

# LA PARTICIPACIÓN OCUPACIONAL Y EL AUTOCONCEPTO EN LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS EN NORTE DE PORTUGAL

## OCCUPATIONAL PARTICIPATION AND SELF-CONCEPT IN ALCOHOLIC PATIENTS IN NORTHERN PORTUGAL

**Palabras clave** Participación.

**Keywords** Participation.

**DeCS** Alcoholism; Autoimagen; Ocupacion; Terapia Ocupacional.

**MeSH** Alcoholism; Self concept; Occupation; Occupational Therapy.



### Autores

#### Dña. Tatiana Rocha

*Terapeuta Ocupacional na Clínica de Gondomar II (Portugal).*

*E-mail de contacto:* [tatiana.m.rocha2@gmail.com](mailto:tatiana.m.rocha2@gmail.com)

#### D. Celso Teixeira

*Terapeuta Ocupacional 1ªClasse na Unidade de Desabilitação do Norte da Administração Regional de Saúde do Norte (Portugal) e Professor Assistente na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto (Portugal)*

*E-mail de contacto:* [cxt@estsp.ipp.pt](mailto:cxt@estsp.ipp.pt)

### Como citar este documento:

Rocha T, Teixeira C. LA participación ocupacional y el autoconcepto en los pacientes alcohólicos en norte de Portugal. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(23): [18 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/original7.pdf>

**Texto recibido:** 10/02/2016

**Texto aceptado:** 27/04/2016

**Texto publicado:** 31/05/2016

## Introducción

En Portugal, aproximadamente el 5,8% de la población es dependiente del alcohol, con una prevalencia del 9,2% entre los hombres y el 2,6% para las mujeres <sup>(1)</sup>. El consumo medio de alcohol en el país disminuyó de 14,4 a 12,9 litros per cápita entre 2003 y 2010, sin embargo se presenta por encima de la media europea de 10,9 litros, en una lista de 44 países <sup>(1)</sup>.

La naturaleza de las conductas adictivas y la adicción, en el día a día de esta población, puede resultar incluso en el fracaso para alcanzar el máximo potencial a nivel ocupacional, limita la participación en actividades significativas, porque la atención se centra en la sustancia y necesidades físicas, psicológicas y sociales de estos <sup>(2, 3)</sup>.

## RESUMEN

**Objetivo** caracterizar la participación ocupacional y el auto concepto, en pacientes alcohólicos, del Norte de Portugal, en función de su grado de dependencia.

**Métodos** se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el SADD, el Mohost e el ICAC. Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva y la aplicación del coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados** existen relaciones entre la participación ocupacional y el autoconcepto. En función de su grado de dependencia, estas relaciones fueron evidentes en la participación ocupacional, tanto en el autoconcepto.

**Conclusión** con una dependencia del alcohol, los niveles de autoconcepto fueran más bajos y su participación ocupacional estaba principalmente influenciado por la motivación, patrón de ocupación y el ambiente.

## SUMMARY

**Objective** it was to characterize the occupational participation and self-concept in alcoholic patients, from northern Portugal, according to their dependence degree.

**Methods** it was used a sociodemographic questionnaire, the Short Alcohol Dependence Data, the Tracing Instrument Model of Human Occupation and the Clinical Inventory of Self Concept. The statistical analysis included descriptive statistics and the application of Spearman's rank correlation coefficient.

**Results** there are relationships between occupational participation and self-concept. Depending on their degree of dependence, these relationships were evident in occupational participation and in self-concept.

**Conclusions** with an alcohol dependence, self-concept levels were lower and the occupational participation was mainly influenced by motivation, pattern of occupation and environment.

disminución de la productividad y dificultad en la toma de decisiones. De igual forma esta situación se aprecia en el nivel de las actividades de la vida diaria (AVD), y tienen dificultades en su desempeño, en particular, el descuido en la higiene personal, la mala alimentación y los cambios en la respuesta sexual<sup>(7,8)</sup>. Los cambios se producen en otras áreas, tales como las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI), como el abandono de las obligaciones familiares, la gestión financiera y la gestión y mantenimiento de la salud<sup>(8)</sup> y ocio, donde esta población muestra poca variedad de actividades, centrándose a menudo en el uso de sustancias adictivas<sup>(5, 7)</sup>.

Otro aspecto importante es la pérdida de hábitos, rutinas y roles, que conduce a una disfunción ocupacional que afecta el contexto en que se colocan los individuos y sus relaciones sociales<sup>(8)</sup>. Por ejemplo, la reducción de las redes de apoyo<sup>(2, 3)</sup> y un pobre desempeño de los distintos roles relacionados con los hijos y las relaciones interpersonales<sup>(1)</sup>.

