

REVISIÓN

Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones

G. ROJO MOTA

Terapeuta ocupacional CAD-4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. Profesora Asociada de Terapia Ocupacional de la Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

RESUMEN. *Objetivo.* La Terapia Ocupacional es una disciplina presente en los equipos de tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de drogas desde los inicios de la respuesta institucional al fenómeno. Sin embargo, su figura profesional es poco conocida y, en ocasiones, malinterpretada. A menudo el encargo que recibe el profesional es el de «mantener ocupados» a los pacientes. La Terapia Ocupacional se basa en el estudio de la ocupación humana y la utiliza como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, siendo el básico y fundamental conseguir la independencia de la persona.

Material y métodos. Se revisan los aspectos relativos a la Terapia Ocupacional dentro de las adicciones.

Resultados. En el presente trabajo se exponen modelos científicos, instrumentos de evaluación propios y enfoques específicos aplicables a la adicción, sustentados en la investigación científica.

Conclusiones. Finalmente, se pone de manifiesto el papel que la Terapia Ocupacional puede desarrollar al hilo de los más recientes modelos neuropsicológicos de la adicción.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, adicción, trastornos adictivos, tratamiento, evaluación, modelo de ocupación humana.

Occupational therapy in treatment of addictive disorders

ABSTRACT. *Objectives.* Occupational Therapy is a discipline present in professional staff of people with problems associated to drug use treatment, from the beginnings of the institutional reply to the phenomenon. Nevertheless, its professional profile is hardly known and, sometimes, misunderstood. In many occasions the order that professional receives is «to maintain occupied» the patients. Occupational Therapy is based on the study of human occupation and uses this one as intervention tool for the profit of its objectives, being it basic and fundamental objective to obtaining person's independence.

Material and methods. The Occupational Therapy in the treatment of addictive disorders is reviewed.

Results. In the present work, scientific models, own assessment instruments and specific approaches potentially applicable to the addiction are exposed, sustained in the scientific research.

Discussion. Finally, it is describes the role that Occupational Therapy can play following the most recent neuropsychological addiction models.

KEY WORDS: Occupational Therapy, addiction, addictive disorders, treatment, assessment, model of human occupation.

Correspondencia:

G. ROJO MOTA
CAD-4 San Blas.
Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.
C/ Alcalá, 527.
28027 Madrid. España.
Correo electrónico: gloriaroj@yahoo.es

Recibido: 9-01-2008

Aceptado para su publicación: 11-05-2008

Introducción

Desde la implantación del Plan Nacional Sobre Drogas en España, el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de sustancias se ha planteado desde perspectivas multiprofesionales y metodologías de trabajo interdisciplinar. Y, desde el

inicio, la Terapia Ocupacional ha estado presente en los equipos de dispositivos ambulatorios, hospitalarios y residenciales. Sin embargo, transcurridas ya más de dos décadas, el rol asignado a esta profesión ha sido netamente secundario y no siempre bien entendido y conocido. Se diría que la Terapia Ocupacional ha sido destinada más a mantener ocupados a los adictos que a trabajar su ocupación con objetivos terapéuticos, cual es el sentido de la profesión. La responsabilidad de esta opacidad hay que depositarla tanto en los gestores de recursos, que acaso hayan visto al terapeuta ocupacional como un *entertainer* o un «monitor de actividades», como en los propios terapeutas ocupacionales, que no han sido capaces de transmitir adecuadamente su marco de trabajo, su rol profesional y sus espacios propios de intervención.

La consecuencia de esta indefinición ha sido, además del ostracismo, la permanente existencia de conflictos con disciplinas afines, pero netamente diferentes en su orientación teórica, metodológica y teleológica, como son la Educación Social o el Trabajo Social.

Durante estos años, la Terapia Ocupacional ha adquirido rango de titulación universitaria, ha definido sus competencias en múltiples áreas relacionadas con la rehabilitación, se ha provisto de marcos teóricos comprensivos que delimitan su área de competencias, sus objetivos, su método de trabajo y su relación con el resto de disciplinas. Falta, sin embargo, definirlo abiertamente en el ámbito del tratamiento de los trastornos adictivos. Apenas existen trabajos disponibles en la literatura científica que refieran el trabajo de la Terapia Ocupacional en este campo¹⁻³, y ello a pesar de que las líneas de comprensión, investigación y tratamiento de las adicciones han virado en los últimos años hacia paraderos de sobra conocidos por esta disciplina.

Existen, por ejemplo, protocolos de trabajo (evaluación y tratamiento) en pacientes con daño frontocerebral que son desarrollados con éxito por la Terapia Ocupacional cuando ese daño es de origen traumático, vascular o tumoral, y que serían de enorme ayuda en la recuperación de la disfunción ejecutiva observada en los adictos a distintas sustancias.

El presente trabajo trata de definir el rol profesional, el ámbito de competencias, las fronteras con otras disciplinas, los métodos de trabajo propios, los objetivos y el encaje con el resto de disciplinas, de la Terapia Ocupacional en los equipos multidisciplinares de atención a personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias.

¿Qué es la Terapia Ocupacional?

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

El psiquiatra William Rush Dunton Jr está considerado como el fundador de la profesión al hacer uso de la Terapia Ocupacional, a finales del siglo XIX, para el tratamiento de sus pacientes, dejando constancia escrita sobre la profesión en su artículo «*The Principles of Occupational Therapy*»⁴, y sobre todo en su libro de 1915⁵, en el que dejaba sentadas las bases de la profesión.

