

# 1. La ocupación en salud mental

**Paola Morales Coro**

Graduada en terapia ocupacional por la Universidad de Málaga.

**Fecha recepción:** 05.01.2022

**Fecha aceptación:** 18.01.2022

## RESUMEN

La salud mental es un derecho accesible y gratuito que debe prestarse a toda la población, pero se ha percibido una falta de atención a la salud mental a causa de obstáculos como el estigma social. Por lo tanto, la comunidad tiene que seguir trabajando en las actuaciones basadas en promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y rehabilitar un trastorno mental. Así pues, una de las disciplinas más adecuadas para intervenir sería la terapia ocupacional. ¿Por qué? Porque a través de la ocupación (nuestro día a día) adquirimos nuestros sentimientos y pensamientos, y en base a éstos construimos nuestra salud mental.

**Palabras clave:** ocupación, salud mental, terapia, trastornos mentales.

## ABSTRACT

*Mental health is an accessible and free right that should be given to the entire population, but there had been a perceived*

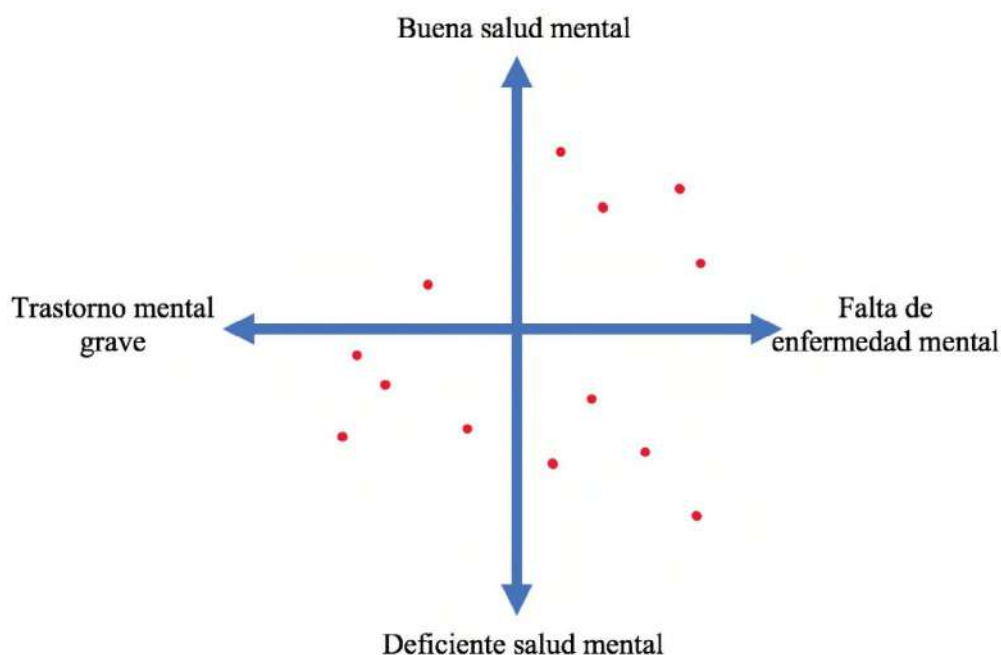
*lack of mental health care because of obstacles such as social stigma. Therefore, the community must continue to work on actions based on promoting mental health, preventing mental disorders and rehabilitating a mental disorder. Thus, one of the most appropriate disciplines to intervene would be occupational therapy. Why? Because through occupation (our day to day) we acquire our feelings and thoughts, and on the basis of these we build our mental health.*

**Keywords:** occupation, mental health, therapy, mental disorders.

## 1. ¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

Según la OMS (2011), "la salud mental es un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Anteriormente, se consideraba que la salud mental era la ausencia de una enfermedad o trastorno mental, pero con los años se ha evolucionado en los pensamientos llegando a definir la salud mental de una forma más holística como la de la OMS (1).

Por lo tanto, la salud mental consiste en lograr el equilibrio (ver Ilustración 1). En esta imagen podríamos observar que en un extremo del eje vertical nos encontraríamos con una buena salud mental y en el otro una deficiente salud mental. Y en el eje horizontal estaría en un límite el hecho de presentar una enfermedad mental y en el otro no presentarla. Al interpretar este gráfico, se concluiría que un individuo que presente una enfermedad mental puede estar mentalmente sano y, al revés, un sujeto puede tener deficiente salud mental y no padecer una enfermedad mental (2).



**Ilustración 1.** Continuidad entre el trastorno mental y la buena salud mental. (2). Fusar-Poli, P. What is good mental health? [A scoping review]. Febrero de 2020.

La salud mental está integrada por tres tipos de bienestar: El psicológico, el emocional y el social. El bienestar emocional es llamado hedónico y consiste en la percepción subjetiva que tiene una persona acerca del placer que está experimentando en su vida. Por lo tanto, este bienestar es cambiante ya que depende de las circunstancias en las que se encuentre la persona. El bienestar social se le denomina eudaimónico y se basa en la impresión que se tiene acerca de su funcionamiento (1).

Conforme indica Paolo Fusar-Poli, “los dominios centrales que definen la buena salud mental abarcan”:

1. *Alfabetización en salud mental*: El individuo está informado sobre la salud mental y los recursos que tiene para tratarla. Y, por lo tanto, podrá decidir sobre su salud en base a sus derechos y preferencias.
2. *Actitud hacia los trastornos mentales*: Reacción que tenemos hacia un sujeto que presenta una enfermedad mental. El estigma es una reacción negativa. Es evaluada mediante la escala de estigma de la depresión (DSS).
3. *Autopercepciones y valores*: Pensamientos subjetivos que presenta una persona acerca de aquello que es positivo o negativo en su vida. Pueden medirse a través de la escala de autoestima estatal (SSES).
4. *Habilidades cognitivas*: Es la facultad que presenta una persona para procesar cualquier información que se le presenta. Se evalúan a través de pruebas como *cognitive assessment battery (CAB)*.
5. *Desempeño académico/ocupacional*: Se refiere al resultado que se obtiene en la actuación que tiene la persona en el ámbito escolar o laboral.
6. *Emociones*: Estados de ánimos que experimenta un individuo y que le conducen a actuar de una manera u otra. Se miden con pruebas como el *inventario de inteligencia emocional (EII)*.
7. *Comportamientos*: Actuaciones que lleva a cabo un sujeto ante la aparición de impulsos en su día a día. Para evaluar si la persona realiza conductas saludables se utiliza *Healthy Lifestyles Behaviour Scale (HLBS)*.
8. *Estrategias de autogestión*: Actuaciones que desempeña una persona con el fin de protegerse ante el entorno. La resiliencia (habilidad para hacer frente a los percances) implica la ejecución de estas estrategias.
9. *Habilidades sociales*: Se basa en llevar a cabo conductas adecuadas que nos permitan interaccionar con las demás personas. Se miden a través de pruebas como *Social Skills Improvement System-Rating Scale (SSIS-RS-C)*.
10. *Relaciones familiares y relaciones significativas*: Se refiere al hecho de presentar vínculos activos con las personas más cercanas en nuestro día a día (familiares, amigos, etc.).
11. *Salud física*: Implica tener una dieta correcta y saludable que conlleve a presentar un buen estado del cuerpo que permita realizar actividades físicas. Se evalúa mediante el *Cuestionario de Salud General (GHQ)*.

12. *Salud sexual*: Se trata del confort obtenido acerca de todos los aspectos relacionados con la sexualidad.
13. *Sentido de la vida*: Se refiere a la interpretación que un individuo realiza acerca de la vida que está viviendo. Se evalúa a través de instrumentos como la prueba de propósito en la vida.
14. *Calidad de vida*: Percepción subjetiva que presenta una persona acerca del agrado que siente en su vida. Se mide con la *escala de calidad de vida (QOLS)*.

Estos dominios nos muestran que la salud mental contribuye en el desempeño personal y social de un individuo. Y, por esta razón, se debe de promover la salud mental cuanto antes para que este desempeño no se encuentre mermado (1).

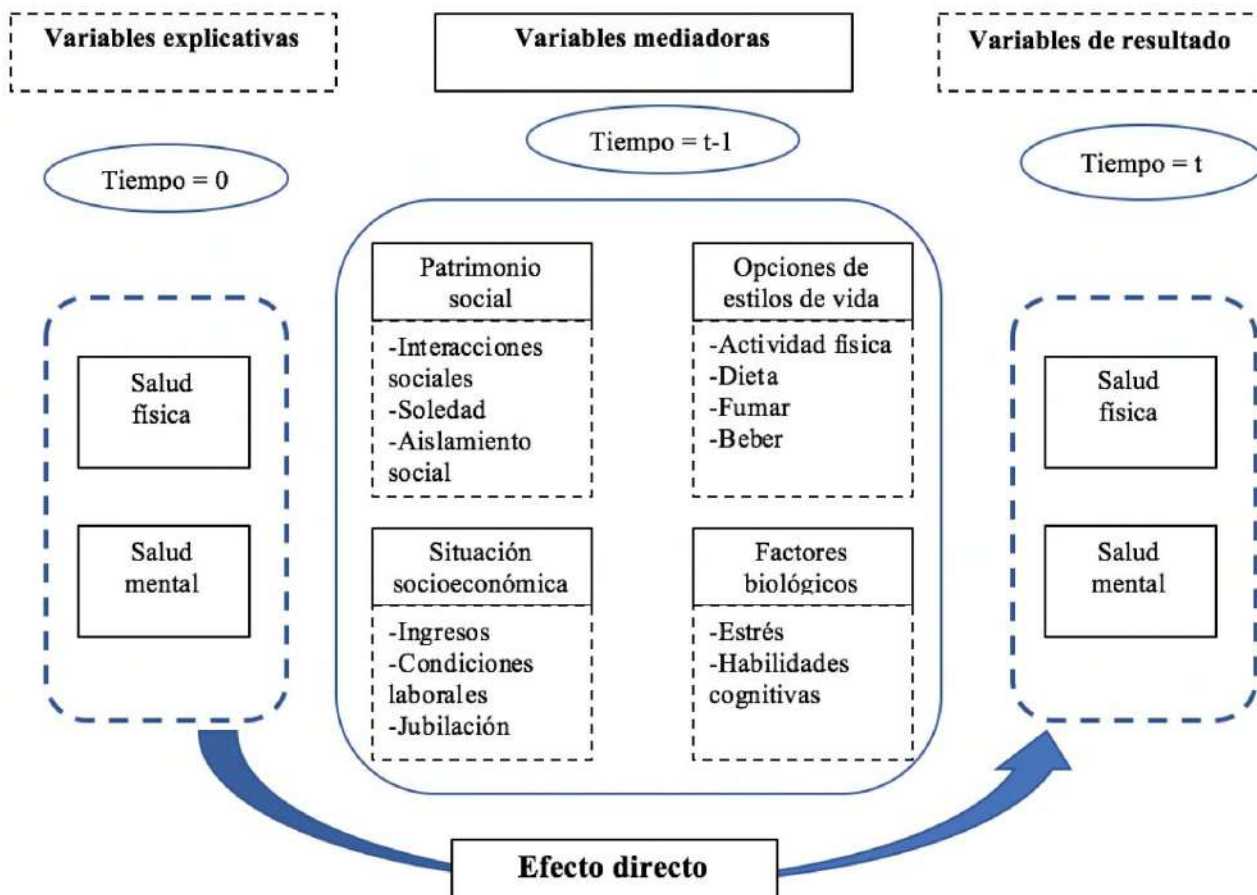
La finalidad de la promoción sería conseguir la incrementación del placer, el poder y la capacidad de adaptación a través de implementar acciones en el día a día que favorezcan la salud mental (2). Pero, en la realidad, los profesionales de la salud mental suelen dedicarse exclusivamente a la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales (3).

La prevención tiene como objetivo mermar los indicios que presentan los individuos en riesgo de padecer un trastorno mental, mientras que el tratamiento implica actuar ante ese trastorno mental intentando que desaparezca o que repercuta mínimamente en la vida de la persona (2).

## 2. RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y SALUD FÍSICA

Tras diversos estudios, se ha evidenciado que existe una firme dependencia entre la salud mental y la salud física. Como podemos observar (ver Ilustración 2) existen diversas variables que afectan a la salud mental y/o física, o viceversa. Varias situaciones posibles son las siguientes:

- A. La pérdida de salarios influye perjudicialmente en la salud mental de la persona.
- B. El estrés puede conducir a poseer una salud física dañada nocivamente.
- C. La salud mental puede repercutir negativamente las habilidades cognitivas y éstas puede incurrir a poseer una salud física inadecuada puesto que puede perder la capacidad de decidir actuaciones saludables.
- D. La actividad física puede ser perjudicial para trastornos de depresión o ansiedad.
- E. La actividad física repercute positivamente en la salud mental y física de las personas mayores.
- F. La ingesta prudente de alcohol incide de forma positiva en la salud mental y física de una persona.
- G. El consumo desmesurado de alcohol afecta negativamente a la salud mental y física.
- H. La incorporación de frutas en la dieta de la persona incrementa su felicidad.



**Ilustración 2.** Los efectos directos e indirectos entre la salud física y mental. (4). Ohrnberger J. *The relationship between physical and mental health [A mediation analysis]*. Diciembre de 2017.

I. El desempeño de una adecuada interacción social ocasiona efectos positivos en la salud mental. (4)

### 3. PROBLEMAS EN LA SALUD MENTAL/ ENFERMEDADES MENTALES

Según la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), el trastorno de depresión mayor es la principal causa de discapacidad en el mundo (5).

Uno de los objetivos principales de la psiquiatría clínica es prevenir los trastornos mentales (2), puesto que se trata de uno de los principales motivos por los que más se asiste a la atención primaria (5).

La población adolescente presenta mayor riesgo de que aparezca un trastorno mental. Un 20% de adolescentes suelen padecerlo ya que estos individuos suelen estar viviendo situaciones complicadas como discriminación, desafíos, etc. (2).

#### Barreras en la solicitud de ayuda

- A. *Estigma:* Reprimen sus pensamientos y sentimientos por miedo a ser juzgados a causa de las creencias que la sociedad tiene ante un trastorno mental.
- B. *Creencias familiares:* Las personas de su alrededor pueden pensar que los profesionales sanitarios no le van a solucionar lo que le sucede.

C. *Alfabetización en salud mental:* La persona busca información sobre la enfermedad mental y sus actuaciones se rigen en base a ésta.

