



**UNSTA**

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
SANTO TOMÁS DE AQUINO

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

## **TESIS**

**Equilibrio ocupacional como unidad de análisis de Terapia Ocupacional para resignificar la vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos Las Moritas ubicado en Ruta 305 Km 11 (Las Talitas) Tafí Viejo, Argentina.**

**GARCÍA MÁRQUEZ AGUSTINA**

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Mendilaharzu Lourdes

ASESORA METODOLÓGICA: Lic. Salvatierra María de los Ángeles

## Índice General

|   |    |
|---|----|
| <b>Dedicatoria y Agradecimiento</b>                             | 3  |
| <b>Resumen</b>  | 4  |
| <b>Introducción</b>   | 6  |
| <b>Capítulo 1: Planteamiento del problema</b>                   | 7  |
| <b>Capítulo 2: Antecedentes y marco teórico</b>                 | 9  |
| Antecedentes  | 9  |
| Marco Teórico   | 10 |
| <b>Capítulo 3: Marco metodológico</b>                           | 25 |
| <b>Capítulo 4: Resultados y análisis de datos</b>               | 30 |
| <b>Capítulo 5: Discusión, conclusión y propuestas</b>           | 45 |
| Discusión   | 45 |
| Conclusión  | 49 |
| Propuestas  | 50 |
| <b>Referencias Bibliográficas</b>                               | 53 |
| <b>Anexo</b>  | 58 |
| Anexo A: Nota autorización UNSTA                                | 58 |
| Anexo B: Nota autorización para ingreso a Las Moritas           | 59 |
| Anexo C: Nota consentimiento informado                          | 60 |
| Anexo D: Presentación de instrumento Pastel de la vida          | 61 |
| Anexo E: Presentación de instrumento Sustancias Psicoactivas    | 62 |
| Anexo F: Presentación de instrumento Frecuencia de consumo      | 63 |
| Anexo G: Presentación de instrumento Vida diaria                | 65 |
| Anexo H: Presentación de instrumento Rutina diaria              | 67 |
| Anexo I: Presentación de instrumento Resignificación de la vida | 68 |

## Dedicatoria y Agradecimiento

*Dedico esta investigación a mis padres, Pablo y Gabriela, por darme la posibilidad de comenzar y mantener los estudios necesarios sobre la Licenciatura en Terapia Ocupacional, por su apoyo y sostén constantes sin los cuales todo este proceso no hubiera sido posible. Son las bases que me ayudaron llegar hasta acá.*

*A mis abuelos, Teresa y Manuel, quienes estuvieron presente en cada examen o presentación, cada crisis, cada logro y cada momento importante para mí prendiendo las velitas que fueran necesarias, rezando y pidiendo por mi bienestar y mi éxito. A mi hermano Lucas, mis tías Carolina y Fernanda, y primos/as que me acompañan desde que todo este sueño comenzó. Principalmente a Bautista, quien me enseñó la importancia de esta hermosa profesión. Los amo.*

*Agradezco enormemente a mis amigas/os por su apoyo incondicional durante todo este proceso. A Camila y Claribel por la energía que me transmitieron siempre y su permanente confianza en mí, me ayudaron a confiar en mí cuando ni yo misma lo hacía. A Sofía por ser mi fiel compañera desde que comenzamos los estudios, en el 2015, juntas ante cualquier adversidad o situación difícil que se nos presentó en el camino, gracias por todo tu apoyo.*

*También dedico y agradezco esta investigación a mi analista, Natalia, quien me apoyó continuamente en todas las decisiones tomadas en el camino, quien me brindo oportunidades inolvidables en relación a la problemática a desarrollar, la cual sabe me apasiona. Gracias por todo el proceso realizado juntas.*

*A mis profesores de la Licenciatura y los supervisores en cada práctica clínica por brindar y compartir sus conocimientos día a día. A mi directora y asesora de tesis quienes acompañaron y guiaron esta investigación. Así también a “Casa Grande”, por confiar en mis prácticas clínicas y brindarme la oportunidad de crecer día a día en su establecimiento.*

*Además, a la institución “Las Moritas” y a cada uno de los entrevistados, por hacer posible mediante su colaboración que esta investigación haya sido posible. Por dejarme cumplir un sueño y ser parte de esto.*

*Por último, y no por eso menos importante, a mi Nono, mi estrella favorita, el que me cuida y acompaña en todo momento, principalmente antes de ingresar a cada examen o durante la preparación de algo importante académicamente. Gracias por cumplir tu promesa y no soltarme la mano nunca. De esta forma cumplo yo con la mía, te amo.*

## Resumen

El aumento del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos años impactó de forma negativa en la salud pública argentina, convirtiéndose en un tema de máxima preocupación. Según un informe de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se agravó por la situación de pandemia por covid-19 durante los años 2020 y 2021.

En Tucumán y en el resto del país, dos factores importantes de esta problemática han crecido. Uno, es que el consumo de sustancias psicoactivas tuvo un aumento derivado de las crisis que vivimos. La pandemia jugó un papel fuerte en esto, y no sólo con las drogas ilegales. Otro factor fue el afianzamiento del narcomenudeo y narcotráfico, que va haciendo un camino hacia la naturalización. Se ha convertido en muchas ocasiones en una fuente de ingresos, lo que empeora en situaciones económicas críticas como la que atraviesa actualmente el país.

Matías Tolosa, secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones explicó a La Nota Tucumán que el consumo de drogas o sustancias es una problemática que no distingue clases sociales ni edades. Las estrategias y los dispositivos de abordaje provinciales buscan ser los más transversales posibles pero siempre teniendo un mayor énfasis en la accesibilidad en aquellos sectores más vulnerables que se encuentran con barreras socioeconómicas para llegar a la consulta. Es importante luchar contra los discursos que generan estigmatización o discriminación de quienes consumen. “Muchas veces estos discursos operan como barreras que dificultan, retardan o impiden el acceso a la consulta de quien padece un problema de consumo de sustancias”. (La Nota Tucumán, 2022).

Desde la terapia ocupacional se plantea resignificar la vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas evaluando el equilibrio ocupacional de las mismas.

El objetivo de este estudio fue analizar el equilibrio ocupacional de las personas que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos “Las Moritas”.

Para el desarrollo de esta investigación se realizaron encuestas a la población estudiada utilizando herramientas estandarizadas y no estandarizadas, en las que la información se analizó a través del marco metodológico descriptivo. Además, esta investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo con la recolección de datos para

probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

De los resultados obtenidos se puede concluir que las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas evaluadas presentan un desequilibrio ocupacional y un desajuste en las áreas del desempeño ocupacional lo que influye de forma directa en la calidad de vida y el estado de salud autopercebido.

La terapia ocupacional como disciplina sociosanitaria tiene como función el abordaje de esta temática en relación al desequilibrio ocupacional, por lo que busca proyectar su evaluación e intervención fundamentalmente en los intereses personales, las competencias ocupacionales, los roles a desempeñar, limitaciones y potencialidades del ambiente en el que el individuo debe desarrollarse.

## **Introducción**

Esta investigación aborda la problemática sobre el equilibrio ocupacional como unidad de análisis de Terapia Ocupacional para resignificar la vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos Las Moritas ubicado en Ruta 305 Km 11 (Las Talitas) Tafí Viejo, Argentina, ante el preocupante impacto negativo que tuvo el creciente consumo de sustancias psicoactivas en los últimos años.

Se aborda esta investigación ante la escasa evidencia científica que avala la intervención de la terapia ocupacional en esta problemática a través de la ocupación humana y la dignificación del ser humano.

Dicho estudio busca ampliar y dar a conocer la importancia que tiene esta disciplina para la prevención, rehabilitación e inserción de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas a partir de la cuantificación de las áreas ocupacionales.

La Terapia Ocupacional es una de las disciplinas de la salud capaces de intervenir en la resignificación de la vida, entendiendo a la misma como la capacidad de volver a dar significado a algo. En este caso, el ser humano lo hará principalmente desde la ocupación humana.

## **Planteo del problema**

### **1. Descripción del problema**

Debido al consumo problemático de sustancias psicoactivas, principalmente por lo que las mismas producen y los efectos adversos, las personas presentan dificultad para generar y/o mantener a lo largo de su vida cierto equilibrio ocupacional en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales de forma sana. Lo que impide mejorar y/o mantener su calidad de vida.

### **2. Objetivos de investigación**

#### **2.1. Objetivo General**

Analizar el equilibrio ocupacional de las personas que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos “Las Moritas”, entre 20 a 30 años de edad que consumen sustancias psicoactivas, durante el mes de agosto de 2022.

#### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir el equilibrio ocupacional que poseen las personas que consumen sustancias psicoactivas, de entre 20 a 30 años de edad que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos “Las Moritas”.

2. Determinar los porcentajes de los tipos de sustancias psicoactivas que consume el grupo bajo estudio.

3. Establecer la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.

4. Valorar de qué manera impacta el consumo de sustancias psicoactivas en la vida diaria de un grupo de personas entre 20 a 30 años de edad, que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos “Las Moritas”.

5. Describir de qué manera interviene el terapeuta ocupacional en la re-significación de la vida del grupo en estudio.

### **3. Interrogantes de investigación**

1. ¿Cómo es el equilibrio ocupacional que poseen las personas entre 20 a 30 años de edad, consumidoras de sustancias psicoactivas?

2. ¿Qué tipos de sustancias psicoactivas consume el grupo bajo estudio?

3. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas?

4. ¿Cómo impacta el consumo de sustancias psicoactivas en la vida diaria de un grupo de personas entre 20 a 30 años de edad?

5. ¿Cómo interviene el terapeuta ocupacional en la re-significación de la vida del grupo en estudio?

#### 4. Justificación

Este tema de investigación fue elegido ya que preocupa la escasa evidencia científica sobre la eficacia de la Terapia Ocupacional como disciplina en el ámbito de la drogodependencia, como así también el interés e involucración de los profesionales en esta problemática.

Si bien es posible detectar investigaciones acerca del rol del terapeuta ocupacional en drogodependencia, existe una carencia de investigaciones que demuestren la eficacia de la intervención de los mismos, basadas en la ocupación.

Abordar este problema es relevante socialmente porque afecta la calidad de vida de los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, edad, cultura, situación económica y/o educativa.

Cabe señalar que el consumo problemático de sustancias psicoactivas provoca diferentes consecuencias, tales como: físicas, psicológicas, emocionales, ocupacionales, vinculares, sociales, interpersonales e intrapersonales, como así también familiares que impedirán al sujeto continuar con su proyecto de vida.

Si bien el concepto de adicción – adicto siempre ha existido y varía notablemente según el país o nivel sociopolítico, también ha ido cambiando a lo largo del tiempo.

La Terapia Ocupacional, como parte del área de salud, no solo física sino también mental, lleva décadas interviniendo en problemas relacionados con la adicción, pero su papel no siempre fue comprendido y suficientemente dignificado.

La mayor cantidad de modelos de actuación, son modelos asistencialistas que consideran al adicto como *enfermo irrecuperable* y esto provocó que la Terapia Ocupacional deba asumir roles secundarios, como el de *mantener ocupados* a los adictos, en lugar de utilizar la ocupación como medio y fin de su intervención.

Sin embargo, si pensamos a la persona que consume de forma problemática sustancias psicoactivas como un sujeto que tiene dificultades en su relación con el entorno y que puede recuperarse y asumir roles adecuados, saludables y gratificantes, esto genera que la Terapia Ocupacional cuente como disciplina de intervención de suma importancia.



## CAPÍTULO II

### Antecedentes

1. Rojo Mota, G. (2016) desarrolló el estudio sobre *Terapia ocupacional en adicciones: de la teoría a la práctica*. La Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo marco conceptual, objetivos y métodos están bien establecidos. Uno de los ámbitos en los que interviene es el de la adicción. Sin embargo, los textos y artículos ocupacionales disponibles carecen, en muchos casos, de un marco explicativo propio, recurriendo con demasiada frecuencia a otros importados de disciplinas preponderantes. Ello lleva, por una parte, a una pobre producción científica y, por otra, a un rol secundario de nuestra disciplina en los programas terapéuticos. El presente trabajo recoge la propuesta de un marco explicativo de la adicción desde una perspectiva ocupacional. Algunos autores parten de considerar que la propia adicción es, en sí misma, una ocupación, en la medida en que proporciona un rol y una significación al propio adicto. Desde esta perspectiva, toman sentido ocupacional paradigmas experimentales recientes, como el del enriquecimiento ambiental, o conceptos como el de empoderamiento. La rehabilitación cognitiva funcional, ampliamente aplicada en clínica del daño cerebral, representa otro enfoque complementario en la clínica de la adicción. Existen instrumentos de evaluación propios que cuantifican o sistematizan las variables ocupacionales relevantes. La Terapia Ocupacional está en condiciones de asumir un rol propio, protagonista e irrenunciable en el tratamiento de la adicción.

2. Goldestein y Bordoni (2015) dieron su aporte en la *Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional*. El presente artículo retoma los contenidos de la conferencia que tuvo lugar en XV Jornada de la Residencia de Terapia Ocupacional, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 7 de mayo de 2015. El objetivo planteado fue reflexionar sobre las adicciones en los escenarios clínicos y comunitarios en Terapia Ocupacional. Se consideró necesario realizar un recorrido sobre los conceptos de subjetividad y subjetividad adictiva, para luego diferenciar el consumo y la adicción como respuestas al malestar de la época. Por último, se analizaron las herramientas y posibles abordajes desde nuestra disciplina, dentro de un marco de tratamiento interdisciplinario, con base comunitaria y desde una perspectiva del Modelo Psicosocial.

3. Cruzado Sujeros (2018) realizó una investigación titulada: *Zona muda y adicciones: una aproximación a las representaciones sociales de los profesionales de la salud de Tucumán*. El trabajo tiene como objetivo describir e identificar el contenido y la estructura de la zona muda de las representaciones sociales que los profesionales de la salud de instituciones públicas y privadas de San Miguel de Tucumán han elaborado y

comparten sobre adicciones y persona adicta. El marco teórico de referencia es la Teoría de las Representaciones Sociales desde la vertiente estructural de Abric, en la que la zona muda se compone por elementos contra-normativos, es decir, ideas o creencias que pueden entrar en conflicto con valores morales o normas de un determinado grupo. Para su elaboración se realizó un estudio no experimental descriptivo cuantitativo y cualitativo, utilizando el Test de Evocación Jerarquizada Verges (1992) empleando como términos inductores “adicciones” y “persona adicta”. Se solicitó a los profesionales que respondan en primera persona y en tercera persona acerca de las palabras “adicciones” y “persona adicta”. A partir de los datos obtenidos se realizó un análisis prototípico, categorial y de similitud a través del software IRAMUTEQ. La muestra no probabilística estuvo conformada por 99 profesionales cuyas edades oscilan entre 24 y 60, siendo el promedio 35 años. Entre las profesiones, el 51% son psicólogos, el 30% médicos, el 7% trabajadores sociales, el 7% enfermeros y el 5% operadores socio-terapéuticos. A partir de los análisis precedentes se pudo dar cuenta la particular conceptualización, clasista y estereotipada, que los profesionales tucumanos plasman respecto a la temática expresada, entendiendo a la misma en su dimensión psicológica y a la vez social, poniendo en relevancia mediante ésta última a la importancia en la formulación y mejoramiento de políticas públicas orientadas a su abordaje.

## **Marco Teórico**

Las Moritas es un centro de rehabilitación residencial a puertas abiertas y de reinserción social para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, con un formato de tratamiento en comunidad. El mismo se encuentra ubicado en Ruta 305 km 11 – Tafí Viejo, Tucumán. El centro de rehabilitación recibe pacientes masculinos entre 14 a 35 años de edad, con y sin causa judicial. Su objetivo es lograr que la persona con consumo problemático de sustancias psicoactivas supere la etapa de consumo compulsivo, inicie su proceso de reinserción social y pueda sostener un tratamiento ambulatorio.

Este dispositivo terapéutico está centrado en tres ejes: La grupalidad (a través de talleres y grupos terapéuticos), el tratamiento individual (a través de psicoterapia individual y tratamiento farmacológico), y la inserción social. Los tratamientos que se brindan están científicamente justificados y orientados en el respeto y concreción de los derechos humanos. Además, se encuentran enmarcados en la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657* de Derecho a la Protección de la Salud Mental. (InfoLeg, 2010).

Las Moritas es un centro de rehabilitación a puertas abiertas como se mencionó anteriormente, esto quiere decir que el ingreso al proceso de internación es voluntario. Si bien cuenta con diferentes etapas evaluativas a cargo del área de psiquiatría y psicología, es la persona con consumo problemático de sustancias quien se presenta por voluntad propia, acompañado de un tutor/a, para solicitar iniciar el tratamiento en dicha institución. La misma cuenta con un equipo terapéutico interdisciplinario conformado por diferentes profesiones del área sociosanitaria (psiquiatría, psicología, enfermería, clínica médica, terapia ocupacional, educación física, trabajo social, musicoterapia). Además, cuenta con varias propuestas de talleres como ser: huerta, teatro, herrería, carpintería, electricidad, reciclado, cocina. Y se les brinda a los pacientes la posibilidad que de forma voluntaria puedan culminar sus estudios primarios o secundarios según sea el caso. En este dispositivo terapéutico se trabaja a partir de rutinas establecidas por el equipo terapéutico en las que los pacientes deben cumplir horarios para realizar ciertas actividades de la vida diaria como ser: horarios para despertar y dormir, horarios para la alimentación (desayuno, colación, almuerzo, merienda y cena), horarios para participar en los diferentes talleres, horarios para realizar actividad física de forma independiente, horarios para controles médicos rutinarios y administración de medicación, horarios para su esparcimiento personal (ver la tele, escuchar música, jugar al pool, jugar al fútbol), horarios para llamadas a familiares, horarios para visitas familiares, horarios para salidas terapéuticas. Estructuralmente la institución cuenta con 8 habitaciones, cada una con su baño propio y con 4 o 5 camas para pacientes, un comedor, una cocina, un living con mesa de pool y televisor, sala de enfermería donde se encuentran los medicamentos y elementos de higiene personal, sala de operadores donde administran los alimentos que acercan los familiares, los encendedores, los cigarrillos diarios para cada uno, varios consultorios amoblados para ser utilizados por el profesional que lo requiera, aula con biblioteca, gimnasio, lavadero, garita de seguridad, fondo interno donde se encuentra la huerta, cancha de fútbol y básquet, espacio al aire libre y un salón de usos múltiples para los profesionales.

