

Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO

Evaluation of occupational performance in everyday life in addicted population. Development of a measuring instrument: the ADO

GLORIA ROJO MOTA*; EDUARDO JOSÉ PEDRERO PÉREZ**;
JOSÉ MARÍA RUIZ SANCHEZ DE LEÓN***; MARCOS LLANERO
LUQUE****; CARMEN PUERTA GARCÍA*****

*Centro de Atención a Drogodependientes (CAD 4). Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid. Universidad Rey Juan Carlos.

**Centro de Atención a Drogodependientes (CAD 4). Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid.

***Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).
Universidad Complutense de Madrid.

****Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid.

*****Centro de Atención a Drogodependientes (CAD 4). Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid.

Enviar correspondencia a:

Gloria Rojo Mota. Centro de Atención a Drogodependientes
(CAD 4 - San Blas). C/ Alcalá, 527 (28027 - Madrid).

Teléfono: 91 743 47 71/ 72. Fax: 91 743 47 75. E-mail: gloriaroj@yahoo.es

recibido: Abril 2010
aceptado: Junio 2010

RESUMEN

La adicción es una alteración compleja del funcionamiento cerebral, que implica de forma prioritaria al córtex frontal como estructura encargada de la organización de la conducta intencional. El desempeño de la actividad en la vida cotidiana es uno de los factores claves a la hora de valorar el impacto del deterioro cognitivo. No contamos con instrumentos validados en español aplicables en adictos que valoren la autopercepción de eficacia en el desempeño de actividades en la vida cotidiana. Basándonos en el *Occupational Self-Assessment*, se desarrolla un cuestionario que evalúa: nivel percibido de calidad en la ejecución, valoración de las competencias e influencia del ambiente en el desempeño. Para el estudio se obtuvo una muestra de 425 sujetos de población no clínica y 300 de población tratada por adicción a sustancias. El Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO) consta de 37 ítems y ha mostrado adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,93$, entre 0,75 y 0,87 para las subescalas) y una estructura estable en el análisis factorial confirmatorio. Las medidas de autoevaluación en la calidad del desempeño muestran correlaciones consistentes con sintomatología disejecutiva en la vida cotidiana ($-0,54 < r < -0,66$). El ADO se presenta como un instrumento fiable y válido para la exploración del nivel autopercebido de desempeño en la vida cotidiana de sujetos con adicción a sustancias y puede ser de utilidad para el establecimiento de objetivos de tratamiento en condiciones de elevada validez ecológica.

Palabras clave: Actividades de la vida diaria, AVD, terapia ocupacional, adicción, evaluación, síndrome disejecutivo, lóbulo frontal, neuropsicología.

ABSTRACT

Addiction is a complex disorder of brain function, which involves primarily the frontal cortex as a structure responsible for the organization of intentional behavior. The performance of everyday life activity is one of the key factors in assessing the impact of cognitive impairment. There are no validated instruments in Spanish applicable to addicts for assessing self-perceived efficacy in the performance of everyday activities. Based on the *Occupational Self-Assessment*, a questionnaire was developed for the exploration of: perceived level of performance quality, evaluation of competences and the influence of environment on performance. For the study, a sample of 425 non-clinical participants and 300 patients treated for substance addiction was used. The Occupational Performance Self-Report (ADO) has 37 items and showed adequate internal consistency ($\alpha = 0.93, 0.75$ and 0.87 for the subscales) and a stable structure in confirmatory factor analysis. The self-assessment of performance showed consistent correlation with dysexecutive symptoms in daily life ($-0.54 < r < -0.66$). The ADO emerges as a reliable and valid instrument for the exploration of self-perceived level of performance in the everyday lives of individuals with substance addiction, and may be useful for establishing treatment goals in conditions of high ecological validity.

Key Words: Everyday life activities, ADL, occupational therapy, addiction, assessment, dysexecutive syndrome, frontal lobe, neuropsychology.

INTRODUCCIÓN

La adicción se entiende, en el momento actual, como una alteración compleja del funcionamiento cerebral, que implica de forma prioritaria al córtex frontal como estructura encargada de la organización de la conducta intencional (Goldstein y Volkow, 2002). Existen muchos estudios que han aportado evidencia de tal alteración y disponemos de modelos teóricos que pueden explicar, desde perspectivas cada vez más amplias, los sustratos neurológicos implicados en estas alteraciones (Redish, Jensen y Jonson, 2008). La existencia de déficits en el funcionamiento frontal se acompaña de importante deterioro en el funcionamiento cotidiano (Chevignard, Taillefer, Picq, Poncet, Noulhiane y Pradat-Diehl, 2008) y, aunque en los adictos éstos no son tan severos como los que pueden observarse en otras patologías neuropsiquiátricas, llegan a traducirse en dificultades muy considerables en la vida diaria (Goldstein, Leskovan, Hoff, Hitzemann, Bashan, Khalsa et al., 2004).

El desempeño de la actividad en la vida cotidiana es uno de los factores claves a la hora de valorar el impacto del deterioro cognitivo, hasta el punto de considerarse el criterio más relevante para distinguir entre las alteraciones leves y aquellos cuadros que deben ser diagnosticados de demencia (Llanero-Luque y Ruiz-Sánchez de León, 2009; Perneczky, Pohl, Sorg, Hartmann, Komossa, Alexopoulos et al., 2006). Existen instrumentos diseñados para estimar el deterioro del funcionamiento cotidiano asociado a las alteraciones en el funcionamiento del córtex prefrontal, como el *DEX Questionnaire* (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans, 1996) o la *Frontal System Behavior Scale* (Grace y Malloy, 2001), ambos con versiones validadas al español (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque, Rojo-Mota, Olivar-Arroyo y Puerta-García, 2009a; Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Rojo-Mota, Llanero-Luque, Olivar-Arroyo, Bouso Saiz et al., 2009b). Estos autoinformes exploran síntomas asociados con el mal funcionamiento de determinadas localizaciones cerebrales en la corteza prefrontal, que se traducen en apatía (síndrome mesial frontal), síndrome disejecutivo (síndrome dorsolateral frontal) y desinhibición (síndrome orbitofrontal) (Estévez-González, García-Sánchez y Barraquer-Bordás, 2000).

