

TERAPIA OCUPACIONAL EN ADICCIONES Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

OCCUPATIONAL THERAPY IN ADDICTIONS AND ASSOCIATED PSYCHOPATHOLOGY

DECS: Terapia Ocupacional, Trastornos Relacionados con Sustancias, Rehabilitación.

MESH: Occupational Therapy, Substance-Related Disorders, Rehabilitation.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, Trastornos Relacionados con Sustancias, Rehabilitación.

KEY WORDS: Occupational Therapy, Substance-Related Disorders, Rehabilitation.



Dña. Gloria Rojo Mota

Terapeuta ocupacional. Tratamiento ambulatorio de personas con adicción en el Centro de Atención a Drogodependientes de San Blas Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:

Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en adicciones y psicopatología asociada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 55-74. Disponible en:

www.revistatog.com/suple/num8/adicciones.pdf

Introducción

El concepto de adicción, y los sucesivos sinónimos que han sido utilizados, ha ido variando según el contexto sociopolítico en el que se estudiaba el problema. El hecho de que determinadas personas se impliquen en conductas, que pueden requerir o no el uso de sustancias, más allá de lo que parece razonable en función de sus consecuencias es un hecho observado desde hace muchos siglos, pero que ha alcanzado unas dimensiones desconocidas en el siglo XX, como consecuencia de los avances técnicos y las comunicaciones, hasta alcanzar categoría de problema global.

Como corresponde a un fenómeno relativamente novedoso en el contexto de un mundo globalizado, el adicto ha sido sucesivamente contemplado como enfermo mental, delincuente, marginado, desadaptado, enfermo cerebral o, simplemente, como una persona normal que padece una alteración de su comportamiento (Tabla 1). Esto es consecuencia de que la adicción no es otra cosa que una construcción social; como explica Oriol Romaní, las drogas son “*sustancias químicas, que se incorporan al*

RESUMEN

Las dos últimas décadas han supuesto un enorme incremento de la investigación científica sobre el funcionamiento cerebral y las bases neurocomportamentales de la adicción. Más allá de concepciones previas sobre el carácter de "enfermedad mental" atribuido a la adicción, en el momento actual la adicción, con o sin sustancias, se conceptualiza como un hábito arraigado en el funcionamiento cerebral que provoca cambios y alteraciones en el comportamiento y comporta consecuencias negativas que alteran el funcionamiento cotidiano de la persona afectada. La Terapia Ocupacional es una disciplina, inscrita en el marco teórico y metodológico de la Ciencia de la Ocupación, que lleva muchos años interviniendo en los equipos de tratamiento de personas con adicciones, pero ello no se refleja en el volumen de publicaciones producido por los profesionales. Se constata la carencia casi completa de instrumentos de evaluación y estimación del cambio producido por la intervención ocupacional, aunque se hacen constar algunos trabajos recientes que empiezan a llenar el hueco y a posibilitar la evaluación de los individuos y los resultados de los tratamientos. Se traza también un esbozo de intervención con estos pacientes, a partir de la experiencia acumulada en otras alteraciones del funcionamiento cerebral, específicamente a través de la rehabilitación funcional. Se advierte de la necesidad de que los terapeutas diseñen trabajos de investigación y publiquen en prensa científica de calidad para alcanzar el prestigio y reconocimiento que merece una profesión con tan larga trayectoria en éste y otros ámbitos clínicos.

SUMMARY

In the last two decades it has been a huge increase in scientific research on brain functioning and neurobehavioral bases of addiction. Beyond preconceptions about the nature of "mental illness" attributed to addiction, at the present time addiction, with or without substances, is conceptualized as an ingrained habit in brain function that causes changes and alterations in behavior and causes negative consequences that alter the daily functioning of the affected person. Occupational Therapy is a discipline, belonging to the theoretical and methodological framework of Occupational Science, which has long been intervening in teams treating people with addictions, but this is not reflected in the volume of publications produced by professionals. It notes the almost complete lack of assessment and estimation of change instruments produced by the occupational intervention, although there have been some recent studies begin to fill the gap and allow assessment of individuals and the results of the treatments. It also draws an outline of intervention with these patients, from the experience gained in other disorders of brain function, specifically through functional rehabilitation. It claims the need for therapists to design and publish research papers in quality scientific press to achieve the prestige and recognition it deserves as a profession with long experience in this and other clinical settings.

por un proceso subyacente" y que *"sólo puede ser estudiado bajo la consideración de que el comportamiento humano es la interacción permanente entre el sujeto y el medio en el que se desenvuelve"* (3)

organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizar" (1). Del mismo modo, Griffiths remarca que *"el término [adicción], tal y como se comprende tanto en ámbitos cotidianos como académicos, es una construcción contextual y social"* y *"cualquier actividad reforzante puede ser contemplada como potencialmente adictiva, pero sólo las actividades socialmente reprobadas por su 'riesgo' asociado son percibidas como adicciones, mejor que como meros hábitos. Este es un argumento de gran peso para una mejor comprensión del concepto de adicción"* (2). Y, desde un punto de vista meramente científico, el concepto de adicción no es otra cosa que *"una hipótesis que presume que un grupo de fenómenos conductuales correlacionados están vinculados*

