



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

El papel de la terapia ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosas: una revisión sistemática.

The role of occupational therapy in the approach to anorexia and bulimia nervosa: a systematic review.

Autor/a: Marina Quero Bellido

Director 1. Ignacio Olivar Noguera

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son uno de los problemas de Salud Pública más graves de nuestros días, tanto por su prevalencia, como por su dificultad de tratamiento y cronicidad. Conllevan un importante deterioro físico, psíquico y social, afectando al desempeño de los usuarios.

Partiendo de esta premisa, el contexto de atención de estos trastornos debe realizarse en un espacio multidisciplinario que incluya la Terapia Ocupacional.

El objetivo principal de esta revisión ha sido analizar las características que debe incorporar un programa de Terapia Ocupacional para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Como objetivo secundario, se ha planteado determinar el efecto que tiene el trastorno en las áreas ocupacionales, para justificar la implementación del programa de Terapia Ocupacional. Por último, se ha propuesto determinar la presencia de esta figura en las Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria de España.

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de bibliografía y estudios científicos, y una entrevista a una terapeuta ocupacional.

Los resultados obtenidos parecen indicar que los programas de Terapia Ocupacional aumentan las autopercepciones positivas de los pacientes, consiguiendo disminuir la ansiedad y las conductas disfuncionales, y logrando finalmente una reestructuración ocupacional y reinserción en la sociedad. En contraposición, se ha concluido una escasa presencia de la disciplina en este ámbito.

Desde Terapia Ocupacional, sería conveniente publicar más sobre su labor en este colectivo, para así aumentar la visibilidad.

Palabras clave: *terapia ocupacional, Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia, bulimia.*



ÍNDICE

	Pag.
Introducción _____	4
Objetivos _____	9
Metodología _____	10
Resultados y discusión _____	15
Conclusión _____	31
Bibliografía _____	33
Anexos _____	39

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos psicológicos que se caracterizan por un comportamiento patológico en relación con la alimentación, debido a una obsesión por la pérdida de peso, que causa un deterioro significativo en la salud física, social y psicológica del individuo. Entre ellos, los más conocidos son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), pero existen otros como el Trastorno por Atracón o el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). ⁽¹⁾⁽²⁾

➤ Situación actual.

Los TCA han adquirido gran relevancia sociosanitaria debido a sus elevados índices de cronicidad, por su dificultad de tratamiento; y al incremento de su incidencia y prevalencia en los últimos años, por los nuevos estereotipos de belleza, centrados en la delgadez. ⁽³⁾

Afectan fundamentalmente a la población adolescente femenina, especialmente preocupada por la imagen corporal, siendo la relación de mujeres a hombres de 10:1 ⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Dentro de este grupo de riesgo, es la tercera enfermedad crónica más común, además de ser el trastorno psiquiátrico con la mortalidad más alta ⁽⁶⁾.

En España, los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de TCA del 4,1% a 6,41% en la población adolescente femenina ⁽⁷⁾, y una incidencia por año de un caso por cada 1000 mujeres adolescentes ⁽⁸⁾. Tanto las cifras de prevalencia como la tasa de incidencia son más elevadas en la BN ⁽⁹⁾.

Debido a estas estadísticas, el proyecto se desarrollará dirigiéndonos en todo momento a la población femenina, aunque no se descarta la intervención en la población masculina, si fuese necesario.

La anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo excesivo a engordar acompañado de una práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva, conductas purgatorias (vómito inducido, o abuso de laxantes y diuréticos), y ejercicio excesivo. ⁽⁷⁾

En el caso de la bulimia nerviosa, además de la necesidad de estar delgado, se suma la falta de autocontrol en la alimentación, que les lleva a tomar grandes cantidades de comida en cortos espacios de tiempo, los llamados “atracones”. Luego, experimentan un sentimiento de culpa, e intentan contrarrestar este aumento de peso mediante comportamientos compensatorios (vómito, laxantes o diuréticos). Aunque muestran preocupación por la figura, no se producen necesariamente alteraciones de peso. ^{(1) (7)}

➤ Diagnóstico.

Para diagnosticar a una persona de AN, debe haber una restricción de la ingesta energética, un miedo intenso a aumentar de peso, y una imagen distorsionada de la figura corporal. En algunos casos, la persona no cumple con todos los criterios diagnósticos, estos casos son diagnosticados como TCANE. ⁽¹⁰⁾

Para el diagnóstico de la BN, debe haber presencia de atracones recurrentes y conductas compensatorias inapropiadas durante un periodo de 3 meses. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

➤ Características clínicas.

Muchos de los síntomas de la anorexia y la bulimia son compartidos. De hecho, como la anorexia suele comenzar con dietas restrictivas, muchos de estos casos desarrollan bulimia a medida que la restricción se intensifica, experimentando periodos de sobre ingesta y conductas compensatorias. ⁽¹⁾⁽¹¹⁾

El compromiso nutricional afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos, produciendo varias alteraciones fisiológicas y problemas de salud serios. Se observa una paciente delgada, con la piel seca y fría, el pelo lacio y frágil, las uñas quebradizas, presencia de laguno, edemas maleolares, y dientes estropeados. También aparece amenorrea, disminución de densidad ósea y masa muscular, bradicardia, hipotensión, y principios de deshidratación. ⁽³⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Las cogniciones distorsionadas a cerca de la figura se traducen en comportamientos y sentimientos. Además de realizar distintos métodos para disminuir el peso, se observan otras conductas como evitación de eventos sociales, pesarse mucho, utilizar ropa holgada, actitudes no asertivas, etc. Emocionalmente, vemos a pacientes con signos de depresión, baja autoestima, ansiedad, y rasgos obsesivos con relación a la comida y el peso. ⁽³⁾⁽¹⁴⁾

➤ Factores de riesgo.

Los TCA constituyen una patología bio-psico-social. Tanto en la disposición, como en la precipitación y el mantenimiento, ya que hay factores involucrados de todo tipo. ⁽⁸⁾

Suelen desencadenarse tras un acontecimiento vital estresante, como abusos sexuales o físicos, críticas respecto al físico, o por los cambios propios de la pubertad⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Pero hay una serie de factores genéticos, temperamentales, cognitivos y socioculturales predisponentes a desarrollar estas patologías⁽¹⁶⁾.

El principal factor de vulnerabilidad para desarrollar un TCA es el contexto social al que pertenecen. El siglo XX se le ha llamado el siglo de la delgadez en la cultura occidental, en la que el cuerpo delgado se ha convertido en el símbolo de la mujer actual, con un gran impacto publicitario. ⁽⁹⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Estos mensajes sociales tienen mayor impacto en personas perfeccionistas, inseguras, con baja autoestima, miedo a ser rechazadas, e hiperresponsabilidad, que dependen de la aprobación de los demás⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

Tanto una posición de sobreprotección que dificulta la maduración emocional de la hija; como modelos de familias desestructuradas, con alteración afectiva y escasa comunicación entre los miembros; o un seno familiar que da excesiva importancia a la figura corporal, pueden determinar el desarrollo del trastorno. ⁽⁹⁾⁽²¹⁾

➤ Tratamiento.

Existe una gran variabilidad en el abordaje de los TCA según el estadio en el que se encuentra la enfermedad. La asistencia primaria se encarga de la detección precoz, pero cuando aparecen las complicaciones secundarias al trastorno, los pacientes son derivados a atención especializada, en Centros de Salud Mental o en Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria (UTCAS). La atención especializada, en la cual se enmarca este trabajo, cuenta con distintos programas: hospitalización completa, hospital de día y programa ambulatorio. ⁽⁴⁾⁽⁷⁾

Para que un trastorno pueda ser tratado con eficacia, se necesita un equipo multidisciplinar que incluya profesionales pertenecientes a distintas disciplinas: medicina, psiquiatría, psicología, nutrición, trabajo social y terapia ocupacional (TO). ⁽²²⁾

Cada uno de los miembros trabaja en colaboración para ofrecer farmacoterapia y distintas técnicas de psicoterapia: cognitivo conductual, psicoanalítica, psicodinámica, familiar, interpersonal, y conductual. La finalidad de la psicoterapia es reestructurar las cogniciones del paciente, mejorar las relaciones interpersonales, aprender a manejar las emociones, fomentar la asertividad, y reducir el estrés. ⁽²²⁾

Varios profesionales de la salud pueden ofrecer estas terapias, incluidos los terapeutas ocupacionales, al tiempo que integran su enfoque único en el funcionamiento ocupacional⁽²¹⁾.

➤ Terapia Ocupacional y TCA.

Los terapeutas ocupacionales observan como las personas se manejan en las tres áreas de ocupación: autocuidado, productividad y ocio, y ayudan a las personas a explorar como su motivación, hábitos y habilidades influyen en sus actividades cotidianas y su vida social. ⁽²³⁾

Los TCA tienen un impacto en la función de los adolescentes en las áreas de ocio, autocuidado, vida diaria y productividad, produciéndose un aislamiento social y un desequilibrio ocupacional. Su ocupación principal se



convierte en los rituales y comportamiento necesarios para mantener su trastorno y todas sus ocupaciones anteriores se desvanecen. ⁽²⁴⁾

La terapia ocupacional mediante la utilización de actividades significativas, puede ayudar al individuo a reequilibrar sus ocupaciones en un patrón más saludable⁽²⁵⁾.

Sin embargo, un estudio realizado sobre la presencia de terapeutas ocupacionales en las UTCAS de España, obtuvo como resultado, un 81% de UTCAS sin terapeuta ocupacional, y un 19% de UTCAS que sí disponían de este servicio⁽²⁴⁾.

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta lo comentado, se plantea realizar una revisión sistemática con los siguientes objetivos:

-Objetivo principal:

Analizar las características que debe incorporar un programa de Terapia Ocupacional para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

-Objetivo secundario:

Determinar el efecto que tiene el trastorno en las áreas ocupacionales.

Determinar la presencia de terapeutas ocupacionales en las Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria en España.

METODOLOGIA

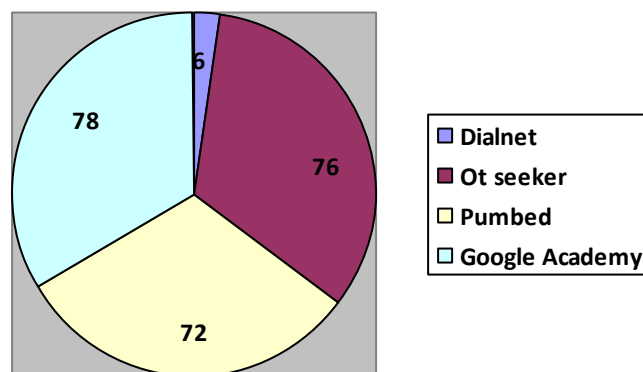
Se procedió a realizar una búsqueda sistemática de bibliografía y estudios científicos en las bases de datos: Cochrane, CSIC, Dialnet, OT seeker, Pubmed, Science Direct, Scielo, Elsevier, Imbiomed y Google Academy.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: "eating disorders", "anorexia nervosa" y "bulimia nervosa". Se utilizó la combinación con el nexos [AND] y [OR] entre "occupational therapy" y el resto de palabras clave. Todos los términos se emplearon también en español en las bases de datos nacionales. No se utilizó restricción temporal.

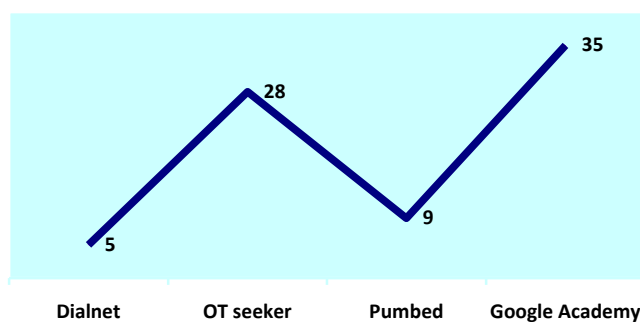
En segundo lugar, se realizó una revisión manual de índices en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

También se analizó la Revista Australiana de Terapia Ocupacional, la Revista Chilena de Terapia Ocupacional y la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales; tres portales web de Terapia Ocupacional: <https://www.aota.org/>, www.terapia-ocupacional.com/, www.caot.ca; y páginas web de asociaciones, fundaciones, y centros de TCA (ANEXO I).

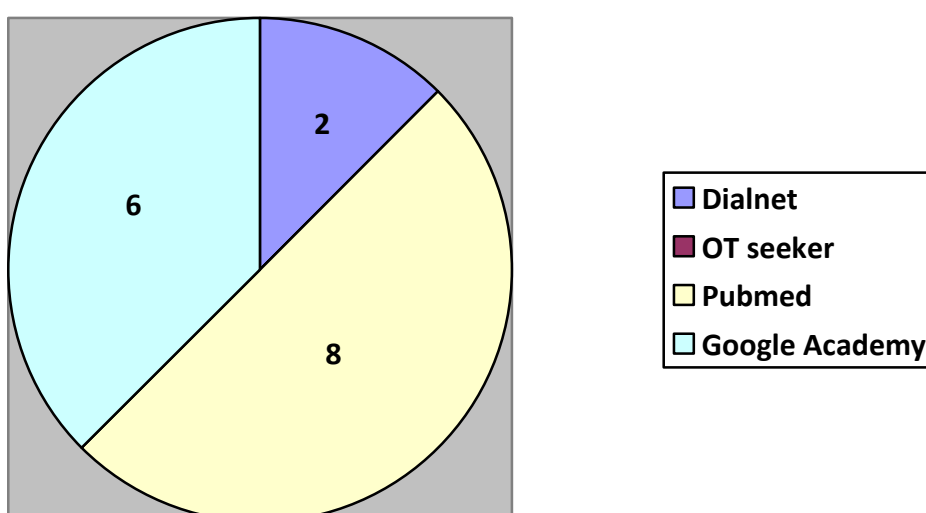
De acuerdo con los objetivos planteados, se utilizó en las bases citadas anteriormente, únicamente el nexos [AND] entre "occupational therapy" y el resto de descriptores, en los campos de título y resumen, obteniendo resultados en: Dialnet, Pubmed, OT seeker y Google Academy.



Tras el análisis de los resúmenes, se consideraron válidos los artículos que relacionaban la terapia ocupacional con los TCA, lo que correspondía al 33% de las referencias.

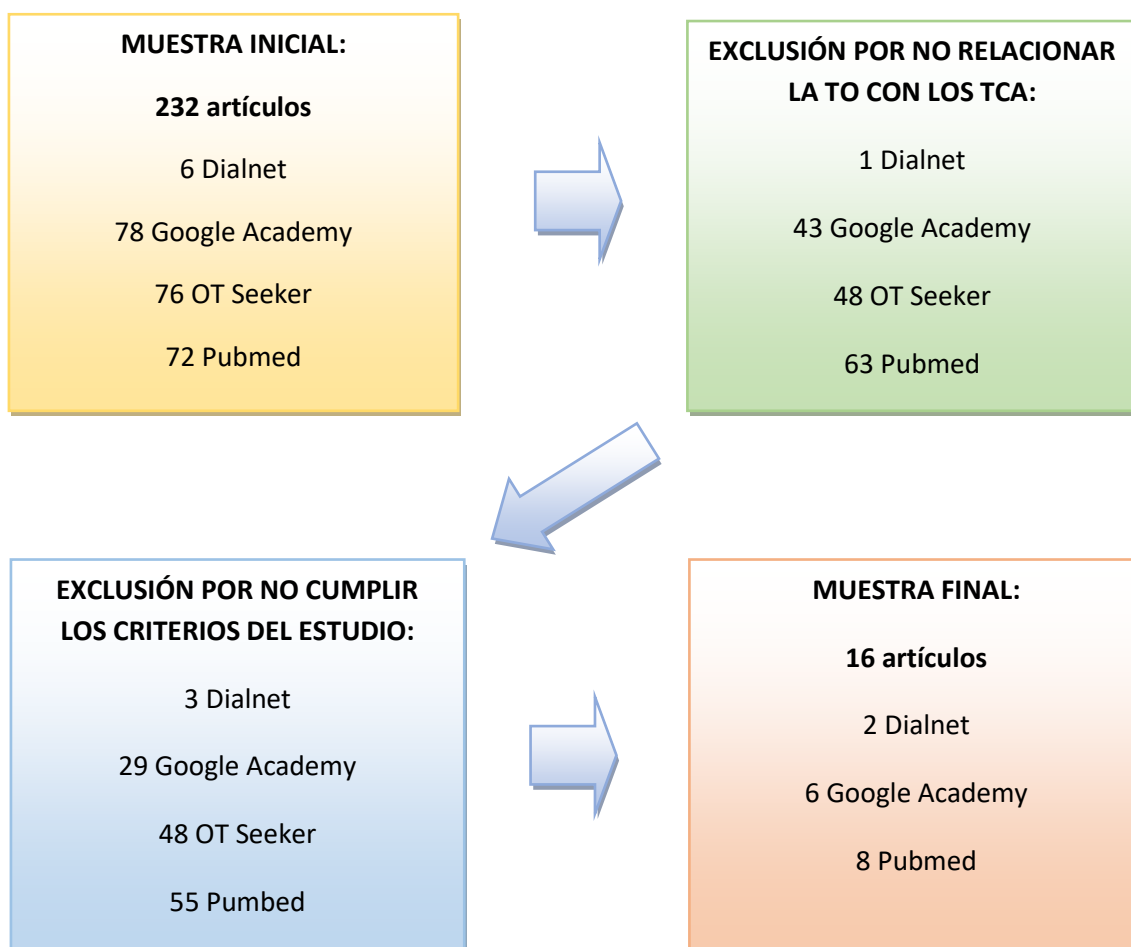


Se procedió a analizar estos artículos. Para el objetivo principal, se seleccionaron aquellos artículos científicos que evidencian intervenciones en TCA utilizadas desde esta disciplina, excluyendo las revisiones sistemáticas. Para el primer objetivo secundario planteado, se incluyeron aquellos artículos que describían el perfil ocupacional de los pacientes, por parte de terapeutas ocupacionales expertos del tema, mediante relatos de experiencia o investigaciones que utilizaban entrevistas a terapeutas ocupacionales. Finalmente se utilizaron 16 artículos para realizar la revisión.



BASE DE DATOS	ARTÍCULO	OBJETIVOS
Google Academy	Lombardía Cortiñas L. Atención a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria en entidades de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol. Universidad da Coruña. 2014:1-58.	Secundario
	Amezquita Espinosa JS, Castillo Holguín DS, Zapata Navarro KJ. Intervención de Terapia Ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa enmarcada en la estrategia de Atención Primaria en salud. Universidad del Valle. 2016:1-205.	Secundario
	Morais LV. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. Medicina, Ribeirão Preto. 2006;39(3):381-5.	Principal Secundario
	Bailey MK. Occupational Therapy for patients with eating disorders. Occupational Therapy in Mental Health. 1986;6(1):89-116.	Principal Secundario
	Kloczko E, Ikiugu N. The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health Therapists, Occupational Therapy in Mental Health. 2006;22(1):63-83.	Principal
	Giles, G.M; Allen, M. E. Occupational Therapy in the Rehabilitation of the Patient with Anorexia Nervosa. Occupational Therapy in Mental Health. 1986;6(1):47-66.	Principal
Dialnet	Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG. 2012;9(15):1-21.	Principal Secundario
	Berrueta L., Bellido J., Sanz P., Rubio C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG. 2009;6(5):1-6.	Principal Secundario
	Morales Molina L. La imagen corporal desde Terapia Ocupacional. Una actividad terapéutica en la piscina. TOG. 2016;(6):1-23.	Principal
Pubmed	Quiles-Cestain LM, Pessa Ribeiro RP. The occupational roles of women with anorexia nervosa. Revista Latino-Americana De Enfermagem. 2012;20(2):1-8.	Secundario
	Rockwell LE. Frames of Reference and Modalities Used by Occupational Therapists in the Treatment of Patients with Eating Disorders. Occupational Therapy in Mental Health. 1990;10(2):47-63.	Principal
	Muir Giles G. Anorexia Nervosa and Bulimia: an activity-oriented approach. AOTA. 1985; 39(8):510-517.	Principal Secundario

Lock L, Williams H, Bamford B, Lacey JH. The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: a pilot study. European Eating Disorders Review. 2011;20(3).	Principal
Matusevich D, García A, Gutt S, de la Parra I, Finkelsztejn C. Hospitalization of patients with anorexia nervosa: a therapeutic proposal. Eat Weight Disord. 2001;7(3):196-201.	Principal
Affleck, A., Bianchi, E., Cleckley, M., McCormack, G., Polon, J. Stress management as a component of occupational therapy in acute care settings. Occupational Therapy in Health Care. 1984;1(3):17-41.	Principal
Breden AK. Occupational therapy and the treatment of eating disorders. Occup Ther Health Care. 1992;8(2-3):49-68.	Principal
Martin, J.E. Occupational therapy in anorexia nervosa. J Psychiatr Res. 1985;19(2-3):459-463.	Principal



Para el segundo objetivo secundario, se contactó con los Colegios de Terapia Ocupacional vía electrónica, para constatar el número de colegiados trabajando con este colectivo.

También se contactó con Centros y Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria, con el objetivo de localizar terapeutas ocupacionales que trabajaran con este trastorno, y poder realizar una entrevista que aportara información adicional a la investigación (ANEXO II). Finalmente, una terapeuta ocupacional accedió a participar en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Resultados obtenidos respecto al objetivo principal:

14 publicaciones permitieron analizar la intervención desde terapia ocupacional en este ámbito.

ARTÍCULO	MODELO TEÓRICO	EVALUACIONES	TÉCNICAS
Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG. 2012;9(15):1-21. ⁽²⁶⁾	Modelo de Ocupación Humana (MOHO).	Observación. Escalas específicas del MOHO.	-Psicomotricidad -Terapia de relajación -Programa lúdico -Orientación vocacional -Yoga -Expresión corporal -Programa de autoconocimiento y expresión de emociones
Morais LV. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. Medicina, Ribeirão Preto. 2006;39(3):381-5. ⁽²⁷⁾	No se describe.	No se describe.	-Bisutería -Cocina
Rockwell LE. Frames of Reference and Modalities Used by Occupational Therapists in the Treatment of Patients with Eating Disorders. Occupational Therapy in Mental	Modelo psicoanalítico.	No se describe.	-Planificación de menús y cocina -Técnicas de manejo del estrés -Terapia de relajación -Entrenamiento de asertividad -Grupos de

<p>Health. 1990;10(2):47-63. ⁽²⁸⁾</p>			<p>habilidades sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Compra de ropa -Ejercicio físico -Arteterapia -Educación sobre el trastorno con videos y revistas
<p>Bailey MK. Occupational Therapy for patients with eating disorders. Occupational Therapy in Mental Health. 1986;6(1):89-116. ⁽²⁹⁾</p>	<p>No se describe.</p>	<p>Cuestionario que evalúe ocio, habilidades sociales, AVD y estrés.</p> <p>Observación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Terapia de baile -Cocina -Administración de dinero -Arteterapia -Entrenamiento asertividad -Ejercicio físico -Baile -Orientación vocacional -Programa de ocio
<p>Muir Giles G. Anorexia Nervosa and Bulimia: an activity-oriented approach. AOTA. 1985;39(8):510-517. ⁽³⁰⁾</p>	<p>Modelo cognitivo-conductual.</p>	<p>No se describe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Yoga -Cocina -Arteterapia -Entrenamiento asertividad -Discusión en grupo -Estrategias de comportamiento -Comprar ropa -Psicodrama -Educación sobre el trastorno con videos y libros
<p>Kloczko E, Ikiugu N. The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health</p>	<p>Modelo cognitivo-conductual.</p> <p>Modelo conductual.</p>	<p>No se describe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cocina -Ir de compras -Arteterapia (cerámica, cuero, cestas)

**Therapists,
Occupational Therapy in
Mental Health.
2006;22(1):63-83. ⁽³¹⁾**

**Lock L, Williams H,
Bamford B, Lacey JH.
The St George's eating
disorders service meal
preparation group for
inpatients and day
patients pursuing full
recovery: a pilot study.
European Eating
Disorders Review.
2011;20(3). ⁽³²⁾**

Modelo de
Ocupación
Humana.

Modelo
Cognitivo-
conductual.

Escala EMPSA
(subescala de
motivación,
subescala de
habilidades).

-Planear el menú,
prepararlo y
comerlo

**Matusevich D, García A,
Gutt S, de la Parra I,
Finkelsztejn C.
Hospitalization of
patients with anorexia
nervosa: a therapeutic
proposal. Eat Weight
Disord. 2001;7(3):196-
201. ⁽³³⁾**

No se describe.

No se describe.

-Expresión
-Terapia de
imagen corporal
-Relajación

**Affleck, A., Bianchi, E.,
Cleckley, M.,
McCormack, G., Polon, J.
Stress management as a
component of
occupational therapy in
acute care settings.
Occupational Therapy in
Health Care.
1984;1(3):17-41. ⁽³⁴⁾**

No se describe.

Inventario de estrés
de vida.

Lista de síntomas.

Entrevista.

Observación.

Inventario de
intereses.

Autorretrato para
evaluación de la
imagen corporal.

-Manejo del estrés

<p>Breden AK. Occupational therapy and the treatment of eating disorders. Occup Ther Health Care. 1992;8(2-3):49-68. ⁽³⁵⁾</p>	<p>Modelo psicodinámico.</p> <p>Modelo psicoanalítico.</p> <p>Modelo conductual.</p> <p>MOHO.</p>	<p>Entrevista.</p> <p>Observación.</p> <p>Allen Cognitive Level.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Manejo del estrés -Entrenamiento habilidades de la vida diaria -Preparación de comida -Asertividad -Arterterapia -Habilidades sociales -Ocio -Terapia de movimiento
<p>Martin, J.E. Occupational therapy in anorexia nervosa. J Psychiatr Res. 1985;19(2-3):459-463. ⁽³⁶⁾</p>	<p>Modelo psicodinámico.</p>	<p>No se describe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Arteterapia -Sesiones de belleza y maquillaje -Actividades para mejorar la concentración -Continuidad del trabajo escolar -Comprar ropa -Relajación -Entrenamiento habilidades sociales -Planificación menú, comprar la comida y prepararla -Actividad física -Salir a cenar -Psicodrama
<p>Giles, G.M; Allen, M. E. Occupational Therapy in the Rehabilitation of the Patient with Anorexia Nervosa. Occupational Therapy in Mental Health. 1986;6(1):47-</p>	<p>Modelo cognitivo-conductual.</p>	<p>Entrevista.</p> <p>Evaluación observacional en las áreas problemáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cocina -Comprar ropa -Estrategias de comportamiento -Habilidades sociales -Relajación -Ejercicio físico

66. ⁽³⁷⁾				-Distorsión imagen corporal -Arteterapia
Berrueta L., Bellido J., Sanz P., Rubio C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG. 2009;6(5):1-6. ⁽³⁸⁾	MOHO.	OPHI-I.		-Trabajo motivacional
		Listado de roles.		-Habilidades sociales
		Listado de intereses.		-Habilidades ocupacionales
		Cuestionario ocupacional.		-Ocio y tiempo libre
		Escala de exploración vocacional.		-Orientación vocacional
		Observación en actividades del centro.		
Morales Molina L. La imagen corporal desde Terapia Ocupacional. Una actividad terapéutica en la piscina. TOG. 2016;(6):1-23. ⁽³⁹⁾	Modelo cognitivo-conductual.	No se describe.		-Terapia de imagen corporal (en piscina)

Analizando toda esta información, se procede a realizar un acercamiento al proceso de prestación del servicio de Terapia Ocupacional a este colectivo.

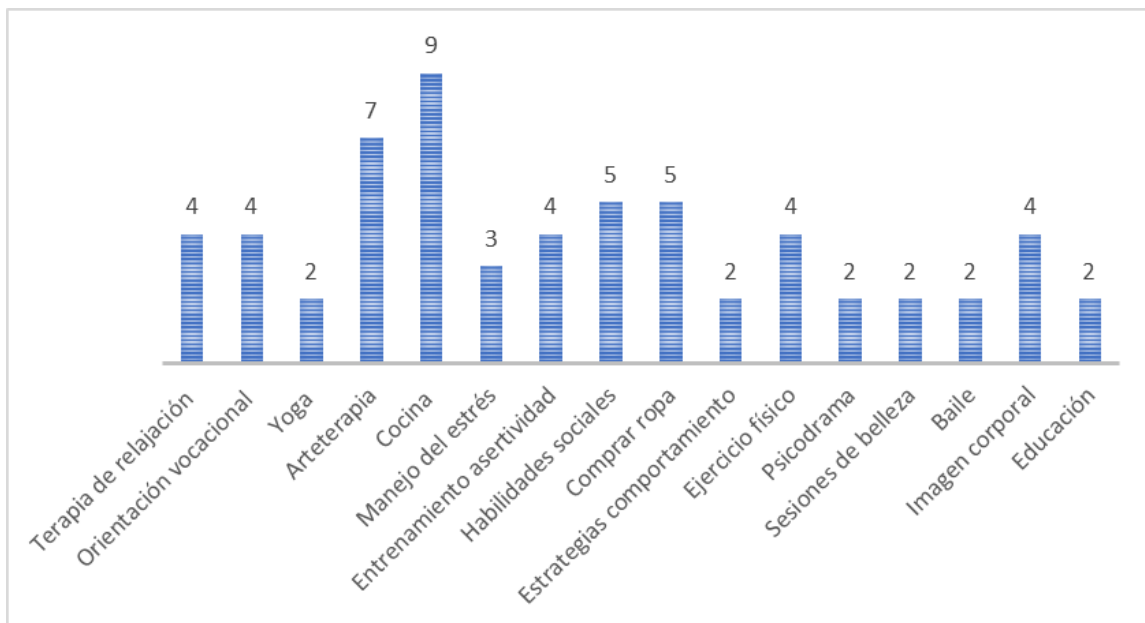
El proceso comienza con la evaluación del cliente. Hay investigaciones que han utilizado herramientas de evaluación específicas para el área objeto de estudio, u hospitales que cuentan con un protocolo de evaluación concreto. Pero en general, la mayoría de los terapeutas ocupacionales han coincidido en utilizar la entrevista y la observación como herramientas de evaluación. ⁽²⁶⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾

Con la entrevista se pretende abordar las actividades de la vida diaria, las habilidades sociales y cognitivas, el trabajo, y el ocio, para así poder identificar las fortalezas y los déficits. ⁽²⁹⁾⁽³⁷⁾

Tras realizar la entrevista, es conveniente realizar la observación en áreas problemáticas detectadas, como cocinar o ir de compras; en tareas individuales que permitan valorar las capacidades cognitivas; en tareas grupales para valorar las habilidades sociales; realizando ejercicio físico para valorar la función motora gruesa; o en sesiones de baile o arte, para valorar la imagen corporal. ⁽²⁹⁾⁽³⁷⁾

Los terapeutas que utilizan como enfoque el Modelo de Ocupación Humana, utilizan, además, las escalas propias de este modelo, como la OPHI-I, el listado de roles, el listado de intereses, el cuestionario ocupacional, o la escala de exploración vocacional. ⁽²⁶⁾⁽³⁸⁾

A continuación, se muestra un gráfico que incluye las técnicas terapéuticas que han sido nombradas en más de una investigación.



Las técnicas más utilizadas, incluidas en la mayoría de los estudios, son la arteterapia y el programa de cocina.

Otras intervenciones que se repiten, en orden descendente son, compra de ropa, entrenamiento de habilidades sociales, terapia de

relajación, entrenamiento de asertividad, ejercicio físico, orientación vocacional, terapia de imagen corporal, entrenamiento en técnicas para el manejo del estrés, sesiones de belleza, educación sobre el trastorno, psicodrama, entrenamiento de estrategias de comportamiento, baile y yoga.

El programa de cocina se utiliza durante todo el proceso terapéutico, y consiste tanto en planificar el menú, como hacer la lista de la compra, comprar los alimentos, cocinar, y comer. ⁽²⁹⁾

Con este taller, en las primeras fases del tratamiento, se pretende desafiar al paciente, poniéndolo en contacto con su mayor fobia. El objetivo es que exprese los sentimientos negativos que surjan con relación a la comida, para así, poder cuestionar estas cogniciones distorsionadas, y enseñarle estrategias de afrontamiento ante los momentos de angustia. ⁽³⁹⁾⁽³²⁾

En las últimas fases del tratamiento, cuando la paciente ha alcanzado un peso de seguridad, la finalidad es establecer patrones de alimentación normales. Se le proporciona información sobre aspectos básicos de la alimentación que tiene alterados, y se le pauta una ingesta calórica que le asegure no subir de peso, y a la que se debe ceñir a la hora de planificar el menú. ⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾ En esta fase, al haber aumentado de peso, la paciente necesita ropa nueva y pueden surgir pensamientos disfuncionales, por lo que es conveniente que sea acompañada por el terapeuta. ⁽²⁹⁾

La arteterapia ofrece la oportunidad de sacar los miedos y emociones utilizando el dibujo, la cerámica, y otras artes plásticas. ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³⁶⁾

Las sesiones de ejercicio físico son útiles para enseñar a los pacientes a moderar su nivel de actividad, aconsejando rutinas normales de ejercicio y ayudándoles a identificar cambios corporales que indiquen que se ha realizado suficiente actividad física. ⁽²⁹⁾⁽³⁷⁾

La alteración de los hábitos alimenticios es a menudo una respuesta ante el estrés. Por eso es esencial en primer lugar, identificar estos factores estresantes y, en segundo lugar, el aprendizaje de técnicas saludables para

manejarlo. Los ejercicios de respiración son una de las técnicas más populares. ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾

Las sesiones de relajación, por ejemplo, el yoga, también ayudan a reducir las respuestas de estrés. ⁽³⁰⁾

El psicodrama, representando su mundo real, también permite al paciente aprender medios alternativos para hacer frente a situaciones estresantes. ⁽³⁶⁾

En entrenamiento de asertividad, proporciona situaciones hipotéticas en las que examinar y practicar técnicas asertivas de comunicación menos cargadas emocionalmente, para que las use en su vida diaria. ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾ Schneider y Agras, demostraron que la presencia de asertividad es significativa en el descenso de la frecuencia de los vómitos. ⁽¹⁴⁾

La terapia de imagen corporal tiene como objetivo conseguir una imagen más realista de su tamaño corporal. Algunas de las técnicas de concienciación corporal utilizadas, son el baile y la piscina ⁽²⁹⁾⁽³⁹⁾. También es conveniente educar al paciente proporcionando información acerca de los efectos adversos de su comportamiento alimentario utilizando videos, revistas, etc. ⁽³⁰⁾

Analizando los estudios, hay una variedad de enfoques teóricos que los terapeutas ocupacionales utilizan para definir sus actividades terapéuticas.

Marcos de referencia



■ MOHO ■ Psicoanalítico ■ Cognitivo-conductual ■ Conductual ■ Psicodinámico

Aunque de todos los enfoques teóricos, el más nombrado es el Modelo Cognitivo-conductual, estos marcos de referencia tienden a centrarse en un solo aspecto del desorden, por lo que la mayoría de los terapeutas han señalado utilizar un enfoque multifacético, en el que consideran aspectos de varios modelos.

Una terapeuta ocupacional entrevistada para esta investigación (ANEXO II), que trabaja en una UTCA, señala:

"De los modelos de intervención y marcos de referencia que se pueden ocupar para TCA, los que yo utilizo con más frecuencia es: el MOHO, el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional y la Terapia de Remediación Cognitiva".

El Modelo Psicodinámico propone que el trastorno es causado por problemas inconscientes, que intentan compensar a través del control del peso. Desde Terapia Ocupacional el tratamiento se centraría en proporcionar experiencias positivas para mejorar la autoestima, y en la identificación y expresión de sentimientos, a través de actividades como el arte y el baile. ⁽²⁸⁾⁽³⁵⁾

El Modelo Psicoanalítico se basa en la teoría de que los comportamientos surgen de un conjunto de pensamientos disfuncionales, los cuales hay que cambiar. Para ello se emplean técnicas que permitan explorar sus sentimientos, cuestionarlos, y promover la comprensión. ⁽²⁸⁾

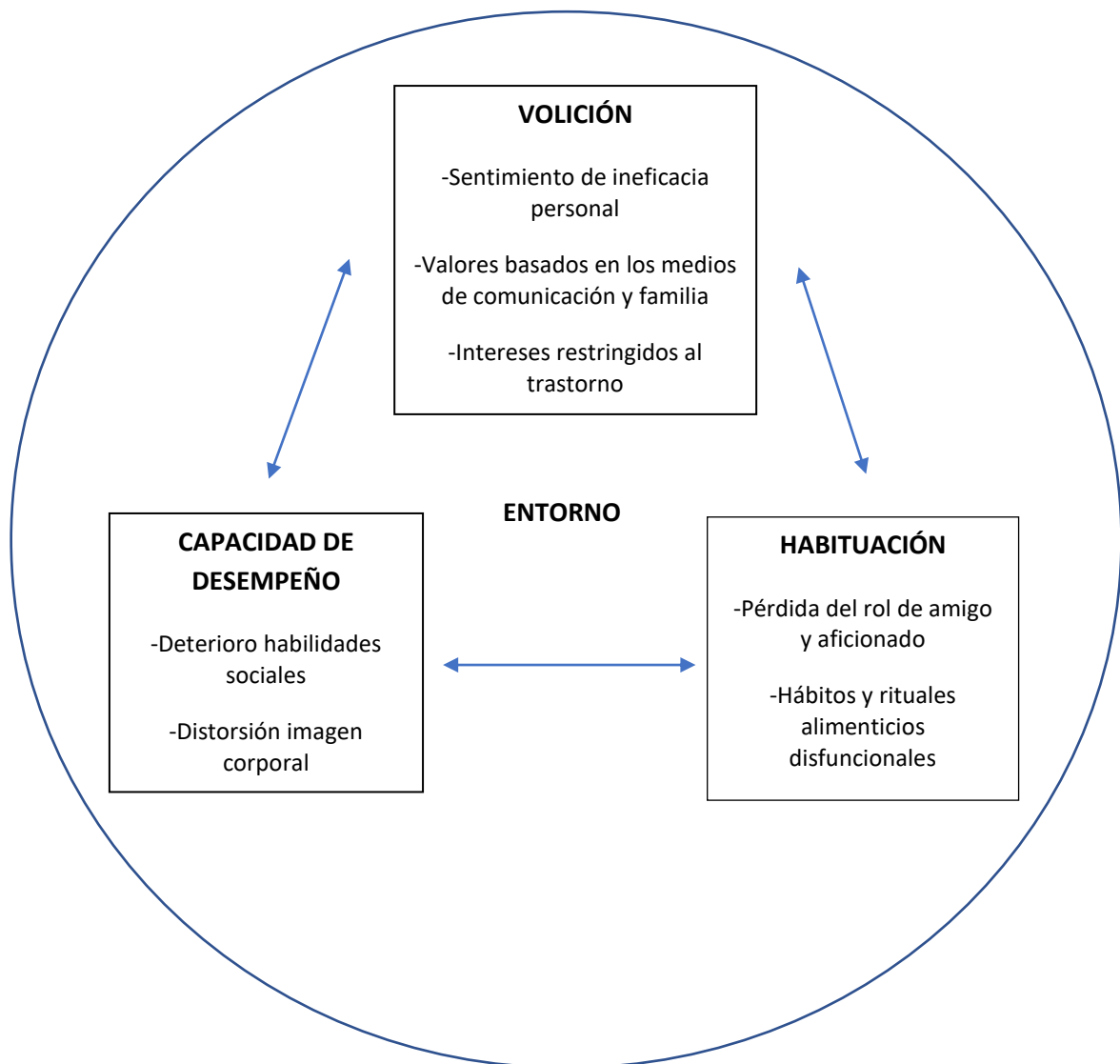
El Modelo Conductual se basa en la suposición de que los TCA son conductas aprendidas, por lo tanto, la intervención se basa en el descondicionamiento de éstas, a través de técnicas de refuerzo positivo y negativo. Depende del aumento de peso, va adquiriendo más o menos privilegios. ⁽²⁸⁾⁽³¹⁾⁽³⁵⁾

El Modelo Cognitivo-conductual abarca tanto las conductas purgativas, como los aspectos cognitivos implicados en ellas⁽⁴⁰⁾. El terapeuta debe ayudar a identificar los pensamientos negativos y remplazarlos por creencias que conduzcan a un comportamiento ocupacional significativo⁽³¹⁾. Si la conciencia sobre su enfermedad aumenta,

dejará de comportarse de manera disfuncional. La intervención basada en esta teoría, utiliza tanto técnicas expresivas, como enfoques funcionales. ⁽³⁷⁾

Según el Modelo Psicodinámico, la paciente utiliza el trastorno para exteriorizar conflictos internos. La técnica que más utiliza esta teoría es la arteterapia, basada en la expresión de emociones. ⁽⁴¹⁾

Además de utilizar estos enfoques propios de los TCA, la mayoría de los terapeutas ocupacionales coinciden en utilizar el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) para estructurar sus intervenciones⁽³⁵⁾.



Todas las investigaciones referencian resultados positivos en las pacientes con las intervenciones de terapia ocupacional.

En entrevistas realizadas a varios terapeutas ocupacionales, indicaron que, aunque se encontraban con muchas dificultades con relación al material y tiempo disponible, sus objetivos se cumplían en gran parte⁽²⁶⁾.

Con un taller de bisutería, una paciente, al adquirir responsabilidades, logró darse cuenta de que sus conductas eran infantiles. La misma indicó, "aquí en terapia ocupacional, no pienso en comida, es el único momento que me distraigo de ella". ⁽²⁷⁾

Dos de los artículos, referencian que, con el taller de cocina, las pacientes pasaron de cocinar comidas sin utilizar grasas, a cocinar comidas cada vez más completas. ⁽²⁷⁾⁽³⁰⁾

Otro estudió que utilizó el taller de cocina, no percibió cambios significativos entre los casos y los controles en la escala de motivación, pero si en la escala de habilidades para el grupo. ⁽³²⁾

Un terapeuta que utilizó el entrenamiento de asertividad, la terapia de baile, la cerámica, y la orientación vocacional, logró que la paciente pasara de estar aislada socialmente y tener conductas disruptivas, a experimentar el deseo de formar relaciones, que retomara el graduado escolar, y que comenzara a trabajar. ⁽²⁹⁾

Una paciente que participó en taller de cerámica, conseguía mostrarse más relajada durante las sesiones. En el entrenamiento en comunicación asertiva, logró expresar sus emociones sobre las relaciones con su madre, y luego se discutieron técnicas asertivas ante estas situaciones, las cuales integró. En terapia de baile y arte, adquirió conciencia de las sensaciones corporales asociadas a estados de ánimo, y le ayudó a tener autopercepciones más maduras. ⁽²⁹⁾

Otro terapeuta relata que utilizando la actividad (cuero, artesanía y otras manualidades) consiguió que las pacientes se abrieran y hablaran de su vida durante la terapia. Señala que, "es más fácil hablar en sesiones en

las que están construyendo algo, que en otras sesiones centradas únicamente en hablar de sus problemas”. Las propias pacientes también indicaron que no se sentían que estaban en terapia. Las intervenciones de terapia ocupacional dentro de la instalación fueron percibidas ser extremadamente beneficiosas para las adolescentes. ⁽³¹⁾ Del mismo modo, otro estudio señala que las pacientes prestan más atención en las sesiones que no están únicamente centradas en la participación oral. ⁽³³⁾

El estudio de un caso que utiliza la técnica de manejo del estrés, obtuvo como resultados un comportamiento social apropiado con una disminución de su labilidad afectiva, y un equilibrio entre autocuidado, trabajo y ocio. Consiguió utilizar las técnicas aprendidas para disminuir la ansiedad a la hora de comer, y logro identificar el origen de sus ideas irracionales, y reemplazarlas por afirmaciones positivas y por actividades apropiadas para su edad e intereses. ⁽³⁴⁾

Otra paciente que recibió terapia de manejo del estrés, reconoce que “las técnicas aprendidas para los factores estresantes pueden serle más útiles que las purgas”. También participó en taller de cocina y entrenamiento de habilidades de la vida diaria, y como resultado, los rituales disfuncionales disminuyeron. ⁽³⁵⁾

Por último, el estudio que propone una terapia de imagen corporal utilizando como actividad terapéutica la piscina, obtuvo un nivel más bajo de ansiedad y más alto de relajación, además de un nivel muy alto de satisfacción de las pacientes con la actividad. ⁽³⁹⁾

“Los resultados de las intervenciones se observan a largo plazo, ya que al comienzo se trabaja la motivación, adherencia al tratamiento y cumplimiento de objetivos terapéuticos. Pero a mediano plazo los pacientes logran resignificar actividad de la vida diaria, el tiempo libre y comenzar a explorar nuevas áreas de intereses o rescatar antiguas, eligiendo ocupaciones que vayan de acuerdo a su identidad, para ir construyendo proyecto ocupacional. Esto va de la mano del trabajo del auto cocimiento, regulación emocional, habilidades cognitivas y habilidades sociales.

Para que finalmente logre activar red social, recupere funcionalidad y presentar un adecuado equilibrio ocupacional.” (ANEXO II)

- Resultados obtenidos respecto al objetivo secundario:

En relación con este objetivo, se han elegido 8 publicaciones que incluían un análisis ocupacional de las pacientes desde el punto de vista de terapeutas ocupacionales expertos del tema, que han resaltado cuales son las áreas más afectadas desde el punto de vista ocupacional.

ARTÍCULO	ÁREAS PROBLEMÁTICAS
Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG. 2012;9(15):1-21. ⁽²⁶⁾	<p>-ABVD: vestido, actividad sexual y descaso.</p> <p>-AIVD: movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de la salud, preparación de la comida y limpieza y realización de compras.</p> <p>-Productividad.</p> <p>-Ocio y tiempo libre.</p> <p>-Participación social.</p>
Morais LV. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. Medicina, Ribeirão Preto. 2006;39(3):381-5. ⁽²⁷⁾	<p>-Relaciones interpersonales.</p> <p>-Trabajo, escuela, familia y amigos.</p> <p>-Área emocional.</p> <p>-Desempeño físico.</p> <p>-Autoestima.</p>
Bailey MK. Occupational Therapy for patients with eating disorders. Occupational Therapy in Mental Health. 1986;6(1):89-116. ⁽²⁹⁾	<p>-Ocio: enfocado en el trastorno.</p> <p>-Autoestima y perfeccionismo.</p> <p>-Habilidades de interacción social.</p> <p>-Distorsión de la imagen corporal.</p>
Muir Giles G. Anorexia Nervosa and Bulimia: an activity-oriented approach. AOTA. 1985;39(8):510-517. ⁽³⁰⁾	<p>-Desempeño laboral.</p> <p>-Ocio y tiempo libre: intereses reducidos.</p>
Berrueta L., Bellido J., Sanz P., Rubio C.	-Roles: disminuidos por alteración en las

<p>Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG. 2009;6(5):1-6. (38)</p>	<p>relaciones interpersonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rutinas rígidas enfocadas a disminuir de peso. -Hábitos dañinos. -Afectación del curso escolar, ABVD, AIVB y participación social.
<p>Quiles-Cestain LM, Pessa Ribeiro RP. The occupational roles of women with anorexia nervosa. Revista Latino-Americana De Enfermagem [Internet]. 2012 [citado];20(2):1-8. (42)</p>	<p>-Pérdida de roles ocupacionales (trabajador, amigo y aficionado).</p>
<p>Lombardía Cortiñas L. Atención a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria en entidades de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol. Universidad da Coruña. 2014. 1-58. (43)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cultura. -ABVD: alimentación. -Descanso. -Productividad. -Participación social. -Rasgos de la personalidad: obsesivos. -Pérdida de roles.
<p>Amezquita Espinosa JS, Castillo Holguín DS, Zapata Navarro KJ. Intervención de Terapia Ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa enmarcada en la estregia de Atención Primaria en salud. Universidad del Valle. 2016: 1-205. (44)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -AVD. -Educación. -Participación social. -AIVB. -Ocio y tiempo libre.

Analizando estos datos se puede establecer un perfil ocupacional del paciente con TCA.

Muchas de las destrezas de ejecución, tanto perceptuales, como emocionales, cognitivas y motoras, se ven afectadas. Destacan la alteración de la asertividad, el perfeccionismo, la distorsión de la imagen corporal, y la baja autoestima, afectando gravemente en sus ocupaciones.

"Cognitivamente, presentan una rigidez que causa una baja coherencia central y dificultad para flexibilizar. También se ven afectadas las destrezas de regulación emocional, destrezas de comunicación y sociales". (ANEXO II)

De esta manera, todas las áreas de ocupación se encuentran afectadas.

"Presentan varias áreas ocupacionales comprometidas, no solo las que involucran las ABVD, como la alimentación y control de peso. Presentan un desequilibrio ocupacional en el desarrollo de actividades como son la educación y/o productividad, AIVD, tiempo libre y ocio." (ANEXO II)

Dentro de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), tanto la comida como el arreglo personal son disfuncionales. En cuanto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), hay una alteración de la gestión y mantenimiento de la salud, debido a que sus rutinas de alimentación poco saludables ponen en riesgo su salud. Las horas de descanso se ven alteradas. La participación social se ve mermada con una tendencia al aislamiento, lo que influye también en el área productiva, abandonando los estudios y el trabajo. El ocio, enfocado en lograr la delgadez, ocupa la mayor parte de su tiempo, generando un desequilibrio ocupacional importante entre esta área y el resto.

El contexto y entorno tienen gran importancia en el curso del trastorno, ya que son uno de los grandes factores que predisponen la aparición y mantenimiento del trastorno.

Los patrones de ejecución también son disfuncionales. Sus hábitos y rutinas consisten en planear y ejecutar métodos para disminuir de peso, siendo este objetivo el eje central sobre el que giran todas sus preocupaciones.

Por último, un estudio que comparó los roles de un grupo de adolescentes sanas y un grupo que presentaba el trastorno, obtuvo como resultados una notable pérdida del rol de amigo, familiar y aficionado. ⁽⁴²⁾

Por lo tanto, teniendo en cuenta el dominio de la Terapia Ocupacional según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA), se observa que se afecta globalmente la capacidad de la persona para realizar sus ocupaciones, lo que implica una disfunción y desajuste entre las áreas de ocupación. ⁽⁴⁵⁾

CONCLUSIÓN

Se ha encontrado un número reducido de publicaciones científicas que evidencien la intervención de la Terapia Ocupacional en el Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Podría ser debido a la poca visibilidad de la profesión en este ámbito, concretamente en España, donde un estudio evidencia la escasez de terapeutas ocupacionales trabajando en estas unidades.

Además, al contactar con los Colegios de Terapia Ocupacional de España, el de Castilla la Mancha y el de Navarra, fueron los que indicaron tener algunos de sus colegiados trabajando en UTCAS. Los Colegios de Navarra, Aragón, Murcia y Extremadura señalaron que ninguno de sus colegiados trabajaba en este ámbito. Y los Colegios del País Vasco, La Rioja, y Castilla y León, no disponían de esta información.

Sin embargo, teniendo en cuenta el dominio de la profesión, y la disfunción ocupacional que se ha demostrado que estos pacientes presentan, estaría justificada la presencia de esta figura dentro del equipo multidisciplinar.

"Podemos ser un aporte dentro de equipos, donde se trabaje de forma interdisciplinaria, por la mirada que tiene la Terapia Ocupacional. Poniendo énfasis en la promoción, prevención y rehabilitación de las pacientes con TCA en pro a su bienestar y recuperación. Donde la ocupación cumpla un rol importante, donde se potencien destrezas y fortalezas, y se adquieren nuevas habilidades, logrando identificar ocupaciones significativas y propositivas." (ANEXO II)

Analizando la intervención de Terapia Ocupacional en varios estudios de caso, y con relatos de terapeutas que trabajan con este sector, se puede concluir que, mediante el uso significativo de actividades, el terapeuta ocupacional puede crear una atmosfera de apoyo y afecto en la que estos pacientes consiguen explorar sus emociones y fomentar una autopercepción positiva.

El proceso comienza con la evaluación funcional del paciente, para establecer unos objetivos y elaborar un Plan Individualizado de Tratamiento, que persiga rehabilitar el potencial perdido en las áreas de productividad, ocio, actividades de la vida diaria, y participación social.

En la bibliografía se describen muchas de las técnicas utilizadas. En función de la fase en la que se encuentra la paciente, se planifican unas u otras. En los primeros estadios de la enfermedad, a través de actividades de exploración y reflexión, como la arteterapia, el paciente consigue reconocer emociones, expresarlas y descentralizar el cuerpo.

Una vez que se logra que el paciente admita su enfermedad, la terapia va encaminada a reestructurar la disfunción ocupacional mediante actividades funcionales que pongan en práctica habilidades sociales y otras habilidades para la vida diaria.

Por lo tanto, la intervención con éxito es aquella en la que el paciente consigue comprender sus conductas, lograr motivación, y transformar su manera de actuar.

Este análisis puede servir de guía para estructurar un programa con este colectivo, pero siempre planificando una intervención centrada en el cliente, adaptada a las características de cada usuario, y utilizando actividades útiles y significativas.

BIBLIOGRAFIA

1. Raich Escursell RM. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide; 2011.
2. Pablo Mendez J, Vazquez-Velazquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol.Med.Hosp.Mex.2008; 65(6):579-592.
2. Turón Gil VJ. Trastornos de la Alimentación. 1ªed. Barcelona: Masson; 1997.
3. Martínez Larrea A, Aguinaga Aguinaga M, Ardanaz Aicua E, García de Eulate Martín-Moro C, López Garnica R, Pascual Pascal P. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Navarra: Gobierno de Navarra; 2007.
4. Moreno Gonzalez MA, Ortiz Viveros GR. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Ter Psicol [Internet]. 2009; 27(2):181-190.
5. López Domínguez EM. Trastornos de la alimentación y Terapia Ocupacional: anorexia nerviosa. Universidad de Salamanca. 2016. 1-47. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/130199/1/TFG_LopDomEM_Trastornos.pdf
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
7. Amezquita Espinosa JS, Castillo Holguín DS, Zapata Navarro KJ. Intervención de Terapia Ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa enmarcada en la estrategia de Atención Primaria en salud. Universidad del Valle. 2016: 1-205. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10402/1/CB-0559949.pdf>

8. Jáuregui Lobera I. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, atracones y obesidad: Grafema; 2006.
9. Rodríguez Testal J. Alteraciones de la imagen corporal. Madrid: Síntesis; 2013.
10. Arango López C, Ayuso Mateos J, Vieta Pascual E, Bagney Lifante A. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p.189-199.
11. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet [Internet]. 2011; 375(7914):583-593. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)61748-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)61748-7.pdf)
12. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P. Treatment of patients with eating disorders [Internet]. 3ªed: American Psychiatric Association. 2006. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
13. March JC, Suess A, Prieto MS, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E, Pallicer A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Nutrición Hospitalaria. 2006; 21(1):4-15.
14. Behar R. Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. Rev.Mex.de trans.aliment. 2010;1(2).
15. Durante Molina P, Noya Arnaiz B, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados. Barcelona: Masson; 2000.
16. Martínez González MA, Irala J. de. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? Gac Sanit. 2003;17(5): 347-350.

17. Guillemot A, Laxenaire M. Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura. Barcelona: Masson; 1994.
18. Salazar Mora Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Rev.Reflexiones [Internet]. 2008;87(2):67-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/729/72912555004.pdf>
19. Toro Trallero J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004.
20. Camino Escolar-Llamazares M; Martínez Martín MA, Gonzalez Alonso MY, Medina Gomez MB, Mercado Val E, Lara Ortega F. Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. Rev.Mex.Trans aliment. 2017;8(2):105-12.
21. Calvo Sagardoy R. Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas. 1ªed. Barcelona: Planeta; 2002.
22. El Portal en español de Terapia Ocupacional [Internet]. De la Torre I. Trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Artaliment.shtml>
23. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 4ªed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;2011.
24. Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG [Revista en Internet]. 2012;9(15):1-21. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
25. El Portal en español de Terapia Ocupacional [Internet]. Madrid Mazorra FJ. Fundamentos teóricos para la planificación de actividades ocupacionales en un Centro de Día de Salud Mental. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Fund Teoricos plani activid ocup centro salud mental.shtml>

26. Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG. 2012;9(15):1-21.
27. Morais LV. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. Medicina, Ribeirão Preto. 2006;39(3):381-5.
28. Rockwell LE. Frames of Reference and Modalities Used by Occupational Therapists in the Treatment of Patients with Eating Disorders. Occupational Therapy in Mental Health. 1990;10(2):47-63.
29. Bailey MK. Occupational Therapy for patients with eating disorders. Occupational Therapy in Mental Health. 1986;6(1):89-116.
30. Muir Giles G. Anorexia Nervosa and Bulimia: an activity-oriented approach. AOTA. 1985;39(8):510-517.
31. Kloczko E, Ikiugu N. The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health Therapists, Occupational Therapy in Mental Health. 2006;22(1):63-83.
32. Lock L, Williams H, Bamford B, Lacey JH. The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: a pilot study. European Eating Disorders Review. 2011;20(3).
33. Matusevich D, García A, Gutt S, de la Parra I, Finkelsztejn C. Hospitalization of patients with anorexia nervosa: a therapeutic proposal. Eat Weight Disord. 2001;7(3):196-201.
34. Affleck, A., Bianchi, E., Cleckley, M., McCormack, G., Polon, J. Stress management as a component of occupational therapy in acute care settings. Occupational Therapy in Health Care. 1984;1(3):17-41.



35. Breden AK. Occupational therapy and the treatment of eating disorders. *Occup Ther Health Care*. 1992;8(2-3):49-68.
36. Martin, J.E. Occupational therapy in anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985;19(2-3):459-463.
37. Giles, G.M; Allen, M. E. Occupational Therapy in the Rehabilitation of the Patient with Anorexia Nervosa. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1986;6(1):47-66.
38. Berrueta L., Bellido J., Sanz P., Rubio C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *TOG*. 2009;6(5):1-6.
39. Morales Molina L. La imagen corporal desde Terapia Ocupacional. Una actividad terapéutica en la piscina. *TOG*. 2016;(6):1-23.
40. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2014;34(1):54-72.
41. Zipfel S, Wild B, Grob G, Friederich HC, Teufel M, Chellberg D. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9912):127-137.
42. Quiles-Cestain LM, Pessa Ribeiro RP. The occupational roles of women with anorexia nervosa. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2012;20(2):1-8.
43. Lombardía Cortiñas L. Atención a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria en entidades de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol. *Universidad da Coruña*. 2014. 1-58.

44. Amezquita Espinosa JS, Castillo Holguín DS, Zapata Navarro KJ. Intervención de Terapia Ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa enmarcada en la estrategia de Atención Primaria en salud. Universidad del Valle [Internet]. 2016: 1-205. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10402/1/CB-0559949.pdf>
45. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ªed;2008.

ANEXOS

ANEXO I

Asociaciones, fundaciones y centros de TCA



Asociación Española para el Estudio
de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
Spanish Eating Disorders Association



especialistas en salud mental





ANEXO II

Modelo de entrevista para terapeutas ocupacionales.

1. ¿En qué contexto asistencial ha desarrollado/ desarrolla su práctica como terapeuta ocupacional con pacientes con TCA?
2. ¿Qué profesionales conforman el equipo multidisciplinar?
3. ¿Qué programas se llevan a cabo en el centro?
4. ¿Cómo describirías el perfil ocupacional de estas pacientes?
5. ¿Emplea algún modelo o marco de referencia para la práctica? Si es así, ¿cuál?
6. ¿Qué programas o intervenciones lleva a cabo?
7. ¿Qué resultados puede observar en las pacientes, atribuidos a la participación en las sesiones de terapia ocupacional?
8. ¿Cree que es indispensable esta figura en el tratamiento de estos trastornos? ¿Por qué?
9. ¿Considera que hay visibilidad de la profesión en este ámbito?

ANEXO III

INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO

Estudio para realización del TFG: “Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el papel de la Terapia Ocupacional”.

Usted ha sido invitado para participar en una investigación sobre el papel de la Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esta investigación es realizada por Marina Quero Bellido, estudiante de Terapia Ocupacional en la Universidad de Zaragoza.

Se quiere obtener información de experiencias de terapeutas ocupacionales que trabajan, o han trabajado en este ámbito. A través de una entrevista contestada por vía electrónica.

La información será confidencial y no se usará con ningún otro propósito de los de esta investigación.

Usted es libre de decidir si quiere aportar ayuda en este proyecto, y de abandonar en cualquier momento sin dar explicaciones.

Consentimiento informado

Yo,....., con DNI.....

1. He leído la hoja de información que se me ha entregado
2. He podido hacer preguntas sobre el estudio
3. He recibido suficiente información sobre el estudio
4. Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Ade de 2018

Firmado:

Información de la investigadora:

Nombre: Marina Quero Bellido

DNI: 17765331-Q

E-mail: marinaqb96@gmail.com

Teléfono: 722745010

Firma:

