaciones de abuso de sustancias, no solo alcohol, sino también cannabis, drogas de síntesis, cocaína y otras nuevas sustancias. Estos comportamientos están siendo asimilados socialmente por estar produciéndose una normalización de los mismos.

#### 1.2.1. Adicciones sociales

Se denomina adicción social aquella que se presenta cuando existe una ocupación que se hace adictiva y predomina de forma significativa, interfiere en las competencias y desempeños habituales que el individuo tiene en su identidad ocupacional, provoca un desequilibrio en el régimen y volumen ocupacional debido a cambios en los hábitos y rutinas de, las AVD, en el área productiva y en la de ocio. La familia, los amigos, o el entorno social son los

que normalmente van a detectar cuándo comienza a existir un uso más o menos racional de la actividad o un problema de adicción al detectar cambios en el estilo de vida.

Al igual que en las drogodependencias, aparecen el malestar, el sufrimiento, en un principio, la baja conciencia de haber adquirido un problema que invalida su desarrollo ocupacional adaptado y satisfactorio. El tratamiento se ajusta al que se realiza en drogodependencias en los aspectos básicos: conciencia, cambio y nuevo estilo de vida.

Cualquier actividad puede ser objeto de la conducta adictiva, las más habituales que también suelen acompañar a las drogodependencias y las de mayor preocupación social actual son los juegos de azar (ludopatía), las nuevas tecnologías (redes sociales, móviles, videojuegos...), el sexo, la comida y las compras. En concreto se han concentrado esfuerzos en el estudio del uso problemático y adictivo de las tecnologías de la información y la comunicación, y el juego virtual entre los jóvenes y adolescentes. Al no existir sustancias que produzcan sintomatología evidente, son a veces complicadas de entender, ya que al ser el objeto adictivo "las actividades" y en ocasiones actividades socialmente aceptadas, el trabajo, el deporte, las tecnologías... cuesta discriminar, si se trata de la existencia de un elevado grado de afinidad hacia el uso de las mismas por encontrarse el individuo con una elevada aprobación social, o por el disfrute de la actividad y serle placentera, o si por el contrario cumple criterios diagnósticos de dependencia.

Las llamadas adicciones sin drogas se caracterizan por los mismos síntomas que estas. Se puede decir que una actividad se convierte en adictiva cuando la persona pierde el control sobre ella y deja de poder decidir libremente acerca del uso que hace de la actividad objeto de ocupación. Es decir, existe una compulsión a repetir la actividad (falta de autocontrol), hay aumento en el tiempo y dinero que se dedica a la conducta o comportamiento ocupacional en cuestión, se trata de una adicción a un comportamiento ocupacional. También se puede producir el abandono o dejadez de otras actividades que invalidan áreas de desempeño. Por tanto, centra su atención en una ocupación concreta que reduce su contexto de interrelación

ocupacional y provoca un deterioro de las que hasta ahora habían definido su patrón ocupacional cotidiano.

### 1.2.2. Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas

Como hemos descrito anteriormente, los efectos de las drogas no son iguales para todas las personas que las consumen, ya que las alteraciones dependen de la cantidad que se consuma, de las características de las personas que las consumen y las ocasiones y lugares de consumo. Hay personas que no consumen ninguna droga, otras consumen drogas como el alcohol sin generar abuso y otras en cambio usan una o más y se convierten en adictos.

Hay factores internos y externos en el desarrollo de la persona que pueden poner en peligro su equilibrio ocupacional y que conviene identificar para prevenirlos y evitar en un momento determinado una situación de riesgo de consumo de drogas.

Desde esta perspectiva, el estudio de los factores de riesgo, es decir de todas aquellas circunstancias personales, ambientales y ocupacionales que predisponen al consumo de drogas, y de los factores de protección que son todas aquellas circunstancias personales ambientales y ocupacionales que van a reducir o evitar el consumo de sustancias, son fundamentales para la configuración de programas de prevención, de intervención, y para evaluar las necesidades individuales del sujeto y su entorno.

Existe una clasificación de los factores de riesgo y de protección individuales; microsociales; macrosociales; legisladores; relacionados con la familia, con la escuela, con el grupo de amigos o iguales, con los medios de comunicación, con los modelos culturales, con el sistema educativo, con la oferta e imagen social de las drogas, etc.

La interrelación de diversos factores de riesgo personales, sociales, ocupacionales y de la sustancia, en un momento determinado del desarrollo evolutivo, pueden favorecer los usos problemáticos de drogas, sin embargo, ninguno de los factores tiene un papel fundamental respecto a los demás. La

clave está en la relación de las distintas variables. Ninguno de ellos tiene un carácter determinista, la presencia de un factor de riesgo puede favorecer, pero no determina el inicio de uso de drogas. De igual forma la presencia de un factor de protección no determina, necesariamente, la no aparición del consumo.

De todos ellos, como terapeutas ocupacionales, nos interesaría destacar los indicadores relacionados con comportamientos o roles ocupacionales de riesgo, como son:

- Baja competencia ocupacional, bajas expectativas de disfrute e identificación de actividades de participación y de ocio enriquecedor y saludable, falta de actividades significativas en todas las áreas del desempeño ocupacional (productivas, tiempo libre y de ocio y actividades de la vida diaria).
- Escasa creencia en las habilidades y destrezas del desempeño de actividades, del interés o diversión que produce la actividad. Escasos hábitos y rutinas operativas en el contexto de las ocupaciones cotidianas. Cuando se genera una escasa educación en el ocio en el entorno familiar y en la escuela (privación ocupacional). En grupos de iguales (amigos), alienados ocupacionalmente.
- Escasos recursos sociocomunitarios necesarios para estructurar estrategias que orientan hacia la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento que facilitan y actúan como medio de integración social sobre todo en la niñez y la adolescencia.

En cuanto a los factores de protección lo ideal sería: tener una identidad ocupacional definida y percibida. Mantener un equilibrio ocupacional funcional, organizado y estructurado a través de hábitos y rutinas, conciliación de las áreas del desempeño ocupacional en el funcionamiento ocupacional cotidiano.

Poseer capacidades para administrar las ocupaciones de forma que el

individuo se sienta realizado y satisfecho.

Educación en actividades de participación, ocupaciones placenteras, creativas y recreativas y educacionales, educar en el empleo del ocio.

Volición a la independencia del individuo, autonomía personal. Pertenecer a grupos de iguales que faciliten las oportunidades de ocio alternativas al consumo, ocio enriquecedor. Existencia de recursos sociales y redes sociales que posibiliten el desarrollo de habilidades y roles ocupacionales.

### 1.2.3. Consumo de drogas en la sociedad actual

La sociedad actual es cada vez más permisiva en el uso y consumo de sustancias psicoactivas, esta ha normalizado y asimilado su consumo y se han ido adecuando a actividades ocupacionales en todas sus áreas, sobre todo en las relacionales del ocio.

El hombre continúa usando las sustancias psicoactivas como "muletillas" que le permiten aliviar, curar y mejorar la salud, predisponen a la diversión. En definitiva, hacen más llevaderas las exigencias o momentos de asueto a los que están expuestos en el día a día los sujetos sin detrimento, necesariamente, en este uso de la salud.

En la actualidad las sustancias ilegales en España están principalmente asociadas al uso en contextos recreativos y de ocio, y afecta más a los jóvenes, que las toman por diversión y evasión. El cannabis, la cocaína y las drogas de síntesis son las que han experimentado un incremento y son las más consumidas según los últimos informes del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2013). En contraposición, hay un descenso ya iniciado hace años del consumo de heroína como droga principal, aunque sí continúa su uso en algunos consumidores de cocaína, asociado para reducir los efectos desagradables que esta produce en su "bajada". El consumo de cocaína ha aumentado en España. Es importante señalar que, según el último informe Europeo sobre Drogas de 2013, el cannabis es la droga más frecuentemente mencionada entre los que iniciaron tratamiento por primera

vez, las anfetaminas, los alucinógenos y las drogas de síntesis se mantienen en el mismo nivel de consumo, y las nuevas drogas elaboradas en laboratorio, de síntesis, principalmente estimulantes.

En cuanto a las drogas legales, el alcohol y el tabaco siguen al alza en su consumo, sobre todo en jóvenes. Esta situación actual sigue requiriendo de los terapeutas ocupacionales la constante puesta al día de las actuaciones e intervenciones propias de la terapia ocupacional para adaptarse a las necesidades del desarrollo profesional que se precisa para dar respuesta terapéutica adaptada.

#### A) Patología dual

En las últimas décadas comienzan a asistir a los centros de tratamiento de drogas pacientes con una patología llamada dual. Se entiende por patología dual la situación diagnóstica en la que el sujeto presenta, por una parte, un diagnóstico de consumo de drogas y, por otra, un diagnóstico de trastorno mental. Es decir, la comorbilidad de una enfermedad mental y un uso patológico de sustancias psicoactivas (uso, abuso, dependencia). Estas circunstancias aumentan la dificultad de abordaje terapéutico de dichos pacientes, ya que los dispositivos de referencia, como los recursos de apoyo diseñados en los programas de intervención en drogas y en salud mental, no tuvieron en cuenta en su génesis esta especificidad por su baja prevalencia, pero que aumenta significativamente en la actualidad. Esto obliga a revisar modelos y programas y a poner en marcha acciones encaminadas a establecer mecanismos constantes de coordinación entre los profesionales de las redes de salud mental y de las de drogodependencias y la redefinición de centros específicos de tratamiento que atiendan de forma adecuada a las necesidades especiales de su psicopatología y el uso problemático de sustancias. (Existen comunidades autónomas en España en las que la atención a las adicciones está integrada en dispositivos asistenciales de salud mental).

El terapeuta ocupacional debe hacer una valoración teniendo en cuenta la detección e identificación de síntomas o situaciones desestabilizadoras que impidan el buen desarrollo de destrezas y competencias ocupacionales,

provocadas por síntomas positivos o negativos de su trastorno mental y por el mantenimiento o no de la abstinencia de la droga de consumo.

Los pacientes de patología dual suelen tener, con mayor frecuencia, desestructuración y alteraciones en las destrezas de ejecución. Es necesario intervenir para evitar situaciones de mayor riesgo, a través de la mejora en el desempeño de las denominadas actividades de la vida diaria. Así los pacientes con bajo potencial de cambio al mejorar las AVD, experimentan mejor evolución en su proceso y logran una mayor integración y sentimiento de pertenencia.

Debemos habilitar y dar orientación, apoyo y refuerzo del desempeño de las AVD, tanto de las ABVD como de las AIVD.

El uso terapéutico como medio o como fin de las actividades creativoexpresivas, grupales, actividades físico-deportivas, juego y ocio, entre otras (las posibilidades son infinitas igual que lo son las actividades), propiciadas desde de terapia ocupacional, son para favorecer en los pacientes las relaciones y vínculos sociales y el sentimiento de pertenencia a grupos en los que la adicción no sea el eje conductor. Resultan especialmente útiles ya que estos pacientes presentan una dificultad añadida para la participación social, la integración en grupos normalizados y la autonomía personal.

En la evolución de estos pacientes se sabe de la importancia del mantenimiento de la abstinencia o la reducción del consumo como indicador de mejoría o empeoramiento de su cuadro mental.

En la actualidad existen estudios basados en la prevalencia que se da entre ciertas patologías mentales y el uso de sustancias concretas, por ejemplo, trastornos de personalidad y su prevalencia en el consumo de cocaína sobre todo mezclada con alcohol. Y cuadros psicóticos por consumo de cannabis.

## B) Otras patologías y problemas asociados al consumo

En el consumo de drogas existen riesgos en la salud del individuo,

relacionados con la propia sustancia y con los contextos asociados a la misma. Se tendrán en cuenta las dificultades y alteraciones orgánicas psicológicas, sociales y ocupacionales del individuo ya que van a interferir en el proceso de recuperación, de logro de la abstinencia, y de reducción del daño y del consumo.

La patología asociada al consumo puede obstaculizar el proceso de tratamiento transdisciplinar y la intervención de terapia ocupacional, no se puede obviar y hay que hacer la evaluación pertinente con el equipo de intervención para la posible derivación a recursos especializados, o actuar desde apoyos puntuales o estables desde nuestro recurso.

Desde terapia ocupacional en las limitaciones funcionales por patologías no propias ni específicas de la adicción se tendrán en consideración puesto que influyen en el tratamiento de la drogodependencia, pero no son responsabilidad directa del equipo especializado en adicciones. Si conseguimos abordar la problemática de la adicción directamente repercutiremos para bien en la mejoría y control de las otras patologías asociadas o no al consumo.

Cuando el paciente drogodependiente va resolviendo la adicción puede ir abordando seguidamente otras patologías concomitantes. Por ejemplo, es habitual que el paciente psiquiátrico consumidor de drogas no consiga una estabilidad, un control psíquico, ya que está interfiriendo el consumo de drogas con los psicofármacos, por lo que es necesaria la estabilización de la abstinencia para que el abordaje psiquiátrico dé sus resultados esperados.

El consumo activo de drogas enmascara sintomatología de otras enfermedades en las que los signos patognomónicos desapercibidos quedan ocultos. Es habitual en pacientes alcohólicos que tras mantener abstinencia prolongada comiencen a "dar la cara" patologías propias de la intoxicación etílica, incluso problemas de salud que devienen del estilo de vida y ocupación del paciente en tomo al consumo, e igualmente sucede en el consumo de cualquier otro tipo de drogas. Esto es evidente en el estilo ocupacional de abandono, falta de autocuidados en heroinómanos, en los que

se aprecia un deterioro general a causa de un itinerario ocupacional alejado de la autogestión de la salud, en aseo, alimentación, relaciones, entre otros.

# 2

## **Bases para la intervención indicada y marcos de referencia**

### 2.1. El equipo interdisciplinar

Las organizaciones con sus recursos humanos gestionan el equipo interdisciplinar, donde las áreas profesionales desarrollan sus acciones particulares con objetivos comunes para establecer el plan de intervención integrador. Se elaboran los procesos con el reparto de tareas propias y comunes, se asignan responsables de actos concretos y se marcan líneas de evaluación y mejora.

Habitualmente los equipos interdisciplinarios están compuestos por el área médico-sanitaria, psicológica, de trabajo social y de terapia ocupacional como ejes principales en la intervención en el proceso de tratamiento. Además, se suelen asociar áreas de apoyo como son educadores, monitores, orientadores laborales y formativos, animadores socioculturales, etcétera.

#### 2.1.1. Competencias de terapia ocupacional

El terapeuta ocupacional, como miembro del equipo interdisciplinar, participa en el diseño y desarrollo del programa individualizado de intervención, en su valoración y en la evaluación de resultados.

En cuanto a las competencias propias, a tener en cuenta en su praxis profesional, va a promover la salud y el bienestar, minimizar y prevenir el deterioro, desarrollar o mantener y recuperar el desempeño de las funciones necesarias y compensar las disfunciones instauradas; utilizando técnicas y procedimientos propios individuales y grupales.

En el ámbito de las adicciones hay que identificar las competencias específicas propias que acompañan a la drogodependencia para dar así, desde nuestra área, respuestas terapéuticas a los trastornos físicos, psíquicos, sociales y ocupacionales que van a estar afectados en mayor o menor medida según la problemática de consumo. Las variables no específicas del área ocupacional que van a influir en la forma de aplicar dichas competencias son: la sustancia de consumo, la frecuencia, la motivación para el tratamiento, la presencia de patologías asociadas, la edad, las diferencias culturales o idiomáticas, la situación judicial, el apoyo familiar, etc. Todos estos aspectos que se han de tener en cuenta van a depender a su vez del buen análisis del proceso y del momento de atención, es decir, de la fase del tratamiento en la que se encuentra el paciente, detección y captación, acogida y valoración, vinculación y motivación, desintoxicación y deshabituación, consolidación y reinserción. Desde este enfoque la terapia ocupacional desarrolla las siguientes competencias propias:

Elaboración de la historia ocupacional, para la recogida de información detección de las necesidades e hipótesis de trabajo en los aspectos relacionados con el significado y las funciones de la ocupación con respecto al consumo:

- Áreas y componentes del desempeño ocupacional/funcional.
- Roles ocupacionales.
- Hábitos y rutinas cotidianas y nivel de autonomía en las AVD.
- Capacidad de desempeño de destrezas y capacidades.

-Entorno y contexto ocupacional.

El terapeuta ocupacional a partir de la información recogida realiza: un diagnóstico ocupacional del paciente y una propuesta de intervención, en la que incluirá un programa personalizado que contiene el diseño del itinerario individualizado de intervención ocupacional.

Una vez diseñado el programa se procede al desarrollo o puesta en práctica de las actuaciones específicas que motivan la intervención, teniendo en cuenta, si fuera preciso, la implicación de recursos externos aparte de los propios, lo que exige buen conocimiento de los mismos.

Antes hemos mencionado como mejor escenario el desempeño de nuestro trabajo en el contexto interdisciplinar, aunque los objetivos que se desea conseguir son compartidos, las estrategias, técnicas y contenidos de intervención serán diferentes, a la vez que complementarios y definirán nuestra labor.

Además de las competencias profesionales, con respecto al paciente, el terapeuta ocupacional tiene que desarrollar acciones de gestión en el campo del conocimiento, de la investigación y de los recursos materiales y humanos de apoyo a su cargo.

## 2.2. La recepción de la demanda de atención para la intervención

El paciente drogodependiente para solicitar tratamiento tiene que vencer determinados obstáculos que van desde el estigma y los temores irracionales hasta la vergüenza o la desconfianza. Por ello, es de gran importancia la primera imagen que el paciente recibe de la organización y de los profesionales, por lo que es fundamental que se proporcione un trato afable, desde una escucha activa, y un feedback que le aporte confianza y le dé esperanza de respuesta a su problema (insight).

### 2.2.1. La acogida

Es el primer acto profesional encaminado a generar un vínculo que permita facilitar la aproximación del paciente y que este pueda expresar su demanda. En esta intervención hay ya una primera orientación que aborda sus problemas relacionados con el consumo de drogas.

En esta fase es objetivo prioritario crear este espacio vincular que haga surgir sin restricciones las demandas sentidas del paciente y sus expectativas.

En este espacio, que puede realizarlo cualquier miembro del equipo de intervención, se ha de informar de la oferta de la que dispone y puede dar el centro de atención, intervención y derivación. Si está interesado, se abrirá la historia clínica y se procederá a la firma de protocolos formales. No se comienza a realizar evaluación exhaustiva de área, sino a aclarar dudas, asesorar e informar al usuario y a sus acompañantes sobre las nociones básicas del proceso de intervención, los recursos asistenciales y el equipo interdisciplinar que va a intervenir, y sobre por qué es necesario el compromiso para realizar la intervención terapéutica.

La intervención irá encaminada a relajar los estados de ansiedad que esta nueva situación les genera, y a reforzar la toma de decisión que les ha hecho acudir a solicitar ayuda profesional. Se motiva a seguir el tratamiento y a acudir a las próximas citas pautadas y a los grupos, si así se ha evaluado y acordado.

### 2.3. Principios básicos para el abordaje terapéutico óptimo

La intervención con población drogodependiente requiere del terapeuta ocupacional una gran implicación emocional. Es necesario saber protegerse y cuidarse para dar un trato objetivo al paciente, pues la relación que se establece entre ambos no ha de afectar al terapeuta ocupacional en sus aspectos personales, evitando que se generen situaciones más allá de lo profesional. Por ello, sentando unas bases de idoneidad para la intervención terapéutica se evitan implicaciones fuera de lugar en lo profesional en pro del paciente.

Es necesario generar un vínculo terapéutico desde la escucha activa, con comprensión, transmitiendo apoyo, generando confianza para iniciar y mantener una nueva actitud ante el desarrollo ocupacional en pro de un cambio de estilo de vida, hacia una nueva identidad ocupacional más saludable y eficaz que genere satisfacción personal.

Desde la empatía, debemos crear un clima de trabajo que facilite disminuir las barreras que el paciente drogodependiente pueda presentar. Algunas pautas básicas para generar este vínculo son:

- ✓ Acompasar en el proceso terapéutico, facilitar los cambios necesarios en el individuo, en su entorno relacional y en el contexto social.
- ✓ Reforzar los logros, no señalar solo los errores y, en caso de hacerlo, que sea como fuente de análisis y aprendizaje de cara al proyecto de futuro. Los pacientes drogodependientes, por su estigma, sufren desde muchos frentes la crítica y mensajes de desconfianza y de incapacidad. La familia, el entorno social e institucional, e incluso los propios amigos pueden transmitir ideas de fracaso sin posibilidad de vuelta atrás, por lo que el terapeuta ocupacional tiene que dar un mensaje diferente, alternativo al fracaso, sorprender, apostar y retar con un mensaje optimista con posibilidad de solución y éxito.
- ✓ Adoptar la sinceridad como principio en la colaboración que nosotros aportamos y en la que exigimos por parte de él. Estamos ante una patología en la que se mantiene una doble vida y esta se vertebra a través de la mentira. También hemos de aceptar y aclarar la percepción que tenemos en cuanto a la posible solución de los problemas de adicción y los relacionados con ella. No tenemos la posibilidad de curar (La OMS define la adicción como enfermedad crónica con posibles recidivas), pero sí es posible conseguir un autocontrol de esta enfermedad con un cambio en el desarrollo del comportamiento ocupacional, desadaptativo, por otro más eficaz y ajustado. De tal modo que creando e instaurando unos hábitos y comportamientos, hacia una identidad ocupacional eficiente, es posible acercarse al logro

en cuanto a la calidad de vida y satisfacción personal, desde el dominio y control del problema.

- ✓ Otorgar al paciente drogodependiente desde el inicio de la intervención el protagonismo, la responsabilidad de su evolución de su recuperación y cambio, haciéndole responsable del éxito en el desarrollo del proceso terapéutico. El equipo terapéutico, la familia y los demás apoyos quedan como lo que son, apoyos externos. Son propios del paciente el compromiso, la implicación, la disciplina y el trabajo personal para restaurar rutinas y hábitos ocupacionales más adaptativos y funcionales. De este modo, al profesional se le evita sentirse único responsable del proceso, aliviando la angustia que se genera a veces ante los fracasos del paciente en el programa de intervención, los incumplimientos, la falta de una evolución satisfactoria (que son su responsabilidad).
- ✓ Dar un trato desde el respeto, desde la igualdad y ejercer cada cual el rol que le corresponde. Es importante exigir al paciente respuestas acordes con lo que de él se espera en cuanto a edad, cultura, responsabilidades y obligaciones, teniendo en cuenta sus derechos. Está fuera de lugar dar trato de sobreprotección, por ejemplo hablándole como a un niño o como a un incompetente, o desde una actitud omnipotente. De este modo estimularemos desde el comienzo del proceso seriedad e implicación con compromiso desde las dos partes. (Acuerdo de plan personalizado de intervención de terapia ocupacional) (PPI-TO).
- ✓ No hacer explícito nuestro parecer personal en cuanto a los aspectos que le caracterizan, que no aprobamos de antemano, es decir no juzgar al paciente en cuanto a sus comportamientos ocupacionales en relación con su cultura, creencias, sexualidad, etc. En caso de existir en nosotros prejuicios, estos no han de dificultar el trabajo terapéutico. Si interfieren, debemos trasladarlo al equipo terapéutico para solucionarlo con la intervención desde las otras áreas y poder hacer un distanciamiento. En el peor de los casos, en que nuestros prejuicios

hacia la drogodependencia sean de tal envergadura que hagan que no podamos crear empatía con los pacientes y nos produzcan malestar, debemos plantearnos dejar la intervención en este campo. No es posible ayudar si no hay una comprensión holística del problema y si no creemos en la posibilidad de recuperación del paciente que atendemos, porque es inevitable transmitir y proyectar emociones. Esta situación, aunque implícita en el caso de emociones negativas, disminuye el interés y la motivación del paciente con el tratamiento, su creencia en la recuperación, básica para su autocontrol desde los apoyos intrínsecos.

- ✓ Debemos motivar, estimular y reforzar comportamientos ocupacionales funcionales con posibilidad de éxito. No exponemos al paciente a fracasos al indicarle o incitarle a tareas para las que aún no está preparado o no puede aún afrontar, procurando no proyectar nuestros deseos, aunque creamos que son los más indicados para él. Toda decisión ha de tomarse desde la comprensión, el deseo y el compromiso del paciente.
- ✓ Debemos tener en cuenta los objetivos y la volición del paciente, sus fortalezas y sus debilidades. Tenemos que ayudar a que se marque objetivos realistas y alcanzables, a que aproveche oportunidades y no arriesgue en metas, ocupaciones que de antemano aboquen al fracaso por ser inalcanzables.
- ✓ Hacer uso adecuado de la distancia terapéutica. Debido a la dificultad que presentan algunos de estos pacientes en las relaciones interpersonales, en las que confunden los roles o tratan de manipular para crear lazos de amistad, el terapeuta ocupacional tiene que ajustarse a su rol, que le exige unas responsabilidades, contención y marco normativo básico, señalando el límite y las reglas de la socialización adaptada. Esto implica un buen manejo de las habilidades de relación y empatía, haciendo un uso del tono y del contacto físico adecuados, compartir experiencias propias, etc., pero siempre dejando claras las responsabilidades que su rol le confiere.

- ✓ Mantener la confidencialidad de los datos personales, de la información que nos transmiten el paciente y sus familiares. En la intervención grupal es importante el manejo, por parte del terapeuta ocupacional, de la información aportada por el paciente en la entrevista o intervención individual. No se deberá exponer en la dinámica grupal, y si sucede será por voluntad del paciente, al que se le marcará o guiará si es o no conveniente presentar ciertos datos en el desarrollo del grupo, ya que los objetivos de la intervención grupal están limitados, correspondiendo a la intervención individual otros contenidos propios de su esfera personal. Así protegeremos al paciente y estaremos ayudando a que realice un aprendizaje y entrenamiento de habilidades en las relaciones sociales. En la intervención grupal se manifiestan aspectos comunes dejando los más personales a la entrevista clínica. La información aportada a familiares ha de ser con el consentimiento del paciente y ha de estar circunscrita a datos objetivos, no relativos al área personal, a no ser que este lo acepte y procuraremos se realice en su presencia.
- ✓ La flexibilidad es imprescindible para el proceso de cambio (salud) frente a la rigidez (enfermedad) que impide toda posibilidad de evolución y aprendizaje.

El terapeuta ocupacional es un modelo de comportamiento, ha de ser flexible, saber entrenar en la negociación, crear curiosidad desde el aperturismo. Esta actitud no implica olvidar el marco normativo en el contexto relacional, los límites, lo ajustado y apuntar lo que está fuera de lo aceptable. La rigidez en el terapeuta puede transmitir limitación en cuanto a vías diversas para el cambio, cerrando el abanico de posibilidades que pueden fomentar la confianza para y por el progreso de mejora en la evolución del proceso de intervención y tratamiento.

- ✓ Desde la plasticidad se ha de fomentar la creatividad y la mejoría de la capacidad de improvisación para la adaptación adecuada a nuevos retos y nuevas situaciones, ampliándose así la diversidad de respuestas alternativas a un problema o cuestión. Esta visión es necesaria para

vencer temores y lanzarse a incorporar nuevos patrones ocupacionales. La elección de alternativas más ajustadas y adaptadas al cambio llevaría al paciente a un cambio de estilo de vida necesario para el control de la adicción y sus comportamientos ocupacionales disfuncionales asociados.

- ✓ El paciente dará su consentimiento para hacer uso de sus datos para realizar informes. Se debe mantener la objetividad y el paciente debe saberlo. Se reflejará lo realizado en el programa de tratamiento, la evolución, la evaluación y el cumplimiento y se evitará hacer concesiones, no dar información con intención de beneficiar o perjudicar.

#### 2.4. Marco teórico de referencia y modelos de práctica en terapia ocupacional para la intervención en drogodependencias

Para el marco teórico es necesario que se contemplen los recursos humanos de los que dispone la organización. Los profesionales deben realizar conjuntamente los ajustes precisos, teniendo en cuenta sus intervenciones propias y específicas. Deben dar respuestas adecuadas y satisfactorias a las necesidades que presentan los pacientes drogodependientes, de forma complementaria y eficiente.

El terapeuta ocupacional deberá desarrollar su labor con plena seguridad desde su ámbito, el conocimiento y el manejo de las competencias y técnicas propias de su desempeño profesional. En todo el trayecto laboral, mostrará interés en modelos y marcos que puedan aplicarse de forma eficiente al campo de actuación donde se esté desarrollando profesionalmente, con formación continua, evitando ceñirse, de forma rígida, a un solo modo de intervención.

La terapia ocupacional, sobre todo en el campo de la exclusión social, ha de ser abierta, flexible y enriquecerse de la diversidad de técnicas y formas de abordar las patologías. El terapeuta ha de poseer un gran archivo profesional del que poder ir rescatando alternativas de tratamiento adecuadas y ajustadas

a las características de cada paciente, teniendo en cuenta peculiaridades personales, sociales, culturales, familiares; conociendo factores ambientales e históricos del momento sociopolítico.

Procuraremos acercarnos lo más posible a un modelo ideal, que ha de desarrollarse en un marco transdisciplinar, integral e integrador. Desde un modelo que contempla los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales del paciente con problemas de adicción. Entre todas las áreas de intervención se ha de dar una oferta terapéutica complementaria a un problema multicausal y multidimensional. Cada área lo hace desde sus competencias propias, con sus actuaciones e intervenciones específicas.

El marco conceptual de la terapia ocupacional es la base para desarrollar la metodología, los procedimientos y las técnicas de evaluación, prevención, tratamiento y reinserción propios y la aplicación de los mismos a las necesidades del paciente drogodependiente. La ocupación en el individuo como terapia es lo paradigmático y el marco pragmático del fundamento de la terapia ocupacional.

Desde nuestra experiencia en adicciones hemos seleccionado los modelos de práctica que a continuación explicamos porque son los que dan mejor respuesta a nuestra intervención, es decir se ajustan a los objetivos que en adicciones se priorizan, y nos han dado el encuadre para organizar e identificar las actuaciones que desarrollamos en terapia ocupacional. Además nos garantizan, por su implantación eficaz en el campo de la salud, la comprensión intrínseca de los problemas en drogas y la importancia que tienen en este campo los aspectos motivacionales necesarios en el paciente para el desarrollo del proceso terapéutico.

#### 2.4.1. Marco biopsicosocial-ocupacional

Existe y está descrito ya el marco biopsicosocial (CIF 2001), que contempla las actuaciones e intervenciones de las áreas médica, psicológica y social. Se abordan los aspectos orgánicos físicos del paciente, los psicológicos y los componentes sociales. Pueden estar alterados en mayor o menor medida por

el consumo de drogas. Pueden presentar deficiencias o desajustes también con anterioridad al consumo de drogas, esta situación pudo predisponer el riesgo del inicio o el desarrollo de la adicción.

Apostamos por la incorporación de la terapia ocupacional en este marco aportando un marco biopsicosocial-ocupacional en el que la terapia ocupacional enriquece, refuerza, complementa y aglutina todas las diferentes áreas de intervención, disciplinas con actuaciones e intervenciones propias, incorporando el concepto de la ocupación humana como identidad en sí misma. Una forma de abordaje más adecuado, en la que se define al individuo de forma global, como un ser activo con ocupaciones ajustadas al medio o por el contrario con ocupaciones ineficaces (inadaptadas). La terapia ocupacional tiene en cuenta los aspectos biológicos psicológicos y sociales de forma holística, siendo el comportamiento ocupacional el que engloba, enriquece y nutre estos componentes, unificando y complementando de manera idónea la intervención del equipo interdisciplinar. En su actuación para la modificación del comportamiento ocupacional, interviene en estos aspectos de modo transversal, y lo hace también de forma específica desde los principios propios de la ciencia de la ocupación. En adicciones la intervención de terapia ocupacional se realizará con una visión de arriba (roles y ocupaciones en las áreas del desempeño) abajo (destrezas); evaluando primero, desde arriba, las dificultades generales que están interfiriendo el desarrollo pleno del quehacer ocupacional adecuado del individuo y después iremos descendiendo, evaluando más minuciosamente los aspectos más personales alterados, los aspectos que se refieren al daño orgánico, dificultades o alteraciones psicológicas, y por último las dificultades socioeconómicas y ambientales del paciente drogodependiente.

Nuestra aportación es aunar en el área ocupacional, con entidad propia, a las otras áreas profesionales, complementándose así la cuadratura ideal de intervención en adicciones a una visión global e integral del paciente desde la intervención transdisciplinar en un proceso globalizador e integrador. La terapia ocupacional, desde sus competencias propias y únicas, promueve el desarrollo de actividades y ocupaciones que dan sentido al individuo,

desarrollan su identidad en su entorno social, para participar de forma activa en la dinámica comunitaria. Hace uso de las mismas como medio de intervención terapéutica e instrumento que facilita el cambio.

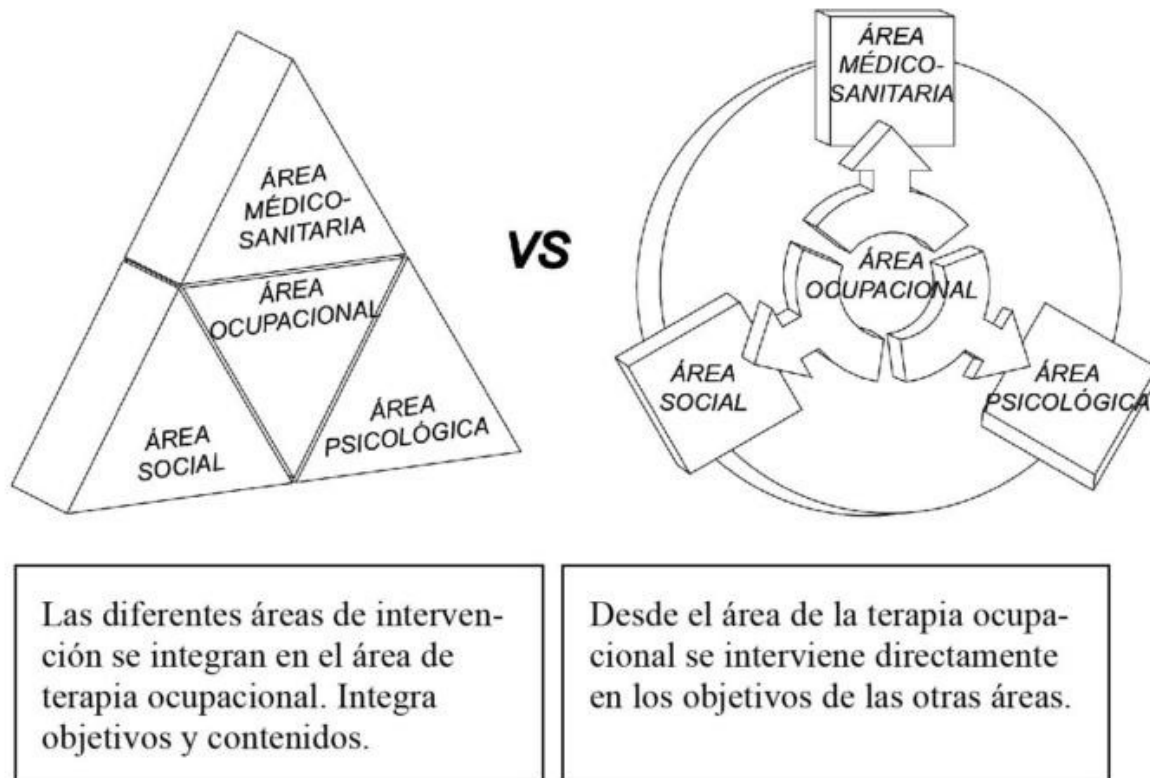


Figura 2.1. Intervención transdisciplinar vs. intervención ocupacional.

Las dos formas de intervenir (figura 2.1) son idóneas y pueden ser complementarias.

#### 2.4.2. Teoría motivacional (Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente)

La teoría que desarrollaron Prochaska y Di Clemente (1983) es clarificadora en cuanto que nos da una imagen definida del paciente desde la cual partir. Aportan un modo de entender los momentos por los que el drogodependiente transita desde y ante la toma de conciencia de su problema y la motivación en su proceso de cambio a lo largo de la intervención. Los autores establecieron

distintas etapas del proceso de cambio al estudiar la evolución de pacientes que realizaron de forma satisfactoria un tratamiento en adicciones y dejaron de usar drogas de abuso. Percibieron los cambios que se producen desde la etapa inicial del proceso de intervención hasta el abandono del consumo y su incorporación social de forma normalizada. Se desarrollaron por la superación de una serie de etapas y se clasificaron de principio a fin como:

- Etapa precontemplativa: es el momento durante el cual el paciente no cree que sea necesario realizar ningún acto terapéutico o abordar algún cambio en su vida, no ve problema que se tenga que solucionar. No existe conciencia de que su desarrollo ocupacional sea disfuncional para sí mismo ni para el entorno.

El terapeuta ocupacional desarrollará su actuación terapéutica desde intervenciones individualizadas y actividades que le ayuden a tomar conciencia de su situación real, de sus limitaciones y de sus posibilidades para poder realizarse ocupacionalmente de forma más adecuada para su bienestar y para que se pueda llegar a adquirir cambios en la estructura de su volición. Se han de aplicar intervenciones hacia el trabajo de autopercepción, autoconocimiento y del control de la realidad de su entorno.

- Etapa contemplativa: es cuando el paciente tiene un acercamiento a la conciencia del problema, ve que hay rutinas ocupacionales de la vida diaria que no le satisfacen y le impiden un desarrollo ocupacional en su entorno que bloquean la posibilidad de conseguir un desarrollo adaptativo y eficaz para alcanzar logros deseados. Atisba necesidad de cambio y se puede plantear dejar de consumir drogas, pero aún no ha dado el paso ni ha hecho nada al respecto.

Es el momento oportuno para ayudarle a identificar la asociación de los comportamientos ocupacionales que generan problema, y por lo tanto a veces malestar, con el consumo de drogas. Después se ha de procurar modificar y aumentar su volición hacia el cambio, intentando lograr que se establezcan colaboración y alianza terapéutica. Es el

momento de iniciar la aplicación de estrategias terapéutico-ocupacionales que motiven hacia compromiso en los cambios de rutinas, implicando su intervención en el proceso de tratamiento, fomentando incorporación de cambios en aspectos básicos de la vida diaria en colaboración con el entorno familiar.

- Etapa de decisión y acción (cambio): es en esta etapa cuando el paciente hace un propósito firme hacia el cambio y decide acciones específicas que así nos lo indican, ha comenzado a realizar y a responsabilizarse en nuevos hábitos cotidianos y percibe la repercusión de los mismos en sí mismo y en su entorno más cercano.

Las intervenciones surten un mayor efecto cuando se realizan en esta etapa. Existe en él conciencia de problema, de necesidad de cambio. Hay una volición en la que aparecen proyectos e intereses que se irán identificando.

El trabajo terapéutico se intensifica gracias a la colaboración e interés del paciente. Desde el área de terapia ocupacional se procederá al continuo rediseño de intervención interdisciplinar y al acuerdo terapéutico con el paciente para definir con él los objetivos y las actividades terapéuticas adecuadas. Estas se implantarán en sus rutinas y hábitos de la vida diaria para que se desarrollen las habilidades ocupacionales hacia el equilibrio ocupacional adaptativo y satisfactorio (el hábito no se instaura de forma permanente en menos de entre tres y cinco meses).

- Etapa de mantenimiento y consolidación de la abstinencia: tras un equilibrio ocupacional funcional el paciente debe mantener las nuevas rutinas, anclar los hábitos saludables eficientes y adaptativos, practicar los recursos y habilidades ocupacionales adquiridos, instaurándolos de forma permanente en su vida y así conseguir mantener una conducta ocupacional adaptada, consolidar la abstinencia y evitar las recaídas.

Se van afrontando las dificultades de la vida cotidiana, que se van

resolviendo desde la abstinencia mantenida a las drogas y se van asumiendo los cambios necesarios para la creación de una identidad ocupacional, construida por roles ocupacionales funcionales reconocidos y reforzados por el entorno. Esta nueva realidad generará proyectos en aspectos de las actividades de la vida diaria, en el trabajo y en el ocio, que son las competencias y los componentes intrínsecos de la terapia ocupacional.

- Etapa de recaída: esta etapa pudo verse como el fracaso del tratamiento, le dio un estigma negativo a la terapia en las adicciones. No sucede esto mismo en otras enfermedades crónicas que también presentan recaídas en su evolución, como la hipertensión arterial o la diabetes, entre otras. También se trata de una enfermedad crónica, con posibles recidivas. La recaída es parte de la enfermedad y cuando sucede se ha de procurar que esta sea lo menos impactante posible y que se resuelva rápidamente.

El paciente como parte de su tratamiento ha de incorporar mecanismos de alerta que le hagan saltar los resortes para prevenir la recaída. Ha de revisar sus circuitos ocupacionales adaptativos para ver las posibles alteraciones ocupacionales que son de riesgo para la vuelta al consumo.

Independientemente del momento y del modo en que aparece la recaída, el terapeuta ocupacional ha de considerarla como un momento o etapa más en la evolución del proceso de tratamiento, una realidad con la que contamos en y para la intervención. Las recaídas proporcionan una fuente de experiencia y aprendizaje para el paciente y para el terapeuta, es el recordatorio de que la adicción es una realidad que se cree, a veces por una o ambas partes, anticipadamente resuelta. El objetivo ha de ser evitar que ocurran, y en caso de no conseguirlo se ha de reevaluar con el paciente y renegociar el plan de intervención, los objetivos, aplicándose las estrategias ocupacionales oportunas y adecuadas que le ayuden a anticipar y le protejan en el futuro, recuperándose el equilibrio y la identidad ocupacional eficaz para

mantener y consolidar de nuevo un estilo de vida normalizado y satisfactorio sin drogas.

Cuando el paciente acude solicitando ayuda a un centro de tratamiento, puede hacerlo durante cualquiera de las etapas anteriores. Esta visión del problema nos facilita un lenguaje común para el entendimiento, la comunicación con el equipo interdisciplinar y con el paciente ayuda en el diseño del tratamiento y en la negociación de acuerdos terapéuticos adaptados a cada momento.

En cada etapa la intervención de terapia ocupacional y de las demás áreas es diferente, ha de ser ajustada a las necesidades y prioridades del momento. El paciente se compromete y acomete la tarea ocupacional de forma distinta. Con la valoración continuada, se adecuará la intervención y el compromiso terapéutico, de forma que sea acorde, no precipitándole al fracaso por no estar realmente ajustado y preparado para afrontar la etapa en la que creemos que se encuentra o quisiéramos que se encontrara. Será un éxito si, además de los acuerdos y el diseño común de objetivos que realizamos en el equipo interdisciplinar, se enmarca con adecuación al paciente en la etapa apropiada, teniendo en consideración las expectativas y posibilidades reales del momento en que está.

Desde esta teoría la finalidad de la terapia ocupacional está en que el proceso de tratamiento, los acuerdos y el diseño del programa individualizado de intervención se han de realizar y concluir respetando las etapas y decisiones del paciente.

La consolidación de cambios será el final, se han de lograr comportamientos ocupacionales más adaptativos, competentes y funcionales que le ayuden a insertarse activamente en el contexto social normalizado y poder así alejarse de la dependencia y adicción y viceversa. El objetivo es conseguir que su nueva identidad ocupacional, al no ensamblar con el consumo de drogas, le proteja de este, pudiendo así normalizar su desarrollo ocupacional adaptado en entornos afectivo-relacionales y sociocomunitarios normalizados.

### 2.4.3. Modelo de la ocupación humana (Gary Kielhofner)

Este modelo se ajusta de forma práctica y eficaz a la intervención desde la terapia ocupacional en las drogodependencias. Incide en las disfunciones ocupacionales propias de esta población y da respuesta a las mismas. Conceptualiza la dinámica subyacente a la ocupación humana de forma global: tanto en la motivación para el desempeño como para la organización del comportamiento y la realización efectiva de la ocupación en las áreas de actividades de la vida diaria productiva y de ocio.

En este modelo al sujeto susceptible de la acción terapéutica se le llama cliente y así se le despoja de la carga que supone el término paciente. Por esto respetamos el término cliente haciendo uso de él en este punto del capítulo. Sin embargo, nos surge utilizar el término paciente al remitirnos al tratamiento del drogodependiente como individuo que padece una enfermedad, siendo este el término que culturalmente se utiliza en el ámbito sanitario.

Aboga por una visión integrada del cuerpo y de la mente como aspectos totales del ser humano. Centrado en el cliente, lo ve como un individuo único, cuyas características determinan la razón de ser y la naturaleza de las metas y estrategias terapéuticas. Observa lo que hace, lo que piensa y lo que siente, como mecanismo y fórmula central para el cambio.

El foco de la terapia es el cambio del cliente, que necesitará realizar las siguientes estrategias compensatorias: incorporar nuevos objetos al desempeño, desarrollar un nuevo sentido de capacidad que permita escoger aquellas tareas dentro de su rango de habilidades, y buscar asistencia con aquellas que no se encuentren en dicho intervalo; modificar los patrones de hábitos para acomodar las limitaciones en la capacidad, encontrar nuevos intereses que reemplacen a aquellos que han de ser abandonados.