Tal hipótesis ha sido en gran parte ratificada por la investigación desarrollada en las dos últimas décadas. En efecto, en la última década del siglo XX, y a partir del impulso recibido por la consideración de "década del cerebro", la investigación científica ha sentado las bases para la consideración de la adicción como un fenómeno unitario, que subyace a comportamientos como la dependencia de sustancias, las conductas de juego y cualquier otra actividad gratificante que se repite y se transforma en un hábito. De este modo, la adicción se considera, en el momento actual, como un hábito, con bases neurobiológicas similares a cualquier otro hábito que el cerebro establece en su relación con el ambiente en el que se desenvuelve. La primera década del siglo XXI, declarada como "la década de la conducta", ha aportado ingente evidencia científica para apoyar esta consideración. Otras conceptualizaciones, como la de "enfermedad cerebral" pueden tener justificaciones políticas, económicas, comerciales o corporativistas, pero carecen del soporte científico suficiente como para ser consideradas en el momento actual. (4)

Tabla 1 Sucesivas consideraciones del adicto. Fuente: Elaboración propia

FASE	PERIODO	ENFOQUE	IMAGEN
1ª	Años 70	Médico	El toxicómano como enfermo mental
2ª	Primeros 80	Jurídico	El toxicómano como delincuente
3ª	Primeros 80	Sociológica	El drogadicto como marginado
4ª	Últimos 80	Biopsicosocial	El drogodependiente como desadaptado
5ª	Década de los 90	Psiquiátrico	El drogodependiente como enfermo mental
6ª	Primeros 2000	Neuropsiquiátrico	El drogodependiente como enfermo cerebral
7ª	Últimos 2000	Neurocientífico	El adicto como persona normal con funcionamiento alterado

La adicción desde la neurociencia

En tiempos pasados, cada disciplina promovía la investigación sobre la adicción desde presupuestos propios, de modo que, en ocasiones, los hallazgos resultaban contradictorios entre disciplinas, y, en otras, los estudios corrían caminos paralelos sin llegar a encontrarse por los límites conceptuales de cada una de ellas.

La neurociencia es el territorio transdisciplinar en el que la investigación ha abordado el conocimiento de la adicción en las últimas décadas. Los hallazgos científicos nos permiten conocer, en el momento actual, los circuitos cerebrales implicados, que son comunes para la adicción a sustancias y las denominadas "adicciones sin sustancia" o "adicciones comportamentales", de modo que ahora sabemos que la adicción, como proceso, se manifiesta en determinadas alteraciones, déficits o modificaciones del funcionamiento cerebral, en tanto que cada sustancia sólo aporta ciertos elementos propios al proceso común. Estas alteraciones, déficits o modificaciones del funcionamiento cerebral que suceden en el cerebro del adicto no son, en esencia, diferentes de las que suceden en otros procesos considerados normales, como el enamoramiento romántico, ni son independientes de procesos, también normales, como el estrés psicosocial. (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Sin embargo, estos cambios, patológicos o no, del funcionamiento cerebral que se producen cuando una persona ha desarrollado un proceso adictivo no explican qué es la adicción. Sólo proporcionan información sobre los procesos neurobiológicos que subyacen a la conducta adictiva. En otras palabras, la adicción no es un proceso cerebral, sino un proceso del individuo, tomado en su globalidad, que sólo se explica a partir de su historial de aprendizaje, sus experiencias en la interacción con el ambiente, su dotación genética y los factores epigenéticos que modifican su expresión y, en definitiva, en el proceso de desarrollo del individuo. Así, como explica Marino Pérez Álvarez para la esquizofrenia, pero extrapolable a cualquier otro problema de conducta, como es el caso de la adicción, estos cambios en el funcionamiento cerebral están más para ser explicados que para ser tomados como explicación, y sólo una perspectiva socioevolutiva puede dar cuenta de por qué una persona en un contexto determinado ha desarrollado una conducta adictiva que ha provocado tales cambios en su funcionamiento cerebral. Es desde esta perspectiva desde la que la Terapia Ocupacional cobra una importancia clave en la comprensión de los fenómenos adictivos y la intervención encaminada a su rehabilitación. (12)

Terapia ocupacional y adicción

La Terapia Ocupacional es *"la disciplina que utiliza la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud"*. Dicho de otro modo, 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. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración"*. La adicción, como disfunción psicosocial que afecta al desempeño en la vida diaria, es incuestionablemente un foco de atención y un campo de intervención de la Terapia Ocupacional. (13, 14)

La Terapia Ocupacional es una disciplina implicada en el tratamiento de los problemas adictivos, aunque, sin embargo, su rol profesional no siempre ha sido bien entendido por otros profesionales ni bien defendido por los propios terapeutas. El rol subsidiario de la Terapia Ocupacional en relación a otras disciplinas deriva de una pretendida carencia de lenguaje, conceptos, estrategias y modelos propios que, sin embargo, no se corresponde con el conocimiento actual. (15)

El concepto de hábito 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"*. Disponemos de modelos de la adicción formulados desde la Terapia Ocupacional, que permiten describir, en términos estrictamente propios de la disciplina, el problema a abordar y los componentes que son objeto de atención ocupacional para la comprensión y el abordaje del problema. Disponemos de estudios que exploran las bases neurobiológicas de la ocupación, su relación con la

adicción y los principios básicos para su aplicación desde una perspectiva neurocientífica. (16, 17, 18, 19, 20)

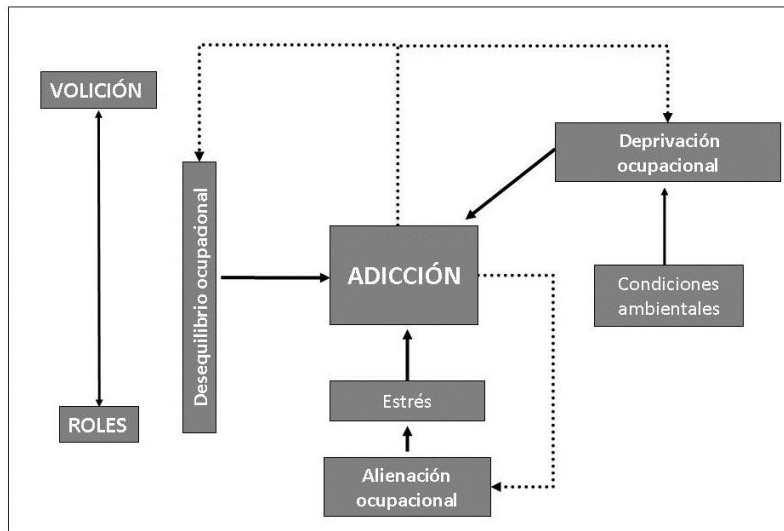


Figura 1 Modelo Ocupacional de la Adicción de Helbig y McKay (2003).

Fuente: Elaboración propia

La Terapia Ocupacional tiene una enorme experiencia acumulada en el tratamiento del daño cerebral de muy diferentes etiologías. Su función no es sólo la recuperación de las lesiones o alteraciones en el funcionamiento de las zonas cerebrales afectadas, sino, y principalmente, la recuperación del funcionamiento normal o en las mejores condiciones posibles en actividades de la vida diaria. Por tanto, la Terapia Ocupacional se alinea con el resto de las neurociencias en la consideración del cerebro como un órgano plástico, en constante interacción con el ambiente con el que se relaciona, transformándolo y transformándose con cada acción y nuevo aprendizaje. En este sentido, la Terapia Ocupacional es la disciplina central de lo que ya se denomina la Ciencia Ocupacional. (21)

Rehabilitación funcional

Existen dos enfoques claramente diferenciados de abordar la rehabilitación de las funciones alteradas en la adicción: A) el primero, centrado en el entrenamiento de las funciones cerebrales alteradas; B) el segundo, centrado en el funcionamiento cotidiano. La primera, la rehabilitación neurocognitiva, es propia de neuropsicólogos y persigue recuperar un adecuado funcionamiento de la memoria, la atención, las

funciones ejecutivas, etc. La segunda, la rehabilitación funcional, es propia de la Terapia Ocupacional, y persigue una mejora gradual del desempeño, afectado por las alteraciones cerebrales, pero siendo el funcionamiento diario la diana de la intervención. Se dispone de estudios en el ámbito del daño cerebral que avalan la efectividad de ambas que, lejos de ser excluyentes, se muestran complementarias y mutuamente potenciadoras. En el ámbito de la adicción, sólo contamos con estudios sobre la rehabilitación neurocognitiva, constituyéndose en un reto inmediato para la Terapia Ocupacional la producción de estudios de resultados sobre la rehabilitación funcional. En todo caso, existe amplia evidencia científica sobre la utilidad de la rehabilitación cognitiva en múltiples afecciones que avala su aplicabilidad en el tratamiento de la adicción. (22, 23, 24, 25, 26)

La Terapia Ocupacional parte de la consideración de que la adicción como proceso no puede reducirse a sus bases neurológicas, condiciones necesarias, pero no suficientes, para explicar un proceso interactivo complejo que implica la participación de múltiples niveles: intra e interpersonal, factores genéticos y ambientales, disposiciones previas y efectos postexposición. De este modo, la Terapia Ocupacional se interrelaciona con el resto de disciplinas desde la consideración de los hallazgos biológicos y psicológicos, pero proyectando su evaluación y la consiguiente intervención a los intereses personales, competencias ocupacionales, valores asumidos, roles a desempeñar y limitaciones/potencialidades del ambiente real en el que el individuo debe desarrollarse y recuperar el mejor nivel de funcionamiento posible. (Figura 2)

En definitiva, el aporte de la Terapia Ocupacional se estima en términos de validez ecológica de su intervención, esto es, *“la medida en que el ambiente que los sujetos experimentan en una investigación [o intervención] científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene (...) La validez ecológica de todo esfuerzo científico se cuestiona en cuanto aparece una discrepancia entre la percepción de la situación en la investigación, por parte del sujeto, y las condiciones ambientales que el investigador intenta o supone. Esto significa que ya no es sólo deseable sino fundamental, en toda indagación científica sobre la conducta y el*

desarrollo humano, que se tenga en cuenta el modo en que los sujetos del estudio percibieron e interpretaron la situación de la investigación”, de modo que “una investigación se considera como válida ecológicamente si se lleva a cabo en un ambiente naturalístico y con objetos y actividades de la vida de cada día” (27). Así, la Terapia Ocupacional tiene en consideración los diferentes ambientes reales en los cuales existe un déficit funcional e interviene para mejorarlo hasta niveles óptimos, si es posible mejorando aquellos que favorecieron la instauración y mantenimiento de la adicción. (Figura 3)

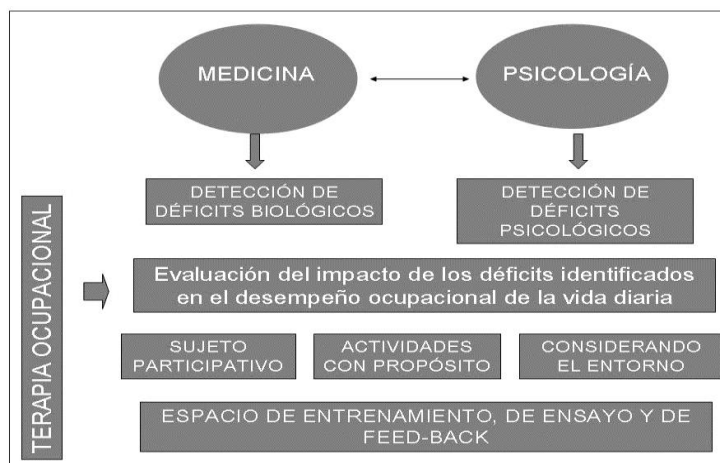


Figura 2 Interrelación de la Terapia Ocupacional con otras disciplinas.

Fuente: Elaboración propia

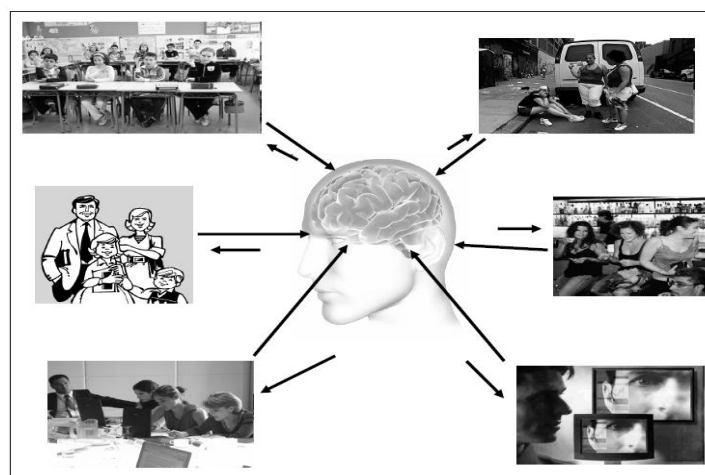


Figura 3 El cerebro modifica el ambiente y es modificado por las consecuencias.

Ello sucede en todos los contextos reales en los que se desenvuelve el sujeto.

Fuente: Elaboración propia

Evaluación de Terapia Ocupacional en la adicción

Un programa de terapia no puede partir sino de una buena evaluación, que defina las áreas que deben ser reforzadas y permita evaluar el resultado de la intervención una vez aplicada. Para ello, la Terapia Ocupacional cuenta con un buen número de instrumentos de evaluación. No obstante, apenas ninguno de ellos ha sido utilizado en sujetos con adicciones. La carencia de instrumentos validados en esta población es un gran obstáculo a la investigación científica para la disciplina y se requieren con urgencia trabajos que propongan viejos instrumentos, validados para otras poblaciones, o instrumentos específicamente diseñados para la evaluación de sujetos adictos. Contamos con propuestas de evaluación amplias, que permiten delimitar los dominios que han de ser valorados y que especifican los instrumentos más adecuados para cada paso evaluativo. (Figura 4) (4, 28, 29)

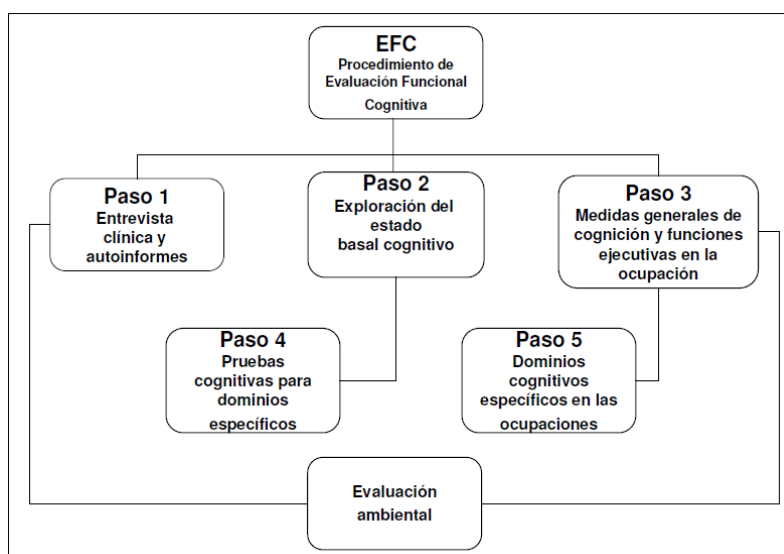


Figura 4 Proceso de evaluación cognitiva funcional
(modificado de Hartman-Maeir, Katz y Baum, 2009).

Fuente: Elaboración propia

A continuación nombraremos algunos de los instrumentos que ya pueden ser utilizados porque cuentan con algún trabajo que avala su fiabilidad y validez en el tratamiento de la adicción.

El primer paso puede consistir en un screening o cribado del funcionamiento cognitivo general. La Evaluación Cognitiva de Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) es una prueba rápida, sencilla, que no requiere especial

síntomas de mal funcionamiento prefrontal en actividades de la vida diaria correspondientes a tres dominios: fallos en el control ejecutivo, en el control emocional y en la conducta social. Ha mostrado adecuados indicadores de fiabilidad y validez, y buena convergencia de medida con otras pruebas diseñadas para el mismo fin en otras disfunciones cerebrales. A diferencia de éstas, el ISP se ha concebido desde la clínica de la adicción y se ha mostrado útil para esta población y también para población no clínica, lo que permite la comparación con los valores esperados. Puede aplicarse al propio paciente y también a algún familiar y/o conviviente, permitiendo, a partir de la discrepancia observable, la estimación del grado de anosognosia o falta de conciencia de problema. (33)

En cuanto a los segundos, disponemos del Autoinforme de Desempeño Ocupacional, test compuesto de dos partes con dos estimaciones cada una. La primera parte consiste en una Autoevaluación Ocupacional, en la que los participantes estiman su grado de competencia en 25 ítems; posteriormente, los sujetos deben valorar la importancia que cada ítem representa para sí mismo. La segunda parte es la Autoevaluación Ambiental, en la que los sujetos evalúan diferentes aspectos del ambiente. Como en el caso anterior, la prueba puede aplicarse al propio paciente y también a algún familiar y/o conviviente. Permite diseñar el programa de tratamiento a partir de las debilidades, pero también de las fortalezas, que declaran los sujetos en su desempeño cotidiano. (34)

Disponemos también de pruebas que permiten clasificar a los sujetos en función de su rendimiento en tareas que requieren fuerte inversión de componentes cognitivos y que pertenecen al amplio bagaje de la Terapia Ocupacional en otras áreas y patologías, pero que cuentan también con algún estudio de aplicación en población adicta.

Otro instrumento de interés en este nivel es la Clasificación de los Niveles Cognitivos de Allen-5 (*Allen Cognitive Level Screen-5*, ACLS-5). Si el MoCA es un instrumento más propio de la Neuropsicología, en la medida en que explora diferentes funciones

cognitivas, el ACLS es una prueba surgida de la propia Terapia Ocupacional, que explora el rendimiento del sujeto en una tarea compleja, novedosa, pero ecológica, y nos informa no sólo de su nivel de funcionamiento actual, sino de sus potencialidades de aprendizaje de nuevas tareas. Creado en el contexto teórico del Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva (MRDC) de Claudia K. Allen, la prueba consiste en el aprendizaje de tres tareas visomotoras (puntos de costura con cuero) con un aumento de la complejidad en las actividades. Para completar las tres tareas, es necesario que la persona preste atención, entienda y use las señales sensoriales de los objetos materiales (cuero, cordón y agujas), las instrucciones y señales verbales y demostrativas del evaluador, y la retroalimentación de las acciones motrices durante la práctica de los puntos. Las puntuaciones obtenidas son interpretadas usando la escala Allen de niveles cognitivos y modos de desempeño. Se dispone de una validación preliminar y los resultados apuntan a que en torno a un 80% de los pacientes adictos presentan diferentes grados de disfunción cognitiva que requiere intervención rehabilitadora. (35, 36)

Finalmente, también puede evaluarse la calidad del desempeño de tareas en la vida diaria. Para ello, la Terapia Ocupacional cuenta con el instrumento que es actualmente considerado como el *gold standard* en la clínica neurológica: la Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (*Assessment of Motor and Process Skills*, AMPS). Se dispone también de una validación preliminar en población adicta, que muestra adecuados indicadores de fiabilidad y validez, y ha permitido estimar que en torno a un 60% de los sujetos adictos obtienen puntuaciones inferiores a lo que cabría esperar según sus características sociodemográficas. Esta prueba, a diferencia de las anteriores, es más compleja, requiere de una capacitación y adiestramiento del terapeuta, la disposición de un espacio para la evaluación en el centro de trabajo y un mayor tiempo de evaluación, en torno a una hora. Por ello, su uso está sujeto a mayores limitaciones, pero debe ser considerada su aplicación teniendo en cuenta la calidad reconocida de la prueba. (36, 37)

Tratamiento ocupacional en la adicción

Contamos, pues, con suficientes pruebas de evaluación que pueden informarnos del estado cognitivo del sujeto de la intervención. A partir de los resultados obtenidos, puede trazarse un plan de tratamiento individualizado que persiga los niveles de funcionamiento óptimo para cada persona. En este punto, el tratamiento que puede desarrollar el terapeuta no difiere, en lo conceptual, del que debe llevar a cabo en cualquier otro ámbito clínico.

La evaluación puede permitir la clasificación de los sujetos en dos grupos bien diferenciados, en función de sus necesidades:

- Grupo de Rehabilitación Cognitiva de Baja Exigencia (Supervisión), con un estilo de intervención más próximo y directivo, con una supervisión continua, mediante tareas de dificultad graduada, sencillas y con éxito garantizado.
- Grupo de Estimulación Cognitiva de Exigencia Moderada (Orientación), mediante el seguimiento autónomo de pautas, autoplanificación de tareas y adquisición progresiva de independencia.

Debe tenerse en cuenta que las tareas que se propongan y las experiencias que proporcione el tratamiento, para que produzcan una marcación positiva, deben contar con significación (que tengan un valor para la persona), vinculación a su realidad diaria y graduación, relacionando dificultad y capacidades, de forma que se garantice el éxito en su ejecución.

Las actividades se dividen, según sus objetivos y contenidos, así como su secuencia temporal en: (Figura 6)

- Actividades preparatorias, creando un clima cognitivo que permita eliminar las interferencias previas y centrarse en la tarea específica que se presentará a continuación (p. ej., relajación o ejercicio físico suave);
- Actividades habilitadoras, que preparan a la persona para asegurar cada nivel de aprendizaje y avanzar hacia el siguiente (p. ej., ejercicios preparatorios de memoria).

- Actividades propositivas, comportamientos o actividades diseñadas en un contexto terapéutico, con el objeto de entrenar funciones concretas (p. ej., juegos para entrenar la amplitud atencional);
- Ocupaciones, que no son ya meras actividades terapéuticas, sino verdaderas ocupaciones de la vida real; requieren la participación supervisada en tareas que se desarrollan habitualmente en su propio contexto, aunque siguen realizándose en un entorno terapéutico (p. ej., preparar un café para el grupo en el departamento de Terapia Ocupacional).

El logro último y máximo del proceso será la generalización de los avances a los contextos reales, mediante tareas cuyo desempeño se encarga al final de cada sesión para su realización en un contexto plenamente real, de modo que las dificultades percibidas puedan ser trabajadas durante la siguiente sesión.

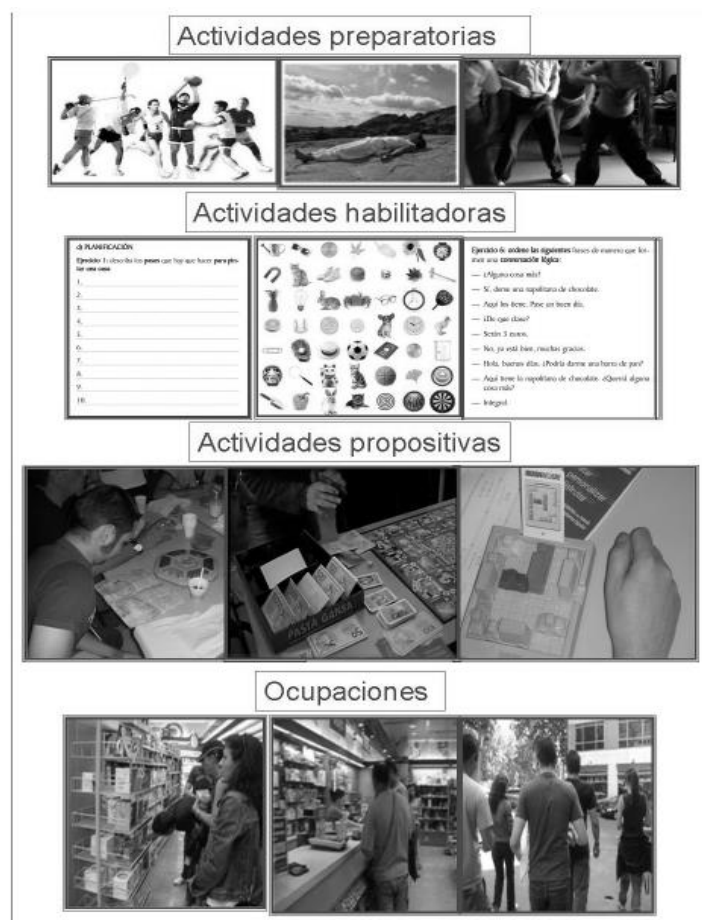


Figura 6 Ejemplos de actividades de Terapia Ocupacional.

Fuente: Elaboración propia

Psicopatología asociada: intervención de Terapia Ocupacional

Es conocido que la adicción se presenta en la clínica frecuentemente asociada a otras manifestaciones psicopatológicas que pueden ser vulnerabilidades para la adicción, factores que favorezcan el mantenimiento de la conducta adictiva o consecuencias de ésta. El terapeuta debe conocer los diagnósticos que sean formulados sobre cada sujeto, en la medida en que puedan complicar el curso y el pronóstico de la intervención o puedan suponer características personales a tener en cuenta en el trabajo individualizado con cada paciente.

Sin embargo, el modelo de evaluación y tratamiento que se ha propuesto no varía demasiado en función de la existencia de otros diagnósticos psicopatológicos, y ello por dos razones principales:

- La mayor parte de los trastornos que suelen acompañar a la adicción se sustentan en las mismas bases biológicas que el proceso adictivo, implicando principalmente un mal funcionamiento de la corteza prefrontal y sus funciones de control ejecutivo y emocional. La mayor parte de los trastornos del Eje I y del Eje II comparten vías neuronales y manifestaciones comportamentales con la adicción. (38, 39)
- La rehabilitación cognitiva cuenta con sobrada evidencia de efectividad en todos estos trastornos coexistentes con la adicción. (26)

De este modo, la Terapia Ocupacional se desmarca de la cuestión del diagnóstico dual, en la medida en que, como sucede en otras patologías (p. ej., el daño cerebral), una alteración del funcionamiento cerebral cursa con sintomatología diversa, explicable y abordable desde el conocimiento neurológico como base de la conducta.

Conclusiones

La Terapia Ocupacional es una disciplina emergente en el marco de la Ciencia Ocupacional, incorporándose, en el momento actual, a multitud de campos de la clínica y de la salud. Son muchos años ya los que esta disciplina lleva trabajando en el ámbito del tratamiento y rehabilitación de la adicción, aunque su papel no siempre ha sido comprendido y reconocido por otras disciplinas preeminentes y por los gestores de programas. En ocasiones, su rol ha sido secundario y subordinado, confundiéndose el "trabajo ocupacional" Como señalaba Madrid-Mazorra, *"la terapia ocupacional 'antigua', debe ser superada en principios filosóficos y no quedarse en la anterior concepción de mero ejecutor de actividades, que cree que por hacer 'cestos' va a mantener la mente ocupada del enfermo mental"*. Es hora de reivindicar el rol profesional como disciplina científica de la única manera posible: desarrollando trabajos de investigación y publicándolos en prensa científica de calidad. En el campo de las adicciones contamos con modelos teóricos propios, con un pequeño, pero creciente, número de publicaciones sobre instrumentos de evaluación. A partir de estos elementos, es necesario diseñar estudios que acrediten la efectividad y la eficiencia de las intervenciones ocupacionales y el beneficio que de ello pueden obtener las personas que han quedado atrapadas en un proceso adictivo. No es sólo un desafío, es una obligación profesional. (40)

BIBLIOGRAFÍA

1. Romaní O. Las drogas: sueños y razones. Barcelona: Ariel; 1999.
2. Griffiths MD. The biopsychosocial and "complex" systems approach as a unified framework for addiction. *Behav Brain Sci.* 2008;31:415-87.
3. Gifford E, Humphreys K. The psychological science of addiction. *Addiction.* 2007;102:352-61.
4. Newlin DB, Strubler KA. The habitual brain: an "adapted habit" theory of substance use disorders. *Subst Use Misuse.* 2007;42(2-3):503-26.
5. Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones desde las Neurociencias. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2009 [consultado el 2 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://set.org.es/>.
6. Pedrero Pérez EJ. Neurociencia y Adicción. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2011[consultado el 2 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://set.org.es/>.
7. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacol.* 2010;35:21 7-38.
8. Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectr.* 2006;11(12):924-30.
9. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Verdejo-García A. What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):377-406.
10. Fisher HE, Brown LL, Aron A, Strong G, Mashek D. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *J Neurophysiol.* 2010;104(1):51-60.
11. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. New York; Acad Sci. 2008;1141:105-30.
12. Pérez-Álvarez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema.* 2012;24(1):1-9.
13. American Occupational Therapy Association. Representative Assembly. *Am J Occup Ther.* 1981;35(12):792-803.
14. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Documento Técnico sobre Terapia Ocupacional. Madrid; 1999. [consultado el 2 de mayo del 2013] Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml.
15. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos.* 2008;10:88-97.

16. Brea Rivero M. Terminología consensuada en Terapia Ocupacional: marco para el entendimiento. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [consultado el 2 de mayo del 2013]; 5(1). Disponible en: <http://revistatog2.3owl.com/num7/revision1.htm>.
17. Helbig K, McKay E. An exploration of addictive behaviours from an occupational perspective. J Occup Sci. 2003;10(3):140-5.
18. Gutman SA, Schindler VP. The neurological basis of occupation. Occup Ther Int. 2007;14:71-85.
19. Gutman SA. Why addiction has a chronic, relapsing course. The neurobiology of addiction: Implications for occupational therapy practice. Occup Ther Mental Health. 2006;22:1-29.
20. Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Llanero Luque M, Olivar Arroyo Á, Puerta García C. Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. Trastornos Adictivos. 2009;11(2):96-105.
21. Hocking C, Clair VW. Occupational science: adding value to occupational therapy. N Z J Occup Ther. 2011;58(1):29-35.
22. Giles GM. Cognitive versus functional approaches to rehabilitation after traumatic brain injury: commentary on a randomized controlled trial. Am J Occup Ther. 2010; 64(1):182-5.
23. Vanderploeg RD, Schwab K, Walker WC, Fraser JA, Sigford BJ, Date ES, et al. Rehabilitation of traumatic brain injury in active duty military personnel and veterans: Defense and Veterans Brain Injury Center randomized controlled trial of two rehabilitation approaches. Arch Phys Med Rehab. 2008;89(12):2227-38.
24. Pedrero-Pérez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. Rev Neurol. 2011;52(7):163-72.
25. Rojo Mota G, Iraurgi Castillo I, Sánchez Cabeza Á. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. En: Pedrero Pérez EJ, coord. Neurociencia y Adicción. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2011:277-98.
26. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. Arch Phys Med Rehab. 2011;92(4):519-30.
27. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human

- development. *Am Psychol.* 1977;32(7): 513-31.
28. Talavera-Valverde M. A. Revisión sistemática de la literatura científica sobre evaluación ocupacional. *TOG (A Coruña)* 2009; 6(Supl.5):105-64. Disponible en URL [02.05.2013]: <http://revistatog2.3owl.com/suple/num5/suple5.pdf>.
29. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en Adicciones: revisión de bases de datos internacionales. *TOG (A Coruña)* [en revisión].
30. Hartman-Maeir A, Katz N, Baum CM. Cognitive functional evaluation (CFE) process for individual with suspected cognitive disabilities. *Occup Ther Health Care.* 2009;23(1):1-23.
31. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:695-9.
32. Rojo-Mota G, Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Rev Neurol.* 2013;56(3):129-36.
33. Ruiz-Sánchez de León JM, Pedrero-Pérez EJ, Lozoya-Delgado P, Llanero-Luque M, Rojo-Mota G, Puerta-García C. Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Rev Neurol.* 2012;54(11):649-63.
34. Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ; Ruiz Sanchez de León JM, Llanero Luque M, Puerta García C. Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. *Adicciones.* 2011;23(1):27-35.
35. Allen CK, Austin SL, David SK, Earhart CA, McCraith DB, Riska-Williams L. Manual for the Allen Cognitive Level Screen-5 (ACLS-5) and Large Allen Cognitive Level Screen -5 (LACLS-5). Camarillo, CA: ACLS and LACLS Committee; 2007.
36. Rojo Mota G. Aportaciones de la evaluación del desempeño ocupacional al estudio de los procesos neurocognitivos en las adicciones. Tesis no publicada. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2012.
37. Fisher A. *The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*. Fort Collins, CO: Three Star Press; 1995.
38. Joseph R. Frontal lobe psychopathology: mania, depression, confabulation, catatonia, perseveration, obsessive compulsions, and schizophrenia. *Psychiatry.* 1999;62(2):138-72.

39. Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Lozoya-Delgado P, Rojo-Mota G, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. Rev Neurol. 2013;56(4):205-13.
40. Madrid-Mazorra FJ. Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. Terapia-Ocupacional.com. Disponible en URL [02.05.2013]: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml.