



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Propuesta de intervención para el manejo del
estrés postraumático y apoyo en salud mental
a través de terapia ocupacional

-

Intervention proposal for post-traumatic
stress management and mental health
support through occupational therapy

Autor/a

Hanhan Chen

Director/a

Marta Pilar Jiménez Cortés

Facultad de Ciencias de la Salud

2024/2025

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
2. Objetivos	7
3. Metodología.....	8
4. Plan de Intervención	9
4.1. Evaluación Inicial.....	9
4.2. Intervención Ocupacional	12
4.3. Seguimiento y Monitoreo	18
4.4. Plan de Alta	18
5. Discusión	19
6. Conclusiones	20
7. Bibliografía	21
8. Anexos	24

RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición común entre veteranos militares, derivada de experiencias traumáticas vividas en conflictos armados. Este trastorno puede afectar profundamente su calidad de vida y funcionalidad, obstaculizando su integración en la vida civil y dificultando su desempeño en actividades significativas.

Este Trabajo de Fin de Grado propone una intervención en Terapia Ocupacional para el manejo del TEPT en veteranos militares, enfocándose en el apoyo a la salud mental y en la reintegración a la vida cotidiana. La propuesta incluye técnicas ocupacionales y estrategias de afrontamiento diseñadas para reducir los síntomas, mejorar la participación y promover un bienestar integral. A través de esta intervención, se espera contribuir a la rehabilitación de veteranos, fortaleciendo la evidencia sobre el papel de la Terapia Ocupacional en el tratamiento del TEPT y el apoyo en salud mental.

PALABRAS CLAVES

Estrés Postraumático, Terapia Ocupacional, Salud Mental, Veteranos Militares, Actividades de la Vida Diaria

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a common condition among military veterans, stemming from traumatic experiences in armed conflict. This disorder can profoundly affect their quality of life and functionality, hindering their integration into civilian life and making it difficult for them to perform meaningful activities.

This Degree Final Project proposes an Occupational Therapy intervention for the management of PTSD in military veterans, focusing on mental health support and reintegration into everyday life. The proposal includes occupational techniques and coping strategies designed to reduce symptoms, improve participation and promote holistic well-being. Through this intervention, it is hoped to contribute to the rehabilitation of veterans, strengthening the evidence for the role of Occupational Therapy in the treatment of PTSD and mental health support.

KEY WORDS

Post-traumatic Stress Disorder, Occupational Therapy, Mental Health, Military Veterans, Activities of Daily Living

1. INTRODUCCIÓN

Diferentes autores han encontrado que, los militares que regresan de misión con lesiones permanentes suelen tener problemas de inserción social. En muchas ocasiones se les abre un expediente de pérdida de aptitud psicofísica, que termina en la declaración de incapacidad permanente para el servicio. Deben reinventarse, y no son pocas las veces que encuentran dificultades burocráticas o tienen que enfrentarse al estigma social. Entre las lesiones más frecuentes, se encuentran: amputaciones, quemaduras, deterioro de las extremidades, parálisis, trastorno por estrés postraumático (TEPT), lesiones de la médula espinal, lesiones cerebrales, daños a los nervios y órganos, y pérdida de visión o audición. Cabe destacar que, las lesiones psíquicas, a pesar de ser invisibles, pueden tener consecuencias devastadoras en la vida profesional, familiar o social de la persona que las sufre(1,2).

La presente propuesta tiene como objetivo diseñar un plan de intervención enfocado en el uso de estrategias de Terapia Ocupacional para un tratamiento del TEPT en grupo. La Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) define la terapia ocupacional como profesionales de la salud que trabajan con personas, grupos y comunidades en diversos entornos para promover la participación en ocupaciones que dan valor y sentido a la vida. Además, también realizan modificaciones en las ocupaciones y el entorno para que la participación sea posible, apoyando el compromiso ocupacional(3,4).

Este plan tiene una duración de 8 semanas, con sesiones de 3 días a la semana, y está dirigido a mejorar la funcionalidad, el bienestar emocional y la participación en actividades significativas de los veteranos. A lo largo de este proceso, se contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario conformado por psicólogo, psiquiatra, enfermera en salud mental, trabajador social y terapeuta ocupacional.

Los veteranos militares a menudo enfrentan una serie de síntomas físicos y psicológicos como consecuencia de su servicio. Entre los más comunes incluyen revivir el trauma a través de flashbacks, pesadillas o pensamientos intrusivos. También pueden evitar situaciones que les recuerden el conflicto, experimentar una constante sensación de hiperalerta, y sufrir de insomnio o irritabilidad. Estos síntomas pueden dificultar su reintegración en la vida civil,

ya que sienten desconexión emocional y tienen problemas para conectar con amigos, familiares o la sociedad en general(5).

Además de los problemas emocionales y psicológicos, muchos veteranos enfrentan secuelas físicas. Las lesiones cerebrales traumáticas, comunes en quienes han estado expuestos a explosiones, pueden afectar la memoria, la concentración y las capacidades cognitivas. A esto se suman las lesiones físicas como el dolor crónico o trastornos musculoesqueléticos, especialmente en articulaciones o la espalda, debido a las exigencias físicas del servicio(6).

La depresión es otro síntoma frecuente, particularmente relacionado con la sensación de aislamiento o con el dolor crónico. Además, algunos veteranos recurren al consumo de sustancias como el alcohol o las drogas para manejar su malestar emocional(6).

Para abordar estos problemas, la reintegración a la vida civil puede ser un desafío. Muchos veteranos luchan por adaptarse a un entorno que les resulta ajeno, lo que agrava su sensación de alienación y empeora su bienestar mental.

El principal objetivo del plan de intervención es mejorar la calidad de vida de los veteranos mediante el fortalecimiento de su funcionalidad ocupacional, la mejora de su bienestar emocional y su integración efectiva en la vida civil, incorporando apoyo farmacológico.

Para ello, se ha utilizado la cuarta edición del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (OTPF-4) y el Modelo de Ocupación Humana (MOHO).

El OTPF es un documento elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional que describe los conceptos centrales de la profesión, los cuales fundamentan su práctica. Este marco construye una comprensión común de los principios básicos y de la visión de la terapia ocupacional, proporcionando un lenguaje unificado para los profesionales del área. En él, se detalla cómo debe desarrollarse el proceso de la terapia ocupacional, lo que incluye la evaluación, la intervención y el seguimiento. Por lo tanto, durante esta intervención se siguió el proceso establecido por el OTPF para garantizar un enfoque estructurado y coherente en el tratamiento del TEPT(7,8).

El MOHO es un modelo conceptual de la terapia ocupacional, centrado en la persona y en la ocupación, y basado en la evidencia. Considera a las personas como sistemas abiertos y dinámicos, compuestos por tres elementos fundamentales: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño. Estos elementos, junto con el ambiente, interactúan entre sí de manera interdependiente, influyendo en la participación de la persona en actividades significativas(9).

Según el MOHO, que apoya la práctica centrada en la ocupación, la función ocupacional se logra cuando el individuo satisface sus propias necesidades y las expectativas del entorno. Para ello, es fundamental que la persona mantenga un equilibrio entre el trabajo, el ocio y las actividades de autocuidado en su vida diaria. En el caso de las personas con TEPT, este equilibrio se ve afectado, ya que suelen perder su ocupación principal, lo que también conlleva la pérdida de un rol que les identifica. Debido a su estado anímico, pierden la motivación por actividades placenteras y descuidan el autocuidado, lo que incluye hábitos como el sueño, aspecto fundamental para las personas con problemas de salud mental. Por ello, a lo largo de la intervención, se hará especial énfasis en la importancia de restablecer y mantener este equilibrio ocupacional(10,11).

2. OBJETIVOS

Objetivos generales:

Desarrollar un programa de intervención de Terapia Ocupacional de manejo del estrés postraumático y apoyo en salud mental en veteranos de guerra

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades de afrontamiento frente al estrés: Enseñar técnicas para manejar situaciones estresantes de manera eficaz y saludable.
- Facilitar la reintegración en actividades de la vida diaria y roles significativos: Ayudar al paciente a recuperar hábitos, rutinas y roles importantes en su vida.
- Fomentar la participación en actividades sociales y comunitarias: Promover interacciones con otras personas y la integración en la comunidad.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura relacionada con el estrés postraumático en veteranos, y su tratamiento, además de la búsqueda de recursos públicos y privados en diferentes países.

Para ello, se consultaron distintas bases de datos que incluyen Scopus, Alcorze, PubMed, Dialnet, Google Académico, así como la Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG). La estrategia de búsqueda empleada en dichas bases de fue la combinación de las palabras clave: veteranos, TEPT, depresión, ansiedad, guerra, reinserción.

Criterios de Búsqueda

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados entre los años 2000 a 2025.
- Idiomas: inglés, francés, español, italiano, portugués.
- Países: todos.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos anteriores a 2000.
- Otros idiomas.
- Con metodología dudosa (muestra escasa, diseño incorrecto, poco control de variables).

La búsqueda de información se complementó con la revisión de páginas oficiales de defensa, asociaciones de veteranos y organismos públicos del país con el fin de identificar los sistemas de ayuda y prestaciones, qué problemas principales se abordan, qué recursos (legales, sanitarios y sociales) existen para favorecer su recuperación e inclusión, y diseñar una intervención desde Terapia Ocupacional adaptada a la realidad.

Sistema de Derivación de Pacientes

Los pacientes son derivados principalmente por el psiquiatra o el médico de atención primaria, quienes identifican sintomatología compatible con TEPT. Pueden encontrarse en régimen ambulatorio, por lo tanto, derivado de consultas externas, o estar ingresados en un hospital general, y se considera su inclusión en la intervención grupal desde Terapia Ocupacional en el hospital de día como parte del abordaje integral, ya que no siempre requieren

hospitalización completa. Además, permite ofrecer terapia intensiva varias horas al día, con apoyo de diferentes profesionales, que ayuda a trabajar la reintegración en su entorno real de manera progresiva al no romper del todo la conexión con la vida diaria (familia, actividades cotidianas)(12). Por otra parte, muchos veteranos tienen riesgo de empeoramiento o abuso de sustancias, por lo que estar en un hospital de día facilita el seguimiento diario, permite detectar signos de crisis precozmente y ajustar el tratamiento(13). A nivel de costes, es menor en comparación con una hospitalización completa(14).

4. PLAN DE INTERVENCIÓN

4.1. Evaluación Inicial

Antes de llevar a cabo la entrevista inicial, la terapeuta revisará el historial clínico del paciente, los resultados obtenidos en las pruebas realizadas, así como las experiencias previas que se hayan documentado, a fin de contar con una comprensión integral de su situación y necesidades.

El objetivo principal de este proceso consiste en adquirir una comprensión profunda y holística de las necesidades, capacidades y limitaciones específicas que presenta el veterano en relación con las diferentes áreas de desempeño ocupacional. Esto implica identificar tanto los aspectos en los que muestra fortalezas como aquellos en los que enfrenta dificultades, para diseñar estrategias personalizadas que promuevan su bienestar, autonomía y calidad de vida en el contexto de sus actividades cotidianas(15).

Herramientas de evaluación:

- **Entrevista abierta:** el paciente puede hablar libremente sobre sus experiencias, preocupaciones o necesidades, sin un esquema rígido de preguntas, facilitando un diálogo más espontáneo.
- **Observación directa individual,** la terapeuta analiza el comportamiento, las emociones y las acciones del paciente en actividades realizadas solo, **y grupal,** evalúa cómo el paciente interactúa con otras personas, su comunicación, integración social y manejo de conflictos dentro de un grupo.
- **Soporte social:** analizar la calidad y cantidad de apoyo que recibe de su red social (amigos, familia, comunidad).

- **Entrevista familiar:** preguntar por los síntomas de TEPT (hipervigilancia, reviviscencias, evitación...), las habilidades de afrontamiento actuales (explorar cómo el paciente enfrenta el estrés o si utiliza estrategias saludables o estrategias no funcionales como el aislamiento, el uso de sustancias o la negación), el nivel de participación en actividades significativas tales como si se involucra en actividades que considera importantes o satisfactorias (como hobbies, responsabilidades laborales o actividades recreativas), y la identificación de barreras en la transición a la vida civil (dificultades para encontrar trabajo o mantener estabilidad laboral, problemas para establecer una rutina diaria fuera del entorno militar, sentimientos de aislamiento o desconexión de la comunidad)(16).

Se llevarán a cabo las pruebas correspondientes en colaboración con el psicólogo para evaluar la presencia de TEPT, ansiedad y depresión en caso de no estar registrada en el historial clínico del paciente, o si ha transcurrido un periodo considerable de tiempo desde la última vez que se realizó este tipo de examen. Así como la valoración del desempeño ocupacional. Esto garantizará que se disponga de información actualizada y precisa para un diagnóstico adecuado y el desarrollo de un plan de intervención ajustado a las necesidades actuales del paciente.

- La **Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)** mide la frecuencia e intensidad de los síntomas del TEPT con puntuaciones de 0 a 3. Consta de 21 ítems basados en los criterios del DSM-5, agrupados en cuatro categorías: reexperimentación (5 ítems, de 0 a 15 puntos), evitación conductual o cognitiva (3 ítems, de 0 a 9 puntos), alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (7 ítems, de 0 a 21 puntos) y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (6 ítems, de 0 a 18 puntos). Un síntoma se considera presente si alcanza una puntuación de al menos 2 en su ítem correspondiente, y el rango total de la escala oscila entre 0 y 63 puntos. Además, incorpora cuatro ítems adicionales para evaluar síntomas disociativos, dada su relevancia en el DSM-5, y seis ítems que valoran el impacto funcional asociado al evento traumático(17). (Anexo I)

- La **Escala de Ansiedad de Hamilton** es una herramienta sencilla y autoaplicada que consta de 14 preguntas diseñadas para evaluar el nivel de ansiedad de una persona. Cada pregunta describe un síntoma típico de ansiedad, como "¿Se siente preocupado o con miedo de que algo malo pueda pasar?". Las respuestas se califican en una escala del 0 al 4, donde 0 significa "No lo siento" y 4 "Casi siempre o totalmente. La puntuación total se interpreta de la siguiente manera: 0-17 puntos se trata de una ansiedad leve o inexistente, 18-24 puntos representa una ansiedad moderada y 25-30 puntos o más, ansiedad severa(18). (Anexo II)
- El **Inventario de Depresión de Beck** consta de 21 ítems, que se presentan en tres frases de formulación gradual y son valorados en una escala de 0-3 en función de la gravedad que representa. La persona debe elegir la frase que mejor se ajuste a cómo se siente. Las preguntas cubren los aspectos más comunes de la depresión: humor, pesimismo, sollozos, sentido del fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-odio, auto-acusación, deseos auto-punitivos, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas y pérdida de libido. Por lo tanto, abarca manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la depresión(19). (Anexo III)
- El **Cuestionario Ocupacional** es una herramienta que evalúa las actividades que la persona realiza habitualmente. Está dividido en dos partes: En la primera parte, se le pide a la persona que recuerde las actividades que ha realizado en las últimas semanas y que identifique lo que normalmente hace durante un día de lunes a viernes. Para ello, debe anotar todas las actividades que realiza cada media hora, desde que se levanta hasta que se acuesta. En la segunda parte, se hacen preguntas relacionadas con cada una de las actividades registradas y se solicita que las clasifique en cuatro categorías: trabajo, actividades de la vida cotidiana, recreación y descanso. Esto nos permite recopilar información detallada sobre diversos aspectos de su vida diaria, como su rutina habitual, las actividades domésticas que realiza, las tareas relacionadas con el cuidado personal y la vida cotidiana, así como las

actividades de ocio, tiempo libre y descanso. Esta información ofrece una visión integral de cómo organiza su tiempo y prioriza sus ocupaciones. (Anexo IV)

El tratamiento de los trastornos psicotraumáticos es un proceso complejo y delicado, en el que no bastan las buenas intenciones(20). Además de efectuar la adecuada evaluación diagnóstica, desde la primera entrevista la prioridad debe ser el establecimiento y la consolidación de una relación de confianza o alianza terapéutica fuerte(21).

4.2. Intervención Ocupacional

Recursos Necesarios

Recursos humanos	Recursos materiales
• Terapeuta ocupacional • Psiquiatra • Psicólogo • Trabajador social • Enfermera	• Sala de trabajo en el hospital de día • Materiales necesarios especificados en cada actividad

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Diagnosticado de TEPT
- Mayores de 18 años
- Pacientes dispuestos a participar activamente en un entorno grupal de hospital de día
- Pacientes que no estén en crisis aguda, pero con necesidad de apoyo emocional
- Pacientes cuya salud física está suficientemente estabilizada

Criterios de Exclusión:

- Pacientes en crisis aguda o con riesgo inminente de autolesión, suicidio o agresividad que requieran supervisión constante y atención hospitalaria
- Problemas de adherencia al tratamiento o a la participación grupal
- Pacientes con trastornos de abuso de sustancias graves

- Pacientes con discapacidades físicas severas
- Pacientes que no tienen un entorno seguro para regresar después de las sesiones
- Pacientes con deterioro cognitivo grave

Cabe señalar que este programa se desarrolla dentro de un hospital de día, lo que permite el uso de instalaciones específicas y la intervención con pacientes que ya están en régimen de hospital de día.

1ª Fase. Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento

Fase 1	
Duración	2 semanas
Objetivos	• Enseñar técnicas de relajación para reducir el estrés y mejorar el autocontrol. • Identificar disparadores de estrés y respuestas automáticas mediante registros de emociones, ayudando a reconocer y modificar patrones disfuncionales(22). • Exponer gradualmente a situaciones de ansiedad para trabajar en la desensibilización controlada. • Entrenar en anclaje al presente y reestructuración cognitiva para reducir pensamientos intrusivos y mejorar la regulación emocional. • Fomentar hábitos de autocuidado (relajación, actividad física, descanso) para promover el bienestar físico y emocional(23).

Nota: Tabla de elaboración propia

Semana 1/2	Lunes	Miércoles	Viernes
45 min	"Buenos Días"		
15 min	Descanso		

45 min	Taller de Relajación	Vivir el Presente	Diario de Emociones
15 min	Descanso		
45 min	Trabajo Corporal	Identificación de Disparadores	Role-Playing
45 min	Descanso/Socialización		
30 min	Reestructuración Cognitiva	Autonomía Personal	Planificación del Fin de Semana
45 min	Reunión de Equipo		

Talleres comunes de todas las fases

Talleres específicos de cada fase

Nota: Tabla de elaboración propia

Al final del documento (Anexo V) se incluyen tablas que detallan en qué consiste cada taller.

2ª Fase. Reintegración en AVDs y Roles Significativos

Fase 2	
Duración	2 semanas
Objetivos	• Ayudar a identificar actividades significativas que proporcionen propósito y estructuren el tiempo de los pacientes. • Crear un plan estructurado que combine actividades diarias y lúdicas, priorizando aquellas que fomenten el bienestar emocional y el logro personal. • Fomentar la participación en actividades de ocio, como actividades físicas y placenteras, para que los pacientes aprendan a autovalidarse y disfrute.

	• Organizar actividades que refuercen el autoconcepto, comenzando con tareas supervisadas y promoviendo la confianza a través de actividades grupales y roles individuales progresivos. • Informar al paciente sobre posibles aumentos de impulsividad, irritabilidad o intención de consumo de sustancias durante el proceso que son normales en las que debe controlarlo.
--	--

Nota: Tabla de elaboración propia

Semana 3/4	Lunes	Miércoles	Viernes
45 min	"Buenos Días"		
15 min	Descanso		
45 min	Taller de Relajación	Vivir el Presente	Diario de Emociones
15 min	Descanso		
45 min	Trabajo Corporal	Taller de Geografía	Role-Playing
45 min	Descanso/Socialización		
30 min	Role-Playing	Debate-Noticias	Planificación del Fin de Semana
45 min	Reunión de Equipo		

 Talleres comunes de todas las fases

 Talleres específicos de cada fase

Nota: Tabla de elaboración propia

3ª Fase. Fomento de la Participación en Actividades Sociales y Comunitarias

Fase 3	
Duración	2 semanas
Objetivos	• Fomentar la conexión social a través de actividades comunitarias (comentarlo con trabajo social), promoviendo un sentido de utilidad. • Mejorar la asertividad, empatía y comunicación efectiva(24). • Ajustar y planificar actividades diarias, laborales o comunitarias para mejorar la adaptación de los pacientes(25). • Promover actividades en las que los pacientes se sienta competente, y facilite la expresión emocional a través de actividades creativas y lúdicas(26). • Tomar decisiones sobre el tratamiento de manera conjunta entre el paciente y el terapeuta.

Nota: Tabla de elaboración propia

Semana 5/6	Lunes	Miércoles	Viernes
45 min	"Buenos Días"		
15 min	Descanso		
45 min	Taller de Relajación	Vivir el Presente	Diario de Emociones
15 min	Descanso		
45 min	Trabajo Corporal	Habilidades Sociales	Role-Playing
45 min	Descanso/Socialización		
30 min	Role-Playing	Taller de Autoestima	Planificación del Fin de Semana

45 min	Reunión de Equipo
--------	-------------------

Talleres comunes de todas las fases

Talleres específicos de cada fase

Nota: Tabla de elaboración propia

4ª Fase. Promoción de la Independencia en la Gestión de Síntomas y Emociones

Fase 4	
Duración	2 semanas
Objetivos	• Fomentar la comunicación abierta con el terapeuta para ajustar el ritmo y la intensidad del tratamiento según sea necesario. • Preparar al paciente para el entorno laboral mediante la práctica de entrevistas, preparación del currículum y manejo del estrés laboral. • Incrementar la capacidad de los pacientes para monitorear y gestionar sus síntomas de forma autónoma. • Planificación de estrategias para prevenir recaídas, así como identificar situaciones de riesgo y desarrollar medidas para manejarlas.

Nota: Tabla de elaboración propia

Semana 7/8	Lunes	Miércoles	Viernes
45 min	"Buenos Días"		
15 min	Descanso		
45 min	Taller de Relajación	Vivir el Presente	Diario de Emociones

15 min	Descanso		
45 min	Trabajo Corporal	Taller de Psicoeducación	Role-Playing
45 min	Descanso/Socialización		
30 min	Role-Playing	Prevención de Recaídas	Planificación del Fin de Semana
45 min	Reunión de Equipo		

 Talleres comunes de todas las fases

 Talleres específicos de cada fase

Nota: Tabla de elaboración propia

4.3. Seguimiento y Monitoreo

Antes del alta, con el fin de realizar un seguimiento y monitoreo adecuado, se llevan a cabo reevaluaciones de las pruebas del TEPT para determinar si ha habido una mejora en el trastorno.

Se citará a los pacientes a una sesión individual en la que se discutirán y explicarán detalladamente los resultados de las pruebas realizadas. Además, durante la reunión del equipo, se abordará con el trabajador social los intereses y las necesidades específicas de cada paciente, con el objetivo de evaluar la viabilidad de su participación en programas de voluntariado, oportunidades laborales o en los diversos servicios de apoyo disponibles en la comunidad.

4.4. Plan de Alta

El paso final de la intervención es el plan de alta, que tiene como objetivo asegurar una transición exitosa del paciente hacia su vida cotidiana, manteniendo los logros alcanzados durante el tratamiento.

La orientación y educación a familiares y cuidadores es clave en el tratamiento del TEPT, ayudándoles a comprender mejor el trastorno, sus síntomas y desencadenantes. Esto les proporciona herramientas para apoyar

efectivamente al paciente, incluyendo el uso del refuerzo positivo para fomentar comportamientos positivos y fortalecer la confianza.

También se recomienda al paciente la conexión con redes de apoyo comunitarias y recursos profesionales que pueden ofrecer asistencia a largo plazo. Esto incluye grupos de apoyo, servicios de salud mental y otros recursos que ayuden a sostener la recuperación del paciente una vez que finalice el tratamiento.

En esta última parte, se realiza una revisión detallada de los logros alcanzados a lo largo de la intervención. Se identifican las áreas que aún pueden necesitar trabajo y se ofrecen recomendaciones para el futuro. Busca garantizar que el paciente cuente con las herramientas necesarias para mantenerse estable y continuar su proceso de recuperación de manera autónoma, apoyado por su entorno y recursos disponibles.

5. DISCUSIÓN

La propuesta presentada se alinea con la literatura existente sobre la necesidad de enfoques multidisciplinarios en el tratamiento del TEPT, especialmente en colectivos vulnerables como los veteranos militares. Las aportaciones de la Terapia Ocupacional no solo complementan los abordajes médicos y psicológicos, sino que ofrece una perspectiva centrada en la funcionalidad, el significado de las actividades y la reconstrucción del rol personal y social.

Según el estudio de Held et al. (2024) analiza la eficacia de programas intensivos de tratamiento (ITP) basados en la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), con una duración de 2 o 3 semanas, aplicados en veteranos con TEPT. Sin embargo, aunque se demuestra la eficacia clínica en la reducción sintomática, se enfoca principalmente en un modelo psicoterapéutico individual, con menor atención a dimensiones funcionales y ocupacionales del día a día del veterano(27). Desde la Terapia Ocupacional, se aporta una visión centrada en el equilibrio ocupacional y en el fortalecimiento de roles significativos, a diferencia de otras propuestas tradicionales para veteranos centradas principalmente en el tratamiento farmacológico o psicológico individual, esta intervención introduce un enfoque grupal estructurado en fases, basado en la ocupación significativa, la

planificación de la vida diaria, y la promoción activa de la participación comunitaria. Asimismo, se plantea la utilización de herramientas específicas de evaluación ocupacional y la coordinación directa con un equipo multidisciplinar para favorecer una atención integral y sostenida en el tiempo, algo que muchos programas internacionales consultados tratan de manera más fragmentaria.

La intervención se fundamenta en los principios establecidos por Kielhofner en el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y el Marco para la Práctica de Terapia Ocupacional (OTPF-4), los cuales enfatizan la importancia de la participación ocupacional significativa y el entorno en la recuperación en salud mental.

Sin embargo, el programa también presenta limitaciones. Al tratarse de una propuesta teórica, no se ha implementado ni evaluado en población real. Además, el contexto de hospital de día requiere recursos humanos y materiales estables que pueden no estar disponibles en todos los centros. Sería interesante plantear estudios piloto para validar su eficacia y adaptarlo a otros contextos.

6. CONCLUSIONES

La intervención diseñada muestra el potencial de la Terapia Ocupacional como herramienta clave en la recuperación de pacientes con TEPT, especialmente en el contexto de veteranos militares. A través de un enfoque centrado en la ocupación, se trabaja en la gestión de síntomas, el restablecimiento de rutinas significativas y la mejora de la integración social y emocional.

Este trabajo contribuye a visibilizar la importancia de considerar la funcionalidad y la participación en la vida diaria como objetivos terapéuticos prioritarios, además del alivio sintomático. También destaca la necesidad de incorporar a la Terapia Ocupacional en equipos multidisciplinarios que abordan la salud mental desde una perspectiva integral.

Se espera que esta propuesta sirva como base para futuras implementaciones prácticas y estudios de investigación que permitan validar su efectividad en entornos reales, adaptándola a las necesidades de cada paciente y centro.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sosa P, Alonso AG, Bardera P. Discapacidad militar: revisión de recursos psicosociales en los ejércitos de nuestro entorno. Sanid Mil. Septiembre de 2022;78(3):159–171.
2. Ruiz-Moya I, Talavera-Colilla M. Investigación de terapia ocupacional sobre la conceptualización de salud y enfermedad mental. Acercamiento al perfil y desempeño ocupacional de las personas con psicopatología. Rev Ter Ocupacional Galicia. 31 de mayo de 2024;21(1):8–19.
3. Rojo Pardo C, Iñiguez-Rueda L. Inclusión psicosocial de personas con trastorno mental en España y américa latina: revisión bibliográfica. Revisión sobre inclusión psicosocial de las personas con trastorno mental. Rev Ter Ocupacional Galicia. 30 de noviembre de 2021;18(2):138–152.
4. World Federation of Occupational Therapists. About occupational therapy [Internet]. Londres: World Federation of Occupational Therapists [citado 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ª ed. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2014. p. 321-330.
6. Tanielian T, Jaycox LH, Adamson DM, Burnam MA, Burns RM, Caldarone LB, et al. Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery [Internet]. Santa Mónica: RAND Corporation; marzo de 2008 [citado 24 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html>
7. Lozano MO, Pina MH, Salado RG. El marco de trabajo para la práctica profesional de la AOTA y otras teorías, encuentros y desencuentros. Rev Ter Ocupacional Galicia. 15 de febrero de 2022;19(1):26–29.
8. Marcilla YR, Muñoz AR, Zapata-Jiménez M. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Evolución histórica. Rev Ter Ocupacional Galicia. 15 de febrero de 2022;19(1):9–15.
9. Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional de la FEARP. Terapia ocupacional y rehabilitación psicosocial: estudio descriptivo de la situación actual en España. Rev Ter Ocupacional Galicia. 31 de mayo de 2023;20(1):19–28.

10. Martín AS, Roig SL, Gómez PP. Concepto de equilibrio ocupacional en estudiantes de 1º de grado de terapia ocupacional de la Universidad Miguel Hernández. *Rev Ter Ocupacional Galicia*. 2017;14(26):427–435.
11. Kielhofner G. *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2004.
12. Torres Soto JF. Aportaciones del modelo dimensional del dsm-5 y del inventario pid-5, al diagnóstico y tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Aplicación en un hospital de día [Internet]. Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2018 [citado 29 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=229929>
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de Día Estándares y recomendaciones [Internet]. ResearchGate. Mayo de 2009 [citado 29 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305331263_Hospital_de_Dia
14. Hernando Ortiz L, Hinojosa Mena-Bernal C, González Sarmiento E, González Guilabert I, Arana Ruiz J, Muñoz Moreno MF. Rentabilidad de un hospital de día: análisis de actividad, coste y eficacia. *Gac Sanit*. 1 de julio de 2012;26(4):360-365.
15. Sanz Valer P, Bellido Mainar JR. Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos de psiquiatría. *Rev Ter Ocupacional Galicia*. 2012;9(15):1-10.
16. Peñas-Felizzola OL, Gómez-Galindo AM, Parra-Esquivel EI. Participación de terapia ocupacional en contextos de conflicto armado y postconflicto [Internet]. ResearchGate. 2015 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/286235977>
17. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Ter Psicológica*. Julio de 2016;34(2):111–128.
18. Lobo A, Camorro L, Luque A, et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*. 2002;118(13):493-499.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. Junio de 1961;4:561-571.

- 20.Mingote Adán JC, Menjón Beltrán F, Mingote Bernad B. Tratamiento de víctimas de la guerra con trastorno de estrés postraumático. Encuentros Multidiscip. Mayo-agosto de 2022;24(71):30.
- 21.Frechín ES. La valoración de dependencia y su baja demanda tras los primeros episodios agudos en salud mental. Rev Ter Ocupacional Galicia. 30 de noviembre de 2022;19(2):165–169.
- 22.Rincón PP, Labrador Encinas FJ. Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. Análisis Modif Conducta. 2002;28(122):905–934.
- 23.Barana AC, Bermúdez TM. Trivial de las actividades de la vida diaria. Rev Ter Ocupacional Galicia. 31 de mayo de 2021;18(1):64–66.
- 24.Gómez Tolón J. Habilidades y destrezas en terapia ocupacional. Zaragoza: Mira Editores; 2000.
- 25.Gómez Tolón J, Salvanés Pérez R. Terapia ocupacional en psiquiatría. Zaragoza: Mira Editores; 2003.
- 26.Peralta-Pallarés L. Terapia ocupacional y empoderamiento a través de la creatividad en trastorno mental grave. Rev Ter Ocupacional Galicia. 31 de mayo de 2021;18(1):69–74.
- 27.Held P, Smith LJ, Parmar AM, Pridgen SA, Smith DL, Klassen B. Veterans' 12-month PTSD and depression outcomes following 2- and 3-week intensive cognitive processing therapy-based treatment. Eur J Psychotraumatology. 31 de diciembre de 2024;15(1):1-6.

8. ANEXOS

Anexo I. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)

N°:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO															
Descripción: _____															
Tipo de exposición al suceso traumático															
☐	Exposición directa														
☐	Testigo directo														
☐	Otras situaciones														
☐	☐	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)													
☐	☐	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)													
Frecuencia del suceso traumático															
☐	Episodio único														
☐	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)														
¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)															
¿Ocurre actualmente? ☐ No ☐ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)															
¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? ☐ No ☐ Sí (especificar):															
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Tipo de tratamiento</th><th>Duración</th><th>¿Continúa en la actualidad?</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐</td><td>Psicológico</td><td>_____ (meses) / _____ (años)</td><td>☐ No ☐ Sí</td></tr><tr><td>☐</td><td>Farmacológico</td><td>_____ (meses) / _____ (años)</td><td>☐ No ☐ Sí</td></tr></tbody></table>				Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?	☐	Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	☐ No ☐ Sí	☐	Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	☐ No ☐ Sí
Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?												
☐	Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	☐ No ☐ Sí												
☐	Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	☐ No ☐ Sí												
Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ☐ No ☐ Sí															
Revictimización a otro suceso traumático: ☐ No ☐ Sí															
Secuelas físicas experimentadas: ☐ No ☐ Sí (especificar):															

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: ☐ Sí ☐ No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	☐ Sí ☐ No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____(0-18)

Anexo II. Escala de Ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo III. Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - ☐ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - ☐ No me encuentro triste
 - ☐ Me siento algo triste y deprimido
 - ☐ Ya no puedo soportar esta pena
 - ☐ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - ☐ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - ☐ Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - ☐ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - ☐ No espero nada bueno de la vida
 - ☐ No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - ☐ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - ☐ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - ☐ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - ☐ No me considero fracasado
 - ☐ Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - ☐ Ya nada me llena
 - ☐ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - ☐ Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - ☐ No estoy especialmente insatisfecho
 - ☐ Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - ☐ A veces me siento despreciable y mala persona
 - ☐ Me siento bastante culpable
 - ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - ☐ No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - ☐ Presiento que algo malo me puede suceder
 - ☐ Siento que merezco ser castigado
 - ☐ No pienso que esté siendo castigado
 - ☐ Siento que me están castigando o me castigarán
 - ☐ Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - ☐ Estoy descontento conmigo mismo
 - ☐ No me aprecio
 - ☐ Me odio (me desprecio)
 - ☐ Estoy asqueado de mí
 - ☐ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - ☐ No creo ser peor que otros
 - ☐ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - ☐ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - ☐ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - ☐ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - ☐ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - ☐ Siento que estaría mejor muerto
 - ☐ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - ☐ Tengo planes decididos de suicidarme
 - ☐ Me mataría si pudiera
 - ☐ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
 - ☐ No lloro más de lo habitual
 - ☐ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - ☐ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - ☐ Ahora lloro más de lo normal

Anexo IV. Cuestionario Ocupacional

CUESTIONARIO OCUPACIONAL

AUTORES: Nancy Riopel, 1981

Smith, Kielhofner y Watts, 1986

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

En este cuestionario se te pide que anotes tus actividades que usualmente realizas a diario y que contestes algunas preguntas relacionadas con estas actividades.

Primera Parte:

Trata de recordar como has pasado estos días en las últimas semanas y decide que es lo que usualmente haces durante un día de semana (lunes a viernes). En las próximas páginas encontrarás una hoja de trabajo donde vas a anotar todas las actividades que llevas a cabo cada media hora desde que te levantas hasta que te acuestas. Para cada media hora anota la actividad que usualmente llevas a cabo durante esa media hora. Una actividad puede ser cualquier cosa que hagas desde hablar con un amigo, hasta cocinar o bañarte. Si llevas a cabo una actividad por más de media hora, anótala de nuevo durante el tiempo que continúas con ella.

Segunda Parte:

Después que anotas tus actividades, contesta las cuatro preguntas para cada una de las actividades. Para cada actividad circula la letra que corresponde a la contestación más apropiada. La primera pregunta te pide que clasifiques la actividad como trabajo, tareas del diario vivir, recreación o descanso. Toma en consideración las siguientes explicaciones para clasificar la actividad.

Trabajo (T):

No necesariamente se limita a una actividad por la cual recibes pago. Puede incluir actividades productivas como el estudio y que sean de beneficio para otras personas, por ejemplo, ofrecer servicios voluntarios en un hospital.

Actividades del diario vivir (DV):

Se refiere a aquellas actividades que están relacionadas con tu cuidado propio tales como limpieza del hogar ó ir de compras.

Recreación (R):

Son aquellas actividades que te permiten pasarlo bien, distraerte. Pueden incluir fiestas, ir al cine, realizar alguna afición, etc.

Descanso (D):

Se refiere a no llevar a cabo ninguna actividad en particular recostarse ó acostarte a dormir una siesta.

La segunda, tercera y cuarta pregunta te pide que consideres:

- Cuan bien llevas a cabo esa actividad.
- Cuanta importancia tiene para ti esa actividad.
- Cuanto disfrutas el llevar a cabo esa actividad.

Favor de responder a cada pregunta aún cuando esta no te parezca apropiada para la actividad. Tu respuesta a cada pregunta debe ser lo más preciso posible.

- Traducido y modificado por Elsa Mundo OTR/L (1986)
- Revisado por Carmen Gloria de las Heras, MS,OTR (1987-1995)

CUESTIONARIO OCUPACIONAL

Nombre: _____

Actividades que realizó cada media hora desde las:	Pregunta n°1 Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				Pregunta n°2 Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo					Pregunta n°3 Para mí, esta actividad es: 5.muy importante 4. importante 3. sin importancia 2. prefiero no hacerla 1. pérdida de tiempo					Pregunta n°4 Cuanto disfrutas de esta actividad: 5- me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto				
5:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Actividades que realizó cada media hora desde las:	Pregunta n°1 Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				Pregunta n°2 Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo					Pregunta n°3 Para mí, esta actividad es: 5- muy importante 4- importante 3- sin importancia 2- prefiero no hacerla 1- pérdida de tiempo					Pregunta n°4 Cuanto disfrutas de esta actividad: 5- me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto				
3:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Anexo V. Descripción de los Talleres

"Buenos Días"	
Materiales	Mesa, silla, pizarra, papel y boli
Descripción	Es una actividad para preparar a los pacientes para el día, ayudarlos a establecer un tono positivo y crear un ambiente de apoyo dentro del grupo. Fomenta la conexión social, la estabilidad emocional y la organización mental antes de comenzar las actividades terapéuticas del día. La estructura del taller sería: • <u>Bienvenida y Palabra Clave</u>: Saludos a los participantes y agradecerles por estar presentes. Cada miembro del grupo dice algo positivo del día anterior o una palabra clave que lo sintetice. • <u>Conciencia Emocional</u>: Cada participante se toma un momento para identificar y compartir cómo se siente emocionalmente mediante una palabra/un color/etc. • <u>Establecimiento de Metas para el Día</u>: Invitar a cada persona a pensar en una meta pequeña o tarea para el día. Esta meta debe ser alcanzable, por ejemplo: "Hoy me comprometo a estar presente en la sesión", "Hoy quiero caminar 20 minutos" • <u>Cierre del Taller</u>: Agradecer la participación de todos, recalcando la importancia de empezar el día con una actitud positiva. Puede concluir con una frase inspiradora o un pensamiento para llevar durante el día.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Taller de Relajación"	
Materiales	Colchonetas o sillas cómodas, música relajante

Descripción	Se trabajará en colaboración con la enfermera en salud mental. Invitar a los pacientes a ponerse cómodos, ya sea en una silla o en una colchoneta si se va a trabajar en el suelo. Guiar a los pacientes para que tensen y relajen sistemáticamente los grupos musculares, comenzando desde los pies y subiendo hasta la cabeza. Por ejemplo: "Tense los músculos de los pies como si intentara levantarlos del suelo, mantenga la tensión durante 5 segundos y luego relájelos completamente". Repetir este proceso en diferentes grupos musculares (piernas, abdomen, brazos, manos, cara). También se puede trabajar la respiración diafragmática guiando a los participantes a respirar profundamente, asegurándose de que su abdomen se eleve y no su pecho. Repetir varias veces, alentando a los pacientes a centrar su atención únicamente en la respiración y a liberar cualquier tensión acumulada. Al final de la práctica, invitar a los pacientes a reflexionar sobre cómo se sienten tras haber liberado la tensión.
-------------	---

Nota: Tabla de elaboración propia

"Trabajo Corporal"	
Materiales	Silla
Descripción	A través de gestos, movimientos y posturas, ayudar a los pacientes liberar tensiones, mejorar su comunicación no verbal y tomar consciencia de sus emociones y pensamientos. • Cada uno emite un ritmo con el cuerpo (chasquido, palmada, etc.) y que todo el grupo tiene que imitarlo. • Pedir a los pacientes que utilicen gestos para expresar una comunicación no verbal (saludos, extrañeza, frío, calor, callarse, etc.) o emociones

	(tristeza, frustración, alegría, etc.) y que los demás lo adivinen. • Guiar a los pacientes a adoptar posturas de poder o de confianza, como posturas amplias que ocupan más espacio, con los pies firmemente plantados en el suelo y los brazos abiertos o extendidos. • La pelota se pasa entre los participantes de manera fluida y en círculo, sin interrupciones. Cada vez que alguien recibe la pelota, debe decir el nombre (u otra consigna, por ejemplo, cada uno se identifica con un animal, un número, etc.) de la persona a la que se la pasa. • Los participantes deberán crear un movimiento que represente un objeto que se les asigna o que ellos mismos elijan. Después de que el primer participante haga su movimiento, los demás deben repetirlo en el mismo orden. Los participantes deben recordar todos los movimientos anteriores y replicarlos antes de agregar el nuevo movimiento. Es decir, cada turno es una repetición acumulada de todos los movimientos hasta ese momento. No se llevan a cabo todas las actividades descritas en una sola sesión, sino que se realizan en función del tiempo disponible durante cada taller, variando a lo largo del programa.
--	--

Nota: Tabla de elaboración propia

"Descanso/Socialización"	
Materiales	Juegos de mesa (Dominó, Parchís, cartas, etc.), papel, lápices, revistas, música suave, bebidas, snacks (si es adecuado), etc.
Descripción	Durante este tiempo, en la sala de espera o un espacio seguro donde los pacientes tienen la oportunidad de

	relajarse, jugar a juegos de mesa o compartir experiencias entre ellos, con el fin de fortalecer su sentido de comunidad.
--	---

Nota: Tabla de elaboración propia

"Reestructuración Cognitiva"	
Materiales	Mesa, silla, pizarra, papel y boli
Descripción	Enseñar a los pacientes a desafiar pensamientos negativos o disfuncionales. Explicar qué son los pensamientos automáticos (creencias o juicios negativos que surgen sin pensarlo). Pedir a los pacientes que registren uno o dos pensamientos automáticos que hayan tenido recientemente (Ej. "Nunca seré capaz de manejar esta situación"). Enseñar a los pacientes cómo desafiar esos pensamientos automáticos, buscando evidencia que los respalde o los refute (Ej. "¿Hay algo en lo que pueda demostrar que esto no es cierto?"). Guiarlos para generar una respuesta alternativa más positiva o realista.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Vivir el Presente"	
Materiales	Mesa, silla, papel, boli
Descripción	Se invita a los pacientes a reflexionar sobre las ocupaciones han dejado de hacer. Se les pide que escriban las desventajas de dejar esas ocupaciones. Es decir, cómo ha impactado su bienestar mental, emocional y físico el no realizar estas actividades. Después de identificar lo que se ha perdido, se les invita a reflexionar sobre los beneficios que podría traerles el retomar esas actividades. Una vez que se identifican las ventajas, se les guía a dividir el

	proceso de retomar esas actividades en pasos pequeños, que sean manejables y menos abrumadores.
--	---

Nota: Tabla de elaboración propia

"Identificación de Disparadores"	
Material	Mesa, silla, papel, boli
Descripción	Esta actividad, en colaboración con el psicólogo, permite a los pacientes tomar conciencia de las situaciones que les causan estrés y cómo responden ante ellas, de modo que puedan aprender a gestionar sus emociones y comportamientos de forma más efectiva. • <u>Introducción a los Disparadores de Estrés</u>: Explicar a los pacientes qué son los disparadores de estrés y las respuestas automáticas. • <u>Registro de Disparadores y Respuestas Automáticas</u>: Proporcionar a cada paciente una hoja de trabajo o un diario para registrar los disparadores y sus respuestas automáticas. La hoja podría incluir las siguientes columnas: ○ <u>Situación o Disparador</u>: ¿Qué ocurrió o qué pensé? (Ej. "Recibí una crítica en el trabajo", "Escuché una sirena"). ○ <u>Emoción o Sentimiento</u>: ¿Cómo me sentí en ese momento? (Ej. "Ansiedad, tristeza, miedo"). ○ <u>Respuesta Automática</u>: ¿Cómo respondí a la situación de forma inmediata? (Ej. "Me sentí tenso y me alejé", "Me encolericé y grité"). ○ <u>Reflexión</u>: ¿Pude identificar si esa respuesta fue útil o destructiva? ¿Qué pude haber hecho diferente? (Ej. "Pude haber respirado profundamente y no haberme encolerizado").

	• <u>Discusión y Análisis</u>: Los pacientes comparten algunos de los disparadores y las respuestas que han registrado (si se sienten cómodos). La terapeuta guía una conversación sobre si esas respuestas fueron útiles o perjudiciales, y ayudar a los pacientes a generar respuestas alternativas a los disparadores de estrés.
--	---

Nota: Tabla de elaboración propia

"Autonomía Personal"	
Materiales	Mesa, silla, papel, boli
Descripción	Ayudar a los pacientes a recuperar o mejorar su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD) de manera independiente. Establecer prioridades y enseñar cómo priorizar actividades, diferenciar lo urgente de lo importante, y gestionar las demandas diarias de manera equilibrada. En el segundo taller de autonomía personal se centra en planificar un menú semanal, introduciendo la importancia de la planificación de una rutina diaria, donde se equilibren las ocupaciones, el autocuidado y el ocio.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Diario de Emociones"	
Materiales	Mesa, silla, agenda o cuaderno, boli
Descripción	Crear un diario visual donde cada día registran de manera rápida y visual las emociones y sus intensidades y destacar la importancia de la regularidad de su uso. Por ejemplo: • Emoción: Ansiedad • Intensidad: 7/10 • Situación: Tuve una discusión con un compañero de trabajo.

	• Respuesta: Me sentí abrumado, comencé a evitar el contacto visual y me tensé físicamente. • Estrategias: Respiración profunda durante 5 minutos, di una caminata corta. Cada semana, en este taller del “Diario de Emociones”, invitar a los pacientes a compartir sus observaciones y algún aprendizaje positivo.
--	--

Nota: Tabla de elaboración propia

“Role-Playing”	
Materiales	Silla, listados de situaciones, espacio adecuado
Descripción	Los pacientes pueden simular situaciones estresantes o difíciles para aprender a manejarlas de forma más efectiva. Asegurarse de que los pacientes comprendan que este es un espacio seguro para experimentar y explorar respuestas emocionales o conductuales sin juicios. Algunos ejemplos de situaciones desafiantes para ellos incluyen: • Pedir ayuda en un entorno público • Hablar en público • Entrevista de trabajo • Discutir con un amigo o familiar • Recibir críticas • Enfrentar un desencadenante de trauma • Etc.

Nota: Tabla de elaboración propia

“Planificación del Fin de Semana”	
Materiales	Mesa, silla, papel, boli
Descripción	Este taller tiene como objetivo motivar a los pacientes a estructurar sus fines de semana de manera equilibrada, asegurándose de incluir tanto actividades de ocio como de

	autocuidado, y promoviendo la participación social y comunitaria. Dibujar una tabla de 2x3, encajando sábado, domingo, mañana, tarde y noche. Ayudarles a pensar en diferentes tipos de actividades realistas que le gustaría rellenar, tales como: • Actividades de ocio: Paseos, cine, leer un libro, ver una película, actividades recreativas. • Autocuidado: Hacer ejercicio, dormir más, practicar ejercicio, cocinar comida saludable. • Socialización: Reunirse con amigos, familiares, participar en actividades comunitarias, hacer voluntariado. • Responsabilidades: Actividades domésticas o tareas pendientes, como organizar un espacio en la casa, hacer compras.
--	---

Nota: Tabla de elaboración propia

Reunión de Equipo	
Descripción	Durante esta reunión con el psicólogo, psiquiatra, enfermera y trabajador social, se comparten y analizan los avances de cada paciente en su tratamiento, se discuten los resultados de las intervenciones y las pruebas realizadas, y se evalúan sus necesidades tanto emocionales como sociales. Si es necesario, se proponen modificaciones en el tratamiento farmacológico, terapéutico o en el plan de cuidados para mejorar los resultados.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Taller de Geografía"	
Materiales	Mapa de la ciudad, mesa, silla, pizarra, papel, boli
Descripción	Mejorar la capacidad para desplazarse por la ciudad y acceder a recursos que pueden ser necesarios para su vida

	diaria mediante la simulación de rutas. Juego de "orientación" donde deben planificar una ruta para llegar a un determinado sitio indicando los recursos necesarios y el tiempo previsto. Estudio de líneas de autobuses y tranvías que conectan diferentes zonas de la ciudad.
--	---

Nota: Tabla de elaboración propia

"Debate-Noticias"	
Materiales	Mesa, silla, noticias seleccionadas, pizarra
Descripción	Fomentar la reflexión crítica, la expresión emocional controlada, y el desarrollo de habilidades sociales a través de la discusión y análisis de eventos actuales. Se eligen noticias de interés general que sean relevantes, pero que no desencadenen de forma inmediata un trauma o angustia grave, como violencia extrema o temas directamente vinculados con el trastorno (Ej. noticias sobre guerras, agresiones, etc.). Las noticias pueden incluir temas como la cultura, eventos internacionales, o noticias locales. Después de leer o escuchar las noticias, discuten las noticias seleccionadas. La terapeuta maneja turno de palabra asegurándose de que todos tengan la oportunidad de hablar, así como como pausas breves o cambios de tema si un tema se vuelve demasiado intenso.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Habilidades Sociales"	
Materiales	Mesa, silla, listado de escenarios
Descripción	Se enseñan estrategias para mejorar la capacidad de los pacientes para comunicar sus sentimientos y necesidades de manera respetuosa y directa, evitando la pasividad o la agresividad en las interacciones sociales. De igual manera,

	practicar cómo decir “no” de manera respetuosa cuando se sienten sobrecargados o incómodos con una solicitud. Para ello, la terapeuta propone escenarios de conflicto y los pacientes comentan en el grupo cómo resolverlas de manera pacífica y efectiva. Se les va a presentar un problema o una situación imprevista, y que deben trabajar juntos para encontrar una solución creativa y práctica. El objetivo es discutir las opciones, considerar diferentes ideas y llegar a una decisión grupal. Por ejemplo, el grupo planeaba ir a una actividad juntos en una ciudad cercana, pero se pierden el autobús por unos minutos. El siguiente autobús sale en dos horas, lo que significa que llegarían muy tarde. ¿Cómo podrían aprovechar esas dos horas de espera? ¿Qué otras opciones tienen?
--	---

Nota: Tabla de elaboración propia

“Taller de Autoestima”	
Materiales	Mesa, silla, pizarra, papel, boli
Descripción	Los pacientes escriben tres logros o cualidades positivas que han experimentado o identificado en sí mismos, incluso en los días difíciles (Ej. “Hoy me sentí valiente al hablar sobre mis emociones con otro compañero” o “Hoy pude tomarme un tiempo para cuidar de mí mismo y descansar”). Dedicar unos minutos a que cada paciente comparta uno o varios aprendizajes personales que ha tenido durante la semana o los últimos días. Después de que los pacientes compartan sus aprendizajes, el terapeuta y los compañeros pueden reforzar de manera positiva los esfuerzos de cada uno, destacando lo significativo de cada paso que dan.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Taller de Psicoeducación"	
Material	Mesa, silla, pizarra
Descripción	A través de este taller, se busca que los pacientes puedan reconocer los riesgos asociados a las conductas autodestructivas y aprender estrategias alternativas más saludables para manejar el malestar emocional que experimentan debido al trauma. Este taller se llevará a cabo con el apoyo y acompañamiento de una enfermera especializada en salud mental, quien brindará su experiencia y conocimientos durante el desarrollo de las actividades. • Presentación de información: Explicar los efectos negativos del consumo de sustancias en el cerebro y cómo puede interferir con el tratamiento del TEPT. Se pueden utilizar recursos visuales (gráficos, videos) para ilustrar cómo el consumo de sustancias afecta la memoria, las emociones y el bienestar general. • Hacer hincapié sobre el uso de técnicas de relajación, respiración profunda, reestructuración cognitiva, visualización positiva o actividad física como alternativas efectivas para reducir la ansiedad y el estrés sin recurrir al consumo de sustancias. • Invitar a familiares a sesiones informativas sobre cómo pueden apoyar al paciente en la prevención del consumo de sustancias y la gestión de los síntomas del TEPT.

Nota: Tabla de elaboración propia

"Prevención de Recaídas"	
Material	Silla, pizarra

Descripción	Desarrollar un plan de acción en caso de que el paciente note síntomas de recaída, incluyendo los pasos que debe seguir. El primer paso es que el paciente aprenda a reconocer los síntomas que indican que una recaída está ocurriendo e identificar de redes de apoyo y personas de confianza que pueden proporcionar apoyo en momentos de crisis. Una vez que el paciente haya identificado los síntomas de recaída, debe actuar de inmediato para manejar sus emociones y cuerpo mediante las técnicas que se ha trabajado a lo largo del programa. No debe quedarse solo en momento de posible recaída, puede llamar o enviar un mensaje a uno o más de los contactos de apoyo para expresar lo que está experimentando y pedir ayuda o consejo.
-------------	--

Nota: Tabla de elaboración propia