Estas consecuencias ocupacionales y funcionales son variadas. Afecta a todas las áreas de ocupación<sup>(2, 4, 5)</sup> y niveles de desempeño ocupacional, ya que establecen nuevos estándares de comportamiento y hábitos<sup>(6)</sup>

Específicamente en el área de ocupación de trabajo, Crouch<sup>(7)</sup> refiere consecuencias en términos de rendimiento, absentismo, número de accidentes,

La dificultad en el desempeño sus papeles y la pérdida de control debido a la necesidad de beber afecta la autoestima y el autoconcepto de estos pacientes <sup>(9)</sup>. Estos dos factores intrínsecos pueden ser un foco importante de la terapia y la intervención en el cambio de motivación para el tratamiento y el comportamiento requerido en todo el proceso <sup>(10)</sup>. Varios autores hacen referencia a la importancia estos factores en la identidad de cada individuo. Según Vaz-Serra <sup>(11)</sup>, el autoconcepto comprende lo que se conoce como la identidad de un individuo y permite una aclaración sobre cómo desarrollar las interacciones de la persona con los demás y cómo lidiar con las áreas relacionadas con sus necesidades y motivaciones. Kielhofner <sup>(12)</sup> también recomienda que la participación en el trabajo desempeña un papel importante en la creación de identidad. Aunque la importancia de los factores de personalidad como el autoconcepto sigue siendo variable, varios investigadores han demostrado que la personalidad de estos individuos influye significativamente en su tratamiento, y la comprensión de las características de personalidad asociados con la dependencia del alcohol, puede ser útil para mejorar el proceso de intervención <sup>(13)</sup>. Para Fuentes, García, Gracia y Lila <sup>(14)</sup>, el concepto de sí mismo se relaciona negativamente con el consumo, es decir, cuanto menor es el consumo, el autoconcepto es superior.

La revisión de la literatura científica muestra que se ha prestado escasa atención al estudio de la interrelación entre la participación ocupacional y el autoconcepto de esta población en particular. En este sentido, esta investigación busca llenar un vacío en el ámbito de las adicciones y el alcoholismo en particular.

El objetivo principal de este trabajo es caracterizar la participación ocupacional y el autoconcepto en una muestra de pacientes alcohólicos, la parte norte de Portugal, según el grado de dependencia.

## MÉTODOS

### Diseño

Este estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal <sup>(15)</sup>.

### Población

El universo de estudio son personas alcohólicas del norte de Portugal. La muestra se obtuvo a través del método de muestreo no probabilístico por conveniencia <sup>(16)</sup> en el lugar para desarrollar el estudio de 6 meses a partir de la población de individuos hospitalizados y finalizaron el 11 de marzo 2015.

La muestra se compone de 148 usuarios que asistieron a la Unidad de Deshabitación del Norte (UDN). La UDN se dedica a la admisión de la retirada definitiva, esto es, prohibición absoluta del consumo de alcohol y estancia de dos semanas en régimen cerrado, es decir, no hay visitas ni contacto telefónico con familiares o conocidos.

Con respecto a los criterios de inclusión y exclusión, los grupos de la muestra con lo siguiente:

- Criterios de inclusión: ser hospitalizado en UDN; presentar un diagnóstico de "trastornos derivados del consumo de alcohol mental y conductual" (F10) de acuerdo con la CIE-10; lectura y la escritura; de edad o mayores de 18 años;
- Criterios de exclusión: los usuarios particulares de abuso de otras sustancias; criterios clínicos de deterioro cognitivo o retraso mental grave.

### Instrumentos

Con el fin de recoger los datos necesarios para este estudio, además de los tres instrumentos destacados, fue construido y utilizado un cuestionario sociodemográfico con el fin de acceder a la información, como la edad, el género, el estado civil, la educación, la situación profesional, lugar de residencia, hogar, tipo de vivienda y los datos sobre el consumo de alcohol,

especialmente la longitud del consumo de alcohol, los tratamientos anteriores sobre esta problemática, contextos donde el consumo tiene lugar y el tipo de bebidas. Las preguntas fueron desarrollados para cumplir con los objetivos previstos para este estudio.

"Short Alcohol Dependence datos" (SADD), traducida y adaptada versión para la población portuguesa por Fonte <sup>(17)</sup> desarrollada originalmente por Raistrick, Dunbar y Davidson <sup>(18)</sup> y McMurrin y Hollin <sup>(19)</sup>. Es una herramienta de evaluación para evaluar el grado de dependencia del alcohol, la cuantificación de la situación actual de la dependencia y los cambios a través del tiempo <sup>(17)</sup>. De acuerdo con las respuestas a 15 aspectos mediados a través de escala Likert, los participantes se dividen en 4 grupos: Ausencia de dependencia (0 puntos), dependencia ligera (1-9 puntos), moderada (10-19 puntos) y grave ( $\geq$  20 puntos). Según el autor, es un instrumento que tiene buenas características psicométricas. La escala tiene un coeficiente de correlación de Spearman = 0,81 y test-retest  $r = 0,90$  <sup>(17)</sup>.

