



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Estudio sobre el desempeño ocupacional de
adultos jóvenes en situación de
drogodependencia.**

Javier Díaz Villamor

Junio 2020

DIRECTORA:

María del Carmen García Pinto: profesora asociada UDC. Terapeuta Ocupacional del Hospital de Día de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

ÍNDICE

DIRECTORA:.....	1
ÍNDICE	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
RESUMEN.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	8
1.1 Situación del consumo de drogas en adultos jóvenes	8
1.1.1 Situación mundial.....	8
1.1.2 Situación en Europa.....	9
1.1.3 Situación en España	12
1.1.4 Situación en Galicia.....	14
1.2 Afectación de la droga en jóvenes	15
1.3 Legislación para la rehabilitación	21
1.4 Terapia Ocupacional.....	23
1.4.1 Terapia Ocupacional y drogodependencias	24
1.5 Justificación.....	27
BIBLIOGRAFÍA	29
2. OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo general:.....	33
2.2 Objetivos específicos:	33
3. METODOLOGÍA.....	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2 Ámbito de actuación y duración del estudio.....	34
3.3 Selección de la muestra.....	35
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	35
3.5 Técnicas de recogida de información	36
3.6 Análisis de los datos	37
3.7 Búsqueda bibliográfica.....	38

3.8 Rigor y credibilidad de la investigación.....	39
3.9 Posibles limitaciones del estudio.....	40
3.10 Aplicabilidad	40
4. PLAN DE TRABAJO.....	41
5. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.....	42
6. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	43
7. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	45
7.1 Recursos necesarios y presupuesto estimado.....	45
7.2 Posibles fuentes de financiación	47
APÉNDICES.....	49
Apéndice I: Hoja de información para el centro	49
Apéndice II: Hoja de información para el participante.....	52
Apéndice III: Documento de consentimiento informado para el participante.....	55
Apéndice IV: Guion de entrevista para usuarios.....	56
Apéndice V: Guion de entrevista para profesionales	58
Apéndice VI: Listado de abreviaturas.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I: Clasificación de sustancias psicoactivas según sus efectos. Elaboración propia.	8
Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión para centros. Elaboración propia.	35
Tabla III: Criterios de inclusión y exclusión para usuarios. Elaboración propia.....	36
Tabla IV: Criterios de inclusión y exclusión para profesionales. Elaboración propia.....	36
Tabla V: Cronograma del proyecto de investigación (2020-2021). Elaboración propia....	41
Tabla VI: Presupuesto y recursos necesarios. Elaboración propia	46
Tabla VII: Posibles fuentes de financiación. Elaboración propia	48

RESUMEN

Antecedentes: El consumo de drogas es un tema que afecta a toda la sociedad, repercutiendo directamente en los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años). Los principales problemas ocasionados por las drogas se agravan considerablemente en estas edades, etapas clave en el desarrollo integral del individuo. El consumo de sustancias de forma habitual produce alteraciones en las distintas áreas de la ocupación, comprometiendo así el desempeño ocupacional de los individuos. Esto produce una modificación o impedimento en los hábitos y las rutinas necesarios para llevar a cabo un patrón ocupacional que satisfaga los requerimientos del día a día. Esta alteración hace que las personas dejen de realizar sus ocupaciones significativas anteriores a la adicción, por lo que la Terapia Ocupacional tiene una importante labor en este ámbito de actuación.

Objetivo general: Explorar cómo influye el consumo de drogas sobre el desempeño ocupacional de los adultos jóvenes.

Metodología: Se empleará la metodología cualitativa para la realización del estudio. Se trata de un estudio transversal siguiendo la referencia teórica del enfoque fenomenológico. El método de recogida de datos será una entrevista con preguntas abiertas. La selección de la muestra se realiza mediante un muestreo intencional.

Palabras clave: “Terapia ocupacional”, “Desempeño Ocupacional”, “Drogodependencias”, “Adultos Jóvenes”, “Droga Ilícita”.

Tipo de trabajo: Proyecto de Investigación.

RESUMO

Antecedentes: O consumo de drogas é un tema que afecta a toda a poboación, repercutindo directamente nos adultos novos (entre 15 e 34 anos). Os principais problemas ocasionados polas drogas agrávanse considerablemente nestas idades, etapas claves no desenvolvemento integral do individuo. O consumo de sustancias de forma cotiá produce alteracións nas distintas áreas da ocupación, comprometendo así o desempeño ocupacional dos individuos. Isto produce unha modificación ou impedimento nos hábitos e nas rutinas necesarios para levar a cabo un patrón ocupacional que satisfaga os requerimentos do día a día. Esta alteración fai que as persoas deixen de realizar as súas ocupacións significativas anteriores á adicción, polo que a Terapia Ocupacional ten unha importante labor neste ámbito de actuación.

Obxectivo xeral: Explorar cómo inflúe o consumo de drogas sobre o desempeño ocupacional dos adultos novos.

Metodoloxía: Emplearase a metodoloxía cualitativa para a realización do estudio. Trátase dun estudio transversal seguindo a referencia teórica do enfoque fenomenolóxico. O método de recollida de datos será unha entrevista con preguntas abertas. A selección da mostra realízase mediante un mostreo intencional.

Palabras clave: “Terapia Ocupacional”, “Desempeño Ocupacional”, “Drogodependencias”, “Adultos Novos”, “Droga Ilícita”.

Tipo de traballo: Proxecto de Investigación.

ABSTRACT

Background: The drug abuse is a topic that affects all the entire population, specially to the young adults (between 15 and 34 years old). The main problems caused by drugs are considerably compounded at this ages, key stages in the integral development of the adolescent. The usual substance abuse produces disorders on the different occupation areas, committing the occupational performance of the individuals. This produces modifications and disabilities in habits and routines, both of them necessary to carry out an occupational standard that fulfiles the day-to-day requirements. Therefore, this alteration causes people to stop performing their meaningful occupations pre-addiction, so Occupational Therapy has an important work in this actuation field

Main goal: To browse how does drug abuse influences concerning young adults' occupational performance.

Methodology: A qualitative methodology will be used to carry out the work. This is a transversal survey following the theoretical reference of the phenomenological approach. The data collection method will be an open-ended questions interview. The sample selection is done through an intentional sampling.

Key words: "Occupational Therapy", "Occupational Performance", "Drug Addition", "Young Adults", "Illicit Drug".

Type of work: Research Project

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1 Situación del consumo de drogas en adultos jóvenes

1.1.1 Situación mundial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término “drug” o “droga” es muy variado, por lo que la definición más adecuada es la de “illicit drug” o “droga ilegal”. Se entiende como toda sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo es su producción, su venta y su consumo en determinadas circunstancias. El uso perjudicial de estas sustancias se refiere al patrón de consumo que daña la salud física, mental o ambas. (OMS, 1994). En este estudio se tendrá en cuenta el consumo de drogas ilegales, excluyendo alcohol, tabaco y cafeína para la búsqueda de información, pero siendo relevantes en investigación ya que son las sustancias con más frecuencia de uso combinadas con otras, en las sociedades industrializadas. Este fenómeno se denomina policonsumo (OMS, 1994). El 90% de los casos incluye alcohol y cannabis (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), 2017).

En la actualidad, se conocen una infinidad de sustancias psicoactivas diferentes (OMS, 1994) clasificándose según sus efectos en la Tabla 1:

Tabla I: Clasificación de sustancias psicoactivas según sus efectos. Elaboración propia.

Clase	Ejemplos	Efectos conductuales
Estimulantes	Anfetaminas Cocaína Éxtasis Nicotina	Estimulación, excitación, incremento en la concentración, disminución del apetito, aumento del ritmo cardíaco, respiración incrementada, paranoia, pánico
Depresivos	Alcohol Sedantes e hipnóticos Disolventes volátiles	Relajación, desinhibición, disminución motora, disminución en la memoria y la cognición, ansiolisis
Alucinógenos	Canabinoides LSD Fenciclidina	Alucinaciones, conciencia sensorial incrementada, déficit motor y cognitivo
Opioides	Morfina Heroína	Euforia, analgesia, sedación

La United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) señala que, en 2015, alrededor de 29.5 millones de personas, es decir el 0.6% de la población adulta mundial, tenían un uso problemático y padecían trastornos por consumo de drogas (UNODC, 2017). En 2017, unos 271 millones de personas, o lo que es lo mismo, el 5,5% de la población mundial, había consumido alguna droga ilegal en el año anterior. Encontramos que el 3,8% había consumido cannabis, el 0,59% opiáceos, el 0,37% cocaína, el 0,45% éxtasis y el 0,59% anfetaminas, en la población total. La droga que más se consume es el cannabis, siendo una droga comúnmente elegida por los jóvenes, sin embargo, el consumo de sustancias en esta población difiere de un lugar a otro y depende de las circunstancias económicas y sociales. Los datos actuales muestran un aumento de la prevalencia del consumo de opioides en África, Asia, Europa y América del Norte, y del consumo de cannabis en América del Norte, América del Sur y Asia (UNODC, 2019).

Todas las regiones (a excepción de África), han registrado un aumento de la proporción de personas que reciben tratamiento por trastornos por consumo de cannabis como principal droga objeto de abuso. Los opioides siguen siendo la principal droga por la que se recibe tratamiento en Europa y Asia. La producción de opio y la fabricación de cocaína se mantienen en niveles récord. Las cantidades incautadas también son más altas que nunca (UNODC, 2019).

1.1.2 Situación en Europa

El Informe Europeo sobre Drogas de 2019, publicado por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) divide a la población en función de la edad en dos grupos, de 15 a 34 años (clasificados como adultos jóvenes) y de 35 a 64 años. Además, en ocasiones se menciona un grupo más joven, de 15 a 24 años, y resulta interesante para la investigación (OEDT, 2019). Se presenta una visión panorámica de la situación de las drogas en Europa, basada en los últimos datos disponibles. El consumo de sustancias en el último año constituye un buen indicador del consumo reciente y se concentra en los adultos jóvenes. Se estima que 19,1 millones de adultos jóvenes han tomado drogas en el último año (16%)

y que el número de hombres (20%) duplica aproximadamente al de mujeres (11%) (OEDT, 2019).

Desde el año 2000, se observan tendencias al alza en las prevalencias anuales del consumo de cannabis entre los adultos jóvenes en países como Irlanda y Finlandia, donde los datos más recientes indican niveles que se aproximan a la media comunitaria del 14,4%. En Francia, las encuestas recientes indican que la prevalencia se ha estabilizado en un 21,8%, el porcentaje más elevado de Europa (OEDT, 2019).

