

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



PROGRAMA DE EQUILIBRIO OCUPACIONAL DESTINADO A PERSONAS CON BULIMIA NERVIOSA EN HOSPITALIZACIÓN PARCIAL: ROLES Y RUTINAS

AUTOR: GONZÁLEZ GONZÁLEZ, NATALIA.

Nº expediente: 1413

TUTOR: FORTES JIMENEZ, LIDIA

Departamento y Área: departamento de Patología y Cirugía y área de Radiología y Medicina Física.

Curso académico 2016 - 2017

Convocatoria de Mayo 2017



UNIVERSITAS

Miguel

Hernández

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	7
4. MÉTODO.....	8
Marco teórico	8
Destinatarios.....	9
Instrumentos de evaluación	9
Metodología	10
Cronograma.....	11
Sesiones.....	12
5. DISCUSIÓN.....	17
6. ANEXOS.....	19
Anexo I. Escala de Estadios de Cambio (SOCS).....	19
Anexo II. Cuestionario Ocupacional (OO).....	22
Anexo III. Listado de roles.....	25
Anexo IV. Listado de intereses	30
Anexo V. Escala de Clima Social en Familia (FES).....	35
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. RESUMEN

El aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, más concretamente la bulimia nerviosa, ha llevado a considerar dichos trastornos un problema de salud que debe ser abordado de forma multidisciplinar. La bulimia nerviosa se caracteriza por un desequilibrio ocupacional y una disfunción en sus rutinas y roles, destacando la necesidad de una intervención ocupacional desde el área de terapia ocupacional en los diferentes dispositivos asistenciales en función de la gravedad del trastorno.

El objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de intervención desde terapia ocupacional con el fin de restaurar el equilibrio ocupacional, roles y rutinas de las personas con bulimia nerviosa entre quince y veinticinco años que se encuentren hospitalizados parcialmente en un servicio de sanidad pública español.

La propuesta se basará en el Modelo de motivación al cambio (teoría motivacional) y el Modelo de Ocupación Humana. Tendrá una duración de catorce semanas. Las sesiones de evaluación del programa serán individuales, con el fin de conocer las diferentes alteraciones de la persona y la efectividad del proyecto, por otro lado, las sesiones de intervención serán grupales con talleres destinados a lograr diferentes objetivos.

El programa ocupacional podrá aportar beneficios al participante en su bienestar físico, mental y emocional, así como en su calidad de vida, ayudando a la recuperación integral de la enfermedad.

Palabras claves: bulimia nerviosa, terapia ocupacional, desequilibrio ocupacional, roles y rutinas.

ABSTRACT

The increase of the incidence and prevalence of eating disorders, more concretely bulimia nervosa, has led to consider such disorders a health problem that it must be approached in a multidisciplinary way. Bulimia nervosa is characterized by an occupational imbalance and a dysfunction in their routines and roles, emphasizing the need of an occupational intervention from the area of occupational therapy in the different care devices depending on the severity of the disorder.

The main goal of this work is designing, from occupational therapy, a proposal of intervention with the aim to restore the occupational balance, roles and routines of those people who accomplish the next two conditions: they are between fifteen and twenty-five years old and they are partially hospitalized at the public Spanish health system.

The intervention will be based on the next two models: Model of motivation to change (motivational theory) and the Model of Human Occupation. The intervention will last fourteen weeks. The intervention sessions will be group with workshops, in order to achieve different objectives. But, the evaluation sessions will be individual, in order to know, for each service users, his different alterations and the project effectiveness.

The occupational program will improve service users quality of life by means of improving his physical, mental and emotional well-being, which at the same time, will help to the integral recovery of the disease.

Key Words: bulimia nervosa, occupational therapy, occupational imbalance, roles and routines.

2. INTRODUCCIÓN

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5^{TM 1} recoge la definición de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y considera el comportamiento alimentario y las consecuencias más significativas. *“Los TCA y de la ingestión de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo en la salud física o del funcionamiento psicosocial”*. Destacan como TCA: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y otras alteraciones menos específicas denominadas trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Actualmente, los TCA (donde se incluye la BN) representan el principal problema de salud mental en la población joven, clasificándose como enfermedades psiquiátricas graves. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones en el comportamiento, una excesiva preocupación por el peso y/o la forma del cuerpo y una percepción distorsionada del propio cuerpo. La BN tiene una gran repercusión en el ámbito sociosanitario, ya que requiere un tratamiento largo, puede convertirse en una enfermedad crónica y llevar a la muerte. Además, la repercusión se acentúa por la gravedad, complejidad, interés social y el aumento de casos en la población, especialmente en mujeres adolescentes y jóvenes²⁻⁵.

A continuación, la información se centrará en la BN por ir orientándola a la propuesta del programa de intervención. El DSM-5^{TM 1} establece cinco criterios para el diagnóstico de la BN:

- A. *Episodios recurrentes de atracones.*
- B. *Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.*
- C. *Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.*
- D. *La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.*
- E. *La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.*

La incidencia real de la BN es desconocida y se cree que está infradiagnosticada. Los estimadores sobre la incidencia y prevalencia varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación. La incidencia máxima se da entre los 15-25 años, oscilando la prevalencia mundial (similar a España) de este trastorno entre el 1 y el 3% que, junto con las múltiples complicaciones originadas, ha llevado a considerarlo un problema de salud. También, es más frecuente en estratos socioeconómicos medios-altos y medios, aunque se desconoce si se relaciona únicamente con la solicitud de ayuda^{2, 6-7}.

Durante los últimos años se han producido importantes avances que han permitido conocer diversos aspectos de la BN, como los factores biológicos, psicopatológicos, de riesgo, complicaciones médicas, psicológicas, sociofamiliares, diferentes abordajes psicoterapéuticos y farmacológicos, etc. Sin embargo, existe poco conocimiento del abordaje desde terapia ocupacional (TO)².