Herramienta de Screening del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), versión traducida, adaptada y validada para la población portuguesa por Gravato y Martins <sup>(20)</sup>, desarrollada por Parkinson <sup>(21)</sup> y con base a los conceptos del modelo de Ocupación Humana (MOHO), se utiliza en este estudio para obtener una visión general del funcionamiento ocupacional de las personas. Este instrumento consta de 24 ítems para recoger datos sobre los siguientes conceptos: motivación para la ocupación, patrón de ocupación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y ambiente. Este instrumento tiene una escala de calificación de 4 puntos. Para cada elemento, la puntuación va de 1 (inhibe la participación ocupacional), 2 (restringe la participación ocupacional), 3 (permite la participación ocupacional) o 4 (facilita la participación ocupacional) <sup>(12, 21)</sup>. La mayoría de los artículos tiene vínculo con la participación de la persona en la ocupación. Los últimos 4 artículos exploran cómo el ambiente apoya a la persona a participar en la ocupación. Los resultados del presente documento se muestran en una escala

de 1 a 4 para cada uno de los 24 elementos. En cuanto a las 6 secciones (la motivación para la ocupación, patrón de ocupación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de proceso, las habilidades motoras y el ambiente) de MOHOST, los resultados se presentan a través de la media de 4 elementos que corresponden a cada una de las secciones. En cuanto a las propiedades psicométricas, de acuerdo con los estudios revisados, la MOHOST puede funcionar como una medida válida y fiable, pero necesitamos más pruebas fiabilidad<sup>(21)</sup>.

Inventario Clínico de autoconcepto (ICAC) Vaz-Serra <sup>(22)</sup> es una escala subjetiva de autoevaluación y se utiliza para medir los aspectos emocionales y sociales de los participantes en este estudio. Se trata de una escala previamente validada en la población portuguesa por el autor y ampliamente utilizado en diversos estudios de investigación, con varias muestras. Consta de 20 preguntas, que se enumeran en una escala unidimensional de Likert (1-5) y su total puede oscilar entre un mínimo de 20 a un máximo de 100, con la mayor puntuación, mejor será lo autoconcepto. Presenta una puntuación global y una puntuación por factores, que son el factor 1 (F1), que refleja la aceptación / rechazo social; factor de 2 (F2) que expresa la auto-eficacia; El tercer factor (F3) que caracteriza la madurez y el factor psicológico 4 (F4), que es la impulsividad. En cuanto a las características psicométricas, el ICAC tiene un coeficiente de Spearman-Brown, de 0791 a una muestra de 920 elementos y una prueba de correlación / retest de 0838 (N = 108), que muestra una consistencia interna y estabilidad temporal bueno<sup>(22)</sup>.

### **Procedimientos**

El estudio se llevó a cabo en la UDN ARS Norte. La aprobación ética fue otorgada por el Coordinador Regional de la División de Intervención en Aditivos y Comportamiento en Dependencias.

La aplicación de los instrumentos mencionados anteriormente se llevó a cabo en un ambiente tranquilo y libre de estímulos perturbadores, por un período de



**Tabla 1 - Características socioeconómicas de la muestra**

	N=148	
	n	(%)
<b>Educación</b>		
Educación Primaria(1º, 2º, 3 y 4º)	51	(34,5)
Educación Primaria (5º y 6º)	45	(30,4)
Educación Secundaria Obligatoria (1º,2º y 3º)	30	(20,2)
Educación Secundaria Obligatoria (4º) y Bachillerato (1º y 2º)	14	(9,5)
Grado Universitario	8	(5,4)
<b>Situación laboral</b>		
Empleado	38	(25,7)
Desempleado	72	(48,7)
Retirado	19	(12,8)
Otros	19	(12,8)

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la educación, el 34,5% de los participantes tenía la educación primaria (1º, 2º, 3º y 4º), 30,4% Educación Primaria (5º y 6º) y el 20,3%, el educación secundaria obligatoria (1º,2º y 3º). Educación Secundaria Obligatoria (4º) y Bachillerato (1º y 2º) y grado universitario tenían una representación del 9,5% y 5,4%, respectivamente. Con respecto a la situación profesional, 72 participantes eran desempleados (48,6%) y 38 empleados (27,5%).