Las actividades de la vida diaria (AVD) y nivel de desempeño individual son aspectos centrales en el trabajo de la Terapia Ocupacional (TO), en cualquiera de los ámbitos en el que se desarrolle. La ocupación, entendida desde esta perspectiva, se refiere a esas actividades de la vida cotidiana, organizadas con un valor y un significado concreto para las personas de una determinada cultura; es lo que hacen los individuos para el desempeño de sus roles, que incluyen el cuidado de sí mismo, el ocio y la participación social y económica en la comunidad (Law, Polatajko, Baptiste y Townsend, 1997). Por desempeño ocupacional se entiende el proceso de elección, organización y realización de ocupaciones, actividades y tareas en interacción con el entorno (ENOTHE, 2007). El nivel de impacto que las diferentes patologías presentan en relación al adecuado desempeño cotidiano es uno de los indicadores de severidad, así como el principal

objetivo de la TO. En la evaluación y el tratamiento de las adicciones, esta disciplina aporta una mayor validez ecológica que el resto de intervenciones encaminadas a la recuperación del adicto, considerándolo en su globalidad, como individuo activo en su ambiente real (Rojo-Mota, 2008).

Los cuestionarios anteriormente citados parten de un enfoque médico-clínico y exploran síntomas asociados al funcionamiento frontal. Sin embargo, no abordan los aspectos subjetivos implicados en el desempeño individual, como el nivel de autoeficacia, la importancia que cada persona da a las ocupaciones y a su nivel de desempeño en cada una de ellas, el grado de satisfacción que obtiene con ello, etc. La autoevaluación de la calidad del desempeño, la importancia de los valores individuales en la priorización de actividades y necesidades, y el papel facilitador u obstaculizador del ambiente para el desempeño de la actividad individual, son aspectos no contemplados tradicionalmente desde la perspectiva neurológica.

Disponemos de pocos instrumentos validados para la estimación subjetiva del nivel de desempeño cotidiano (p.e., KELS, Kohlman-Thomson, 1992; RTI, Allen, 1985) y ninguno de ellos ha sido probado en población de adictos a sustancias. El cuestionario más utilizado es el *Occupational Self-Assessment* (OSA; Kielhofner, Forsyth, Kramer y Lyenger, 2009). En una reciente revisión sistemática (Talavera-Valverde, 2009), no se encontraron trabajos que utilizaran el OSA en su versión española, y, en consecuencia, tampoco en población adicta. No se ha encontrado tampoco ningún trabajo que explore la bondad psicométrica de este cuestionario en español. Por tanto, en el momento actual, carecemos de un instrumento psicométricamente válido para la estimación del nivel de competencia ocupacional en pacientes adictos.

El cuestionario OSA se divide en dos partes: en la primera, el sujeto evalúa sus propias capacidades de desempeño y el valor que cada una de ellas tiene para él; en la segunda, el sujeto evalúa determinadas condiciones ambientales que pueden influir en su desempeño y el valor que cada una de ellas tiene para él. En el presente trabajo, se ha ampliado la composición original del OSA con 8 ítems nuevos (4 en la parte de autoevaluación ocupacional y 4 en la ambiental) en los que se exploran aspectos de la conducta no incorporados previamente en el cuestionario. Los primeros se refieren a aspectos que son competencia del córtex prefrontal: planificación, generación de estrategias alternativas, metacognición y empatía. Los segundos se refieren al ambiente real en el que vive el usuario: su barrio, su entorno físico y su entorno interpersonal. El instrumento utilizado, al que hemos denominado Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO), no pretende ser una versión española del OSA, por lo que no se ha efectuado un proceso de traducción-retraducción. Se trata de estudiar las propiedades psicométricas de un cuestionario nuevo, que explora diversos aspectos de la competencia ocupacional autopercebida, específicamente diseñado para población adicta, pero potencialmente utilizable en otras poblaciones clínicas y no clínicas. No obstante, se ha admitido en parte el esquema original del OSA, según el cual, las personas

evalúan en primer lugar sus habilidades de desempeño y en un segundo paso otorgan un valor individual a cada una de las habilidades previamente evaluadas. Sin embargo, el OSA original propone una tercera parte, el establecimiento por parte del participante de una graduación de sus necesidades, mientras que el ADO pretende que tal graduación emerja directamente de las dos estimaciones anteriores, facilitando la labor del profesional.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es la creación de un cuestionario de autoevaluación de la competencia ocupacional con suficientes cualidades psicométricas y aplicable en población de pacientes adictos a sustancias. En segundo lugar, y en la medida en que se asume una concepción de la adicción como alteración del funcionamiento cerebral, y en concreto del lóbulo frontal, se espera que la competencia autoevaluada correlacione significativa y negativamente con la cantidad de sintomatología córtico-frontal.

MÉTODO

Participantes

Para el estudio del cuestionario se obtuvo una muestra de 425 sujetos de población no clínica y 300 de población tratada por adicción a sustancias. Se eliminaron los cuestionarios incompletos o mal cumplimentados, resultando compuesta la muestra final de estudio por 400 sujetos de población no clínica y 272 sujetos de población adicta. La muestra de población no clínica quedó formada por 102 varones (edad media 34,1 años, D. T. = 11,8; rango 18-60) y 298 mujeres (edad media 30,5; D. T. = 12,3; rango 18-60). La muestra clínica quedó formada por 204 varones (edad media 36,6; D. T. = 9,1; rango 18-60) y 68 mujeres (edad media 36,7; D. T. = 10,3; rango 19-56). La muestra no clínica estaba compuesta por un 76,7% de universitarios, 14,8% con estudios posobligatorios, 6,3% estudios obligatorios y 2,3% estudios primarios. La muestra de adictos presentaba un 14,4% de universitarios, 34,3% con estudios posobligatorios, 34,3% estudios obligatorios y 17,0% estudios primarios.