Se estima que, en la Unión Europea (UE), 91,2 millones de adultos han probado el cannabis en algún momento de su vida, el 27,4%. De estos, unos 17,5 millones de adultos jóvenes, es decir, el 14,4% de este grupo de edad, consumieron cannabis el último año. Entre este grupo de edad, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,5% en Hungría y el 21,8% en Francia. Si se consideran únicamente los jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia del consumo de cannabis es mayor, siendo de un 18%, es decir, 10,1 millones de personas consumieron durante el último año y un 9,3% el último mes, es decir, 5,2 millones de consumidores. El cannabis es una de las drogas que se conoce desde hace más tiempo en Europa, de hecho, es la droga ilegal más consumida (OEDT, 2019).

Otra sustancia con afluencia de consumidores es la cocaína, la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, y con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste. En los últimos años, el consumo ha ido en aumento en Europa, estimándose que, en la UE, 18 millones de adultos han probado cocaína en algún momento de su vida, el 5,4% de adultos. De estos, unos 2,6 millones han consumido cocaína durante el último año, es decir, el 2,1% (OEDT, 2019).

Los datos actuales sobre cocaína revelan que tanto el número de incautaciones como las cantidades requisadas registran valores máximos. Sin embargo, actualmente existen pocos programas específicos destinados a los consumidores de esta droga en Europa (OEDT, 2019).

La heroína es el opioide más consumido en el mercado de drogas europeo. Otros opioides disponibles ilegalmente son medicamentos como morfina, metadona, buprenorfina y tramadol, así como varios derivados del fentanilo. A pesar de que las cifras sean inferiores en la actualidad, sigue siendo la causa del 35% de las solicitudes de tratamiento por abuso de sustancias en la UE. No se observan datos de altos consumos en adultos jóvenes, sino que se corresponden con edades más avanzadas (OEDT, 2019).

La producción de drogas sintéticas como el 3,4-metilendioxi-metanfetamina, conocido como MDMA, parece estar creciendo en Europa, diversificándose, volviéndose más innovadora y concentrándose en los Países Bajos y Bélgica. Las cifras de consumo más reciente entre adultos jóvenes indican que 2,1 millones de personas de 15 a 34 años consumieron MDMA en el último año, es decir, el 1,7% de este grupo de edad, con estimaciones nacionales que oscilan entre el 0,2% de Portugal y Rumanía y el 7,1% de los Países Bajos. La prevalencia es mayor entre los jóvenes de 15 a 24 años, estimándose que un 2,3% (1,3 millones) han consumido MDMA en el último año (OEDT, 2019).

También se consumen anfetaminas y metanfetaminas, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque sea mayor el consumo de las primeras. El consumo de metanfetamina se ha limitado históricamente a República Checa y, más recientemente, a Eslovaquia, aunque en los últimos años se han detectado aumentos del consumo en otros países. Las cifras de consumo reciente entre adultos jóvenes indican que 1,3 millones, es decir, el 1% de dicho grupo de edad consumieron anfetaminas a lo largo del último año (OEDT, 2019).

Se consumen otras sustancias con propiedades alucinógenas, anestésicas, disociativas o sedantes, como la dietilamida del ácido lisérgico o LSD, hongos alucinógenos o ketamina. Los niveles de prevalencia del consumo de LSD y hongos alucinógenos en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Las encuestas recogen estimaciones de prevalencia del consumo en adultos jóvenes, de ambas

sustancias durante el último año, inferiores al 1% en 2017, con la excepción de los hongos en Finlandia (1,9%) y los Países Bajos (1,6%) y del LSD en Noruega (1,1%) y Finlandia (1,3%) (OEDT, 2019).

Además de las sustancias ya conocidas, en la actualidad están surgiendo nuevas sustancias psicoactivas y se está convirtiendo en un conflicto a nivel global. A finales de 2018, el OEDT vigilaba más de 730 nuevas sustancias psicoactivas, 55 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa ese mismo año. Estas sustancias conforman un amplio abanico de drogas, como cannabinoides sintéticos, estimulantes, opioides y benzodiazepinas (OEDT, 2019).

1.1.3 Situación en España

La Encuesta Sobre el Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDA), divide a la población en función de la edad en dos grupos, de 15 a 34 años (clasificados como adultos jóvenes) y de 35 a 64 años (OEDA, 2019).

El consumo ilegal de drogas en España sigue siendo una de las amenazas más destacables para la salud y el bienestar y, directa o indirectamente, afecta a la vida de millones de individuos en nuestro país. En términos generales, 1/3 de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida, manteniéndose este porcentaje relativamente estable en los últimos años. Las drogas ilegales más consumidas en el último año son el cannabis (9,5%) y la cocaína (2%), con prevalencias de consumo en niveles elevados con respecto a otros países del entorno UE, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes (OEDA, 2019).

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España y, además, la única cuyo consumo crece en todos los tipos de consumos (alguna vez en la vida, último año, último mes, a diario). El 42% de los adultos jóvenes de España han consumido en alguna ocasión cannabis o derivados y el 18,3% en el último mes. El perfil del inicio en el consumo de esta droga corresponde con un hombre menor de 25 años en el 77% de los casos. Hay que destacar que el porcentaje de consumidores de cannabis entre los

menores de 15-17 años (12,6%) es mayor que entre los mayores de 35 años (5,5%). En paralelo al aumento del consumo, disminuye del 82,4 al 79,8% la población que considera una conducta de riesgo el consumo de cannabis, es decir, existe más aceptación (OEDA, 2019).

El tráfico de hachís en Europa se mantiene en unos niveles elevados, principalmente por la cercanía con Marruecos, origen de la mayor parte del hachís de Europa (OEDA, 2019).

Por otro lado, es cierto que en los datos más recientes se observa la estabilización de los consumos de forma general, y especialmente, del consumo de cocaína. No obstante, sigue existiendo entre adolescentes y entre la población en general, un nivel de consumo preocupante. El 9,9% de los adultos jóvenes de España han consumido en alguna ocasión cocaína y el 2,7% en el último año. En función de la edad, la mayor incidencia se encuentra en el segmento de 15 a 24 años (OEDA, 2019).

En contraposición, la prevalencia del consumo de heroína y de inhalables volátiles es muy residual, no alcanzando en ninguna de las dos, la unidad porcentual en el tramo temporal de “alguna vez en la vida”. Evolutivamente, el dato se ha mantenido muy estable en ambas sustancias durante los últimos años. El 0,2% de los adultos jóvenes han consumido opioides en alguna ocasión, siendo menor el porcentaje en el último año (OEDA, 2019).

En cuanto al éxtasis, el 4,1% de los adultos jóvenes ha consumido MDMA en algún momento de su vida. En los adultos de 35 a 64 años, la prevalencia de consumo se mantiene por debajo del 0,5%, tal y como viene ocurriendo a lo largo de toda la serie histórica. Por su parte, entre los de 15 a 34 años continúa el descenso iniciado en 2001 y se alcanza así en 2017 la menor prevalencia de consumo en este conjunto (1,2% en ese año) (OEDA, 2019).

La edad media de inicio en el consumo de anfetaminas se sitúa en 20,4 años. En términos generales, el 4% de los adultos jóvenes las han consumido en alguna ocasión. Diferenciando por sexo y edad, las

prevalencias más altas de consumo en el último año se obtienen en los hombres y en el tramo de edad de 15 a 24 años (1,6%) (OEDA, 2019).

El consumo de otras sustancias alucinógenas como el LSD, la ketamina y las setas u hongos alucinógenos, alcanzan prevalencias de 4,7% en los adultos jóvenes en cuanto a consumir en alguna ocasión. Principalmente destacan las prevalencias registradas en los tramos de edad de 15 a 24 años y de 25 a 34 años (1,7% y 1,2%, respectivamente) (OEDA, 2019).

Los hipnosedantes (con o sin receta), son la cuarta sustancia más consumida en España por detrás del alcohol, tabaco y cannabis. El 12,4% de los adultos jóvenes los ha consumido en algún momento, mientras que un 6,5% los ha consumido en el último año. Sin embargo, los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34.4 años. (OEDA, 2019). En líneas generales, desde mitad de la primera década del presente siglo, se observa un descenso en la frecuencia de personas que consumen drogas, excepto en el caso del consumo de hipnosedantes (Ministerio de Sanidad, 2017).

En el marco temporal de “alguna vez en la vida”, los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides, que son consumidos en mayor medida entre las mujeres en España (OEDA, 2019).

1.1.4 Situación en Galicia

Los consumos de drogas experimentaron en Galicia, al igual que en el resto de España, un rápido crecimiento desde mediados los años setenta. Los datos disponibles en el Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016 ponen de relieve que las drogas continúan teniendo una importante presencia en la sociedad gallega, como lo evidencia la existencia, entre la población de 15 a 64 años, de un 28,3% de fumadores diarios, de un 13,6% de bebedores diarios. Los consumos de cannabis y cocaína, a pesar de su carácter ilícito, están bastante extendidos, con unas prevalencias de uso en los últimos 30 días del 9,7% y el 2,9%, respectivamente. (Xunta de Galicia, 2011)

Las prevalencias de los consumos de las distintas drogas en Galicia se sitúan ligeramente por encima de las registradas en el conjunto de España, salvo en el caso del consumo diario de tabaco. El 40,7% de los adultos jóvenes de Galicia han consumido alguna vez cannabis y el 23'6% en el último año. En cuanto a cocaína, el 15,7% de este grupo la ha consumido en alguna ocasión de su vida y el 7,7% en el último año. La heroína muestra valores residuales de 0,7% en "alguna vez en la vida" y de 0,5% en el último año. El éxtasis se ha consumido en algún momento por el 9,1% de la población de adultos jóvenes y un por el 3,6% en el último año. El 6,9% ha consumido anfetaminas y el 2,4% en el último año, así como el 9,8% han consumido alguna vez LSD y el 2,6% en el último año. Por último, los hipnosedantes han sido consumidos por el 15,8% en el contexto de alguna vez y por el 8,4% en el último año (Xunta de Galicia, 2011).

A diferencia de lo que ocurre entre la población general, las prevalencias de consumo de las distintas drogas entre los adolescentes gallegos son más reducidas que las registradas en el conjunto de España. De todas formas, los jóvenes de 15 a 34 años en Galicia son el principal grupo consumidor de drogas, tanto legales como ilegales, con excepción de los tranquilizantes y somníferos y el abuso diario de alcohol, que registran sus valores máximos entre la población de mayor edad (Xunta de Galicia, 2011).

1.2 Afectación de la droga en jóvenes

El consumo es un tema que afecta a toda la sociedad, repercutiendo directamente en los jóvenes. Las principales complicaciones ocasionadas por las drogas se agravan considerablemente en estas edades, etapas claves en el desarrollo integral del individuo que pueden verse alteradas e incluso interrumpidas por el uso sistemático de las mismas. Se ha encontrado que la edad es una variable altamente relacionada con el consumo de sustancias; y la precocidad en el uso, uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia (Calleja, Mar García-Señorán, González González, & Risco, 1996).