Como se mencionó anteriormente, el accionar de este dispositivo de salud se encuentra justificado y avalado por la *Ley de Salud Mental N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental*. En el marco de la misma, en el artículo 3° se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. En el artículo 4°, se considera que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se

establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. En el artículo 8º debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. En el artículo 9º se considera que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Según el artículo 14º, la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. (InfoLeg, 2010).

Entendiendo que las adicciones deben ser parte de las políticas de salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define una adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad, y define como sustancia psicoactiva a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia”. (OMS, 2018).

El término abuso de droga define mejor el alcance de droga: sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y susceptibles de ser autoadministradas. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología. (Caudevilla F., 2020, p.2).

Semánticamente, el vocablo droga se refiere a sustancias que producen algún efecto sobre la biología humana, en especial sobre la esfera psíquica. Su utilización se relaciona con los principios básicos en que se sustentan las éticas de cada grupo social. La construcción del imaginario social sobre las drogas está estrechamente relacionada con la arquitectura ideológica de los grupos sociales. La idea de droga oscila en las fronteras entre la libertad y la opresión, entre el ser y el deber ser, entre la independencia y la moralidad, y que emerge, desde el punto de vista antropológico, desde las propias raíces de la especie. Desde este punto de vista podemos armar que el concepto de droga se relaciona con el de espejo de los recovecos más oscuros del alma social. De alguna forma refleja el contenido visceral de las búsquedas y desencuentros de los seres humanos en los límites de sus intelectos y sentimientos. (Danilo A., 2006, p.127).

La adicción es un fenómeno comportamental complejo y multideterminado, que implica elementos genéticos, del desarrollo, educacionales, psicológicos, ambientales y culturales, que se caracteriza por el establecimiento de hábitos o conductas repetitivas que escapan a los mecanismos de supervisión cerebral de la conducta, de modo que se repite por sus efectos reforzantes a corto plazo, aun cuando acarree malas consecuencias posteriores. En términos neuropsicológicos, la adicción se explica, en parte, por la alteración en el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales, especialmente una disminución de la actividad de la corteza prefrontal. (Volkow y Baler, 2014).

El consumo de las sustancias psicoactivas es problemático en función de los efectos bioquímicos que produce la sustancia, las conductas que se asocian a su consumo, las características propias del individuo consumidor o el contexto en el que tiene lugar el consumo. La drogadicción es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento. (León Rodríguez D., et al. 2013, p.1).

Desde un punto de vista neurobiológico y psicológico, cuando hablamos de adicción a las drogas, nos referimos a un estado compulsivo de una persona. Este estado es debido a que, a pesar de todos los factores genéticos y sociales que pueden predisponer a un sujeto a estar en contacto aunque sea por primera vez con una sustancia, este se enmarca en una situación en la que se dan una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que determinan en gran parte las pautas futuras de respuesta de la persona. Cuando este

consumo se vuelve compulsivo, debido a que el sujeto se muestra incapaz de controlar su conducta adictiva y aun estando consciente persiste a pesar de conocer las consecuencias que esto conlleva, resultará más complicado incluir al sujeto en los planes de tratamiento. Se define como craving aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica. Recoge este término aspectos fisiológicos como tolerancia, abstinencia, búsqueda del efecto euforizante de las sustancias y psicológicos, incluidos los promovidos por la interacción social. (Becoña, et al 2010).

Teniendo en cuenta las diferentes definiciones de droga o sustancias psicoactivas, podemos resumir a las mismas como aquellas sustancias que tienen la posibilidad de modificar el psiquismo a nivel subjetivo o modificar la conducta. Algunas de ellas son susceptibles, dependiendo de su uso, de provocar adicciones. La motivación para su uso estriba en conseguir una gratificación a corto o largo plazo, al modificar el estado de ánimo, la conducta o mejorar las funciones cognitivas. El consumo de las mismas son capaces de generar diferentes procesos conocidos como: uso, hábito de uso, abuso de uso, tolerancia, síndrome de abstinencia, dependencia, síndrome amotivacional. A partir de esto es necesario diferenciar cada uno de estos procesos para tenerlos en cuenta a la hora de planificar una intervención. El *uso* de sustancias psicoactivas indica, sencillamente el consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. El *hábito de uso*, sería la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Mientras que el *abuso* se define por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. (M. Martín del Moral y P. Lorenzo Fernández, 2017. p.4). Se entiende por *tolerancia* a “la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado, o una disminución notable de los efectos de la dosis habitual de la droga usada con continuidad.” (Becoña, et al 2010). El *síndrome de abstinencia* es un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el sujeto dependiente de una sustancia cuando se suspende la toma de la misma de manera brusca. Obviamente su clínica, intensidad y duración, dependen, entre otros factores, del tipo de sustancia. Generalmente se inicia dicho cuadro a las pocas horas del último consumo y suele perdurar con mayor o menor intensidad unos cuantos días tras ese último consumo. El manual DSM-IV define como *dependencia* al conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. El *síndrome amotivacional* es definido como un cuadro de larga duración caracterizado por

astenia, apatía, anergia, falta de interés por prácticamente todo lo que no sea conseguir el toxico y reducción generalizada de cualquier actividad. (Al-Halabi, S. et al. 2011. p. 20).

El diagnóstico del consumo problemático de sustancias psicoactivas se realiza siguiendo los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales “DSM-V” en el que se considera que los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), el tabaco, y otras sustancias. Estas 10 clases no son completamente diferentes. Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, el abuso de drogas activa directamente las vías de recompensa. Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de droga produce la recompensa son diferentes, aunque generalmente las drogas activan el sistema y producen sentimientos de placer, denominados frecuentemente “subidón”. (DSM-V, 2014).

Otro medio de diagnóstico es la Clasificación Internacional de Enfermedades mentales según la OMS CIE-10, en la que se considera que el consumo problemático de drogas incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. (CIE-10, 2008).

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta.

Según Marchioni F. Y Gómez López L. en el libro drogas: adolescentes en peligro y padres desorientados (2017) las sustancias se comenzaron a elegir según el efecto que se buscaba producir. Dado que las drogas son capaces de alterar los estados psíquicos de forma deliberada, estas alteraciones de la conciencia son buscadas por la población en general sin considerar la gravedad de los efectos neuronales que provoca forzar nuestro

cerebro a estados inducidos de forma artificial y constante durante periodos prolongados de tiempo. La necesidad de tener sensaciones diferentes es uno de los factores que impulsan a las personas a tomar drogas. Las sustancias psicoactivas pueden clasificarse en: drogas legalizadas/sociales, aquellas que se enmarcan dentro de lo que esta socialmente aceptado como el tabaco y alcohol, medicamentos de uso ilegal como los sedantes y estimulantes y drogas ilegales, aquellas enmarcadas dentro de las llamadas de rechazo social como la marihuana, cocaína, LSD, inhalantes, opiáceos, éxtasis, etc. El tabaco tiene como principal activo la nicotina, una sustancia estimulante del sistema nervioso central y la responsable de la adicción que provoca. El alcohol es la droga legal más consumida en el mundo, euforia excitación y desinhibición son conductas de la primera etapa de ingesta de alcohol debido a que este primero deprime los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera y el individuo parece más sociable. Los medicamentos con uso ilegal son los depresores del sistema nervioso central conocidos como psicofármacos incluyen los barbituratos-benzodiacepinas, los estimulantes incluyen las anfetaminas, la forma de presentación más común es en pastillas que se ingieren por vía oral y que muchas veces suelen triturar para aspirar o inyectar, también se encuentran en forma de gotas e inyecciones. La marihuana se obtiene de una planta que se denomina cannabis sativa, produce efectos psicoactivos en la persona que la consume, es la sustancia ilegal más consumida en la actualidad. La cocaína es un alcaloide que se obtiene a partir de las hojas de la planta de coca, su acción comienza 3 minutos después de ser inhalada, 14 segundos después de ser inyectada por vía endovenosa y 8 segundos cuando se la fuma, sus formas de presentación son: clorhidrato de cocaína (polvo blanco y cristalino que se aspira o se inyecta disuelto en agua), crack (cocaína convertida en cristales que se pueden fumar, se trata con amoníaco o bicarbonato de sodio o agua), pasta base (es similar al crack, elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno). Entre los efectos de la cocaína se puede mencionar euforia, excitación, aumento de sociabilización, alteración mental, hiperactividad, disminución del sueño, inhibición del apetito y aumento de la presión arterial. El LSD pertenece al grupo de los alucinógenos, ya que produce alucinaciones similares a las de los estados psicóticos, se vende en tabletas-capsulas-trozos de papel secante impregnados con la sustancia-de forma líquida, se absorbe rápidamente por vía gastrointestinal y sus efectos son impredecibles. Los Inhalantes, son solventes o anestésicos volátiles que al incorporarse por la inhalación producen un efecto psicoactivo, pueden ser: la gasolina, pegamento, desengrasante, encendedores, pintura en aerosol, cloroformo. Los Opiáceos, se extraen de la semilla de una planta llamada amapola, su efecto es analgésico y constituye una de las drogas más adictivas como la morfina, codeína, heroína, metadona. El Éxtasis, se difunde como la



droga de la felicidad porque lleva a un estado que facilita las relaciones interpersonales y favorece el contacto y la empatía, genera hiperactividad física. (Marchioni F. Y Gómez López L., 2017).

Como se mencionó anteriormente, debido a las múltiples consecuencias y efectos que produce esta problemática en el sujeto, el abordaje del tratamiento debe realizarse de forma integral y global, a través de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales capacitados que incluyan las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes en la que se debe considerar la multicausalidad y todos los factores que inciden en el desarrollo de esta enfermedad.

A partir de esto es necesario distinguir la Terapia Ocupacional de otras áreas prácticas; teniendo en cuenta sus alcances y limitaciones. La OMS define esta disciplina como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social promoviendo el mantenimiento, desarrollo o recuperación de la independencia de la persona.

Además, la terapia ocupacional es una disciplina que trabaja en conjunto con las personas y colectivos que presentan o no discapacidad y con sus ambientes social y físico, facilitando su autodeterminación y competencia en la participación y desempeño en diferentes roles y actividades significativas del día a día, con el fin de que logren reafirmar, incrementar, mantener, reorganizar o reconstruir sus vidas ocupacionales satisfactorias en forma digna, potenciando así su bienestar y calidad de vida. (De las Heras de Pablo, CG. 2015.p 131).

Al mismo tiempo, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WTOF) define la disciplina como: “Una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación”. (Pozo Tamayo J., 2016)

Cabe destacar que la disciplina, además de desempeñar un rol importante en la rehabilitación de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, constituye una herramienta indispensable para realizar acciones preventivas.

Para Williard y Spackman la terapia ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas. La misma se refiere a todas las actividades que ocupan el tiempo de las personas y que dan significado a sus

vidas. La ocupación abarca las actividades cotidianas que permiten a las personas mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad. (Williard and Spackman. 2009).

Los profesionales centran su práctica en la importancia de establecer una relación terapéutica con cada cliente y en diseñar un plan de tratamiento ocupacional basado en el conocimiento sobre su entorno, sus valores, metas y deseos personales. Dada la importancia de hacer una praxis rigurosa de intervención basada en la evidencia, en la década de 1980 se elaboran los modelos propios de Terapia Ocupacional, actualmente los más usados en Salud Mental. El primero, el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner, hace referencia a la ocupación contemplada desde el trabajo, el juego y las actividades de la vida diaria dentro del contexto temporal, físico y sociocultural que caracterizan la mayor parte de vida del ser humano. (Kielhofner, G., 2004). El mismo se basa en la premisa de que el desempeño ocupacional es una fuerza central de la salud, del bienestar, y del cambio evolutivo. Entendiendo al desempeño ocupacional como la compleción de una forma ocupacional. Dicho modelo visualiza a los seres humanos como sistemas dinámicos, auto-organizados que siempre evolucionan y cambian en el tiempo y a la participación ocupacional continua como la base de esta auto-organización. Eso significa que ser humano al participar en tareas de trabajo, tiempo libre, y de la vida diaria, mantienen, reafirman, forman y cambian sus capacidades, creencias, y disposiciones. De acuerdo a este modelo, la participación ocupacional emerge de la relación entre la persona con las condiciones del ambiente y se considera que la persona se compone de los siguientes componentes: la volición, hace referencia a las elecciones que la persona realiza para actuar, la misma incluye los valores, la causalidad personal y los intereses. Estos se relacionan con lo que uno encuentra importante, con cuan efectivo se siente uno al participar en el mundo y con lo que uno encuentra placentero y satisfactorio. La habituación se refiere a la adquisición y exhibición de ciertos patrones recurrentes de desempeño ocupacional que conforman la mayoría de la vida diaria de las personas, estos patrones son regulados por los hábitos y roles. El proceso de adquisición y repetición de estos patrones de desempeño ocupacional es denominado habituación y la capacidad de desempeño que encierra una relación compleja de capacidades básicas pertenecientes a los sistemas internos del organismo tales como los sistemas músculo-esquelético, circulatorio, pulmonar, neurológico, cognitivo. Estas capacidades básicas al interactuar con factores ambientales permiten a la persona expresar habilidades en la ocupación. Dicho modelo, logra diferenciar términos que pueden resultar parecidos a la hora de hablar sobre el que hacer en la vida diaria, por eso cabe decir que la participación ocupacional se refiere a la participación en el trabajo, juego o actividades de la vida diaria que son parte del contexto social, es decir a la

participación en roles de vida ocupacional tales como voluntario, trabajador, dueño de casa, estudiante. Nuestra participación ayuda a crear nuestra identidad. La identidad ocupacional se define como el sentido de quién es uno y los deseos de llegar a ser un ser ocupacional generado por una historia personal de participación ocupacional. La competencia ocupacional es el grado en el que uno mantiene un patrón de participación ocupacional que refleja identidad. Competencia se relaciona con expresar la identidad en la práctica del hacer. La adaptación ocupacional corresponde a la construcción de una identidad ocupacional positiva en conjunto con el logro de una competencia ocupacional a través del tiempo, siempre en relación con las oportunidades y demandas del contexto ambiental. La adaptación ocupacional es única para cada individuo, dependiendo de la interrelación entre estos tres factores. (MOHO, 2004).

El segundo, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP), contempla a la persona como agente activo con el potencial suficiente para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medio ambiente. Este modelo se basa en una perspectiva centrada en el cliente, recobrando así las raíces humanistas de la profesión. Al hablar de cliente se refiere tanto a personas a escala individual, como a grupos, empresas, o comunidades. El mismo ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente, y que pueden participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona. El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad. Se puede destacar la complejidad del desempeño ocupacional ya que va más allá de desarrollar una ocupación (implica poder elegir y organizar). Esta ocupación no puede ser cualquiera, debe ser significativa para la persona, pero al mismo tiempo culturalmente adaptada. El objetivo final va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, es el disfrutar de una vida en plenitud y el que toda persona pueda contribuir a la sociedad. El desempeño ocupacional no es un proceso estático sino dinámico, así viene reflejado en su representación, entre la persona, el medio y las ocupaciones. La persona está conectada con el medio, de esta interacción nace la ocupación. (Simó S., 2006).

Como se puede observar, la terapia ocupacional es la profesión que desde sus inicios centra su mirada en la ocupación y en la persona como protagonista en su proceso de implicación para alcanzar una vida saludable, productiva y satisfactoria, acorde a los paradigmas actuales utilizados en las intervenciones de salud mental. La intervención centrada en la persona toma como elemento relevante la volición. Los pensamientos y

sentimientos volitivos se relacionan con el sentido de la eficacia o capacidad personal, el valor que se da a lo que uno hace y el goce que uno experimenta al actuar. La volición es un proceso continuo que ocurre a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones (Kielhofner G., 2004).

Además, la salud es alcanzada y mantenida cuando las personas son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que les permiten llevar a cabo una participación deseada o necesaria en los diferentes contextos de vida. La gran cantidad de actividades u ocupaciones existentes están categorizadas como áreas de ocupación en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional y se ordenan como: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social. La misión última de los terapeutas ocupacionales es capacitar a las personas para que alcancen un equilibrio en las ocupaciones que conforman sus rutinas. Para ello, es necesario orientar la intervención ocupacional hacia la integración e inclusión de las personas, basándose en los proyectos vitales de estas. Desarrollar la intervención sobre la realidad de cada persona, contemplando desde una perspectiva holística los complejos procesos individuales para encontrar la solución más adecuada a cada proyecto. Construir una sociedad de oportunidades e igualdades sin exclusiones, buscando ofrecer un entorno sin barreras y con posibilidades. (Guzmán et al., 2016).

Desde esta disciplina se acompaña en el proceso de resignificación de la vida, la reconstrucción de una red de apoyo, y reinserción sociolaboral. Como articuladores sociales, los terapeutas ocupacionales, deben contribuir al fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios ya que un abordaje inclusivo significa desarrollar el sentido de conexión y pertenencia de esta población. Para poder aportar en el proceso de resignificación de la vida de una persona, es necesario tomar en cuenta la singularidad del sujeto, determinada por su cultura y la sociedad en la cual se encuentra inserto. Es de suma importancia considerar su historia de vida, sus lazos sociales y dar lugar a revisar las actividades que se fueron interrumpiendo con el consumo.

La prevención de recaídas parte de la suposición de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá. Por tanto, se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la

recaída; aprender a identificar las señales que anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). Todo este proceso es parte de darle un nuevo significado a las circunstancias que nos interpela en la vida cotidiana.

En el marco de la Terapia Ocupacional, la actividad se presenta como un espacio de encuentro con el otro, de interacción con personas y objetos. Esa interacción le implica al sujeto una demanda, en contraposición a lo que ocurre cuando consume: la sustancia no le hace preguntas, no lo interpela, está allí lista para producir su efecto. De esta manera se empieza a dar lugar a otros en esa relación que era exclusiva entre la persona y la sustancia, en este proceso la persona pasaría de la elección de una sustancia a encontrarse con actividades, con otras personas. Podría reconocer intereses propios con los cuales identificarse, empezar a desprenderse de esa identidad de adicto hacia una nueva identidad ocupacional, podrá ir estableciendo rutinas y hábitos diferentes a los que sostenía.

Desde esta disciplina se debe sostener un espacio de contención y sostén mutuo. A partir de esto, en el tratamiento se van instituyendo otras referencias que funcionen como agentes de demora respecto al consumo para así abrir su abanico social y de acción.