Instrumentos

Se sometió a prueba el Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO), test compuesto de dos partes con dos estimaciones cada una. La primera parte consiste en una Autoevaluación Ocupacional, en la que los participantes estiman su grado de competencia en 25 ítems (puntuación 1. *Yo tengo problemas para hacer esto*; 3. *Yo hago esto de forma aceptable*; 5. *Yo hago esto bien*), posteriormente, los sujetos deben valorar la importancia que cada ítem representa para ellos (0. *Esto no es importante para mí*. 1. *Esto es algo importante para mí*; 2. *Esto es muy importante para mí*). La segunda parte es la Autoevaluación Ambiental, en la que los sujetos evalúan diferentes aspectos del ambiente

físico y social en el que se desenvuelven; está compuesta por 12 ítems que se autoevalúan primero (1. *Esto para mí es un problema*; 3. *Esto para mí es aceptable*; 5. *Esto para mí está bien*) y se valoran después (como en la primera parte). Pueden obtenerse puntuaciones directas o ponderadas, multiplicando, en este caso, la calidad evaluada por el valor otorgado a cada ítem.

El Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp; Pedrero et al., 2009b) es un autoinforme que consta de 20 ítems, que se contestan en una escala Likert de 5 opciones, y que valoran problemas en pensamiento abstracto, planificación, *insight*, secuenciación temporal, control de impulsos, inhibición de respuestas, toma de decisiones, así como la presencia de fabulaciones, impulsividad, euforia, apatía, agresividad, inquietud motora, respuestas afectivas superficiales, perseveraciones, distractibilidad y despreocupación por reglas sociales. El cuestionario original apareció como anexo en la Batería de Evaluación del Síndrome Disejecutivo (BADS; Wilson et al., 1996) y el análisis factorial original reveló la existencia de cinco dimensiones ortogonales: inhibición, intencionalidad, memoria ejecutiva y dos factores relacionados con los cambios emocionales y de personalidad denominados afecto positivo y afecto negativo. La versión española, con adecuadas propiedades psicométricas, se ha aplicado ya en estudios con adictos (Llanero-Luque, Ruiz Sánchez de León, Pedrero-Pérez, Olivar-Arroyo, Bouso-Sáiz, Rojo-Mota et al., 2008).

Procedimiento

La muestra de población no clínica se obtuvo mediante el método de bola de nieve a partir de estudiantes de Terapia Ocupacional (Universidad Rey Juan Carlos) y de Posgrado en Neuropsicología (Universidad Complutense). La muestra clínica estuvo compuesta por sujetos en tratamiento en el CAD 4 San Blas (Instituto de Adicciones. Madrid Salud), en la Comunidad Terapéutica APTAS (Asturias), en Proyecto Hombre Zaragoza y en la Comunidad Terapéutica Spiral (Palencia). Todos ellos se encontraban en tratamiento cumpliendo criterios de abuso o dependencia de al menos una sustancia al inicio de su tratamiento. Todos ellos se encontraban abstinentes a sustancias no prescritas y durante no menos de dos semanas previas en el momento de la cumplimentación de los tests. Los participantes fueron informados del objetivo de investigación y participaron voluntariamente, firmando el consentimiento informado.

Para el estudio de la estabilidad temporal de las medidas se estudió una muestra de 69 sujetos de población no clínica (inicialmente 75, aunque hubo que anular 6 cuestionarios por cumplimentación deficiente) y 30 de adictos en tratamiento, a los que se les administró el cuestionario en dos ocasiones, con un intervalo entre 15 y 25 días. Los primeros fueron estudiantes de Terapia Ocupacional (Universidad Rey Juan Carlos) y los segundos, pacientes del CAD 4 San Blas (Instituto de Adicciones. Madrid Salud). Estos cuestionarios no fueron incluidos en el resto del estudio.

Análisis de datos

Se efectuaron análisis de componentes principales sobre las muestras de adictos, y posterior rotación ortogonal. Se realizó posteriormente análisis factorial confirmatorio, sobre ambas muestras, utilizando la estrategia de máxima verosimilitud para la extracción de factores ortogonales, de acuerdo con el supuesto de normalidad multivariante de los ítems. Las decisiones para aceptación o rechazo de la H_0 se tomaron a un nivel de confianza del 95%. Para comprobar el ajuste del modelo se utilizaron indicadores variados absolutos (CMIN/DF) y relativos (RMSEA, CFI y PCFI). Las pruebas se realizaron consecutivamente sobre las diversas formas de ambos cuestionarios. Se realizaron pruebas de fiabilidad sobre los ítems y las escalas que componían. Se efectuaron correlaciones parciales: puesto que ambas muestras estaban desequilibradas en relación a las variables sociodemográficas, se controló el efecto de las variables sexo, edad y nivel de estudios.

RESULTADOS

Autoevaluación ocupacional

El cuestionario de 25 ítems, tomado en su conjunto, presenta una consistencia interna de $\alpha = 0,93$ ($\alpha = 0,93$ en la muestra de adictos y $\alpha = 0,90$ en la muestra de población no clínica). Todos los elementos correlacionan $r > 0,40$ con el test, una vez excluidos de él (en ambas muestras).

Se efectúa a continuación un análisis factorial exploratorio sobre la muestra de adictos. El estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin (0,93) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 2814,54$; $p < 0,001$) resultan adecuados para proseguir con el procedimiento. El análisis de componentes principales encuentra una solución de 4 factores que explican, en su conjunto, un 53,4 % de la varianza total del test. Se efectúa una rotación Varimax, tras la cual emergen 4 factores (Tabla 1): el primero, al que denominaremos Planificación, agrupa 8 ítems (1, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20), presenta un autovalor de 4,43 y explica un 17,73% de la varianza total del test, con una consistencia interna de $\alpha = 0,87$ ($\alpha = 0,87$ en la muestra de adictos y $\alpha = 0,82$ en la de población no clínica); el segundo componente, que denominaremos Autonomía, agrupa 6 ítems (3, 4, 7, 8, 22, 23), presenta un autovalor de 3,27 y explica un 13,07% de la varianza, con un $\alpha = 0,80$ ($\alpha = 0,81$ en la muestra de adictos y $\alpha = 0,70$ en la de población no clínica); el tercer factor, denominado Físico-Relacional, agrupa a 7 ítems (2, 5, 6, 10, 12, 16, 24), con un autovalor de 3,08, explica un 12,33% de la varianza y con un $\alpha = 0,77$ (0,77 y 0,70 respectivamente); y un cuarto componente, al que denominaremos Flexibilidad, que agrupa a 4 ítems (9, 11, 21, 25), con autovalor 2,57, explicando el 10,26% de la varianza, $\alpha = 0,77$ (0,75 y 0,72, respectivamente).

