

INVESTIGACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL. ACERCAMIENTO AL PERFIL Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS CON PSICOPATOLOGÍA

OCCUPATIONAL THERAPY RESEARCH ON THE CONCEPTUALIZATION OF MENTAL HEALTH AND ILLNESS. APPROACH TO THE PROFILE AND OCCUPATIONAL PERFORMANCE OF PEOPLE WITH PSYCHOPATHOLOGY



Inmaculada Ruiz-Moya

Terapeuta Ocupacional. Hospital de Torrejón de Ardoz
Ribera Salud (Madrid). España.



Mónica Talavera-Colilla*

Mónica Talavera-Colilla, Terapeuta Ocupacional.
Senniors (Madrid). España.

Correo electrónico de contacto
monicatc3@yahoo.es

* persona autora para correspondencia

Objetivos: esta investigación tiene como objetivos establecer una aproximación a la conceptualización de la población general sobre salud y enfermedad mental, así como profundizar en la percepción sobre el perfil y el desempeño ocupacional de las personas con psicopatología. **Métodos:** investigación cualitativa formada por 91 entrevistas en profundidad realizadas a residentes de España y Chile, por 15 terapeutas ocupacionales, y analizadas posteriormente para identificar los elementos del discurso más utilizados a la hora de hacer referencia a la salud mental, la enfermedad mental, el perfil ocupacional y el desempeño ocupacional. **Resultados:** a pesar de ser predominante la estigmatización en las entrevistas, este estudio resulta novedoso, debido a la frecuencia de conceptualizaciones más objetivas e integradoras, puesto que no es frecuente encontrar estos resultados en estudios previos. **Conclusiones:** el estigma hacia la enfermedad mental se encuentra muy presente en la población general, pero se ha podido observar una evolución hacia una percepción más inclusiva y que no distingue diferencias discriminatorias en cuanto al perfil y el desempeño ocupacional de las personas con algún tipo de enfermedad mental. Así mismo, se evidencia la necesidad de un abordaje desde terapia ocupacional.

Objective: This research aims to establish an approach to the anthropological conceptualization of the general population and deepen the perception of the profile and occupational performance of people with mental health problems. **Methods:** Qualitative research consisting of 91 in-depth interviews carried out with residents of Spain and Chile by 15 occupational therapists, and subsequently analyzed to identify the most used elements of discourse when referring to mental health, mental illness, occupational profile and occupational performance. **Results:** Despite stigmatization being predominant in the interviews, this study is novel, due to the frequency of more objective and integrative conceptualizations, since it is not common to find these results in previous studies. **Conclusions:** The stigma towards mental illness is very present in the general population, but an evolution has been observed towards a more inclusive perception that does not distinguish discriminatory differences in terms of the profile and occupational performance of people with some type of mental illness. Likewise, the need for an occupational therapy approach is evident.

DeCS Terapia ocupacional; Salud mental. **Palabras clave** Enfermedad mental; Perfil ocupacional; Desempeño ocupacional **MeSH** Occupational therapy; Mental health **Key words** Mental illness; Occupational profile; Occupational performance

Texto recibido: 25/02/2024

Texto aceptado: 30/05/2024

Texto publicado: 30/05/2024

Derechos de persona autora



INTRODUCCIÓN



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

Es sencillo encontrar definiciones sobre la salud mental, pero la conceptualización de la enfermedad mental (a partir de ahora EM) ha sido, a lo largo de la historia, un término difícil de delimitar (FEAFES, 2004)⁽¹⁾.

Este último concepto ha estado estrechamente relacionado con el estigma, el rechazo social, la marginación y la exclusión social⁽²⁾. En la actualidad, numerosas instituciones nacionales e internacionales han tratado de terminar con la exclusión social, los estereotipos, el rechazo social y el estigma, destacando la necesidad de garantizar los derechos humanos en la salud mental de las personas. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, existen autores que señalan un incremento de la estigmatización en las últimas décadas⁽³⁾. Ante esta situación, desde la terapia ocupacional, se propone hacer uso de su perspectiva holística para contribuir a la deconstrucción y erradicación de este pensamiento en la sociedad, mostrando el potencial a nivel de perfil y desempeño ocupacional de las personas con EM⁽⁴⁾.

Son numerosas las investigaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, con el objetivo de conocer la conceptualización de la salud y EM y la presencia de visiones estigmatizadas en la sociedad actual^(5,6,7). No obstante, resulta más complejo encontrar investigaciones orientadas hacia la estigmatización en torno al perfil y el desempeño ocupacional de las personas con EM.

Objetivos

Detectar la presencia de estigma a la hora de conceptualizar la salud mental y la EM, además de descubrir la percepción que la población general tiene sobre el perfil y desempeño ocupacional de las personas con psicopatología.

MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo de carácter exploratorio entre el 17 de octubre de 2021 y el 30 de enero de 2022. Los entrevistadores fueron 15 terapeutas ocupacionales residentes en España y La República de Chile, alcanzando una muestra total de 91 entrevistas. El procedimiento de muestreo fue de tipo "muestreo por conveniencia" no probabilístico con las personas las personas participantes voluntarias.

Tabla 1. Datos sociodemográficos: Género, edad y zona geográfica.

