

Perspectiva de Terapeutas Ocupacionales sobre la Disrupción Ocupacional en mujeres con Trastorno Mental Grave

Occupational Therapists' Perspective on Occupational Disruption in Women with Severe Mental Disorder

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.740>

Camila Hein-Rosas¹, Aien Herras-Olivares², Mariana Melloni-Valles³, Bárbara Tapia-Garrido⁴, Laura Rueda-Castro⁵

Resumen

Las mujeres con trastornos mentales graves se ven enfrentadas a una doble estigmatización, por un lado, el no cumplimiento con las expectativas impuestas socialmente respecto a los roles asociados a su género, y, por otra parte, un diagnóstico de salud mental; ambas condiciones percibidas por pensamientos establecidos en base a prejuicios las posicionan como un ser incompetente e incapaz de cuidar de sí misma y otros. A raíz de esto, se produce un impacto en su participación social y ocupacional, por ello esta investigación, de carácter cualitativo, tiene las siguientes características:

Propósito:

Conocer el impacto de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de mujeres con trastornos mentales graves.

Método:

Realización de entrevistas semiestructuradas a terapeutas ocupacionales que trabajan en salud mental, para conocer desde la disciplina las disrupciones ocupacionales presentadas.

Resultados:

Se reconoce la manifestación de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de mujeres con trastorno mental grave; la incidencia de los factores psicopatológicos y psicosociales; y la relación entre el sentido de autoeficacia y los roles de género.

Conclusión:

se identifica una modificación en sus rutinas, a causa de la pérdida o cambio en la forma en que desempeñan sus ocupaciones. Además, al estar interferida la participación ocupacional se produce una alteración en la mantención y/o adquisición de los roles, lo que impacta en el sentido de autoeficacia, lo cual es analizado por los profesionales tratantes, desde un enfoque de género.

Palabras clave: Terapia ocupacional, disrupción ocupacional, trastornos mentales graves, roles de género.

¹Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile. camila.hein@ug.uchile.cl

²Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile. aien.herras@ug.uchile.cl

³Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile. mariana.melloni@gmail.com

⁴Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile. barbara.tapia@ug.uchile.cl

⁵Terapeuta Ocupacional, Profesora titular. Facultad Medicina. Universidad de Chile. lrueda@uchile.cl Autora correspondiente. +56994405534 - 2229786344 Avenida Independencia 1027. Región Metropolitana Santiago de Chile.

Recibido: 15 de enero de 2025 — Aceptado: 29 de agosto de 2025

Abstract

Women with severe mental disorders are faced with a double stigmatization, on the one hand, the non-compliance with socially imposed expectations regarding the roles associated with their gender, and on the other hand, a mental health diagnosis; both conditions perceived by thoughts established on the basis of prejudices position them as incompetent and incapable of taking care of themselves. As a result of this, there is an impact on their social and occupational participation, so this qualitative research seeks to know the consequences of occupational disruption in the daily life of women with severe mental disorders by conducting semi-structured interviews with occupational therapists working in the field of mental health, in order to understand from the discipline the occupational disruptions presented. Among the results obtained, the manifestation of occupational disruption in the daily life of women with severe mental disorder is recognized; the incidence of psychopathological and psychosocial factors; and the relationship between the sense of self-efficacy and gender roles. Finally, by way of conclusion, a modification of their routines is identified, due to the loss or change in the way they carry out their occupations. Thus, when occupational participation is interfered with, there is an alteration in the maintenance and/or acquisition of roles, which produces a decrease in the sense of self-efficacy, which is analyzed by the therapists from a gender perspective.

Keywords: Occupational therapy, occupational disruption, severe mental disorder, gender roles.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), los trastornos mentales “se caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes”. Dentro de estos, se establece la clasificación de trastorno mental grave (TMG) que incluyen los grupos de trastornos psicóticos, afectivos mayores y de la personalidad (Espinoza-López y Valiente-Ots, 2017), los cuales se presentan de manera crónica, afectan a la calidad de vida y el funcionamiento en múltiples aspectos de la cotidianidad, se presenta como una discapacidad grave ya que limita la participación a nivel personal, social y laboral (Egea y Garrós, 2022; National Institute of Mental Health [NIMH], 1987; Roth et al., 2021).

Además, se evidencia que poseer una **problemática de salud mental (en adelante SM)** puede reducir en un 20% la participación laboral, disminución en el salario, siendo afectadas principalmente las mujeres, en ellas la productividad baja en un 60%, mientras que en los hombres es un 50% (Ruiz-Tagle y Troncoso, 2018).

La disparidad que se refleja en la prevalencia de los trastornos mentales en mujeres, proviene de los patrones tradicionales de roles que se generan y reproducen social y culturalmente (Ramos y Torres, 2020). Es decir, tal como menciona González-Medina et al. (2020), las brechas de género no deben atribuirse únicamente a características biológicas, puesto que los aspectos socioculturales poseen un rol fundamental en las diferencias en el impacto de SM. Es así que, a partir del sistema patriarcal, se perpetúan fenómenos como el machismo, que configura dinámicas relacionales y de producción, las cuales sitúan a la mujer como responsable del trabajo doméstico y proveedora de cuidados, de manera que, si no son capaces de cumplir con estos roles impuestos experimentan una mayor estigmatización (Mascayano et al., 2015; Ramos y Torres, 2020).

Por otro lado, un aspecto importante a considerar son los estigmas asociados a los trastornos mentales, los cuales según Mascayano et al. (2015), producen que las personas que los poseen sean vistas como individuos incompetentes, que no son capaces de cuidar de sí mismos, ni de hacerse responsables de sus asuntos personales. De esta manera, se origina un punto de intersección en las mujeres con trastornos mentales, los estigmas que conlleva una enfermedad psiquiátrica y el cumplimiento de los roles relacionados al género.