Tabla 1. Matriz de componentes rotados de la Autoevaluación Ocupacional (rotación Varimax).

Ítem	Componente			
	1	2	3	4
20	0,73	0,17	0,03	0,18
18	0,72	0,23	0,16	0,26
15	0,68	0,30	0,12	0,21
13	0,64	0,35	0,07	0,16
14	0,63	0,33	0,19	0,02
17	0,60	0,19	0,36	-0,03
19	0,59	0,03	0,12	0,49
1	0,46	0,23	0,26	0,38
3	0,19	0,71	0,29	-0,05
22	0,29	0,64	0,09	0,33
23	0,31	0,63	-0,02	0,30
8	0,18	0,62	0,18	0,07
7	0,34	0,56	-0,06	0,35
4	0,32	0,48	0,36	0,00
10	0,10	0,01	0,71	0,12
2	0,09	0,04	0,60	0,30
6	0,02	0,19	0,60	0,20
12	0,42	0,15	0,52	0,14
5	0,29	0,37	0,51	0,03
16	0,39	0,28	0,47	0,05
24	0,08	0,36	0,40	0,26
25	0,14	0,23	0,14	0,73
11	0,29	0,13	0,30	0,65
9	0,08	0,10	0,43	0,54
21	0,42	0,13	0,37	0,44

NOTA: En negrita las cargas principales en cada factor.

Asumiendo esta estructura de 4 factores, se efectúa un análisis factorial confirmatorio, en primer lugar, sobre la propia muestra de adictos en tratamiento. Los datos ofrecen excelentes indicadores de ajuste ($\chi^2 = 538,25$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,0; RMSEA = 0,06; CFI = 0,99; PCFI = 0,81). Probando el modelo en la muestra de población no clínica, los indicadores resultan aceptables, aunque con bondad de ajuste ligeramente peor ($\chi^2 = 723,83$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,7; RMSEA = 0,07; CFI = 0,99; PCFI = 0,82).

Valoración ocupacional

La segunda parte del cuestionario, en la que cada participante estima la importancia de cada competencia para sí mismo, presentó una consistencia interna de $\alpha = 0,90$ ($\alpha = 0,91$ en la muestra de adictos y $\alpha = 0,90$ en la muestra de población no clínica). Todos los elementos correlacionan $r > 0,35$ con el test, una vez excluidos de él (en ambas muestras).

Se probó la estructura encontrada de 4 factores sobre esta segunda parte del cuestionario. Los indicadores de ajuste se mostraron adecuados en la muestra de adictos ($\chi^2 = 585,65$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,2; RMSEA = 0,07; CFI

= 0,99; PCFI = 0,82) y en la de población no clínica ($\chi^2 = 615,97$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,3; RMSEA = 0,06; CFI = 0,99; PCFI = 0,82).

Autoevaluación ponderada

Multiplicando la autoevaluación en cada ítem de la primera parte por el valor que cada sujeto otorga a esa cualidad de desempeño, obtenemos una nueva distribución de medidas, a las que denominaremos autoevaluación ponderada. Para estratificar las puntuaciones, se asignaron valores de 1, 3 y 5 a los ítems de autoevaluación y de 0, 1 y 2 a los de valoración. Las puntuaciones finales serían: 0 (no doy valor a esa competencia), 1 (me siento incompetente y me importa relativamente), 2 (me siento incompetente en algo que aprecio mucho), 3 (rindo bien en algo que me parece relativamente importante), 5 (rindo muy bien en algo que me parece relativamente importante), 6 (rindo bien en algo que considero muy importante) y 10 (rindo muy bien en algo muy importante).

Se efectuó un análisis confirmatorio sobre estas puntuaciones, aplicando la misma estructura de cuatro factores obtenida con anterioridad. Los indicadores de ajuste vuelven a resultar adecuados, tanto en la muestra de adictos ($\chi^2 = 645,80$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,4; RMSEA = 0,07; CFI = 0,98; PCFI = 0,81) como en la muestra de población no clínica ($\chi^2 = 761,91$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,8; RMSEA = 0,07; CFI = 0,98; PCFI = 0,81).

En consecuencia, la estructura de 4 factores encontrada en la muestra de adictos responde a los criterios de máxima exigencia para la bondad de ajuste, que estiman que la discrepancia mínima de la muestra (CMIN/DF) debe alcanzar valores no superiores a 2 (Byrne, 1989). La confirmación de esta configuración en el resto de muestras y apartados del test cumple criterios menos conservadores, que exigen valores inferiores a 5 (Marsh y Hocevar, 1985).

Autoevaluación ambiental

El cuestionario de 12 ítems presenta una consistencia interna de $\alpha = 0,90$ (0,82 en la muestra de adictos y 0,84 en la de población no clínica, con todos los elementos correlacionando $r > 0,50$ con el test, una vez excluidos de él ($r > 0,40$ en ambas muestras por separado).

Se efectuó un análisis de componentes principales sobre la muestra de adictos (KMO = 0,91; prueba de esfericidad de Barlett $\chi^2 = 1595,15$; $p < 0,001$), obteniendo una solución de 3 factores que explican, en su conjunto, un 68% de la varianza total del test (Tabla 2). Tras rotación ortogonal (Varimax), el primer factor, al que denominaremos Necesidades Básicas, agrupa a los cuatro primeros ítems del test y explica un 24,14% de su varianza total, con una consistencia interna de $\alpha = 0,84$ (0,86 en la muestra de adictos y 0,75 para la de población no clínica). El segundo factor, Recursos, agrupa los ítems 5 a 9, explica el 22,91% de la varianza y presenta una consistencia de $\alpha = 0,84$ (0,85 en la muestra

de adictos y 0,81 para la de población no clínica). El tercer factor, compuesto por los 3 últimos ítems del cuestionario, y al que denominaremos Entorno, explica el 20,65% de la varianza y presenta una consistencia de $\alpha = 0,77$ (0,78 y 0,74 respectivamente).