GÉNERO			EDAD			ZONA GEOGRÁFICA		
GÉNERO	N	%	EDAD	N	%	ZONA GEOGRÁFICA	N	%
Hombre	42	46%	15-19	4	4%	Andalucía	17	19%
Mujer	49	54%	20-24	14	15%	Aragón	4	4%
			25-29	19	21%	Castilla y León	1	1%
			30-34	17	19%	Castilla-La Mancha	11	12%
			35-39	4	4%	Cataluña	10	11%
			40-44	10	11%	Comunidad de Madrid	15	16%
Total	91	100%	45-49	3	3%	Comunidad Valenciana	6	7%
			50-54	9	10%	País Vasco	4	4%
			55-59	7	8%	Principado de Asturias	18	20%
			60-64	4	4%	Chile	5	5%
			Total	91	100%	Total	91	100%

Nota: Elaboración propia.

Características de la muestra

Del total de la muestra (91 personas), 49 sujetos (54%) son mujeres, mientras que 42 (46%) son hombres. La edad media es de 55 años, siendo los porcentajes de las edades los siguientes: el 21% de la muestra pertenece al tramo 25-29 años; el 19% a 30-34 años, el 15% a 20-24 años; el 11% a 40-44 años; el 10% a 50-54; el 8% a 55-59 años; el 4% a los tramos 15-19, 35-39 y 60-64 respectivamente; y el 3% de la muestra corresponde a las edades comprendidas entre 45-49 años (Tabla 1).

En relación a la distribución geográfica de la población de estudio, el 5% de los entrevistados residían en Chile el 95% restante en diferentes Comunidades Autónomas de España. Dentro de las diversas zonas geográficas de España destacan el Principado de Asturias con un 20%, Andalucía con un 19% y la Comunidad de Madrid con un 16%.

Con respecto al nivel de formación, el 45% disponían titulación universitaria, el 13% formación superior, el 24% bachillerato o grado medio, el 13% habían finalizado la educación secundaria y el 4% habían realizado solo estudios primarios. Por último, en cuanto al tipo de empleo se registraron 77 profesiones. Entre los que presentan un porcentaje más significativo (2,2%) se encuentran: auxiliar administrativo/a, dependiente/a, ama de casa, informático/a, psicólogo/a, soldador/a y teleoperador/a. Además, existe una persona que se encuentra en paro, otra en situación de prejubilación y tres son estudiantes.



La interpretación de los resultados se realiza desde la perspectiva holística del modelo de la ocupación humana (a partir de ahora MOHO), debido a la terminología más significativa de mencionado modelo ⁽⁴⁾.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión del estudio fueron aceptar el consentimiento informado, responder a todas las cuestiones de la entrevista y tener una edad comprendida entre los 15 y 64 años.

Los criterios de exclusión implicaron la presencia de una relación previa con el entrevistador (personal, profesional o de otro tipo), así como tener una vinculación con los diferentes recursos de atención a la salud mental (siendo excluidos tanto profesionales como personas usuarias). Con respecto a la formación y la profesión de los entrevistados, se incluyeron la totalidad de las participaciones en educación formal y de las profesiones.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

Al tratarse de un estudio cualitativo se contemplaron solo las siguientes variables sociodemográficas: edad, género, zona geográfica, cualificación y profesión.

Herramientas de recogida de datos

Se utilizó la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada con una duración media de 30 minutos, aunque las personas que participaron disponían de tiempo ilimitado.

La entrevista estaba conformada por 12 cuestiones. Las 6 primeras abordaban datos sociodemográficos, para lo que se destinaron entre 5 y 10 minutos aproximadamente. Las preguntas restantes eran cuestiones abiertas sobre el objeto de estudio (conceptualización de salud mental, conceptualización de EM, estado de salud mental actual de la persona, relación del sujeto con personas que sufren algún trastorno psicológico, características del perfil ocupacional de las personas con EM y su desempeño ocupacional). Para esta segunda parte de la entrevista, el tiempo medio de duración fue de 20 minutos aproximadamente.

Las entrevistas fueron grabadas y codificadas de manera posterior, para garantizar la confidencialidad de las personas participantes. Por último, una vez finalizada la recogida de datos y la transcripción de cada profesional, toda la información fue unificada en el programa Excel, con el objetivo de facilitar su posterior análisis.

Análisis de datos

En los diferentes discursos se buscaron elementos lingüísticos vinculados a cuatro categorías principales: salud mental, EM, perfil ocupacional y desempeño ocupacional.

Se utilizó el programa QDA Minner Lite para insertar los resultados y llevar a cabo un proceso de categorización y codificación de los discursos. Una vez finalizado, se identificaron las expresiones y palabras más significativas utilizadas por la población general para conceptualizar las categorías mencionadas con anterioridad.

Consideraciones éticas

Esta investigación no dispone de informe del comité de ética. Sin embargo, se han seguido los principios éticos de la declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria, consentida e informada. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las personas participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos fueron tratados de forma anónima y confidencial, atendiendo al Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.

Dado que la edad mínima para participar fue de 15 años, las investigadoras nos cercioramos de que las personas participantes comprendieron plenamente el propósito del estudio, los posibles riesgos y beneficios, y obtuvimos el consentimiento de sus padres y madres o personas tutoras legales explicando claramente los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados, cualquier riesgo potencial y los beneficios esperados. Además, dependiendo de la madurez del menor y la naturaleza del estudio, también se solicitó el asentimiento del propio menor para participar.