En cuanto a las vulnerabilidades en diversos grupos de edad, el Informe Mundial Sobre las Drogas señala que los daños asociados al consumo de drogas son mayores en los jóvenes, en comparación con las personas adultas. Las investigaciones sugieren que el período de la adolescencia temprana (12-14 años) a la tardía (15-17 años) es de alto riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactiva, el cual puede alcanzar su pico más alto en la juventud (18-25 años) (UNODC, 2019).

Más allá de los consumos de tipo experimental, una buena parte de los adolescentes consume regularmente tabaco, alcohol o derivados del cannabis. El 15,2% de los estudiantes de secundaria fuma diariamente tabaco, porcentaje que aumenta a medida que lo hace la edad, hasta alcanzar el 38,6% a los 18 años. Por su parte, el 8,9% consumió cannabis 4 o más días en el último mes (Xunta de Galicia, 2011).

Estudios correlacionan el consumo de drogas en adolescentes, con trastornos en salud mental y concluyen que, el uso de las drogas incrementa los problemas en salud mental y a su vez, una salud mental deteriorada aumenta el riesgo de consumo de drogas. Por ello, se sugiere que ambos problemas se deberían tratar de forma integrada (Ramchand, Griffin, Slaughter, Almirall, & McCaffrey, 2014).

En un estudio de poblaciones clínicas en Canadá en el que participaron 9839 pacientes de diferentes programas de salud del sistema de servicios de salud mental del área de Ontario, se ha encontrado una prevalencia de trastornos duales del 18,5%. En el caso de existir un trastorno dual, se consideran factores de riesgo los siguientes: género masculino, edad joven, nivel educativo bajo, estado soltero y antecedentes familiares de abuso de sustancias o de eventos traumáticos (Rush & Koegl, 2008). Entre los pacientes con trastornos psiquiátricos relacionados con el abuso de sustancias, la prevalencia del comportamiento impulsivo y antisocial es mayor que entre los pacientes psiquiátricos sin abuso de sustancias. Estos comportamientos aceleran la aparición de ambos trastornos y conducen a uso de múltiples drogas, y por lo tanto, resulta en un aumento problemas,

repercusiones legales más graves y una peor adaptación al entorno social, familiar y laboral (Mueser et al., 1997).

Es común que exista comorbilidad de trastornos inducidos por sustancias con otros trastornos mentales. Así, se realiza en Galicia el estudio COPSIAD, realizado por 2.304 usuarios de unidades asistenciales de drogodependencias y alcoholismo, registrándose una prevalencia del 56,2%. Las categorías de diagnóstico más prevalentes en la muestra fueron trastornos del estado de ánimo (22,3%), trastornos de la personalidad (20,5%) y trastornos de ansiedad (14,3%) (Pereiro et al., 2013).

Con respecto a la salud, la droga no sólo afecta al cerebro, sino que puede ocasionar problemas en otras estructuras y sistemas corporales. Algunos estudios muestran que los hombres con antecedentes de consumo obtienen porcentajes más altos en la eyaculación precoz en comparación con los no usuarios (44.3% y 15.9% respectivamente) y también puntuaciones medias más altas en ansiedad. Además, los resultados confirman que el período de abstinencia no mejora la respuesta eyaculatoria y tener una pareja no funciona como factor protector en la eyaculación precoz. A raíz de esta cuestión, existen cuestiones acerca de si los usuarios que consumen tienen rasgos de personalidad que facilitan la eyaculación precoz y/o si los daños neurológicos causados por las sustancias contribuyen a una disminución de la latencia eyaculatoria (Del Río, Cabello-García, Cabello-Santamaría, Verdugo, & Aragón-Vela, 2018).

Por otro lado, las personas que se inyectan drogas (consumo por vía parenteral), se exponen en mayor medida a una sobredosis y se ven afectadas de manera desproporcionada por enfermedades infecciosas como el VIH y/o la hepatitis C. Esa es la situación existente en los establecimientos penitenciarios, donde los reclusos son especialmente vulnerables al consumo de drogas y corren mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas (UNODC, 2019).

Las defunciones por el grupo de enfermedades infecciosas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) representaron en

2015 el 1,8% de todas las defunciones. Este porcentaje era del 1% en 1985, antes de la aparición del sida, y subió hasta casi el 3% a mediados de los años ochenta. Desde ese año, la mortalidad proporcional por enfermedades infecciosas fue descendiendo, debido fundamentalmente al descenso de la mortalidad por sida (Ministerio de Sanidad, 2017).

La población anteriormente mencionada corre un alto riesgo de contraer infecciones relacionadas con la práctica sexual. No obstante, los resultados indican que otros factores como la edad, el estado laboral, la escolaridad y haber sufrido abusos sexuales previos, se consideran también como factores de riesgo. Los centros penitenciarios y educativos deben abordar los comportamientos de riesgo sexual y, de igual manera, las unidades de tratamiento de Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS) deben brindar asesoramiento sobre el uso de sustancias (Dallelucci, Bragiato, Areco, Fidalgo, & Da Silveira, 2019).

Está claro que el consumo de drogas ilícitas es un problema que está afectando a todos los sectores de la sociedad (sociales, culturales, económicos y políticos). Los jóvenes, en numerosas ocasiones encuentran en el consumo un espacio que les permite enfrentar situaciones relacionadas con los sentimientos personales, la violencia, la falta de comunicación y la esperanza para el futuro, entre otras (UNODC, 2017). Existen dos tipologías extremas del uso de drogas entre jóvenes: drogas utilizadas en la vida nocturna y entornos recreativos; y el uso de sustancias por parte de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de calle y se exponen a circunstancias difíciles (UNODC, 2019).

Estadísticamente, las situaciones de fracaso escolar, pobreza, delincuencia y desempleo son más habituales en individuos que consumen. La expansión del abuso de drogas es, en la actualidad, uno de los motivos que mayor preocupación social genera, asociado con los conflictos y la inseguridad, que se perciben como dos de sus consecuencias (AEBOE, 1996). El consumo de sustancias se relaciona directamente con la delincuencia, afectando especialmente a las cohortes más jóvenes. Las

denuncias relacionadas con consumo y tenencia de drogas y otras infracciones graves relacionadas con las mismas, han aumentado, siendo en España el grupo de edad con más denuncias el de 19 a 25 años, con el 41,35% del total denuncias. Destacan las denuncias relacionadas con cannábicos, el 84,37% del total, y las relacionadas con cocaínicos que suponen el 10,44% (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), 2017).

Conducir después de consumir sustancias psicoactivas es, desafortunadamente, un hecho frecuente en el país, siendo de 12% el porcentaje de conductores que han consumido alguna droga o alcohol antes de conducir. Las drogas más consumidas entre los conductores continúan siendo el cannabis (7,5%), seguida de la cocaína (4,7%). Un 4% de los conductores consumen más de una sustancia antes de conducir (DGT, 2015).

La Medida de Aceptabilidad de la Violencia de Pareja (IPVAW) muestra al alcohol como un buen predictor de la perpetración y/o mantenimiento de una situación de violencia. Sin embargo, esto no descarta la posibilidad de que otras drogas, como el cannabis y la cocaína, también sean indicadores significativos de este tipo de violencia (Martín-Fernández et al., 2018).

Dejando a un lado la delincuencia, existe evidencia de que el uso de drogas no institucionalizadas, como la heroína, la cocaína o los derivados del cannabis, entre otros, provocan dolorosas y difíciles situaciones tanto personales como sociales y familiares (AEBOE, 1996).

Se viene observando un ligero aumento de los consumos de riesgo de alcohol y otras sustancias, junto a una baja percepción del riesgo y “normalización” social del consumo lúdico de las sustancias, además de un fácil acceso a ellas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), 2017).

El estereotipo cultural de lo que hoy día significa ser joven pasa por ocupar el tiempo de ocio consumiendo alcohol y otras drogas con los amigos para

divertirse. La población comparte la preocupación por la dimensión que estos problemas han alcanzado en nuestra juventud, y por ello, creo que debemos partir de que los métodos que se diseñen para reducir la incidencia, sobre todo en los más jóvenes (Xunta de Galicia, 2011).

Como se ha mencionado anteriormente, la familia tiene un papel influyente sobre la persona consumidora, siendo comunes las situaciones hostiles y problemáticas en el hogar familiar o fuera del mismo. (Center for Substance Abuse Treatment, 2004). La familia es el tejido fundamental sobre el que se desarrollan los adolescentes y todos los cambios que afectan a ella, son representativos, en los jóvenes. Los acontecimientos de vida como la comunicación, el afecto, el respeto y la convivencia, que ocurren en el núcleo familiar, son determinantes para apoyar la formación (Becoña et al., 2012). La falta de calidad en las relaciones de familia en adolescentes se convierte en un factor de riesgo para el consumo y hace que se busque reconocimiento en otros ambientes diferentes al familiar (Barbosa González, Segura López, Muñoz, & Parra Bustos, 2014).

No se puede entender el consumo de alcohol y otras drogas sin considerar los cambios estructurales y organizativos en el núcleo familiar, un problema influenciado por múltiples factores sociales, culturales, económicos y políticos. Por lo tanto, usuarios, familias, profesionales y servicios necesitan reconocer este contexto y comenzar a definir estrategias para superar este desafío, con la mirada puesta en el aumento de la resiliencia y la construcción de posibilidades de rehabilitación que incluyan acciones dirigidas a ambos, usuarios y familia (Center for Substance Abuse Treatment, 2004). Existe evidencia de que los grupos de orientación familiar constituyen una herramienta importante de carácter educativo, capaz de responder a las demandas familiares (Secades Villa, Ramón Fernández Hermida, García Fernández, & Al-Halabi Díaz, 2011).

La conjunción de todos los factores mencionados se tradujo en un incremento generalizado de los consumos de la mayoría de las drogas, alcanzando máximos históricos en sus prevalencias de uso. No obstante,

esta tendencia expansiva ha comenzado a quebrarse en los últimos años, de modo que los consumos de la mayor parte de las sustancias se encuentran en fase de estabilización. (Xunta de Galicia, 2011)

1.3 Legislación para la rehabilitación

El principal órgano a nivel europeo es el OEDT. Proporciona a la UE y a sus miembros información real, objetiva, fiable y comparable sobre drogas, toxicomanías y sus consecuencias, con objeto de asesorar la elaboración de políticas en la materia y guiar las iniciativas de lucha contra la droga (Unión Europea, 2019).