Desde su comienzo⁶, la evolución constante de la profesión ha hecho preciso redefinir con cierta periodicidad la Terapia Ocupacional. El nacimiento de la Ciencia de la Ocupación, a finales del siglo XX, ha contribuido a dar identidad a la profesión y ha posibilitado unificar criterios a los terapeutas ocupacionales, aun no siendo la Ciencia de la Ocupación una disciplina académica exclusiva de la Terapia Ocupacional.

En España se crean las primeras escuelas de formación para terapeutas ocupacionales en los años sesenta, no como rama de otra profesión, sino como disciplina sanitaria independiente desde sus comienzos, y ello porque los conocimientos de la Terapia Ocupacional se nutren de diversas disciplinas, como la Medicina, la Psicología y la Antropología, entre otras. La Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO)⁷ define esta como «la disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración».

Cuando en Terapia Ocupacional se habla de ocupación, se habla de «actividades de la vida cotidiana, denominadas, organizadas con un valor y significado concreto para las personas de una determinada cultura. La ocupación es lo que hacen las personas para el desempeño de sus roles, que incluye el cuidado de sí mismo (...), el ocio (...), y la participación social y económica a la comunidad»⁸. La Terapia Ocupacional se centra en el mantenimiento de la función y el desempeño de las actividades de la vida diaria significativas -el

sentido y significado de las ocupaciones es único y exclusivo para cada persona- y con propósito en su vida. Persigue que la persona se involucre en ocupaciones de libre elección, lo que aumenta la motivación para el tratamiento, la implicación y el compromiso, e indirectamente su satisfacción vital, su nivel de salud y su calidad de vida. La ocupación en Terapia Ocupacional es utilizada bien como medio para modificar el desempeño, bien como fin, produciéndose la mejoría por el hecho de involucrarse en una ocupación significativa.

La actividad humana se clasifica en áreas de desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria, actividades productivas y actividades de ocio. El terapeuta ocupacional evalúa e interviene sobre los componentes de desempeño («elementos observables de la acción que tienen implícito un propósito funcional»⁹) afectados que dificultan la práctica de actividades de las áreas ocupacionales. La calidad y efectividad del desempeño de una ocupación depende de quien ejecuta (funciones y estructuras corporales), del entorno y de las demandas de la actividad. Por tanto, el terapeuta ocupacional, para analizar el desempeño, debe valorar las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación y de interacción.

Por tanto, el proceso de intervención en Terapia Ocupacional comprende: a) valoración, en dos pasos: elaborar el perfil ocupacional del paciente y un análisis del desempeño ocupacional; b) intervención, previa elaboración de un plan individualizado para el logro de objetivos, y c) evaluación de resultados.

¿Qué NO es la Terapia Ocupacional?

En la práctica, el conflicto de competencias más importante de la Terapia Ocupacional, en el ámbito de la atención a sujetos adictos, es el que se establece con la Educación Social. De hecho, los términos «terapeuta» y «educador» se han convertido en denominaciones genéricas y a menudo intercambiables, que denominan a personas que atienden a sujetos adictos sin un marco claro de referencia.

La Educación Social se define como una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando: a) la incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social, y b) la promoción cultural y social, entendida como apertura de nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las pers-

pectivas educativas, laborales, de ocio y participación social¹⁰. A primera vista, el solapamiento de áreas de trabajo es evidente. Sin embargo, las diferencias también lo son y marcan las áreas competenciales específicas:

1. La Educación Social tiene como objeto de trabajo al «sujeto social», esto es, el espacio de la articulación de la persona y lo social en el sentido de lo que la sociedad de su época señala como pertinente para acceder a la normalidad. No corresponde a la educación formular diagnósticos clínicos del sujeto, sino que su evaluación debe consistir en la confrontación entre los requisitos sociales exigidos (en términos de conocimientos, habilidades, actitudes, etc.) para los sujetos de la clase de edad o condición correspondiente, considerados normalizados, y las adquisiciones (en términos de conocimientos, habilidades, actitudes, etc.) realizadas por el sujeto. La diferencia marca el camino a recorrer por la educación¹⁰.

2. La Terapia Ocupacional es una disciplina de la salud que tiene como objeto de trabajo a las personas cuyas vidas han sido alteradas por una lesión o enfermedad física, problemas en el desarrollo, procesos de envejecimiento o problemas sociales y/o emocionales. El objetivo de la Terapia Ocupacional es la persona, y su instrumento, la ocupación, utilizando actividades cotidianas que son habituales en estado de salud y que solo circunstancialmente adquieren un valor terapéutico. La práctica profesional de la Terapia Ocupacional significa el uso terapéutico de las ocupaciones o actividades significativas, dirigidas a objetivos terapéuticos, para evaluar y tratar a individuos que tienen una enfermedad o desorden, deterioro, limitación, o restricción de la función que interfieren en su habilidad para participar independientemente en los roles de vida diarios, y para promover salud y bienestar¹¹.

En definitiva, la Educación Social tiene como referencia metodológica la Pedagogía Social y la Psicología Social, en tanto que la Terapia Ocupacional se vincula a la Medicina, la Psicología Clínica y la Antropología. Los educadores trabajan pedagógicamente al sujeto social propiciando su adecuada socialización, en tanto que los terapeutas ocupacionales parten de estructuras o funciones dañadas para posibilitar su recuperación. Lo terapéutico y lo educativo son perspectivas complementarias, pero en absoluto intercambiables¹².

