



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MÁSTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDAD INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Curso académico 2022-2023

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**Estudio de alcance de la producción científica
sobre el trauma desde una perspectiva
ocupacional**

Carlota Costas Franco

Febrero 2023

DIRECTORAS DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dra. Natalia Yanaína Rivas Quarneti

Terapeuta ocupacional. Profesora contratada doctora en Universidade da Coruña, Departamento Ciencias de la Salud, Área Enfermería. Laboratorio Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Cardiovascular (GRINCAR).

Dra. Carla González García

Psicóloga. Profesora asociada en Universidad de Cantabria, Departamento de Educación, Área Psicología Evolutiva y de la Educación. Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI).

Contenido

1. Resumen	5
1.1. Resumen	5
1.2. Resumen	6
1.3. Abstract.....	7
2. Introducción	8
2.1. Trauma, experiencias adversas y estrés tóxico	8
2.2. Trastornos asociados con trauma y factores de estrés: definición y prevalencia del trastorno de estrés postraumático	9
2.3. Manejo y atención de los trastornos asociados con trauma y factores de estrés.....	11
2.3.1. Contexto español	12
2.4. Abordaje y estudio del impacto del TEPT en áreas de funcionamiento u ocupaciones.....	14
3. Metodología.....	17
3.1. Fase 1: Identificar la pregunta de investigación.....	17
3.2. Fase 2: Identificar estudios relevantes	18
3.3. Fase 3: Selección de estudios	19
3.4. Fase 4: Organizar los datos.....	21
3.5. Fase 5: Recopilar, sintetizar y comunicar los resultados	22
3.5.1. Información relativa al contexto.....	22
3.5.2. Información relativa al contenido.....	22
3.5.3. Consideraciones metodológicas: posicionamiento del equipo investigador	26
4. Resultados.....	27
4.1. Características contextuales de los estudios: producción anglófona desde finales del siglo XX con una variedad de diseños.....	27

4.2. Características de contenido de los estudios: una perspectiva ocupacional compleja y situada.....	29
4.2.1. Un ecosistema en acción para reducir el trauma y sus efectos 30	
4.2.2. Herramientas conceptuales para abordar el trauma desde una perspectiva ocupacional compleja	36
4.2.3. Qué considerar para que la ocupación alcance toda su potencia en la recuperación del trauma.....	38
4.2.4. Pasos hacia el futuro.....	41
5. Discusión y conclusión	42
5.1. (Re)planteamientos en la investigación del trauma con una perspectiva ocupacional.....	42
5.2. Abogacía por la atención informada en el trauma y modelos centrados en participación.....	46
5.3. Protagonismo del entorno y de la comunidad.....	47
5.4. Todos los ámbitos clínicos de la terapia ocupacional deben tener en cuenta el trauma.....	49
5.5. Conclusiones	50
6. Agradecimientos	51
7. Bibliografía.....	51
8. Apéndices	58
Anexo I. Lista de abreviaturas	58
Anexo II. Estrategia de búsqueda	59
Anexo III. Información relativa al contexto.....	60
Anexo IV. Temas preliminares del análisis temático	64

1. Resumen

1.1. Resumen

Título: “Estudio de alcance de la producción científica sobre el trauma desde una perspectiva ocupacional”.

Objetivos: Determinar tendencias de publicación, metodológicas, temáticas, conceptuales y de llamadas a la acción de la producción científica sobre trauma con perspectiva ocupacional.

Metodología: Revisión de alcance inspirada en la metodología de Arksey y O'Malley. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Web of Science, Scopus y Psycinfo, en las bibliotecas virtuales SciELO y Dialnet, y en revistas iberoamericanas sobre ocupación no indexadas. De los 435 artículos localizados, 21 fueron seleccionados para un análisis cuantitativo descriptivo y un análisis cualitativo temático.

Resultados: Los artículos fueron publicados entre 1997 y 2021, en inglés, por autoras y autores afiliados a instituciones de Australia, Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, en un total de 9 revistas. Se publicó un número similar de artículos de síntesis y artículos originales, con una variedad de diseños de estudio. Emergieron 4 temas: “Un ecosistema en acción para reducir el trauma y sus efectos”, “Herramientas conceptuales para abordar el trauma desde una perspectiva ocupacional compleja”, “Qué considerar para que la ocupación alcance toda su potencia en la recuperación del trauma” y “Pasos hacia el futuro”.

Conclusiones: El conjunto de terapeutas ocupacionales debe formar parte de la atención informada en el trauma y su instauración, en colaboración con otros agentes, incluyendo a las personas y comunidades afectadas. La práctica de la terapia ocupacional en este ámbito ha de centrarse en la ocupación, con consideración del entorno y favoreciendo el procesamiento del trauma. Son necesarias una práctica más especializada y basada en evidencia, y una mayor producción y/o difusión científica, tanto en países anglófonos como no anglófonos.

1.2. Resumo

Título: “Estudo de alcance da produción científica sobre o trauma desde unha perspectiva ocupacional”.

Obxectivos: Determinar tendencias de publicación, metodolóxicas, temáticas, conceptuais e de chamadas á acción da produción científica sobre trauma con perspectiva ocupacional.

Metodoloxía: Revisión de alcance inspirada na metodoloxía de Arksey e Ou'Malley. Realizouse unha procura bibliográfica nas bases de datos Web of Science, Scopus e Psycinfo, nas bibliotecas virtuais SciELO e Dialnet, e en revistas iberoamericanas sobre ocupación non indexadas. Dos 435 artigos localizados, 21 foron seleccionados para unha análise cuantitativa descritiva e unha análise cualitativa temática.

Resultados: Os artigos foron publicados entre 1997 e 2021, en inglés, por autoras e autores afiliados a institucións de Australia, Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, nun total de 9 revistas. Publicouse un número similar de artigos de síntese e artigos orixinais, cunha variedade de deseños de estudo. Emerxeron 4 temas: “Un ecosistema en acción para reducir o trauma e os seus efectos”, “Ferramentas conceptuais para abordar o trauma desde unha perspectiva ocupacional complexa”, “Que considerar para que a ocupación alcance toda a súa potencia na recuperación do trauma” e “Pasos cara ao futuro”.

Conclusións: O conxunto de terapeutas ocupacionais debe formar parte da atención informada no trauma e a súa instauración, en colaboración con outros axentes, incluíndo ás persoas e comunidades afectadas. A práctica da terapia ocupacional neste ámbito ha de centrarse na ocupación, con consideración da contorna e favorecendo o procesamento do trauma. Son necesarias unha práctica máis especializada e baseada en evidencia, e unha maior produción e/ou difusión científica, tanto en países anglófonos como non anglófonos.

1.3. Abstract

Title: "Scoping review of scientific literature on trauma from an occupational perspective".

Aim: To determine trends in publication, methodologies, themes, concepts and call to action within the scientific literature on trauma from an occupational perspective.

Methodology: Scoping review inspired by Arksey and O'Malley's methodology. A bibliographic search was carried out in Web of Science, Scopus and Psycinfo databases, and in SciELO and Dialnet virtual libraries. A further manual search in non-indexed Ibero-American journals on occupation contributed to the 435 articles located, of which 21 were selected for a descriptive quantitative analysis and a thematic qualitative analysis.

Results: The articles were published between 1997 and 2021, in English, by authors affiliated with institutions in Australia, the United States, Canada and the United Kingdom, in a total of 9 journals. A similar number of review articles and original articles were published, with a variety of study designs. Four themes emerged: "An ecosystem in action to reduce trauma and its effects", "Conceptual tools to address trauma from a complex occupational perspective", "What to consider for occupation to achieve its full potency in trauma recovery" and "Steps to the future".

Conclusion: Occupational Therapists must be part of trauma-informed care and its establishment, in collaboration with other stakeholders, including affected individuals and communities. The practice of Occupational Therapy in this field should focus on occupation, with consideration of the environment and favoring the processing of trauma. A more specialized and evidence-based practice is needed, as well as more scientific publication and/or dissemination, both in English-speaking and non English-speaking countries.

2. Introducción

2.1. Trauma, experiencias adversas y estrés tóxico

El trauma es una respuesta individual a estrés extremo que sobrepasa la capacidad de afrontamiento. Los eventos traumáticos pueden incluir ver o padecer experiencias adversas en la infancia, negligencia, abuso doméstico, desastres naturales, conflictos armados, o agresiones violentas o sexuales (1). Se ha propuesto que hay 3 rasgos definitorios de los eventos traumáticos: falta de control sobre lo que está sucediendo, la percepción de que el evento es una experiencia altamente negativa y lo repentino de la experiencia. Carlson y Dalenberg (2) consideran que los 3 elementos son necesarios para que ocurra la traumatización, aunque un evento puede no ser traumatizante incluso si están los 3 presentes.

La experiencia de un evento adverso, si es fuerte, frecuente y/o prolongado puede resultar en estrés tóxico (3), por ser una activación constante de las respuestas al estrés que causa daño fisiológico, cognitivo y psicológico a largo plazo (4). Los efectos del estrés tóxico deben ser especialmente considerados en el caso de la infancia, por ser el periodo más crítico y sensible del desarrollo cerebral. Como señalan Smith y Pollak (5), las consecuencias negativas a largo plazo de la adversidad severa y crónica en el desarrollo infantil están bien documentadas por una variedad de modelos conceptuales sobre estrés/adversidad tempranos en la vida. Estos modelos han demostrado que la adversidad tiene efectos negativos fuertes y consistentes en un amplio rango de procesos cognitivos, emocionales, comportamentales y regulatorios del estrés que sitúan a los niños y a las niñas en un mayor riesgo de consecuencias negativas en la salud física y mental en años posteriores de su vida. Ambos autores realizaron una revisión de estos modelos, considerando aspectos del evento (como la duración e intensidad), del entorno (como la predictibilidad y la contingencia) y sociales (como la seguridad-apego y el apoyo social). Concluyeron señalando la necesidad de desarrollar un nuevo enfoque conceptual neurobiológico que profundice el conocimiento sobre cómo y por qué los

fenómenos adversos afectan el desarrollo comportamental, fisiológico y estructural del cerebro, teniendo en cuenta la respuesta individual del niño y de la niña, su percepción del evento adverso y su construcción del evento como tal.

2.2. Trastornos asociados con trauma y factores de estrés: definición y prevalencia del trastorno de estrés postraumático

Entre las consecuencias mencionadas previamente, se encuentra que la exposición a situaciones traumáticas y estresantes puede derivar en trastornos mentales. El principal trastorno mental asociado al trauma es el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (6), cuyos criterios diagnósticos quedan recogidos en dos importantes referencias:

- La Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7). La CIE-11 contempla los diagnósticos TEPT y TEPT complejo. El primero se caracteriza por reexperimentar el(los) evento(s) traumático(s), evitar reminiscencias del(de los) evento(s), y percepciones persistentes y elevadas de amenazas presentes. El segundo cumple los criterios del primero y, además, se caracteriza por problemas de regulación del afecto, creencias negativas hacia uno mismo y dificultades para mantener relaciones o sentirse cercano a los demás. Estos síntomas causan un déficit significativo en áreas de funcionamiento como lo personal, familiar, social, educacional u ocupacional.
- La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®, en sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, en su acrónimo en inglés) (8). Los criterios diagnósticos que se exponen en este manual se refieren a personas mayores de 6 años, aunque incluyen una descripción específica para menores de esta edad. Los criterios describen de manera explícita el factor de estrés y

contemplan 4 grandes grupos de síntomas: intrusión, evitación persistente, alteraciones negativas de la cognición y el ánimo, e hiperactivación. Por último, los criterios establecen, entre otros aspectos, que la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento. Cabe señalar que, en la literatura explorada hasta la fecha de este trabajo, lo más habitual es encontrar que los artículos científicos describan el TEPT desde los criterios de la APA.

La OMS coordina la iniciativa de encuestas mundiales de salud mental llamada World Mental Health (WMH) Surveys, que consiste en la recogida transversal de datos epidemiológicos en poblaciones generales de 29 países para estimar la prevalencia, factores de riesgo y consecuencias de trastornos mentales comunes, entre ellos el TEPT (9). En 2017, Koenen et al. (6) agruparon 26 WMH Surveys para establecer una epidemiología global de TEPT, atendiendo a la prevalencia, búsqueda de tratamiento y correlaciones demográficas. La prevalencia-vida de TEPT en la población fue de 3,9%, la prevalencia-año del 2,8% y la prevalencia-mes del 1,4%; todos estos datos con una variación significativa entre países. Esta variación también se reflejó respecto a la duración del TEPT. En todos los grupos, la gran mayoría de los participantes informaron que el comienzo de los síntomas ocurrió inmediatamente tras el evento traumático. De los participantes con un TEPT de 12 meses, menos de la mitad había buscado cualquier tipo de tratamiento; mientras que, en relación con tratamientos especializados de salud mental, solo el 3,2% de los participantes de países de renta baja los había buscado, frente a un 28,7% en países de renta alta. La media de la edad de inicio del TEPT se situó entre los 25-43 años, aunque los participantes más jóvenes tenían más riesgo de desarrollar TEPT. Por último, el TEPT crónico se asoció a ser más joven, mujer, estar en desempleo, sin casar, tener un nivel educativo más bajo y renta familiar baja.

Oakley et al. (10), por su parte, señalan la influencia de las creencias culturales en las respuestas traumáticas individuales (tanto al sufrimiento como a la resiliencia); lo que limita la interpretación y aplicación de la literatura sobre la prevalencia del TEPT. Son un número limitado de estudios de prevalencia los que han tenido en cuenta este factor cultural. Por ello, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis, en la que incluyeron 30 artículos publicados en 5 continentes con los objetivos de: estimar la prevalencia global de TEPT en estudios que abordaban cultura y resiliencia, y comparar la tasa de prevalencia combinada de TEPT en diferentes exposiciones al trauma y contextos culturales. De la muestra combinada de 20.138 participantes de edades comprendidas entre los 8 y 87 años, 3.403 cumplieron los criterios de TEPT, lo que supone un 16,9% de la muestra. Sus cálculos mostraron efectos culturales en el diagnóstico; pero razonaron que el diseño de su estudio limitaba extraer conclusiones de sus resultados. Por otro lado, quisieron resaltar que las personas refugiadas desplazadas son las que tienen tasas más altas de TEPT, por tener probabilidades más elevadas de ser expuestas a: una situación traumática de manera intencional por otros, circunstancias amenazantes, aislamiento social, creencias estigmatizantes que restringen su acceso al empleo, educación, salud y hogar, y el desdén manifiesto por su bienestar.

2.3. Manejo y atención de los trastornos asociados con trauma y factores de estrés

En 2013, la OMS publicó una guía basada en la evidencia para el manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés (11). La guía forma parte de su programa de acción hacia la salud mental (The mental health Gap Action Programme – mhGAP) y está dirigida a proveedores y proveedoras de asistencia sanitaria no especializados o a personal sanitario no especializado en salud mental, para dotar de estrategias de abordaje a problemas y trastornos relacionados con el acontecimiento de un evento estresante de gran envergadura. Incluye, entre otras, una sección dedicada al TEPT donde aporta el efecto de

intervenciones psicológicas y farmacológicas en los síntomas, funcionamiento/calidad de vida, presencia de trastorno mental y efectos adversos tanto en adultos, como en niños, niñas y adolescentes. No considera intervenciones de otra índole.

La Sociedad Europea de Estudios de Estrés Traumático (ESTSS, en sus siglas en inglés), en uno de sus artículos (12), hace un repaso histórico de los eventos traumáticos que han acontecido en y, por tanto, afectado a Europa; y realiza la síntesis del estado de las atenciones al trauma en los 15 países que conforman la ESTSS. España no figura entre ellos.

2.3.1. Contexto español

Las tendencias en salud en España se recogen por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística cada 2,5 años alternando las encuestas quinquenales: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) y la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) (13-14). Cabe resaltar que en ninguna de las últimas versiones de cada encuesta (2020 para la EESE y 2017 para la ENSE), se recogen datos sobre el TEPT. El último estudio epidemiológico aplicado a la población general que aporta datos sobre el TEPT fue desarrollado entre 2001-2002. Este estudio formaba parte del estudio europeo de epidemiología de los trastornos mentales European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), coordinado por la iniciativa WMH Surveys de la OMS previamente mencionada, y se denominó Proyecto ESEMeD-España. Su objetivo fue obtener datos sobre los trastornos mentales en población adulta no institucionalizada. La prevalencia-año del TEPT fue del 0,5% [IC 95% (0,3-0,7)] y la prevalencia-vida fue del 1,95% [IC 95% (1,18-2,73)] (15).

En cuanto a la atención de la salud mental en España, el Ministerio de Sanidad publica cada 4 años la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) (16); la cual es desarrollada en colaboración con las comunidades autónomas, las personas con problemas de salud

mental y sus familiares, y el colectivo de profesionales sanitarios. La Estrategia de Salud Mental del SNS (la Estrategia, en adelante), en su última versión para el periodo 2022-2026, establece un marco para las acciones orientadas a mejorar la salud mental de la población. En materia de estrés postraumático reconoce que:

- Los desastres naturales, el impacto humano sobre el medio ambiente, crisis económicas, guerras y pandemias, entre otros, generan estrés postraumático, mostrando de forma específica grupos vulnerables para la salud mental y que necesitan ser abordados.
- La utilización disfuncional de las tecnologías de la información y comunicación, en sus múltiples formas de presentación, tiene mayor repercusión y prevalencia en la infancia y la adolescencia, con todo su impacto en el desarrollo mental a corto, medio y largo plazo, pudiendo llegar a síntomas incluidos en el TEPT. La Estrategia resalta la importancia de abordar, de forma precoz y prioritaria, los problemas de salud mental en estas etapas de la vida para proporcionar bienestar inmediato y futuro a la persona.
- La supervivencia al suicidio podría tener consecuencias traumáticas en las personas que la experimentan.
- La pandemia COVID-19 ha incrementado, entre otros, el número de cuadros compatibles con el TEPT, haciendo especial mención al personal sanitario.

Asimismo, la Estrategia se plantea como objetivo desarrollar estudios para valorar el impacto sobre la salud mental de la población tras traumas vitales importantes.

En términos generales, la Estrategia pone de manifiesto la tendencia a la evolución crónica de muchos de los problemas de salud mental; lo que requiere de programas activos de rehabilitación y reinserción social con el fin de evitar el deterioro cognitivo y social, a la par que se potencie la autonomía de las personas y se disminuyan los niveles de dependencia

de la familia y de la comunidad. Esta rehabilitación y reinserción social es una práctica interdisciplinaria, que debe consistir en intervenciones de naturaleza psicológica, biológica, social y ocupacional/funcional que respondan a principios éticos y hayan mostrado evidencias de eficacia y seguridad (16).

2.4. Abordaje y estudio del impacto del TEPT en áreas de funcionamiento u ocupaciones

Dentro del equipo interdisciplinar encargado de la rehabilitación de los problemas de salud mental se encuentra la figura de la o el terapeuta ocupacional. Esta figura es la principal encargada de llevar a cabo las intervenciones de índole ocupacional/funcional, puesto que la profesión de la terapia ocupacional (TO, en adelante) parte del concepto clave de que la implicación activa en ocupaciones promueve, facilita, apoya y mantiene la salud y la participación (17). La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, en su acrónimo en inglés) define la ocupación como: “Las actividades cotidianas personalizadas que las personas realizan como individuos, en familia y con las comunidades para ocupar el tiempo y dar sentido y propósito a la vida. Las ocupaciones pueden implicar la ejecución de múltiples actividades para su realización y pueden dar lugar a diversos resultados. El amplio abanico de ocupaciones se clasifica en actividades de la vida diaria, gestión de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social” (17).

Como se explicó al definir los trastornos asociados al trauma y factores de estrés, los síntomas del TEPT causan un malestar o déficit significativo en áreas importantes de funcionamiento u ocupacionales, a nivel personal, familiar, social, educacional o laboral. Es decir, la existencia de TEPT desafía la participación satisfactoria en las ocupaciones cotidianas de las personas. Por tanto, el papel de la TO en este ámbito podría resultar clave en los procesos de prevención, intervención y promoción de la salud. Así, dada la relevancia del impacto del TEPT en la vida de las personas que han experimentado situaciones traumáticas, y considerando

que la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud mental en general y, en este caso del TEPT en particular, deben sustentarse en evidencia científica, es fundamental conocer la evidencia disponible al respecto. La investigación desde la TO en la realidad cotidiana de las personas con TEPT es reciente y la producción científica de la temática no ha sido abordada de forma sistemática desde una perspectiva ocupacional. Por ello, se quiso conocer el alcance de la producción científica sobre el trauma y el TEPT desde esta perspectiva.

Al emplear el término perspectiva ocupacional, se está haciendo referencia a las aportaciones de la TO, pero también a las de la ciencia de la ocupación (CO, en adelante), por ser la disciplina establecida para generar conocimiento sobre la ocupación humana. La CO aporta un gran valor a la TO, por proporcionar una manera de pensar que facilita un entendimiento de la ocupación, de la naturaleza ocupacional de los humanos, la relación entre ocupaciones-salud-bienestar y las influencias que dan forma a la ocupación (18). La TO y la CO, contemporáneamente, tienen el potencial para forjar alianzas productivas que apoyen un trabajo socialmente transformador basado en la ocupación (19).

Hasta el conocimiento de alumna y directoras de este trabajo, hasta la fecha, se han realizado 5 revisiones sistemáticas desde la TO relacionadas con trauma:

- Edgelow et al. (20) buscaron identificar y describir maneras en las que el colectivo de terapeutas ocupacionales aborda el TEPT en la práctica clínica en general. Los resultados de su estudio reconocieron el trauma en poblaciones específicas como personas con trauma asociado a conflictos bélicos o a eventos adversos en la infancia. Pudieron describir el impacto del TEPT en un rango de ocupaciones, así como enmarcar la práctica clínica en modelos, evaluaciones y tipos de tratamientos empleados, destacando el trabajo de la TO dentro de equipos multidisciplinares.

- Edgelow et al. (21) se centraron en intervenciones de vuelta al trabajo para personas con condiciones de salud mental relacionadas con trauma y estrés, reflejando que en la actualidad estas intervenciones se están enfocando sobre todo a nivel de la persona, con cierta consideración hacia el nivel del entorno, pero con escaso abordaje a nivel de la ocupación.
- Kerr et al. (22) quisieron identificar el conocimiento relacionado con los servicios de TO para militares en activo y veteranos y veteranas con TEPT. Describieron un rango de intervenciones utilizadas en TO para esta población, que apoyan la implicación de nuevo de las personas en actividades cotidianas y ayudan a que éstas desarrollen habilidades para superar la ansiedad y respuestas de estrés asociadas con TEPT.
- Por último, los trabajos de Fraser et al. (23) y de McGreevy y Boland (24) revisaron las publicaciones sobre intervenciones basadas en lo sensorial; el primero, en trauma complejo infantil y, el segundo, en adultos y adolescentes con historia de trauma. Ambos estudios vinieron motivados por la reconocida relación entre el trauma y su procesamiento a nivel corporal, y por el creciente uso de las intervenciones basadas en lo sensorial en TO con estas poblaciones.

A pesar de las valiosas aportaciones de estas revisiones, éstas se limitaron a la práctica clínica y a poblaciones o intervenciones concretas. Teniendo en cuenta que la atención informada y basada en el trauma se está convirtiendo en un área emergente en la práctica de la TO (23), es necesario entender en qué posición se encuentra la profesión de la TO respecto a esta atención. Esto se puede lograr mediante un estudio que identifique toda la producción científica elaborada hasta el momento actual sobre trauma con una perspectiva ocupacional y explore su naturaleza; con el fin de detectar tendencias de publicación y metodológicas, de profundizar en qué temas y perspectivas conceptuales han enmarcado los estudios las investigadoras y los investigadores de la

ocupación (tanto desde la TO como desde la CO), y de conocer qué líneas de acción o investigación están realizando y/o sugiriendo. Esta información permitirá situar la evidencia científica disponible para poder, en última instancia, ser empleada en la práctica, investigación, gestión y educación.

3. Metodología

Se escogió la metodología propuesta por Arksey y O' Malley (25) para estudios de alcance cuyo objetivo sea mapear conceptos clave que formen la base del material disponible sobre un área compleja o incipiente, como es el caso del abordaje del trauma y TEPT desde una perspectiva ocupacional. Esta metodología propone 5 fases:

- Fase 1: Identificar la pregunta de investigación.
- Fase 2: Identificar estudios relevantes.
- Fase 3: Selección de estudios.
- Fase 4: Organizar los datos.
- Fase 5: Recopilar, sintetizar y comunicar los resultados.

3.1. Fase 1: Identificar la pregunta de investigación

La pregunta de investigación que guio esta revisión de la literatura fue: “¿Qué características contextuales y de contenido posee la producción científica sobre trauma con perspectiva ocupacional?”, con el objetivo de determinar tendencias de publicación, metodológicas, temáticas, conceptuales y de llamadas a la acción de la producción científica sobre trauma con perspectiva ocupacional.

Tomando como inspiración el modelo propuesto por Gastaldo et al. (26), los objetivos secundarios se agruparon en 2 bloques, llamados Información sobre el contexto e Información sobre el contenido, y son los siguientes:

Información sobre el contexto:

- Determinar tendencias temporales y espaciales en las publicaciones.

- Establecer una relación de las revistas y del idioma en las que están publicados los documentos.
- Conocer los diseños de estudio y metodologías empleados en las publicaciones.

Información sobre el contenido:

- Conocer los temas de investigación abordados por las y los autores (en adelante, Temas de investigación).
- Identificar los fundamentos explícitos e implícitos del abordaje del trauma desde una perspectiva ocupacional que reflejan las investigadoras y los investigadores en sus trabajos. Se hace referencia a desde dónde se plantea la práctica, aunque también dando cabida a desde dónde se plantea el proceso de investigación (en adelante, Fundamentos).
- Describir las llamadas a la acción, sugerencias de investigación o implicaciones para la práctica que hacen las autoras y los autores (en adelante, Llamadas a la acción).

3.2. Fase 2: Identificar estudios relevantes

En mayo de 2022 se consultaron las bases de datos Web of Science, Scopus y Psycinfo, junto con las bibliotecas virtuales SciELO y Dialnet con el objetivo de identificar los artículos que abordasen trauma desde una perspectiva ocupacional. Además, se realizó una búsqueda manual en las revistas Cuadernos Brasileños de Terapia Ocupacional, Revista Ocupación Humana y Revista Chilena de Terapia Ocupacional, puesto que son relevantes en la publicación de estudios sobre ocupación humana producidos en América del Sur y España, y no están recuperadas por las fuentes de búsqueda seleccionadas.

Como se detalla en el *Anexo II. Estrategia de búsqueda*, se adaptó la búsqueda a las características de formato e idioma (español o inglés, según aportasen más resultados) de cada fuente y se utilizaron los descriptores “trauma”, “experiencias adversas en la infancia”, “estrés tóxico” y “TEPT” combinados con los términos “terapia ocupacional”,

“ciencia de la ocupación” y “ergoterapia”. Conscientes de la alta cantidad de producción científica relativa a traumatismos de índole física, se restringieron descriptores como “daño cerebral”, “médula espinal” o “lesión de nervio”. Se limitó la búsqueda a publicaciones en revistas científicas y revisadas por pares, escritas en los idiomas inglés, francés y español. No se incluyó límite temporal.

La estrategia de búsqueda proporcionó 544 artículos, que fueron exportados al gestor de referencias bibliográficas RefWorks. Tras hacer uso de la herramienta de eliminación de duplicados, quedaron 425 artículos para la fase de selección.

3.3. Fase 3: Selección de estudios

La selección de estudios se llevó a cabo en 3 fases de lectura: de títulos, de resúmenes y de textos completos, que resultó en un total de 21 artículos a incluir en la revisión. El número de documentos gestionado en cada fase se detalla en la *Ilustración 1 Diagrama de flujo de selección de artículos*. El proceso completo de selección de estudios se registró en el programa Excel.

A propuesta de Njelesani et al. (27), se especifican los supuestos subyacentes a la perspectiva ocupacional considerada en esta revisión y, por tanto, en la selección de estudios. Fueron los siguientes:

- El estudio reconocía y abordaba con cierta profundidad (y no solo mencionaba) el impacto del trauma en niveles de participación u ocupación en la persona, grupos o poblaciones.
- El estudio aportaba una manera de promover la recuperación del trauma, la salud y el bienestar a través de la ocupación.
- El objetivo de la acción o abordaje del estudio era un aumento en la participación en ocupaciones para personas con historia de trauma.
- El estudio consideraba la ocupación para que la persona conozca su cuerpo, mente y funcionamiento en relación con el trauma.

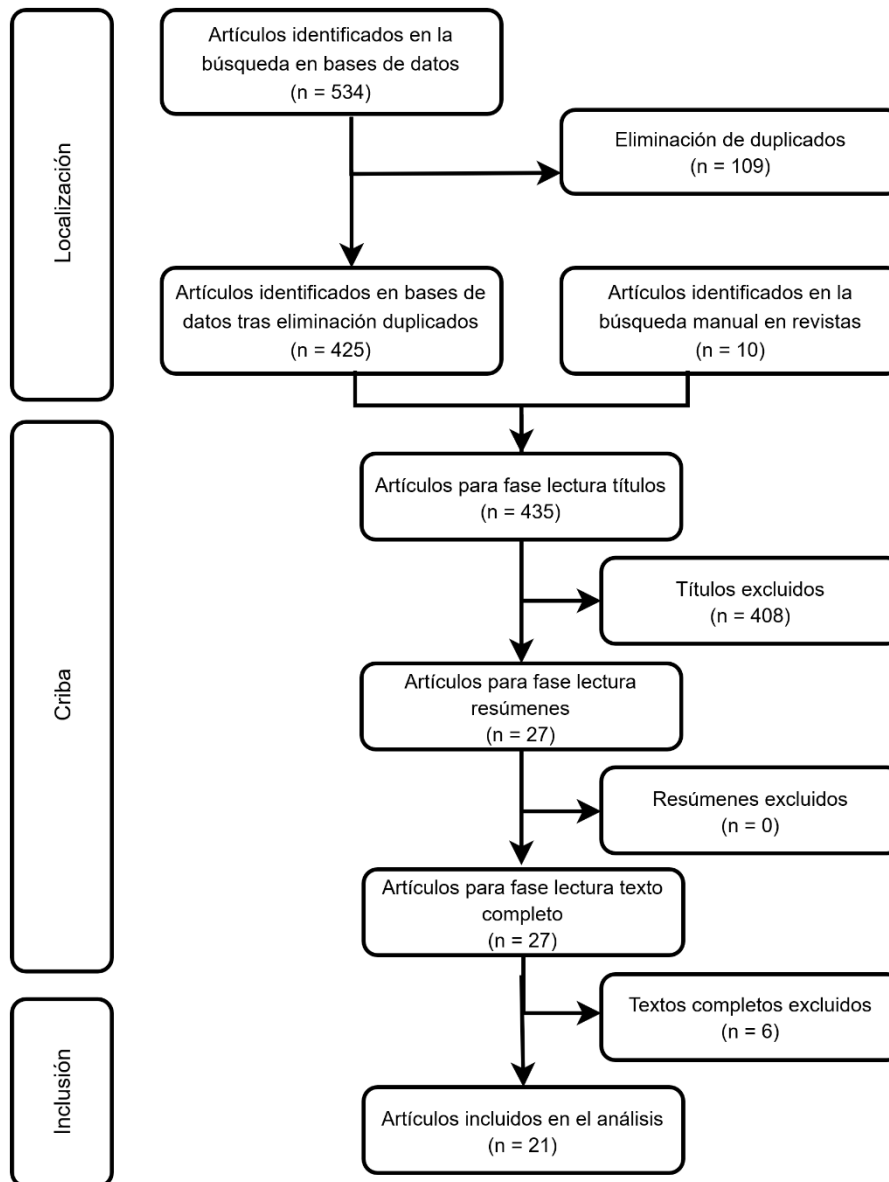


Ilustración 1 Diagrama de flujo de selección de artículos

La selección de títulos fue uno de los momentos clave de la triangulación constante entre la alumna y las directoras. Se identificó que un número elevado de títulos únicamente hacía referencia a un evento adverso o a una enfermedad mental concretos. Como medida de calidad metodológica, para evitar sobrentender que los textos harían una asociación directa entre el trauma y los eventos adversos o condiciones de salud mental contenidos en los títulos, se tomó la decisión de llevar a la fase de lectura de resúmenes únicamente los títulos que incluyeran las palabras trauma, trastorno de estrés postraumático, experiencias

adversas en la infancia y estrés tóxico. Aquellos documentos que no cumplieran este criterio, pero que, por conocimiento del equipo investigador, se podrían aproximar considerablemente al tema de estudio, se conservaron para la discusión. Los títulos, asimismo, debieron reflejar una perspectiva ocupacional que, en caso de duda, se verificó en la fase de lectura de resúmenes.

3.4. Fase 4: Organizar los datos

Se extrajo información relativa al contexto y al contenido de los estudios seleccionados, y se introdujo en el programa Excel.

La información relativa al contexto conformaría el análisis (cuantitativo) descriptivo considerando el año, el país, el idioma y la revista de la publicación, así como el tipo de estudio y el enfoque metodológico (para más detalle, ver *Tabla 1 Variables de la Información relativa al contexto*). Por su parte, la información relativa al contenido conformaría el análisis temático (cualitativo) de los estudios, recogiendo información sobre los “Temas de investigación”, “Fundamentos” y “Llamadas a la acción” de cada uno de ellos.

Tabla 1 Variables de la Información relativa al contexto

- Año de publicación.
- País: se tuvo en cuenta la afiliación institucional de la autoría.
- Idioma.
- Revista.
- Especifica el diseño del estudio: esta variable es de interés por ser considerada un criterio de rigor científico. Categorías Sí/No.
- Tipo de estudio: categorías Síntesis/Original.
- Enfoque metodológico: para esta clasificación, dado que en algunos de los propios artículos no se especifica el diseño o no en detalle, se decide clasificar los artículos según las nociones aprendidas en la formación de máster recibida, analizando las características de los textos, en prácticamente la totalidad de los casos. Las categorías se construyen según artículo de síntesis/artículo original y subtipos.

3.5. Fase 5: Recopilar, sintetizar y comunicar los resultados

3.5.1. Información relativa al contexto

Pueden consultarse los datos recopilados relativos al contexto en el *Anexo III. Información relativa al contexto*. Todas variables son categóricas, por lo que se realizó una distribución de frecuencias.

3.5.2. Información relativa al contenido

La información relativa al contenido se trató por el método de análisis temático descrito por Braun y Clarke (28). Se escogió un análisis temático por ser un método flexible que ofrece un relato rico y detallado, aunque complejo, de los datos (29). En este caso, el análisis partió de unos pocos temas (aquí denominados “ejes”), para dar más detalles y matices de ellos (28).

Las fases propuestas por Braun y Clarke son seis (28):

- Primera fase. Familiarizarse con los datos a través de la(s) lectura(s) de los textos y anotando ideas iniciales.
- Segunda fase. Generar códigos iniciales. Los códigos son los segmentos más básicos de la información que se puedan evaluar de manera significativa en cuanto al fenómeno, sin perder su contexto.
- Tercera fase. Buscar temas. Agrupar los códigos en temas potenciales, cogiendo todos los datos relevantes para cada tema potencial. Considerar todos los códigos, valorando si se quedan como están, si se combinan, refinan, separan, etc.
- Cuarta fase. Revisar los temas. Comprobar si los temas funcionan en relación con los extractos codificados y con todo el conjunto de datos, generando un mapa temático del análisis.
- Quinta fase. Definir y nombrar los temas, identificar la esencia de cada uno de ellos y la historia global que cuenta el análisis, generando definiciones claras y nombres para cada tema.

- Sexta fase. Generar el informe. El análisis proporciona un relato, ilustrado con extractos, en relación con la pregunta de investigación y la literatura.

Cabe destacar que el proceso de análisis temático no ocurrió de manera lineal pasando simplemente de una fase a otra, sino que fue recurrente con revisiones frecuentes, como explican Vaismoradi et al. (29), en el que cada fase influía y nutría al resto.

A continuación, se detalla cómo se llevó a cabo cada fase del análisis temático, en torno a 3 ejes: los “Temas de investigación”, “Fundamentos” y “Llamadas a la acción” de los estudios. Todo el proceso de análisis fue triangulado entre la alumna y las directoras del trabajo.

1. Familiarización de los datos

Este primer paso se corresponde con la organización de los datos anteriormente mencionada. Las ideas iniciales se registraron en el programa Excel y respecto a cada eje fue de la siguiente manera:

- Temas de investigación: se sintetizó la información más relevante al respecto.
- Fundamentos: se anotaron los fundamentos percibidos explícita e implícitamente a lo largo del texto de cada artículo científico.
- Llamadas a la acción: se recogieron frases literales relacionadas, en el idioma original del artículo.

En la *Tabla 2 Ejemplo de recogida de datos en fase familiarización de los datos* se ilustra uno de los casos.

Tabla 2 Ejemplo de recogida de datos en fase familiarización de los datos

Referencia	Bontempo T, Westmacott L, Paterson J, Paterson M. (2008). The development of a resource guide on post-traumatic stress disorder for rural health care workers. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal; 19 (2): 34-49
Tema de investigación	Beneficios de un protocolo de educación, culturalmente sensitivo, para promotores de la salud sobre el trastorno de estrés postraumático y su tratamiento, en áreas rurales de un país en vías de desarrollo.
Fundamentos	Visión cultural de la salud física y mental. Abordaje sensible a variables sociales, económicas y políticas. Rehabilitación basada en la comunidad y TO: desarrollar la habilidad de una comunidad para dar apoyo a sus miembros, promocionando reinserción social y previniendo agravamiento de aspectos de salud mental asociados al estrés. Transferencia de conocimientos y habilidades a través de educación y entrenamiento (consultoría). Práctica centrada en la persona, autosuficiencia e independencia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.
Llamadas a la acción	“Further work in other areas of mental health would be beneficial to improve service provision in developing countries. Development of consensus through repeated research studies on the same topic would support a stronger argument for providing trauma-related mental health treatments in a community-based rehabilitation program both nationally and internationally. Future initiatives could include other topics in mental health presented in a form that is easily accessible by health care workers in rural areas in El Salvador and other developing countries.”

2. Generar códigos iniciales

Para cada eje fue:

- Temas de investigación: se partió de las anotaciones realizadas en la Familiarización de los datos. Luego, se buscaron partes del texto de los estudios que hicieran referencia a cada elemento de las anotaciones, y se codificaron ideas a partir de las partes.
- Fundamentos: se codificaron múltiples ideas a partir de pequeños fragmentos de los textos.
- Llamadas a la acción: no se contemplaron en esta fase; se mantuvieron en la retaguardia en el análisis, para considerar en qué momento podrían enriquecer los datos.

Los extractos de los textos que originaron los códigos se mantuvieron en inglés durante su manejo, en esta fase y las siguientes, como medida de calidad para evitar que la traducción arriesgara el significado original reflejado por las autoras y los autores.

3. Buscar temas

Las ideas codificadas se imprimieron y fueron colocadas físicamente en un mapa preliminar, conectando las ideas, para representar los conceptos clave en un esquema. En esta fase, se desdibujó la separación “Temas de investigación” y “Fundamentos”, y la información proveniente de ambos ejes se combinó.

Se fueron considerando distintas agrupaciones de ideas, formulando constantemente preguntas como “¿Por qué está esto aquí?”, “¿Por qué no otra cosa?”, “¿Qué quiere decir?”. Preliminarmente, se agruparon los códigos en 10 temas (Ver *Anexo IV. Temas preliminares del análisis temático*).

4. Revisar los temas

Los 10 temas preliminares se pulieron (comprobando si códigos previamente descartados podían encajar en alguno de ellos), se revisaron y reorganizaron, creando una nueva división.

5. Definir y nombrar los temas

Los temas finales emergidos en el análisis fueron 4: los 3 primeros fruto del análisis de los ejes combinados “Temas de Investigación” y “Fundamentos”, y el cuarto proveniente de los datos relativos a las “Llamadas a la acción”. Se reflexionó sobre cómo nombrar los temas emergidos de manera que reflejaran los hallazgos de la investigación.

6. Generar el informe

Se remite al apartado *Resultados* de la revisión.

3.5.3. Consideraciones metodológicas: posicionamiento del equipo investigador

Entender las experiencias de los investigadores puede aumentar la integridad y fiabilidad de la investigación cualitativa (30). La alumna es terapeuta ocupacional con experiencia clínica y formación en población infantojuvenil con historia de trauma y experiencias adversas en la infancia. La Dra. González tiene experiencia investigadora con menores con historia de trauma y eventos adversos en la infancia y la Dra. Rivas tiene experiencia investigadora desde una perspectiva ocupacional.

Al ser este trabajo guiado por un paradigma constructivista, la investigadora y la investigación se influyeron mutuamente y los hallazgos son creaciones del proceso de interacción entre ambas. Aunque los datos se codificaron sin intentar clasificarlos en preconcepciones o marcos preexistentes (29), la alumna mantuvo un rol activo en identificar patrones/temas tanto manifiestos como latentes, seleccionando cuáles eran de interés (28). Con el fin de asegurar no imponer una mirada en el análisis, la alumna mantuvo una actitud reflexiva que contrastó a lo largo de todo el trabajo con las directoras.

4. Resultados

Se reportan los resultados en torno a los 2 bloques planteados en la formulación de objetivos del estudio para contestar a la pregunta de investigación que guio la revisión.

4.1. Características contextuales de los estudios: producción anglófona desde finales del siglo XX con una variedad de diseños

Los resultados obtenidos en cuanto a las variables contextuales se recogen en las tablas: *Tabla 3 Número de estudios por cada rasgo de publicación* y *Tabla 4 Número de estudios por aspecto metodológico*.

Los artículos databan del año 1997 al 2021. Los años en los que más artículos se publicaron fueron el 2019 y el 2020 ($n = 4$), seguidos del 1998, 2011 y 2013 ($n = 2$); el resto de los años contaron con una sola publicación.

La afiliación de la autoría se establecía en instituciones de los países Estados Unidos ($n = 11$), Canadá ($n = 6$), Australia ($n = 3$) y Reino Unido ($n = 1$). La totalidad de los artículos estaba publicada en inglés.

Las publicaciones se recogieron en un total de 9 revistas y la relación de número de artículos publicados por revista es la siguiente: a la cabeza se situó *The American Journal of Occupational Therapy* ($n = 5$), seguida de las revistas *Work*, *Australian Occupational Therapy Journal* y *Occupational Therapy in Mental Health* y *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention* ($n = 3$), y terminando con *British Journal of Occupational Therapy*, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, *Journal of Rehabilitation Research and Development* y *Canadian Journal of Occupational Therapy* ($n = 1$).

Tabla 3 Número de estudios por cada rasgo de publicación

Variables	n
Año	
1997	1
1998	2
2002	1
2008	1
2011	2
2013	2
2014	1
2017	1
2018	1
2019	4
2020	4
2021	1
País	
Australia	3
Canadá	6
Estados Unidos	11
Reino Unido	1
Idioma	
Inglés	21
Revista	
Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal	1
Australian Occupational Therapy Journal	3
British Journal of Occupational Therapy	1
Canadian Journal of Occupational Therapy	1
Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention	3
Journal of Rehabilitation Research and Development	1
Occupational Therapy in Mental Health	3
The American Journal of Occupational Therapy	5
Work	3

En referencia a la metodología de los estudios, 10 de los artículos no especificaron el diseño del estudio, mientras que los 11 restantes sí lo hicieron. Aplicando la clasificación descrita en el apartado de metodología (Ver *Fase 4: Organizar los datos*), se estableció que prácticamente se publicaron el mismo número de artículos originales (n = 11) que de artículos de síntesis (n = 10). De los artículos originales, los enfoques metodológicos empleados fueron cualitativo fenomenológico (n = 3), cualitativo teoría fundamentada (n = 1), cuantitativo descriptivo (n = 3), estudio de caso (n = 2), evaluación de desarrollo (n = 1) y no determinable (n = 1). De los artículos de síntesis, los enfoques fueron revisión narrativa (n = 6) y revisión sistemática (n = 4).

Tabla 4 Número de estudios por aspecto metodológico

Variables	n
El artículo especifica el diseño del estudio	
Sí	11
No	10
Tipo de metodología empleada	
Artículos originales	11
Cualitativo fenomenológico	3
Cualitativo teoría fundamentada	1
Cuantitativo descriptivo	3
Estudio de caso	2
Evaluación de desarrollo	1
No determinable	1
Artículos de síntesis	10
Revisión narrativa	6
Revisión sistemática	4

4.2. Características de contenido de los estudios: una perspectiva ocupacional compleja y situada

Los temas emergidos en el análisis fueron 4:

- Un ecosistema en acción para reducir el trauma y sus efectos.

- Herramientas conceptuales para abordar el trauma desde una perspectiva ocupacional compleja.
- Qué considerar para que la ocupación alcance toda su potencia en la recuperación del trauma.
- Pasos hacia el futuro.

Hace falta aclarar que están interrelacionados de manera no jerárquica y que pueden tener cierto solapamiento. Por ejemplo, se puede hablar del entorno social cuando se está explicando el ecosistema al que pertenece la persona con trauma, pero también al explicar la capacidad del entorno de determinar si el desempeño ocupacional de la persona es funcional o no.

4.2.1. Un ecosistema en acción para reducir el trauma y sus efectos

4.2.1.1. Una mayor concienciación lleva al cambio hacia una atención sensible al trauma y colaborativa

Las autoras y los autores (23, 31-34) destacan un **aumento en la concienciación y preocupación** por parte de la población general, de proveedores y proveedoras de servicios, e investigadoras e investigadores sobre la potencialidad traumática de la exposición a eventos adversos en una variedad de poblaciones y su impacto en la calidad de vida presente y futura. Al hablar de esta potencialidad, no solo se alude a nivel de la persona, sino también de una generación a otra y en comunidades (lo que se denomina, respectivamente, trauma intergeneracional y trauma colectivo).

Este interés creciente por comprender el fenómeno y el reconocimiento del impacto económico que tiene en la sociedad (por ejemplo, por el elevado absentismo laboral de las personas afectadas) están apelando a la responsabilidad de los servicios sanitarios de proveer asistencia basada en la evidencia. Al mismo tiempo, están resultando en cambios en los enfoques de trabajo en servicios de salud y políticas, adoptando paulatinamente la llamada **atención informada en el trauma**

en una variedad de ámbitos como son: la escuela, los recursos comunitarios, la atención hospitalaria... Fraser et al. (32) aportan la siguiente definición para la atención informada en el trauma (trauma-informed care, en inglés, cuyo acrónimo es TIC):

“Al trabajar con individuos que han experimentado trauma complejo, la literatura ha indicado que es importante usar un enfoque de atención informado en el trauma. La TIC es un enfoque de provisión de servicios basado en fortalezas, universal y sistemático, que se fundamenta en una comprensión y capacidad de respuesta para la seguridad tanto de los proveedores como de los clientes. No es un método de tratamiento, sino un enfoque que se usa en varios ámbitos...”

Es importante resaltar que la TIC se puede servir de distintos modelos y teorías para ser implementada. Es decir, la TIC da cabida, entre otros, a abordajes en los que se considera la influencia del trauma en la capacidad de la persona para participar en ocupaciones significativas (3). No obstante, a lo largo de la historia de la práctica general de TO, poco se ha reconocido, entendido e incorporado en la conciencia de la práctica el tema del trauma y su fuerza disruptiva en el desempeño ocupacional; lo que Edgelow et al. (20) achacan al foco de la literatura de TO en poblaciones clínicas específicas.

Los mismos autoras y autores (23, 31-34) señalan que el cambio hacia la TIC está siendo lento. Declaran imperativo que éste acontezca, puesto que mucha de la evidencia actual que está guiando al personal sanitario continúa centrándose en intervenciones orientadas a síntomas, las cuales son necesarias, pero no suficientes para atender a diario a las personas con trauma en su nivel de funcionamiento y participación. Además, la TIC facilita la creación de colaboraciones con administraciones e instituciones, lo que permite avanzar en las intervenciones de TO; como explican aquellas participantes provenientes de Estados Unidos (donde la TIC está bien reconocida a nivel gubernamental) del estudio cualitativo de Fraser et al. (32), el cual entrevistó a terapeutas ocupacionales experimentadas en trauma infantojuvenil para conocer el estado actual de la provisión de servicios.

Las **colaboraciones de profesionales con administraciones e instituciones**, además de facilitar lo recién expuesto, permite la mejora y sostenibilidad de los programas de acción, optimizar recursos, alinear los principios de las instituciones y de las disciplinas que se dedican a atender a las personas con trauma, y a obtener financiación. A pesar de que las organizaciones de salud cada vez se interesan más por lo que la TO puede proporcionar a la población con trauma, las terapeutas ocupacionales manifestaron preocupación por la falta de reconocimiento sobre su actuación por parte de los sectores privado y público que financiaban sus servicios. Las autoras y los autores opinan que las administraciones están en la posición de abogar por, crear y sostener entornos (como sea en el ámbito escolar o laboral) sensibles y con capacidad de respuesta al trauma, con un aumento en los factores de protección y proporcionando experiencias positivas a las personas usuarias del entorno. Por otra parte, las administraciones deberían mejorar las vías de derivación para un acceso más temprano a TO (20-21, 32-33, 35-37).

Asimismo, las autoras subrayan un trabajo de la TO en el abordaje al trauma enmarcado en equipos multidisciplinares (4, 20, 33, 37-38). La **colaboración entre profesionales**, especialmente si es de carácter regular y programado, posibilita la identificación temprana de aspectos relacionados con TEPT, un abordaje más completo, multidimensional y consistente, una transferencia de conocimientos, una construcción mutua de capacidades y una discusión sobre todos estos aspectos. Al mismo tiempo, esta colaboración proporciona un entorno más saludable en el que la persona con trauma se sienta apoyada e implicada, y que asegure para ella una experiencia de respuestas y expectativas predecibles y consistentes por parte de las proveedoras y los proveedores de servicio en el entorno (20, 33, 36, 38). Si se ilustran algunos ejemplos de cómo han experimentado, hasta la fecha, las autoras y los autores la colaboración interprofesional, éstos resaltan que otras y otros profesionales en interacción con la persona con trauma les han permitido

ampliar la información sobre el impacto de distintos entornos y expectativas en la persona y su desempeño ocupacional. Las y los terapeutas ocupacionales, a su vez, han podido ayudar a los miembros del equipo a entender mejor los efectos del estrés tóxico en el cuerpo, para que detecten o traten síntomas básicos, y a entender cómo la respuesta al trauma puede impactar en la capacidad de la persona para participar exitosamente en el entorno (23, 33, 39).

Fraser et al. (32) iluminan también un aumento en la construcción de **redes entre terapeutas ocupacionales** a través de las redes sociales, internet, foros y webinars para reducir el sentimiento de aislamiento experimentado por las y los terapeutas que se dedican al ámbito del trauma y para fomentar una formación especializada.

El establecimiento de todas estas colaboraciones y redes, además, contribuirá a disminuir el riesgo en el que se encuentra el colectivo de terapeutas de padecer estrés, traumatización vicaria y síndrome del profesional quemado, al trabajar en este ámbito (37).

Para terminar de dar sentido a todo lo recién expuesto, cabe destacar que, cuando las autoras y los autores están hablando de la atención al trauma desde una perspectiva ocupacional, no solo se están refiriendo a **intervenciones directas**, sino que apelan también al rol de la profesión de TO en la **promoción de la salud y prevención**, enfatizando en la ocupación como un elemento esencial en las estrategias de estos distintos niveles de atención (4, 33, 36-37). En concreto, Gronski et al. (4) y Carra et al. (37), realizan propuestas de cambio en materia de promoción de la salud y recuperación del trauma en la comunidad. Algunas de estas propuestas están dirigidas a reducir el estrés tóxico infantil, a promover ocupaciones colectivas o, incluso, retan a las y los terapeutas ocupacionales a buscar fórmulas de financiación para que las poblaciones accedan a la TO sin depender de requisitos de elegibilidad o legislativos.

4.2.1.2. Un entorno seguro, con capacidad de respuesta, que empodera y facilita la regulación en relaciones personales

Las autoras y los autores entienden al abordaje del trauma desde una perspectiva ocupacional como intrínsecamente ligado al **entorno de la persona**, el cual debe ser considerado en todo momento. Las dimensiones del entorno incluyen componentes sociales, culturales, socioeconómicos, institucionales y físicos; que pueden ser facilitadores o barreras. Algunos factores ambientales sobre los que invitan a reflexionar incluyen: definiciones políticas de discapacidad y derechos; políticas de inmigración y asilo que puedan aumentar el contacto del colectivo de terapeutas ocupacionales con personas vulnerables a trauma; el estigma social frente a enfermedades mentales en general, y en TEPT específicamente; o la naturaleza del apoyo familiar y la cultura organizativa relacionada con la búsqueda de ayuda (4, 23, 31, 35, 37).

Mencionan expresamente a las **familias**. Éstas componen parte del entorno social de la persona, son un antecedente de desempeño ocupacional, pueden promocionar la recuperación del trauma, así como necesitar apoyo emocional, práctico y financiero. El personal de TO puede abogar por reducir los retos de la familia para fortalecer el proceso terapéutico (20, 32, 35, 40). En el caso de la infancia, las necesidades del o de la menor y de la familia son inseparables. Las y los terapeutas ocupacionales enseñan a los cuidadores el significado de estar sintonizados con las necesidades del niño o de la niña y se debe reconocer el rol de una relación estable y con capacidad de respuesta para mitigar los efectos del estrés tóxico (4, 31-32).

Gronski et al. (4), por ejemplo, señalan que los sistemas de apoyo ayudarán a fortalecer los cimientos de la salud de la infancia, por lo que el **foco de la intervención debe comenzar en la familia y después expandirse para incluir a familia extensa, profesionales de atención temprana, escuelas y recursos de la vecindad como bibliotecas, tiendas, agentes de seguridad...** por nombrar algunos. Centrarse en **la comunidad** es importante por la influencia del contexto en la recuperación del trauma

e implica que los recursos derivados de la actuación de la TO sean dinámicos en su naturaleza y ajustables a la comunidad en necesidad y su cultura (37, 39).

Entendiendo también a la o el terapeuta ocupacional como parte del entorno social, en la **interacción entre profesional e individuo (y su familia)**, se subraya un enfoque informado en el trauma en el que predominen una relación terapéutica basada en el empoderamiento de la persona, el respeto, la confianza y la interacción; y una comprensión de las reacciones de la persona para poder dar una respuesta no reactiva, predecible y segura para ambas partes, que minimice la retraumatización (provocada por la exposición a gatillos traumáticos o lenguaje corporal negativo, por ejemplo). Un enfoque basado en fortalezas y en la persona crea el fundamento para que ésta sea una parte activa en el desarrollo de su plan terapéutico, demostrándole que su voz es escuchada y valorada, lo que fortalece el valor del vínculo terapéutico (23, 32- 33, 41).

En la construcción de la confianza de la relación y de la implicación de la persona en la misma, las autoras señalan que se debe tener en cuenta, como base, si la persona tiene historia de apego no saludable. Igual de importantes son la capacidad de corregulación entre terapeuta-cliente y la capacidad de conciencia interoceptiva de cada uno de ellos. Ésta última apoya el razonamiento interpersonal (32-33, 36, 41). Para entender mejor la definición e importancia de la corregulación, se ilustra el siguiente fragmento de Whiting (36):

“Muchos de estos niños todavía son muy dependientes de otra persona para la corregulación. (Ésta) hace referencia al ajuste mutuo de comportamiento que ocurre entre el niño y otra persona. El uso de juego sensoriomotor en la sesión de terapia puede facilitar esta corregulación. El objetivo para el niño es aumentar estas habilidades de juego y la capacidad de interacciones sociales reguladas en situaciones no estructuradas, (como) con iguales en el colegio”

Existen también aspectos relacionados con la o el terapeuta que pueden influir en la relación terapéutica positiva o negativamente. Por ejemplo, si su cultura es la misma que la de la persona, puede ayudar a la

construcción de la relación y del entendimiento; o, por el contrario, si la o el profesional pertenece a la comunidad que experimenta trauma, puede aportar más trauma al entorno de la persona (32-33).

Por último, otro acento es puesto en la necesidad y beneficio de tener conexión social y sentido de pertenencia, donde los **pares** (compañeros y compañeras de trabajo, otros niños y niñas, otros afectados y afectadas por trauma...) tienen un papel importante (21, 34, 41-42).

4.2.2. Herramientas conceptuales para abordar el trauma desde una perspectiva ocupacional compleja

Prácticamente en la totalidad de los artículos incluidos en la revisión, las autoras y los autores han propuesto una variedad alta de **enfoques** para abordar el trauma desde una perspectiva ocupacional. Por ejemplo, ya se han destacado en apartados anteriores la TIC y enfoques basados en la comunidad. Los enfoques basados en la comunidad reconocen que los individuos y comunidades son únicos en su cultura, visión de la salud y reacción a eventos traumatizantes. Además, es necesario apuntar que estos enfoques son útiles cuando el acceso a asistencia sanitaria o tratamiento individual pueda no ser posible debido a restricciones temporales, económicas y de recursos humanos; o también son útiles para detectar injusticias ocupacionales derivadas del trauma (37, 39). Otros de los enfoques destacados son modelos conceptuales de práctica de la TO, que aportan un entendimiento del impacto de la enfermedad mental y trauma en el individuo y la comunidad (20, 39).

Varias autoras (3, 23, 32, 35, 43) resaltan la relevancia de realizar un abordaje fundamentado en los conocimientos de la **neurociencia** sobre el trauma; como es el impacto del trauma en un sistema nervioso en desarrollo o el procesamiento del trauma a nivel somatosensorial. Para ayudar a integrar la experiencia traumática en un abordaje ocupacional, defienden que se deben tener en cuenta las aportaciones de enfoques basados en lo sensorial. Lohman y Royeen (43) en su propuesta de un

marco teórico en torno a TEPT tras una lesión traumática de mano, introducen el concepto teórico de “neuro-ocupación”, que concibe los procesos neurológicos humanos y las ocupaciones como entidades integradas y mutuamente dependientes, interaccionando de manera no lineal.

Edgelow y Cramm (31), tras realizar una revisión de la literatura y una evaluación de desarrollo consultando a profesionales, detectaron la necesidad de desarrollar un **marco de razonamiento clínico basado en la ocupación para terapeutas ocupacionales que aborden trauma**. Elaboraron, por tanto, el marco llamado Occupational Therapy Trauma Intervention Framework (OTTIF). El OTTIF capacita para reconocer el impacto del trauma en la identidad de la persona y a trabajar en colaboración con las y los clientes para restaurar estructura, propósito y significado en sus vidas diarias, hogares y comunidades. A la vez, facilita la reflexión de terapeutas y clientes, la abogacía comunitaria y el diálogo sobre el impacto de la actividad diaria en la salud y bienestar cuando se colabore con otros agentes (profesionales, administraciones, etc).

Por otro lado, las autoras Fraser et al. (23) y Edgelow et al. (21) son un ejemplo de cómo **modelos** como el Persona-Entorno-Ocupación (44) pueden ser **usados para enmarcar un estudio de investigación en trauma con perspectiva ocupacional**.

A la hora de realizar **evaluaciones informadas en el trauma**, algunas autoras resaltan la necesidad de realizar evaluaciones de manera completa, ajustada y específica, mediante el uso de herramientas estandarizadas e incluyendo de manera rutinaria inventarios de experiencias adversas y trauma (3, 35). Sin embargo, las participantes del estudio de Fraser et al. (32), identificaron la dificultad de encontrar una herramienta de valoración completa. También se reflejó que, al evaluar en la práctica clínica, está habiendo un foco mayor en las estructuras y funciones corporales, en detrimento del uso de valoraciones que aborden el nivel actual de funcionamiento y participación de la persona.

4.2.3. Qué considerar para que la ocupación alcance toda su potencia en la recuperación del trauma

Cuando se está procurando lograr un aumento en la participación de la persona con trauma en ocupaciones, hay una serie de aspectos que las autoras y los autores han considerado importante tener en cuenta.

Para empezar, **factores personales** como la regulación de los estados fisiológicos y emocionales que influye en el procesamiento de la información para dar sentido al entorno. A continuación, el plan de afrontamiento de la persona ante una situación o estresor (entendido como la clasificación que hace de ellos; por ejemplo, como amenazadores, buenos o sin importancia...) y su valoración de los recursos que tiene para afrontarlos. Las estrategias de afrontamiento son uno de los factores importantes en el desarrollo y mantenimiento de la resiliencia emocional, cualidad que permite a la persona realizar ocupaciones ante la adversidad. Al respecto, ha de resaltarse que no se debería subestimar la capacidad del individuo para observar, codificar y responder al trauma de una manera exitosa (23, 31, 33, 40, 45). Por último, otro factor personal relevante es la predisposición al cambio. Las demandas de la intervención, para tener la mayor posibilidad de éxito, deben corresponderse con la predisposición de la persona, unido a que la situación genere un “reto justo”, es decir, que disminuya la frustración y, al mismo tiempo, aumente las oportunidades de crecimiento (31, 33, 36).

Para **favorecer el procesamiento del trauma** proponen que la ocupación facilite: la narración sobre la vivencia traumática con el afecto adecuado, la autorreflexión, el autodescubrimiento y el desarrollo de habilidades de resiliencia y adaptativas. Además, si ocurre en un contexto social estructurado puede ser más favorecedor. Algunas de las ocupaciones que ilustran para ello son los deportes de alto riesgo en un contexto grupal u ocupaciones relacionadas con la expresividad (la música, la danza, la pintura...) (20, 34, 40-41). El caso del estudio de Precin (41) es un buen ejemplo de ello. Su cliente, a través de trabajar

como cantante, pudo avanzar en la sanación de su historia de abuso infantil crónico y repetitivo:

“Actuar le permitió a Jakee acercarse a otros miembros de la banda durante los ensayos y los viajes a las actuaciones. Estar en mayor contacto con otros le ayudó en su percepción de la realidad y a disminuir pensamientos intrusivos. (...) El entorno musical de trabajo de Jakee le permitió ser ella misma sin tantas normas y juicios como en... La ocupación de actuar le llevó a tomar más iniciativa (...) El público de Jakee... le dio el poder que le habían quitado sus abusadores... Respetaban su autonomía y validaban sus emociones y las historias de sus canciones (...) una sala de conciertos, que daba la estructura de un límite temporal, la presencia de gorilas y el equipo que aseguraban que las cosas no se fueran de mano (...) Dejó ir parte de sus experiencias dolorosas en cada canción que cantó y, como resultado, su verdadero yo comenzó a emerger y desarrollarse (...) Había encontrado... una acción social y relato de la verdad público que disminuyó la repetición del trauma. El público de Jakee creó un sentido de pertenencia. (...)

Este fragmento muestra también **conceptos centrales de la TO en torno a la ocupación** que más autoras y autores (35, 39-40, 43, 45) han querido refrescar y reflejar, para que no sean olvidados en el abordaje al trauma: la ocupación es un proceso que afirma, confirma y actualiza a aquellos que participan en ella. La implicación diaria en actividades organiza nuestras vidas y satisface nuestras necesidades de mantenernos, ser productivos y competentes, adoptar roles, desarrollar una identidad personal, desarrollar un significado y propósito vitales y obtener disfrute y satisfacción en nuestro entorno. Todo ello a la vez que aumentan la salud, el bienestar y la calidad de vida.

El **rol del o de la terapeuta** es facilitar la restauración de un proceso de adaptación interno funcional, facilitando el desarrollo de capacidades, autosuficiencia e independencia ocupacional que lleve a la competencia y resulte en un mayor control de la persona en sus actividades ocupacionales. El sentido de control y seguridad es especialmente importante para personas con historia de trauma, puesto que se ha visto alterado. Por ello, las autoras y los autores (3, 22, 33, 36, 42) señalan que es imprescindible considerar la rutina, porque aporta predictibilidad y empodera (además de ser facilitadora del aumento en la participación en ocupaciones diarias significativas). Phillips et al. (46), igualmente, apelan

a las y los terapeutas ocupacionales a ser conscientes de que la ocupación puede ayudar a identificar la existencia de trauma.

Si, asimismo, se habla del rol del o de la terapeuta ocupacional en la recuperación de una comunidad tras un evento traumático de gran escala, Carra et al. (37) sostienen que el conjunto de terapeutas ocupacionales debería investigar oportunidades de construir participación en ocupaciones colectivas (como sean estudiar, participar en ceremonias religiosas o reconstruir infraestructuras físicas), que incluyan la “implicación humana colectiva” con intencionalidad y objetivos compartidos y que se alineen con los valores sociales y culturales de la comunidad afectada.

El concepto central, previamente abordado, de que el entorno debe ser considerado en todo momento al aproximar a la persona y a la ocupación, queda ilustrado con fuerza en varios de los estudios incluidos en la revisión, invitando a la reflexión. Por ejemplo, el estudio de Hannold et al. (45) explica cómo los y las militares poseen hábitos de conducción que aseguran su supervivencia en la zona de guerra, pero que, al aplicarse en entornos civiles, pueden tener graves consecuencias para conductor, pasajeros y otros usuarios de la carretera; lo que deriva en retos para este colectivo a la hora de integrarse en la comunidad civil. Siguiendo con los y las militares, Rogers et al. (34) consideran que éstos tienen una cultura de “hermandad”, de atletismo y de implicación en riesgos que debe ser acogida de manera socialmente aceptable por la ocupación en la que se les proponga participar. Luego, el estudio de Driver et Beltran (35), que trata sobre el rol de estudiante en menores refugiados y refugiadas y muestra cómo su rol es afectado por las tensiones entre los distintos “filtros culturales” que lo enmarcan (por ejemplo, las expectativas sobre el rol a nivel familiar versus las expectativas del rol a nivel del equipo escolar).

Para finalizar este tema de los resultados, una aportación especial a tener en cuenta para mejorar el desempeño ocupacional y la participación

de la persona con trauma es la involucración de un **perro de asistencia** en su vida diaria. Así lo ilumina el estudio de McLaughlin y Hamilton (42), que muestra cómo los perros de asistencia ayudaban a militares veteranos y veteranas con TEPT a tener un mayor sentido de seguridad y una mayor regulación emocional y del sueño; una disminución de la ideación suicida (incluso evitación del acto), del aislamiento social y de las ocupaciones perjudiciales; así como un aumento en el sentido de la vida diaria y en la participación en rutinas y ocupaciones significativas.

4.2.4. Pasos hacia el futuro

Para lograr avances en la instauración del abordaje del trauma con una perspectiva ocupacional y de realizar una práctica de la TO basada en la evidencia (TOBE) en este ámbito, las autoras y los autores reiteran la necesidad de documentar por medio de la investigación los beneficios de las intervenciones de TO. Para ello, consideran necesario aumentar los estudios de eficacia en la variedad de poblaciones con trauma y evidenciar las barreras del entorno que afectan a individuos con trauma complejo en su participación en ocupaciones significativas (3, 20, 22, 35, 39).

Otras necesidades detectadas son un entrenamiento más especializado y la revisión de publicaciones en materia de trauma por parte del conjunto de terapeutas ocupacionales, para realizar un razonamiento clínico, evaluaciones, toma de decisiones, implementación de programas... más fundamentados y pertinentes (33, 35-36, 43). Rogers et al. (34) matizan considerar, en estas acciones, la coexistencia de trauma con discapacidades físicas y cognitivas.

Las y los terapeutas ocupacionales deberían afirmar su posición única en programas desarrollados con otros agentes de la comunidad (demás personal sanitario, profesionales de la educación, agentes políticos...), con habilidades profesionales y redes que faciliten la sostenibilidad de los servicios, tanto local como internacionalmente, y en los niveles individual y comunitario de las personas afectadas (3, 21, 37, 39, 45).

5. Discusión y conclusión

5.1. (Re)planteamientos en la investigación del trauma con una perspectiva ocupacional

En cuanto a las características contextuales de los estudios, comenzando por la **tendencia temporal**, la impresión de que hay un mayor número de publicaciones en los últimos años debe tomarse con cautela, puesto que varias autoras, como Megan Edgelow, Kerry Fraser o Colleen Cameron Whiting, formaron parte de varios artículos, haciendo que la concentración de los datos se situara en los últimos años. Este hecho indica que siguen siendo un número pequeño de investigadoras e investigadores de la ocupación los que están produciendo literatura sobre trauma con una perspectiva ocupacional. Esto resulta sorprendente teniendo en cuenta que hay artículos del siglo XX dónde ya se reconoce la importancia de abordar el trauma desde esta perspectiva. La carencia no se ha encontrado únicamente en el campo de la investigación, sino que artículos de los últimos años de nuestra revisión, como el de Fraser et al. (32), continúan diciendo que es un área emergente en la práctica de TO y que son pocos las y los profesionales que tienen el entrenamiento adecuado.

Continuando por la **tendencia espacial**, las y los autores tan solo estaban afiliados a instituciones de 4 países: Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido. De los estudios canadienses, 2 contaron con participantes de otros países, como el estudio de Bontempo et al. (39), cuyo proyecto se desarrolló en El Salvador, o el estudio de Fraser et al. (32) cuyas participantes provenían de Estados Unidos y Reino Unido. Con esta acción, las autoras y los autores de instituciones canadienses están siendo un ejemplo de apertura y colaboración internacional para el estudio, construcción y avance del abordaje en el trauma con perspectiva ocupacional.

El hecho de que la producción científica se concentrara en países anglófonos es llamativo considerando que se han consultado la base de

datos Scopus, que recoge literatura de Europa, y las bibliotecas virtuales SciELO y Dialnet, que recogen literatura iberoamericana. Invita a preguntarse y estudiar en qué están enfocándose las y los profesionales de la TO y CO de estos lugares, cuál es su interés por la investigación en trauma, cómo lo están denominando o qué barreras pueden estar encontrando para la realización y difusión de sus investigaciones. Es pertinente hacer referencia al artículo de Magalhaes et al. (47) sobre el desarrollo de la CO en países no anglófonos, en el que aportan las reflexiones generadas al respecto por científicas y científicos ocupacionales provenientes de 5 continentes. Éstos discutieron sobre la desigualdad en las oportunidades y los desafíos experimentados para la generación y difusión del conocimiento por los países anglófonos frente a países no anglófonos; se razonó sobre problemas detectados para una colaboración global en el desarrollo de la disciplina y se realizaron propuestas para subsanar los mencionados diferencias y problemas. Habría que explorar si las mismas circunstancias están aconteciendo en la producción científica sobre trauma con una perspectiva ocupacional. No obstante, otras bases de datos y consultas en idiomas distintos del inglés, francés o español podrían haber aportado resultados distintos. La limitación a artículos revisados por pares puede haber resultado en la omisión de literatura importante, como manuscritos en fase de publicación o literatura gris.

Respecto a la **especificación del diseño del estudio**, si bien se ha recogido (con flexibilidad) que 11 artículos sí especificaron su diseño, se debe señalar que en muchos de los casos la información estaba incompleta; por ejemplo: un estudio se define como cualitativo, pero no menciona que usa una metodología fenomenológica, lo cual se puede abstraer porque el objetivo del estudio es entender el fenómeno o la realidad por cómo la experimentan los individuos (48). Es fundamental que las investigadoras y los investigadores manifiesten el carácter de sus trabajos a nivel de diseño y de metodología para, entre otras cosas, aumentar su rigor y facilitar la evaluación de su calidad y/o facilitar su

lectura crítica. Por ello, se invita a futuros trabajos con una perspectiva ocupacional a tener en cuenta este factor.

Siguiendo en este hilo, merece especial atención, con relación a cómo se están escribiendo los artículos científicos con una perspectiva ocupacional en trauma, la **redacción de los títulos**. Como se ha reflejado en la introducción, la experiencia traumática es una respuesta individual y dos individuos frente al mismo evento pueden desarrollar respuestas distintas. Esto viene condicionado, en buena medida, con factores relacionados con la resiliencia y la vulnerabilidad, como bien se discute en el artículo de López (40) incluido en esta revisión; o por el apoyo recibido, como reflexiona el estudio de Driver et Beltran (35), al observar que no todo el estudiantado postrefugiado estaba afectado de la misma manera. Tener presente estas circunstancias hizo muy compleja la criba de títulos para no caer en un sesgo de selección; a pesar de que la CIE-11 en sus requisitos para diagnóstico del TEPT contempla, aunque no limita, como evento o situación de naturaleza extremadamente amenazadora u horribla los desastres naturales o provocados por personas, combates armados, las torturas, la violencia sexual... entre otros (7). Para ilustrar esta reflexión con un ejemplo que no hace referencia a ninguna publicación concreta, en el caso del tráfico humano (experiencia que puede implicar explotación sexual o laboral, migración forzada, violencia física y psicológica, entre otros), un estudio llamado “Terapia ocupacional en el abordaje del tráfico humano” podría centrarse en aspectos sobre la disrupción, el desequilibrio o la injusticia ocupacional, sin hacer hincapié en la potencialidad de traumatización de este fenómeno y su interacción con estos aspectos de la ocupación. Es importante que los títulos de los artículos se redacten dejando ver con claridad a qué van a hacer referencia.

Por otro lado, cabe destacar que muchos de los títulos extraídos de las bases de datos empleaban las palabras “supervivientes” o “víctimas” de... (y un evento potencialmente traumático). Se hizo una búsqueda de estos términos, por si pudieran aclarar la decisión de su inclusión en la revisión.

El término “supervivientes” está incluido y definido en la terminología MeSH del tesoro de la National Library of Medicine como “personas que han experimentado una supervivencia prolongada tras una grave enfermedad o que continúan viviendo con una condición que amenaza la vida, así como miembros familiares, personas importantes o individuos sobreviviendo eventos vitales traumáticos” (49). El término “víctima” no figura en los tesauros consultados (49-51) y se encontró en el diccionario de la Real Academia Española con la definición “1. Persona que padece daño por culpa ajena o causa fortuita. 2. Persona que padece las consecuencias dañosas de un delito” (52). Aunque el término superviviente se acerca al tema de estudio por el reconocimiento de “eventos traumáticos”, no se consideró lo suficientemente convincente para asumir que las poblaciones de los estudios estaban experimentando una respuesta traumática y, finalmente, no se contemplaron ninguno de los dos términos en los criterios de inclusión. Una línea de investigación interesante sería consultar a expertos y expertas, y autoras y autores de estos artículos para explorar qué ha motivado su empleo de esta terminología; incluso analizar tendencias en la expresión del fenómeno en la literatura.

Continuando con las **metodologías empleadas**, es importante resaltar que las 4 revisiones sistemáticas incluidas en este trabajo también emplearon la metodología de Arksey y O'Malley (25). Este resultado, unido a que otros 4 de los estudios se enmarcaron en un paradigma constructivista, refleja que el colectivo de investigadoras e investigadores de la ocupación está entendiendo el abordaje del trauma con una perspectiva ocupacional como una realidad compleja, como ha constatado el análisis temático que se ha llevado a cabo en esta revisión. Ninguno de los estudios tuvo un diseño cuantitativo analítico, lo que refuerza lo expresado por las autoras y autores sobre la necesidad de realizar estudios de eficacia.

Por último, se señala que contar con las 4 revisiones sistemáticas recién mencionadas ha permitido incluir la voz de más autoras y autores

cuyos trabajos no hayan cumplido los criterios de selección aquí propuestos, pero que hayan aportado información de interés al tema.

5.2. Abogacía por la atención informada en el trauma y modelos centrados en participación

Lo tratado en *Una mayor concienciación lleva al cambio hacia una atención sensible al trauma y colaborativa* refuerza la argumentación de que **el conjunto de terapeutas ocupacionales** no puede ignorar el contexto que se está viviendo y **debe formar parte de la instauración de la atención informada en el trauma**. Si ésta no está aconteciendo en su contexto inmediato, entonces debe abogar por ella; y, cuando se posiciona respecto al resto de agentes (políticos, profesionales de otros sectores públicos, demás personal sanitario, etc.) debe defender y aportar **una práctica basada en la ocupación**. Así lo declara también la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, en sus siglas en inglés) en su posicionamiento sobre la TO y la salud global (53), y en su posicionamiento sobre la práctica de la TO, donde reclama que las y los terapeutas ocupacionales deben abandonar modelos adoptados sobre deficiencia y discapacidad para centrarse en modelos de participación en la vida y la sociedad (54). El conjunto de terapeutas ocupacionales que aborda trauma debe darse por aludido en este sentido, puesto que, como se ha visto en la bibliografía consultada para justificar esta revisión y se ha reflejado en parte de los datos, la práctica actual de TO en este ámbito se está centrando en buena medida en intervenir a nivel de la persona y sus funciones corporales, por ejemplo, en el procesamiento somatosensorial del trauma. Por tanto, sin dejar de reconocer la gran importancia de abordar este procesamiento y las valiosas aportaciones que ha realizado la TO al campo de la salud mental (y específicamente del trauma) empleando los enfoques basados en lo sensorial (23-24, 32), se invita a centrar el foco en la herramienta que define a la profesión: la ocupación. El poder de la ocupación como herramienta de intervención ha quedado bien definido en los resultados (Ver: *Qué considerar para que la ocupación alcance toda su potencia en la recuperación del trauma*).

Para todo lo inmediatamente expuesto, se han visto los múltiples beneficios que aportan distintos tipos de colaboraciones que pueden fomentar y realizar las y los terapeutas ocupacionales, en todos los niveles de atención (promoción de la salud y bienestar, y prevención y tratamiento de condiciones que afectan a la salud).

5.3. Protagonismo del entorno y de la comunidad

La importancia de considerar e incluir al entorno y a la comunidad en la atención al trauma desde una perspectiva ocupacional ha quedado plasmada con contundencia en los resultados de esta revisión; lo cual supone una fortaleza en comparación con los resultados de la revisión de Edgelow et al. (20) sobre la práctica clínica de TO en TEPT, que no enfatizan este aspecto. La diferencia puede deberse en gran medida a dos motivos. El primero, el diseño de cada revisión. Este trabajo ha incluido un análisis temático centrado en ofrecer un relato rico, detallado y con matices de los datos, que ha dado protagonismo a información latente y de calidad, sin considerar el número de veces que apareciera. En cambio, Edgelow et al. (20) analizaron y reportaron el contenido de los textos revisados en función de la cuenta cuantitativa de los códigos, es decir, dando voz a la información de aparición más frecuente. El segundo, los criterios de selección de los artículos. Edgelow et al. (20) incluyeron publicaciones que trataran de la TO (en general) y TEPT, sin hacer el énfasis que se ha realizado en este trabajo en una perspectiva ocupacional (Ver *Fase 3: Selección de estudios*); la que, como se ha visto en resultados, está intrínsecamente ligada al entorno.

En cuanto al entorno social, **fomentar relaciones personales seguras, con capacidad de respuesta y que den apoyo** a la persona con historia de trauma para su recuperación se ha visto en los resultados a nivel de instituciones, profesionales, familia, los iguales... Este fomento es imprescindible, puesto que, como señala Van der Kolk (55), la seguridad es probablemente el aspecto más importante de la salud mental y es fundamental para regular la fisiología de la persona y

permitirle tener una vida significativa y satisfactoria. El apoyo social debe incluir reciprocidad: ser realmente visto y escuchado por el otro; y debe ser brindado por personas con un buen nivel de funcionamiento y flexibilidad (ya que, si la persona con trauma solo se relaciona con, por ejemplo, grupos de personas con experiencias similares que se centran en recrearse en lo vivido, puede ser contraproducente).

En cuanto a la comunidad, por el profundo conocimiento que se ha adquirido de la población de estudios investigada en esta revisión, se puede comunicar que las publicaciones que hablaban de **realizar acciones en coordinación con los recursos de la comunidad o de realizar rehabilitación basada en la comunidad**, en general, se trataban de revisiones narrativas. Bontempo et al. (39) y Rogers et al. (34), sí son ejemplos de proyectos llevados a cabo en este sentido en un contexto real.

Se debe tener en cuenta que los enfoques basados en la comunidad garantizan que las comunidades estén en el centro de las iniciativas de prevención, detección, respuesta y recuperación de enfermedades y son una estrategia para dar voz a la comunidad, lo que es esencial para realizar un cambio sostenible basado en realidades locales. La investigación debe desempeñar un papel en el fortalecimiento de estos enfoques (56), así que esto lleva a hacer un llamamiento a evidenciar los resultados del abordaje del trauma desde una perspectiva ocupacional en y con la comunidad, colaborando con otros proveedores de servicios e incluyendo al contexto familiar; y no solo en ámbitos clínicos concretos con poblaciones específicas. Todo ello siendo sensible a la cultura de la comunidad, como ha quedado destacado a lo largo del trabajo.

De esta manera, se permitirá reducir el estrés crónico, protegiendo el período crítico de desarrollo cerebral que es la infancia y protegiendo la salud física y psicológica de jóvenes y adultos previniendo más morbilidad, para que todos los individuos puedan participar de manera

funcional en su contexto y disfrutar de su naturaleza como ser ocupacional.

5.4. Todos los ámbitos clínicos de la terapia ocupacional deben tener en cuenta el trauma

Hablando de morbilidades asociadas a trauma y TEPT, es muy importante que las y los terapeutas ocupacionales conozcan la relación que existe entre las reacciones adversas y los factores de riesgo para varias de las causas de muerte en adultos, su estado de salud y las enfermedades; como también discutieron Edgelow et al. (20). El estudio de Felitti et al. (57) encontró, por ejemplo, asociaciones con exposiciones adversas en la infancia y enfermedad cardíaca, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, fracturas esqueléticas y enfermedad hepática. Abordar con una perspectiva ocupacional estas condiciones de salud sin reconocer el papel que puede jugar una historia trauma en ellas, implicaría no estar realizando un abordaje integral. Lo mismo ocurre con otras enfermedades mentales, como los trastornos de la personalidad. Froehlich (58) en su artículo sobre TO con supervivientes de abuso sexual refleja cómo a menudo los tratamientos se dirigen a los síntomas psiquiátricos, pero no a la experiencia de abuso. Por tanto, se apela al colectivo de terapeutas ocupacionales que ejerzan en una variedad de ámbitos clínicos a incluir el trauma en su razonamiento clínico, para lo que se pueden ayudar de las herramientas conceptuales aportadas en esta revisión.

Respecto a las herramientas conceptuales, a pesar de que los resultados han reflejado la sugerencia de que las y los terapeutas ocupacionales usen de manera rutinaria inventarios de experiencias adversas y trauma (3), Rothman y Lynch (59) explican las controversias asociadas a su uso (entre ellas el riesgo de retraumatización) y discuten las implicaciones para la práctica e investigación de la TO. Por ejemplo, sugieren que el conjunto de terapeutas ocupacionales, en cambio, ayuden a sus clientes a identificar experiencias protectoras en la infancia y otros

factores de protección, para apoyar el desarrollo de la resiliencia y fortalezas; lo que va en consonancia con los principios de atención que han propuesto las autoras y los autores.

5.5. Conclusiones

En conclusión, esta revisión ha aportado un contexto para enmarcar la voz de las investigadoras y los investigadores que han estudiado el trauma desde una perspectiva ocupacional y conocer en qué posición se encuentra la profesión de TO al respecto. El análisis temático ha permitido resaltar la necesidad de que el conjunto de terapeutas ocupacionales forme parte de la atención informada en el trauma (y su instauración), también en distintos ámbitos clínicos. Para lograr la mejor recuperación de las personas y comunidades afectadas por trauma, la atención debe realizarse de manera colaborativa con los distintos agentes (incluyendo a la propia persona, su familia, recursos del entorno...), garantizando entornos y relaciones interpersonales seguros, y creando estrategias en los distintos niveles de atención. Aunque en la práctica actual no esté ocurriendo de manera predominante, el papel de la TO se debe enfocar en la ocupación, además de tener una consideración explícita por el entorno y factores personales asociados al procesamiento del trauma. Para ello, el conjunto de terapeutas ocupacionales se puede servir de una variedad de herramientas conceptuales, y debe especializarse y basar su práctica en la evidencia.

Es necesario realizar avances en la práctica, así como en la realización y/o difusión de la investigación sobre el trauma con una perspectiva ocupacional; aumentando el foco en ella, promoviéndola y facilitándola tanto en países anglófonos como no anglófonos. En ello, se deberá considerar cómo se está difundiendo la producción científica y qué diseños de estudio pueden ser más convenientes para fortalecer la evidencia, sin olvidar la complejidad de la realidad asociada al trauma.

6. Agradecimientos

Quería agradecer a Carla y Natalia por aceptar dirigirme, que ha sido un privilegio, y por su constante dedicación, paciencia, confianza, apoyo y calidez durante mi proceso de aprendizaje. Asimismo, quisiera mostrar mi agradecimiento al Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) por acceder a abrir la puerta a mi propuesta para que, así, Carla llegara a este trabajo.

Mi agradecimiento va también para todas y cada una de las personas importantes para mí, que con amor me animan y respetan en mi toma de decisiones, transmitiéndome con seguridad que puedo alcanzar lo que me proponga; desde el que me ha podido acompañar día a día, hasta los que se mantienen cerca a pesar de la distancia.

Por último, una especial dedicatoria a una de las luces que viven en mí, que me dijo: “Cambia el mundo, cambia la terapia ocupacional”, y siento que todavía me acompaña en cada paso importante que doy.

7. Bibliografía

[Los artículos señalados en asterisco son los incluidos en el análisis de la revisión]

(1) Champagne T. AOTA's societal statement on stress, trauma, and posttraumatic stress disorder. *Am J Occup Ther* 2018;72(Supplement_2):7212410080p1-7212410080p3.

(2) Carlson EB, Dalenberg C. A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma Violence Abuse* 2000;1(1):4-28.

(3)* Lynch BP, Brokamp KM, Scheerer CR, Bishop M, Stauble L, Hagedorn B, et al. Outcomes of Occupational Therapy in trauma-informed care. *J Occup Ther Sch Early Interv* 2021;15(4).

(4)* Gronski MP, Bogan KE, Kloeckner J, Russell-Thomas D, Taff SD, Walker KA, et al. Childhood toxic stress: a community role in health

promotion for Occupational Therapists. *Am J Occup Ther* 2013;67(6):e148-e153.

(5) Smith KE, Pollak SD. Rethinking concepts and categories for understanding the neurodevelopmental effects of childhood adversity. *Perspect Psychol Sci* 2021;16(1):67-93.

(6) Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2017 Oct;47(13):2260-2274.

(7) World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Available at: <https://icd.who.int/en>. Accessed July, 2022.

(8) Black DW, Grant JE. DSM-5 ® Guía de uso. El complemento esencial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1ª edición electrónica ed.: Editorial Médica Panamericana; 2017.

(9) Harvard Medical School. The World Mental Health Survey Initiative. Available at: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/index.php>.

(10) Oakley LD, Kuo W, Kowalkowski JA, Park W. Meta-analysis of cultural influences in trauma exposure and PTSD prevalence rates. *J Transcult Nurs* 2021;32(4):412-424.

(11) World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. 2013.

(12) Schäfer I, Hopchet M, Vandamme N, Ajdukovic D, El-Hage W, Egreteau L, et al. Trauma and trauma care in Europe. *Eur J Psychotraumatol* 2018;9(1):1556553-15.

(13) Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Encuesta Europea de Salud en España 2020. 2020.

- (14) Secretaría General Información Sanitaria. Serie informes monográficos. #1 Salud Mental. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. 2017.
- (15) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006;126(12):445-451.
- (16) Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Ministerio de Sanidad 2022.
- (17) Boop C, Cahill SM, Davis C, Dorsey J, Gibbs V, Herr B, et al. Occupational Therapy practice framework: domain and process—Fourth Edition. *Am J Occup Ther* 2020;74(S2):1-7412410010p87.
- (18) World Federation of Occupational Therapists. Occupational Science [Position Statement]. 2012 b.
- (19) Rudman DL. Occupational Therapy and Occupational Science: building critical and transformative alliances. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* 2018;26(1):241-249.
- (20)* Edgelow MM, MacPherson MM, Arnaly F, Tam-Seto L, Cramm HA. Occupational therapy and posttraumatic stress disorder: a scoping review. *Can J Occup Ther* 2019;86(2):148-157.
- (21)* Edgelow M, Harrison L, Miceli M, Cramm H. Occupational therapy return to work interventions for persons with trauma and stress-related mental health conditions: a scoping review. *Work* 2020;65(4):821-836.
- (22)* Kerr NC, Ashby S, Gerardi SM, Lane SJ. Occupational Therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: a scoping review. *Aust Occup Ther J* 2020;67(5):479-497.

- (23)* Fraser K, MacKenzie D, Versnel J. Complex trauma in children and youth: a scoping review of sensory-based interventions. *Occup Ther Ment Health* 2017;33(3):199-216.
- (24) McGreevy S, Boland P. Sensory-based interventions with adult and adolescent trauma survivors: an integrative review of the Occupational Therapy literature. *Irish Journal of Occupational Therapy* 2020;48(1):31-54.
- (25) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19-32.
- (26) Gastaldo D, Rivas-Quarneti N, Magalhaes L. Body-map storytelling as a health research methodology: blurred lines creating clear pictures. *Forum Qual Soc Res* 2018;19(2).
- (27) Njelesani J, Tang A, Jonsson H, Polatajko H. Articulating an occupational perspective. *J Occup Sci* 2014;21(2):226-235.
- (28) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in Psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101.
- (29) Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013;15(3):398-405.
- (30) Finlay L. "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qual Health Res* 2002;12(4):531-545.
- (31)* Edgelow M, Cramm H. Developing an occupation-centred framework for trauma intervention. *Occup Ther Ment Health* 2020;36(3):270-290.
- (32)* Fraser K, MacKenzie D, Versnel J. What is the current state of Occupational Therapy practice with children and adolescents with complex trauma? *Occup Ther Ment Health* 2019;35(4):317-338.

(33)* Lynch AK, Ashcraft R, Mahler K, Whiting CC, Schroeder K, Weber M. Using a public health model as a foundation for trauma-informed care for Occupational Therapists in school settings. *J Occup Ther Sch Early Interv* 2020;13(3):219-235.

(34)* Rogers CM, Mallinson T, Peppers D. High-intensity sports for posttraumatic stress disorder and depression: feasibility study of ocean therapy with veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom. *Am J Occup Ther* 2014;68(4):395-404.

(35)* Driver C, Beltran RO. Impact of refugee trauma on children's occupational role as school students. *Aust Occup Ther J* 1998;45(1):23-38.

(36)* Whiting CC. Trauma and the role of the school-based occupational therapist. *J Occup Ther Sch Early Interv* 2018;11(3):291-301.

(37)* Carra K, Hyett N, Kenny A, Curtin M. Strengthening occupational therapy practice with communities after traumatic events. *Br J Occup Ther* 2019;82(5):316-319.

(38)* Davis J, Kutter CJ. Independent living skills and posttraumatic stress disorder in women who are homeless: implications for future practice. *Am J Occup Ther* 1998;52(1):39-44.

(39)* Bontempo T, Westmacott L, Paterson J, Paterson M. The development of a resource guide on post traumatic stress disorder for rural health care workers. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2008;19(2):34-49.

(40)* Lopez A. Posttraumatic stress disorder and occupational performance: building resilience and fostering occupational adaptation. *Work* 2011;38(1):33-38.

- (41)* Precin P. Occupation as therapy for trauma recovery: a case study. *Work* 2011;38(1):77-81.
- (42)* McLaughlin K, Hamilton AL. Exploring the influence of service dogs on participation in daily occupations by veterans with PTSD: a pilot study. *Aust Occup Ther J* 2019;66(5):648-655.
- (43)* Lohman H, Royeen C. Posttraumatic stress disorder and traumatic hand injuries: a neuro-occupational view. *Am J Occup Ther* 2002;56(5):527-537.
- (44) Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model. *Can J Occup Ther* 1996;63(1):9-23.
- (45)* Hannold EM, Classen S, Winter S, Lanford DN, Levy CE. Exploratory pilot study of driving perceptions among OIF/OEF Veterans with mTBI and PTSD. *J Rehabil Res Dev* 2013;50(10):1315-1330.
- (46)* Phillips ME, Bruehl S, Harden RN. Work-related post-traumatic stress disorder: Use of exposure therapy in work-simulation activities. *Am J Occup Ther* 1997;51(8):696-700.
- (47) Creswell J, Hanson W, Clark Plano V, Morales A. Qualitative research designs. *Couns Psychol* 2007;35(2):236-264.
- (48) National Center for Biotechnology Information. National Library of Medicine. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>. Accessed June, 2022.
- (49) Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en ciencias de la salud. Available at: <https://decs.bvsalud.org/es/>. Accessed June, 2022.
- (50) National Rehabilitation Information Center. REHABDATA Thesaurus. Available at: https://www.naric.com/?q=es/thesaurus_glossary/v. Accessed June, 2022.

(51) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Available at: <https://dle.rae.es/diccionario>. Accessed June, 2022.

(52) World Federation of Occupational Therapists. Salud global: informando la práctica de terapia ocupacional [Position Statement]. 2014.

(53) World Federation of Occupational Therapists. Alcance y extensión de la práctica [Position Statement]. 2014.

(54) Van der Kolk B. The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma. Great Britain: Penguin Books; 2015.

(55) WHO R&D Blueprint. Community-centred approaches to health emergencies: progress, gaps and research priorities. 2021.

(56) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-258.

(57) Froehlich J. Occupational therapy interventions with survivors of sexual abuse. *Occup Ther Health Care* 1992;8(2-3):1-25.

(58) Rothman EF, Lynch AK. The state of the science on adverse childhood experiences. *OTJR (Thorofare N J)* 2023;43(1).

8. Apéndices

Anexo I. Lista de abreviaturas

Tabla 5 Lista de abreviaturas

AOTA	Asociación Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association)
APA	Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatry Association)
CIE-11	Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 11
CO	Ciencia de la ocupación
DSM-5®	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition)
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
ENSE	Encuesta Nacional de Salud en España
ESEMeD	Estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)
ESTSS	Sociedad europea de estudios de estrés traumático (European Society for Traumatic Stress Studies)
mhGAP	Programa de acción mundial para superar brechas en salud mental (The mental health Gap Action Programme)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTTIF	Marco teórico de intervención de terapia ocupacional en trauma (Occupational Therapy Trauma Intervention Framework)
SNS	Sistema Nacional de Salud
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
TIC	Atención informada en el trauma (Trauma-Informed Care)
TO	Terapia ocupacional
TOBE	Terapia ocupacional basada en la evidencia
WFOT	Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (World Federation of Occupational Therapists)
WMH Surveys	Encuestas mundiales de salud mental (World Mental Health Surveys)

Anexo II. Estrategia de búsqueda

Tabla 6 Estrategia de búsqueda

Fuente de búsqueda	Estrategia de búsqueda
Web of Science	(trauma*[Majr] OR "adverse childhood experiences"[Majr] OR "toxic stress"[Majr] OR "PTSD"[Majr] NOT "brain injury"[Title] NOT "spinal cord"[Title] NOT "nerve injury"[Title]) AND ("occupational therapy"[Title/Abstract] OR ergotherapy[Title/Abstract] OR "occupational science"[Title/Abstract]) Filtro: inglés, francés, español
Scopus	(ABS (trauma* OR "adverse childhood experiences" OR "toxic stress" OR PTSD) AND ABS ("occupational therapy" OR "occupational science" OR ergotherapy) AND NOT TITLE ("brain injury" OR "spinal cord" OR "nerve injury")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "French") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))
Psycinfo	ab(trauma* OR "adverse childhood experiences" OR "toxic stress" OR PTSD) AND ab("occupational therapy" OR "occupational science" OR ergotherapy) NOT ti("brain injury" OR "spinal cord" OR "nerve injury") Límites adicionales: Español, Francés, Inglés; Journal Article, artículos evaluados por expertos
SciELO	trauma\$[Resumen] AND occupational[Resumen]
Dialnet	(trauma* OR "experiencias adversas en la infancia" OR "estrés tóxico") AND ocupaci* AND (terap* OR cien* OR ergoterap*) NOT ("daño cerebral adquirido" OR "lesion medular" OR craneoencefalico*)

Anexo III. Información relativa al contexto

Tabla 7 Recopilación de la Información relativa al contexto

REF.	AÑO	PAÍS	REVISTA	TIPO ESTUDIO	ENFOQUE METODOLÓGICO	ESPECIFICA METODOLOGÍA	IDIOMA
Bontempo et al. (39)	2008	Canadá	Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal	Original	(No determinable)	No	Inglés
Carra et al. (37)	2019	Reino Unido	British Journal of Occupational Therapy	Síntesis	Revisión narrativa	No	Inglés
Davis et Kutter (38)	1998	Estados Unidos	The American Journal of Occupational Therapy	Original	Cuantitativo descriptivo	No	Inglés
Driver & Beltran (35)	1998	Australia	Australian Occupational Therapy Journal	Original	Cualitativo fenomenológico	No	Inglés
Edgelow et al. (20)	2019	Canadá	Canadian Journal of Occupation Therapy	Síntesis	Revisión sistemática	Sí	Inglés
Edgelow & Cramm (31)	2020	Canadá	Occupational Therapy in Mental Health	Original	Evaluación de desarrollo	Sí	Inglés

Edgelow et al. (21)	2020	Canadá	Work	Síntesis	Revisión sistemática	Sí	Inglés
Fraser et al. (23)	2017	Canadá	Occupational Therapy in Mental Health	Síntesis	Revisión sistemática	Sí	Inglés
Fraser et al. (32)	2019	Canadá	Occupational Therapy in Mental Health	Original	Cualitativo fenomenológico	Sí	Inglés
Gronski et al. (4)	2013	Estados Unidos	The American Journal of Occupational Therapy	Síntesis	Revisión narrativa	No	Inglés
Hannold et al. (45)	2013	Estados Unidos	Journal of Rehabilitation Research and Development	Original	Cualitativo teoría fundamentada	Sí	Inglés
Kerr et al. (22)	2020	Australia	Australian Occupational Therapy Journal	Síntesis	Revisión sistemática	Sí	Inglés
Lohman & Royeen (43)	2002	Estados Unidos	The American Journal of Occupational Therapy	Síntesis	Revisión narrativa	No	Inglés
Lopez (40)	2011	Estados Unidos	Work	Síntesis	Revisión narrativa	No	Inglés
Lynch et al. (33)	2020	Estados Unidos	Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention	Síntesis	Revisión narrativa	No	Inglés

Lynch et al. (3)	2021	Estados Unidos	Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention	Original	Cuantitativo descriptivo	No	Inglés
McLaughlin et Hamilton (42)	2019	Australia	Australian Occupational Therapy Journal	Original	Cualitativo fenomenológico	Sí	Inglés
Phillips et al. (46)	1997	Estados Unidos	The American Journal of Occupational Therapy	Original	Estudio de caso	Sí	Inglés
Precin (41)	2011	Estados Unidos	Work	Original	Estudio de caso	Sí	Inglés
Rogers et al. (34)	2014	Estados Unidos	The American Journal of Occupational Therapy	Original	Cuantitativo descriptivo	Sí	Inglés
Whiting (36)	2018	Estados Unidos	Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention	Síntesis	Revisión narrativa	No	Inglés

Anexo IV. Temas preliminares del análisis temático

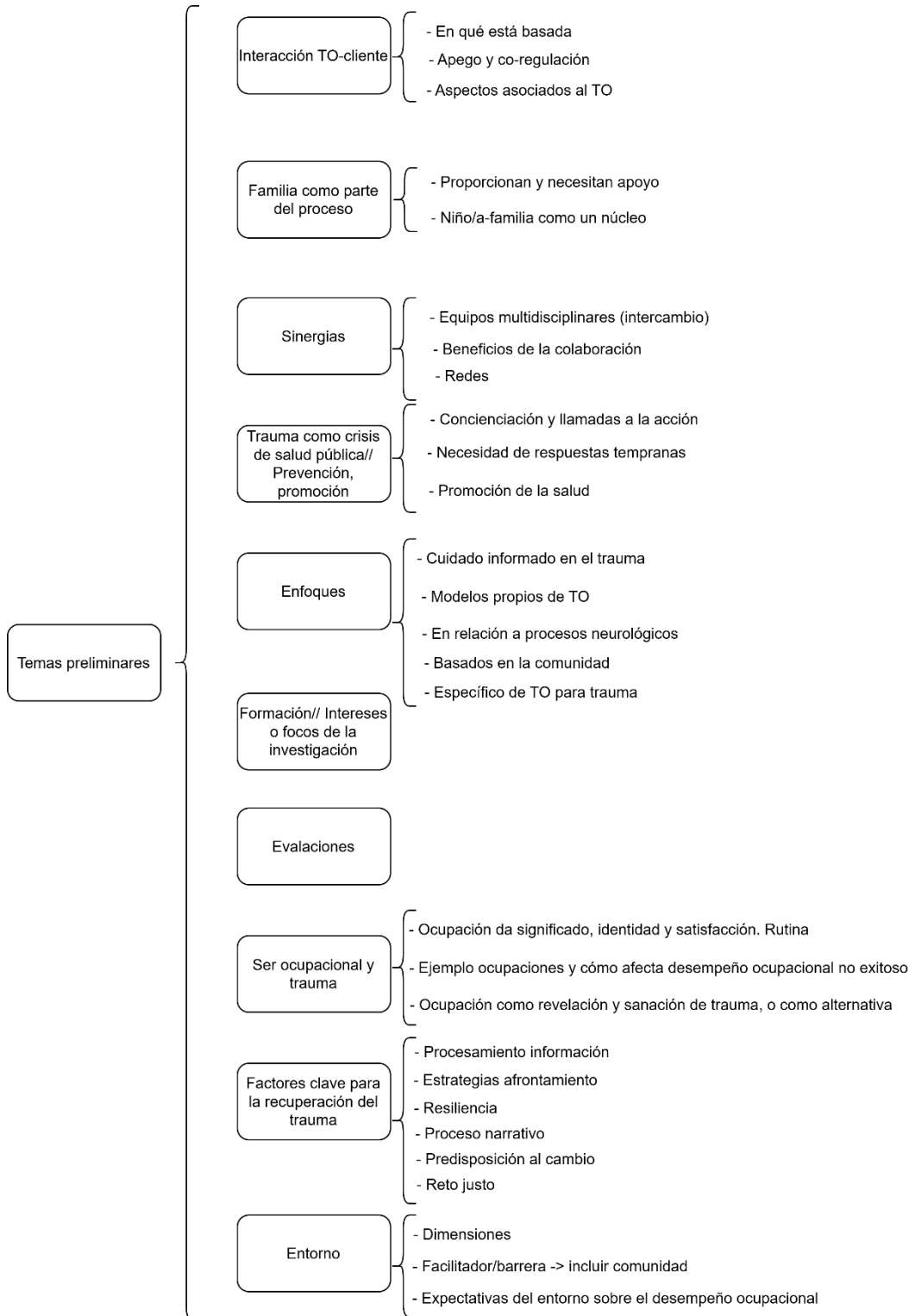


Ilustración 2 Temas preliminares del análisis temático