

# DESEMPEÑO OCUPACIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ADICCIÓN A SUSTANCIAS

## OCCUPATIONAL PERFORMANCE AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH SUBSTANCE ADDICTION

**Palabras clave:** Droga, uso de droga, conducta adictiva, adicción, calidad de vida, desempeño ocupacional, terapia ocupacional.

**Key words:** Designer drugs, Drug Use Disorders, Addictive Behavior, addiction, Quality of Life, occupational performance, occupational therapy.

**DESH:** Drogas Ilícitas, Trastornos Relacionados con Sustancias, conducta adictiva, Trastornos Relacionados con Opioides, calidad de vida, terapia ocupacional.

**MESH:** Street Drugs, Substance-Related Disorders, Behavior, Addictive, Opioid-Related Disorders, Quality of Life, occupational therapy.



### Autores

#### D. Daniel de León Rodríguez

Terapeuta Ocupacional. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla – La Mancha).  
[danielbajamar@hotmail.com](mailto:danielbajamar@hotmail.com)

#### D. Pablo A. Cantero Garlito

Terapeuta Ocupacional. Educador Social. Sexólogo. Ayuntamiento de Plasencia. Presidente del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPTOEX). Profesor Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla – La Mancha).  
[pablo@ereseunavez.com](mailto:pablo@ereseunavez.com)

#### Dña. M. Carmen Zabala Baños

Profesora Ayudante en Facultad Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla – La Mancha). Licenciada en Psicología por la UCM. Máster en Psicología clínica y de la Salud. Máster en Psicoterapia de Tiempo Limitado y Psicología de la Salud.  
[Carmen.Zabala@uclm.es](mailto:Carmen.Zabala@uclm.es)

### Como citar este documento:

de León Rodríguez D, Cantero Garlito PA, Zabala Baños M. Desempeño ocupacional y calidad de vida en personas con adicción a sustancias. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(18): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>

**Texto recibido:** 24/03/2013

**Texto aceptado:** 24/10/2013

**Texto publicado:** 28/11/2013

## Introducción

El consumo de sustancias es, en la actualidad, uno de los problemas más importantes y más graves de salud pública, según los datos publicados en el Plan Nacional sobre Drogas 2009-2016 (1, 2). Entendemos por droga la sustancia natural o artificial que es consumida por el individuo y que se transfiere al organismo a través de alguna vía de administración, actúa sobre el sistema nervioso central alterando los procesos de pensamiento, las emociones o la conducta. Su consumo es problemático en algún sentido, 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 (3).

El consumo de sustancias se basa fundamentalmente en

## RESUMEN

El presente trabajo se realizó para determinar cómo es el desempeño ocupacional y la calidad de vida en personas adictas a sustancias y la posible relación entre ambos. Se trata de un estudio descriptivo transversal para una muestra de 35 usuarios. Los resultados se obtuvieron mediante el registro de las herramientas ADO y CAD-4. La herramienta ADO nos proporciona información sobre las alteraciones y potencialidades en la autoevaluación ocupacional y ambiental y la valoración que le atribuyen las personas.

La calidad de vida autopercebida se muestra con el cuestionario CAD-4, los resultados indicaron los valores medios para cada una de las subescalas y el resultado total de la CV.

Los datos apuntan que las personas perciben peor calidad de vida cuando tienen alteraciones en el desempeño. Debido a esto se puede concluir que teniendo una mejora en el desempeño ocupacional se genera en la persona una mejor percepción calidad de vida.

## SUMMARY

This study was performed to determine how occupational performance and quality of life in people addicted to substances and possible relationship. This is a descriptive study to a sample of 35 users.

The results were obtained by recording and CAD tools ADO-4. ADO The tool provides information about the changes and potential in occupational and environmental self-assessment and the value they attach people.

The perceived quality of life questionnaire is shown with the CAD-4, the results indicated the mean values for each of the subscales and the total score of the CV.

The data suggest that people perceive poorer quality of life when they have disturbed functioning. Because of this it can be concluded that having improved occupational performance in the person generates a better quality of life perception.

sobre Drogas en su última actualización 2009-2010 nos arrojan datos importantes de consumo en nuestro país. El alcohol es la sustancia más consumida, seguido del tabaco, cannabis, hipnosedantes, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y heroína. Se ha comprobado que en la mayoría de sustancias el consumo es superior en los varones, excepto en el caso de los hipnosedantes (6, 7).

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 (8). 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 (9). Su diagnóstico se realiza siguiendo los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (próximamente se realizará la edición del

su uso terapéutico o religioso.

Sin embargo, en España, el consumo ha pasado a ser fundamentalmente juvenil, vinculado al ocio y a la diversión, que se realiza sobre todo la noche de los fines de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales (1, 4, 5). La Encuesta domiciliaria de alcohol y drogas en España (EDADES) y la Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñantes de secundaria (ESTUDES), realizados por el Plan Nacional

DSM V) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades mentales según la OMS CIE-10, que se encuentran en constante modificación con el fin de unificar criterios y mejorar la comunicación (10, 11).

### **Terapia ocupacional en personas con adicción a sustancias.**

El consumo adictivo de sustancias produce una pérdida de hábitos, rutinas y roles en el consumidor, lo cual conlleva a una disfunción ocupacional que afecta al usuario en su contexto, sus relaciones sociales y su desenvolvimiento, limitando su actividad ocupacional e impactando sobre su estado de salud (12).

La Terapia Ocupacional tiene un amplio abanico de posibles intervenciones en personas con problemas de adicción a drogas, tratando de restablecer, modificar o crear un nuevo sentido y significado a las ocupaciones, generando una rutina diaria satisfactoria y funcional. A través de la ocupación, podemos identificar los intereses del sujeto, el nivel de satisfacción con su vida, los contextos donde se desempeña, las actividades a las que otorga mayor importancia o a las que le dedica mayor tiempo y el grado de identificación que el sujeto posee con los roles y expectativas esperadas socialmente, entre otros (12).