La palabra ocupación, base fundamental de esta disciplina, emana del concepto general de ocuparse a uno mismo y de ejercer control en la vida propia. La ocupación se refiere a grupos de actividades y tareas de la vida diaria, nominadas, organizadas, y a las que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura. Incluye los ámbitos de auto-cuidado, ocio y productividad. Es una necesidad humana básica. Toda persona debe estar ocupada en las distintas facetas de su vida. Hay una relación fundamental entre la ocupación y la salud. Por salud se puede entender a tener las oportunidades, las habilidades para involucrarse en patrones significativos de ocupación para el cuidado del uno mismo, el disfrute de la vida y contribuir al tejido social y económico de la comunidad a lo largo de la vida; más allá de la ausencia de enfermedad. Está muy relacionado con el concepto de calidad de vida, entendido como el poder elegir y participar en ocupaciones que promueven esperanza, generan motivación, ofrecen significado, crean una visión que orienta la vida, promueven la salud, y posibilitan el empoderamiento. Las ocupaciones le dan significado a la vida, cuando llenan y satisfacen un propósito personal y culturalmente importante. Los terapeutas ocupacionales, inspirados por el principio de justicia ocupacional y de inclusión consideran el acceso a la ocupación significativa como un derecho humano básico. Además, la ocupación organiza el comportamiento, implica la expresión de la personalidad propia, así como la conexión con la sociedad y el manejo del tiempo. La

ocupación es más efectiva cuando le da un sentimiento de control a la persona. Las personas deben tener oportunidades para elegir, esto debemos trasladarlo al tratamiento. Pero el control es más que la capacidad de elección. Un elemento importante es cuando las personas buscan formas creativas para conseguir lo que quieren, o son persistentes. La capacidad de control viene determinada por el medio. (Simó S., 2006).

Ann Wilcock (1998) introduce tres conceptos de situaciones o problemas ocupacionales: Depravación ocupacional, tiene lugar cuando existen limitaciones o circunstancias que no permiten que la persona adquiera, utilice o disfrute de la actividad, ya sea por aislamiento o por falta de recursos económicos. Alienación ocupacional, se produce cuando, a pesar de haber participación en ocupaciones, se da una falta de satisfacción personal; puede deberse a diferentes causas: la ocupación es demasiado estresante o demasiado aburrida o poco significativa. Desequilibrio ocupacional, se refiere a la falta de equilibrio o balance entre las áreas de desempeño. Este último representaría el estado en el que la persona no puede participar en ocupaciones que le permitan ejercitar sus capacidades físicas, mentales y sociales. (Wilcock A. 1998).

Kielhofner propuso el Modelo de Adaptación Temporal con el fundamento que “el uso y organización del tiempo es uno de los indicadores de ajuste exitoso de las demandas de vida”. Con este fundamento él reafirma lo expresado por Reed y Sanderson, que el “equilibrio no implica igual cantidad de tiempo en cada área, sino que implica algún tiempo en el transcurso de una base regular”, que más adelante lo explica diciendo que “el equilibrio más que representar cierta cantidad de trabajo, juego y descanso reflejan una interdependencia dinámica de estos espacios de vida y su relación a valores internos, intereses, metas y para las demandas externas del medio ambiente”. (Christiansen, 1996.)

Es necesario considerar que las personas en su vida diaria se comprometen en ocupaciones que son de diversa índole y que éstas varían en cantidad, calidad, grado de compromiso y en intensidad a lo largo del tiempo. Así, los seres humanos nos involucramos en distintas ocupaciones de acuerdo a nuestras necesidades, entendiéndose como tal aquellas que están de acuerdo a intereses personales, y de acuerdo a las demandas impuestas por la familia, la sociedad y la cultura (factores externos). Pero, por otra parte, también se hace necesario que las ocupaciones en general, para la calidad del resultado, sean acordes a las capacidades de esfuerzo y a las habilidades de cada cual (factores internos). Finalmente, también es importante que ellas nos den satisfacción (factores internos). Todo lo anterior significa que el equilibrio es incumbencia de cada cual y que su percepción es personal. (Valdez R., 2006).

El equilibrio ocupacional es un agente importante para la mantención de la salud y del bienestar. Adolf Meyer describe la importancia del “equilibrio de las cuatro extensiones:

trabajo y descanso, juego y sueño”. Este autor opina que debe darse la oportunidad a las personas para que organicen su tiempo en rutinas normales de vida, especialmente en el trabajo, dice: “el hombre debe satisfacer sus necesidades interpersonales logrando como resultado bienestar físico y psicológico”. (Christiansen, 1996.)

Este equilibrio en las áreas ocupacionales es inestable ya que está influenciado por el contexto que es extremadamente cambiante, y por el medio en general. Esta inestabilidad es un factor de riesgo que puede afectar positiva o negativamente la salud y el bienestar de las personas. Si bien, idealmente y en forma continua, debemos tratar de mantener equilibradas nuestras ocupaciones, su mismo dinamismo, factores de personalidad o de condiciones de vida hacen que también haya desequilibrios. De esta manera existe un inter juego continuo entre equilibrio y desequilibrio por lo que algún grado de desequilibrio es normal. Pero si el desequilibrio es mantenido o intenso puede ser nocivo. Para el logro de equilibrio ocupacional intervienen factores internos y externos que lo hacen un fenómeno complejo que, por esta misma razón es dinámico y también es personal, principalmente debido a los factores internos que intervienen. (Gómez Lillo, 2021).

La frecuencia de consumo es directamente proporcional al grado de inactividad ocupacional, exceso de uso inadecuado del tiempo libre y falta de orientación en la adquisición de hábitos de estilo de vida saludable. (Gómez Beleño).

El Terapeuta Ocupacional mediante entrevistas con el usuario o sus familiares conforma la historia ocupacional, instrumento importante para la recogida de información y para el planteamiento de hipótesis a la hora de realizar el diagnóstico ocupacional, en el que se recogen los siguientes aspectos: Hábitos, rutinas cotidianas y nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, roles ocupacionales en todos los ámbitos, nivel de adecuación en cuanto a la utilización del tiempo libre: proyectos, tipo de actividades de ocio que realiza y/o por las que se manifiesta interés y grado de satisfacción que experimenta, capacidad de desempeño de destrezas sensorio-motoras, cognitivas y de interacción y comunicación interpersonal, tanto objetiva como subjetiva, entorno/contexto ocupacional: factores ocupacionales de riesgo y protección presente en los entornos físico, socio-familiar, productivo y de tiempo libre. (Puerto Barrena, 2014).

Las personas con problemas de adicción a sustancias pueden presentar numerosas alteraciones en el desempeño ocupacional. El impacto que las drogas producen en las personas afecta en mayor o menor medida a todas las áreas del desempeño ocupacional, siendo la tarea del terapeuta ocupacional en este campo la rehabilitación funcional que favorezca la autonomía en todas las áreas de desempeño y ocupación de las personas con problemas de adicción. (Rodríguez et al, 2013).

Estas personas se han visto afectadas por los aspectos básicos relacionados con el equilibrio ocupacional debido a su estado de consumo. Entre ellos, se encuentra que los hábitos, los roles y las rutinas han cambiado, lo que dificulta la implementación de algunos aspectos básicos de la vida diaria. Adicionalmente, se ven afectadas algunas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y, por supuesto, actividades relacionadas con el ocio y el tiempo libre, que son ocupaciones importantes y en la vida de cada persona, es diferente. Por consiguiente, un adecuado manejo del tiempo libre puede generar el desarrollo de nuevas habilidades, manteniendo equilibrado el ámbito psicosocial propio de cada individuo. Entonces, se puede decir que, al emplear de manera poco productiva el tiempo libre, se pueden desarrollar conductas desadaptativas, inclinación por consumo de estas sustancias psicoactivas, desarrollo de patología dual y un sin fin de alteraciones que puede generar un desequilibrio ocupacional. (González, et al, 2020).

La Terapia Ocupacional, tienen un papel muy importante dentro del modelo biopsicosocial en la rehabilitación de personas con esta patología, en el que es imprescindible la actuación de todos los miembros que componen el equipo multidisciplinar. La conciencia de enfermedad, la rehabilitación de daños cognitivos, la prevención de recaídas y el cuidado del entorno son necesarios a la hora de establecer una vida sana y una rutina ocupacional adecuada para tener una vida lo más independiente y sanamente posible. (Puerto Barrena, 2014).

La toma de decisiones condicionadas por el consumo de sustancia psicoactivas, lleva a las personas farmacodependientes a tomar decisiones favorecedoras de consumo, en cuanto a la elección de actividades a realizar en momentos de ocio y tiempo libre, es por esto que la Terapia Ocupacional, a través de sus intervenciones, puede contribuir positivamente en el suministro de estrategias que conlleven a la elección y realización de actividades significativas, promoviendo la participación continua en procesos de rehabilitación, que le permiten a los usuarios desarrollar nuevas habilidades a poner en práctica en su tiempo libre, alejados del consumo. (González, et al, 2020).

El papel del terapeuta ocupacional es lograr que la persona adicta pueda volver a encontrar ocupaciones que le motiven a cambiar sus rutinas que únicamente se basaban en consumir sustancias. Y así poder reinsertarse en la sociedad habiendo recuperado sus roles y encontrado nuevas metas. (Moruno et al, 2020).



## Marco Metodológico

### 1. Tipo de estudio

Esta investigación fue descriptiva, ya que se “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.” (Hernández Sampieri R et al., 2014, p.92 Sexta edición)

Además, dicha investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, que según el autor antes mencionado considera que este tipo de enfoque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (p.4)

### 2. Diseño de estudio

El tipo de diseño de estudio elegido para esta investigación fue no experimental, ya que los mismos “se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. (Hernández Sampieri R et al., 2014, p.152 Sexta edición)

Además, será de corte transeccional o transversal ya que “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.” (p.154)

### 3. Definición de variables

#### ***Equilibrio ocupacional***

Definición conceptual: El equilibrio ocupacional se entiende como “la percepción o experiencia subjetiva que tiene el propio individuo acerca de tener la cantidad adecuada de ocupaciones, la correcta variación entre las mismas y la satisfacción con el tiempo dedicado” (Wagman et al., 2012, p.15).

Definición operacional: Para medir esta variable se empleó el instrumento evaluativo *El pastel de la vida* para recolectar datos acerca del equilibrio ocupacional de la población estudiada

Categorías:

- Sueño

- Alimentación
- Higiene
- Vestido
- Actividades del hogar
- Estudio
- Trabajo
- Tiempo libre
- Esparcimiento personal

### ***Sustancias psicoactivas***

Definición conceptual: Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente *droga*, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos sensoperceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento (Al-Halabí Díaz S. et al., 2011, Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición p. 18)

Definición operacional: Para medir esta variable se aplicó una encuesta diseñada por la investigadora que cuantificó el porcentaje de consumo de las sustancias psicoactivas en la población estudiada.

Categorías:

- Drogas sociales
- Drogas ilícitas
- Medicamentos con uso ilícito

### ***Frecuencia de consumo***

Definición conceptual: La frecuencia de consumo de sustancia hace referencia a la cantidad de veces que esa persona hace uso o abuso de drogas. Existen diferentes tipos: El uso experimental: una droga se consume para probar sus efectos y, después de un determinado número de usos, se abandona. El uso regular o social: se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y su consumo se integra al estilo de vida habitual. El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico. Abuso y dependencia, como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas. (Infodrogas, 2022).

Definición operacional: Se empleó una encuesta la cual abarcó las diferentes frecuencias de uso de sustancias psicoactivas con la explicación de los mismos, como así

también el tipo de sustancias psicoactivas existentes para el investigado pueda señalar su consumo.

Categorías:

- Consumo experimental
- Consumo ocasional
- Consumo habitual
- Consumo compulsivo

### ***Vida Diaria***

Definición conceptual: La vida diaria de una persona hace referencia al conjunto de las actividades que cumplen una serie de funciones que, dependiendo de diferentes factores como la cultura, el estado de salud, la edad, el entorno de la persona, etc., tendrán un valor u otro. Para la Terapia Ocupacional las actividades o roles que realizamos y cumplimos los seres humanos han sido objeto de atención e interés constante desde sus orígenes, y son estos mismos los que van a determinar el estilo de vida diaria del sujeto. (Manrique B., 2022).

Definición operacional: Se realizó una entrevista a partir de la evaluación OPHI-II-1-, enfocando la entrevista principalmente en la sección de roles ocupacionales.

Categorías:

- Trabajo
- Estudios
- Motivo de renuncia
- Organización religiosa
- Cantidad de convivientes
- Grado de afección
- Roles ocupacionales

### ***Rutina Diaria***

Definición conceptual: Según la Real Academia Española (RAE), la rutina diaria hace referencia a las costumbres o hábitos adquiridos, que se realizan por mera práctica y de manera más o menos automática. (RAE, 2022).

Definición operacional: Se empleó una entrevista según el instrumento OPHI-II-1-1, haciendo hincapié en la selección de Rutina Diaria.

Categorías:

- Día bueno

- Día malo
- Aspectos importantes de la rutina
- Proyectos

### ***Resignificación de la Vida***

Definición conceptual: En la actualidad y al abordar temas sociales, en relación a esa capacidad de superación individual, se habla de la resignificación, como el proceso de volver a dar significado a algo: aunque el concepto de resignificación no aparece en el diccionario de la Real Academia Española, la inclusión del prefijo –re- nos permite afirmar que el término hace referencia a volver a significar. (Word Press, 2019).

Definición operacional: Se utilizó el instrumento OPHI-II-1-, teniendo en cuenta la selección de Eventos Críticos de Vida.

Categorías:

- Mejor momento
- Peor momento
- Mayor éxito
- Mayor fracaso
- Futuros cambios

### **Población**

Para Hernández Sampieri, "una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones" (2014) Estará conformada por varones con consumo problemático de sustancias psicoactivas que reciben tratamiento en el Centro de Rehabilitación Las Moritas, de Las Talitas, provincia de Tucumán, durante el mes de agosto de 2022.

### **Muestra**

Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. Estará conformada por los varones con consumo problemático de sustancias psicoactivas de entre 20 a 30 años de edad del Centro de Rehabilitación Las Moritas, de Las Talitas, provincia de Tucumán, durante el mes de agosto de 2022.

### **Unidad de análisis**

Según Hernández Sampieri, la unidad de análisis son los sujetos "que van a ser medidos" (2003:117) Cada uno de los varones con consumo problemático de sustancias psicoactivas de entre 20 a 30 años de edad, del Centro de Rehabilitación Las Moritas, de

Las Talitas provincia de Tucumán, durante el mes de agosto de 2022. Que respondan a los criterios de inclusión y exclusión descriptos en adelante. O que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

### **Criterios de inclusión**

Participarán en este estudio los varones entre 20 a 30 años de edad del Centro de Rehabilitación Las Moritas, de Las Talitas, provincia de Tucumán, durante el mes de agosto de 2022, que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Quedarán excluidos en este estudio los varones menores a 20 años o mayores a 30 años de edad. Además, quedarán excluidos los varones de entre 20 a 30 años que no hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.

### **Consideraciones éticas**

Se solicitó consentimiento informado de las personas encuestadas; así mismo se garantizara la confidencialidad de la información y el anonimato de quien lo solicite; además se solicitó autorización a la UNSTA para iniciar el trabajo de investigación.

### **Instrumentos para la recolección de datos**

Para recolectar los datos acerca del equilibrio ocupacional de la población estudiada se empleó el Pastel de la Vida, gráfico en el cual el sujeto tuvo que colorear según la cantidad horaria dedicada a esa área ocupacional específica. Además encuestas realizadas por la investigadora y la evaluación OPHI-II.

### **Plan de análisis de datos**

Con la información recolectada, se construirá la matriz de datos. Luego se presentarán los resultados en tablas o gráficos con sus respectivos análisis descriptivos.

## Capítulo IV:

### Resultados y análisis de datos

En el presente capítulo se muestra la sistematización de los resultados de las encuestas realizadas a la muestra seleccionada de la población en análisis en la institución nombrada. A la hora de aplicar los instrumentos de medición se entrevistaron a 11 varones ya que eran las personas disponibles dentro del rango de inclusión del presente estudio teniendo en cuenta la edad. A partir de estos datos se elaboraron gráficos obtenidos de las encuestas realizadas con sus respectivos análisis descriptivos. Recordamos que esta investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Estudio de corte transversal ya que los datos fueron en un momento dado, en un tiempo único.

El primer objetivo específico de esta investigación fue: Analizar el equilibrio ocupacional que poseen las personas que consumen sustancias psicoactivas, de entre 20 a 30 años de edad que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos “Las Moritas”.

Para la medición de la primera variable, el *Equilibrio Ocupacional*, se empleó como instrumento evaluativo *El pastel de la vida*, evaluación no estandarizada utilizada frecuentemente en Terapia Ocupacional para obtener información gráfica sobre la rutina diaria de una persona y su posible desequilibrio ocupacional. Es un gráfico de torta fraccionado en 24 partes que representan las horas del día. En ese gráfico de torta, la persona marca con distintos colores el tiempo destinado a diversas áreas ocupacionales y/o categorías: Sueño, Alimentación, Higiene, Vestido, Actividades del hogar, Estudio, Trabajo, Tiempo libre y Esparcimiento personal. Se buscó responder al primer interrogante de la investigación: ¿Cómo es el equilibrio ocupacional que poseen las personas entre 20 a 30 años de edad, consumidoras de sustancias psicoactivas?

Los resultados se volcaron en una planilla Excel que permitió cuantificar las diferentes respuestas para ser analizadas, evaluadas, poder concluir sobre las mismas y realizar las propuestas que permitirán generar y/o mantener cierto equilibrio ocupacional en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales de forma sana. Lo que permitiría mejorar y/o mantener la calidad de vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Luego para un estudio cuantitativo se procedió al cálculo del total de horas dedicadas a cada actividad, para luego obtener el promedio de horas que los entrevistados

dedican a cada actividad y finalmente poder obtener un porcentaje de horas en el día que se destina a cada actividad.

Los resultados tabulados y cuantificados fueron analizados desde lo general a lo particular. Así se puede analizar el porcentaje de las horas del día que se destina a cada actividad analizada (categorías).

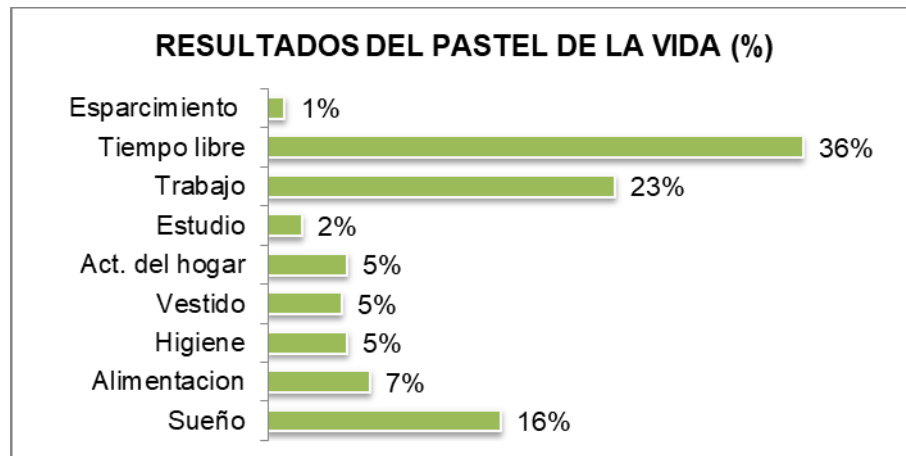


Fig. N°1: Resultados del pastel de la vida expresados en porcentajes de horas del día.