A partir de esto, las mujeres con TMG pueden experimentar una disrupción ocupacional, fenómeno entendido por Nizzero et al. (2017) como la interrupción y/o modificación de los patrones, rutinas y formas en que las personas desempeñaban sus ocupaciones, viéndose alterada su participación habitual en ellas. Esto puede producir disminución de su motivación, autoestima y sentido de autoeficacia, lo que se traduce en limitaciones para desempeñar ocupaciones significativas, siendo un resultado y a la misma vez una consecuencia de las experiencias de exclusión (Hernando-Pina y Valverde-Eizaguirre, 2020; Nizzero et al., 2017; Ruijne et al., 2022). En consecuencia, el desequilibrio ocupacional y la privación ocupacional que experimentan, además de incidir en la interrelación y participación social, irrumpe tanto en las actividades de la vida diaria básicas (AVDB) como en las instrumentales (AVDI), conllevando pérdida de hábitos, rutinas, dificultad en la orquestación de ocupaciones, como repercusiones de la disrupción ocupacional (Herrera et al., 2020; Lis et al., 2022).

En adición, la calidad de vida de las personas con un diagnóstico de salud mental está determinada por múltiples factores, incluidos los patológicos, demográficos y ambientales, como el apoyo social (Umar et al., 2023). Dentro de estos se encuentra la medicación, la cual es clave para manejar los síntomas y mejorar la estabilidad emocional. Sin embargo, su uso puede generar efectos secundarios, como alteraciones en el sueño, el apetito o los niveles de energía, que a menudo complican el desempeño (Serrano y Martínez, 2020).

El proceso terapéutico busca restablecer el control de las personas sobre su vida mediante un enfoque integral, apoyado por equipos multidisciplinarios que combinan conocimientos de distintas disciplinas, como terapia ocupacional, trabajo social, psicología y psiquiatría (Albornoz et al., 2022; Roth et al., 2021). La terapia ocupacional se enfoca en promover habilidades para realizar actividades de la vida diaria, mejorando la calidad de vida de las afectadas (Alarcón, 2019). Analizar esta temática desde la perspectiva de terapeutas ocupacionales, permite una visión realista sobre las ocupaciones y las implicancias del fenómeno disruptivo (Hughes, 2009).

Para el análisis es primordial incluir factores como los roles de género y los estigmas asociados, con el objetivo de ofrecer una perspectiva más amplia sobre la SM en mujeres. Esto busca comprender sus vivencias y las exigencias sociales que enfrentan al identificarse como mujeres y poseer un diagnóstico de SM. Además, se busca visibilizar una realidad históricamente poco abordada, considerando que muchos estudios en salud se centran en hombres, extrapolando erróneamente sus resultados a mujeres bajo la presunción de igualdad sociocultural y biológica (Ruiz-Cantero y Vardñu-Delgado, 2004).

Para la práctica de la terapia ocupacional, es fundamental el desarrollo de conocimientos situados, ya que posibilitan la generación de intervenciones que sean pertinentes a la realidad sociocultural (Guajardo, 2016). Por lo que, al identificar cómo desde la disciplina se comprende la alteración ocupacional en mujeres con psicopatologías y el impacto negativo en la percepción de autoeficacia, se puede contribuir a la elección correcta de intervenciones y actividades a realizar, resguardando la concordancia entre la propuesta y posibilidades objetivas de ejecución.

A continuación, se presentarán diversos conceptos claves, los cuales serán de utilidad para el desarrollo de la investigación.

En primer lugar, es primordial la comprensión del concepto disrupción ocupacional desde distintas concepciones. La definición expuesta de Nizzero

et al. (2017) se complementa con lo descrito por Whiteford (2000), quien propone que es un estado temporal o transitorio, en el cual se produce una interrupción del patrón típico de participación ocupacional, a causa de acontecimientos significativos, cambios ambientales o situaciones de salud. Además, añade que al recibir los apoyos pertinentes, esta situación se resuelve. Townsend y Polatajko (2007, citado en Luck et al., 2020) exponen que “los individuos pueden experimentar una interrupción ocupacional si no pueden participar en las ocupaciones cotidianas que conforman la vida tal como la conocen” (p. 353).

En esta situación, terapia ocupacional busca preservar un desempeño ocupacional balanceado y minimizar la interrupción de sus ocupaciones laborales, de ocio o de cuidado personal (Brandwayn, 2021; Hughes, 2009). Para ello, a través de la ocupación se posibilita “la adquisición, el restablecimiento o el mantenimiento de habilidades físicas, cognitivas y psicosociales de los individuos” (Brandwayn, 2021, p. 17).

En la sociedad actual, la valoración del individuo está influenciada tanto por la productividad personal y las relaciones sociales, de manera que “interpretamos el grado de aceptación de la sociedad y programamos nuestras acciones de acuerdo a lo que creemos ser o queremos llegar a ser” (Gómez, 2003, p.5). Este proceso establece el sentido de autoeficacia, definido como “la creencia de una persona en su capacidad para realizar las acciones necesarias para lograr los resultados deseados” (Olivari y Urra, 2007, p.10). En este contexto, una disrupción ocupacional puede impactar negativamente esta valoración personal, ya que altera la manera habitual en que la persona participa en su vida, afectando tanto la percepción social de su desempeño como la de sí misma.

En función de esto, se evidencia un mayor impacto de la disrupción ocupacional en las trayectorias ocupacionales de mujeres debido al estigma que existe a nivel sistémico en torno a cómo participan en las actividades de su vida diaria (Woolley et al., 2020). Lo que se origina a causa de la desigualdad de género en la distribución de las tareas cotidianas, en las cuales las mujeres adoptan

roles asociados a la mantención del hogar, además de cumplir con expectativas sociales vinculadas tanto a los cuidados como al trabajo, adoptando un doble rol que puede conllevar manifestaciones de fatiga, estrés y depresión (Allande et al., 2022; González-Medina et al., 2020; Mascayano et al., 2015). Es decir, a causa de la multifuncionalidad asociada al género femenino, experimentan un estado de disrupción ocupacional en una mayor cantidad de aspectos ocupacionales.

Para identificar la incidencia de la disrupción ocupacional en el sentido de autoeficacia, es necesario comprender la cotidianidad, la cual según Heller (2004) corresponde a la forma en que las personas adoptan la vida cotidiana, generándose su propia manera de ser dentro de ésta. En este sentido, es de interés conocer la experiencia de cotidianidad de mujeres con TMG, entendiendo la subjetividad de sus vivencias a partir de los relatos de terapeutas ocupacionales.