Sin embargo, se ha evidenciado una ausencia de instrumentos de evaluación específicos destinados a determinar los componentes ocupacionales en el área de consumo problemático de drogas. Los terapeutas se encargan de modificar los instrumentos de evaluación adaptándola a las necesidades de los usuarios, el contexto institucional y el criterio profesional del terapeuta(12, 13).

El abordaje debe partir desde una exploración, donde se perciban las diferentes alteraciones en el desempeño ocupacional que son importantes para su día a día afectando a su calidad de vida y posteriormente conformando una intervención, identificando las funciones alteradas e interviniendo sobre los componentes de ejecución. La intervención debe comenzar con actividades que nos garanticen un

resultado exitoso y contribuyan a la colaboración del paciente, motivándolo para continuar con actividades de mayor dificultad y nivel de demanda (14).

### **Calidad de vida y desempeño ocupacional.**

La influencia de la ocupación sobre la salud y sobre la calidad de vida de las personas han formado parte del discurso teórico tradicional de la profesión (15). En este sentido, y siguiendo los dictados de la OMS, podemos definir la calidad de vida (en adelante, CV) como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Los investigadores han diferenciado dos tipos de CV; el primero relacionado con la salud (en adelante, CVRS), es la percepción del paciente de cómo el estado de su salud afecta el funcionamiento físico, psicológico y social y el bienestar. El segundo tiene que ver con la calidad de vida en general, abarca la satisfacción del paciente con la CV en general y no únicamente relacionado con la enfermedad(16).

En el ámbito de las drogodependencias se ha empleado la calidad de vida como medida de efectividad en el tratamiento. Un aspecto muy importante a tener en cuenta en la evaluación de la percepción de CV es el grado de bienestar autopercibido a lo largo de la abstinencia, ya que, al parecer, el bienestar subjetivo tiende a reflejar simplemente estados psicopatológicos alterados (17).

Como señalábamos con anterioridad la ocupación da significado a la vida y organiza el comportamiento facilitando la adaptación al medio; además se estructura sobre las siguientes dimensiones a saber: sobre la persona y sobre el medioambiente. En este sentido, Ann Wilcock defiende el bienestar, como la sensación percibida por la persona. Se podría decir que corresponde a ese equilibrio entre el autocuidado, el trabajo y el ocio, acciones que ofrecen a la persona un sentido de ocupación favorable, una vocación y que proporcionan una significativa sensación de bienestar (well-being), generando estados de salud, sentimientos de felicidad en la persona y dotando de significado a su vida

(15). Por lo tanto se puede afirmar que las personas tienen necesidades ocupacionales que están relacionadas con la salud, orientado a la supervivencia, el mantenimiento de la homeostasis y la facilitación de la salud y el bienestar (18).

La revisión de la literatura muestra que las personas con problemas de adicción a sustancias pueden presentar alteraciones en las diferentes áreas del desempeño ocupacional (19). En la tabla 1 se mencionan los déficits más característicos que pueden aparecer.

## **2. METODOLOGÍA**

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 (14, 27).

El presente estudio nace con la finalidad de estudiar el desempeño ocupacional, calidad de vida y la relación entre ambas en personas con adicción a sustancias.

### **2.1. Objetivos.**

- Analizar el desempeño ocupacional en personas con adicción a sustancias.
- Medir la calidad de vida en personas con problemas de adicción a sustancias.
- Estudiar la relación entre desempeño ocupacional y calidad de vida.

<b>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</b>	
<b>Higiene y arreglo personal</b>	Descuido de higiene personal, malnutrición (10, 20).
<b>Alimentación</b>	Trastorno de la alimentación (20).
<b>Actividades sexuales</b>	alteración de las fases de respuesta sexual (20).
<b>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)</b>	
<b>Cuidado de otros</b>	Descuido de los niños (9, 21). Abandono de obligaciones familiares (20).
<b>Facilitar la crianza de los niños</b>	Deterioro del rol de madre (12). Abandono de obligaciones familiares (16, 20).
<b>Movilidad en la comunidad</b>	Descoordinación motora (10). Dificultad en el uso de transporte (16).
<b>Uso de la gestión financiera</b>	Pérdida económica (3). Manejo del dinero (22). Déficit a la hora de gestionar los recursos (23).
<b>Gestión y mantenimiento de la salud</b>	Deterioro de la calidad de vida y la salud en general (3, 10). Afectación de las rutinas diarias que apoyan la salud y eficaces de afrontamiento (10).
<b>Establecimiento y gestión del hogar</b>	Incumplimiento de las obligaciones en la casa (9). Desatención en las tareas domésticas (3). Descuido de las obligaciones de la casa (16, 21, 22).
<b>Preparación de la comida y la limpieza</b>	Dieta inadecuada (10).
<b>Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia</b>	Uso de agujas contaminadas(10). Consumo en situaciones peligrosas (21).
<b>DESCANSO Y SUENO</b>	
<b>Dormir</b>	Trastorno de los patrones del sueño y terrores nocturnos (9, 10, 20, 24). Insomnio, inversión ciclo vigilia-sueño (20). Problemas para dormir (25).
<b>EDUCACION (23)</b>	
<b>Participación en la educación formal</b>	Incumplimiento de las obligaciones en la escuela (9). Reducción en el rendimiento escolar (3). Fracaso escolar (8). Ausencias y expulsiones (21). Deserción del sistema escolar (12).
<b>TRABAJO</b>	
<b>Rendimiento en el trabajo/ empleo</b>	Reducción de la actividad laboral, incumplimiento de obligaciones en el trabajo, reducción del rendimiento y pérdida de empleo/despidos (3, 8-10, 12, 16, 20, 21, 24). Problemas en el desempeño laboral (22).
<b>OCIO</b>	
<b>Participación en el ocio</b>	Reducción o abandono de actividades recreativas (9, 10). Incapacidad para disfrutar en las actividades (12). Abandono progresivo de fuentes de placer o diversiones (20). Afectación del ocio (16).
<b>PARTICIPACION SOCIAL</b>	
<b>Participación en la comunidad</b>	Robo, extorsión, problemas legales, reducción de actividades sociales (9, 10). Actos delictivos (21). Deterioro en habilidades sociales (12). Problemas judiciales (20). Afectación del rol social (16). Habla inadecuado y lenguaje vulgar en ambientes tranquilos (24). Dificultad en la comunicación con los demás (22).
<b>Participación en la familia</b>	Problemas familiares, discusiones con la esposa y familiares (9).Conflicto con familiares (3, 21, 25, 26). Abandono de actividades familiares y desintegración (10). Violencia doméstica y abuso infantil (8, 21). Deterioro en relaciones interpersonales y habilidades de comunicación (12). Alteración en la participación como padre, hijo, conyugue (22).
<b>Participación con compañeros</b>	Problemas como peleas, riñas y agresiones (3, 25). Deterioro en habilidades sociales y habilidades de comunicación (12). Insultos, amenazas y discusiones entre compañeros (24). Problemas en la participación con amigos (22).