Las investigadoras supervisamos la adecuada protección de la privacidad y la confidencialidad de las personas participantes menores de edad. Esto incluyó medidas adicionales de anonimización de datos y garantías de que la información proporcionada por los menores no pueda identificarlos directa o indirectamente.

Las investigadoras nos aseguramos, de que, dado que los menores pueden ser más vulnerables que las personas adultas, fue importante evaluar cuidadosamente los posibles riesgos y beneficios de su participación en el estudio. Esto implicó considerar el impacto emocional o psicológico de discutir temas relacionados con la salud mental y la ocupación en un entorno de investigación.

Las investigadoras adaptamos los procedimientos de investigación y los materiales utilizados para que sean apropiados para la edad y el nivel de desarrollo de las personas participantes menores. Esto incluyó el uso de un lenguaje sencillo y comprensible, así como la creación de entornos de investigación cómodos y acogedores para los niños y las niñas. Las investigadoras y el personal involucrado en este estudio con menores de edad debimos cumplir con todas las regulaciones y requisitos legales relacionados con la protección infantil en su jurisdicción. Esto incluyó obtener certificados de antecedentes penales, completar capacitaciones en ética de la investigación y protección infantil, y seguir protocolos específicos para garantizar el bienestar de las personas participantes más jóvenes.

RESULTADOS

Justificación de las categorizaciones

La categorización pretendía detectar la presencia de estigma a la hora de conceptualizar la salud mental y la EM, además de descubrir la percepción de la población general sobre el perfil y desempeño ocupacional de las personas con psicopatología. Para ello, se consideró prioritaria la detección de nombres, adjetivos y expresiones más frecuentes entre los discursos, así como una distinción entre elementos lingüísticos relacionados con una visión estigmatizada y otra perspectiva más inclusiva.

Para cada una de las categorías, se establecen diferentes códigos de análisis en QDA Minner lite basados en la búsqueda previa de elementos lingüísticos vinculados a cada objeto de estudio. Los códigos se agruparon en 4 categorías:

- Salud mental: se distinguen cuatro códigos: bienestar, no enfermedad, afrontamiento e inalcanzable.
- Enfermedad mental: se crean dos códigos, uno para la estigmatización y otro para la objetivación de la enfermedad mental.
- Perfil ocupacional: como anteriormente, los dos códigos hacen referencia a la estigmatización u objetivación del perfil ocupacional de personas con psicopatología.
- Desempeño ocupacional: se crean tres códigos: autonomía total, autonomía parcial y dependencia.

Una vez codificados los discursos, se procede al análisis minucioso de cada categoría.

Salud mental

Entre los entrevistados, se distinguen 5 categorizaciones del discurso:

- 1) Constructo de salud mental ligado a una perspectiva de bienestar.
Ejemplos de ello:
*Hombre: "Para mí la salud mental es alcanzar el bienestar emocional, mental y social. Creo que son imprescindibles estas 3 cosas".
*Mujer: "Yo creo que la salud mental es el poder estar bien con uno mismo (Risa nerviosa) Eh, la sensación de bienestar, ¿no? La sensación de bienestar sin preocupaciones".
- 2) Ausencia de enfermedad como requisito para tener una buena salud mental.
*Hombre: "Desde mi punto de vista, para tener salud mental no puedes tener ninguna patología ni trastorno mental. Yo lo veo así".
*Mujer: "Yo creo que la salud mental es no sufrir ninguna enfermedad de ningún tipo".
- 3) Relación del concepto de salud mental con la capacidad de afrontamiento y/o manejo de las situaciones del día a día.
*Hombre: "Yo creo que es tener la capacidad, junto con la energía suficiente para afrontar de manera positiva tus retos diarios. Es tener fuerza, tener y sentirte ilusionado, sentirte sano. Yo creo que físicamente también, es tener capacidad y energía para afrontar problemas".

- *Hombre: "Una buena salud mental pues puede ser que los problemas que tengas o que puedas tener que los sepas sobrellevar y que seas capaz de que no te afecten demasiado en tu vida".
- 4) Importancia del ambiente sobre la salud mental (relaciones con el entorno familiar, social y laboral).
 *Mujer: "Llevar una vida familiar armónica, que tus relaciones interpersonales dentro de la familia sean vínculos significativos, que tenga afecto, confianza, etcétera".
 *Hombre: "Yo creo que para tener una buena salud mental todo influye. Todo lo que tengas a tu alrededor también te influye, tanto el trabajo, como las amistades, como la familia".
- 5) Concepción de salud mental basada en la idea de "estado inalcanzable".
 *Mujer: "Yo creo que nadie tiene una buena salud mental por todas las cosas que pasan y que no paran. Partiendo de la pandemia, el estallido social, nos quedamos sin un peso, endeudados, sin poder salir, encerrados...".
 *Mujer: "Es que para mí no existe. Yo creo que es algo inalcanzable".
- La tabla 1 presenta las diversas perspectivas que presenta la población muestral, así como los códigos que se han utilizado para la asignación de las categorías y ejemplificaciones que se pueden encontrar a lo largo de los diferentes discursos (Tabla 2).

Enfermedad mental

Respecto a la conceptualización de EM, una parte de la muestra presenta un constructo asociado a la estigmatización y la otra, una conceptualización objetiva, mostrando ciertos conocimientos sobre las características y repercusiones de la EM en la vida diaria.