Con respecto a la caracterización del consumo de alcohol, el 37,2% de los participantes había realizado tratamientos previos relacionados con su problema de consumo excesivo de alcohol. La duración media de consumo de alcohol es igual a  $25,1 \pm 11,3$  años, que van desde 2 años hasta 55 años de uso.

En relación con el nivel de dependencia del alcohol, evaluada por SADD, la puntuación total de SADD varía entre 1 y 42 y muestra el promedio de  $22,2 \pm 7,90$ . Los participantes se dividen en 3 grupos:

- Dependencia ligera- 8 participantes (5,4%);
- Dependencia Moderada- 54 participantes (36,5%);
- Dependencia Severa- 86 participantes (58,1%).

Para los resultados MOHOST, las secciones "Patrón de ocupación" y "Ambiente" mostraron valores medios de su total de menores que 3. En la "Motivación", el elemento con el valor más alto son los intereses (punto 3). También se puede



observar que las secciones "Habilidades motoras" e "Habilidades de procesamiento" cuentan con el valor medio más alto total de 3.5. El nivel de

**Tabla 2** – Resultados de la Herramienta de Screening del Modelo de Ocupación Humana

Ítems	1		2		3		4		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Motivación</b>	2,8	0,7	3,1	0,8	3,17	0,6	3,2	0,7	3,0	0,6
<b>Patrón de ocupación</b>	2,7	0,9	3,1	0,7	3,2	0,7	2,8	0,8	2,9	0,5
<b>Habilidades de comunicación &amp; interacción</b>	3,8	0,4	3,4	0,7	3,3	0,7	3,0	0,7	3,4	0,5
<b>Habilidades de procesamiento</b>	3,5	0,6	3,2	0,7	3,2	0,8	2,9	0,7	3,5	0,5
<b>Habilidades motoras</b>	3,8	0,5	3,5	0,7	3,4	0,8	3,2	0,7	3,5	0,6
<b>Ambiente</b>	3,3	0,9	3,1	0,8	2,4	0,9	2,7	1,8	2,9	0,8

"Habilidades de comunicación & interacción", solo el ítem "Relaciones" (ítem 4) presentó valores más bajos, como los "Grupos sociales" (ítem 3) y las "Demandas ocupacionales" (ítem 4) son ítems con valores medios más bajos en lo "Ambiente".

Nota general: los números 1-4 corresponden a los elementos constitutivos de cada sección.

En relación con los resultados de la ICAC, la media total es de  $68,3 \pm 10,9$ . Cuanto a los factores mostraron valores medios de 16,9 aceptación / rechazo social (F1); 18.4 de la autoeficacia (F2); 14.7 de la madurez psicológica (F3) y 11.3 de la impulsividad-actividad (F4).

En las siguientes tablas se refieren a la relación entre las variables en estudio. Se puede determinar que el grado de dependencia tiene correlaciones moderadas, negativas y estadísticamente significativas con el autoconcepto

total ( $R_s = -0,288$ ;  $p = 0,000$ ), la aceptación / rechazo social ( $R_s = -0,278$ ;  $p = .001$ ) y la autoeficacia ( $R_s = -0,271$ ,  $p = .001$ ). Cuanto mayor es la dependencia, más bajo son los valores de lo autoconcepto total, la aceptación / rechazo sociales (F1) y la autoeficacia (F2).

**Tabla 3** - La relación entre el grado de dependencia (SADD) y el ICAC

	ICAC total		F1		F2		F3		F4	
	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$
<b>SADD</b>	<b>-0.288*</b>	<b>.000</b>	<b>-0,278*</b>	<b>.001</b>	<b>-0,271*</b>	<b>.001</b>	-0,094	.256	-0,087	.295

En la tabla 4, se observan que el "Patrón de Ocupación" y "Ambiente" tienen correlación moderada, negativa y estadísticamente significativa con el grado de dependencia .

**Tabla 4** – La relación entre el grado de dependencia (SADD) y el MOHOST

	Motivación		Patrón de ocupación		Habilidades de comunicación & interacción		Habilidades de procesamiento		Habilidades motoras		Ambiente	
	$R_s$	$P$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$	$R_s$	$p$
<b>SADD</b>	<b>-0,184*</b>	<b>.025</b>	<b>-0,265*</b>	<b>.001</b>	<b>-0,177*</b>	<b>.032</b>	<b>-0,223*</b>	<b>.006</b>	<b>-0,205*</b>	<b>.013</b>	<b>-0,28*</b>	<b>.001</b>

Sobre la relación entre los valores de MOHOST y autoconcepto total se puede comprobar que la "Motivación", "Patrón de Ocupación", "Habilidades Comunicación & interaction" y "Habilidades de procesamiento" tienen correlaciones moderadas, positivas y estadísticamente significativas con el autoconcepto total. Sin embargo, se puede observar correlaciones moderadas, positivas, significativas entre las secciones "Motivación", "Patrón de ocupación" y "Habilidades de procesamiento" y la autoeficacia (F2). La "Motivación" se correlaciona con la madurez psicológica (F3), que es una correlación moderada, positiva y estadísticamente significativa correlación ( $R_s = 0,392$   $p = .000$ ).

Tabla 5 – La relación entre el MOHOST y el ICAC

	ICAC total		F1		F2		F3		F4	
	R <sub>s</sub>	p	R <sub>s</sub>	p	R <sub>s</sub>	p	R <sub>s</sub>	p	R <sub>s</sub>	p
<b>Motivación</b>	<b>0,312<sup>*</sup></b>	<b>.000</b>	0,161	.051	<b>0,255<sup>*</sup></b>	<b>.002</b>	<b>0,292<sup>**</sup></b>	<b>.000</b>	0,099	.229
<b>Patrón de ocupación</b>	<b>0,299<sup>*</sup></b>	<b>.000</b>	0,142	.085	<b>0,268<sup>*</sup></b>	<b>.001</b>	<b>0,208<sup>*</sup></b>	<b>.011</b>	0,087	.291
<b>Habilidades de comunicación &amp; interacción</b>	<b>0,253<sup>*</sup></b>	<b>.002</b>	<b>0,167<sup>*</sup></b>	<b>.042</b>	<b>0,223<sup>*</sup></b>	<b>.007</b>	0,149	.071	0,052	.530
<b>Habilidades de procesamiento</b>	<b>0,294<sup>*</sup></b>	<b>.000</b>	0,070	.395	<b>0,297<sup>*</sup></b>	<b>.000</b>	0,150	.068	0,140	.090
<b>Habilidades motoras</b>	<b>0,236<sup>*</sup></b>	<b>.004</b>	0,084	.312	<b>0,234<sup>*</sup></b>	<b>.004</b>	0,051	.535	0,073	.375
<b>Ambiente</b>	<b>0,204<sup>*</sup></b>	<b>.01</b>	0,161	.051	0,143	.082	0,110	.185	0,052	.531

En cuanto a las diferencias entre el grado de dependencia y la relación entre la participación ocupacional y el autoconcepto, el grupo de la dependencia ligera tienen correlaciones muy fuertes, positivas y estadísticamente significativas entre el "Patrón de Ocupación" y F1 ( $R_s = 0,815$  y  $p = .014$ ) y entre el "Patrón de Ocupación" y F3 ( $R_s = 0,803$  y  $p = .017$ ). Este grupo también mostró correlaciones positivas, fuertes y estadísticamente significativas entre "Patrón de Ocupación" y ICAC total ( $R_s = 0,716$  y  $p = .046$ ), "Habilidades de Comunicación y Interacción" y F1 ( $R_s = 0,744$  y  $p = .034$ ) y "Habilidades Procesamiento" y F1 ( $R_s = 0,732$  y  $p = .039$ ). En cuanto al grupo de dependencia severa tienen correlaciones positivas moderadas y estadísticamente significativa entre las secciones de "Motivación" ( $R_s = 0,394$  y  $p = .000$ ), "Patrón de Ocupación" ( $R_s = 0,379$  y  $p = .000$ ), "Habilidades de Comunicación y Interacción" ( $R_s = 0,334$  y  $p = .002$ ), "Habilidades de Procesamiento" ( $R_s = 0,311$  y  $p = .004$ ), "Habilidades motoras" ( $R_s = 0,241$  y  $p = .026$ ) y "Ambiente" ( $R_s = 0,304$  y  $p = .004$ ) con IAC Total. También hemos observado correlaciones moderadas, positivas y estadísticamente significativas entre las secciones de "Motivación" ( $R_s = 0,334$  y  $p = .002$ ), "Patrón de Ocupación" ( $R_s = 0,427$  y  $p = .000$ ), "Habilidades de Comunicación y Interacción" ( $R_s = 0,337$  y  $p = .001$ ), "Habilidades de Procesamiento" ( $R_s = 0,407$  y  $p = .000$ ) y "Habilidades motoras" ( $R_s = 0,299$  y  $p = .005$ ) con la autoeficacia (F2).