A nivel nacional, hay 2 instituciones encargados de la legislación, política social y regulación de las drogas: la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica (Conferencia Sectorial del PNSD, 2016).

Dichos órganos, son los encargados de la elaboración de las Estrategia Nacional Sobre Adicciones, medios principales a través de los cuales se establecen y apoyan las diferentes respuestas ofrecidas a nivel local y/o regional, creando una herramienta de coordinación para todos aquellos involucrados en implementar una política de drogas. Tiene como objetivos generales: retrasar la edad de inicio a las adicciones y disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo, así como las adicciones comportamentales (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), 2017).

La Xunta de Galicia, sensible a los problemas generados por el consumo de drogas en nuestra comunidad, creó en 1986 el Plan Autonómico sobre Drogodependencias (PAD), coordinado con el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), del 1985. A partir de entonces comenzó el proceso de organización, planificación, coordinación y gestión de la respuesta a dichos problemas, tanto en lo que concierne a los programas y servicios de atención a los afectados como en lo que atañe a la colaboración entre las administraciones y el movimiento social (AEBOE, 1996).

La legislación que regula el ámbito de las drogodependencias en Galicia es la “Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas” (AEBOE, 1996). La ley, a pesar de estar dirigida a toda la población gallega, pone especial énfasis en medidas dirigidas a jóvenes y adolescentes, puesto que en esta etapa evolutiva es cuando se fijan los valores que sustentan los hábitos de vida saludables.

El artículo 1 expresa que: “en el ámbito competencial de la Comunidad Autónoma de Galicia, los criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades e instituciones que actúan en el campo de las drogodependencias y regular el conjunto de acciones dirigidas a la prevención del consumo de drogas y las drogodependencias, al tratamiento e integración social de los afectados por las mismas y a la formación e investigación en dicho campo. Corresponde a la administración autonómica y demás administraciones públicas de Galicia” (AEBOE, 1996).

En el artículo 23 se contempla el Plan de Galicia Sobre Drogas, aprobado y remitido al Parlamento por la Xunta de Galicia a través de la “Consellería”. (AEBOE, 1996). Recogerá de forma global, “las acciones a realizar en las áreas de prevención, asistencia, reinserción, formación, investigación, coordinación y otras que se estimen oportunas por las distintas administraciones públicas, asociaciones y organizaciones no gubernamentales de la Comunidad Autónoma Gallega. Será vinculante para todas las administraciones públicas y entidades privadas o instituciones que, con cargo a los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma, reciban fondos para desarrollo de actuaciones en relación, al consumo de drogas y problemática asociada, debiendo ajustarse sus actuaciones en dicha materia a los objetivos, criterios y funciones que se establezcan en el mismo” (AEBOE, 1996).

El Plan de Trastornos Adictivos de Galicia se ha diseñado con una metodología participativa y multidisciplinar, contando con la participación de destacados profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias y de Salud Mental de Galicia. Este documento tiene

como misión fomentar, proteger y contribuir a la mejora de la salud de la población gallega, garantizando la equidad en las prestaciones sanitarias, en la consecución de la reducción del consumo de las diferentes drogas y la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales relacionados con el abuso y dependencia de adicciones (Xunta de Galicia, 2011).

1.4 Terapia Ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo es capacitar a las personas para participar en actividades del día a día (WFOT, 2012a).

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) define la Terapia Ocupacional como “una profesión sociosanitaria que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad” (APETO, 2017).

La ocupación se refiere a todas las actividades cotidianas que las personas llevan a cabo como individuos, en las familias, como miembros de grupos, y dentro de las comunidades, para dar sentido y propósito a la vida y para lograr y mantener la salud (WFOT, 2012a). La disciplina se ejerce en una gran variedad de contextos y entornos, estando presente en los sectores público, privado y voluntario tales como el hogar de la persona, escuelas, lugares de trabajo, centros de salud, residencias protegidas, viviendas para adultos mayores, centros de rehabilitación, hospitales y servicios judiciales y forenses (WFOT, 2011).

Según el Marco de Trabajo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), las ocupaciones están centradas en la identidad del cliente (persona, organización o población) y en su sentido de competencia,

teniendo un significado particular y un valor para el cliente. (AOTA, 2008). Las diferencias individuales en la manera en que los clientes ven sus ocupaciones reflejan la complejidad de cada ocupación. Cada persona es única en su forma de combinar la interacción que se produce entre los elementos culturales, sociales, psicológicos, biológicos, financieros, políticos y espirituales en su desempeño ocupacional personal y su participación en la sociedad (WFOT, 2010)

1.4.1 Terapia Ocupacional y drogodependencias

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo de las personas, los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen afectan a todos los aspectos de la vida de los adolescentes (OMS, 2014). Como se ha expuesto, el consumo habitual de sustancias produce alteraciones en las distintas áreas de la ocupación, comprometiendo así, el desempeño ocupacional de los individuos. Esto produce una alteración o impedimento en los hábitos y las rutinas, necesarios para llevar a cabo un patrón ocupacional que satisfaga las necesidades ocupacionales. Así, esta alteración hace que dejen de realizar sus actividades significativas anteriores a la adicción, por lo que la Terapia Ocupacional tiene una labor importante en este ámbito (Callejo Escobar & Calvo Ruiz, 2015).

Los terapeutas ocupacionales respetan a los usuarios y establecen una alianza con ellos, valoran las experiencias subjetivas de participación de la gente y aprecian sus conocimientos, esperanzas, sueños y autonomía. Son reconocidos por el personal de atención a la salud como quiénes tienen un rol significativo que desempeñar en la provisión de servicios de rehabilitación vocacional, siendo el ámbito laboral un área clara de abordaje terapéutico. Todas las personas tienen el derecho de comprometerse totalmente con su sociedad, incluyendo la participación en el trabajo productivo y en la provisión de servicios de rehabilitación vocacional para posibilitar que los individuos se incorporen, reincorporen, regresen y o permanezcan en el trabajo (WFOT, 2012b).

El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable, a la promoción de la salud y a generar condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes (OMS, 1986).

En el artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015) se afirma que “toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo, a la protección contra el desempleo y a una remuneración equitativa y satisfactoria que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana”. Por lo tanto, es una responsabilidad profesional y ética, todo lo relacionado con el trabajo, incluyendo a los individuos que son miembros de grupos marginales. Además, es necesario abogar por la justicia ocupacional y por oportunidades para desempeñar roles productivos y poder vivir en sociedad (WFOT, 2012b).

Sobre el ocio, hay estudios que muestran como las actividades de ocio saludables, incompatibles y alternativas al consumo, son aspectos positivos que muestran beneficios en la salud de los y las adolescentes (Martín González & Moncada Bueno, 2003). Sin embargo, y a pesar de esta evidencia, hay estudios que confirman la falta de alternativas de ocio ofertadas y la necesidad de promoverlas para reducir el consumo en los adultos jóvenes (Azorín Abellán, 2016) (Hernández Zambrano, Amezcua González, Plaza Andrés, & Amezcua González, 2015).

El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población (OMS, 1986). De tal modo, la terapia ocupacional sería una disciplina idónea para llevar a cabo estos programas, trabajando con las ocupaciones para promover la salud y el bienestar de los adolescentes y prevenir el consumo.

La cantidad de documentación que relaciona la disciplina de la Terapia Ocupacional y el ámbito de las drogodependencias se sigue considerando inexistente si se compara con la de otros ámbitos. En un estudio de alcance (González, Rivas-Quarneti, & Farías, 2016), se resalta la necesidad de

realizar estudios sobre Terapia Ocupacional en este ámbito para así poder promover la inclusión de la profesión en el mismo. Las conclusiones de la revisión afirman que es preciso continuar investigando acerca de la problemática del consumo de drogas desde la terapia ocupacional. Es importante explorar el ámbito a través de los y las profesionales para conocer lo que ocurre en la práctica e indagar en las perspectivas teóricas que emplean los y las terapeutas. De este modo, se podrá crear una mayor evidencia que ayude a promover la inclusión de la profesión en el ámbito de las adicciones.

En otro proyecto se refiere la falta de modelos e instrumentos de evaluación específicos de Terapia Ocupacional para el ámbito de las drogodependencias, impidiendo un análisis completo de los intereses y valores de las personas. Además, en esta se confirma que la intervención desde Terapia Ocupacional tiene resultados positivos, sin embargo, resalta la necesidad de estudios desde la disciplina que ayuden a destacar el importante rol del y de la terapeuta ocupacional (Basantá Veiga, Rivas-Quarneti, & Farias Vera, 2018).

Existe una revisión sistemática (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, & Huertas-Hoyas, 2017) coincide con el anterior estudio en la necesidad de adaptar las herramientas de evaluación y de diseñar guías de referencia para este ámbito. Asimismo, concluye con que la falta de literatura existente sobre Terapia Ocupacional en el ámbito de las drogodependencias hace que no esté reflejada la contribución de la disciplina en este ámbito (Rojo-Mota et al., 2017).

Se afirma que para tratar la adicción es necesaria la participación en ocupaciones significativas dentro del entorno de la persona. Este puede ser uno de los motivos por el cual muchos y muchas profesionales, con los que las y los terapeutas trabajan, no conozcan las competencias de la disciplina en este campo (Wasmuth, Crabtree, & Scott, 2014).

Otro autor afirma en el libro "Guía de intervención en drogodependencias en Terapia Ocupacional" que existe evidencia de las distintas labores que

pueden realizar las y los terapeutas ocupacionales en este ámbito de las adicciones. Por un lado, está la evaluación del desempeño ocupacional, en la que es fundamental tratar de conocer la identidad y los roles ocupacionales, así como los intereses y aficiones anteriores a la adicción. En segundo lugar, está la intervención de hábitos y rutinas referentes al ocio, actividades de la vida diaria, trabajo y distintas ocupaciones significativas. Además, se destaca que las intervenciones a nivel grupal y el asesoramiento de la familia, consiguen por parte de los y las usuarios/as mayor adherencia al tratamiento (Callejo Escobar & Calvo Ruiz, 2015).

1.5 Justificación

Como se ha mencionado en los apartados anteriores, el consumo de drogas afecta de forma representativa en el desempeño ocupacional de las personas consumidoras y, de forma indirecta, sobre el resto de la población. Todas las ocupaciones pueden verse condicionadas por un uso indebido de sustancias, desde las actividades más básicas a las más complejas.

El número de personas involucradas es muy alto, así como los trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias, por lo que es necesario trabajar en equipo con más profesionales de la salud. De tal modo, la Terapia Ocupacional es una disciplina que se centra en las personas, sus ocupaciones significativas y en los entornos en los que se llevan a cabo, por lo que una persona que manifieste alteraciones en alguno de estos conceptos será susceptible de recibir servicios de un terapeuta ocupacional

La muestra se elige debido a la relevancia y al protagonismo que existe en el grupo de edad denominado como adultos jóvenes. En la adolescencia se genera el patrón de consumo y se establece un hábito que continuará durante los años si no se elimina.