De todo esto se desprende el compromiso ocupacional, definido como el desempeño del cliente de una o más formas ocupacionales, y los pensamientos y sentimientos concomitantes que ocurren como parte de la

terapia. Este compromiso ocupacional subraya que se realice desde el punto de vista terapéutico. Debe entrañar una forma ocupacional real, no una actividad inventada; y para que el cliente logre cambiar a través de una acción, del "hacer", lo que se haga ha de ser relevante y significativo para él. Para ello, deberá modelar una capacidad de desempeño para entrenar destrezas en la ocupación; instaurar o recuperar antiguos hábitos que conformen cómo está hecho dicho desempeño; trabajar hacia un rol; experimentar un nivel de satisfacción con ese desempeño; dar un sentido y un significado a lo que se hace; sentirse capaz a la hora de realizar la forma ocupacional.

El modelo de Kielhofner se enmarca en los modelos de tipo adquisicional, en los cuales el comportamiento ocupacional posibilita la adaptación al entorno, permitiendo así el desarrollo del paciente y la modificación del entorno. La teoría de sistemas permite la organización de la conducta ocupacional humana. "Los fenómenos vitales son entidades dinámicas, autoorganizándose que exhiben las interacciones en curso con sus entornos" (Kielhofner, 1995). El paciente drogodependiente ha de generar un nuevo comportamiento ocupacional y este va a influir en el cambio e instauración de un nuevo estilo de vida.

La conducta ocupacional, en la forma más extrema en el drogodependiente, se construye desde la interacción de la tarea y su entorno, el consumo de drogas, la adquisición de las misma en el grupo de iguales, crean las condiciones idóneas para un desempeño ocupacional propio en el que hay una elección, organización y realización de ocupaciones en un entorno regulado por patrones sociales y culturales propios de ese contexto de consumo de drogas. La conducta ocupacional se autoorganiza, mantiene y desarrolla a través de la acción, del hacer en torno a las drogas.

La intervención desde terapia ocupacional es generar una alternativa ocupacional en la que el drogodependiente se implique en la realización de nuevas actividades productivas, actividades de ocio y de la vida diaria, y así instaurar, mantener y cambiar sus propias capacidades, creencias y disposiciones. Para ello, tendremos en cuenta:

- ✓ La volición del paciente, la disposición emocional y cognitiva hacia las ocupaciones que se adquiere a través de la experiencia y permite anticipar experiencias futuras, y el autoconocimiento que le otorga interpretar el comportamiento ocupacional.

El subsistema de la volición se estructura en tres áreas:

- Causalidad personal: las disposiciones y autoconocimiento de las propias capacidades y su eficacia en las ocupaciones.
  - Valores: convicciones que asignan a las ocupaciones, creando una fuerte disposición al desempeño correspondiente.
  - Intereses: disposiciones a encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y el reconocimiento del disfrute de esas ocupaciones.
- ✓ La habituación permite al individuo realizar conductas ocupacionales semiautomáticas. Las rutinas son las características del comportamiento individual correlacionadas con el contexto físico, temporal y sociocultural en el que cada sujeto se desenvuelve cotidianamente. De esta forma se generan y fijan determinados desempeños como consecuencia de la repetición, tanto de los contextos como del comportamiento. Podemos definir este subsistema como una organización interna de información que predispone al sistema humano a mostrar patrones recurrentes de conducta ocupacional, circunscritos a las características de las tareas rutinarias y a los contextos físicos, temporales y socioculturales en que tienen lugar esas actividades.

El consumo de drogas se puede llegar a mantener por los hábitos repetidos. Se han aprendido por medio de la interacción y actuación en ambientes de consumo; permiten que el comportamiento ocupacional adictivo se instaure como costumbre y modo de vida, al menos en parte de su vida social. Se integra y crea un patrón de comportamiento ocupacional que inunda parcelas del contexto sociofamiliar influyendo

en la actividad, quedando muy circunscrita a la obtención y al consumo de drogas. Requiere y organiza el tiempo y se convierte en un estilo de comportamiento en el que el desempeño ocupacional es competente en mantener este estilo de vida.

- ✓ Los roles, la conciencia de identidad social, conllevan obligaciones y un comportamiento ocupacional apropiado e interiorizado. Generan comportamientos ocupacionales propios de ese rol necesarios para responder con patrones de comportamiento ajustados a diferentes situaciones en los que intervienen aspectos personales y sexuales, las relaciones sociofamiliares y la ocupación. Organizan la conducta ocupacional en las interacciones en el desempeño de actividades rutinarias propias del rol que se desarrollan en el tiempo.

La drogodependencia puede en sí misma otorgar al drogodependiente un rol, que aunque el paciente pueda comprender que es un rol inadaptado e ineficaz para su desarrollo ocupacional en el entorno social normalizado, le enviste de identidad y da sentido a su vida, aunque sienta una identidad vacía o compuesta de fracasos en los aspectos personales y sociales, a nivel laboral formativo, familiar, relacional y en el ocio en el tiempo libre. Los hábitos y los roles nos desarrollan e identifican a un determinado ambiente físico social y cultural o a parte de él, se forman y se modifican para la adaptación del individuo al ambiente.

- ✓ El desempeño ocupacional es un proceso dinámico para la realización de ocupaciones elegidas y organizadas, actividades o tareas en interacción con el entorno. Puede generar un funcionamiento ocupacional exploratorio adaptado, competente o con logro para el desempeño de ocupaciones. O por el contrario el desempeño ocupacional (inadaptado) puede generar una total o una parcial disfunción ocupacional, ineficiencia, incompetencia o en el peor de los casos una impotencia para el desempeño de ocupaciones.

Podemos decir que el drogodependiente puede presentar

disfuncionalidad ocupacional si presenta problemas para el desempeño, organización y elección de ocupaciones adaptadas y eficientes. Su contexto sociorrelacional a veces fracasa como soporte o demanda de comportamientos ocupacionales adaptados. Los subsistemas: volitivo, el de la habituación, el del desempeño y el del entorno contribuyen a su posible disfunción ocupacional.

La evaluación de la intervención desde terapia ocupacional hacia el cambio en estos aspectos para la instauración de la volición, la habituación, el desempeño y el entorno podrán conseguir que extinga el consumo de drogas y sus comportamientos ocupacionales asociados. Una nueva identidad ocupacional reforzará el cambio de estilo de vida, protegiendo al drogodependiente de la vuelta al consumo y empoderándole para afrontar los factores de riesgo desde la autoeficacia.

Es propósito de la terapia ocupacional ayudar a crear o mejorar al drogodependiente el escenario ocupacional, espacios, objetos, formas de ocupación y grupos sociales que constituyan un contexto significativo para el desempeño.

Se ha de procurar vincularle en la participación ocupacional, hacerle en su más amplio sentido partícipe en la ocupación a nivel del trabajo, juego y actividades de la vida diaria que constituyen la vida de la persona. Es importante habilitarle para el desempeño ocupacional, acción que conforma un compromiso coherente con el entorno, con habilidades ocupacionales, lo que hace la persona, acción con propósito, acciones observables y con una meta que utiliza mientras lleva a cabo el desempeño, habilidades de comunicación e interacción, comunicar las intenciones y las necesidades, así como coordinar la acción social para actuar conjuntamente con los demás (Forsyth et al., 1997; Forsyth y Kielhofner 1999). Es necesario incorporar gestos, lenguaje, contacto físico participación y colaboración con otros.

- ✓ Su participación en las ocupaciones le ayudará a crear su identidad

ocupacional, sentido compuesto de quién es la persona y los deseos de llegar a ser, como seres ocupacionales que somos, creados a partir de nuestra historia de participación ocupacional. La volición, la habituación y la experiencia del cuerpo vivido están integradas en la identidad ocupacional, y esta incluye: sentido de capacidad y de efectividad para actuar uno mismo, saber aquello que encontramos interesante y satisfactorio para hacer, quiénes somos; definido por nuestros roles y relaciones, qué nos sentimos obligados a hacer y qué consideramos importante, el sentido de las rutinas que nos resultan familiares en la vida, cómo percibimos el entorno, qué nos ofrece este y qué espera de nosotros.

- ✓ La adaptación ocupacional es la construcción de la identidad ocupacional positiva y el logro de competencia ocupacional en el tiempo y en el contexto de nuestro entorno. La adaptación tiene lugar en un contexto específico, con sus oportunidades, apoyos, restricciones y demandas. Nuestro grado de éxito en la adaptación ocupacional se reflejará en las identidades que construya y en la forma en que las represente competentemente, aunque varíen con el tiempo.

## **PARTE II**

# **ACTUACIÓN Y CONTENIDOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN DROGODEPENDENCIAS**

# 3

## **Terapia ocupacional en drogodependencias**

Los terapeutas ocupacionales han incorporado su actividad profesional en el ámbito de las drogodependencias desde la flexibilidad, adecuando los conocimientos de esta disciplina a las necesidades que han ido surgiendo en la evolución histórica del consumo de drogas. Esta adaptación de las técnicas e instrumentos de intervención terapéutica a los diferentes perfiles que han ido surgiendo en los pacientes conlleva un ajuste continuo al aparecer otros patrones de consumo y nuevas sustancias de abuso.

El terapeuta ocupacional observa, identifica y evalúa las capacidades funcionales y el desempeño ocupacional de los adictos.

Los daños en el SNC generan dificultades en las áreas de ocupación, en las AVD, AIVD, como descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio, participación social, por tanto aparecen alteraciones que dificultan el desempeño de tareas con consecuencias negativas en las competencias ocupacionales en el propio individuo y en su desarrollo en el entorno relacional próximo, el comportamiento ocupacional en el paciente tiende a mantenerse con los mismos hábitos contribuyendo así a que se perpetúe el consumo.

El objetivo de la terapia ocupacional es la recuperación del paciente, a través de: la evaluación del desempeño ocupacional y la intervención en los hábitos y rutinas de las AVD, en el ocio, en el área laboral, en la participación

social, y en la restitución de las destrezas y habilidades de ejecución que se requieren en la realización de actividades, ocupaciones significativas, incluyendo componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales para compensar las disfunciones instauradas. Al mejorar este ámbito se incrementa la validez ecológica obtenida por el resto de las disciplinas.

La terapia ocupacional comenzó a dar respuesta al problema de las drogodependencias en España cuando se constató un elevado índice de consumo de drogas en la década de los años ochenta. El uso de heroína se hace protagonista al aumentar su consumo y este produce unas consecuencias sociosanitarias muy visibles por la población en general, generándose alarma social. Se demandan soluciones ante esta nueva problemática, se crea una red asociativa que presiona a los poderes gubernamentales, entre otros nombramos por su impacto sociológico, repercusión y amplia difusión "las madres contra la droga", que exigieron respuestas de atención y control a esta situación.

Van apareciendo recursos asistenciales desde asociaciones y organismos privados que comienzan a ser subvencionados por instituciones públicas. Por ejemplo, fueron pioneros Alcohólicos Anónimos o la Asociación Patriarca, Proyecto Hombre, etc. Políticamente se satisface y se da respuesta a la presión social, cuando las organizaciones sanitarias públicas comienzan a crear dispositivos donde equipos multidisciplinares evalúan y proceden a dar alternativas terapéuticas a los pacientes drogodependientes cuya droga principal, por la que solicitan tratamiento, es la heroína.

En su mayoría, en esta primera época, los usuarios de los centros de tratamiento que solicitan demanda sociosanitaria forman parte de una población desfavorecida. Esto no significa que el consumo de heroína solo se dé en población marginal, que es la que principalmente realiza la demanda de atención, lo que ocurre es que la sociedad en general percibe mayoritariamente este problema en ciertos contextos, donde se hace más visible este consumo y su imagen negativa asociada a la marginalidad, en barrios de bajo nivel económico, normalmente en la periferia de las grandes ciudades.

Pero los estudios que se desarrollaron en aquel momento evidenciaron que el consumo es generalizado en todas las clases sociales, aunque suelen ser los pacientes con mayores carencias los que acuden a los centros de atención pública o subvencionada. Los datos de la intervención en clínicas privadas o tratamientos a los que acuden los drogodependientes españoles fuera de España quedan un tanto velados.

Los usuarios de drogas de niveles económicos medios y altos pasan más desapercibidos a la percepción social. Los daños asociados al consumo en estos sujetos son menores y las complicaciones (actividades delictivas, abandono de actividades básicas para el autocuidado, la desestructuración y falta de apoyo familiar, carencias económicas, etc.) no son tan rápidas en aparecer. En esta población el consumo se realiza en espacios más íntimos y de menor exposición pública, por lo que queda de alguna forma al margen del conocimiento social.

Al heroinómano se le asoció con delincuencia, marginalidad, enfermedades asociadas al consumo y al bajo nivel económico. Esta falsa percepción queda aclarada en lo anteriormente expuesto, y añadimos que para el consumo de drogas, sobre todo ilegales, se necesita solvencia económica.

La terapia ocupacional comenzó a integrarse en algunos de los equipos de intervención en organizaciones sanitarias, se caracterizó por dar respuesta terapéutica accesible, prestando un alto nivel de satisfacción a las necesidades de la población drogodependiente.

Muchos pacientes en este primer periodo se caracterizaban por el desarraigo social, una identidad ocupacional construida en torno al consumo de drogas, roles ocupacionales creados en grupos de iguales, rutinas y hábitos circunscritos a conseguir las dosis y los medios económicos para adquirirlas. Este bucle genera un estilo de vida al margen de la socialización, ya que al ser una droga ilegal, con lo que esto implica en cuanto a que conseguirla es una actividad delictiva, con conductas de riesgo social y sanitario, genera desarraigo, conflictiva familiar, fracaso escolar o laboral, etc.

El individuo bajo los efectos de la heroína (como ya se describió en el capítulo 1), al ser un depresor del sistema nervioso central hace que descienda, incluso desaparezca, su implicación en cualquier ocupación significativa; su participación en casi cualquier actividad productiva o de satisfacción personal saludable, es mínima o inexistente. Cuando desaparece el efecto de la sustancia surge rápidamente el síndrome de abstinencia y su volición se focaliza a conseguir la droga o los recursos económicos para la adquisición de la misma.

En aquel momento histórico la terapia ocupacional y los equipos de atención a las drogodependencias realizaron una ardua tarea, sobre todo en esos primeros años, en los que no en toda España existían los programas de sustitutivos opiáceos. La única alternativa era el programa libre de drogas (abstinencia sin apoyo de sustitutivo opiáceo), que no daba respuesta nada más que a cierto número de personas atendidas, quedando fuera un número significativo de individuos que no acudían a tratamiento; y entre los que lo demandaban no todos podían conseguir los objetivos del programa libre de drogas. En definitiva, no se daba respuesta sociosanitaria a toda la realidad existente de la población drogodependiente.

El terapeuta ocupacional incorporó en los tratamientos de los drogodependientes con este perfil esfuerzos intensos desde la intervención grupal, con actividades muy básicas, de satisfacción y refuerzo a corto plazo, del tipo laborterapia, arteterapia que, conjuntamente, con la intervención de asesoría familiar, lograban una contención imprescindible para generar adherencia al tratamiento y propiciar el inicio de cambios más adaptativos e instaurar actividades significativas y socialmente adaptadas (funcionalidad ocupacional).

Conseguida la desintoxicación física, superado el síndrome de abstinencia, las intervenciones de terapia ocupacional se van diseñando para apoyar la estabilización y mantenimiento de la abstinencia a drogas con intervenciones individuales y grupales con objetivos más avanzados en cuanto a utilización y entrenamiento de destrezas de ejecución que le proporcionen competencia ocupacional eficiente para su futura incorporación social.

Con los pacientes que no consiguen o no mantienen la abstinencia, las intervenciones individuales y grupales con el individuo y con sus familiares de apoyo se diseñan a través de estrategias menos ambiciosas pero no por ello menos importantes, como son: la reducción del daño, la mejora de las tareas de automantenimiento, sobre todo en el autocuidado, salud e higiene, vestido y alimentación, etc. Además se procura mejorar la volición hacia el cambio de estilo de vida, incorporando actividades y tareas que le vayan generando compromisos y responsabilidades que le proporcionen roles funcionales y le aproximen a una identidad ocupacional más satisfactoria.

En la medida de lo posible, con las actuaciones se plantea crear y generar en el individuo intereses y proyectos que motiven al cambio; contemplar la volición con proyección o, al menos, instaurar el deseo de no volver al consumo activo de etapas anteriores.

La implantación de programas de sustitutivos opiáceos da una gran respuesta a los drogodependientes y a la sociedad, cuando se desarrollan en los centros de tratamiento públicos y privados en los que se va incorporando. Logran que un paciente en tratamiento con sustitutivos opiáceos, como el clorhidrato de metadona, no padezca el síndrome de abstinencia, esto le permitirá al individuo salir del bucle ocupacional disfuncional en tomo al consumo de drogas y de los comportamientos asociados al margen de la ley para conseguirla. En este momento el terapeuta podrá ir pro poniendo e instaurando cambios. El paciente no tiene que mantener la rutina anterior de consumo. El objetivo es incorporar tareas significativas que le proporcionan nuevas alternativas más adaptativas en roles productivos, sociales y de tiempo libre.

Se asume la heroína como "droga" debido a su estigma negativo, pero esto no ocurre con otras drogas. Por el contrario, en el caso de la cocaína, su consumo se asoció, y a veces se sigue asociando, a personas de nivel socioeconómico medio-alto, activas, y con cierto éxito y reconocimiento en cuanto estatus socioeconómico.

No obstante, con el paso del tiempo, el consumo de drogas estimulantes

comienza a generar alteraciones físicas y psicológicas. Al no conseguirse mantener la abstinencia, la falta de autocontrol y de control de los impulsos genera los consecuentes problemas de adaptación social. A nivel psicológico, afectivo y relacional, existe una inmadurez, son sujetos poco asertivos que toleran mal las frustraciones. Sus relaciones sociales giran en torno al consumo de drogas sobre todo en el tiempo libre y a veces a nivel laboral. Presentan una percepción desajustada de la realidad y a veces baja autoestima, las familias suelen tener dificultades a la hora de establecer un marco adecuado de control e implantar un aprendizaje socializador.

La inclusión en los dispositivos asistenciales públicos y privados de programas para el alcoholismo, los programas de sustitutivos opiáceos, y la atención más especializada a los nuevos perfiles de los usuarios que acuden a tratamiento hacen que la terapia ocupacional se vaya adaptando a nuevos retos para atender nuevas necesidades. Así vamos pasando de unas estrategias dirigidas a una población drogodependiente con un gran deterioro e inadaptación social, por su grado de marginalidad, a otras estrategias dirigidas a dar respuesta a otro perfil que, aunque aparentemente parece integrado, consumen estimulantes, alcohol y otras sustancias, que derivan en patologías psiquiátricas asociadas a ese consumo, o acentuadas por este, creándose una patología dual.

Esta nueva población de usuarios con trastornos psiquiátricos asociados y la población juvenil que se ha ido incorporando, a edades cada vez más tempranas, al consumo de drogas (alcohol, cannabis y estimulantes), necesitan una nueva respuesta por parte del terapeuta ocupacional y del equipo multidisciplinar en general.

Ya no es necesario, quizás, intervenir mayoritariamente en aspectos básicos, como los realizados con el paciente heroinómano de los años ochenta, para su inserción social, y sí adaptar los tratamientos a las necesidades individuales, con peculiaridades personales y circunstanciales que les envuelven y caracterizan. Esta nueva situación, de diferente tipo de consumo que se ha generado en el paso del tiempo, los efectos patológicos por el incremento del consumo de estimulantes que ha ido surgiendo, sumados a la

ingesta de alcohol, propicia que aparezcan trastornos psiquiátricos asociados. Provoca que, tanto los usuarios de drogas como la población en general comiencen a realizar un cambio en la percepción de los estimulantes y del cannabis, más el alcohol, crean nuevos patrones de consumo con perfiles diferentes con dificultades sociosanitarias nuevas. Se comprende, ya, que los estimulantes, el alcohol y el cannabis generan tolerancia y dependencia igual que la heroína, con la diferencia de que los tiempos en el proceso adictivo son más lentos, pero los efectos a largo plazo hacen que sean iguales o peores en cuanto a la repercusión en la salud del individuo y concretamente en sus competencias ocupacionales.

En la primera década del 2000 los terapeutas ocupacionales, desde la plasticidad y la creatividad, seguimos ajustando intervenciones para poblaciones específicas según su patrón de consumo.

Se inician y contemplan actuaciones específicas, por ejemplo, para grupos de pacientes, con dependencia a estimulantes, que suele ir acompañada de abuso o dependencia al alcohol; mezcla que genera gran agresividad, surgen poblaciones de drogodependientes con patologías psiquiátricas severas. Del mismo modo se incorporan intervenciones diseñadas para jóvenes con altos consumos de cannabis que producen desequilibrios ocupacionales en sus roles relacionales, y en su aprendizaje, que al afectar a su maduración personal conlleva a un mal pronóstico dado que el individuo arrastrará dificultades en el futuro en todas sus áreas de ocupación.

Y por último, cabe señalar otro de los grupos para los que se diseñan también tratamientos específicos a sus necesidades, los alcohólicos puros (no hacen uso de otras drogas), con edad avanzada y con deterioro orgánico y cognitivo.

No significa que estos grupos de pacientes tengan sus propios tratamientos específicos, aunque sí tienen sus especificidades particulares que se han de abordar como tal. Todos los pacientes tienen en común un problema de base, la disfunción ocupacional provocada por el consumo de drogas. Quizás los colectivos que se atenderán al margen de las actuaciones comunes son los

jóvenes y cierto grupo de mujeres en riesgo por violencia o exclusión. Se han de realizar diseños propios por tener necesidades especiales. En estas situaciones se han de desarrollar ciertas intervenciones en espacios individualizados o grupales que se adapten a su idiosincrasia.

A continuación describimos el proceso del análisis y de la intervención en las drogodependencias. La adicción interfiere en la ocupación humana y esta, de igual modo, puede ser el medio para la recuperación del drogodependiente. Expondremos cuáles son las dificultades que le hacen ser disfuncional al individuo dependiente de drogas y cómo modificar los comportamientos ocupacionales para, de este modo, darle competencia ocupacional y así incorporarle a la dinámica social de forma competente y satisfactoria.

### 3.1. Rehabilitación/Habilitación

En la evaluación de terapia ocupacional que realizamos al principio de nuestra intervención tenemos en cuenta la historia ocupacional del paciente. Recorremos con cada individuo sus hábitos anteriores al consumo, sus roles ocupacionales, su identidad ocupacional, e intentamos ayudarle a investigar en su pasado, los proyectos que en su día tuvo, sus inquietudes, sus aficiones, etc.

Le motivaremos para que exprese, haga consciente, las habilidades con las que se encontraba satisfecho en el pasado y las limitaciones que percibió que le dificultaron para realizarse ocupacionalmente. Esta información se contrasta con la percibida ahora en el presente.

Frecuentemente nos encontramos con dos tipos de pacientes que se diferencian por que unos prioritariamente necesitan un proceso de rehabilitación y otros un proceso de habilitación.

Con estos datos observaremos hasta qué punto podemos hacer una recuperación de aspectos del pasado, porque pueden existir estructuras ocupacionales fuertes, que fueron funcionales y satisfactorias, o no.

Seguramente en este screening iremos discerniendo qué áreas de ocupación es necesario rehabilitar y, por el contrario, cuáles habrá que habilitar, instaurar como nuevas.

Habrà áreas de ocupación que se tendrán que generar, entrenar e incorporar de nuevo en el individuo, instaurarlas de manera que le habiliten para el desempeño ocupacional de forma mantenida, para que queden ancladas como parte en su identidad ocupacional.

Esta situación es visible cuando atendemos a un paciente que ha comenzado muy joven el consumo, pues no se han desarrollado en él los procesos de maduración personal ni de aprendizaje normalizado; es decir, no ha llegado a construir su identidad ocupacional. Estaríamos ante un diseño de tratamiento en el que hay que construir y habilitar.

Por el contrario, si la adicción se produce en edades avanzadas, cuando el individuo ha desarrollado eficazmente sus habilidades y su capacitación ocupacional y ha tenido una fuerte identidad ocupacional, desempeñando roles ocupacionales de forma competente, aunque el consumo haya deteriorado todo o parte, tendríamos que plantear un diseño de tratamiento orientado a reconstruir, recuperar y rehabilitar. Aunque es probable que haya algunos aspectos puntuales que también sea necesario habilitar.

### 3.2. Identidad ocupacional en el drogodependiente

La identidad ocupacional la componen los roles y relaciones, los valores, el concepto de uno mismo, los deseos y las metas personales (Kielhofner, 2006). La participación en las ocupaciones ayuda a crear la identidad. Por tanto, la identidad ocupacional es quién es la persona y los deseos de llegar a ser. Como seres ocupacionales que somos, creamos nuestra identidad a partir de nuestra historia de participación ocupacional.

La identidad ocupacional del drogodependiente se ha gestado a lo largo del tiempo, en las experiencias acumuladas en cuanto a los roles ocupacionales desempeñados, entendiendo estos como la secuencia pautada

de acciones aprendidas, ejecutadas por el individuo en sus relaciones con la ocupación y con las personas.

El sentimiento de identidad se crea a través de las relaciones con los otros. En esas relaciones el individuo regula sus ocupaciones en pro de generar aprobación del otro, modulando el yo ideal con el deseo de agradar y ser aceptado como un igual. El individuo se identifica y construye el inicio de su identidad ocupacional en el contexto familiar (Minuchin, 1984).

En drogodependencias, en función del patrón de consumo, podemos encontrar diversas identidades ocupacionales en los pacientes, pero teniendo en cuenta que el consumo de drogas desvirtúa la percepción de la realidad, la identidad percibida no se ajusta a la situación real del individuo. Cuando la persona acude a tratamiento suele ser porque han aparecido pérdidas en sus roles ocupacionales, ha abandonado rutinas y hábitos ocupacionales saludables y funcionales.

En su estilo de vida la volición está orientada hacia el consumo. Si les preguntamos: ¿qué te define?, ¿quién eres?, ¿qué eres?, en los casos más graves la respuesta va ser "un drogodependiente". Esta situación fue muy común en los años ochenta con el heroinómano en exclusión social. El consumo de la droga le enviste de identidad. El centro de tratamiento es el referente, que le otorga un rol "soy paciente que acude a un tratamiento por la identidad de drogodependiente". El individuo drogodependiente fracasó en los estudios, en el trabajo, en su relación familiar o de pareja que se perdió al igual que su red social de amigos, incluso la salud le abandonó.

Igualmente puede darse esta situación con el consumo de alcohol, de cocaína, o incluso de cannabis en estadios avanzados; y también cuando el comienzo de la adicción ha sido a edad temprana o con patologías mentales asociadas al consumo o anteriores a este. En los casos menos graves, por ejemplo en los que la historia de consumo no es larga ni las cantidades elevadas, el inicio de consumo es en edad adulta, y el proceso de maduración personal está más o menos logrado y además no hay otro tipo de psicopatología asociada, la identidad ocupacional puede ser precaria o

debilitada por estar incompleta en algún área del desempeño ocupacional.

El poseer variedad de roles ocupacionales significativos y funcionales protege al paciente y, por el contrario, poseer poca variedad de roles hace que sea más vulnerable. Sus competencias en las áreas de ocupación, si son precarias, harán que no sea funcional para tareas y actividades personales y sociales. Esta situación, frustrante, puede hacer que mantenga el consumo.

Tienen mejor pronóstico los pacientes que aún mantienen competentes cierto número de roles ocupacionales que no están asociados al entorno y la parafernalia del consumo de drogas, su identidad ocupacional está alejada del estigma de la identidad de drogodependiente.

### 3.3. Áreas de ocupación en el drogodependiente

Siguiendo el marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos (AOTA, 2008), denominamos áreas de ocupación aquellas que incluyen actividades de la vida diaria, instrumentales, sueño y descanso, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Vamos a ver y a diferenciar cómo quedan afectadas según los patrones de consumo.

Clasificaremos pacientes consumidores de depresores y los que hacen uso de estimulantes, como los dos grupos más significativos, diferenciados y con características más específicas. Esta división es orientativa ya que existiría un gran número de grupos diferentes, tantos como patrones diferentes de consumo se pueden dar. También hablaremos de otros grupos de usuarios de drogas, como son los que hacen uso de las perturbadoras (cannabis). Igualmente tendremos en cuenta la edad del paciente y del inicio del consumo así como las cantidades que se han utilizado, como características de un grupo diferencial.

Estas divisiones se realizan para poder generalizar cuando hablamos de grupos de drogodependientes con afinidades en el consumo y sus repercusiones y aquí lo hacemos para ver las consecuencias en el desempeño ocupacional, pero no debemos olvidar que cada individuo es único, diferente:

las sustancias de abuso a cada persona le afectan con matices distintos y, por último, volver a aclarar que la inmensa mayoría de los drogodependientes son policonsumidores.

Las diferentes clasificaciones que se realizan en adicciones son por droga principal consumida, pero lo habitual es el consumo de diversas drogas, es decir, el policonsumo. A continuación se exponen las alteraciones del desempeño ocupacional en pacientes que han comenzado un proceso de tratamiento, en el que se inicia la intervención desde terapia ocupacional en el proceso para consolidar la desintoxicación física y estabilizar la abstinencia a drogas (Bonder, 2004).

### 3.3.1. Las actividades de la vida diaria (básicas) e instrumentales. Sueño y descanso

En población con problemas de drogodependencia las AVD están alteradas principalmente por el abandono de las mismas dado que el drogodependiente tiende a priorizar otras actividades asociadas al consumo de drogas. En pacientes que hacen uso de drogas depresoras, de los programas de opiáceos (con o sin sustitutivos opiáceos) y del programa de alcohol suelen abandonarse, por lo que presentan un bajo cuidado personal en las rutinas del aseo corporal, también en el vestido, en los cuidados de su imagen, o en su alimentación, pues no se alimentan de forma adecuada y abusan de comidas con alto nivel de azúcares que dan satisfacción y sensación de plenitud inmediata.

En el área de sueño sus ciclos circadianos están alterados. En los pacientes de los programas de estimulantes no es tan elevado el grado de dejadez en rutinas ocupacionales de higiene y del vestido, y en la alimentación se suelen observar en algunos casos horarios alterados en las comidas con ingestas compulsivas y trastornos alimentarios como anorexia y bulimia.

En cuanto a la movilidad funcional se presentan alteraciones que interfieren en el desempeño de actividades. Podemos señalar que el ritmo del movimiento en usuarios que utilizan depresores puede estar enlentecido y,

por el contrario, acelerado en pacientes que usan estimulantes.

Las AIVD en el paciente de programas de opiáceos y de alcohol presentan baja funcionalidad en la comunicación, comprensión y expresión. Tienen disminuidas las destrezas y habilidades ocupacionales en el desempeño para tareas básicas del hogar como es el responsabilizarse del manejo de las medicaciones pautadas, dinero, etc.

En pacientes con problemas por consumo de estimulantes es menor el grado de dificultad en estas actividades en los inicios del consumo. Con el tiempo, igualmente, la pérdida de control de impulsos hace que aparezcan comportamientos ocupacionales desproporcionados, por ejemplo en compras banales, en la sexualidad con comportamientos puntuales no reflexionados ni reprimidos adecuadamente, etc.

### 3.3.2. Trabajo y educación

Tanto los consumidores de estimulantes como los de depresores, grupos que utilizamos como referencia, se manejan con rutinas disfuncionales en la planificación y realización de tareas más elaboradas en el hogar, como limpieza, compras, comidas, etc. En cuanto al cuidado de terceros, también pueden presentar carencias en ciertos hábitos ocupacionales para su desempeño, por dejadez sobre todo.

En la primera etapa de tratamiento no está indicada la inserción sociolaboral, ya que no se ha realizado aún un entrenamiento básico para desempeñar actividades que precisen de patrón de ocupación funcional para mantener un ritmo adecuado de trabajo. Primero hay que hacer una exploración vocacional, después realizar una búsqueda activa de empleo, y, en el caso de mayores, la planificación de la jubilación. En situación laboral activa, se han de revisar los factores de protección y los de riesgo que puedan ser un hándicap en el mantenimiento de la abstinencia y del buen desarrollo de la actividad laboral para la garantía de su permanencia en el empleo. Se ha de aportar la información oportuna desde el área de terapia ocupacional para realizar la evaluación transdisciplinar y solicitar baja laboral temporal, en los

casos en que sea necesario.

Lo mismo ocurre en el caso de la inserción a actividades educativas. Si se encuentran en formación, hay que mantener esta actividad si es posible, desde el apoyo, entrenamiento y refuerzo. Por el contrario, si no está en formación, se ha de esperar, ya que no hay en este primer momento del proceso de tratamiento una cognición ajustada. Es necesario hacer un entrenamiento e instaurar nuevos hábitos mas adaptativos y eficientes para retomar o iniciar el estudio y después mantener el esfuerzo que requiere.

En el área laboral, los que consumen estimulantes pueden sentirse y percibirse exitosos ya que de forma desproporcionada invierten inadecuadamente todo su tiempo en este área y abandonan incluso el descanso. Además, el ocio que se desarrolla puntualmente suele ser en fin de semana en actividades ocupacionales que proporcionen alto grado de euforia, emociones y sensaciones fuertes. Estas alternativas de tiempo libre se justifican con poder desconectar del contexto laboral, recuperar energía para poder después afrontar la insatisfacción que sienten. La contradicción que transmiten es que el trabajo les da identidad y sentimiento de capacidad pero por otro lado no les satisface y justifican, así, la necesidad de evadirse con sensaciones fuertes el fin de semana, para poder soportar de nuevo la siguiente semana.

### 3.3.3. Ocio y participación social

El ocio se identifica en la población drogodependiente, principalmente, con actividades relacionales. En el grupo de personas que utilizan drogas depresoras y cannabis, el ocio es estar con amigos del grupo de iguales y suele desarrollarse en contextos en torno al consumo de drogas. En el de estimulantes principalmente se asocia al tiempo libre en fin de semana, con actividades sociales en espacios públicos con cierta exposición, buscando sensaciones y emociones "fuertes", con exhibicionismo o reto.

Desde la intervención de terapia ocupacional, la exploración y evaluación de actividades ocupacionales en el tiempo libre se han de valorar en función

de la asociación que tienen con el consumo de drogas. Hay que entrenar en nuevas actividades alternativas a las que se realizan en torno al consumo y así, con su desempeño, poder alejar y desplazar las actividades asociadas que perpetúan ese consumo.

Procuraremos mantener y reforzar las actividades ocupacionales funcionales adaptativas, de ocio, no asociadas al consumo de drogas, que apoyen al paciente hacia la integración y proporcionen bienestar individual y social en conexión con el entorno. Es importante la intervención en esta área ya que es en las relaciones sociales, en el área del ocio, donde suele surgir el mayor índice de recaídas en el consumo.

### 3.4. Destrezas de ejecución

En el drogodependiente las habilidades y competencias para realizar las tareas, actividades y ocupaciones, presentan alteraciones en las destrezas de ejecución que a continuación se van a enumerar.

Hay que tener en cuenta que las drogas en el individuo van a interferir en estas destrezas dependiendo del grado, del tiempo y de la frecuencia del consumo. Cuando nosotros intervenimos con el drogodependiente puede ser en un estadio de inicio de la adicción o en fase de cronicidad, siendo diferentes las alteraciones:

#### 3.4.1. Destrezas motoras y de praxis

La competencia ocupacional es inadecuada a causa de las alteraciones en los reflejos, arco articular, tono muscular, fuerza, resistencia y control postural.

La disposición a la actividad no se realiza adecuadamente al estar afectado el equilibrio del paciente así como los componentes necesarios para su desarrollo, la coordinación gruesa y fina, lateralidad y los controles visomotor y oralmotor.

#### 3.4.2. Destrezas cognitivas

La capacidad para utilizar funciones cerebrales complejas, los aprendizajes y los mecanismos para la generalización del mismo, como son la memoria, la atención, la orientación y el reconocimiento, al estar afectados por el consumo de drogas, hace que las competencias ocupacionales sean disfuncionales. Por lo que genera dificultad para la adaptación a la ocupación y a su desarrollo en continuo cambio. Las funciones ejecutivas de secuenciación, categorización, conceptos y resolución de problemas serán disfuncionales e incompetentes, lo que puede generar dificultades para la ocupación en la formación y en el área productiva.

### 3.4.3. Destrezas de comunicación y sociales

La identidad ocupacional en el paciente drogodependiente suele ser precaria. Los roles, valores e intereses están difusos, puede haber carencia o desajuste en los mismos. Añadimos además sus dificultades a la iniciación y finalización de la tarea, encontramos individuos con un autoconcepto y una autoestima aún por elaborar ajustadamente. Esta situación actúa de forma negativa en el desarrollo de hábitos y rutinas funcionales y satisfactorias para el desempeño ocupacional en las áreas, de autocuidados, laborales y de ocio.

La conducta social en la población drogodependiente en muchos de los casos lleva implícita una falta de adaptación a las normas de convivencia, cierto aislamiento; están al margen de contextos socializadores normalizados, o llevan una vida paralela en torno al consumo. La expresión de sentimientos y emociones no es explícita en la conversación en general. Las dificultades en destrezas para el manejo de la actividad y de sí mismos y para resolver dificultades hacen que sean personas con bajo nivel de autocontrol.

Las drogas estimulantes producen en el paciente un desajuste en las destrezas de ejecución en el desempeño ocupacional, en cuanto a que la sustancia hace que sus efectos eleven y aceleren la función de estas. Se genera una desadaptación de los procesos del funcionamiento ocupacional óptimo, en este caso por exceso, pudiéndose pasar al otro extremo en el estado de privación del estimulante, apareciendo un estado depresivo con apatía, abulia y anhedonia que el paciente no asocia como sintomatología del

síndrome de abstinencia. Por lo tanto vamos a encontrar limitaciones e incapacidad para el desarrollo de competencias en las áreas de ocupación, en los autocuidados en actividades de la vida diaria, en actividades educativas, en actividades laborales - remuneradas o no - que suponen una aportación a la sociedad y también en las actividades de ocio/juego.

En los pacientes que usan depresores las destrezas de ejecución del desempeño y los procesos del funcionamiento ocupacional quedan aminorados o inhibidos, por defecto. En estado de privación la sintomatología que aparece sí es asociada, por parte del consumidor, al síndrome de abstinencia, los síntomas de malestar de este incapacitan, también, para el desarrollo de las áreas del desempeño. Al igual que en los pacientes consumidores usuarios de estimulantes, en los que utilizan los depresores, se darán limitaciones para el desarrollo efectivo de las AVD, las actividades formativas y laborales y en las de ocio, siendo en esta población las consecuencias más invalidantes.

Es necesario aclarar que todo el deterioro que genera el consumo de drogas en las destrezas de ejecución, para la intervención se requieren diferentes estrategias y recursos si hay una patología dual. A menudo sucede en pacientes que usan estimulantes, y con mayor frecuencia en los pacientes que mezclan drogas, sobre todo alcohol y cocaína.

En el consumo de cannabis, si su inicio ha sido en la juventud temprana, genera de la misma manera alteración en las destrezas para el desempeño soliendo aparecer un síndrome amotivacional y, en consumos elevados o en personas con vulnerabilidad y predisposición a padecer alteraciones psíquicas, puede inducir a cuadros psicóticos con sintomatología referencial (patología dual). No olvidemos que, además de la droga principal, el drogodependiente consume otras y suma sus efectos, dificultades y problemas asociados por este policonsumo. El consumidor de cannabis presenta dificultades para el desarrollo del aprendizaje y el rendimiento laboral y en estadios avanzados puede aparecer aislamiento social.

#### 3.4.4. Destrezas sensoriales-perceptuales

La alteración en la integración sensorial, la conciencia y los procesamiento sensoriales para la ejecución en las ocupaciones físicas alteran a su vez las destrezas perceptuales para el desempeño ocupacional.

#### 3.4.5. Destrezas de regulación emocional

En drogodependencias hay una falta de autocontrol en el manejo de emociones, se encuentran alterados los mecanismos de su regulación. Existe una baja tolerancia a la frustración, desmedida en la ira, y ausencia de control del estrés. Presentan dificultades para manejar emociones y sentimientos de forma adecuada a cada situación.

#### 3.5. Contextos y entornos

El contexto y el entorno en drogodependencias han de ser considerados siempre, ya que determinan la función y la disfunción relativas a las áreas de ocupación y destrezas de ejecución e igualmente se han de tener en cuenta en la planificación de la intervención. El contexto cultural, personal, temporal virtual y el entorno físico y social son determinantes en el abordaje del plan de intervención, pueden influir en el logro de objetivos.

El proceso de interacción y participación entre el drogodependiente y los ambientes va a influir en el proceso de recuperación y control de la enfermedad. El terapeuta ocupacional investiga el aspecto contextual ya que es un espacio clave en su intervención, ya que tanto las áreas de ocupación como las destrezas de ejecución siempre se van a desarrollar dentro de los contextos y entornos particulares de cada individuo. Sobre todo se tienen muy en cuenta, en adicciones, los aspectos ambientales, porque sus características van a afectar a la capacidad de la persona para participar en actividades funcionales en el área de la participación social.

El contexto más cercano son los objetos, las personas, los materiales y los utensilios de la vida diaria. Después tendríamos a las organizaciones y grupos sociales en que se desarrollan los roles del paciente. Y por último la cultura, las creencias y valores donde se dan las transacciones (MOHO).

El individuo escoge y explora el contexto, selecciona según sus valores, que están influenciados por el ambiente donde se encuentra. El problema surge cuando no es posible elegir el ambiente, y el individuo tiene a priori valores e intereses que no son congruentes con la cultura de ese entorno, y puede darse una acomodación al contexto físico, social, familiar y comunitario donde se encuentra.

Los contextos hacen presión en los comportamientos ocupacionales, hacen que el individuo se adapte a ellos. El paciente no suele ser consciente de esto. Si toma conciencia, podemos encontrarnos con individuos que poseen, habilidades y aprendizajes para afrontar la presión ambiental, evitar adaptarse a esa situación, podrán mantener hábitos y comportamientos ocupacionales normalizados funcionales. Esto dará competencia para un desempeño adaptativo.

El terapeuta ocupacional tendrá en cuenta y analizará hasta qué punto estos factores contextuales nos van a poder ayudar o limitar el tratamiento dirigido al cambio de la organización ocupacional del paciente hacia la adaptación e incorporación de forma activa y satisfactoria en el entorno en que se encuentra o en los nuevos contextos en los que quiere y necesita desarrollarse ocupacionalmente y eficazmente.

No olvidemos que cada drogodependiente es único y diferente, para poder comprender la dimensión de la influencia del contexto hemos de generalizar, y como ya hemos hecho anteriormente clasificar por perfil y ver las características comunes que suelen darse.

En su momento se dio, y en menor medida sigue ocurriendo, una población de pacientes consumidora de heroína en un contexto físico y social desfavorecido, barrios sin infraestructuras culturales y de ocio, familias de bajos ingresos, bajo nivel cultural. Trajo como consecuencia en muchos de los miembros de esa comunidad, fracaso escolar y laboral, inactividad, ausencia de oportunidades de ocio, precariedad en los elementos para desarrollar de forma adecuada las actividades de la vida diaria en cuanto a autocuidados, alimentación e higiene. Los roles por estas circunstancias

quedan reducidos y no ayudan a que el individuo se realice, no le dan una identidad competente. Estos factores ambientales son de riesgo. El individuo en estas circunstancias, donde además culturalmente se asume y se ha normalizado el consumo de drogas, puede creer que el consumo puede aliviar el malestar y la frustración de su situación vital. Siente que le va a permitir disfrutar en su ocio y mejorar las relaciones sociales. En el alcoholismo hay cierta similitud en cuanto a la búsqueda de alivio ante circunstancias personales adversas en contextos de cierta marginalidad e igualmente para encontrar sensación de integración social.

Vamos ahora a comparar, e incluso quizá a exagerar, para acercarnos a la comprensión de la vulnerabilidad que puede generar un contexto, a las circunstancias de los consumidores de estimulantes.

Sobre todo en sus inicios, el consumo de cocaína tenía una percepción social aceptada en cuanto que se identificaba con estatus medio-alto en grupos elitistas, y se banalizaban los efectos negativos de su consumo, incluso creyendo que no generaba dependencia. Los consumidores eran personas con cierta solvencia económica, con acceso a la cultura y al ocio, insertados laboralmente o formándose. El entorno familiar de estos consumidores habitualmente era el de familias exitosas que proyectan en sus hijos sus propias metas inalcanzadas, lo que producía en estos ansiedad para no defraudar a los padres y les llevaba, ante la frustración de no conseguirlas, a hacer uso de sustancias que les permitieran rendir más en el estudio o en el trabajo. El contexto social de estas personas suele ser consumista, ostentan, compiten y rivalizan para aparentar éxito, llegando a extremos de convertirse en un estilo ocupacional que gira obsesivamente en torno al triunfo de "tener y figurar", ser admirado socialmente. Por ejemplo, buscan ser el que mejor casa o mejor trabajo tiene, el que aguanta más bailando, salto más etc. Podríamos decir que este grupo tiene factores de protección ante el consumo de drogas y se les vuelve en contra por unos valores y una cultura no ajustada de forma eficaz.