Tabla 2. Matriz de componentes rotados de la Autoevaluación Ambiental (rotación Varimax).

Ítem	Componente		
	1	2	3
2	0,83	0,19	0,23
3	0,78	0,20	0,25
4	0,74	0,38	0,17
1	0,74	0,17	0,27
5	0,15	0,82	0,01
6	0,21	0,76	0,27
7	0,38	0,65	0,21
8	0,27	0,63	0,43
9	0,19	0,57	0,51
10	0,17	0,16	0,83
12	0,26	0,19	0,75
11	0,35	0,21	0,68

NOTA: En negrita las cargas principales en cada factor.

Se buscó la confirmación de esta estructura, mediante análisis factorial, encontrando nuevamente buenos indicadores de ajuste en la muestra de adictos ($\chi^2 = 133,59$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,6; RMSEA = 0,08; CFI = 0,99; PCFI = 0,65) y, nuevamente, algo peores, aunque admisibles, en la muestra de población no clínica ($\chi^2 = 197,03$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 3,8; RMSEA = 0,08; CFI = 0,99; PCFI = 0,65).

Valoración ambiental

Se probó en la muestra de adictos esta estructura trifactorial, obteniéndose indicadores de ajuste aceptables, aunque ligeramente inferiores a los obtenidos en la fase anterior ($\chi^2 = 196,59$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 3,8; RMSEA = 0,09; CFI = 0,98; PCFI = 0,64) y encontrando resultados similares en la muestra de población no clínica ($\chi^2 = 211,88$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 4,1; RMSEA = 0,09; CFI = 0,99; PCFI = 0,65).

Evaluación ambiental ponderada

Finalmente, y como en el caso anterior, se procedió a estimar la puntuación ponderada multiplicando la autoevaluación (valores 1, 3 y 5) por la valoración de cada aspecto ambiental (valores 0, 1 y 2). El modelo trifactorial presentó excelentes indicadores de ajuste en la población de adictos ($\chi^2 = 114,57$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,2; RMSEA = 0,07; CFI = 0,99; PCFI = 0,65) y algo peores en la población no clínica ($\chi^2 = 214,67$; $p < 0,001$; CMIN/DF = 4,2; RMSEA = 0,08; CFI = 0,99; PCFI = 0,65).

Tabla 3. Coeficientes de correlación intraclase de las subescalas del cuestionario en dos pases (intervalo 15–20 días).

	Coeficiente de correlación intraclase			
	Población no clínica		Adictos	
	Medidas individuales	Medidas promedio	Medidas individuales	Medidas promedio
Autoevaluación				
Planificación	0,77 (0,64 - 0,85)	0,87 (0,78 - 0,92)	0,76 (0,58 - 0,82)	0,85 (0,69 - 0,88)
Autonomía	0,68 (0,52 - 0,79)	0,81 (0,68 - 0,88)	0,72 (0,48 - 0,83)	0,82 (0,66 - 0,85)
Físico-Relacional	0,66 (0,50 - 0,78)	0,80 (0,66 - 0,87)	0,70 (0,54 - 0,79)	0,83 (0,68 - 0,89)
Flexibilidad	0,52 (0,32 - 0,68)	0,68 (0,48 - 0,81)	0,64 (0,43 - 0,71)	0,76 (0,53 - 0,81)
Ponderadas				
Planificación	0,74 (0,60 - 0,83)	0,85 (0,75 - 0,91)	0,72 (0,57 - 0,81)	0,81 (0,69 - 0,89)
Autonomía	0,60 (0,42 - 0,74)	0,75 (0,59 - 0,85)	0,70 (0,49 - 0,83)	0,78 (0,63 - 0,87)
Físico-Relacional	0,67 (0,50 - 0,78)	0,80 (0,67 - 0,88)	0,69 (0,54 - 0,81)	0,79 (0,65 - 0,88)
Flexibilidad	0,55 (0,35 - 0,70)	0,71 (0,52 - 0,82)	0,60 (0,41 - 0,72)	0,74 (0,55 - 0,86)
Evaluación ambiental				
Necesidades	0,33 (0,09 - 0,54)	0,50 (0,17 - 0,70)	0,59 (0,32 - 0,72)	0,70 (0,31 - 0,86)
Recursos	0,64 (0,47 - 0,77)	0,78 (0,64 - 0,87)	0,71 (0,55 - 0,83)	0,81 (0,69 - 0,89)
Entorno	0,55 (0,35 - 0,70)	0,71 (0,52 - 0,83)	0,58 (0,40 - 0,72)	0,76 (0,58 - 0,87)
Ponderadas				
Necesidades	0,44 (0,20 - 0,62)	0,61 (0,36 - 0,77)	0,53 (0,31 - 0,67)	0,65 (0,45 - 0,81)
Oportunidades	0,71 (0,56 - 0,81)	0,83 (0,72 - 0,90)	0,75 (0,61 - 0,84)	0,84 (0,70 - 0,91)
Entorno	0,58 (0,39 - 0,72)	0,73 (0,56 - 0,84)	0,60 (0,42 - 0,73)	0,78 (0,62 - 0,89)

Estabilidad temporal

Una vez confirmada la estructura del cuestionario, en sus diferentes apartados, se estudió la estabilidad temporal de las medidas. Para ello se estudió una muestra de 69 sujetos de población no clínica y 30 de adictos en tratamiento, a los que se les administró el cuestionario en dos ocasiones, con un intervalo entre 15 y 25 días. Las correlaciones intraclase de las subescalas en ambos pases se muestran en la Tabla 3. En términos generales, las escalas presentan adecuados indicadores de estabilidad temporal, aunque sustancialmente mejorable en algunas escalas, como Flexibilidad y Necesidades.

Validez convergente

Bajo el supuesto de que el desempeño ocupacional en la vida cotidiana depende del buen funcionamiento del córtex

prefrontal, como estructura encargada de organizar la conducta, se estimó la correlación entre las escalas del cuestionario y las del DEX. Hay que hacer notar que en la Tabla 4 se muestran las correlaciones parciales entre las escalas ponderadas y el DEX; se han utilizado estas puntuaciones por considerarse las puntuaciones finales. Sin embargo, si se hubieran utilizado las puntuaciones de autoevaluación, sin tener en cuenta la ponderación que efectúan los sujetos, las correlaciones habrían incrementado su potencia. Así, por ejemplo, la Planificación correlaciona $r = -0,66$ con la escala de Intencionalidad del DEX, que puede definirse como síntomas asociados a los fallos en la organización de la conducta intencional. Las escalas no ponderadas muestran correlaciones con la puntuación total del DEX que oscilan entre $r = -0,54$ (Físico-Relacional) y $r = -0,61$ (Planificación), y la puntuación del DEX se predice $R^2 = 0,50$ a partir de la puntuación total de la Autoevaluación Ocupacional, sin que la evaluación del ambiente aporte capacidad predictiva adicio-

Tabla 4. Correlaciones parciales (controlando sexo, edad y nivel de estudios) de las puntuaciones ponderadas del cuestionario y del DEX.

	DEX					
	Inhibición	Intencionalidad	Memoria ejecutiva	Afecto positivo	Afecto negativo	Total
Planificación	-0,37	-0,61	-0,36	-0,37	-0,45	-0,55
Autonomía	-0,41	-0,51	-0,31	-0,37	-0,42	-0,51
Físico-Relacional	-0,36	-0,48	-0,34	-0,39	-0,42	-0,49
Flexibilidad	-0,36	-0,51	-0,33	-0,33	-0,44	-0,50
Total	-0,43	-0,61	-0,38	-0,42	-0,49	-0,59
Necesidades	-0,30	-0,38	-0,28	-0,28	-0,33	-0,39
Recursos	-0,25	-0,34	-0,20	-0,26	-0,29	-0,34
Entorno	-0,29	-0,35	-0,27	-0,28	-0,28	-0,37
Total	-0,33	-0,42	-0,29	-0,32	-0,35	-0,43

NOTA: Todas las correlaciones son significativas para $p < 0,001$.

nal. Todo ello acredita una notable convergencia de medidas, especialmente en la Autoevaluación.

DISCUSIÓN

El cuestionario aquí presentado, y al que hemos denominado Autoinforme de Desempeño Ocupacional (ADO), ha sido concebido como un instrumento propio de la Terapia Ocupacional, que permite la evaluación del funcionamiento ocupacional y la influencia del ambiente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas que realizan un tratamiento para abandonar sus hábitos adictivos. Esta evaluación, además, concibe el desempeño de las actividades desde una perspectiva neuropsicológica, en la medida en que tanto la adicción como la propia actividad de las personas tienen un sustrato cerebral común, el córtex prefrontal, estructura neurológica encargada de la planificación, toma de decisiones, supervisión y desarrollo general del comportamiento humano.

La evaluación del desempeño de las actividades de la vida diaria permite conocer y modificar el impacto de la adicción en contextos naturales, lo que posibilita prolongar y amplificar la acción del resto de áreas de trabajo rehabilitador al entorno real de los pacientes. Contamos con instrumentos que permiten evaluar la calidad del desempeño de los adictos en condiciones de gran validez ecológica (Rojo-Mota, Pedrero Pérez, Ruiz-Sánchez-de-León, Olivar-Arroyo, Llanero-Luque y Puerta-García, en revisión). Sin embargo, estas evaluaciones de carácter observacional deben ser completadas con la propia perspectiva del sujeto en tratamiento, puesto que no cabe establecer los objetivos de un programa terapéutico sin contar con los propios intereses y valores de los sujetos de la intervención, si lo que se pretende es conseguir un impacto en su vida real.

El cuestionario ensayado ha sido sometido a prueba en dos muestras, una de adictos en tratamiento en diversos dispositivos y localizaciones geográficas, y otra de población general. Los datos obtenidos apuntan a una adecuada estructura factorial, especialmente en la muestra de sujetos clínicos, principales destinatarios del instrumento. Aunque también han resultado adecuados los valores en población no clínica, estos han sido peores que en la muestra clínica y esta circunstancia se debe a que el instrumento presenta, en buena parte de los sujetos de población general, un "efecto techo", lo que se traduce en puntuaciones máximas en la autoevaluación ocupacional y en las condiciones ambientales. En efecto, los ítems exploran condiciones normales de actividad que en personas bien adaptadas y sin trastornos identificables pueden fácilmente considerarse en sus niveles máximos y, en consecuencia, la evaluación puede proporcionar los datos de mayor magnitud.

Los factores o componentes de las diversas partes del cuestionario son coherentes con la formulación neuropsicológica de la que parten. El desempeño cotidiano que se evalúa requiere una planificación, una determinación de metas, una organización de la actividad y una supervisión de la adecuada ejecución de las tareas en la vida real. Todas ellas son

competencias del lóbulo frontal, en sus aspectos cognitivos y motores. La Terapia Ocupacional, como disciplina rehabilitadora, debe tener en cuenta los sustratos biológicos de las conductas problema (Gutman, 2006) y su intervención debe ir encaminada a la recuperación de las disfunciones que mantienen y cronifican la adicción y sus consecuencias (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez-de-León, Llanero-Luque, Olivar-Arroyo y Puerta-García, 2009).

Por otra parte, hay que tener en cuenta el ambiente en el que el adicto debe desenvolverse. Como es conocido en la clínica, este ambiente presenta elementos de gran utilidad en la rehabilitación, pero también importantes obstáculos para que ésta se desarrolle de forma adecuada. La segunda parte del cuestionario aborda también estas cuestiones.

Sin embargo, el elemento principal de esta evaluación efectuada por los propios sujetos de la intervención es la posibilidad de contar con su propia valoración. La segunda parte de cada cuestionario aborda la asignación de valor a cada uno de los aspectos del desempeño y del ambiente previamente evaluados. Un programa de rehabilitación no debe caer en el error de efectuar una evaluación de necesidades desde consideraciones apriorísticas, desde el prejuicio o desde la aplicación de imágenes sociales que estandaricen las prioridades y necesidades de cada persona. La Terapia Ocupacional tiene, en sus fundamentos, la consideración de que cada persona desarrolla en su vida cotidiana actividades con un valor y significado concreto para una determinada cultura, y que ese valor compartido difiere individualmente en función del propio esquema de interiorización de valores (Law, Polatajko, Baptiste y Townsend, 1997). Por tanto, es el sistema individual de valoración el que debe marcar las prioridades de la intervención. El ADO incluye este aspecto y permite una ponderación de la competencia evaluada y, en consecuencia, facilita una graduación y temporalización de las intervenciones terapéuticas.

El sistema de ponderación empleado permite interpretar rápidamente los datos. En efecto, la multiplicación de la autoevaluación por el valor asignado por el sujeto a cada aspecto deriva en una puntuación ponderada. Cuando el sujeto no otorga valor a ese aspecto del desempeño, la puntuación será 0; el trabajo terapéutico, en este caso, será eminentemente motivacional, procurando la valoración del sujeto en aspectos a los que, hasta ese momento, no ha prestado la debida atención. Cuando, por el contrario, el sujeto asigne algún valor a ese aspecto, pero estime que su nivel de competencia o calidad de la ejecución es deficitario (puntuaciones 1 y 2), el trabajo irá encaminado a un entrenamiento en ese aspecto concreto para incrementar la autocompetencia percibida. Valores intermedios (3 y 5) no serían objeto inmediato de intervención. En sentido contrario, valores de 6 y 10 representarían fortalezas que supondrían los elementos sobre los que edificar el tratamiento general. (Disponemos de un software gratuito de corrección que puede ser solicitado a los autores).

Un dato de indudable interés que se desprende de los resultados de este estudio es el amplio y consistente patrón correlacional que aparece entre las escalas del ADO y las del DEX. Por una parte, se observa que la correlación es

significativa en todos los casos (incluso después de aplicar correcciones, como la de Bonferroni, que situarían el nivel de correlación en $p < 0,001$). Por otra parte, el tamaño del efecto de las correlaciones es entre moderado y alto en el caso de las subescalas de Autoevaluación Ocupacional y las de sintomatología disejcutiva del DEX, en especial con la escala de Intencionalidad (déficits en la conducta planificada). Estos datos apuntan a que ambos cuestionarios exploran aspectos similares, como se hipotetizaba previamente, de modo que una percepción de mal rendimiento ocupacional se relaciona con síntomas de mal funcionamiento del lóbulo frontal. Estos datos confirman la relación entre la perspectivas neuropsicológica y ocupacional de la problemática estudiada. Sin embargo, cabe pensar que podría ser suficiente con administrar el DEX, cuestionando estas correlaciones la necesidad de añadir el ADO. No obstante, también es posible observarlo en sentido contrario: si sabemos que una mala autoevaluación de rendimiento en las actividades cotidianas está relacionado con sintomatología frontal, cabe complementar la evaluación sintomatológica (de la que el ADO nos proporciona un correlato clínico) con otros aspectos recogidos en el ADO: una autoevaluación de necesidades, una valoración de la importancia subjetiva de cada aspecto de la ocupación, la posibilidad de efectuar una jerarquización de necesidades y una graduación de las intervenciones y, en último término, la participación activa del propio paciente en la gestión de su proceso de evaluación. Este es el valor incremental del ADO sobre otros instrumentos utilizables en la práctica clínica.

También es preciso hacer constar que el tamaño del efecto de las correlaciones de la parte ambiental de la autoevaluación proporcionada por el ADO y las escalas del DEX es considerablemente menor que en el caso anterior. Ello también es coherente con la consideración del ambiente como un elemento modulador e intermediario entre las capacidades del individuo y la calidad de su ejecución. La evaluación de los elementos ambientales (físicos y relacionales) es un valor añadido del ADO sobre otros instrumentos como el DEX.

Este trabajo cuenta con importantes limitaciones. La principal se refiere a la muestra de población no clínica utilizada. El muestreo en *bola de nieve* suele estar reservado para la localización de poblaciones de difícil acceso y no suele ser recomendado para extraer muestras representativas de población general. Sin embargo, la alternativa disponible era la práctica habitual de utilizar muestras de estudiantes universitarios. Si bien éste ha sido el punto de partida del muestreo (Etapa 0), nos ha parecido preferible utilizar el método de bola de nieve para complementar la muestra, en la medida en que los propios estudiantes han podido acceder a tramos de población diferentes, lo que ha permitido incrementar la variabilidad de la muestra. No obstante, los resultados presentados deben ser tomados como preliminares hasta que sea posible validar la estructura del cuestionario en muestras dotadas de mayor representatividad. El principal problema derivado de lo anterior es el fuerte desequilibrio existente entre las muestras clínica y no clínica en variables como el sexo (habitualmente en proporción 5:1 para los varones en las muestras de adictos en tratamiento, en tanto que las mujeres de población no clínica parecen más proclives a

colaborar desinteresadamente) y en nivel de estudios (al partir de los universitarios la distribución de la muestra no clínica se desequilibra hacia este nivel, no tan frecuente entre los adictos). Se ha procurado el control estadístico de estos desequilibrios, pero sería necesario replicar las pruebas en muestras mejor seleccionadas y balanceadas. A pesar de ello, los indicadores de ajuste de los modelos estructurales testados permiten hipotetizar que el cuestionario puede comportarse de forma adecuada en diferentes grupos de población. No obstante, así como la población diana de este estudio era la de sujetos adictos en tratamiento y, en este caso, la muestra ha sido amplia y procedente de diversos dispositivos y procedencias geográficas, y en ella los indicadores de bondad de ajuste han resultado excelentes en la mayor parte de las pruebas, se sugiere la utilización de los cuestionarios en la clínica de las adicciones.

REFERENCIAS

- Allen, C. K. (1985). *Occupational Therapy for Psychiatric Diseases: Measurement and Management of Cognitive Disabilities*. Boston: Little, Brown and Co.
- Byrne, B. (1989). *A Primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. Berlin: Springer-Verlag.
- Chevignard, M. P., Taillefer, C., Picq, C., Poncet, F., Noulhiane, M. y Pradat-Diehl, P. (2008). Ecological assessment of the dysexecutive syndrome using execution of a cooking task. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 461-485.
- ENOTHE (2007). *European Occupational Therapy Terminology Database*. European Network Occupational Therapy in Higher Education. Base de datos en Internet [citado 30 junio 2010]. Disponible en: <http://pedit.hio.no/~brian/enothe/terminology/>.
- Estévez-González, A., García-Sánchez, C. y Barraquer-Bordas, L. (2000). Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Revista de Neurología*, 31, 566-577.
- Goldstein, R. Z., Leskovjan, A. C., Hoff, A. L., Hitzemann, R., Bashan, F., Khalsa, S. S., et al. (2004). Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 42, 1447-1458.
- Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Grace, J. y Malloy, P. F. (2001). *Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe): professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gutman, S. A. (2006). Why addiction has a chronic, relapsing course. The neurobiology of addiction: implications for occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22, 1-29.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J. y Iyenger, A. (2009). Developing the Occupational Self Assessment: the use of Rasch analysis to assure internal validity, sensitivity and reliability. *British Journal of Occupational Therapy*, 72, 94-104.

- Kohlman-Thomson L. (1992). *Kohlman evaluation of living skills* (3ª Edición). Bethesda: American Occupational Therapy Association.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W. y Townsend, E. (1997). Core concepts in occupational therapy (Chapter 3). En: Townsend E (ed.), *Enabling occupational and occupational therapy perspective* (pp. 29-56). Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Llanero-Luque, M. y Ruiz-Sánchez de León, J.M. (2009). Evaluación clínica de las demencias. En J.L. Molinuevo y J. Peña-Casanova (Eds.), *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones* (Cap. 19, pp. 311-318). Barcelona: Thomson Reuters.
- Llanero-Luque, M., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Olivar-Arroyo, Á., Bouso-Saiz, J. C., Rojo-Mota et al., (2008). Sintomatología disejecutiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del cuestionario disejecutivo (DEX-Sp). *Revista de Neurología*, 47, 457-463.
- Marsh, H. W. y Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher-order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, 97, 562-582.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, Á. y Puerta-García, C. (2009a). Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la escala de comportamiento frontal. *Revista de Neurología*, 48, 624-631.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Olivar-Arroyo, Á., Bouso Saiz, J. C. et al. (2009b). Versión española del Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp): propiedades psicométricas en adictos y población no clínica. *Adicciones*, 21, 155-166.
- Pernecky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P. et al. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Ageing*, 35, 240-245.
- Redish, A. D., Jensen, S. y Jonson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 415-437.
- Rojo-Mota, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, 10, 88-97.
- Rojo-Mota, G., Pedrero Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez-de-León, J. M., Llanero-Luque, M., Olivar-Arroyo, Á y Puerta-García, C. (2009). Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. *Trastornos Adictivos*, 11, 96-105.
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez-de-León, J. M., Olivar-Arroyo, Á, Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2010). Assessment of process and motor skills in addicted individuals: The AMPS and its utility in neuropsychological evaluation. *Clinical Neuropsychologist*, en revisión.
- Talavera-Valverde, M. A. (2009). Revisión sistemática de la literatura científica sobre evaluación ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia TOG*, 6(Supl.5), S105-S164.
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., Evans, J. J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test.

Anexo I. Ítems del cuestionario

Autoevaluación Ocupacional

- 1 Concentrarme en mis tareas
- 2 Hacer físicamente lo que necesito hacer (sin que mi cuerpo me limite)
- 3 Cuidar el lugar donde vivo
- 4 Cuidarme a mí mismo
- 5 Cuidar de otros de quienes soy responsable
- 6 Llegar físicamente a donde necesito ir (andar, alcanzar y coger objetos)
- 7 Manejar mi dinero
- 8 Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicinas...)
- 9 Expresarme con otros (conseguir que los demás comprendan lo que digo)
- 10 Llevarme bien con los demás
- 11 Identificar y resolver problemas
- 12 Relajarme y disfrutar
- 13 Terminar lo que necesito hacer (no dejar las cosas a medias)
- 14 Tener una rutina satisfactoria (horarios y actividades organizados)
- 15 Manejar mis responsabilidades
- 16 Participar en la sociedad (como estudiante, trabajador, voluntario, miembro de familia, etc...)
- 17 Hacer las actividades que me gustan
- 18 Esforzarme para conseguir mis objetivos personales
- 19 Tomar decisiones basadas en lo que para mí es importante
- 20 Llevar a cabo lo que yo planifico hacer
- 21 Usar mis habilidades de forma eficaz para conseguir mis objetivos
- 22 Pensar y preparar las cosas antes de empezar a hacerlas
- 23 Revisar lo que voy haciendo mientras lo hago para seguir mis planes
- 24 Contar con los sentimientos de los demás cuando persigo mis metas
- 25 Imaginar diferentes formas de resolver un problema

Autoevaluación. YO TENGO PROBLEMAS PARA HACER ESTO, YO HAGO ESTO DE FORMA ACEPTABLE, YO HAGO ESTO BIEN.

Valoración: ESTO NO ES IMPORTANTE PARA MÍ, ESTO ES ALGO IMPORTANTE PARA MÍ, ESTO ES MUY IMPORTANTE PARA MÍ

Autoevaluación ambiental

- 1 Tener un lugar para vivir y cuidarme a mí mismo
- 2 Disponer de un lugar donde yo pueda ser productivo (trabajar, estudiar...)
- 3 Disponer de las cosas básicas que necesito para vivir y cuidarme a mí mismo.
- 4 Tener las cosas que necesito para ser útil y productivo
- 5 Contar con personas que me apoyen y me alienten
- 6 Contar con personas que hagan cosas conmigo
- 7 Tener oportunidades de hacer cosas para las que valgo
- 8 Disponer de lugares donde yo pueda ir y disfrutar
- 9 Tener oportunidades de hacer cosas que me gustan
- 10 Poder vivir en la zona donde yo quiero vivir
- 11 Poder vivir con las personas con las que yo deseo vivir
- 12 Sentirme seguro, tranquilo, a gusto en mi barrio

Autoevaluación. ESTO PARA MÍ ES UN PROBLEMA, ESTO PARA MÍ ES ACEPTABLE, ESTO PARA MÍ ESTÁ BIEN.

Valoración. ESTO NO ES IMPORTANTE PARA MÍ, ESTO ES ALGO IMPORTANTE PARA MÍ, ESTO ES MUY IMPORTANTE PARA MÍ.