El otro ámbito de conflicto se establece cuando al terapeuta ocupacional se le requiere como mero proveedor de actividades, tengan o no sentido en el proceso individual de tratamiento. Se diría que la idea principal consiste en «ocupar», «entreteener» o «diver-

tir» al paciente, sin esperar que las actividades propuestas tengan un verdadero sentido para el sujeto. En esta medida, el terapeuta ocupacional es tenido por un mero «monitor de actividades». Conviene recordar, siguiendo a Perlado¹³, que «las labores deben acomodarse a los pacientes, y no al revés. Es decir, que no hay que montar salas de manualidades prejuizadas a las que los pacientes tienen que adaptarse, sino que deben encajar con las habilidades y el nivel intelectual del usuario (...). Es triste que personas inteligentes y capaces sean obligadas a realizar labores infantiles, casi escolares, como si acudiesen a una guardería o parvulario». La provisión de actividades desde Terapia Ocupacional debe partir de un diagnóstico previo, una evaluación ocupacional y un diseño individualizado de necesidades que permita identificar tanto las áreas carenciales del individuo como sus intereses, motivos y valores. No se trata de «dar actividades», sino de «utilizar la actividad con objetivos terapéuticos».

Sistema categorial de referencia: la CIF

El sistema de clasificación y categorización de referencia para el terapeuta ocupacional es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴. La CIF es el marco conceptual de la

OMS para medir la salud y la discapacidad en ambos niveles: el individual y el de la población. Mientras la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) clasifica a las enfermedades, la CIF clasifica la salud. Juntas, las dos, nos proporcionan herramientas excepcionalmente amplias y exactas para entender la salud de una población y cómo el individuo y su ambiente actúan recíprocamente para impedir o promover que la vida se viva a su pleno potencial. La OMS abandona el enfoque primitivo de «consecuencias de la enfermedad», para enfocar el objetivo hacia «la salud y los estados relacionados con la salud». Trata, por lo tanto, de poner en positivo su terminología desde el primer momento (el término «enfermedad» ya no es empleado y a cambio aparece el nuevo término «estado de salud»). Se trata de ir más allá del campo «médico-sanitario» e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios¹⁵.

La CIF, desde los comienzos de su elaboración, se pronuncia por un enfoque biopsicosocial y ecológico, superando la perspectiva biomédica imperante hasta el momento. Particularmente, este dato queda evidente con la inclusión de un apartado (segunda parte) dedicado a los factores contextuales (fig. 1).

La CIF habla de funcionamiento como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano; la discapacidad es el término genérico que recoge las

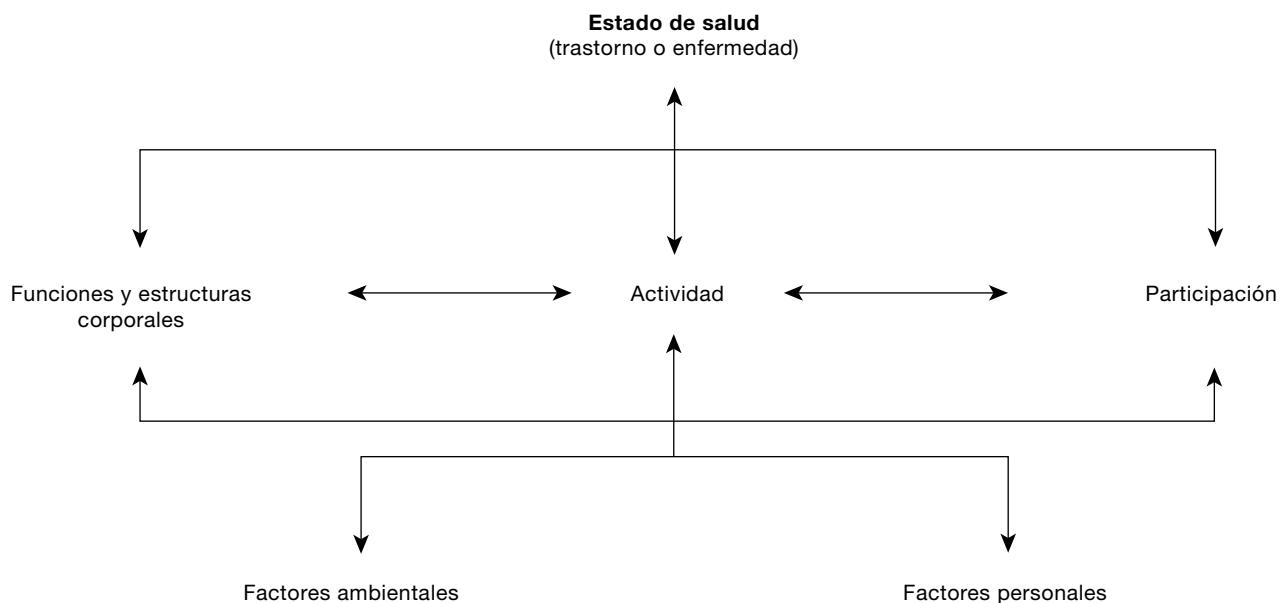


Figura 1. Conceptualización de la Salud y la Actividad Humana según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano; y la salud sería el elemento clave que relaciona a los dos anteriores. El objetivo principal de la OMS es «proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud».