Los jóvenes consumidores de cannabis y alcohol son muy influenciados por las modas que se dan en ciertos contextos de ocio. La falta de normas y

límites que se da en el seno familiar, donde se ha pasado, en nuestra sociedad, de una educación rígida y disciplinada a una sobreprotección desmedida de los hijos, con falsa democratización de tareas, falta de toma de decisiones e iniciativas en los hijos, hace que se fracase en la educación, que es lo imprescindible para proteger a los jóvenes en los que se ha de invertir para que su futuro sea más saludable y adaptativo. Todo esto hace que no puedan desarrollar competencias ocupacionales en su proceso de crecimiento personal, en la adquisición de hábitos ocupacionales ajustados y adecuados para su maduración y desarrollo. Se hacen así vulnerables, indefensos y poco críticos ante la presión de la sociedad de consumo.

El consumo de drogas no deja de ser parte del consumismo social, donde una sustancia proporciona rápidamente y sin esfuerzos unas sensaciones que satisfacen las expectativas de los individuos.

En el contexto educativo, los formadores han perdido gran parte del reconocimiento social, y no pueden desarrollar sus capacidades para el apoyo a las familias en la educación de sus hijos. No pueden marcar normas o límites para el proceso madurativo y socializador del joven y están alejados del modelo en el que el educador es una figura que guía en el descubrimiento y adquisición de valores e intereses ocupacionales, que acompaña en actividades y tareas ocupaciones saludables y de ocio.

Todas las circunstancias expuestas anteriormente, respecto a los contextos en los que el individuo se desarrolla pueden ser factores de riesgo o de protección según sea su relación con el entorno. El individuo, la sustancia y el ambiente pueden construir identidad ocupacional disfuncional e inadaptada.

Dependiendo de la sustancia de abuso que se utiliza, el drogodependiente selecciona contextos diferentes. Las personas que utilizan drogas depresoras se desarrollan en contextos reducidos y se circunscriben sus actuaciones ocupacionales relacionales a circuitos muy concretos donde todo es previsible.

Generalizando, en sus relaciones interpersonales, el alcohólico, suele elegir lugares donde la ingesta de alcohol y drogas es cotidiana y se realiza en grupo de iguales, por ejemplo en bares, locales donde sienten que se relacionan, donde ven televisión, partidos o vídeos, juegan a dardos o a juegos de mesa, etc., con la creencia de estar socializados e insertados en actividades ocupacionales normalizadas.

Las personas que consumen heroína desconocen, no sintonizan con recursos sociales y comunitarios para la socialización y la realización de actividades ocupacionales en entornos comunitarios. Al ser percibida la heroína, además de como droga ilegal, como marginal, los espacios ocupacionales están fuera de la actividad social normalizada, por lo que buscan lugares apartados como por ejemplo parques o locales con espacios al margen de clientes no consumidores de drogas ilegales.

Con ambas sustancias se prioriza el consumo en sí y hay una falsa percepción de socialización, creen estar con amigos compartiendo actividades, opiniones y disfrutando del encuentro con las interacciones. Las relaciones que establecen son superficiales, las emociones y sentimientos no se expresan. La sexualidad puede quedar fuera de los intereses. Posteriormente, esta población, sobre todo cuando consiguen un tiempo de abstinencia, son conscientes de que no hay amistad sino compañía para consumir drogas, y pareciera que el estar acompañado hace que se sientan menos mal.

Los consumidores de estimulantes, aunque la droga sea ilegal, tienden a utilizar los recursos de los espacios públicos, se muestran de forma extravertida, acuden a eventos y a locales de ocio donde se exhiben. Las actividades ocupacionales para realizar sus relaciones interpersonales suelen ser con intensidad en las formas y en el tiempo, bailando por ejemplo de forma exagerada o durante mucho tiempo. Si surgen actividades de tiempo libre o actividades deportivas procuran que sean situaciones límites con emociones intensas. Las relaciones interpersonales son muy desinhibidas, en algunos aspectos llegando con el consumo a relaciones sexuales que no se permitirían en abstinencia. No hay socialización en cuanto a que los

sentimientos no son profundos, no hay compromiso, no generan vínculo.

# 4

## **Áreas de intervención de terapia ocupacional para la normalización**

### 4.1. Normalización del estilo de vida: hacia la autonomía e integración

La normalización del estilo de vida en el marco de las adicciones desde terapia ocupacional es lograr que el paciente drogodependiente alcance la autonomía personal para su independencia; que recupere o adquiera rutinas, hábitos, roles y rituales ocupacionales funcionales (patrón de ejecución) para su equilibrio ocupacional y conseguir que, de este modo, desaparezca el malestar por encontrarse relegado en desigualdad en el sistema social normativo e integrador.

Para ello, el proceso de la intervención terapéutica ha de seguir el orden de los subprocesos de tratamiento, comenzando por la fase de desintoxicación física, después la deshabituación/habituación ocupacional y, por último, con la inserción/reinserción ocupacional y social. Estas fases han de superarse en este orden.

En la desintoxicación, el terapeuta ocupacional va a intervenir acompañando al paciente en la superación de la sintomatología derivada de la privación del consumo o síndrome de abstinencia, asesorándole a él pero también a sus familiares, pues son las personas de relevancia para el paciente

que han adquirido el compromiso de participar para apoyar en el proceso de intervención.

Se han de realizar intervenciones individuales y grupales para iniciar procesos de cambio de comportamiento ocupacional, para elaborar una convalecencia activa en la que la contención externa sea comprendida y aceptada por el paciente. Una vez superada esta fase, que es crítica pero relativamente corta y fácilmente superable con los apoyos oportunos y por supuesto con la voluntad del paciente, pasamos a la deshabitación/habitación ocupacional. Esta etapa es larga ya que los hábitos ocupacionales instaurados durante el periodo de consumo están fuertemente arraigados, y eliminar estos y sustituirlos por otros nuevos, más funcionales y saludables, requiere de gran disciplina y compromiso. Es decir, necesita una volición fuerte con intereses y proyectos personales que contrarresten la sintomatología, el craving, que pudiera aparecer para el desarrollo del nuevo estilo de vida. Supone para el individuo conseguir tolerar el esfuerzo, las frustraciones que exige el cambio de comportamientos ocupacionales sin los cuales la abstinencia no se va a instaurar de forma permanente. Es en este momento donde vamos a incidir en que comprenda y asuma que la responsabilidad de su evolución en el proceso de intervención para su mejoría y recuperación es suya y él es el protagonista de su proceso de cambio.

La intervención de los profesionales, los recursos de apoyo y la familia solo son instrumentos que ayudarán en su logro de competencias para su estabilidad adaptada y satisfactoria, recuperación, pero el protagonista para conseguir el cambio de estilo de vida, el éxito o el fracaso depende de él.

El terapeuta ocupacional hará conjuntamente, y de acuerdo con el paciente, el plan de intervención, el tratamiento y los objetivos del mismo, su entrenamiento en las diferentes áreas de ocupación, y su evaluación continuada, desde intervenciones individuales y grupales con apoyos externos y con la colaboración familiar si existe.

Por último, una vez consolidada la abstinencia, instaurados nuevos patrones ocupacionales funcionales, adquiridas las destrezas para el trabajo y

habilidades para el desempeño en las relaciones y en el ocio, estaríamos en el momento de iniciar la puesta en marcha del proceso, de forma activa, en el medio comunitario normalizado. El terapeuta ocupacional supervisa y apoya. Aporta al paciente las estrategias y recursos ocupacionales necesarios para la plena integración social desde una nueva identidad ocupacional, que le permita lograr competir en igualdad hacia su autonomía personal para la plena independencia.

La normalización del estilo de vida viene dado al conseguirse un cambio de patrones ocupacionales más adaptativos, competentes y saludables, que supongan para el paciente y su entorno social y afectivo un bienestar gratificante y satisfactorio. El terapeuta ocupacional ha colaborado en la construcción o reconstrucción de una identidad ocupacional óptima. Identidad integrada por hábitos y rutinas funcionales, roles de vida ocupacionales competentes y adaptados, intereses y proyectos, volición para mantener y afrontar nuevos cambios en todas las áreas de competencia. Además el paciente tendrá en cuenta y asumirá sus fortalezas, y sus debilidades las compensará con competencias ocupacionales entrenadas y su puesta en marcha.

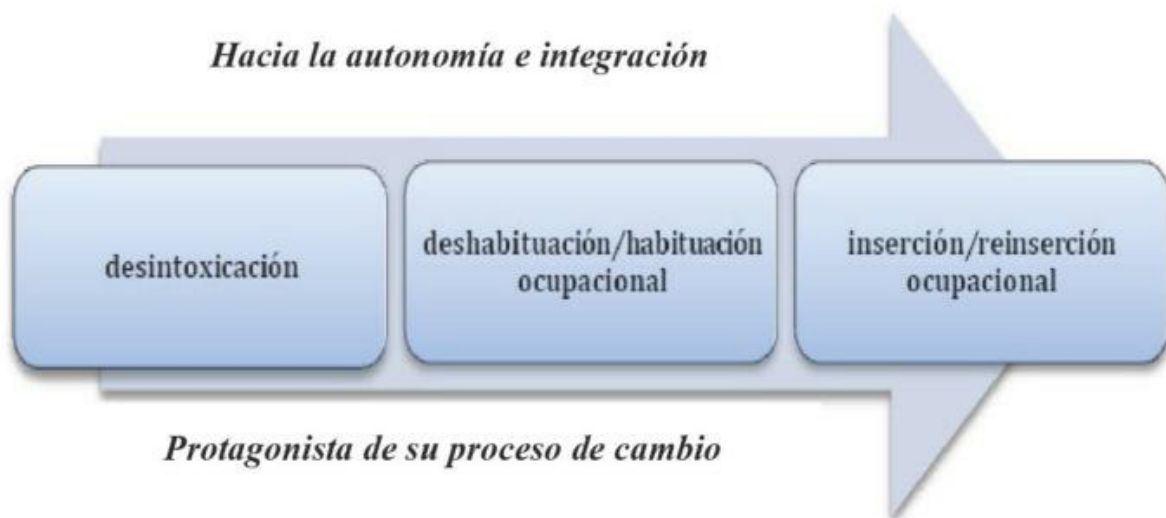


Figura 4.1. Intervención terapéutica para la normalización del estilo de vida del drogodependiente.

#### 4.1.1. Patrones de ejecución funcionales y adaptativos

La incorporación en el paciente de nuevas ocupaciones, de tareas organizadas con finalidad, que vayan desplazando las anteriores rutinas asociadas al consumo, surge desde la volición, desde su propósito de cambio, e implica seleccionar actividades y ocupaciones significativas para él, organizadas y estructuradas con un propósito coherente.

La habituación de estas nuevas tareas crea nuevos comportamientos ocupacionales, organiza la conducta ocupacional en patrones o rutinas que permiten la organización del uso cotidiano del tiempo. Estructura la manera singular de organizar la acción de cada individuo, como el procedimiento para percibir e interpretar los contextos físicos, temporales y socioculturales para desplegar una conducta ocupacional eficiente, funcional y adaptativa. Genera estilos de comportamiento que caracterizan rangos de desempeños ocupacionales, los roles, que proveen el medio para canalizar la acción individual en patrones de comportamiento requeridos en los diversos sistemas sociales.

Los nuevos patrones ocupacionales que el paciente ha comenzado a desarrollar, de forma disciplinada para un fin, se van haciendo automáticos con el tiempo, le dan un sentido y proporcionan un resultado en él y en el entorno por lo que tienden a perpetuarse, instaurándose. Son funcionales porque dan respuesta a sus expectativas y a las sociales, son adaptativas porque son necesarias en ese momento del proceso de recuperación.

De esta manera el individuo comienza a asumir responsabilidades, a tomar decisiones y a ser asertivo, esto hace que interactúe, se incorpore a relaciones interpersonales adaptándose a demandas internas y externas. Surgen de este modo roles funcionales que serían la aprobación externa, el reconocimiento de ser parte de la organización de entornos familiares, relacionales, laborales, formativos y de ocio.

Esta nueva situación genera reestructuración y nuevas adaptaciones en la dinámica familiar, reparto de tareas y de responsabilidades, asunción de una

nueva situación en la que se reorganizan las relaciones de una forma más adaptativa. Esto en el mejor de los casos, en que la familia también esté dispuesta o en el momento de poder aceptar el reequilibrio de roles de vida y ocupacionales de sus miembros.

Esto mismo ha de suceder en el contexto laboral y formativo, relaciona) y de ocio. Si sucede en positivo, el drogodependiente está en condiciones de mantener la abstinencia y de seguir en pro de la autonomía. El consumo en estos momentos no tendría sentido ya que echaría por tierra la nueva organización ocupacional que da resultados adaptados a la necesidad de satisfacción, con una función deseada y que otorga participar y realizar tareas propias y comunes y de la misma manera da como resultado una satisfacción por el reconocimiento del propio individuo y de los demás.

#### 4.2. Por qué un enfoque holístico en terapia ocupacional en "una patología diferente"

La terapia ocupacional, en la actualidad, se caracteriza por el sincretismo, es fundamental conocer y tener una formación plural que permita una mejor respuesta a los múltiples problemas que se plantean en el ejercicio de la profesión.

Los valores, las creencias, las actitudes, los propósitos y los principios que han dirigido nuestra práctica profesional cotidiana a lo largo del tiempo se sustentan básicamente en dos perspectivas filosóficas que, aunque tienden a ser opuestas, no son tan diferentes. Dichas teorías, acerca de la naturaleza del hombre y de su entorno han influido en el desarrollo de la terapia ocupacional. Nos estamos refiriendo a los denominados "metamodelos" o "paradigmas" descritos por Reed, el reduccionismo "mecanicismo", cuyo enfoque aporta un punto de vista donde "el todo" puede ser comprendido estudiando las partes, la realidad puede ser descompuesta y observable, y el holismo "organicismo" cada elemento de ese todo no puede ser entendido sin estar en relación con los otros, todos interactúan entre sí.

Los modelos de trabajo empleados en terapia ocupacional actualmente

deben tener una visión holística, ya que al basar el concepto de "la realidad" como un todo distinto de la suma de "las partes" que lo componen, introducen al terapeuta en una práctica casi obligada, esto es, "ver a sus pacientes como un todo en sí mismo en interacción constante con su entorno".

En los trastornos por drogodependencia, la persona presenta alteraciones de su funcionalidad adaptativa ocupacional provocadas por factores biológicos, psicológicos, ambientales y factores de relación directa con el consumo en cuanto al tipo de sustancia, frecuencia, vía de administración, entre otros aspectos, que pueden interrumpir, en mayor o menor medida, el proceso y equilibrio necesario para cualquiera de las cosas que, ordinariamente, las personas llevan a cabo cada día, en cualquiera de los ámbitos de su vida; es decir, alteraciones de la ocupación tal y como es entendida por los terapeutas ocupacionales, causando una disfunción en la esfera ocupacional. El drogodependiente no es solo un consumidor de un tipo de sustancia psicoactiva u otra, ni si quiera el hecho de serlo es lo más significativo, ante todo es un individuo que acude a un centro de tratamiento para que sea valorada su problemática relacionada con un "todo" que es "sujeto más sus circunstancias", que consume drogas en un determinado "contexto social" en sí. Esto nos da la premisa para iniciar una intervención centrada en el holismo.

Tenemos que tener en cuenta los preceptos filosóficos sobre los que se fundamenta la terapia ocupacional, en los que se considera al individuo capaz de influir en su salud física, psíquica y sobre su entorno físico y social a través de la actividad propositiva. Es decir, por una parte contamos con la motivación intrínseca del individuo y su actitud a interactuar a través de las actividades o tareas que dirigen su conducta hacia una ocupación y que le dotan de un sentimiento individual de competencia, "es un ser activo que se mantiene y se equilibra en el mundo real, autoactualizándose a través de una vida activa participativa" (Meyer). Y por otra, la amplia oferta y variabilidad de actividades de que disponen los terapeutas ocupacionales, empleando unas u otras, en función de su valor conativo implícito (motriz, sensorial, cognitivo, perceptual, emocional, sociorrelacional, cultural, recreativo), en

relación directa con el objetivo que se desea conseguir, son un instrumento para la prevención de la disfunción, recuperación, restauración, mantenimiento o mejora de la función, de acuerdo con las necesidades del drogodependiente.

El terapeuta ocupacional analiza y valora el potencial terapéutico del conjunto de las posibles actividades, es decir, "la ocupación", y diseña su aplicación terapéutica con propósito como medio o como fin y lo hace desde un enfoque holístico, que centra su objetivo en la mejora de la calidad de vida de la persona, tratando de mejorar las destrezas y actitudes necesarias en todas las ocupaciones donde se desenvuelve en relación con sus desempeños y competencias personales de forma integral, teniendo en cuenta su estado físico, psíquico, social y ocupacional.

Los equipos transdisciplinares deben conseguir integrar al individuo, como "un todo", desde sus áreas de intervención cada una desde sus especificidades.

#### 4.3. Ejes de intervención en terapia ocupacional desde un modelo de atención integral en drogodependencias

En el modelo de atención integral a las drogodependencias del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid utilizan su modelo de evaluación multidimensional, que consta de siete ejes, vectores o dimensiones, susceptibles de intervención y evaluación en los pacientes drogodependientes: salud y autocuidados, psicopatología, consumo de sustancias, familiar, sociorrelacional, formativo-laboral y de ocio; con ellos establecen el programa, los objetivos y la estrategia de intervención, a nivel grupal e individual.

Este modelo es factible de integrar en organizaciones diversas, realizando las oportunas adaptaciones (ver protocolo TO Instituto de adicciones Madrid Salud [IAM.SJ, Ayuntamiento de Madrid).

Este método de trabajo permite al equipo interdisciplinar conocer al

paciente y actuar según sus necesidades, una vez recogida la información precisa y cuantificable, en los ejes multidimensionales enumerados. Después, tras la intervención, tanto individualizada como a través del grupo terapéutico, se consiguen cambios en su estilo de vida (objetivo primordial), al interactuar los cambios, entre sí, dependiendo unos de otros; podemos decir, por ejemplo desde terapia ocupacional, que es necesaria la abstinencia o reducción en el consumo de drogas, para lograr "cambios positivos" en el estilo de vida, y también, a la par, es necesario mantener un funcionamiento y equilibrio ocupacional competente entre las áreas de ocupación, las destrezas de ejecución del desempeño en el contexto, para la integración social; todo el entramado de los cambios adaptativos van a contribuir y conducir a la normalización y facilitan la abstinencia, y viceversa.

En cada uno de estos ejes se describe el objetivo general y después se identifican los específicos desde cada área profesional. Se realiza intervención individual desde las diferentes áreas profesionales y se diseñan también desde estas áreas las intervenciones grupales específicas.

El terapeuta hará una propuesta y seleccionará los grupos terapéuticos según sus objetivos y competencias profesionales propias de la terapia ocupacional que se van enriqueciendo con la experiencia laboral en este campo de intervención. Va a depender del enfoque, o los objetivos que nos marquemos, con el manejo terapéutico de las actividades, el que utilicemos unas actividades seleccionadas u otras. Se hace esta aclaración para la comprensión, sobre todo, de la selección de unos grupos terapéuticos u otros en las áreas profesionales. Los grupos de terapia ocupacional, dependiendo del enfoque, el contenido, el sentido y el objetivo a los que van dirigidos, podrán ser utilizados indistintamente en todos los ejes de intervención multidimensional. No obstante, esto va a depender del análisis terapéutico-ocupacional de la actividad que se desarrolle en ellos, sin olvidar que el terapeuta ocupacional es el agente terapéutico que maneja el entorno para facilitar la intencionalidad del sentido de la actividad grupal y de la actividad en sí misma (actividad como medio y actividad como fin). Igualmente sucede en la utilización de otras herramientas de apoyo empleadas en el contexto de

los diferentes ejes como son, por ejemplo, los registros.

Para intervenir en los diferentes vectores o ejes desde terapia ocupacional nos apoyaremos en una evaluación inicial, de carácter individual, que dé como resultado un diagnóstico ocupacional.

La recopilación de la información es a través de la entrevista motivacional ocupacional semiestructurada individual y familiar, realizada desde el razonamiento clínico.

El resultado del proceso de evaluación inicial o historia ocupacional se registrará en el documento de evaluación multidimensional, en la historia clínica del paciente. En él hemos de reflejar el análisis realizado de las competencias ocupacionales. Surge así, a partir de los datos y del diagnóstico, la planificación y el diseño del itinerario ocupacional individualizado para la intervención que se irá evaluando de forma continuada.

#### 4.3.1. Eje de salud y autocuidados

- 1.El objetivo general de terapia ocupacional es generar e instaurar un nuevo perfil ocupacional, más saludable y adaptativo, para reducir y controlar los riesgos y daños asociados y producidos por el consumo de drogas.
- 2.Para ello debemos conseguir en el paciente rutinas y hábitos saludables (patrón ocupacional) en cuanto a la nutrición, la higiene y la sexualidad. Se ha de crear y mantener adherencia al tratamiento, responsabilizarle de los autocuidados, en general, y de los de sus patologías asociadas, en particular.
- 3.Para conseguir estos objetivos intervendremos:
  - En las AVD relacionadas con hábitos de salud, en las AIVD relacionadas con el cumplimiento de pautas farmacológicas, en el

seguimiento de prescripciones médicas, en los hábitos preventivos de salud y en la actividad física.

- Para generar y favorecer la adherencia al tratamiento, la motivación al cambio de rutinas, roles e intereses y así generar un nuevo estilo de vida más saludable y eficaz dirigido hacia la autonomía del autocuidado.
- Para diseñar y realizar un programa de intervención individualizado, orientado al cambio desde la motivación, hacia la eficacia y la satisfacción personal para la habilitación y rehabilitación de las competencias ocupacionales que precise. Asesoraremos en prevención y promoción de la salud.
- Actuando conjuntamente con el paciente en su evaluación e identificación de dificultades en el desempeño de las AVD.
- Con la realización de un plan de entrenamiento para la estructuración de hábitos y rutinas diarias saludables. Dando información y apoyo al paciente para el logro de un equilibrio entre los tiempos dedicados a su autocuidado y los otros espacios de las otras áreas ocupacionales.
- Reforzando las conductas de autocuidado de hábitos de salud que conjuntamente se han acordado con el pacto y el compromiso terapéutico, terapeuta ocupacional y paciente. Con el fin de lograr la minimización de la posible dependencia ocupacional, es decir, eliminar la necesidad de ayuda para desempeñar actividades cotidianas de forma satisfactoria que tiene o tenía, y que puede o pudiera estar mantenida por el consumo.

4. Incluiremos al paciente al inicio de tratamiento, en grupos de terapia ocupacional diseñados para esta etapa de intervención (Arteterapia).

#### 4.3.2. Eje de psicopatología

- 1.El objetivo general es ir instaurando habilidades y destrezas de ejecución para la expresión de emociones y sentimientos ligados al desempeño de ocupaciones.
- 2.Los roles ocupacionales progresivamente serán más funcionales, y así permitirán construir una identidad ocupacional alternativa que apoye el logro de una mayor estabilidad psíquica, restableciendo y mejorando el contacto con la realidad alterada por los trastornos del pensamiento y de la percepción y, por último, reducir el nivel de ansiedad.

Al incorporar e integrar intervenciones asociadas con el desempeño de ocupaciones, participación y volición mejorará y se estabilizará el estado de ánimo, incrementándose la capacidad de autocontrol del sujeto, descenderá el riesgo de violencia y el riesgo de suicidio.

Procuraremos optimizar las capacidades cognitivas del paciente para que sea funcional.

- 3.Intervendremos desde terapia ocupacional para instaurar:

- La identidad ocupacional desde los roles ocupacionales, proyectos e inquietudes.
- Autocontrol de los estados ansiógenos. Estabilidad emocional, autocontrol y control de los impulsos.
- La identificación de la realidad. Capacidades cognitivas, aminorar el deterioro cognitivo y hacer su prevención, sobre todo en funciones ejecutivas.
- La tolerancia a la frustración. Socialización y detección de sintomatología psicopatológica.
- Pondremos en marcha el diseño de un programa en el que el paciente lo acepte y participe, en el que incluiremos:

- Intervención en entrevista de seguimiento individual y familiar.
- Técnicas de relajación y control de estrés.
  - Daremos apoyo y refuerzo al paciente en la identificación de roles y proyectos de futuro.
  - Fomentaremos la exploración, la toma de conciencia y aceptación de las habilidades y limitaciones ocupacionales que posee, cuáles debe mejorar, mantener o adquirir.
  - Realizaremos la habilitación y rehabilitación de destrezas, habilidades sensoriomotoras, cognitivas, y psicosociales, desde el trabajo en grupos (arteterapia, estimulación cognitiva, etc.).
  - Aportaremos instrumentos de autoayuda. Haremos uso de autorregistros. Se irán incorporando recursos comunitarios de la red normalizada.
- 4.Proporcionaremos contención y apoyo para la normalización, y realizaremos intervenciones grupales en las que el paciente realice confrontación, puesta en común, debates, juego de roles y dinámica de grupo: socioterapia, ludoterapia, musicoterapia (como apoyo y complemento), grupo de actividad físico-deportiva.

#### 4.3.3. Eje de consumo

- 1.El objetivo general es lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo a través de:
  - La potenciación de las áreas de ocupación y el fortalecimiento de la identidad ocupacional adecuada.
  - Ayudarle a reconocer, conocer e identificar los efectos y riesgos de las drogas que consume.
  - Del abandono o reducción del consumo de las drogas para las que

solicita tratamiento.

- Evitar o reducir el consumo de drogas que no han generado la demanda, y reducir los daños y riesgos asociados al consumo.
- Estimular el cambio de vía de consumo por otra menos perjudicial (en caso de no conseguirse la abstinencia).
- Entrenar y ejecutar estrategias para evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto. Intervenir en la elaboración de la toma de conciencia del problema.
- Afianzar abstinencia en el consumo de drogas. Estabilización, mantenimiento y consolidación de la abstinencia.
- Incidir en el análisis de los factores de riesgo y factores de protección para la consolidación de la abstinencia. Contemplar en casos o en momentos la reducción del daño.
- Intervenir desde el programa de terapia ocupacional dando apoyo, contención y motivación al paciente para lograr su implicación en el tratamiento y orientarle al cambio.

2.Las estrategias de intervención ocupacional serán:

- Evaluación y seguimiento de hábitos y rutinas cotidianas, roles y proyectos de futuro.
- Identificación de áreas de desempeño con disfunción ocupacional (AVD, AIVD, laboral, educativa, ocio y participación social). Concienciar y sensibilizar al paciente sobre sus limitaciones, sus fortalezas y talento (potencialidades) personales y del entorno.

3.Lo haremos a través de grupos de terapia ocupacional, terapias técnico-expresivas y manipulativas, actividades físico-deportivas y educación para la salud (participación con área sanitaria).

#### 4.3.4. Eje sociorrelacional

1.El objetivo general es conseguir y mantener nuevas competencias ocupacionales para unas relaciones sociales saludables.

2.Y para ello, procuraremos incidir y apoyar al paciente en:

- Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo. Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades ocupacionales para la socialización y así poder mantener una actitud social autónoma y responsable. Conocer y utilizar adecuadamente los recursos sociales normalizados.
- Lograr la autonomía personal para mejorar la relación dentro de su núcleo convivencial. Intervendremos para mejorar su comunicación y expresión, los vínculos y relaciones interpersonales, recursos personales y habilidades sociales para lograr la competencia en comunicación y participación social.
- Poner en marcha, con el acuerdo del paciente, el diseño del nuevo itinerario ocupacional, procurando su integración en recursos comunitarios normalizados de ocio, laborales, formativos.
- Fomentar en el paciente su asertividad o la renuncia del grupo de iguales de la etapa del consumo, generando una nueva socialización con valores de convivencia social más adaptativos.

3.Con lo expuesto anteriormente se pretende conseguir la autonomía e independencia personal, a través de fomentar, facilitar y entrenar (rehabilitación y habilitación), capacidades de pensamiento lógico, abstracto y simbólico, capacidad de síntesis, adaptación, improvisación, creatividad, lenguaje verbal y no verbal para:

- Conseguir la toma de conciencia para el cambio de la alienación ocupacional. Conciencia y procesamiento sensorial. Destrezas psicosociales y generalización del aprendizaje.

- Lograr el aplazamiento de demandas. Manejo de las emociones y sentimientos. Control de impulsos. Minimización del desequilibrio ocupacional.
- Potenciar asertividad y manejo de la presión de grupo. Crítica y autocrítica. Educación en valores.

4.Lo haremos apoyándonos en grupos de terapia ocupacional, ludoterapia, actividad físico-deportiva, estimulación cognitiva, socioterapia, taller de radio, taller de lectura y escritura creativa, taller de ocio, entrenamiento de actividades de la vida diaria y habilidades ocupacionales sociales.

#### 4.3.5. Eje laboral/formativo

- 1.El objetivo general es, después de instaurar un comportamiento ocupacional adaptado y eficaz, tras el entrenamiento de las destrezas de ejecución en el desempeño ocupacional en las áreas de ocupación, educación y trabajo, conseguir y mantener una formación y un trabajo adecuado, satisfactorio y estable.
- 2.Para ello, el terapeuta ocupacional ha de fomentar las siguientes acciones:
  - La motivación e implicación del paciente en su proceso de formación y empleo.
  - El ajuste de las expectativas formativo-laborales del usuario en función de su perfil profesional y de la situación del mercado laboral.
  - La adquisición de herramientas para el desempeño ocupacional para conseguir el mayor grado posible de capacitación laboral, en pro de incrementar la empleabilidad, y conseguir que su situación laboral sea adecuada a su situación vital.

- Incrementar la volición profesional en el paciente, intereses formativos y laborales. Adquisición de capacidad de autocrítica para asumir conciencia de sus limitaciones personales, percibidas y no percibidas. Instaurar adaptaciones laborales y apoyos externos, en caso necesario.
- Incorporaremos al paciente, desde el entrenamiento de las aptitudes y actitudes, destrezas y habilidades funcionales para el desempeño ocupacional, orientadas hacia la formación y el empleo (componentes sensoriales motores cognitivos y sensoriales).
- Tendremos en cuenta las etapas evolutivas y los niveles de empleabilidad. Intervendremos con el paciente en colaboración con el área profesional de trabajo social.

3.Se diseñará un plan de intervención y entrenamiento; para habilitar las aptitudes para el desempeño en la ocupación laboral o formativa.

- Para ello, valoraremos con el paciente el grado de ajuste que presenta con la realidad sociolaboral, formativa y ocupacional, dándole apoyo y orientación para facilitar una visión realista acerca de sus potencialidades y limitaciones ocupacionales y profesionales.
- Realizaremos el entrenamiento, adecuación y habilitación para mejorar y recuperar las fortalezas sociales y ocupacionales básicas para la competencia laboral y formativa. Comunicación, estrategias, responsabilidad, constancia, tolerancia al esfuerzo y a la frustración.
- Motivaremos hacia recursos de trabajo protegido y a tareas de integración social, en recursos alternativos a los normalizados en caso de existir discapacidad.

4.En la medida de lo posible utilizaremos recursos comunitarios normalizados:

- Servicios de orientación laboral.

- Coordinación con los mediadores sociales y recursos sociales.
- Coordinación y seguimiento con los recursos de apoyo a la reinserción en colaboración con trabajadores sociales del equipo, y con los recursos formativos y laborales normalizados, como son las agencias para el empleo, los centros culturales, las ONG y otras entidades, además de grupos de terapia ocupacional, socioterapia, taller de radio, ludoterapia o actividad física.

#### 4.3.6. Eje familiar

El terapeuta ocupacional, con sus intervenciones de orientación familiar, apoya la reorganización ocupacional del sistema familiar de forma adaptada para así conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente y su familia.

##### 1. Para lograr este objetivo tendremos que:

- Incidir desde la intervención terapéutica para que el paciente tome conciencia de cuál es su posición y disposición en la estructura y dinámica familiar para que mejore su funcionalidad. Igualmente, en la identificación de la función que ejerce el consumo, las ocupaciones asociadas a este, en la dinámica familiar y en facilitar el cambio para generar alternativas más adaptativas.
- Procurar adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento, de manera que la familia y el paciente puedan afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz, minimizándose, en lo posible, las repercusiones de la historia familiar.
- Intervendremos:
  - ✓ Fomentando y habilitando al paciente en el desempeño de roles ocupacionales intrínsecos del entorno familiar, apoyando y ayudando a negociar a los familiares y al paciente en su manejo

en la gestión y en el compromiso, en cuanto a las normas, límites, comunicación y responsabilidades familiares.

- ✓ Generando también iniciativas para un ocio familiar con actividad ocupacional compartida (ocio y tiempo libre).

2. Para ello, tendremos que realizar una identificación de los roles familiares en cuanto al desempeño de funciones ocupacionales.

- Motivando a la familia para lograr su implicación en el proceso de tratamiento y de cambio. Ofertar asesoría y orientación familiar para el logro de la adecuación de roles, la eficacia relacional, familiar, y el reparto de responsabilidades ocupacionales en el contexto convivencial.
- Mejorándose así la capacidad de negociación familiar y el adecuado manejo de los límites, normas y valores, todo con el fin de conseguir en el individuo la emancipación e individuación, para lograr su autonomía y la posibilidad de la libre independencia personal.

3. Las pautas orientativas para la intervención en este eje son:

- Realizar, de manera puntual durante el seguimiento terapéutico con el paciente, entrevistas conjuntas con los familiares y el paciente. Entrevistas orientativas y motivacionales con las personas significativas para el paciente, ya sean amigos, familia propia y extensa, sobre todo con aquellas con las que convive y comparte ocupaciones que definen áreas de ocupación en roles familiares y emocionales, con intereses y responsabilidades propias del seno convivencial.

4. Incorporaremos a las personas de la familia (o significativas) en:

- Grupo específico para familiares, o en grupos mixtos de paciente y familia, que realizaremos en colaboración con otros profesionales de las diversas áreas de intervención.

#### 4.3.7. Eje de ocio y tiempo libre

1.El objetivo general en terapia ocupacional es lograr que el paciente incorpore y desarrolle un patrón ocupacional eficaz en el área del ocio para la organización proactiva del tiempo libre y el disfrute de un ocio saludable.

2.Para ello hemos de alcanzar uno o varios de los siguientes objetivos específicos:

- Lograr un mayor grado de motivación para el ocio y el desarrollo de intereses en ocio alternativo del que realizaba en la etapa de consumo. Optimizar las competencias ocupacionales para organizar el tiempo y las actividades de ocio.
- Lograr el adecuado desarrollo de actividades de ocio saludables, tanto en solitario como compartido y disminuir las actividades de ocio de riesgo. Intervendremos desde terapia ocupacional en el fomento de ocio saludable y la organización del tiempo libre para influir en pro del bienestar del individuo.
- Generar intereses para la ejecución de actividades de ocio en actividades deportivas, culturales, lúdico-recreativas, sociales y relacionadas con tecnologías de la información y la comunicación, incorporando el ocio a un estilo de vida normalizado, adaptativo, competente y responsable.

Se ha de generar una toma de conciencia de que el ocio, de forma organizada en el tiempo libre, es básico para implantar el cambio de estilo de vida, ya que ofrece una vía de capacidad, adaptabilidad y eficacia para la ejecución ocupacional.

- Crear actitudes positivas hacia la vida, capacidad para decidir y elegir. El ocio solitario y el ocio compartido son complementarios. Se ha de mejorar la capacidad de identificación del ocio de riesgo y del

ocio saludable.

Para lograr la incorporación de patrones ocupacionales de ocio en el tiempo libre se hará a través de asesoramiento y evaluación de la competencia ocupacional en el área de ocio y tiempo libre.

3. Algunas pautas orientativas para la intervención en este eje de intervención son:

- Facilitar propuestas de ocio saludable alternativas al consumo de drogas.
- ✓ Propiciando en el paciente capacidades para diseñar y planificar su ocio de una forma autónoma y creativa.
- ✓ Estimulando el interés por actividades de ocio que faciliten la participación social y familiar y la cooperación.
- ✓ Promoviendo en el paciente una actitud crítica frente a las actividades y formas de ocio de riesgo para su salud.
- ✓ Implicando al paciente en el proceso de activación en tareas de ocio como fuente de satisfacción personal.
- ✓ Educando en el ocio desde los diferentes modelos de aprendizaje.
- ✓ Orientando y dando apoyo al paciente para que pueda vivenciar y desarrollar actividades de ocio, descubrir e integrar hábitos saludables en el tiempo libre, y reducir la sensación de aburrimiento.
- ✓ Ayudándole a descubrir, a través de las actividades lúdicas, sensaciones de satisfacción personal en su proceso y en el desarrollo de interacciones interpersonales. Diseño con el paciente de itinerarios ocupacionales de ocio y tiempo libre, reforzando la incorporación de nuevos hábitos de ocio saludable en su vida. El paciente participa en el diseño, evaluación y reevaluación.
- ✓ Se realizará valoración de la dinámica familiar, para la detección de

posibles necesidades de orientación y apoyo, con el fin de la incorporación de actividades de ocio familiar y social saludables.

✓ Haremos uso de la entrevista individualizada para el ocio en el tiempo libre. Se decidirá con el paciente el itinerario y el compromiso de actividades de ocio saludable y haremos uso de grupos de:

-Ludoterapia: actividad físico-deportiva, taller de radio, taller de lectura y escritura creativa, taller de ocio y voluntariado.

-Socioterapia en contextos comunitarios, salidas a actividades culturales y recreativas.

•Incorporando recursos normalizados de ocio saludable.

# 5

## **Evaluación, diagnóstico e intervención**

### 5.1. Evaluación ocupacional

En la práctica clínica que desarrollan algunos equipos de atención a las drogodependencias se utiliza el término valoración: proceso de recogida e interpretación de información acerca de las funciones y entornos de las personas, en el que se emplea la observación, pruebas e instrumentos de medida para justificar la toma de decisiones y monitorizar cambios. Y hacen diferenciación con evaluación: proceso de obtención, interpretación y análisis de la información con el fin de priorizar problemas y necesidades, planificar y modificar la intervención y determinar su valor (Red europea de estudios superiores de terapia ocupacional, ENOTHE 2007).

No desdeñamos el uso práctico que tiene la valoración en cuanto que nos aporta datos concretos y necesarios, aunque no tengamos en cuenta su repercusión en la vida del individuo. En la evaluación tenemos en cuenta la información obtenida, para así determinar las áreas que se han de intervenir, establecer un juicio e implantar la intervención.

Desde el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (AOTA 2008) se establece que la labor profesional de los terapeutas ocupacionales debe implementarse a través de la evaluación, intervención y logro de los resultados de esta.

Desde este marco, en términos generales, entendemos la evaluación

ocupacional en drogodependencias como el proceso de recogida de información del paciente relacionada tanto con su situación personal, como con su situación de consumo, sus necesidades y sus habilidades, con el fin de intervenir en las áreas y destrezas asociadas al desempeño ocupacional, con el objetivo de programar y establecer una intervención orientada hacia la mejora, mantenimiento o devolución de la funcionalidad ocupacional afectada por el consumo de sustancias psicoactivas.

La evaluación en drogodependencias no es solo un proceso de recogida de información sobre el paciente, es más que eso, es el contexto interpersonal en el que germina el vínculo terapéutico. La entrevista cumple en este caso con un objetivo fundamental, establecer las bases que nos proporcionen el desarrollo de la empatía, entre el paciente y el terapeuta, indispensable para el posterior diseño de la intervención.

En ocasiones puede suceder que, aunque tengamos programada y organizada nuestra entrevista estructurada o semiestructurada, no podemos recoger la información tal y como habíamos planeado. Cuando tenemos frente a nosotros a un paciente, hay que tener en cuenta: la vulnerabilidad de este, las dudas o recelos que pueda tener respecto al centro de tratamiento, hacia el terapeuta e incluso hacia él mismo. Es decir, lo principal no solo es la recogida de información significativa, que también, sino que lo fundamental, y donde debemos centrar nuestros esfuerzos, es en el establecimiento de un clima de confianza.

Para iniciar la intervención desde terapia ocupacional en adicciones, al igual que en cualquier otro campo de trabajo, hay que poner en marcha la evaluación ocupacional, en la que se incluyen las siguientes actuaciones o acciones:

- ✓ La recogida de información relativa a su demanda de tratamiento en el recurso asistencial de adicciones, es decir, iniciar la exploración de la motivación del paciente: ¿por qué acude?, ¿qué espera?
- ✓ La recogida de información general del paciente nos dará una

aproximación del caso, contendrá aquellos datos personales relativos a su edad, sexo, convivencia, estudios, situación e intereses formativos, laborales y de ocio, situación funcional previa.

- ✓ La recogida de información clínica del paciente contendrá aquellos trastornos orgánicos, psicológicos, psicopatológicos y de cualquier otra índole. También incluiríamos tratamientos anteriores.
- ✓ La recogida de información de sustancias, frecuencia y vía de consumo.
- ✓ La recogida de información específica de las áreas de ocupación, de las destrezas de ejecución y de los contextos y entornos.
- ✓ La interpretación y análisis de la información recogida.

Cuando el terapeuta forma parte de un equipo interdisciplinar integrará la información aportada desde las diferentes áreas de intervención, que constituyen el equipo terapéutico: área médica, social, psicológica y de enfermería, o de cualquier otro profesional que forme parte de él, por ejemplo educadores sociales u orientadores laborales.

Con la evaluación, por tanto, iniciamos y completamos el proceso de recogida de información e interpretación, elaboración de hipótesis acerca de las funciones y entornos de la persona, empleando métodos directos e indirectos, la observación, pruebas, e instrumentos de medida, usos de test estandarizados o no estandarizados. Las entrevistas con el paciente son fundamentales ya que, el contacto directo con él y a poder ser también con su familia como método efectivo, es la base para la obtención de información integral, para justificar la toma de decisiones y monitorizar el inicio y fundamento de nuestra actuación en el plan de intervención.

En drogodependencias, el proceso de evaluación ocupacional por su propia naturaleza no se puede entender como una actuación única e inamovible. Exige una constante revisión y actualización de la situación del paciente, con el fin de adecuar y modificar las estrategias terapéuticas que se

han de utilizar en relación con las nuevas necesidades de este para eliminar, modificar, e incorporar nuevos objetivos, bien, porque los haya conseguido total o parcialmente, o bien porque hayan aparecido nuevas dificultades que vamos a detectar a través de la evaluación continua del proceso.

La valoración, por sí misma, no nos serviría para poder elaborar el plan de intervención que se ha de aplicar, sino que necesita de un análisis de la información recogida. Para ello, el razonamiento clínico y la interpretación de los datos recogidos (entrevistas, pruebas, test...) son elementos básicos para poder hacer juicios sobre la situación o necesidades del paciente. A este proceso combinado le llamamos "evaluación", diríamos por tanto que la valoración se completa mediante el uso de procedimientos formales de la evaluación.

La evaluación constituye un elemento imprescindible de análisis necesario para la organización y eficacia de la intervención, ya que nos va a permitir valorar los resultados de la información recogida y los objetivos alcanzados o que se desea alcanzar, cuando se utiliza en el proceso de aplicación del plan de intervención y tratamiento, además de facilitar la disposición de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y organizacionales para la consecución de los objetivos.

A la hora de planificar de forma adecuada la intervención en terapia ocupacional es necesario hacer una evaluación inicial, con objeto de establecer las prioridades y la aplicación del tratamiento inicial, con la recogida de los datos y así diseñar la intervención individualizada ocupacional en el contexto del tratamiento integral (áreas interdisciplinarias), cuyo objetivo es analizar las necesidades perentorias del sujeto e identificar el punto de partida con el que ir contrastando la consecuente evolución de los problemas detectados en posteriores evaluaciones continuadas y así establecer el diagnóstico ocupacional, déficits en las destrezas, áreas y contextos y entorno en el desempeño ocupacional, y las posibles estrategias, programas, grupos, recursos de apoyo necesarios para aplicar. Es decir como terapeutas ocupacionales vamos a interpretar la faceta ocupacional del paciente evaluado en todas sus variables.

El terapeuta tiene a su disposición diferentes instrumentos de evaluación que necesitan de un conocimiento previo para su aplicación; sin embargo, tanto en adicciones como en cualquier otro ámbito de intervención o patología, contamos con instrumentos específicos (que a continuación describiremos) y con otros, que se adaptan, y han sido desarrollados por otras disciplinas para los aspectos cognitivos, afectivos, de inteligencia y de desarrollo, escalas que evalúan destrezas manipulativas, control motor, de los reflejos, de coordinación general y sensoriales, praxis, lenguaje, percepción visual, integración bilateral, etc. Son instrumentos específicos de evaluación que aportan un complemento a nuestra área.

La evaluación ocupacional en adicciones es más pertinente realizarla funcionalmente, de arriba abajo, de lo global a lo específico (Trombly, 1995), evaluando las áreas de ejecución o de desempeño ocupacional para llegar a identificar después qué destrezas o componentes ocupacionales están afectados.

La evaluación del proceso nos va a permitir reorganizar el plan de tratamiento y comparar cómo va evolucionando el paciente en la adquisición del desempeño de las áreas y destrezas de ejecución, su funcionalidad, el cumplimiento de los objetivos propuestos y la efectividad de la intervención, pudiendo hacer cambios en el diseño inicial tantas veces como se necesite (proceso de evaluación continuada y reevaluación continuada o reajuste de intervención) ya que van apareciendo nuevas necesidades que el paciente ya puede ir afrontando e incorporando a sus objetivos para la mejora de su desarrollo personal funcional e implementar un mejor bienestar individual y social.