En este gráfico se puede ver que las barras de mayor longitud revelan las categorías o actividades a las que más horas del día destinan los entrevistados en su vida diaria. Por un lado vemos que el tiempo libre se presentó como la ocupación que más horas consume del día representando el 36% del día. En orden decreciente vemos que el trabajo ocupa el segundo lugar, representando un 23% del total del día. Ya en tercer orden aparece la categoría sueño representando el 16% del día.

Por otro lado vemos las categorías que muestran las barras de menor longitud. En orden decreciente vemos que el estudio ocupa un 2% del total del día. Y en último orden aparece la categoría esparcimiento personal mostrando el 1% del día.

En un estudio individual se puede observar la categoría de mayor impacto en la vida diaria, el tiempo libre, lo que permitió ver que los resultados son muy variables entre la población entrevistada. Así como hay varones que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas" que manifestaron usar 17 o 18 horas de tiempo libre al día, hay otros que manifestaron usar 8 o 9 horas y otros, 0 o 1 hora. Por lo que el margen de respuesta para esta categoría es muy variables entre los encuestados.

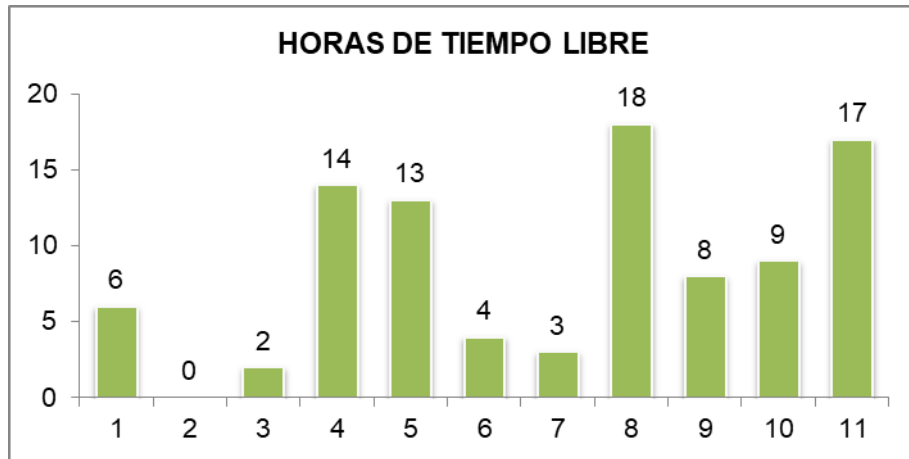


Fig. N°2: Tiempo Libre en horas de dedicación al día.

Luego vemos el área ocupacional del trabajo, en el que el margen de respuesta para esta categoría es menos variables entre los encuestados.

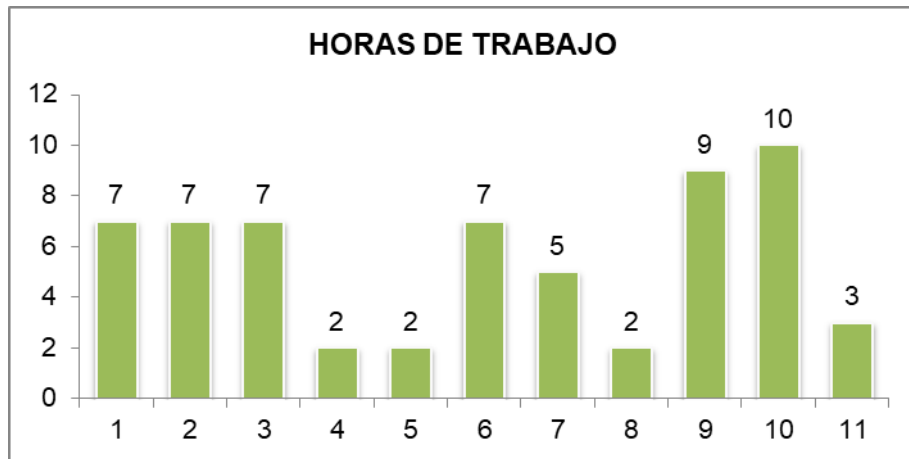


Fig. N°3: Trabajo en horas de dedicación al día.

Para esta categoría las barras de resultados oscilan entre 2 horas y 10 horas de trabajo, siendo un margen amplio de dedicación entre los entrevistados.

Otra área ocupacional de la vida diaria es el sueño. Al analizar los resultados se pudo ver un margen amplio de dedicación entre los entrevistados a las horas de sueño, con barras que varían entre 1 y 7 horas al día.





Fig. N°4: Sueño en horas de dedicación al día.

Para la medición de la segunda variable, el tipo de sustancias psicoactivas, se realizó la encuesta diseñada por la investigadora, que cuantificó el porcentaje de consumo de las sustancias psicoactivas en la población estudiada, con el fin de responder el segundo objetivo específico de este trabajo: Determinar los porcentajes de los tipos de sustancias psicoactivas que consume el grupo bajo estudio.

Esta variable fue dividida en tres categorías de sustancias: Drogas sociales (alcohol y tabaco), drogas ilícitas (marihuana, clorhidrato de cocaína, sustancias inhalantes, alucinógenos, pasta base, opiáceos o anestésicos y crack), y medicamentos con uso ilícito (sedantes y estimulantes). Se consultó a los entrevistados sobre el consumo de las mismas para determinar el segundo interrogante de esta investigación: ¿Qué tipos de sustancias psicoactivas consume el grupo bajo estudio?

Los resultados obtenidos en base a las categorías de sustancias arrojaron que el 100% de la población estudiada consume drogas sociales, el 100% consume drogas ilícitas y el 55% consume medicamentos de uso ilícito.

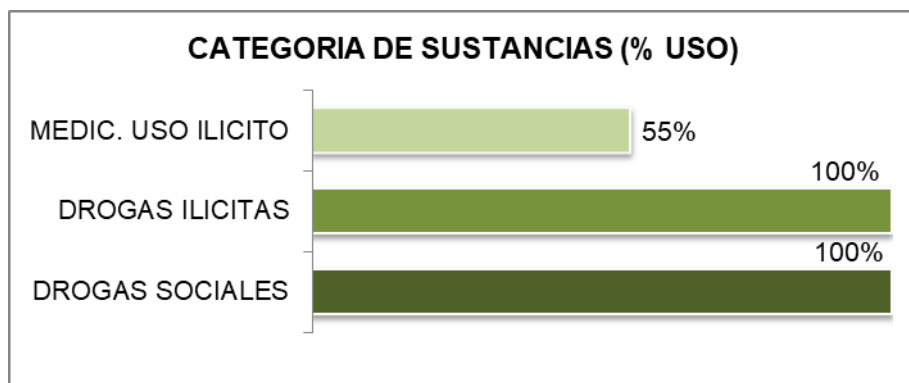


Fig. N°5: Porcentaje de uso de los diferentes tipos de sustancias.

Estas encuestas permitieron además cuantificar el porcentaje de cada tipo de sustancias que consume el grupo bajo estudio, obteniendo valores que indican que el 100% de la población consume tabaco, también el 100% alcohol, además y en orden decreciente se encontró que el 82% consume marihuana, el 73% clorhidrato de cocaína, el 64% crack, el 55% pasta base, y el 55% sedantes, el 45% sustancias inhalantes, el 18% alucinógenos, el 9% opiáceos o anestésicos y no se encontró consumo de estimulantes.



Fig. N°6: Porcentaje de uso de las diferentes sustancias psicoactivas

La tercera variable medida, la frecuencia de consumo de una sustancia, hace referencia a la cantidad de veces que esa persona hace uso o abuso de la misma. Diferenciando el uso experimental, el uso ocasional, el uso habitual y el uso compulsivo.

Para esta medición se empleó una tabla con los tipos de frecuencia de uso de sustancias psicoactivas con la explicación de los mismos y en otra columna los tipos de sustancias psicoactivas existentes. El grupo en estudio debió marcar su situación de consumo para responder el tercer interrogante de la investigación: ¿Cuál es la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas?

Los resultados mostraron en orden decreciente que un 36% de la población manifiesta un consumo experimental de pasta base, un 18% de clorhidrato de cocaína, un 18% de sustancias inhalantes, un 18% de alucinógenos, un 9% de marihuana y un 9% de estimulantes.

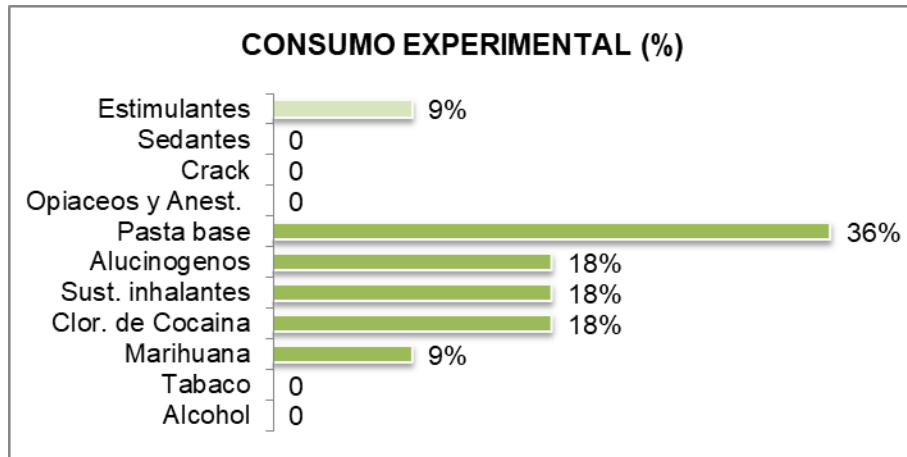


Fig. N°7: Porcentaje de consumo experimental de las diferentes sustancias psicoactivas.

Para la categoría de consumo ocasional los porcentajes son: un 64% de la población manifiesta un consumo ocasional de alcohol, un 64% de tabaco, un 27% de marihuana, un 18% de clorhidrato de cocaína, y un 9% de crack.

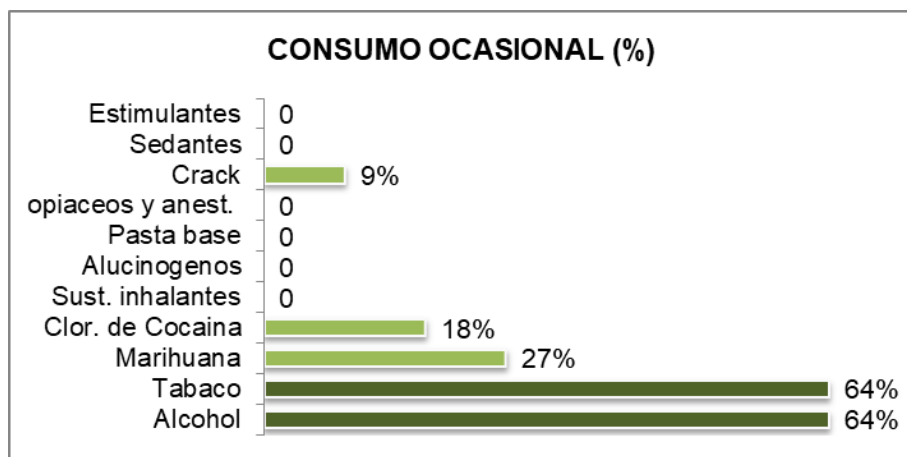


Fig. N°8: Porcentaje de consumo ocasional de las diferentes sustancias psicoactivas.

Para el consumo habitual los porcentajes son: un 64% de la población manifiesta un consumo habitual de marihuana, un 55% de tabaco, un 36% de clorhidrato de cocaína, un 27% de pasta base, un 27% de sedantes, un 18% de crack y un 18% de alcohol.

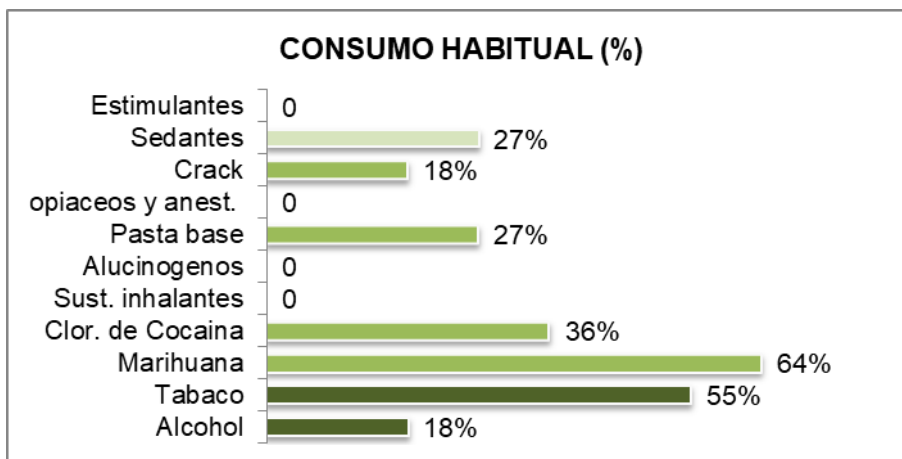


Fig. N°9: Porcentaje de consumo habitual de las diferentes sustancias psicoactivas.

Para la categoría de consumo compulsivo los porcentajes son, un 55% de la población manifiesta un consumo compulsivo de crack, un 36% de clorhidrato de cocaína, un 27% de pasta base, un 18% de tabaco, un 18% sedantes y un 9% de alcohol.

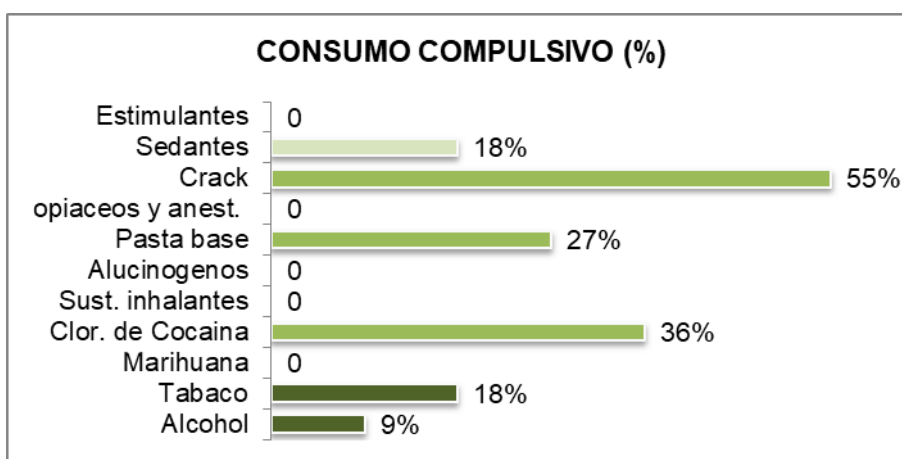


Fig. N°10: Porcentaje de consumo compulsivo de las diferentes sustancias psicoactivas.

El cuarto objetivo de esta investigación es valorar de qué manera impacta el consumo de sustancias psicoactivas en la vida diaria de un grupo de personas entre 20 a 30 años de edad, que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos “Las Moritas”.

La vida diaria se refiere a las acciones que una persona desarrolla diariamente. Algunas son comunes a todos los individuos, mientras que otras dependen de la realidad de cada sujeto. Dicha variable se midió con las siguientes categorías: trabajo, estudios, motivo de renuncia o pérdida de trabajo, pertenencia a organizaciones religiosas, cantidad de convivientes, grado de afección y roles ocupacionales.

Para responder el cuarto interrogante de esta investigación: ¿Cómo impacta el consumo de sustancias psicoactivas en la vida diaria de un grupo de personas entre 20 a 30 años de edad? Se realizó una entrevista a partir de la evaluación OPHI-II-1-1, The Occupational Performance History Interview. (Kielhofner, 1995).

La OPHI-II está basada en conceptos del Modelo de Ocupación Humana, que se enfoca en la motivación, desempeño y organización del comportamiento ocupacional en la vida diaria. Como entrevista semiestructurada, el OPHI-II proporciona un marco de referencia y preguntas recomendadas para efectuar la entrevista a fin de asegurar que se obtenga la información necesaria. Sin embargo, la idea en sí de una entrevista semiestructurada es que el entrevistador debe improvisar la mejor forma de conducir la misma con cada persona.

Los resultados obtenidos fueron sistematizados para su análisis y evaluación. Ante la evaluación de la primera categoría roles ocupacionales se consultó sobre la situación laboral o de estudio del paciente. Así se logró ver que el 91% de la población trabaja o trabajó, y solo un 9% afirma no haber trabajado. Entre los que tienen estudios realizados, un 82% de los encuestados ha alcanzado estudios secundarios incompletos, un 9% menciona tener la primaria incompleta y un 9% afirma tener estudios terciarios completos.

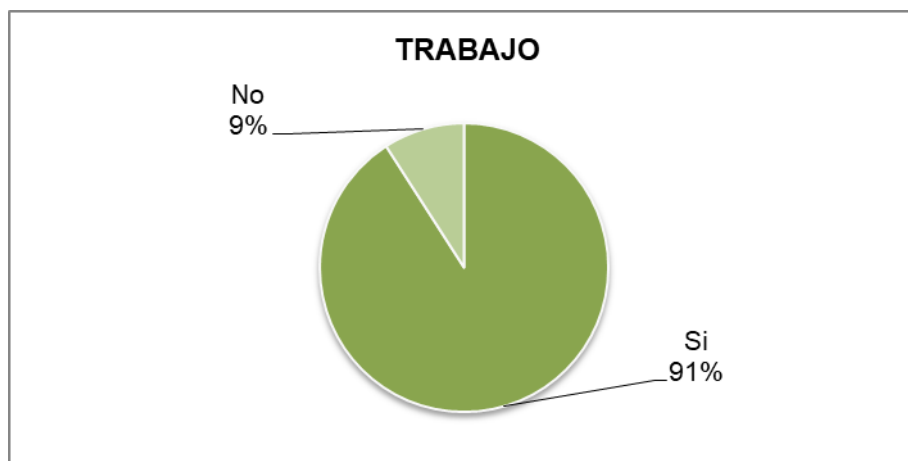


Fig. N°11: Porcentaje de personas con trabajo entre los entrevistados.