La cantidad de literatura existente y de instrumentos de evaluación es mínima en comparación con la que hay en otros ámbitos de la disciplina. Esta problemática influye directamente en la práctica, haciendo que en muchos centros de rehabilitación o asociaciones de lucha contra las drogas

no exista terapeuta ocupacional o no se le atribuya el valor y las competencias que se debería.

Con el presente estudio, se pretenden conocer las experiencias de usuarios y profesionales con el objetivo de indagar sobre la repercusión del consumo de drogas en las áreas de la ocupación. Además, contribuirá a la promoción de la disciplina en el ámbito de las drogodependencias, centrándose en las experiencias de los que lo viven en primera persona.

BIBLIOGRAFÍA

- AEBOE. (1996). Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia, sobre drogas. Retrieved from <https://cutt.ly/wyWWZeR>
- AMM. (2017). Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Retrieved June 12, 2020, from <https://cutt.ly/NutEoCZ>
- AOTA. (2008). Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso (2ªed). Retrieved from <https://cutt.ly/eyPNAqa>
- APETO. (2017). ¿Qué es la Terapia Ocupacional? Retrieved from <https://cutt.ly/qyWObiR>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de Derechos Humanos. Retrieved from <https://cutt.ly/iyWlyv1>
- Azorín Abellán, C. M. (2016). ¡Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas en adolescentes. *Revista Complutense de Educación*, 27(1), 141–159. Retrieved from http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2016.v27.n1.45532
- Barbosa González, A., Segura López, C. A., Muñoz, G., & Parra Bustos, C. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 32(1), 53–69. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.04>
- Basanta Veiga, P., Rivas-Quarneti, N., & Farias Vera, L. (2018). Experiencias de terapeutas ocupacionales trabajando en el ámbito de las drogodependencias en España: un proyecto de investigación cualitativa. Retrieved from <https://cutt.ly/cyAoak1>
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., José, & Fernández-Hermida, R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *ADICCIONES*, 24(3), 253–268. Retrieved from <https://cutt.ly/3ymOugr>
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2018). Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Retrieved from <https://cutt.ly/7ur1goB>
- Calleja, F. G., Mar García-Señorán, M., González González, S. G., & Risco, V. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. In *Psicothema* (Vol. 8). Retrieved from <https://cutt.ly/0yWPnQB>
- Callejo Escobar, J., & Calvo Ruiz, M. del C. (2015). Guía de intervención en drogodependencias en Terapia Ocupacional (Síntesis).
- Center for Substance Abuse Treatment. (2004). Substance Abuse Treatment and Family Therapy: a Treatment Improvement Protocol TIP-39. Retrieved from www.samhsa.gov
- Company Morales, M., & Fontalba Navas, A. (2017). Introducción a la Investigación cualitativa en Enfermería. Retrieved from <https://cutt.ly/ZuqtC5S>
- Conferencia Sectorial del PNSD. (2016). Texto refundido del reglamento de régimen interior de la conferencia del PNSD. Aprobado el 14 de abril de 2016. Retrieved from <https://cutt.ly/CyWWqgC>
- Dallelucchi, C. C., Bragiato, E. C., Areco, K. C. N., Fidalgo, T. M., & Da Silveira, D. X. (2019). Sexual risky behavior, cocaine and alcohol use among substance users in an outpatient facility: a cross section study. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0238-x>

- Del Río, F. J., Cabello-García, M. A., Cabello-Santamaría, F., Verdugo, L., & Aragón-Vela, J. (2018). Effects of drug use and anxiety on premature ejaculation in a sample of Spanish drug addicts. *Revista Internacional de Andrología*, 16(4), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.09.004>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). (2017). Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2019. Retrieved from <https://cutt.ly/EyWOPpe>
- DGT. (2015). Estudio sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en conductores de vehículos en España: avance de resultados. Retrieved from <https://cutt.ly/ZymWtFC>
- González, L., Rivas-Quarneti, N., & Farías, L. (2016). Estudio de Alcance de Terapia Ocupacional y Drogodependencias: reflexiones críticas de los contextos, prioridades y miradas en la investigación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(2), 9–21. Retrieved from <https://cutt.ly/dyWSPSI>
- Hernández Sampieri, Roberto; Baptista Lucio, P., & Fernández Collado, C. (2004). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana, 533.
- Hernández Zambrano, S., Amezcua González, A., Plaza Andrés, A., & Amezcua González, M. (2015). Guía para educadores y profesionales de la salud: Líderes controlando riesgos ante el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes. Retrieved from <https://cutt.ly/RyWScnm>
- Jimenez Chaves, V., & Comet Weiler, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Academo*, 3(2), 5.
- Martín-Fernández, M., Gracia, E., Marco, M., Vargas, V., Santirso, F. A., & Lila, M. (2018). Measuring acceptability of intimate partner violence against women: Development and validation of the A-IPVAW scale. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 26–34. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a3>
- Martín González, E., & Moncada Bueno, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15, 327–346. <https://doi.org/10.20882/adicciones.468>
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2017). Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Retrieved from <https://cutt.ly/EyAasEU>
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Ackerson, T. H., Alterman, A. I., Miles, K. M., & Noordsy, D. L. (1997). Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 473–477. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.473>
- Naciones Unidas. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Retrieved June 12, 2020, from <https://cutt.ly/wur2eO8>
- OEDA. (2019). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES): alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Retrieved from <https://cutt.ly/FyWOH5R>
- OEDT. (2019). Informe Europeo sobre Drogas Tendencias y novedades. <https://doi.org/10.2810/295940>
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Retrieved from <https://cutt.ly/SyWIGCL>
- OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Retrieved from <https://cutt.ly/TyWPiE1>
- OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. Retrieved from <https://cutt.ly/0yWPrDs>

- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M., Becoña, E., & et al. (2013). Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *Plos One*, 8(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066451>
- Polgar, S., & Thomas, S. A. (2014). Introducción a la Investigación en Ciencias de la Salud. Retrieved from <https://cutt.ly/pyGoMaJ>
- Ramchand, R., Griffin, B. A., Slaughter, M. E., Almirall, D., & McCaffrey, D. F. (2014). Do improvements in substance use and mental health symptoms during treatment translate to long-term outcomes in the opposite domain? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(5), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.012>
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). Tradición y enfoques en la investigación cualitativa. *Metología de La Investigación Cualitativa*, 23–36. Retrieved from <https://cutt.ly/NutRonx>
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., & Huertas-Hoyas, E. (2017). Systematic review of occupational therapy in the treatment of addiction: Models, practice, and qualitative and quantitative research. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.022061>
- Rush, B., & Koegl, C. J. (2008). Prevalence and Profile of People with Co-occurring Mental and Substance Use Disorders Within a Comprehensive Mental Health System. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53, 810–821. Retrieved from <https://cutt.ly/pyWOUXY>
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13). Retrieved from <https://cutt.ly/Jugmvgw>
- Secades Villa, R., Ramón Fernández Hermida, J., García Fernández, G., & Al-Halabi Díaz, S. (2011). Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos. Retrieved from <https://cutt.ly/lymOGbu>
- Unión Europea. (2019). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías - Unión Europea. Retrieved from <https://cutt.ly/VyWPd8V>
- UNODC. (2017). Global Overview of Drug Demand and Supply: Latest trends, cross-cutting issues (United Nations, Ed.). Retrieved from <https://cutt.ly/zymInfx>
- UNODC. (2019). Informe Mundial sobre las Drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas (United Nat). Retrieved from <https://cutt.ly/dyWO86Z>
- Vázquez, M. de J. P., Oviedo, A. D., & Olalde, M. G. C. (2018). Life experience of adolescent drug users: A phenomenological approach. *Journal of School of Nursing*, 52, e03349. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042803349>
- Wasmuth, S., Crabtree, J. L., & Scott, P. J. (2014). Exploring addiction-as-occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(12), 605–613. <https://doi.org/10.4276/030802214X14176260335264>
- WFOT. (2010). Declaración de posicionamiento sobre Diversidad y Cultura. Retrieved from <https://cutt.ly/jyWYVMI>
- WFOT. (2011). Declaración sobre la Terapia Ocupacional. Retrieved from <https://cutt.ly/PyWRYBO>
- WFOT. (2012a). About Occupational Therapy. Retrieved from <https://cutt.ly/uyWEV8n>

WFOT. (2012b). Declaración de posicionamiento de rehabilitación vocacional. Retrieved from <https://cutt.ly/syWYzdQ>

WFOT. (2016). Code of Ethics. Retrieved from <https://cutt.ly/WurNwO8>

Xunta de Galicia. (2011). Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016. Retrieved from <https://cutt.ly/XyWODpk>

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Explorar cómo influye el consumo de drogas sobre el desempeño ocupacional.

2.2 Objetivos específicos:

Conocer las experiencias de usuarios y profesionales en el ámbito de las drogodependencias.

Conocer las funciones que desempeñan los profesionales en el ámbito de las drogodependencias.

Indagar acerca del papel de las familias en el proceso de rehabilitación de personas consumidoras.

Conocer las competencias de los terapeutas ocupacionales en el ámbito de las drogodependencias.

Conocer el funcionamiento de los centros de desintoxicación y/o asociaciones de lucha contra las drogas en Galicia.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Este estudio se lleva a cabo desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional en el ámbito de las drogodependencias, dado que la disciplina puede aportar competencias para trabajar con las ocupaciones, hábitos y rutinas para promover el desempeño ocupacional de las personas en situación de adicción a sustancias.

La metodología utilizada será cualitativa. Los estudios cualitativos no pretenden generalizar los resultados ni se obtienen muestras representativas de ellos. La realidad es que se fundamentan más en un proceso inductivo; exploran y describen, y luego generan perspectivas teóricas (Hernández Sampieri, Roberto; Baptista Lucio & Fernández Collado, 2004).

Estos estudios reconstruyen la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social que ha sido previamente definido (Jimenez Chaves & Comet Weiler, 2016).

Algunos autores consideran, en un sentido amplio, a la investigación cualitativa como "aquella que produce datos descriptivos, es decir, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable" (Rodríguez, Gil, & García, 1996).

El enfoque utilizado en la investigación es el fenomenológico. Intenta describir las experiencias sin acudir a explicaciones causales, focalizando el interés en lo vivido. El método fenomenológico proporciona una guía para conocer la manera en que las personas describen las cosas y lo que captan sus sentidos. El objetivo de este método se centra en observar como las personas construyen lo que viven, para así crear una perspectiva del mundo desde la experiencia (Company Morales & Fontalba Navas, 2017).

