

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



**“ANÁLISIS DEL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL
TRATAMIENTO DE LA BULIMIA”**

AUTOR: LÓPEZ ZAMORANO, BLANCA

Nº expediente: 397

TUTOR: VILLANUEVA ROIG, JOSE HELIODORO

Departamento: Bioquímica y biología molecular. Área de bioquímica y biología molecular.

Curso académico 2016 - 2017

Convocatoria de Mayo del 2017

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	9
3. METODOLOGIA	10
3.1-Tipo de estudio.....	10
3.2-Estrategia de búsqueda.....	10
3.3-Criterios de inclusión	10
3.4-Criterios de exclusión.....	10
3.5-Estrategia de búsqueda.....	10
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSIÓN.....	14
5.1-Interpretación de los hallazgos encontrados	14
5.3-Posibles líneas de investigación	14
6. CONCLUSIÓN	17
7. ANEXOS.....	18
ANEXO 1. Proceso de selección de la muestra final.	18
ANEXO 2. Tabla de resultados.	19
ANEXO 3. Listado de acrónimos.....	24
8. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA	25

RESUMEN

La bulimia como los demás trastornos de la conducta alimentaria afecta al desempeño de los usuarios y requieren una intervención multidisciplinar. La misión principal de esta revisión bibliográfica es conocer el papel de la terapia ocupacional en la bulimia. Para ello se buscara conocer cuál es el estado actual de la terapia ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria y también conocer que marcos de referencia y evaluaciones se utilizan para trabajar con este colectivo y que actividades se realizan. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Psycinfo. Además se revisaron las revistas *The British Journal of Occupational Therapy* y *The American Journal of Occupational Therapy*. También se buscó en Google Académico. Esta búsqueda se realizó utilizando las palabras clave “terapia ocupacional” y “bulimia”. Los resultados muestran que hay solo cuatro terapeutas ocupacionales trabajando en las unidades de la conducta alimentaria españolas (2012). Los modelos que se utilizan son el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Cognitivo-Conductual. Las evaluaciones estandarizadas que se utilizan son la Evaluación de Habilidades de Preparación de Comidas (EMPSA), el Cuestionario de imagen corporal (BSQ), el Inventario para trastornos de la alimentación (EDI2) y el cuestionario de la ansiedad a la imagen corporal (BIAS), además de instrumentos de evaluación del MOHO (MOHOST, OCAIRS, OSA, OPHI II, listado de roles y listado de intereses) y del Modelo Canadiense (COMP). Las actividades que se realizan son comprar comida, preparar comidas y salir a comer a bares. Para concluir, podríamos decir que los terapeutas ocupacionales necesitan tener una mayor visibilidad en este ámbito, dado que, las personas con bulimia sufren un declive ocupacional y son los terapeutas los profesionales más adecuados para trabajar sobre los déficits que provoca tal declive.

ABSTRACT

Bulimia, like all the other eating disorders, affects the performance of the users and requires a multidiscipline intervention. The principal mission of this bibliographic review is to know the role of occupational therapy in bulimia. In order to do this, we will research the current state of occupational therapy in eating disorders and also know what frames of reference and evaluations are used to work with this group, and what activities are carried out. A search was made in the databases Pubmed, Scopus y Psycinfo. Also the magazines: The British Journal of Occupational Therapy and The American Journal of Occupational Therapy were reviewed. The results show that there are only four occupational therapists working in the spanish eating disorder units (2012). The models that are used are de Model of the Human Occupation and the Cognitive-Behavioural Model. The standardized assessments that are used are the Eating and Meal Preparation Skills Assessment (EMPSA) , the Body Shape Questionnaire (BSQ), the Inventory for Eating Disorders (EDI2) and the Body Image Anxiety-Scale (BIAS), As well as instruments for evaluating the MOHO (MOHOST, OCAIRS, OSA, OPHI II, list of roles and list of interests) and the Canadian Model (COMP). The activities that are carried out are buying food, preparing meals and going out to eat in bars. To conclude, we could say occupational therapists need to reach a greater visibility in this field, given that people with bulimia suffer an occupational decline and the therapists are the suitable professional to work on deficiencies that cause such decline.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un importante problema sanitario con graves secuelas físicas, sociales y psicológicas. El aumento de la incidencia y las características de la población a la que afecta hace de estas patologías un importante problema socio-sanitario¹.

Generalmente estos trastornos aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, aunque también pueden aparecer en la infancia o la vejez. Actualmente según la Organización Mundial de la Salud los trastornos de la conducta alimentaria representa un problema de salud importante, debido a que hay un elevado número de personas afectadas y que va en aumento, así como por las muertes que ocasiona. Este tipo de enfermedades necesitan un tratamiento bastante largo y pueden llegar a convertirse en enfermedades crónicas e incluso llevar a las personas afectadas hasta la muerte².

Los principales TCA son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón².

En este trabajo nos centraremos en la BN. Los criterios para su diagnóstico según el DSM-IV son la presencia de atracones caracterizados por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento. También las conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo. Además, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de tres meses; y la autoevaluación está exagerada influida por el peso y la silueta corporal³.

Hay BN de dos tipos. En el tipo purgativo durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso y en el tipo no

purgativo durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso³.

En referencia al origen de la BN y de los demás TCA, aparecen debido a una interacción multifactorial entre el factor genético, los entornos poco favorables del usuario y los comentarios de los medios de comunicación⁴. Los medios de comunicación juegan un papel importante, basado en la relación de la delgadez con la moda, la belleza y el éxito social⁵.

En lo referido a la prevalencia, el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA (2009) ha realizado una interesante revisión sobre los estudios de prevalencia en España, en la población de mayor riesgo (mujeres en la franja de edad de los doce a los veintiún años), se obtiene una prevalencia del 0,41% al 2,9% para la BN. En el caso de varones la prevalencia para esta franja de edad sería del 0% al 0,36%⁶.

Otro estudio interesante, por su realización en una amplia muestra de población adulta, es el realizado por Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) en el estudio National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Partiendo de una muestra de seis mil mujeres y hombres mayores de dieciocho años, obtuvieron los siguientes datos: cumplían los criterios diagnósticos (DSM-IV)³ para la BN el 1,5% de las mujeres y el 0,5% de los hombres⁶.

Las cifras sobre la evolución de la BN como de los demás TCA indican que el 50% presentan una evaluación favorable. Por el contrario, un 30% tiende a la cronicidad y el 20% tiene una evolución desfavorable alcanzando cifras de mortalidad entre el 2-10%⁶.

La Terapia Ocupacional (TOC) es necesaria en este colectivo porque tienen una disfunción no sólo en sus actitudes y hábitos relacionados con la comida y el control de peso, sino también en su búsqueda, elección, ajuste y compromiso con la ocupación significativa⁷, lo cual impacta de manera negativa en la construcción y desarrollo de su identidad ocupacional y, por tanto, en su calidad de vida.

Presentan un importante desequilibrio ocupacional en el desarrollo de sus actividades cotidianas, y sus roles ocupacionales están alterados y/o deteriorados. Las personas con BN parecen haber perdido o invertido el significado de la ocupación. Las actividades relacionadas con la

alimentación se vuelven progresivamente más importantes, y otras actividades van quedando desprovistas de significado. Estas personas van encontrándose cada vez más cómodas con estos hábitos y rutinas. Desafortunadamente, a medida que sus hábitos se vuelven rígidos, se van encerrando en un estilo de ocupación desadaptativo⁸.

En definitiva, presentan una disfunción ocupacional. La evaluación del comportamiento ocupacional (resultado de la interacción de la persona y su entorno a través de la ocupación) y el uso de la ocupación para facilitar el cambio en el paciente es una de las características principales de la TOC.



2. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión es estudiar el papel de la TO en la BN y como objetivos específicos se busca:

- Conocer cuál es el estado actual de la TOC en los TCA.
- Conocer que marcos de referencia de la práctica de TOC se utilizan.
- Conocer que evaluaciones se utilizan.
- Analizar qué actividades se realizan.
- Analizar de forma crítica los artículos encontrados y alcanzar unas conclusiones que puedan servir de apoyo a futuras investigaciones.



3. METODOLOGIA

3.1-Tipo de estudio

En este estudio se realizó una revisión bibliográfica, con el fin de poder analizar diferentes investigaciones publicadas sobre el tema propuesto para poder obtener unas conclusiones.

3.2-Estrategia de búsqueda

Se consultó las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus y Psynfo. Además se han consultado las revistas científicas The British Journal of Occupational Therapy y The American Journal of Occupational Therapy. También se ha consultado Google Académico.

Los descriptores en ciencias de la salud (DECS) que utilicé fueron: “bulimia” y “occupational therapy”.

3.3-Criterios de inclusión

Documentos publicados en cualquier periodo de tiempo.

Incluir población con BN.

Documentos que expongan la intervención desde TOC.

Documentos que estén en castellano o en inglés.

Resultados filtrados por Título/resumen.

Documentos en los que se pueda acceder al contenido completo o documentos cuya información del resumen sea de interés.

3.4-Criterios de exclusión

Documentos en los que no se pueda acceder al contenido completo y el resumen no contenga datos de interés.

3.5-Estrategia de búsqueda

La búsqueda fue realizada el 2 de febrero de 2017. La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed, Scopus, Psynfo y en las revistas científicas The British Journal of Occupational Therapy y The American Journal of Occupational Therapy utilizando los términos “occupational therapy” y “bulimia” y la conjunción “and”. Esto se realizó utilizando el filtro del idioma para que solo se obtuvieran resultados en castellano o en inglés. En google académico realicé la búsqueda en

inglés utilizando los términos “occupational therapy” y “bulimia” y en castellano “terapia ocupacional” y “bulimia”.



4. RESULTADOS

Los resultados en cuanto al número de artículos encontrados fue Pubmed (3), Psycinfo (25), Scopus (10), The British Journal of Occupational Therapy (340), The American Journal of Occupational Therapy (2) y para google académico en castellano (234) y en inglés (704). En total se obtuvieron 1316 artículos y se suprimieron los artículos duplicados obteniendo una muestra de 1227 resultados. A continuación, se filtraron por título y resumen y se obtuvieron 100 resultados. El último paso fue eliminar los resultados a los cuáles no se podía acceder al contenido completo o los que el resumen no contenía datos de interés, obteniendo un total de 7 resultados. Este proceso de elección de la muestra final puede verse en el ANEXO 1.

A continuación se muestran los resultados más interesantes y que también se pueden observar en la tabla de resultados. ANEXO 2.

De los diez estudios, no hay ninguno que muestre la situación actual de la TOC en España en el ámbito de la conducta alimentaria y solo en el artículo de Vaquero Sánchez, M. y Solano Pinto, N.⁶ publicado en 2012 se muestra la situación de ese mismo año. En este estudio se observa que de los doscientos cincuenta y ocho hospitales públicos que habían en España solo en veintiuno había Unidad de la Conducta Alimentaria, y de los cuáles solo en cuatro trabajaba un TO.

En cuanto a que modelos conceptuales utilizan los TOs en TCA lo podemos observar en cuatro resultados. Dos resultados coinciden en que utilizan el Modelo Cognitivo-Conductual frente los otros dos que utilizan el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO). En el estudio de Morales, L. y Riquelme, M.⁹ se utiliza el Modelo Cognitivo-Conductual para realizar la intervención. En el estudio de Kloczko, E. y Ikiugu, N.¹⁰ se observa que los tres TOs entrevistados trabajan utilizando el Modelo Cognitivo-Conductual. En el artículo de Vaquero Sánchez, M. y Solano Pinto, N.⁶ explica que los cuatro TOs entrevistados que trabajaban en 2012 en Unidades de la Conducta Alimentaria coinciden en el modo de trabajar con los usuarios utilizando el MOHO y en el artículo de estos cuatro TOs Berrueta Maeztu, L.M., Bellido Mainar, J.R., Sanz Valer, P. y Rubio Ortega, C.¹¹ también se expone el MOHO como modelo de intervención, además de muchos otros como el

Modelo de Comportamiento Ocupacional de M. Reilly, el Modelo Canadiense, el Modelo Australiano y el Modelo Kawa.

En lo referido a las evaluaciones que se utilizan podemos encontrar información en tres artículos. En el estudio de Lock, L., Williams, H., Bamford, B. y Lacey, J. H.¹² utilizan la Evaluación de Habilidades de Preparación de Comidas (EMPSA) para evaluar la capacidad y motivación para realizar tareas relacionadas con preparar la comida y comer. En el estudio de Morales, L. y Riquelme, M.⁹ utilizan varios instrumentos como el cuestionario de imagen corporal BSQ, el Inventario para trastornos de la alimentación EDI2 y el cuestionario BIAS (Body Image Anxiety-Scale) para evaluar la ansiedad asociada a la imagen corporal. En el artículo de revista de Berrueta Maeztu, L.M., Bellido Mainar, J.R., Sanz Valer, P. y Rubio Ortega, C.¹¹ refiere que la TO en este colectivo utiliza los instrumentos de evaluación del MOHO (MOHOST, OCAIRS, OSA, OPHI II, listado de roles y listado de intereses) y del Modelo Canadiense (COMP).

En cuanto a las actividades que se realizan hemos encontrado información en cinco resultados de los cuales cuatro realizan actividades como comprar comida, preparar comidas y salir a comer a bares. Estos artículos son el de Machina, M.¹³; el de Biddiscombe, R.J.; Scanlan, J. y Ross, J.¹⁴; el de Lock, L.; Williams, H; Bamford, B. y Lacey, J.H.¹² y el de Kloczko, E. y Ikiugu, N.¹⁰ El que no utiliza estas actividades es el de Morales, L.; y Riquelme, M.⁹ que utiliza actividades terapéuticas en piscina.

5. DISCUSIÓN

5.1-Interpretación de los hallazgos encontrados

A pesar de que los TCA son uno de los problemas de salud más importantes en España, sobre todo entre los jóvenes, los hallazgos muestran que dentro de los hospitales públicos el número de unidades de atención especializadas para este ámbito no solo serían a fecha de hoy muy reducidas, sino que además en ellas trabajaría un número muy reducido de TOs. Justificar la inclusión de estos profesionales en dichas unidades parecería complicado debido a la escasez de estudios que confirmaran su importancia para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria.

En cuanto a los otros resultados encontrados sorprendentemente muchas de las evaluaciones que se utilizan en los estudios encontrados resultarían meramente cualitativas. La escasez de datos cuantitativos unida a la falta de estudios estadísticamente significativos, podrían explicar la falta de conclusiones unívocas sobre la efectividad de algunas de las actividades analizadas en este trabajo.

5.2-Limitaciones y sesgos

Una de las limitaciones surgidas al realizar esta revisión bibliográfica fue el número reducido de artículos que respondían a los criterios de búsqueda definidos. Muchos de estos artículos solo incluían casos de personas con anorexia y solo unos pocos incluyen también personas con BN. Los resultados podrían estar sesgados ya que, además de su número reducido (siete obtenidos), solo cuatro contenían estudios experimentales, y únicamente dos de ellos utilizaron evaluaciones estandarizadas y medibles.

5.3-Posibles líneas de investigación

Resulta evidente tras realizar esta búsqueda que no se han publicado estudios suficientemente exhaustivos y estadísticamente significativos sobre los trastornos de la conducta alimentaria o sobre la implicación de la TOC, en su tratamiento. Por ello, sería razonable proponer una posible línea de investigación desde TOC, en la que, se pudiera no solo profundizar en el conocimiento detallado del tema de los TCA sino también en la posible intervención práctica del TO en este ámbito.

Después de conocer la producción científica existente sobre este tema y analizar los resultados encontrados, podrían proponerse dos tipos de estudios muy diferentes para impulsar el papel de la TOC en este ámbito.

El primer tipo de estudio implicaría una actualización del listado de unidades de la conducta alimentaria existentes en los hospitales públicos españoles y una enumeración de los profesionales de TOC implicados en ellas. Un tipo de estudio similar, fue ya realizado 5 años atrás por Vaquero Sánchez M. y Solano Pinto N. (2012). El nuevo estudio propuesto, se ampliaría haciendo encuestas comparativas entre las funciones realizadas por los TOs, en las unidades donde intervinieran y las mismas funciones suplidas o no por el personal de las unidades donde no existiera tal profesional implicado. En estas últimas unidades, el hecho de no poder suplir alguna de las funciones podría justificar la necesidad de integrar la figura del TO en ellas. El estudio se completaría recopilando en cada unidad los tiempos de estancia media y las recaídas de los pacientes a fin de comparar las unidades que contaran con servicio de TOC con las que no lo tuvieran. Esto último podría demostrar la importancia de la TOC en este ámbito.

El segundo tipo de estudio a proponer sería realizar una intervención dirigida únicamente a personas que padecieran BN. Solo se centraría en este trastorno para diferenciarlo de otros estudios ya publicados sobre TCA en general. Centrarse solo en BN como trastorno con características propias sería novedoso como ha demostrado la escasez de este tipo de estudios hasta la fecha. Para la realización de este estudio, inicialmente no se harían restricciones de edad o género, si bien se acotaría cada caso según dichos criterios con fines comparativos. La intervención duraría diez meses con una sesión semanal. Esta larga duración se basaría en el hecho de que el seguimiento de esta patología implicaría analizar características cognitivas y conductuales que no pueden ser cambiadas en un tiempo breve.

Siguiendo los resultados encontrados en la revisión bibliográfica en esta intervención utilizaría el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Cognitivo-Conductual. Se realizarían actividades propias de la disciplina de Terapia Ocupacional. Estas actividades serían las actividades básicas e instrumentales que más dañadas estarían en esta patología como comprar comida, preparar comidas y comer en grupo. Todas ellas se seguirían tanto dentro del centro u hospital donde se

realizaría la intervención como fuera de él. También se haría un seguimiento de las actividades de ocio como ir de compras o ir a la piscina o a la playa ya que al estar relacionadas con la imagen corporal podrían estar afectadas. La última sesión de cada mes, se programarían otras actividades de ocio elegidas por los participantes para motivarlos y conseguir una mayor adhesión al tratamiento.

Esta intervención se haría de forma grupal pero los grupos serían cerrados por diversos motivos: crear una relación de confianza con el resto de miembros del grupo y que todos los miembros pasen por las mismas fases al mismo tiempo. Esto evitaría lo descrito en ciertas publicaciones sobre intervenciones en grupos abiertos en las que algunos pacientes nuevos juzgan a otros participantes que están cumpliendo la intervención de modo que les hacen pensar que han engordado.

A diferencia de los resultados encontrados, en la intervención propuesta se emplearían evaluaciones de dos tipos: evaluaciones estandarizadas que proporcionaran resultados medibles y preguntas abiertas para ver las sensaciones de los participantes durante las actividades realizadas. Las evaluaciones estandarizadas propuestas serían la adaptación de la escala de autoestima de Rosenberg y un cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria⁹, la adaptación de la escala Eating Attitudes Test (EAT-40)¹⁵ para identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios y la adaptación Body Shape Questionnaire (BSQ)¹⁶ que sirve para evaluar la insatisfacción corporal.

Para reducir el número de sesgos posibles se evaluaría a todos los participantes antes y después del estudio pero sólo se realizaría la intervención a la mitad de los participantes para analizar cuáles son las diferencias entre los participantes que han recibido la intervención de TOC con los que no la han recibido.

6. CONCLUSIÓN

La TOC resulta relevante en el tratamiento de la BN como de los demás TCA, por su énfasis en la ocupación propositiva y con significado.

El TO tiene un rol único y crucial en la evaluación, la rehabilitación y el cuidado de las personas con trastornos alimenticios ya que esta disciplina realiza una intervención única por su conocimiento interrelacionado del funcionamiento físico, interpersonal y psicológico.

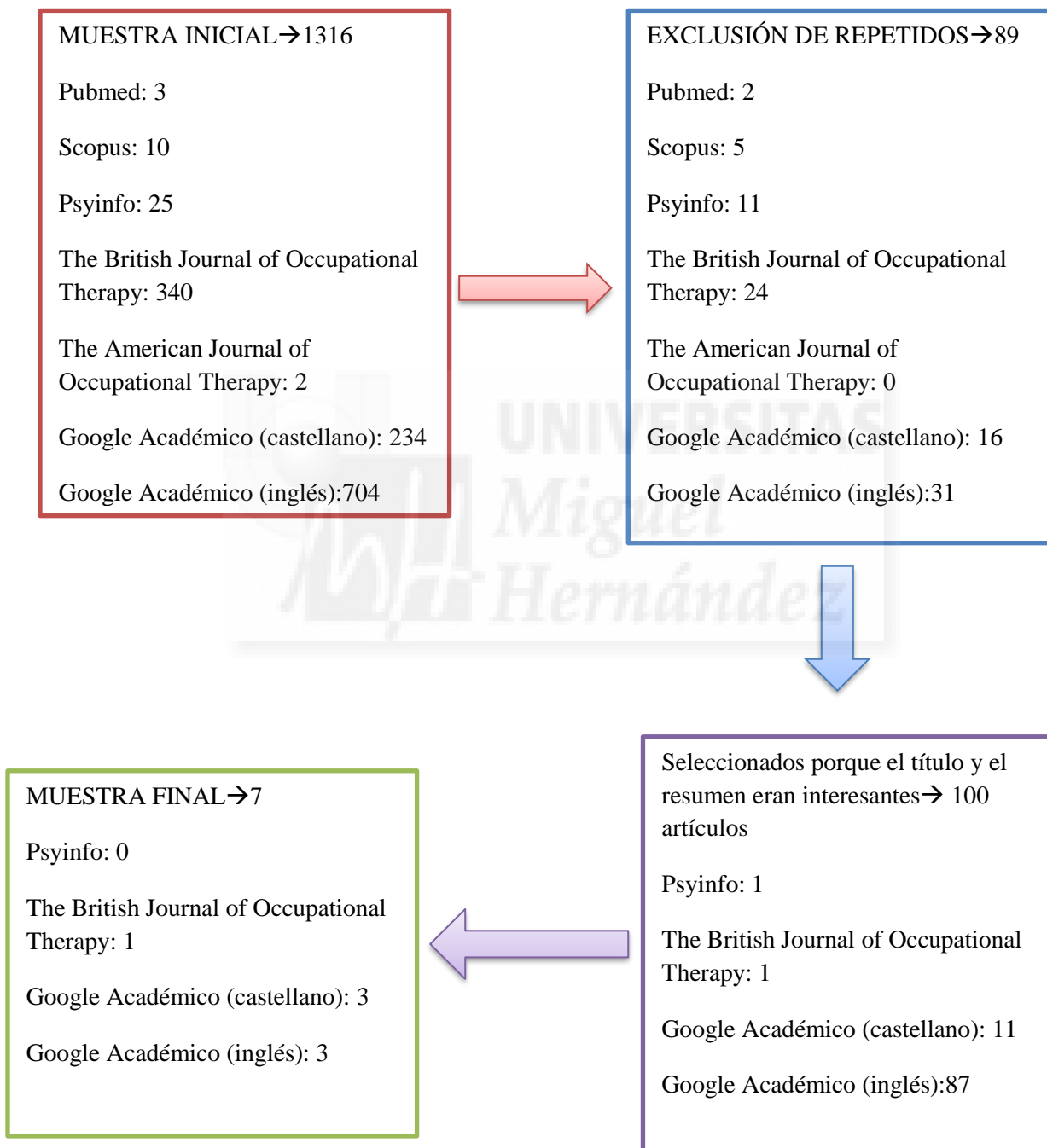
Este colectivo sufre un gran declive ocupacional y son los TOC quienes deben trabajar los déficits que provoca tal declive, ya que mediante el uso de las actividades significativas y de la ocupación con una finalidad, ayudan a estas personas a que sigan luchando por sus metas realistas y saludables.

La ocupación es un espejo y puede ser una buena oportunidad para descubrir aspectos importantes de uno mismo, descubrir nuevos caminos, facilitar un proceso de cambio, y ayudar a la persona a seguir creciendo hacia metas y sueños vitales realistas y saludables.

La intervención de TOC puede contribuir de manera valiosa a que la persona con trastorno de la alimentación descubra potencialidades y habilidades y adquiera destrezas para poder reconducir su proyecto de vida.

7. ANEXOS

ANEXO 1. Proceso de selección de la muestra final.



ANEXO 2. Tabla de resultados.

Autor	Año	Título	Tipo de estudio	Muestra	Métodos	Resultados
Machina, M.	2015	Exploring the integration of behavioural experiments into eating disorders treatment.	Revisión bibliográfica y estudio cualitativo.	52 mujeres entre 18 y 65 años.	Analizan las creencias desadaptativas y si se refutan o validan después de los experimentos conductuales. Esto se analiza mediante ciclos de retroalimentación.	Estos incluyen creencias acerca de: 1) alimentos prohibidos, 2) peso, 3) tamaño de las porciones, 4) creencias negativas, 5) toma de decisiones, 6) emociones negativas, 7) compras y comer en público, 8) comportamientos compensatorios, 9) Necesidad de control, y 10) habilidades de cocina. Casi el 70% de los ciclos de retroalimentación se rompieron, ya que la mayoría de los participantes no reflejaban sus creencias desadaptativas.
Biddiscombe, R.J.; Scanlan, J. N. y Ross, J.	2015	Practical Food Groups: Exploring their contribution towards facilitating cognitive and behavioural changes that support long-term outcomes for individuals	Revisión bibliográfica y estudio cualitativo.	99 participantes.	Cuestionarios al alta y tres puntos de seguimiento (6, 12 y 24 meses). Los cuestionarios exploraron las experiencias de los participantes de grupos de alimentos prácticos usando escalas de	Al momento del alta, los participantes valoraron la importancia y utilidad de los grupos de alimentos prácticos (4,73 y 4,43 en una escala de 5 puntos, respectivamente) y su disfrute (3,50 en una escala de 5 puntos). Surgió un tema central: "el éxito a través de la participación". Se identificaron seis subtemas: componentes útiles de los grupos de alimentos prácticos, beneficio percibido de la exposición,

		with eating disorders.			calificación y preguntas abiertas.	impacto de la aplicación de habilidades cognitivas y conductuales, desafíos que afectan la participación, facilitar la adaptación, y la influencia de los trastornos alimenticios en los alimentos temerosos desafiantes.
Lock, L., Williams, H., Bamford, B. y Lacey, J. H.	2011	The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.	Estudio de cohorte naturalista.	27 participantes.	Evalúa con la Evaluación de Habilidades de Preparación de Comidas (EMPSA), permitiendo que los clientes que buscan recuperación califiquen capacidad y motivación para realizar tareas relacionadas con preparar y comer comidas "normales".	Completaron EMPSA en su primera, 10ª y última sesión y 1 año después. La subescala Capacidad de EMPSA indicó mejoras significativas ($p < 0,001$) en la décima sesión, que se mantuvo un año más tarde. La subescala Motivación de EMPSA no indicó cambios significativos en la décima sesión, pero mejoras muy significativas ($p < 0,001$) entre la décima y última sesión, que se mantuvo un año más tarde. La consistencia interna para EMPSA fue demostrada por el alfa de Cronbach de 0.71 para la subescala de la capacidad y 0.95 para la subescala de la motivación. Concluimos que el grupo de preparación de comida es efectivo y duradero.
Vaquero Sánchez, M., Solano Pinto, N.	2012	Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta	Artículo de revista.	241 trabajadores del sistema nacional de	Con el objetivo de determinar el número de UTCA's existentes a	En dicho año, había 258 hospitales públicos en España pero solo 21 (8%) tienen UTCA, de los cuáles solo en 4 hay un TO, lo que equivale al

		alimentaria: situación actual en España.		salud, 21 trabajadores de las unidades de salud mental y 4 terapeutas ocupacionales que trabajan en unidades de la conducta alimentaria.	nivel nacional y averiguar el número de TO's que trabajan en dichas unidades. A través de preguntas específicas y encuestas realizadas por vía telefónica y vía mail se han obtenido los siguientes resultados en el año 2010. Además se investiga que modelos y programas realizan estos TO y si el equipo multidisciplinar ve que es una figura importante.	19%. Los TO's coinciden en el modo de trabajar con los usuarios utilizando el MOHO (Modelo de la Ocupación Humana).
Morales, L.; Riquelme, M.	2006	La imagen corporal desde la T.O: Una actividad terapéutica en piscina.		7 pacientes.	Se realiza tratamiento siguiendo la metodología cognitivo conductual. Se evalúa con el cuestionario de imagen corporal	Solo hay resultados de la actividad de piscina: el grado de relajación al inicio de la actividad era de media en el grupo de 2 puntos y al final de 7'5/10. El nivel de satisfacción con la actividad era de 8'2/10. La ansiedad ante determinadas zonas corporales que

					<p>BSQ y el cuestionario EDI2 pre y post al tratamiento. Además para la actividad terapéutica en piscina se utiliza el cuestionario BIAS (Body Image Anxiety-Scale) para evaluar la ansiedad asociada a la imagen corporal.</p>	<p>estimaban con elevado malestar al comienzo, fueron percibidas con un nivel más bajo de ansiedad, dadas las puntuaciones que reflejaron el cuestionario BIAS: T Wilconxon ($p < 0.005$). No contribuyó a la mejora de aspectos cognitivos de forma importante, sí provocó que determinadas zonas corporales que estimaban con elevado malestar al comienzo, fueran percibidas con un nivel más bajo de ansiedad.</p>
<p>Kloczko, E., Ikiugu, N.</p>	<p>2014</p>	<p>The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health Therapists.</p>		<p>3 terapeutas ocupacionales.</p>	<p>El investigador entrevistó a los participantes sobre los servicios que ofrecían y sus funciones en los hospitales mediante 5 preguntas abiertas.</p>	<p>Las respuestas que coincidieron fueron: utilizan el modelo cognitivo-conductual, que las intervenciones de TO van dirigidas a desarrollar habilidades de afrontamiento, centradas en el cliente y manejo de síntomas. También utilizan intervenciones basadas en la ocupación en las que ven que los adolescentes se abrían y actividades de ocio. Además que las intervenciones son holísticas, ven el contexto del paciente. Trabajan en grupos. Un TO dice que se dedica a desarrollar habilidades de afrontamiento y otro a desarrollar habilidades como</p>

						cocinar, comprar y compartir comidas. Este dice que los grupos abiertos no son buenos porque cuando unos estaban mejorando otros decían que pasando de la intervención no engordarían.
Berrueta Maeztu, L.M., Bellido Mainar, J.R., Sanz Valer, P., Rubio Ortega, C.	2009	Terapia Ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria.	Artículo de revista. Revisión bibliográfica.		Revisan la bibliografía y el protocolo de intervención del Hospital de día Psiquiátrico de Navarra para conocer diferentes aspectos de la intervención de TO en TCA como: modelos que utilizan, evaluación, intervención, objetivos y técnicas y características que deben tener los TO.	Modelos: modelo del Comportamiento Ocupacional de M.Reilly, MOHO y modelo Canadiense. La evaluación tiene que dar información sobre 7 áreas: estado general del paciente, estado físico, la imagen de sí mismo, estimación de la talla corporal, manejo del tiempo, intereses y actividades, equilibrio entre control interno y externo. Esto se realiza mediante entrevista e instrumentos de evaluación del MOHO (MOHOST, OCAIRS, OSA,OPHI II, listado de roles y listado de intereses) y del Modelo Canadiense (COMP). La intervención se realiza en dos niveles: 1-Utilizar el potencial terapéutico de la actividad para trabajar sus déficits cognitivos, emocionales y sociales y 2- Usar el potencial terapéutico de la ocupación como medio para reestructurar su disfunción ocupacional.

ANEXO 3. Listado de acrónimos.

Terapia ocupacional → TOC

Terapeuta ocupacional → TO

Trastornos de conducta alimentaria → TCA

Bulimia nerviosa → BN



8. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

- ¹ Turón Gil, V.J., Turón Viñas, L. Asociación Española para el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. http://www.aeetca.com/descargas/Manual_TCA.pdf (último acceso 26 Abril 2017).
- ² Vargas Baldares, M.J. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2013; LXX (607): 475-482.
- ³ American Psychiatric Association (1994): DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. ISBN 84-458-0408
- ⁴ Lorán Meler, M^a.E., Sánchez Planell L. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. El médico en casa. Barcelona. Emili Atmetlla editor. Editorial Amat. 2013.
- ⁵ Toro, J. El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel; 1996.
- ⁶ Vaquero Sánchez, M., Solano Pinto, N. Terapia Ocupacional y Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Situación actual en España. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012 [16/02/2017]; 9(15): [21 p.]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
- ⁷ Martin, J.E. Eating disorders, food and occupational therapy. London: Whurr Publishers; 2000.
- ⁸ Barris R. Occupational Dysfunction and eating disorders: theory and approach to treatment. In: Gibson D. The evaluation and treatment of eating disorders. New York: Haworth Press; 1986.
- ⁹ Morales, L., Riquelme, M. La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en la piscina. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2006. [10/ 04/2017]; 3 (1): [23 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455546>
- ¹⁰ 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.

¹¹ Berrueta Maeztu LM, Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Terapia Ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria. TOG [Revista en Internet]. 2009 [acceso 11/04/2017]; 6(5): [p216-231]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5.tca.pdf>

¹² Lock, L., Williams, H., Bamford, B., Lacey, J.H. The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: A pilot study Eur. Eat. Disorders. Rev. 2012. 20 (3), pp. 218-224.

¹³ Machina, M. Exploring the integration of behavioural experiments into eating disorders treatment. [tesis doctoral en Internet]. Sydney: The University of Sydney; 2016. [10-04-2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2123/14462>

¹⁴ Biddiscombe, R.J.; Scanlan, J. N. y Ross, J. Practical Food Groups: Exploring their contribution towards facilitating cognitive and behavioural changes that support long-term outcomes for individuals with eating disorders. [tesis doctoral en Internet]. Sydney: The University of Sydney; 2016. [10-04-2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2123/14324>

¹⁵ Psicoactiva. Test de Rosenberg. <http://www.psicactiva.com/tests/test-rosenberg.htm> (último acceso 12 de Abril de 2017)

¹⁶ Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. http://www.pendientedeinmigración.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm. (último acceso 12 de Abril de 2017)