Tabla 1: Alteraciones en el desempeño más habituales en personas con adicción a sustancias.

## 2.2. Población de estudio

La población objeto de estudio son personas con adicción a sustancias de la Comunidad de Castilla la Mancha con un diagnóstico de adicción y que se

encuentran en el momento de realización del estudio recibiendo tratamiento en los recursos de Toledo (Comunidad Terapéutica El Alba) y Talavera de la Reina (Unidad de Conductas Adictivas).

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: Personas de ambos sexos de entre 16 y 60 años de edad que tengan un trastorno de adicción a sustancias, con una evolución de consumo superior a 3 años y que residan en la provincia de Toledo. Las personas serán excluidas si no tienen asiduidad en el tratamiento dentro del recurso y cualquier persona que no asista al centro por problemas de adicción a sustancias.

La muestra se conformó por 40 sujetos, en el análisis de datos se descartaron los cuestionarios mal cumplimentados, quedándonos con una muestra de 35 usuarios. Para la consecución de la muestra se contacto con diferentes recursos de atención a drogodependientes, detallándole cuál era el objetivo del estudio. A partir de ahí se consensuaron varias citas para la realización de las entrevistas en los centros y después de una explicación del estudio y la firma del documento de consentimiento informado se administraron dos cuestionarios.

Para la elección de la muestra representativa de este estudio referente a la descripción del desempeño ocupacional, la calidad de vida y la relación entre ambos en sujetos con adicción a sustancias ha sido realizado a través de un muestreo consecutivo, donde, todos los sujetos que cumplen con los criterios de inclusión del estudio pueden participar en este, dentro de un periodo de tiempo estipulado hasta conseguir el tamaño muestral deseado.

### **2.3. Diseño del estudio y descripción de variables e intervenciones.**

La investigación que planteamos en este trabajo se llevó a cabo en un momento del tiempo, por eso se considera como un estudio descriptivo, transversal. Las

variables serán medidas al empezar la investigación, donde se medirá el desempeño ocupacional y la calidad de vida.

Una vez seleccionados todos los candidatos se administraron las escalas de evaluación y una entrevista, para recoger información relevante al tener el contacto con la persona y después de haber firmado el consentimiento informado. Posteriormente hizo un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, describiendo el desempeño ocupacional, la calidad de vida y la influencia del desempeño ocupacional en la calidad de vida.

Para llevar a cabo este proyecto se han utilizado los instrumentos de medida ADO para conocer el desempeño ocupacional y CAD-4 para medir la calidad de vida:

- *Autoinforme del Desempeño Ocupacional (ADO):* (28) es una herramienta compuesta por dos partes con dos estimaciones cada una. La primera parte es de autoevaluación ocupacional en la que los participantes estiman su desempeño ocupacional y posteriormente valoran este desempeño. En segunda parte de evaluación ambiental los usuarios evalúan y valoran igualmente como es su desempeño en el ambiente. La herramienta se divide en siete subescalas diferenciada por ítems (Planificación, Autonomía, Físico relacional, Flexibilidad, Necesidades básicas, Recursos y Entorno).
- *Cuestionario calidad de vida CAD-4:* (26) la escala CAD-4 está conformada por seis subescalas (adicción, ejecución funcional, funcionamiento psicológico, salud percibida, funcionamiento social y tiempo libre). Esta herramienta fue diseñada con el fin de conocer la calidad de vida autopercebida (26).

#### **2.4. Plan de análisis estadístico.**

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20. Se realizó un análisis descriptivo descendente de las variables de desempeño



ocupacional para conocer cuáles eran las áreas en las que tienen más alteraciones y en las que poseen potencialidades.

Se realizó un análisis estadístico de frecuencia para conocer la media, moda y mediana de las subescalas de calidad de vida y la calidad de vida total.

También se realizó un análisis de correlaciones bivariadas para el coeficiente de correlación Pearson entre las subescalas de Calidad de Vida y las subescalas de la herramienta CAD-4, para estudiar la validez convergente entre ambas herramientas. Se consideraron correlaciones estadísticamente significativas para  $p < 0,05$  bilateral.