La producción de literatura para el estudio del consumo de drogas con abordaje cualitativo fenomenológico es escasa en los últimos años. Ciertos autores refieren que existe la necesidad de incrementar la producción con estos enfoques (Vázquez, Oviedo, & Olalde, 2018).

3.2 **Ámbito de actuación y duración del estudio**

El estudio se llevará a cabo en un centro de rehabilitación y/o en una asociación de lucha contra las drogas en la provincia de A Coruña y la duración aproximada será de 1 año.

Por norma general serán centros privados, pero en caso de que sean entidades públicas habrá que presentar el proyecto de investigación al Comité Autonómico de Ética. En el momento en el que se acepte el trabajo se podrá proseguir.

Se seleccionarán los centros en función de los criterios de inclusión y exclusión para centros (véase Tabla II) y serán informados sobre el estudio. Si los organismos aceptan participar, se realizará la entrada al campo.

3.3 Selección de la muestra

En el caso de que el centro decida participar, se utilizará la técnica del muestreo intencionado para la selección de los participantes, incluyéndose así a todas las personas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión (véanse Tabla III y Tabla IV).

Al realizar el muestreo de esta forma, se aporta libertad para participar a los interesados, sin embargo, no se puede medir el tamaño muestral con exactitud, ya que depende de lo que cada persona decida (Otzen & Manterola, 2017).

Los criterios para realizar investigaciones éticas exigen que los participantes sean informados de los objetivos, riesgos y beneficios potenciales del proyecto (Polgar & Thomas, 2014).

De ese modo, las personas interesadas recibirán una hoja de información al participante en un estudio de investigación (véase Apéndice II). Por último, tendrán que firmar un documento de consentimiento informado (véase Apéndice III).

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

En primer lugar, los centros que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión (véase Tabla II), recibirán una hoja de información (véase Apéndice I) sobre los objetivos, riesgos y beneficios del estudio.

Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión para centros. Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Que existan terapeuta o terapeutas ocupacionales en el centro	
Mostrar voluntariedad para participar el estudio	

Los usuarios que participen se seleccionarán de acuerdo con el método de muestreo mencionado en el apartado anterior, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio (véase Tabla III).

Tabla III: Criterios de inclusión y exclusión para usuarios. Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Ser usuario/a en un centro de desintoxicación o asociación de lucha contra las drogas	Encontrarse a tratamiento farmacológico específico y que influya sobre el testimonio.
Tener entre 18 y 34 años	
Sufrir o haber sufrido una situación de drogodependencia	
Mostrar voluntariedad para participar el estudio	

Los profesionales que participen se seleccionarán de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio (véase Tabla IV).

Tabla IV: Criterios de inclusión y exclusión para profesionales. Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Ser profesional en un centro de desintoxicación o asociación de lucha contra las drogas	
Tener al menos 2 años de experiencia en el ámbito de las drogodependencias	
Mostrar voluntariedad para participar en el estudio	

3.5 Técnicas de recogida de información

A través del diálogo podemos conocer la experiencia del entrevistado. La metodología cualitativa se basa de forma frecuente en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las observaciones y las descripciones (Jimenez Chaves & Comet Weiler, 2016).

Tras aceptar la participación en el presente estudio por parte del centro y del participante, cada persona tendrá que firmar un consentimiento informado (véase Apéndice III). En este se informa a los participantes de

que las entrevistas serán grabadas en audio, para evitar pérdidas de información y no entorpecer la fluidez de la entrevista. Si no aceptan ser grabados, se tomarán únicamente anotaciones en papel.

Se llevará a cabo una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas a profesionales y usuarios que firmen el documento. El investigador seguirá un guion (véanse Apéndice IV y Apéndice V) que le permitirá al entrevistado expresarse con libertad, mostrando ideas, significados e intereses. Serán entrevistas individualizadas, de forma presencial. Serán grabadas en audio para facilitar el proceso, su realización constará de una duración máxima de 40 minutos y tendrá lugar en una sala cerrada, con buena iluminación, y que facilite el dialogo mutuo entre la persona entrevistada y el investigador. Las anotaciones y grabaciones serán transcritas y codificadas para el posterior análisis de los datos, con el fin de proteger la confidencialidad de los participantes.

Mediante este método, se recogen de forma descriptiva distintos tipos de informaciones cualitativas, que no aparecen reflejadas en números si no en palabras. Lo esencial en esta metodología es poner de relieve incidentes clave, mediante el uso de entrevistas, notas de campo, observaciones, grabaciones de vídeo, documentos (Jimenez Chaves & Comet Weiler, 2016).

3.6 Análisis de los datos

El plan de análisis se iniciará con las transcripciones de las grabaciones y las anotaciones obtenidas de las entrevistas. Con la finalidad de mantener el anonimato se codificarán los datos con la herramienta de cálculo informático Excel, identificándose cada entrevista con un código numérico. Las dos primeras cifras serán “01” en caso de ser un usuario y “02” en caso de ser un profesional. Las otras cifras serán números correlativos que se asignarán conforme se transcriban las entrevistas.

Al finalizar el anterior proceso, se revisarán los datos mediante un análisis descriptivo. Primeramente, se identificarán conceptos destacados que nos permitirán crear categorías que se correspondan con las áreas de la

ocupación: actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (familia, amigos y comunidad). Este análisis nos permite identificar los contenidos claves y obtener resultados de cada categoría. A continuación, se relacionarán las categorías y se obtendrán resultados conjuntos acordes con los objetivos y con el tema de estudio.

Por último, se realizará una triangulación de los datos, lo que consiste en contrastar la información con los profesionales que han colaborado en el estudio (profesionales entrevistados y la directora del proyecto), con el objetivo de tener en cuenta diferentes puntos de vista y así garantizar mayor calidad y validez en el estudio.

Por último, se establecerán las conclusiones del estudio sintetizando los hallazgos más relevantes, finalizando así con el plan de análisis. Al término, las grabaciones en audio, las anotaciones y el resto de documentación será eliminada.

3.7 Búsqueda bibliográfica

Se ha recogido toda aquella información relevante sobre el objeto de estudio a partir de fuentes de información primarias (artículos científicos, libros, tesis, páginas webs, leyes y otros proyectos de investigación). Se ha empleado el gestor bibliográfico “Mendeley” con la versión 1.19.4.

Se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science y Elsevier. Los principales términos empleados para la búsqueda han sido los siguientes: “Occupational Therapy”, “Substance-Related Disorders” “Psychological Effects of Drugs”. Otros conceptos buscados han sido: “Occupation”, “Illicit Drug”, “Drug Abuse”, “Sustance Abuse”.

3.8 Rigor y credibilidad de la investigación

De acuerdo con garantizar la fiabilidad, la calidad y la validez de las investigaciones cualitativas, y siguiendo la literatura de Guba y Lincoln (Salgado Lévano, 2007), existen varios criterios que se han tenido en cuenta para la realización del presente estudio:

- Credibilidad: se refiere al valor que el entrevistado les otorga a sus ocupaciones, obteniéndose la información en el momento de la entrevista. Al estar en contacto directo con la persona, se recolectan los datos de forma más detallada, así como el registro de las grabaciones nos permite obtener respuestas detalladas. Por otro lado, la observación es un proceso que también genera credibilidad para la investigación.
- Dependencia o consistencia: se consigue con buenas explicaciones sobre los criterios de inclusión y exclusión y sobre la selección de la muestra. Se trata de registrar los pasos que se siguen para que exista la mayor claridad, posibilitar la repetición del estudio y obtener los mismos resultados en caso de realizarse por otros investigadores. Como posibles amenazas destacan los sesgos que se puedan producir durante la transcripción, por lo que al grabarse las entrevistas se obtiene mayor consistencia.
- Auditabilidad o confirmabilidad: se corresponde con la capacidad de otros investigadores para poder indagar en el tema de la forma que el investigador lo ha hecho. Para ello es necesario un registro de la documentación lo más completo posible. Esta estrategia permite que otro investigador contraste los datos y pueda llegar a las mismas conclusiones o similares a las del investigador original. De esa forma, es recomendable la triangulación de los resultados con otros profesionales o investigadores, buscando con este método garantizar la neutralidad de la investigación.
- Transferibilidad o aplicabilidad: es la medida en la que los resultados de la investigación se pueden extrapolar a otras poblaciones o muestras, ya que existe vinculación o relación entre los fenómenos de

estudio. Para ello es necesario que se describan de forma detallada los contextos y la muestra de estudio.

3.9 Posibles limitaciones del estudio

Es posible, que una vez comenzada la investigación aparezcan ciertas limitaciones como pueden ser:

- La variabilidad del número de la muestra en función del centro, ya sea por edad o por participación.
- El posible abandono de participantes una vez comenzado el proceso de recolección de datos.

3.10 Aplicabilidad

La aplicabilidad de este proyecto reside en cómo afecta la situación de drogodependencia en el desempeño ocupacional de las personas entre 15 y 34 años. Se hace partícipes de la investigación a personas consumidoras, ex consumidoras y profesionales con la finalidad de obtener datos y experiencias en primera persona.

El presente estudio puede ofrecer pautas de actuación para el tratamiento de personas drogodependientes o servir como base en futuras investigaciones relacionadas con la temática. Permite ampliar los conocimientos sobre el tema, lo cual es importante debido a la poca literatura existente en el campo. De esa forma, el estudio tiene carácter innovador y se espera que aporte evidencia sobre Terapia Ocupacional en este ámbito de actuación.

A nivel comunitario también existe aplicabilidad. El consumo de sustancias afecta a toda la población, siendo una fuente de preocupación para la salud pública.

4. PLAN DE TRABAJO

A continuación, se mostrará el cronograma del proyecto de investigación (véase Tabla V), el cual tiene una duración de 1 año comprendido desde marzo del año 2020 hasta febrero del año 2021. Los asteriscos presentes en las celdas de la columna izquierda representan que pueden existir cambios en el proceso debido al carácter público o privado del centro. La flecha situada en el cuadrado inferior derecho representa la posibilidad de que se extienda en el tiempo la difusión de los resultados.

Tabla V: Cronograma del proyecto de investigación (2020-2021). Elaboración propia.

	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Búsqueda bibliográfica												
Elaboración del proyecto												
Comité de ética*												
Acceso al campo*												
Realización de entrevistas												
Análisis de la información												
Elaboración de resultados												
Difusión de resultados												→

5. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El presente proyecto de investigación se realizará en base a los principios éticos expuestos en el Código Ético de Terapia Ocupacional y teniendo en cuenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos (WFOT, 2016). También se tiene presente la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2005).