Las personas con BN se caracterizan por alteraciones en las habilidades cognitivas, emocionales y sociales que provocan respuestas instrumentales que conllevan complicaciones médicas. Estas personas presentan entre otras alteraciones: percepción distorsionada de su eficacia e imagen corporal, deseo intenso de adelgazar, falta de control sobre la ingesta, rigidez extrema de pensamiento, escasa constancia, poca tolerancia a la frustración, miedo al rechazo, dificultades de manejo emocional, baja autoestima, ansiedad, dificultad para empatizar, escasa asertividad, impulsividad, etc^{4,5,7}. Estas alteraciones originan respuestas como: almacenamiento y atracones de comida, restricción dietética y periodos de ayuno, control de peso, uso de laxantes, reducción de horas de sueño, autolesiones, aumento del tiempo dedicado a actividades útiles y al ejercicio físico, etc^{2,7}.

Por último, las personas con BN se caracterizan por un significado de la ocupación que parece haberse perdido o invertido. Las actividades relacionadas con la alimentación se vuelven progresivamente más importantes, y otras actividades van quedando desprovistas de significado, encerrándose en un estilo de ocupación desadaptativo⁵.

Barris y Martín identificaron que las personas con BN presentan disfunción en la búsqueda, elección, ajuste y compromiso de la ocupación significativa, lo cual impacta de manera negativa en la construcción y desarrollo de su identidad ocupacional. Estas personas tienen dificultad para identificar

valores, necesidades y gustos, y a menudo toma las señales de otras personas, tanto para las acciones como para las emociones. Presentan un importante desequilibrio ocupacional en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria (AVD'S) y sus roles ocupacionales están alterados ^{4,5,8}.

Otros autores como Miren-Portiño y Durán-Carrillo señalan que las personas adultas con un diagnóstico principal de TCA, y por tanto las personas con BN, pueden presentar alteraciones en: *actividades básicas de la vida diaria (ABVD), destacando las alteraciones en el vestido, actividad sexual y dormir/descanso; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), enfatizando las alteraciones en la movilidad en la comunidad, manejo de finanzas, cuidado de la salud, preparación de la comida, limpieza y realización de compras; y otras áreas como educación/trabajo, ocio y participación social*. Sin embargo, la alteración de las diferentes áreas dependerá de la idiosincrasia de la persona, la evolución de la patología y la comorbilidad con otros trastornos⁹.

Las personas con este trastorno presentan un desequilibrio en el ocio, debido a su marcado interés en actividades relacionadas con el trabajo/estudios, comida y ejercicio físico. No obstante, carecen de constancia y presentan problemas para establecer y seguir una rutina saludable debido a la dificultad que tienen para la planificación del tiempo, el sentido del compromiso y la responsabilidad para cumplir los horarios establecidos. En el ámbito educativo, suelen ser estudiantes desorganizados, con problemas para concentrarse y con tendencia a abandonar los estudios. Las relaciones con los familiares y amigos pueden deteriorarse por los comportamientos impulsivos de la persona con BN y a la no participación en actividades que les producen malestar, lo que conlleva a un aislamiento social^{4,8}.

Estos usuarios debido a la complejidad del trastorno necesitan un tratamiento generalmente largo que requiere diferentes dispositivos asistenciales en función de la gravedad. En los casos de menor riesgo se utiliza la terapia ambulatoria, pero cuando la sintomatología es grave y el tratamiento ambulatorio no es suficiente se recurre al tratamiento en atención especializada para TCA en hospitales de día (corresponde al segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria) o ingreso hospitalario, según recomienda la American Psychiatric Association⁹.

Después de todo lo expuesto hasta ahora y teniendo en cuenta que el TO abarca la rehabilitación de las personas con BN, este profesional abordará tanto las destrezas de la vida cotidiana asociadas con

las relaciones alimentarias abusivas como la falta de conciencia de sí mismos y la incapacidad de interactuar con el entorno que promueve esta relación. El área de TO plantea objetivos como la normalización y el equilibrio ocupacional; establecer distintas competencias; facilitar el control vital; fomentar la satisfacción en actividades significativas, etc^{8,9}.

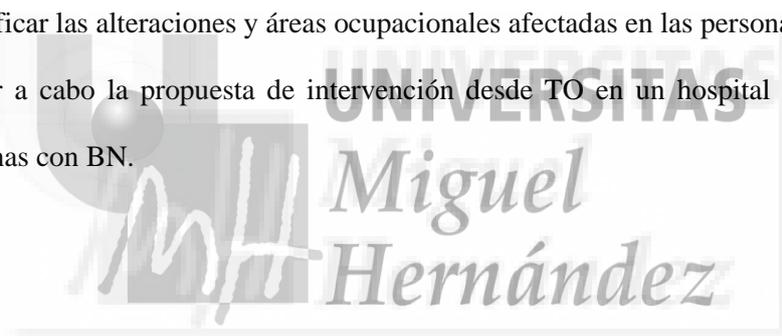
En definitiva, estas personas presentan una disfunción ocupacional, la cual debe ser abordada desde un equipo multidisciplinar que recoja la figura del TO, ya que se proporciona una perspectiva única, mediante la evaluación del comportamiento ocupacional y el uso de actividades significativas^{3,10}.

La elevada prevalencia y el aumento de la incidencia de la BN, así como, la escasa bibliografía referente al papel del TO en la intervención de la BN y la falta de investigaciones que describan la intervención y no solo aborden una perspectiva teórica, muestran la necesidad de recoger y exponer información referente a dichas intervenciones. Por ello, este trabajo pretende aportar nueva información de la intervención del TO en un hospital de día especializado para personas con BN.



3. OBJETIVOS

- 🎯 Diseñar una propuesta de intervención multidisciplinar desde el área de TO en un hospital de día de atención especializada dirigido a personas con BN.
- 📌 Analizar la información existente de la intervención en personas con BN desde el ámbito de TO.
- 📌 Examinar los diferentes niveles asistenciales para las personas con BN donde interviene el TO.
- 📌 Seleccionar la información relevante del programa de intervención adecuado a las características de personas con BN desde TO.
- 📌 Interpretar la información existente en el campo de TO respecto a las intervenciones en personas con BN.
- 📌 Identificar las alteraciones y áreas ocupacionales afectadas en las personas con BN.
- 📌 Llevar a cabo la propuesta de intervención desde TO en un hospital de día destinada a personas con BN.



4. MÉTODO

Marco teórico

La intervención se basará en el Modelo transteórico de motivación al cambio de Prochaska o DiClemente (teoría motivacional) y el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) de Kielhofner.

El primer modelo, describe los estadios motivacionales por los que transita el usuario durante el proceso de cambio y por los cuales puede oscilar la persona. Existen seis estadios de cambio, donde el usuario:

-  *Precontemplación*: no es consciente de la gravedad de su situación, no identifica las áreas ocupacionales disfuncionales y no está interesado en realizar cambios.
-  *Contemplación*: se siente ambivalente al cambio, comienza a identificar dificultades en su desempeño ocupacional, aunque percibe el trastorno con menor intensidad que su entorno.
-  *Preparación/determinación*: tiene conciencia del problema, deseo de recibir ayuda y reconoce las repercusiones en su desempeño ocupacional, aunque no sabe cómo realizar cambios.
-  *Acción*: ha dado pasos claramente dirigidos a solucionar sus dificultades (variando conductas, experiencias o ambientes, como por ejemplo, disminuir la presencia de vómitos) y ha realizado progresos. Sin embargo, a pesar de dichos cambios, aún persisten los sentimientos de ambivalencia, temores y dudas sobre seguir cambiando las conductas, entremezclados con sentimientos agradables sobre la posibilidad de salir de la enfermedad.
-  *Mantenimiento*: ha conseguido cambiar su conducta problemática (durante mínimo seis meses) y está utilizando estrategias correctas para evitar una recaída.
-  *Recaída*: regresa a uno de los estadios de precontemplación, contemplación o preparación/determinación.

Este modelo, aunque no es específico de TO, proporciona un modo de entender las fases que transita el usuario antes y durante la toma de conciencia de su problemática y la motivación durante su proceso de cambio, permitiendo al TO la comprensión, adecuación y adaptación de la intervención en función de la etapa en la que se encuentra la persona^{4,11}.

Por otro lado, se empleará el MOHO, ya que permite identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y se mantiene la ocupación humana. Este modelo considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno, elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional¹².

Se utilizará este modelo porque permite abordar la motivación de la persona hacia lo que hace y elige hacer, el patrón de vida ocupacional (hábitos/roles), la capacidad del desempeño y la influencia del ambiente en su ocupación, todo ello alterado en estas personas⁵.

Destinatarios

El programa de intervención ocupacional está dirigido a personas diagnosticadas de BN según los criterios del DSM-5TM y que por la severidad de la enfermedad requieren tratamiento en hospitalización parcial.

La intervención está destinada a los usuarios con alteración en las áreas ocupacionales, roles y rutinas, que se encuentren en la fase de acción según el modelo transteórico de motivación al cambio.

El rango de edad de los usuarios estará comprendido entre los quince y veinticinco años de edad y se llevará a cabo con ambos sexos.

Igualmente, la familia y cuidadores se beneficiarán del plan de intervención mediante el asesoramiento y entrenamiento de habilidades necesarias para el cuidado del usuario. También, interferirá de forma indirecta en la sociedad en su conjunto, dado que la mejora del equilibrio ocupacional hace que estas personas encuentren bienestar, incrementando la participación en actividades de la comunidad.

Instrumentos de evaluación

La evaluación ocupacional es un proceso circular que tiene lugar en distintos momentos a lo largo de la intervención, para valorar la evolución del desempeño y la participación ocupacional del usuario. Asimismo, se evaluará para conocer la motivación, actitud frente al cambio y efectividad del programa. Se realizará una evaluación antes del inicio del programa y reevaluaciones al final del programa y tras seis meses de su finalización.

La evaluación de la disposición hacia el cambio terapéutico se realizará administrando *la Escala de Estadios de Cambio (SOCS)*: cuestionario integrado por afirmaciones sobre creencias y disposiciones que puede tener el usuario respecto a un problema de conducta (en este caso BN). Cada ítem de la escala se asocia a alguno de los estadios de precontemplación, contemplación, acción o mantenimiento del modelo transteórico¹¹ (Anexo I).

El desempeño ocupacional se evaluará a través del *Cuestionario Ocupacional (OO)*: autoevaluación de las actividades que desempeña el usuario a lo largo de una semana, clasificándolas en categorías (trabajo, ocio o AVD'S). Además, la persona evaluada debe indicar la calidad con la que considera que realiza cada actividad, qué importancia tiene y cuánto la disfruta. Permite conocer hábitos y rutinas de la persona e información subjetiva sobre su desempeño (Anexo II).

También, se empleará el *listado de roles*: evalúa los roles desempeñados en el pasado, en la actualidad y que le gustaría desempeñar en el futuro. Proporciona información sobre la percepción del usuario de la importancia de dichos roles, valorando así posibles vías de intervención (Anexo III).

El *listado de intereses*: evalúa actividades según el interés que tenían para el usuario en el pasado, si participa actualmente en esa actividad y su deseo de realizarla en el futuro. Conocer los intereses del usuario permitirá realizar una intervención más significativa para la persona, consiguiendo así una mayor motivación e implicación en el programa¹² (Anexo IV).

Por último, se administrará la *Escala de Clima Social Familiar (FES)*: evalúa las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica¹³(Anexo V).

Metodología

El programa de intervención es específico para el dispositivo de hospitalización parcial para personas con BN. El programa se desarrollará por el servicio de sanidad pública español, en el entorno hospitalario y en el área de salud.

Realizar el programa durante una hospitalización parcial en un recurso especializado permitirá entrenar en un medio controlado las alteraciones de estos usuarios para trasladarlo a la vida real con mayor facilidad y disminuir el impacto que provoca una hospitalización.

Antes de comenzar el programa se informará a los usuarios sobre el tipo de intervención que se realizará y se pedirá que firmen un consentimiento informado y un contrato de confidencialidad de forma que se garantice la no difusión de la información personal de los asistentes.

El programa tendrá una duración de catorce semanas, con un total de 49 sesiones de intervención grupales y 3 sesiones de evaluación individuales. Las sesiones se realizarán en grupos de ocho personas en función de sus intereses y tendrán una duración variable (45-120 minutos).

Todas las sesiones se basarán en una metodología participativa según los principios del Modelo transteórico, ya que se ha demostrado que es eficaz en la modificación de actitudes y conductas. Además, se sustentará sobre el MOHO porque permite conocer el desempeño ocupacional, hábitos/rutinas e intervenir de forma holística sobre el usuario. Sin embargo, la utilización de este modelo de fundamentación en España está limitado por la visión que se otorga en el ámbito sociosanitario. Se utilizarán técnicas como psicomotricidad, role-playing, video-fórum, debates, dinámicas, etc.