### **3. RESULTADOS**

El perfil tipo de la persona adicta a sustancias que se desprenden de los datos obtenidos en el estudio responde a un hombre (80%) con una edad media de 41,29 años, soltero (51,4%), con estudios primarios (57,1%), en situación de desempleo (65,7%), policonsumidor diario de sustancias (68,6%). El resto de datos demográficos se presentan en la tabla 2.

El Autoinforme del Desempeño Ocupacional mostró los descriptivos que aparecen reflejados en la tabla 3 para cada una de sus subescalas. Para los ítems referidos a la parte de Autoevaluación ocupacional se dieron los siguientes resultados, en la planificación se dio una media de 54,46%, en autonomía se dio una media de 56,43%. El valor medio referido al factor físico relacional fue de 55,31%, para la flexibilidad se dio una media de 55,00%. En lo concerniente a la Autoevaluación ambiental se dieron los siguientes valores medios en las subescalas; 57,79% en necesidades, un 51,03 % para recursos y una media de 53,05% en los ítems de entorno. Para ampliar la información de los ítems de cada subescala se recomienda revisar el artículo en el que fue descrito el cuestionario ADO (28).

SEXO	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		
	<b>80%</b>		<b>20%</b>		
ESTADO CIVIL	<i>Soltero</i>	<i>Casado/ en pareja</i>	<i>Viudo</i>	<i>Divorciado</i>	
	<b>51,4%</b>	<b>22,9%</b>	<b>0%</b>	<b>25,7%</b>	
NIVEL DE ESTUDIOS	<i>Primarios</i>	<i>Secundarios</i>	<i>Bachiller</i>	<i>Superiores</i>	
	<b>57,1%</b>	<b>28,6%</b>	<b>11,4%</b>	<b>2,9%</b>	
ESTADO PROFESIONAL	<i>Activo</i>	<i>Paro</i>	<i>Jubilado</i>		
	<b>11,4%</b>	<b>65,7%</b>	<b>22,9%</b>		
TIPO DE CONSUMO	<i>Alcohol</i>			<b>75%</b>	
	<i>Cannabis (hachís, marihuana, pomas)</i>			<b>61,1%</b>	
	<i>Cocaína o base sola</i>			<b>75%</b>	
	<i>Heroína sola</i>			<b>36,1%</b>	
	<i>Mezcla de heroína y cocaína o base</i>			<b>38,9%</b>	
	<i>Tranquilizantes o pastillas para dormir</i>			<b>63,9%</b>	
	<i>Anfetaminas</i>			<b>22,2%</b>	
	<i>Éxtasis</i>			<b>27,8%</b>	
	<i>Alucinógenos (LSD, ácidos, tripis)</i>			<b>27,8%</b>	
	<i>Inhalantes (pegamentos, colas, disolventes,...)</i>			<b>11,1%</b>	
FRECUENCIA DE CONSUMO	<i>Diario</i>	<i>Fin de semana</i>	<i>2 o 3 días</i>	<i>Esporádico</i>	<i>Nada</i>
	<b>68,6 %</b>	<b>5,7 %</b>	<b>5,7 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>5,7%</b>

Tabla 2: Participantes en el Estudio (n=35)

recomienda revisar el artículo en el que fue descrito el cuestionario ADO (28).

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
PLANIFICACIÓN	35	20	100	54,46	24,390
AUTONOMÍA	35	20	100	56,43	24,919
FÍSICO - REL	35	17	100	55,31	21,667
FLEXIBILIDAD	35	10	100	55,00	26,946
NECESIDADES	35	8	100	57,79	27,284
RECURSOS	35	14	100	51,03	26,795
ENTORNO	35	10	100	53,05	27,097
N válido (según lista)	35				

Tabla 3: Análisis descriptivo del ADO

Los datos obtenidos después de la evaluación de la herramienta ADO (tabla 4) nos revelan los aspectos en que las personas con problemas de adicción a sustancias presentan dificultades y potencialidades. La puntuación obtenida se corresponde a la multiplicación de la autoevaluación de cada ítem por el valor que otorga el usuario a su desempeño (28).

<b>POTENCIALIDADES</b>					
<b>AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL</b>			<b>AUTOEVALUACIÓN AMBIENTAL</b>		
Item ADO	Media	Desv. típ.	Item ADO	Media	Desv. típ.
Manejo de las necesidades básicas	6,5429	3,31079	Disponer de las cosas básicas que necesito	6,7714	3,65486
Llevarme bien con los demás	6,4571	3,36367	Tener un lugar para vivir y cuidarme a mí mismo	6,0571	3,92535
Cuidarme a mí mismo	6,3143	3,22464	Contar con las personas que me apoyen	6,0286	3,91442
Llegar físicamente a donde necesito ir	5,9714	3,79230	Sentirme tranquilo, agusto en mi barrio	5,7714	3,49020
Cuidar de otros de quienes soy responsable	5,9429	3,52256	Tener las cosas que necesito para ser útil y productivo	5,7429	3,51754
<b>DIFICULTADES</b>					
<b>AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL</b>			<b>AUTOEVALUACIÓN AMBIENTAL</b>		
Item ADO	Media	Desv. típ.	Item ADO	Media	Desv. típ.
Tener una rutina satisfactoria	5,0857	3,71302	Poder vivir con las personas con las que deseo vivir	5,0857	3,84533
Contar con los sentimientos de los demás cuando persigo mis metas	4,9143	3,60042	Poder vivir en la zona en la que yo quiero vivir	5,0571	3,62948
Tomar decisiones en lo que para mí es importante	4,6571	3,36891	Disponer de lugares donde yo pueda ir y disfrutar	4,6857	3,47065
Hacer físicamente lo que necesito hacer	4,3714	3,04945	Disponer de un lugar donde yo pueda ser productivo	4,5429	3,68098
Manejar mi dinero	4,2571	3,55083	Tener oportunidades para hacer cosas que me gustan	4,1143	2,99776

Tabla 4: Potencialidades y dificultades en el desempeño ocupacional.

