

# EQUILIBRIO OCUPACIONAL EN RECURSOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19, ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

## OCCUPATIONAL BALANCE IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION RESOURCES DURING CONFINEMENT BY COVID-19, PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY



### Alicia de la Calle Sanz\*

Terapeuta ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Segovia-Complejo Asistencial de Segovia (SACYL). España ORCID 0000-0002-3012-5846

Correo electrónico de contacto [aliciacallesa@gmail.com](mailto:aliciacallesa@gmail.com)

\* persona autora para correspondencia



### Raquel Cabanés Crespo

terapeuta ocupacional en SRC Sarrià Sant-Gervasi del Grup CHM Salut Mental (Barcelona). Cataluña. España., ORCID: 0000-0003-2713-2348



### Sonia García Rodríguez

terapeuta ocupacional en CRPS Zamora, Castilla y León. España. Fundación INTRAS, psicóloga.



### María Claros Rasero

Terapeuta ocupacional en CRPS Hermanas Hospitalarias de Cáceres. Extremadura. España ORCID: 0000-0002-7660-4965.



### Leonor Chamorro Mera

Terapeuta ocupacional del Centro Residencial de Rehabilitación de Badajoz. Extremadura. España. ORCID: 0000-0002-8117-7099

**Objetivos:** estudiar el impacto en el equilibrio ocupacional durante el primer cuatrimestre de la pandemia COVID-19 en España. **Metodología:** estudio observacional prospectivo en el que han participado 411 personas con diagnóstico de trastorno mental grave atendidas en dispositivos de rehabilitación psicosocial distribuidos por todo el territorio estatal. Se ha empleado el OBQ-E y la escala ACO, creada por las propias personas investigadoras. **Resultados:** el equilibrio ocupacional disminuye en la mayoría de las personas durante el periodo de confinamiento y vuelve a aumentar a un nivel similar al de la pre-pandemia según comienza la desescalada de medidas de confinamiento. Hay actividades como el uso de las nuevas tecnologías en las que se observa un incremento en la sensación de cambio ocupacional, que se mantiene tras el cierre del dispositivo. **Conclusiones:** el equilibrio ocupacional se ve alterado al modificar la rutina diaria y las condiciones del ambiente. Se puede observar una clara capacidad de resiliencia cuando las condiciones cambian y/o vuelven a la normalidad.

**Objective:** to study the impact on occupational balance during the first quarter of the COVID-19 pandemic in Spain. **Methodology:** prospective observational study involving 411 persons with diagnosis of severe mental disorder treated in psychosocial rehabilitation devices distributed throughout the state territory. OBQ-E and the ACO scale, created by the researchers themselves, have been used. **Results:** in most of the participants their occupational balance drops during the confinement period and increases again to a level similar to that of the pre-pandemic as the de-escalation of confinement measures begins. There are activities such as the use of new technologies in which there is an increase in the feeling of occupational change, which continues after the closure of the device. **Conclusions:** the occupational balance is altered by modifying daily routine and environmental conditions. A clear resilience can be observed when conditions change and/or return to normal.

**DeCS** Terapia Ocupacional; Rehabilitación Psiquiátrica; Actividades Cotidianas; Trastornos Mentales; Covid-19 **Palabras clave** Rehabilitación psicosocial **MeSH** Occupational Therapy; Psychiatric Rehabilitation; Activities Of Daily Living; Mental Disorders; Covid-19 **Key words** Rehabilitación psicosocial

Texto recibido: 15/07/2023

Texto aceptado: 23/10/2023

Texto publicado: 30/11/2023

Derechos de persona autora



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

# INTRODUCCIÓN

La situación excepcional de la pandemia COVID-19, invita a dirigir líneas de investigación al estudio de los factores que están relacionados con la participación, el equilibrio ocupacional y las variables de salud en personas diagnosticadas con un trastorno mental grave. Según define la Organización Mundial de la Salud<sup>(1)</sup>, un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de emociones o el comportamiento de un individuo.

El cambio repentino en el desempeño ocupacional debido al confinamiento tiene como consecuencia la ruptura del equilibrio ocupacional<sup>(2)</sup> teniendo un impacto perjudicial en la salud mental de la población<sup>(3)</sup>.

Hernando et al.<sup>(4)</sup> señalan que, síntomas de ansiedad y depresión, además del estrés autoinformado, son reacciones psicológicas comunes a la pandemia de COVID-19, que pueden estar asociadas con trastornos del sueño y desequilibrio ocupacional. De acuerdo con el Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional de la AOTA<sup>(5)</sup> el desempeño ocupacional «es la realización de la ocupación seleccionada resultante de la transacción dinámica entre el cliente, su contexto y la ocupación». Mejorar o entrenar en habilidades y patrones para el desempeño ocupacional aumenta el compromiso de una persona con las ocupaciones o actividades que realiza.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)<sup>(6)</sup> expone en su página web una declaración pública con respecto a la utilidad del marco de trabajo durante la pandemia. Señala que «como profesionales tenemos que reconocer las consecuencias y cambios que están ocurriendo en la forma en que las personas acceden y ejercen sus ocupaciones como resultado de la pandemia». Como refieren Rodríguez-Quiroga et al.<sup>(7)</sup>, todo esto hay que tenerlo en cuenta ya que, las respuestas emocionales provocadas por la pandemia, pueden actuar como un precipitador de descompensación psiquiátrica.

Es difícil hacer investigaciones en este área de conocimiento porque la capacidad de adaptación, el equilibrio ocupacional y la percepción del propio equilibrio corresponde a cada persona, desde donde derivan dificultades de estandarización y comparación intersubjetiva. Tal y como expresa Gómez Lillo<sup>(8)</sup>, el equilibrio ocupacional es aquella percepción que posee una persona sobre su actuación tanto en el uso del tiempo, como el grado de satisfacción que produce. La misma autora, con respecto a este concepto, indica que: «para el logro del equilibrio ocupacional intervienen factores internos y externos haciéndolo un fenómeno complejo, por esta misma razón, es dinámico y también personal, principalmente debido a los factores internos que intervienen». Sin embargo, existen modelos prometedores que permiten formalizar la relación entre ocupación y salud, lo cual es especialmente relevante en salud mental. Bejerholm<sup>(9)</sup>, usando el concepto de equilibrio ocupacional, señala que el uso del tiempo y el compromiso ocupacional proporcionan importantes efectos en la salud y el bienestar.

## Objetivos

Con el objetivo de poder estudiar el impacto en la percepción subjetiva del cambio ocupacional en las personas con diagnóstico de trastorno mental, hemos aprovechado la situación excepcional de la pandemia, específicamente el confinamiento de la población durante los momentos iniciales. Esto ha significado un agente de cambio intenso, simultáneo y homogéneo para toda la población, lo cual es una oportunidad que garantiza la vigencia ecológica de las dimensiones de cambio resultantes.

# MÉTODOS

## Diseño

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo observacional con el objetivo de evaluar la autopercepción del cambio en el equilibrio ocupacional en una cohorte de personas con diagnóstico de trastorno mental grave, usuarias de diferentes servicios de rehabilitación psicosocial. Para este propósito, colaboraron 45 terapeutas

**Tabla 1.** Dispositivos de rehabilitación que participan en el estudio.

Tipo de recurso	Número de dispositivos (%)	Número de sujetos (%)
CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial)	10 (29.4 %)	129 (31,4 %)
CSM (Centro de Salud Mental)	1 (2.9 %)	6 (1.5 %)
CD (Centro de Día)	3 (8.9 %)	31 (7.5 %)
HD (Hospital de Día)	1 (2.9 %)	8 (1.9 %)
URP (Unidad de Rehabilitación Psicosocial)	3 (8.9 %)	25 (6.1 %)
CRL (Centro de Rehabilitación Laboral)	3 (8.9 %)	36 (8.8 %)
VS (Vivienda Supervisada)	2 (5.9 %)	14 (3.4 %)



ocupacionales de 15 ciudades, de 8 comunidades autónomas, de España, que contactaron con el equipo de investigación principal, quien facilitó la información y documentación necesaria para llevar a cabo el estudio. El grupo de investigación formado trabajaba en 13 tipos de servicios de rehabilitación psicosocial dirigidos por 15 organizaciones diferentes. En la tabla 1 se muestran el tipo de dispositivos que participaron en el estudio.

ULE (Unidad de Larga Estancia)	1 (2.9 %)	10 (2.9 %)
SRC (Servicio de Rehabilitación Comunitaria)	6 (17.6 %)	112 (27.3 %)
CRR (Centro de Rehabilitación Residencial)	1 (2.9 %)	7 (1.7 %)
CRIS (Centro de Integración e Inserción Social)	1 (2.9 %)	10 (2.4 %)
TAC (Tratamiento Asertivo Comunitario)	1 (2.9 %)	16 (3.9 %)
CO ( Centro Ocupacional)	1 (2.9%)	5 (1.2 %)
<b>Total</b>	<b>34 (100.0 %)</b>	<b>411 (100.0 %)</b>

Nota: Elaboración propia.

## Población y muestra

El estudio cuenta con una muestra de 411 personas, la cual sufrió una pérdida de 20, considerándose representativa de la diversidad de entidades proveedoras de servicios de rehabilitación psicosocial en España.

## Criterios de selección

La muestra se obtuvo mediante difusión del estudio entre las personas usuarias de los servicios donde trabajaban los y las terapeutas ocupacionales miembros de la investigación, a los cuales se les facilitó, por email, un documento en el que se exponía información del estudio, así como los criterios de inclusión y exclusión, herramientas y fases de desarrollo del mismo. Se establecieron como criterios de inclusión: edad comprendida entre 18 y 65 años; recibir atención en un servicio de rehabilitación psicosocial por tener diagnóstico de trastorno mental severo; permanecer en el mismo servicio de rehabilitación psicosocial durante el estudio y siendo evaluado por el mismo o la misma terapeuta ocupacional; firmar el consentimiento informado. Como criterios de exclusión: diagnóstico principal de discapacidad intelectual; diagnóstico principal de algún tipo de trastorno por consumo de sustancias; personas con enfermedades físicas que incapacitan el desempeño ocupacional. Se consideró requisito indispensable que la persona investigadora fuese el o la profesional de terapia ocupacional de referencia, es decir, que tuvieran una intervención directa y regular con las personas usuarias, para facilitar la comprensión y ejecución de los cuestionarios apoyándose en el vínculo terapeuta-usuario.

## Cómo se accedió al campo de la investigación.

El grupo de investigación se creó haciendo difusión del estudio entre las asociaciones integradas en la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), los Colegios profesionales de terapia ocupacional de España y las organizaciones proveedoras de servicios.

## Herramientas de recogida de datos

Los instrumentos de medida utilizados en el estudio son:

- Escala de Datos Sociodemográficos: creada por el equipo de investigación. En la figura 3 se encuentran los datos sociodemográficos recogidos.
- Cuestionario de Equilibrio Ocupacional OBQ-E<sup>(10)</sup>: consta de 13 afirmaciones relacionadas con el equilibrio ocupacional. La persona debe responder desde completamente en desacuerdo (puntuación 0) hasta completamente de acuerdo (puntuación 5) en una escala tipo Likert con 6 posibles respuestas. El Cuestionario OBQ-E evalúa la autopercepción de la satisfacción con el propio equilibrio ocupacional, dando una puntuación que va desde 0 a 65, siendo a mayor puntuación un mayor equilibrio ocupacional. Este cuestionario se aplicó en las tres fases del estudio.
- Cuestionario de Autopercepción del Cambio Ocupacional (ACO): creado por el equipo de investigación para el presente estudio, mide el nivel de desempeño actual en distintas ocupaciones comparando con el nivel de desempeño en un período anterior. Dicho cuestionario ad hoc puede encontrarse en el enlace <https://forms.gle/yUUG4sS84zPxoPab8>.
- El cuestionario ACO consta de 15 ítems con tres posibles respuestas: mayor, igual o menor. Los ítems recogen información sobre algunas de las ocupaciones señaladas en el Marco de Trabajo de Terapia

Ocupacional de la AOTA. Además incluye ítems en relación a la percepción y satisfacción con la organización diaria en general, así como con la percepción de necesidad de apoyos en dicho período.

- El objetivo del ACO es medir la autopercepción del cambio en el equilibrio ocupacional, sin que el cambio signifique mejor o peor, sino simplemente que hay cambio, lo que puede ser un indicador de un área de intervención o de mejora de un objetivo previamente planteado.

El periodo de evaluación abarcó del 14 de marzo al 31 de julio de 2020, durante el cual se mantuvo el estado de alarma en España, implicando restricciones en la movilidad y la participación en actividades tanto individuales como grupales. Los servicios de rehabilitación de naturaleza residencial quedaron aislados, sin que las personas pudieran entrar o salir de ellos. Los servicios de rehabilitación psicosocial de naturaleza ambulatoria cerraron, lo que implicaba un cambio en la organización y las intervenciones, suspendiendo la mayoría o todas las actividades presenciales.

Durante el desarrollo del estudio, se establecieron tres etapas de evaluación:

- Primera etapa: Situación pre-covid, que incluía la situación anterior a la declaración del estado de alarma, instaurada el 14 de marzo de 2020. En esta etapa, se recogieron los datos sociodemográficos así como la primera aplicación del cuestionario OBQ-E. Durante esta fase tan solo se midió la percepción del equilibrio ocupacional antes de que la crisis sanitaria comenzara.
- Esta primera etapa se llevó a cabo con carácter retrospectivo, por lo que el papel de los y las terapeutas ocupacionales era crucial para ayudar a las personas usuarias a estimar la situación funcional que tenían durante esta primera etapa y así poder, retrospectivamente, evaluar su percepción sobre el equilibrio ocupacional en el momento.
- Segunda etapa: Situación de cierre de los servicios, que comprendió el periodo del estado de alarma, desde marzo hasta junio de 2020. En esta etapa se aplicaron el segundo OQB-E y por primera vez el cuestionario ACO, midiendo el cambio entre este periodo y el inmediatamente anterior. Estaba indicado que los datos de esta etapa no se debían recoger el mismo día que los de la primera etapa, para facilitar que la persona se centrara en su percepción de aquel momento.
- Tercera etapa: «Nueva normalidad» de los servicios, que incluía el periodo después del estado de alarma. Las evaluaciones se llevaron a cabo entre el 13 y el 26 de julio de 2020. En esta etapa se aplicó por tercera vez el OBQ-E y la segunda vez el cuestionario ACO, midiendo el cambio ocupacional entre este periodo y el inmediatamente anterior.

En cada Comunidad Autónoma la fase de desescalada de las restricciones socio-sanitarias establecidas fue diferente, por lo que para el estudio, se acordó una fecha fija, entre la segunda y la tercera semana de julio, asumiendo que habían pasado más de quince días del fin del estado de alarma, y que la situación sanitaria se encontraba suficientemente estabilizada en los diferentes servicios de rehabilitación psicosocial.

A lo largo de este proceso, se pasó un riguroso control de calidad y seguridad de la base de datos, confirmando que los datos registrados en la tabla coincidieran con los test, haciendo copias y revisiones diarias.

## Análisis de datos y consideraciones éticas

El Comité de Ética del Complejo Asistencial de Segovia de SACYL, aprobó el diseño del estudio. Las personas participantes que colaboraron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria cumplimentando los cuestionarios. A cada persona se le asignó un código que solo conocía su persona evaluadora. Las respuestas se archivaron a través de unos enlaces en la base de datos del estudio.

Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS v.17, y un software de cálculo, Excel, con el que se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas de las variables. Las variables sociodemográficas se analizaron mediante técnicas de estadística descriptiva.

## RESULTADOS



Los datos sociodemográficos de la muestra quedan recogidos en la tabla 2.

En la figura 1 se observa una reducción en la media de puntuaciones del cuestionario OBQ-E del equilibrio ocupacional durante el cierre de los dispositivos, habiendo una posterior recuperación en la nueva normalidad.

Los ítems más relevantes muestran:

- Ítem 5 "tengo suficiente variedad entre las actividades que hago solo/a y que hago con los demás": la puntuación del equilibrio ocupacional se reduce de forma llamativa, a pesar de que la mayoría de las personas evaluadas convive con sus familias o en recursos residenciales, siendo la recuperación en la nueva normalidad moderada.
- Ítems 6 y 7, "si pienso en una semana normal, tengo suficientes cosas que hacer" y "tengo tiempo suficiente para hacer las cosas que debo hacer" aparece una reducción moderada de la percepción de su equilibrio ocupacional, siendo una recuperación más leve en el primer ítem y prácticamente igual en el segundo.
- Ítem 8 "mantengo el equilibrio entre las actividades físicas, sociales, intelectuales y de descanso" muestra una importante reducción del equilibrio ocupacional, así como en el ítem 9 "estoy satisfecho/a con el tiempo que dedico a las distintas actividades en mi vida diaria", no llegando a recuperar los niveles en nueva normalidad respecto a la etapa pre-cierre de dispositivos.

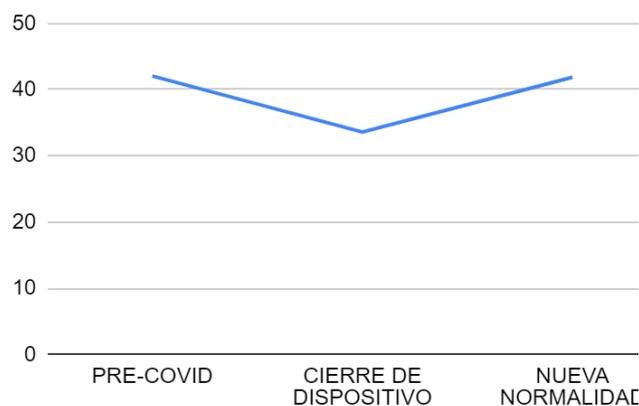
En la Figura 2 aparecen los datos recogidos con el cuestionario ACO, según los cuales:

- Se observa percepción de mantenimiento a nivel de sueño, en la higiene, organización diaria, necesidad de apoyo externo y satisfacción con la organización, manteniéndose posteriormente.
- Existe percepción de disminución en la participación en los ítems de actividad física, actividades de ocio grupal, contacto presencial con familiares y amigos, habiendo posteriormente una sensación de recuperación. En los ítems de realización de gestiones, actividades productivas y ocio individual, se mantiene la percepción de participación en la nueva normalidad.
- Respecto a las actividades de sensación de sueño, ingesta de alimentos y de forma muy notable el uso de las nuevas tecnologías, se observa un incremento en la sensación de cambio en estas ocupaciones, manteniéndose en el cierre de dispositivo

**Tabla 2.** Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

	media (DT); rango n (%)
<b>Edad (años)</b>	45.90 (10.77)
<b>Sexo</b>	
<b>Varones</b>	238 (57.9 %)
<b>Mujeres</b>	173 (42.1 %)
<b>Nivel académico</b>	
<b>Sin escolarización obligatoria</b>	35 (8.5 %)
<b>Estudios primarios</b>	159 (38.7 %)
<b>Estudios secundarios</b>	172 (41.9 %)
<b>Estudios superiores</b>	45 (10.9 %)
<b>Ocupación laboral</b>	
<b>Incapacidad laboral</b>	181 (44.0 %)
<b>Desempleados</b>	164 (39.9 %)
<b>Jubilados</b>	43 (10.5 %)
<b>Centro especial de empleo</b>	12 (2.9 %)
<b>Empleo normalizado</b>	10 (2.4 %)
<b>Centro ocupacional</b>	1 (0.2 %)
<b>Residencia</b>	
<b>Vivienda familiar</b>	253 (61.6 %)
<b>Vive solo</b>	85 (20.7 %)
<b>Piso compartido</b>	17 (4.1%)
<b>Dispositivo residencial temporal</b>	24 (5.8 %)
<b>Dispositivo residencial permanente</b>	14 (3.4 %)
<b>Piso tutelado</b>	18 (4.4 %)
<b>Grupo diagnóstico</b>	
<b>Psicosis de tipo esquizofrénico</b>	221 (53.8 %)
<b>Trastornos afectivos</b>	91 (22.1 %)
<b>Trastornos de la personalidad</b>	44 (10.7 %)
<b>Otros</b>	55 (13.4 %)

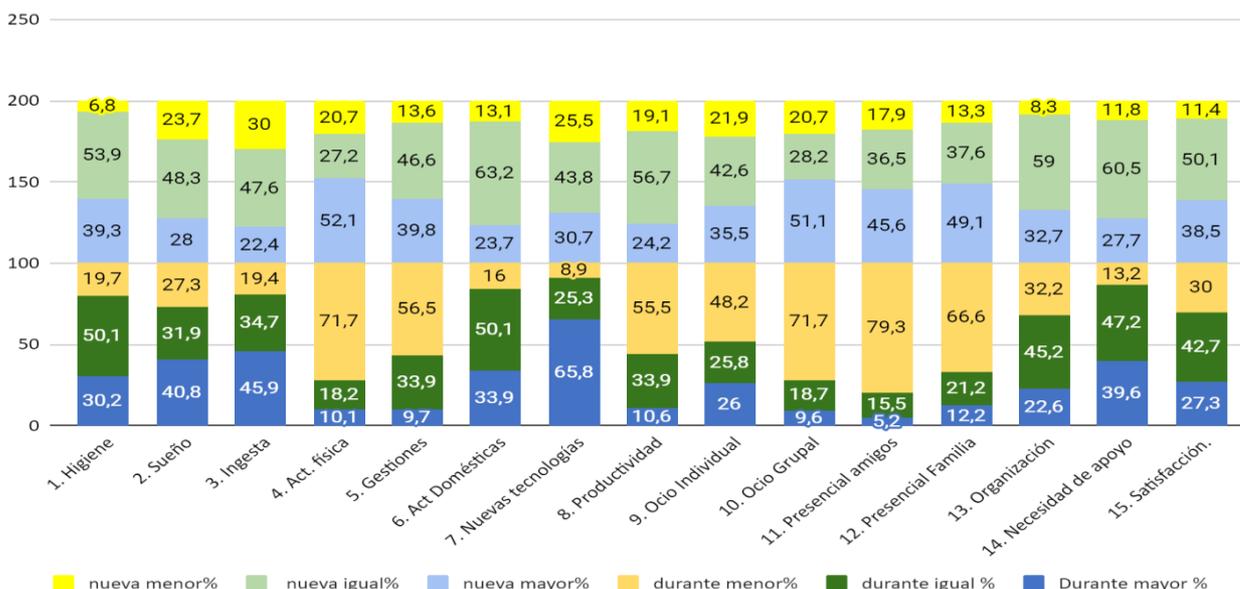
Nota: Elaboración propia.



Puntuación media "pre-covid": 42,04  
Puntuación media "cierre": 33,59  
Puntuación media "normalidad": 41,85

**Figura 1.** Media de las puntuaciones del cuestionario OBQ-E en cada etapa.

Nota: Elaboración propia.



**Figura 2** Comparativa, en porcentajes, del cuestionario ACO entre las fases del cierre de dispositivos y la nueva normalidad.  
 Nota: Elaboración propia

## DISCUSIÓN

De las Heras, en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO)<sup>(11)</sup>, concibe la ocupación humana como “un amplio rango del hacer que ocurre en el contexto del tiempo, del espacio, la sociedad y la cultura. Estos contextos físicos, sociales y culturales se consideran parte de la ocupación humana en cuanto ofrecen condiciones que otorgan oportunidad y demandas particulares que en conjunto con los factores personales del hacer explican la participación única de cada persona o colectivo en las actividades diarias y sus pensamientos y sentimientos relacionados”. Y continúa diciendo: “el impacto ocupacional es el resultado de la interrelación de los factores ambientales y personales con la ocupación a realizar. Cabe mencionar que los factores ambientales son físicos y sociales, condiciones del ambiente como los objetos, espacios físicos, grupos sociales, tareas y eventos con los cuales las personas interactúan dentro o fuera de la situación de trabajo; mientras que, los factores personales son los aspectos propios de la persona que influyen en el hacer, son: la volición, la habituación y la capacidad del desempeño”.

En este estudio el impacto ocupacional durante el confinamiento se verificó como un efecto de intensidad media observada a partir del cuestionario OBQ-E, aunque con un retorno al nivel funcional previo con la vuelta a la nueva normalidad. Este hallazgo sugiere que la capacidad de las personas para mantener el equilibrio ocupacional, así como la rehabilitación psicossocial, tienen un efecto beneficioso en las personas con diagnóstico de trastorno mental severo. Podemos hablar entonces, de una buena capacidad de resiliencia en la población estudiada; término que la Real Academia Española incorporó al Diccionario de la Lengua Española en su edición de 2014<sup>(12)</sup>, definiéndose como “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”. O en un concepto más amplio, la resiliencia es un enfoque positivo y lleno de esperanza sobre las posibilidades de llevar una vida normal en un medio desfavorecido así como la capacidad de afrontamiento, de recuperación e incluso de transformación positiva y de enriquecimiento del ser humano tras haber sufrido las experiencias traumáticas.

Como relatan Asensio-Martínez et al.<sup>(13)</sup>, «la alta resiliencia se encuentra significativamente relacionada con los niveles más bajos de trastornos psicológicos, con una mayor calidad de vida percibida en la salud física, salud mental, y los dominios generales de funcionamiento, con creencias personales más positivas con respecto a la benevolencia del mundo y la gente, la autoestima, y la aleatoriedad de los acontecimientos de la vida, y con creencia reducida en la capacidad de control de los acontecimientos de la vida». Además, en su artículo explican



que «las personas resilientes suelen presentar estilos de afrontamiento orientados a la tarea y/o con reformulación positiva, en vez de centrados en las emociones, siendo un estilo más adaptativo».

La rápida vuelta al nivel funcional premórbido en la nueva normalidad se garantizó por la persistencia de los servicios. Pero esta función de apoyo podría verse amenazada si no se cuida la fragilidad de las redes de apoyo social que sustentan los procesos de rehabilitación. La vulnerabilidad de las redes de apoyo social se evidencia con el nuevo instrumento construido en este estudio, a partir del análisis de los ítems relacionados con actividades de ocio y contacto social del cuestionario ACO, siendo éstos los más afectados por el confinamiento, junto con los relacionados con hábitos saludables (alimentación y ejercicio físico).

Según Cazorla<sup>(14)</sup> «las redes sociales son aquellas personas que se relacionan con un individuo, formando así vínculos sociales y compartiendo tiempo y espacios. Desde los servicios de rehabilitación se trabaja la construcción de redes sociales, mejorando la participación de todas las personas en actividades que conllevan integración comunitaria con el fin de romper los estereotipos que conlleva esta participación». Este acompañamiento y promoción de las capacidades favorece y mejora la autonomía. Obviamente, con los servicios cerrados y realizando intervenciones terapéuticas telefónicas y/u on-line, se perdieron oportunidades de participación.

Es curioso que, a pesar de que el nivel ocupacional baja durante el confinamiento y luego vuelve a recuperarse, en lo relacionado con el nivel de actividad física, como se observa en el ítem 4 del cuestionario ACO e ítem 8 del OBQ-E, no llega a recuperarse del todo en la «nueva normalidad». Este dato se puede contrastar y corroborar con la población general, según un estudio sobre los «Efectos de la COVID 19 en la actividad física y deporte en la población adulta» de la Universidad de Sevilla<sup>(15)</sup>. Entre otros motivos, podemos tener en cuenta que la llamada «nueva normalidad» fue un intento de reajustar nuestra manera de vivir, trabajar e interactuar con las personas, aplicando una serie de medidas para evitar contagiarse mientras se realizan algunas de nuestras actividades diarias. Por tanto, esta «nueva realidad» siguió siendo lamentablemente aún restrictiva. En este mismo estudio, también se detecta que el lugar de realización de la actividad física cambia, aumentando la realización de deporte en casa y al aire libre y disminuyendo en centros deportivos. Si tenemos en cuenta que una parte de las personas con diagnóstico de enfermedad mental grave, realizan la actividad física de una manera dirigida por los propios profesionales de la rehabilitación en salud mental y usando recursos e instalaciones comunitarios que aún permanecían cerrados o con importantes restricciones horarias y de aforo, podríamos justificar que no se recupere a niveles pre-pandemia.

Respecto a la oportunidad de pasar más tiempo con las personas convivientes, recogido en el ítem 5 del cuestionario OBQ-E, las personas evaluadas expresan una importante disminución en la realización de las actividades acompañadas durante el cierre de los dispositivos, a pesar de que los datos sociodemográficos expresan que la mayoría de ellas viven con la familia o en recursos residenciales. Existe una mejoría moderada en la recuperación de las relaciones sociales tras la pandemia aunque sin llegar a datos previos. Son llamativos los datos obtenidos en el ítem 7 del cuestionario OBQ respecto a la percepción del tiempo. Parece que pudiera estar influido, según como constatan varios artículos, por la alteración que muchas personas con trastorno mental tienen en la habilidad para estimar el tiempo; o también por la misma distorsión temporal que, según Camargo-Sánchez et al.<sup>(16)</sup>, tuvo la población general durante el tiempo de pandemia y el confinamiento.

Estos autores señalan que «la salud mental se perjudicó por la pandemia, sin embargo, se desconoce con claridad la forma como se desarrolló dicha afectación a medio y largo plazo. De igual forma, la capacidad de percibir el tiempo es un signo característico de diversos trastornos mentales. En pacientes que sufren desórdenes de las vías dopaminérgicas, como la enfermedad de Parkinson, Huntington y esquizofrenia, la percepción del tiempo está alterada». Diversos estudios proponen que la distorsión del tiempo subjetivo, es decir la no coincidencia con el tiempo objetivo, depende de la previsibilidad de lo que se está esperando y además está mediado por los niveles de atención, de emoción, de expectativa y del contexto del estímulo, los cuales pueden afectar la experiencia sobre la percepción del tiempo.

El estudio de la percepción del tiempo y trastornos mentales de Oyanade et al.<sup>(15)</sup>, considerando la teoría de Zimbardo de cinco dimensiones de orientación temporal y el constructo de equilibrio temporal, compara a personas con trastornos mentales graves y personas saludables, en medidas de orientación y estimación temporal, y además, evalúa si el perfil temporal influye en la calidad de vida relacionada a la salud de personas con trastorno mental. «Existen diferencias significativas entre la muestra clínica y control, en orientación y estimación temporal. Dentro del grupo de pacientes control se observa que tienen mejor salud física, y menos desesperanza. Esta medida puede favorecer intervenciones que se relacionan a un perfil equilibrado». Se



discuten los resultados en relación al aporte de la orientación temporal en la evaluación, tratamiento y calidad de vida de personas con trastorno mental.

Según los autores, Gutiérrez-García et al.<sup>(18)</sup>, los y las pacientes esquizofrénicos son menos precisos en su habilidad para estimar el tiempo, ya que este proceso requiere de memoria de trabajo y recursos atencionales intactos. Los estudios sobre la memoria episódica han sugerido que los y las pacientes que sufren de esquizofrenia pueden recordar que un evento episódico ocurrió, pero no saben cuándo ocurrió; lo que sugiere una desorganización en la percepción del tiempo. Y por último, es llamativo que menos del 6% de la muestra haya realizado algún tipo de actividad laboral, lo que pone de manifiesto, según Rodríguez et al.<sup>(19)</sup>, la oportunidad de mejora que existe en nuestro sistema de protección social, que probablemente hace poco uso de la eficacia demostrada por las intervenciones de rehabilitación laboral, especialmente las de empleo con apoyo. El Instituto Nacional de Estadística<sup>(20)</sup> hace público el informe «El empleo de las personas con discapacidad (EPD)» correspondiente al año 2020. En él, se pone de manifiesto que, un año más, las personas con problemas de salud mental son las que más afectadas se ven por el desempleo dentro del ámbito de la discapacidad. Según recoge el informe, la tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental en 2020 fue del 17,1%.

## Limitaciones del estudio

La gran limitación de este estudio es el tiempo tan reducido en el que se tuvo que desarrollar, debido a la rápida evolución de las circunstancias estudiadas en la primera ola de COVID-19.

En la primera etapa de recogida de datos de la escala OBQ-E se aplicó de forma retrospectiva, lo que podría llevar a un sesgo por parte de los miembros de la muestra, teniendo en cuenta que tenían que recordar y valorar la satisfacción con su equilibrio ocupacional anterior.

El hecho de que el estado de alarma, aunque decretado a nivel estatal, se reguló a nivel de cada comunidad autónoma, hizo que hubiera diferencias en el tiempo de restricciones establecidas, lo que hacía que los datos recogidos en la tercera fase tuvieran una horquilla de tiempo más amplia.

Una dificultad añadida a la fase de recogida de datos era que, en la mayoría de las situaciones, no se pudieron recoger presencialmente y hubo que recurrir a llamadas telefónicas o video llamadas, lo que puede haber conllevado la aparición de sesgos en los resultados.

## Futuras líneas de la investigación

Podría ser interesante mejorar y estandarizar la escala ACO como un instrumento de evaluación en rehabilitación psicosocial. Se podría estudiar la percepción del tiempo que perciben las personas usuarias y cómo gestionan ese tiempo. Otra cuestión sugerente para la investigación puede ser el estudio de las variables y las características de las interacciones sociales en dispositivos de rehabilitación psicosocial. Este aspecto resulta llamativo en los resultados del presente estudio, ya que se puede observar una reducción de la actividad y relaciones interpersonales con personas convivientes durante el confinamiento, pero habiendo un aumento de las nuevas tecnologías para la interacción social. Sería sugerente investigar sobre las actividades y tipo de intervención (online, telefónica entre otros) que se tuvieron que adaptar y crear durante el confinamiento, y cuántas de ellas se han mantenido tras la pandemia.

## Aplicabilidad

El estudio puede ayudar a la comprensión del funcionamiento ocupacional y cómo este se ve alterado ante los cambios sociales, ambientales, etc. También nos muestra cómo este funcionamiento ocupacional se puede restablecer al revertir esos cambios. Gracias a la escala ACO se puede registrar la autopercepción de cambio respecto a una etapa anterior, lo que puede ser un buen instrumento de monitorización en la rehabilitación.

# CONCLUSIÓN

El proceso rehabilitador es el camino que siguen las personas para tener la vida más autónoma y plena posible.



Cuando hablamos de equilibrio ocupacional, es esencial resaltar la subjetividad con que la persona percibe su desarrollo en las diferentes actividades y su satisfacción con las mismas. Ante situaciones graves, en las que la vida de las personas se ven alteradas, su equilibrio ocupacional disminuye, pudiendo recuperarse éste a niveles iguales o similares a los iniciales, de forma rápida, cuando las condiciones anteriores mejoran. Durante la pandemia se han generado nuevas formas de comunicación con los demás, que se han perpetuado tras la misma. Un aspecto significativo es la distorsión del tiempo y uso del mismo, cuestiones ya comentadas en la discusión, que influyen en el equilibrio ocupacional. Durante el confinamiento resulta patente una alteración en las actividades de la vida diaria como son la alimentación, sueño y descanso, ejercicio físico, etc., lo que altera el equilibrio ocupacional de las personas.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de los y las terapeutas ocupacionales que han participado en el estudio reclutando a las personas evaluadas y enviando los datos. Así como a las organizaciones públicas y privadas donde trabajan. A la Universidad Miguel Hernández y a la investigadora Paula Peral Gómez por la autorización para usar su investigación en español de la versión del OBQ-E. A la FEARP, por apoyar el grupo de trabajo de terapia ocupacional con el que se desarrolló este proyecto, y la difusión para dar a conocer el estudio. Al Dr. Martín Vargas Aragón por el apoyo para el análisis de los datos obtenidos. Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses y que este estudio no ha recibido financiación alguna.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Las autoras han participado en todo el proceso de elaboración de este artículo: diseño del estudio, confección, recogida y análisis de datos, redacción y revisión del artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Boletín Oficial del Estado nº67, 14 de marzo de 2020)
2. Flores Águila MA, Verdugo Huenumán WA, Vásquez Oyarzún CA, Mandiola Godoy D, Hichins Arismendi M. Impacto ocupacional por cuarentena obligatoria: el caso de la región de Magallanes y Antártica Chilena: Occupational impact due to mandatory quarantine: The Case of the Magallanes and Chilean Antarctic Region. TOG (A Coruña) [Internet]. 30 de noviembre de 2020 [citado 26 de enero de 2022];17(2):168-76. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/87>
3. Pfefferbaum B, North C S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. The New England Journal of Medicine. 2020; 383, 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
4. Hernando Pina M, Valverde Eizaguirre MA. Respuestas en el contexto del estado de alarma debido a la pandemia de COVID-19, Una perspectiva socio-ocupacional. Revista chilena de Terapia Ocupacional. 2021; 21(1) 81-90
5. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy, (4th. ed.). 2021
6. WFOT [internet]. Public Statement - Occupational Therapy Response to the COVID-19 Pandemic. [Consultado el 22 de diciembre de 2020]. disponible en <https://www.wfot.org/about/public-statement-occupational-therapy-response-to-the-covid-19-pandemic#entry:22326>
7. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Álvarez de Mon MA, Quintero J. COVID y Salud Mental. Medicine. 2020; 13(23):1285-96
8. Gómez Lillo S. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2006; (6), 47. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2006.111>
9. Bejerholm U. Occupational Balance in People with Schizophrenia. Occupational Therapy in Mental Health. 2010; 26(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/01642120802642197>
10. Peral-Gómez P, López-Roig S, Pastor-Mira MÁ, Abad-Navarro E, Valera-Gran D, Håkansson C, Wagman P. Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Occupational Balance Questionnaire: An Instrument for Occupation-Based Research. Int J Environ Res Public Health. 2021; 14; 18(14):7506. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147506>
11. De las Heras C. Modelo de Ocupación Humana. Edición original. Chile. Paradiso Editores;2015



12. Real Academia Española. (s.f. f.). Definición de resiliencia. Edición de 2014. Recuperado el 13 de junio de 2018, de <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>
13. Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. INFAD Revista de Psicología. 2017; (2), 231-242
14. Cazorla Palomo J. Análisis del mundo asociativo «en primera persona» en salud mental en Cataluña. [Analysis of The First-Person Associations in Mental Health in Catalonia]. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 2018; 25, 115-132. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.06>
15. Quintana-Montero JR. Efectos de la COVID 19 en la actividad física y deporte en la población adulta. Máster oficial en Actividad física y calidad de vida en personas adultas y mayores de la Universidad de Sevilla. 2020.
16. Camargo-Sánchez A, Vargas R. Percepción de tiempo, salud mental en tiempos de pandemia por COVID-19 y cuarentenas. Univ. Salud. 2022; 24(2):197-204. <https://doi.org/10.22267/rus.222402.272>
17. Oyanade C, Buela Casal G. Percepción del tiempo y psicopatología: influencia de la orientación temporal en la calidad de vida de los trastornos mentales graves. Actas españolas de psiquiatría. 2014; vol 42 ( 3) 99-107
18. Gutiérrez-García A, Reyes-Platas D, Picazo O. Percepción del tiempo en la neuropsicopatología: una revisión sistemática. Psiquiatría Biológica. 2017; vol 24 (3)85-96
19. Rodríguez F, Caballero N, Tallo E, Méndez M, Hernández MC, López S, Vilchez de León P, González-Dávila E. Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. Gaceta Sanitaria. 2018; 32(6), 513-518.
20. Informe «El empleo de las personas con discapacidad (EPD)» Instituto Nacional de Estadística. 2020

Derechos de persona autora