Las principales implicaciones de este enfoque biopsicosocial orientado a la salud son (fig. 2): los estados de salud tienen consecuencias en todos los componentes del funcionamiento (corporal, actividad y participación); los componentes del funcionamiento tienen directa repercusión sobre los estados de salud, en tanto que condicionan la posible aparición de nuevas alteraciones (trastornos o enfermedades); los componentes del funcionamiento se relacionan, por pares, todos entre sí (cuerpo y actividad; cuerpo y participación; actividad y participación) y en ambos sentidos; los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales; y los factores contextuales pueden ser determinados por las circunstancias que acontezcan en los tres componentes del funcionamiento.

Marco teórico de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación de adictos

La Terapia Ocupacional cuenta con varios modelos teóricos de referencia, potencialmente aplicables a la intervención en sujetos con problemas por uso de sustancias¹⁶⁻¹⁸. De entre todos ellos, el primero que se conoce en España y que cuenta con bibliografía disponible en nuestro idioma es el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner¹⁹.

El Modelo de Ocupación Humana (*Model of Human Occupation*, MOHO²⁰) parte de un marco conceptual de práctica que trata de identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los que se mantiene la ocupación humana. Este modelo considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional. Define tres subsistemas internos de la persona:

1. Volición. Patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el mundo. Esencialmente, los seres humanos tenemos la necesidad innata o intrínseca de actuar y es esa necesidad o motivación para participar en ocupaciones lo que nos

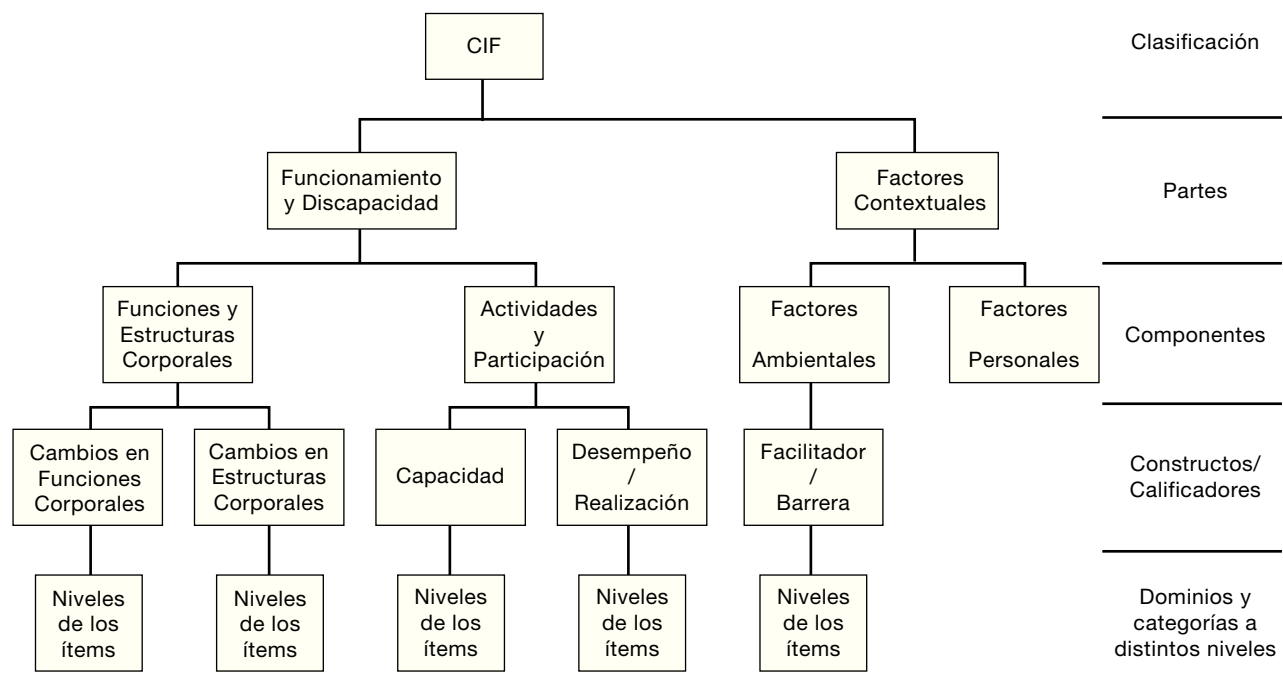


Figura 2. Esquema conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

guía a la hora de hacer elecciones. La volición implica un proceso continuo de elección consciente, dependiente de procesos cognitivos. Se construye a partir de varias dimensiones que la definen con más precisión: a) causalidad personal, autopercepción de capacidad según la experiencia personal, con dos elementos: conocimiento de la capacidad (habilidades y limitaciones) y sentido de la eficacia (sentido de control sobre nuestro comportamiento y sobre los resultados que queremos producir para ese comportamiento); b) valores: creencias o ideas que los individuos mantienen acerca de lo que es deseable, apropiado, bueno o malo, en su entorno cultural propio; estas creencias, en tanto que relevantes para el individuo, dirigen su conducta hacia metas, y c) intereses: disposiciones para encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y en el autoconocimiento de esas ocupaciones.

2. Habitación. La mayoría de nuestras acciones pertenece a un esquema de vida asumido como obvio. Consta de dos elementos que, en combinación, permiten una mayor adaptación, pues facilitan que las personas identifiquen una situación, ahorren energía y se comporten «automáticamente» según las expectativas, contribuyendo a la reafirmación de una determinada identidad al participar. a) Hábitos: tendencias ad-

quiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares; b) roles: concepto que emerge del reconocimiento de una identidad social particular y de las obligaciones relacionadas personales junto con las consiguientes actitudes y comportamientos que conlleva.

3. Capacidad de desempeño. Las capacidades de desempeño son las habilidades de hacer cosas que dependen del estado de: a) los componentes objetivos físico (sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema cardiopulmonar) y mental (habilidades de procesamiento, perceptivo-motoras y de interacción social), y b) la experiencia subjetiva.

El ambiente (físico y social) y la cultura impactan en la persona, otorgando gran influencia en sus ocupaciones. Todos estos componentes se interrelacionan entre sí dando lugar al comportamiento ocupacional (fig. 3).

Aplicación del Modelo de Ocupación Humana al tratamiento de las adicciones

La adicción a sustancias es una condición que afecta profundamente en todos los niveles de desempeño ocupacional, en la medida en que altera roles, intereses

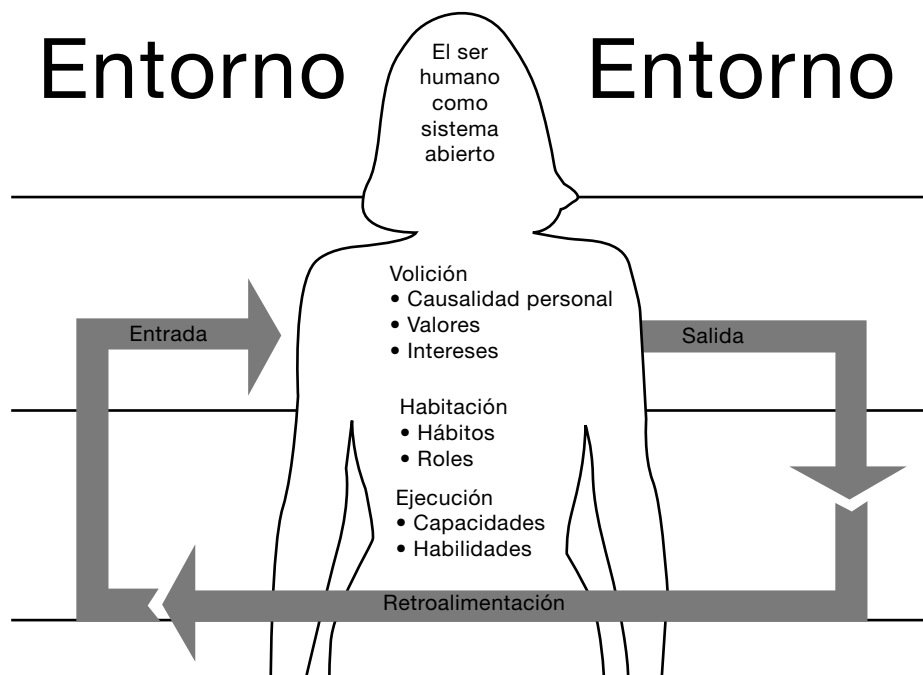


Figura 3. Modelo de Ocupación Humana.

y actividades previos, e instaure pautas de conducta y hábitos nuevos, limitando la capacidad para desarrollar actividades alternativas. El Modelo de Ocupación Humana nos proporciona: a) un marco conceptual para estudiar las alteraciones; b) instrumentos de medida de cada uno de los aspectos implicados, y c) el punto de partida para la intervención ocupacional.

La evaluación individualizada explora específicamente los elementos propuestos por el modelo, con los instrumentos adecuados:

1. Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional, segunda versión (OPHI-II)²¹. Consiste en una entrevista semi-estructurada cuyo desarrollo requiere entre 45-60 minutos. Incluye la exploración de la historia ocupacional, la identidad ocupacional, la competencia ocupacional y el impacto del contexto. Tras la entrevista el terapeuta califica las tres escalas de evaluación (identidad, competencia y ambientes de comportamiento ocupacional) recogidas en 29 ítems, otorgando una puntuación entre 1 y 4 según sea «extremadamente disfuncional desde el punto de vista ocupacional» o «funcionamiento ocupacional excepcionalmente competente» respectivamente.

2. Cuestionario Ocupacional (OQ). Autorregistro de las actividades que se desempeñan a lo largo de una semana. Una vez completado deben indicar si la actividad registrada la consideran en la categoría de trabajo, ocio o actividad de la vida diaria, calidad con la que consideran que realizan cada actividad, qué importancia tiene para su persona y cuánto la disfrutan. Permite conocer hábitos y rutinas de la persona.

3. Listado de Roles²². Se completa a lápiz y requiere aproximadamente de 15 minutos para su administración. Mide roles desempeñados en el pasado y en la actualidad y que le gustaría desempeñar en el futuro.

4. Listado de Intereses²³. Consiste en un inventario de 68 ítems, en el que se solicita al entrevistado que gradúe su interés en cada una de las actividades en el pasado, si participa actualmente en esa actividad y su deseo de realizarla en el futuro.

5. Cuestionario Volicional (VQ)²⁴. Aporta información sobre motivación e impacto del medio ambiente sobre la volición. La escala se compone de 14 ítems que describen comportamientos que reflejan valores, intereses y causalidad personal. El terapeuta ocupacional aplica esta escala mediante la observación y evaluación de la persona mientras participa en tareas. Se utiliza con aquellos que tienen problemas para expresar y definir sus intereses.

6. Evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (*Assessment of Motor and Process*

Skills, AMPS; Fisher, 2003²⁵). Es un sistema de evaluación protocolizado que tiene como objetivo valorar la calidad del desempeño en actividades de la vida diaria. El proceso evaluativo se completa en 30-40 minutos. El terapeuta ocupacional, de acuerdo con el paciente y en el transcurso de una entrevista, selecciona, de un listado de 83 tareas, dos que son relevantes para el individuo y que supongan un desafío adecuado a sus capacidades. El terapeuta debe habilitar el entorno para poder llevar a cabo la tarea seleccionada, asegurando que el paciente se familiariza con ese entorno y que todos los instrumentos están disponibles. Una vez garantizadas estas condiciones, el terapeuta ocupacional procederá a observar la ejecución del paciente en esas tareas: calidad, eficiencia, seguridad e independencia en las acciones. Las habilidades motoras se refieren a acciones dirigidas a metas (por ejemplo, posición del cuerpo, alcanzar, elevar, transportar objetos) y las habilidades de procesamiento se refieren a la secuencia lógica de la acción (por ejemplo, buscar, localizar, organizar el espacio de trabajo, iniciar una secuencia de acciones, modificar acciones ineficaces). Existe un programa informatizado para integrar las observaciones y analizar los resultados, que proporciona una evaluación estandarizada de cada paciente. El método está validado en estudios transculturales²⁶, ha sido aplicado en poblaciones con trastornos psicopatológicos²⁷ y se han estudiado diferencias de género en ejecución²⁸ y en diversas edades²⁹.

Diseño de tratamientos en Terapia Ocupacional

En la figura 4 se muestra un esquema general de aplicación de un programa de Terapia Ocupacional en un centro específico de tratamiento de adicciones. El esquema es válido tanto si se trata de un centro de carácter ambulatorio (por ejemplo, Centro de Atención a Drogodependientes), como de media estancia (por ejemplo, Centro de Día) o residencial (por ejemplo, Comunidad Terapéutica). El terapeuta ocupacional integra los hallazgos de la evaluación del resto de áreas para orientar su propia evaluación de la actividad. A su vez, sus propios hallazgos pueden y deben modificar los objetivos planteados por el resto de áreas de trabajo. En último término, los objetivos individualizados del tratamiento deben ser compartidos por todas las áreas disciplinares para, en adelante, utilizar cada una de ellas sus propios métodos para alcanzar un objetivo común.

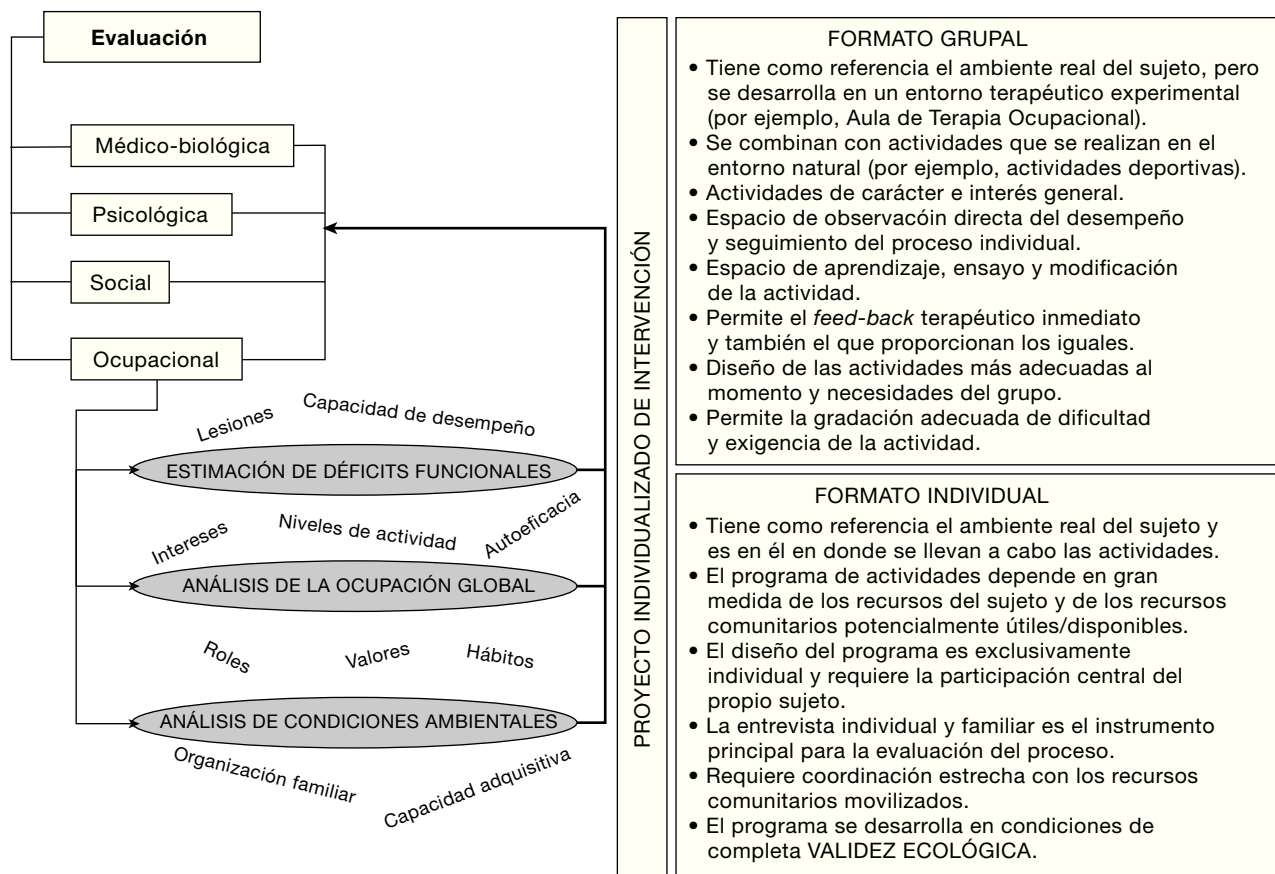


Figura 4. Modelo de intervención de Terapia Ocupacional en un centro específico de tratamiento de adicciones.