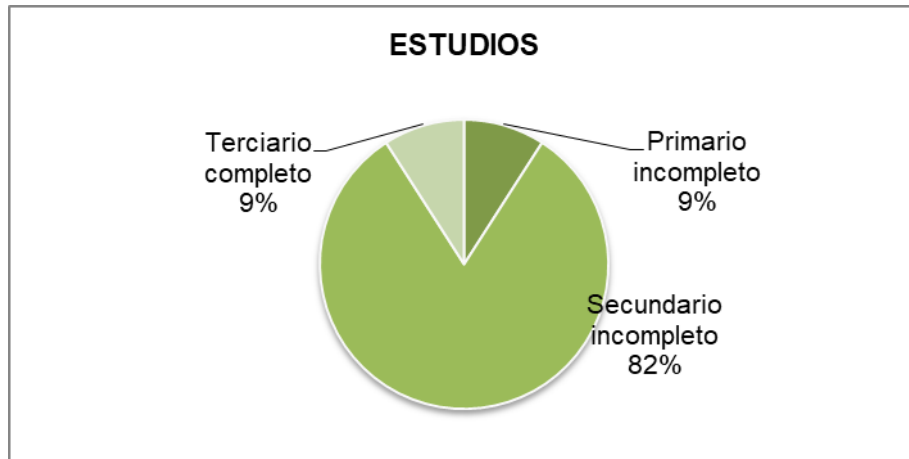


Fig. N°12: Porcentaje de personas con nivel de estudios alcanzados.

Dentro de la misma variable se pregunta por el motivo de renuncia al trabajo o estudio, y el 91% de los consultados menciona el consumo de sustancias psicoactivas como el principal motivo de abandono de su trabajo y/o estudios. Solo el 9% menciona otro motivo.

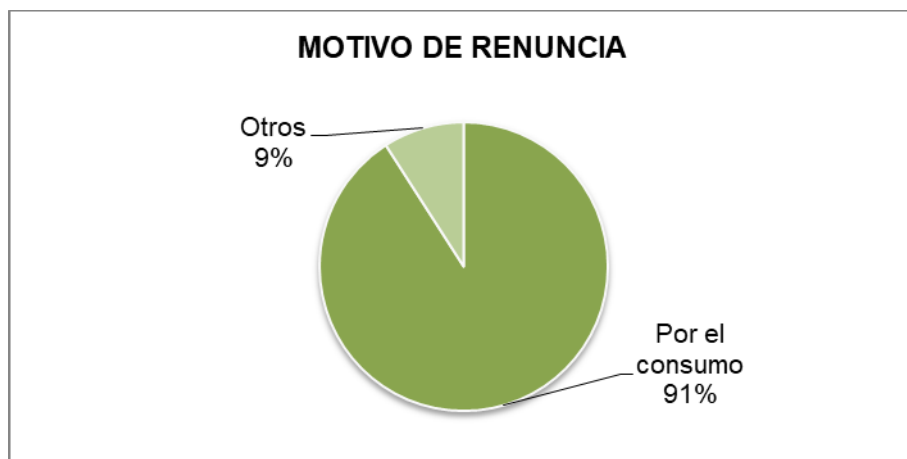


Fig. N°13: Porcentaje de motivo de renuncia entre los encuestados.

En otra categoría de la evaluación OPHI-II-1-1 se midió la participación en organizaciones religiosas. Las encuestas muestran que el 27% de los consultados pertenecen a alguna organización religiosa. Y el 73% contesta que no pertenece.

Otra categoría que se midió es la cantidad de convivientes, donde se les consultó con quien suelen convivir. Aquí se observó que el 55% de la población encuestada convive con 4 a 6 familiares, el 27% manifestó vivir solo y el 18% en hacinamiento (familias numerosas, varios familiares, o casas de consumo).



Fig. N°14: Porcentaje de pertenencia a organizaciones religiosas.

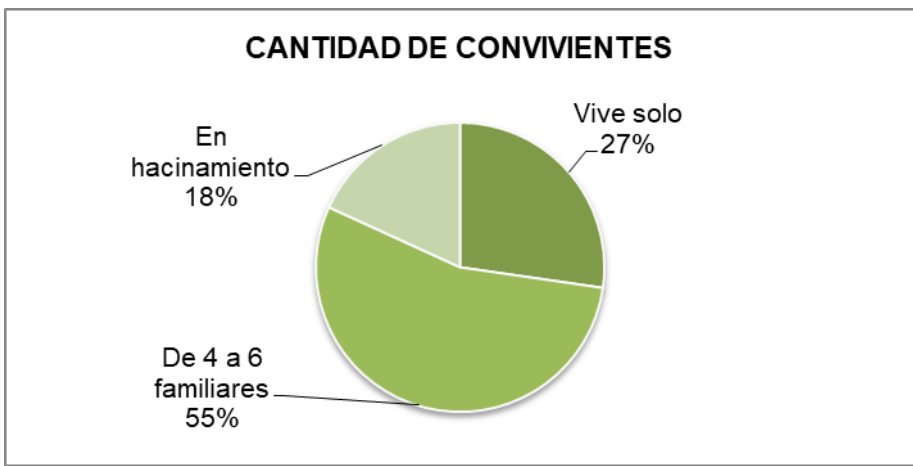


Fig. N°15: Porcentaje de cantidad de convivientes.

Luego se midió la categoría del grado de afección, se consultó en qué grado consideran que el consumo de sustancias psicoactivas ha afectado su vida. Las respuestas surgen en tres niveles, el 27% manifestó muchísimo, el 55% mucho y el 18% más o menos.

Finalmente se cuestionó la categoría roles ocupacionales, describe los roles que el usuario ejerció y como los desempeño, son imágenes que las personas mantienen de sí mismas y las obligaciones o expectativas que acompañan al hecho de pertenecer a estos roles. Surgen los siguientes resultados, el 46% manifestó un rol familiar, el 27% un rol consumidor, y otro 27% un rol de consumidor y delincuente.

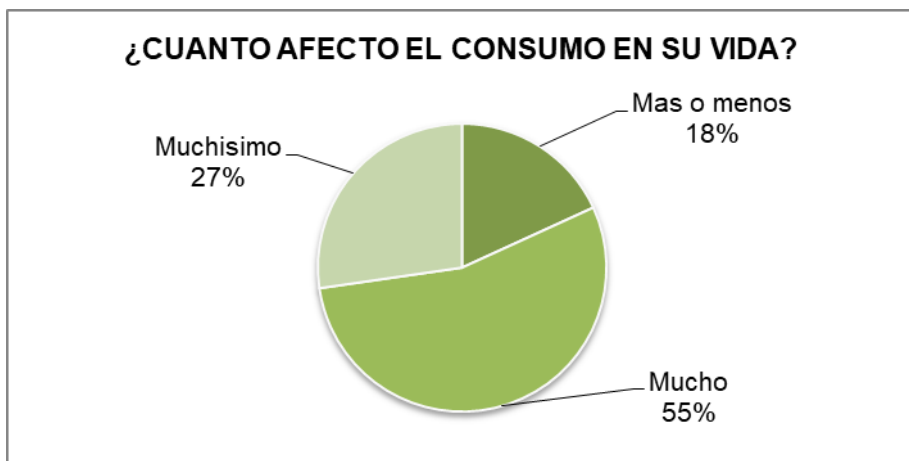


Fig. N°16: Porcentaje grados de afección por consumo en los entrevistados.

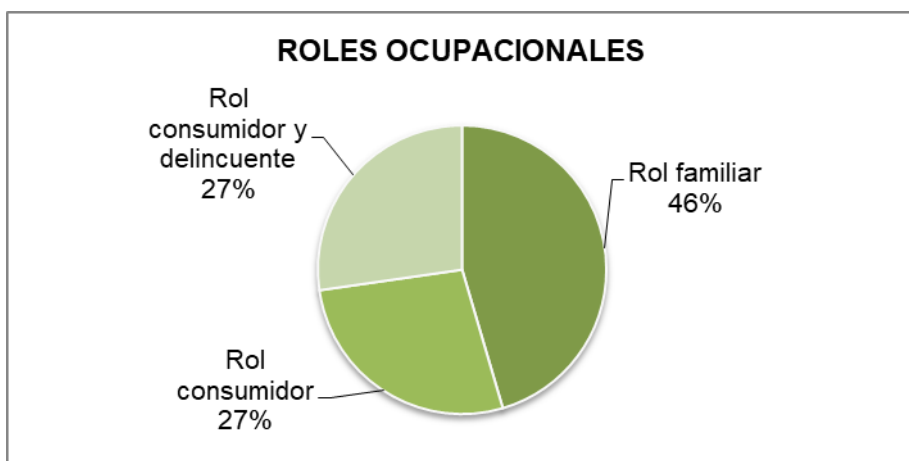


Fig. N°17: Porcentaje de roles ocupacionales en los entrevistados.

La rutina diaria hace referencia a las costumbres o hábitos adquiridos, que se realizan por mera práctica y de manera más o menos automática. Se empleó una entrevista según el instrumento OPHI-II-1-1, haciendo hincapié en la selección de rutina diaria.

Para esta medición se empleó en las entrevistas las categorías de: días malos, días buenos, aspectos importantes y proyectos.

Los resultados muestran que el 55% de los entrevistados califican como día bueno un día con su familia, el 27% un día sin consumo y el 18% otras opciones como un día sin problemas o con trabajo. En tanto el 64% califica como día malo a un día con consumo, el 27% un día sin familia y el 9% otras opciones como con delincuencia.



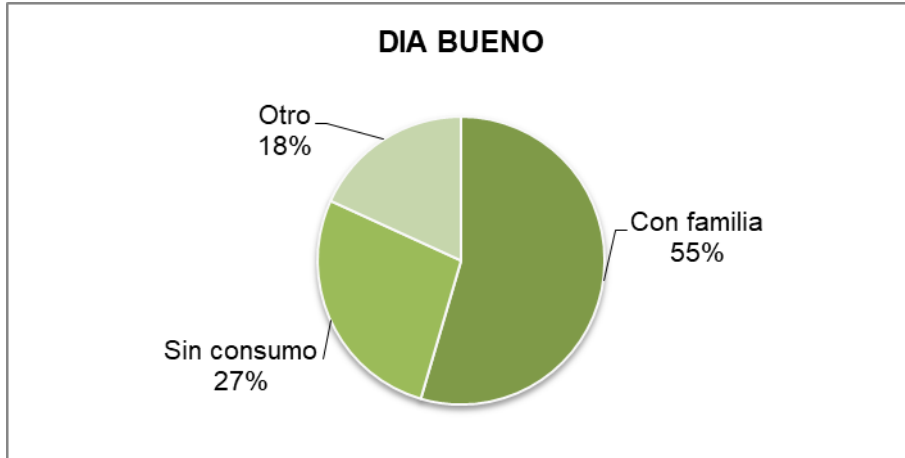


Fig. N°18: Porcentajes de cómo se califica un día bueno.

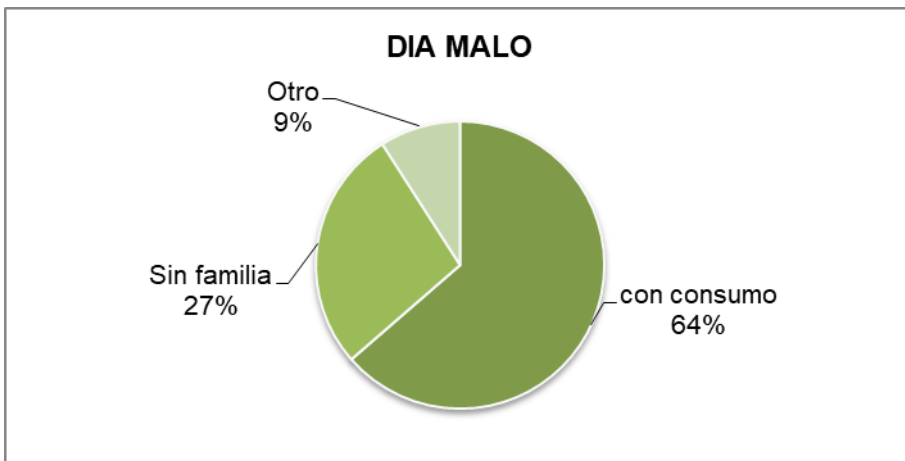


Fig. N°19: Porcentajes de cómo se califica un día malo.

A su vez dentro de la variable rutina diaria se consultó sobre los aspectos importantes de su vida y sobre sus proyectos, donde se obtuvo: un 82% menciona a su familia como aspecto importante y el 18% otras opciones (la escuela o el trabajo) y el 82% menciona el trabajo y/o estudio entre los proyectos y el 18% otras opciones (construir su casa o formar una familia).

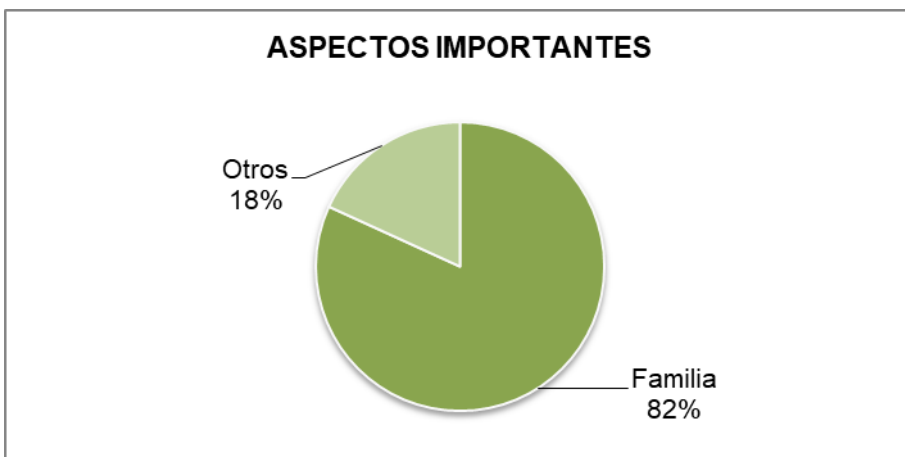


Fig. N°20: Porcentaje de los aspectos importantes.

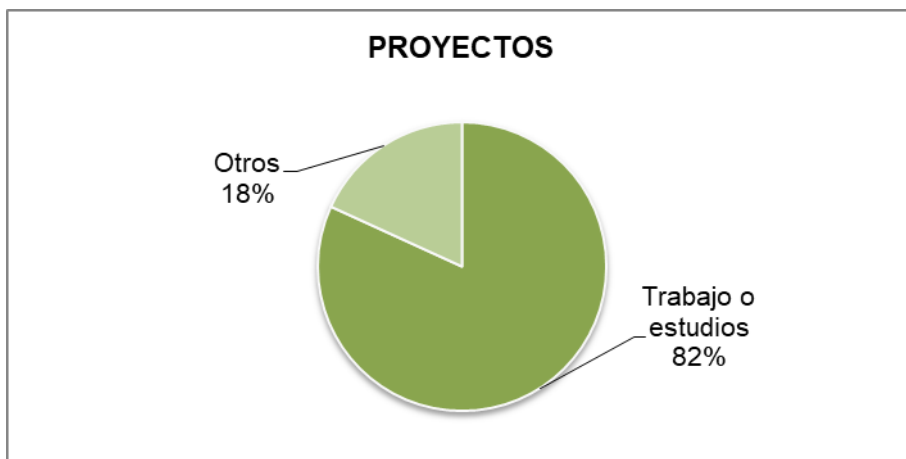


Fig. N°21: Porcentaje los proyectos entre los entrevistados.

La resignificación de la vida refiere a otorgar un sentido diferente al pasado a partir de una nueva comprensión desde el presente, o a dar un nuevo sentido al presente tras una interpretación distinta del pasado. Para la medición de esta variable se utilizó el instrumento OPHI-II-1-1 basados en la selección de eventos críticos de vida, tomando las categorías de: mejor momento, peor momento, mayor éxito, mayor fracaso, futuros cambios.

Los resultados a las dos primeras categorías consultadas arrojaron que: un 46% mencionó como su mejor momento al estar en tratamiento de adicciones, el 36% mencionó la contención laboral y/o familiar y el 18% respondió sin consumo. En tanto para la categoría peor momento, el 46% mencionó pérdidas o separaciones familiares, el 36% mencionó su primer consumo y el 18% otras situaciones como detenciones, intentos de suicidio o situación de calle.

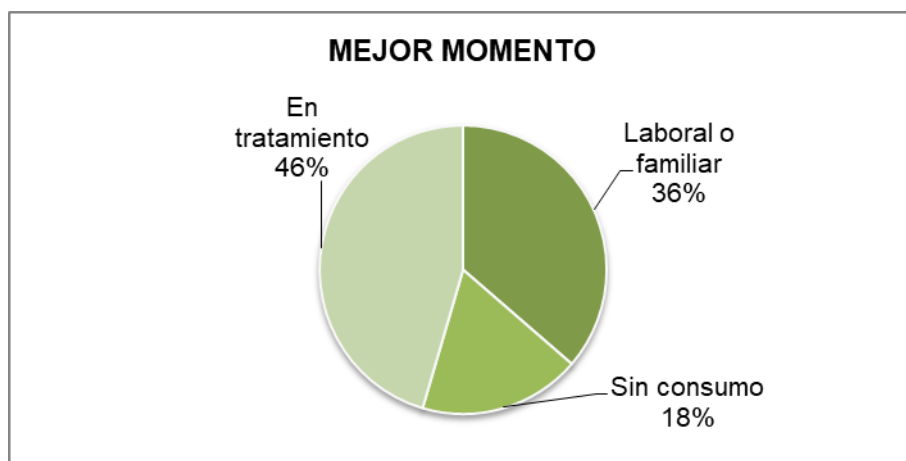


Fig. N°22: Porcentaje del mejor momento en los entrevistados.

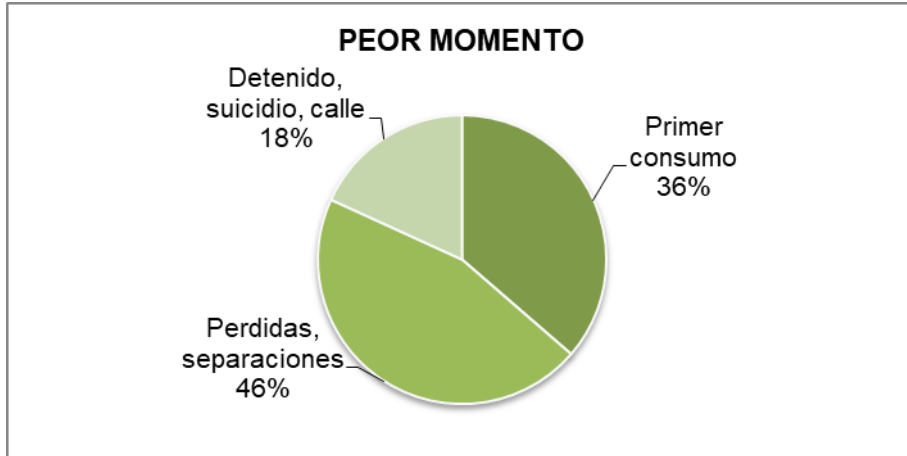


Fig. N°23: Porcentaje del peor momento entre los entrevistados.