En la bibliografía revisada se identifica que la disrupción ocupacional está presente en personas que poseen diagnóstico de TMG, principalmente esquizofrenia, depresión mayor y trastorno bipolar (Egea y Garrós, 2022; National Institute of Mental Health [NIMH], 1987; Roth et al., 2021), que conllevan repercusiones en las ocupaciones, las cuales desde el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) son clasificadas como AVDB, AVDI, gestión de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Particularmente, las ocupaciones que se encuentran más afectadas son la vestimenta, alimentación, aseo personal, baño, estudio, trabajo y las relaciones sociales (Alarcón, 2019; Herrera et al., 2020; Mashimo et al., 2020; Ocaña y Caballo, 2015; Pérez et al., 2021; Roth et al., 2021).

Esto incide en la percepción de satisfacción de cada persona, respecto a la relación entre la cantidad de ocupaciones en las que se involucra, su variación y el tiempo empleado en estas, lo cual es conceptualizado desde la disciplina como equilibrio ocupacional (Lis et al., 2022). Por ende, este fenómeno de disrupción repercute en la estructuración y equilibrio de hábitos y

rutinas, influyendo directamente en el desempeño ocupacional y en la participación (Kielhofner, 2006).

Como se señaló, presentar un diagnóstico grave de SM conlleva la producción de dinámicas sociales estigmatizadoras, desencadenando exclusión social y “un distanciamiento de las relaciones con dichas personas, con reticencia a trabajar junto a ellas, casarse o tenerles como amigas, lo que les supone segregación y aislamiento social” (Acevedo, 2017, p.58). Dichas experiencias de discriminación estructural posicionan a los sujetos en una situación de injusticia ocupacional, en la cual se les niega el derecho a tener una igualdad de oportunidades que les permita implicarse en ocupaciones significativas (Arnaiz y Uriarte, 2006; Hernando-Pina y Valverde-Eizaguirre, 2020; Granjard et al., 2021; Hajar 2022).

A partir de todo lo expuesto, el presente estudio tiene por objetivo describir las consecuencias de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de mujeres que poseen trastornos mentales graves desde la perspectiva de terapeutas ocupacionales del área de SM de la Región Metropolitana durante el 2024. Esto a partir de la identificación de las áreas de la ocupación que se ven modificadas, del reconocimiento de los factores psicosociales y psicopatológicos que inciden en la disrupción ocupacional y la manera en que este fenómeno repercute en el sentido de autoeficacia.

Método

Este proyecto de investigación fue aprobado por el “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Proyecto N° 096-2024.

La investigación utilizará un enfoque cualitativo, que considera la realidad como una construcción basada en las interpretaciones de los participantes, permitiendo comprender las experiencias individuales y grupales, así como las interacciones y comunicaciones observadas (Hernández

et al., 2014; Flick, 2015). Este enfoque, busca describir, identificar y relacionar las disrupciones ocupacionales de mujeres con TMG desde la perspectiva de terapeutas ocupacionales en el área de SM.

El estudio se enmarca en el paradigma constructivista, que sostiene que la realidad es una construcción subjetiva basada en percepciones individuales (Flores, 2004). Desde esta perspectiva, se busca reconstruir ideas y alcanzar consensos abiertos a nuevas interpretaciones, promoviendo una mayor conciencia y progreso (Guba & Lincoln, 2002). Se espera visibilizar el concepto de disrupción ocupacional en el contexto de SM de las intervenciones de terapia ocupacional, fomentando su reconocimiento y uso en el lenguaje disciplinar.

La propuesta tiene un alcance exploratorio, lo que permite abordar fenómenos parcialmente conocidos y obtener información para una investigación más integral (Hernández et al., 2014). Se utiliza un diseño fenomenológico, enfocado en profundizar en las experiencias de los participantes y reconocer sus percepciones sobre la situación problemática (Duque y Aristizábal, 2019). Esto permitirá comprender, desde la perspectiva de terapeutas ocupacionales, la interrupción de las ocupaciones cotidianas en mujeres con TMG y los factores externos que influyen en esta.

La muestra estará conformada por seis terapeutas ocupacionales de la Región Metropolitana, seleccionados intencionalmente debido al tiempo disponible para realizar las entrevistas, transcribirlas y analizar los resultados. Esta estrategia de selección, permite elegir casos representativos dentro de una población variable y asegura que los participantes cuenten con experiencia en el área específica del estudio (Otzen y Manterola, 2017).

Tabla 1. Caracterización de los Participantes (elaboración autoras)

Rango etario	N° Participantes	
	20 a 29 años	3 (50%)
Nivel de atención en el que se desempeñan laboralmente	30 a 39 años	3 (50%)
	Público, secundaria	1 (16,6%)
	Público, terciaria	3 (50%)
	Privada	2 (33,3%)

El estudio se centrará en comprender la perspectiva disciplinaria sobre la disrupción ocupacional en mujeres con trastornos mentales graves (esquizofrenia, depresión mayor y trastorno bipolar), por lo que los diagnósticos psiquiátricos específicos o los establecimientos de SM donde trabajen los participantes no serán motivo de dispersión. Se priorizará la experiencia en el trato con mujeres que vivencian la intersección entre género y salud mental.

Por lo cual, quienes se incluyan en la muestra de estudio, deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión: Ser terapeuta ocupacional (TO), poseer experiencia laboral de mínimo tres años continuos en un mismo trabajo del área de SM y que dentro de este haya trabajado en la atención de mujeres adultas. Por otra parte, los criterios de exclusión son: poseer alguno de los diagnósticos de SM que serán abordados en la investigación y haberse desempeñado en la disciplina únicamente desde la gestión.

Como método de recolección de datos, se utilizará la técnica de entrevista individual semiestructurada, la cual permite ahondar en la subjetividad de los participantes (Hernández et al., 2014). Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 minutos y fueron aplicadas de forma online.

El análisis de los datos se realizó mediante una codificación abierta, este método permite la identificación de categorías emergentes y conceptos que contengan similitudes, para generar conexiones entre concepciones que confluyen en la producción de una categoría central (Monge, 2015).

