



**ANEXO VII**

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

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2015 / 2016

**TRABAJO FIN DE GRADO**

El Rol del Terapeuta Ocupacional en el Tratamiento de la Anorexia Nerviosa: Modelos, Técnicas y Evidencia

*The Role of the Occupational Therapist in the Treatment of Anorexia Nervosa: Models, Techniques and Evidence*

**Autora:** Isabel Ornat Gariburo

Directora: Ana Alejandra Laborda Soriano

## **RESUMEN**

---

**INTRODUCCIÓN:** La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad psicológica de baja prevalencia, pero con grave repercusión en la vida cotidiana de las personas afectadas. No existe tratamiento farmacológico para la enfermedad, y la intervención se realiza mediante el trabajo coordinado de un equipo interdisciplinar: médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionales. En la presente revisión se realiza una búsqueda en la literatura sobre los modelos y técnicas más utilizados en la actualidad por los profesionales de la Terapia Ocupacional y la efectividad de sus intervenciones en el tratamiento de la AN.

**METODOLOGÍA:** Se han utilizado los principales manuales de la Terapia Ocupacional en salud mental y búsqueda de estudios en las bases de datos de ciencias de la salud más relevantes, publicados en los últimos cinco años. Los estudios obtenidos de las bases de datos se han procesado bajo criterios de inclusión/exclusión, seleccionándose los artículos que aportaban información relevante a los objetivos de la revisión.

**RESULTADOS:** Se han seleccionado 17 artículos que aportan información sobre los modelos y técnicas más utilizados por los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de la AN, entre los que se incluyen: modelos propios de la terapia ocupacional, como el Modelo de Ocupación Humana, Modelo Canadiense del Desempeño e Implicación Ocupacional, e Integración Sensorial; y otros modelos y técnicas ajenas a la disciplina, que aportan un enfoque psicológico al tratamiento del trastorno y que son afines a la intervención ocupacional. En cuanto a su efectividad, la evidencia existente es limitada, por lo que se aprecia la necesidad de realizar estudios que aumenten el tamaño de las muestras y apliquen una metodología de control rigurosa y válida para mejorar el nivel de la evidencia.

**CONCLUSIONES:** Se constata la aplicación de diferentes modelos y técnicas por los profesionales de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de la AN, cuyo grado de efectividad no está suficientemente evidenciado en la actualidad.

**PALABRAS CLAVE:** anorexia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria, terapia ocupacional, tratamiento.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi gratitud de forma muy especial a Ana Alejandra Laborda Soriano, directora de este trabajo, por su apoyo, ayuda y dedicación indispensables para el buen término del mismo.

A todos mis seres queridos, familia, amigas y amigos por sus ánimos ya que de alguna forma han colaborado para que este trabajo llegase a su fin.

Y una mención especial a mi padre, que nos dejó recientemente, con un recuerdo muy cariñoso y al que dedico este trabajo.

## ÍNDICE

---

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>6</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>11</b>
4.1. Modelos e intervenciones propios de la terapia ocupacional .....	11
4.1.1. Modelo de Ocupación Humana (MOHO) .....	11
4.1.2. Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP) .....	13
4.1.3. Integración Sensorial (SI) .....	14
4.1.4. Intervención específica en adultos mayores con anorexia nerviosa.....	15
4.2. Otros modelos afines a la intervención ocupacional .....	15
4.2.1. Modelo Terapéutico Spiral (TSM) .....	15
4.2.2. Modelo Santa Cristina .....	16
4.3. Grupo de técnicas afines a la intervención ocupacional .....	17
4.4. Evidencia de la efectividad de las intervenciones de la terapia ocupacional en la anorexia nerviosa.....	19
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>20</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>21</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

---

La anorexia nerviosa (AN) es el trastorno de la conducta alimentaria en el que la sobrevaloración del peso y la figura, así como su control, constituyen la psicopatología central. Esto conduce a la desnutrición autoinducida con pérdida de peso que puede llevar a caquexia, poniendo en peligro la salud cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) desciende por debajo de los 17 kg/m<sup>2</sup>.

Se diferencian dos tipos: anorexia nerviosa restrictiva y anorexia nerviosa purgativa/compulsiva. A menudo la AN aparece acompañada de otras enfermedades psicológicas como ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo. El trastorno afecta principalmente a las mujeres, los hombres son afectados en sólo el 5 ó 10% de los casos (1). La revisión de la literatura sugiere que la personalidad de las mujeres con AN está impregnada por la baja autoestima, sentimientos de inferioridad e inadecuación, la inseguridad, el perfeccionismo y la obsesividad. Estos factores causan alta inhibición y retraimiento social, influenciando en la distorsión de la imagen corporal y la adquisición de hábitos alimentarios disfuncionales (2). La frecuencia de AN en mujeres jóvenes entre 14 y 20 años varía entre 0.2% y 0.8%. La mortalidad en los últimos diez años es del 5%, esto es 10 veces más de la mortalidad por otras causas en este grupo de edad en la población general (1).

Datos recientes sugieren que un defecto hereditario puede producir una respuesta anormal a los estrógenos y el comienzo de la AN (3), aunque la concepción etiogénica actual es multifactorial: biopsicosocial, donde los factores más importantes son los socioculturales (4). Los estándares actuales de belleza, los mensajes y valores transmitidos por los medios de comunicación exacerbán la situación creando una predisposición al trastorno. En las mujeres universitarias, la interacción entre pares, peso/figura y la formación del autoconcepto tienen implicaciones psicológicas sociales particularmente destacadas (4, 5).

En niños de desarrollo normal, las dificultades en la alimentación son frecuentes con una prevalencia estimada del 25-45%, pudiendo desarrollar deficiencias a largo plazo. En niños y adolescentes, la AN corresponde a estar por debajo del 10º percentil de IMC para la edad. Puesto que los niños tienen una

menor masa grasa que los adultos o adolescentes, las secuelas somáticas de la AN en edades tempranas son más graves y tienen consecuencias negativas para, por ejemplo, la densidad ósea, el crecimiento en altura y la maduración cerebral. Prevenir el fenómeno de comer de manera desordenada puede ayudar a prevenir un trastorno de la conducta alimentaria. Por otra parte, los términos de rechazo y selectividad de alimentos pueden ser debidos muy probablemente a problemas médicos o sensoriomotores no identificados que transforman el proceso de comer en algo difícil o doloroso, más que tratarse de componentes voluntarios. En la actualidad, existen investigaciones que intentan validar el constructo de la identificación temprana de la sobre-respuesta sensorial como predictor de dificultades del sueño/alimentación infantiles (1, 6, 7, 8).

Por otro lado, existe una alta prevalencia de anorexia senil en la población geriátrica, que se refleja en cambios en los hábitos alimentarios, con una reducción de la ingesta global de alimentos y el consumo de ciertos grupos de alimentos, y mostrando una tendencia general a una dieta monótona. Estos valores son más altos en personas hospitalizadas y las más mayores, con resultados de sujetos anoréxicos significativamente menos autosuficientes y un compromiso más frecuente del estado nutricional y cognitivo (9, 10).

En relación al tratamiento de la AN, es un proceso largo que continuará durante meses, incluso si todo va bien, y requiere un abordaje interdisciplinario. No existen datos empíricos confirmados que permitan una decisión basada en la evidencia para un escenario particular de tratamiento, que generalmente comprende un plan de intervención que incluye la hospitalización, asistencia en centro de día y tratamiento ambulatorio. Como regla general, se prefiere el tratamiento en régimen externo y, en los casos de pacientes con marcado bajo peso, inicialmente el tratamiento indicado es el de hospitalización. La concurrencia de peligro de muerte y el rechazo al cuidado deberían conducir a un tratamiento forzoso. Este es experimentado como muy estresante por los pacientes y por lo tanto debe evitarse siempre que sea posible con el tratamiento y apoyo motivacional intenso. Si fuera necesario, sólo debería llevarse a cabo en etapas (disposición de la tutela, admisión forzosa, alimentación forzada) y dentro de unas relaciones y un entorno psiquiátrico de confianza y apoyo (1, 11, 12).

Estudios de seguimiento han demostrado que alrededor del 40% de los pacientes muestran buen éxito en el tratamiento, mientras que el 25% lo tienen moderado y en el 30% el éxito del tratamiento es escaso. Se ha hecho hincapié en el papel de la ansiedad tanto en el origen como el mantenimiento de la AN, y se han realizado estudios donde se han encontrado diferentes patrones temporales a lo largo del día con picos de alta probabilidad de comportamientos frecuentes en la AN, coincidiendo con altos niveles de ansiedad. Otras investigaciones revelan que el estrés asociado a la visión de imágenes en los medios de comunicación puede contribuir a incrementar conductas momentáneas de trastorno alimentario en mujeres con AN (1, 13, 14).

En cuanto a los métodos de tratamiento de la enfermedad, la psicofarmacología ha demostrado ser ineficaz en la AN (1). Por otro lado, existe acuerdo a nivel internacional sobre el reconocimiento de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento líder en los trastornos de la conducta alimentaria.

En el abordaje de la enfermedad, la disciplina de la Terapia Ocupacional se centra fundamentalmente en cómo existen los trastornos en la actividad diaria y el discurso social de la persona afectada. Es decir, la manera cómo las ocupaciones aparecen atribuidas al significado generado por el trastorno alimentario, situación en la que los desafíos para los terapeutas ocupacionales requieren la reasignación de significado a las ocupaciones diarias (15).

En este contexto, los terapeutas ocupacionales pueden desempeñar su rol profesional dentro del equipo interdisciplinario que asiste a la persona con AN. Y pueden prestar sus servicios combinando trabajo cognitivo con educación psicológica e intervenciones regulares de terapia ocupacional, centrándose en la estructura y significado de la ocupación y los roles de la vida (16).

En conexión con la exposición, la justificación de este trabajo nace de la especial sensibilización de la sociedad hacia la enfermedad en su imagen más visible, las mujeres jóvenes anoréxicas; pero también de la existencia de otros afectados, no tan manifiestos pero cada vez más numerosos, los niños y adultos mayores con problemas de alimentación; así como del interés que desde la disciplina de la terapia ocupacional se suscita a favor de las aportaciones que se

pueden realizar al objetivo de trabajar por la salud y la solución de esta problemática.

## **2. OBJETIVOS**

---

1. Obtener información sobre los modelos y técnicas más utilizados en la actualidad por los terapeutas ocupacionales en el abordaje y tratamiento de la AN.
2. Conocer la evidencia que existe sobre la efectividad de las intervenciones de la terapia ocupacional en la AN.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

---

Para realizar este trabajo se utilizaron los principales manuales de la terapia ocupacional en los que se recoge el ámbito de la salud mental y se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos más relevantes en ciencias de la salud (Tablas 1 y 2).

**Tabla 1. Principales manuales nacionales e internacionales de Terapia Ocupacional** (se presentan por fecha de publicación)

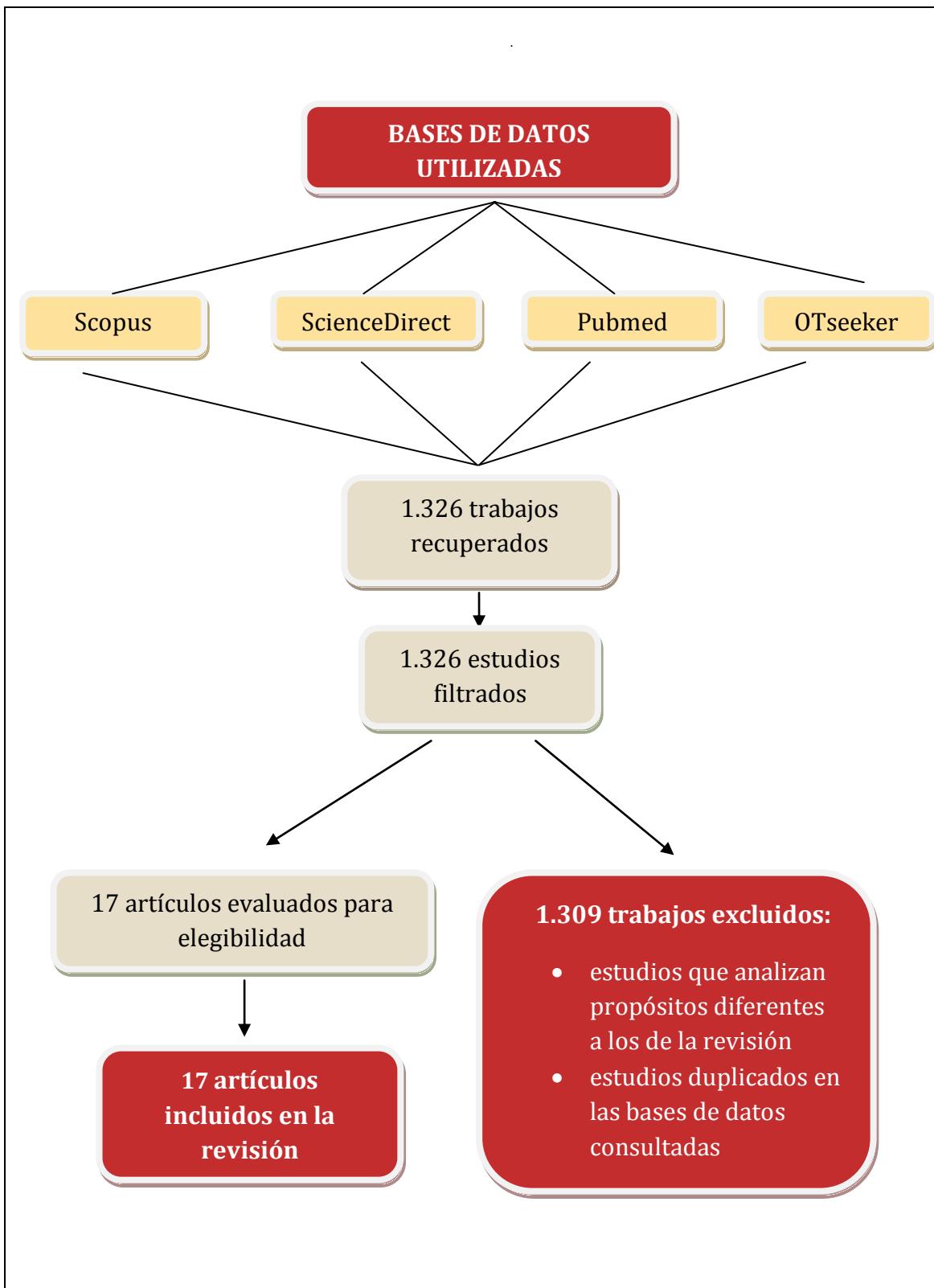
Bryant W, Fieldhouse J, Bannigan K, editors. <i>Creek's Occupational Therapy and Mental Health</i> . 5 <sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone; 2014
Crouch R, Alers V, editors. <i>The Treatment of Eating Disorders in Occupational Therapy</i> . West Sussex: John Wiley and Sons; 2014
Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, editores. <i>Terapia Ocupacional en salud mental</i> . Barcelona: Masson; 2012
Willard H, Spackman C, editores. <i>Terapia Ocupacional</i> . 11a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011

**Tabla 2. Búsqueda bibliográfica: bases de datos y descriptores utilizados**

Base de datos	Descriptores y perfiles de búsqueda				
<b>Scopus</b>	“occupational therapy” AND “anorexia”	“occupational therapy” AND “eating disorders”	“occupational therapy” AND “cognitive behavioral therapy”	“anorexia” AND “dialectical behaviour therapy”	“anorexia” AND “family based traitment”/ “multi-family therapy”
<b>ScienceDirect</b>	“anorexia” topic: “traintment”	“occupational therapy” topic: “traintment”	“anorexia” AND “enhanced cognitive behavioral therapy”	“anorexia” AND “cognitive remediation therapy”	
<b>Pubmed</b>	“occupational therapy” AND “anorexia”	“occupational therapy” AND “eating disorders”	“anorexia” AND “cognitive behavioral therapy”	“anorexia” topic: “media”	“anorexia” topic: “eating patterns in the elderly”
<b>OTseeker</b>	“occupational therapy” AND “anorexia”	“occupational therapy” AND “eating disorders”	“anorexia” AND “cognitive behavioral therapy”		

El acceso a las bases de datos se realizó desde el portal de la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza. La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero y abril de 2016 y se limitó a los estudios publicados en los últimos 5 años.

Como resultado de esta búsqueda se recuperaron 1.326 trabajos. En éstos, se buscó identificar las palabras clave en su título, accediendo a la lectura del texto completo o resumen en aquéllos estudios que podían aportar información relevante a los objetivos de esta revisión. Del total de estudios recuperados, 1.309 fueron excluidos por analizar propósitos diferentes a los de la revisión o ser estudios duplicados en las bases de datos consultadas. De este proceso, se obtuvieron 17 artículos que fueron evaluados para elegibilidad, resultando los 17 artículos incluidos en la revisión (Tabla 3). En la Figura 1 se presenta el proceso general de búsqueda, selección e inclusión/exclusión de los trabajos.



**Fig. 1. Metodología de la revisión bibliográfica**

**Tabla 3. Relación de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica<sup>1</sup> (I)**

TÍTULO	AUTORES Y PAÍS	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	EVIDENCIA <sup>2</sup>
The occupational roles of women with anorexia nervosa (19)	Quiles-Cestari LM, Pilot PRS. Brasil	2012	Estudio Casos-Controles	II-2, B
Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service? (20).	Gardiner C, Brown N. Irlanda	2010	Revisión sistemática	I, A
Interprofessional group intervention for parents of children age 3 and younger with feeding difficulties: pilot program (24).	Owen C, Ziebell L, Lessard C, Churcher E, Bourget V, Villenueve H. Canadá	2012	Estudio de cohortes	II-2, B
Occupation-based family-centered therapy approach for young children with feeding problems in South Korea; a case study (25).	An SJ. Corea	2014	Caso único	III, B
St George's disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: a pilot study (29).	Bloqueo L, Williams H, Bamford B, Lacey JH. Reino Unido	2012	Estudio de cohortes	II-2, B
The healing experiences of women: Psychodrama and eating disorders [dissertation] (30).	Bailey, Nancy Estados Unidos	2012	Estudio cualitativo	III, B
Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistente al cambio (31).	Calvo SR, Gallego MLT, García LMA. España	2012	Estudio de cohortes	II-2, B
Acceptability and feasibility of self-help Cognitive Remediation Therapy For Anorexia Nervosa delivered in collaboration with carers: A qualitative preliminary evaluation study (36).	Lang K, Treasure J, Tchanturia K. Reino Unido	2015	Estudio cualitativo mediante análisis temático	III, A
Neuropsychological and Behavioural Short-Term Effects of Cognitive Remediation Therapy in Adolescent Anorexia Nervosa: A Pilot Study (37).	Van Noort BM, Kraus MKA, Pfeiffer E, Lehmkuhi U, Kappel V. Alemania	2015	Estudio Casos-Controles	II-2, B

<sup>1</sup> Los artículos se presentan siguiendo el orden de aparición en el texto de este trabajo.

<sup>2</sup> Para los niveles de evidencia y criterios de recomendación utilizados, véase Anexo I

**Tabla 3. Relación de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica<sup>3</sup> (II)**

TÍTULO	AUTORES Y PAÍS	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	EVIDENCIA <sup>4</sup>
Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study (40).	Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Reino Unido e Italia	2013	Estudio de cohortes	II-2, B
Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa – A pilot study (42).	Chen EY, Segal K, Weissman J, Bohus M, Lynch TR. Estados Unidos	2015	Series de casos	II-3, B
An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents (45).	Lock J. Estados Unidos	2015	Revision sistemática	I, A
One-year outcome and incidence of anorexia nervosa and restrictive eating disorders among adolescent girls treated as out-patients in a family-based setting (46).	Rosling A, Salonen Ros H, Swenne I. Suecia	2016	Estudio de cohortes	II-2, B
Multi-family therapy in anorexia nervosa-A qualitative study of parental experiences (47).	Engman-Bredvik S, Carballeira Suarez N, Levi R, Nilsson K. Suecia	2016	Estudio cualitativo	III, B
Finding the Fun in Daily Occupation: An Investigation of Humor (48).	Elliot ML. Estados Unidos	2013	Estudio cualitativo	III-2, B
A qualitative research synthesis examining the effectiveness of interventions used by occupational therapists in mental health (49).	Wimpenny K, Savin-Baden M, Cook C. Reino Unido	2014	Estudio cualitativo	III, A
Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries (50).	Rummel-Kluge D, Kluge M, Kissling W. Alemania	2013	Estudio cualitativo	III, A

<sup>3</sup> Los artículos se presentan siguiendo el orden de aparición en el texto de este trabajo.

<sup>4</sup> Para los niveles de evidencia y criterios de recomendación utilizados, véase Anexo I

## 4. RESULTADOS

---

Para facilitar la exposición, los resultados obtenidos se han agrupado en los siguientes apartados:

- 4.1. Modelos e intervenciones propios de la terapia ocupacional
- 4.2. Otros modelos afines a la intervención ocupacional
- 4.3. Grupo de técnicas afines a la intervención ocupacional

### 4.1. MODELOS E INTERVENCIONES PROPIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

En el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el beneficio de la terapia ocupacional gira en torno del funcionamiento ocupacional, fundamentalmente a través de la terapia ocupacional de grupo, que se presta en la situación de hospitalización y más tarde mediante el seguimiento en la comunidad.

La singularidad del trabajo grupal en la terapia ocupacional se basa en la realización de una actividad común y en la dialéctica que se establece entre las acciones asociadas con la realización de la tarea, que incluyen las interacciones entre los distintos miembros del grupo. Esto constituye un medio para la elaboración de conflictos y formas de relación en el seno del grupo, con el fin último de la apertura de alternativas que promuevan el cambio.

En el tratamiento ocupacional, con el objetivo primario del restablecimiento del peso y mediante una intervención centrada en la persona, los terapeutas ocupacionales utilizan el valor de las ocupaciones significativas para realizar sus intervenciones, aplicando estrategias de adaptación de las actividades (17, 18).

#### 4.1.1. Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (Kielhofner y Burke, 1980)

El MOHO conceptualiza al ser humano como un ente conformado por tres elementos organizados de manera heterárquica: volición, habituación (hábitos y roles) y capacidad de desempeño. Según el modelo, la conducta ocupacional es consecuencia de la interacción conjunta del sistema humano, la tarea y el entorno, creando la red de condiciones que soportan el desempeño ocupacional (17).

En el tratamiento de la AN, el terapeuta ocupacional utiliza actividades para ayudar a los individuos a entender y restablecer los roles que son importantes en sus vidas. Esto a su vez ayuda a cambiar el modo en que ellos piensan y se comportan hacia sí mismos. Este es el punto crucial del tratamiento, principalmente, cambiar el comportamiento hacia sí mismos y facilitar el mantenimiento de estos cambios (18).

Existen investigaciones que revelan la pérdida psicosocial de roles que puede presentarse en la AN, con afectación de los roles de trabajadora, amiga y amateur/aficionada en mujeres con anorexia. Estos resultados sugieren que la evaluación de los roles ocupacionales es una estrategia importante para la planificación de actividades de la terapia ocupacional y apoyar la creación de espacios saludables que permitan a las personas reanudar roles ocupacionales y adquirir independencia y autonomía (19).

- *MOHO en adolescentes*

El éxito de la aplicación del MOHO en la principal población diana de los TCA (niños, adolescentes y familias) está reconocido en la literatura internacional.

En el proceso de «re-compromiso» con las ocupaciones significativas, adaptativas y equilibradas, a través del logro de roles, hábitos y habilidades, el incremento del tratamiento de la motivación durante los primeros meses parece ser predictivo para un mejor resultado. Por otra parte, a menudo los adolescentes no son lo suficiente maduros para darse cuenta de la gravedad de la enfermedad y la necesidad del tratamiento. En estos casos, los padres o tutores son de vital importancia para asegurar que el tratamiento es organizado y llevado a cabo. Por esta razón, estas figuras deben recibir información exhaustiva sobre el trastorno y el tratamiento que requiere (20, 21).

En relación a la población infantil, se han realizado estudios que concluyen que el comportamiento temeroso o ansioso del niño se asocia a un IMC en anorexia y, además, establecen relación entre la ansiedad infantil y la restricción calórica. Por otra parte, revisiones sistemáticas de la literatura apuntan a la influencia de las conductas alimentarias de los padres, las interacciones familiares y los patrones de crecimiento de los niños en un inicio temprano de TCA (22, 23).

En el tratamiento de estos problemas, existen estudios que demuestran que el rol del terapeuta ocupacional dentro del grupo interprofesional dirigido a los padres, resulta efectivo en la reducción de la ansiedad de los padres y el aumento de la aceptación de los niños a una amplia variedad de alimentos (24). Asimismo, en un caso único de un niño de 16 meses con problemas de alimentación, se demostró que el tratamiento de la terapia ocupacional basado en la familia abordó los problemas de los componentes físicos de alimentación del niño y la vinculación afectiva de los padres, que juntos mejoraron la dinámica familiar en general (25).

#### **4.1.2. Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP) (CAOT, 1983)**

Modelo utilizado en el tratamiento de los TCA de adultos y adolescentes. Con una fuerte influencia humanista, el CMOP sostiene que las personas son seres espirituales, con capacidad para determinar, elegir y participar en ocupaciones de su entorno. Así, aboga por una práctica centrada en la persona y propone el concepto de habilitación frente al de tratamiento (17).

La integración de la espiritualidad en la práctica requiere una atención cuidadosa a la cultura de la persona, así como la forma, la función y el significado de las ocupaciones utilizadas en la intervención. Para ello, los terapeutas ocupacionales utilizan cuatro estrategias:

- Ocuparse de los temas religiosos de la persona
- Ayudar a la persona a controlar el sufrimiento
- Ayudar a la persona a reconocer su propio valor y su propia eficacia
- Reconocer las propias transformaciones que genera el trabajo con la persona (26)

El concepto central del modelo canadiense es el de desempeño ocupacional, de él toma su nombre y en él se engarzan las tres ideas claves interdependientes de este modelo: la persona, el medio ambiente y la ocupación. En el año 2007 se presentó la última actualización del modelo, en la que se incorpora el concepto de *engagement*, pasando así a denominarse Modelo Canadiense del Desempeño e Implicación Ocupacional.

En los TCA el desempeño ocupacional de la persona resulta afectado en todas sus áreas: autocuidado, productividad y ocio. Para lograr el cambio en el desempeño ocupacional, el modelo persigue la congruencia entre las exigencias de la ocupación, las habilidades de la persona y las demandas del medio.

En sus intervenciones, el CMOP utiliza la actividad funcional, las ocupaciones vocacionales realistas y placenteras, y el desarrollo de las habilidades de comunicación. Una intervención de terapia de grupo en un centro de día podría ser la preparación de comida, hacer la compra en grupo, y terapia cognitivo conductual grupal, que es utilizada durante la comida (17, 20).

#### **4.1.3. Integración Sensorial (SI) (Ayres, 1972)**

Integración Sensorial es un marco de referencia que focaliza en la valoración y tratamiento de las dificultades funcionales en el procesamiento sensorial y tiene un impacto significativo en la práctica de la terapia ocupacional en la salud mental de niños y adolescentes en los Estados Unidos.

Se han descrito las similitudes entre los rasgos de las personas con AN y la defensa sensorial táctil: inestabilidad emocional, baja autoestima, aspectos íntimos o sexuales, imagen corporal pobre y rasgos de personalidad compulsiva. El ejercicio compulsivo que suele ser frecuente en anoréxicos, puede ser presión profunda o propioceptiva para buscar la autoregulación (20). En este sentido, existen investigaciones que sugieren que las respuestas sensoriales elevadas pueden representar un rasgo relacionado con la enfermedad en sí mismo más allá de la influencia de la desnutrición y el bajo peso (27).

De esta forma, el modelo de SI proporciona una visión única de porqué la persona joven puede haber establecido un patrón inusual de alimentarse o desarrollar un TCA diagnosticado en primera instancia. El terapeuta ocupacional valorará si las dificultades son debidas a hiposensibilidad o hipersensibilidad sensorial oral, componentes biomecánicos u orales motores. La terapia usando un enfoque de SI facilita cambios a nivel sináptico neuronal, proporciona estrategias de afrontamiento y facilita la función (20).

La teoría de la integración sensorial es el área de la terapia ocupacional más ampliamente investigada. Consistente con todas las áreas de práctica de la terapia ocupacional, se han documentado estudios que revelan una mejoría del comportamiento adaptativo y el desempeño ocupacional, y una mejoría de las medidas cognitivas, conductuales y fisiológicas (28).

#### **4.1.4. Intervención específica en adultos mayores con anorexia nerviosa**

Debido a la alta prevalencia en la población geriátrica y su impacto en el estado nutricional, se debería dar entrada a más investigaciones para establecer una intervención y un protocolo para el diagnóstico temprano de la anorexia del envejecimiento, dirigido a identificar sus causas y optimizar el tratamiento de los adultos mayores anoréxicos (9).

La intervención de la terapia ocupacional basada en un grupo de cocina para personas hospitalizadas y usuarios de centro de día con severos problemas de alimentación se revela como efectiva y duradera. Un ejemplo de este método de trabajo es el *St. George's disorders service meal*, desarrollado en el Hospital St. George de Londres. En un estudio de cohortes se evaluó la recuperación del índice de habilidad y motivación relacionadas con la preparación y comer comidas “normales”, resultando mejoras significativas en la habilidad en la décima sesión y mejoras altamente significativas en la motivación entre la décima y la última sesión. Ambas se mantuvieron después de un año (29).

### **4.2. OTROS MODELOS AFINES A LA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL**

#### **4.2.1. Modelo Terapéutico Spiral (TSM) (Hudgins, 2002)**

Entre los modelos de tratamiento experimental, el TSM es el modelo de psicodrama líder en el tratamiento de los traumas, modificando las intervenciones clásicas de psicodrama para prevenir las regresiones incontroladas. Este modelo puede ayudar a las personas con TCA de varias formas y los profesionales de la terapia ocupacional lo utilizan en sus aproximaciones al tratamiento de estos trastornos.

El modelo suministra constructos potentes de “roles preceptivos”, que sirven a tres funciones psicológicas principales; específicamente, observación, restauración y contención. Dentro del proceso de la terapia ocupacional de grupo, la seguridad y la contención y la realización y concreción de roles preceptivos y roles de contención desde la práctica del TSM hacen posible el crecimiento de las fortalezas del ego y la progresión de la persona en la recuperación del TCA (18).

Hay una evidencia muy limitada en la investigación del psicodrama y los TCA. Un estudio reciente documentó entrevistas realizadas a 10 mujeres diagnosticadas con TCA entre 18 y 65 años y cuyo tratamiento incluía al menos una sesión de psicodrama.

En este estudio se revelaron algunos temas importantes. El mayor efecto terapéutico se consiguió cuando representaron dramas de otros o adoptaron el papel de observadoras, pues no se sintieron inspeccionadas o juzgadas y, por lo tanto, se sintieron con menos presión para mostrarse a sí mismas como perfectas. Todas las mujeres que participaron en la terapia de psicodrama informaron una mejora y escalada en su proceso de recuperación y valoraron la oportunidad de construir relaciones de familiaridad con los miembros el grupo. Esto les permitió identificar un sentido de cambio interno y sentirse menos solas en su diagnóstico y más comprometidas en su proceso de recuperación (30).

#### **4.2.2. Modelo Santa Cristina (Unidad TCA Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid, 2006)**

El Modelo Santa Cristina no responde al criterio de ser uno de los modelos más utilizados, pero se decidió su inclusión por su aportación al tratamiento de personas con AN de larga evolución y ser un modelo de creación nacional e incluir en su equipo de trabajo a un terapeuta ocupacional.

Las investigaciones señalan que las personas de 7 o más años de evolución en el trastorno alimentario constituyen el grupo de larga evolución y presentan una mayor gravedad. En estos casos, los ámbitos psicológico y social son los más afectados. La persona con AN encuentra en la patología el sentido de su existencia,

pudiéndose aplicar la descripción de severa y persistente, a menudo reservada a los trastornos psicóticos, a la AN de estas características (31, 32).

El “Modelo Santa Cristina”, desarrollado en el Hospital Santa Cristina de Madrid, tiene un formato de intervención intensiva, hospitalización parcial u hospital de día, a través de un tratamiento individualizado. El marco general de actuación se apoya en la relación paciente-equipo terapéutico, propuesto por el Modelo de Capacitación (*Empowerment*), en el que la recuperación se pone en factores internos (personales y familiares) que impliquen aprendizaje y existencia propia. Gran parte del tiempo del proceso terapéutico se dedica a ampliar la resiliencia y su objetivo primordial es conseguir que, a través de las *decisiones informadas*, la persona vaya realizando un tránsito desde el control externo de sus cuidados hasta el despliegue de sus capacidades de autocuidado personal (31). En el 50% de los casos, las personas están poco preparadas para cambiar; por lo que, al principio del tratamiento, es preciso dedicar al menos la mitad de los espacios grupales a trabajar la motivación al cambio (33).

Los resultados de un estudio entre 2006-2009 en 307 afectados con 7 años o más de evolución y con seguimiento de este programa, aportan un cambio de tendencia en el proceso de recuperación al facilitar la mejoría global de la persona, con resultados en tres indicadores de calidad que apoyan este enfoque: disminución de la tasa de abandonos, disminución del número de ingresos y descenso de las conductas autolesivas y tentativas de suicidio en comparación a la frecuencia previa a la incorporación a la Unidad TCA (31).

#### **4.3. GRUPO DE TÉCNICAS AFINES A LA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL<sup>5</sup>**

Los marcos de referencia cognitivo y cognitivo-conductual proveen una estructura psicológica en el abordaje de los problemas mentales, pero requieren una perspectiva ocupacional adicional para valorar o identificar el desempeño ocupacional de un individuo o la habilidad funcional.

---

<sup>5</sup> Un breve desarrollo de las técnicas cognitivo y cognitivo-conductuales mencionadas en este punto del trabajo puede verse en el Anexo II.

De esta forma, los terapeutas ocupacionales utilizan la práctica orientada a la cognición en sus intervenciones, asegurando que es un modelo conceptual de práctica dentro de un contexto de terapia ocupacional. Por otra parte, las terapias psicológicas han experimentado un desarrollo importante en las últimas décadas y los terapeutas ocupacionales reconocen sus fortalezas en el tratamiento de la AN.

La aplicación de las técnicas psicológicas que se reseñan a continuación por parte del terapeuta ocupacional puede suponer una formación de post-grado en terapias cognitivas y cognitivo-conductuales especializadas (16).

Como terapia cognitiva más relevante, la **Terapia de Remedación Cognitiva** busca explorar la flexibilidad cognoscitiva con miras a diseñar tratamientos específicos acordes. Existen estudios que concluyen que la RCT puede ser beneficiosa en la mejora de la flexibilidad cognoscitiva en adultos y adolescentes con AN (34, 35, 36, 37). Por otro lado, la terapia cognitivo conductual engloba en la actualidad marcos de referencia adicionales, referidos como la *tercera ola* de la terapia conductual (16). Entre ellos destacan:

- La **Terapia Cognitivo Conductual-Mejorada** está basada en la teoría transdiagnóstica y deriva de la Terapia Cognitivo Conductual para la Bulimia, en la que es considerada tratamiento líder a nivel internacional. En la actualidad, se está aplicando a personas con AN en los servicios clínicos de varios países en todo el mundo, con buenos resultados en adultos y buenos resultados preliminares en adolescentes (38, 39, 40).

- La **Terapia Conductual Dialéctica** hace un uso intencional de los procesos dialécticos de la polarización, la tensión y la síntesis, utilizando estrategias de “mindfulness” y estrategias de aceptación. Existe un cuerpo creciente de investigación que indica que la DBT supone una intervención eficaz en el tratamiento de las poblaciones con TCA (41, 42, 43).

- Entre las técnicas cognitivo conductuales especializadas en niños y adolescentes, la más utilizada es el **Tratamiento Basado en la Familia**, en la que la pieza central del tratamiento son sesiones familiares conjuntas y el logro de la autonomía adecuada a la edad se convierte en el foco del tratamiento del adolescente. Se considera el único tratamiento bien establecido en la actualidad en

el tratamiento del trastorno en este grupo de población (44, 45, 46). Otra técnica que goza de mucha popularidad es la **Terapia Multi-Familia**, que enfatiza en las relaciones intra e inter-familiares dentro de un marco de referencia sistémico. Aunque existen estudios que evidencian sus logros, se aprecia la necesidad de estudios controlados que constaten su efectividad (47).

• Como aportación novedosa y con algunas experiencias clínicas preliminares, la **Terapia del humor**, como fenómeno humano con implicaciones biológicas, sociales y contextuales, puede utilizarse por los terapeutas ocupacionales como una herramienta alternativa para hacer frente y comprometerse en las experiencias de la vida cotidiana (48).

#### **4.4. EVIDENCIA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ANOREXIA NERVIOSA**

Los estudios sobre el tratamiento de AN muestran un nivel de evidencia de moderada a baja, entre otras cosas por el bajo número de casos, la falta de condiciones de control válido y el uso de enfoques de terapias multimodal en las que los elementos del tratamiento individual no son descritos (1).

Esto es extensivo al ámbito de la terapia ocupacional. Como contribución, una investigación realizada en el Reino Unido sintetizó e interpretó los resultados de 20 estudios cualitativos sobre las perspectivas de usuarios y cuidadores respecto a los tratamientos en salud mental más utilizados internacionalmente. Las conclusiones fueron que el uso de intervenciones ocupacionales que proporcionan espacios para la curación, el redescubrimiento personal, la formación de la identidad, y la participación comunitaria fueron valoradas más que las cortas, intervenciones centradas en el manejo del caso y la valoración de la estabilidad mental, que fueron vistas superficiales en alcance (49).

Otra aportación es la valoración de la terapia ocupacional (95%), junto con la psicoeducación (93%) y la farmacoterapia (99%), como las terapias más relevantes por 289 instituciones de países europeos de habla alemana en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, entre ellos los TCA (50).

Como conclusión, es importante señalar que se necesita más investigación para aumentar el tamaño de las muestras y emplear una metodología más rigurosa, que contribuya a la mejora del nivel de la evidencia.

## 5. CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa, como enfermedad mental, ocasiona graves repercusiones en los aspectos psicológico, social y ocupacional de las personas afectadas. En la actualidad, ha dejado de ser un trastorno relacionado fundamentalmente con mujeres adolescentes y jóvenes adultas, para extenderse a otros grupos de población como los niños y adultos mayores.

Como enfermedad mental por *natura*, su tratamiento ha de ser eminentemente psicológico. Por su parte, los terapeutas ocupacionales desde su perspectiva y conocimiento, se plantean cómo el trastorno interfiere en la vida cotidiana de los afectados y el nuevo significado que la enfermedad atribuye a sus ocupaciones y roles.

De esta forma, los profesionales de la terapia ocupacional ejercen su rol y contribuyen a la solución del trastorno aportando modelos propios, experiencia y el conocimiento del valor de la ocupación como mecanismo biológico natural de la salud. En este sentido, facilitan el «re-compromiso» con las ocupaciones significativas y los roles importantes en la vida de la persona.

Por otra parte, existen otros modelos y técnicas ajenos a la terapia ocupacional, que proveen una estructura psicológica en el abordaje de la anorexia nerviosa y son afines a la intervención ocupacional. En este contexto, con la formación adecuada y procurando un ámbito ocupacional en sus intervenciones, los terapeutas ocupacionales pueden llevar a cabo su trabajo combinando ambos enfoques de tratamiento.

La evidencia de la efectividad de las intervenciones en la anorexia nerviosa es limitada en términos generales dadas las características del trastorno. Por ello, en la bibliografía se recomiendan más investigaciones bien realizadas y, en lo relativo a la terapia ocupacional, investigaciones específicas que aporten nuevas evidencias sobre los beneficios de la intervención ocupacional en la recuperación de las personas afectadas de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2011; 108 (40): 678-85.
- 2) Leonidas C, dos Santos MA. Body image and food habits in anorexia nervosa: An integrative review of the literature. *Psicologia: Reflexao e Critica.* 2012; 25 (3): 550-58.
- 3) Young JK. Anorexia nervosa and estrogen: Current status of the hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2010; 34 (8): 1195-1200.
- 4) Marqués P, Martín D, Piñol C, Ladron de Cegama U. Therapeutic interventions in behavioral symptoms characteristic of eating disorders. *European Psychiatry.* 2010; 25 (Suppl 1): 438.
- 5) Fitzsimmons-Kraft EE. Social psychological theories of disordered eating in college women: review and integration. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31 (7): 1224-37.
- 6) Larsen PS, Strandberg-Larsen K, Micali N, Anderse AM. Parental and Child Characteristics Related to Early-Onset Disordered Eating: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry.* 2015; 23 (6): 395-412.
- 7) Beaudry Bellefeuille I. El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: Una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta Pediátrica Española.* 2014; 72 (5): 92.
- 8) Thomas S, Bundy AC, Black D, Lain SJ. Toward Early Identification of Sensory Over-Responsivity (SOR): A Construct for Predicting Difficulties With Sleep and Feeding in Infants. *OTJR.* 2015; 25 (3): 178-86.
- 9) Donini LM, Poggiogalle E, Piredda M, Pinto A, Barbagallo M, Cucinotta D *et al.* Anorexia and eating patterns in the elderly. *PLoS One.* 2013; 8 (5): e63539.
- 10) Donini LM, Dominguez LJ, Barbagallo M, Savina C, Castellaneta E, Cucinotta D *et al.* Senile anorexia in different geriatric settings in Italy. *J Nutr Health Aging.* 2011; 15 (9): 775-81.
- 11) Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Clinical criteria of involuntary psychiatric treatment: a literature review and a synthesis of recommendations. *Presse Med.* 2014; 43 (11): 1195-205.

- 12) Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick, Hope T. Attitudes in patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2010; 33 (1): 13-19.
- 13) Lavender JM, De Young KP, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel SG, Mitchell JE *et al.* Daily patterns of anxiety in anorexia nervosa: associations with eating disorder behaviors in the natural environment. *J Abnorm Psychol*. 2013; 122 (3): 672-83.
- 14) White EK, Warren CS, Cao L, Crosby RD, Engel SG, Wonderlich SA *et al.* Media exposure and associated stress contribute to eating pathology in women with AN: Daily and momentary associations. *Int J Eat Disord*. 2015. [Epub ahead of print].
- 15) Elliot ML. Figured world of eating disorders: occupations of illness. *Can J Occup Ther*. 2012; 79 (1): 15-22.
- 16) Lee S, West R. Cognitive approaches to intervention. En: Bryant W, Fieldhouse J, Bannigan K, editors. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health*. 5<sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone; 2014. p. 224-239.
- 17) Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno P, Talavera MA, editores. *Terapia Ocupacional en salud mental*. Barcelona: Masson; 2012. p. 283-291.
- 18) Crouch R, Alers V. The Treatment of Eating Disorders in Occupational Therapy. En: Crouch R, Alers V, editors. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. West Sussex: John Wiley and Sons; 2014. p. 408-417.
- 19) Quiles-Cestari LM, Pilot PRS. The occupational roles of women with anorexia nervosa. *Reverendo Latino Am Enfermagem*. 2012; 20 (2): 1-2.
- 20) Gardiner C, Brown N. Is there a role for occupational therapy within a specialist child and adolescent mental health eating disorder service?. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010; 73 (1): 38-43.
- 21) Pauli D, Metzke W, Steinhagen HC. Treatment motivation in adolescent patients with anorexia nervosa. *European Psychiatry*. 2010; 25 (1) p. 1480
- 22) Dellava JE, Thornton LM, Hamer RM, Strober M, Plotnicov K, Klump KL *et al.* Childhood anxiety associated with low BMI in women with Anorexia Nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48 (1): 60-67.

- 23) Larsen PS, Strandberg-Larsen K, Micali N, Anderse AM. Parental and Child Characteristics Related to Early-Onset Disordered Eating: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2015; 23 (6): 395-412.
- 24) Owen C, Ziebell L, Lessard C, Churcher E, Bourget V, Villenueve H. Interprofessional group intervention for parents of children age 3 and younger with feeding difficulties: pilot program. *Nutr Clin Pract [Internet]*. 2012; 27 (1): 129-35.
- 25) An SJ. Occupation-based family-centered therapy approach for young children with feeding problems in South Korea; a case study. *Occup Ther Int*. 2014; 21 (1): 33-41.
- 26) Billock C. Espiritualidad, ocupación y terapia ocupacional. En: Willard H, Spackman C, editores. *Terapia Ocupacional*. 11<sup>a</sup> edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p. 90-95.
- 27) Marca-Gothelf A, Parush S, Eitan Y, Admoni S, Gur E, Stein D. Sensory modulation disorder symptoms in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A pilot study. *Int J Eat Disord*. 2016; 99 (1): 59-68.
- 28) Smith Roley S, Essie Jacobs S. Integración Sensorial. En: Willard H, Spackman C, editores. *Terapia Ocupacional*. 11<sup>a</sup> edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p. 792-813.
- 29) Bloqueo L, Williams H, Bamford B, Lacey JH. The St George's disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: a pilot study. *Eur Eat Disord Rev*. 2012; 20 (3): 218-24.
- 30) Bailey, Nancy. The healing experiences of women: Psychodrama and eating disorders [dissertation]. Minnesota: Capella University, Harold Abel School of Social and Behavioral Sciences; 2012.
- 31) Calvo SR, Gallego MLT, García LMA. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistente al cambio. *Nutr Hosp*. 2012; 27 (3): 763-70.
- 32) Robinson PH, Kukucska R, Guidetti G, Leavey G. Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2015; 23 (4): 318-26.
- 33) Félix-Alcántara M, Zambrano Enríquez-Gandolfo M, Vilariño-Besteiro P, Unzeta-Conde B, Pérez-Franco C, Crespo-Hervás MD. La importancia de la

- motivación en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Libro de Ponencias: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander: AEPC; 2012.p. 93-96.
- 34) Gempeler J. Terapia de remediación cognoscitiva para la anorexia nerviosa. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010; 39 (4): 749-57.
- 35) Müller A, Mitchell JE. Compulsive buying: Relationship to eating disorders, substance use disorders, and other impulse control disorders. En: Brewerton TD, Baker A, editors. Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders. Berlin: Springer; 2014. p. 429-38.
- 36) Lang K, Treasure J, Tchanturia K. Acceptability and feasibility of self-help Cognitive Remediation Therapy For Anorexia Nervosa delivered in collaboration with carers: A qualitative preliminary evaluation study. Psychiatry Research. 2015; 225 (3): 387-94.
- 37) Van Noort BM, Kraus MKA, Pfeiffer E, Lehmkuhi U, Kappel V. Neuropsychological and Behavioural Short-Term Effects of Cognitive Remediation Therapy in Adolescent Anorexia Nervosa: A Pilot Study. European Eating Disorders Review. 2015; 24 (1) 69-74.
- 38) Murphy R, Straebler W, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. Psychiatric Clinics of North America. 2010; 33 (3): 611-27.
- 39) Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S. Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. Current Psychiatry Reports. 2016; 18 (1): 1-8.
- 40) Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. Behaviour research and therapy. 2013; 51 (1): R2-R8.
- 41) Robins CJ, Rosenthal MZ. Dialectical Behavior Therapy. En: Herber JD, Forman EM, editors. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. USA: Wiley; 2011. p. 164-92.
- 42) Chen EY, Segal K, Weissman J, Bohus M, Lynch TR. Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa - A pilot study. International Journal of Eating Disorders. 2015; 48 (1): 123-32.

- 43) Wisniewski L, Ben-Porath DD. Dialectical behavior therapy eating disorders: The use of contingency manage procedures to manage dialectical dilemmas. American Journal of Psychotherapy. 2015; 69 (2): 129-40.
- 44) Brisman J. When Helping Hurts: the Role of the Family and Significant Others in the Treatment of Eating Disorders. En: Maine M, Hartman MB, Bunnell D, editors. Treatment of Eating Disorders. USA: Elsevier; 2010. p. 335-48.
- 45) Lock J. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2015; 44 (5): 707-21.
- 46) Rosling A, Salonen Ros H, Swenne I. One-year outcome and incidence of anorexia nervosa and restrictive eating disorders among adolescent girls treated as out-patients in a family-based setting. Upsala Journal of Medical Sciences. 2016; 121 (1): 50-59.
- 47) Engman-Bredvik S, Carballeira Suarez N, Levi R, Nilsson K. Multi-family therapy in anorexia nervosa-A qualitative study of parental experiences. Eating Disorders. 2016; 24 (2): 186-97.
- 48) Elliot ML. Finding the Fun in Daily Occupation: An Investigation of Humor. Occupational Therapy in Mental Health. 2013; 29 (3): 201-14.
- 49) Wimpenny K, Savin-Baden M, Cook C. A qualitative research synthesis examining the effectiveness of interventions used by occupational therapists in mental health. British Journal of Occupational Therapy . 2014; 77 (6): 276-78.
- 50) Rummel-Kluge D, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. BMC Psychiatry. 2013; 13 (1): 170.
- 51) Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr Kn, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, for the Methods Work Group, Thrid U.S. Preventive Service Task Force. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. Am J Prev Med. 2001; 20 (3): 21-35

## ANEXO I

### TABLAS DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN USPSTF (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE) (51)

Niveles de evidencia de los estudios	
Nivel de evidencia	Tipo de estudio
<b>I</b>	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado con un diseño apropiado
<b>II-1</b>	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados
<b>II-2</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos
<b>II-3</b>	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas
<b>III</b>	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

Grados de recomendación y significado	
Grado de recomendación	Significado
<b>A</b>	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios)
<b>B</b>	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios)
<b>C</b>	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general)
<b>D</b>	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios)
<b>I</b>	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado

## ANEXO II

### GRUPO DE TÉCNICAS AFINES A LA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL

- **Terapia de Remedación Cognitiva RCT (Kate Tchanturia 2005)**

La RCT busca explorar la flexibilidad cognoscitiva en adultos y adolescentes afectados con AN, a partir de dos conceptos: la dificultad para cambiar de un tipo de procesamiento de información a otro y la baja coherencia central, con miras a diseñar tratamientos específicos acordes.

La dificultad para cambiar de un tipo de procesamiento a otro parece ser un rasgo familiar y muy probablemente está implicado en el mantenimiento de la enfermedad. La baja coherencia central es un concepto nuevo en el campo de los TCA y se refiere a un estilo cognoscitivo en el cual hay un sesgo hacia el procesamiento de información local o detallada, sobre la tendencia natural a integrar la información en un contexto, lo que podría explicar la sobrepreocupación por las reglas y los detalles. Este perfil se asocia, particularmente, con síntomas obsesivos compulsivos (34). En este sentido, la revisión de la literatura revela que parece haber asociación entre el desorden de comprar compulsivamente y los TCA (35).

La retroalimentación de pacientes que han recibido TRC como parte del tratamiento de AN es generalmente positiva. La encuentran útil en la reducción del perfeccionismo y la rigidez. Por otra parte, se sugiere la importancia de ligar los ejercicios con tareas en la vida real de los pacientes, en las que se facilite el procesamiento global (34).

Un estudio preliminar cualitativo quería valorar la utilización de la RCT como tratamiento de autoayuda para individuos con AN, contando con la colaboración de los cuidadores. Para ello, seis familias se sometieron a esta intervención, a las que se suministró una adaptación del manual clínico clásico original de CRT. El feedback se obtuvo de entrevistas cualitativas, analizadas mediante el análisis temático. Los participantes describieron beneficios como crear un espacio para las familias para pasar el tiempo juntos fuera del trastorno alimentario, utilizar las tareas de la CRT como una “puerta” para las conversaciones más emocionales y

difíciles, y ayudar a los participantes a ganar en la percepción de sus estilos cognoscitivos. También se registraron mejores puntuaciones en el cambio de procesamiento y la coherencia central (36).

Por otra parte, se han realizado investigaciones en adolescentes que sugieren que la RCT también puede ser beneficiosa para la mejora de la flexibilidad cognoscitiva en esta población. En un estudio de casos y controles, 20 adolescentes (12-18 años) hospitalizados y en régimen ambulatorio que recibieron CRT, y 20 controles sanos, que no la recibieron, fueron comparados con intervalo de prueba re-prueba igualado. Los resultados mostraron que los pacientes de AN mostraron una mejora de la flexibilidad en la evaluación neuropsicológica directamente después de la TRC, mientras que el grupo de controles sanos no mejoró con el tiempo. No obstante, se apreció la necesidad de realizar estudios controlados aleatorios para determinar la eficacia real de la intervención (37).

- **Terapia Cognitivo Conductual-Mejorada CBT-E (Murphy R, Fairburn's group 2008)**

La CBT-E (E = *enhanced*) está basada en la teoría transdiagnóstica y deriva de la CBT-BN (bulimia nerviosa) diseñada para adultos, en la que es considerada tratamiento líder. Suministra sobre un base individualizada dos formas de terapia: la primera, “focalizada” (CBT-Ef), dirigida a la psicopatología central de los TCA, considerada la versión estándar; y la segunda, una forma “extensa” (CBT-Eb), que aborda además obstáculos “externos” a la psicopatología central, específicamente el perfeccionismo clínico, la bajo autoestima y las dificultades interpersonales, los cuales contribuyen a mantener el desorden (38).

Actualmente se utiliza para tratar a adultos con AN y se ofrece en los servicios clínicos de varios países en todo el mundo (39). Con el objetivo de establecer los resultados inmediatos y a largo plazo de la CBT-E en pacientes no hospitalizados, se realizó una investigación en la que se reclutó a 90 pacientes con una marcada AN, procedentes de clínicas del Reino Unido e Italia y se les ofreció 40 sesiones durante 40 semanas. El 60% de los pacientes fueron capaces de completar este tratamiento, además de experimentar una ganancia sustancial de

peso e IMC. También mejoraron notablemente los rasgos del trastorno alimentario, que se mantuvieron bien en un período posterior de seguimiento de 60 semanas. La investigación concluyó que los resultados obtenidos justificaban suficientemente la evaluación de la CBT-E en ensayos controlados aleatorizados (40).

Por otra parte, la CBT-E ha sido adaptada para personas jóvenes, y se suministra tanto en régimen ambulatorio, como a través de fórmulas adaptadas en centros de día o régimen de hospitalización. También están emergiendo resultados alentadores en pacientes hospitalizados, sobre todo en adolescentes (38, 39).

- **Terapia Conductual Dialéctica DBT (Marsha Linehan 1993)**

La DBT fue desarrollada originalmente por Linehan para el tratamiento de individuos con riesgo de suicidio crónico y que cumplían criterios de trastorno de personalidad borderline. En la actualidad se ha extendido a otros problemas mentales, como los trastornos de la conducta alimentaria.

Linehan valoró que los problemas de regulación emocional severos conducían a distorsiones cognitivas, suposiciones automáticas, creencias rígidas y pensamiento dicotómico. Los terapeutas ocupacionales reconocen las fortalezas de la DBT y particularmente se identifican con los módulos de entrenamiento de habilidades que son, en esencia, habilidades para la vida, y ven este formato comparable con el entrenamiento de habilidades en la terapia ocupacional (16).

La técnica hace un uso intencional de los procesos dialécticos de la polarización, la tensión y la síntesis en su comprensión de los patrones de comportamiento del paciente y el terapeuta dentro de la relación terapéutica, utilizando estrategias de “mindfulness” y estrategias de aceptación. En todas estas áreas, la tensión dialéctica y la síntesis más central de la DBT es aquella entre la aceptación y el cambio (41).

Utilizando el método de las series de casos, se realizó un estudio de adaptación de la DBT a pacientes adultos de AN no hospitalizados. La serie 1 utilizó la DBT estándar; la serie 2 usó la DBT estándar aumentada con habilidades para

afrontar el sobrecontrol emocional y conductual. Los resultados en la serie 1 fueron una retención de pacientes 5/6 y un aumento del IMC de pre a post-tratamiento. En la serie 2, se obtuvieron resultados de retención 8/9 e incremento del IMC al post-tratamiento, que se mantuvo en los 6 y 12 meses siguientes. El estudio concluía apostando por estudios posteriores del modelo adaptado de DBT y el tratamiento de la AN (42).

En la aplicación de la DBT, existe un cuerpo creciente de investigación que indica que supone una intervención eficaz en el tratamiento de las poblaciones con trastornos de la alimentación, incluidos los que tienen trastornos concomitantes con el Eje II del DSM-V (43).

- **Técnicas cognitivo-conductuales especializadas en niños y adolescentes**

Son tratamientos que se suministran en régimen externo. **Tratamiento basado en la familia:** El hospital Maudsley (Loeb and le Grange, 2009) de Londres ha desarrollado una intervención especializada basada en la familia para pacientes con TCA, e investigaciones soportan que este tratamiento es efectivo con pacientes de AN más jóvenes de 18 años (18). El tratamiento implica guiar abiertamente a la familia para restaurar conductas alimentarias normales en su hijo o hija. La pieza central del tratamiento son sesiones familiares conjuntas, en las que los padres y hermanos son vistos con el miembro con AN (44).

El objetivo es no sólo la gestión de los alimentos, sino el establecimiento de la autoridad parental en una unidad familiar donde la estructura suele tenerlo todo, pero se ha derrumbado en el afrontamiento de la crisis por el TCA. En este modelo de tratamiento se evita la cuestión de la etiología y se inicia una vez que los síntomas se han resuelto principalmente y el adolescente está comiendo normalmente. El logro de la autonomía adecuada a la edad se convierte en el foco del tratamiento del adolescente (44). En este contexto, el terapeuta ocupacional utiliza sus habilidades en el análisis de la actividad y la gradación de las actividades terapéuticas. Puede ser necesario analizar y adaptar los entornos, para incrementar la función y la participación social (20).

Una revisión de la literatura incluyendo Pubmed-Medline, la bibliografía de capítulos de libros, artículos de guías terapéuticas y consultas a colegas, concluyó que el tratamiento basado en la familia es el único tratamiento bien establecido para adolescentes con AN en la actualidad (45). En un estudio de cohortes se incluyó a 29 adolescentes que inicialmente tenían AN, a las que se les ofreció el tratamiento y se les realizó un seguimiento de un año después de iniciarlos. Los resultados fueron que 6 adolescentes (21%) tuvieron un buen resultado y estuvieron libres de cualquier forma de trastorno alimentario durante el seguimiento; una adolescente (3%) tuvo un mal resultado y siguió cumpliendo el criterio de AN, y 22 adolescentes (76%) cumplieron el criterio de un trastorno alimentario no especificado con conductas restrictivas. Todas las adolescentes habían ganado peso y 27 de ellas (93%) habían vuelto a la escuela a tiempo completo (46).

Otra modalidad terapéutica que está teniendo mucha popularidad es la **Terapia Multi-Familiar**, que incluye a varias familias afectadas con la misma patología, y enfatiza en las relaciones intra e inter-familiares dentro de un marco de referencia sistémico. Existen algunos estudios cualitativos que han investigado las experiencias de la terapia multi-familiar en la AN, en los que el mayor beneficio reportado fue la oportunidad de hablar con otros en una situación similar, de tal forma que compartían experiencias y luchas. La terapia dio lugar a nuevas perspectivas y puntos de vista que mejoraron las dinámicas familiares y permitieron nuevos comportamientos constructivos. No obstante, se sigue apreciando la necesidad de realizar más estudios controlados para constatar su efectividad (47).

- **Terapia del humor**

La contribución de la terapia ocupacional a la exploración del humor como fenómeno humano con posibles beneficios terapéuticos ha sido limitada. En un artículo de revisión de la literatura sobre el humor, se destacó principalmente la neurociencia del humor, la risa y la diversión, para elaborar el argumento de que el

humor es biológica, social y contextualmente conectado e influyente en la experiencia de compromiso ocupacional.

Desde un programa de TCA, se introdujo la traslación del humor y la diversión en la actividad diaria. A través de sesiones de grupo con adolescentes y adultos, se exploró cómo estimulaban su vena humorística, la lluvia de ideas en la incorporación del juego, la diversión, la estupidez y la risa en sus rutinas diarias. Después se les mostró un documental que retrataba cómo los participantes de un taller de salud mental descubrían su perspectiva única de la vida, la enfermedad y ellos mismos usando el humor para reconducir su experiencia de vida. Y ellos también lo hicieron, en el escenario con un micrófono en la mano, y ante un público muy receptivo.

Este enfoque de la reformulación de la propia narrativa experimental demuestra un principio central de la terapia cognitiva conductual, así como del proceso de la narración y la construcción de la historia personal que se produce en presencia de la enfermedad.

Al incorporar el humor en la terapia, no se minimizan los retos o la gravedad de la enfermedad o las circunstancias de vida de la persona, se busca ofrecer una herramienta terapéutica alternativa, para hacer frente y comprometerse con las luchas de la vida cotidiana (48).