## DISCUSIÓN

Con respecto a la caracterización de la muestra, esta es principalmente masculino (66,9%). Estos datos están en consonancia con las cifras publicadas por la WHO <sup>(1)</sup> que destacan que la prevalencia de los trastornos derivados del consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres. La edad de la muestra varía de 23 a 72 años, con una edad media de 45,8 años. Estos datos son similares a los del estudio de Valentim, Santos y Pais-Ribeiro <sup>(23)</sup>, a la que asistieron 444 personas con el diagnóstico de dependencia del alcohol en diferentes subregiones, con una edad media de 45,35 años. En la investigación anterior, los participantes eran en su mayoría casadas o en uniones de hecho (42,3%) <sup>(23)</sup>, en esta investigación al mismo grupo representaron 45,9% de la muestra. En cuanto a la situación laboral de las personas, 48,6% eran desempleados. Este porcentaje de desempleados es similar en el estudio de Valentim, Santos y Pais-Ribeira <sup>(23)</sup>. Estos datos están asociados a los descritos en la literatura en términos de área de ocupación trabajo, que la población tiene dificultades para mantener el empleo debido al ausentismo, disminución de la productividad, entre otros <sup>(7, 24)</sup>. En el análisis descriptivo de SADD, se constatan que la muestra se compone principalmente de dependencia moderada y grave, y ninguno de los participantes no mostró dependencia. Estos resultados se esperaban teniendo en cuenta que el estudio se realizó sobre una muestra que ha sido identificado por CIE-10 con el código F-10 y hospitalizado para el tratamiento de la abstinencia. La caracterización de esta muestra es coherente con la literatura sobre esta población.

Este estudio ha producido pruebas preliminares viniendo sugerir cambios en el nivel de participación ocupacional de estos individuos. Como se menciona en los estudios en el campo de las adicciones <sup>(2, 6)</sup>. Los resultados del MOHOST revelan que la motivación, el patrón de ocupación y el ambiente son los factores que más interfieren con la participación ocupacional. Según Rojo, basado en el MOHO, todos estos conceptos se interrelacionan entre sí <sup>(8)</sup>. Durante el tratamiento, a motivación presenta fluctuaciones y conflictos sobre la cesación

del consumo y la adopción de nuevos estilos de vida <sup>(25)</sup>, lo que podría explicar los resultados inferiores en la motivación. En relación con el patrón de ocupación, estos datos son consistentes con estudios que mostraron que la pérdida de hábitos, rutinas y roles - componentes del patrón de ocupación- se ven afectados en esta población, lo cual influye negativamente en su desempeño en las diversas áreas de ocupación, debido a su sustitución por patrones centrados en la adquisición y el consumo de alcohol <sup>(3, 6, 8)</sup>. Este cambio, en el nivel del patrón de ocupación, influyen todavía en el entorno en el que un individuo pertenece y sus relaciones, puede justificar la afectación de esta variable, en la muestra en estudio <sup>(2, 3, 8)</sup>. Analizando las correlaciones entre la puntuación total de SADD y las distintas secciones de MOHOST, se encontraron correlaciones entre el grado de dependencia y con todos los componentes de MOHOST. Según los valores de las correlaciones, cuanto mayor es el grado de dependencia, menor es la puntuación de los distintos componentes. Un desequilibrio ocupacional es, normalmente, lo que sucede con las personas que dependen de las sustancias, y puede llegar a un estado de privación ocupacional, en la medida en que la organización de la rutina diaria no les permite llevar a cabo cualquier otro tipo de actividades. En otras palabras, el consumo de la sustancia es tan fuerte que era un factor externo que impide de tener un desempeño deseable <sup>(25)</sup>.

En lo que respecta a las habilidades de procesamiento, varios estudios describen los déficits en estas habilidades <sup>(2, 26, 27)</sup>. Estos déficits cognitivos se explican por los cambios estructurales y de procedimiento inducido por el alcohol, asociados principalmente a lo nivel del consumo crónico y grave <sup>(26, 28)</sup>. Estas consecuencias podrían explicar la relación entre estas habilidades y el grado de dependencia. Para el ambiente, existe una relación proporcional entre los niveles de uso y la aparición de las consecuencias sociales <sup>(28)</sup>, como problemas familiares y laborales. Una forma de entender esta relación puede ser una redistribución en la elección de las actividades y contextos que se relacionan con el consumo de alcohol, lo que provoca una reducción de apoyo

por parte de la familia <sup>(29)</sup>. Silvestre y Manita también hablan de una bidireccionalidad entre el consumo y el trabajo, y la influencia que tiene en el autoconcepto de los individuos. Estos autores afirman que el trabajo puede ser la primera contingencia, así, la proporción de mano de obra ocasional, los sueldos bajos, las condiciones físicas del ejercicio de las competencias profesionales y los problemas psicosociales asociados a una situación de desempleo, entre otros, influyen negativamente en el autoconcepto y son factores que fomentan el consumo de alcohol <sup>(30)</sup>.

En cuanto a los resultados del autoconcepto, se encontraron que esta muestra presenta valores inferiores a los resultados de la población general descrito por Vaz-Serra <sup>(22)</sup>. En cambio, se corresponden con los datos obtenidos por Almeida y colaboradores <sup>(31)</sup> en una muestra de 170 pacientes alcohólicos. Estas diferencias con la población en general se pueden explicar por las consecuencias ocupacionales y funcionales descritos en la literatura, incluyendo dificultades en el rendimiento en diversas áreas de la ocupación y el logro de los roles ocupacionales <sup>(2-5)</sup>, debido a la creación de nuevos padrones relacionados con la sustancia <sup>(6)</sup>, que podrá cambiar su autoconcepto. Sobre la base de que este factor corresponde a percepciones que el individuo tiene de sí mismo, construido a partir de la experiencia y de las interpretaciones de su contexto <sup>(22, 32)</sup>. Las correlaciones entre el grado de dependencia y el autoconcepto muestra que el autoconcepto disminuye cuando la dependencia es más grave. Estos datos corroboran con el estudio mencionado que describe una posible influencia entre estas dos variables <sup>(31)</sup>. La pérdida de control cuando se enfrentan con la necesidad de consumir alcohol aumenta en la dependencia severa, como la necesidad de satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y sociales del alcohol, con el consiguiente desestructuración personales y sociales y con implicaciones el autoconcepto <sup>(29)</sup>. Es de destacar el papel que el autoconcepto presenta el comportamiento ocupacional de los alcohólicos.

El análisis estadístico de los datos mostró las relaciones entre la participación ocupacional y el autoconcepto. Todos los componentes del MOHOST mostraron relaciones positivas y significativas con el autoconcepto en general. Según el MOHO, un individuo tiende a repetir lo que le dio placer o sentido de eficacia, evitando las situaciones contrarias (opciones ocupacionales). La relación entre estas variables puede ser explicada por la influencia de estas en opciones ocupacionales y en los alcohólicos hay una relación positiva y significativa entre la motivación y la autoeficacia, puesto que, según Kielhofner <sup>(12)</sup>, la motivación para la ocupación puede conceptualizarse por causalidad personal (competencia y eficacia), valores e intereses. La inclusión de la eficacia como un constituyente de la motivación puede justificar la relación entre estas dos variables en nuestro estudio, por lo tanto, cuanto mayor la autoeficacia en una determinada actividad, mayor será la motivación de la persona por la participación. La autoeficacia también presentó relación con el patrón de ocupación y con las habilidades de procesamiento e con las motoras. Estos resultados pueden deberse a la limitación de la eficiencia causada por déficit temporales o permanentes en las habilidades físicas y mentales causados por los efectos de la adicción <sup>(2)</sup>. Por lo tanto, si no hay cambios en estas dos habilidades, el autoeficacia no se verá afectada por estos. En lo que respecta al patrón de ocupación y la autoeficacia, varios estudios se refieren a la alteración del patrón de ocupación en estos individuos para un patrón resultante de la adicción que puede influir negativamente en su sentido de autoeficacia, debido a la pérdida de los hábitos, rutinas y roles significativos para ellos <sup>(2, 3, 8)</sup>.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la caracterización de la participación ocupacional y el autoconcepto, el objetivo principal de este trabajo, ha sido verificar que existen relaciones entre estas dos variables, en función del grado de dependencia alcohólica. En el presente trabajo estas relaciones fueron evidentes en la

---

participación ocupacional, tanto en el autoconcepto. Con una dependencia del alcohol, los niveles de autoconcepto son más bajos y su participación ocupacional está principalmente influenciada por la motivación, patrón de ocupación y el ambiente.

Este estudio también sugiere una relación entre los conceptos que influyen en la participación y el autoconcepto en general. Estos componentes interrelacionados podrían ser un nuevo enfoque de las intervenciones realizadas en la actualidad con el fin de mejorar su auto-eficacia y la promoción de la participación ocupacional.

Por último, cabe señalar que, la muestra puede limitar los resultados. Sería interesante, por ejemplo, realizar también el estudio en consulta externa con el fin de hacer una comparación en la etapa de procesamiento de datos así como valorar la influencia cultural que la zona geográfica puede tener.

Esperamos que nuestra investigación despertar el estudio de la población alcohólica y las posibles explicaciones que están detrás de sus conductas, frecuentemente analizadas y criticadas sin tener en cuenta las posibles explicaciones.

En personas con problemas relacionados con el alcohol, la ocupación puede actuar como un catalizador al facilitar el proceso de reconocimiento de conductas inadaptadas, con el fin de mejorar la participación ocupacional.



## Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Global Status report on alcohol and health. Switzerland: Who Library; 2014.
2. Helbig K, McKay E. An Exploration of Addictive Behaviours from an Occupational Perspective. *J Occup Sci.* 2003;10(3):140-5.
3. Martin L, Bliven M, Boisvert R. Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions. *Recovery. Occup Ther J Research.* 2008;28(2):81-8.
4. Stoffel VC, Moyers PA. An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders. *Am J Occup Ther.* 2004;58(5).
5. Bazzani LC. La terapia ocupacional en el abordaje de las adicciones: una revisión actualizada. *Rev Chil Ter Ocup.* 2013;13(2):57-64.
6. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastor Adict.* 2008;10(02):88-97.
7. Crouch R. Substance Abuse. In: Weideman Z, editor. *Occupational Therapy Prescribed Minimum Benefits-Occupational Therapy Guidelines Mental Health.* South African: South African Society of Psychiatrists; 2007. p. 185-93.
8. 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 [acceso el 10 enero 2014]; 10(18): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original1.pdf>
9. Castiñeira E. Exploración da identidade ocupacional con dependencia ao alcohol. Coruña: Universidade da Coruña; 2013.
10. Kim JS, Park BK, Kim GJ, Kim SS, Jung JG, Oh MK, et al. The Role of Alcoholics' Insight in Abstinence from Alcohol in Male Korean Alcohol Dependents. *J Korean Med Sci.* 2007;22(1):132-7.
11. Vaz-Serra A. A importância do auto-conceito. *Psiquiatr Clin.* 1986;7(2):57-66.
12. Kielhofner G. *Model of Human Occupation.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
13. Chaudhury S, Das SK, Ukil B. Psychological assessment of alcoholism in males. *Indian J Psychiatry.* 2006;48(2):114-7.
14. Fuentes MC, García F, Gracia E, Lila M. Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones.* 2011;23(3):237-48.
15. Fortin M, Coté J, Filion F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta; 2009.
16. Marôco J. *Análise Estatística com SPSS Statistic.* 5th ed. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda; 2011.
17. Fonte A. *Questionários de Avaliação Clínica e Epidemiológica do Alcoolismo.* Lisboa: Merck; 2004.
18. Raistrick D, Dunbar G, Davidson D. Development of a questionnaire to measure Alcohol Dependence. *Br J Addict.* 1983;78(1):89-95.
19. McMurrin M, Hollin C. The Short Alcohol Dependence Date (SADD) Questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders. *Br J Addict.* 1989;84:315-7.
20. Gravato J, Martins S. Contributo para a Adaptação e Validação do "The Model of Human Occupation Screening Tool"-MOHOST. 2005.
21. Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2002). *User's manual for the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Version 1.0.* Chicago: University of Illinois, Chicago.
22. Vaz-Serra A. O inventário clínico do auto-conceito. *Psiquiatr Clin.* 1986;7(2):67-84.
23. Valentim OS, Santos C, Pais-Ribeiro JU. Vulnerabilidade ao Stress em Pessoas com Alcoolismo. *RPESM.* 2014:76-81.
24. Cardoso JMN, Barbosa A, Ismail F, Pombo S. Neter alcoholic typology (nat). *Alcohol Alcohol.* 2006;41(2):133-9.
25. Rodrigues M, Teixeira Z. Da "falta de força de vontade" ao empowerment na dependência de álcool. *Toxicodependências.* 2010;16(1):57-64.
26. Nowakowska K, Jabłkowska K, Adamiak G, Borkowska A. P01-58 Cognitive dysfunctions in patients with alcohol dependence. *Eur Psychiatry.* 2009;24:S446.

27. Evert DL, Oscar-Berman M. Alcohol-related cognitive impairments: An overview of how alcoholism may affect the workings of the brain. *Alcohol Res Health*. 1995;19(2):89-96.
28. Pastor FP, Serecigni JG, Gómez CP, García JB. Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. 3ª ed. Madrid: Socidrogalcohol; 2007.
29. Cervantes G, Ortiz A. Análisis psicológico conductual de las estrategias de autocontrol implicadas en el consumo de alcohol. *Adicciones*. 2002;14(4):443-54.
30. Silvestre AR, Manita C. Relação drogas-trabalho na construção de carreiras desviantes. *Toxicodependências*. 2008;14(2):3-14.
31. Almeida A, Gomes A, Breda J, Lameiras R. Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos. *Psiqu Clin*. 1999;20(4):307-16.
32. Reigal Garrido R, García AV, Tamayo IM, Mier RJRd. Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física. *APUNTS. Educ Fis Dep*. 2013;2(112):46-51.