El futuro de la Terapia Ocupacional en adicciones

«La terapia ocupacional “antigua”, debe ser superada en principios filosóficos y no quedarse en la anterior concepción de mero ejecutor de actividades, que cree que por hacer “cestos” va a mantener la mente ocupada del enfermo mental». (Madrid-Mazorra, 2004³⁰).

Las conductas adictivas configuran una problemática compleja para los individuos y para quien convive con ellos. No puede hablarse ya de un «fenómeno relativamente reciente» y apelar reiteradamente a su «carácter cambiante». La investigación científica ha aportado ya sólidas bases para la comprensión, descripción, explicación y predicción de los trastornos adictivos. Diversas disciplinas llevan ya varias décadas investigando y trabajando en la rehabilitación de las personas que padecen estos problemas. La Terapia Ocupacional es una de las que puede atestiguar una sólida aportación desde los inicios de la respuesta institucional al fenómeno de las adicciones.

Sin embargo, y a pesar del tiempo transcurrido y la experiencia acumulada, los profesionales de la Terapia Ocupacional nos sentimos, con excesiva frecuencia, mal comprendidos por los profesionales de otros campos. Se diría que no hemos sido capaces de transmitir la diferencia entre «mantener ocupado» y «trabajar científicamente la ocupación humana». El primer desafío es mostrar con absoluta claridad que la Terapia Ocupacional es una disciplina con sólida base científica, que cuenta con modelos comprensivos aplicables a múltiples ámbitos de la disfuncionalidad, con instrumentos propios para la evaluación, el seguimiento y la estimación de resultados de la intervención, y con la capacidad de coordinarse con el resto de disciplinas en términos de equidad, de manera creativa y capaz de enriquecer el trabajo de los otros profesionales. El presente trabajo tiene como principal finalidad poner de manifiesto estas características implícitas a nuestro ámbito de conocimiento y acción.

Por otra parte, los más recientes hallazgos en torno a la adicción suponen la necesidad de reactivar la labor de la Terapia Ocupacional en cualquier programa de

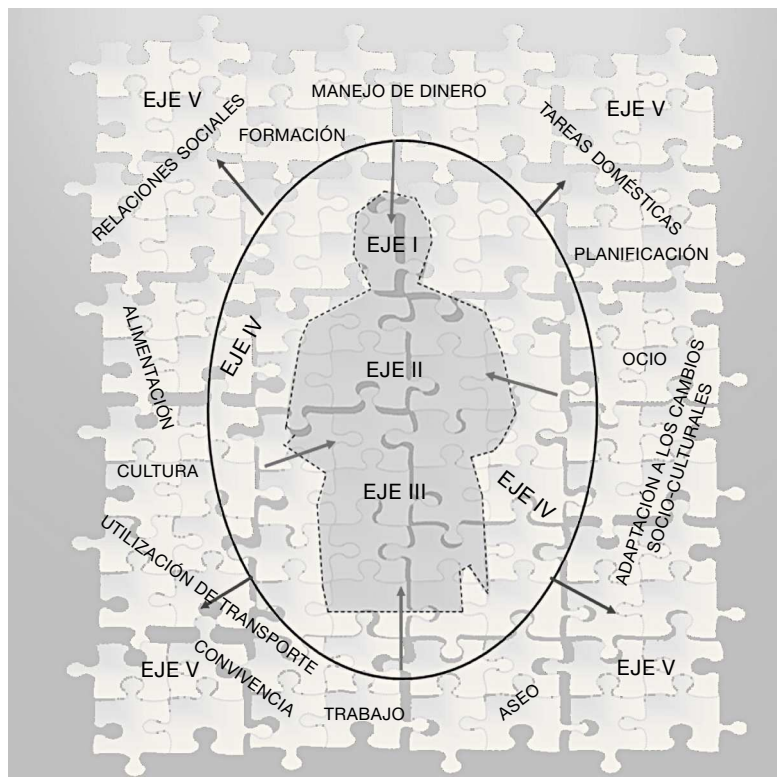


Figura 5. Modelo multiaxial integrador de la Terapia Ocupacional.

rehabilitación de personas adictas. El ámbito de las neurociencias (neurología y neuropsicología, principalmente) ha aportado evidencias sobre los sustratos cerebrales de la adicción (ver, por ejemplo, Verdejo³¹, 2006), lo que ha permitido reorientar las intervenciones de diversas disciplinas hacia objetivos neuropsicológicos (ver, por ejemplo, Lorea et al³², 2005).

Este es el inmediato desafío para la Terapia Ocupacional. Sin embargo, nuestra disciplina tiene ya mucho recorrido en esta materia: la intervención sobre sujetos con daño cerebral desde la Terapia Ocupacional está suficientemente documentada^{33,34}. Contamos, además, con estudios que relacionan la ocupación humana con

los sustratos neuropsicológicos que la fundamentan³⁵, e incluso con aplicaciones concretas al ámbito de las adicciones³⁶. Conceptualizada la adicción como un proceso de alteración neuropsicológica reversible³⁷, la aportación de la Terapia Ocupacional a las tareas rehabilitadoras adquiere una nueva dimensión y una relevancia incuestionable: el aporte de validez ecológica al resto de intervenciones encaminadas a la recuperación del adicto, considerado en su globalidad, como individuo activo en su ambiente real (fig. 5).