La primera agrupación, es decir, aquellas que presentan una conceptualización estigmatizada de la EM, se pueden categorizar los discursos en torno a seis ideas principales:

- 1) Conceptualización de la EM como una problemática.
 *Mujer: "Son problemas de cabeza que pueden ser muy diferentes".
 *Hombre: "Es un problema muy gordo para la persona que lo tiene y también para los allegados".
- 2) Asociación de la EM con la incapacidad de razonamiento.
 *Mujer: "No tener coherencia a la hora de pensar, ni de actuar".
 *Hombre: "No toman decisiones ni propias ni coherentes".
- 3) Relación de la EM con un estado de "locura".
 *Hombre: "Una caleta de locos que están super cagados de la cabeza".
 *Mujer: "Están super colgados de la cabeza".
- 4) Correlación de la EM con el "descontrol".
 *Mujer: "Estás como fuera de ti, como que no puedes controlar muy bien todo lo que sucede en tu cabeza y todos los pensamientos tienen una exposición sobre ti".
 *Mujer: "No tener control sobre la coherencia a la hora de pensar y actuar".
- 5) Asociaciones directas entre los trastornos mentales y la delincuencia.
 *Hombre: "Es tener malos pensamientos hacia una persona, hacerle daño a alguien".
 *Mujer: "Yo pienso que un psicópata o un asesino en serie son personas que tienen enfermedades mentales que quieren hacer daño a las personas para, a lo mejor, sentirse ellos mejor".
- 6) Repetidas referencias a escenas televisivas para describir la EM.
 *Hombre: "Los enfermos mentales hacen esas cosas que aparecen en la tele: van por la calle sin camiseta, hablando solos, se bajan los pantalones".
 *Mujer: "Son como los de las películas esas, son enfermos yo creo".

Respecto al discurso de la segunda agrupación, es decir, aquella con una visión más objetiva, destacan:

- Reflexiones sobre el origen o la causa de la EM.
 *Mujer: "Cuando te pasan cosas en la vida que no superas".
- Referencias a limitaciones o dificultades en el día a día de las personas con EM, lo que se categoriza como desempeño ocupacional.
 *Mujer: "Es cuando se rompe el equilibrio del día a día".
- Importancia del estado emocional de las personas con EM.
 *Mujer: "Son personas irascibles con una baja autoestima".
- Mención a diferentes patologías, siendo las más nombradas la ansiedad y la depresión.
 *Mujer: "Si pienso en depresión, muchas veces eso no se nota, la gente parece que está contenta aparentemente, pero luego por dentro lo están pasando fatal".

La tabla 2 presenta los elementos del lenguaje que presenta la población muestral para la asignación de las categorías y ejemplificaciones que se pueden encontrar a lo largo de los diferentes discursos en relación a la EM (Tabla 2).



Perfil ocupacional

Un gran sector poblacional presenta dificultades para nombrar las características más representativas de las personas con EM. Sin embargo, teniendo en cuenta los diferentes discursos, es posible diferenciar dos agrupaciones. Una porción de la muestra tiene una conceptualización del perfil ocupacional de carácter estigmatizante, frente a otro grupo menos estigmatizador que manifiesta conocimientos sobre algunas psicopatologías.

Respecto al primer conjunto de sujetos, destacan cuatro categorías:

- 1) Perfil ocupacional marcado por la hetero agresividad.
*Hombre: "Las personas que tienen enfermedades mentales se ponen agresivas constantemente."
*Mujer: "Creo que serán personas que se ponen agresivas por cualquier cosa".
- 2) Personas con un consumo de sustancias habitual.
*Hombre: "Yo pienso que son personas que al final siempre acaban consumiendo de todo tipo de drogas".
*Mujer: "Son personas que siempre desarrollan una dependencia a las drogas".
- 3) Como en categorías anteriores, a la hora de hablar de perfil ocupacional también se utiliza el término "locura".
*Mujer: "Son personas que se les ve que están un poco locos".
*Hombre: "Una persona desequilibrada, que tiene reacciones totalmente desproporcionadas al momento y a la situación".
- 4) Señalan diferencias de carácter social con respecto a la población general.
*Mujer: "Al final yo creo que son personas... que por su enfermedad acaban siendo totalmente diferentes al resto".
*Hombre: "Yo creo que las personas que tienen este tipo de problemas mentales al final disponen de menos derechos que el resto de la población".

Por el contrario, el otro sector da importancia a la individualidad al describir a las personas con EM, debido a la patología y sintomatología que presente cada uno.

*Mujer: "A ver, es que yo creo que eso depende de la enfermedad mental y de la persona. Por ejemplo, si pienso en depresión, muchas veces eso no se nota, la gente parece que está contenta aparentemente, pero luego por dentro lo están pasando fatal. Entonces muchas veces pasan desapercibidos. Pero luego hay otras personas que sí que se les nota más, o bien por su manera de ser, o porque tienen otro tipo de enfermedad."

*Hombre: "Pues depende de la persona y de la patología. Creo que sería un error describir a las personas con enfermedad mental de manera genérica."

La tabla 3 presenta los elementos del lenguaje más utilizados por la población muestral para la definición del perfil ocupacional de las personas con EM (Tabla 3).

Desempeño ocupacional

Los discursos sobre el desempeño ocupacional de las personas con EM se encuentran diferenciados en 3 sectores:

- 1) El primer grupo considera que las personas que padecen algún tipo de psicopatología presentan una afectación generalizada del desempeño ocupacional. Este grupo asegura también que la limitación en el desempeño se encuentra influenciada por el ambiente de la persona, además de dar importancia al tipo y gravedad de la psicopatología.
* Mujer: "Su desempeño va a ser horrible, realmente horrible. Te afecta en todo, desde las relaciones sociales al trabajo, a todo. A la manera de vestir, el quererte más o menos, el no apetecerte ni ver la televisión, ni nada."
*Hombre: "Las actividades del día a día me las imagino mal porque su mente está secuestrada por otro pensamiento y por otras percepciones de las cosas. Entonces claro tú no puedes dedicar la mente a lo que tendría que estar la mente que es a estudiar, trabajar o a relacionarte con los demás...".
- 2) El segundo cree que el desempeño ocupacional de las personas con EM se encuentra alterado parcialmente, es decir, en situaciones u ocupaciones concretas. La muestra diferencia el trabajo, el estudio, las relaciones sociales, las relaciones familiares, las actividades de ocio y la alimentación.

*Mujer: "Cada enfermedad irá por un sitio, pero creo que todas afectan al trabajo. A lo mejor... otras cosas las hacen como si nada, pero el trabajo... yo creo que es algo que siempre se ve afectado".

*Hombre: "Habrán cosas o actividades que no estén afectadas seguramente. Pero la alimentación va a ser mala porque no se cuidan".

- 3) El tercer conjunto asegura que el día a día de las personas con EM no se encuentra alterado. Estas personas no establecen ninguna diferencia respecto al resto de la población. No obstante, hacen referencia a la importancia de la atención sanitaria, mencionando las terapias y los tratamientos farmacológicos como imprescindibles para poder mantener un desempeño ocupacional funcional.

*Mujer: Pues a ver... por ejemplo... una persona con esquizofrenia... pues si eso se controla con medicación y terapia esa persona puede realizar su vida normal; mientras esté medicado y controlado puede hacer su vida normal, su trabajo, su casa... Igual que la del resto."

*Mujer: Yo creo que sí está bien tratada, sigue con su medicación y hace todo lo que le mandan los médicos, puede tener una vida de lo más normal."

La tabla 4 presenta los recursos lingüísticos más utilizados por la población muestral para la definición del desempeño ocupacional de las personas con EM (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Esta investigación cualitativa se propuso con el objetivo de poder establecer una aproximación a la conceptualización de la población general sobre la salud y EM y analizar la concepción de esta misma población sobre el perfil y el desempeño ocupacional de las personas que padecen una EM. Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, este estudio cobra especial importancia, puesto que permite incrementar el conocimiento sobre el discurso socio-ocupacional asociado a la salud mental en la población general.

Con respecto a los resultados obtenidos, se puede afirmar que un sector poblacional presenta un acercamiento entre su descripción de salud mental y la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud⁽⁸⁾. Además, otro grupo muestral mantiene una relación en su discurso con la terminología utilizada en el MOHO, ya que se repite la consideración del ambiente y la integración en el mismo como un elemento que repercute en la salud mental⁽⁹⁾.

En relación a la conceptualización de la EM, se distingue una perspectiva estigmatizada predominante, común en estudios previos similares^(10,11,12) y un grupo minoritario con una conceptualización más objetiva. También es significativa la negación de las diferentes psicopatologías en discursos estigmatizantes⁽¹³⁾.

En cuanto a la conceptualización del perfil ocupacional y a la descripción del desempeño, se han podido distinguir un grupo estigmatizante y otro con una perspectiva más inclusiva. Respecto al primer grupo, se observa una actitud muy similar a estudios previos sobre el estigma, en los que aparecen términos como agresividad, consumo de drogas y desigualdad social^(13,14,15).

La otra agrupación, aporta valor a términos de relevantes para la terapia ocupacional como el mantenimiento de las ocupaciones para un buen estado de salud, premisa fundamental de la American Occupational Therapy Association (a partir de ahora AOTA)⁽¹⁶⁾; la promoción de la independencia, uno de los objetivos principales de la terapia ocupacional⁽¹⁶⁾; y la necesidad de recibir una atención sociosanitaria farmacológica y no farmacológica, en la que exista una relación cercana con el paciente basada en la escucha y comprensión hacia el mismo. Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, esta necesidad adquiere relevancia en nuestra práctica clínica, siendo imprescindible considerar a cada persona como singular e irreplicable. Además, es necesario que el profesional esté capacitado para crear un vínculo terapéutico cercano, con el fin alcanzar una mejor comprensión de su problemática mediante la empatía, el aprecio y la autenticidad^(4,17,18).

Por otra parte, las personas participantes de este segundo grupo también han señalado la importancia de que las personas con EM mantengan o recuperen su participación en el aseo personal, los estudios, el trabajo, la vida social, entre otros dominios ocupacionales. Estos discursos nos llevan a relacionar el importante papel de la terapia ocupacional en las personas con EM al tener esta profesión como objetivo la promoción de la salud y el bienestar de la persona a través de la ocupación, permitiendo que participe en las



actividades de la vida diaria y en las ocupaciones que desean, necesitan o se espera que realicen World Federation of Occupational Therapists (WFOT)⁽¹⁹⁾.

Con toda esta información expuesta, la investigación puede considerarse novedosa por la existencia de una visión más objetiva e inclusiva, poco frecuente en estudios previos. También resulta innovadora la presencia de discursos que señalan la necesidad de trabajar objetivos propios de la terapia ocupacional y con la metodología característica de la profesión, aunque sin ser mencionada de manera explícita.

Limitaciones del estudio

Entre los factores limitantes de este estudio, se encuentra el periodo de tiempo empleado en la recogida de datos, lo que ha podido suponer una muestra menor. Por otro lado, dicha población no se distribuye equitativamente en cuanto a las características sociodemográficas, lo que ha dificultado un análisis de datos más exhaustivo en base a mencionadas variables.

Futuras líneas de la investigación

Debido a la limitación temporal del estudio, resultaría de interés poder ampliar la recogida de datos en la totalidad de las comunidades autónomas de España y Chile, con el fin de poder hacer una comparativa entre ambos países.

Aplicabilidad

El presente estudio ejemplifica la necesidad de abordar el estigma presente en la sociedad general hacia las personas con EM. Desde terapia ocupacional, es importante continuar con la divulgación de la profesión para hacer comprender a la población la necesidad de potenciar el desempeño ocupacional autónomo de las personas.

CONCLUSIÓN

Los resultados han permitido conocer con mayor profundidad la conceptualización de la salud y de la EM, así como del perfil ocupacional y desempeño ocupacional de las personas con psicopatologías, según la población general.

En respuesta al objetivo planteado, resulta significativa la facilidad que presenta la muestra para definir la EM, frente a una mayor dificultad para conceptualizar la salud mental. Además, se recogen expresiones que evidencian la estigmatización hacia las psicopatologías. No obstante, es importante señalar diferentes matices según la edad de la persona o el lugar de residencia, así como el nivel de formación, a pesar de no haber sido posible establecer una asociación cuantitativa.

Por otro lado, en las preguntas vinculadas al perfil y al desempeño ocupacional, ocurre algo similar. La población percibe que mayoritariamente las personas que padecen una EM tendrán un perfil ocupacional menos funcional y verán su desempeño ocupacional afectado de manera negativa. Sin embargo, este estudio refleja un avance respecto a investigaciones previas, debido a la presencia de un numeroso grupo de las personas las personas participantes con una visión más inclusiva y que no percibe diferencias discriminatorias.

Por otro lado, resulta llamativo cómo los entrevistados destacan la importancia de la psiquiatría y la psicología en el área de salud mental, pero ningún participante menciona la terapia ocupacional, pese a que la mayoría de sus discursos señalan cómo objetivos necesarios en la atención a personas con EM las premisas de esta profesión (promoción de la autonomía e independencia de la persona, mantenimiento y recuperación de las actividades de la vida diaria, así como de las diferentes ocupaciones y mejorar la calidad de vida).

Además, quedan abiertas las puertas para continuar difundiendo la importancia de mencionada profesión en el proceso de adaptar las actividades y/o acompañar a las personas durante el desempeño de estas, para así lograr, finalmente, la deconstrucción de la estigmatización y la igualdad de oportunidades.

AGRADECIMIENTOS



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

Agradecer a todas las personas que han formado parte de la muestra, así como a Óscar Sánchez Rodríguez por haber sido el tutor académico de esta investigación e impulsarnos hacia la profundización y publicación del presente estudio que inicialmente se trataba de un proyecto académico perteneciente al Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental de la Universidad de Castilla - La Mancha (UCLM). Teniendo como tutor académico a Óscar Sánchez Rodríguez. Los terapeutas ocupacionales colaboradores de la investigación que participaron en la selección de la muestra y el desarrollo de las entrevistas en profundidad, han sido: Ángela Suárez, Angélica Schollosser, Dolina del Amo, Francisco Javier Barrio, Inmaculada Ayuso, Julia Pérez, Lucía Martín, María del Río, María Isabel Dorado, María López, Olga Carro, Patricia Guirado y Raquel Cobos. La presente investigación no contó con ningún tipo de financiación. En relación a los posibles conflictos de intereses generados, tanto las investigadoras principales como los co-autores declaran ausencia de conflictos de los mismos.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

IRM y MTC, autoras principales del presente artículo, han participado en la concepción y diseño del estudio, redacción del manuscrito, revisión crítica de la investigación y aprobación de su versión final,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). Salud mental y medios de comunicación (2nd ed.) [Internet]. Galicia; 2008. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. Br J Psychiatry. 2007; (190): 192-193. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17329736/>
- Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the mental illness is an illness like any other approach. Acta Psychiatr Scand. 2006; (114): 303-318. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17022790/>
- Simó S, Sánchez O. Salud mental, estigma y ocupación. TOG (A Coruña). 2014. 11(20). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4893298>
- Uribe M, Mora O, Costés A. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Revista médica. 2007; 48(3): 207-220. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668003.pdf>
- Sirey J, Bruce M, Alexopoulos G. Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. Psychiatr Serv. 2001; (52): 1615-1620.
- Galdeano A, Ocio S, Barbadillo L, López I, Antolín J, Txarterina E. Prensa: violencia y estigmatización de la enfermedad mental. Anales de psiquiatría. 2008; 24(3): 121-129. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2660366>
- World Health Organization: WHO. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- De las Heras C. Desarrollo de integración de la teoría y la práctica del MOHO. En: De las Heras C. Modelo de la Ocupación Humana. Madrid: Síntesis; 2015. p. 19-45.
- López M, Fernández L, Laviana M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez AM. Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla: Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2010; 30(2): 219-248. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200003
- López M, Laviana M, Fernández L, López A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. Revista AEN. 2009; 187-207.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2008; 28(1): 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es.57352008000100004&lng=es
- Ruiz MA, Montes JM, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, De Dios Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. Spanish J Psy Mental Health (SJP MH). 2012; 5(2): 98-106. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112000031?via%3Dihub>
- Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1ª ed. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
- Vaquero C, Escudero MÁ, Cebollero M, Ureña E, Saiz J. Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo [Internet]. Fundación Salto. 2018. Disponible en: <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Enfermedad-mental-y-estigma-en-jovenes.pdf>
- American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). Am J Occup Ther. 2020; 74 (2): 1-87.
- Corring DJ, Cook JV. Ask, listen and learn what clients with a mental illness can teach you about client-centred practice. En Sumsion T. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation. 2ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006. p 107-122.
- Plata, R. Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. TOG (A Coruña). 2012; 10 (44): 62-77.
- World Federation of Occupational Therapists. Definitions of Occupational Therapy from Member Organizations [Internet]. WFOT. 2020. Available from: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

Tabla 2. Elementos lingüísticos más frecuentes en la conceptualización de salud mental.

CATEGORIZACIÓN	CÓDIGO	ELEMENTOS DEL DISCURSO
----------------	--------	------------------------



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

Conceptualización de la salud mental	Bienestar	Bienestar emocional, mental y social. Sentir felicidad. Sentirse bien con uno mismo. Encontrarse estable emocionalmente. Que te sientas a gusto contigo mismo.
	Ausencia de enfermedad	No tener ninguna patología ni trastorno mental. No sufrir ninguna enfermedad. Estar bien en todos los sentidos, sin enfermedades de ningún tipo, incluyendo las físicas, porque va de la mano la salud mental con la salud física. Básicamente no tener ninguna enfermedad.
	Capacidad de afrontamiento/ manejo de las situaciones del día a día	Yo creo que es tener la capacidad, junto con la energía suficiente, para afrontar de manera positiva tus retos diarios. No darles vueltas a las cosas. Adaptarse a los golpes que da la vida, aceptando las consecuencias. Tener capacidad y energía para afrontar de manera positiva la vida. Mantenerse en equilibrio ante las diferentes situaciones de la vida.
	Ambiente	Mantener una buena relación con el entorno que nos rodea. Llevar una vida familiar armónica, que tus relaciones interpersonales dentro de la familia sean vínculos significativos, que tenga afecto, confianza, etcétera. Estar bien con tu entorno social, tanto amistades como familiares. Ser capaz de estar integrado en la sociedad y tener buenas relaciones sociales. Todo lo que tengas a tu alrededor también te influye, tanto el trabajo, como las amistades, como la familia. Funcionar bien en tu trabajo.
	Estado inalcanzable	Es un estado inalcanzable. Yo creo que nadie tiene una buena salud mental por todas las cosas que pasan y que no paran. Partiendo por la pandemia, el estallido social, que nos quedamos sin un peso, endeudados, sin poder salir, encerrados... Tener una buena salud mental a día de hoy es complicado. Es muy importante tener buena salud mental, pero es muy difícil. Creo que no hay nadie que tenga una salud mental al 100%.

Elaboración propia 2024

Tabla 3. Elementos lingüísticos más frecuentes en la conceptualización de enfermedad mental

CATEGORIZACIÓN	CÓDIGO	ELEMENTOS DEL DISCURSO
Conceptualización estigmatizada de la EM	Problemática	Problema. Son problemas de cabeza que pueden ser muy diferentes. Es un problema muy gordo para la persona que lo tiene y también para los allegados. Es un marrón.
	Incapacidad de razonamiento	Incapacidad de razonamiento. No tener coherencia a la hora de pensar, ni de actuar. No toman decisiones ni propias ni coherentes.
	Locura	Una caleta de locos que están super cagados de la cabeza. Están super colgados de la cabeza. Se vuelven locos.
	Descontrol	Descontrol. Estás como fuera de ti, como que no puedes controlar muy bien todo lo que sucede en tu cabeza y todos los pensamientos tienen una exposición sobre ti. No tener control sobre la coherencia a la hora de pensar y actuar. No tener control sobre ti y sobre tus acciones.
	Delincuencia	Es tener malos pensamientos hacia una persona, hacerle daño a alguien. Yo pienso que un psicópata o un asesino en serie son personas que tienen enfermedades mentales que quieren hacer daño a las personas para, a lo mejor, sentirse ellos mejor. Al final terminan macheteando y robando.
	Cine	Los enfermos mentales hacen esas cosas que aparecen en la tele: van por la calle sin camiseta, hablando solos, se bajan los pantalones. Son como los de las películas esas, son enfermos yo creo.
Conceptualización objetiva de la EM	Origen	Tener una enfermedad mental puede estar desencadenada por un pasado en el que hayas sido maltratado o vivido malas experiencias. Cuando te pasan cosas en la vida que no superas. Incapacidad para afrontar sucesos pasados.
	Desempeño ocupacional	Dificultad en el manejo/afrontamiento de situaciones. Limitación en el día a día. Desequilibrio en las esferas de la vida.



Yo creo que es tener dificultad para afrontar los problemas de la vida.
 Impedimento de origen psíquico que nos condiciona y limita nuestra vida.
 Es cuando se rompe el equilibrio del día a día.
 Cuando tienes dificultades que no te ves capaz de resolver tú mismo, y se necesita ayuda para resolverlas.

Estado emocional	Sentirse mal consigo mismo. Baja autoestima. Alteraciones emocionales. Sensación de mucha tristeza. Tener problemas emocionales y en el estado de ánimo. Dificultades en la gestión de sus emociones. Cambios bruscos de comportamiento.
Patologías	Ansiedad. Depresión.

Elaboración propia 2024.

Tabla 4. Elementos lingüísticos más frecuentes en la conceptualización del perfil ocupacional

CATEGORIZACIÓN	CÓDIGO	ELEMENTOS DEL DISCURSO
Visión estigmatizada del perfil ocupacional	Heteroagresividad	Son personas agresivas. Las personas que tienen enfermedades mentales se ponen agresivas constantemente.
	Consumo	Dependencia de sustancias. Son personas que siempre desarrollan una dependencia a las drogas.
	Locura	Se les ve que están un poco locos. Una persona desequilibrada, que tiene reacciones totalmente desproporcionadas al momento y a la situación.
	Diferencias sociales	Son personas totalmente diferentes. Gente que dispone de menos derechos que el resto de la población.
Visión menos estigmatizada del perfil ocupacional	Individualidad	Influye la propia personalidad individual de cada sujeto. Depende de la enfermedad mental, son totalmente diferentes. Según los diferentes estados que puede tener cada paciente según la gravedad de la enfermedad. Yo pienso que depende también de las particularidades de la persona.
	Igualdad	Son personas normales. Es igual que una persona que no tiene diagnóstico.

Elaboración propia 2024.

Tabla 5. Elementos lingüísticos más frecuentes en la conceptualización del desempeño ocupacional

CATEGORIZACIÓN	CÓDIGO	ELEMENTOS DEL DISCURSO
Afectación generalizada del desempeño ocupacional	Afectación	En su cabeza hay algo que no les deja hacer nada. Te afecta en todo, desde las relaciones sociales al trabajo, a todo, a la manera de vestir, al quererte más o menos, el no apetecerte ni ver la televisión ni nada, etc. Yo creo que el día a día les va a costar más en todos los sentidos, se les va a hacer muy cuesta arriba. La enfermedad mental les afectará en todos los sentidos.
	Ambiente	Creo que al final depende un poco de las personas con las que te relaciones, eso hace que te pueda costar más o te pueda costar menos, pero si tú tienes un entorno a tu alrededor que te apoye y que te ayuda, creo que eso es positivo, y es mejor tener un entorno que te apoye. El entorno no va a entender el comportamiento de la persona, y eso va a dificultar su día a día en todos los aspectos.
	Tipo y gravedad de la psicopatología	También depende de la gravedad de la enfermedad mental que tienes. Dependerá del tipo de trastorno y de la gravedad del mismo. Pues un día a día difícil, pero supongo que depende de la enfermedad mental. Entonces claro, depende de cada enfermedad pero algunas yo creo que son muy incapacitantes para muchos aspectos de la vida.
Desempeño ocupacional afectado parcialmente	Trabajo	Puede afectar más al trabajo. Cada enfermedad irá por un sitio, pero creo que todas afectan al trabajo.
	Estudio	No rindes y suspendes, entonces te pones más triste aún porque suspendiste, no sé, es como entrar en un bucle. Porque a lo mejor no tienen la cabeza centrada en los estudios.



Si una persona tiene una depresión, no le va a apetecer ponerse a estudiar.
Algunos tienen dificultades en los estudios.

Relaciones sociales Además tienen muy limitado el mundo social, tienen problemas de habilidades sociales. Se comporta como una niña con los demás.
Por nuestra lógica social, una relación normal es complicada.
Es agotador intentar tener una amistad.

Relaciones familiares Muchas veces acaban perdiendo comunicación con la familia, hacen cosas que la familia no entiende, y claro, pues eso termina en conflictos normalmente.
Me imagino que la relación con familiares pues cambia.
Puede incluso llegar a contagiar a la familia o la gente que le rodea, aunque no sea una enfermedad contagiosa.

Ocio No disfrutan en algunos sentidos tanto como otra gente que está bien.
El ocio es equiparable al ocio que puede tener un anciano de 80 años, es decir, ver la tele, dar su paseito y poco más. Si eso se toma un café.
Yo creo que su ocio estará afectado, pero por otro lado creo que seguir haciendo actividades de ocio les vendría bien.

Alimentación La alimentación, mala, porque no se cuidan.
Muchas veces cuando dan ataques de ansiedad comen lo que quieren, cosas que no son sanas, o no comen, depende de la persona, supongo.

Desempeño ocupacional no afectado

Funcionalidad Me la imagino como la de cualquier persona.
Yo creo que si está bien tratada, sigue con su medicación y hace todo lo que le mandan los médicos, puede tener una vida de lo más normal.
Pues depende de si está medicada o no está medicada. Si está medicada me imagino una vida normal.

Elaboración propia 2024.

Derechos de persona autora