D. *Déficit en la autonomía:* La persona no tiene la capacidad de buscar ayuda por sí misma.

E. Baja disponibilidad de servicios y personal.

F. Elevado costo.

G. Ausencia de transporte.

H. Altos tiempos de espera. (2)

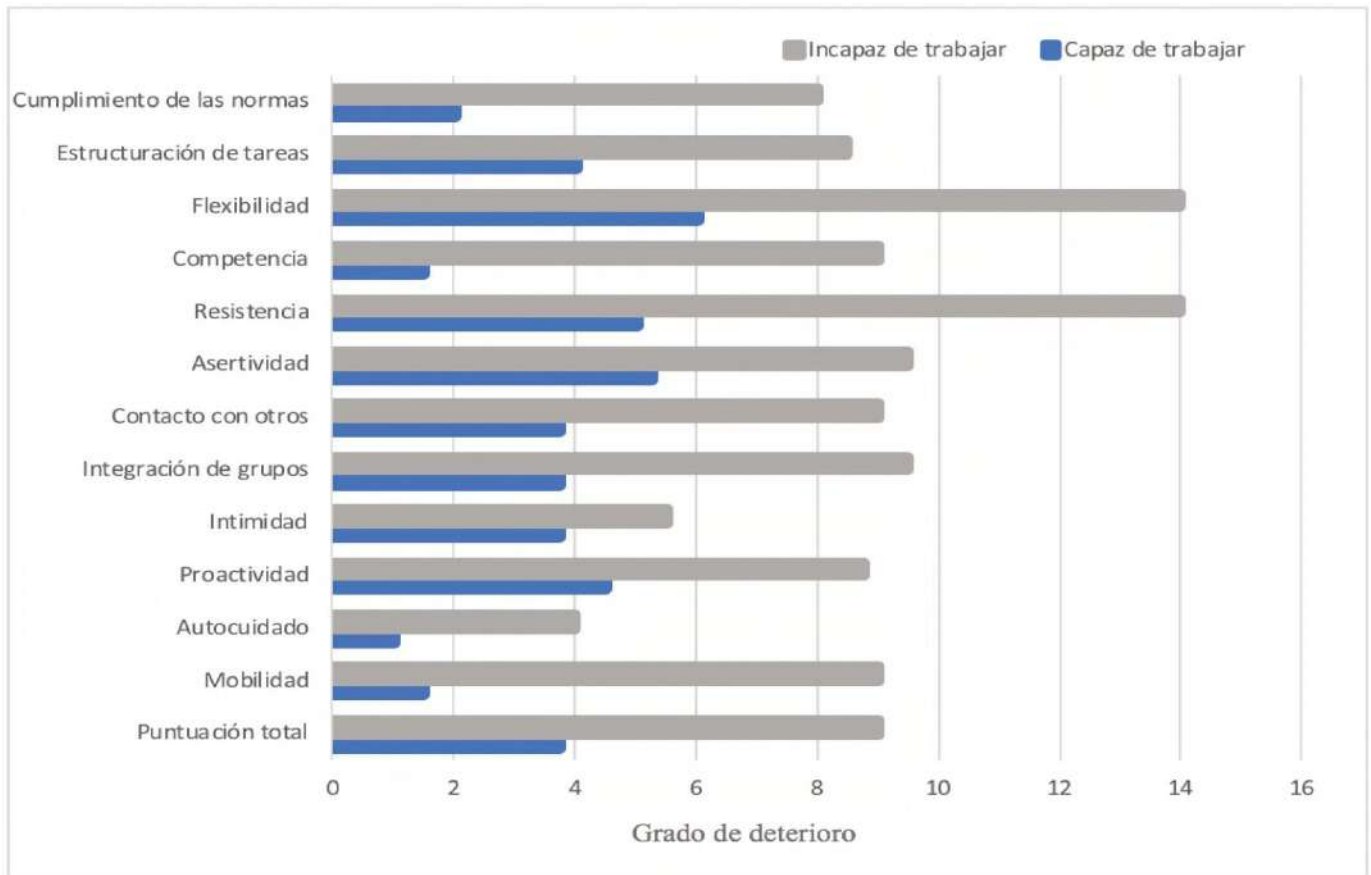
#### Facilitadores en la solicitud de ayuda

A. *Asistencia previa:* El haber vivenciado una atención efectiva acerca de los servicios de salud mental implica la repetición de asistencia a ellos si se percibe que lo necesita.

B. *Alfabetización sobre la salud mental:* La persona busca información sobre las enfermedades mentales y acude al médico porque ha observado la importancia de la ayuda profesional.

C. Apoyo de personas cercanas. (2)

La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) es una herramienta que permite comprender la salud a través de códigos.



**Ilustración 3.** Deterioro de la capacidad en una muestra de conveniencia de pacientes hospitalizados psicosomáticos. (6). Linden M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF): International classification of functioning. [Behav Sci Law]. Marzo de 2017.

Ésta se enfoca en 2 componentes principales (ver Anexo 1): Funcionalidad y discapacidad y, por otro lado, factores contextuales. Dentro de la funcionalidad y discapacidad deberíamos tener en cuenta las funciones y estructuras corporales y, además, las actividades y participación. Y para los factores contextuales habría que considerarse los factores ambientales (relaciones, productos, etc.) pero no los personales (edad, género, etc.) (6).

Como podemos observar en el gráfico (ver Ilustración 3), los individuos que llevan tiempo hospitalizados a causa de un trastorno mental después pierden las capacidades necesarias para desempeñar las funciones laborales correctamente (6).

#### 4. ESTIGMA HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES

¿Qué es el estigma? Es la atribución de una característica nociva una persona o grupo específico causando a la sociedad pensamientos negativos hacia ellos (8). Por lo tanto, la estigmatización es un asunto muy delicado y preocupante en el mundo (9).

El estigma social hacia los trastornos mentales más común es que las personas que los padecen son muy agresivas y peligrosas (10). Y el estigma hacia los trastornos mentales perjudica la atención a la salud mental y, por eso, sería muy importante suprimir esa estigmatización puesto que las personas estigmatizadas suelen postergar el tratamiento (9).

La gran mayoría de los individuos que padecen una enfermedad mental pueden llegar a ocultarla para evitar la estigmatización (11) y, a veces, hasta se niegan al tratamiento de ésta (12).

Además, la estigmatización ocasiona a la persona estigmatizada efectos emocionales dañinos que pueden desencadenar un intento suicida (11).

Las soluciones que habría que llevar a cabo con el fin de suprimir este estigma social serían las siguientes:

1. **Formación médica:** Enseñar a los médicos teniendo presente siempre la existencia de la psiquiatría en todos los campos de actuación.
2. **Premiar el trabajo de la psiquiatría:** Motivar a los estudiantes que experimenten la psiquiatría como profesión.
3. **Abogacía:** existirán leyes que protejan la atención a la salud mental. (13)

Concluyendo, sería fundamental transmitir a la sociedad una cultura en la cual se eliminen los prejuicios hacia otras personas y hacia las enfermedades (14).

#### 5. OCUPACIÓN Y OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS

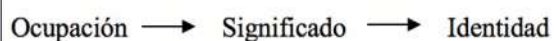
Según la Federación Mundial de la Terapia Ocupacional y la Sociedad Internacional de ciencias ocupacionales: "la

ocupación se basa en las actividades cotidianas que las personas realizan como individuos, en familias y con comunidades, para ocupar el tiempo y dar sentido y significado a la vida". Es decir, es el conjunto de funciones que una persona lleva a cabo con el fin de satisfacer sus necesidades primarias (dormir, alimentarse, etc), secundarias (ocio, participación social, etc) y terciarias (éxito en el trabajo, pertenecer a un grupo de amigos, etc) (15).

Por lo que la ocupación es el conjunto de las tareas primordiales que una persona realiza para satisfacer las necesidades de su vida (16).

Cuando en la definición de ocupación aparece "dar sentido" se está refiriendo a la importancia que le está ofreciendo la persona a las actividades que realiza en su día a día.

La ocupación se refiere al "ser" y al "hacer" de un individuo. El "hacer" es moldeado por la persona ya que decide dónde, por qué y con quién realizar actividades. Este "hacer" influirá en las creencias, intereses, experiencias, etc. de la persona. Así pues, el resultado del "hacer" es el que conforma la identidad de una persona. Esto podríamos resumirlo en este breve esquema:



Este esquema significa que a través de las actividades que realizamos y el significado que le damos a estas vamos creando nuestra identidad personal ("somos lo que hacemos"). (17)

- El *equilibrio ocupacional* se refiere a la impresión subjetiva que experimenta una persona en relación con su número de ocupaciones diarias, la fusión entre ellas y el agrado con el tiempo empleado en ocupaciones. El equilibrio ocupacional tiene estrecha relación con la salud y el bienestar de una persona. (18).
- La *cotidianeidad* se refiere a la característica que se le atribuye a algún suceso puesto que es muy común en la vida de la persona (19).
- La *actividad cotidiana* es una única tarea que realiza la persona con mucha frecuencia (19).
- *Autonomía*: Voluntad propia de la persona a la hora de desenvolverse en su entorno. Es decir, es el proceso en el cual la persona se adapta eficazmente a las demandas que le presenta el entorno (20).
- *Independencia*: Capacidad de desempeñar las actividades ocupacionales por sí solo. Los diferentes grados de independencia según la puntuación de la MIF (Medida de Independencia Funcional) son los siguientes:
  - Independencia completa: sin ayuda
  - Independencia con adaptaciones
  - Supervisión
  - Mínima asistencia
  - Moderada asistencia

- Máxima asistencia
- Asistencia total (20)

- *Calidad de vida*: Apreciación que tiene una persona acerca del papel que desempeña en la vida (20).
- *Desempeño ocupacional*: Los distintos modos en los que la persona se desenvuelve en las distintas áreas ocupacionales. áreas existentes: (21).
- *Áreas de ocupación* abordan los tipos de actividades en los que una persona se puede implicar:

#### 1. Actividades básicas de la vida diaria (AVD):

- Bañarse y ducharse.
- Cuidado del intestino y la vejiga.
- Vestirse.
- Comer.
- Alimentación.
- Movilidad funcional.
- Cuidado de los dispositivos de atención personal.
- Higiene y arreglo personal.
- Actividad sexual.
- Aseo e higiene en el inodoro.

#### 2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

- Cuidado de los otros.
- Cuidado de mascotas.
- Facilitar la crianza de los niños.
- Gestión de la comunidad.
- Movilidad en la comunidad.
- Manejo de fianzas.
- Manejo y mantenimiento de la salud.
- Establecimiento y manejo del hogar.
- Preparación de la comida y la limpieza.
- Práctica de la religión.
- Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia.
- Compras.

#### 3. Descanso y sueño:

- Descansar.
- Dormir.
- Prepararse para el sueño.
- Participación en el sueño.

#### 4. Educación:

- Participación en la educación formal.
- Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales.
- Participación en la educación personal informal.

#### 5. Trabajo:

- Intereses y actividades para la búsqueda de empleo.
- Búsqueda y adquisición de empleo.
- Rendimiento en el trabajo / empleo.
- Preparación y ajuste para la jubilación / retiro.
- Exploración para el voluntariado.
- Participación como voluntariado.

#### 6. Juego:

- Exploración del juego.
- Participación en el juego.

#### 7. Ocio y tiempo:

- Exploración del ocio.
- Participación en el ocio.

#### 8. Participación social:

- Participación en la comunidad.
- Participación en la familia.
- Participación con compañeros, amigos. (22)

#### • Patrones de ejecución:

- *Hábitos*: Conductas determinadas e inconscientes de una persona que realiza en su día a día.
- *Rutinas*: proceso ya instaurado en la persona acerca de una ocupación que le ofrece una organización en su vida.
- *Roles*: Puestos que ocupa una persona en la vida. Éstos pueden ser suprimidos, cambiados o sustituidos.
- *Rituales*: Actuaciones que son realizadas por la persona y que tienen un valor simbólico (espiritual, social o cultural). (22)

- *Gestión del tiempo*: conjunto de actividades que realiza una persona para aprovechar su tiempo lo máximo posible. Estas actividades requieren de las capacidades mentales como ordenar secuencias cronológicamente y asignar el tiempo necesario a cada ocupación. (23).

- *Motivación* se trata de una energía animadora que conlleva a la persona a iniciar una actividad, persistir en ella y adecuar sus conductas conforme a los objetivos planteados. Es un estado esencial para desarrollar una intervención adecuada ya que la motivación conduce a la persona

a desarrollar una actuación de cambio en su salud. Existen dos tipos de motivaciones:

1. *Motivación intrínseca*: es la que emerge del interior de la persona. Es decir, la persona realiza la actividad debido a la diversión que ésta le produce.
2. *Motivación extrínseca*: la persona realiza la actividad con energía ya que se enfoca en el beneficio externo que obtendría si realizara la actividad.

Para tener motivación es primordial que la persona tenga un propósito y que se lleve a cabo un proceso de cambio. (24).

- *Entrenamiento de hábitos*: proceso de reeducar a la persona para que consiga tener unos hábitos funcionales. Es decir, involucrarlo en la comunidad con su total independencia y que las conductas que realice sean saludables. (25).

## 6. SALUD MENTAL/TRASTORNO MENTAL

### Salud mental

La *salud* no es únicamente la carencia de algún trastorno, sino un estado de bienestar físico, psicológico y social y la *salud mental* es la situación en la cual un individuo es consciente de sus habilidades, puede hacer frente a la vida y trabajar de forma provechosa y beneficiosa y, además, pertenece a su comunidad (26).

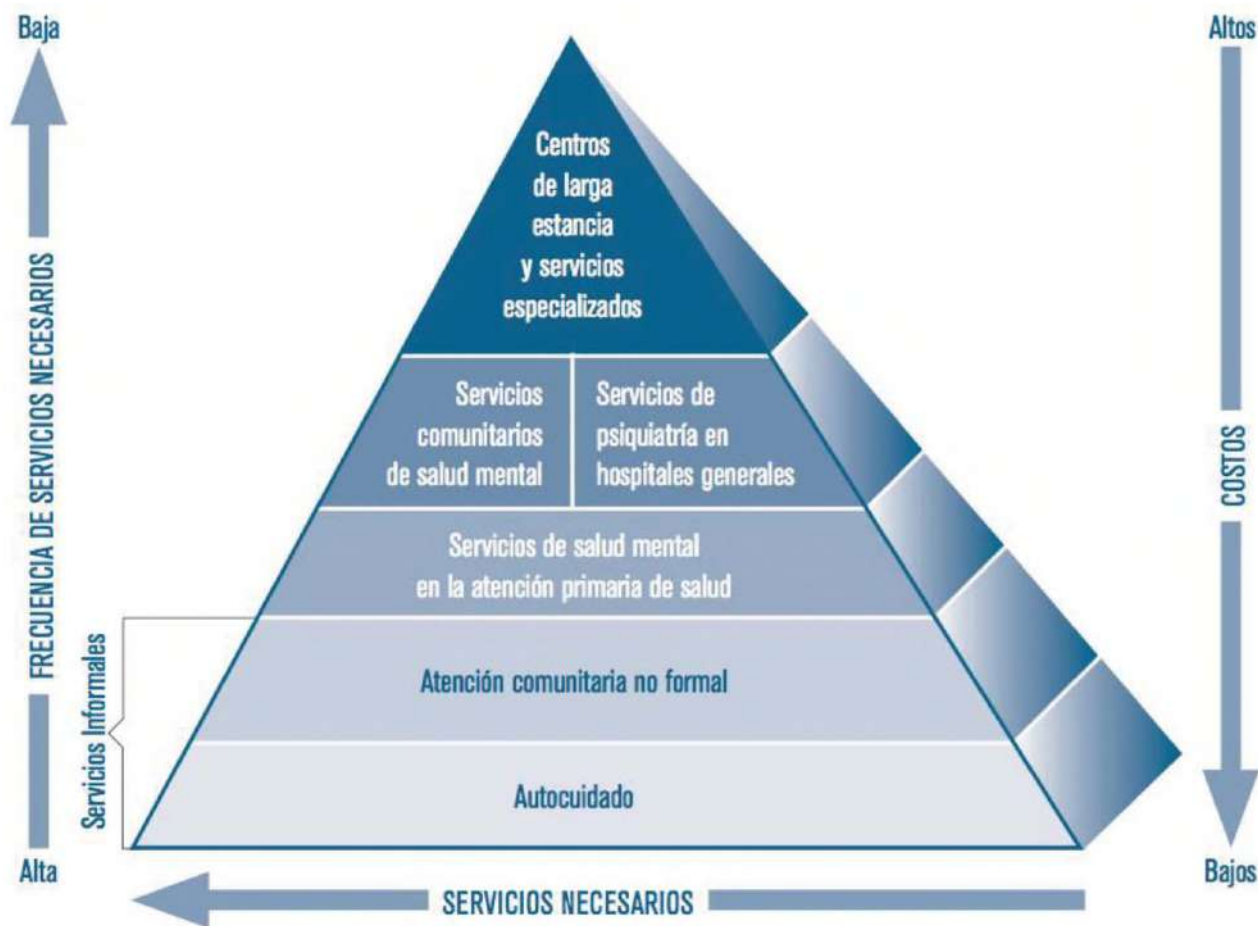
La salud mental está compuesta por tres tipos de bienestar:

- *Bienestar social*: Estar conforme con la sociedad en la que se vive.
- *Bienestar psicológico*: Tener la capacidad de guiarse en su vida, presentar una adecuada participación social, poseer la autoestima alta.
- *Bienestar emocional*: Alegría, placer y encanto con la vida. (27).

Además, tener una buena salud mental está relacionado con un funcionamiento positivo, es decir, desempeñar tareas de manera fructífera (27).

Existe un modelo comunitario que se ampara al fundamento de incorporar los servicios de salud mental en la atención universal de la salud y en servicios de otros ámbitos (educación, justicia, etc.). Estos servicios se dividen jerárquicamente según el nivel de uso y necesidad (ver Ilustración 4):

1. *Autocuidado*: Aptitud que presenta una persona acerca de hacer frente sus problemas de salud mental por sí sola (o con el apoyo de algún conocido) y saber cuándo, cómo y dónde acudir para pedir ayuda.
2. *Atención comunitaria no formal*: Se trata de aquellas actuaciones que realizan las asociaciones, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los profesionales de otros ámbitos (policía, maestros...).