La valoración de resultados de la intervención o del tratamiento (evaluación final), se centra en la medición de la calidad y del resultado de la intervención con el objetivo de revisar el fin de tratamiento, establecer las causas que han podido influir en su interrupción, en el abandono, la finalización de la demanda (alta voluntaria), la derivación o el alta terapéutica.

La finalización de la intervención en el área de terapia ocupacional puede obedecer a diversos motivos, los que devienen del compromiso del paciente o del cumplimiento de objetivos del área de terapia ocupacional.

En los casos en que la finalización de la intervención se corresponda con un alta terapéutica, por haberse conseguido el nivel establecido de los objetivos marcados, este será el punto de partida si se hace un seguimiento post-alta que nos permitirá reconocer en qué grado los cambios producidos por la intervención se mantienen en el tiempo.

En el Instituto de adicciones de Madrid Salud el sistema de evaluación multidimensional o sistema de evaluación de resultados de tratamiento ofrece, mediante una serie de indicadores graduados, cada uno de ellos en niveles posibles de consecución o logro, la posibilidad de medir objetivamente los cambios entre un momento concreto de tratamiento, se corresponda o no con el final de la intervención, y la situación de inicio en función de los objetivos marcados en el plan de intervención individual. Permite una evaluación continua del proceso dando opción a modificaciones, tanto de las estrategias terapéuticas, como de la planificación de las actuaciones y los recursos a intervenir previstos (ver protocolo TO IAM.S).

#### 5.1.1. Historia ocupacional

La historia ocupacional (ver apartado 2.1.1), es el soporte físico que sirve de instrumento para la recogida sistemática de información general y específica, con el fin de deducir las necesidades del paciente y las hipótesis de trabajo para establecer el diagnóstico ocupacional y desarrollar la evaluación y el plan de tratamiento. Contiene información relativa al:

- ✓ Análisis en el desempeño de hábitos y rutinas cotidianas y nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria, e instrumentales.
- ✓ Análisis en el desempeño de actividades educativas, formativas y laborales, nivel de destrezas de ejecución y adecuación.

- ✓ Análisis en el desempeño de las actividades de juego y ocio y nivel de ejecución y adecuación en cuanto a la utilización del tiempo libre: proyectos, tipo de actividades de ocio que realiza, saludables o de riesgo, por las que manifiesta interés y grado de satisfacción que experimenta.
- ✓ Roles ocupacionales en los ámbitos, familiar, sociorrelacional, formativo y laboral.
- ✓ Capacidad de desempeño de destrezas sensoriomotoras, cognitivas, de interacción y de comunicación interpersonal tanto objetiva como subjetiva.
- ✓ Exploración del entorno y del contexto ocupacional: factores ocupacionales de riesgo y protección presente en los entornos físico, sociofamiliar, laboral, formativo y de tiempo libre.

La historia ocupacional debe recoger datos tanto del pasado como del presente del perfil ocupacional (AOTA) del paciente, definido:

- Por la organización de rutinas funcionales y organizadas.
- El equilibrio entre las áreas funcionales.
- El mantenimiento en la participación en los roles de vida en relación con la edad, cultura y entorno y en la realización de expectativas personales, en los mismos, a lo largo de su recorrido vital.
- Los cambios de rol que ha ido realizando según las etapas de desarrollo y las destrezas y habilidades para el desempeño ocupacional para valorar la disfuncionalidad ocupacional, sus causas, cambios y evolución.

En los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones Madrid Salud (IAMS), organismo perteneciente al Ayuntamiento de Madrid, desde el año 2008 se utiliza la historia ocupacional que puede consultarse en el "Protocolo de intervención desde la terapia ocupacional en

los CAD del Instituto de adicciones" en [www.madrid.es](http://www.madrid.es).

A continuación vamos a mostrar un breve resumen de la historia ocupacional que puede servir de referencia de uso y aplicación en el campo de las drogodependencias desde la terapia ocupacional. Este documento se elaboró y adaptó apoyándose en los principios del modelo del MOHO y en el marco de la AOTA, aunque sin limitarse de forma estricta a ninguno de ellos:

### Perfil ocupacional

#### ✓ Organización de la rutina:

- Mantiene rutinas funcionales y organizadas
- Equilibrio entre áreas funcionales

#### ✓ Roles de vida:

- Mantiene la participación en los roles de vida
- Realización de expectativas personales en estos roles

#### ✓ Intereses, valores y objetivos:

- Identifica intereses, valores y objetivos
- Participación de acuerdo a intereses, valores y objetivos

#### ✓ Percepción de habilidades y asunción de responsabilidades:

- Reconocimiento de habilidades y límites
- Asunción de responsabilidades

#### ✓ Influencias ambientales:

- Influencias de ambiente social

-Influencias de ambiente físico

## Exploración del entorno

- ✓ Familiar
- ✓ Social
- ✓ Productivo

## Prioridades y objetivos

- ✓ Prioridades y objetivos del usuario
  - a nivel social

## Análisis del desempeño

- ✓ Se evalúa la capacidad de desempeño, teniendo en cuenta tres estadios: fomentar desempeño, mejorar desempeño y adaptar desempeño. En las:

### AB VD

- Aseo personal.
- Adecuación de indumentaria.
- Sueño-vigilia.

### AIVD

- Cuidar de otros.
- Movilidad en la comunidad.
- Manejo de temas financieros.
- Cuidado de la salud y manutención.
- Crear y mantener un hogar.
- Alimentación y limpieza del hogar.

### Educación

- Formal.
- Informal.

Este documento es un registro (historia ocupacional), en proceso de modificación para adecuarse al marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. AOTA (asociación americana de terapia ocupacional).

El objetivo de la historia ocupacional es:

- Aportar la información efectiva sobre los comportamientos ocupacionales sociales, relaciones y vínculos sociales fuera del ámbito de consumo, uso de recursos comunitarios normalizados, grado de autonomía: personal, del núcleo convivencial, económica y funcional.
- Inquietudes, interés y nivel de ajuste personal entre las expectativas y la situación real respecto a la esfera formativa y laboral.
- Conocimientos y actividad laboral, destrezas y grado de satisfacción para el desempeño laboral. Actividades de ocio y gestión del tiempo libre, diversificación de intereses de ocio saludable, destrezas físicas, cognitivas y afectivo-sociales para la realización de las actividades de ocio.
- Tipo de ocio, saludable, de riesgo, individual, grupal, y grado de satisfacción. Cumplimiento de normas, límites y responsabilidades familiares. Grado de afectación de las capacidades cognitivas y de la funcionalidad ocupacional.

#### 5.1.2. Diagnóstico ocupacional

El diagnóstico ocupacional es la conclusión clínica que resulta de la evaluación de la información integral recogida de los aspectos mencionados anteriormente.

Con toda la información recogida el terapeuta ocupacional podrá realizar

un diagnóstico del desempeño ocupacional del paciente y una propuesta de intervención ocupacional, que aportará al resto del equipo como complemento de la valoración interdisciplinar, que se reflejará en la evaluación multidimensional y el posterior diseño del programa personalizado de intervención.

El diagnóstico nos aporta la identificación individualizada de los problemas relativos a la disfunción ocupacional en las áreas y destrezas de ejecución en sus contextos y entornos, su alteración perturbará el desarrollo ocupacional satisfactorio (Guía de diagnóstico ocupacional que acuñan Rogers y Holmes, 1991).

A través del CIF y del DSM-IV, que son instrumentos de evaluación, podemos apoyar el diagnóstico de terapia ocupacional.

### 5.1.3. Herramientas de evaluación

Para realizar la recogida objetiva y evaluar la información sobre el paciente, el terapeuta ocupacional utiliza:

- El OPHI-II: explora la historia ocupacional (Occupational History Interviews). Consta de escalas estandarizadas: entrevista semiestructurada de la historia ocupacional con formato de flujos, escala de identidad ocupacional, escala de competencia ocupacional, escala de contexto y narración de la historia de vida. Es el principal instrumentos que se utiliza en adicciones por su gran adaptabilidad a esta patología. Valora la organización de la rutina, roles de vida, intereses, valores y objetivos.
- Otros cuestionarios como el ACIS (Assessment of communication and Interaction Skills), que evalúa las interrelaciones en contexto grupal.
- El OSA (Occupational Self Assessment) capta la percepción de la propia función ocupacional y las influencias del medio ambiente en su desempeño (autoevaluación).

Todas las herramientas expuestas hasta ahora pertenecen al MOHO.

- La Escala de Allen (inventario de rutinas diarias) es el modelo de discapacidad cognitiva, el ACL-5 (Allen Cognitive Level), y evalúa la capacidad de aprendizaje. El RTI (inventario de las tareas rutinarias).
- EL ADO (autoinforme del desempeño ocupacional) evalúa el funcionamiento ocupacional y la influencia del entorno en la realización de las actividades de la vida diaria.
- EL ADO FAMILIAR evalúa lo anterior pero cumplimentado por un familiar.
- La Escala de MOCA (Montreal Cognitive Assessment) es un test de cribado para el deterioro cognitivo leve que valora las funciones visoespaciales, atención, memoria, inhibición y fluidez verbal.
- CRC (cuestionario de reserva cognitiva).

Además, se utilizan escalas elaboradas por terapeutas ocupacionales pertenecientes al Instituto de adicciones en los centros de atención a las drogodependencias (CAD, IAMS, Ayuntamiento de Madrid), escalas que han mostrado su utilidad para el trabajo clínico con los pacientes, como la:

- ✓EAVDA (Evaluación de actividades de la vida diaria en adicciones). "Cuestionario sobre ocupación del tiempo libre" (Carmen Calvo, María José Gallego), que se divide en actividades deportivas, culturales, lúdicas y hobbies y nuevas tecnologías. Adaptación del cuestionario de intereses de Kielhofner-Neville de 1983, modelo de Ocupación Humana (Anexos del Protocolo de TO en Adicciones IAMS Ayuntamiento de Madrid).
- ✓El DAFO. Es una herramienta de trabajo del mundo empresarial, sirve para conocer la situación real en que se encuentra una organización, empresa o proyecto, y planificar una estrategia de futuro. Se ha adaptado en la clínica como herramienta de intervención por la visión

clara que puede dar al paciente/cliente en el momento, puede ayudar a decidir, y a tener en cuenta estrategias de cambio para conseguir objetivos metas y logros. Se incluye como instrumento para elaborar "toma de decisiones". Analiza dos aspectos del usuario:

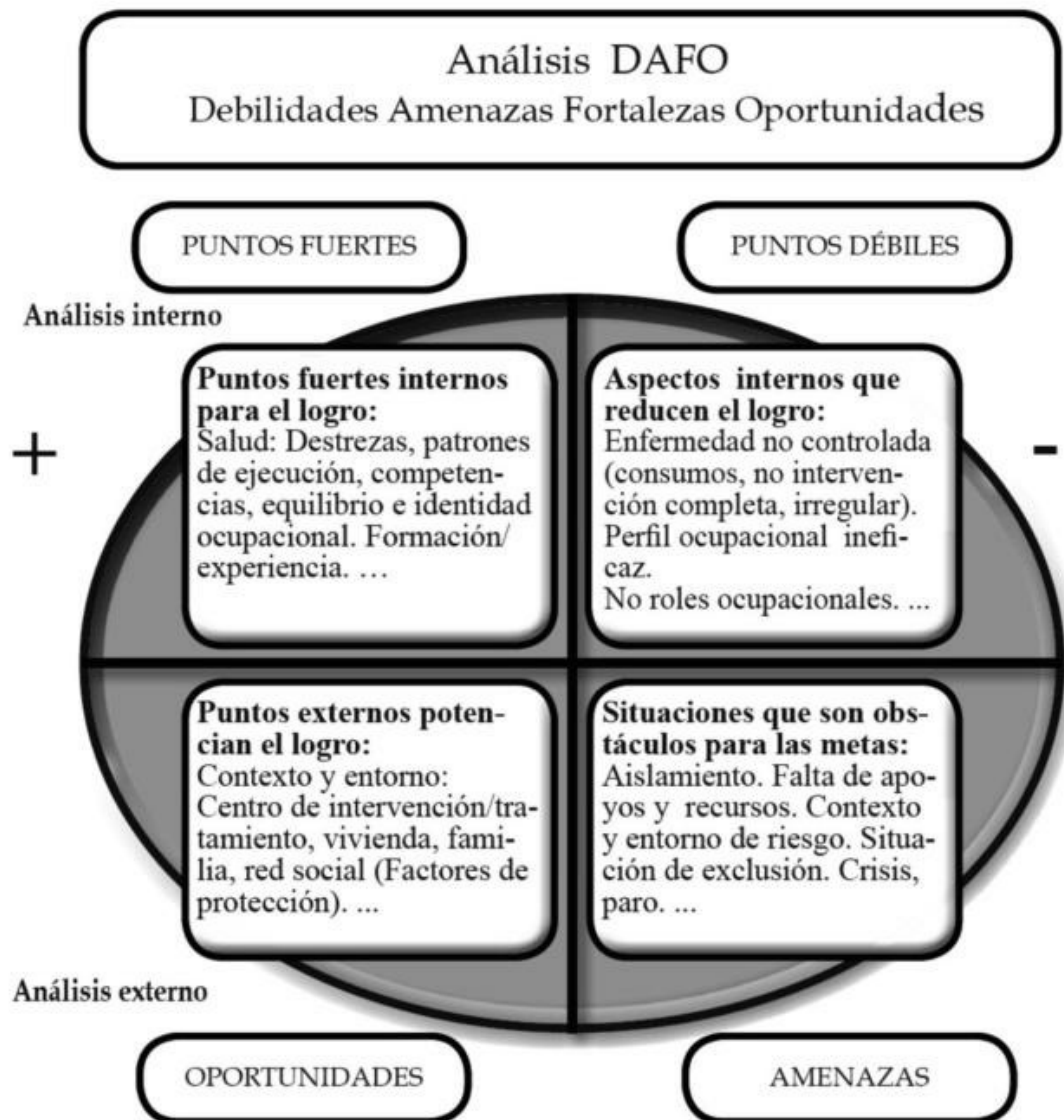


Figura 5.1. Características internas (debilidades y fortalezas) y externas (oportunidades y amenazas) del análisis DAFO.

#### 5.1.4. Registros y autorregistros

Existen múltiples procedimientos de evaluación que van desde una

evaluación global de todo el individuo (área cognitiva, afectiva, relacional) hasta instrumentos o técnicas que evalúan solo aspectos específicos y determinados.

Existe gran variedad de técnicas que pueden ser cuantitativas y cualitativas, estandarizadas y no estandarizadas, objetivas y subjetivas. Igualmente las herramientas son variadas: cuestionarios, autoinformes (registro de roles, de rutinas, de intereses etc.), autorregistros, entrevistas, observación de terceros, reuniones, actividades con fines diagnósticos, reuniones de equipos, informes familiares.

## 5.2. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional

Una vez elaborado el diagnóstico ocupacional, iniciaremos el diseño de tratamiento y programa de intervención específico, para ello debemos establecer los objetivos y prioridades conjuntamente con el paciente.

El terapeuta ocupacional debe explorar y contar con la volición del paciente, es decir, los logros o cambios que desea, o está dispuesto a cumplir y así formular y desarrollar un plan de tratamiento integral, seleccionando los métodos y técnicas más adecuadas para ello, en función de los cuales podremos establecer con él los acuerdos u objetivos de la propuesta de intervención. Estos objetivos se irán revisando periódicamente en un proceso dinámico, que permitirá disponer de una información actualizada del desempeño y funcionalidad ocupacional del paciente.

Junto al diagnóstico ocupacional para la planificación del tratamiento hay que tener cuenta las informaciones recogidas desde otras variables no específicas del área ocupacional, comunes para todas las áreas de intervención, que también van a influir en el diseño de intervención, serían las relacionadas con el consumo de sustancias, si está en consumo activo (cantidad, frecuencia), reducción o abstinencia. La motivación para el tratamiento, ya sea interna o externa (debida a presiones familiares, judiciales, etc.), así como su pertenencia a colectivos que diríamos presentan

necesidades especiales, adolescentes y jóvenes, pacientes con patología dual, personas sin hogar, diferencias idiomáticas, culturales, etc.

La terapia ocupacional se encuentra en el contexto interdisciplinar, va a diseñar un plan de intervención personalizado con los objetivos comunes a conseguir desde las áreas profesionales, las estrategias terapéuticas y la utilización de los recursos disponibles. Se prioriza el uso de programas ambulatorios a través de citas individuales, familiares y grupales. En ciertos perfiles se hace uso temporal de recursos externos para el apoyo del tratamiento urbano/ambulatorio.

#### 5.2.1. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para el apoyo de la desintoxicación física

La desintoxicación física es el comienzo del proceso de tratamiento en los pacientes que acuden con consumo activo.

Podríamos decir que es la fase que menos tiempo precisa y en la que más evidente es el objetivo: la abstinencia, el no consumo.

Dependiendo de la deprivación de la sustancia consumida, el síndrome de abstinencia tendrá sintomatología y características diferentes, y el tiempo que se precise para realizar la desintoxicación también será diferente.

Comienza normalmente cuando el área médica valora la necesidad de apoyo farmacológico, si es preciso, y siempre y cuando no existan complicaciones asociadas que impidan que se realice la desintoxicación ambulatoria. En caso contrario se tendría que realizar en ingreso hospitalario.

Intervendrán, además del área médica, el área sanitaria y el área de terapia ocupacional, como fórmula prioritaria, según el diseño de gestión de la intervención, que el equipo interdisciplinar haya elaborado, y en ocasiones, dependiendo del volumen de trabajo, apoyaremos desde terapia ocupacional el proceso de desintoxicación, planificando espacios de tiempo para esta intervención, pudiendo realizarse alguno de ellos, conjuntamente con la

familia (como por ejemplo la intervención grupal en colaboración con el área sanitaria, y la intervención individualizada). En los dos tipos de intervención asesoraremos sobre las distintas sintomatologías que pueden aparecer en el proceso de desintoxicación. Reforzaremos conjuntamente con el área sanitaria la toma de los fármacos por indicación y prescripción médica y los autocuidados de salud (higiene, alimentación, regulación del sueño, actividades para reforzar cuidados en salud como baño, masaje, paseo etc.).

Desde terapia ocupacional elaboraremos conjuntamente con el paciente y su familia una organización diaria de actividades ocupacionales en el tiempo, el itinerario de AVD será planificado y revisado para sincronizar los cambios hacia la mejoría y la abstinencia en el proceso de desintoxicación. El objetivo es ofrecer un contexto de contención con el apoyo de la familia durante el proceso de la desintoxicación, a través de actividades y ocupaciones indicadas. En el caso de carecer de apoyo familiar la indicación será la misma, organizar y regular las actividades posibles para propiciar un estado de bienestar que evite que abandonen el propósito de mantener la abstinencia ante la aparición del deseo de consumo y estados de ansiedad.

Motivaremos para que la convalecencia en su hogar sea un proceso activo y así evitar la aparición de niveles elevados de ansiedad. Para ello elaboraremos, con el paciente y sus acompañantes, tareas y actividades indicadas, con propósito, en este momento del proceso que se pueden desarrollar en casa: tareas básicas del mantenimiento del hogar, actividades creativas y recreativas que requieran baja atención y concentración y de fácil ejecución; incluso, iniciar actividades cognitivas sin gran esfuerzo mantenido y actividad física ajustada (destrezas de ejecución). Facilitaremos que el paciente realice estas tareas si antes las iniciamos nosotros con él, tanto a nivel individual, como grupal. Por ejemplo, podemos iniciar la elaboración de una actividad manual creativa o expresiva fácil de realizar, gratificante durante su proceso y en el resultado final, para generalizar su desempeño en su contexto de ejecución habitual (casa, en familia).

Asesoraremos sobre el apoyo externo que se precisa ejercer por parte de familiares para conseguir autocontrol y así evitar el abandono de la

abstinencia. Este control por parte de la familia ha de ser un acompañamiento que el paciente tiene que entender como ayuda debido a su pérdida temporal de autocontrol ante el craving.

Entre todos intentaremos encontrar estrategias personalizadas que le sirvan de protección al consumo. La idea que hemos de transmitir es que el proceso de desintoxicación física es una etapa (unos días) de cierta activación en tareas de responsabilidades asumibles, aceptar el acompañamiento con confianza suficiente para poder solicitar ayuda, manifestar sensaciones y emociones evitando la manipulación.

Este proceso, por ejemplo, es muy evidente en la desintoxicación de heroína, donde aparece sintomatología física, orgánica, durante unos días (de 6 a 10 días), equiparable a un proceso gripal con disforia y ansiedad. No existe elevado grado de peligro en esta situación. Por el contrario, sí puede existir peligro en la desintoxicación de alcohol ya que en deprivación, en casos de larga historia de consumo y elevadas cantidades, puede aparecer un síndrome de abstinencia que además de sintomatología orgánica (temblores, náuseas, diarreas, etc.), presente sintomatología por ansiedad y puede aparecer un cuadro psiquiátrico por delirium tremens. Este delirio puede ser grave para la integridad del paciente y de los demás.

En la desintoxicación en estimulantes y en cannabis, los síntomas no son tan evidentes ni tan inmediatos y, aunque la deprivación de drogas cursa con ansiedad, disforia, cierta apatía, irritabilidad, etc., no es un cuadro estándar, sino que puede desarrollarse de forma diferente en cada paciente o en cada ocasión. El curso de la sintomatología igualmente puede aparecer después de unos días y mantenerse bastante tiempo, hasta meses, pero sin sintomatología clara o concisa. Esto a veces hace creer al paciente que no hay síndrome de abstinencia y que, por lo tanto, no existe adicción. Sin embargo, esto es una falacia que queda desmontada cuando aparecen consumos por ansiedad o situaciones asociadas al patrón de consumo particular del paciente. Es cuando el individuo toma conciencia de que, aunque no se haya dado una sintomatología física importante, sí hay aspectos psicocomportamentales y de la ocupación que hace que se repitan los consumos a pesar de tener una

actitud de abandono de los mismos.

### 5.2.2. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para la deshabituación/habitación ocupacional

El objetivo general de terapia ocupacional en la fase de habitación ocupacional es crear nuevas rutinas e intereses ocupacionales, procurando generar adherencia al tratamiento para, de este modo, poder realizar motivación al cambio hacia un nuevo estilo de vida. Instaurar la autonomía del autocuidado y comenzar la habilitación y rehabilitación. Tendremos en cuenta la prevención y promoción de la salud, entendiendo la salud como el mayor estado posible de bienestar global del paciente.

Una vez superado el síndrome de abstinencia, cuando el paciente ha dejado el consumo de drogas, al estabilizarse en esta nueva situación nos enfrentamos a la etapa de deshabituación de los hábitos y rutinas que desarrollaba durante su consumo activo, para dar paso a nuevos hábitos más saludables y adaptativos que no estén asociados al consumo.

Para iniciar este proceso de cambio es necesaria la volición; que el paciente se encuentre motivado, con conciencia de problema y que contemple la necesidad de abandonar su anterior circuito ocupacional asociado al consumo de drogas e incorpore un nuevo itinerario con tareas y actividades ocupacionales que le puedan empoderar de competencia ocupacional.

Ha de integrar nuevas responsabilidades que supongan nuevos roles ocupacionales para construir una nueva identidad ocupacional competente, adaptada y eficaz, para lograr un cambio de estilo de vida satisfactorio.

Es necesario conseguir en el paciente rutinas y hábitos saludables en las AVD (patrón ocupacional) en cuanto a nutrición, higiene y sexualidad, fomentar autocuidados y control de sus patologías asociadas o concomitantes.

A través de los instrumentos propios de valoración y evaluación de terapia ocupacional detectamos con el paciente si es necesario abandonar

ocupaciones y contextos ocupacionales que van asociados al consumo de drogas y mantienen el consumo o si podrían generarlo de nuevo en caso de haberse conseguido la abstinencia. Por lo tanto, en contrapartida, habrá que ir incorporando nuevas rutinas y ocupaciones diferentes en contextos de ejecución alternativos que vayan cubriendo los espacios libres al abandonarse los que estaban asociados al consumo de drogas.

Podremos rescatar del pasado actividades y tareas adaptadas y saludables que fueron abandonadas y ahora puede ser el momento indicado y oportuno para retomarlas; y así, de este modo, crear un perfil ocupacional más funcional y eficaz que genere satisfacción y bienestar al paciente.

Del mismo modo, también tendremos que rastrear e investigar, con el paciente, nuevas ocupaciones por descubrir qué habrá que probar, practicar, entrenar e incorporar para armar el nuevo patrón ocupacional, el perfil del diferente estilo de vida hacia el que van dirigidas las acciones ocupacionales (perfil y patrón ocupacional funcional).

La abstinencia a drogas por sí misma no es suficiente para resolver el problema de la adicción, pero esta abstinencia es la que crea la condición idónea para realizar el cambio de patrones ocupacionales desadaptativos y disfuncionales por otros que fortalecen el perfil ocupacional con roles e identidad competente.

La meta hacia la que dirigimos nuestras acciones es la de invertir al paciente drogodependiente de una nueva identidad ocupacional en la que no "encaja", no es funcional el consumo de drogas. La nueva estructura que el paciente ha ido incorporando e instaurando, construida con nuevas rutinas, hábitos, roles, proyectos e intereses, impide que exista una posible utilidad o sentido en los nuevos consumos de drogas, por lo que estos tenderán a desaparecer.

En el plan de intervención de terapia ocupacional, de acuerdo con la comprensión y el compromiso del paciente, tendremos en cuenta todos los componentes del desempeño o de ejecución de todas las áreas ocupacionales

del individuo, reestructurando las mismas hacia la eficacia de su función a través de la toma de conciencia, del entrenamiento, generando competencia y realizando el cambio hacia nuevos roles e identidad competente.

El paciente, también con el trabajo terapéutico, toma conciencia y asume sus fortalezas y sus debilidades, manejándolas en pro de una adaptabilidad ocupacional funcional, encontrando, solicitando y utilizando apoyos o ayudas externas en casos o momentos precisos (apoyos de protección).

### 5.2.3. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para la reinserción social

En adicciones se identificaba la inserción social del drogodependiente, principalmente, cuando se incorporaba al trabajo y al contexto social de forma participativa. Sin embargo, este concepto no es válido hoy en día. El consumo de heroína generaba un perfil ocupacional de inadaptación social, y la incorporación social se identificó con favorecer la inserción laboral.

Hoy en día, los perfiles en drogodependientes son diferentes, debido a que el uso de sustancias y la manera de consumirlas en contextos y entornos de ejecución ocupacional son diferentes. Podríamos decir que la normalización de los consumos de drogas en las sociedades no implica, necesariamente, aislamiento y abandono de contextos normalizados.

Por ejemplo, el consumo de estimulantes incluso ha generado una imagen de mayor rendimiento en ciertas competencias laborales, el alcohol, al ser una droga legal y estar socialmente aceptado su consumo, puede convivir en su uso con entornos laborales, y no da una imagen de exclusión al menos en primeros estadios del problema. Entre el cannabis y el alcohol se podría establecer cierto paralelismo en el sentido de que el usuario tiene la creencia de que se trata de drogas cuyo consumo facilita la socialización. Por tanto, los usuarios de todas estas drogas perciben que su uso les aporta competencia a nivel sociorrelacional.

Por lo anteriormente expuesto, tenemos que redefinir la reinserción en

adicciones como un proceso de incorporación del drogodependiente en el contexto social de forma completa en todas sus áreas de competencia ocupacional.

La incorporación social plena y activa del drogodependiente, que ha estabilizado su abstinencia, tiene un autocontrol de su enfermedad y ha realizado de forma eficiente un cambio en su patrón ocupacional, consiguiendo una identidad adaptada, sería la finalidad de la fase de reinserción.

Se podrá decir que el paciente está insertado socialmente cuando cubra y se desarrolle satisfactoriamente en todas las áreas del desempeño ocupacional. También cuando, aunque no se desarrolle personalmente en alguna de las áreas, por causas temporales o definitivas, sí esté en disposición y preparado para poder o no desarrollarlas y acepte o asuma su posible falta de forma adecuada. Por ejemplo, en la situación socioeconómica de las sociedades pueden darse etapas de situación de precariedad y paro laboral, o a veces el paciente no dispone de contexto familiar, o está jubilado, o tiene alguna discapacidad, sin embargo estas circunstancias no tienen por qué ser invalidantes o limitar su bienestar y su incorporación social, si el resto de sus áreas de competencia ocupacional están fortalecidas y son eficaces.

Al área de ocio/juego y tiempo libre socialmente no se le da realmente la importancia que tiene, en cambio, en el caso del área laboral y la formativa se magnifica su importancia e incluso a veces se prioriza en contextos terapéuticos, ya que se identifica con normalización y salud.

La terapia ocupacional insiste en el mensaje en el cual se prioriza el estado de salud global, para desempeñar satisfactoriamente el área laboral y la formativa, para desarrollar su tiempo libre en actividades que le den satisfacción personal en su realización individual y social, con adecuado espacio de descanso (triada de la salud), todo ello enmarcado en un entorno sociofamiliar (contexto emocional), con sentimiento de pertenencia a una comunidad e identidad con una cultura que comparte valores propios.



# **PARTE III**

## **INTERVENCIÓN, PROGRAMAS Y RECURSOS EN DROGODEPENDENCIAS**

# 6

## **Diseño del proceso de intervención en centros de atención al drogodependiente**

### 6.1. Intervención y programas

Los programas de intervención se diseñan y consensúan por la gestión de la organización, que presta el servicio de atención a drogodependencias con la colaboración de los equipos interdisciplinarios que los desarrollan, para agilizar eficazmente los procesos de intervención, valoración, evaluación continua y atención personalizada individual grupal y familiar.

Las áreas de intervención van a tener en cuenta, para diferenciar y elaborar programas específicos, el perfil del paciente, la droga principal de abuso y el colectivo de población al que pertenece, si es el caso. Esta posible clasificación hará más fácil la coordinación y la percepción de los resultados de una organización.

Las peculiaridades de los pacientes harán que se diferencien los actos terapéuticos diseñados, dirigidos a satisfacer la demanda y las necesidades propias de cada individuo. Y, aunque lo que unifica a la población

drogodependiente es la dependencia a drogas, al margen de la sustancia que consume, se va a incidir en la sintomatología propia que va asociada a cada droga principal de abuso, a cierto perfil y a ciertos colectivos; creándose actos e intervenciones individuales y grupales específicas.

La línea de trabajo ha de ser flexible y compatible con las intervenciones transversales en las que los contenidos, técnicas y estrategias terapéuticas tendrán como objetivo beneficiar a todos los pacientes en general, al margen de la droga principal por la que se demande la intervención.

Debemos aclarar que las clasificaciones son una mera formulación de los procesos, por la labor facilitadora y clarificadora, pero de todo el conjunto. Los contenidos generales constituyen la base del trabajo en adicciones y, además, son la mayor carga en el desarrollo de las tareas teniendo en cuenta que, aparte de abordar e incidir en la patología por adicción como diana de atención, hay peculiaridades que, si no son tenidas en cuenta y atendidas, van a influir en los resultados del proceso de intervención. Como caso ilustrativo podemos preguntarnos hasta qué punto hay posibilidad de recuperación en un drogodependiente si no tiene un lugar donde dormir, qué comer, medios para desplazarse, etc. Los aspectos básicos de supervivencia, las patologías concomitantes, los contextos y los entornos han de ser considerados al planificar una intervención para que esta tenga operatividad y coherencia y los resultados sean exitosos.

El objetivo general de la intervención en adicciones es la remisión, la reducción o el control del consumo. Los objetivos específicos podríamos resumirlos en: normalizar el estilo de vida y lograr la socialización. Los contenidos trasversales y específicos son los que crean una intervención plural e indicada; de este modo se da una respuesta adecuada a pacientes drogodependientes.

A continuación se expone una forma de gestión de una organización, que atiende demandas de atención por adicción.

Se tiene en cuenta un plan estratégico ajustado a ley, con una misión

formulada documentalmente y con unos recursos humanos y físicos, con apoyos de aliados y con los medios necesarios para desarrollar los distintos procesos necesarios para la atención del cliente de forma satisfactoria.

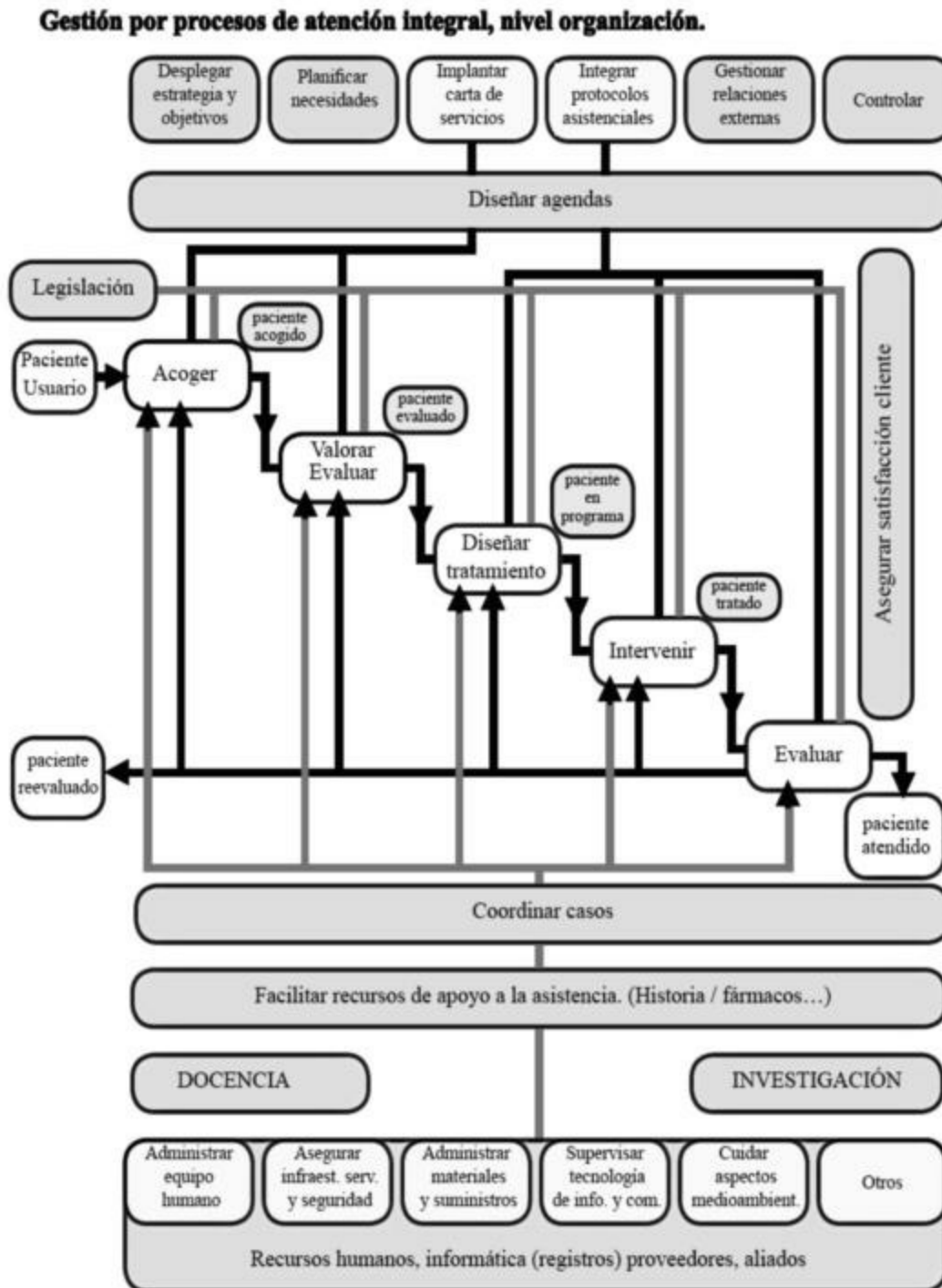


Figura 6.1. Gestión por procesos de atención integral (nivel organización).

### 6.1.1. Intervención por perfil

Hablaremos del perfil que presenta un paciente o un grupo de pacientes a la suma de las características generales que se han generado por un patrón de consumo, y también por las similitudes en características personales y contextuales que pueden presentar ciertos pacientes en un momento dado concreto, y que necesitan unos contenidos terapéuticos determinados en la intervención.

No hay un estándar para clasificar perfiles, se utiliza este término en los encuentros operativos de valoración y toma de decisiones que se realizan entre los profesionales, de distintas áreas de intervención, de los equipos de trabajo en adicciones, y también en la coordinación con otros recursos asistenciales o de tratamiento, que pueden ser de apoyo o de derivación. Esta es una forma de agilizar y amortizar la intervención en drogodependencias donde hay requerimientos terapéuticos diferenciados; sirve el término "perfil" para facilitar la comunicación y el sentido de la intervención en el trabajo.

Podríamos decir que el perfil de los consumidores de estimulantes presenta un estilo de vida, en apariencia, más normalizado, organizado, en el que no se han perdido áreas de competencia en las áreas de ocupación (pueden estar estudiando, trabajando, mantienen relaciones sociofamiliares) y, en cuanto a sus destrezas de ocupación en el desempeño, aunque algunos puedan tener ciertas deficiencias o alteraciones, otros sí son capaces, en algunos casos y aunque sea mínimamente, de reflexionar y realizar cierto trabajo de introspección, asimilando, comprendiendo y aprendiendo de experiencias ajenas y contrastando las propias, lo que resulta muy importante en la intervención grupal.

En el perfil de los consumidores de depresores, sobre todo en estadios avanzados, las características son diferentes, las capacidades cognitivas suelen encontrarse disminuidas y, aunque sean recuperables, presentan, en el primer momento del proceso de intervención, dificultad para la reflexión, para la introspección y para funciones ejecutivas. El ritmo de pensamiento y de comprensión es más lento que en otros perfiles de pacientes. Sirvan estos

ejemplos para ilustrar cómo se puede realizar grupos de tratamiento según el perfil, según la droga consumida o según las características, con objetivos y prioridades adaptados a sus necesidades.

La valoración para la selección de pacientes para un grupo concreto es tarea delicada, en la que no todo vale, se ha de realizar de forma adecuada.

Es habitual que para agrupar usuarios para la realización de intervenciones grupales tengamos más en cuenta sus características, en cuanto a las alteraciones en las destrezas de ejecución para el desempeño ocupacional, que el programa al que se le ha adscrito, asignado por la droga principal de abuso. Por ejemplo, podemos incorporar a un usuario del programa de alcohol a un grupo de terapia orientado a pacientes que pertenecen al programa de estimulantes, con contenidos en los que hay mayor implicación en el análisis y la reflexión, un ritmo de trabajo más rápido, porque en este caso, aun siendo del programa de alcohol, se ajusta más a este grupo de terapia al no tener alteraciones importantes en la cognición y en la participación social; por lo que es más adecuado, ya que son perfiles similares, aunque la droga de uso haya sido diferente, podríamos realizarlo como excepción, con cierta flexibilidad. Esto no sucedería en organizaciones en las que la estructura y la gestión diseñadas por equipos interdisciplinares para la intervención grupal no contemplan grupos terapéuticos por programas, sino por el diseño de contenidos adaptados, que se han desarrollado y han seleccionado, para perfiles que presentan dificultades y necesidades parecidas, al margen del programa al que estén asignados (alcohol, estimulantes, cannabis, opiáceos...).

Ciertamente, el consumo de un tipo de droga marca en general un perfil de dificultades y problemas en el paciente, pero hay que tener en cuenta que definimos como "perfil" también las características individuales que el paciente presenta y que no siempre se ajustan a lo esperado por el consumo de una droga determinada. La intervención no ha de ser definida por la determinada droga que consume o ha consumido, sino por la singularidad que presenta ese individuo, que podemos agrupar con la de otros, con iguales o con necesidades similares de intervención terapéutica, al margen del consumo

de drogas que tuvo o aún tiene.

Si las posibilidades de agenda y recursos humanos en la organización son suficientes, y las líneas de intervención de los equipos interdisciplinarios son coherentes, pueden contemplar la realización de diferentes tipos de grupos terapéuticos por programa y por perfil, adecuando la complementariedad. Sería una fórmula de calidad en cuanto a que pueden ofrecer una amplia variedad de propuestas grupales. Seguramente darán una respuesta más amplia a las necesidades específicas de atención e intervención de las destrezas de ejecución alteradas, a los programas de intervención y a los diferentes perfiles de usuarios en diversos momentos decisionales y que se encuentran en etapas distintas del proceso de intervención.

Hay perfiles que precisan más regularidad en la atención, mayor contención, un entrenamiento grupal más intenso. Por ejemplo, en los inicios del tratamiento en que el paciente vive en la ambivalencia ante el deseo de consumo. Por el contrario, hay otros perfiles de pacientes que solo precisan de intervenciones grupales distanciadas en el tiempo que le proporcionen un vínculo para no olvidar cómo mantener un control de los autocuidados en salud y bienestar y prevenir situaciones de riesgo y de recaídas; como puede ser el caso de pacientes que se encuentran en la etapa avanzada de la intervención, de inserción y reinserción, con un estilo de vida ya muy normalizado, pre-alta.

El perfil, como vemos a veces, viene definido y puede ir modificándose, en los pacientes en igualdad de condiciones, por sus destrezas de ejecución y por la fase decisional o etapa de tratamiento.

Tendremos en cuenta en terapia ocupacional la afectación en las destrezas de ejecución para el desempeño ocupacional, cómo su estado está influyendo en las áreas de ocupación; de este modo podremos reunir personas, perfiles, en grupos, según las dificultades que presentan, o no presentan, en el desempeño ocupacional a causa de las posibles alteraciones o disfunciones de dichos componentes y, por tanto, para el manejo y el desarrollo de roles ocupacionales adaptativos y eficientes que construyen una identidad

ocupacional fortalecida.

En los grupos de terapia ocupacional los objetivos terapéuticos que nos planteamos van a ser diferentes según el perfil, y habrá grupos terapéuticos propios para un perfil definido por momento del proceso de intervención: desintoxicación, deshabituación/habituación ocupacional, inserción/reinserción ocupacional, que suelen coincidir con las fases decisionales: de precontemplación, contemplación, cambio/acción y estabilización del cambio, y también tendrá que haber grupos que por objetivos muy específicos serán indicados para ciertos "subperfiles" que definamos y seleccionemos para ese grupo en concreto, con objetivos propios y muy afines a un propósito. Por ejemplo, actividades para la estimulación cognitiva, actividades de lectoescritura, entrenamiento en AVD, etc., y lo realizaremos en grupos con pacientes seleccionados por sus características y necesidades específicas percibidas en el análisis de la ejecución ocupacional.

En la intervención se han de amortizar los tiempos, en la medida de lo posible, con intervenciones indicadas a la necesidad prioritaria del momento en el proceso de tratamiento y a las necesidades particulares propias de los pacientes a los que van dirigidas.

Un paciente, al ser incorporado en un grupo, se puede sentir mal, ya sea porque no esté preparado, porque no sea su momento, porque no está aún lo suficientemente estabilizada su abstinencia, porque sus limitaciones en las destrezas de ejecución le impidan comprender los contenidos, o porque no se abordan directamente sus dificultades sobre las que hay que intervenir y, de este modo, le estemos frustrando al enfrentarle y exigirle participar en contenidos terapéuticos que no puede comprender, asumir o que no son los que necesita específicamente, pudiendo esta situación llevarle, entre otras cosas, al abandono del grupo y, por extensión, del proceso de intervención y tratamiento.

#### 6.1.2. Programas de intervención según principal droga de abuso

Para la gestión de la organización, en adicciones, se realizan protocolos de

intervención dirigidos a los pacientes teniendo en cuenta la droga que se considera principal de abuso. Se establecen los mecanismos para la intervención interdisciplinar en los procesos de intervención terapéutica, se homogenizan los procesos, los objetivos y las técnicas a aplicar. Es una forma de poder así realizar, además de actos terapéuticos, una memoria de resultados que reflejen la labor de una organización.

A la hora de diseñar programas de intervención eficaces, tendremos en cuenta en la elaboración de protocolos de intervención las necesidades que presenta cada grupo de pacientes, que hemos definido por consumo y, de este modo, podremos trabajar directamente por objetivos específicos con los pacientes seleccionados a estos programas, programas de alcohol, opiáceos, estimulantes o cannabis, entre otros.

Hay programas que están muy definidos por la sustancia consumida y por la respuesta terapéutica aplicada, por ejemplo en el programa de sustitutivos opiáceos, donde la droga principal de abuso es la heroína y parte principal del tratamiento se basa en un sustitutivo opiáceo, clorhidrato de metadona. Este programa tiene sus características propias, por lo que la respuesta terapéutica de las diferentes áreas de intervención es adaptada a sus necesidades. Del mismo modo, podemos hablar del programa de alcohol, del de cocaína o estimulantes, o del de cannabis. Son programas en los que las áreas se especializan en sus líneas propias de intervención, que precisan de técnicas e instrumentos terapéuticos adecuados a la peculiaridad de la alteración que produce una droga específica en cada área. Es fácil de entender que el área médica apoya farmacológicamente el proceso de desintoxicación en el alcoholismo. O que, desde el área de trabajo social, se da apoyo para la inserción social en el programa de opiáceos a la población en exclusión social.