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) es una propuesta de principios sobre bioética que sirven para la orientación de los profesionales e investigadores de las Ciencias de la salud (AMM, 2017).

La política de confidencialidad en el estudio está regulada por la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales” (Boletín Oficial del Estado (BOE), 2018).

En caso de llevarse a cabo el proyecto en una entidad pública, se solicitará consentimiento al Comité Autonómico de Ética de Investigación Clínica de Galicia (CAEIG) y la investigación no dará comienzo hasta su aprobación.

Con motivo de garantizar los distintos aspectos éticos referidos con anterioridad, se informará a los participantes del estudio sobre aquellos datos relevantes sobre el mismo mediante una hoja de información al participante (véase Apéndice II). A su vez, antes de realizar la entrevista se les entregará y explicará la hoja de consentimiento informado (véase Apéndice III) que deberán firmar. En este documento, se asegura la confidencialidad de los datos a través de la codificación de la información y la posterior eliminación de todos los materiales una vez terminado el estudio.

6. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

La difusión se realizará una vez terminado el estudio de investigación, pretendiendo publicar los resultados junto con las conclusiones en diferentes revistas de ámbito nacional e internacional, teniéndose en cuenta el factor de impacto según el Journal Citation Report (JCR). Serán revistas propias de la disciplina, pero también otras que coincidan con el tema de estudio. Además, se proponen una serie de congresos en los que se podría exponer el proyecto, así como la difusión que se realizará a nivel comunitario. Es necesario mencionar la pandemia del COVID-19 ya que generó el aplazamiento o la cancelación de varios congresos. Por ello se desconocen la mayor parte de las fechas, pero se ha tenido en cuenta y se han intentado elegir congresos de convocatoria anual.

- Revistas nacionales:
 - Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)
 - Revista Informativa de la APETO
 - Revista Española de Drogodependencias (RED)
 - Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría
 - Revista de Servicios Sociales y Política Social
 - ADICCIONES (revista online)
- Revistas internacionales:
 - Journal of Substance Abuse Treatment (2,542 de factor de impacto en 2018).
 - American Journal of Occupational Therapy (1,952 de factor de impacto en 2018).
 - Scandinaviam Journal of Occupational Therapy (1,316 de factor de impacto en 2018).
 - Canadian Journal of Occupational Therapy (1,098 de factor de impacto en 2018),
 - International Journal of the Addictions (0,921 de factor de impacto en 2018)

- British Journal of Occupational Therapy (0,779 de factor de impacto en 2018).
- Congresos nacionales:
 - XXI Congreso Nacional de Terapia Ocupacional (CENTO), 2021.
 - XLVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Se realizan en diciembre de 2020 las jornadas n^o XLVII, por lo que se acudiría en la convocatoria de 2021.
 - XXX Jornadas Nacionales de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de Salud Mental (AEN). Las jornadas n^o XXIX aún están pendientes de fecha en 2020, por lo que se acudiría en la convocatoria de 2021.
- Congresos internacionales:
 - XI Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CIETO). Pendiente de nueva fecha para 2020, se acudiría en la convocatoria de 2021.
 - VII Congreso Internacional de Terapia Ocupacional (CITO), pendiente de nueva fecha. Pendiente de nueva fecha para 2020, se acudiría en la convocatoria de 2021.
 - III Congreso Internacional de Salud Mental. Huelva. Para octubre de 2020 se realizará el n^o II, por lo que se acudirá a la siguiente edición en 2021.
 - III Congreso de Terapia Ocpacional del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) y de la European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). En septiembre de 2020 se realizará el n^o II en Praga, por lo que se acudirá en la convocatoria de 2021.
 - Congreso de la WFOT. París, marzo de 2022.

Se propone la difusión de los resultados en la comunidad a aquellas instituciones vinculadas con el tema de estudio como pueden ser centros de rehabilitación, asociaciones de lucha contra las drogas o clínicas de desintoxicación. Además, se pueden remitir los resultados y la información obtenida del estudio a las titulaciones del ámbito biosanitario y social.

7. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se recogen los recursos necesarios para la puesta en marcha del proyecto y, por otro lado, las posibles fuentes de financiación.

7.1 Recursos necesarios y presupuesto estimado

- Infraestructura: centro de rehabilitación o asociación de lucha contra las drogas para realizar las entrevistas.
- Recursos humanos: 1 terapeuta ocupacional con jornada parcial durante 6 meses. Los horarios se ajustarán en la medida de lo posible en función de la disponibilidad del centro y del investigador. Para la triangulación, se precisará la colaboración de otros profesionales.
- Recursos materiales: material fungible como papel, folios, bolígrafos, lápices, goma, y tinta para la impresora (dependerá del número de participantes) y material inventariable como sillas, mesas, un ordenador, una grabadora de voz, licencia de uso de Excel, impresora y conexión a Internet. Se dispone de ordenador propio y licencia de Excel de la Universidade de A Coruña (UDC). Se utilizará la infraestructura informática disponible en la web de la UDC, así como los servicios de la biblioteca en caso de ser necesario.
- Viajes y dietas: se incluye el desplazamiento al centro para realizar las entrevistas.
- Difusión de resultados: inscripciones, desplazamientos y alojamiento en congresos, junto con los costes de publicación en algunas revistas.

A continuación, se mostrarán en la Tabla VI un resumen de los recursos necesarios y el presupuesto estimado para el desarrollo del estudio.

Tabla VI: Presupuesto y recursos necesarios. Elaboración propia

RECURSO	PRESUPUESTO
INFRAESTRUCTURA	
Un espacio en el centro de rehabilitación o asociación de lucha contra las drogas	0€
RECURSOS HUMANOS	
1 terapeuta ocupacional con jornada parcial durante 6 meses	2.280€
RECURSOS MATERIALES	
MATERIAL FUNGIBLE	
Paquete de 6 bolígrafos, 2 lápices y 1 goma de borrar	3€
2 paquetes de folios de 500 unidades	8€
4 paquetes de tinta en blanco y negro para impresora	60€
MATERIAL INVENTARIABLE	
Sillas y mesas	0€
Ordenador	0€
Grabadora de voz	40€
Impresora	60€
Licencia de uso de Excel y conexión a Internet	0€
DIETAS Y DESPLAZAMIENTOS	
Desplazamiento para realizar las entrevistas	250€
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	
Inscripciones, desplazamientos y alojamiento en congresos	2.300€
Costes de publicación en revistas	200€
PRESUPUESTO TOTAL	5.801€

7.2 Posibles fuentes de financiación

Las fuentes de financiación pueden ser de tipo público a nivel estatal, autonómico o local, o bien de tipo privado.

- Ayudas públicas:
 - Convocatoria permanente para la contratación de proyectos de investigación del Instituto Nacional de Investigación Pública (INAP).
 - Becas de Investigación, Educación, Cultura y Deporte de la Diputación de A Coruña.
 - Becas de colaboración del Ministerio de Ciencia e Investigación. Destinada a estudiantes universitarios para realizar tareas de investigación. Convocatoria anual.
 - Convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones del Ministerio de Sanidad. Convocatoria anual.
- Ayudas privadas:
 - Convocatoria de Ayudas a la Investigación del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. Convocatoria anual.
 - Convocatoria Ibercaja de Proyectos Sociales. Programa destinado al apoyo de programas que generen nuevas oportunidades para la integración de todas las personas en la sociedad.
 - Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi de la Fundación MAPFRE. Destinadas a la promoción de la salud.
 - Programa Social Iberdrola. El objetivo es apoyar a colectivos vulnerables en riesgo de exclusión a través de la investigación.
 - Ayudas a proyectos de Iniciativas Sociales “La Caixa”.

A continuación, se mostrarán en la Tabla VII las ayudas o subvenciones a las que se puede optar para la posible financiación del proyecto de investigación de forma resumida:

Tabla VII: Posibles fuentes de financiación. Elaboración propia

ORGANISMO	BECA
AYUDAS PÚBLICAS	
Instituto Nacional de Investigación Pública (INAP)	Convocatoria permanente para la contratación de proyectos de investigación del INAP
Diputación de A Coruña	Becas de Investigación, Educación, Cultura y Deporte
Ministerio de Ciencia e Investigación	Becas de colaboración del Ministerio de Ciencia e Investigación
Ministerio de Sanidad	Convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones
AYUDAS PRIVADAS	
Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud	Convocatoria de Ayudas a la Investigación del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud
Ibercaja	Convocatoria Ibercaja de Proyectos Sociales
Fundación MAPFRE	Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi
Iberdrola S.A.	Programa Social Iberdrola
Fundación "La Caixa"	Ayudas a proyectos de Iniciativas Sociales "La Caixa"

APÉNDICES

Apéndice I: Hoja de información para el centro

Nombre del investigador: Javier Díaz Villamor.

DNI: xxxxxxxxx

Disciplina: Terapia Ocupacional

Este documento tiene por objetivo informar sobre un estudio de investigación en el que se invita a participar al centro solicitado. Forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado” de la titulación de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña (UDC). Si su centro decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes ese documento y hacer todas las preguntas que necesite para entender todo antes de firmar el consentimiento.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, es decir, el centro decide si participar o, por el contrario, no hacerlo, pudiendo en caso de participar, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer cómo influye el consumo de sustancias sobre las ocupaciones o actividades que realiza una persona en su día a día. Esa información será relevante para la práctica de la Terapia Ocupacional, así como para ampliar los estudios de investigación.

¿Por qué se le ofrece participar a su institución?

La selección de las personas se realizará de forma voluntaria y sin una cantidad máxima de participantes. Se invitará a participar a las personas que cumplan con unos criterios descritos en el protocolo de la investigación, siendo uno de ellos el de pertenecer a una institución o centro de rehabilitación psicosocial u otra asociación en lucha contra las adicciones. Por lo tanto, su centro está invitado a participar porque cumple dichos criterios.

¿En qué consiste la participación del centro?

Si el centro acepta la propuesta, las personas interesadas se reunirán con el investigador de forma presencial o de no ser posible, de forma telemática. La participación consistirá en la realización de una entrevista con preguntas abiertas y un tiempo aproximado de 40 minutos. Los participantes tendrán que firmar un documento de consentimiento informado para participar en el estudio en el que se le pide permiso para grabar en audio la entrevista, así como se garantiza la confidencialidad y la posterior eliminación de los datos de carácter personal obtenidos de las entrevistas.

El investigador les preguntará sobre el tema de estudio, siempre y cuando se llegue a un acuerdo. Ambas partes pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir el proceso por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

El estudio no supondrá ningún peligro ni tampoco inconveniente para el centro y los participantes, puesto que se basa en la realización de una entrevista.

¿Obtendrá el centro algún beneficio por participar?