Los resultados a las dos segundas categorías consultadas nos arrojaron que: un 37% mencionó como que su mayor éxito fue familiar, el 36% mencionó el laboral y el 27% otras opciones como entrar al tratamiento o respondió no tener un mayor éxito. En tanto para la categoría mayor fracaso, el 55% mencionó situaciones diversas como intentos de suicidio, ser detenido por la policía o no tener un mayor fracaso, el 27% mencionó su primer consumo y el 18% situaciones familiares o laborales.

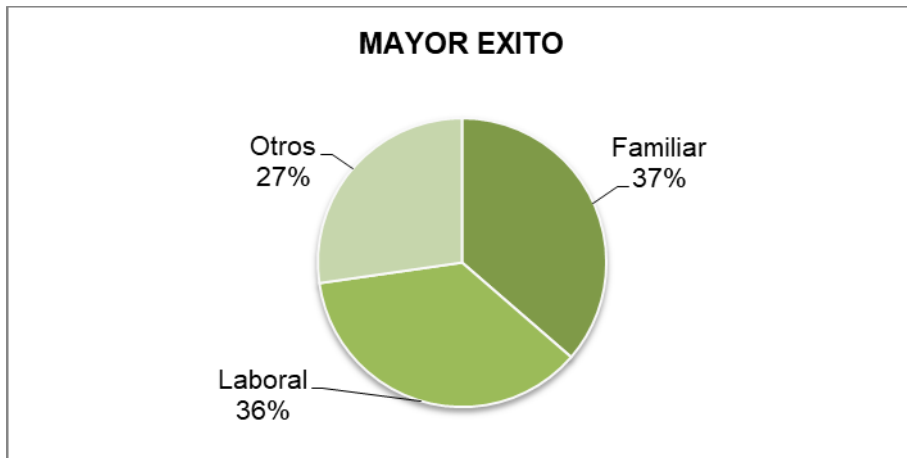


Fig. N°24: Porcentaje del mayor éxito entre los entrevistados.

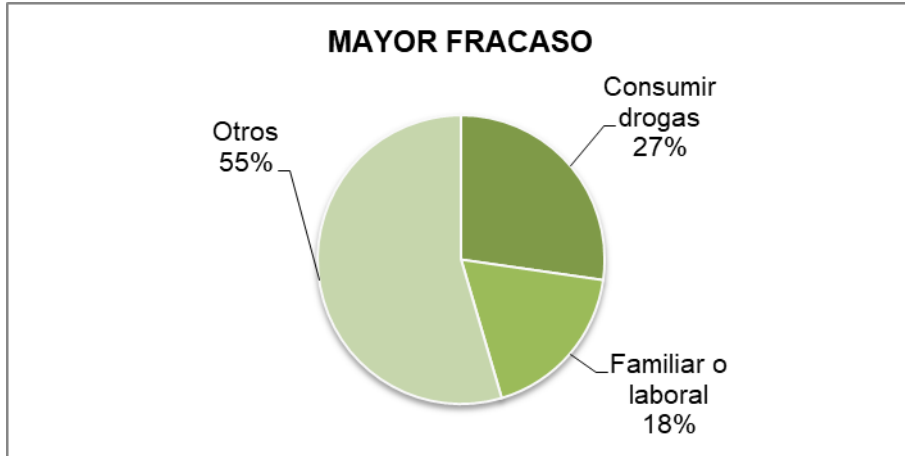


Fig. N°25: Porcentaje del mayor fracaso entre los entrevistados.

Los resultados a la última categoría consultada, futuros cambios, arrojó que un 82% mencionó como su próximo cambio a realizar en cuestiones laborales y/o de estudio, el 9% mencionó el deseo de dejar de consumir y el 9% realizar cambios familiares.

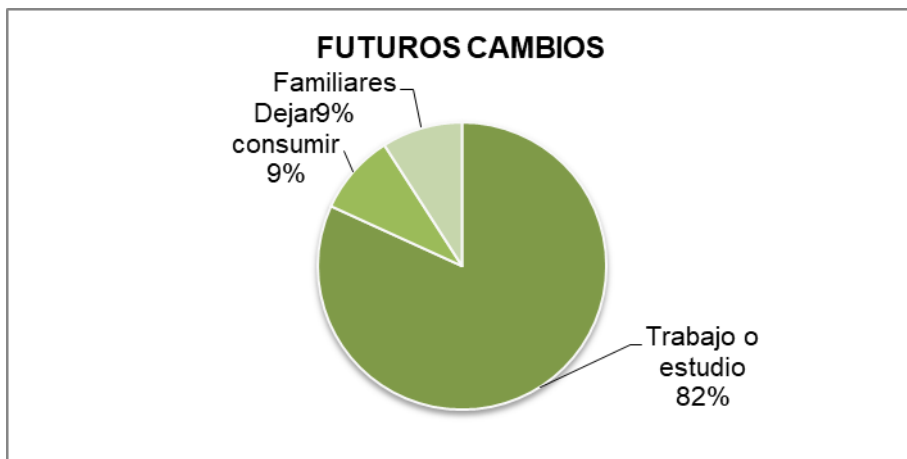


Fig. N°26: Porcentaje de la categoría futuros cambios entre los entrevistados.

## Discusión, conclusión y propuestas

### 1. Discusión

Para la primera pregunta de investigación se aplicó como instrumento evaluativo el pastel de la vida, el cual nos permite ver reflejado gráficamente los resultados acerca del equilibrio ocupacional de las personas que están en tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas en Las Moritas. A la hora de aplicar este instrumento evaluativo fue necesario explicar a los entrevistados la diferencia existente entre el concepto de tiempo libre y esparcimiento personal, entendiendo al primero como el tiempo vacío de tareas significativas, es decir tiempo “muerto” de actividades, mientras que el esparcimiento personal refiere a las horas dedicadas a realizar alguna actividad significativa para la persona como ser: escuchar música, leer un libro, pasear, compartir con otros. A partir de esto se obtuvo el porcentaje de horas del día dedicadas a cada área del desempeño ocupacional. En este sentido, vemos que el grupo destina más horas de su vida diaria al tiempo libre siendo un 36% del día, al trabajo 23% y al sueño 16%. Mientras que las categorías que mostraron menor incidencia son el estudio con un 2% y el esparcimiento personal con un 1% del día.

En cuanto al mayor porcentaje que corresponde al tiempo libre puede deberse, además de por los problemas de consumo de sustancias, a la falta entre la oportunidad y capacidad de desempeñar actividades significativas en un entorno deseado, y/o contar con personas significativas para así cambiar la percepción de vida diaria del ser humano.

Si bien estos resultados son en base a toda la población estudiada, el pastel de la vida evidenció una gran variabilidad entre las respuestas de los entrevistados, donde algunos refirieron tener entre 17 y 18 horas de tiempo libre y otros entre 1 y 2 horas. En relación al trabajo se observó pacientes que dedican 2 horas diarias al trabajo, otros entre 5 y 7 horas, y otros casos entre 9 y 10 horas. En el análisis de las horas de sueño se vio nuevamente la variabilidad en las respuestas ya que algunos referían dormir entre 6 a 7 horas y otros entre 1 y 2 horas.

Se debe recordar que un correcto equilibrio ocupacional ofrece a la persona sensación de bienestar y ayuda a mejorar los estados de salud y calidad de vida. Por ello en esta investigación se buscó cuantificar el porcentaje de horas del día dedicadas a cada área del desempeño ocupacional del grupo entrevistado.

Para la segunda pregunta de investigación se realizó una encuesta creada por la investigadora, la misma fue validada realizando una prueba piloto a otros profesionales de la salud como también a estudiantes de la carrera de la licenciatura en terapia ocupacional con el objetivo de poder verificar la consistencia de las preguntas y realizar cambios en caso de ser necesarios.

A partir de esto se obtuvieron resultados globales que revelan que el 100% de la población estudiada consume drogas sociales, el 100% consume una o más drogas ilícitas, y el 55% consume medicamentos de uso ilícito.

En un análisis individualizado se pudo medir el consumo de los pacientes resultando, el 100% tabaco, el 100% alcohol, el 82% marihuana, el 73% clorhidrato de cocaína, el 64% crack, el 55% pasta base, el 55% sedantes, el 45% sustancias inhalantes, el 18% alucinógenos, el 9% opiáceos o anestésicos y no se encontró consumo de estimulantes.

Los efectos secundarios, signos/síntomas y consecuencias a nivel neurológico, psicológico y conductual que produce cada sustancia son completamente diferentes por ello la intencionalidad de esta investigación de poder diferenciar los tipos de sustancias que consume el grupo de estudio y cuantificar la cantidad de personas que consumen determinada sustancia. El tratamiento para una persona que consume solo tabaco o para una persona policonsumidora de sustancias psicoactivas debería presentar estrategias diferentes.

La neuropsicología brinda conocimiento científico en torno a la etiología y el tratamiento de las adicciones, indicando cuáles son los mecanismos neurobiológicos de actuación, las alteraciones que se producen y las posibles acciones terapéuticas. El consumo de drogas afecta a ciertas estructuras cerebrales desencadenando cambios neurobiológicos o neuroadaptaciones que generan daños en las diversas funciones cognitivas que estas unidades cerebrales manejan. Estos se han evidenciado en numerosas investigaciones donde al parecer, tanto los consumidores de drogas específicas, como los policonsumidores, al ser evaluados en diferentes áreas cognitivas rinden por debajo de la población general, mostrando graves deterioros en los sistemas de atención, memoria, velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva y en diversas funciones ejecutivas correspondientes al lóbulo frontal. Ante esta evidencia, el deterioro cognoscitivo es preocupante, y la introducción de nuevos métodos terapéuticos se hace indispensable. (Arroyo D., 2014, p.120).

Con el objetivo de responder a la tercera pregunta de investigación, nuevamente se realizó una encuesta creada por la investigadora, la misma fue validada realizando una prueba piloto a profesionales de la salud de diferentes áreas como también a estudiantes de la carrera de la licenciatura en terapia ocupacional con el objetivo de poder verificar la consistencia de las preguntas y realizar cambios en caso de ser necesarios.

Una vez aplicado el instrumento evaluativo y sistematizado, se muestran los resultados porcentuales acerca de la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas en el grupo estudiado, diferenciando el uso experimental, el uso ocasional, el uso habitual y el uso compulsivo.

Se obtuvo para un consumo experimental un 36% de pasta base, un 18% de clorhidrato de cocaína, un 18% de sustancias inhalantes, un 18% de alucinógenos, un 9% de marihuana y un 9% de estimulantes. Para la categoría de consumo ocasional un 64% alcohol, un 64% de tabaco, un 27% de marihuana, un 18% de clorhidrato de cocaína, y un 9% de crack. Para el consumo habitual, un 64% de marihuana, un 55% de tabaco, un 36% de clorhidrato de cocaína, un 27% de pasta base, un 27% de sedantes, un 18% de crack y un 9% de alcohol. Para la categoría de consumo compulsivo, un 55% de crack, un 36% de clorhidrato de cocaína, un 27% de pasta base, un 18% de tabaco, un 18% sedante y un 9% de alcohol.

El objetivo principal de esto es poder visualizar en que frecuencia consume la población en estudio los diferentes tipos de sustancias psicoactivas, ya que como se mencionó anteriormente, las alteraciones, dificultades, limitaciones, y desequilibrio en las áreas del desempeño ocupacional no serán las mismas. Merece la pena subrayar que, como avalan los estudios científicos antes mencionados, una persona que consume de forma compulsiva alcohol, no tendría el mismo desequilibrio o alteraciones neuropsicobiológicas que una persona que consume de forma compulsiva crack, pasta base y/o clorhidrato de cocaína, o a una persona que solo consume de forma habitual marihuana.

Estas diferencias pueden parecer innecesarias bajo el pensamiento que de igual forma existe un desequilibrio ocupacional, pero desde la Terapia Ocupacional se interviene particularmente teniendo en cuenta a la persona misma como un todo diferente al resto de los seres humanos, es por eso que es indispensable tomar en cuenta la individualidad de cada caso. A la hora de plantear una intervención todos estos aspectos deberán ser tomados en cuenta para poder realizar un tratamiento eficaz capaz de mejorar la calidad de vida de esa persona en particular.

Para la cuarta pregunta de investigación se muestran los resultados que permiten conocer y percibir la calidad de vida de los entrevistados.

De los encuestados el 91% trabaja o trabajó, y un 82% ha alcanzado estudios secundarios incompletos, además el 91 % afirmó haber perdido el trabajo, renunciado al mismo o abandonado los estudios por su adicción. El 73% no pertenece a organizaciones religiosas y el 55% convive con su grupo familiar. El 55% manifiesta que su adicción lo afecta mucho y el 46% se reconoce en un rol familiar.

En cuanto a los problemas de calidad de vida que refieren las personas se destacan los problemas cognitivos, su estado de ánimo diario y su energía. Además, refieren que el funcionamiento y participación social se ven alterados, sus relaciones se basan únicamente en el consumo y frecuentemente tienen conflictos tanto en sus familias como es su comunidad barrial. Su visión sobre el tiempo libre también es negativa ya que abandonaron actividades que les gratificaba debido al consumo de sustancias. Utilizan la mayor parte del tiempo en la búsqueda y consumo de sustancias y no lo ocupan de forma variada con actividades significativas y saludables.

Por lo tanto se puede concluir que el grupo estudiado tiene una calidad de vida total media-baja, lo que implica un desequilibrio ocupacional alto. Esta percepción de una vida diaria no saludable o con calidad de vida media-baja se debe también a tener problemas en vivienda, autocuidado, trabajo, educación, etc. Los sentimientos de desánimo, falta de energía e irritabilidad influyen en todas las áreas de desempeño ocupacional, como por ejemplo concentración y manejo del dinero.

Para responder a la última pregunta de investigación se utilizó el cuestionario de la OPHI-II-1-1 en la que se muestran los resultados obtenidos sobre el mismo se cuantificaron en base a cinco categorías que referenciaron como fue, es o sería su vida diaria en relación a la calidad de la misma, teniendo en cuenta la significación que cada aspecto nombrado tiene para la persona entrevistada.

Los resultados porcentuales arrojaron que ante la categoría mejor momento, un 46% mencionó al estar en tratamiento de adicciones, el 36% la contención laboral y/o familiar y el 18% respondió sin consumo. En tanto para la categoría peor momento, el 46% mencionó pérdidas o separaciones familiares, el 36% mencionó su primer consumo y el 18% otras situaciones como detenciones, intentos de suicidio o situación de calle. Los resultados a las siguientes categorías arrojaron que un 37% mencionó que su mayor éxito fue familiar, el 36% laboral y el 27% otras opciones. En tanto para la categoría mayor fracaso, el 55% mencionó situaciones diversas, el 27% su primer consumo y el 18% situaciones familiares o



laborales. Los resultados a la última categoría consultada, futuros cambios, arrojó que un 82% mencionó cuestiones laborales y/o de estudio, el 9% mencionó el deseo de dejar de consumir y el 9% realizar cambios familiares.

Poder cuantificar esta variable resultó de suma importancia para la investigación ya que dejó en claro cuáles son los aspectos más relevantes para la vida de las personas estudiadas y los que requieren intervención directa. Alrededor de la mitad de los entrevistados asumió como su mejor momento de vida el poder acceder a un tratamiento para dejar de consumir. Es conocido que el consumo problemático genera dificultades para realizar actividades de la vida diaria debido a las alteraciones que las sustancias provocan y es en este aspecto que el terapeuta ocupacional puede intervenir. No obstante esta investigación deja asentado el papel fundamental que tiene la familia en el tratamiento para que el mismo pueda llevarse a cabo con eficacia, la red de apoyo vincular/familiar es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas y desde la Terapia Ocupacional se debe intervenir con la persona en rehabilitación sin dejar de lado el entorno familiar, social, educativo, cultural, etc.

El rol del terapeuta ocupacional en el proceso de resignificación de la vida de las personas con consumo problemático de sustancias es fundamental, poder intervenir a través de actividades propositivas y significativas para la persona, brindar la posibilidad de cambiar el sentido del presente en base a experiencias vividas en el pasado, o cambiar el sentido del pasado para poder asumir de forma diferente el presente es un proceso largo que requiere de esta disciplina utilizando la ocupación como un medio para lograr otorgar un sentido de vida sano a la persona o utilizarla como un fin en sí misma.

Si bien las entrevistas se realizaron a la población de estudio en su periodo de internación debido al proceso de rehabilitación, al momento de desarrollar las encuestas se realizaron las aclaraciones necesarias a fin de enmarcar las respuestas al momento de consumo, principalmente a las dos semanas previas a la internación del entrevistado, periodo en el cual se encuentran los mayores desequilibrios ocupacionales.

## **2. Conclusión**

Se puede concluir que las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas de entre 20 a 30 años de edad que asisten a Las Moritas presentan un desequilibrio ocupacional y desajuste en las áreas del desempeño ocupacional. Esto refiere a la falta de equilibrio o balance entre las áreas de desempeño. Lo que representaría que la persona no puede participar en ocupaciones que le permitan ejercitar sus capacidades

físicas, mentales y sociales. Si bien se considera que algún grado de desequilibrio es normal puede ser nocivo si es mantenido o intenso.

El grupo presenta alteraciones en las actividades de la vida diaria básicas como la alimentación, vestido, higiene, sueño, como así también en las actividades de la vida diaria instrumentales como mantener el espacio laboral, tomar decisiones, el manejar dinero propio o ajeno, entre otras. Los entrevistados coinciden que dichas alteraciones se deben a la importancia y a las horas diarias que cada uno le otorga al momento del consumo, como así también a la planificación de cómo conseguir los medios económicos para acceder a las diferentes sustancias.

Si bien se considera que el equilibrio es incumbencia de cada cual y que su percepción es personal, se observó que los hábitos, los roles y las rutinas han cambiado, lo que dificulta la implementación de algunos aspectos básicos de la vida diaria lo cual lleva a la persona a tener alteraciones en el desempeño ocupacional y esto impacta de forma negativa en su calidad de vida.

En base a todos los resultados recabados se puede concluir que los participantes del estudio tienen una concepción negativa de su salud, causa que se refleja en la deficitaria ejecución de las actividades de la vida diaria. La adicción produce numerosas alteraciones en el desempeño ocupacional y problemas en la salud autopercebida. Debido a eso se puede decir que si se actúa sobre el consumo, eliminándolo o al menos disminuyéndolo, y se proporciona una intervención a través de actividades significativas en un entorno idóneo para la persona, se aumentaría la calidad de vida del paciente. La actividad en si se presenta como un espacio de encuentro con el otro, un espacio de interacción con personas y objetos. Esta interacción le implica al sujeto una demanda en contraposición a lo que ocurre cuando consume, la sustancia no le hace preguntas.

Durante este proceso la persona pasaría de la elección de una sustancia a encontrarse con actividades, con otras personas. Podría reconocer intereses propios con los cuales identificarse, empezar a desprenderse de esa identidad de adicto hacia una nueva identidad ocupacional, podrá ir estableciendo rutinas y hábitos diferentes a los que sostenía.

Como se ha ido mencionando a lo largo del proyecto, se ha visto una influencia significativa en la relación entre el equilibrio ocupacional, el desempeño ocupacional y la calidad de vida. Las personas se perciben con mejor calidad de vida cuanto mejor es su desempeño en las actividades de la vida diaria y cuanto mayor equilibrio haya en las

mismas. Por tanto se detecta que hay una importancia significativa entre la ocupación y la salud.

Para esto es muy importante la figura del terapeuta ocupacional, ya que es el profesional capacitado para la intervención en las alteraciones en el desempeño ocupacional y utiliza la ocupación como método de tratamiento, teniendo en cuenta en todo momento la actividad, la persona y el entorno.

### **3. Propuesta**

La terapia ocupacional es la disciplina sociosanitaria 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. Entre las funciones que tiene el terapeuta ocupacional en el consumo problemático de sustancias psicoactivas se debe destacar el abordaje de los problemas que presenta este colectivo, mejorando, manteniendo o compensando las áreas ocupacionales alteradas. Además es necesario darle importancia al entorno donde se llevan a cabo el desempeño de las actividades y el valor que la persona le otorga a cada actividad. Desde esta disciplina se acompaña en el proceso de resignificación de la vida, la reconstrucción de una red de apoyo, y reinserción sociolaboral.

Se considera importante mencionar que para que un tratamiento sea eficaz debe contar con la implicación de la persona a la que va dirigido y debe ser motivador e importante para la persona si se quiere lograr la rehabilitación. Es de suma importancia el conocimiento de las actividades o áreas del desempeño ocupacional donde se produce una alteración o desequilibrio y la importancia ambiental que las personas le dan a cada una de ellas, ya que para que una intervención tenga éxito, como se dijo anteriormente, debe contar con la persona y realizarse en un contexto natural.

La frecuencia de consumo aumenta con el grado de inactividad ocupacional, es por eso que se hace necesario un adecuado uso del tiempo libre y orientación profesional para la adquisición de hábitos de estilo de vida saludable.

El papel del terapeuta ocupacional es lograr que la persona adicta pueda volver a encontrar ocupaciones que le motiven a cambiar sus rutinas que únicamente se basaban en consumir sustancias y así poder reinsertarse en la sociedad habiendo recuperado sus roles y encontrado nuevas metas. A través de sus intervenciones, puede contribuir positivamente en el suministro de estrategias que conlleven a la elección y realización de actividades significativas, promoviendo la participación continua en procesos de rehabilitación, que le permiten a los usuarios desarrollar nuevas habilidades a poner en práctica en su tiempo libre, alejados del consumo.

El terapeuta ocupacional debe utilizar la actividad con un 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 posible.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas, como disfunción psicosocial que afecta al desempeño en la vida diaria, es indiscutiblemente un foco de atención y un campo de intervención de la terapia ocupacional. Si bien el rol profesional en este tipo de problemáticas no siempre ha sido bien entendido por otros profesionales debido a la carencia de conceptos, estrategias, modelos, herramientas evaluativas propios, surge la necesidad de ampliar y dar a conocer la importancia que tiene esta disciplina para la prevención, rehabilitación e inserción de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Desde que surge esta disciplina hasta la actualidad, la terapia ocupacional tiene una gran experiencia en el tratamiento o rehabilitación del daño cerebral, más allá de su etiología, ya que su función no es solo la recuperación de las lesiones o las alteraciones en el funcionamiento de las partes afectadas, sino también la recuperación o mejora de la funcionalidad de las personas en las actividades de la vida diaria. La conciencia de enfermedad, la rehabilitación de daños cognitivos, la prevención de recaídas y el cuidado del entorno son necesarios a la hora de establecer una vida sana y una rutina ocupacional adecuada para tener una vida lo más independiente y sanamente posible. Esta disciplina en conjunto con las neurociencias, entre otras áreas de la salud considera al cerebro como un órgano plástico, es decir con plasticidad neuronal, en constante interacción con el ambiente en que se relaciona, transformándolo y transformándose con cada acción y nuevo aprendizaje. De aquí surge el concepto de hábito, que está claramente formulado desde la terapia ocupacional, como la pauta de desempeño en la vida diaria que se adquiere mediante repeticiones frecuentes, requiere una atención mínima y proporciona una función eficaz. Se destacan dos enfoques para abordar la rehabilitación de las funciones alteradas en la adicción: el primero, centrado en el entrenamiento de las funciones cerebrales alteradas; el segundo, centrado en el funcionamiento cotidiano. La primera, la rehabilitación neurocognitiva persigue recuperar un adecuado funcionamiento de la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, etc. La segunda, la rehabilitación funcional persigue una mejora gradual del desempeño, afectado por las alteraciones cerebrales, pero siendo el funcionamiento diario lo específico de la intervención.

Lo que distingue el accionar de la terapia ocupacional de otras profesiones de la salud, es proyectar su evaluación e intervención fundamentalmente en los intereses

personales, las competencias ocupacionales, los valores asumidos, los roles a desempeñar, limitaciones y potencialidades del ambiente real en el que el individuo debe desarrollarse y recuperar el mejor nivel de funcionamiento posible.

Para finalizar esta investigación, la autora propone diferentes estrategias terapéuticas que facilitarían las propuestas anteriormente mencionadas:

- Realizar campañas de prevención y promoción de la salud, concientizar y dar visibilidad a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en todos los ámbitos de nuestra sociedad: espacios educativos primarios y secundarios, comunitarios, barriales, de salud pública y privada, espacios e instituciones políticas, instituciones académicas superiores (terciarios - universitarios) para informar a la sociedad y a los responsables de la toma de decisiones sobre la importancia del problema, y la necesidad de hallar una solución.
- Generar propuestas de planes y programas para tratar esta problemática desde el área de terapia ocupacional incluyendo un equipo interdisciplinario en el marco de las funciones esenciales de la salud pública, como así también aumentar el control y fiscalización de sustancias psicoactivas para incrementar el bienestar social haciendo participe al gobierno, los profesionales de la salud, científicos e investigadores, gerentes públicos, organizaciones no gubernamentales (ONG), y proveedores privados de servicios.
- Considerar la compleja problemática en la que está inmersa el adicto para poder tratar los problemas que con lleva la adicción, como son los aspectos biológicos de dependencia física a las sustancias; psicológicos de cambios de conducta y ambientales - familiares, como la disfunción de la dinámica familiar; sociales por las consecuencias económicas y legales del consumo de sustancias, y ocupacionales ya que implica cambios en los hábitos y las rutinas diarias de los individuos, lo que hace necesario que se diseñen estrategias que contemplen sus propias dificultades para comprometerse, relacionarse, y poder establecer y mantener metas a largo plazo.
- Realizar un perfil ocupacional, el perfil ocupacional es un resumen de la historia y experiencias ocupacionales de un cliente, patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades .La información se obtiene desde la perspectiva del cliente, a través de técnicas de entrevista formal y conversación informal, y conduce a un enfoque individualizado, centrado en el cliente para la intervención. También se realizan otro tipo de pruebas, como listados de metas, orientadas por la edad y el género, las cuales deben ser revisadas con cierta periodicidad.

- Generar una reorganización de la vida diaria de estas personas, quienes en su gran mayoría tienen dificultades para aceptar y seguir rutinas y mantener hábitos saludables en su cotidianidad.
- Facilitar a través de la actividad terapéutica la experiencia de frustración y ansiedad como vehículo de expresión y tratamiento, también de las dificultades de la personalidad. Tales dificultades se podrían referir al uso de conductas inadaptativas a nivel ocupacional, como la pérdida de roles o la sustitución por otros que no son sanos o productivos.
- Posibilitar la experimentación de una vida sin consumo y rescatar el disfrute de la vida diaria, la sensación de control sobre la propia conducta y sobre la relación con los otros.
- Asignar al paciente responsabilidades propias, tanto dentro como fuera del tratamiento.
- Lograr que la persona pueda identificar y modificar los aspectos de su personalidad que han sido los puntos de partida para la adicción, y cómo el consumo ha sido tomado como opción de recibir gratificación o de expresión de conflictos o necesidades. Reemplazar esto último por el uso de la actividad como medio para cambiar la función que han tenido las sustancias. (Rozo Reyes et al, 2004).
- Empoderar a la persona en el tratamiento para que el mismo sea un facilitador de los procesos, el mensaje que se debe transmitir es el auto-valimiento. Es decir, el tratamiento debe tener una visión de la persona como gestor de sus propios procesos de cambio y no como *paciente*, es decir un ser pasivo, en el que se realizan una serie de procedimientos y quien espera que los sistemas sociales o de salud hagan transformaciones en su actuación. (Rozo Reyes et al, 2004).
- Realizar un seguimiento para reconocer las actividades que está desarrollando la persona, laborales o educativas, las relaciones sociales y familiares que está manteniendo.
- Facilitar una participación ocupacional satisfactoria.
- Establecer una relación terapéutica (RT) o vínculo entre la persona atendida y el/la terapeuta ocupacional.
- Establecer los objetivos con la persona y trabajar sus proyectos de vida. Para esto se debe analizar constantemente los contextos en los que se relaciona, cómo organiza su rutina y el significado que para ella tienen cada una de las actividades que lleva a cabo. Se trata de poner en valor las fortalezas y debilidades a trabajar a través del uso de ocupaciones con significado dentro de su proyecto de vida y la relación terapéutica establecida con el profesional.

- Trabajar para adquirir y/o reforzar habilidades de autocontrol frente a determinadas situaciones relacionadas con la conducta adictiva como ser: entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, en solución de problemas.
- Realizar un asesoramiento u orientación vocacional a aquellas personas que no tienen trabajo o a las que su trabajo aumenta el riesgo de consumo.
- Involucrar a la familia en el tratamiento para trabajar habilidades de comunicación e incorporar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares. También orientar en el reparto de responsabilidades ocupacionales dentro del hogar.
- Fortalecer el apoyo familiar hacia la abstinencia de la persona, brindar información acerca de la evolución durante el tratamiento.
- Monitorizar la conducta del paciente en sus relaciones interpersonales y ocupacionales.
- Para facilitar la valoración y obtención de la información necesaria sobre el usuario para la realización del diagnóstico ocupacional y posteriormente el tratamiento, se podrían utilizar escalas, como la escala de OPHI-II (escala de identidad ocupacional), la escala de Allen (inventario de rutinas diarias), la escala de MOCA (test de cribado para el deterioro cognitivo leve) y otras elaboradas por terapeutas ocupacionales pertenecientes al instituto de adicciones como la EAVDA (evaluación de actividades de la vida diaria en adicciones) o escalas que se han adaptado a partir de otras ya existentes, como el cuestionario de intereses y ocupación del tiempo libre.
- Evaluar las actividades de la vida diaria junto con el paciente, identificar las dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y generar una organización de hábitos y rutinas diarias saludables.
- Reforzar las conductas de auto-cuidado y los hábitos de salud.
- Apoyar y reforzar a la persona durante la identificación de roles, proyectos de futuro, habilidades y limitaciones a mantener o conseguir.
- Generar espacios grupales de confrontación, puesta en común, debates.
- Realizar juego de roles y dinámicas de grupo.
- Determinar en conjunto con la persona y su familia la capacidad de negociación y el manejo de límites, normas y valores.
- Entrenar a la persona en capacidades de pensamiento lógico, abstracto y simbólico.
- Brindar la posibilidad y el acompañamiento en cuanto a la exploración vocacional, realizar orientación y apoyo para la construcción del proyecto personal. Brindar orientación y asesoramiento sobre recursos formativo-laborales adecuados a la situación de la persona.

- Facilitar propuestas de ocio saludable alternativas al consumo de drogas. Propiciar en el paciente la capacidad para diseñar y planificar su ocio de una forma autónoma y creativa. Estimular el interés por actividades de ocio que faciliten la participación social, familiar y la cooperación.

*“Ser conscientes de que la Terapia Ocupacional posee una comprensión única de la ocupación que incluye: todas las cosas que las personas hacen, la relación entre lo que hacen y quiénes son como seres humanos y el hecho de que mediante la ocupación se encuentran en un estado constante de poder llegar a ser diferentes”... “un camino amplio de salud y ocupación que incorpore las nociones de hacer bien, bienestar y llegar a estar sano a través de una participación en ocupaciones satisfactoria”*

Wilcock A. 1998.



## Referencias Bibliográficas

Al-Halabí, S., Galván, G., y Burón, P. *Neuropsicología. Manual de Trastornos Adictivos*. 2ª Edición. ISBN: 13-978-84-938078-9-4. Servicios de Edición: Enfoque Editorial, S.C.

Arias Cardona, B., Pinto González, A. y Velásquez Góez, A. (2020). *Resignificar el presente desde el pasado; una perspectiva desde el interaccionismo simbólico y las representaciones sociales*. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria.

<https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/1201>

Arroyo, D., (2014). *Hacia un cambio en el tratamiento de las adicciones: una perspectiva neurosicológica*. Revista Científica Eureka. ISSN 2218-0559. Paraguay.

Becoña Iglesias E., Cortés Tomás M., Arias Horcajadas F., Barreiro Sorribas C. Berdullas Barreiro J., Iraurgi Castillo L., et al (2010) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. EDITA: Socidrogalcohol. ISBN 978-84-933094-3-5.

Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. *Manual de Trastornos Adictivos*. Segunda edición ISBN: 13-978-84-938078-9-4 [http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Manual.de\\_.Trastornos.Adictivos.pdf](http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Manual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf)

Caudevilla Gállico, F. (2020). “*Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*”  
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57233010/Drogas\\_conceptos\\_generales\\_epidemiologia\\_y\\_valoracion\\_del\\_consumo-with-cover-page-v2.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57233010/Drogas_conceptos_generales_epidemiologia_y_valoracion_del_consumo-with-cover-page-v2.pdf)

CIE-10 (2008). Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Cap. 5 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.  
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Christiansen, Ch., (1996). *Three perspectives on balance in occupations*. In Zemke and Clark *Occupational Science: evolving discipline*. Revista Chilena. Ed. F. A. Davis Company.

Cruzado Sujeros, M. (2018). *Zona muda y adicciones: Una aproximación a las representaciones sociales de los profesionales de la salud de Tucumán.*

<https://bdigital.uncu.edu.ar/12422>

Danilo, A., (2006). El concepto drogas: desinformación en sociedades consumidoras periféricas. *Revista científica cultura y droga*. Vol. 11 N° 13.

<https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/5988>

De las Heras de Pablo, C. G., (2015) Significado de la terapia ocupacional: implicaciones para la mejor práctica. *TOG*, (A Coruña) Monog 7, 125-145.

<https://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf>

DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – 5.*

Asociación Americana de Psiquiatría. <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>

Goldstein, B., y Bordoni, M. F. (2015). El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. Año 1. N° 1. ISSN 2469-1143.

<https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2015dic-conf.pdf>

Gómez Beleño, G., Validación de un programa de actividades de entrenamiento de terapia ocupacional para el manejo de la tolerancia a la frustración en pacientes adictos.

Gómez Lillo, S. (2006). Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, N° 6, Escuela de Terapia ocupacional / Facultad de Medicina - Universidad de Chile. ISSN 0717-6767

[http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to\\_completa/0,1371,SCID=20966%26ISID=729,00.html](http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_completa/0,1371,SCID=20966%26ISID=729,00.html)

González, M., y Niño, G. (2020). Perspectiva de terapia ocupacional del ocio y tiempo libre en personas farmacodependientes: una revisión de la literatura. *Revista cuidado y ocupación humana*. Vol.9. ISSN 2322-6781.

Guzmán, S. (2016). *Manual práctico de Terapia Ocupacional en salud mental*. Madrid: España, Ed. Síntesis.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014).

*Metodología de la investigación*. ISBN: 978-1-4562-2396-0 Impreso en México.

Infodrogas (2022). *Qué son las drogas. Patrones de consumo*. Dirección General de Salud Pública y Consumo del Gobierno de La Rioja.

<https://www.infodrogas.org/drogas?start=2>

Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation Theory and Application*. (2nd. Ed.) Baltimore, MD: Williams & Wilkms.

Kielhofner, G. (2002) *Terapia Ocupacional, Modelo de la ocupación humana: teoría y aplicación*. 3° Ed. Buenos Aires: Medica Panamericana. ISBN 950-06-1257-7.

La nota Tucumán. (2022) *Drogas, pandemia y crisis: la búsqueda de respuestas integrales*. <https://lanotatucuman.com/drogas-pandemia-y-crisis-la-busqueda-de-respuestas-integrales/>

León Rodríguez, D., Cantero Garlito, P. A., & Zabala Baños, M. (2013). Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias. *Revista TOG* número 18. <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>

León Rodríguez, D., Cantero Garlito, P. A., Zabala Baños, M. (2013) *Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias*. TOG (A Coruña) Vol. 10. Núm. 18. <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>

Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26657. Sancionada en Noviembre 2010. Promulgada en Diciembre 2010. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

Manrique Báez, B. J. (2022). *Actividades de la Vida Diaria. Mi terapia sin fronteras*. Página web. <https://www.miterapiasinfronteras.com/terapia-ocupacional/actividades-de-la-vida-diaria>

Marchioni F. y Gómez López L. (2017) *Drogas: Adolescentes en Peligro y Padres Desorientados*. Editorial: PAIDOS. ISBN: 9789501295238

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.

Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (2009). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Drogodependencias (pp. 1-25). Buenos Aires/Madrid: Médica Panamericana.

Ministerio de Salud Publica Gobierno de Tucumán. *Centro las Moritas*.

<http://msptucuman.gov.ar/salud-mental/centro-las-moritas/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018) CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de La Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. 2001.

[https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)

Pedro Moruno, P., Miralles, N., y Murillo. (2020) Investigación sobre drogodependencia en terapia ocupacional: scoping review tog. (A Coruña) Vol 17. Num 2. ISSN 1885-527X.

[www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Pozo Tamayo, J. (2016). Terapia Ocupacional. ¿Qué es? *Terapia de la Mano*.

<http://www.terapiadelamano.com/terapia-ocupacional-que-es/>

Puerto Barrena, F. J.; Barrena González, J. (2014) Malaga. TRANCES: *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*. ISSN: 1989-6247.

Real Academia Española. (2022) *Rutina Diaria*. <https://dle.rae.es/rutina>

Reed, K., & Sanderson, S. (1983) *Concepts of Occupational Therapy*. 2ª Edición. Williams & Wilkins. Baltimore.

Rojo Mota, G. (2016). Terapia ocupacional en adicciones: de la teoría a la práctica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Vol. 16. Nº. 1.

<https://adnz.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/41953/44046>

Rozo R., et al. (2004) *Competencias del Terapeuta Ocupacional en el Fenómeno de las Adicciones Modelo Biopsicosocial*. Revista Ocupación Humana. Vol. 11 Nº 3 Y 4.

Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. S. (2013). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.

Simó, S. (2006) El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional. *Revista TOG*.

<http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>

Valdes R. A. (2006) Equilibrio y organización de la vida diaria. *Revista Chilena de terapia ocupacional* ISSN 0717-6767

Volkow, N. & Baler, R., (2014). *Ciencia de las adicciones: descubrimiento de la complejidad*. Pag. 235/249

[https://www.researchgate.net/publication/236923240\\_Addiction\\_Science\\_Uncovering\\_Neurobiological\\_Complexity](https://www.researchgate.net/publication/236923240_Addiction_Science_Uncovering_Neurobiological_Complexity)

Wagman, P., Hakansson, C., & Björklund, A. (2011). *Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Wilcock A. A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare: NJ, Slack.

Williard and Spackman. (2009). *Occupational therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Word Press. (2019). *Resignificacion*. <https://Definicion.De/Resignificacion>

## Anexo A: Autorización para inicio de investigación



UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMÁS DE AQUINO

Facultad de Ciencias de la Salud

### FORMULARIO INICIO TRABAJO DE TESIS

San Miguel de Tucumán \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2022

Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. Ana Carolina Aymat Rodríguez  
Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino  
Presente

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle autorización para iniciar mi trabajo de Tesis de Licenciatura correspondiente a la carrera de Terapia Ocupacional.

Nombre de Trabajo: ***Equilibrio ocupacional como unidad de análisis de Terapia Ocupacional para resignificar la vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en el Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas", ubicado en Ruta 305 Km 11 (Las Talitas), Tafi Viejo, Argentina.***

Directora de tesis: Lic. Mendilaharzu, Lourdes.

Firma:

Institución donde se realizara la investigación: Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas"

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: García Márquez, Agustina

Código de alumno: UP 350268

Domicilio: Av. Pte. Perón 2885

Teléfono: 381 – 5742332

## ANEXO B: Autorización para ingresar a Las Moritas

San Miguel de Tucumán, junio del año 2022

Centro de rehabilitación y reinserción social para adictos "Las Moritas".

Sr/a Director/a de la institución.

S-----/-----D

La que suscribe, García Márquez, Agustina, DNI 39.478.805, estudiante de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, se dirige a Ud. a fin de informar que bajo el fin de completar la tesis de grado de dicha carrera titulada: *Equilibrio ocupacional como unidad de análisis de Terapia Ocupacional para resignificar la vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en el Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas", ubicado en Ruta 305 Km 11 (Las Talitas), Tafí Viejo, Argentina.*

Se solicita tomar como unidad de análisis una muestra de la población total de los pacientes que concurren a dicha institución.

Sin otro particular, saluda a Ud. muy atte.

## **ANEXO C: Consentimiento informado**

El presente trabajo de tesis de la Lic. En Terapia Ocupacional *titulado "Equilibrio ocupacional como unidad de análisis de Terapia Ocupacional para resignificar la vida de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en el Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas", ubicado en Ruta 305 Km 11 (Las Talitas), Tafí Viejo, Argentina;* elaborado por la estudiante de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino, García Márquez Agustina.

Dicho trabajo de investigación busca:

1. Describir el equilibrio ocupacional que poseen las personas que consumen sustancias psicoactivas, de entre 20 a 30 años de edad que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas".
2. Determinar los tipos de sustancias psicoactivas que consume el grupo bajo estudio.
3. Establecer la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.
4. Valorar de qué manera impacta el consumo de sustancias psicoactivas en la vida diaria de un grupo de personas entre 20 a 30 años de edad, que concurren al Centro Residencial de Rehabilitación y Reinserción Social para Adictos "Las Moritas".
5. Describir de qué manera interviene el terapeuta ocupacional en la re-significación de la vida del grupo en estudio.

Para tal fin, se solicita la participación en este trabajo de investigación, de carácter estrictamente voluntario. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

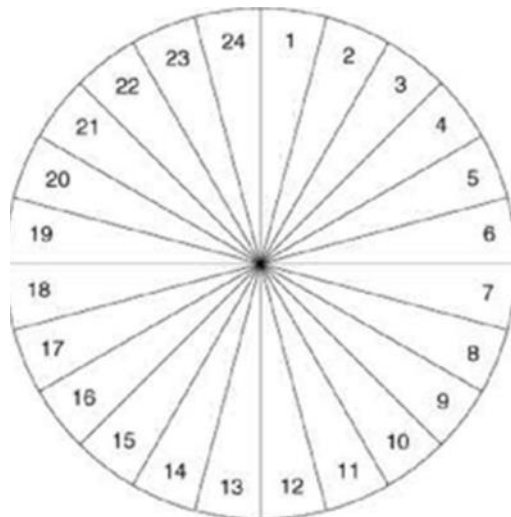
En caso de tener dudas al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que alguna pregunta de las encuestas le resultara incomoda o inconveniente tiene derecho de manifestarlo o directamente negarse a contestar.

Desde ya se agradece su participación.



## Anexo D: Pastel de la vida

|   |
|---|
| <i>Pastel de la Vida</i>  |
| Nombre:   |
| Edad:   |
| Fecha:  |
| Evaluador:  |
| Áreas Ocupacionales y respectivos colores: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sueño: Rojo</li><li>✓ Alimentación: Azul</li><li>✓ Higiene: Amarillo</li><li>✓ Vestido: Verde</li><li>✓ Actividades del hogar: Violeta</li><li>✓ Estudio: Naranja</li><li>✓ Trabajo: Rosa</li><li>✓ Tiempo libre: Marrón</li><li>✓ Esparcimiento personal: Negro</li></ul> |



### Anexo E: Sustancias psicoactivas

Para determinar el porcentaje de *sustancias psicoactivas* consumidas por la población de análisis se utilizó la siguiente encuesta, donde deberán indicar (SÍ – NO) sobre el uso de cada sustancia.

| <i>Tipo de sustancias psicoactivas</i> | <i>Sustancias Psicoactivas</i> | <i>Consume</i> | <i>No Consume</i> |
|--|--------------------------------|----------------|-------------------|
| Drogas sociales                        | Alcohol                        |                |                   |
|  | Tabaco                         |                |                   |
| Drogas ilícitas                        | Marihuana                      |                |                   |
|  | Clorhidrato de cocaína         |                |                   |
|  | Sustancias inhalantes          |                |                   |
|  | Alucinógenos                   |                |                   |
|  | Pasta Base                     |                |                   |
|  | Opiáceos y anestésicos         |                |                   |
|  | Crack                          |                |                   |
| Medicamentos con uso ilícito           | Sedantes                       |                |                   |
|  | Estimulantes                   |                |                   |

## Anexo F: Frecuencia de consumo

Para determinar la *frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas* consumidas por el grupo de estudio se utilizó la siguiente encuesta, en la que deberán indicar la cantidad de veces que consumen cada sustancia psicoactiva.

| <i>Frecuencias de consumo</i>  | <i>Tipos de sustancias</i> | <i>Sí</i> | <i>A veces</i> | <i>No</i> |
|--|----------------------------|-----------|----------------|-----------|
| Consumo experimental:<br>El individuo realiza ensayos, fundamentados generalmente en la curiosidad, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo; se trata de un primer contacto con la droga, pudiendo no volver a retomar el consumo o evolucionar hacia otros patrones de consumo. | Alcohol                    |           |                |           |
|  | Tabaco                     |           |                |           |
|  | Marihuana                  |           |                |           |
|  | Clorhidrato de cocaína     |           |                |           |
|  | Sustancias inhalantes      |           |                |           |
|  | Alucinógenos               |           |                |           |
|  | Pasta Base                 |           |                |           |
|  | Opiáceos y anestésicos     |           |                |           |
|  | Crack                      |           |                |           |
|  | Sedantes                   |           |                |           |
| Estimulantes   |                            |           |                |           |
| Consumo ocasional:<br>El individuo sabe lo que puede obtener de una droga y a veces recurre a ella; este tipo de consumo puede permanecer así toda la vida, retroceder, o evolucionar hacia un patrón de consumo sistemático.  | Alcohol                    |           |                |           |
|  | Tabaco                     |           |                |           |
|  | Marihuana                  |           |                |           |
|  | Clorhidrato de cocaína     |           |                |           |
|  | Sustancias inhalantes      |           |                |           |
|  | Alucinógenos               |           |                |           |
|  | Pasta Base                 |           |                |           |
|  | Opiáceos y anestésicos     |           |                |           |
|  | Crack                      |           |                |           |
|  | Sedantes                   |           |                |           |
| Estimulantes   |                            |           |                |           |
| Consumo habitual:<br>El individuo consume drogas de una forma más o menos habitual, con una frecuencia más o menos   | Alcohol                    |           |                |           |
|  | Tabaco                     |           |                |           |
|  | Marihuana                  |           |                |           |

|  |                        |  |  |  |
|--|------------------------|--|--|--|
| periódica.   | Clorhidrato de cocaína |  |  |  |
|  | Sustancias inhalantes  |  |  |  |
|  | Alucinógenos           |  |  |  |
|  | Pasta Base             |  |  |  |
|  | Opiáceos y anestésicos |  |  |  |
|  | Crack                  |  |  |  |
|  | Sedantes               |  |  |  |
|  | Estimulantes           |  |  |  |
| <p>Consumo compulsivo:</p> <p>Aquel que no puede ser controlado por el individuo, bien porque es incapaz de abandonarlo, por miedo al síndrome de abstinencia, o bien porque una vez que se inicia es llevado a cabo de modo compulsivo.</p> | Alcohol                |  |  |  |
|  | Tabaco                 |  |  |  |
|  | Marihuana              |  |  |  |
|  | Clorhidrato de cocaína |  |  |  |
|  | Sustancias inhalantes  |  |  |  |
|  | Alucinógenos           |  |  |  |
|  | Pasta Base             |  |  |  |
|  | Opiáceos y anestésicos |  |  |  |
|  | Crack                  |  |  |  |
|  | Sedantes               |  |  |  |
|  | Estimulantes           |  |  |  |

## Anexo G: Vida diaria

Para identificar el tipo de *vida diaria* del grupo de estudio, se realizó la siguiente entrevista a partir de la evaluación OPHI-II-1-1. La cual determinara los diferentes roles del sujeto.

|   |
|---|
| <p><i>Roles ocupacionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuénteme un poco acerca de usted</li> <li>▪ ¿Trabaja actualmente? ¿Estudia?</li> <li>▪ ¿Está a cargo del cuidado de niños, esposo(a), o _____? (O) ¿Sé que usted es un trabajador/estudiante que está a cargo de _____? (haga estas preguntas para todos los roles que desempeñe el trabajador o estudiante)</li> <li>▪ ¿Cómo fue que llegó a (desempeñar este trabajo, escoger este tipo de trabajo/estudiar, responsabilizarse de sus...)?</li> <li>▪ ¿Qué es lo que su trabajo o estudio comprende? (O) ¿Cuáles son sus responsabilidades (o que tiene que hacer) como _____? ¿Qué tan bien considera que realiza sus responsabilidades? ¿Le gusta desempeñarlas?</li> <li>▪ ¿Qué es lo que principalmente obtiene de su trabajo/estudios? (O) ¿Cuál es la razón fundamental por lo que hace esto?</li> <li>▪ ¿Qué clase de trabajador/estudiante/cuidador diría que es?</li> <li>▪ ¿Puede darme algún ejemplo de algo que lo demuestre? (O) Dígame algo que haya sucedido recientemente que muestre la clase de (trabajador/padre/esposo(a)/hijo/hija es (O) Dígame algo que haya hecho recientemente como (trabajador/padre/madre/esposo(a)/hijo(a) y de lo cual se siente orgulloso.</li> <li>▪ ¿A trabajado anteriormente? (Sí/No)</li> <li>▪ ¿Cómo fue que obtuvo este trabajo, escogió esta clase de trabajo/estudios?</li> <li>▪ ¿Y/o que hubo acerca de sus experiencias estudiantiles previas?</li> <li>▪ ¿Qué clase de trabajo/estudiante fue?</li> <li>▪ ¿Qué tanto tiempo/esfuerzo requirió su trabajo/estudios?</li> <li>▪ ¿Le fue difícil su trabajo/estudio?</li> <li>▪ ¿Qué fue lo más importante que obtuvo de su trabajo/estudios?</li> <li>▪ ¿Hasta qué año cursó?</li> <li>▪ ¿Porque renunció / dejó ese tipo de trabajo?</li> <li>▪ ¿Qué tanto su (enfermedad/lesión /discapacidad) afectó su trabajo/estudios?</li> <li>▪ ¿Por qué piensa que no ha trabajado?</li> </ul> |
| <p><i>Roles de amigo, voluntario, aficionado y otros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Adicionalmente a (su trabajo/estudios y otras responsabilidades) hay algo realmente importante que tome mucho de su tiempo o requiera de su esfuerzo? (O) ¿Hay alguna cosa que especialmente haga a menudo? (O) Parece que su rol _____ (refiriéndose al ambiente o al grupo) es _____</li> </ul>  |
| <p><i>Cuidado de la casa (si no está trabajando)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Vive en un (departamento/casa/cuarto/asilo/otro)?</li> <li>▪ ¿Quién más vive con usted?</li> <li>▪ ¿Qué tipo de responsabilidades tiene usted para cuidar su casa/departamento/cuarto? (O) ¿Cómo reparte de sus responsabilidades para</li> </ul>  |

|   |
|---|
| cuidar su (casa/departamento/cuarto)?   |
| <i>Participación en organizaciones religiosas</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ ¿Participa actualmente en alguna organización o grupo religioso?</li><li>▪ Platique acerca de esto:</li><li>▪ ¿Qué cosas hace?</li><li>▪ ¿Cómo empezó a hacerlas?</li><li>▪ ¿Por qué hace esto? ¿Lo hace por divertirse o tiene un fin más serio?</li></ul> |

## Anexo H: Rutina diaria

Para determinar la *rutina diaria* de cada uno de los varones estudiados, se utilizó la siguiente encuesta, la cual forma parte de una sección de la evaluación OPHI-II-1-1.

### *Rutina diaria*

- Describa un típico día durante la semana
- ¿El fin de semana es algo diferente? (Sí) descríbalos
- ¿Puede decirme algo que haya sucedido recientemente que ejemplifique lo que es esta rutina para usted?
- ¿Está satisfecho con esta rutina? (Sí) ¿Qué es lo que le gusta de ella?
- (Sí/No) ¿Qué es lo que le disgusta de ella?
- Si llegara a tener un día realmente bueno o malo ¿Cómo sería éste?
- ¿Cuáles son los aspectos más importantes en su rutina?
- ¿Su rutina le permite hacer las cosas más importantes para usted?
- (Sí/No) ¿Cuáles son las cosas más importantes que no puede hacer?
- ¿Su rutina diaria llegó a ser en algún momento diferente?
- En relación a un período específico previo ¿Qué tan diferente fue su rutina cuando\_\_\_\_\_?
- ¿Cómo compararía ambas rutinas? ¿Cuál era mejor para usted?
- ¿Tenía hobbies o proyectos que fueron parte de su rutina pasada?
- ¿Cuál es el aspecto más importante que requiere mantener en su rutina?
- ¿Qué es lo que más le gustaría cambiar de su rutina?
- ¿Tiene algunos hobbies o proyectos en curso que forman parte de su rutina actual? Cuénteme acerca de \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia lo realiza?
- ¿Cómo fue que empezó?
- ¿Qué es lo que más le gusta del hobby/proyecto?
- ¿Desde cuándo forma parte de su rutina?
- ¿Tiene actualmente hobbies o proyectos que hayan sido parte de su rutina pasada?
- ¿Cuáles fueron los eventos, experiencias que más moldearon o cambiaron su vida?

## Anexo I: Resignificación de la vida

Para poder medir la resignificación de los varones estudiados, se utilizó la sección de eventos críticos de vida de la evaluación OPHI-II-1-1.

| <i>Eventos críticos de vida</i>   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ ¿Cuándo realmente cambiaron las cosas para usted? (O si el evento es aparente o conocido)</li><li>▪ ¿Cómo cambiaron las cosas desde _____? (O si un evento específico es conocido)</li><li>▪ (Preguntar para cada evento) Dígame acerca de _____ ¿Qué sucedió? ¿Qué cambios produjo?</li><li>▪ Pensando en su vida, ¿Cuándo considera que estuvo haciendo las cosas mejor? Platíqueme acerca de este período ¿Qué lo hizo tan bueno? (O) ¿Porque? ¿Qué hubo acerca de su conducta o de las circunstancias que hizo este período mejor?</li><li>▪ ¿Cuál considera que es el mayor éxito de su vida? (O) Cuénteme acerca de algo que le sucedió en la escuela o en su trabajo (o dentro de su principal rol ocupacional) donde usted se sintió especialmente exitoso.</li><li>▪ ¿Cuál considera el peor período de su vida? Cuénteme acerca de este período ¿Qué lo hizo tan malo? (O) ¿Por qué? ¿Qué hubo acerca de su conducta o de las circunstancias que hizo este período peor?</li><li>▪ ¿Cuál considera el mayor fracaso en su vida? (O) Platíqueme acerca de algo que le sucedió en la escuela o en su trabajo (o dentro de su principal rol ocupacional) donde usted se sintió especialmente fracasado.</li><li>▪ Si usted pudiera llegar a modificar su futuro, ¿qué es lo que haría? ¿Qué piensa que estaría haciendo? (O) ¿Qué cosas se ve haciendo usted en el futuro? ¿Es eso lo que le gustaría hacer?</li></ul> |