En general, cada tipo de droga genera sus repercusiones y podemos predecir las generalidades precisas para una intervención interdisciplinar adecuada a las necesidades de los usuarios de determinada droga.

En la práctica clínica es fácil comunicamos, comprendemos, con la

clasificación de programas por sustancia. Pero la realidad es que es muy difícil encontrar usuarios que toman una sola sustancia. Incluso en un comienzo del proceso de intervención, en ocasiones, es difícil discernir cuál es la droga principal de abuso, por lo que, a veces, lo determina la demanda del paciente. La drogodependencia suele ser, en la mayoría de los casos, policonsumo de drogas; quizás sea en el alcoholismo donde encontramos, en poblaciones de edad adulta, el consumo de este sin estar acompañado de otras drogas de abuso.

Cuando incorporamos a un paciente en un programa determinado no necesariamente vamos a encontrar las generalidades que esperamos por el consumo de determinada sustancia. No hay un drogodependiente igual a otro, a veces incluso, con un patrón de consumo similar y una misma sustancia, nos encontramos con alteraciones y cuadros clínicos muy diferentes.

En algunos centros de tratamiento se crean procesos terapéuticos específicos como son los grupos de alcohol y o los de cocaína. Pero la experiencia ha llevado a comprender que, aunque se utiliza este término, son grupos de perfiles preferentemente asociados al consumo de alcohol o de cocaína, respectivamente. Se incorpora en estos grupos a pacientes con perfiles parecidos y que presentan dificultades similares, aunque la droga principal por la que demandan intervención no sea la que denomina ese grupo de terapia (grupos de alcohol y estimulantes principalmente), es decir, a pacientes con características comunes en cuanto a su implicación en el tratamiento, momento decisional y el estado de sus destrezas de ejecución para el desempeño ocupacional. Esto permite desarrollar la técnica grupal oportuna, facilitar la integración de los participantes por identificación y amortizar los tiempos y los recursos humanos.

En la práctica diaria el profesional acompaña al paciente en su proceso de rehabilitación teniendo en cuenta el progreso del individuo como tal y las dificultades que acontecen al margen de la droga consumida. La dificultad de abandonar una dependencia y sus circunstancias es la situación por la que se precisa de la intervención interdisciplinar para conseguir el cambio de estilo de vida.

La terapia ocupacional realiza, principalmente, su intervención grupal en espacios propios, tiene más en cuenta los perfiles, las características de los individuos en las áreas de ocupación, el momento decisional, su implicación, la fase o momento en la intervención en el tratamiento, desintoxicación, deshabituación/habituación ocupacional y reinserción, y por sus capacidades, las destrezas de ejecución ocupacional.

El terapeuta ocupacional realiza e interviene en grupos de terapia por programa, por selección de la sustancia principal de consumo, a veces liderando la intervención y en otras de coterapeuta, generalmente en complementariedad con otras áreas de intervención; siendo los resultados satisfactorios por la comprensión que realiza el paciente de la integración de los diferentes factores que intervienen en el proceso de la adicción y de cómo, globalmente, ha de ser abordada terapéuticamente de forma eficaz desde la interdisciplinariedad. Igualmente, la intervención grupal compartida con áreas sociosanitarias es una fuente de refuerzo y comprensión para los lazos de "las partes" en pro de un proceso global.

### 6.1.3. Programas de intervención específicos para colectivos con necesidades especiales

Hay ciertos colectivos de pacientes que, al margen de la droga que consumen, tienen circunstancias que les hacen diferenciarse y que les dificultan la evolución del proceso de intervención, por lo que es necesario tenerlas en cuenta y abordarlas desde el inicio. Por ello, el diseño de tratamiento por estas peculiaridades tiene también sus matices y sus diferencias. Se definen así programas que se identifican por la peculiaridad que les caracteriza y que les da un sesgo de importancia.

1. Se determina el programa "sin hogar" para aquellos pacientes que se encuentran en situación de calle o residiendo en recursos residenciales institucionales o de organismos no gubernamentales. La disfunción ocupacional es importante en todas las áreas del desempeño, estando incluso al margen de la dinámica social normalizada, exclusión social.

Hay en estos pacientes precariedad en el perfil ocupacional en cuanto a que no tienen un nivel adecuado en el desarrollo de las AVD, no mantienen un trabajo o formación y el tiempo libre es infructuoso.

Este colectivo presenta cierta marginalidad por la pérdida de competencias ocupacionales en un contexto de ejecución difícil de abordar. Además suelen presentar otras patologías orgánicas y psiquiátricas aparte del consumo de drogas, en mayor medida son alcohólicos, que pueden consumir otras drogas, pero hay también drogodependientes no alcohólicos.

La atención en espacios grupales se realiza de igual manera que con el resto de pacientes. En la individualizada requiere de intervención diferente por las peculiaridades que conlleva la situación de desarraigo y exclusión social. Se tendrán más en cuenta los apoyos externos para poder realizar el programa de intervención, que otorgue soporte al paciente en aspectos de la vida diaria, básicos, para aminorar las consecuencias de su estilo de vida.

El objetivo ha de ser incorporar socialmente, desde la mayor participación posible, hacia la normalización, mejorar la calidad de vida dignificar en lo posible su identidad ocupacional.

- 2.El programa de "mujeres" viene determinado por el género; que en adicciones tiene sus propias peculiaridades, suele ser frecuente encontrar en este colectivo a víctimas de diferentes tipos de abuso y experiencias dolorosas. Los aspectos emocionales hacen que tengan una baja autoestima, que carezcan de habilidades para afrontar con confianza cambios para estabilizar la abstinencia y para conseguir un equilibrio emocional.

Las competencias para el desarrollo relacional están reducidas o son incompetentes, lo que las lleva al abandono y al sentimiento de incapacidad, muchas veces, de las diferentes áreas del desempeño, por lo que suelen además ser dependientes económicamente y

emocionalmente de otras personas en muchos de los casos. Requieren unos contenidos propios para la intervención y un acercamiento a la comprensión de sus roles e identidad ocupacional. Para este perfil de mujeres, la creación de un espacio grupal donde puedan sentirse identificadas, comprendidas y atendidas mejora el proceso de intervención. Este grupo propio les da la oportunidad de poder expresar, de compartir y de no sentirse "únicas" o "diferentes" y, gracias a la empatía que surge en ese espacio, disminuyen la angustia, la ansiedad y la frustración.

La intervención individualizada, en un primer momento, será motivacional, creando gran empatía para poder abordar las circunstancias que acompañan al consumo, pues sin ser estas elaboradas no es posible avanzar en el proceso de intervención y mantener una evolución favorable en los pasos hacia la abstinencia. La participación en otros grupos va ser determinante para superar la carga arrastrada y mejorar el ánimo, incorporando los recursos necesarios en sus destrezas de ejecución, para el cambio hacia un estilo de vida más adaptativo con bienestar y calidad de vida.

3. La vulnerabilidad en los "jóvenes y adolescentes" hace que se organicen ciertos mecanismos de protección y atención a este colectivo a nivel de prevención selectiva. Los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes tienen alta carga en contenidos de intervención para la gestión de autocuidados y el manejo asertivo en contextos de ejecución de riesgo.

El trabajo con este grupo requiere gran fortaleza para poder afrontar situaciones que pueden generar impotencia por las peculiaridades generales propias de los jóvenes y, más específicas, de adolescentes o jóvenes con adicción.

La juventud es un momento vital importante, donde se forjan las competencias ocupacionales y se realiza la maduración personal, que el consumo de drogas puede paralizar generando disfunción ocupacional, en el presente y para el futuro. Además es el momento de iniciar la

individuación y el joven ha de exponerse. Aparece la rebeldía. En muchos casos existe disfunción familiar y, entre otras problemáticas, surgen desadaptación en áreas de formación y de ocio en el tiempo libre, reduccionista al consumo en grupo de iguales.

La intervención individualizada es difícil; empatizar es clave para que el joven permita nuestra ayuda. Los contenidos tienen gran componente educativo. Es preciso ayudar en la relación familiar, para el diálogo, la negociación y los acuerdos, para que se produzca el cambio de la dinámica familiar, probablemente disfuncional.

Proteger al joven de contextos de consumo conlleva tener en cuenta, desde la organización, determinados aspectos en la gestión de la intervención. Los jóvenes, en la mayoría de los casos, han de estar escolarizados y, en la medida de lo posible, se ha de evitar que se ausenten de obligaciones escolares. También es necesario contemplar la necesidad de que tengan sus propios espacios y horarios, al margen de los usuarios de otros programas.

Los protocolos de intervención, en jóvenes y adolescentes, suelen contemplar espacios grupales propios para ellos y sus familiares. La intervención con los padres a nivel individual y grupal es, en la mayoría de los casos, pieza clave para iniciar cambios en la actitud del joven. El grupo para jóvenes les permitirá contrastar desde diferentes modelos educativos y así reconocer su potencial de cambio, que depende de ellos.

#### 6.1.4. Programa de reducción del daño

El programa de "reducción del daño" merece ser tratado con especial atención tanto en adicciones como en terapia ocupacional.

Se implantó el programa de reducción del daño en heroína ya que ciertos pacientes mantenían el consumo de esta y de otras drogas a pesar de estar incluidos en programas de sustitutivos opiáceos.

En la primera lectura que hacemos el paciente no consigue abandonar el consumo de drogas e integrarse activamente en el contexto social, podríamos decir que es un fracaso el proceso de intervención, pero la segunda lectura que podemos realizar de forma más objetiva es que en las enfermedades crónicas no hay curación y sí es posible un autocontrol de la enfermedad, minimizando daños y riesgos asociados al consumo de drogas.

Cuando en la adicción se consigue disminuir el consumo o hacer un cambio en la vía por otra de menos riesgo, mejorar las destrezas de ejecución en las áreas ocupacionales, la autonomía en AVD, mejorar las relaciones y vínculos; facilitando así la incorporación social del paciente, aunque a veces sea en recursos protegidos en ámbitos formativos y laborales, sí se logra disminuir los factores de riesgo en el tiempo libre por un ocio más saludable alternativo al consumo de drogas; si en estos aspectos hay mejoría, es un éxito el programa de reducción de daños, a veces es el plan de tratamiento que hay que implantar ya que es el que puede, en ese momento, realizar el paciente.

Desde terapia ocupacional se contemplan las intervenciones como actos terapéuticos en pro de mejorar la enfermedad, reducir y adaptar la disfunción o discapacidad que se ha instaurado en el desempeño ocupacional y dar soporte para conseguir el mayor grado de bienestar y autonomía posible.

Este programa surge en población heroinómana, y hoy en día es el que nos permite dar respuesta e intervenir con otros pacientes como son los que poseen patología dual, patología psiquiátrica grave con consumo de drogas, o con drogodependientes que tienen patologías orgánicas severas que generan discapacidad, y en los que se dan situaciones de alta marginalidad social. También podemos añadir que la inclusión en este programa puede ser por decisión temporal o indefinida del paciente. Hemos de contemplar y dar la respuesta más adecuada y ajustada a las necesidades sentidas, sin que realicemos juicios. Contribuiremos así a dignificar a todos los pacientes atendidos, pues su carga personal peculiar determina sus decisiones, sus propios compromisos y sus posibilidades.

## 6.2. Modalidades de intervención individualizada en terapia ocupacional

### 6.2.1. Intervención individual

Entendemos por intervención individual al acto de encontrarnos con el paciente, en un espacio, durante un tiempo, que ha sido pautado, reservado para compartir expectativas. Por las dos partes hay un compromiso; donde el profesional va a recibir al paciente y compartir con él un tiempo determinado. Se va a crear una relación de compromiso y sinceridad que puede generar una fuente de cambio principalmente dirigido al paciente. Podemos denominar a este encuentro entrevista clínica cuando, después de unos contactos en los que hemos acogido, informado y asesorado al paciente, creamos una atmósfera de confianza y empatizamos, se da transferencia y contratransferencia. Aparece así un vínculo, un espacio con emoción, que permite transmitir a ambas partes, desde el respeto y la comprensión, inquietudes, sensaciones y preocupaciones internas que no son fáciles de expresar en otros contextos sociorrelacionales de la vida diaria, como la familia, los amigos, el trabajo, etcétera.

#### A) Entrevista clínica ocupacional

Después de realizar las entrevistas, que en un principio por protocolo, desarrollamos para: formalizar el inicio de intervención, la acogida, la recogida de datos relevantes para el juicio clínico y la valoración y evaluación del caso (historia ocupacional, pruebas complementarias), comenzamos a realizar la entrevista clínica como procedimiento para la intervención terapéutica.

El terapeuta ocupacional ha de construir su propio estilo terapéutico, que no puede ser forzado, vendrá dado de la experiencia, la formación y sus habilidades intrínsecas como, por ejemplo, el saber manejar el humor, la intuición terapéutica de la experiencia, etc. Sí es preciso tener conciencia de cuál es ese estilo de intervención, que nos permite sentirnos cómodos para establecer la relación, ya que dependiendo de la forma en la que hagamos el

abordaje los resultados pueden ser diferentes, por lo que es necesario tener control sobre el mismo, el estilo y la capacidad de modularlo, para su adaptación al momento oportuno y a los objetivos que establecemos.

La observación y la escucha aportan información del estado emocional que en cada entrevista trae el paciente. Desde la escucha con aceptación, adaptamos nuestra intervención sintonizando con los sentimientos que nos expone, así iremos haciendo la devolución de los contenidos que aporta, para ayudarle a valorar el ajuste de su discurso, hacia objetivos que le han hecho solicitar ayuda. En la medida que organiza el sentido del relato iremos reconduciendo hacia lo eficaz desde la filosofía de la terapia ocupacional. Pondremos palabras al sentimiento, las inquietudes y proyectos, de forma que se ajusten a un discurso constructivo en pro de las decisiones necesarias para el cambio, en la construcción de una identidad ocupacional competente para el cambio de estilo de vida.

Apoyaremos y estimularemos para adquirir nuevos patrones de ejecución adaptativos. Señalaremos las áreas de ocupación que ha de mejorar, y las destrezas de ejecución que se han de entrenar, para lograr retos y objetivos que faciliten la incorporación de roles ocupacionales con responsabilidades.

Aportaremos las oportunidades que la organización y la terapia ocupacional le ofrecen, para el proceso de autonomía, aclarando el sentido de cada acción o recurso terapéutico y revisando su participación en las actividades que realiza, desde el refuerzo haciendo devolución de logros. Daremos sentido a la continuidad del proceso, invitando a la autocrítica y a la autoevaluación.

El terapeuta ocupacional aclara la intención técnica, da sentido y finalidad, a todos los actos, tanto los que realiza desde la organización, como los que suceden en sus contextos y entornos que son fuente empírica para el aprendizaje.

Desde la flexibilidad haremos de nuestra particular entrevista clínica un medio terapéutico con una línea de trabajo con bases definidas para que la

intervención sea coherente y eficaz, y así lograr el cambio en el paciente y que sea óptimo el manejo del terapeuta.

El terapeuta ocupacional ha de tener como paradigma, en sus entrevistas, los principios de la ciencia de la ocupación. En adiciones el enfoque centrado en el cliente facilita y legitima la intervención. La experiencia nos ha demostrado, a un gran número de profesionales, el buen resultado que da seleccionar para la entrevista un modelo que crea una atmósfera de cambio, desde la motivación, es decir, la entrevista de intervención motivacional. Desde este estilo de trabajo priorizamos la empatía, que supone una escucha reflexiva, podemos clarificar, marcar los relatos y preocupaciones del cliente, pero sin imponer nuestra interpretación o juicio. Aunque hemos utilizado principalmente el término "paciente", vamos a utilizar aquí el término "cliente", para respetar el modelo humanista que la teoría del cambio adopta para los principios básicos de la entrevista motivacional. Hemos de intervenir desde la comprensión, pues de este modo podremos aceptar la ambivalencia ante el consumo o no consumo, tratamiento o no tratamiento, que caracterizan al drogodependiente. Desde el respeto al individuo, a su libertad como tal y a sus deseos, evitaremos la confrontación, las resistencias, reforzaremos siempre cualquier signo que muestre o se manifieste en pro de autoeficacia.

Al terapeuta la entrevista clínica motivacional le cuida del burra out o síndrome del quemado, frecuente en el ámbito sanitario, al descender la confrontación y el estrés que supone el trabajo con esta población. El que demos el protagonismo del proceso recuperador al cliente, no es solo por lo expuesto anteriormente, sucede que, además de ser más eficiente la intervención, descienden los niveles de fracaso en el terapeuta o, al menos, se comparte.

Al cliente se le han de presentar unas propuestas terapéuticas e indicaciones flexibles, dentro de las posibilidades de la intervención, compartir nuestras opiniones sin aconsejar, a no ser que nos lo solicite, ya que es el cliente el protagonista de su proceso de cambio y debemos depositar en él la responsabilidad al tomar decisiones y las elecciones en cuanto a los

instrumentos y a las alternativas de su proceso recuperador. Le empoderaremos para cambiar y colaborar, desde la participación activa, para establecer un nuevo estilo de vida. Las elecciones que el individuo hace para el cambio son las que realmente le comprometen consigo mismo.

Acompañamos en el proceso poniendo sentido de realidad, desde una perspectiva de trabajo flexible pero con retos alcanzables, con propuestas asequibles a su contexto y a sus fortalezas, evitando, por nuestra parte, la rigidez, la imposición bajo nuestro criterio o juicio, evitando etiquetas que despierten los mecanismos defensivos del cliente. Las preguntas serán abiertas, y la escucha reflexiva, ya que así se aporta emociones. Hemos de devolver lo que hemos comprendido de su exposición, enmarcando el problema, ajustándolo (reenmarcar), focalizando, y viendo su trascendencia en su vida diaria, en sus contextos y entornos. Rescataremos en la intervención los elementos que ha expresado y le motivan. Todo, sin realizar un interrogatorio ni una interpretación o juicio.

Fomentaremos que busque soluciones y proponga cambios; le expondremos los elementos positivos que ha expresado, reforzándoselos para que, de esta manera, progrese en las etapas decisionales descritas por Prochaska y DiClemente (capítulo 2). Podemos para ello ayudarnos de estrategias como el balance decisional; la volición en proyectos e inquietudes; los autorrefuerzos; las frases automotivacionales; en caso de terapeutas experimentados, el uso de la paradoja; registros y autorregistros de actividades, etc.

## B) Seguimiento individualizado

El seguimiento individualizado no viene a ser más que la anterior entrevista clínica que hemos definido, en la que estamos basando parte de nuestra intervención. Simplemente se ha de añadir que, al utilizarla, como seguimiento, aporta una evaluación continuada con su consecuente reajuste en el diseño de intervención en las áreas de ocupación.

Se ha de hacer un balance del perfil ocupacional que debe ir generándose

y adaptándose tanto a las necesidades del entorno familiar, como al contexto personal. El paciente ha de comprender en qué medida es necesario modificar su perfil ocupacional para satisfacer sus demandas internas, como son ser aceptado o valorado y ser parte, contribuir. Para ello, analizaremos con el cliente la ejecución ocupacional, los hábitos, las rutinas y los roles, que se han ido modificando y adaptando para la eficiencia en los patrones de ejecución en su familia, trabajo, docencia, red social y comunitaria.

Los cambios se van incorporando, van modificando la interacción con el medio, hay un feedback, que puede ser gratificante o no, que tendrá que ir aceptando, comprendiendo, maniobrando y reajustando los nuevos modos ocupacionales que está ensayando con éxitos y errores, repitiendo, retroalimentando y anclando los eficientes para su bienestar personal y social. Los proyectos e inquietudes, la vocación ocupacional van a sustentar el esfuerzo hacia los logros, manteniendo y fortaleciendo la resiliencia.

### C) Intervención y apoyo familiar

La intervención de la familia o de las personas significativas que conviven con el paciente es necesaria, y así se lo expresaremos al paciente, explicando el sentido que tiene para lograr de forma satisfactoria cambios en el perfil ocupacional para los logros que se pretenden, por lo cual, no hay obligatoriedad pero sí es recomendable contar con su consentimiento para la implicación familiar en el tratamiento.

Los familiares han de estar en disposición de apoyar el proceso de intervención, necesitan conocer la intención y el sentido de su participación en él. Para su tranquilidad, les ofreceremos apoyo continuo en el seguimiento.

A veces, en el comienzo del proceso, este objetivo de participación familiar no es posible y se va logrando en fases más avanzadas de la intervención, bien por decisión de alguna de las partes, que pudieron en un principio presentar resistencias a colaborar, o por acuerdos posteriores de ambas partes.

Al ser la adicción una patología multifactorial, la familia es uno de los ejes con los que se debe contar y en el que se ha de intervenir. Nuestro interés es que colaboren y se conviertan en nuestros aliados, que apoyen el proceso de cambio de nuestro cliente, de forma que agilicen y faciliten nuestra labor terapéutica. De lo contrario, pueden, inconscientemente, boicotear, dificultar y poner impedimentos en la interacción de la convivencia familiar, en las nuevas competencias ocupacionales que el paciente vaya instaurando.

Es necesario, para que los apoyos familiares (apoyos externos) del paciente puedan ser válidos como agentes favorecedores del proceso, que conozcan las características, el funcionamiento, las alternativas y el sentido de la intervención en el tratamiento de la enfermedad (adicción); en qué consiste y por qué, y cómo ellos pueden convertirse en aliados y ser apoyo efectivo en el proceso de deshabituación/habitación ocupacional. Por ello, primero necesitan tener un mínimo de espacio y dedicación profesional, donde se les ayuda a disminuir su angustia y ansiedad, a veces sus sentimientos de culpa y el malestar que, en general, arrastran debido a la conflictiva que surge en la relación familiar con el paciente adicto.

Una de las características de la adicción es que el padecimiento, el sufrimiento y el malestar, invaden a las personas cercanas al adicto. Esta situación puede generar serias repercusiones patológicas, principalmente emocionales y psicológicas pudiendo llegar incluso al desarrollo de problemas orgánicos.

Los grupos diseñados para familiares en los centros de atención a drogodependientes crean un espacio en el que los participantes son asesorados e informados en lo referente a las adicciones y a sus alternativas de tratamiento, dentro y fuera de la organización. En ellos se identifican con otras personas en la misma situación, con realidades muy parecidas, hablan de sus preocupaciones en un foro donde se sienten escuchados y comprendidos. Expresan y comparten emociones, se dan el apoyo que no puede lograrse en otros contextos naturales, normalizados, fuera del terapéutico. Liberan estrés y ansiedad y encuentran alivio al compartir y crear compromiso de apoyo mutuo. Aparece la esperanza al ver situaciones

parecidas, con evolución favorable en vías de ser controladas, familiares más seguros, más eficientes y con mejores niveles de bienestar.

Con la intervención familiar se facilita que, en el contexto convivencial, se realicen reajustes ocupacionales que mejoran las interacciones. El terapeuta ocupacional realiza intervenciones de seguimiento donde se incluye al usuario y a sus familiares, pues, además de aportamos información para la evaluación, nos permiten desde la intervención la oportunidad de construir y ajustar el empoderamiento de los roles ocupacionales, así serán más adaptativos y eficientes para alcanzar todos equilibrio ocupacional familiar.

Del mismo modo, el terapeuta ocupacional aportando entrenamiento en los miembros de la familia y en la dinámica familiar, refuerza y apoya la comunicación, la negociación y los acuerdos en cuanto a la asunción de responsabilidades, normas y límites para la convivencia en contextos sociorrelacionales. Se facilita, de este modo, el desarrollo en la construcción de identidad ocupacional adaptada, en referencia al entorno social de ejecución en el seno familiar.

Según la fase de la intervención y el momento decisional, se asesora sobre el manejo de las pautas e indicaciones que la familia ha de marcar y cómo realizarlas. Así, al principio de la intervención, en la fase de desintoxicación física, en la que el individuo puede estar ambivalente en su fase decisional, se indicará, desde la comprensión de las dos partes, la necesidad, la idoneidad, de que los familiares acompañen, ayuden en el manejo del dinero, realicen control sobre contextos y entornos relacionales, amigos, uso de móvil, etc. Lo apropiado sería conseguir que el propio paciente comprenda el sentido, y el por qué, de esta ayuda, y sea él mismo quien la solicite. En fases más avanzadas, como son la deshabituación/habitación ocupacional y la inserción/reinserción, este control externo se irá distanciando en la medida en que el individuo va recuperando el manejo de su control interno, autocontrol.

#### Cl) Intervención familiar sistémica

Este tipo de intervención requiere de formación y experiencia para poder

incluirla como una parte de la intervención desde terapia ocupacional. Requiere del conocimiento de técnicas, habilidades y estrategias entrenadas, muy específicas. En caso contrario no podemos hacer uso de esta técnica como complemento a nuestra disciplina.

Se aplica con éxito en el campo de las adicciones y su literatura comenzó a desarrollarse sobre todo en la adición a la heroína y al alcohol, por lo que las premisas vienen heredadas en estas experiencias de intervención.

Las características del heroinómano y su familia se diferencian de las del paciente que utiliza estimulantes u otras drogas.

Por ejemplo (ilustrativo, pues no tiene necesariamente por qué ser siempre así), en el sistema familiar del paciente cocainómano, hay unos valores diferentes, son exigentes en las demandas de estatus social, se espera de los hijos metas elevadas, se espera exitosos en los estudios o en el trabajo, refuerzan la competitividad y valoran el éxito por el grado de poder, sobre todo, adquisitivo (sociedad consumista). A veces los padres proyectan objetivos que ellos no pudieron conseguir. Esta exigencia puede inducir al paciente, para no defraudar y cumplir las expectativas que de él se esperan, el consumo de estimulantes, y así poder alcanzar el rendimiento oportuno que supone conseguir logros exitosos. En el heroinómano, nos hemos encontrado en nuestro recorrido profesional, madres sobreprotectoras, padres ausentes. El paciente se convierte en chivo expiatorio que encubre otros problemas, se hace el protagonista de la dinámica y del sufrimiento familiar.

Lo que sin duda vemos en el día a día en nuestro desarrollo profesional es que las relaciones familiares son disfuncionales, no generan satisfacción en los miembros y se anquilosan en el victimismo sin vislumbrar posibilidad de encontrar cambios para una convivencia normalizada, donde cada individuo pueda desarrollarse como tal, como miembro activo en un grupo familiar competente que dé respuesta a la necesidad emocional y de pertenencia.

La teoría sistémica, define a la familia como grupo, sistema organizado con jerarquía estructurada, con unas reglas, para cuidarse y diferenciarse

entre sí sus miembros. Se organiza a través de roles y dependiendo de la funcionalidad de estos, puede ser un sistema en confusión pudiendo llegar al caos. Minuchin indica que cada individuo pertenece a un subsistema con diferente nivel de poder y habilidades distintas. La identidad del grupo familiar se crea por reciprocidad en continua adaptación a momentos de su desarrollo. El hombre es un ser social, activo y reactivo; en la red de comunicación familiar, todos los miembros influyen y todos a su vez están afectados por ella.

El comienzo de la terapia sistémica en la intervención familiar es identificar la adicción como una parte de un todo disfuncional, por lo que el paciente va a dejar de ser identificado como el centro de atención y se va a tratar como una parte del problema.

La terapia se centra en quién participa y cómo, en la red de comunicación en la relación (Minuchin, 1977), en los límites de los subsistemas, y los roles. Hay una homeostasis en la que los individuos funcionan saludablemente con satisfacción de pertenencia. Hay alianzas y funcionalidad. Cuando la estructura pierde flexibilidad, se vuelve rígida y disfuncional, no satisface las necesidades de los miembros, puede aparecer un síntoma o varios en uno o en varios miembros del grupo familiar, y así, de este modo, mantenerse sin cambios la homeostasis.

En la familia del drogodependiente, hay crisis, la adicción es el síntoma familiar. Puede haber un padre periférico y la madre, por el contrario, o como consecuencia, ejerce el poder, se posiciona entre el hijo adicto y el resto de la familia y entre esta y el contexto social. Tiende a protegerle y a hacerse cargo, llegando incluso al aislamiento. Como consecuencia se generan problemas en la individuación del paciente para su autonomía y para crear su propio subsistema conyugal, en el caso de que el paciente lo consiga, la madre tiende a aglutinarlo y anular los roles propios de los miembros.

La terapia consiste en reestructurar el sistema familiar disfuncional a través de intervenciones familiares, con técnicas y habilidades profesionales para otorgar, a esa estructura, nuevas competencias en los roles, y flexibilizar

y ajustar, de forma eficiente, la comunicación; establecer jerarquías con objetivos; fortalecer subsistema parental; consensuar decisiones en límites, normas y responsabilidades; proponer actividades comunes, recuperar otras extrafamiliares; y mejorar la competencia y el equilibrio ocupacional familiar e individual.



# **Diseño y contenidos de la intervención grupal en terapia ocupacional en drogodependencias**

## **7.1. Intervención grupal)**

La intervención grupal se diseñará teniendo en cuenta la idiosincrasia de la organización donde vamos a intervenir. Como ejemplo, vamos a contar para esta intervención con el apoyo del modelo de atención integral a las drogodependencias del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, ya descrito anteriormente (apartado 4.3), en el que se integran siete dimensiones, ejes o vectores, salud y autocuidados, psicopatología, consumo de sustancias, familiar, sociorrelacional, formativo-laboral y de ocio; con ellos, vamos a establecer el programa, los objetivos y la estrategia de intervención, a nivel grupal.

La terapia ocupacional proporciona y posibilita la puesta en marcha de diferentes tipos de intervenciones grupales en función de las características específicas y necesidades de los pacientes, lo realiza con técnicas de aplicación propias; las "actividades y ocupaciones", o "la ausencia de ellas" por ejemplo, el uso de la expresión verbal (palabra), corporal..., en las diferentes fases del proceso de intervención en drogodependencias: acogida, desintoxicación, deshabituación/habitación ocupacional e inserción/reinserción.

La intervención grupal es significativa, da identidad al desempeño

profesional del terapeuta ocupacional, en cualquiera de los ámbitos de actuación/dominios y, por tanto, requiere un conocimiento del funcionamiento de los grupos humanos. El grupo tiene capacidad motivacional, permite abordar necesidades terapéuticas de los pacientes según los estadios de cambio en que se encuentran, así como movilizar y estimular lo que hemos denominado anteriormente como "cambio positivo" (cambios en el estilo de vida) por la influencia que tienen unos participantes sobre otros. En el grupo "el otro" sirve para poder verme, conocerme de forma objetiva (percepción en espejo). Da apoyo y seguridad en cualquier momento del proceso de intervención, sentimiento de pertenencia, contención, compromiso con mis iguales.

Según nuestra experiencia, si es posible, es fundamental la incorporación del paciente en etapas iniciales en la intervención grupal, dado que de este modo vamos creando cultura de trabajo en grupo y evitamos, en un futuro, resistencias al incorporarle en fases más avanzadas de la intervención, ya que el paciente se podría haber acomodado a la atención individualizada como única respuesta terapéutica. Quedaría, de este modo, a nuestro parecer, un plan de tratamiento incompleto.

En este espacio relacional, ponemos en marcha nuestro campo e instrumento de intervención basado en la ocupación, lo hacemos exclusivo. Para los terapeutas ocupacionales los seres humanos necesitan participar en actividades, creativas, manipulativas, expresivas, artísticas, lúdicas, de ocio, cognitivas, físicas, deportivas, de comunicación, culturales, educativas, de entretenimiento, laborales, actividades de la vida diaria, que componen y dan estructura a su vida cotidiana. En este marco, se promueven cambios, en las actitudes, conductas y hábitos ocupacionales, regulación emocional, necesarios para el logro de los objetivos terapéuticos con cada paciente.

El grupo actúa como una estructura que apoya y facilita la socialización, a través del entrenamiento y la experimentación, como en un laboratorio, para, posteriormente, trasladar y desarrollarlo poniendo en marcha lo adquirido en los contextos de vida normalizados y así lograr que el desempeño del individuo sea adaptativo y reforzarte.

Los vínculos que se generan entre el terapeuta ocupacional y los miembros del grupo y entre estos entre sí, crean sentimiento de pertenencia y autoconfianza a través de las actividades desarrolladas, ayudando a superar, o reduciendo, los momentos más negativos o faltos de motivación. Propicia situaciones que permiten aflorar sentimientos y expresarlos.

En la intervención que desarrollan los terapeutas ocupacionales, tanto individual como grupal, el objetivo, son los pacientes, que pueden presentar disfunción o déficit ocupacional, ya sea por un desequilibrio entre las áreas ocupacionales o por un problema en la funcionalidad de alguna de ellas, o de las destrezas de ejecución en interrelación con los contextos y entornos.

El instrumento rehabilitador es la actividad propositiva (AOTA 1972); la actividad es considerada terapéutica y adquiere ese sentido cuando se analiza, se planifica y se establecen objetivos concretos, puede ser un fin en sí misma o puede ser un medio para el logro de los mismos.

La ocupación es el agente terapéutico en la intervención grupal, lo paradigmático, es el apoyo para el restablecimiento de los componentes, las habilidades y destrezas, imprescindibles para el desempeño ocupacional efectivo y la ocupación significativa. La funcionalidad, o la adaptación de la disfunción ocupacional va a modular, en mayor o menor medida, la capacidad para ejecutar tareas que hacen posible el desarrollo de los roles ocupacionales y la identidad ocupacional. Bonder, partiendo de las teorías de Schon, da un sentido globalizador a la ocupación y a su desarrollo en los roles. Hay unos factores personales y emocionales para la elección de actividad según el entorno y significado de la misma para cada individuo, se crea así el constructo interno de esa actividad para cada persona. En el grupo el individuo puede "jugar" constructos que podrá trasladar a su vida diaria.

La ocupación debe tener sentido para el paciente, Kielhofner dice: "que la experiencia y la participación de un individuo en el entorno (grupo) origina la construcción de ciertas imágenes sobre las actividades y ocupaciones realizadas, las cuales son muy personales y evocan fuertes emociones significativas que serán seleccionadas o descartadas por el individuo en su

socialización".

Los terapeutas ocupacionales, como definió Trombly (1995), en su modelo de funcionamiento ocupacional, podemos utilizar "la ocupación" "como fin": esta permite a las personas (y al terapeuta) organizar la conducta ocupacional con actividades o tareas que el individuo necesita aprender y promover. Considera que, por ser esta propositiva por naturaleza, facilita la estructuración horaria a las personas y la adquisición de competencias y desempeños ocupacionales asociados al sentimiento de autoeficacia. También es significativa, porque la persona la considera importante (asociadas a la motivación), dependiendo de las creencias y valores de cada persona. También se puede utilizar "la ocupación" "como medio", pues permite al terapeuta usarla como instrumento de tratamiento para promover cambios y mantener el funcionamiento ocupacional a través del análisis de las actividades. Al igual que la ocupación como fin, tiene que ser significativa para el individuo para proporcionarle una experiencia motivadora y propositiva tanto para él como para el terapeuta.

Para Christiaensen et al. (2005: 548), "la ocupación, dirigida a un objetivo que se persigue en el tiempo, tiene significado para la acción e incluye múltiples tareas". Y Según Crepen, Cohn y Schell (2003: 1031) "la ocupación" consiste en: "actividades diarias que reflejan valores culturales, provee estructura de vida y significado a los individuo, esas actividades se relacionan con necesidades humanas de autocuidado, disfrute y participación social".

El terapeuta ocupacional, en el proceso de intervención grupal, tiene que realizar un análisis de las actividades, de la ejecución ocupacional y del significado cultural que tienen para el paciente. Es decir, conocer y analizar los aspectos de las demandas de una actividad, los requisitos necesarios para su realización, que incluyen (Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso, 2.a ed., traducción de 2010):

- ✓ Los objetos, las herramientas, los materiales y las propiedades de estos, en el proceso de realización de la actividad.

- ✓ El espacio necesario para su realización, los requisitos del entorno físico.
- ✓ Las demandas sociales, los requisitos de la actividad en el entorno social y el contexto cultural.
- ✓ La secuencia y ritmo de tiempo y los requisitos relacionados con los pasos que se han de seguir para llevar a cabo la actividad.
- ✓ Las acciones, los comportamientos y las destrezas de ejecución, habilidades requeridas para poder realizarlas.
- ✓ Las funciones corporales, las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo, incluyendo las psicológicas (OMS, 2001, p. 10).
- ✓ Las estructuras corporales, partes anatómicas del cuerpo, tales como órganos, extremidades y sus componentes que apoyan las funciones corporales requeridas para la actividad (OMS, 2001, p. 10).

En el proceso de análisis de la actividad, el terapeuta profundiza y obtiene el conocimiento e información para determinar su valor terapéutico e identifica las destrezas de ejecución, necesarias para el desempeño. Para su propósito terapéutico, debe seleccionar, graduar, adaptar y modificar las actividades de acuerdo con las características del paciente, la edad, los intereses, el nivel educativo, las habilidades y el contexto. El objetivo final es recuperar y mantener el desempeño ocupacional adaptativo y competente del paciente drogodependiente, en las áreas ocupacionales: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, ocio y participación social; con patrones de ejecución efectivos (Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso, 2.a ed.-traducción 2010).

Los distintos grupos, contextos experimentales, permiten al terapeuta ocupacional analizar la ejecución ocupacional de las actividades, esta es la combinación entre la interacción compleja y la dinámica de las destrezas y

los patrones de ejecución (hábitos, rutinas, roles y rituales), contextos, entornos, las demandas de la actividad y las características del paciente.

Para Fisher (2006) "las destrezas de ejecución son acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta que el cliente usa para participar en las ocupaciones de la vida diaria". Estas son aprendidas y desarrolladas a través del tiempo y son ubicadas en contextos y entornos específicos.

Para Rogers y Hilm (2008), las numerosas funciones y estructuras del cuerpo permiten la ejecución.

En el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, las destrezas de ejecución son definidas "como habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo".

Detrás de cada destreza de ejecución hay muchas funciones del cuerpo, mientras que las funciones del cuerpo, tales como la mental, la afectiva, la cognitiva, la perceptual, la sensorial, la neuromuscular y las funciones del cuerpo relacionadas con el movimiento (OMS, 2001), reflejan las capacidades que se encuentran dentro de él. Las destrezas de ejecución son habilidades que los pacientes demuestran en el desempeño de sus ocupaciones.

Por tanto, la habilidad para adquirir o demostrar destrezas de ejecución depende de múltiples factores, del contexto en el cual la ocupación se lleva a cabo, de las demandas específicas de la actividad que se está intentando hacer, de las funciones y estructuras del cuerpo.

El grupo es el espacio, entorno físico y social, donde el terapeuta ocupacional puede observar, recrear y evaluar al paciente en el desempeño ocupacional competente, y modificar la dirección de la intervención, cambiando el entorno y el contexto, las demandas de las actividades, los patrones de ejecución; con la finalidad propositiva de establecer o restaurar, mantener, desarrollar, retomar o suspender el desempeño ocupacional, con el objeto de elaborar nuevas propuestas terapéuticas ajustadas a las necesidades

del paciente. Rogers y Holm (2008) propusieron que durante el desarrollo de las destrezas de ejecución específicas a la tarea, varias estructuras del cuerpo se unen en combinaciones únicas, y emergen para afectar en el desempeño en la vida real.

La perspectiva de la práctica del terapeuta ocupacional, de cómo una ocupación es categorizada, varía dependiendo de las necesidades e intereses del paciente, y del significado que tenga en sus áreas de ocupación. Muchas veces las actividades se superponen entre las distintas áreas ocupacionales, las diferencias individuales del paciente determinan su categoría, por ejemplo, cocinar puede ser un trabajo, mientras que para otro paciente sería una AIVD. Lo mismo sucede cuando el terapeuta ocupacional diseña la intervención grupal, va a disponer de múltiples actividades y ocupaciones que posibilitan el entrenamiento de las destrezas de ejecución, será el terapeuta ocupacional quien establecerá con criterio técnico, por el conocimiento que tiene de las propiedades de la actividad, la ocupación y las necesidades específicas para su ejecución, el uso terapéutico de unas u otras. Por ejemplo, los juegos pedagógicos pueden incluirse en el grupo de actividades de estimulación cognitiva y también puede ser categorizado en actividad sociorrelacional.

La intervención grupal en drogodependencias es el resultado de combinar: la teoría, el conocimiento, el razonamiento clínico del terapeuta, el análisis aplicado de las actividades y ocupaciones que son acciones observables de la ejecución de las destrezas, el diagnóstico ocupacional y las características del paciente, el diagnóstico en toxicomanías y los objetivos terapéuticos establecidos en el plan de intervención individualizado en el entorno grupal en el área de consumo. Con el uso terapéutico de las actividades, el terapeuta posibilita, mantiene y refuerza la competencia de la ejecución en el desempeño e influye positivamente en la salud, el bienestar y la satisfacción del paciente.

Tendremos en cuenta desde terapia ocupacional que el diseño de intervención en el contexto grupal plantea objetivos tanto individuales como grupales, es decir, cualquier actividad en un grupo nos posibilita abordar

objetivos propios intrínsecos del individuo, las destrezas motoras y de praxis, sensoriales-perceptuales, cognitivas y de regulación emocional y objetivos que tienen que ver con los aspectos de relación del individuo con el entorno, las destrezas de comunicación y sociales.

Se logran objetivos individualizados dentro de la actividad grupal y hacemos uso de la dinámica en beneficio del usuario y de todos los miembros a la vez. Esta manera de trabajar nos permite aislar al usuario en el grupo y a la inversa podemos integrar individuos en una actividad común. Esta característica que diferencia e identifica la intervención grupal en terapia ocupacional combina objetivos individualizados y objetivos transversales. Este espacio dúctil, doblemente terapéutico, aporta valor añadido al profesional y al usuario, y además a nivel de la gestión de la Organización se rentabilizan tiempos y recursos humanos.

En capítulos anteriores ya manifestamos que los recursos terapéuticos de terapia ocupacional se han adaptando a las necesidades de los drogodependientes, a medida que estos han ido cambiando. Nuestra experiencia nos ha marcado el camino y la eficacia de la asignación de ciertos grupos a momentos decisionales del paciente (Prochaska y Di Clemente, 1983) y a los objetivos que se han de trabajar en cada fase de intervención. Esto no significa que un mismo grupo de actividades concretas pueda adaptarse y sea válido en cualquier momento decisional o fase de la intervención, solo depende del uso y el manejo que hagamos de las actividades. Así, los grupos se diseñan para pacientes teniendo en cuenta su estadio motivacional y la fase en la que se encuentran en el proceso de intervención; unos se centrarán en objetivos para la reducción del daño, otros para la desintoxicación, mientras que otros se orientan más a la adquisición, a la recuperación, al mantenimiento, a la consolidación de destrezas, a hábitos, a comportamientos ocupacionales adecuados para la consecución de la integración social y laboral y a otros para mejorar el nivel adecuado y satisfactorio de bienestar individual y social.

Es decir, contemplaremos la posible inclusión del paciente en el grupo o grupos terapéuticos que puedan resultar adecuados para la consecución de los

objetivos.

Nuestra experiencia nos ha llevado a orientar el diseño de los grupos de terapia ocupacional como se muestra en los siguientes subapartados.

#### 7.1.1. Grupos por perfil grupa) según fase de intervención y etapa decisional

##### A) Grupos de terapia ocupacional de primera fase de intervención

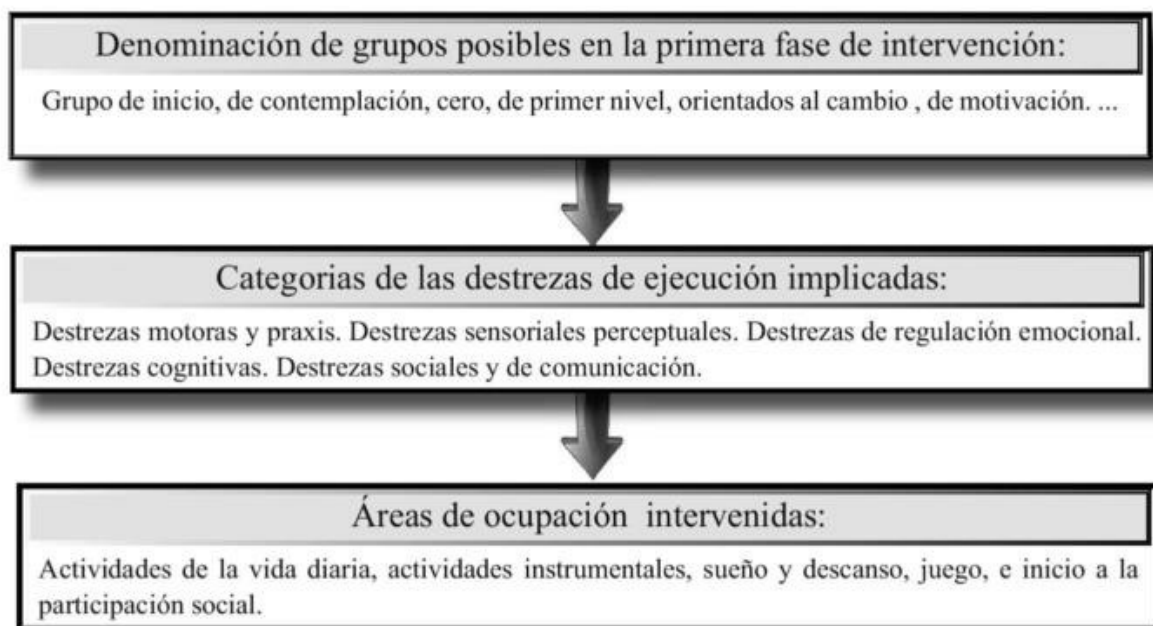


Figura 7.1. Primera fase de intervención (Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso, 2.a ed.-trad. 2010).

Las actividades grupales se indican y aplican cuando el paciente aún permanece con consumos y está en la ambivalencia sobre la decisión de abandonarlos. Etapa de precontemplación/contemplación.

Los objetivos son motivar a la abstinencia, dando espacios de contención y apoyo.

1.Objetivos generales que se han de alcanzar en el área de drogodependencias. En esta fase de la intervención el objetivo general es aumentar su adherencia al tratamiento en el centro y motivar hacia la abstinencia.

- ✓ Propiciar un clima de apoyo a las actividades básicas e instrumentales (aseo, cuidado de la ropa, sueño y vigilia, etc.) generando rutinas y normalizando horarios.
- ✓ Reducir los daños asociados al consumo. Lograr que el paciente se conciente de la necesidad de la intervención grupal, como medio de contención, apoyo y estímulo a la participación y percepción de su situación y problemática, derivada del consumo.

2.Objetivos específicos. El grupo centrará sus objetivos en el área de actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, descanso y sueño, comunicación e iniciación a la participación social, con la finalidad de recuperar y mantener la función ocupacional. Para ello, el terapeuta empleará actividades y ocupaciones y, tras su análisis terapéutico, evaluará las destrezas en todas sus categorías (motrices y de praxis, perceptivo-sensoriales, cognitivas, de regulación emocional, y de comunicación y participación social) que necesita para su realización, ajustadas a las capacidades funcionales del paciente en ese momento que dependerán de esta fase de tratamiento en la que está.

3.Para abordar los objetivos de los grupos de terapia ocupacional de primera fase, el terapeuta ha de:

- ✓ Pautar actividades diarias con un determinado horario y duración, y adaptación a la rutina en las tareas. Incorporación y adquisición de hábitos higiénicos, de alimentación y de descanso.
- ✓ Crear conductas productivo-comportamentales, otorgándole al drogodependiente un sentido a todo lo que hace tanto en lo referente a la mejora de su salud física como mental, aunque en esta fase sea

con actividades sencillas dirigidas a que este pueda:

- Mejorar la capacidad de pensamiento deductivo y elaborado, para fomentar la crítica y la autocrítica, y para mejorar la memoria, la atención, la autoestima y la confianza.
  - Aprender a manifestar sentimientos, emociones, aceptación de la normativa de convivencia en el grupo, toma de conciencia y aceptación de los roles y responsabilidades que se han de asumir en los diferentes contextos relacionales.
  - Reconocer y aceptar las figuras de autoridad, fomentar las habilidades sociopersonales en el transporte, manejo del dinero, utilización de recursos, aumentar la tolerancia al esfuerzo y la frustración, aprender a demorar las demandas y abandonar la procrastinación.
  - Controlar ansiedad e impulsividad.
  - Regular las emociones corporales (fisiológicas de los sistemas del cuerpo incluyendo las psicológicas (OMS, 2001, p. 10) y estructuras corporales.
4. Metodología propia de aplicación de los grupos de terapia ocupacional de primera fase. Se podrá emplear cualquier tipo de actividad, adaptada a este momento, pero priorizaremos:
- ✓ Actividades manipulativas, expresivas, creativas (arteterapia), de baja exigencia en las destrezas de ejecución, por ejemplo, realizar dibujos sencillos con pocas instrucciones y bajo nivel de improvisación.
  - ✓ Actividades psicofísicas: estiramientos y entrenamiento del arco articular, equilibrio y ligera tonificación. Entrenar para una paulatina resistencia física, actividades psicomotrices, corporales y de juego.
  - ✓ Actividades de relajación a través del ejercicio.

- ✓ Actividades recreativas, con juegos de mesa, intelectuales y pedagógicas, de simulación, ejercicios de memoria, atención y concentración (pasatiempos, sopas de letras, sudokus, etc. de forma individual y colectiva).
- ✓ Actividades de la vida diaria, entrenamiento del autocuidado y de las tareas del hogar.
- ✓ Actividades sociorrelacionales, debates sencillos, comentar una noticia de actualidad, dinámicas grupales, juegos relacionales.

##### 5. Destrezas de ejecución según los tipos de actividades en los grupos de terapia ocupacional de primera fase de intervención:

- ✓ Actividades manipulativas, expresivas, artísticas, artesanas:
- Destrezas motrices y de praxis: coordinación óculo-manual, visomotora, integración bimanual y bilateral, motricidad fina y gruesa, secuenciación.
- Destrezas sensorioperceptivas: adecuación sensorial, percepción, atención.
- Destrezas cognitivas: pensamiento concreto, capacidad de esfuerzo, concentración, memoria, aprendizaje, imaginación, creatividad.
- Destrezas de regulación emocional: nivel básico de tolerancia a la frustración, a la espera/recompensa (iniciar y terminar la actividad de forma progresiva), control de estados ansiógenos, satisfacción personal, disfrute, autoeficacia.
- Destrezas sociales y de comunicación: organización de la tarea, autoorganización, reconocimiento y aceptación social. Adecuación y cumplimiento de normas y límites.
- Tipo de actividades. Pintura, en todas sus modalidades (óleo, acuarela, sintética, de dedos, pastel, etc.), pintado de superficies grandes. Recortar y pegar. Escayolas, trabajo en espejos, realización fácil de tapices y alfombras, cestería, cerámica, modelado, arcilla, dibujo

con modelo, etc. (de bajo nivel de exigencia).

✓ Actividades psicofísicas, psicomotrices y deportivas:

- Destrezas motoras y de praxis: coordinación, equilibrio, tono muscular, resistencia física, procesos fisiológicos y neuromusculares.
- Destrezas cognitivas: integración de esquema corporal, atención, concentración, orientación temporoespacial.
- Destrezas sensorioperceptivas: coordinación sensorial, respuestas propioceptivas.
- Destrezas de regulación emocional: canalización de tensiones psíquicas, como el estrés, la ansiedad, la impulsividad. Promover respuestas emocionales adaptativas, autoestima.
- Destrezas de comunicación y participación social: facilitación de la participación social, respeto a las normas y figuras de autoridad en contexto lúdico-deportivo, acercamiento a recursos normalizados, cooperación, manejo y adecuación de la competitividad.
- Tipo de actividades. Psicomotricidad, juegos con globos, telas, papel. Acondicionamiento físico. Juegos de coordinación, como balón prisionero, con pelotas de goma o con indiacas.

✓ Actividades recreativas, juegos pedagógicos, cognitivos y relacionales:

- Destrezas motoras y de praxis: expresión gestual, secuenciación.
- Destrezas cognitivas: atención, concentración, memoria, expresión verbal y escrita. Razonamiento, comprensión, comunicación explícita e implícita, curso y contenido del pensamiento.
- Destrezas sensorioperceptivas: adecuación sensorial, percepción.
- Destrezas sociales y de comunicación: escuchar, participar, disfrutar, socializar.
- Destrezas de regulación emocional: manejo de ansiedad, impulsividad,

confianza.

- Tipo de actividades. Juegos de mesa (ajedrez, parchís, damas, etc.). Juegos pedagógicos, trivial, tabú, cifras y letras, rumikub, etc. Juegos cognitivos, pedagógicos, relacionales, palabras encadenadas, historias incompletas, sopa de letras, sudoku, el ahorcado, el diccionario, etc.

## B) Grupos de terapia ocupacional de segunda fase de intervención

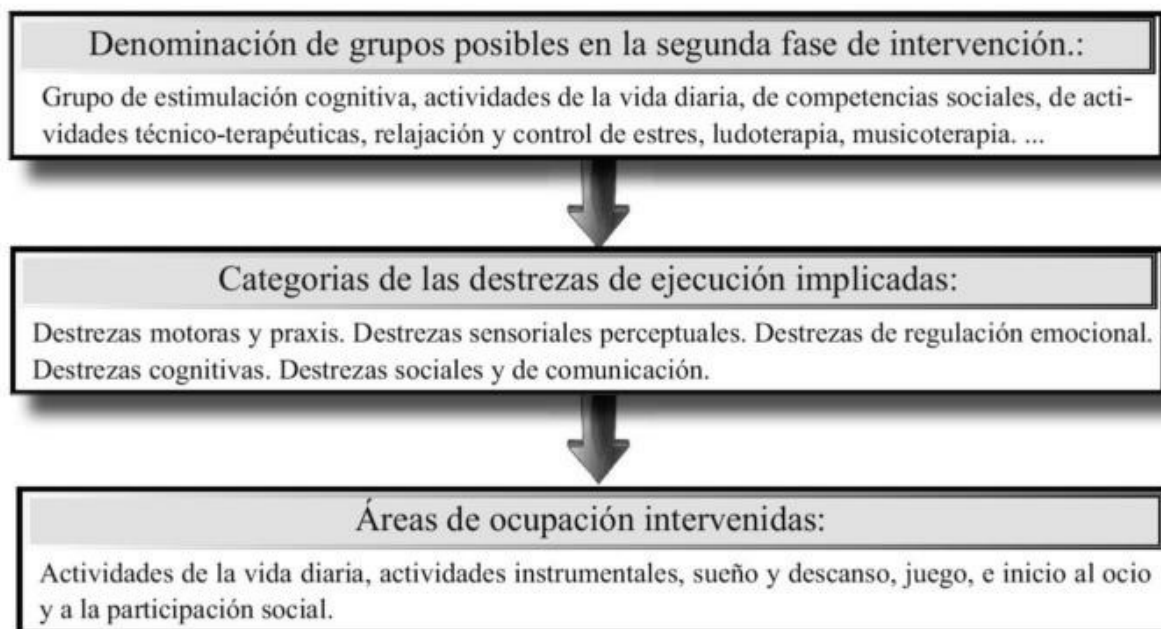


Figura 7.2. Segunda fases de intervención (Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso, 2.a ed.-trad. 2010).

Las actividades grupales que han de aplicarse en la segunda fase de intervención se adecuan al momento en que el paciente consigue la abstinencia y comienza a incorporar e instaurar, poco a poco, cambios, preparación/acción. Sería la fase de deshabitación de hábitos que han estado asociados al consumo y la generación de nuevos hábitos ocupacionales, más adaptativos y funcionales, que cubren el espacio de los anteriores que se van abandonando, y además protegen al individuo del consumo, fase de cambio.

1.Objetivos generales que se han de alcanzar en el área de drogodependencias.

- ✓ Mantener y consolidar la abstinencia a todas las drogas, tanto las que generaron la demanda principal como las que no, o al menos reducir y controlar, lo máximo posible, el consumo de estas secundarias.
- ✓ Instaurar el compromiso en la intervención indicada en su proceso de recuperación y cambio, regularidad e implicación.
- ✓ Identificar los factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas, desarrollando mecanismos y estrategias de afrontamiento.
- ✓ Desarrollar y mantener actitudes y comportamientos que promuevan la adquisición de un estilo de vida más saludable y disminuir los que pongan en riesgo su calidad de vida, "un estilo de vida sin drogas".
- ✓ Reducir o distanciar la recaída en el consumo de drogas, aminorar los efectos negativos y, si ocurre, ha de solicitar rápidamente ayuda para resolverla antes de que instale un patrón de consumo, que suele ser el que tuvo anteriormente.

2.Objetivos específicos. El terapeuta ocupacional en esta fase grupal abordará de forma transversal todas las áreas de ocupación: AVD, AIVD, descanso y sueño, ocio, comunicación y participación social, e iniciación en trabajo y educación. Con el fin de reforzar y mantener los patrones de ejecución ocupacional, aprendidos e interiorizados en la etapa de contemplación/preparación entre las áreas y las destrezas, ya descritos. Centrárá la intervención en mantener e incrementar en el paciente o usuario las capacidades adquiridas en el desempeño competente, en las ocupaciones ya instauradas, detectará y valorará las destrezas, habilidades que no han sido desarrolladas aún, y que son necesarias para promover una ejecución y manejo efectivo de la función ocupacional en las nuevas áreas que se van a intervenir, educación y trabajo y redirigirá las ya incorporadas.

Para la consecución de estos objetivos, se tendrá que realizar un nuevo análisis o se reevaluará la ejecución ocupacional.

El terapeuta seleccionará las actividades y ocupaciones según las nuevas necesidades, y encaminará la intervención hacia la participación competente y adaptativa, con objetivos significativos de esta fase de deshabitación ocupacional, hay que dirigir "el cambio" hacia el logro de la autonomía e independencia en el marco de un estilo de vida saludable.

3. Para abordar los objetivos de los grupos de terapia ocupacional de segunda fase de intervención, el terapeuta ha de:

- ✓ Proporcionar un ambiente distendido y relajado, en el que se desarrolla la función ocupacional en el grupo, para lo que se servirá de las herramientas y técnicas de apoyo de la entrevista motivacional, como por ejemplo a través del apoyo emocional, al paciente: le hablará en plural cuando exprese de forma autorreferencial sus dificultades o inconvenientes. Empleará, connotaciones positivas en el discurso, le demostrará que le cree capaz de conseguir lo que se ha propuesto y destacará los aspectos positivos del desempeño ocupacional para que vea lo que gana y experimente un sentimiento de competencia y autoeficacia.
- ✓ Animar a que se expresen los beneficios conseguidos en el desarrollo del comportamiento ocupacional, como refuerzo positivo. Estimulará la voluntad y animará a la continuidad de la ejecución y mantenimiento de otras ocupaciones y actividades. En ocasiones, cuando el paciente no toma iniciativas, en la realización de actividades, podremos proponer alternativas como forma de controlar las situaciones que dificultan su desempeño. Para todo ello, el terapeuta debe ser capaz de transmitir comprensión hacia las emociones del usuario, mantener una actitud empática, que le permitirá potenciar la efectividad de la intervención: transmisión de pautas, devolución de información y poder desarrollar

discrepancias.

Cuando el paciente presenta resistencias ante la tarea que se ha de realizar, hay que evitar la discusión, el enfrentamiento o la imposición; por el contrario hay que estimular las decisiones que de él surgen, barajando, argumentando, en paralelo, la norma, el límite, en definitiva el marco socializador al que tiene que adaptarse e implementarse en el desempeño ocupacional. Todos estos aspectos guiarán el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional.

- ✓ Ha de fomentar el cumplimiento del patrón ocupacional, implementando itinerarios de hábitos y rutinas estructuradas e individualizadas, para mantener la instauración del desempeño competente y participativo en la vida cotidiana, en la casa y en la comunidad. Esta última requerirá al usuario de interacciones en el entorno y en el contexto más complejo.
- ✓ Promoverá, el cumplimiento y el orden del tiempo dedicado al descanso, como apoyo necesario, para el rendimiento de otras áreas de ocupación (inactividad/actividad).
- ✓ Apoyará el desarrollo de los roles ocupacionales, de forma satisfactoria, en relación con el perfil ocupacional pasado y presente y con las experiencias vividas en el desempeño de las actividades en el entorno y en el contexto, a través de la interacción exitosa que resulta de realizar actividades de participación social.
- ✓ Entrenará competencias para el desempeño de roles y destrezas, en las que el usuario responda eficazmente al desempeño competente de las demandas de los roles en los que participe para reforzar su identidad ocupacional.
- ✓ Promoverá el apoyo activo y la confianza hacia el usuario y la de él hacia otros, para empoderarle hacia la autogestión.

- ✓ Minimizará o paliará las posibles limitaciones en la función ocupacional, producidas por los déficits en las destrezas de ejecución inherentes al usuario, o por el incremento en el nivel de exigencia en el desempeño de las demandas de las actividades y ocupaciones de las áreas de ocupación que se van a intervenir y que a veces le llevan a procrastinar.
- ✓ Propiciará las coocupaciones, "actividades que implícitamente implican al menos a dos personas" (Zenke y Clark, 1996), mantendrá un clima grupal que promueva el desempeño participativo, en compañía de otros.
- ✓ Favorecerá la estimulación de la volición para el desempeño y su proyección en inquietudes e intereses de futuro.
- ✓ Estimulará el insight para favorecer la relación en pro de su acción terapéutica facilitando y reforzando el interés y la comprensión del sentido de la realización de la tarea.
- ✓ Propiciará el aprendizaje para el desarrollo de mecanismos que promuevan el manejo equilibrado en el empleo en cada área de ocupación, o entre ellas; identificando que el defecto o exceso en el desempeño provoca una descompensación que pone en riesgo el mantenimiento de la salud integral, al aumentar los comportamientos desequilibrantes en los patrones de ejecución.
- ✓ Fomentará nuevos intereses hacia aspectos laborales y formativos que favorezcan integración y autonomía, y del mismo modo se reforzará la participación activa en tareas y actividades recreativas y gratificantes para el disfrute del ocio en el tiempo libre.
- ✓ Entrenará y estimulará hacia el desarrollo de destrezas de ejecución para la habituación ocupacional en todas sus categorías para que el drogodependiente pueda:

- Aprender e integrar conceptos que le permitan la planificación, la organización y el desarrollo de diferentes tareas: atención, memoria, resolución de problemas, ideación, secuenciación, imaginación, capacidad de organizar y priorizar rutinas, y el manejo del tiempo.
  - Comunicar e interaccionar con otros en un entorno interactivo, expresarse de manera efectiva, iniciar y responder preguntas, respetar el espacio personal (en relaciones más amplias que las duales).
  - Expresar emociones, mostrar autocontrol, mejorar la autoestima, asociar ideas, tomar conciencia corporal, estimular la percepción en todas sus funciones, aumentar el umbral de tolerancia a la frustración, ayudar a la cooperación, asumir responsabilidades, respetar las normas, adquirir compromiso, mostrar compañerismo, facilitar la reflexión, adquirir seguridad, mostrar respeto y disfrutar en compañía de otros.
  - Estimular el funcionamiento de forma integral de las funciones corporales y estructuras corporales indispensables en cualquier desempeño.
4. Metodología propia de aplicación de los grupos de terapia ocupacional de segunda fase de intervención. Se podrá emplear cualquier tipo de actividad, priorizaremos:
- ✓ Actividades manipulativas, expresivas, creativas (arteterapia). En esta fase la actividad debe ser de alto nivel de exigencia y compromiso en la ejecución, con actividades que requieren procesos complejos, usos de herramientas, varias instrucciones, con periodos de espera, el logro a largo plazo, multitareas, etcétera.
  - ✓ Actividades psicofísicas: deportes, actividades de resistencia física, en equipo, en competición, juegos con reglas complejas.
  - ✓ Actividades de relajación: con técnicas manuales y corporales e imaginativas.

- ✓ Actividades recreativas: con juegos de mesa, intelectuales y pedagógicos, de simulación, juegos para estimulación cognitiva.
- ✓ Actividades instrumentales de la vida diaria: bricolaje, cocina, decoración, cuidados de otros, plantas, mascotas y personas, utilización y manejo de dispositivos de comunicación, organización y mantenimiento del hogar.
- ✓ Actividades sociorrelacionales, debate, lectura, creación de periódico, lectura colectiva, cineforum, confrontación de opinión, grupos de discusión, dinámicas grupales, juegos relacionales elaborados.
- ✓ Actividades de participación socioculturales y acercamientos lúdicos a espacios en comunidad: visitas a recursos culturales, teatro, cine, centros culturales, exposiciones, bibliotecas, y recursos de ocio.
- ✓ Actividades de ocio virtual, acercamiento a elementos e instrumentos relacionadas con nuevas tecnologías. Otras actividades: uso de videoconsolas.

##### 5. Destrezas de ejecución según tipos de actividades en los grupos de terapia ocupacional de segunda fase de intervención:

- ✓ Actividades manipulativas, expresivas, artísticas, artesanas de segunda fase de intervención:
- Destrezas motrices y de praxis: coordinación óculomanual, visomotora, integración bimanual y bilateral, motricidad fina y gruesa, secuenciación motora temporoespacial.
- Destrezas sensorio perceptivas: adecuación y discriminación sensorial, percepción en todas sus funciones, asociar, organizar sensaciones.
- Destrezas cognitivas: pensamiento concreto y pensamiento abstracto. Capacidad de esfuerzo, resistencia. Atención sostenida, selectiva

y dividida, concentración memoria a corto, medio y largo plazo y de trabajo. Aprendizaje para la organización y planificación, organización de la tarea, autoorganización. Imaginación, creatividad.

- Destrezas de regulación emocional: tolerancia a la frustración y a la espera/recompensa (iniciar y terminar la actividad de forma progresiva). Control de estados ansiógenos, satisfacción personal, disfrute y autoeficacia.
- Destrezas sociales y de comunicación: reconocimiento social, aceptación social. Adecuación y cumplimiento de normas y límites.
- Tipos de actividades. Pintura, en todas sus modalidades (óleo, acuarela, sintética, de dedos, pastel, etc.). Collages colectivos, pintura al óleo, acuarela, plumilla, cerámica elaborada, artesanía, talla en madera, etc. Macramé, estaño, pirograbado, espejos, alfombras, cestería, cerámica, modelado, arcilla, dibujo artístico, marquetería, telares, tejer, mosaicos, maquetas, etc.

✓ Actividades psicofísicas, psicomotrices y deportivas:

- Destrezas motoras y praxis: coordinación dinámica general, equilibrio, tono muscular, resistencia física, organización de secuencias temporales de movimientos voluntarios y automáticos conocidos y nuevos, coordinación neuromúsculo-esqueléticas (funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo, cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio (CIF - Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud)).
- Destrezas cognitivas: integrar esquema corporal, atención, concentración (funciones de la conciencia). Orientación temporoespacial con personas, lugares (funciones de orientación/funciones globales mentales).
- Destrezas sensorio perceptivas: coordinación sensorial y propioceptiva, toma de conciencia de la posición del cuerpo y el espacio,

identificación corporal, modulación e integración de las sensaciones del cuerpo. Conciencia visual del entorno a diversas distancias (construcción visomotora). Discriminación de sensaciones a través de la variabilidad de experiencias, auditivas, visuales, táctiles y vestibulares (funciones sensoriales/funciones globales mentales).

- Destrezas de regulación emocional: canalizar tensiones psíquicas, como el estrés, la ansiedad, la impulsividad. Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, respuestas emocionales adaptativas, autoestima.
- Destrezas de comunicación y participación social: interacciones con otros en ambientes sociales, respeto a las normas y figuras de autoridad en un contexto lúdicodeportivo, integración en recursos normalizados, la cooperación, manejo y adecuación de la competitividad.
- Tipo de actividades. Todas las modalidades deportivas, pádel, bádminton, fútbol sala, baloncesto, tenis, frontón, natación, etc., Psicomotricidad: juegos con globos, acondicionamiento físico. Juegos de coordinación, balón prisionero, con pelotas de goma, con indiacas (juegos deportivos alternativos).
- ✓ Actividades recreativas, juegos pedagógicos, cognitivos y relacionales:
- Destrezas motoras y praxis: expresión gestual, secuenciación.
- Destrezas cognitivas: atención, concentración, memoria, expresión verbal, expresión escrita, razonamiento, comprensión, comunicación explícita e implícita, curso y contenido del pensamiento. Análisis y reflexión.
- Destrezas sensorio perceptivas: adecuación sensorial, percepción.
- Destrezas de comunicación y participación social: organizar el mensaje verbal, escuchar, participar, disfrutar, socializar y sociabilizar.
- Destrezas de regulación emocional: manejo de ansiedad, control de la

impulsividad, confianza.

- Tipos de actividades. Juegos de mesa (ajedrez, parchís, damas, y juegos pedagógicos, trivial, tabú, cifras y letras, rumikúb. Juegos cognitivos, pedagógicos, relacionales, palabras encadenadas, historias incompletas, sopa de letras, sudoku, el ahorcado, el diccionario.
- ✓ Actividades sociocomunitarias y de ocio. Interactúan todas las destrezas de ejecución: adaptación al entorno, participación, cooperación, integración, conocimiento del entorno y contexto, autocontrol, autodeterminación, interrelación con iguales en ambientes sociales, aceptación y cumplimiento de normas, costumbres.
- Tipos de actividades. Actividades culturales (visitas a museos, exposiciones, cinefórum, reuniones de lectura, etc.), actividades físico-deportivas (pachangas de cualquier deporte, participación en competiciones, piscina, senderismo, clubs deportivos), actividades creativas, artesanas, manipulativas, lúdicas y recreativas, salidas al campo, visitas por zonas atractivas de la ciudad, parques.

### C) Grupos de terapia ocupacional de tercera fase de intervención

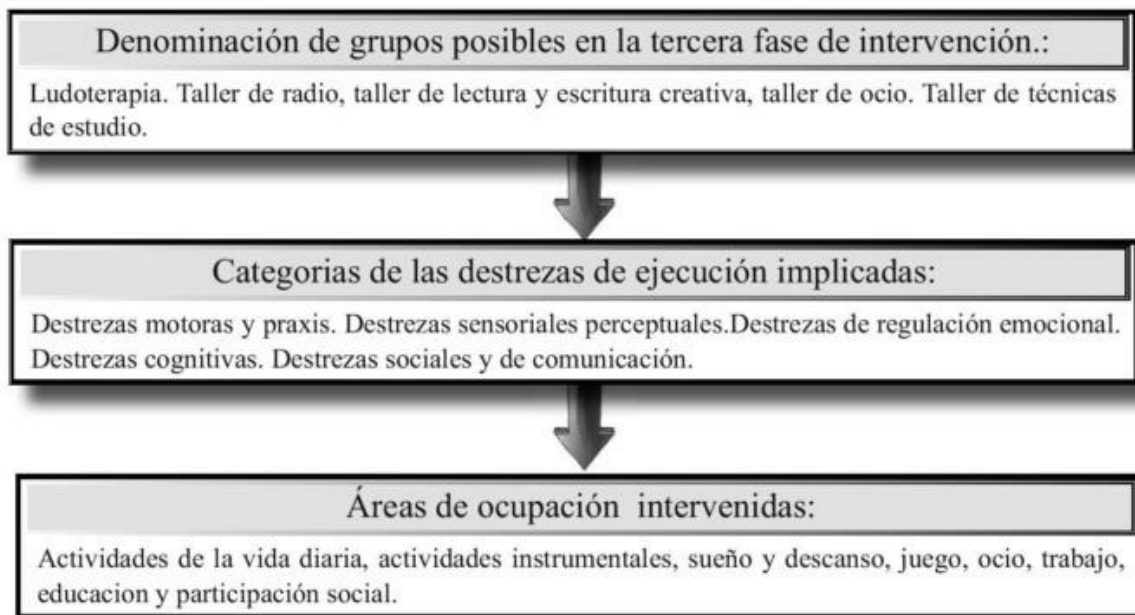


Figura 7.3. Tercera fase de intervención (Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso, 2.a ed.-traducción 2010).

Estos grupos son los indicados cuando el paciente mantiene y consolida la abstinencia, ha cambiado hábitos, etapa de acción/mantenimiento, ha instaurado cambios, es la etapa de inserción/reinserción ocupacional; nuestro objetivo, además de seguir reforzando la adquisición de nuevos hábitos para un nuevo estilo de vida, es mantener y generalizar los cambios ya instaurados, de forma permanente para que se conviertan en nuevas rutinas y hábitos saludables, que empoderen hacia la inserción sociolaboral y ocupacional de forma autónoma e independiente. Para ello, es indispensable que el paciente haya interiorizado y desarrollado estrategias de cambio, y así favorecer la instauración del nuevo estilo de vida normalizado, que le permitirá su inserción en el área sociolaboral, formativa y educativa, de ocio y en las competencias ocupacionales en general, de forma activa.

En esta fase todas las áreas del desempeño están adquiriendo un nivel de ejecución adaptativo y funcional, asociado al mantenimiento de la abstinencia.

En el desarrollo de la intervención grupal, en esta tercera fase de

intervención, hemos cambiado el formato que estábamos utilizando en los dos grupos anteriores, en los cuales ya se definió la orientación hacia el entrenamiento de las destrezas de ejecución, finalidad prioritaria, sobre todo en la segunda fase grupal. Hemos analizado y desmenuzado la actividad, la técnica y el proceso rehabilitador/habilitador en los grupos de terapia ocupacional. Ahora en la tercera fase de intervención grupal no analizamos, no descomponemos la actividad, sino que aunamos actividades en áreas de ocupación. Incluso la actividad, aquí, la entendemos y la utilizamos, por momentos, en finalidad en sí misma. Esta nueva situación cambia y define esta fase, es por esto que la exposición, el formato lo organizamos de forma diferente.

Una vez adquiridas las habilidades individuales, la puesta en marcha de los recursos ocupacionales y las competencias personales en fases anteriores, las actividades grupales de la tercera fase centran el objetivo general en implementar la inserción, reinserción, del usuario en los diferentes contextos y entornos donde va a desarrollar un nuevo patrón ocupacional con identidad eficiente.

En esta fase incidimos en las áreas de ocupación: trabajo, educación, participación social y ocio.

Respecto al grupo, es el espacio en el que compaginar aprendizaje, creación y diversión, y el contexto desde el cual reforzaremos los logros adquiridos en la función ocupacional en el equilibrio interáreas del desempeño, y nos servirá de puente para el desarrollo de las áreas de ocio, trabajo, educación y participación social.

1. Los objetivos y actuaciones en el área de ocio de los grupos de terapia ocupacional de tercera fase de intervención son que el paciente consiga:

- ✓ Aprender a desarrollar un ocio constructivo en otros contextos distintos a los de consumo y a las situaciones de riesgo asociados a la conducta adictiva:

- ✓ Promover y usar el ocio para el desarrollo de sus habilidades ocupacionales personales y sociales, empleo de todas las destrezas de ejecución, funciones y estructuras corporales.
- ✓ Descubrir y desarrollar aptitudes e iniciativas que le proporcionen un crecimiento personal, y le permitan reconocer las actividades de ocio como elementos normalizadores fundamentales para su satisfacción personal e integración plena.
- ✓ Sensibilizarse sobre la importancia del uso adecuado del ocio en el tiempo libre.
- ✓ Adquirir las herramientas de autoplanificación del tiempo libre para poder usar las actividades de ocio de forma individual y responsable.
- ✓ Servir de puente para que conozca los recursos comunitarios, los visite y los incorpore en sus itinerarios personales.

El terapeuta, para el logro de estos objetivos, pondrá en marcha una serie de actuaciones, en las que empleará actividades atractivas (sirven todas las descritas en las actividades grupales para la segunda fase) y enriquecedoras que fomenten la creatividad y la autoestima personal, estimulando la participación activa del paciente.

Se ha de potenciar la capacidad individual para disfrutar de las pequeñas tareas, y así lograr un equilibrio entre el trabajo, el estudio, las actividades de la vida diaria y el ocio, de forma planificada no compulsiva, aumentando la tolerancia a sensaciones de aburrimiento mediante la identificación de intereses personales, aficiones que ha realizado, que realiza o que le gustaría realizar. Además, ha de aceptar tanto las destrezas competentes que posee como las deficiencias personales, los recursos económicos, sus relaciones sociales y el apoyo familiar. La finalidad es recuperar el gusto por las relaciones interpersonales en el contexto sociocultural. Por ejemplo, para este objetivo se programarán con el paciente visitas a recursos.

Tipos: Las actividades en el espacio grupal de la tercera fase han de

ser:

- ✓ Dinámicas grupales para el aprendizaje y exploración de habilidades sociales, actividades artísticas y expresivas, de búsqueda y elección de recursos, y de utilización de fuentes de información como Internet, prensa, centros culturales, talleres temáticos, etc.
  - ✓ Actividades de ocio en contexto comunitario: físicas, deportivas, intelectuales, sociales, artísticas, culturales, recreativas (juegos, fiestas...). Pueden desarrollarse en bibliotecas, en asociaciones deportivas, en talleres monográficos como pueden ser los de radio, de animación a la lectura, de dibujo, de pintura, de acceso Internet, y a través de visitas a recursos.
  - ✓ Recursos: centros socioculturales, polideportivos, aulas de la juventud, patronato de turismo, cine, teatro, museos, exposiciones etc.
2. Los objetivos y actuaciones en el área de participación social en los grupos de terapia ocupacional de tercera fase de intervención son que el paciente consiga:

- ✓ Promover el conocimiento y su participación en actividades comunitarias como: asociaciones de barrio, radios comunitarias, ONG, parroquias. Acercamiento y sensibilización en temas con valores ecológicos políticos sindicales y en foros críticos sociales.
- ✓ Promover la interacción en los roles familiares exigidos o deseados (Mosey, 1996). Actividades compartidas en familia de origen y extensa.
- ✓ Generar nuevas redes sociales de apoyo con grupos de intereses comunes, amigos, vecinos, etc.

Para lograr estos objetivos, asesoraremos y acercaremos al usuario a los recursos de información de los foros sociales en su contexto y entorno. Para ello, ya ha realizado entrenamiento en dinámicas que le han otorgado competencias y han mejorado su seguridad para afrontar

la puesta en marcha de sus intereses en la participación comunitaria.

3. Los objetivos y actuaciones en los grupos de terapia ocupacional de tercera fase de intervención en el área laboral son que el paciente consiga:

- ✓ Incrementar la empleabilidad. Para ello hemos de conseguir el mayor grado posible de destrezas que le capaciten en competencias laborales, apoyando con instrumentos y herramientas que faciliten el fin.
- ✓ Entrenar habilidades ocupacionales con actividades prelaborales para la posible incorporación laboral y el mantenimiento del empleo.
- ✓ Estimular la participación en actividades de voluntariado en la comunidad o en el compromiso en acciones individuales de ayuda altruista a otros.
- ✓ Para el logro de estos objetivos acercaremos, al paciente a recursos de asesoría laboral y formativa y de búsqueda de empleo. Reforzaremos y facilitaremos las tareas de búsqueda activa de empleo en los diferentes recursos públicos y entidades solidarias, y en asociaciones generales y específicas. Entrenaremos, para facilitarlos, con técnicas de role playing y recreación para la entrevista y el manejo laboral.

4. Los objetivos y actuaciones en los grupos de terapia ocupacional de tercera fase de intervención en el área de educación son que el paciente consiga:

- ✓ Crear intereses formativos que se adecuen a sus expectativas académicas, y a los niveles de sus funciones cognitivas complejas y concretamente en las ejecutivas.
- ✓ Reforzar el interés en decisiones para iniciar o retomar actividades formativas en recursos normalizados o adaptados.

#### 7.1.2. Otros grupos terapéuticos

## A) Grupos de terapia ocupacional para colectivos con necesidades especiales

Como terapeutas ocupacionales en drogodependencias en el contexto de la intervención grupal tenemos que tener presente la variabilidad de actuaciones posibles. Existen colectivos que presentan lo que llamamos necesidades especiales, cuando sucede y son muy significativas, es necesario diseñar grupos diferenciados que den respuestas a las características específicas de estos pacientes. Entre otros, podemos destacar:

1. Los grupos orientados a adolescentes y jóvenes: en ellos hay que tener en cuenta las peculiaridades inherentes a su edad en relación con su etapa de desarrollo evolutivo. La adolescencia es una circunstancia vital en la que confluyen tanto cambios físicos (pubertad) y cambios de comportamiento (proceso psicológico), a través de los cuales los niños y niñas dejan de serlo para pasar a la etapa adolescente que suele comprender las edades desde los 12 hasta los 16 o 17 años, varía según autores, para convertirse en jóvenes y adultos.
- ✓ Las características que definen principalmente al adolescente vienen determinadas por los cambios corporales provocados por la influencia de las hormonas sexuales, por las nuevas formas de relación familiar, por que se inicia una independencia progresiva. Se aumenta la capacidad intelectual que le permite razonar de un modo hipotético-deductivo, hacer previsiones de futuro, comenzar la búsqueda de identidad, sufrir las variaciones en el estado del ánimo. Comienzan a cuestionar las normas, a conocer a nuevos amigos, fuera de su entorno habitual de relación que era la familia, adquieren nuevos roles en su contexto sociocultural, eligen nuevos retos formativos, estudios superiores, preparación profesional, relaciones sexuales, nuevas formas de diversión, empleo de actividades de ocio en el tiempo libre. Estos cambios provocan desajustes en el comportamiento ocupacional, el adolescente se siente diferente, para él se plantea un esfuerzo de adaptación a los cambios corporales, sociales, psicológicos, en interrelación con el contexto

sociorrelacional de los adultos.

- ✓ Este proceso de cambio y adaptación hacia la vida adulta va a estar condicionado por factores vinculados al individuo y al contexto social, si bien pueden obrar en el adolescente primero y en el joven después, como factores que le facilitarán o impedirán la adquisición de un comportamiento autónomo e independiente en las áreas de ocupación, como exige nuestra sociedad.
- ✓ Este es el marco que hace pivotar a los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes en drogodependencias. Por ello, los grupos pueden ser de tipo informativo, sensibilizador acerca de los efectos asociados al consumo de drogas, educativos; de aprendizaje de competencias y entrenamiento en destrezas de ejecución y habilidades sociales generadoras de alternativas de hábitos saludables, de ocio y terapéuticos.
- ✓ Estos grupos podemos realizarlos en tres contextos: en los propios centros educativos, emplearemos sus recursos pedagógicos, es decir, aulas, espacios de ocio. En espacios habituales, donde los grupos naturales de adolescentes y jóvenes se reúnen, como asociaciones juveniles, parques, aulas de ocio, etc. En los centros específicos de prevención y tratamiento en drogodependencias.
- ✓ Los grupos dirigidos a adolescentes y Jóvenes deben promover el desarrollo, la ejecución y el mantenimiento del desempeño ocupacional de las áreas de ocupación, cuyo desempeño satisfactorio está condicionado al sentimiento de competencia individual (roles ocupacionales) y social (entorno y contexto ocupacional), en su colegio, instituto, universidad, hogar, grupo de iguales, familia, con el objetivo de dotarles de un funcionamiento adaptativo en las destrezas de ejecución, una identidad ocupacional en valores, en actitudes y así poder gestionar, con sus propios recursos las situaciones y variables de riesgo intra e interpersonales presentes en el consumo de drogas y según diagnóstico (uso, abuso

o dependencia en el consumo).

- ✓ En estos espacios grupales, para adolescentes/jóvenes, el terapeuta posibilita la realización de acciones participativas a través de actividades propositivas y finalistas, dependerá del objetivo preestablecido. Si queremos instaurar hábitos, patrones de ejecución en las distintas áreas de ocupación, tendremos en cuenta la dimensión de las demandas de ejecución de las actividades seleccionadas para tal fin; si por el contrario nuestro objetivo es, por ejemplo, aumentar el repertorio de actividades de ocio, fomentar su práctica para convertirlas en hobbies, abordará la funcionalidad en el desempeño competente en el del área de ocio. En ambos casos las actividades deben ser gratificantes, participativas, que promuevan la expresión de opiniones, exteriorización de sentimientos, pensamientos, inquietudes, problemas, desarrollo de la identidad ocupacional, el disfrute del rol o los roles del presente y del futuro.
- ✓ El terapeuta programará el desarrollo de la intervención en el proceso de construcción de un grupo participativo, primero deberá motivar a los adolescentes y Jóvenes en el desarrollo de una actividad pudiendo hacerlo a través de "la generación de ideas" una vez que ha explicado la metodología, los objetivos, el contenido, la duración del grupo. Este recogerá las ideas que surjan, descartará aquellas que puedan ser inadecuadas o queramos trabajar más tarde, intentaremos ser asertivos y no coartar la iniciativa del grupo pero deberá mantener una postura directiva en los casos en los que el grupo no responda a nuestras propuestas, bien por estar este muy inhibido o no estar suficientemente motivado, en cualquier caso debe proponer alternativas razonadas y dialogadas.
- ✓ Los distintos tipos de actividades que se van a realizar, la metodología y la estrategia de intervención, los juegos de cooperación, de confianza, de comunicación, de resolución de conflictos, de misterio, de role playing, deportivos, y de actividades físicas, de actividades al aire libre, excursiones, deportes de

montaña, acuáticos, actividades artísticas, artesanales y culturales, actividades audiovisuales, de dramatización, atendiendo a la especificidad en relación directa con el consumo de drogas. En estos grupos hay que combinar contenidos en información sobre drogas, sus componentes, tipos, efectos, daños y riesgos asociados al consumo, conductas de protección relacionadas con la salud y estrategias preventivas personales ante las conductas de riesgo.

- ✓ A los centros de tratamiento en drogodependencias que tienen programas de intervención con adolescentes y Jóvenes, el motivo por el que acuden y por el que hacen la demanda de ingreso es variado, casos de padres que acuden por sospecha de consumo de drogas, derivaciones de otros recursos (servicios sociales y judiciales, asociaciones, sanitarios, educativos, etc.) y, en menor caso, por iniciativa personal.

2.Otros grupos de terapia ocupacional, que están indicados para colectivos con necesidades especiales, por estar en situación de exclusión social, por deterioro grave cognitivo, pacientes con bajo potencial de cambio que requieren tratamientos prolongados, patología dual severa.

- ✓ Los objetivos de terapia ocupacional a destacar en los grupos para estos colectivos de características singulares son:

- Adquirir el desempeño competente en las áreas de ocupación. Mejorar y adaptar destrezas para disminuir en lo posible la disfunción ocupacional.
- Instaurar patrones ocupacionales para aumentar autonomía e independencia.
- Detectar e identificar síntomas o situaciones desestabilizadoras que impidan el buen desarrollo de destrezas y competencias ocupacionales.
- Propiciar la implicación de los pacientes en el diseño y planificación de su ocio de forma autónoma y creativa.

Desarrollar aficiones. Utilización saludable del tiempo libre.

- Motivar participación, favorecer la responsabilidad individual y el empoderamiento, lo que supone un factor de protección, que resulta especialmente importante en los grupos más vulnerables.
- ✓ Los colectivos señalados presentan con mayor frecuencia una desestructuración de capacidades, que es necesario revertir para evitar situaciones de mayor riesgo. Los pacientes con bajo potencial de cambio, las personas sin hogar o las que presentan diferencias de origen, cultura o idioma pueden experimentar mejoras significativas en su proceso de cambio y lograr una mayor integración y sentimiento de pertenencia a través de la mejora en el desempeño de actividades.
- ✓ Desde terapia ocupacional se han de utilizar actividades que favorezcan en los pacientes las relaciones y vínculos sociales y el sentimiento de pertenencia a grupos en los que la adicción no sea el eje conductor. Esto resulta especialmente útil en colectivos como los mencionados, que presentan frecuentemente una dificultad añadida para la participación social y la integración en grupos normalizados, los grupos de terapia ocupacional son el puente para este fin.

## B) Grupos transversales que se realizan desde el equipo interdisciplinar

En la gestión del diseño de intervención que la organización realiza, en colaboración con los miembros del equipo interdisciplinar, se tienen en cuenta las actuaciones e intervenciones que pueden realizarse por cualquiera de los miembros del equipo de trabajo. Por ejemplo, ofrecer asesorías puntuales sobre adicciones a familiares, instituciones, etc., en general a personas o colectivos que lo requieran. Actuaciones de información y prevención que se demandan desde recursos formativos, asociaciones de padres, ONG, asociaciones, o colectivos de seguridad ciudadana, sociosanitarios, asistenciales, etc.

En ciertas intervenciones grupales existen objetivos y contenidos

generales, comunes a todos los integrantes de los equipos de intervención, en los que su dinámica puede ser desempeñada por cualquiera de los componentes del equipo interdisciplinar. Pueden realizarse en colaboración interáreas, complementándose sus especificidades.

Pueden generarse, según necesidades, por ejemplo, para grupos informativos, de acogida, motivacionales, de reducción del daño, etc., y a continuación vamos a desarrollar algunos grupos trasversales que hemos valorado como más representativos:

1. Grupos para, o con, familiares. Hemos descrito, anteriormente, en la intervención familiar, la importancia que tiene que las personas significativas del paciente se impliquen en el proceso de intervención, y por qué necesitan también su espacio propio donde recibir apoyo y ayuda para que sean nuestros aliados eficaces.

Los grupos para familiares de pacientes con problemas de adicción benefician al familiar para la comprensión del problema, y por tanto al drogodependiente.

La familia en un principio puede ser desestructurada, disfuncional, y con la intervención puede convertirse en un sistema terapéutico si en los contenidos del grupo contemplan: información del proceso terapéutico, etapa, contenidos y duración del tratamiento. Suelen presentar dificultades para reconocer y expresar emociones y sentimientos del tipo: culpa, rencor, rabia, frustración y debido a la acomodación "patológica" se desarrolla una codependencia. Este fenómeno presenta un patrón de dolorosa dependencia de los comportamientos compulsivos, buscan aprobación de los demás para sentir seguridad, autoestima e identidad. Puede aparecer sobre todo en mujeres ansiedad, depresión, baja autoestima y llegar a padecer patología orgánica, en ella o en otros miembros de la familia.

Hay, en los familiares del drogodependiente, consecuencias emocionales y comportamentales, y en el caso de los hijos de

drogodependientes varía su gravedad según la edad que tengan. Puede aparecer dificultad en el desempeño eficiente e identificación de roles (hijos parentalizados). También pueden darse conflictos socio relacionales, como la evitación de actividades sociales, por ejemplo las celebraciones; aislamiento social; encubrimiento, ocultación; problemas económicos; deterioro de la comunicación o conflictiva familiar y de pareja.

✓ El valor del grupo está en sí mismo, como herramienta terapéutica. Según Freiser es un laboratorio de salud. Es una fuente de motivación para:

- Reconocer y asumir la enfermedad.
- Entender la necesidad de ayuda profesional y sociofamiliar.
- Poder identificar la asociación del problema con las consecuencias.
- Reconocer que es a través del cambio como se llega a la solución del problema.
- Aceptar intervención en el tratamiento.
- Comprender que mantener la abstinencia es medio y fin en el proceso hacia la salud.

Los familiares también pasan por las diferentes etapas decisionales, y hay que tener en cuenta que no necesariamente va su proceso en paralelo con las etapas en las que puede encontrarse el usuario.

Los grupos familiares pueden realizarse desde las diferentes áreas de intervención, en colaboración y desde la complementariedad de las mismas. Cada profesional aportará los contenidos y realizará las maniobras propias de su disciplina, y todos encaminados al logro de objetivos comunes.

✓ El grupo mixto de familiares y pacientes puede realizarse combinando sesiones con el grupo en el que solo participan los familiares, o como modalidad única. Tras la evaluación de los

usuarios, según sus necesidades, se diseñarán los tipos de grupos, en la experiencia clínica se constata que los familiares precisan un mínimo de espacio propio. Pero la ventaja de la modalidad mixta, pacientes y familiares es que el mensaje y la elaboración de compromisos terapéuticos no pueden ser manipulados ya que todos han participado y así se evitan controversias.

## 2. Grupos de salud

- ✓ Liderados por el área sanitaria, son complementados o en colaboración de terapia ocupacional y de este modo se aporta valor añadido al generalizar de forma práctica los contenidos de salud en las AVD, en los hábitos y rutinas del usuario, de forma global, en el desempeño de competencias en las áreas de ocupación, y así tratar de conseguir equilibrio ocupacional saludable adaptativo y competente, sobre todo en aspectos específicos de autogestión de autocuidados de la salud, higiene, alimentación, ejercicio, descanso y sueño y en el ocio saludable.
- ✓ Este grupo se puede enriquecer con intervenciones del área psicológica en contenidos de psicohigiene, o el área de trabajo social desde la que se pueden dar a conocer recursos y apoyos alternativos sociocomunitarios, por ejemplo.

# 8

## **Red asistencial y dispositivos en adicciones**

### 8.1. Intervención ambulatoria y recursos de apoyo en las organizaciones de atención al drogodependiente

#### 8.1.1. Intervención en régimen ambulatorio

La intervención ambulatoria, también llamada, en adicciones, tratamiento urbano, se realiza próxima al medio natural del paciente. Es la forma ideal para realizar la intervención, ya que, de este modo, se abordan en el momento las dificultades, in situ, que aparecen en el individuo al desenvolverse en su contexto y entorno.

Se va interviniendo sobre dificultades que surgen, que se van presentando en su realidad del día a día, situaciones de riesgo en áreas de ocupación, espacios físicos, contextos sociofamiliares, relacionales, laborales, de formación y de tiempo libre, que pueden surgir y pueden activar el craving y llevar a consumos puntuales o a recaídas. Del mismo modo, vamos a ayudar a identificar las estrategias y circunstancias que, por el contrario, sí pueden estar actuando como factores de protección reforzando el mantenimiento de la abstinencia (no consumo de drogas). Este modelo de intervención se realiza en un marco real facilitando la habilitación y rehabilitación, que

desarrolla la terapia ocupacional, en el contexto natural, a través de las técnicas y actuaciones que actúan en el individuo y en el medio.

Los aprendizajes de las destrezas para el desempeño ocupacional crean patrones de ejecución, se van incorporando por entrenamiento, son reconocidos y experimentados a través del proceso de vivenciación, internalización, desde el espacio terapéutico-ocupacional (en la organización). La finalidad es que esta elaboración se traslade al medio habitual familiar, relacional, comunitario, sociolaboral formativo y en el tiempo libre se realice la puesta en marcha, se experimente de forma práctica, in situ, en los contextos y entornos del usuario. El contexto social da un feedback en el usuario, y también la propia retroalimentación de sus ejecuciones en sus desempeños, con las sensaciones y emociones percibidas, van a tener como consecuencia que el paciente vaya a tender a realizar adaptaciones, ajustes más eficientes y lograr así satisfacción, apareciendo refuerzos positivos externos, reconocimiento y aprobación desde su entorno social (retroalimentación).

La ventaja del seguimiento terapéutico, de la intervención continuada, es que el terapeuta facilitará, favorecerá, la reflexión y el análisis de las experiencias que han surgido en las aproximaciones que el paciente va realizando para el nuevo estilo de vida, en su entorno y contexto. Para ello, pone en marcha destrezas, patrones de ejecución nuevos con propósito. Se sigue entrenando, y de este modo se van incorporando roles eficientes hacia una identidad funcional para mejorar competencia ocupacional, estrategias, habilidades, adaptación e iniciar la asunción de responsabilidad y de igual modo a tomar iniciativas y decisiones. Este proceso empodera, facilita el refuerzo y contribuye a fortalecer resiliencia y bienestar.

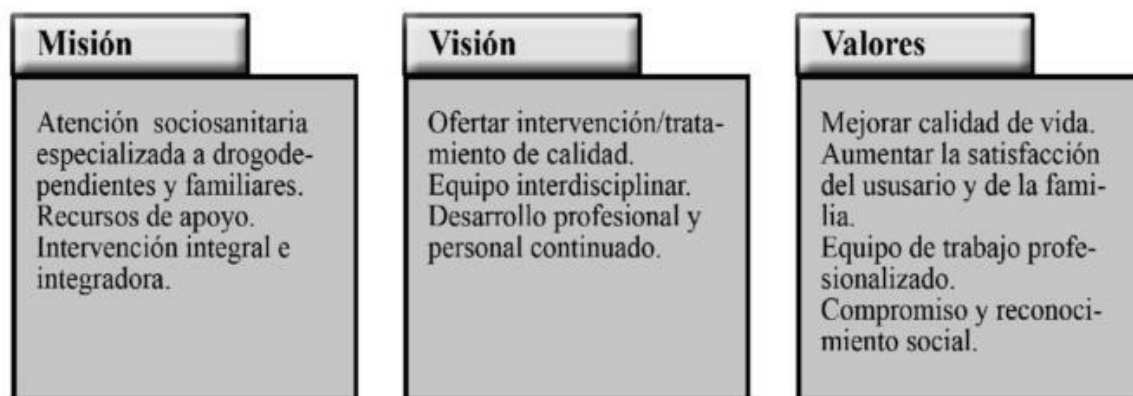
El contexto familiar, las personas significativas en la intervención ambulatoria, es un apoyo cercano físicamente, por lo que se puede complementar el plan de intervención individualizado y grupal, con su apoyo, con quien se realizará intervención conjunta usuario y familiares. Se facilita, así, el proceso de cambio, con los mecanismos de refuerzo, apoyo, a veces control y contención que aporta el seno familiar. Se puede hacer, en algunos

casos, extensible a entornos sociorrelacionales, dependiendo de las circunstancias personales y del momento de la etapa del proceso se podrían realizar intervenciones con amigos y con figuras de relevancia del paciente, a demanda de él o nuestra, por ejemplo personas con vínculo del entorno laboral o formativo.

No todos los usuarios que demandan ayuda, tratamiento, en los centros de atención a las adicciones pueden beneficiarse desde el principio de este tipo de intervención ambulatoria.

En la primera entrevista, en la acogida y apertura de la historia clínica, el profesional, en algunos casos, detecta situaciones personales de salud graves que no permiten realizar la intervención ambulatoria. En tal situación se informa al usuario y acompañantes (si da el consentimiento), del itinerario alternativo, temporal o definitivo, que podemos cursar para comenzar el proceso de recuperación con el apoyo externo en recursos de la propia red o de otras públicas y privadas (ingreso hospitalario, centro convivencial, comunidad terapéutica etc.).

Se ha de evitar precipitarse en dar respuesta a la demanda. Hay que realizar una buena evaluación interdisciplinar antes de tomar decisiones para la derivación temporal a recursos externos de apoyo de la organización e informar de recursos ajenos a nuestra red, a los que accedería por iniciativa propia, cortándose en caso afirmativo, al incorporarse en ellos, nuestra relación terapéutica.



### Figura 8.1. Plan estratégico de la organización: la atención a la drogodependencia.

Si se realiza derivación temporal, hemos de considerar y hacer comprender al paciente que este subproceso de intervención es una primera fase del proceso integral para la recuperación. Se le explican y contextualizan las etapas del tratamiento en los recursos que vamos a poner a su disposición, y le argumentamos la ineficacia de la derivación si no se cumple el proceso completo. Es decir, de nada serviría que, después de un ingreso hospitalario o una estancia en régimen cerrado, al finalizar la permanencia no se realice la continuidad del proceso de intervención en régimen ambulatorio.

Si apoyamos la intervención ambulatoria con un recurso externo residencial o de intervención, temporal, se ha de mantener el seguimiento del usuario desde el equipo de intervención del centro de referencia, manteniéndose estrecha coordinación con el recurso de apoyo al que ha sido derivado.

#### 8.1.2. Recursos internos de apoyo al tratamiento

Nos referimos a recursos internos de la organización a todas aquellas actuaciones que se desarrollan para la intervención con el paciente. Los actos encaminados a la restitución, rehabilitación y habilitación para el logro de objetivos: lograr abstinencia, mantenerla y consolidarla, para mejorar la calidad de vida, el bienestar y la inserción o reinserción en las áreas ocupacionales; cada área interdisciplinar desde sus técnicas propias, y todas con el objetivo común señalado. Concretamente, desde terapia ocupacional, se ha de intervenir para apoyar la adquisición de la abstinencia, disminuir el consumo o la reducción del daño, para poder incorporar en el individuo competencias ocupacionales que proporcionen el cambio de patrones de ejecución ocupacional adaptativos, equilibrio e identidad ocupacional funcional que, a su vez, fortalecerán la consolidación de la abstinencia (cadena circular de eslabones imprescindibles para el logro).

Los soportes físicos y de gestión son aspectos que se han de tener en

cuenta para dar facilidades a los recursos humanos, dado que posibilitan o limitan el trabajo para poder impartir las diferentes modalidades de intervención (materiales, historias clínicas, informática, condiciones de habitabilidad y seguridad, protocolos, registros, normas ajustadas a la ley, etc.).

### 8.1.3. Recursos externos de apoyo al tratamiento

Los recursos externos a veces son necesarios. Cuando las circunstancias psicosociales u orgánicas del individuo son precarias, hay fracaso en intervención ambulatoria. La permanencia temporal en un recurso de apoyo aporta al usuario, principalmente, un espacio de salud y recuperación, y así puede mejorar después destrezas y competencias ocupacionales que le van a permitir, posteriormente, completar en intervención ambulatoria el completo proceso, integral e integrador, de intervención. Sin ellos no se podría, en algunos casos, iniciar un tratamiento ambulatorio eficiente. La terapia ocupacional, en estos dispositivos temporales de apoyo, presta sus servicios y, para ello, elabora programas con objetivos encaminados a que el usuario al finalizar la estancia, al alta, se encuentre en disposición de completar el proceso, en régimen ambulatorio, para su deshabitación y habituación ocupacional y así lograr identidad ocupacional y autonomía en el seno social normalizado de forma activa en participación social.

Cuando no está indicado realizar intervención ambulatoria, porque las condiciones de salud o sociofamiliares no permiten cumplir objetivos de desintoxicación, de mantenimiento de la abstinencia, las organizaciones pueden tener en su red, o conveniados, recursos de apoyo temporal para lograrlo. Si la demanda de intervención, tras su evaluación profesional o interdisciplinar decide que no puede realizarse de forma adecuada, se ha de actuar desde la ética, informando y asesorando de otros dispositivos que puedan adecuarse y satisfacer la demanda de forma satisfactoria. No se asumirá lo que no puede ser atendido de forma responsable y coherente, y así se ha de transmitir al cliente y a familiares acompañantes.

En caso de tener que realizarse una desintoxicación física, se evaluará:

drogas, tiempo de consumo, cantidad y posibles complicaciones orgánicas y psicosociales que pueden devenir por la situación patológica global del usuario. En esta situación la organización si no asume el proceso de desintoxicación realizará las oportunas gestiones de derivación temporal, o asesorará sobre otros recursos ajenos. En este caso el recurso de apoyo es la unidad de desintoxicación hospitalaria u otro recurso en régimen de ingreso (cerrado). Existen dispositivos sanitarios que además evalúan y valoran la situación psicopatológica del paciente, necesaria, a veces, en la patología dual que presentan pacientes sin diagnóstico o que no es claro en el momento, para realizar la desintoxicación y el tratamiento en los procesos posteriores de deshabitación y reinserción o inserción.

Del mismo modo, puede ocurrir que no se pueda realizar intervención ambulatoria, para el proceso de deshabitación y mantenimiento de la abstinencia, si el usuario no dispone de recursos o apoyos externos (familiar responsable, instancias sociales, etc.) básicos que apoyen el momento. También puede ser debido a falta de autocontrol mínimo, necesario, por causa de una larga historia de consumo o por un nivel elevado de consumo y de dependencia, por ello va a ser preciso realizar durante un tiempo una contención externa. Por lo cual se ha de realizar la derivación oportuna a recursos de apoyo, como son las comunidades terapéuticas o los pisos de apoyo para la deshabitación y mantenimiento de la abstinencia (recursos residenciales, convivenciales de apoyo e intervención sobre todo socioeducativa). El objetivo primordial de estos dispositivos va a ser poder dar un espacio separado del contexto de consumo, para favorecer el mantenimiento prolongado de la abstinencia la consolidación de la misma y crear un mínimo patrón ocupacional funcional y adaptativo, y de este modo poder continuar posteriormente intervención ambulatoria para la inserción social.

Puede ser oportuna la utilización de los centros de día para pacientes con patologías psiquiátricas, ya que aparte de la intervención en adicciones también es necesario el específico abordaje psiquiátrico (complementariedad, teniendo en cuenta no realizar duplicidad). Del mismo modo ocurre en

poblaciones de tercera edad, o en patologías orgánicas que esté indicada la rehabilitación funcional en régimen de unidades de día.

Por último, cabe señalar a la población en riesgo de exclusión o con deterioro cognitivo importante, que pueden beneficiarse de recursos ambulatorios, centros de día, albergues, centros de acogida, etc. que se han creado y se ajustan para cubrir necesidades básicas, y que en caso de no ser atendidas no se podrían realizar otras actuaciones desde los dispositivos de intervención en adicciones.

# 9

## Casos clínicos y anexos

Los casos clínicos que exponemos a continuación presentan diferencias en su desarrollo.

Con ello queremos manifestar nuestro interés en potenciar en terapia ocupacional la diversidad en la actuación y la flexibilidad para transcribir el trabajo de intervención desde nuestra disciplina, dentro de nuestro marco de actuación.

En el caso 1 se ofrece un acercamiento al análisis de la percepción que el terapeuta recoge del juego transferencial que se da en la relación con el paciente.

En el caso II se plantea la intervención desde terapia ocupacional haciendo hincapié en el manejo de la técnica, la estrategia y las habilidades que ofrece la ciencia y el estudio de la ocupación humana al terapeuta ocupacional.

### 9.1. Caso clínico 1

(En colaboración con M. a Tamara Barrio Olmos. Terapeuta ocupacional)

#### 9.1.1. Presentación del caso

María, 37 años, de Madrid (España). Inicia el consumo de alcohol a los 15

años y de cocaína a los 17 años. Presenta patología dual (consumo de drogas, más patología psiquiátrica). Está en tratamiento psicofarmacológico. Y se encuentra en estado de incapacidad laboral temporal desde los 36 años. Refiere que desea retomar el trabajo.

Inicia tratamiento e intervención por problemas de adicción a drogas a los 37 años. Acude al centro de atención al drogodependiente, por indicación de su psiquiatra, para realizar, regularmente, controles analíticos para determinación de drogas, con el fin de comprobar la abstinencia mantenida y, de este modo, poder acceder a un centro de día psiquiátrico.

En el inicio de la intervención, se le aclara que en el centro de atención a drogodependientes no se realizan controles toxicológicos solamente, sino que este centro es de valoración, evaluación, intervención y tratamiento, por lo que debe decidir si está interesada. Se compromete a realizar la intervención integral en el centro y a informar a los profesionales de salud mental de la decisión tomada. Tras la valoración del equipo transdisciplinar, se mantiene coordinación con los profesionales de salud mental.

Su último consumo de cocaína lo realizó tres meses antes de iniciar el tratamiento, manifiesta que la causa fue por haber retomado el contacto con su última pareja, se siente muy arrepentida por ello y desde entonces no ha tenido relación con él, pese a que éste la llama por teléfono. Desde que mantiene la abstinencia, intenta ser estrictamente correcta con las comidas y con los horarios, dedica mucho tiempo a leer, con cierta obsesión, libros y artículos acerca de la diabetes.

#### A) Diagnóstico DSM-IV

Eje I F14.1 Trastorno abuso a cocaína  
F 10.1 Trastorno abuso de alcohol

Eje II F61 Trastorno mixto y otros trastornos de personalidad. La paciente ha sido diagnosticada a los 30 años de un Trastorno límite de la personalidad (TLP). TCA (Trastorno de la conducta alimentaria,

anorexia) e intento autolítico a los 31 años.

Eje III E10 Diabetes mellitus, insulín dependiente

E2 Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo

Eje IV EGAG 70%

Eje V EEAG: 60%

El diagnóstico se realiza por el equipo de intervención al inicio del proceso de atención, apoya la evaluación al poderse comparar en el tiempo.

## B) Historia ocupacional

Se ha recogido información del pasado y del presente para determinar qué se puede rehabilitar del pasado y qué hay que habilitar en el presente. Para ello, se realiza un cruce de información en el que se establecerán los objetivos para el diseño de intervención.

### BI) Historia de vida ocupacional del pasado

#### •Áreas de la ocupación

Según el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional (dominio y proceso), revisado en 2009 por la AOTA (Asociación americana de terapeutas ocupacionales), las áreas de ocupación se dividen en: AVD (AVDB y AVDI), es decir, descanso y sueño, educación, ocio y tiempo libre, trabajo, juego y participación social. Estos subgrupos se concretan y se explican en las siguientes áreas: AVD, trabajo y juego/ocio.

- a) AVD. Son funcionales a nivel de autonomía y autocuidados personales. Ciertas actividades instrumentales no son adaptadas a su ciclo vital, ya que desde muy joven siempre ha tenido que ser muy autosuficiente, pues su madre la hacía responsable de las tareas de mantenimiento del hogar, ella llega a sentir que era su responsabilidad. Durante algunos

años ha convivido con dos parejas sucesi vamente, ella se encargaba de las responsabilidades de la casa (tareas domésticas, compras y facturas, etc.), adoptando papel de sumisión en la relación (dependencia emocional, llegando a recibir maltrato).

b)Trabajo. Terminó sus estudios de BUP. Realizó el curso de socorrista acuático y trabajó en la piscina de una urbanización (durante dos veranos) para pagarse el carné de conducir. Posteriormente, ha trabajado en un restaurante, y en una heladería (en la cual llegó a ser encargada), y abrió su propio negocio a los 25 años, que regentó durante cuatro años (un pub en el pueblo donde nació). A los 32 años, aprobó las oposiciones de correos y la hicieron fija. Desde entonces hasta los 36 años ha mantenido este empleo.

c)Ocio. Afirma que no disfrutaba del dinero que ganaba porque se pasaba la mayor parte del tiempo trabajando. Carecía de conciencia de la importancia de esta área, que es necesaria para la salud global, no valoraba ni identificaba interés en actividades de ocio.

•Patrones de ejecución (físico y social)

a)Hábitos. Mantiene hábitos, estructura organizada en horarios y compromisos, con logros en área educativa y del trabajo a pesar de que el entorno familiar carecía de hábitos organizados.

b)Rituales. No relata.

c)Rutinas. Sus trabajos han sido una de las principales rutinas que ha llevado a cabo. Le dedicaba la mayor parte de su tiempo y estaban asociados al contexto y consumo de drogas. Socializaba e incorporaba el ocio en el área laboral. Sus rutinas giraban en torno al trabajo, por lo que finalmente ninguna era realizada de forma adaptada y funcional.

d)Roles. Hija, hermana, amiga, empleada, jefa y novia. Son un número importante de roles ocupacionales que podrían haber sido factor de

protección al consumo de drogas porque le habrían dado identidad ocupacional, pero no fue así, los familiares no le aportaron afectividad y apoyo, ni refuerzo. El rol laboral ocupaba en exceso su vida y lo identificaba con el área sociorrelacional, sentía reconocimiento y aprobación pero no le generaba satisfacción, por el contrario era fuente de alto nivel de autoexigencia y ansiedad. Las amistades eran en torno al consumo, los vínculos superficiales. Las relaciones de pareja, conflictivas, mostrándose en ellas sumisa y dependiente. Podríamos decir que el desempeño de los roles han podido actuar como factores de riesgo, facilitadores de la instauración del consumo, ya que el desarrollo de los mismos no ha generado sentimiento de autoeficacia percibida y le han acercado a comportamientos de consumo.

## B2) Historia de vida/ocupacional del presente

### •Áreas de la ocupación

a)A VD. Es eficiente en las actividades de la vida diaria básicas en cuanto a sus autocuidados y la realización de las tareas del hogar, del mismo modo realiza satisfactoriamente las instrumentales.

Convive con su madre y al estar de baja laboral se encarga de las actividades propias del hogar (limpieza, alimentación, etc.). Presenta sentimientos ambivalentes, cree que debe hacer las tareas del hogar, por otro lado siente que está siendo utilizada y manipulada. Su madre toma las decisiones a la hora de qué comprar, en qué gastar y ella ha de aceptar (sumisión). Delega en ella el manejo de sus ingresos (pensión), al identificarlo como riesgo.

Del total de dinero que recibe de la pensión, una parte importante se la da a su madre, para colaborar en los gastos del hogar y lo que queda se lo administra ella y paga deudas que contrajo conjuntamente con su ex pareja. Siente que su madre la manipula y le genera sentimientos de culpa, cuando le dice que es "una mantenida".

- b)Trabajo. A los 36 años le dan la incapacidad laboral absoluta revisable, por lo que percibe ingresos mensuales. Considera que la incapacidad no fue buena noticia ya que piensa que es una "etiqueta que estigmatiza y me saca de la normalización".
- c)Juego/ocio. Ahora identifica el ocio como espacio necesario para su estabilidad y como componente de bienestar y salud. Realiza varias actividades de ocio, por el placer de disfrutarlas en el proceso de su desarrollo. Por las tardes le gusta ver series y escribir acerca de sus situaciones, experiencias y dificultades vividas. Acude 3 o 4 días por semana al gimnasio con su madre, y los fines de semana le gusta ir al cine, también con su madre y con las amigas y la pareja de esta. Lee, pero igual que el ejercicio, lo hace con cierta obsesión, como si fuera parte de sus responsabilidades, con un alto nivel de autoexigencia, de forma rígida sin poder faltar al compromiso. Hay una necesidad de sentirse útil y capaz. Manifiesta que el ocio le permite combatir pensamientos negativos. Hace autocrítica de estos comportamientos y de momento el cambio de actitud ante estas tareas es lento pero constante.

Presenta aislamiento social, miedos irracionales con el sexo opuesto y con las relaciones en general, aunque ante el sentimiento de soledad y vacío enseguida genera expectativas emocionales en las relaciones. Aún no es eficiente en el manejo de las relaciones familiares para que sean eficaces en su desarrollo. Proyecta emociones en su mascota (gato). Quiere tener un perro "para cuidarle y recibir afecto".

•Destrezas de ejecución

- a)Destrezas motoras: no se observan dificultades de interés. Posee estructura corporal conservada, nivel psicomotor óptimo e higiene postural.
- b)Destrezas de regulación emocional: expresa emociones de forma desmedida, dramatiza y se victimiza exageradamente. Rasgos

obsesivos, cierto pesimismo y negatividad. Demanda refuerzo, reconocimiento, y pide opinión para tomar decisiones constantemente, busca agradar (inseguridad). Sentimientos de frustración, fracaso, vacío, apatía, sufrimiento y baja autoestima.

c) Destrezas de comunicación y sociales: hay dificultades en la forma de manejar adecuadamente las habilidades sociales y de comunicación que sí posee, siendo pobre el autocontrol en situaciones sociales, es influenciable y dependiente.

d) Destrezas cognitivas: dificultad en la resolución de problemas, organizar y priorizar sus rutinas. A veces inconstante. Pese a tener conocimientos suficientes sobre los cuidados de su diabetes en ocasiones ha perdido el control sobre ella.

#### • Patrones de ejecución

a) Hábitos. Pese a que toda su vida diaria giraba en torno a su trabajo y ahora se encuentra de baja, su rutina del pasado se ha transformado completamente. Actualmente se encuentra desde el modelo transteórico, de Prochaska y Diclemente, en proceso de cambio y habituación a la nueva planificación. Semanalmente se ha propuesto: acudir al gimnasio junto con su madre, leer, pasar más tiempo con su gato, ver series de televisión, realizar tareas domésticas, seguir el tratamiento en el centro de adicciones, etc. Los fines de semana es lo que más le cuesta planificar, se siente temerosa ante la posibilidad de recaída o de encontrarse en situaciones de riesgo por lo que evita salir de casa sin plan preestablecido.

b) Rutinas. Está en proceso de establecer rutinas, los horarios, las comidas, acostumbrarse a vivir con su madre y a sus críticas, racionalizar el dinero, cuidar de su mascota...

c) Rituales. Actualmente acude todos los domingos a misa a "San Judas Tadeo" por una promesa que le ha hecho.

d)Roles. Hija, hermana, amiga y tía. Sus roles de hija y hermana en el presente muestran menores signos disfuncionales. La relación con su hermano mejora gracias a sus sobrinas, a las que ve los fines de semana y que, según ella dice, "le dan vida", además realiza actividades con ellas. Su rol de amiga únicamente se encuentra activo gracias a un antiguo novio con el que aún mantiene contacto y al que ve casi todos los días un rato por las mañanas (él es cartero y reparte por su barrio).

- Identidad ocupacional

Hay una estructura aparentemente funcional en su identidad, con un desempeño de roles funcionales pero algunos carentes de satisfacción. Es necesario aumentar y fortalecer roles ocupacionales que proporcionen, desde la responsabilidad, un estatus que genere una identidad eficiente.

- Fortalezas y debilidades

Ha tomado conciencia de que necesita apoyo profesional y tiempo para conseguir estabilizarse, para comenzar un nuevo estilo de vida más adaptativo funcional que le pueda generar bienestar.

Se ha hecho responsable de su enfermedad, se ha comprometido al seguimiento terapéutico. Ha accedido a que su familia, su madre, participe de su tratamiento, pese a que su apoyo es discontinuo. Se le da bien cuidar de los demás y escribir los sucesos de su vida.

Sus debilidades son que se considera demasiado solidaria y le cuesta decir que no (asertividad), mira demasiado por los demás, se entusiasma y depende mucho de sus parejas, de las relaciones. No es constante en sus hábitos y rutinas. Se exige mucho a sí misma durante el tratamiento, en los grupos a los que acude, le incomodan los silencios y en ocasiones se hace protagonista del espacio para "salvarlo".

- Proyectos e inquietudes

Sus proyectos son cuidarse y hacer deporte, pues le ayuda a liberar

tensiones, así como cuidar la alimentación, crear rutinas y hábitos y mantenerlos. Pretende pasar el tribunal médico en un futuro, para incorporarse a su trabajo en correos y, si no es posible, vivir con su pensión y realizar voluntariado sobre todo con animales. Le inquieta la sensación de que lo puede echar todo a perder debido a que ya le ha sucedido alguna vez, cuando ha logrado objetivos no los ha mantenido, lo vive como autocastigo: "no merezco estar bien" (miedos al fracaso, a la recaída en el consumo y a la desestabilización psiquiátrica).

- Volición (Modelo de ocupación humana, MOHO)

Actualmente su capacidad de decisión solo se encuentra influida por su madre, al convivir con ella en su casa, a pesar de que colabora económicamente y activamente en todo lo que ella le dice, la usuaria comenta que nunca le es suficiente (a la madre), y no recibe un apoyo en su tratamiento por su parte; pero en cierto modo su madre siempre ha sido así de independiente y esto no la sorprende (aceptación). No obstante muestra motivación en su proceso de recuperación participando activamente con fines de logro y conseguir la inserción sociolaboral.

- Equilibrio ocupacional

Mantiene cierta estructura adaptada. En la actualidad la paciente continúa con un predominio de las AVDI en su rutina (hacer la casa, preparar comida y cena), se encuentra y se siente más saludable y funcional que en el pasado.

Su tiempo de ocio lo realiza principalmente en solitario o en compañía de su madre y del gato (gimnasio, lectura, ver televisión, ir a misa...), carece de relaciones sociales y las pocas que mantiene están asociadas a un ocio de riesgo y las evita (bares, pubs y su ex pareja) por lo que bien no coge las llamadas o bien deshecha los planes que le ofrecen. Se plantea socializar en contextos fuera de drogas.

En el área de autocuidado, en el descanso mantiene unos horarios regulares, en su cuidado personal, aspecto y vestimenta, ahora se está

arreglando y vistiéndose con colores para verse mejor a sí misma y aumentar su autoestima.

- Ajuste a realidad

La usuaria es crítica con sus posibilidades de mejoría en el tratamiento por lo que sus objetivos no son ambiciosos y se los plantea a corto plazo, para así evitar frustraciones, conseguir metas realistas como es mantener abstinencia, acudir a los grupos del tratamiento, eliminar relaciones y contextos ocupacionales de riesgo. Ella cree en sus posibilidades de recuperación a largo plazo (1-2 años), primero recuperando su trabajo y más adelante conseguir su vida independiente de su madre.

### B3) Juicio clínico

Desde terapia ocupacional se considera que la paciente presenta volición para el cambio de estilo de vida, pues se compromete y cumple acuerdos. Ha de consolidar la abstinencia y ajustarse aún más a la realidad, pero necesita tiempo y apoyo para estabilizarse. Ha de aprender a manejar sus dificultades personales y las causadas por sus patologías, entrenar destrezas, recuperar identidad ocupacional eficaz a nivel laboral y lograr identidad ocupacional sociorrelacional.

- Cruce de evaluación pasado/presente

Para trabajar en la actualidad debemos tener en cuenta aspectos positivos del pasado que podemos rescatar como la autonomía, que le permitió independizarse y mantener su propia casa. Sus competencias en el área laboral le han proporcionado mantener puestos de trabajo y ciertos niveles de eficacia, llegó a regentar una heladería, creó su propio negocio (hostelería) y consiguió sacar las oposiciones de correos.

También hay que tener en cuenta los aspectos positivos del presente que la usuaria está llevando a cabo como parte de su tratamiento. Está instaurando nuevos hábitos y rutinas, va al gimnasio, lee acerca de su diabetes, se aleja de

sus relaciones y entornos de riesgo, hace reflexión y autocrítica para cambiar, busca un estilo de vida más saludable.

- ✓ Momento motivacional (modelo transteórico/ motivacional). Se encuentra en fase de decisión y acción (cambio).
- ✓ Etapa del proceso de intervención. Está en la etapa de deshabitación de hábitos ocupacionales asociados al consumo y sus contextos y en la habituación de nuevos que le protejan del consumo. Procura mantener un patrón de ejecución adaptativo para sentirse bien, evitando aburrimiento, pensamientos obsesivos, en general, negativos, comprendiendo que no todo el tiempo ha de ser productivo. Se encuentra en seguimiento acudiendo a citas con los profesionales del equipo transdisciplinar, y a todos los grupos en los que participa activamente y realiza autocrítica acerca de los cambios que aún debe seguir realizando.
- ✓ Apoyos (factores de protección). Actualmente sus factores de protección son:
  - Su contexto próximo el centro de intervención, al que acude con regularidad y donde obtiene apoyo y refuerzo por parte de profesionales y compañeros de terapia grupal.
  - Su madre aporta un lugar donde vivir, ayuda en la gestión del dinero y acompaña a algunas de sus actividades, gimnasio, compras, salir a tomar algo. Ha dado consentimiento para que participe en la intervención.
  - A su hermano y a sus sobrinas los ve algunos fines de semana, la relación con su hermano no es muy intensa pero siente que él la apoya. La relación con sus sobrinas es muy buena y la usuaria comenta que cuando está con ellas se olvida de todo, son una de "sus mejores terapias". Con su amigo (ex pareja), con el que tuvo en el pasado una relación satisfactoria, actualmente sigue manteniendo

el contacto (él trabaja en correos y le ve casi todos los días porque la ruta que sigue pasa por su casa). Es una persona de confianza para ella, que conoce toda su trayectoria y está informado de su tratamiento.

-Su gato, en el que busca afecto y compañía.

✓ Dificultades (factores de riesgo).

-El cobro de la pensión, ya que continúa asociando el dinero con el consumo, le genera cierta ansiedad por el miedo a la recaída.

Su ex pareja, con la que tuvo en el pasado una relación de maltrato. Actualmente él sigue llamando por interés (solicita dinero para consumo), incluso le envía mensajes de voz en estado ebrio. Su último consumo lo achaca a él. Desde entonces la usuaria en ningún momento ha respondido a sus llamadas y ha tomado medidas judiciales frente a los mensajes de voz (orden de alejamiento). Aún no se siente fuerte, estabilizada, para salir con sus amigos, con los que solía trabajar y en ocasiones salir a pubs. Algunos están asociados a contextos de consumo y otros no. Su enfermedad mental (TLP), la diabetes y el hipotiroidismo son realidades que pueden influir en el proceso de abandono de consumo de drogas. Actualmente todas ellas se encuentran estabilizadas y con tratamiento médico. La usuaria es consciente y responsable de todas ellas, realiza por lo general un autocontrol exhaustivo de su salud (factor de protección).

### C) Valoración ocupacional

Se ha realizado mediante la observación clínica en las citas y en los grupos.

Herramientas y escalas de valoración/evaluación (MOHO). Entrevista con la usuaria:

- ✓ Listado de roles: reconoce roles y los califica según el grado de valor.
- ✓ Listado de intereses: muestra interés por actividades conocidas y nuevas.
- ✓ Plan de vida: escogiendo un día de diario cualquiera de los que la usuaria ha detallado, la división de horas en las áreas de desempeño ocupacional sería la siguiente: autocuidado, 13 horas; ocio, 4 horas y productividad, 7 horas.

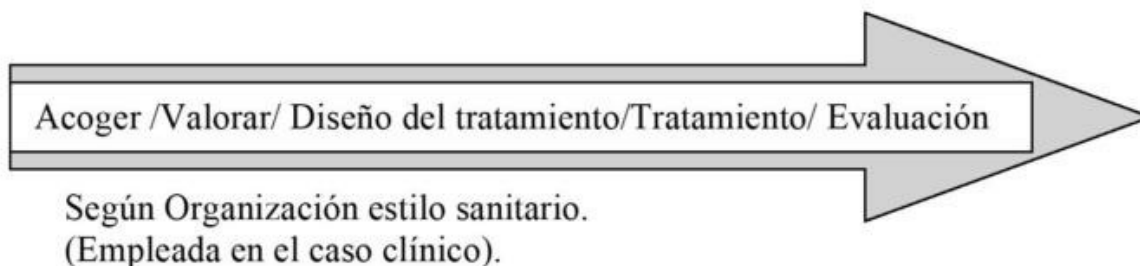
Aparentemente podríamos decir que hay un equilibrio entre áreas, pero se observan ciertas carencias respecto a actividades significativas y motivantes.

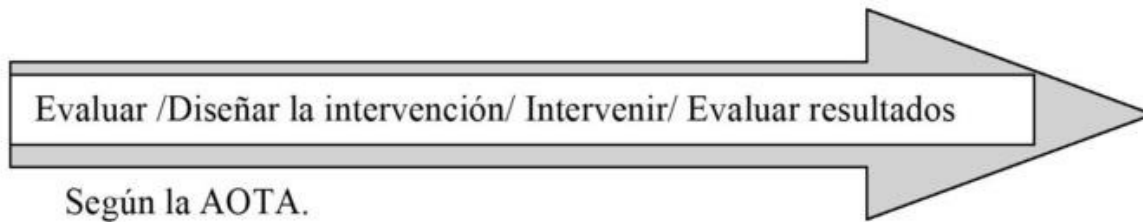
- ✓ MOCA. Puntuación dentro de la normalidad, 28/30.
- ✓ DAFO. Los apartados de fortalezas y debilidades han sido rellenados por la usuaria y los apartados de oportunidades y amenazas por el área de terapia ocupacional.

#### Cuadro 9.1. Desarrollo DAFO (caso clínico I)

| <i>DAFO</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Fortalezas</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <i>Debilidades</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soy empática.</li> <li>- Soy extravertida.</li> <li>- Me gustan los animales.</li> <li>- Se me dan bien los niños.</li> <li>- Se me da bien la escritura.</li> </ul>                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tengo dificultad en dar un “no” por respuesta.</li> <li>- Miro antes por los demás que por mí.</li> <li>- Me pongo nerviosa y me incomodan los silencios.</li> <li>- Tengo dificultades con los límites; veo todo o nada.</li> <li>- Asocio “verme bien” al riesgo de recaer.</li> </ul>                                                                                                      |
| <i>Oportunidades</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>Amenazas</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo/ayuda externa de su familia, para realizar su proceso (tratamiento y recuperación/salud) (madre).</li> <li>- Protección externa y punto de apoyo en su amigo.</li> <li>- Oportunidad de recuperar el trabajo. Posibilidad de realizar otras cosas (estudiar, voluntariado...) si no recupera su trabajo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incertidumbre laboral.</li> <li>- Inseguridad familiar (discusiones que le ocasionan inestabilidad).</li> <li>- Incertidumbre social (no tiene grupo social establecido, actualmente está aislada).</li> <li>- Inseguridad que le genera la posibilidad de la maternidad (consciente de la responsabilidad).</li> <li>- Incertidumbre de tener una actividad gratificante de ocio.</li> </ul> |

#### D) Diseño de la intervención





#### DI) Intervención ambulatoria

- Intervención individualizada. La usuaria ha de acudir a intervención individual con cada uno de los profesionales del equipo interdisciplinar (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo y terapeuta ocupacional). Entre ellos existe coordinación e intercambio de información pertinente acerca de la evolución de la usuaria en el proceso de intervención (cada profesional tiene sus objetivos específicos y todos confluyen en objetivos comunes). Cada una de las intervenciones que realicen los profesionales ha de quedar registrada en la historia clínica.

La usuaria realiza de forma regular y voluntariamente controles toxicológicos para verificar abstinencia.

- Intervención familiar. Se llega a acuerdos y se asesora del proceso de intervención a su madre.
- Intervención grupal. Después de realizar la acogida, la valoración y la evaluación, se realiza un acuerdo terapéutico para el compromiso de su participación en grupos, que el equipo interdisciplinar estima ajustado a sus necesidades: grupo de terapia ocupacional (los lunes y viernes de 9:30 a 12:30 h), grupo de educación para la salud (los martes de 12 a 13:30 h) y en el grupo de mujeres (jueves de 11:30 a 13:00 h). Más adelante se incorporó al grupo de ludoterapia (jueves de 8:30 a 10:00 h).

#### E) Coordinación. Coordinación transdisciplinar y con recursos externos.

## F) Plan de intervención del área de terapia ocupacional

### •Objetivos generales

- Conseguir la autonomía personal a través de abstinencia, hábitos saludables y estabilidad emocional, familiar y social.
- Instaurar actividades productivas y de ocio saludables y satisfactorias.

### •Objetivos específicos

#### 1. Objetivos a corto plazo

##### a) Área de salud:

- Identificar dificultades en el desempeño de las AVD.
- Entrenamiento en patrones de ejecución.
- Mantener autocuidados en salud para la estabilidad que le permita recuperar el trabajo.

##### b) Área de psicopatología:

- Mejorar el control del estrés y de la ansiedad.
- Mejorar las destrezas de ejecución: regulación emocional.
- Aumentar el autocontrol (manejo y control).

##### c) Área de consumo

- Lograr implicación y adherencia al tratamiento. Mantener la abstinencia a drogas.
- Conocer los factores de protección y de riesgo ante la recaída.

## 2. Objetivos a medio-largo plazo

- a) Área de psicopatología: aceptar la enfermedad y hacer control sobre ella.
- b) Área familiar: identificación de roles familiares y adecuación de los mismos, reparto de responsabilidades desde la autonomía a la independencia personal.
- c) Área sociorrelacional:
  - Mejorar vínculos sociofamiliares, evitar relaciones de dependencia y generar nuevas fuera del ámbito del consumo. Identificación social.
  - Mejorar su autonomía en las relaciones sociales y de convivencia. Generar expectativas reales sobre posibles proyectos sociorrelacionales de futuro.
- d) Área formativo-laboral:
  - Ajustar las expectativas formativo-laborales.
  - Entrenamiento, adecuación y habilitación para mejorar y recuperar las fortalezas sociocupacionales básicas para la competencia laboral/formativa efectiva.
- e) Área de ocio: lograr el mayor grado posible de motivación y el desarrollo de intereses para un ocio saludable, tanto solitario como compartido.

## F3) Seguimiento

El seguimiento se realiza a través de la intervención individual y grupal. En la individual se va revisando el plan de intervención, y los compromisos y acuerdos terapéuticos acordados. Se manifiestan las dificultades y logros del proceso y se adecuan estrategias y mejoras en compromisos de cambio.

#### F4) Acuerdos terapéuticos

La usuaria se compromete a acudir a todas las citas con los profesionales y a los grupos terapéuticos, manteniendo abstinencia:

- ✓ Grupos de terapia ocupacional (orientados a A VD y al ocio): para aprender a planificar los fines de semana de manera objetiva y realista, para prevenir situaciones de riesgo. Aprender a dividir una actividad en pasos y finalizar los mismos (monitoreo), ejercitar y mejorar actividades cognitivas complejas. Mejorar competencias sociales (socialización), autoeficacia, confianza y aprobación adaptada.
- ✓ Grupo de ludoterapia: fue incluida después de participar en otras actividades grupales, a través de las interacciones poder trabajar introspección, reflexión y manejo sobre emociones y sentimientos, identificación, recursos para asertividad, autonomía, confianza y seguridad.
- ✓ Grupos transversales:
  - Grupo de mujeres: para aprender a aceptarse, a conocer las peculiaridades del género y a cuidarse a sí misma.
  - Grupo de educación para la salud: para conseguir tener conciencia de enfermedad, aprender a discriminar patologías asociadas al consumo y para los autocuidados.

La frecuencia de asistencia a estos grupos es semanal.

La intervención individualizada con el equipo interdisciplinar es semanal y se prioriza, en este caso, las áreas psicológica y la de terapia ocupacional. El área médica prescribe y apoya con pauta farmacológica.

#### G) Evaluación/evolución

Desde terapia ocupacional, la evaluación de la usuaria hasta el momento es favorable.

Desde el inicio ha mostrado interés y se ha implicado en el tratamiento. Ha seguido todas las pautas de los profesionales y ha recurrido a ellos en momentos de incertidumbre y dudas.

La usuaria mantiene abstinencia (constatada con determinación toxicológica, voluntariamente) a alcohol y cocaína desde hace cuatro meses, lo que la ayuda a cumplir con su compromiso y acuerdo terapéutico. Ha acudido a todas las citas y grupos, participa activamente en su proceso de mejora, realiza reflexión y análisis, ha adquirido en este tiempo un patrón ocupacional funcional, lleva una vida más saludable, identifica y evita situaciones de riesgo (estrategias de prevención de recaídas/factores de protección), se ha distanciado de su entorno y contexto de riesgo, ha mejorado la relación con su madre y va consiguiendo un itinerario ocupacional funcional, a través de ocupaciones significativas que le proporcionan una nueva identidad ocupacional. Todo ello constituye el inicio de un cambio de estilo de vida.

En poco tiempo ha comenzado a tomar conciencia de sus vivencias del pasado en el núcleo familiar, elaborando y aceptando la relación con su madre.

También es capaz de hacer autocrítica de los comportamientos ocupacionales del pasado, siendo más reflexiva (ha disminuido su impulsividad) y va modificándolos poco a poco.

A través de las dinámicas grupales se reconoce y se va aceptando, afianzando sus competencias de comunicación y gestiona mejor su dependencia afectiva. La tendencia a satisfacer a los demás ha disminuido y está aumentando poco a poco su autoestima.

La respuesta de la paciente a la dinámica grupal es muy favorable, por las sinergias que se desarrollan en este espacio. El trabajo en grupo le facilita y

proporciona mayor nivel de motivación, le genera satisfacción y le facilita el cambio (refuerzo).

## 9.2. Caso clínico II

(En colaboración con Jenifer García Ruiz. Terapeuta ocupacional)

### 9.2.1. Presentación del caso

Luis, 32 años. Natural de Madrid (España).

Profesión: sector de la hostelería.

Antecedentes y evolución de intervención en el centro de atención al drogodependiente: acude al centro por primera vez a los 23 años, acompañado por su madre para tratar su adicción a la cocaína y al cannabis. Después de realizar su PPI (programa personalizado de intervención) se le incluye en el programa libre de drogas de tipo ambulatorio, asistiendo a citas individuales y familiares y al grupo de terapia ocupacional con frecuencia diaria. Consolida durante la intervención terapéutica, dos años, la abstinencia y deja de acudir a tratamiento.

Reingresa de nuevo en el centro a los 26 años (al año de interrumpir el anterior proceso de intervención). Tras la revaloración, teniendo en cuenta su bajo nivel de contención interna y la falta de contexto de apoyo favorecedor, se incorporan otras alternativas de intervención, ya que no consigue abstinencia mantenida. Se le hace una propuesta de ingreso en una comunidad terapéutica (CT), acepta y cumple los seis meses establecidos. Dentro de esta realiza talleres de expresión corporal, escritura creativa, entrenamiento de HHSS, actividades para mejorar el pensamiento, etc. Después de este proceso en régimen cerrado ingresa en piso de apoyo a la reinserción, permaneciendo los nueve meses indicados.

Durante sus estancias en los recursos señalados, el centro de adicciones mantiene coordinación con estos centros para conocer la evolución del

paciente y llegar a acuerdos.

Al mes del alta del último recurso recae en el consumo de cocaína (droga principal) e interrumpe de nuevo el seguimiento en el centro.

A los 32 años, realiza una nueva demanda en el centro de adicciones para retomar intervención (último reingreso). Refiere llevar dos semanas de abstinente a cocaína.

#### A) Historia de consumo

Se inicia en el consumo de cannabis a los 15 años, en contexto de grupo de iguales. Comparten porros los fines de semana. A los 16 años la frecuencia de consumo es diaria, fumando una cantidad de entre 7 y 10 porros al día. El tiempo máximo de abstinencia a cannabis es de 15 meses, coincidiendo con el tratamiento anterior en el que ingresó en CT y piso de apoyo a la reinserción. En el momento de su última demanda de tratamiento, fuma 5 porros al día, y su propósito es reducir este consumo, de momento, en estos meses de intervención ha reducido casi a la mitad.

El consumo de cocaína comienza cuando tiene 16 años, acompañado de sus amigos en contexto social de diversión, la vía de consumo es intranasal/esnifada. A los 18 años el consumo es habitual, teniendo épocas en las que ha llegado a consumir con una frecuencia diaria y una cantidad de 1-1,5 gramos al día. Al igual que con el cannabis, el tiempo máximo de abstinencia ha sido de 15 meses durante su estancia en los recursos de apoyo. Ahora está abstinente a cocaína desde hace siete meses.

Con respecto al alcohol, inicia su consumo a los 15 años, cuando sale de fiesta con amigos. A los 16 años lo consume todos los fines de semana. En el momento de la última demanda de intervención, está abstinente a alcohol y se mantiene.

#### Al) Diagnóstico de consumo

Se establece el diagnóstico en toxicomanías en función de los criterios del DSM-IV TR:

- Dependencia a cocaína (304.20)
- Dependencia a cannabis (304.30)
- Abuso de alcohol (305.00)

## B) Antecedentes psiquiátricos

Diagnosticado de trastorno de la personalidad a los 26 años.

Intentos autolíticos con 17 y 18 años.

## C) Perfil ocupacional e historia ocupacional

Luis, de 32 años, reside con su madre de 56 años, su hermano mayor de 35 y su hermano pequeño de 29, en una vivienda de alquiler de renta antigua en Madrid (España). Su padre de 55 años vive con su pareja y el hijo de ambos, de 17 años.

Su infancia se desarrolla en un entorno familiar en conflicto, sus hermanos, su madre y él sufren malos tratos por parte del padre.

Sus padres se separaron cuando él tenía 9 años. Refiere abusos sexuales por parte de un hombre de 40 años cuando él tenía 16, manifestando que ha sido un hecho traumático en su vida.

Estudió hasta los 16 años sin conseguir terminar la educación secundaria obligatoria, "no me gustaba estudiar". Se incorporó al mundo laboral a los 17 años, desempeñando puestos de reponedor, comercial, dependiente y camarero. Además ha realizado cursos de inglés y de topografía.

A los 29 años retorna sus estudios de la ESO obteniendo el título con buenas calificaciones.

A los 26 años inicia una relación sentimental con una mujer no consumidora que conoce desde hace tiempo y la ha finalizado recientemente, lo cual achaca a su bajo estado anímico.

Entre sus aficiones destacan la lectura y todo lo relacionado con la rama artística: escaparatismo, decoración de interiores y diseño industrial.

Actualmente ha incorporado en su repertorio de intereses salir a montar en bicicleta, con amigos y en solitario.

Desde hace dos años el paciente mantiene su principal actividad productiva en una cafetería, cuyas tareas son de atención al público, reponer productos, preparación de cafés, limpieza, etc.

#### D) Valoración de terapia ocupacional

Para valorar al paciente hemos utilizado una herramienta de valoración del modelo de ocupación humana (MOHO). Dicha herramienta lleva por nombre Entrevista histórica del desempeño ocupacional ^I-II. Es una evaluación organizada en tres partes, que incluye:

a) Una entrevista semiestructurada que explora la historia ocupacional del paciente y está organizada en las siguientes áreas temáticas:

- Elecciones de actividad/ocupación.

- Eventos críticos en la vida.

- Rutina diaria.

- Roles ocupacionales.

- Ambientes de comportamiento ocupacional.

b) Escalas de calificación que proporcionan una medida de la identidad y competencias ocupacionales del paciente y el impacto del ambiente

(entorno) en el comportamiento ocupacional y está formado por tres escalas de calificación, éstas son:

- Escala de identidad ocupacional. Mide el grado en el cual una persona ha internalizado valores, intereses, confianza y tener una imagen del tipo de vida que desea.
  - Escala de competencia ocupacional. Mide el grado en el que una persona es capaz de mantener un patrón de comportamiento ocupacional que sea productivo y satisfactorio.
  - Escala de ambientes de comportamiento ocupacional. Mide el impacto del medio ambiente sobre la vida ocupacional del paciente.
- c) La narración biográfica generalmente reflejará todas las áreas de la entrevista. Una narración (un relato) de la historia de la vida diseñada para capturar las características cualitativas destacadas de los antecedentes profesionales.

En conjunto, la OPHI-II está diseñada para ser una evaluación de máxima flexibilidad para que el terapeuta se pueda adaptar a las circunstancias específicas tanto del paciente como del contexto de la terapia. Está basada en conceptos del modelo de ocupación humana, enfocado en la volición, desempeño y organización de la participación ocupacional en la vida diaria.

Tras administrarle a Luis esta herramienta de evaluación se obtienen los siguientes resultados en las escalas de identidad, competencia y contexto ocupacional:

1. Escala de identidad ocupacional:
  - Tiene metas y proyectos personales: 3
  - Identifica un estilo de vida ocupacional deseado: 3
  - Espera el éxito: 2

- Acepta responsabilidades: 3
- Valora capacidades y limitaciones: 3
- Tiene compromisos y valores: 3
- Reconoce identidades y obligaciones: 3
- Tiene intereses: 3
- Se sintió efectivo en el pasado: 2
- Encontró sentido y satisfacción en su estilo de vida (en el pasado): 2
- Hizo elecciones ocupacionales (en el pasado): 2

## 2. Escala de competencia ocupacional:

- Mantiene un estilo de vida satisfactorio: 3
- Cumple con las expectativas de los roles: 3
- Trabaja hacia metas personales: 2
- Cubre los estándares de desenvolvimiento personal: 4
- Organiza el tiempo para sus responsabilidades: 3
- Participa en intereses: 3
- Cumplió con las expectativas de los roles (pasado): 2
- Mantuvo hábitos (pasado): 2
- Logró satisfacción (pasado): 2

## 3. Escala de contexto (ambiente) ocupacional:

- Formas ocupacionales de vida en el hogar (tareas): 3
- Formas ocupacionales del principal rol productivo (tareas): 3
- Formas ocupacionales de diversión (tareas): 3
- Grupo social de vida hogareña: 3
- Grupo social del principal rol productivo: 3
- Grupo social de diversión: 3
- Vida del hogar espacio físico, objetos, recursos: 3
- Principal rol productivo, espacio físico, objetos y recursos: 3
- Diversión, espacio físico, objetos y recursos: 4

4.Después de recoger estos datos, los analizamos en función del puntaje:

- 4: Función ocupacional excepcionalmente competente.
- 3: Función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria.
- 2: Algo de disfunción ocupacional.
- 1: Extrema disfunción ocupacional.

Para concluir, podemos decir que Luis obtiene en la mayoría de los ítems una puntuación de 3, lo que indica que su función ocupacional es buena, apropiada y satisfactoria.

En aquellos ítems en los que obtiene menor puntuación, será en los que trabajaremos para suplir esos déficits: espera éxito y trabaja hacia metas. Los otros ítems en los que tiene puntuación 2 corresponden al pasado, con lo cual lo debemos tener en cuenta.

Se ha empleado también la herramienta de valoración ACIS, que recoge aspectos relacionados con el dominio físico (corporalidad), intercambio de información, y relaciones observadas durante la realización de una actividad. En este caso la actividad en la que se han observado estas competencias ha sido en el grupo de terapia ocupacional en actividades psicofísicas.

De los resultados puede extraerse lo siguiente:

- Respecto al dominio físico el paciente obtiene una puntuación de 4 en todos sus ítems, lo que significa que es competente.
- En los ítems correspondientes al intercambio de información obtiene un 4 en todos ellos, excepto en el ítem "es asertivo", en el cual obtiene una puntuación de 3: cuestionable. Además de basamos en la observación, para este ítem tenemos la información que el propio paciente nos dio en la entrevista OPHI-II, en la cual nos dice que a veces no sabe resolver problemas y que se altera con facilidad.

En las relaciones obtiene una puntuación de 4 en todos sus ítems: competente.

Puntaje ACIS:

- Competente (4)
- Cuestionable (3)
- Inefectivo (2)
- Déficit (1)

#### E) Identificación de disfunción ocupacional

Después de evaluar al paciente mediante herramientas estandarizadas y tras recoger información a través de su historia clínica, podemos observar que presenta un adecuado desempeño ocupacional en las siguientes áreas de

desempeño ocupacional:

- AVD: mantiene hábitos y rutinas estructuradas, es independiente en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- AIVD: el paciente es autónomo en las actividades instrumentales de la vida diaria. En ocasiones asume el rol de cuidador de su padre, prepara la comida y la cena, gestiona adecuadamente cuestiones financieras, etc.
- Productivas: mantiene su principal actividad laboral desde hace dos años.

Se encuentran dificultades en las siguientes áreas de desempeño ocupacional:

- Ocio: Luis identifica actividades de ocio, pero no participó en ellas, a pesar de tener tiempo. Actualmente está iniciando hábitos deportivos (montar en bicicleta). Además ha retomado la lectura.

Su principal entorno sociorrelacional giraba en torno al consumo de drogas, actualmente mantiene distancia con ellos. Ahora realiza actividades socioculturales en solitario (visitas a museos, exposiciones) y practica los fines de semana escalada en la sierra de Madrid con su hermano mayor.

En cuanto a las habilidades del desempeño ocupacional (habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción) no aparece disfunción ocupacional.

No tiene un reparto equitativo entre las diferentes áreas de desempeño ocupacional, ya que el área de ocio y tiempo libre está aún por desarrollar de forma más amplia. Actualmente está introduciendo hábitos (deportivos y culturales) para posteriormente incorporarlos en su repertorio de rutinas. El estilo de vida de Luis está estructurado, ya que presenta un competente patrón ocupacional, además se aprecia sentimiento de competencia ocupacional en el área productiva.

En cuanto al desempeño de roles no se aprecian dificultades, ya que está satisfecho con su rol de hijo, hermano, trabajador y amigo.

#### F) Justificación del caso clínico

Para justificar este caso clínico nos hemos basado en el modelo de ocupación humana (MOHO).

Según este modelo, la participación ocupacional aparece a partir de una interrelación de cuatro componentes: volición, habituación, capacidad de desempeño y ambiente. Además, la participación ocupacional es un aspecto central para la salud, el bienestar, el desarrollo y el cambio.

En este caso clínico en concreto creemos interesante aplicar el modelo de ocupación humana para nuestra intervención desde terapia ocupacional, ya que considera al ser humano como un todo basándose en un enfoque holístico.

Es de especial importancia tener en cuenta la volición, esto es, los gustos e intereses del paciente como principal elemento motivador para el cambio. A este paciente se le propuso acudir al grupo de terapia ocupacional analizando previamente sus hobbies, entre los cuales se encontraba realizar deporte. Es por tanto un elemento positivo dentro del tratamiento para la deshabituación de sustancias, ya que además uno de los requisitos de este grupo de mejora psicofísica es la abstinencia.

El MOHO da especial importancia al contexto en el que se desarrollan las personas. El ámbito de la drogodependencia, el contexto, juega un papel primordial, pues la mayoría de las personas drogodependientes se relaciona en entornos de consumo de drogas, lo que propicia situaciones de riesgo para mantener la abstinencia. En el caso de Luis se ha intervenido también en esta cuestión, ya que la mayoría de sus amigos son consumidores. En la actualidad ha conseguido crear un grupo de amigos con hábitos saludables alejados del consumo y cuando queda con sus amigos consumidores identifica las situaciones de riesgo y las resuelve adecuadamente.

## G) Programa de intervención de terapia ocupacional

### Gl) Objetivos consensuados a través de acuerdo terapéutico

#### 1. Operativos (a corto plazo)

- Mantener abstinencia a cocaína.
- Conservar actividad laboral.
- Reforzar sentimiento de autoeficacia en el área productiva.
- Acudir regularmente al grupo de terapia ocupacional.
- Reducir consumo de cannabis.
- Mantener adherencia al tratamiento.
- Evitar y reducir recaídas.
- Acercar a recursos de ocio saludable.

#### 2. Específicos (a medio plazo)

- Lograr una gestión del ocio saludable.
- Continuar adherencia al tratamiento.
- Conseguir abstinencia a cannabis.
- Mantener hábitos adaptados y competentes.
- Evitar y reducir recaídas.
- Potenciar contacto con red sociorrelacional de apoyo normalizador.
- Ajustar el área de ocio y tiempo libre.

### 3. Generales a largo plazo

- Consolidar abstinencia a cocaína y mantener abstinencia a cannabis.
- Equilibrar las áreas de desempeño ocupacional.
- Lograr la integración sociorrelacional.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Alcanzar la autonomía personal.

### G2) Plan de intervención

Dentro del dispositivo de atención se realiza un programa personalizado de intervención (PPI) que es resultado de una valoración transdisciplinar y multidimensional del paciente. Para el diseño de este programa se evalúan aspectos relacionados con los siguientes ejes/vectores:

- Salud y autocuidados.
- Psicopatología.
- Familia.
- - Consumo.
- Sociorrelacional.
- Formativo-laboral.
- Ocio.

La intervención y tratamiento que se lleva a cabo actualmente con Luis es ambulatorio con citas individuales y grupales, compuesto por las siguientes actuaciones:

- Tratamiento farmacológico.
- Controles toxicológicos.
- Seguimiento individual desde el área médica, psicológica, social y ocupacional.
- Intervención grupal con el paciente desde terapia ocupacional.

En las citas individuales de terapia ocupacional se sigue el modelo de la entrevista motivacional. En este tipo de entrevista las decisiones salen del paciente y el profesional las estimula. En la cita individual que se llevó a cabo con el paciente en la que se le administró la OPHI-II, se desarrollaron las estrategias características de la entrevista motivacional. Por ejemplo, él no quiso referir al inicio de la cita su situación sentimental (ruptura de pareja), pero más tarde sin que se le forzase se sintió más cómodo y lo expresó, respetando así su resistencia hacia dicho tema. También se le reforzaron los logros conseguidos para fomentar su sentimiento de autoeficacia.

Por último, se ha de añadir que durante todo el desarrollo de las entrevistas la escucha ha sido activa y empática.

Desde terapia ocupacional se lleva a cabo un grupo de actividad de mejora psicofísica, todos los jueves a las 11:00 con duración estimada de una hora y media. Además de movilizar articulaciones y realizar deporte, se trabajan las ABVD e AIVD (para llegar al polideportivo acuden de forma autónoma, utilizando transporte público). Una vez realizada dicha actividad, se realiza un uso normalizado del recurso, tienen acceso a las duchas, trabajando así el área de autocuidado.

A través del ejercicio físico y de las variadas actividades que podemos realizar en relación con el mismo, se pueden trabajar aspectos importantes para la rehabilitación en adicciones, ya estén directamente relacionadas con mejoras físicas sobre el organismo de los pacientes, como son la mejora de la potencia muscular o de los ángulos/recorridos articulares, o bien en relación

con aspectos más psicológicos y sociales, como la canalización adecuada de las tensiones, la cooperación, el espíritu de equipo, etc.

Los objetivos generales que se pretenden dentro del grupo de terapia ocupacional son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida en sus vertientes física, psicológica y social mediante hábitos en rutinas saludables.
- Favorecer la autonomía personal.
- Mejorar conciencia y conocimiento del esquema corporal.
- Participación social e integración en la comunidad.
- Prevenir y canalizar estrés y ansiedad.
- Fomentar el espíritu de equipo, colaboración y respeto a compañeros, adquisición de normas en ambiente lúdico-deportivo.
- Incrementar la tolerancia a la frustración y la competitividad.
- Preparar al individuo para la autonomía en la planificación de su tiempo libre.

En este grupo de mejora psicofísica se trabajan las siguientes destrezas de ejecución (AOTA 2009):

- Destrezas motoras y de praxis: equilibrio, coordinación óculomanual, resistencia, coordinación óculo-podal, tono muscular, control postural, etc.
- Destrezas sensorioperceptivas: auditivas, visuales, táctiles, integración visomotora, concepto e imagen corporal, información propioceptiva y vestibular, etc.
- Destrezas cognitivas: memoria para seguir ciertas instrucciones, atención,

resolución de problemas, planificación motora (secuenciación y ejecución), esquema corporal, etc.

- Destrezas sociales y de comunicación/interacción: competencias sociales, respetar espacio físico, respeto hacia los iguales, espíritu de equipo, etc.
- Destrezas emocionales: autoestima, autoeficacia, motivación intrínseca, tolerancia a la frustración, autocontrol, etc.
- Dentro de este tipo de actividades se pueden incluir: psicomotricidad, todo tipo de deportes (fútbol, bádminton, voleibol, tenis, ping-pong...), juegos con indiacas, balón prisionero, etc.

Además, se trabajan las estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo tales como órganos, miembros y sus componentes.

Los objetivos específicos de Luis en este grupo son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida en sus vertientes física, psicológica y social mediante hábitos saludables.
- Participación social y la integración en la comunidad: anteriormente se comentó que es una de las áreas en las cuales tiene dificultades.
- Prevenir y canalizar las tensiones, el estrés y la ansiedad: él mismo se define como "muy impulsivo".

Incrementar la tolerancia a la frustración y el manejo adecuado de la competitividad: de esta manera trabajamos el autocontrol y la resolución de problemas.

- Generar satisfacción e interés por actividades de ocio.

### G3) Recursos

- Humanos: equipo interdisciplinar formado por: médico, enfermera,

psicóloga, trabajadora social y terapeuta ocupacional.

- Materiales de apoyo a la intervención: listado de intereses y herramientas de evaluación utilizadas como el OPHI-II y el ACIS.
- Físicos: espacios físicos para intervención individual y grupal. Recursos de apoyo externos (polideportivo).

#### G4) Evolución

En la actualidad, continúa en tratamiento ambulatorio acudiendo a todas las citas en las diferentes áreas de intervención y con una abstinencia de siete meses a cocaína. Refiere reducción de consumo de cannabis a una cantidad de dos porros al día. Mantiene abstinencia al alcohol.

Se valoró al inicio del proceso de tratamiento con la herramienta OPHI-II y ACIS respectivamente. Esta valoración en el tiempo, al repetirse, nos permite ver resultados y cambios.

Según la observación realizada en el grupo de mejora psicofísica en las últimas cinco sesiones, se confirma su evolución, ya que ha adquirido el rol de "maestro de taller". Por ejemplo, un día que se realizó voleibol él lideraba este deporte y se ofreció a ayudar a otros compañeros que tenían dificultades. Cada vez está más integrado en el grupo, se ha conseguido que se generalice este comportamiento, ya que refiere salir con sus amigos a realizar rutas en bicicleta: objetivo final de este grupo de terapia ocupacional para este paciente en concreto.

Se puede apreciar que la evolución es favorable, está implicado en el tratamiento, acudiendo con regularidad a las citas, haciendo cambios.

Cabe destacar que durante su tratamiento en el centro ha adquirido competencias y destrezas que le han proporcionado la posibilidad de mantener la abstinencia. Si continúa en esta línea puede alcanzar la estabilización de la abstinencia total a drogas (incluido el cannabis), ya que ha incrementado los factores de protección frente a los de riesgo:

- Grupo de iguales no consumidores.
- Alternativas de ocio saludables.
- Buena relación familiar.
- Trabajo estable.
- Mayor confianza en sí mismo.
- Sentimiento de autoeficacia.
- Patrón ocupacional competente.

#### H) Evaluación del proceso

A pesar de la carencia de un proceso de reevaluación, nos apoyamos en la observación clínica realizada semanalmente en el grupo de terapia ocupacional y en las citas individuales para apreciar los logros conseguidos.

Todos los objetivos a corto plazo se han cumplido.

- Mantener abstinencia a cocaína.
- Conservar actividad laboral.
- Reforzar sentimiento de autoeficacia en el área productiva.
- Acudir regularmente al grupo de terapia ocupacional.
- Reducir consumo de cannabis.
- Mantener adherencia al tratamiento.
- Evitar y reducir recaídas.
- Uso de recursos de ocio saludables.

La abstinencia a cocaína se confirma con los controles toxicológicos siendo los resultados negativos. Ha realizado una reducción del consumo de porros a dos por día. Ha conseguido controlar su consumo de alcohol, limitado únicamente a su uso puntual dentro del contexto sociorrelacional.

Luis ha iniciado nuevos hábitos de ocio saludables alejados del consumo (rutas en bici), que él mismo se ha gestionado (folletos informativos sobre rutas en bicicleta por el campo).

Ha introducido algunos cambios con respecto a la realización AIVD, como es el manejo del dinero, ya que tenía deudas pendientes que se está encargando de subsanar.

Si el paciente continúa en esta línea de tratamiento (acudiendo con regularidad a las citas) y sigue manteniendo e incorporando cambios en su vida, puede conseguir la abstinencia a todas las sustancias (cocaína y cannabis).

#### 9.2.2. Informe de terapia ocupacional

(Anexo 1)

Luis

##### A) Diagnóstico de toxicomanía

Dependencia a cocaína y a hachís, abuso de alcohol.

##### B) Valoración desde terapia ocupacional

Se ha evaluado a Luis con las correspondientes pruebas estandarizadas (OPHI-II y ACIS), obteniendo los siguientes resultados:

- OPHI-II:

En la mayoría de los ítems obtiene puntuación 3: función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria.

Obtiene puntuación 2: algo de disfunción ocupacional en espera de éxito y trabaja hacia metas, lo que nos indica que es en esto donde más debemos intervenir y reforzar en él.

Además obtiene puntuación 2 en ítems correspondientes al pasado, lo que indica que no estaba satisfecho con su tipo de vida.

•ACIS:

Obtiene la siguiente puntuación en cada una de las partes:

-Dominio físico: puntuación 4 (competente).

-Intercambio de información: en todos los ítems puntuación 4 excepto en el ítem "es asertivo", donde tiene puntuación 3 (cuestionable).

-Relaciones: puntuación 4 (competente).

### C) Diagnóstico ocupacional

Luis presenta desequilibrio funcional en el área de ocio y tiempo libre, ya que identifica intereses, pero no los ha llevaba a cabo. Ahora ha comenzado a incorporar nuevos hábitos saludables en el área de ocio, por ejemplo montar en bicicleta y leer.

El área de participación social estaba por desarrollar debido a la falta de red sociorrelacional fuera del consumo de drogas. Ha iniciado relaciones en nuevos contextos alejados del consumo estableciendo nuevos vínculos.

### D) Objetivos:

#### 1. A corto plazo:

- Mantener abstinencia a cocaína.

- Conservar actividad laboral.

Acudir regularmente al grupo de terapia ocupacional.

## 2. A medio plazo:

- Lograr una gestión de ocio saludable.

- Continuar adherencia al tratamiento.

- Conseguir abstinencia a cannabis.

- Crear o recuperar hábitos adaptativos y competentes.

- Evitar y reducir recaídas.

## 3. A largo plazo:

- Equilibrar las áreas de desempeño ocupacional.

- Lograr la integración sociorrelacional.

- Mejorar la calidad de vida del paciente.

- Alcanzar la autonomía personal.

- Consolidar la abstinencia a drogas.

## E) Tratamiento de terapia ocupacional

Citas individuales utilizando la entrevista motivacional y terapias grupales de mejora psicofísica.

## F) Evolución desde terapia ocupacional

Buena evolución, el paciente mantiene abstinencia a droga principal de uso (cocaína) y alcohol, reduce el consumo de cannabis. Es colaborador y está implicado en su proceso de recuperación, acudiendo a todas las citas y cumpliendo los compromisos y acuerdos terapéuticos.

#### G) Recomendaciones

Luis debe continuar la intervención desde terapia ocupacional para afianzar y consolidar las competencias ocupacionales adquiridas y así poder después comenzar a afrontar los objetivos a largo plazo, que son: mejorar su bienestar, la calidad de vida, instaurar un nuevo estilo de vida saludable y satisfactorio (autonomía e independencia).

#### 9.3. Desempeño ocupacional. Importancia de las AVD en el tratamiento de personas adictas

(Anexo 2)

A continuación, para ver el gran valor de una buena evaluación, ilustramos con el ejemplo de un estudio la repercusión de las AVD en el repertorio ocupacional de un drogodependiente. Desarrollado por Carmen Colomer Rodríguez, terapeuta ocupacional. IAMS.

- 1.El estilo de vida propio de las conductas adictivas va a influir en los hábitos y rutinas cotidianas y los déficits cognitivos originados por el consumo repetido de sustancias se manifiestan frecuentemente en dificultades en las diversas áreas de su desempeño ocupacional (actividades de la vida diaria, educación, trabajo, ocio, participación social), un deterioro en las habilidades y una importante alteración en los patrones de comportamiento.
- 2.La correcta evaluación de los déficits, limitaciones o necesidades, al igual que potencialidades, o capacidades conservadas, así como su impacto en la ocupación del individuo, desde el momento inicial de la primera entrevista, permitirá detectar precozmente carencias y

necesidades que se tengan que abordar en el proceso terapéutico.

Tras la revisión de las más habituales escalas de valoración de AVD (Katz, Barthel, MEDLS...), observamos que están mayoritariamente desarrolladas en los campos de la discapacidad física, geriatría o enfermedad mental, sin encontrarse ninguna específica o adaptada para aplicar en el terreno de las adicciones.

A la vista de esto, terapeutas ocupacionales del CAD (Centro de atención a las drogodependencias) Latina, del Instituto de Adicciones, del O. A.Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, desarrollaron y han puesto en práctica una herramienta de medida específica para evaluar las AVD en personas con problemas de adicción, denominada EAVDA CAD-1 (Escala de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria en Adicciones CAD-1).

Dicha escala tiene los siguientes apartados:

- ABVD - higiene, vestido, alimentación, descanso y salud.
- AIVD - cuidado del espacio personal, cuidado de la casa, cuidado de otros, cocina, ropa, comunicación, transporte y manejo de dinero.
- AAVD - manejo de tiempo, gestiones en la comunidad, mantenimiento del hogar.

Tanto la evaluación de los intereses en ocupaciones de ocio y tiempo libre, como las actitudes y aptitudes vocacionales y laborales, que podrían incorporarse a las AAVD, se han dejado aparte por tener ya sus evaluaciones específicas en los programas del instituto de adicciones.

Esta escala está publicada en el "Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del Instituto de Adicciones", que puede descargarse en pdf en Internet ([www.madrid.es](http://www.madrid.es)).

Se aplicó experimentalmente para revisar e interpretar resultados iniciales y verificar si la hipótesis sobre los déficits en cuanto a

atención de las AVD percibidos se reflejaba en resultados objetivos.

Se aplicó mediante entrevista individual, semidirigida, en una muestra de 50 pacientes en atención ambulatoria, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 17 y 57 años, seleccionados aleatoriamente entre los casos atendidos en terapia ocupacional en el año 2010-2011.

3. Características de la muestra: el 87% varones, 13% mujeres. En programas de: 52,2% alcohol; 17,4% cocaína; 15,2% sustitutivos opiáceos; 8,7% cánnabis; 4,3% politoxicomanía; 2,2% opiáceos. Un 6% menores de 21 años, 19,5% mayores de 50. El 50% viven con familia de origen, 19% solos, 17% familia propia, 8% recursos de reinserción, 6% albergues.

El estudio se considera cuantitativo, pues mide el desempeño de las AVD, analiza la realidad, detecta las limitaciones que puede tener un usuario, y cualitativo, en cuanto que nos facilita una visión más amplia del día a día del individuo.

#### 4. Resultados:

##### ✓ ABVD:

- En un 22% de la muestra se detectan déficits.
- Alimentación y descanso (35%). Dieta desequilibrada (30%). No respetar horarios de comidas (33%). Número inadecuado de comidas (30%). Horas insuficientes o excesivas de descanso (26%). Mala regulación de horarios de descanso (22%).
- Higiene (20%): Deficiencias en cuidado bucal (20%).
- Vestido y salud (17%).

##### ✓ AIVD:

- Hay carencias en un 37%.

- El 24% no cuida su espacio personal y menos aún el resto de la vivienda: no hacen la cama (26%). Poca o nula limpieza (28%). Poco cuidado del resto de la casa (39%).
- No cuidan familiares-amigos (46%).
- El 41% no tienen destrezas para cocinar: no saben preparar comida fría (20%). No manejan electrodomésticos (35%). Mala planificación de menú-compra (61%).
- El 56% no atiende el lavar la ropa: no ponen la lavadora (54%). No saben planchar (56%).
- El 63% no controlan su economía: no hacen pequeñas compras (30%). Mal control ingresos-gastos (56%).  
Comunicaciones: sin destreza para manejo de ordenador (50%).

✓ AAVD:

- El 45,6% tiene dificultades en el manejo del tiempo: sin estructurar rutina diaria (39%). Dificultad en priorizar tareas (28,3%). Desequilibrio entre tiempos y actividades (36,9%).
- El 30% necesitan ayuda para hacer gestiones en la comunidad, especialmente en cumplimentar documentos.
- ✓ ¿Y del 50% que viven con la familia de origen? ¿Cómo influye el entorno?

Se observa que tiende a ser sobreprotector, lo que es tan dañino como la negligencia, a nivel de apego y autonomía.

En las ABVD: el 30,4% mantiene deficiencias en la higiene; el 47,8% en la alimentación y el 34,8% en el descanso.

En las AIVD: más de la mitad dan cifras bajas de autonomía, el 43,4% atienden deficientemente su espacio personal, el 56,5% no maneja los electrodomésticos y el 70% no controla su economía.

## 5. Evolución:

- ✓ En las fases iniciales de tratamiento son frecuentes (más en hombres que en mujeres) carencias en la higiene y la imagen personal. Estas funciones se recuperan habitualmente en uno o dos meses tras consecución de abstinencia y abordaje en el tratamiento.

Otros hábitos y rutinas de cuidado personal (alimentación, descanso, cuidados de salud) y de su entorno (tanto físico como humano) requieren trabajo más prolongado y continuo (por encima de los 4 meses), acercándose a periodos de 9 meses o más.

- ✓ Influye de forma muy marcada el entorno humano y físico en donde desarrolla su vida: la presencia de familias sobreprotectoras favorece niveles más bajos de autonomía en las AIVD, más marcadas aún en el caso de menores.

Hay un sesgo cultural en ciertos resultados que es necesario tener en cuenta.

- ✓ La administración económica y el manejo del tiempo son las tareas de mayor dificultad en el abordaje y consecución de autonomía, pueden influir factores de tipo sociofamiliar, el estilo de vida adictivo y procesos de deterioro cognitivo.
- ✓ Las personas en recursos residenciales de tratamiento dan buenos resultados en el ejercicio de las AVD, hay que tener en cuenta que su ejecución está muy dirigida.
- ✓ En población sin hogar hay casi nula opción a implicarse en AIVD.

6. En segundas evaluaciones (tras 6-9 meses de tratamiento y abstinencia) se observan cambios notables.

Su percepción del desempeño ocupacional en el momento inicial del tratamiento es más negativa que lo observado en la evaluación. Y su percepción del desempeño en los meses posteriores es superior a lo observable.

## 7. Tareas que exigen mayor trabajo:

- ✓ Las que necesitan cierta iniciativa (cocinar).
- ✓ Las que requieren atención continuada y prolongada (mantener orden en espacio personal, estudiar, leer un libro).
- ✓ Las que exigen planificación y organización (administración económica, organizarse el día).
- ✓ Las sometidas a interferencias (hacer la comida usando varios electrodomésticos a la vez).
- ✓ Las que tienen secuencia larga de consecución (planificar un menú semanal y listado de compra).
- ✓ Las que han de realizar solos (aseo, lavado de dientes, vestido).
- ✓ Las que implican lenguaje gestual y verbal simultáneos (comunicación con los demás).
- ✓ Las que requieren información previa (manejo de la lavadora, uso del ordenador).
- ✓ Las que estén condicionadas a coordinación con otros (mantenimiento de espacios comunes en la casa).

## 8. Utilidad clínica. Esta herramienta nos sirve para:

- ✓ Aportar a la valoración resultados de pruebas concretas de evaluación.
- ✓ Realizar una mejor planificación del tratamiento.
- ✓ Facilitar la revisión de la evolución del tratamiento desde la evaluación inicial hasta el alta.
- ✓ Tener a mano una información clara del paciente, sus habilidades y limitaciones en las AVD a la hora de elaborar informes.

## 9. Conclusiones:

Importancia del trabajo de terapia ocupacional para facilitar el aprendizaje de habilidades, estrategias y hábitos saludables que favorezcan una óptima autonomía personal y permitan el paso de la

dependencia adictiva a la conexión con la vida a través de ocupaciones y actividades significativas, satisfactorias para él y las demandas de sus roles, con objetivos realistas, concretos y gratificantes.

# Bibliografía

Alonso C. y Méndez S. (2000). Prevención del consumo de drogas. Guía para familias. Madrid: FAD.

American occupational therapy association. "Occupational therapy practice framework: Domain and process" (2008). AmJOccup.Ther. 62: 625-683. (Traducción al español autorizada por la asociación americana de T.O. 2009).

American Psychiatric Association. DSM IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson.

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO. Comisión de Trabajo (1999). Documento técnico sobre Terapia Ocupacional. Disponible en (acceso el 1 de febrero de 2013): [[http://www.terapia-ocupacional.com/ Definicion TO.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/DefinicionTO.shtml)].

Becoña, E. (1998). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.

Beneit, J. V., García, C. y Mayor, L. 1. (Coords.) (1997). Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar. Madrid: Editorial Síntesis.

Bonder, B. R. (2004). Psychopathology and function. Thorofare, NJ: Slack Inc.

Daley, D. C. y Zuckoff, A. (2004). Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y en pacientes drogodependientes. Barcelona, Editorial Glosa.

DiClemente, C. C., Nidecker, M. y Bellack, A. S. (2008). "Motivation and

the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35.

Escohotado, A. (2005). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona, Anagrama.

European Monitoring Center for Drugs and Addiction (2007). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*. EMCDDA literature reviews. Lisboa.

Freixa, F., Soler Insa, P.A. y Ballus, C. (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinar*. Barcelona: Fontanella.

Freixa, N. "La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales". *Jano* 2000; LIX: 1383-1384.

Gómez-Tolón, J. (1997). *Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional*. Mira Editores.

Graña, J. L. (ed.). (1998). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Grieve, J. (2000). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales: Evaluación de la Percepción y la Cognición*. Madrid: Panamericana.

Grieve, J. (2009). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la Percepción y la Cognición*. Madrid: Panamericana.

11 Guardia Serecigni, J., Jiménez Arriero, M. Á., Pascual Pastor, F., Flórez Menéndez, G. y Contel Guillamón, M. (2003). *Alcoholismo. Guías Clínicas Sociorogalcohol*. 2.ª edición.

Informe Nacional 2012 (datos del 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España.

- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2007). Programa de intervención social a través del ocio. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2011). Actividad físico-deportiva en el tratamiento de las drogodependencias. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- Jiménez Arriero, M. A. y Santo Domingo, J. (2003). Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones. Euromedice ediciones médicas.
- Kielhofner, G. (2004). Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. Madrid: Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Panamericana.
- Kielhofner, G., Mallison, T., Crawford, C., Novak, M., Rigby, M., Henry, A. et al. (1998). Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II). University of Illinois, Chicago. Department of Occupational Therapy.
- Llorens, S., Líbano, M. y Salanova, M. (2009). "Modelos teóricos de salud ocupacional". En M.Salanova (Dir.): Psicología de la Salud Ocupacional (pp. 63-96). Madrid: Editorial Síntesis.
- Llorens, S., Salanova, M. y Martínez, I. M. (2008). Psicología Ocupacional Positiva: concepto y metodología para su evaluación. En J.Tous, M.A.Carrión y LópezBarón, F. (eds.), Promoción de la salud ocupacional. Colección Psicología de la Salud Ocupacional, 2 (pp. 88-108). Mollet del Vallés, Barcelona: AEPA.
- Madrid Mazorra, F. J. (2004) Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. Terapia Ocupacional. Disponible en (acceso el 1 de febrero de 2013): [[http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb\\_psicosocial\\_TOJMMazorra.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml)].

- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Minuchin, S. y Fishman, C. H. (1984). Técnicas de terapia familiar. Paidós.
- Moruno Miralles, P. y Romero Ayuso, D. (2003). Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. Barcelona, Masson.
- Moruno Miralles, P. y Talavera Valverde, M. (2011). Terapia Ocupacional en Salud Mental. Elsevier-Masson.
- Pedrero, E. J. (1991). "Lo terapéutico y lo educativo: dos áreas de intervención". Terapia Ocupacional 8: 22-5.
- Pedrero, E. J. (coord.). Disponible en (acceso el 1 de febrero de 2013): [<http://set.org.es/wpcontent/uploads/2011/06/NEUROCIENCIA-Y-ADICCI%C3%93N-2011.pol>]
- Plan de acción sobre Drogas 2013-2016. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España.
- Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid (1995). Revisión del modelo de atención: Una respuesta a las nuevas formas de drogodependencia. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- Polonio López, B., Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. (2003). Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). "Modelo Transteórico para conductas adictivas". En: Casas, M.; Gossop, M. (eds.) (2011). Recaída y prevención de recaídas. Barcelona, CITRAN. Sociedad Española de Toxicomanías. Neurociencia y Adicción.
- Publicaciones del Instituto de adicciones, Ayuntamiento de Madrid: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Salud/Adicci>

ones/Publicaciones?vgnextfmt=default&vgnextchannel=  
4f7cadb6fc3d8010VgnV CMI00000dc0ca8cORCRD&idioma=es&taxl  
=3adc04fb38827010VgnVCM1000  
00dc0ca8cOTAXC&vgnextfmt=default&  
vgnextchannel=4f7cadb6fc3d8010VgnV  
CM100000dc0ca8cORCRD&initial QueryParam=tema&iniIndex=10

Rojo Mota, G. (2008) "Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones". *Trastornos Adictivos* 10(2): 88-97 Disponible en (acceso el 1 de febrero de 2013): [[http f 10&pident\\_articulo=13124766 &pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=182&ty=3&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n02a13124766pdf001 .pdf](http://www.elsevier.es/elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n02a13124766pdf001.pdf)l

Salanova, M., Llorens, S. y Rodríguez, A. (2009). "Hacia una psicología de la salud ocupacional más positiva". En M.Salanova (Dir.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 247-284). Madrid: Editorial Síntesis.

Salanova, M., Martínez, 1. M., Cifre, E., y Llorens, S. (2009). "La salud ocupacional desde la perspectiva psicosocial: aspectos teóricos y conceptuales". En M.Sala nova (Dir.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 27-62). Madrid: Editorial Síntesis.

Sánchez Pardo, L. (2004). *Los padres frente a la cocaína*. Madrid: Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid.

Szerman, N., López Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Francisco Babíin, F., Mesías, B., Basurte, l., Vega, P. y Baca-García, E. (2011). "Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Simple". *Substance Use & Misuse*, 48: 1-7.

Tejero, A. y Trujols, J. (1994). "El Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas". En: *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*,

Madrid, Debate: 1-43.

- Verdejo, A. J. (2006). Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Disponible en (acceso el 1 de febrero de 2013): [<http://hera.ugr.es/tesisugr/16052882.pol>]
- Volkow, N. (2001). "Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity". *Am J Psychiatry* 158: 1181-3.

# Índice

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Presentación                                                                                         | 11 |
| 1. Nociones básicas de la drogodependencia y sus repercusiones en la ocupación                       | 15 |
| 1. Clasificación y efectos de las sustancias que generan dependencia                                 | 18 |
| 1.1.2. Patrones y perfiles de consumo de drogas/ comportamiento ocupacional                          | 37 |
| 1.1.3. Conceptos básicos en el tratamiento de las adicciones                                         | 40 |
| 1.2. Aspectos básicos socioculturales para comprender el fenómeno de las drogodependencias           | 43 |
| 1.2.1. Adicciones sociales                                                                           | 45 |
| 1.2.2. Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas                                   | 46 |
| 1.2.3. Consumo de drogas en la sociedad actual                                                       | 48 |
| 2. Bases para la intervención indicada y marcos de referencia                                        | 53 |
| 2.1.1. Competencias de terapia ocupacional                                                           | 54 |
| 2.2. La recepción de la demanda de atención para la intervención                                     | 56 |
| 2.3. Principios básicos para el abordaje terapéutico óptimo                                          | 57 |
| 2.4. Marco teórico de referencia y modelos de práctica en terapia ocupacional para la intervención e | 61 |
| 2.4.1. Marco biopsicosocial-ocupacional                                                              | 62 |
| 2.4.2. Teoría motivacional (Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente)                          | 65 |
| 2.4.3. Modelo de la ocupación humana (Gary Kielhorfner)                                              | 69 |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3. Terapia ocupacional en drogodependencias                                                          | 76  |
| 3.1. Rehabilitación/Habilitación                                                                     | 84  |
| 3.2. Identidad ocupacional en el drogodependiente                                                    | 85  |
| 3.3. Áreas de ocupación en el drogodependiente                                                       | 86  |
| 3.3.1. Las actividades de la vida diaria (básicas) e instrumentales. Sueño y descanso                | 87  |
| 3.3.2. Trabajo y educación                                                                           | 88  |
| 3.3.3. Ocio y participación social                                                                   | 90  |
| 3.4. Destrezas de ejecución                                                                          | 91  |
| 3.4.3. Destrezas de comunicación y sociales                                                          | 92  |
| 3.4.4. Destrezas sensoriales-perceptuales                                                            | 93  |
| 3.5. Contextos y entornos                                                                            | 94  |
| 4. Áreas de intervención de terapia ocupacional para la normalización                                | 99  |
| 4.1.1. Patrones de ejecución funcionales y adaptativos                                               | 102 |
| 4.2. Por qué un enfoque holístico en terapia ocupacional en "una patología diferente"                | 104 |
| 4.3. Ejes de intervención en terapia ocupacional desde un modelo de atención integral en drogodepend | 105 |
| 4.3.1. Eje de salud y autocuidados                                                                   | 108 |
| 4.3.2. Eje de psicopatología                                                                         | 109 |
| 4.3.3. Eje de consumo                                                                                | 111 |
| 4.3.4. Eje sociorrelacional                                                                          | 112 |
| 4.3.5. Eje laboral/formativo                                                                         | 113 |
| 4.3.6. Eje familiar                                                                                  | 116 |
| 4.3.7. Eje de ocio y tiempo libre                                                                    | 117 |
| 5. Evaluación, diagnóstico e intervención                                                            | 120 |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.1.1. Historia ocupacional                                                                          | 125 |
| 5.1.2. Diagnóstico ocupacional                                                                       | 130 |
| 5.1.4. Registros y autorregistros                                                                    | 133 |
| 5.2.1. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para el ap | 135 |
| 5.2.2. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para la de | 137 |
| 5.2.3. Diseño de tratamiento y programa de intervención específico de terapia ocupacional para la re | 139 |
| 6. Diseño del proceso de intervención en centros de atención al drogodependiente                     | 143 |
| 6.1.1. Intervención según el perfil                                                                  | 147 |
| 6.1.2. Programas de intervención según principal droga de abuso                                      | 150 |
| 6.1.3. Programas de intervención específicos para colectivos con necesidades especiales              | 153 |