No recibirá beneficio económico por participar en el estudio. El único beneficio buscado es ampliar la información existente en este ámbito, con la esperanza de que en el futuro tenga utilidad para abordajes terapéuticos.

¿Recibirá la institución la información que se obtenga del estudio?

Si lo desean, se les facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio se incluirán en el Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional. Además, serán remitidos a publicaciones

científicas para a su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes o del centro.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a la “Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales”. Además, en todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el investigador, que tiene el deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada.

¿Qué ocurrirá con las muestras obtenidas?

Los datos asociados serán guardados de forma anónima y codificada sin que ningún dato pueda conducir a la identificación del participante. El responsable de la custodia de los datos es Javier Díaz Villamor con DNI: XXXXXXXXXX, y serán almacenados de forma informatizada, en el ordenador personal durante el tiempo necesario para terminar el estudio.

Al finalizar el estudio, las grabaciones, anotaciones y demás información serán destruidas.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio para más información?

Usted puede contactar con Javier Díaz Villamor en el teléfono 600XXXX56 o el correo electrónico XXXXXXXXXX@udc.es

En caso de precisarse una copia en otro idioma, contactar con el investigador. Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice II: Hoja de información para el participante

Nombre del investigador: Javier Díaz Villamor.

DNI: xxxxxxxxx

Disciplina: Terapia Ocupacional

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado” de la titulación de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña (UDC). Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender todos los detalles antes de firmar el consentimiento. Si así lo desea, puede portar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, es decir, usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer cómo influye el consumo de sustancias sobre las ocupaciones o actividades que realiza una persona en su día a día. Esa información será relevante para la práctica de la Terapia Ocupacional, así como para ampliar los estudios de investigación.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas se realizará de forma voluntaria y sin una cantidad máxima de participantes. Se invitará a participar a las personas que cumplan con unos criterios descritos en el protocolo de la investigación. Por lo tanto, usted está invitado/a a participar porque cumple dichos criterios.

¿En qué consiste mi participación?

Si decide participar, se reunirá con el investigador de forma presencial o de no ser posible, de forma telemática. La participación consistirá en la realización de una entrevista con preguntas abiertas y un tiempo aproximado de 40 minutos. Usted tendrá que firmar un documento de consentimiento informado para participar en el estudio en el que se le pide permiso para grabar en audio la entrevista, así como se garantiza la confidencialidad y la posterior eliminación de los datos de carácter personal obtenidos de las entrevistas.

El investigador le preguntará sobre el tema de estudio, siempre y cuando se llegue a un acuerdo. Ambas partes pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir el proceso por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

El estudio no supondrá ningún peligro ni tampoco inconveniente puesto que se basa en la realización de una entrevista.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No recibirá beneficio económico por participar en el estudio. El único beneficio buscado es ampliar la información existente con la esperanza de que en el futuro tenga utilidad para abordajes terapéuticos.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si lo desean, se les facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio se incluirán en el Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional. Además, serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a la “Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales”. Además, en todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador, que tiene el deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada.

¿Qué ocurrirá con las muestras obtenidas?

Los datos asociados serán guardados de forma anónima y codificada sin que ningún dato pueda conducir a la identificación del participante.

El responsable de la custodia de los datos es Javier Díaz Villamor con DNI: XXXXXXXXXX, y serán almacenados de forma informatizada, en el ordenador personal durante el tiempo necesario para terminar el estudio.

Al finalizar el estudio, las grabaciones, anotaciones y demás información serán destruidas.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio para más información?

Usted puede contactar con Javier Díaz Villamor en el teléfono 600XXXX56 o el correo electrónico XXXXXXXXXX@udc.es

En caso de precisarse una copia en otro idioma, contactar con el investigador. Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice III: Documento de consentimiento informado para el participante

Título: “Estudio sobre el desempeño ocupacional en adultos jóvenes en situación de drogodependencia”.

Se contará con todos los usuarios y profesionales que, de forma voluntaria acepten y quieran participar en el estudio. El eje central del trabajo es conocer las experiencias de las personas en el ámbito de las drogodependencias para así poder relacionarlo con el desempeño de sus ocupaciones.

De tal forma, usted _____ con DNI _____ y fecha de _____ afirma que:

- Ha leído la hoja de información al participante del estudio.
- Comprende que su participación es voluntaria, y que puede retirarse del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en el futuro.
- Accede a que se utilicen sus datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presta libremente su conformidad para participar en este estudio.
- Al terminar este estudio acepta que sus datos sean eliminados.

Fdo.: El/la participante

Fdo.: El/la investigador/a

En caso de precisarse una copia en otro idioma, contactar con el investigador. Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice IV: Guion de entrevista para usuarios

- ¿Podría describirme brevemente cómo es su higiene y aseo personal? ¿Cómo era en el pasado? En caso de ser preciso, ¿cómo considera que podría mejorarse su higiene o cuidado personal?
- ¿Podría describirme brevemente como es su alimentación? ¿Cómo era en el pasado? En caso de ser necesario, ¿cómo cree que podría mejorarse su alimentación?
- ¿Cómo definiría su actividad sexual en la actualidad? ¿Y en el pasado?
- ¿Cómo es su convivencia en el hogar? ¿Podría describirme quién se ocupa de las tareas del hogar en su domicilio? Si es usted, ¿cómo las realiza? En caso de ser preciso, ¿cómo considera que podría mejorar el mantenimiento y la gestión de su hogar?
- ¿Cómo se suele desplazar por la ciudad?
- ¿Quién se ocupa de la gestión financiera en su hogar? En caso de ser usted, ¿cómo lo hace?
- En cuanto a la gestión de la comunicación y al uso del teléfono móvil, internet u otros medios de comunicación ¿Cuál es su relación con las nuevas tecnologías? ¿Suele utilizar estas herramientas a menudo?
- Cuando no se encuentra bien de salud, por cualquier causa, ¿qué suele hacer? ¿A dónde acude? En caso de ser necesario, ¿cómo considera que podría mejorar su estado de salud y bienestar?
- ¿Cómo es su descanso? ¿Cuántas horas duerme habitualmente?
- En la actualidad, ¿Estudia, trabaja o ambas? ¿Y en el pasado? ¿Cuál ha sido su recorrido en el mundo laboral / estudiantil hasta el momento? En el futuro, ¿a qué le gustaría dedicarse? ¿Qué importancia tiene para usted el trabajo? En el caso de estar buscando un empleo, ¿cómo cree que será el proceso para encontrarlo?

- ¿Cuáles son sus aficiones? ¿Cuáles eran en el pasado? ¿Hay alguna actividad que le gustaría realizar en el futuro? ¿Qué importancia tiene para usted las actividades de ocio que realiza? En el pasado, ¿cuánto valor les otorgaba?
- ¿Con quién se relaciona en su tiempo libre? ¿Qué suelen hacer?
- ¿Participa en algún otro equipo o grupo? Por ejemplo, asociaciones de vecinos, equipos deportivos, grupos de trabajo, sindicato de profesionales.
- ¿Cuál considera que es el papel de su grupo de amigos en su proceso de rehabilitación?
- ¿Cómo definiría brevemente la relación con su familia? ¿Cómo era en el pasado? ¿Cuál considera que es el papel de su familia en su proceso de rehabilitación? ¿Me podría describir en qué talleres o con qué profesionales aborda este tema en el centro?
- ¿Desea añadir algo más?

Por mi parte ha sido un placer. Me gustaría recordarle la confidencialidad de los datos en todo momento y agradecerle su participación.

Gracias por la colaboración y la confianza.

Apéndice V: Guion de entrevista para profesionales

- ¿Cómo considera que es, por norma general, la higiene y el aseo personal de los usuarios?
- ¿Cómo considera que es, por norma general, la alimentación de los usuarios del centro?
- ¿Cómo se trata la actividad sexual en el centro? ¿Cómo considera que se deberían tratar estos temas en el ámbito de las drogodependencias?
- ¿Cómo considera que es el mantenimiento y la gestión del hogar en el día a día de los usuarios del centro?
- ¿Cómo considera que se desplazan los usuarios por la comunidad? ¿Cómo se desplazan al centro?
- ¿Cómo considera que los usuarios gestionan su economía?
- ¿Cómo considera que es, por norma general, la gestión de la comunicación y el manejo de nuevas tecnologías?
- ¿Cómo cree que las personas consumidoras perciben su estado de salud?
- ¿Cómo considera el sueño y descanso de los usuarios del centro?
- ¿Cómo describiría la situación laboral y estudiantil de los usuarios del centro?
- ¿Cómo cree que es el proceso para encontrar un puesto de trabajo para una persona que haya consumido? ¿De qué forma se aborda el trabajo y/o la educación en el centro?
- ¿Cómo considera que son las actividades de ocio en personas consumidoras?
- ¿Qué papel tiene la familia en el proceso de rehabilitación? ¿De qué forma se aborda el tema de la familia en el centro?

- ¿Cómo cree que es la relación de una persona consumidora con su grupo de amigos? Si en el centro se realizan dinámicas grupales, ¿cómo son?
- Los temas anteriormente mencionados, ¿son tratados durante el periodo de rehabilitación en el centro? ¿Qué profesionales se encargan de hacerlo?
- ¿Desea añadir algo más?

Hemos llegado al final de la entrevista. Por mi parte ha sido un placer. Me gustaría recordarle la confidencialidad de los datos en todo momento y agradecerle su participación.

Gracias por la colaboración y la confianza.

Apéndice VI: Listado de abreviaturas

AEBOE: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AMM: Asociación Médica Mundial

AOTA: Asociación Americana de Terapia Ocupacional

APETO: Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales

AVD: Actividades de la Vida Diaria

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAEIG: Comité Autonómico de Ética de Investigación Clínica de Galicia

CENTO: Congreso Nacional de Terapia Ocupacional

CHUAC: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CIETO: Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional

CITO: Congreso Internacional de Terapia Ocupacional

COTEC: Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus

EDADES: Encuesta Sobre el Alcohol y Otras Drogas en España

END: Estrategia Nacional Sobre Adicciones

ENOTHE: European Network of Occupational Therapy in Higher Education

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

INAP: Instituto Nacional de Investigación Pública

IPVAW: Medida de Aceptabilidad de la Violencia de Pareja

JCR: Journal Citation Report

LSD: dietilamida del ácido lisérgico

MDMA: 3,4-metilendioxi-metanfetamina

OEDA: Observatorio Español de la Droga y las Adicciones

OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAD: Plan Autonómico de Drogas

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas

RED: Revista Española de Drogodependencias

TOG: Revista Gallega de Terapia Ocupacional

UDC: Universidad de A Coruña

UE: Unión Europea

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WFOT: World Federation of Occupational Therapists