**Ilustración 4.** Pirámide de la combinación óptima de los servicios. (28). Rodríguez JJ. *Salud mental en la comunidad. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición. 2009.*

3. *Servicios de salud mental en la atención primaria de salud:* En ellos se a el primer contacto con los servicios de salud mental.
4. *Servicios comunitarios de salud mental/servicios de psiquiatría en hospitales generales:* Centros de día, equipos móviles de tratamiento, atención domiciliaria, hospitales (de corta duración para episodios agudos y graves).
5. *Centros de larga estancia y servicios especializados:* Unidades de trastornos agudos, etc. (28).

En estos servicios, actualmente se ha percibido una carencia en relación a los profesionales de la salud mental puesto que la media varía entre 0,04–9,80 psiquiatras por cada 100.000 habitantes (ver Ilustración 5) (28).

**Trastorno mental**

Se prevé que un 25% (1 de cada 4 personas) sobrellevan un trastorno mental (28).

El DSM-5 (Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales) se creó con el objetivo de clasificar y presentar los diagnósticos de los diversos trastornos psiquiátricos que existen. Según el DSM-5, la clasificación de los trastornos psiquiátricos es la siguiente (29):

1. *Trastornos del neurodesarrollo:*

- Discapacidades intelectuales

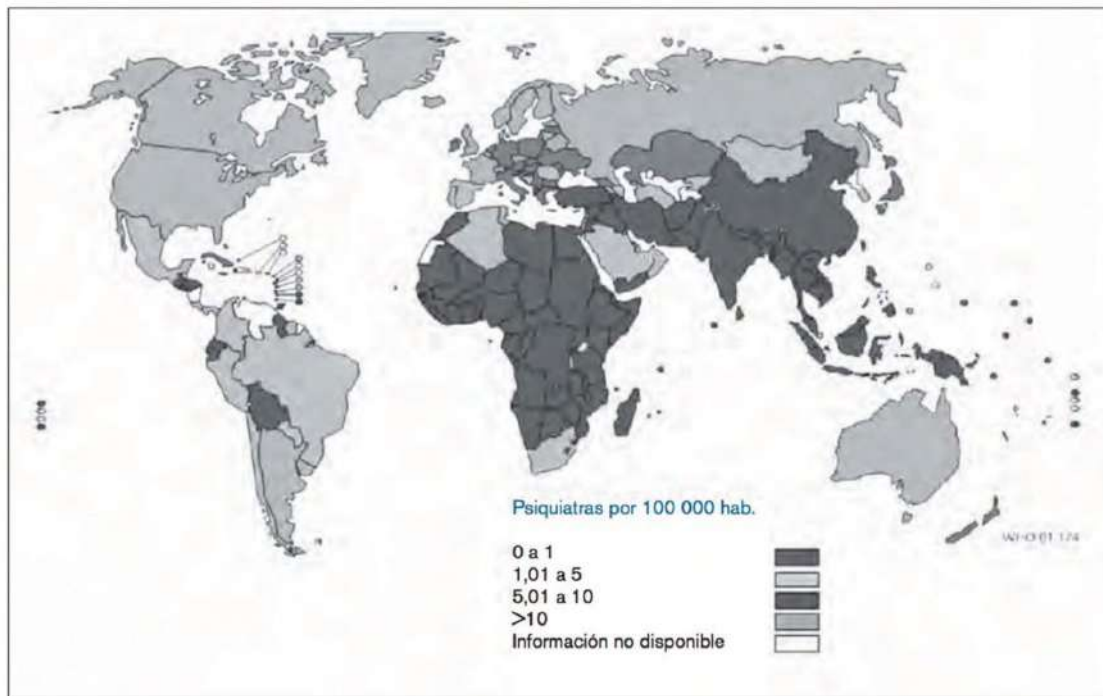
- Trastornos de la comunicación
- Trastorno del espectro autista
- Trastorno de atención atención/hiperactividad
- Trastorno de aprendizaje específico
- Trastornos motores.

2. *Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:*

- Trastorno esquizotípico (personalidad)
- Trastorno delirante
- Breve trastorno psicótico
- Trastorno esquizofrénico
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo.

3. *Trastornos bipolares y relacionados:*

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Otro trastorno bipolar específico y relacionado.



**Ilustración 5.** Número de psiquiatras por 100,000 habitantes. (28). Rodríguez JJ. *Salud mental en la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición. 2009.

#### 4. Trastornos depresivos:

- Trastorno disruptivo de regulación del estado de ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente.

#### 5. Trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo; Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (Fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada.

#### 6. Trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados:

- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno de acaparamiento
- Tricotilomanía (Trastorno de tirones de cabello)
- Trastorno de excoriación (Picoteo de la piel).

#### 7. Trauma y trastornos relacionados con el estrés:

- Trastorno de apego reactivo
- Trastorno de compromiso social desinhibido
- Trastorno de estrés postraumático

- Trastorno de estrés agudo

- Trastornos de ajuste.

#### 8. Trastornos disociativos:

- Trastorno de identidad disociativa
- Amnesia disociativa
- Trastorno de despersonalización/desrealización.

#### 9. Síntomas somáticos y trastornos relacionados:

- Trastorno de los síntomas somáticos
- Trastorno de ansiedad por enfermedad
- Trastorno de conversión
- Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas
- Trastorno facticio.

#### 10. Trastornos de la alimentación y alimentación:

- Pica
- Trastorno rumiante
- Trastorno evitante/restrictivo de la ingesta de alimentos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón.



**11. Trastornos de eliminación:**

- Enuresis
- Encopresis

**12. Trastornos del sueño-vigilia:**

- Trastorno del insomnio
- Trastorno de hipersomnolencia
- Narcolepsia
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración
- Parasomnias

**13. Disfunciones sexuales:**

- Eyaculación retardada
- Trastorno eréctil
- Trastorno orgásmico femenino
- Interés sexual femenino/ Trastorno de excitación
- Dolor genito-pélvico/ Trastorno de penetración
- Trastorno de deseo sexual masculino hipoactivo
- Eyaculación precoz (temprana).

**14. Disforia de género.****15. Trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta:**

- Trastorno de hormiga oposicional
- Trastorno explosivo intermitente
- Trastorno de conducta
- Trastorno de personalidad antisocial
- Piromanía
- Cleptomanía

**16. Trastornos relacionados con sustancias y adictivos:**

- Consumo
- Intoxicación
- Abstinencia (Relacionado con alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes o tabaco)
- Trastorno del juego

**17. Trastornos neurocognitivos (NCD):**

- Delirio
- NCD mayor y leve (debido a la enfermedad de Alzheimer, NCD frontotemporal, NCD con cuerpos de Lewy, NCD vascular, debido a una lesión cerebral traumática, debido a la infección por VIH, debido a la enfermedad de Parkinson, debido a la enfermedad de Huntington)

**18. Trastornos de la personalidad:**

- Grupo A Trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico).
- Grupo B Trastornos de la personalidad (antisocial, borderline, histriónico, narcisista).
- Grupo C Trastornos de la personalidad (evitante, dependiente, obsesivo-compulsivo).

**19. Trastornos parafilicos:**

- Trastorno voyeurístico
- Trastorno exhibicionista
- Trastorno frotteurístico
- Trastorno de masoquismo sexual
- Trastorno de sadismo sexual
- Trastorno pedófilo
- Trastorno fetichista
- Trastorno transvestico (29).

**7. REPERCUSIÓN DE UNA ENFERMEDAD MENTAL EN LA OCUPACIÓN**

Las enfermedades mentales son un claro ejemplo para observar cómo un problema de salud repercute en la vida cotidiana de la persona que la padece (6).

**1) Participación social**

Se ha constatado cómo la soledad (situación desoladora en la cual el individuo no se relaciona con nadie de su entorno) influye negativamente en la salud mental de la persona. Además, se ha percibido que poseer una red social (vínculos con las personas de tu alrededor) disminuye la posibilidad de padecer síntomas psicóticos (30).

Para evaluar los componentes de la participación social de la persona (apoyo social, red social, aislamiento social, etc.) tendríamos que conocer varios conceptos principales. Para ello, se pueden clasificar en 5 dominios (ver Anexo 2):

- **Cantidad:** Número de individuos que se encuentran en el entorno más cercano a la persona.
- **Estructura:** Se refiere a cuántos individuos pertenecen al grupo más cercano de la persona, cómo son estos individuos y qué tipo de vínculo posee con la persona.
- **Calidad:** Valoración acerca de cómo es la relación entre los dos sujetos (si confían el uno del otro, si uno no le presta ayuda al otro cuando la necesita, etc.).
- **Emociones:** Cómo las relaciones sociales influyen emocionalmente en el sujeto. Este dominio se evalúa a través de la "Escala de soledad de Jong Gierveld Loneliness", la cuál está dividida en dos partes (soledad social y soledad emocional).

- **Recursos:** Qué le ofrece a su vida el tener esa relación social. Esta área se puede determinar usando la prueba "Resource Generator-UK" que se divide en varias partes (recursos nacionales, asesoramiento de expertos, habilidades personales y recursos de resolución de problemas) (30).

**2) Estilos de vida**

Las personas que padecen un trastorno mental, frecuentemente, tienen un índice de masa corporal mayor de 30, es decir, presenta obesidad. Este hecho se debe a varios factores como la ingesta de medicamentos, pero, también, se debe, a estilos de vida muy inusuales en esta población. ¿Cuáles son estos estilos? Escasa actividad física, consumo excesivo de tabaco, desmesurada ingesta de alcohol, etc. (5). Para evaluar cuál es la cantidad de ingesta de salud y si ésta llega a ser un problema se puede utilizar el cuestionario AUDIT (ver Anexo 3) (28).

**3) Sueño**

El 40% de la población que padece una enfermedad mental presenta un trastorno del sueño (insomnio, apneas...) (5). Y dentro de la población diagnosticada de trastorno depresivo: 67-84% de adultos y 57% de adolescentes tienen problemas para conciliar o mantener el sueño (31).

**4) Muerte**

Gran cantidad de casos de trastornos mentales tienen un desenlace fatal, el suicidio. Como podemos observar en la tabla (ver Ilustración 6), las personas con una gran posibilidad de desencadenar un acto suicida son aquellas que padecen un trastorno mental, que están vivenciando situaciones muy complejas, etc. (28).

**5) Gestión del tiempo**

Los trastornos mentales inciden negativamente en las capacidades necesarias para la gestión del tiempo y así pues se postergan las tareas, no se acaban las actividades, etc.

Esto es un problema para el grupo de personas que padecen trastornos mentales ya que la acción de gestionar

el tiempo es primordial para adquirir un equilibrio entre todas las ocupaciones diarias que tenemos y así sentir satisfacción con nuestra vida. (23).

**8. BENEFICIOS DE LA OCUPACIÓN EN LA SALUD**

Se ha evidenciado que cuando una persona realiza actividades significativas para ella su salud aumenta, mejorando así sus habilidades físicas, cognitivas y psicosociales y consecuentemente aumentando el bienestar de la persona y llegando a adquirir una mejor calidad de vida (32).

Tras varias investigaciones, se ha podido describir cuatro conceptos que describen la relación ocupación-salud-bienestar (33) (ver Anexo 4). Por un lado, dentro del término control se encontrarían aquellas habilidades (mayores cualificaciones, responsabilidad...) que le permiten a una persona percibirse capaz de llevar a cabo una actividad. Con el concepto significado o propósito se tendrían en cuenta aquellos motivos personales (valor, conexión a causa mayor...) por los cuáles la persona realiza la ocupación. Por otro lado, se encontraría los componentes de la auto-realización (autoestima, oportunidad de crecimiento...) refiriéndose a los beneficios (incremento de bienestar con uno mismo) que obtiene tras ejecutar las actividades. Finalmente, habría que considerarse el sentido de bienestar ya que las ocupaciones también ofrecen relajación mental, disfrute, etc. (32).

**Autoestima - calidad de vida - ejercicio físico**

Se ha demostrado que realizar ejercicio físico mejora la salud mental de la persona y le ocasiona una mayor satisfacción con su vida y un incremento en la autoestima. Además, el deporte mitiga la ansiedad y la depresión. Aunque hay que considerar que es posible que el fracaso en el deporte repercuta negativamente en la salud mental (33).

En un estudio se utilizó el inventario de síntomas (SCL-90-R) y la escala de satisfacción de calidad de vida para medir la salud mental y la calidad de vida de dos grupos de sujetos (atletas activos y estudiantes). Por un lado, a través de la SCL-90-R, se obtuvieron resultados estadísticos que indicaban que los atletas activos poseían un nivel

Por características sociodemográficas	Por características clínicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varones jóvenes</li> <li>• Hombres mayores (+75 años)</li> <li>• Personas divorciadas, separadas o viudas</li> <li>• Personas socialmente aisladas o discriminadas</li> <li>• Agricultores</li> <li>• Poblaciones indígenas</li> <li>• Prisioneros</li> <li>• Personas bajo intensos y rápidos cambios sociales</li> <li>• Personas bajo intenso estrés</li> <li>• Personas fuera del mercado de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con enfermedades mentales (actuales o pasadas)</li> <li>• Personas recientemente ingresadas en hospitales psiquiátricos con síntomas depresivos, psicóticos o ideas suicidas</li> <li>• Las mismas personas dadas de alta</li> <li>• Personas con depresión</li> <li>• Alcohólicos y usuarios de drogas</li> <li>• Personas que ya hicieron un intento de suicidio</li> <li>• Familiares de personas que se suicidaron</li> <li>• Personas con enfermedades físicas graves y/o crónicas, incurables (cáncer, HIV/SIDA, epilepsia)</li> </ul>

**Ilustración 6.** Personas con alto riesgo de conducta suicida. Rodríguez JJ. Salud mental en la comunidad. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición. 2009 (28).

significativo más alto de autoestima que los estudiantes, excepción en la pregunta número 12. Por otro lado, mediante la escala GENCAT (Escala de calidad de vida), se concluyó que los atletas activos poseían mayor satisfacción con su vida en comparación con los estudiantes (33).

**Salud mental positiva - yoga**

La práctica del yoga frecuentemente ocasiona una salud mental positiva en la persona que la practica, es decir, le genera un bienestar emocional, psicológico y social (34).

**Salud mental - ejercicio aeróbico**

Se ha estudiado cómo la práctica de ejercicio físico influye en la salud de los sujetos que padecen un trastorno mental grave (ver Anexo 5). Por un lado, en la población con esquizofrenia se percibió que el ejercicio aeróbico reducía los síntomas psiquiátricos y aumentaban las habilidades cognitivas como la atención, la memoria de trabajo, etc. Por otro lado, en aquellas personas que padecían de una enfermedad mental grave se observó que cuando realizaban ejercicio aeróbico sus sistemas cardiorrespiratorios mejoraban. Además, en los sujetos diagnosticados de depresión mayor se notaba que poseían una mejor calidad de vida cuando practicaban ejercicio aeróbico. Y, por último, en la población con trastorno bipolar se notó que con la práctica de ejercicio aeróbico se reducían los niveles de estrés (35).

**Salud mental - dieta saludable**

Se ha comprobado que ingerir alimentos saludables mejora nuestra salud mental. Y, por el contrario, no llevar a cabo

una dieta equilibrada puede originar la presencia de trastornos como la hiperactividad, el déficit de atención, etc.

Por lo tanto, la ocupación es esencial para la vida ya que con esta se puede envejecer teniendo una vida saludable ya que se ha constatado que las personas más sanas son aquellas que realizan actividades ocupacionales significativas (15).

**Salud mental - empleo**

Cuando una persona desempeña un empleo confortable su calidad de vida mejora, obtiene unas relaciones sociales fructuosas, aumenta su autoestima, etc. Y, consecuentemente, la persona adquiere una buena salud mental (36).

**Salud mental - alimentación**

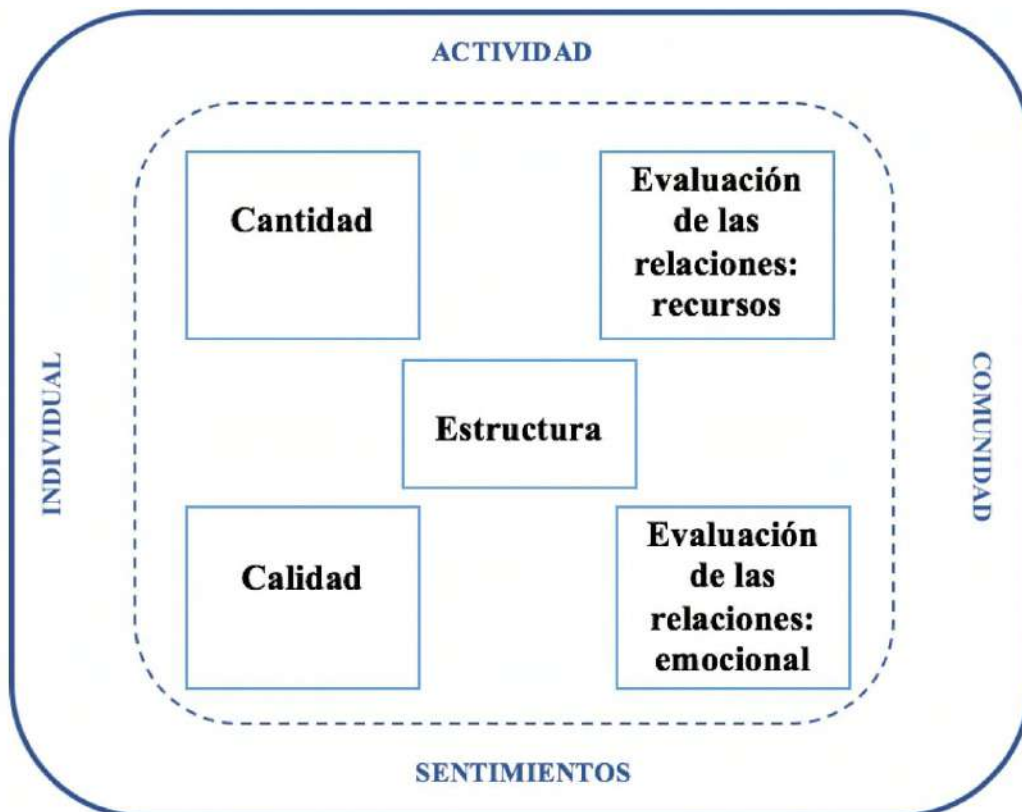
Se ha evidenciado que llevar a cabo una dieta poco saludable podría desencadenar un estado mental perjudicial (37).

**Salud mental - medioambiente**

Pasar tiempo en ambientes naturales al aire libre mejor la salud mental de una persona (38).

**Salud mental - redes sociales**

Se ha demostrado que el uso de redes sociales genera una conexión social más fuerte con sus vínculos afectivos y permite crear otros. Además, las redes sociales son una fuente de entretenimiento y disfrute (39).



**Ilustración 7.** Aislamiento social y conceptos relacionados. (30). Wang J. Social isolation in mental health [a conceptual and methodological review]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Diciembre de 2017.

**9. PROBLEMAS EN LA OCUPACIÓN QUE REPERCUTEN EN LA SALUD MENTAL**

En nuestro día a día, también participamos en ocupaciones que son perjudiciales para nuestra salud (32).

Algunas personas tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno mental debido a interferencias en su ocupación diaria (2).

**Aislamiento social**

Se ha percatado que las personas que padecen problemas de salud mental suelen tener mayores sentimientos de soledad que las personas que no los padecen. Para evaluar la participación social de la persona habría que tener en cuenta varios conceptos claves (ver Ilustración 7) como la cantidad, la estructura y la calidad de la red social de la persona, sus emociones a causa de sus relaciones y sus recursos para mantenerlas (30).

**El uso de las tecnologías**

Se prevé que hay una gran prevalencia preocupante del uso de instrumentos tecnológicos por parte de la población

adolescente (entre 13 y 18 años): un 95% tienen un teléfono móvil Smartphone y un 88% utilizan ordenadores portátiles, tablets, etc. El uso habitual que suelen darle a estos instrumentos es la utilización de redes sociales.

Tradicionalmente, la red social más utilizada en adolescentes ha sido YouTube (85%), pero hoy día Tiktok está supliendo su puesto.

Tras varios estudios, se ha demostrado que, a veces, las sociales puede ocasionar trastornos mentales (depresión, trastornos alimentarios). Además, en las redes sociales aparecen muchos casos de acoso y algunos pueden desembocar en el suicidio de la persona acosas. Por último, es importante destacar que el contenido que observamos en las redes sociales nos influye en nuestra salud mental ya que nos comparamos y llegamos incluso a pensar que lo que vemos en la pantalla es lo correcto y nosotros que somos realidad lo incorrecto (39).

**Hogar**

Se ha demostrado cómo la vivienda en la que una persona vive influye en su salud mental. Es decir, donde esté localizada el hogar, cómo es éste, cuánto durará la persona

<b>CONSECUENCIAS FÍSICAS</b>
Obesidad
Hiperlipidemia
Diabetes tipo 2
Gran circunferencia de la cintura (CC), índice de masa corporal (IMC) elevado, síndrome metabólico, hipertensión, triglicéridos altos, colesterol HDL bajo, colesterol LDL alto y alteración de la glucosa en ayunas
Hipercolesterolemia
Cardiopatía coronaria
Hospitalización por enfermedades cardiovasculares
Hospitalizaciones debido a trastornos musculoesqueléticos
Cambios en las experiencias de dolor
Fatiga crónica
Dolores de cabeza, problemas respiratorios y gastrointestinales
Lesiones graves
Mortalidad por debajo de los 45 años
<b>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS</b>
Insomnio
Incidencia de insomnio, persistencia de insomnio y trastornos del sueño.
Síntomas depresivos
Tratamiento psicotrópico y antidepresivo.
Hospitalizaciones debido a enfermedades mentales
Síntomas psicológicos de mala salud.
<b>CONSECUENCIAS OCUPACIONALES</b>
Insatisfacción laboral
Absentismo
Nueva pensión de invalidez
Demandas de empleo
Recursos laborales
Presentismo

**Ilustración 8.** Consecuencias físicas, psicológicas y ocupacionales del agotamiento investigado en estudios prospectivos con mejor calidad metodológica. (36). Salvagioni DA]. *Physical, psychological and occupational consequences of job burnout [A systematic review of prospective studies]*.

residiendo ahí, etc... son características que influyen en la salud mental de la persona debido a que están relacionadas con el contexto en el que está viviendo (40).

**Condiciones laborales**

La *Organización para la cooperación y el desarrollo económico* (OCDE) ha afirmado que el 20% de la población adulta que pertenece al mundo laboral suele desencadenar problemas mentales (41).

Algunas condiciones laborales provocan en la persona un cansancio continuo que acaba produciendo un estrés crónico, es decir, lo que llamamos síndrome de burnout. Cuando una persona sufre este síndrome, experimenta agotamiento físico, mental y emocional. Por ejemplo, le falta energía e interés y tiene dificultad de concentración (36).

El síndrome de burnout o el síndrome del trabajador quemado provoca en las personas diversas consecuencias (ver Ilustración 8):

1. *Consecuencias físicas:* La más común es la cardiopatía coronaria.
2. *Consecuencias psicológicas:* Las más estudiadas han sido el insomnio y los síntomas depresivos.
3. *Consecuencias ocupacionales:* El agotamiento solía causar el absentismo. (36).

Algunas de las condiciones laborales de las que hablábamos anteriormente y que ocasionan un agravamiento de la salud mental de la persona que desempeña ese empleo pueden ser las siguientes:

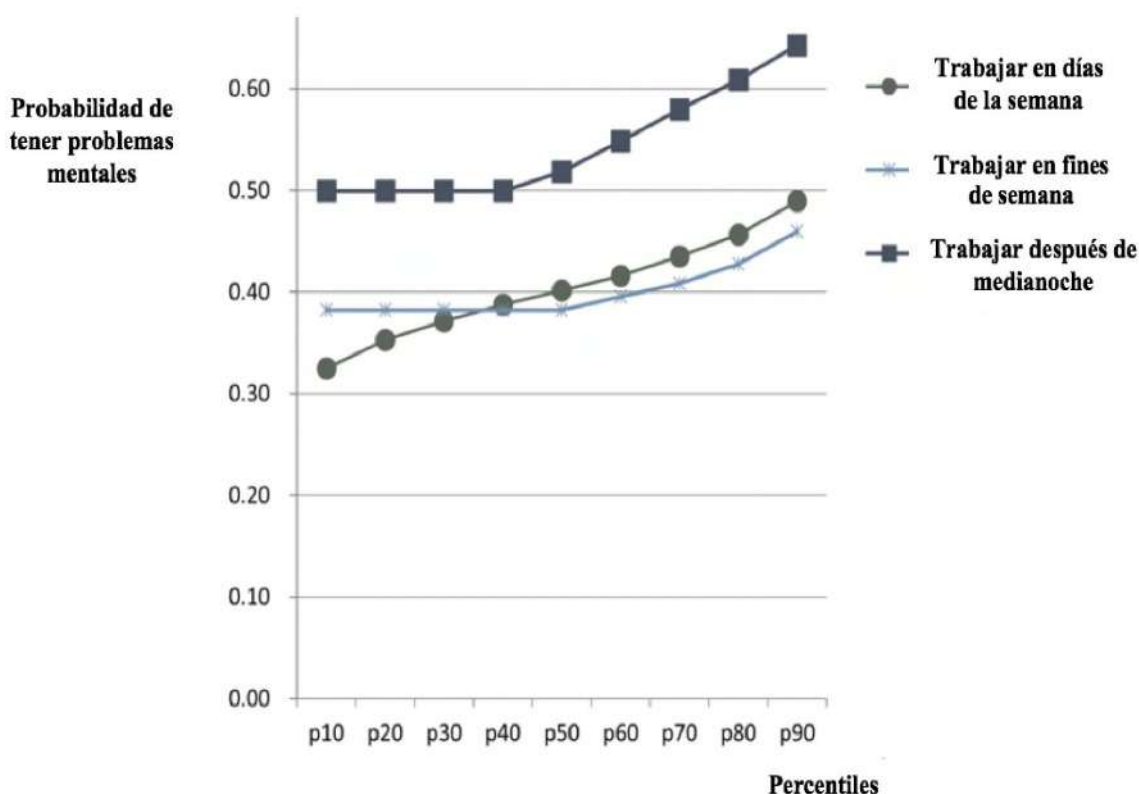
- A. Excesivas horas de trabajo.
- B. Trabajar en la noche.
- C. Tener períodos de descansos cortos en el trabajo. (41)

Como podemos observar en la gráfica (ver Ilustración 9), se ha evidenciado que los trabajadores presentan mayor probabilidad de desarrollar un problema mental si tienen que trabajar después de medianoche, es decir, trabajan durante la noche. Esto sucede ya que el trabajo nocturno implica tener impedimentos a la hora de relacionarse con sus familiares y amigos, y ese horario perturba los ritmos circadianos del ciclo sueño-vigilia.

Y, además, se ha comprobado que trabajar en los días de la semana implica una mayor probabilidad de padecer de un trastorno mental que trabajar los fines de semana debido a que los días de los fines de semana hay menos carga laboral (41).

**Inestabilidad laboral o ausencia de flexibilidad laboral**

Hoy día, todo el mundo desea conseguir un trabajo estable y con un contrato apropiado. Pero ¿qué ocurre cuando hay una ausencia de flexibilidad o una inestabilidad laborales y tengas miedo de perder tu trabajo? Pues normalmente, en estas dos posibles circunstancias la salud mental se encuentra mermada. Aunque dependiendo del contexto socioeconómico y familiar del individuo influirá más o menos en su salud mental puesto que a las personas que tienen hijos suelen deteriorarse más su salud mental que lo que no tienen. (42).



**Ilustración 9.** La probabilidad predicha de tener problemas de salud mental. (41). Sato K. *Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods.* 2020.

**Tipo de empleo**

- El personal de seguridad pública (los bomberos, los policías, los paramédicos...) está expuesto a sucesos muy traumáticos. Por lo que, se ha evidenciado que este grupo de personas tienen mayor probabilidad de desencadenar problemas de salud mental. (43).
- Los trabajadores humanitarios normalmente presentan unos bajos niveles de salud mental debido a que se afronta a los traumas de cualquier individuo e intenta que éstos sean solventados. En este grupo de trabajadores se ha evidenciado que existen altos casos de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, etc. (44).

**Entorno**

Habitualmente, se ha considerado que el ser humano presenta dos componentes: el interno (la parte mental) y el externo (la parte física). Pero no hay que olvidar que estos componentes sostienen una relación recíproca. Por esta razón, la conducta humana está condicionada por el entorno en el que se encuentra la persona, es decir, los comportamientos humanos dependerán de las condiciones físicas en las que se halle la persona. (45).

Hay que ser más cauteloso con el entorno de la población infantil y adolescente debido a que las conductas sociales que adquieran en esta etapa son las que desarrollarán probablemente en un futuro, en la edad adulta. Esto ocurre ya que durante la etapa infantil y adolescente el cerebro de una persona es moldeable. (46)

Además, cuando una persona siente que el contexto físico en el que vive es suyo, se acomoda a él y lo amolda a sus gustos e intereses, llegando a ser un entorno facilitador que le llega a satisfacer sus necesidades. (45).

Vivir en un barrio con privación y exclusión social aumenta la posibilidad de padecer un trastorno mental puesto que

en estos barrios se prevé la falta de cuidado (inexistencia de espacios verdes, hogares descuidados...), la presencia de problemas entre vecinos debido a delincuencia, a tráfico de drogas...), la excesiva cantidad de casas, etc. (1). Por otro lado, el hacinamiento familiar (vivir en unas condiciones desfavorables al haber un exceso de personas en ese hogar) es una de las causas por las que el entorno puede llegar a repercutir negativamente en la salud mental de un individuo. (45).

**Situación socioeconómica**

Se ha evidenciado que las personas pobres padecen más estrés y, por lo tanto, suelen tener mayor probabilidad de desencadenar un trastorno mental. Y, también, suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (ver Ilustración 10) (28).

**10. IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN EN LA OCUPACIÓN**

El término participación (vivencias a lo largo de la vida de una persona) se incorporó en el año 2001 en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud) como uno de sus cuatro componentes (ver Anexo 1) ya que se percató que la participación es un factor primordial en cualquier tipo de rehabilitación (47).

Para entender mejor la importancia de la participación en la disciplina de la terapia ocupacional abordaremos cómo se introduce el concepto de participación en los siguientes modelos prácticos de la terapia ocupacional:

**A. Modelo de ocupación humana (MOHO)**

Incluye el término “participación ocupacional” para referirse a la responsabilidad de realizar labores diarias en las áreas: del trabajo, las actividades de la vida diaria, la participación social, etc.



**Ilustración 10.** Multimorbilidad. La pobreza y los trastorno mentales y físicos. (28). Rodríguez JJ. Salud mental en la comunidad. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición. 2009.

## B. Modelo canadiense del desempeño ocupacional (CMOP)

Aparece el concepto “desempeño ocupacional” que se basa en la posibilidad de realizar actividades significativas. Y, por lo tanto, la participación sería la consecuencia de que las ocupaciones se puedan llevar a cabo. (47)

### 11. TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional consiste en la profesión cuya finalidad es lograr que las personas que presentan limitaciones ocupacionales puedan afrontarlas y lleguen a adquirir la mayor autonomía posible en sus ocupaciones (21).

La terapia ocupacional comenzó su desarrollo principal a principios del siglo XX. En esos tiempos, esta profesión se describía cómo “la búsqueda de algo que ocupe tu tiempo”. Y para llegar a la selección de la actividad se regían por unas características (ver Ilustración 11). (48).

Eleanor Clarke Slagle (1870-1942) fue una de las personas más importantes en el verdadero auge de la terapia ocupacional. Ella impulsó la labor principal de terapia ocupacional: ayudar a las personas a restablecer su desempeño ocupacional en su vida diaria. Slage fue una de las fundadoras de los principios de la terapia ocupacional (ver Ilustración 12). (25)

Por lo tanto, ¿Cuáles son los objetivos principales que pretende conseguir la terapia ocupacional?

- A. Fomentar la motivación en el desempeño de las ocupaciones.
- B. Inferir en el comienzo de la creación de una identidad personal.
- C. Orientar en la planificación diaria.

D. Suprimir las acciones que dificulten o impidan la realización de las ocupaciones.

E. Lograr, desarrollar y fortalecer las habilidades que se requieren para llevar a cabo determinadas actividades ocupacionales.

F. Fomentar la mejora de las habilidades sociales y emocionales.

G. Facilitar la posible aportación de ayudas técnicas.

H. Incrementar la entrada y el desempeño del mundo laboral.

I. Involucrar en el entorno social. (16)

Los terapeutas ocupacionales tienen las herramientas claves (conocimiento y capacidad) para realizar intervenciones con individuos diagnosticados de trastornos mentales (49).

Una de las herramientas que utilizan son las guías de práctica clínica. Con el paso del tiempo, se ha evidenciado que cuando los profesionales sanitarios usan las guías de práctica clínica basadas en la evidencia en la atención de la salud mental, los pacientes suelen recuperarse en un menor tiempo y consiguen mayores objetivos. Este uso podrá llevarse a cabo si se cumple tres condiciones:

1. Las condiciones del trabajo le permiten al profesional poder llevar a cabo ese tipo de intervenciones.
2. El profesional adquiera los conocimientos y las capacidades esenciales para emplear las guías.
3. Los pacientes consientan que se lleve a cabo determinada atención. (50).

Los terapeutas, también, modifican el entorno de la persona con la intención de que éste siempre sea facilitador (21).

**Características intrínsecas:** color, textura, fácil o difícil de aprender, pocos o muchos materiales/ equipos necesarios, disponibilidad de material/ equipos, costo de los materiales/ equipos, requisitos de espacio, “limpio o sucio”.

**Sedante vs estimulante.**

**Manual** (repetitivo) vs **mental** (seguir instrucciones, atender al proceso).

**Ocupaciones de hombres vs ocupaciones de mujeres.**

**Indirecto** (desviación, distracción) vs **directo** (enfocado, correctivo, restaurativo).

**Basado en el desempeño vs reducción de síntomas.**

**Ilustración 11.** Características de las ocupaciones terapéuticas.(48). Reed. *Creating Occupational Therapy: The Challenges to Defining a Profession*. Abril de 2018.

1. La terapia ocupacional es un método de tratamiento de los enfermos o heridos por medio de una ocupación intencional.
2. Los objetivos buscados son: despertar interés, coraje y confianza; ejercitar la mente y el cuerpo en una actividad saludable; superar la discapacidad; y restablecer la capacidad de utilidad industrial y social.
3. Al aplicar la terapia ocupacional, el sistema y la precisión son tan importantes como las formas de tratamiento ordenadas.
4. El tratamiento deberá prescribirse y administrarse bajo asesoramiento y supervisión médicos constantes, y correlacionado con el otro tratamiento del paciente.
5. El tratamiento deberá dirigirse, en cada caso, específicamente a las necesidades individuales.
6. Aunque algunos pacientes lo hacen mejor solos, el empleo en grupos suele ser aconsejable porque proporciona ejercicio en la adaptación social y la influencia estimulante del ejemplo y el comentario.
7. La ocupación seleccionada deberá corresponder a los intereses y capacidades estimados del paciente.
8. A medida que aumente la fuerza y la capacidad del paciente, el tipo y la extensión de la ocupación deberán relacionarse y clasificarse en consecuencia.
9. La única medida fiable del tratamiento es el efecto en el paciente.
10. La mano de obra inferior, o el empleo en una ocupación que sería trivial para los sanos, puede ser atendido con el mayor beneficio para los enfermos o heridos, pero las normas dignas de personas totalmente normales deben mantenerse para la estimulación mental adecuada.
11. La producción de un artículo bien hecho, útil y atractivo, o la realización de una tarea útil, requiere el ejercicio saludable de la mente y el cuerpo, da la mayor satisfacción, y por lo tanto produce los efectos más beneficiosos
12. La novedad, la variedad, la individualidad y la utilidad de los productos aumentan el valor de una ocupación como medida de tratamiento.
13. La calidad, la cantidad y la posibilidad de venta de los productos pueden resultar beneficiosas al satisfacer y estimular al paciente, pero nunca debe permitirse que se oculte el objetivo principal.
14. La buena artesanía y la habilidad para instruir son calificaciones esenciales en el Terapeuta Ocupacional; la comprensión, el interés sincero en el paciente, y una perspectiva optimista, alegre y manera son igualmente esenciales.
15. Los ejercicios físicos, los juegos y la música son formas útiles de terapia ocupacional, y caen bajo dos grandes categorías:
a. Gimnasia y calistenia que se dan por su valor en la reeducación física de un paciente, o en el entrenamiento de hábito en hospitales mentales.
b. Actividades recreativas y lúdicas, como música, juegos, bailes folclóricos..., que se proporcionan por su valor general y social para los pacientes.

**Ilustración 12.** *Principios de la terapia ocupacional (1919). (25). Reed. The Beliefs of Eleanor Clarke Slagle: Are They Current or History?. Diciembre de 2021.*

Concluyendo, la terapia ocupacional se reconoció como una disciplina debido a que florecieron las dos ideas siguientes:

- La ocupación forma parte de la persona.
- La ocupación es imprescindible para la sociedad y la cultura. (16)

## 12. INTERVENCIONES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA SALUD MENTAL

La Federación mundial de terapeutas ocupacionales (2010) aclara que “la terapia ocupacional es una profesión centrada en el cliente y dedicada a promover la salud y el bienestar mediante la ocupación (32).



Un terapeuta ocupacional puede prestar servicios de promoción, prevención y rehabilitación:

**Promoción de la salud mental**

El terapeuta puede implementar el desarrollo de programas de promoción de la salud en la población, con el fin de abordar todos los determinantes de la salud y que las personas los tengan en cuenta para llevar una vida que le permita tener una buena salud mental.

Estos programas se realizarían en:

**A. Grupos vulnerables a desencadenar un trastorno mental:**

- Inmigrantes
- Víctimas de violencia de género
- Toxicómano
- Mendigo
- Personal de seguridad pública (policías, bomberos, paramédicos).

Con estos grupos se intentaría ofrecerles apoyo y estrategias que prevengan la aparición de un trastorno mental. (28).

Algunas de las sesiones que dirigiría un terapeuta ocupacional hacia el personal de seguridad pública podrían ser las siguientes:

- *Programa de manejo de estrés por incidentes críticos:* apoyan a la persona previa y posteriormente al suceso traumático y mientras éste ocurre. Este programa se basa en la terapia cognitiva conductual, es decir, tiene el objetivo principal de modificar los pensamientos, sentimientos y comportamientos adversos que tienen estos individuos ante esos sucesos.

- *Apoyo entre iguales:* son talleres en los cuáles este grupo de personas se cuentan sus historias similares y las soluciones que realizaron para solventarlas.
- *Psicoeducación:* los terapeutas abordarán temas específicos como el trauma, la resiliencia, etc. (43).

**B. Personas en cualquier etapa de la vida (niños, adolescentes, adultos, ancianos)**

En estas reuniones se abordarán temas como la nutrición, las condiciones de un empleo, el deporte, el ocio, etc. (28)

Las actividades que suelen dirigir los terapeutas ocupacionales en personas que se encuentran en la etapa de la senectud son las siguientes (ver Ilustración 13) (51).

**Prevención de los trastornos mentales**

Mediante actuaciones el terapeuta intentará disminuir el número de trastornos mentales que puedan aparecer o disminuyendo la gravedad de los que están apareciendo. Para ello, el terapeuta se asegurará de que en la comunidad se lleven a cabo acciones para suprimir los factores de riesgo de la salud mental y que se organicen actividades que mejoren la salud mental. Algunos factores que suponen un riesgo para la salud mental:

- Duelo complejo o no realizado
- Soledad
- Consumo excesivo de estupefacientes
- Insomnio
- Conflictos familiares
- Fracaso escolar

Para asegurarse de que en la comunidad se está implementando el desarrollo de llevar una vida saludable y pre-

CATEGORÍA	TAREA	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES
<b>Actividad física</b>	Entrenamiento de fuerza	Levantar pesas ligeras, flexiones de rodillas.
	Ejercicio de equilibrio	Equilibrarse sobre una pierna sin apoyo, manteniendo la posición de pie sobre una tabla de equilibrio.
	Entrenamiento de flexibilidad	Estiramientos de la parte superior e inferior del cuerpo.
	Ejercicio cardiovascular	Caminando una distancia determinada.
<b>Recreación</b>	Juegos	Lanzar dardos, voleibol con globo.
<b>Artes y manualidades</b>	Creaciones prácticas	Origami, plastilina, tejer.
<b>Actividad musical</b>	Cantar en coro	Cantar canciones populares.
<b>Descansar</b>	Ver la televisión	Ver un programa de televisión elegido a su gusto.

**Ilustración 13.** Actividades típicas en el centro de cuidado diurno para adultos. (51). Kim. *The Effects of a Recollection-Based Occupational Therapy Program of Alzheimer’s Disease [A Randomized Controlled Trial]*. Diciembre de 2021.

venir la aparición de trastornos mentales lo más adecuado es la puesta en marcha de programas sobre:

1. Acceso a la educación gratuita
2. Alimentación equilibrada
3. Desarrollo de la capacidad de resolver problemas
4. Grupos de apoyo para niños con padres divorciados
5. Manejo del estrés
6. Promoción de la actividad física (28)

**Rehabilitación de la enfermedad**

Habitualmente, la terapia ocupacional interviene de 2 maneras diferentes:

- *La ocupación como medio*: el terapeuta involucra a la persona en actividades con el fin de conseguir determinadas destrezas.
- *La ocupación como fin*: la intervención estaría enfocada en la adquisición, mejora o sustitución de determinadas habilidades con el fin de que la persona pueda desarrollar las ocupaciones.

Una cuestión esencial es que los terapeutas ocupacionales evalúen cuáles son las ocupaciones significativas para el sujeto ya que el objetivo principal es obtener bienestar y una mejor calidad de vida a través de la ejecución de las actividades ocupacionales. Por ello, los terapeutas ocupacionales tienen siempre que cumplir con una tensión centrada en la persona (32).

Y otro punto clave son los cambios en el entorno ya que éstos pueden ser muy beneficioso para combatir las limitacio-

nes que presenta una persona que padece un trastorno mental (6).

Para que la intervención de terapia ocupacional sea efectiva podríamos guiarnos del modelo PEOP (Persona-ambiente-ocupación-desempeño), en el cuál todas las actuaciones (ver Ilustración 14) están enfocadas solamente en la persona a intervenir, teniendo en cuenta sus factores internos y externos (52).

Al emplear este modelo, el terapeuta estará usando el enfoque de "atención centrada en el paciente", visión primordial para llevar a cabo una intervención individual en cada paciente.

¿En qué consiste este enfoque? Consiste en que, durante todo el tratamiento con la persona, (desde la evaluación, pasando por toda la intervención, y hasta el seguimiento) el terapeuta deberá respetar los principios éticos del individuo. Es decir, enfocará el tratamiento de una forma u otra dependiendo de los valores, las capacidades y los intereses personales de cada paciente. (53).

En primer lugar, el terapeuta debe de evaluar a la persona.

**Evaluación por parte de un terapeuta ocupacional**

En esta *evaluación* se intentará conocer a la persona y comenzar a crear una relación terapéutica. Durante las sesiones que abarcan la evaluación, el terapeuta deberá centrarse en recoger información acerca de la historia de vida de la persona y las características de su desempeño ocupacional (18). Para adquirir la información que necesita saber, el terapeuta ocupacional utilizará distintas herramientas, en salud mental algunas de las más usadas son las siguientes:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	ELEMENTOS DEL Modelo PEOP
Facilitar la práctica basada en el cliente	-Evaluación. -Fijación de objetivos.	1. Persona
Eliminación de los obstáculos ambientales	-Adaptación de los factores socioeconómicos. -Apoyo al acceso físico. -Facilitación del apoyo social.	2. Ambiente
Proporcionando el desafío justo	-Adaptar y calificar las intervenciones. -Negociar pequeños cambios.	3. Ocupación
Abordar cuestiones de desempeño personal	-Mejorar la motivación -Aumentar el conocimiento. -Desarrollar habilidades.	4. Desempeño

**Ilustración 14.** Modelo PEOP. Conn A. Occupational therapy intervention addressing weight gain and obesity in people with severe mental illness. [A scoping review]. Agosto de 2019. (52).

1. Existe un instrumento de evaluación eficaz y bastante utilizado en la evaluación de personas diagnosticadas de un trastorno mental denominado *SDO (Satisfacción con las Ocupaciones Diarias)*. Esta escala se divide en 9 ítems que abordan las áreas ocupaciones: trabajo, ocio y tiempo libre, actividades básicas de la vida diaria, etc. Esta escala se rellena tras realizarle el terapeuta a la persona una entrevista ente 15 y 20 minutos (18).
2. *Medida de la independencia funcional (FIM)*: esta herramienta evalúa el nivel de independencia que presenta una persona al realizar las actividades de la vida diaria. Las actividades que abarca esta herramienta se clasifican en dominios: autocuidado, control de esfínteres, transferencia, locomoción, comunicación y cognición social. La puntuación varía entre 1 (dependencia total) y 7 (independencia total). (51).
3. *Mini-Mental State Examination (MMSE)*: Es una prueba que valora varias capacidades cognitivas de una persona. Estas capacidades se dividen en los siguientes 5 ítems que se evalúan de forma correlativa:
  1. Orientación.
  2. Fijación.
  3. Cálculo y atención.
  4. Memoria.
  5. Lenguaje y praxis.

La puntuación máxima de la prueba es 30, y los rangos que determinan el estado cognitivo de la persona son los siguientes:

  - >24: normal
  - 23-20: deterioro cognitivo leve
  - 19-10: deterioro cognitivo moderado
  - <9: deterioro cognitivo severo (51).
4. *Escala de Depresión Geriátrica (GDS)*: Es una herramienta utilizada para valorar los trastornos depresivos. Y esta escala consta de 30 ítems. (51).

## Intervención en adolescentes y adultos

### 1) Inclusión en el mundo laboral

Se ha podido observar que la salud mental y el bienestar de una persona mejora al desarrollar un trabajo competitivo debido a que, generalmente, cuando una persona desempeña esta ocupación, mejora su capacidad de suficiencia y obtiene beneficios personales como la autoconfianza, la autoestima, la seguridad en sí misma, etc. Además, consigue otros como la participación social y el desarrollo profesional. Y, como punto muy favorecedor, en las personas con enfermedades mentales se ha percibido que cuando llevan a cabo un empleo competitivo disminuyen los síntomas de la enfermedad.

Por lo tanto, una de las intervenciones que podría llevar a cabo un terapeuta sería el empleo con apoyo. ¿En qué con-

sistiría este proceso? El terapeuta ejecutaría unos pasos con el fin de acompañar y asesorar a la persona durante la etapa más dificultosa en el comienzo del mundo laboral.

En primer lugar, el terapeuta realizaría varias sesiones enfocadas a la preparación esencial para la entrada al mundo laboral, es decir, se enfocaría en que la persona adquiera cualidades y habilidades primordiales para llevar a cabo un empleo.

Después, el terapeuta junto con la persona comenzaría la búsqueda de trabajo acorde a los intereses de la persona. Una vez conseguido el puesto de trabajo, el terapeuta dividiría ese trabajo en varios grados de dificultad y la persona empezaría por el menos dificultoso. El terapeuta, también, realizaría varias adaptaciones del trabajo.

Ahora la persona ejecutaría su labor sin ayuda externa y cada varios periodos de tiempo el terapeuta evaluaría la autonomía de la persona en su desempeño laboral (36).

### 2) Involucrarse en participación social

Esta intervención es muy importante en los individuos diagnosticados de trastornos mentales puesto que suelen tener la necesidad de mejorar sus habilidades sociales. Para ellos, se podrían llevar a cabo las siguientes sesiones:

- *Instrucciones*: El terapeuta le entregará una lista con varios conocimientos primordiales para adquirir habilidades sociales adecuadas.
- *Estrategias de resolución de problemas*: Se le explica a la persona qué estrategias puede llevar a cabo cuando se le presenten problemas sociales. Los pasos que debe de seguir para solucionar este problema eficazmente son los siguientes:

1º Entender y describir el problema.

2º Crear posibles alternativas para solucionar ese problema.

3º Valorar las alternativas creadas.

4º Optar por una alternativa.

5º Poner en marcha la solución.

6º Evaluar los efectos de la solución.

- *Role-playing o ensayo conductual*: El terapeuta y la persona simulan situaciones en las que es indispensable emplear habilidades sociales.

Cuando en las sesiones observamos que ha desempeñado una habilidad social de forma adecuada podemos realizar dos técnicas:

- *Retroalimentación/feedback*: le decimos a la persona como ha estado su conducta social y así sabe qué tiene que mejorar y qué tiene que mantener.
- *Reforzamiento positivo*: para fortalecer lo que la persona ha hecho bien le ofrecemos una recompensa de forma inmediata (54).

### 3) Movilidad en la comunidad (de camino al trabajo)

En varias sesiones el terapeuta acompañaría al individuo en el proceso de saber cómo llegar a su lugar de trabajo. En primer lugar, el terapeuta investigaría por su cuenta el transporte público disponible y sus horarios y, después, se lo mostraría a la persona junto con una fotografía en la que se visualiza, de forma muy genérica, la ruta hasta llegar al destino. La persona debería de aprenderse esta ruta y fijarse muy bien en los puntos clave (una panadería, un monumento...) que le señala el terapeuta en la ruta y le enseña fotos de ellos. Unos días más tardes, el individuo y el terapeuta se irían a la calle a realizar la ruta y ya las demás veces las haría el individuo independientemente comentándole al terapeuta el resultado de su acción (52).

### 4) Uso de redes sociales

El terapeuta podría llevar a cabo varias sesiones en las cuales negocie con el usuario la posibilidad de usar una red social, le asesore sobre cómo se utiliza y qué beneficio podría conseguir utilizándolas. Y, finalmente, si el usuario está interesado se pasaría a la creación de una cuenta y a la puesta en marcha de su uso. Una de las redes sociales a utilizar podría ser Facebook (55).

### 5) Involucrarse en la actividad física

Cuando una persona realiza ejercicio físico regularmente mejora su calidad de vida y, consecuentemente, este suceso es beneficioso para la salud mental de la persona.

Por ello, habría que intervenir en esta área. ¿Cómo? En principio, el terapeuta informaría, a las personas que padecen de enfermedades mentales, sobre los beneficios que se consiguen a través del desempeño de una actividad física. Después, cada persona decidiría si quieren realizar ejercicio físico y cuál. Posteriormente, el terapeuta entrenaría a los usuarios, pero mentalmente, es decir, les informaría sobre cómo se deben planificar y pensar en una actividad física.

Y, después, se pondría en práctica. Lo ideal sería que se realizara una actividad física en grupo para estar más motivados y que el terapeuta sirviera de modelo indicando que deben repetir lo que haga él (56).

### 6) Abandono del consumo de tabaco

Se ha demostrado que la supresión del consumo de tabaco incrementa los niveles de ansiedad y depresión (5).

### 7) Estilos de vida

Se ha percibido un descenso del 50% de enfermedades cardiovasculares en personas diagnosticadas de trastornos mentales al implementarse la intervención en estilos de vida (57). El terapeuta fomentaría cambios en el estilo de vida de los individuos promoviendo hábitos saludables (ejercicio y dieta equilibrada) (52). Sería recomendable que el terapeuta aconsejara a la persona sobre cómo mejorar su salud física (5). Además, el individuo podría descargarse una aplicación en su móvil como un apoyo de seguimiento acerca de la frecuencia en la que realiza deporte y un registro de los alimentos que come (57).

Lo ideal para las intervenciones en los estilos de vida sería que se aborden más de un hábito perjudicial para la salud, sean sesiones individuales y grupales y que la teoría esté enfocada a los cambios que debe realizar la persona con respecto a sus comportamientos hacia su salud. Por lo tanto, el enfoque de intervención que ofrecería el terapeuta sería: promoción de hábitos saludables y modificación de las rutinas no saludables del sujeto (52).

### 8) Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Esta terapia permite al individuo comprender cómo funciona nuestra mente. Por lo tanto, sesiones en las que se abarque la terapia cognitivo-conductual serían muy recomendable en usuarios con trastornos mentales ya que le ocasionaría un incremento de su flexibilidad cognitiva y serían más comprensibles acerca de sus pensamientos y la realidad de ellos (58).

Los objetivos principales de la TCC son los siguientes:

- Disminuye el grado de los delirios y las alucinaciones.
- Reduce las limitaciones en la participación social.
- Aminora las recaídas. (28)

### 9) Blog personal

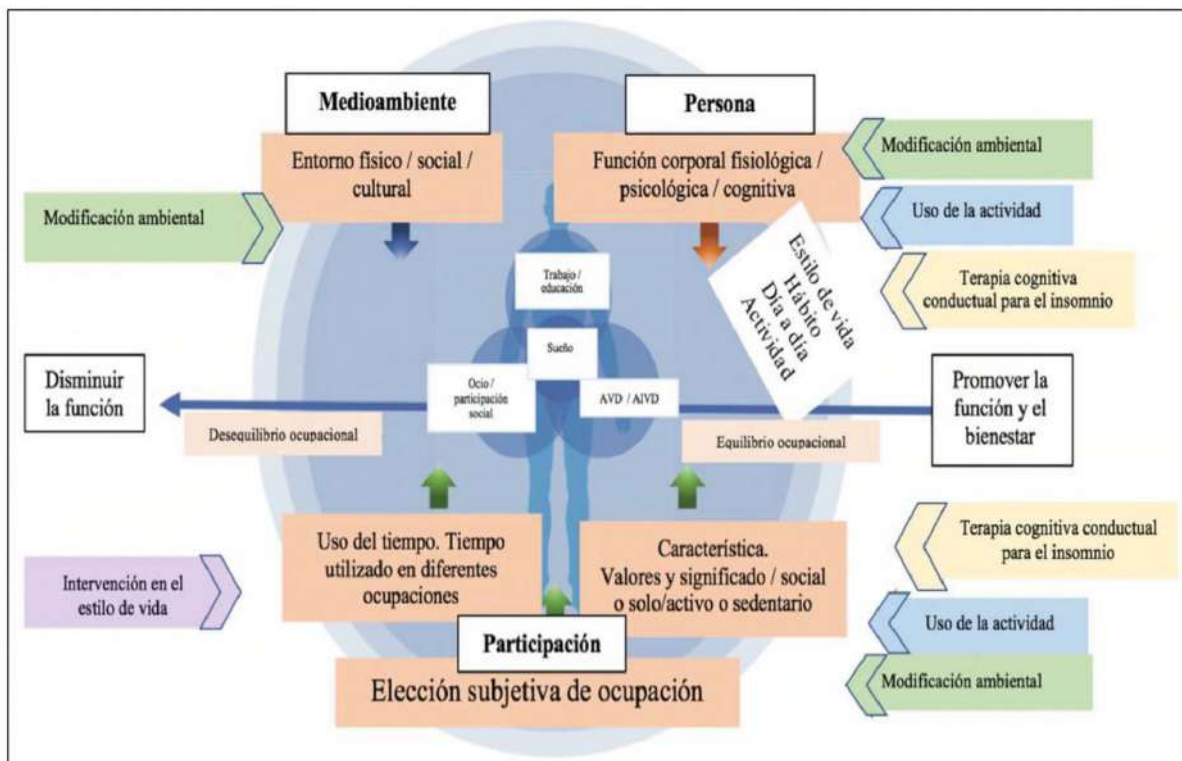
Se ha evidenciado que escribir es una actividad terapéutica para aquellas personas que padecen un trastorno mental. ¿Por qué? Porque la escritura permite al individuo ser consciente de sus emociones y organizar sus pensamientos. Además, le ayuda a liberar sus emociones negativas.

Por lo tanto, uno de los instrumentos más fructuoso a la hora de trabajar la salud mental podría ser un blog personal, es decir, la persona escribe mensajes, en una cuenta personal de internet, basados en asuntos personales (59).

### 10) Regulación del ciclo sueño-vigilia

Para conseguir que las personas que padecen un trastorno mental consigan tener su ciclo circadiano normalizado se podría recomendar la compra de la almohada dreampad, se trata de una almohada que reproduce toda música que quieras escuchar de noche para conciliar el sueño. Otras recomendaciones podrían ser los tapones para los oídos o el antifaz de ojos para dormir. Además, el terapeuta hará hincapié en el desempeño de actividades durante el día ya que un exceso de actividad durante el día ocasiona una mayor facilidad para conciliar el sueño de noche. En resumen, el terapeuta podría intervenir teniendo en cuenta 3 componentes (ver Ilustración 15):

1. *El entorno*: es muy importante que no haya demasiada luz en la habitación, que no se escuchen ruidos mientras se duerme, etc.
2. *La persona*: el estado físico, psicológico y cognitivo repercutirá a la hora de conciliar el sueño.
3. *La ocupación diurna*: el tipo y la cantidad de actividades que esa persona realice durante el día influirá en el sueño nocturno de la persona. (60)



**Ilustración 15.** *Terapia ocupacional sobre el manejo del sueño. Ho ECM. Occupational Therapy Practice in Sleep Management [A Review of Conceptual Models and Research Evidence]. 29 de julio de 2018. (60).*

En este tipo de intervenciones habría que evaluar primero si estaría la posibilidad de tratar los dos trastornos (trastorno del sueño y trastorno mental) simultáneamente, o sería más recomendable mejorar el trastorno mental para después ya intervenir en el trastorno del sueño (31).

### 11) Terapia artística creativa

Se realizarían talleres grupales:

- **Arte visual:** El terapeuta ocupacional podrá guiar a la persona en la realización de objetos con arcilla, pintar un cuadro, elaboración de manualidades.
- **Musicoterapia:** En estas sesiones se podría llevar a cabo un procedimiento activo (el individuo canta o toca un instrumento junto con el terapeuta) o pasivo (el individuo escucha música).
- **Danza y terapia de movimiento:** Las sesiones iniciales pueden consistir en movimientos sencillo y, después, ir incrementando la dificultad hasta la posibilidad de crear una coreografía para una canción.
- **Drama/teatro:** Se organizaría una obra teatral en la que ellos son los figurantes de la obra.
- **Escritura expresiva/creativa:** En las sesiones de este taller los individuos podrían realizar poesías, comenzar a utilizar un diario personal, etc. (61)

### 12) Psicoeducación

- A la persona diagnosticada de trastorno mental el terapeuta le enseñará a:

- Controlar su medicación y sus síntomas adecuadamente.
- Hacerle frente a la ansiedad y la depresión.
- Fomentar las habilidades sociales y capacidades necesarias para la ocupación diaria.
- A la familia de la persona diagnosticada de trastorno mental el terapeuta ofrecería información acerca del trastorno mental con el objetivo de:
  - Disminuir sus niveles de agobio, emociones negativas, sentimientos de culpa, etc.
  - Fomentar la capacidad de anteponer un problema y solucionarlo a tiempo.
  - Enseñarles a cuando deben mantener un grado de distancia con su familiar (28).

### 13) Gestionar el tiempo

1. Usar un dispositivo de ayuda del tiempo.
2. Terapia metacognitiva sistemática.
3. Intervención del uso del tiempo: el terapeuta ayudaría al usuario a hacer un calendario semanal, es decir, a dividir su tiempo en las tareas que tiene o quiere realizar semanalmente.
4. **Let's Get Organized (LGO):** el terapeuta enseña a la persona a adquirir el hábito de administrar su tiempo organizando las tareas que tiene que hacer. (23).

Riesgo de suicidio	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay señales de riesgo	—	—
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar planes y métodos	Explorar posibilidades reales Identificar posibilidades de apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar planes y métodos	Explorar posibilidades reales Identificar posibilidades de apoyo
	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes	Valorar planes y métodos Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes; o con agitación e intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar y mantener bajo vigilancia estricta y permanente

**Ilustración 16.** Valoración y manejo del paciente tras la sospecha o identificación de un riesgo de suicidio. (28). Rodríguez JJ. *Salud mental en la comunidad. Organización Panamericana de la Salud, segunda edición. 2009.*

14) *Prevención de conducta suicida*

En estas sesiones individuales es muy importante evaluar si existe riesgo de conductas suicidas. A través de abordar varios temas y realizar preguntas como: ¿Alguna vez has tenido ganas de desaparecer?/¿Te sientes un estorbo para tus familiares?/¿Se levanta con ganas de afrontar los problemas del día a día?, etc.

Y con toda la información, el terapeuta llegará a una conclusión e incluirá a la persona en alguno de los niveles posibles que puede haber con respecto al riesgo de suicidio (Ver Ilustración 16). Y, una vez clasificado, se seguirá con la evaluación correspondiente y la posterior acción adecuada (28).

*Intervención en niños*

Cuando intervenimos con niños hay que tener en cuenta cuáles son los factores de riesgo para la salud mental que suelen aparecer en la infancia. Algunos de ellos podrían ser:

**A. Riesgo familiar:**

- Maltrato infantil
- Pobreza cultural
- Divorcio de padres

**B. Riesgo educacional:**

- Ausencia de espacio

- Desorden en las tareas escolares
- Incorrectos patrones de conducta en sus educadores

**C. Riesgos presentes en la comunidad:**

- Ausencia de ludotecas, parques, centros deportivos, etc.
- Condiciones precarias en la atención a la salud.

**D. Riesgo individual:**

- Presencia de enfermedad crónica
- Disforia de género
- Dificultad en el desempeño de juegos o deportes (28)

Los trastornos depresivos y la ansiedad son los dos trastornos más frecuentes en la población infantil (58).

**1) Terapia cognitivo-conductual**

Esta intervención ofrece determinados beneficios a la población infantil diagnosticada de ansiedad y depresivo como los siguientes:

- Mejorar la comprensión y la reflexión acerca de las emociones que percibe.
- Incrementar la flexibilidad cognitiva del niño, es decir, desarrollar la capacidad de adecuar el comporta-

miento y la reflexión del niño cuando se le presenta una situación determinada.

Estas intervenciones las podría realizar en una sesión individual donde le presentaría imágenes de determinados sucesos a los niños y haciéndoles preguntas sobre lo que observan en ellas (58).

2) *Terapia familiar*

Se ha evidenciado que las terapias familiares reducen los síntomas de los niños que padecen de algún trastorno mental. Y, además, estas terapias refuerzan el contexto familiar. En las primeras sesiones se evaluarán los roles que cada uno lleva a cabo en la familia y las relaciones que existen entre uno y otro. En los siguientes encuentros, el terapeuta intentará que los miembros de la familia adquieran las habilidades necesarias para solucionar los problemas familiares (62).

3) *Psicoterapia interpersonal (TPI)*

Esta intervención se basa en la teoría de apego, en la cuál aparece que la posibilidad de organizar las emociones de una persona se consigue en un entorno saludable. Esta teoría recoge la opción de que cuando a una persona se le presenta una situación angustiosa recurre a la búsqueda de sus figuras de apego (padres, hermanos...). Esta relación con las figuras de apego se ha desarrollado que a veces desencadena trastornos mentales por lo que es necesario recurrir a ellas, pero sin depender de ellas en exceso. Por lo tanto, en la psicoterapia interpersonal, la misión será dotar al niño de destrezas interpersonales para perfeccionar sus relaciones de apego (63).

4) *Participación en el juego*

La involucración del niño en el juego ocasiona efectos positivos en el él ya que le ayuda a desarrollarse personalmente a través del disfrute (64). Y, además, fomenta capacidades cognitivas como la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio y la coherencia central (ver Ilustración 17) (65).

El terapeuta ocupacional organizaría sesiones individuales y grupales para los niños. Algunos juegos eficaces en niños diagnosticados de *trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* y *trastorno del espectro autista (TEA)* pueden ser los siguientes (ver Ilustración 18) (64).

Por otro lado, para aumentar el ejercicio físico de los niños diagnosticados de *Trastorno del espectro autista (TEA)* sería muy fructuoso realizar ejercicio activo como correr trotando o nadar (66).

Otro tipo de juegos que sería eficaz para niños con *TEA* serían los videojuegos educativos ya que éstos le permiten captar lo que sucede y que el niño tenga que pensar y ejecutar una respuesta ante lo que ha observado. Además, las escenas generar un despertar en las emociones del niño (67).

15) *Terapia asistida con perros*

La intervención de la terapia asistida con perros ha demostrado que mejora la persistencia en la tarea y el logro de propósitos de los niños que presentan *trastorno del espectro autista (TEA)*. Esto se debe a que este grupo de niños suelen presentar una mayor capacidad para relacionarse con los animales.

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Memoria de trabajo	Memorizando secuencias de fichas de colores el mayor tiempo posible. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Paso 1: memorizar imágenes de un tablero.</li> <li>o Paso 2: identificar en un segundo tablero las imágenes que no estaban en el primer tablero.</li> </ul>
Flexibilidad cognitiva	Copiando patrones de mosaico con piezas geométricas. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Rompecabezas.</li> </ul>
Control inhibitorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Rápidas secuencias de nombres de colores, sustituyendo el nombre de uno de los colores por un monosílabo sin significado.</li> <li>o Cantar canciones infantiles y reemplazar palabras específicas (o todas las palabras de un campo semántico específico) por aplaudir.</li> </ul>
Coherencia central	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Rompecabezas con imágenes y formas simples.</li> <li>o Puzles sin fotos ni marcos.</li> </ul>

**Ilustración 17.** Ejemplo de actividades. (65). Sun IYI. *Stimulation of Executive Functions as Part of the Language Intervention Process in Children with Autism Spectrum Disorder. Folia Phoniatr Logop.* 2017.

JUEGOS	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN PROPORCIONADA
<b>Ju-jitsu</b>	Instrucción y práctica del desempeño físico de la coordinación y control corporal	El terapeuta demostró e instruyó paso a paso cómo John podía coordinar brazos y piernas. Practicar secuencias de pasos de ju-jitsu para poder coordinar brazos, piernas y tronco mientras se hacen secuencias de pasos de ju-jitsu y la técnica de caer hacia atrás
	Facilitar la autonomía y las capacidades de movilidad	Instrucciones sobre cómo encontrar el horario del autobús y el fomento de la autonomía yendo solo en autobús hacia y desde el entrenamiento ju-jitsu
	Aprender el vocabulario de ju-jitsu, las instrucciones más comunes en japonés	Encontrar un vocabulario ju-jitsu en Internet y aprender las instrucciones más comunes utilizadas en las lecciones de entrenamiento
<b>Patinar con patines en línea</b>	Instrucción y práctica del rendimiento físico de la coordinación para el patinaje en línea	El terapeuta demostró e instruyó cómo transferir el peso a una pierna y empujar con la otra para aumentar la velocidad y cómo coordinar el peso en una pierna y transferir el centro de gravedad delante del cuerpo al detenerse
	Facilitación del fomento del patinaje en línea sin detenerse	Retroalimentación positiva de las habilidades de rendimiento de John de equilibrio con inclinés y de su capacidad de coordinación de brazos y piernas. Estímulo para patinar sin sostenerse, aumentando sucesivamente la distancia entre el terapeuta y John
<b>Amigo por carta</b>	Instrucción y práctica sobre cómo encontrar un sitio web	Estrategias sobre cómo buscar un sitio web de amigos por correspondencia en Internet y retroalimentación positiva de las estrategias utilizadas
	Instrucción y práctica de cómo diseñar y escribir una carta	Discusiones sobre qué escribir en una carta y cómo diseñar el diseño de la carta

**Ilustración 18.** Resumen de las estrategias e intervenciones proporcionadas. (64). Ullenhag A. *A Strength-Based Intervention to Increase Participation in Leisure Activities in Children with Neuropsychiatric Disabilities: [A Pilot Study]*. 2 de abril de 2020.

Esta intervención deberá ser dirigida por un terapeuta ocupacional experto en intervenciones asistidas con animales. La intervención consistiría en el desarrollo de unas 7 sesiones aproximadamente en las cuáles interviene el niño, sus padres y un perro:

*Sesiones 1 y 2: sesiones iniciales*

- *Sesión 1:* se lleva a cabo con los padres solamente. El terapeuta intentará conocer al niño a través de sus padres y decidirán, en conjunto, cuáles son los objetivos que se van a fijar en la intervención. Además, les informa sobre qué es lo que se va a realizar.
- *Sesión 2:* se realiza con el niño. El terapeuta se presenta al niño y comienza la relación terapéutica con él. Además, le muestra una foto del perro y le habla sobre él y le explica que van a jugar juntos.

*Sesiones 3-8: sesiones de intervención*

En todas las sesiones, los padres y el niño comenzarán realizando un resumen de los conocimientos adquiridos la se-

sión anterior y la puesta en marcha de estos en la vida diaria del niño.

Seguidamente, el terapeuta explicará la actividad que van a elaborar ese día y la recompensa que se pretende conseguir. Existen varios ejemplos de las actividades que se pueden llevar a cabo en las sesiones dependiendo del objetivo deseable (ver Ilustración 19).

Finalmente, todas las sesiones acabarían con darle una recompensa al perro y discutir sobre cómo vamos a trasladar la teoría a nuestra práctica diaria.

*Sesión 9: sesión de seguimiento*

Se discutirán con los padres y el niño sobre qué efectos positivos han percibido que la intervención ha tenido en la rutina del niño (68).

*5) Funciones corporales*

Las personas diagnosticadas de TEA tienden a presentar limitaciones en la estabilidad corporal con el paso del



OBJETIVO	TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES
<b>Desarrollo de un trípode dinámico para preparar el inicio de la escuela.</b>	Colorear dibujos de huesos que simbolizan el número de golosinas que el niño sería capaz de dar al perro.
<b>Ayudar al niño a desarrollar habilidades de regulación emocional en preparación para la transición a la escuela.</b>	Realizar el “programa de regulación de zonas” con el modelado del perro.
<b>Toma de turnos independiente durante juegos estructurados.</b>	El perro es el segundo jugador en un juego de serpientes y escaleras.
<b>Aumento de la independencia con la finalización de las rutinas matutinas.</b>	Desarrollar un horario visual de las tareas del niño, completando primero el horario para el perro.
<b>Independencia con el cepillado de dientes.</b>	Pedir al niño que cepille los dientes del perro. Y, mientras, discutir el tipo de cepillo de dientes, pasta de dientes, tiempo y fuerza utilizados.
<b>Independencia con tiro axilar.</b>	Jugar a buscar al perro.
<b>Ampliar las habilidades simbólicas de juego del niño.</b>	Incorporar al perro como compañero de juego, por ejemplo, el niño juega a ser el médico del perro.
<b>Aumentando la precisión con la formación de letras.</b>	Hacer una tarjeta navideña para el perro.
<b>Desarrollar la habilidad social de pedirle a un amigo que juegue.</b>	Conseguir que el niño desarrolle una historia social para que el perro juegue con él.
<b>Aumentar la disposición del niño a probar nuevos alimentos.</b>	Pedir al niño que prepare alimentos para que los coma el perro.

**Ilustración 19.** Ejemplos de actividades de terapia ocupacional completadas durante el período de tratamiento. Hill. *Canine Assisted Occupational Therapy for Children on the Autism Spectrum [A Pilot Randomised Control Trial]*. Noviembre de 2020. (68).

tiempo. Por lo que intervenir desde pequeños en esta cuestión sería muy recomendable.

Para trabajar la estabilidad corporal habría que realizar ejercicios que implicaran una recepción de estímulos visuales y un movimiento postural en respuesta de éstos alcanzando siempre un equilibrio corporal.

Para ello, se utilizaría el videojuego “Wii Fit Plus” (ver Ilustración 20) utilizando una cámara Kinect y una “wii balance board” que serviría para revisar el equilibrio y la postura del niño y guiar las sintonías del equilibrio.

Se conectaría la cámara y la tabla a un ordenador. Después, se seleccionaría la pose que se desea realizar.

Seguidamente, el niño se colocaría en la tabla “wii balance board” y empezaría a realizar los movimientos corporales hasta conseguir el equilibrio en esa pose final. Cuando en la figura del ordenador aparezcan puntos rojos significará que no se está consiguiendo la postura donde aparecen esos puntos, y sin embargo, donde aparecen los puntos amarillos es que el niño se está equilibrando (69).

#### 6) Regulación del ciclo sueño-vigilia

Una intervención para niños con trastornos mentales sería la educación sobre la práctica del sueño. Es decir, se le proporcionarían recomendaciones como:

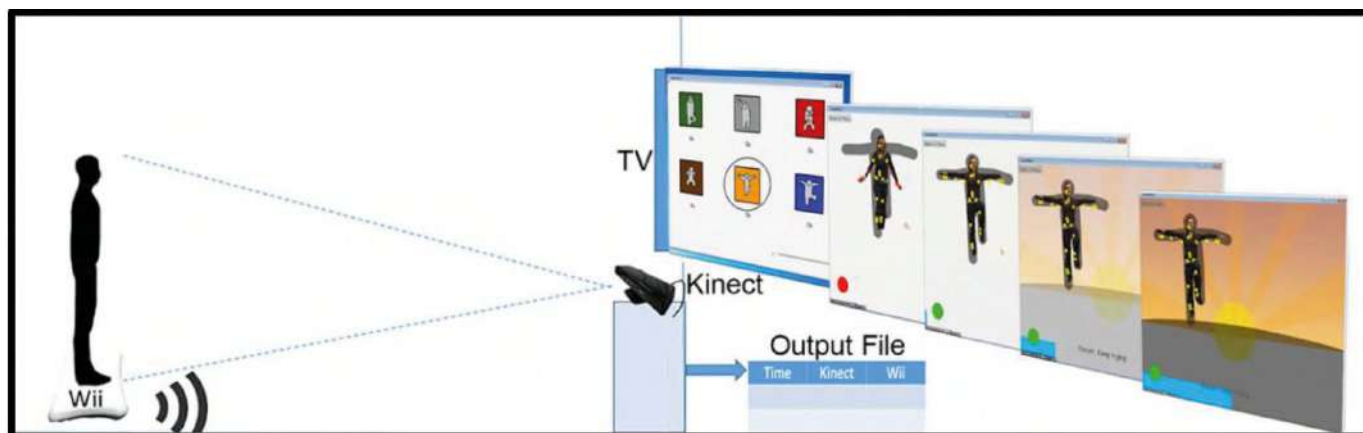
- Hay que tener un horario de sueño que se cumpla: se debe dormir entre 10 y 12 horas cada noche.
- Relajarse antes de irse a dormir: hay que realizar actividades poco energéticas como leer un cuento (60).

#### 7) Psicoeducación en los colegios

Una intervención de parte de un terapeuta ocupacional en la población infantil podría ser la organización de charlas en colegios con el objetivo de concienciar a los niños sobre la importancia de la salud mental y lo necesario que es pedir ayuda cuando no se está bien (8).

### 13. CONCLUSIONES

Mantener una óptima salud mental es fundamental en nuestra vida ya que nos genera una sensación de satisfacción con nosotros mismos y con la vida que vivimos. Aparte del estigma social hay otro factor que impide que cuidemos detenidamente nuestra salud mental y este factor se trata de la invisibilidad de la salud mental ya que no la vemos. Pero no tenemos que olvidar que está con nosotros y que es muy importante cuidarla ya que está científicamente demostrado que nuestras emociones y pensamientos pueden desencadenar, agravar o mejorar cualquier enfermedad. Recordemos siempre que “no hay salud sin salud mental”.



**Ilustración 20.** Esquema de la configuración del videojuego en el laboratorio. Travers BG. Videogame Balance Training in Autism. *J Autism Dev Disord.* Enero de 2018 (67).

Tras varios estudios, se ha evidenciado que nuestras emociones y pensamientos están regidas por lo que hacemos en nuestro día a día. Alguna de las actividades que nos ocasiona bienestar emocional, social y psicológico son tener relaciones sociales saludables, cuidar nuestra alimentación, hacer ejercicio regularmente, respetar las horas de sueño, hablar de nuestras emociones, relajarnos, organizar nuestras actividades, etc. Por ello, antes de irte a dormir cada día podrías plantearte las siguientes preguntas para revisar si vas por el camino adecuado para tener una buena salud mental:

- ¿Cómo me he sentido física y mentalmente?
- ¿He pedido ayuda cuándo la he necesitado?
- ¿Paso mucho tiempo en redes sociales y no en quedar físicamente con las personas?
- ¿He comido bien? ¿He realizado deporte?
- ¿Me he relajado en el día de hoy?
- ¿Valido lo que siento?

Pero ¿cómo podemos cuidar nuestra salud mental si ya está mermada? Tras realizar este trabajo de investigación, se ha obtenido información de que el abordaje de la ocupación de personas diagnosticadas de trastornos mentales facilitaría la mejora de la salud mental de la persona y, consecuentemente, la persona presentaría una mejor calidad de vida. Y que desempeñar ocupaciones significativas y presentar un adecuado equilibrio ocupacional evitaría el agravamiento del trastorno mental.

Por lo que podemos concluir que la actividad es una herramienta terapéutica que consigue mejorar la salud mental de una persona. Por ello, sesiones de terapia ocupacional en aquellas personas diagnosticadas de trastornos mentales sería una opción muy conveniente.

Pero ¿Qué es la terapia ocupacional? Es una profesión que tiene por finalidad que cada persona alcance el mayor grado de autonomía posible en sus actividades diarias. ¿Cómo? Pues a través de la prevención, tratamiento y compensación de las limitaciones físicas, psíquicas o sociales que presente la persona (ocupación como fin) o a través de las ocupaciones (ocupación como medio).

Esta disciplina tiene una gran ventaja y es el acercamiento tan humanitario que presenta hacia la persona que trata puesto que hay veces en la que los profesionales sanitarios visualizan la enfermedad antes que el paciente. Esto es un error ya que nos conduce a centrarnos en el diagnóstico que nos presentan y nos olvidamos de que lo que tenemos en frente es a la persona. Y, por lo tanto, considero que el enfoque tan holístico (se visualiza todo lo que rodea a la persona) es la magia de la terapia ocupacional.

De tal modo, concluyo que “somos lo que hacemos” y por eso hay que revisar si nuestras actividades diarias son convenientes y tener siempre en mente que nunca es tarde para cambiar un comportamiento y sentirnos saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé Ment Au Qué.* 14 de junio de 2017;42(1):125-45.
2. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol.* febrero de 2020;31:33-46.
3. Samartzis L, Talias MA. Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *Int J Environ Res Public Health.* 30 de diciembre de 2019;17(1):249.
4. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Soc Sci Med.* diciembre de 2017;195:42-9.
5. Manger S. Lifestyle interventions for mental health. *Aust J Gen Pract.* 1 de octubre de 2019;48(10):670-3.
6. Linden M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF): International classification of functioning. *Behav Sci Law.* marzo de 2017;35(2):124-34.
7. Linden M. Definition and Assessment of Disability in Mental Disorders under the Perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF): International classification of functioning. *Behav Sci Law.* marzo de 2017;35(2):124-34.

8. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2020;20(1):293.
9. Cho HL, Huang CJ. Why Mental Health-Related Stigma Matters for Physician Wellbeing, Burnout, and Patient Care. *J Gen Intern Med*. mayo de 2020;35(5):1579-81.
10. Bradbury A. Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Ment Health J*. julio de 2020;56(5):933-8.
11. Oexle N, Ajdacic-Gross V, Kilian R, Müller M, Rodgers S, Xu Z, et al. Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiol Psychiatr Sci*. febrero de 2017;26(1):53-60.
12. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res*. septiembre de 2016;243:469-94.
13. Schlozman S, Beresin EV, Balon R, Coverdale JH, Brenner AM, Louie AK, et al. Stigma and Mental Health: A Proposal for Next Steps. *Acad Psychiatry*. octubre de 2016;40(5):735-9.
14. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. marzo de 2017;30(2):111-6.
15. Yokoi K, Miyai N, Utsumi M, Hattori S, Kurasawa S, Uematsu Y, et al. The Relationship Between Meaningful Occupation and Self-Rated Health in Japanese Individuals: The Wakayama Study. *Occup Ther Health Care*. 2 de abril de 2020;34(2):116-30.
16. Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. *Terapia ocupacional* [Internet]. 2004. Disponible en: [https://blog.fisaude.com/images/TO\\_Navarra.pdf](https://blog.fisaude.com/images/TO_Navarra.pdf)
17. Lillo SG. La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2003;6.
18. Vidaña-Moya L, Eklund M, Merchán-Baeza JA, Peral-Gómez P, Zango-Martín I, Hultqvist J. Cross-Cultural Adaptation, Validation and Reliability of the Spanish Satisfaction with Daily Occupations-Occupational Balance (SDO-OB): An Evaluation Tool for People with Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 30 de noviembre de 2020;17(23):8906.
19. Alvarez E. Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. 2007;
20. Sève-Ferrieu N. Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *EMC - Kinesiterapia - Med Física*. febrero de 2017;38(1):1-16.
21. Chaparro Araya RE, Fuentes Capetillo J, Morán G. D, Mujica Díaz-Valdés N. La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Rev Chil Ter Ocupacional* [Internet]. 2 de octubre de 2009 [citado 14 de octubre de 2021];0(5). Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/168>
22. Padin RM. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL: Dominio y Proceso 2da Edición. :92.
23. Holmefur M, Lidström-Holmqvist K, Roshanay AH, Arvidsson P, White S, Janeslätt G. Pilot Study of Let's Get Organized: A Group Intervention for Improving Time Management. *Am J Occup Ther*. 1 de septiembre de 2019;73(5):7305205020p1-10.
24. Knittle K, Nurmi J, Crutzen R, Hankonen N, Beattie M, Dombrowski SU. How can interventions increase motivation for physical activity? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 3 de julio de 2018;12(3):211-30.
25. Reed KL. The Beliefs of Eleanor Clarke Slagle: Are They Current or History? *Occup Ther Health Care*. 3 de julio de 2019;33(3):265-85.
26. Sandoval XCM, Vyhmeister RP, Parada BV. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. 2018;18.
27. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. junio de 2015;14(2):231-3.
28. Rodríguez JJ, Organización Panamericana de la Salud. *Salud mental en la comunidad: segunda edición*. 2009.
29. Möller H-J. Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatr Pol*. 24 de agosto de 2018;52(4):611-28.
30. Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. diciembre de 2017;52(12):1451-61.
31. Asarnow LD, Manber R. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Med Clin*. junio de 2019;14(2):177-84.
32. Stewart KE, Fischer TM, Hirji R, Davis JA. Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being: Vers la reconceptualisation de la relation entre l'occupation et la santé et le bien-être. *Can J Occup Ther*. octubre de 2016;83(4):249-59.
33. Lukanovi B, Pavlovi M. Mental health and self-esteem of active athletes. *Ment Health*. 32:8.
34. Tom H. The Effects of Yoga on Positive Mental Health Among Healthy Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. :13.

35. Stubbs B. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018;21.
36. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, Dur A. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. 29.
37. Grave RD. *Nutrition and Fitness: Mental Health*. 2020;3.
38. Triguero-Mas M, Donaire-Gonzalez D, Seto E, Valentín A, Martínez D, Smith G, et al. Natural outdoor environments and mental health: Stress as a possible mechanism. *Environ Res*. noviembre de 2017;159:629-38.
39. Nesi J. The Impact of Social Media on Youth Mental Health. 81(2):6.
40. Singh A. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2019;11.
41. Sato K. Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods. *Soc Sci*. 2020;11.
42. Cortès-Franch I, Escribà-Agüir V, Benach J, Artazcoz L. Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health*. diciembre de 2018;18(1):425.
43. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, Taillieu T, Vaughan AD, Anderson GS, et al. Mental health training, attitudes toward support, and screening positive for mental disorders. *Cogn Behav Ther*. 2 de enero de 2020;49(1):55-73.
44. Young T, Pakenham KI. The mental health of aid workers: risk and protective factors in relation to job context, working conditions, and demographics. *Disasters*. julio de 2021;45(3):501-26.
45. Meagher BR. Ecologizing Social Psychology: The Physical Environment as a Necessary Constituent of Social Processes. *Personal Soc Psychol Rev*. febrero de 2020;24(1):3-23.
46. Gabriel P, Mastracchio T-A, Bordner K, Jeffrey R. Impact of enriched environment during adolescence on adult social behavior, hippocampal synaptic density and dopamine D2 receptor expression in rats. *Physiol Behav*. noviembre de 2020;226:113133.
47. Larsson-Lund M, Nyman A. Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scand J Occup Ther*. 2 de noviembre de 2017;24(6):393-7.
48. Reed KL. Creating Occupational Therapy: The Challenges to Defining a Profession. *Occup Ther Health Care*. 3 de abril de 2018;32(2):172-93.
49. Lannigan EG, Noyes S. Occupational Therapy Interventions for Adults Living With Serious Mental Illness. *Am J Occup Ther*. 1 de septiembre de 2019;73(5):7305395010p1-5.
50. Setkowski K, Boogert K, Hoogendoorn AW, Gilissen R, Balkom AJLM. Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. septiembre de 2021;144(3):246-58.
51. Kim D. The Effects of a Recollection-Based Occupational Therapy Program of Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial. *Occup Ther Int*. 1 de agosto de 2020;2020:1-8.
52. Conn A, Bourke N, James C, Haracz K. Occupational therapy intervention addressing weight gain and obesity in people with severe mental illness: A scoping review. *Aust Occup Ther J*. agosto de 2019;66(4):446-57.
53. Mapes MV, DePergola PA, McGee WT. Patient-Centered Care and Autonomy: Shared Decision-Making in Practice and a Suggestion for Practical Application in the Critically Ill. *J Intensive Care Med*. noviembre de 2020;35(11):1352-5.
54. Rosentreter J. *Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario*. 1996.
55. Ridout B, Campbell A. The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 18 de diciembre de 2018;20(12):e12244.
56. Deenik J, Kruisdijk F, Tenback D, Braakman-Jansen A, Taal E, Hopman-Rock M, et al. Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2017;17(1):298.
57. Aschbrenner KA, Naslund JA, Gorin AA, Mueser KT, Scherer EA, Viron M, et al. Peer support and mobile health technology targeting obesity-related cardiovascular risk in young adults with serious mental illness: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. noviembre de 2018;74:97-106.
58. Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):6.
59. Murphy E, Donohue G, McCann E. Exploring Mental Health Issues through the Use of Blogs: A Scoping Review of the Research Evidence. *Issues Ment Health Nurs*. 2 de abril de 2020;41(4):296-305.
60. Ho ECM, Siu AMH. Occupational Therapy Practice in Sleep Management: A Review of Conceptual Models and Research Evidence. *Occup Ther Int*. 29 de julio de 2018;2018:1-12.
61. Chiang M, Reid-Varley WB, Fan X. Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Res*. mayo de 2019;275:129-36.
62. Jiménez L, Hidalgo V, Baena S, León A, Lorence B. Effectiveness of Structural-Strategic Family Therapy

in the Treatment of Adolescents with Mental Health Problems and Their Families. *Int J Environ Res Public Health*. 8 de abril de 2019;16(7):1255.

63. Gunlicks-Stoessel M, Westervelt A, Reigstad K, Mufson L, Lee S. The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Psychother Res*. 2 de enero de 2019;29(1):78-85.

64. Ullenhag A, Granlund M, Almqvist L, Krumlinde-Sundholm L. A Strength-Based Intervention to Increase Participation in Leisure Activities in Children with Neuropsychiatric Disabilities: A Pilot Study. *Occup Ther Int*. 2 de abril de 2020;2020:1-11.

65. Sun IYI, Varanda CA, Fernandes FD. Stimulation of Executive Functions as Part of the Language Intervention Process in Children with Autism Spectrum Disorder. *Folia Phoniatr Logop*. 2017;69(1-2):78-83.

66. Yu CCW, Wong SWL, Lo FSF, So RCH, Chan DFY. Study protocol: a randomized controlled trial study on the

effect of a game-based exercise training program on promoting physical fitness and mental health in children with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2018;18(1):56.

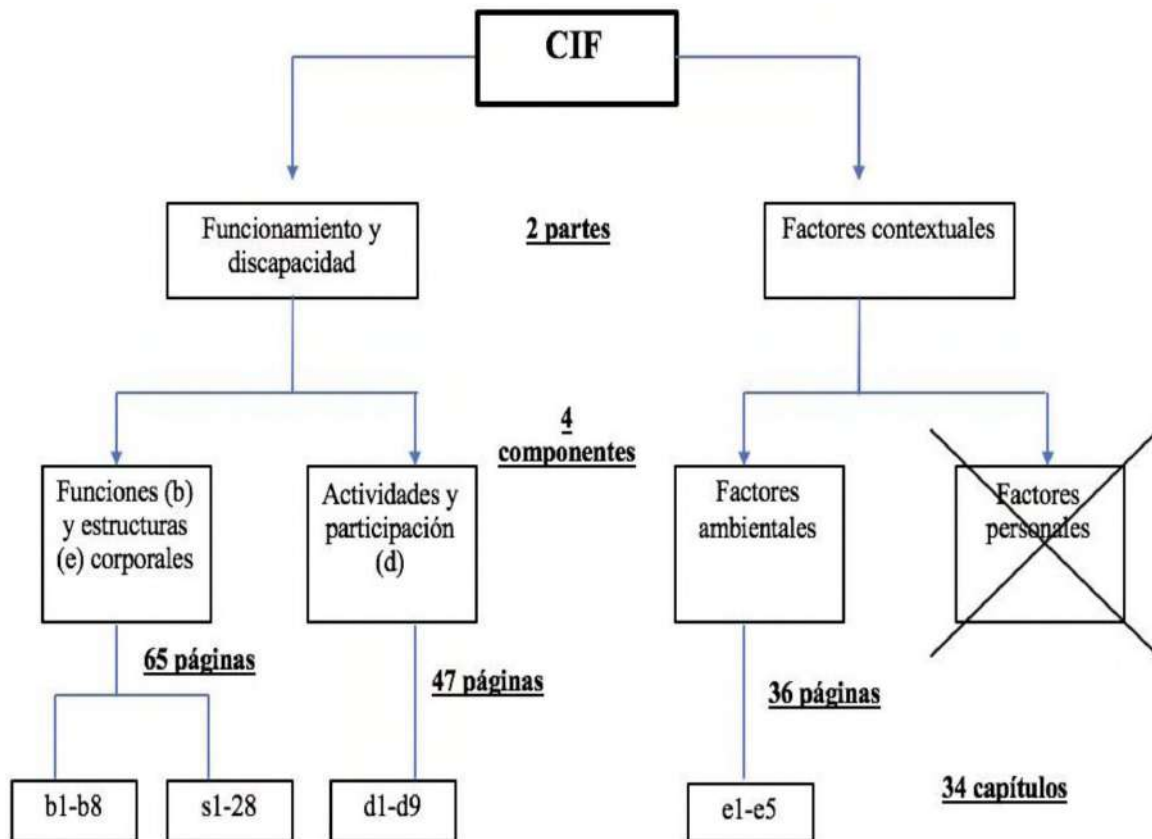
67. Ghanouni P, Jarus T, Zwicker JG, Lucyshyn J, Fenn B, Stokley E. Design Elements During Development of Videogame Programs for Children with Autism Spectrum Disorder: Stakeholders' Viewpoints. *Games Health J*. 1 de abril de 2020;9(2):137-45.

68. Hill J, Ziviani J, Driscoll C, Teoh AL, Chua JM, Cawdell-Smith J. Canine Assisted Occupational Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Randomised Control Trial. *J Autism Dev Disord*. noviembre de 2020;50(11):4106-20.

69. Travers BG, Mason AH, Mrotek LA, Ellertson A, Dean DC, Engel C, et al. Biofeedback-Based, Videogame Balance Training in Autism. *J Autism Dev Disord*. enero de 2018;48(1):163-75.

**ANEXOS**

**Anexo 1. Estructura de la Clasificación Internacional de la Discapacidad y la Salud Funcionales (CIF)**



**Anexo 2. Medidas adecuadas de los dominios conceptuales de aislamiento social y conceptos relacionados a estos dominios**

<b>DOMINIO</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>CANTIDAD</b>	Contenido en redes sociales	<p><u>Tamaño de la red:</u> número de personas con las que el encuestado ha tenido contacto social en el último mes.</p> <p><u>Frecuencia de contacto:</u> el número de personas a las que el encuestado ha tenido contacto social diaria, semanal o mensualmente durante el último mes.</p>
<b>ESTRUCTURA</b>	Contenido en redes sociales	<p><u>Densidad de la red:</u> proporción de todos los vínculos posibles entre los miembros de la red de trabajo que están presentes (es decir, cuántos de la red se conocen entre sí).</p> <p><u>Proporción de parientes / no parientes en la red social:</u> ¿Cuántos del número total de personas dentro de la red social del encuestado son parientes?</p>
<b>CALIDAD</b>	Contenido en redes sociales	<p><u>Relaciones de contacto:</u> el número de personas de contacto social con las que el encuestado informa que puede hablar sobre preocupaciones o sentimientos.</p> <p><u>Se perdería:</u> el número de contactos sociales del encuestado que perdería si no se vuelven a ver.</p>

**Anexo 3. Cuestionario AUDIT (Cuestionario para la identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol)**

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida con contenido alcohólico?	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 veces a la semana o más
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos de bebidas alcohólicas en una misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido hacer lo que se esperaba de usted debido a que había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado tomar un trago por la mañana para recuperarse de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimientos después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estuvo bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herida porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su manera de beber o le ha sugerido que deje de hacerlo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

## Anexo 4. Conceptos asociados a la relación entre ocupación-salud-bienestar

Control / dominio	Significado y propósito	Autorrealización	Sensación de bienestar
Competencia	Pertenencia	Reconocimiento de logros	Mayor efecto positivo
Flexibilidad	Conexión a una causa mayor	Confianza	Disfrute
Mayor experiencia	Contribución a la vida familiar	Desarrollo de autoconcepto	Esperanza
Mayores cualificaciones	De acuerdo con los valores socioculturales	Formación y mantenimiento de la autoidentificación	Mayor sensación de paz
Capacidad de gestión	Motivación	Oportunidad de crecimiento	Relajación mental
Equilibrio profesional	Valor	Autoeficacia	
Responsabilidad	Trabajando hacia un objetivo común	Autoestima	
		Autoexpresión	
		Valor propio	

## Anexo 5. Resumen de la relación entre salud mental- ejercicio aeróbico

POBLACIÓN	DESENLACE	RESULTADOS
Esquizofrenia	Síntomas psiquiátricos	El ejercicio aeróbico durante 90 minutos MVPA puede reducir los síntomas totales, negativos y positivos. No hay evidencia de entrenamiento de fuerza.
Esquizofrenia	Peso corporal, IMC, circunferencia de la cintura, grasa corporal.	Evidencia contradictoria.
Esquizofrenia	Aptitud cardiorrespiratoria.	El ejercicio aeróbico aumenta la aptitud cardiorrespiratoria en 12 semanas.
Esquizofrenia	Cognición y subdominios.	El ejercicio aeróbico puede mejorar la cognición global, la memoria de trabajo, la cognición social y la atención/vigilancia (10 ECA). Mayores efectos observados en dosis más altas de AP e intervenciones realizadas por profesionales del ejercicio.
Enfermedad mental grave	Aptitud cardiorrespiratoria.	El ejercicio aeróbico puede mejorar la aptitud cardiorrespiratoria versus las condiciones de control.
Depresión mayor	Síntomas depresivos.	-Evidencia consistente de que el ejercicio aeróbico es efectivo versus las condiciones de control después del seguimiento para reducir los síntomas depresivos. -Evidencia consistente de que el ejercicio tiene un efecto similar frente a la terapia psicológica y antidepresivos.
Depresión mayor	Aptitud cardiorrespiratoria.	El ejercicio es efectivo para mejorar la condición cardiorrespiratoria versus las condiciones de control.
Depresión mayor	Calidad de vida.	El ejercicio mejora los dominios QOL generales, físicos y psicológicos. No hay evidencia para otros dominios QOL.
Depresión mayor	Cognición.	El ejercicio aeróbico no mejora la cognición global ni las condiciones de subdominio versus control.
Depresión mayor	Síntomas de ansiedad.	Ninguna evidencia.