Resultados y discusión

El campo de estudio de la presente investigación se constituyó a partir de la experiencia profesional de seis terapeutas ocupacionales (Anexo 1) que ejercen en la ciudad de Santiago de Chile, quienes se ajustan a los requisitos de inclusión. Dentro de los dispositivos de atención en el que se desempeñan profesionalmente, se encuentra la atención cerrada en un hospital psiquiátrico; atención ambulatoria en un centro comunitario de SM (COSAM); atención residencial en una fundación; atención ambulatoria en un hospital general y atención ambulatoria en un hospital de día.

Las preguntas, en coherencia con la interrogante de investigación y los objetivos propuestos, incluyó las siguientes categorías de análisis: Manifestación de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de mujeres con TMG; Incidencia de factores psicopatológicos y psicosociales en la disrupción ocupacional de mujeres con TMG; y Disrupción ocupacional y sentido de autoeficacia desde los roles de género.

Manifestación de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de mujeres con TMG

Para comprender las consecuencias de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de las mujeres que poseen TMG, es primordial identificar qué ocupaciones se ven interrumpidas y/o modificadas. A partir de lo mencionado por las entrevistadas se reconoce que todas las áreas ocupacionales se encuentran afectadas, destacando que las que presentan una mayor disrupción son las AVDB, AVDI, trabajo, participación social y gestión de salud.

Actividades de la vida diaria:

En cuanto a las AVDB, se reconoce que unas de las ocupaciones más afectadas tiene relación con la higiene y aseo personal, tal como menciona la TO 3 “lo que más se ve disminuido tiene que ver con la ducha y arreglo personal... toman medidas paliativas, se lavan con toallita húmeda, se lavan solo las manos y la cara, pero no su cuerpo completo”, modificando así la manera en que se desempeñan en estas actividades, lo cual impacta en la estructuración de su rutina diaria, ya que “esto no es parte, no lo consideran importante ... el bañarse, su aseo personal, etcétera” (TO 2). Esto concuerda con lo planteado por Herrera et al. (2020), quien indica que las AVDB en que tienen un mayor déficit son: vestimenta, alimentación, aseo personal y baño.

Respecto a las AVDI, se menciona que existe una mayor dificultad que en las AVDB, por ejemplo, en el manejo de dinero o gestión del hogar, movilización en transporte público (TO 1; TO 6). Asimismo, expone la TO 3 que “la participación en las gestiones del hogar, se ve muy muy disminuida, yo creo que tiene que ver un poco con el contexto familiar, que cuando a ti te dan un diagnóstico ... los familiares se vuelven más asistencialistas contigo, entonces pierdes esa participación en el hogar como que dejas de hacer cosas porque los demás lo hacen por ti”. Dentro de esta área también se pueden ver afectadas las actividades vinculadas a la crianza, de manera que, existe la probabilidad

de que les “quiten a sus hijos porque no tienen las habilidades necesarias para poder cuidarlos” (TO 4).

Trabajo:

En relación al trabajo, la TO 4 mencionó que: Cuesta mucho que estas personas accedan a trabajos, si bien, ahora existe la ley de inclusión laboral”. Asimismo, la TO 2 se refirió a ello indicando, que el “1% de los trabajadores debe tener un grado de discapacidad, pero la realidad es que ese grado de discapacidad igual son funcionales, porque lo que piden son usuarios que tengan una discapacidad física pero que tengan un título”, esto tiene concordancia con otro relato, donde se expuso que “la mayoría de los trabajos que ofrecen son para personas en situación de discapacidad física, ... son muy pocos los trabajos que consideran a personas que tienen trastornos mentales. Generalmente esta población está un poquito más aislada” (TO 6). Se reconoce que la disrupción ocupacional en el área laboral se debe a múltiples causas, por lo que no solo depende de las patologías presentadas por las mujeres, sino que también por factores estructurales, los cuales no garantizan la inclusión laboral de esta población, impidiendo tanto la adquisición como la mantención de un puesto de trabajo formal.

Participación social:

Otra área que se ve interferida es la participación social, tal como señala la TO 4 “cuestión muy muy difícil de intervenir, no por ellas, sino que por la sociedad hay muy pocos espacios que estén adecuados para que ellas puedan participar, en tanto reciben mucha discriminación en la calle”. Lo cual coincide con lo planteado por Egea y Garrós (2022), quienes afirman que el estigma social constituye una de las barreras a la cual se enfrentan en el entorno comunitario, debido a que la percepción social de la enfermedad produce discriminación y rechazo que perpetúan su aislamiento social. Sumado a esto, la interacción social se puede encontrar limitada a causa de que “adecuarse a estas normas sociales, les cuesta muchísimo” (TO 4), situación que se asocia a que “no están las habilidades para interactuar o no hay un interés por interactuar, entonces, son estas limitaciones o el ambiente no desea interactuar con este tipo de personas” (TO

2). Lo expuesto evidencia que la participación se ve alterada tanto por factores externos como por “algunas deficiencias en la interacción social y la comunicación, que puede explicarse por los síntomas esperables del trastorno mental grave que padece” (Pérez et al., 2021, p.22).

Gestión de salud:

Con respecto al área de gestión de salud, las entrevistadas refieren que se ve afectada en distintos aspectos, siendo uno de ellos el manejo de medicamentos, debido a que “no se los toman a la hora, tiene que haber un tercero generalmente que les diga oye, te tienes que tomar o tener el pastillero, el recordatorio” (TO 6). Por lo que, para cumplir con esta actividad, comúnmente necesitan apoyo externo, el cual es fundamental para lograr estabilizar la sintomatología ya que “si no cuida de su propia salud, si no es capaz de prevenir o cuidarse a sí misma, en ir a sus controles, toma de fármaco, se va a descompensar fácilmente y va a perder el trabajo” (TO 2). De esta forma, al afectarse este aspecto se pueden generar repercusiones en otros ámbitos de la ocupación.

Por otro lado, una de las entrevistadas expuso que, a causa de las suposiciones producidas por la sociedad acerca de las personas que poseen TMG, estas:

Pierden el derecho a decidir, derecho a armar sus decisiones respecto a su propia salud incluso ... yo he acompañado a mis usuarios y usuarias al nutricionista, por ejemplo, no les hablan a ellos, sino que le hablan al profesional o a quien les esté acompañando” (TO 4).