La medición de la calidad de vida se realiza haciendo la media para cada una de las puntuaciones de las subescalas y para la puntuación total de la calidad de vida (Figura 1). La puntuación total va desde 0 a 100, siendo el valor 0 la puntuación mínima posible y 100 la máxima puntuación posible.

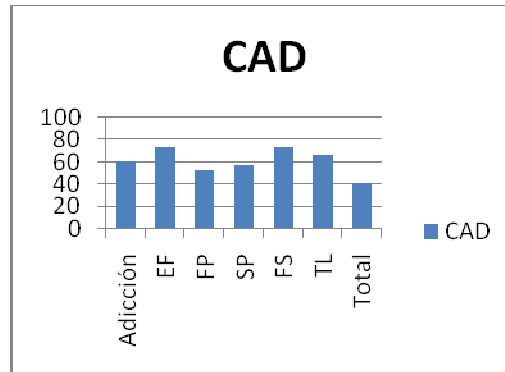


FIGURA 1: Porcentajes para cada una de las subescalas y puntuación total de CV.

La subescala de adicción se refiere a la conducta adictiva sobre la salud y los conflictos familiares frecuentes relacionados con el consumo, dando un porcentaje de 66,48%. La ejecución funcional (73,43%) son los problemas para desempeñar las actividades cotidianas. El aspecto psicológico hace referencia a la conducta emocional y conductual de la persona con un porcentaje de 52,95 %. En cuanto a la salud percibida (57,35%) refleja una evaluación general que tiene la persona sobre su salud, el funcionamiento social tiene que ver con la salud general de la persona referido a aspectos sociales (73,57%). El tiempo libre muestra como la persona es capaz de expresarse y realizar sus actividades aprovechando su tiempo de esparcimiento arrojándonos datos de 66,57%. Por último la puntuación total de calidad de vida viene determinada por la media entre los porcentajes de todas las subescalas, menos la puntuación de adicción, dividida entre 6. Los datos medios de CV son 41,63% indicándonos un valor que nos indica una CV media-baja.

Para el análisis de la relación entre la CV y el Desempeño Ocupacional se realizó una prueba de correlaciones paramétricas (Pearson) entre las escalas y subescalas CAD-4 y ADO, para ver cuales mostraban mayor grado de correlación. Se consideró estadísticamente significativa una  $p < 0,005$  (bilateral). En la tabla cuatro pueden apreciarse las correlaciones entre las diferentes subescalas, cuyos

resultados más destacados se detallan a continuación. Se pueden observar las correlaciones para cada una de las subescalas CAD-4 y ADO. En la primera fila encontramos las siete subescalas correspondientes de la herramienta ADO, en la primera columna podemos observar las subescalas de la herramienta de calidad de vida CAD-4.

		Correlaciones						
		Planificación	Autonomía	Físico-Rel	Flexibilidad	Necesidades	Recursos	Entorno
Adicción	Correlación d	,385*	,505**	,483**	,398*	,420*	,426*	,310
	Sig. (bilateral)	,022	,002	,003	,018	,012	,011	,070
EF	Correlación d	,406*	,460**	,589**	,321	,545**	,424*	,250
	Sig. (bilateral)	,016	,005	,000	,060	,001	,011	,148
FP	Correlación d	-,078	-,221	-,124	-,092	-,082	,099	-,010
	Sig. (bilateral)	,654	,201	,477	,598	,640	,573	,954
SP	Correlación d	,561**	,537**	,568**	,413*	,600**	,605**	,478**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,014	,000	,000	,004
FS	Correlación d	,390*	,397*	,465**	,443**	,380*	,428*	,368*
	Sig. (bilateral)	,021	,018	,005	,008	,024	,010	,030
TL	Correlación d	-,035	-,111	-,002	-,166	,274	,293	,143
	Sig. (bilateral)	,844	,527	,989	,340	,111	,087	,412

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 5: Correlaciones entre subescalas ADO y CAD-4

La **subescala de Adicción** de la herramienta CAD-4 tiene correlaciones con las siguientes subescalas del ADO: Planificación,  $r = 0,385$ , correlacionando de manera leve-moderada; autonomía,  $r = 0,505$ ; físico relacional,  $r = 0,483$ ; flexibilidad,  $r = 0,398$  para la parte de autoevaluación ocupacional y necesidades,  $r = 0,420$  y recursos,  $r = 0,426$  para la parte de valoración ocupacional. En la **subescala de Ejecución Funcional** de la herramienta CAD-4 las correlaciones con las subescalas ADO son: para la parte de autoevaluación ocupacional, de carácter moderado para la planificación,  $r = 0,406$ ; autonomía,  $r = 0,460$ ; físico relacional,  $r = 0,589$ , y por parte de valoración, necesidades,  $r = 0,545$ ; y de manera leve-moderada con recursos,  $r = 0,424$ . Para la **subescala de Funcionamiento Psicológico** (CAD-4) no encontramos correlaciones significativas con la escala ADO. En cuanto a la **Salud Percibida** (CAD-4) tiene correlaciones significativas con las 7 subescalas del ADO. Para la autoevaluación ocupacional las correlaciones son: planificación,  $r = 0,561$ ; autonomía,  $r = 0,537$ ; físico relacional,  $r = 0,468$ ; flexibilidad,  $r = 0,413$ . Para la valoración la correlación

en recursos,  $r = 0,605$  y entorno,  $r = 0,478$ . La **subescala funcionamiento social** (CAD-4) se correlaciona con todas las subescalas del ADO. En la autoevaluación ocupacional, planificación,  $r = 0,390$ ; autonomía,  $r = 0,397$ ; físico relacional,  $r = 0,465$  y flexibilidad,  $r = 0,443$ . Para la valoración ocupacional las correlaciones son: necesidad,  $r = 0,380$ ; recurso,  $r = 0,428$  y entorno,  $r = 0,368$ . En la **subescala Tiempo Libre** (CAD-4) no se encontraron relaciones significativas.