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Hossack JR. Clinical trial of occupational therapy in the treatment of alcohol addiction. *Am J Occup Ther.* 1952;6:265-6.
2. Likhtanski? GP. [Occupational therapy in the complex treatment of chronic alcoholism]. *Vrach Delo.* 1967;6:133-4.
3. Lindsay WP. The role of the occupational therapist treatment of alcoholism. *Am J Occup Ther.* 1983;37:36-43.
4. Dunton WR Jr. The principles of occupational therapy. *Public Health Nurs.* 1918;10:316-21.
5. Dunton WR Jr. *Occupational Therapy: A Manual for Nurses.* Philadelphia: WB Saunders; 1915.
6. Pérez de Heredia M, Brea M, Martínez-Piédrola RM. Origen de la terapia ocupacional en España. *Rev Neurol.* 2007;45:695-8.
7. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales APETO. Comisión de Trabajo. Documento técnico sobre Terapia Ocupacional. Abril, 1999 [consultado 11/10/2007]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml

8. Law M, Polatajko H, Baptiste W, Townsend E. Core concepts in occupational therapy (Chapter 3). En: Townsend E, editor. Enabling occupational and occupational therapy perspective. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists; 1997. p. 29-56.
9. Fisher A, Kielhofner G. Skill in occupational performance. En: Kielhofner G, editor. A model of human occupation: Theory and application. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 113-28.
10. Olivar Á. La Educación Social en el Tratamiento de Drogodependencias. *Rev Peruana Drogodep.* 2005;3:159-86.
11. García-Margallo P. ¿Qué es la T.O.? Aytona. Centro de Formación y Tratamiento de Terapia Ocupacional [consultado 14/10/2007]. Disponible en: <http://www.aytona.com/portal/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>
12. Pedrero EJ. Lo terapéutico y lo educativo: dos áreas de intervención. *Terapia Ocupacional.* 1991;8:22-5.
13. Perlado F. Mis primeras impresiones de la terapia ocupacional. *Terapia Ocupacional.com* [consultado 14/10/2007]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Fernando_Perlado_Ortiz_de_Pinedo_terapia_ocupacional.shtml
14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.
15. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad.* 2001;50:15-30.
16. Finlay L. Occupational therapy theories and models. En: Finlay L, editor. The practice of psychosocial occupational therapy. Cheltenham: Thornes; 2004. p. 70-102.
17. Finlay L. Psychological theories and approaches. En: Finlay L, editor. The practice of psychosocial occupational therapy. Cheltenham: Thornes; 2004. p. 103-31.
18. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional (3ª ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
19. Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación (3ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
20. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2004.
21. Kielhofner G, Mallison T, Crawford C, Novak M, Rigby M, Henry A, et al. OPHI-II. Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II). University of Illinois, Chicago. Department of Occupational Therapy, 1998.
22. Oakley F, Kielhofner G, Barris R, Reichler RK. The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *Occup Ther J Res.* 1986;6:157-70.
23. Kielhofner G, Neville A. The modified interest checklist. Unpublished manuscript. Chicago: University of Illinois; 1983.
24. Chern J, Kielhofner G, Heras CG, Magalhaes LC. The volitional questionnaire: psychometric development and practical use. *Am J Occup Ther.* 1996;50:516-25.
25. Fisher A. Assessment of Motor and Process Skills. Development, Standardization, and Administration Manual. Vol. 1. (5ª ed.) Colorado: Thre Star Press Inc; 2003.
26. Goldman S, Fisher A. Cross-cultural validation of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). *Brit J Occup Ther.* 1997;60:77-85.
27. Pan AW, Fisher A. The Assessment of Motor and Process Skills of persons with psychiatric disorders. *Am J Occup Ther.* 1994;48:775-80.
28. Duran L, Fisher A. Male and female performance on the Assessment of Motor and Process Skills. *Arch Phys Med Rehab.* 1996;77:1019-24.
29. Dickerson A, Fisher A. The effects of familiarity of task and choice on the functional performance of young and old adults. *Psychol Aging.* 1997;12:247-54.
30. Madrid-Mazorra FJ. Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. *Terapia-Ocupacional.com* [consultado 02/01/2008]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml
31. Verdejo AJ. Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral. Tesis Doctoral. Universidad de Granada; 2006 [consultado 02/01/2008]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16052882.pdf>
32. Lorea I, Tirapu J, Landa N, López-Goñi JJ. Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones.* 2005;17:121-9.
33. Tirapu J, Muñoz Céspedes JM. Rehabilitación Neuropsicológica. Madrid: Síntesis; 2001.
34. Grieve J. Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la Percepción y la Cognición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
35. Gutman SA, Schindler VP. The neurological basis of occupation. *Occup Ther Int.* 2007;14:71-85.
36. Gutman SA. Why addiction has a chronic, relapsing course. The neurobiology of addiction: Implications for occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Mental Health.* 2006;22:1-29.
37. Selby MJ, Azrin RL. Neuropsychological functioning in drug abusers. *Drug Alcohol Depend.* 1998;50:39-45.