Asimismo, estas mismas creencias son replicadas dentro del contexto familiar, donde desde un inicio “la familia ... entregó el apoyo y nunca sueltan ese apoyo, como entregar medicación, acompañar a controles, el mantener en el fondo el cuidado de la salud ... no sé si será netamente porque la persona no pueda” (TO 1).

Con todo lo mencionado anteriormente es posible reconocer que desde la perspectiva de las terapeutas ocupacionales entrevistadas, la disrupción ocupacional asociada a un TMG se encuentra presente afectando la cotidianidad, lo que limita la participación en todas las áreas de

la ocupación. Sin embargo, esto se contrasta con lo revisado en la bibliografía, donde se muestra que las ocupaciones que se ven más afectadas son la vestimenta, alimentación, aseo personal, baño, estudio, trabajo y las relaciones sociales (Alarcón, 2019; Herrera et al., 2020; Mashimo et al., 2020; Ocaña y Caballo, 2015; Roth et al., 2021), sin considerar que también dentro de las ocupaciones que se ven principalmente interferidas se encuentran las AVDI y gestión de salud, lo cual se vio reflejado en las entrevistas realizadas.

Un aspecto relevante que fue comentado por una entrevistada, es que “las disrupciones ocupacionales pueden verse en un principio... algunas veces que pueden ser incluso más temporales dentro del mismo proceso” (TO 5), es decir, la disrupción ocupacional no es algo que se encuentre presente solo al inicio de la patología, sino que es un proceso que puede presentarse de manera intermitente.

Es por ello que, la alteración de las áreas mencionadas a causa de la disrupción ocupacional, genera una “falta de rutinas y hábitos establecidas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria” (Herrera et al., 2020, p. 612), lo cual de igual manera fue mencionado por las entrevistadas, quienes afirman que:

Hay muchas que antes eran muy funcionales en el sentido de me levanto temprano, tengo una estructura con ciertas rutinas, pero la mayoría perdió esto ... principalmente creo que se afecta como la vida diaria en general, se pierde mucha rutina” (TO 6).

Al distinguir que disrupción ocupacional se encuentra en múltiples áreas, es posible comprender que esta población experimenta injusticia ocupacional, presentando dificultades para desempeñarse en ocupaciones con significado, debido a que no poseen igualdad de oportunidades para participar en ocupaciones, lo que provoca sentimientos negativos asociados a la experiencia de un desempeño insatisfactorio y exclusión (Hernando-Pina y Valverde-Eizaguirre, 2020).

Incidencia de factores psicopatológicos y psicosociales en la disrupción ocupacional de mujeres con TMG

Es evidente, que la calidad de vida de las personas con diagnóstico de SM se ve afectada por factores patológicos, demográficos y ambientales, como el apoyo social (Umar et al., 2023).

Factores psicopatológicos:

En cuanto a los factores psicopatológicos que influyen en la disrupción ocupacional de mujeres con TMG, las entrevistadas indicaron que la psicosis es un cuadro que puede estar presente en varios de estos diagnósticos, produciendo un impacto significativo ya que “desorganiza mucho los pensamientos de las personas. Entonces al desorganizar sus pensamientos, desorganiza su rutina, desorganiza su desempeño ocupacional, el cómo yo hago las cosas” (TO 3). Frente a esto, se menciona que existe una relación entre la sintomatología y la participación ocupacional de mujeres, expresando que “mientras más activa esté, menos va a participar en las ocupaciones y se va a ver mucho más interrumpida”, lo cual genera que “su vida se vea desorganizada y eso impacta finalmente en que puedan desempeñarse correctamente en los contextos en los cuales se desenvuelven” (TO 4).

Asimismo se reconoce la incidencia de la sintomatología negativa en el desempeño ocupacional, la cual “se tiende a confundir mucho con flojera o con simple motivación de no hacer las cosas y eso para la familia es muy difícil de entender” (TO 5). Dicha incomprensión de la presencia del síntoma desencadena una mayor exposición a que la familia cuestione el actuar de las personas cuando esta no responde a lo esperable. Esto influye particularmente en la realidad de “mujeres que criaban o crían, donde aparece y permanece la sintomatología negativa y que desaparece un poco la motivación por el cuidado, es muy difícil y es muy enjuiciable por la familia de decir [mala madre]” (TO 5).

Por otra parte, la medicación es un elemento que suele ser dominante para el tratamiento de estas patologías, sin embargo, así como puede ser útil para controlar la sintomatología activa, también puede ser una fuente de otras problemáticas que interfieren en el diario vivir (Serrano y Martínez, 2020). Una de las entrevistadas reconoce que una problemática es la afectación de la motilidad intestinal por el uso de algunos psicofármacos, indicando que estos “hacen que se vea interrumpida su vida, porque tiene que estar constantemente yendo al doctor por dolores de estómago” (TO 4). De igual manera, la misma TO se refirió al impacto que tiene la cantidad de medicamentos que se administren, explicando que “en la medida en que tenga mucho más medicamentos en el cuerpo, les cuesta mucho más procesar la información” (TO 4), lo que se traduce en un deterioro a nivel cognitivo. Por el contrario, otra de las entrevistadas comentó que “mientras pasan esos años donde la persona no acude a un servicio de asistencia médica, el cerebro igual tiene daños a nivel cognitivo” (TO 2). Es decir, se evidencia que el deterioro cognitivo asociado al tratamiento farmacológico puede originarse por el inicio tardío de este o por la prescripción de múltiples medicamentos, lo cual según Herrera et al. (2020) genera un déficit en la planificación y ejecución de actividades de la vida diaria, ya que estas poseen una relación directa con las destrezas cognitivas.

Factores psicosociales:

En la bibliografía revisada se presenta que uno de los mayores obstáculos en torno a la SM es que “los individuos con enfermedades mentales son vistos como incompetentes, incapaces de cuidar de sí mismos y gestionar sus asuntos personales” (Mascayano et al., 2015, p.253). De esta manera, en base a dichos juicios se establece un estigma sobre los trastornos mentales, tal como refirió una de las entrevistadas “los mitos y prejuicios que existen acerca de las patologías de SM... por un desconocimiento están muchos mitos de que son peligrosas y finalmente no pueden hacer las cosas” (TO 1). A partir de esto, se puede observar cómo “el estigma influye bastante, hoy en día la sociedad no está preparada para personas con trastornos mentales severos” (TO 6), dado

que “esta es una población muy invisibilizada, la discapacidad en general es una cuestión que se entiende, que se conoce, pero cuando hablamos de discapacidades mentales graves, es una cuestión como si no existieran en la sociedad” (TO 4). Esta invisibilización, proveniente de la discriminación estructural, origina que las personas con TMG posean oportunidades limitadas, viéndose restringida su participación en diferentes espacios dentro de la sociedad (Hijar, 2022), lo cual “puede conducir a una mayor estigmatización y marginación, lo que afecta a su salud y disminuye su satisfacción vital” (Granjard et al., 2021).

Igualmente, en relación a los estigmas asociados a los trastornos mentales una entrevistada identifica que “hay mucha infantilización en estos casos y por tanto eso también hace que no dejen que sean autónomos, o sea, toman decisiones por ellos y en todos lados” (TO 4). De esta manera las personas “pierden el derecho a decidir, derecho a armar sus decisiones respecto a su propia salud incluso” (TO 4).

Lo descrito anteriormente, en ambas subcategorías, refleja los estigmas asociados a presentar un TMG, a los cuales se les adiciona el estigma que existe puntualmente sobre cómo las mujeres participan en las actividades de su vida diaria (Woolley et al., 2020), lo que según Mascayano et al. (2015) tiene sustento en las “expectativas del rol de género en relación con el trabajo y matrimonio (importancia económica es aún mayor), y adherirse a códigos de conducta de comportamiento socialmente aceptables, según lo dictado por las tradiciones” (p. 252).

Por otra parte, se reconoce que existen otros factores de riesgo psicosocial, que según Roth et al. (2021) corresponden a la pobreza, exclusión social, el estigma y la discriminación, los cuales aumentan la probabilidad de tener una baja calidad de vida. Esto coincide con los factores mencionados por una de las entrevistadas, quien refiere que “hacinamiento, soledad, pobreza, falta de educación, igual van a ser elementos que van a afectar, que pueden alargar o acortar la brecha en términos de la disrupción ocupacional” (TO 5).

Adicionalmente, las entrevistadas mencionan las redes de apoyo como un factor psicosocial relevante en el proceso de tratamiento de un diagnóstico de SM, el cual se configura como una temática emergente en el presente estudio. Estas se pueden constituir como un facilitador del proceso terapéutico. Es decir, la existencia de una red de apoyo “favorece que no haya tanta disrupción” (TO 6). A partir de esto, se comprende que la educación a las familias es fundamental para posibilitar un mayor entendimiento del diagnóstico, de manera que los apoyos brindados sean acordes a las necesidades de cada persona.

Sin embargo, las redes de apoyo también se pueden conformar como una barrera para el desempeño en la medida en que contribuyan a la prevalencia de la disrupción ocupacional. Tal como expresa una de las entrevistadas cuando una mujer es diagnosticada con alguna patología de SM “los familiares se vuelven más asistencialistas, entonces se pierde esa participación en el hogar, como que deja de hacer las cosas porque los demás las hacen por ti” (TO 3). De esta forma, el entorno en vez de ser un red de apoyo que favorezca la participación ocupacional, genera “muchas sobreprotección y evita que la persona tenga la experiencia de explorar sus propios intereses ... la gente en general en vez de considerar la opinión de la persona, consideran la opinión del familiar o del entorno” (TO 2). A pesar de que el actuar familiar esté motivado por la preocupación de ofrecer cuidado, cuando este no se ajusta a las necesidades de las mujeres, se producen dinámicas en las que “las mismas familias están ahí estigmatizando a su familiar sin dejarla progresar” (TO 3), generando de manera inconsciente que “la persona también se siente cómoda ... pero no se da cuenta de que está privando de sus habilidades” (TO 2), lo cual puede producir que a causa de la sobreprotección no retomen ciertas ocupaciones.

Disrupción ocupacional y sentido de autoeficacia desde los roles de género

En la mayoría de las entrevistas se halló afirmativamente, la existencia de una relación entre la pérdida del sentido de autoeficacia y la afectación de los roles a causa de las exigencias sociales a las que se ven enfrentadas las mujeres.

En base a lo comentado por las entrevistadas, se puede distinguir que las mujeres que poseen TMG experimentan una disminución de su sentido de autoeficacia. Tal como comenta la TO 1 “se suele escuchar, como él [no puedo] sin haberlo intentado muchas veces, y muchas veces es porque escuchan o les dicen directamente que no se puede”. De igual manera, esto es abordado por la TO 2, mencionando que “este sentido de autoeficacia, lo pierden porque también se empiezan a centrar en los síntomas de la patología, el [yo tengo esto, por esto no puedo hacer esto], el [no sé, tengo pena, por eso no puedo trabajar]”. Por el contrario, dos de las entrevistadas indicaron que no consideran que está presente esta disminución del sentido de autoeficacia por presentar una patología de SM siendo mujer, sino que la:

Autoeficacia está disminuida, pero, porque también tienen comorbilidades físicas, entonces tienen la patología de SM y tienen lo físico ... no quieren hacer las cosas por diferentes motivos, pero no quiere decir que ella no se sienta capaz de hacerlo (TO 3).

Lo que coincide con la visión de la TO 2, quien indica que “solo por tener la patología de SM hay estigma, él por ser mujer no”. Sin embargo, esta reducción de su sentido de autoeficacia tiene estrecha relación con los roles que desempeñan y las exigencias sociales asociados a estos. Puesto que, históricamente la sociedad y la cultura han generado y reproducido patrones tradicionales, los cuales condicionan las ocupaciones y roles en los que se involucran las mujeres (Ramos y Torres, 2020).

Es por ello que, a partir de lo recabado en las entrevistas, se reconoció que en el caso de mujeres con TMG, “cualquier rol que quisieran desempeñar lamentablemente se ve afectado” (TO 6), principalmente “el rol materno, rol de trabajadora, pero también otros roles como el rol de amiga” (TO 5), junto con el rol de “usuaria ... porque no suelen ser personas muy exigentes en términos de los derechos” (TO 5). Particularmente, en el rol de madre existen diferentes visiones respecto a este, por una parte, se identifica que “muy pocas han logrado en un inicio mantener este rol, como tener el cuidado del bebé efectivamente, la mayoría desde un inicio no genera el cuidado” (TO 1). Sumado a que, “también hay una sociedad que le dice: Oye, tú eres madre y no estás haciendo, no estás criando, entonces ¿eres madre?” (TO 5).

A partir de esto, se identifica una mayor repercusión en las trayectorias de las mujeres, a causa de la inequidad de género en la asignación de responsabilidades cotidianas (Mascayano et al., 2015; González-Medina et al., 2020). En relación a ello “las mujeres con trastornos mentales son muy poco vistas en trabajos, entonces están relegadas a actividades más de casa” (TO 5), además de que “ya avanzada la edad los roles o las tareas que desempeñan tienen que ver con cuidar de un hogar ... entonces, la actividad que queda es apoyar en labores domésticas” (TO 1).

De igual manera el “sistema patriarcal capitalista también genera cierto margen, limitando la posibilidad de superar la disrupción ocupacional” (TO 5), ya que existe una multifuncionalidad asociada al género femenino, lo que produce un estado de disrupción ocupacional en una mayor cantidad de aspectos ocupacionales.

Conclusión

A partir del análisis de las experiencias de seis terapeutas ocupacionales, se puede indicar a modo de conclusión que las consecuencias de la disrupción ocupacional en la cotidianidad de mujeres que poseen TMG se ven reflejadas en la modificación de sus rutinas y hábitos, a causa de la pérdida o cambio en la forma en que desempeñan sus ocupaciones, particularmente las mencionadas en los resultados. De esta manera, al estar interferida la participación ocupacional se genera una alteración en la mantención y/o adquisición de los roles, lo que produce una disminución del sentido de autoeficacia, siendo analizado por las terapeutas desde un enfoque de género. Adicionalmente, se identificó qué factores psicopatológicos y psicosociales pueden influir en la magnitud de la disrupción ocupacional y, por ende, en las consecuencias asociadas a esta.

En cuanto a las proyecciones de la investigación, se propone un mayor desarrollo de la temática, considerando otros puntos de intersección además de ser mujer con TMG, como por ejemplo, nivel socioeconómico, etnia, disidencias sexuales, comorbilidad de una patología de otra índole, migrantes, etc. Esto permitirá ampliar el concepto de disrupción ocupacional bajo perspectivas de personas con diferentes vivencias, originando resultados aún más situados.

Es fundamental que como terapeutas ocupacionales se posea una mirada crítica hacia las intervenciones que se centran en reforzar estándares tradicionales o en cumplir con roles asociados al género femenino, para no seguir perpetuando la imposición de estos roles en caso de que para las usuarias estas actividades no tengan un significado o no sean de su interés. Es por esto que, se propone la necesidad de repensar estas prácticas y enfocarse en acompañar a las usuarias en el desarrollo de actividades que les hagan sentido, respetando su autonomía.

Para finalizar, se distingue que las mujeres enfrentan mayores obstáculos para superar la disrupción ocupacional debido a su posición de

desventaja en el sistema patriarcal, donde los factores estructurales tienen mayor impacto que los individuales. A pesar de esto, la responsabilidad suele recaer en el individuo, cuando es el sistema el que no brinda los soportes necesarios para facilitar la superación de la disrupción ocupacional. Por ello, fomentar la educación sobre SM es clave para derribar mitos y prejuicios, promover la inclusión, la participación plena en la sociedad y el acceso a derechos fundamentales.

Bibliografía

Acevedo, A. (2017). Exclusión Social de los Enfermos Mentales. *Revista Saluta* 1 (1). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/327/3271310017/html/>

Alarcón, R. (2019). Intervención del Terapeuta Ocupacional en el Proceso de Recuperación de las Personas con un Trastorno Mental. [Trabajo de fin de Grado en Terapia Ocupacional, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio Red iUMH. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6789/1/TFG%20Rebecca%20Alarc%C3%B3n%20Garrido.pdf>

Álbornoz, A., Aogeda, C. y Maldonado, V. (2022). El complejo campo de la Salud Mental: aportes del Trabajo Social en el abordaje interdisciplinario. *Margen*, (105), 1-7. <https://www.margen.org/suscri/margen105/Aogeda-105.pdf>

Allande, R., García, J., Fagundo, J., Navarro, Y., Climent, J. y Gómez, J. (2022). Salud mental y trastornos mentales en los lugares de trabajo. *Revista española de salud pública*, 96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8620589>

AOTA - American Journal of Occupational Therapy. (2020). Occupational Therapy practice Framework: domain and Process, 4ta Ed.

Arnaiz, A. y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6 (26). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>

Biblioteca del Congreso Nacional [BCN]. (2023). Moción Parlamentaria: Ley Marco de Salud Mental en Chile. Iniciativa Juvenil de Ley. Liceo Santa Teresita de Talca, Región del Maule. https://www.bcn.cl/delibera/show_iniciativa?id_colegio=3612&idnac=2&patro=0&nro_torneo=2023#:~:text=Seg%C3%BAn%20cifras%20de%20la%20Encuesta,que%20sufre%20la%20poblaci%C3%B3n%20chilena

Brandwayn, A. (2021). Desórdenes Musculo esqueléticos en Docentes: El Efecto Secundario de la Disrupción Ocupacional por la Pandemia [Ensayo Científico, Escuela Colombiana de Rehabilitación].

Duque, H. y Aristizábal Díaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. DOI: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

Egea, L. y Garrós, M. (2022). Expectativas y objetivos de las personas con trastorno mental grave ante los programas de ocio terapéutico dirigido desde Terapia Ocupacional. [Trabajo de Grado de Terapia Ocupacional, Universidad de Zaragoza]. Zeguan Repositorio Institucional de Documentos. <https://zeguan.unizar.es/record/117853>

Espinoza-López, R. y Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupskykhé. Revista de Psicología y educación*, 16(1), 4-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428605>

Flick, U. (2015). El diseño de Investigación Cualitativa. Morata.

Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5 (1), 2-9. https://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art1/ene_art1.pdf

Granjard, A., Mihailovic, M., Amato, C., Kazemitabar, M., Lucchese, F., Jacobsson, C., Kijima, N., & Garcia, D. (2021). Occupation and life satisfaction among individuals with mental illness: the mediation role of self-reported psychophysiological health. *PeerJ* 9 <https://doi.org/10.7717/peerj.10829>

Gomez, S. (2003). La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, (3). <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2003.149>

González-Medina, G. A., Letelier-Fuentes, N. E. y Aguirre-Iduya, D. (2020). Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. *Revista De Psicología*, 29(2). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2020.55335>

Guajardo, A. Texto inaugural En: Simó, S., Guajardo, A. y Corrêa, F. (2016). Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación. Santiago, Ed. USACH. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LibroTerapia-Ocupacional.pdf

Guba, E., y Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman., y J. Haro. (Eds.), Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social (pp. 113-145). El Colegio de Sonora.

Heller, Á. (2004). O cotidiano e a história (C. N.Coutinho & L. Konder, Trans.). Paz e Terra.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.

Hernando-Pina, M. y Valverde-Eizaguirre, M. (2020). A propósito de “en la vida diaria”: terapia ocupacional, recuperación y rehabilitación psiquiátrica: On “doing daily life”: occupational therapy, recovery and psychiatric rehabilitation. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(2), 244-248. <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/97>

Herrera, I. M., Garaicoa, M. y Dayanara, M. (2020). Desempeño ocupacional en mujeres adultas con esquizofrenia. Residencia Santa Mariana del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Ecuador. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 5(10), 598-615. DOI: 10.23857/pc.v5i10.1835

Hijar, M. (2022). Expectativas y objetivos de las personas con trastorno mental grave ante los programas de ocio terapéutico dirigido desde Terapia Ocupacional (Trabajo de fin de grado). Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/117853/files/TAZ-TFG-2022-1019.pdf?version=1>

Hughens, J. (2009). Chronic Fatigue Syndrome and Occupational Disruption in Primary Care: Is There a Role for Occupational Therapy?. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(1). <https://doi.org/10.1177/030802260907200102>

Kielhofner G. (2006). Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Lis, A. M. S., Llorens, A. P., Serrano, E., Forné, M. P., Muñoz, S. M., Gil, D. U. y Piqué, A. M. (2022) Terapia Ocupacional: la ocupación como herramienta principal de intervención en Salud Mental. https://www.clustersalutmental.com/wp-content/uploads/2022/03/Brains02_Research_Terapia-Ocupacional.pdf

Luck, K. (2020). Occupational disruption during a pandemic: Exploring the experiences of individuals living with chronic disease. *Journal of occupational science*, 29(3), 352-367. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1871401>

Mascayano, F., Toso-Salman, J., Ruiz, B., Warman, K., Jofré, A., Alvarado, R., Janel, K. & Hsin Yang, L. (2015).

What matters most’: stigma towards severe mental disorders in Chile, a theory-driven, qualitative approach. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 250-260. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13832/13942>

Mashimo, I., Yotsumoto, K., Fujimoto, H. & Hashimoto, T. (2020). Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Kobe journal of medical sciences*, 66(4), 119-128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33994515/>

Monge Acuña, V. (2015). La codificación en el método de investigación de la Grounded Theory o Teoría Fundamentada. *Innovaciones Educativas*, 17(22), 77-84. <https://doi.org/10.22458/ie.v17i22.1100>

National Institute of Mental Health [NIMH]. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute->

Nizzero, A., Cote, P. & Cramm, H. (2017). Occupational disruption: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 114-127. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1306791>

Ocaña Expósito L, y Caballo Escribano C. (2015). Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. *TOG (A Coruña)*, 12(21), 1-11. <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original8.pdf>

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Trastornos Mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S071795022017000100037>

Pérez, E., Jiménez, M. P., & Marín, M. (2021). Intervención en el ámbito de la comunicación e interacción social en un paciente con esquizofrenia desde terapia ocupacional. (Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza). Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/117853/files/TAZ-TFG-2022-1019.pdf?version=1>

unizar.es/record/107128

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2023, 25 de mayo). Publican resultados de nuevo “Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC”. <https://www.uc.cl/noticias/publican-resultados-de-nuevo-termometro-de-la-salud-mental-en-chile-achs-uc/>

Ramos, O. y Torres, M. (2020). Influencia de la ocupación en la depresión en mujeres de 45 a 60 años. [Trabajo de Grado de Terapia Ocupacional, Universidad de Zaragoza]. Zeguan Repositorio Institucional de Documentos. <https://zaguan.unizar.es/record/101461>

Roth, C., Wensing, M., Koetsenruijter, J., Istvanovic, A., Novotni, A., Tomcuk, A., Dedovic, J., Djuricic, T., Milutinovic, M., Rojnic Kuzman, M., Nica, R., Bjedov, S., Medved, S., Rotaru, T., Hipple Walters, B., Petrea, I. & Shields-Zeeman, L. (2021). Perceived Support for Recovery and Level of Functioning Among People With Severe Mental Illness in Central and Eastern Europe: An Observational Study. *Psychiatry*, 12, 1-11. doi: 10.3389/fpsyt.2021.732111

Ruijne, R., Zarchev, M., van Weeghel, J., Henrichs, J., Garofalo, C., Bogaerts, S., Mulder, C. & Kamperman, A. (2022). Experiencing discrimination mediates the relationship between victimization and social withdrawal in patients suffering from a severe mental illness: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.018>

Ruiz-Cantero, M. y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18 (4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111200400040001

Ruiz-Tagle, J. & Troncos, P. (2018). Labor Cost of Mental Health: Evidence from Chile. 1-34. <https://econ.uchile.cl/uploads/publicacion/bcd34857bd43ac28269f674419912f43bdfe0073.pdf>

Serrano, M., y Martínez, A. (2020). Apuntes para una nueva cultura de cuidados en salud mental. *Rev. Polis e Psique*, 10(2). 247-266.

Umar, Z., Tahir, Z., Nizami, A. (2023) Impact of severe mental illnesses on health-related quality of life among patients attending the Institute of Psychiatry, Rawalpindi from 2019 to 2021: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 18(8): e0289080. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289080>

Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200–204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

Woolley, H., Levy, E., Spector, S., Geneau, N., Castro, A., Rouleau, S. & Roy, L. (2020). “I’m not alone”: Women’s experiences of recovery oriented occupational therapy groups following depression. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(1), 73-82. DOI: 10.1177/0008417419878916