Cronograma

Tabla 1. Cronograma del proyecto con los días, talleres, número y duración de sesiones.

DÍA (cada 15 días)	TALLER	NÚMERO DE SESIONES	DURACIÓN (MINUTOS)
LUNES	Rutinas/hábitos	7	45
MARTES/JUEVES	Psicomotricidad	14	60
MIÉRCOLES	Preparación salida	7	45

VIERNES	Familia	7	60
SÁBADO	Salida	7	120
DOMINGO	Blog	7	45

Sesiones

El objetivo general de las sesiones está destinado a lograr el equilibrio en las áreas ocupacionales, hábitos/rutinas y roles alterados por la enfermedad.

La intervención abordará los siguientes contenidos a lo largo de todo el proyecto con el fin de alcanzar el objetivo propuesto:

- Organización/planificación de tareas.
- Horario y tiempo dedicado a la tarea.
- Actividades de ocio alternativas.
- Relaciones sociales.
- Roles.
- Gestión emocional (ansiedad).
- Comunicación.
- Asunción y respeto de normativa.
- Resolución de conflictos interpersonales familiares.
- Imagen corporal.
- Autoestima y autoconcepto.
- Expresión corporal.
- Relajación/respiración.

El objetivo se alcanzará a través de los siguientes talleres:

TALLER HÁBITOS/RUTINAS

El taller consistirá en la realización semanal de un horario y expresión de dificultades encontradas para llevarlo a cabo. *En la primera sesión, comenzarán exponiendo un día normal en sus vidas, detallando el tiempo dedicado a cada actividad, grado de satisfacción, importancia para ellos, etc. Tras exponer individualmente el trabajo realizado, pondrán en común las actividades que les gustaría realizar con el fin de encontrar actividades significativas.*

Finalmente, elaborarán de manera conjunta una rutina diaria con fotografías/dibujos para colocarlo en la sala que servirá de guía para planificar su horario. También, crearán una pirámide según la importancia de las actividades.

El resto de sesiones, estarán destinadas a la elaboración de un horario individual con las actividades que cada uno debe realizar y el tiempo necesario, teniendo en cuenta la importancia de cada una. Asimismo, cada usuario expondrá las dificultades que ha encontrado para llevar a cabo la planificación de la semana, sensaciones positivas y negativas en las diferentes actividades, imprevistos emergentes y cómo los ha solucionado, etc.

TALLER DE BLOG

El taller consistirá en la realización de un blog donde los usuarios publicarán entradas con diferentes aspectos de sus rutinas/hábitos, alternativas de ocio y estrategias que ellos emplean en sus AVD'S. De esta manera creativa y con ayuda de las nuevas tecnologías se podrá motivar a los participantes a mejorar en la planificación de actividades, aprender cosas nuevas, reforzar la autoestima, generar confianza, etc.

Se incluirá información como la que los usuarios usan para crear sus rutinas: determinar las tareas importantes y urgentes que deben realizar, agrupar y ordenar las actividades según relación, dividir el día en segmentos para asignar tareas a cada parte, usar un horario, planificar con antelación, opciones de actividades, etc.

TALLER PSICOMOTRICIDAD

Las sesiones de psicomotricidad permitirán intervenir en diversas alteraciones como: imagen corporal, aceptación/autoestima, percepción corporal, expresión de emociones, roles, etc. Todas las sesiones seguirán la misma estructura: entrada (toma de contacto); inicio (calentamiento); desarrollo de actividad (desarrollo de contenidos); cierre (verbalización de lo acontecido); y salida (recogida del material y despedida). A continuación, se expone un ejemplo de sesión:

El grupo comenzará andando por la sala y hablando entre ellos, haciéndose preguntas tales como: ¿cómo ha ido tu día?, ¿qué tal está tu familia?, ¿cómo te van los estudios/trabajo?, etc. Después,

cogerán unas gafas de papel, denominadas "gafas mágicas" (se facilitará el instrumento a cada participante), con las que solo pueden ver aspectos positivos del resto de participantes. Posteriormente, volverán a caminar y esta vez, cuando se crucen con alguien, tendrán que decir una cualidad positiva de esa persona. Posteriormente, realizarán el mismo ejercicio en parejas.

La parte central de la sesión se realizará por grupos de cuatro personas, donde representarán teatralmente diferentes cuentos. Inicialmente, se les proporcionará un cuento y ellos deberán repartirse los papeles y llegar a un acuerdo sobre cómo van a representarlo. Primero lo representará un grupo mientras los miembros del otro grupo anotan individualmente las emociones que expresan sus compañeros. Después, el grupo que representaba el cuento pasa a tomar notas y el grupo que observaba a realizar la representación. En la segunda variación, se les entrega una serie de emociones que deberán incluir en la creación de un cuento que posteriormente representarán. En la siguiente variante, cada grupo tiene que crear un cuento propio que exprese sus emociones para representarlo, mientras el otro grupo escribe notas. Por último, se pondrán en común las anotaciones que haga cada participante de los diferentes cuentos para comprobar si la percepción individual coincide con las emociones expresadas.

Finalmente, una vez realizados todos los ejercicios se reunirá al grupo, dedicando unos minutos para dar un feedback positivo y preguntarles si les han resultado agradables las actividades propuestas, cómo se sienten metiéndose en el papel de otras personas, qué dificultades han encontrado, etc.

TALLER CON LAS FAMILIAS

Las sesiones se realizarán con el grupo de intervención, al cual habrá que sumar dos familiares como máximo de cada uno.

Las sesiones se dividirán en dos partes; 1) visualización de un vídeo, película o narración de una historia con problemas que surgen en el núcleo familiar. 2) Puesta en común de la problemática, consecuencias, formas de actuación, estrategias de resolución, etc.

El TO guiará la sesión para que todos participen y dará pautas para el manejo de las diferentes problemáticas.

Algunos ejemplos de vídeos que se utilizarán en la sesión serán: Resolución de conflictos-El puente (estrategias para resolver un conflicto, accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LAOICIt3MM>), elementos de la comunicación (problemas para comunicarse, accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rM4nZh3v8>), etc.

TALLER PREPARACIÓN DE SALIDAS TERAPÉUTICAS

Las sesiones estarán destinadas a la planificación y organización de la salida terapéutica. La estructura de las sesiones será: búsqueda de actividades problemáticas, de interés, nuevas, de moda, etc.; exposición y debate de alternativas y problemas/beneficios de la actividad; y decisión de la actividad.

A continuación, se expone un ejemplo con una actividad conflictiva/problemática:

Al inicio de la sesión el grupo expondrá que dificultades a encontrado en esta actividad, nivel de dificultad, ansiedad, cómo resolvieron la situación, qué personas le acompañaban, etc.

Después, cada participante elaborará un listado en función del nivel de dificultad (fácil, intermedio y difícil) y el nivel de ansiedad (0 puntos= ausencia de ansiedad y 10 puntos= máxima ansiedad) que les supone realizar la actividad expuesta.

Posteriormente, se realizará un role-playing para realizar una aproximación de las situaciones que se pueden encontrar al participar en la actividad. La persona representará la situación problemática (conocer las dificultades, tolerar la frustración y ansiedad, afrontar el miedo, aceptar comentarios constructivos, etc.). Después, se realizará un feedback para que el usuario responda a preguntas tales como: ¿cómo piensas que puede ser la experiencia?, ¿qué dificultades puedes encontrar y cómo las solucionarías?, ¿qué capacidades tienes y cómo podrías utilizarlas?, etc.

Para finalizar la sesión, se realizarán una serie de estiramientos pautados por el TO para inducir a la relajación, ya que se trata de una actividad generadora de ansiedad.

El primer ejercicio de relajación se realizará sentados sobre las esterillas con las piernas cruzadas y la espalda recta y se les pide que estiraren el cuello de un lado a otro y luego haciendo círculos. El segundo ejercicio, se llevará a cabo en la misma posición estirando los brazos y las piernas. Finalmente, la actividad acaba con los usuarios tumbados.

SALIDAS TERAPÉUTICAS

Las salidas terapéuticas se elegirán en consenso entre los participantes y serán ellos mismos quienes organizarán la actividad con la ayuda del TO.

A continuación, se continúa con el ejemplo de actividad conflictiva/problemática.

Antes de la salida, se realizará una reflexión para recordar los contenidos de la sesión de preparación. Después, se realizará la actividad en el contexto real para poner en práctica las habilidades y herramientas entrenadas. En función de las características de la persona y sus avances, cada usuario se enfrentará a la actividad graduada según su nivel de dificultad y ansiedad.

Finalmente, para cerrar la actividad se realizará una reflexión sobre los objetivos conseguidos hasta el momento y aquellos que necesitan reforzarse, incluyendo unos minutos de ejercicios de relajación y respiración como los realizados en la preparación de la salida.

Recursos

Tabla 2. Recursos espaciales, humanos y materiales para desarrollar el proyecto.

RECURSOS	
ESPACIALES	Hospital público Sala amplia
HUMANOS	1 TO 1 Auxiliar (salidas)
MATERIALES	Audiovisuales, fungibles, diversos de psicomotricidad, etc.

5. DISCUSIÓN

Las publicaciones existentes conceptualizan la BN; tipología, factores de riesgos, alteraciones..., pero las investigaciones que hacen referencia a la intervención del abordaje en dicho trastorno, son limitadas. Especialmente, si la búsqueda se dirige hacia intervenciones desde TO y/o la restauración del equilibrio ocupacional, roles y rutinas, son más escasas todavía. La falta de investigaciones que recojan la figura del TO refleja la necesidad de mayor evidencia que demuestre la eficacia de los programas ocupacionales y apoyen la inclusión del TO en la atención de este colectivo.

Igualmente, es necesario abordar este tipo de problemas en coordinación con un equipo multidisciplinar, el cual no solo aborde estos aspectos, sino todos aquellos alterados dentro del trastorno de BN. También, la falta de recursos especializados en la sanidad pública para estos trastornos es un inconveniente que dificulta que todas las personas puedan acceder a este tipo de programas.

Tras el análisis bibliográfico, la propuesta del proyecto se basa en la necesidad de intervenir con personas con BN y ante la ausencia de un recurso específico para este colectivo.

Sin embargo, existen varias limitaciones para la implementación del programa desde el área de TO. Históricamente, las intervenciones en BN han tenido un enfoque desde una perspectiva médica, farmacológica, psiquiátrica y psicológica, necesarias en primer grado. Pero no podemos olvidar la necesidad de estas personas en el ámbito ocupacional.

Por otro lado, cabe destacar en referencia a la intervención propuesta, que existe dificultad de crear grupos homogéneos, dinámicos, con buena relación..., por lo que, en caso necesario, se podría adaptar las primeras sesiones para establecer una buena dinámica de grupo, imprescindible para alcanzar el objetivo.

También, la duración del programa y las sesiones pueden suponer una dificultad. Teniendo en cuenta la extensión del programa y la falta de recursos reales en sanidad pública. De tal forma que podríamos adaptar el proyecto a intervenciones con grupos más heterogéneos o de mayor número.

Además, la falta de implicación de la familia como agente contingente puede ser una dificultad para la consecución de los objetivos establecidos con el usuario.

Tras lo expuesto hasta el momento y teniendo en cuenta los pros y los contras de la intervención, un programa de equilibrio ocupacional, roles y rutinas desde el enfoque de TO podría aportar a las personas con BN beneficios en su bienestar físico, mental y emocional, así como en su calidad de vida, ayudando a la recuperación integral de su enfermedad.

De esta manera, permitirá aliviar las alteraciones causadas por la enfermedad, ayudando a un mayor rendimiento en sus AVD'S (facilitando a la persona a desenvolverse de forma significativa, adaptativa y fácil) y mayor capacidad para afrontar diversas situaciones conflictivas/problemáticas que surgen en su vida.



6. ANEXOS

Anexo I. Escala de Estadios de Cambio (SOCS)¹¹:

ESCALA DE ESTADIOS DE CAMBIO

PUNTACIONES DEL SUJETO EN CADA ESTADIO DE CAMBIO

P	C	A	M

Lea atentamente las siguientes afirmaciones e indique su grado de acuerdo con cada una de ellas, en base a la escala de cinco puntos que se especifica a continuación.

Bases sus respuestas en cómo se siente y se comporta usted en la actualidad.

- ▶ 1= Completamente en desacuerdo.
- ▶ 2= En desacuerdo.
- ▶ 3= No tengo opinión.
- ▶ 4= De acuerdo.
- ▶ 5= Completamente de acuerdo.

1. Que yo sepa, no tengo ningún problema que necesite cambiar.	1	2	3	4	5
2. Creo que puede estar preparado para mejorar algo de mí mismo.	1	2	3	4	5
3. Estoy empezando a poner remedio a los problemas que me han estado preocupando.	1	2	3	4	5
4. Puede valer la pena que me esfuerce para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido el que yo esté aquí.	1	2	3	4	5
6. Me preocupa recaer en un problema que ya he solucionado,	1	2	3	4	5

por eso estoy aquí para pedir ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de Mí mismo.	1	2	3	4	5
9. He conseguido solucionar mi problema, pero no estoy seguro de poder mantener el esfuerzo por mí mismo.	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es difícil, pero continúo esforzándome para solucionarlo.	1	2	3	4	5
11. Estar aquí es casi una pérdida de tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.	1	2	3	4	5
12. Espero que aquí me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que realmente yo necesite cambiar.	1	2	3	4	5
14. Estoy haciendo un gran esfuerzo por cambiar.	1	2	3	4	5
15. Tengo un problema y creo que debería intentar solucionarlo.	1	2	3	4	5
16. No me siento capaz de mantener los cambios que he logrado, y estoy aquí para prevenir una recaída en mi problema.	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre consigo el mejor resultado, al menos lo estoy intentando.	1	2	3	4	5
18. Pensaba que una vez hubiera resultado mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.	1	2	3	4	5
19. Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran.	1	2	3	4	5
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.	1	2	3	4	5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que he conseguido.	1	2	3	4	5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no todo el problema.	1	2	3	4	5
24. Espero que alguien de aquí me pueda dar un buen consejo.	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablar sobre cambiar, pero yo estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no puede la gente simplemente olvidar sus problemas?	1	2	3	4	5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer un problema que creía tener ya resuelto.	1	2	3	4	5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Estoy trabajando activamente para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
31. Preferiría convivir con mis defectos antes que intentar cambiarlos.	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar solucionar mi problema, reaparece una y otra vez.	1	2	3	4	5

Anexo II. Cuestionario Ocupacional (OQ)¹⁴:

CUESTINOARIO OCUPACIONAL																							
Nombre: _____																							
Fecha: _____																							
				Pregunta 1					Pregunta 2					Pregunta 3					Pregunta 4				
Actividades que realizó cada media hora desde las:				Yo considero esta actividad como:					Yo considero esta actividad la llevo a cabo:					Para mí, esta actividad es:					Cuanto disfrutas de esta actividad:				
				T- trabajo					VD-tarea de la vida diaria					5-muy importante					5- me gusta mucho				
				R-recreación					4-bien					4-importante					4- me gusta				
				D-descanso					3-regular					3-sin importancia					3-ni me gusta ni me disgusta				
				1-pesimo					2-mal					2-prefiero no hacerla					2-no me gusta				
														1-pérdida de tiempo					1- la detesto				
5:00 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
5:30 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6:00 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6:30 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
7:00 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
7:30 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
8:00 am				T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

8:30 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9:00 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9:30 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10:00 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10:30 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11:00 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11:30 am	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12: 00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6:30 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7:00 pm	T VD R D	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

7:30 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8:00 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8:30 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9:00 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9:30 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10:00 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10:30 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11:00 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11:30 pm	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12:00 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12:30 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1:00 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1:30 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2:00 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2:30 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3:00 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3:30 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4:00 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4:30 am	T	VD	R	D	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Anexo III. Listado de roles¹⁵:

LISTADO DE ROLES			
Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____			
Sexo: _____ Estado civil: Soltero: ____ Casado: ____ Divorciado: ____ Viudo: ____			
<p>El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.</p> <p>Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de una columna para cada rol. Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntarios en el pasado, en el presente no los ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlos, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.</p>			
Rol	Pasado	Presente	Futuro
ESTUDIANTE: asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos una vez por semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos una vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos una vez por semana.			
AMIGO: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con			

un amigo, por lo menos una vez por semana.

MIEMBRO DE FAMILIA: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.

MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.

AFICIONADO: participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos una vez por semana.

PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos una vez por semana.

OTROS ROLES: algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas_____.

LISTADO DE ROLES

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Estado civil: Soltero: ____ Casado: ____ Divorciado: ____ Viudo: ____

En esta parte están listados los roles anteriores. Al lado de cada rol, marca la columna que mejor indique cuan valioso o importante es ese rol para ti. Marca una respuesta para cada rol aunque lo hayas tenido ni pienses tenerlo.

Rol	No	muy	Algún valor	Muy
	valioso y/o		y/o	valioso y/o
	importante		importancia	importante

ESTUDIANTE: asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.

TRABAJADOR: empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.

VOLUNTARIO: ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos una vez por semana.

PROVEEDOR DE CUIDADOS: tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos una vez por semana.

AMA O AMO DE CASA: tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos una vez por semana.

AMIGO: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos una vez por

semana.

MIEMBRO DE FAMILIA: pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.

MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO

RELIGIOSO: participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.

AFICIONADO: participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos una vez por semana.

PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES:

participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos una vez por semana.

OTROS ROLES: algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas_____.

RESUMEN DE LISTADO DE ROLES

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Estado civil: Soltero: ____ Casado: ____ Divorciado: ____ Viudo: ____

Rol	Identidad de rol			Designación de valor		
	Pasado	Presente	Futuro	Ninguno	Algo	Mucho
Estudiante						
Trabajador						
Voluntario						
Proveedor de cuidados						
Amo de casa						
Amigo						
Miembro de familia						
Participante religioso						
Aficionado						
Participante en organizaciones						
Otros						

Comentarios: _____

Anexo IV. Listado de intereses¹⁶:

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO										
Nombre _____					Fecha _____					
Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.										
Actividad	Nivel de interés en los últimos 10 años			Nivel de interés en el último año			¿Participas actualmente en esta actividad?		¿Te gustaría realizarla en el futuro?	
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno	SI	NO	SI	NO
Practicar jardinería										
Coser										
Jugar naipes										
Hablar/leer idiomas extranjeros										
Participar en actividades religiosas										
Escuchar radio										
Caminar										

Reparar autos
Jugar golf
Jugar/ver fútbol
Escuchar música popular
Armar puzles
Celebrar días festivos
Ver películas
Escuchar música clásica
Asistir a charlas/conferencias
Nadar
Jugar a bolos
Ir de visita
Arreglar ropa
Jugar damas/ajedrez
Hacer asado

Leer
Viajar
Ir a fiestas
Practicar artes marciales
Limpiar la casa
Jugar con juegos armables
Ver la televisión
Ir a conciertos
Hacer cerámica
Cuidar mascotas
Acampar
Lavar/plancha r
Participar en política
Jugar juegos

de mesa
Decorar interiores
Pertenecer a un club
Cantar
Ser scout
Ver vitrinas o escaparates/comprar ropa
Ir a la peluquería
Andar en bicicleta
Ver un deporte
Observar aves
Ir a carreras de autos
Arreglar la casa
Hacer ejercicios
Cazar

Trabajar en carpintería
Jugar pool
Conducir vehículo
Cuidar niños
Jugar tenis
Cocinar
Jugar basketball
Estudiar historia
Coleccionar
Pescar
Estudiar ciencia
Realizar marroquinería
Ir de compras
Sacar fotografías
Pintar
Otros...

Anexo V. Escala de Clima Social en Familia (FES)¹⁷:

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN FAMILIA

A continuación, te presentamos una serie de frases que Tú, tienes que leer y decir si te parecen verdaderos o falsos en relación con tu familia.

Si crees que, respecto a tu familia, la frase es VERDADERA o casi VERDADERA marco una X en el espacio correspondiente a la V (verdadero); pero, si crees que la frase es FALSA marca con una X en el espacio correspondiente a la F (falso). Si consideras que la frase es cierta para algunos miembros de la familia y para otros dalsa marque la respuesta corresponde a la mayoría.

Te recordamos que la presente nos ayudará a conocer lo que Tú piensas y conoces sobre tu familia, no intentes reflejar la opinión de los demás miembros de la familia en que vives.

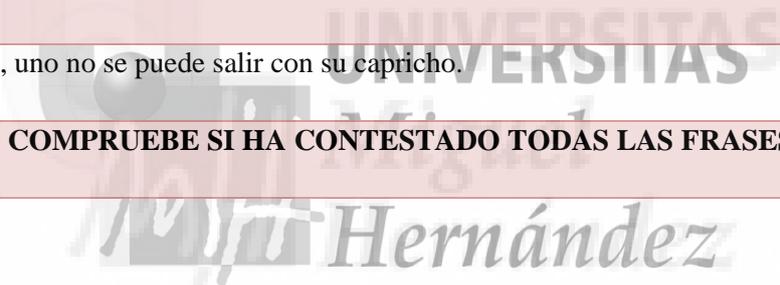
1. En mi familia, nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
2. En mi familia, guardamos siempre nuestros sentimientos sin comentar a otros.	V	F
3. En nuestra familia, peleamos mucho.	V	F
4. En mi familia por lo general, ningún miembro decide por su cuenta.	V	F
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
6. En mi familia, hablamos siempre de temas políticos o sociales.	V	F
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las actividades de la iglesia.	V	F
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	V	F
10. En mi familia, tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11. En mi familia, muchas veces da la impresión de que en casos solo estamos “pasando el rato”.	V	F
12. En mi casa, hablamos abiertamente de lo que queremos o nos parece.	V	F
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	V	F

14. En mi familia, nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16. En mi familia, casi nunca asistimos a reuniones culturales y deportivas.	V	F
17. Frecuentemente vienen mis amistades a visitarnos a casa.	V	F
18. En mi casa, no rezamos en familia.	V	F
19. En mi casa, somos muy ordenados y limpios.	V	F
20. En nuestra familia, hay muy pocas normas de convivencia que cumplir.	V	F
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
22. En mi familia es difícil 'solucionar los problemas' sin molestar a todos.	V	F
23. En mi familia a veces nos molestamos de lo que algunas veces golpeamos o rompemos algo.	V	F
24. En mi familia, cada uno decide por sus propias cosas.	V	F
25. Para nosotros, no es muy importante el dinero que gane cada uno de la familia.	V	F
26. En mi familia, es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
27. Alguien de mi familia práctica siempre algún deporte.	V	F
28. En mi familia, siempre hablamos de la navidad, Semana Santa, fiestas patronales y otras.	V	F
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	V	F
30. En mi familia, una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31. En mi familia, estamos fuertemente unidos.	V	F
32. En mi casa, comentamos nuestros problemas personales.	V	F
33. Los miembros de la familia casi nunca expresamos nuestra cólera.	V	F
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.	V	F
35. En mi familia, nosotros aceptamos que haya competencia y 'que gane el mejor'.	V	F
36. En mi familia, nos interesan poco las actividades culturales.	V	F

37. En mi familia, siempre vamos a excursiones y paseos.	V	F
38. No creemos en el cielo o en el infierno.	V	F
39. En mi familia, la puntualidad es muy importante.	V	F
40. En mi casa, las cosas se hacen de una forma establecida.	V	F
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.	V	F
42. En mi casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	V	F
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	V	F
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		
46. En mi casa, casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
47. En mi casa, casi todos tenemos una o dos aficiones.	V	F
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
49. En mi familia, cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
50. En mi casa, se dan mucha importancia a cumplir las normas.	V	F
51. Las personas de mi familia nos ayudamos unos a otros.	V	F
52. En mi familia cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.	V	F
53. En mi familia, cuando nos peleamos nos vamos a las manos.	V	F
54. Generalmente en mi familia cada persona solo confía en sí misma cuando surge un problema.	V	F
55. En mi casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.	V	F
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.	V	F
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.	V	F
58. En mi familia, creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.	V	F

59. En mi casa, nos aseguramos que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados. limpias.	V	F
60. En las decisiones familiares de mi casa, todas las opiniones tienen el mismo valor.	V	F
61. En mi familia, hay poco espíritu de trabajo en grupo.	V	F
62. En mi familia, los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.	V	F
63. Cuando hay desacuerdos en mí familia, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
64. Los miembros de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, para defender sus propios derechos.	V	F
65. Los miembros de la familia, apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
66. Los miembros de mi familia, practicamos siempre la lectura.	V	F
67. En mi familia, asistimos a veces a cursos de capacitación por afición o por interés.	V	F
68. En mi familia, cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.	V	F
69. En mi familia, están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
70. En mi familia, cada uno tiene libertad para lo que quiere.	V	F
71. En mi familia, realmente nos llevamos bien unos con otros.	V	F
72. En mi familia, generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
73. Los miembros de la familia, estamos enfrentados unos con otros.	V	F
74. En mi casa, es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.	V	F
75. 'Primero es el trabajo, luego es la diversión' es una norma en mi familia.	V	F
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.	V	F
77. Los miembros de mi familia, salimos mucho a divertirnos.	V	F
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.	V	F
79. En mi familia, el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F

80. En mi casa, las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.	V	F
81. En mi familia, se da mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
82. En mi familia, expresamos nuestras opiniones en cualquier momento.	V	F
83. En mi familia, creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V	F
84. En mi familia, no hay libertad para expresar claramente lo que uno piensa.	V	F
85. En mi familia, hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.	V	F
86. A los miembros de mi familia, nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.	V	F
88. En mi familia, creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	V	F
89. En mi casa, generalmente después de comer se recoge inmediatamente los servicios de cocina y otros.	V	F
90. En mi familia, uno no se puede salir con su capricho.	V	F
COMPRUEBE SI HA CONTESTADO TODAS LAS FRASES		



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM. American Psychiatric Publishing. 2014; (5):192-194.
2. Vargas Baldares, M.J. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev Med Costa Rica [Revista en Internet]. 2013 [acceso 3 de diciembre de 2016]; 70 (607): 475–482. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>.
3. Martínez-González, L. Fernández Villa, T. Molina de la Torre, A.J. Ayán Pérez, C. Bueno Cavanillas, A. Capelo Álvarez, R. et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. Nutr Hosp. [Revista en Internet]. 2014 [acceso 3 de diciembre de 2016]; 30(4): 927-934. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/7689/pdf_7590.
4. Cabañero Simarro, B. Escrivá Sáez, V. Guía de intervención en trastornos del comportamiento alimentario en terapia ocupacional. 1ª Ed. Madrid: Síntesis; 2016.
5. Berrueta Maeztu, LM. Bellido Mainar, JR. Sanz Valer P. Rubio Ortega, C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [acceso 5 de diciembre de 2016]; 6(5): 216-23. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>.
6. Saucedo Molina, T.J. Peña Irecta, A. Fernández Cortés, T.L. García Rosales, A. Jiménez Balderrama, R.E. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. Rev Med UV [Revista en Internet]. 2010 [acceso 5 de diciembre de 2016]; 10(2): 16-23. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_antiores/revmedica_vol10_num2/articulos/identificacion.pdf.
7. División de Formación del Grupo ALBOR-COHS. Manual de Referencia del Curso Máster Profesional en Psicología, especialidad Psicología Clínica y de la salud. [Manual en Internet].

- Madrid. 2012 [acceso 15 de diciembre de 2016]; 25-27. Disponible en: <http://psicosanse.es/wp-content/uploads/PDF/MasterModuloalimentacion2012.pdf>.
8. K. Breden, A. Occupational Therapy and the Treatment of Eating Disorders. *Occup Ther Health Care* [Revista en Internet]. 1992 [acceso 15 de diciembre de 2016]; 8(2/3); 49-69. Disponible en: http://www.tandfonline.com/sci-hub.io/doi/abs/10.1080/J003v08n02_03.
 9. 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 [acceso 30 de noviembre de 2016]; 9(15): [21p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>.
 10. Harries P. Facilitating Change in Anorexia Nervosa: the Role of Occupational Therapy. *BR J Occup Ther* [Revista en Internet]. 1992 [acceso 15 de diciembre de 2016]; 55(9); 334-339. Disponible en: <file:///C:/Users/natalia/Desktop/Universidad/4%C2%BA%20T.O/I%20Semestre/TFG/Articulos/ingles/harries1992.pdf>.
 11. Redondo Illescas, S. Martínez Cantena, A. Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. *Reic* [Revista en Internet]. 2011 [acceso 8 de febrero de 2017]; 8(9); [25p.]. Disponible en: [file:///C:/Users/natalia/Downloads/Dialnet-TratamientoYCambioTerapeuticoEnAgresoresSexuales-4783173%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/natalia/Downloads/Dialnet-TratamientoYCambioTerapeuticoEnAgresoresSexuales-4783173%20(1).pdf).
 12. Rojo Mota, G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de adicciones. *Trastor Adict* [Revista en Internet]. 2008 [acceso 8 de febrero de 2017]; 10(2): 88-97. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/sci-hub.io/retrieve/pii/S1575097308745501?showall=true>.
 13. Díaz, G. Yaringaño, L. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *IIPSI* [Revista en Internet]. 2010 [acceso 18 de febrero de 2017]; 13(1): 69-86. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3737/3000>.
 14. Kielhofner, G. et al. Instrumentos de Autoevaluación. Kielhofner, G. *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3ª ed. Buenos Aries: Médica Panamericana; 2004.

15. Gloria de las Heras, C. Llerena, V. Kielhofner, G. El Módulo de Logro. Gloria de las Heras, C. Llerena, V. Kielhofner, G. Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. University of Illinois at Chicago. [Manual en Internet]. 2003 [acceso 7 de marzo de 2017]; 630-653. Disponible en: <file:///C:/Users/natalia/Downloads/Evaluaciones%20MOHO%20en%20espa%C3%B1ol.pdf>.
16. Kielhofner, G. Neville, A. Listado de intereses adaptado. University of Illinois at Chicago. [Manual en Internet]. 2007 [acceso 7 de marzo de 2017]; 72-80. Disponible en: <https://justiciarhpsicosocial.files.wordpress.com/2015/06/21-spanish-acis-1.pdf>
17. Gonzales Pajuelo, O.A. Pedreda Infantes, A. Relación entre el clima social familiar y el rendimiento escolar en los alumnos de la institución educativa N° 86502 “San Santiago” de Pamporomás en el año 2006. [Tesis doctoral]. Perú: Escuela internacional de posgrado facultad de educación, Universidad César Vallejo; 2009.