#### 4. DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos con la administración del cuestionario ADO nos permiten realizar una evaluación del desempeño ocupacional de las personas que están en tratamiento de adicción a sustancias y nos permite observar cómo es la influencia ambiental según la importancia que le dan a cada una de las actividades de la vida diaria que realiza. En este sentido, los datos observados para la muestra del estudio reflejan que las personas con adicción a sustancias presentaban mayores alteraciones en las actividades de manejo de dinero, toma de decisiones, hacer físicamente lo que necesitan y contar con los sentimientos de los demás en lo referente a la autoevaluación ocupacional. Destacar que las personas le dan menor importancia a las áreas del desempeño ocupacional en la que presentan alteración como se puede observar en la tabla 4, un ejemplo es el manejo del dinero que lo encontramos como principal problema en este tipo de usuarios, así como la actividad que menor importancia le atribuyen. Entre sus principales potencialidades hallamos el manejo de sus necesidades básicas y llevarse bien con los demás, viendo relación con sus principales intereses.

Es importante el conocimiento de las actividades donde se produce una alteración y la importancia ambiental que le dan a cada una de ellas, ya que para que una intervención tenga éxito debe contar con la persona y realizarse en un contexto natural. En este sentido, para la autoevaluación ambiental podemos observar nuevamente cómo en las áreas de desempeño en las que más problemas se tienen, las personas le otorgan un menor nivel de importancia. En cuanto a sus potencialidades podemos observar también que son necesidades que las personas

mencionan tener cubiertas y más importantes para ellos. Entre sus dificultades más importantes que hacen referencia es la "importancia de vivir en la zona donde se quiere vivir", esto puede atribuirse a que un gran porcentaje de la muestra relevante de este estudio se encuentra en tratamiento en una Comunidad Terapéutica, en la cual realizan el día a día y para salir se necesita realizar una serie de trámites y permisos.

Se considera importante mencionar que para que un tratamiento llevado a cabo sea eficaz debe contar con la implicación de la persona a la que va dirigido y debe ser motivador e importe para la persona si se quiere lograr la rehabilitación.

Por su parte, los resultados que nos proporciona el cuestionario sobre Calidad de vida nos permite conocer como percibe la persona su propia salud. Los resultados denotan que los participantes tienen una concepción negativa sobre su calidad de vida, ya que los valores que encontramos se encuentran cercanos al 50% para todas las subescalas del CAD-4. Los valores establecidos por la subescala de adicción manifiestan los problemas que poseen las personas consumidoras en lo referente a su salud, al igual que en los conflictos personales referente al consumo de sustancias. Los usuarios se perciben de manera negativa su calidad de vida para el desempeño de actividades, estos resultados se encuentran reflejados en la subescala de ejecución funcional.

La subescala de funcionamiento psicológico muestra los problemas de CV que tienen las personas en su estado de salud cognitiva, relacionado con su estado de ánimo diario y energía. En cuanto a la salud percibida más de la mitad de los usuarios mencionaron ver su CV como negativa referido a las dolencias y estado de salud, el funcionamiento social se ve altamente alterado, sus relaciones se basan en el consumo y frecuentemente tienen conflictos o discusiones con las personas. Su visión sobre el tiempo libre también es negativa, ya que han dejado de realizar en gran medida las actividades que les gratificaban debido al consumo de sustancias, utilizan gran parte del tiempo en la búsqueda y consumo de sustancias y no ocupan

el tiempo libre de manera variada. Por lo tanto podemos apuntar a que las personas con adicción a sustancias tienen una Calidad de Vida total media-baja. En la correlación de ambas herramientas de evaluación se han visto resultados favorables, ya que las correlaciones entre las subescalas han ofrecido datos objetivos. Las correlaciones eran máximas cuando se trataban de subescalas que miden aspectos similares, como es la correlación entre las subescalas Ejecución funcional del CAD-4 y Físico Relacional del ADO,  $r=589$ , lo que nos indica que el consumo de sustancias influye notablemente en la capacidad de desempeño de la persona. Ambas herramientas aportan una perspectiva basada en la persona y el entorno y no solo basado en una perspectiva biomédica, de ahí que entre las correlaciones más altas se establezcan entre la subescala de Salud percibida del CAD-4 y la subescala de Recurso de la herramienta ADO,  $r = 0,605$ , refiriéndose a la relación existente entre la oportunidad y capacidad de desempeñar actividades significativas en un entorno deseado, contar con personas y la percepción de la salud de la persona. La subescala de Salud percibida (CAD-4) y Necesidades (ADO) con una correlación alta  $r = 0,600$ , ya que al tener problemas en vivienda, Autocuidado, trabajo, educación etc se produce una visión negativa de la calidad de vida. El resto de las subescalas de las herramientas ADO y CAD-4 correlacionan de manera moderada, excepto para el Funcionamiento Psicológico y Tiempo libre de la herramienta CAD-4 que se dieron correlaciones débiles, ya que 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. En cuanto al tiempo libre, la falta de correlación, puede deberse, además de por los problemas de consumo de sustancias, a que un número importante de los participantes de la investigación residen en una comunidad terapéutica y no disponen de oportunidades para realizar actividades en la comunidad y fuera del centro.

Como defiende Ann Wilcock un correcto equilibrio en el desempeño ocupacional, ofrece a la persona una sensación de bienestar, ayudando a generar una mejora en los estados de salud y calidad de vida (15, 18).



## **5. CONCLUSIONES.**

El consumo de sustancias tiene una prevalencia superior en varones, y produce una pérdida de hábitos, roles y rutinas en toda persona consumidora, lo cual, lleva a la persona a tener alteraciones en el desempeño ocupacional e impactando en su calidad de vida.

Es importante el uso y validación de herramientas para la práctica profesional, ya que proporcionan información necesaria sobre las alteraciones en el desempeño ocupacional y la calidad de vida. Unido a esto nos encontramos que no existen escalas validadas en personas con adicción a sustancias en España y mucho menos referidas a la profesión de Terapia ocupacional.

Los usuarios participantes del estudio mostraron pobres resultados en las diferentes subescalas de la calidad de vida debido al consumo de sustancias. En este sentido, los datos apuntan a que las personas consumidoras de sustancias tienen una concepción negativa de su salud, causa que se refleja en la deficitaria ejecución de las actividades de la vida diaria.

Los datos de la herramienta ADO proporcionan información referente al desempeño y la valoración que le da la persona a su desempeño ocupacional y ambiental e informa sobre las áreas potenciales en este. La información es relevante en las actividades que presentan dificultades, ya que las personas le atribuyen una menor importancia. Entre las funciones que tiene el Terapeuta ocupacional destacamos 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. El resultado de este estudio indica la necesidad de ofertar diferentes opciones de tratamiento para la mejora del desempeño, haciendo partícipe a las personas en este.

Como se ha ido mencionando a lo largo del proyecto, se ha visto una influencia significativa en la relación entre 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. Por tanto se detecta que hay una importancia significativa entre la ocupación y la salud (CV). La adicción produce numerosas alteraciones en el desempeño ocupacional y problemas en la salud autopercebida, por esto, se puede concluir que las personas consumidoras de sustancias presentan un peor desempeño ocupacional, reflejándose en su calidad de vida. Debido a eso, se puede decir, que si se actúa sobre el consumo, eliminando y/o disminuyéndolo, proporcionando una intervención a través de actividades significativas, en un entorno idóneo para la persona, aumentará su Calidad de Vida. 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, persona y el entorno.

drogodependencias sí que hay estudios realizados, muy pocos son los que se han hecho desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, por eso me replantee cambiar de estudio para poder conocer un poco más las necesidades ocupacionales de este colectivo y ver donde se puede actuar desde nuestra perspectiva.

## Bibliografía

1. García-Herrera TJ, Moya García C. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2009.
2. Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo [Monografía de internet]\*. Oviedo: Consumo de drogas y factores de riesgo; 2001 [acceso el 10 de Marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.proyctohombrestur.org/fotos/estudio\\_oviedo.PDF](http://www.proyctohombrestur.org/fotos/estudio_oviedo.PDF)
3. Acero Achirica A, Moreno Arnedillo G, Moreno Arnedillo J, Sánchez Pardo L. La Prevención de las Drogodependencias en el Tiempo de Ocio. Madrid: Asociación de deporte y vida; 2002.
4. Torres MA, Santodomingo J, Pascual F, Freixa F, Álvarez C. Historia de las adicciones en la España Contemporánea [Monografía en internet]\*; 2008 [acceso 3 de Marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones\\_EspContem.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf)
5. Martín González E. Situación actual de las drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
6. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES). [Monografía de internet]\*. Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan nacional Sobre Drogas; 2009/2010 [acceso 28 Marzo de 2012]. Disponible en: [www.mspsi.es/gabinetePrensa/.../pdf/presentacionEdades200910.ppt](http://www.mspsi.es/gabinetePrensa/.../pdf/presentacionEdades200910.ppt)
7. Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria en España (ESTUDES). [Monografía en internet]\*. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ministerio de sanidad, política social e igualdad. España; 2010 [acceso 28 de Marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.msc.es/novedades/docs/PRESENTACION\\_ESTUDES\\_2010.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf)
8. El abuso de las drogas y drogadicción. National institute on drug abuse [revista en internet]\*. 2011 [acceso el 3 de Marzo de 2012]; Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/infofacts/el-abuso-de-drogas-y-la-drogadiccion>.
9. Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ, Fernández Hermida JR, Casete L, Bermejo MP, et al. *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* [Monografía en internet]\*. Barcelona: Socidrogalcohol; 2008 [Acceso 3 Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.pnsd.mspsi.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
10. Pichot P, López Ibor Aliño JJ, Valdes Millar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
11. Clasificación internacional de enfermedades, Trastornos mentales y de Comportamiento. 10ª ed. Madrid: TEA; 1998.
12. Lisette Farias V, Verónica Guerra I, Tamara Cifuentes A, Susana Rozas C. Consumo problemático de drogas y terapia ocupacional: componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. Revista Chilena de Terapia ocupacional [revista en internet]\*. Diciembre 2010. [Acceso 3 Marzo 2012]; 10:[45-6]. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/10559/10637>
13. Rojo Mota G, Sánchez Cabeza A, Gómez Calero AC, Martínez Piédrola R. Evaluación del desempeño ocupacional las adicciones. Neurociencia y adicción [revista en internet]\*. 2011 [acceso 3 Marzo de 2012]. Disponible en: <http://set.org.es/wp-content/uploads/2011/06/NEUROCIENCIA-Y-ADICCI%C3%93N-2011.pdf>
14. Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Llanero Luque M, Olivar Arroyo A, Puerta García C. Terapia

- Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. Trastornos adictivos [revista en internet]\*. 2009 [acceso 3 Marzo de 2012]; 2: [96-105]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/182/182v11n02a13139796pdf001.pdf>
15. Talavera Valverde MA. Relación entre Ocupación, Terapia ocupacional y Salud. Psiquiatría [revista en internet]\*. 2007 [acceso 11 Marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/psigsocial/29042/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psigsocial/29042/).
16. Alexandre B, Laudet PD. The case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. Addict Sci Clin Pract [revista en internet]\*. 2011 [acceso 3 Marzo de 2012]. 6(1); 44-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188817/?tool=pubmed#b19-ascp-06-1-44>
17. Martínez González JM, Graña Gómez JL, Trujillo Mendoza H. La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y craving. Psicothema [revista en internet]\*. 2010 [acceso 3 Marzo de 2012];22(4):562-567. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3767.pdf>
18. Wilcock AA. An Occupational Perspective of Health. 2ª ed. USA: Slackbooks; 2006.
19. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª ed. [traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet] 2010 [23-11-2010]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>  
Traducido de: American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2nd ed.). Am J Occup Ther. 2008; 62:625-683.
20. Casete Fernández L, Climent Díaz B. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basada en la Evidencia Científica. Socidrogalcohol [revista en internet]\*. 2008 [acceso 4 Abril de 2012]. Disponible en: [http://www.google.es/#hl=es&scient=psy-ab&q=%09Gu%C3%ADas+Cl%C3%ADnicas+Socidrogalcohol+Basada+en+la+Evidencia+Cient%C3%ADfica+Casete+Fern%C3%A1ndez%2C+L&oq=%09Gu%C3%ADas+Cl%C3%ADnicas+Socidrogalcohol+Basada+en+la+Evidencia+Cient%C3%ADfica+Casete+Fern%C3%A1ndez%2C+L&aq=f&aql=&gs\\_l=hp.3...7428.7428.1.8270.1.1.0.0.0.0.0...0.0.F9tksfvunA&pbx=1&bav=on.2.or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf.,cf.osb&fp=ec265a58bc8664c&biw=1366&bih=667](http://www.google.es/#hl=es&scient=psy-ab&q=%09Gu%C3%ADas+Cl%C3%ADnicas+Socidrogalcohol+Basada+en+la+Evidencia+Cient%C3%ADfica+Casete+Fern%C3%A1ndez%2C+L&oq=%09Gu%C3%ADas+Cl%C3%ADnicas+Socidrogalcohol+Basada+en+la+Evidencia+Cient%C3%ADfica+Casete+Fern%C3%A1ndez%2C+L&aq=f&aql=&gs_l=hp.3...7428.7428.1.8270.1.1.0.0.0.0.0...0.0.F9tksfvunA&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=ec265a58bc8664c&biw=1366&bih=667)
21. Osuna Fuentes JM. Drogas: ¿Un fenómeno en Evolución? Carel: Carmona: Revista de estudios locales [revista en internet]\*. 2005 [acceso 7 Mayo 2012]; (3): [1269-1291]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328625>
22. Overcoming Drug and Alcohol Abuse. The American Occupational Therapy association, Inc [revista en internet]\*. 2002 [acceso 26 Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.aota.org/Consumers/consumers/MentalHealth/Drugs/35145.aspx?FT=.pdf>
23. Ruiz Sanchez de León JM, Pedrero Pérez E, Llanero Luque M, Rojo Mota G, Olivar Arroyo A, Bouso Saiz JC, et al. Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. Adicciones [revista en internet]\*. 2008 [acceso en 16 Abril de 2012];21(2): [119-32]. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/119-132%20puerta.pdf>
24. Carpenedo CM, Needham M, Knealing TW, Kolodner K, Fingerhood M, Wong CJ, et al. Professional demeanor of chronically unemployed cocaine-dependent methadone patients in a therapeutic workplace. Subst Use Misuse [revista en internet]\*. 2007 [acceso 26 Marzo 2012];42(7):[1141-59]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17668330>

25. Tirado Rodríguez P. Guía clínica de los trastorno por consumos de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social [monografía de internet]\*. Andalucía: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones; 2008 [acceso 16 Marzo 2012]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/GUIA\\_CLINICA\\_ESTIMULANTES/GUIA\\_CLINICA\\_ESTIMULANTES.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_ESTIMULANTES/GUIA_CLINICA_ESTIMULANTES.pdf)
26. Pedrero Pérez EJ, Olivar Arroyo Á, Chicharro Romero J. Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. Trastornos Adictivos [revista en internet]\*. 2007 [acceso 4 Marzo de 2012];1(10): [17-31]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pidet\\_articulo=13117592&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=182&ty=11&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n01a13117592pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13117592&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=182&ty=11&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n01a13117592pdf001.pdf)
27. Rojo Mota G. Terapia ocupacional en el tratamiento de las adicciones. Trastornos adictivos [revista en internet]\*. 2008 [acceso 3 Marzo de 2012];10 (2): [88-97]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/trastornos-adictivos-182/terapia-ocupacional-tratamiento-las-adicciones-13124766-revision-2008>
28. Rojo Mota G, Pedredo 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 [revista en internet]. 2010 [acceso 4 Marzo de 2012];1(23): [23-50]. Disponible en: [http://ucm.academia.edu/ChemaRuiz/Papers/912536/Evaluacion\\_del\\_desempeno\\_ocupacional\\_en\\_la\\_vida\\_cotidiana\\_en\\_adictos.\\_Creacion\\_de\\_un\\_instrumento\\_de\\_medida\\_el\\_ADO](http://ucm.academia.edu/ChemaRuiz/Papers/912536/Evaluacion_del_desempeno_ocupacional_en_la_vida_cotidiana_en_adictos._Creacion_de_un_instrumento_de_medida_el_ADO)