



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



1218 - 2018

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Trastornos de la alimentación y Terapia Ocupacional: Anorexia nerviosa

Autora: Esther M^a López Domínguez
Tutora: Profa. María Ángeles Díez Sánchez

Salamanca, a 22 de junio de 2016

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “Trastornos de la alimentación y terapia ocupacional: Anorexia nerviosa”, para la asignatura Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2015-2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográfica, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

Fdo.: Esther M^a López Domínguez

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Esther', with a large, stylized flourish above the name.

Agradecimientos:

El nivel de investigación suele ser un fiel reflejo de la sociedad donde se lleva a cabo, y el hecho de que la actual sacrifique otras necesidades por mantener el espíritu científico, habla a su favor.

Dado que la formación universitaria es requisito indispensable para la ejecución de un Trabajo de Fin de Grado, el mismo reconocimiento merece la Universidad como institución responsable de la actividad docente e investigadora. Expreso desde aquí mi agradecimiento a la Universidad de Salamanca en general y a su Facultad de Psicología en particular y en concreto al Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina por todo el aprendizaje que en materia de investigación me ha brindado y por las facilidades obtenidas en la consecución de los medios técnicos.

Una escuela científica presenta como rasgos comunes la identidad de criterio y la aceptación de un método de trabajo. La maestra es la valedora e impulsora de esta unión. Maestra es quien inspira, quién abre nuevos horizontes, quién no frena más que impulsa, quién no identifica su presente con el futuro, quién se realiza junto a su escuela, quién forma profesionalmente y a quien se emula humanamente. Maestra es el directora, tutora, compañera y amiga en la misma persona y quién goce de la ventura de tenerlo le debe admiración, respeto, fidelidad y estima. Desde estas líneas quiero manifestar mi gratitud a la profesora María Ángeles Díez Sánchez, por haberme iniciado en el campo de la investigación, por haber sabido sembrar una inquietud científica, por haberme alentado en los momentos difíciles y, en fin, por lo mucho que le debo en la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

Testimonio también mi agradecimiento a Jesús López Lucas de la biblioteca del Campus Ciudad Jardín la Universidad de Salamanca, por su excelente trabajo en cuanto a la búsqueda bibliográfica y recogida de datos, y a Adegá Trillo Sambade, tutora de prácticas, por la diligencia y gran aportación en cuanto a la experiencia de la terapia ocupacional, al igual que al centro de neurorehabilitación pediátrica integral S. L., de neurodesarrollo pediátrico, por darme la oportunidad de aprender en todo momento.

Finalmente, deseo manifestar mi complacencia a mi familia, por ser un constante apoyo y fuente de motivación ante las dificultades, por inculcarme los valores imprescindibles para afrontar la vida. Porque sin vosotros, nada de esto sería posible.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	7
2.1. Los trastornos de la conducta alimentaria y la terapia ocupacional.....	10
2.2. Justificación del trabajo.....	11
2.3. Factores predisponentes.....	12
2.4. Estado actual del problema.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
4. METODOLOGÍA.....	17
4.1. Materiales y procedimientos.....	17
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	19
6. CASO CLÍNICO.....	26
7. CONCLUSIONES.....	31
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
9. ANEXOS.....	34
10. ÍNDICE TEMÁTICO.....	44

Gráficos

Gráfico 1. Publicaciones por año.....	19
Gráfico 2. Productividad por autores.....	22
Gráfico 3. Productividad según las revistas.....	23
Gráfico 4. Palabras clave.....	24
Gráfico 5. Idiomas de las publicaciones.....	25

Figuras

Fig. 1. Erika Gisel.....	19
Fig. 2. Brenda Vrkljan.....	20
Fig. 3. Martina de Zwaan.....	20
Fig. 4. Jens Faber.....	20
Fig. 5. Chistina Hansen.....	21
Fig. 6. Heather Lambert.....	21
Fig. 7. Antonia Aurelia Gómez-Conesa.....	21
Fig. 8. The American Journal of Occupational Therapy.....	22
Fig. 9. Occupational Therapy in Healt Care.....	23
Fig. 10. Centro de neurorehabilitación pediátrica integral S. L. (NeuroPed).....	26

Tablas

Tabla 1. Indicadores físicos, cognitivos, emocionales y AVD.....	9
Tabla 2. Índice de masa corporal según la Organización Mundial de la Salud...10	
Tabla 3. Cronograma de la propuesta de intervención del caso clínico.....	30

Acrónimos

AN: Anorexia Nerviosa

AVD: Actividades de la vida diaria

DSM: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

IMC: Índice de Masa Corporal

MOHO: Modelo de la Ocupación Humana

OMS: Organización Mundial de la Salud

PMC: PubMed Central

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TO: Terapia Ocupacional

1. RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la anorexia nerviosa y la terapia ocupacional, intentando analizar la evolución de este trastorno que actualmente está tan en apogeo, entre otros factores como los autores, las palabras de las cuales hacen más uso en sus títulos, el idioma y las revistas que más auge han tenido en dicho tema.

Además, justificando la importancia que tiene la intervención desde la terapia ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia nerviosa, para una mejor calidad de vida aplicando los marcos y modelos según las necesidades del paciente.

Destacar la aplicación de una intervención desde la terapia ocupacional en un caso de anorexia infantil, explicando el motivo de consulta, los antecedentes, la evaluación, los objetivos y el plan de tratamiento mediante el juego. El enfoque del trabajo del terapeuta ocupacional es la importancia de la motricidad fina de la extremidad superior fundamentalmente, para la realización de las actividades de la vida diaria.

Palabras clave: Terapia ocupacional, anorexia y trastornos alimenticios.

ABSTRACT

A literature review on anorexia nervosa and occupational therapy was performed, trying to analyze the evolution of this disorder is now so in height, among other factors such as the authors, the words of which make more use in their titles, language and more boom magazines have had on the subject.

In addition, it is justifying the importance of the intervention from occupational therapy in eating disorder, especially anorexia nervosa, for a better quality of life by applying frameworks and models according to the patient's needs.

Highlighting the implementation of an intervention from occupational therapy in a case of child anorexia, explaining the reason for consultation, background, assessment, goals and treatment plan through play. The focus of the work of the occupational therapist is the importance of fine motor skills of upper extremity primarily, to carry out the activities of daily living.

Keywords: Occupational therapy, anorexia and eating disorders.

2. INTRODUCCIÓN

Un problema que cada vez está en más auge es la anorexia nerviosa (AN), es un trastorno psiquiátrico biológico caracterizado por el mantenimiento del peso corporal peligrosamente baja, temor al aumento de peso y aparente apatía a la gravedad de la enfermedad. (Boraska, Franklin, Floyd, Thornton, Huckins & Southam, 2014) dañando seriamente la salud física y el entorno psicosocial.

Algunos autores (Perpiñá, 2008) definen el término como falta de apetito, ganas impetuosas de seguir perdiendo peso. Además de las tres características fundamentales de la AN que son la alteración en la percepción de la imagen corporal, sensación desfigurada de los estímulos propioceptivos y sentimiento de inutilidad personal.

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1995) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 2013), manuales referentes en las clasificaciones internacionales, consideran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa como los trastornos de la conducta alimentaria mentales con mayor prevalencia en la sociedad.

Según el DSM-V, la AN se define por las siguientes características:

A) “Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.”

B) “Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.”

C) “Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.” (pág. 191).

Existen dos tipos:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

En la DSM- V según el tiempo se diferencia:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B o el criterio C.
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

El DSM-V incluye en los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, la pica, el trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificados.

Según Behar & Arancibia (2014) en el DSM-V presenta diferencias con respecto al DSM-IV TR de la American Psychiatric Association del 2001:

- Eliminación del requisito de la amenorrea, la cual se define como ausencia de menstruación, en la anorexia nerviosa.
- El “trastorno de la alimentación de la infancia” ha pasado a denominarse trastorno evitativo / restrictivo de ingesta de alimentos.
- En la bulimia nerviosa se reducen los criterios de frecuencia a una vez por semana durante los últimos 3 meses de atracones y conductas compensatorias inapropiadas.

Las personas con AN suelen ser competentes y consiguen las metas en su vida. Son muy perfeccionistas en lo que hacen y exigentes consigo mismos. En lo que refiere al ámbito educativo suelen ser alumnas adelantadas. Tras el triunfo externo a menudo se esconden sentimientos de inseguridad, incapacidad, insatisfacción y gran dependencia de la opinión de los demás. Frecuentemente parecen hiperactivas, ya que tienen una gran necesidad de ocupación. Se suelen involucrar, sobre todo, en la práctica de actividades físicas, que utilizan como medio para controlar su peso. Su conceptualización de la relación entre medios y fines suele ser deficitaria, marcada por la rigidez y los extremos. En su idea de lograr la perfección física puede llegar a creer que controlando su peso tendrá la sensación de independencia y competencia en todos los aspectos de su vida. (Berrueta, Bellido, Sanz & Rubio, 2009)

En el 2012, el grupo ALBOR-COHS analiza los indicadores físicos, cognitivos, emocionales y las actividades de la vida diaria (AVD) que presenta la AN:

<u>Indicadores físicos</u>	<u>Alteraciones cognitivas y emocionales</u>	<u>AVD</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución del peso. ✓ Disminución de la masa corporal. ✓ Amenorrea en las mujeres. ✓ Estreñimiento. ✓ Hipotermia. ✓ Bradicardias, arritmias e hipotensión. ✓ Oliguria. ✓ Edemas. ✓ Alteraciones dentales y gingivales. ✓ Piel seca y descamada. ✓ Pelo quebradizo y abundante lanugo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apreciación distorsionada de la imagen corporal. ✓ Falta de reconocimiento de la existencia de un problema. ✓ Ausencia de sensaciones propioceptivas como hambre, sed, fatiga o sueño. ✓ Pensamientos obsesivos debido al concepto del peso. ✓ Falta de interés en todo aquello que no tenga que ver con la ingesta. ✓ Dificultades para identificar sus emociones. ✓ Miedo a perder el control. ✓ Fobia a aumentar de peso. ✓ Irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitación voluntaria de alimentos, con la intención de bajar peso. ✓ Reducción de la ingesta de alimentos cocinados a los cocidos o “a la plancha”. ✓ Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos. ✓ Modo de comer diferente: de pie o desmenuzando la comida en trozos pequeños... ✓ Extensión de la actividad física. ✓ Disminución de las horas de sueño. ✓ Pérdida de tiempo en actividades, supuestamente, útiles.

Tabla 1. Indicadores físicos, cognitivos, emocionales y AVD.

Destacar el indicador que estima para cada persona, a partir de su estatura y su peso, su grado de delgadez o sobrepeso, denominado como índice de masa corporal (IMC). Resulta de la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura en metros.

$$\text{IMC} = \text{kg}/(\text{m})^2$$

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Clasificación OMS	IMC
Peso normal	18,5-24,99 kg/m ²
Delgadez leve	17-18,49 kg/m ²
Delgadez moderada	16-16,99 kg/m ²
Delgadez grave	15-15,99 kg/m ²
Delgadez extrema	< 15 kg/m ²

Tabla 2. Índice de masa corporal según la Organización Mundial de la Salud.

2.1.LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL

Con respecto a la intervención en Terapia Ocupacional y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hay diferentes teorías según varios autores.

Harris (1992) confirma que la terapia ocupacional beneficia la intervención con personas con trastornos de la conducta alimentaria, porque los terapeutas ocupacionales proporcionan una perspectiva única en el equipo multidisciplinar, mediante el uso de actividades significativas para el paciente, fomentando la salud y el bienestar.

Otros autores concluyen que los terapeutas ocupacionales promueven la salud y la participación a través de la ocupación, interviniendo en áreas ocupacionales y con la participación en actividades significativas capacitando a la persona para que logre el bienestar físico, social y mental. (Vaquero Sánchez & Solano Pinto, 2012)

Las personas con trastornos de la conducta alimentaria pueden tener dificultades en las actividades relacionadas con la alimentación y la salud. Pero además las personas con TCA tienen comprometidas otras áreas de la vida diaria como las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la educación, el trabajo y la participación social. (Berrueta et al., 2009)

Existe poca evidencia de terapia ocupacional en la intervención con personas con trastornos de la conducta alimentaria. La mayoría de las intervenciones se basan en aspectos médicos o mecanicistas, resaltando únicamente el componente alterado. Además, cuando describen la práctica, los documentos se centran en aspectos específicos, nada holísticos. (Rowes, Evans & Andersen, 2001)

Según Martín (2000) estudia las características que debe tener un terapeuta ocupacional en la intervención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, según distintos autores se admite que:

El terapeuta ocupacional debe tener conocimientos sobre dicha enfermedad y los principios terapéuticos. Debe ser una persona abierta, no invasivo, intuitivo, paciente, no crítico, capaz de transmitir confianza, manteniendo la confidencialidad, y ser respetuoso. También que tenga la capacidad de relacionarse con el paciente de manera que transmita empatía y ser tolerante hacia situaciones dolorosas y tratando de superar los retos del tratamiento. Además, tener espontaneidad, humor, visión amplia a ésta situación.

Se concluye que las terapeutas ocupacionales femeninas trabajan mejor con los trastornos de la alimentación, y dan gran importancia a la actitud personal hacia el énfasis de la sociedad actual en la delgadez. Por ejemplo, un terapeuta ocupacional que está preocupado por su propio peso no es el más adecuado para trabajar con personas con TCA.

Los terapeutas ocupacionales según Berrueta et al. (2009) que son queridos por su amabilidad, que aceptan a las personas y que son coherentes consigo mismos consiguen unos mejores resultados.

2.2.JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen en la actualidad un problema de salud pública muy importante y de un gran interés, además debido a la motivación derivada de las prácticas externas. También destacar la posible continuación de trabajar sobre dicho tema, al ejercicio futuro del terapeuta ocupacional, dando a conocer un campo que muchos desconocen.

El propósito de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica recopilando los estudios publicados sobre la anorexia nerviosa y la aplicación de la terapia ocupacional,

ya que el problema va en aumento en la sociedad y es un trastorno cada vez más frecuente.

Además, la sociedad y el consumo están estrechamente relacionados, pues la sociedad actual está fuertemente marcada por las prácticas de consumo, encaminadas por la publicidad, el marketing y en definitiva los medios de comunicación, que se hacen eco de industrias de importantes sectores como la moda, los cosméticos o las industrias farmacéuticas, creando necesidades en los sujetos con una intención puramente consumistas, muy vulnerables ante el marco social actual. El ideal de belleza que defienden los medios de comunicación masivos pasa por la extrema delgadez, una idea de belleza representada por los modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, de peso y altura son una verdadera excepción estadística. Actualmente, hacemos frente a ideales imposibles, que manifiestan la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional. (Castillo, 2006)

2.3.FACTORES PREDISPONENTES

Hay varios factores que pueden aumentar el peligro de padecer dicho trastorno, alguno de ellos son los siguientes:

- Factores físicos: Genes, efectos epigenéticos, complicaciones obstétricas, prematuridad, dificultades de alimentación en los primeros meses de vida y déficit del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal.
- Factores psicológicos: Trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, déficits cognitivos, autoevaluación negativa y baja autoestima.
- Factores sociales: Aislamiento, maltratos, profesión (atleta, bailarina de ballet...), educación sobreprotectora y problemas para crear vínculos. (Woerwarg-Mehta & Treasure, 2009)
- Factores familiares: Malos hábitos alimenticios, obesidad en algún miembro de la familia, conflictos como el alcoholismo o depresión.
- Factores individuales: Perfeccionismo y autocontrol, falta de autoestima, depresión, inseguridad, depresión... (Turón, 1999)

Según Martínez-González & Irala (2003) las chicas que comen en solitario, sin supervisión, y las hijas de padres divorciados, separados o viudos muestran un importante y significativo incremento del riesgo.

De ahí que sean tan efectivos los Centros de Día donde las pacientes aprenden a comer y qué comer. A lo que refiere a la Unidad Salmantina de Trastornos Alimenticios (USTA, 2016) dirigen el objetivo a poder cubrir todas las necesidades que precisan estos pacientes, desde el principio de la enfermedad acompañándolos en todo el proceso de una manera individualizada y personal hasta el final, proporcionando apoyo alrededor de todas las comidas sin aislar al paciente de su entorno familiar y social, tratando de normalizar la situación con la comida y disminuyendo el número de ingresos hospitalarios por lo que decrece el coste económico y social.

Castillo (2006) destaca otros factores en una sociedad de consumo que son notables como:

- La comercialización de la salud: Muchos de los métodos para mantenerse delgado y sano están totalmente comercializados, situando a la salud en un entorno social excluyente, insano, fruto del desarrollo económico que lanza al mercado el más extenso abanico de “productos milagro”, capaces de conseguir el éxito social a través del consumo de los mismos, éxito social que el consumidor enmascara bajo la apariencia de delgadez excesiva, escasez de curvas y reducción de centímetros. Se acentúa por la publicidad, las parafarmacias y tiendas dietéticas, y la venta a través de internet ya que están al alcance de todos, donde sólo se destacan las ventajas encubriendo al comprador las contraindicaciones y perjuicios que conlleva su consumo.
- La presión social y estereotipos sociales: Las dimensiones de la mujer han sido valoradas de forma diferente a lo largo de la historia del mundo desarrollado, siendo actualmente el momento en el que se exhibe mayor presión social. La preocupación por el cuerpo y la imagen corporal están tan extendida en la sociedad actual que se llega a entender como anormal la indiferencia por el aspecto; el culto al cuerpo, junto a la insatisfacción que produce, se convierte en factor que predispone a padecer anorexia o bulimia.
- El consumo de las pasarelas: En el mundo de la moda es donde existe mayor presión ante la preocupación por conseguir el cuerpo perfecto, donde las mujeres de entre 17 y 22 años desfilan dejando al descubierto una delgadez poco habitual, consiguiendo organismos poco saludables. Desde el punto de vista de

la producción empresarial, fundadora de necesidades por parte de diseñadores y promotores de moda, esconde la situación de modelos famélicas y escuálidas para salvar el aspecto económica de dicho problema. Se quita importancia al conflicto de creación de un prototipo de belleza no saludable, disfrazando el alegato de los medios de comunicación con el testimonio de modelos que elogian a los diseñadores y presumen de vidas y cuerpos perfectos, y se encubren tallas 32 y 34 de tallas 38. En conclusión, la belleza estereotipada va de la mano al éxito social y profesional.

- El sujeto de consumo: En la sociedad de consumo actualmente, donde conviven la abundancia y la información, el sujeto se mueve entre el exceso y la escasez por privación voluntaria. El ciudadano “se consume” materializando un modelo estereotipado de individuo valorado socialmente y con posibilidades de triunfo social; pero este sujeto es un ser afectado por dicho trastorno, de baja autoestima, manejado por la comunicación de masas y con objetivos propios imposibles. Los TCA hacen su aparición con fuerza ante este estereotipo social. La persona es débil, manipulable, y los TCA escogen a este tipo de sujeto como enfermos perfectos.

2.4.ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

Baldares (2013) refiere que la población en mayor riesgo de padecer los TCA es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia.

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad mental crónica más común que afecta a las adolescentes, con una incidencia de alrededor del 5%. Este trastorno tiene la mortalidad más alta de los trastornos psiquiátricos y causa graves complicaciones médicas (Toulany, Wong, Katzman, Akseer, Steinegger, Hancock-Howard & Coyte, 2015). Los efectos de la anorexia nerviosa en la salud física y psicológica de los adolescentes son graves, además de proporcionar una baja calidad de vida. (Kuek, Utpala, & Lee, 2015)

La AN, clásicamente considerada una enfermedad de la clase media y alta de las áreas metropolitanas, se ha convertido hoy en una enfermedad global que no tiene raza, clase social, sexo, ni edad e involucra incluso a niños menores de doce años. La

prevalencia de AN es de 0,5% a 1% y la relación de mujeres a hombres es de 10: 1. (Lenoir & Silber, 2006)

Los estudios realizados en relación a la anorexia nerviosa señalan que el trastorno completo que cumple todos los criterios diagnosticados del DSM-V, se da entre un 0,5 a un 1% de las mujeres entre 14-17 años (es menos frecuente por debajo de los 12 años y por encima de los 30 años) la edad de mayor riesgo es la adolescencia en los países industrializados, siendo este problema casi desconocido en los países menos industrializados (Martínez-González & Irala, 2003)

En España, la población de mayor riesgo son las mujeres en el rango de edad de 12 a 21 años, obteniéndose una prevalencia del 0,14% al 0,9% en el trastorno de la conducta alimentaria que nos hemos centrado. En el caso de varones adolescentes la prevalencia es del 0%. (Vaquero Sánchez & Solano Pinto, 2012)

Aproximadamente dos millones de jóvenes españoles inician dietas para adelgazar cada año. Aproximadamente 2.500 chicas serán pacientes con anorexia nerviosa cada año. En la actualidad no existen servicios de salud suficientes para atenderlas, ni personal preparado para ello. Podríamos denominarlo como una “epidemia de los trastornos del comportamiento alimentario”. Trastornos que no son un capricho, sino enfermedades muy serias con tendencia a la cronicidad e incluso a la muerte y que originan una disfunción importante en quienes los padecen y en sus familias. (Cilleros Sánchez & Duran Vivas, 2005)

3. OBJETIVOS

- Realizar una revisión bibliográfica en relación con los trastornos de la conducta alimentaria y la intervención desde la terapia ocupacional.
- Profundizar en las variables más estudiadas a lo largo de los años dentro del tema que nos ocupa.
- Estudiar las características y variables abordables desde la terapia ocupacional en un caso específico de anorexia nerviosa.

4. METODOLOGÍA

Actualmente, en los medios de comunicación y en la literatura especializada, son habituales las noticias sobre los trastornos de la conducta alimentaria entre nuestros jóvenes, y en consecuencia, son frecuentes los estudios derivados de dicha práctica. Por este motivo y con el objetivo de conocer el estado actual de los trastornos alimentarios y la terapia ocupacional, planificamos realizar una revisión bibliográfica, utilizando como límites diferentes descriptores en función de los aspectos que queríamos estudiar.

Así pues, en noviembre de 2015 se realizó una búsqueda bibliográfica en dos bases de datos; PsycINFO y PubMed.

4.1.MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS

La búsqueda se ha realizado en el periodo de los últimos 10 años, utilizando las bases de datos PUBMED y PSYCINFO:

PubMed Central (PMC) es una base de datos de acceso libre, a texto completo de las ciencias biomédicas y biológicas de los Institutos Nacionales de Estados Unidos de la Biblioteca Nacional de Salud de Medicina. El idioma de publicación es el inglés y se lleva haciendo uso desde 1966 hasta la actualidad. Si introducimos sólo el término de “occupational therapy” hay un total de 26.957 artículos.

Psycinfo, base de datos bibliográfica de la Asociación Americana de Psicología, con más de 4 millones de registros bibliográficos centrados en la psicología y las ciencias sociales y del comportamiento, el contenido interdisciplinario en PsycINFO® hace que sea una de las bases de datos más altamente utilizado por estudiantes, investigadores, educadores y profesionales de todo el mundo. El idioma de publicación, al igual que la primera base de datos, es el inglés y lleva activa desde 1872 hasta nuestros días. Si añadimos sólo el término de “occupational therapy” se obtiene un total de 12.377 artículos.

Las palabras clave con las que se han encaminado la búsqueda han sido: “anorexia”, “terapia ocupacional” y “trastornos alimenticios” en inglés (anorexia, occupational therapy and eating disorders).

En el proceso se han eliminado los duplicados, y en total hubo un resultado de 173 artículos. De todos ellos recuperamos la fecha de publicación, para poder averiguar

Anorexia nerviosa y terapia ocupacional

cómo ha sido el avance de dicho tema en el periodo de tiempo estipulado, es decir, cronológicamente en el transcurso del tiempo.

También agrupamos a los autores que más artículos han publicado sobre anorexia y terapia ocupacional, además de las revistas científicas que mayor número de publicaciones han divulgado.

Extraemos las palabras claves, de las cuales han hecho uso los autores en los títulos de sus artículos y analizamos su frecuencia para poder extraer qué variables, dentro del tema general de trastornos de la conducta alimentaria y terapia ocupacional, han interesado desde el punto de vista experimental.

Asimismo, destacar el idioma en el que ha sido publicado para observar qué lengua es la que más prevalece a la hora de publicar artículos, la gran mayoría han sido publicados en inglés, ya que es el idioma universal porque es el más hablado del mundo. Un pequeño porcentaje son en alemán, francés u japonés.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los resultados de la búsqueda ofrecieron un total de 173 artículos, donde el número de publicaciones por año (Gráfico 1) no se ha mantenido estable durante los 10 últimos años, desde el 2005 hasta el 2015. Como podemos observar, en el 2005 hay 12 publicaciones. Sin embargo, al año siguiente se observa una notable caída con menos de la mitad de número de publicaciones.

Más adelante, en el año 2007 hay un ascenso de 16 publicaciones y en los tres años consecutivos tiende a la estabilidad con una media de 12 publicaciones.

A partir del 2011 hasta el 2013 se aprecia un brutal incremento hasta llegar a casi 30 publicaciones, a partir de aquí al 2015 el descenso es inmediato, con un total de publicaciones como al principio de este estudio, en el 2005.

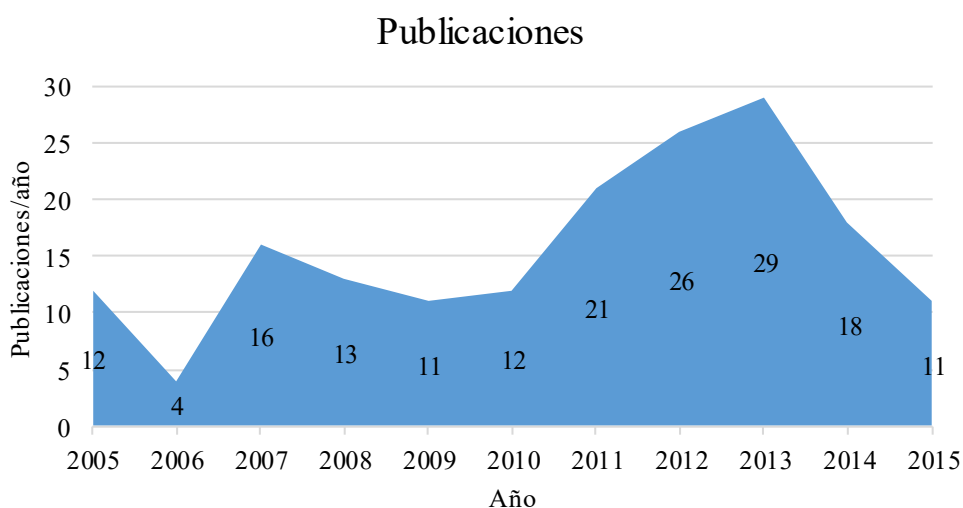


Gráfico 1. Publicaciones por año

A continuación, analizamos qué autores, a lo largo de estos diez años, han presentado un mayor número de artículos relacionados con la anorexia nerviosa y la terapia ocupacional. Como se puede observar en el gráfico 2, aparecieron un total de 10 investigadores, de los cuales, la que ostentaba mayor productividad, con 4 artículos, era Erika Gisel, licenciada en terapia ocupacional, profesora titulada de la Escuela de fisioterapia y terapia ocupacional de la Universidad McGill,



Fig. 1. Erika Gisel
(Montréal métropolitain)

(Canadá) e investigadora asociada del Hospital judío de Rehabilitación del Centro integrado de Salud y Servicios Sociales de Laval. Los intereses de investigación de la Dra. Gisel se dirigen hacia la evaluación y el tratamiento de personas con problemas alimenticios de origen neurológico. Los estudios que examinan marcadores tempranos de problemas sensoriales orales en los niños con discapacidades de alimentación, así como la influencia de los comportamientos repetitivos en el desarrollo motor en niños con trastornos del espectro autista que están actualmente en curso.



Fig. 2. Brenda Vrkljan
(School of Rehabilitation
Science)

Brenda Vrkljan, terapeuta ocupacional y profesora de la Universidad McMaster (Canadá). Investigadora principal del equipo de McMaster-Candrive, con un interés exagerado de lo importante que es conducir un automóvil a sus pacientes, la falta de pruebas de investigación para abordar el tema de la conducción de mayores hizo que ella completara el doctorado en Ciencias de la Rehabilitación. La productividad de este autor es de 3 artículos, dos de ellos publicados en *OTJR: Occupation, Participation y Health*.

Otra autora que destaca es Martina de Zwaan, directora de la Clínica de Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Universidad de Hannover, especialista en Medicina Psicosomática y Psicoterapia y especialista en Psiquiatría, con tres artículos. Sus prioridades de investigación son los trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón; los aspectos psicosociales de la cirugía bariátrica y la investigación de la psicoterapia.



Fig. 3. Martina de Zwaan
(Medizinische Hochschule
Hannover)



Fig. 4. Jens Faber

Jens Faber, pertenece Departamento de Cardiología y Endocrinología del Hospital Frederiksberg, en Dinamarca.

Christina Hansen, pertenece al departamento de terapia ocupacional del Hospital Universitario de Herlev, (Dinamarca).



Fig. 5. Chistina Hansen



Fig. 6. Heather Lambert
(School of Physical &
Occupational Therapy)

Destaca también Heather Lambert, profesora de la Universidad McGill (Canadá), en la Escuela de terapia ocupacional y fisioterapia. Su investigación y los intereses clínicos giran en torno a la alimentación, los trastornos y otras dificultades para llevar a cabo la deglución. Cuenta con 3 artículos publicados, uno de ellos como primer firmante y dos de los trabajos publicados en la *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.

Por último, mencionar a Antonia Gomez-Conesa, ya que es la única autora española, es diplomada en Fisioterapia, diplomada en Enfermería, y Especialidad de Pediatría, por la universidad de Valencia; Licenciada en kinesiólogía y fisiatría; y Licenciada en psicología (1983) y Doctora (1996) por la Universidad de Murcia. Catedrática de la Escuela Universitaria de Fisioterapia en la Universidad de Murcia.



Fig. 7. Antonia Aurelia Gómez-Conesa
(Candidatura Junta Permanente AEF)

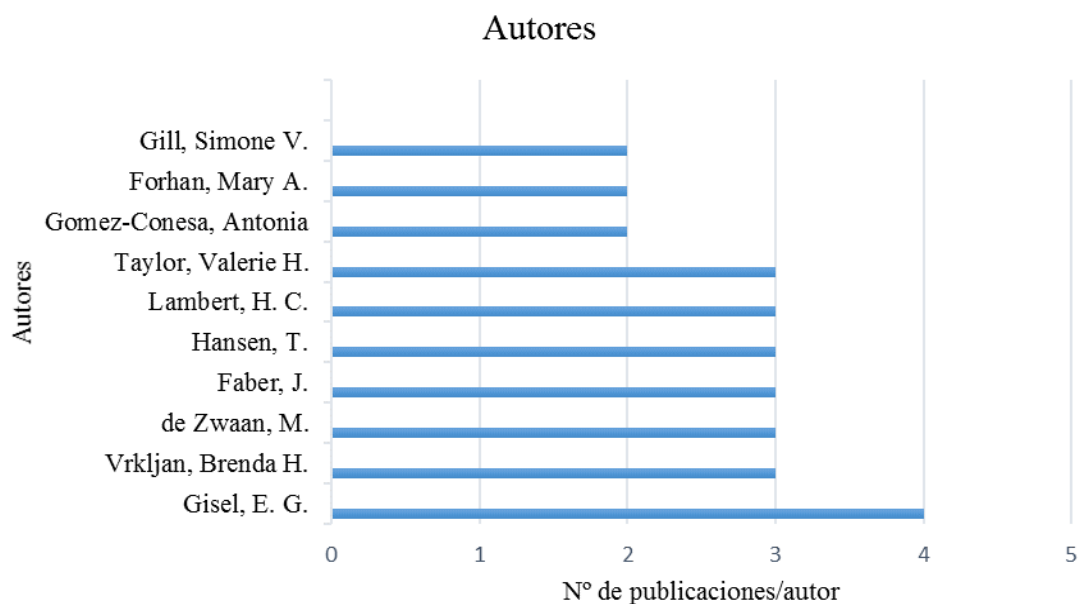


Gráfico 2. Productividad por autores

Las revistas que tienen más publicaciones sobre la anorexia y la terapia ocupacional son *The American Journal of Occupational Therapy* y *Occupational Therapy in Health Care*.

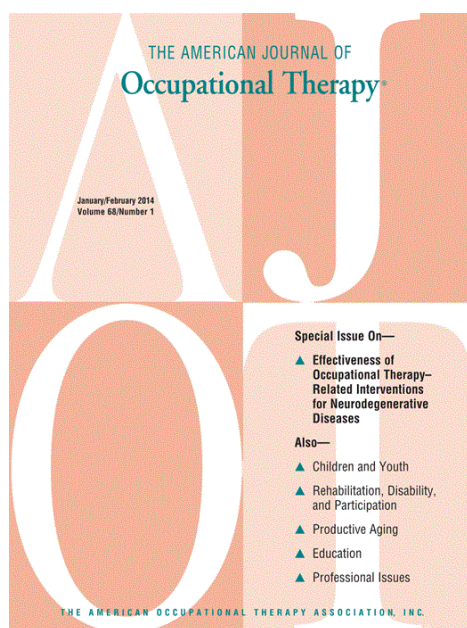


Fig. 8. The American Journal of Occupational Therapy

The American Journal of Occupational Therapy, es una revista oficial de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, revisada que se centra en la investigación, la práctica y los problemas de salud en el campo de la terapia ocupacional y es la revista principal para la investigación en terapia ocupacional. Los temas de mayor relevancia tratados son sobre las condiciones neurológicas, evaluación e intervención pediátrica, la rehabilitación, la participación y la discapacidad, así como la educación de los terapeutas ocupacionales y asistentes de los terapeutas ocupacionales. (American Occupational Therapy Association, 2016).

Occupational Therapy in Health Care, es un diario de la práctica contemporánea en terapia ocupacional desde 1984 hasta la actualidad. Se proporciona a los profesionales de terapia ocupacional con un foro para mantenerse al día sobre los actuales métodos y teorías del área. Centrado en la práctica cotidiana, la revista aborda las preocupaciones de los nuevos y experimentados terapeutas, presentando innovaciones en las evaluaciones de los clientes y los tratamientos, resultados de investigaciones actuales, revisiones críticas de libros de texto actuales, descripciones de nuevos programas y descripciones de las innovaciones del trabajo de campo.

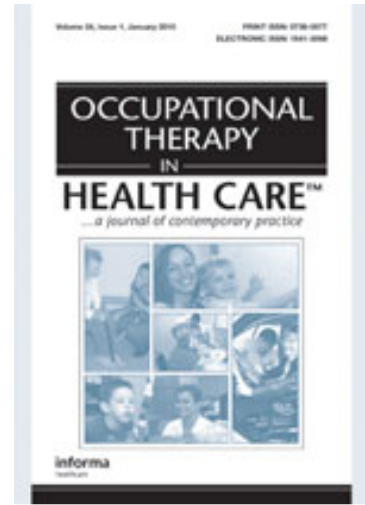


Fig. 9. Occupational Therapy in Health Care

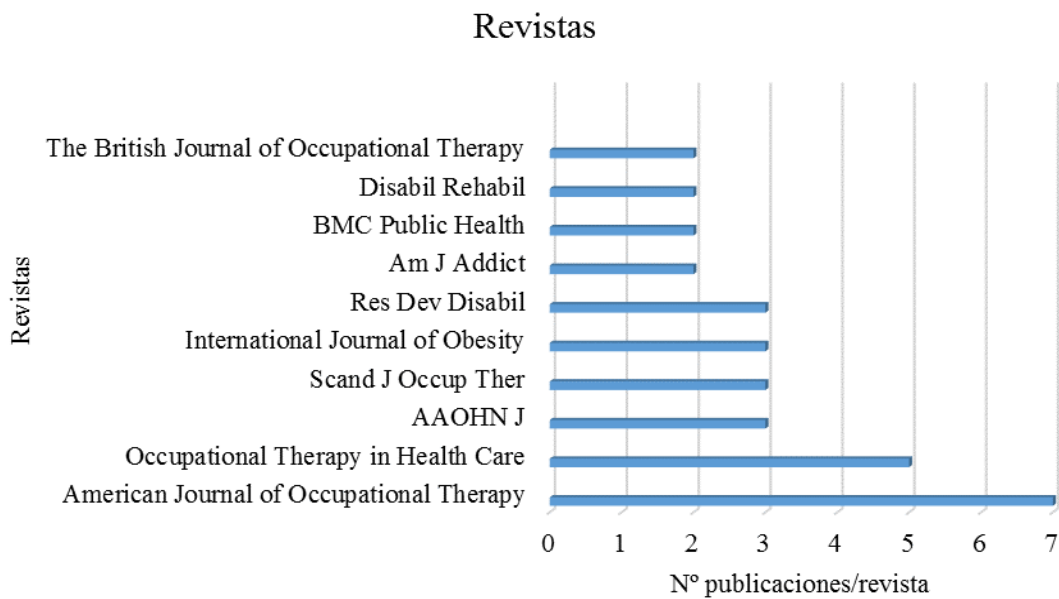


Gráfico 3. Productividad según las revistas

Analizamos las palabras clave utilizados en los trabajos encontrados, que se representa en el gráfico 4, obviando las palabras introducidas en la búsqueda, por cuestiones obvias.

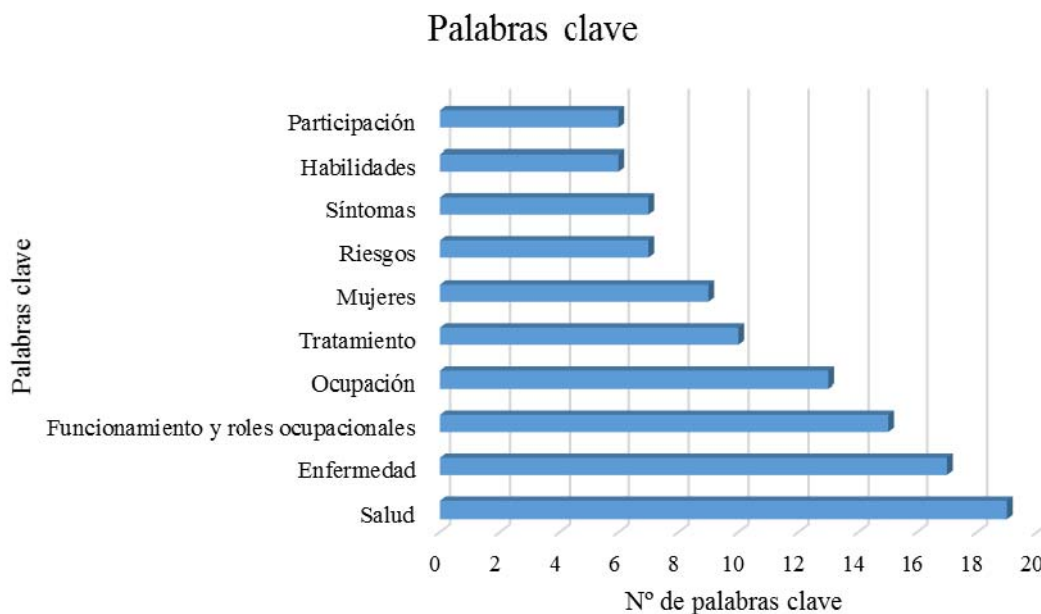


Gráfico 4. Palabras clave

Este análisis es particularmente interesante pues nos ofrece información de las áreas que más se están estudiando dentro de nuestro campo de interés. Entre los descriptores más destacados, una vez eliminadas las palabras clave utilizadas en la búsqueda, se encuentran salud (*Health*), enfermedad (*Disease*), funcionamiento y roles ocupacionales (*Occupational functioning and roles*) y ocupación (*Occupation*). También resultan relevantes su tratamiento, riesgos y síntomas (*Intervention; Risk; Symptom*), así como las habilidades que requiere la terapia ocupacional y habilidades motoras (*Skills*) y participación como programa de rehabilitación en las actividades de la vida diaria y el aspecto social (*Participation*). Además, reflejando que dichos trastornos ocurren mayormente en las mujeres (*Women*).

Como viene siendo habitual, el idioma en el que se publica la información científica, casi con exclusividad es sin duda el inglés, en nuestra búsqueda asciende a un 87,28 % de las referencias encontradas. A continuación, el idioma del que más hacen uso con un 2,31 % es el alemán.

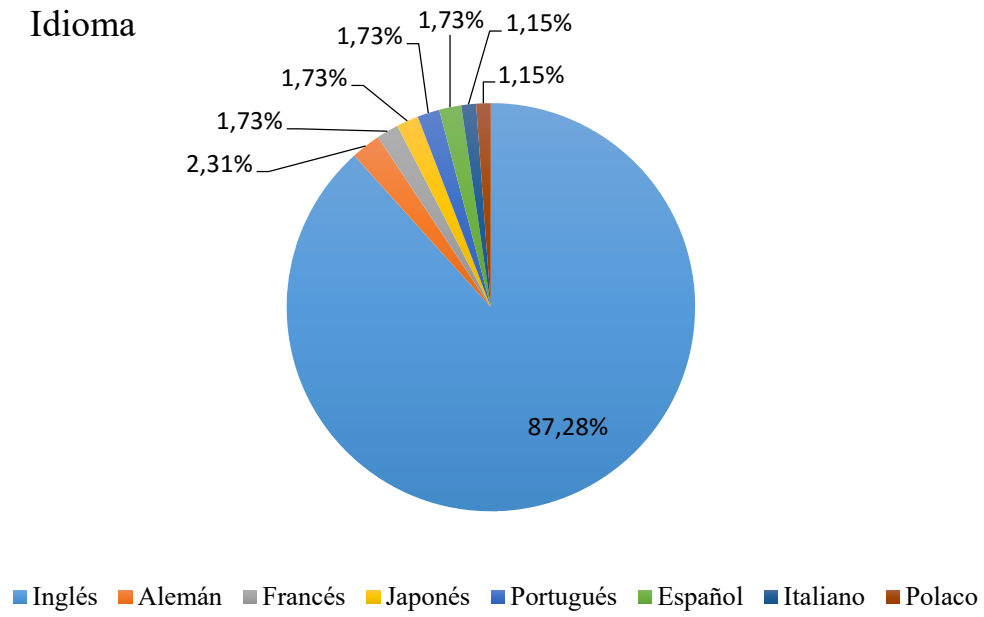


Gráfico 5. Idiomas de las publicaciones

6. CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Niña de 5 años que acude a NeuroPed para evaluación debido a que observan un retraso en el aprendizaje y falta de atención en tareas grupales y en febrero fue diagnosticada de epilepsia. Además, la pequeña presentó problemas de alimentación que le provocó retraso madurativo.

Antecedentes:

No presentan antecedentes importantes durante el embarazo y el parto.

En lo que refiere con antecedentes médicos, diagnosticada de reflujo gastroesofágico administrando Ranitidina. La niña fue diagnosticada a una edad muy temprana de anorexia infantil. Actualmente acepta todos los alimentos y su ingesta se ha normalizado, sin embargo, su peso se encuentra todavía por debajo de lo esperado para su edad.

Respecto a los antecedentes familiares, la madre refiere problemas de anorexia nerviosa resuelta en su juventud.

Evaluación Terapia Ocupacional:

- Batería de evaluación del movimiento para niños MABC-2. (Anexo I)
- Subtest de imitación de configuraciones de la mano de la Batería Neuropsicológica NEPSY-II.
- Cuestionario del perfil sensorial aplicado a padres Sensory Profile. (Anexo II)
- Evaluación estructurada de la sensibilidad. (privadas de la empresa)
- Evaluación estructurada de la grafía. (privadas de la empresa)

Resultados de la evaluación:

La niña muestra unos resultados a nivel de destrezas manipulativas finas, muy por debajo de lo esperado para su edad.



Fig. 10. Centro de neurorehabilitación pediátrica integral S. L. (NeuroPed)

En cuanto al control de trazo se observan dificultades en la producción de los mismos, tamaño excesivo de las letras y trazo ascendente, así mismo la presión de la escritura es excesiva (posiblemente debido a la elevación de la ansiedad).

A nivel de procesamiento sensorial presenta dificultades para discriminar el punto donde se le ha aplicado el estímulo tanto a nivel superficial como profundo. No es capaz de identificar el dedo donde se le aplica la estimulación y no distingue el dorso de la mano del antebrazo. En la palma no distingue si el estímulo ha tocado en los dedos o en la palma de la mano y no identifica entre unos dedos u otros.

A nivel observacional se aprecia gran dificultad para tragar (disfagia orofaríngea), también se muestra temerosa durante la valoración y en ocasiones no quiere colaborar en las actividades propuestas, o las realiza con pocas ganas. Hay momentos de la valoración en las que comienza a llorar. El segundo día de la valoración está más colaboradora y con ganas de realizar las actividades. Cuando la actividad le gusta sonríe. Durante la valoración de terapia ocupacional se consigue terminar ofreciéndole entre medias de las pruebas una tarea motivante para ella, por ejemplo, realizar un collar.

Objetivos:

- Mejorar las destrezas manipulativas finas.
- Mejorar el control del trazo y fomentar los prerrequisitos grafomotores.
- Trabajar el procesamiento sensorial, propioceptivo y táctil.

Plan de intervención:

Por cuestiones de tiempo, no se llegaron a aplicar las propuestas de intervención. La intervención propuesta fue la siguiente:

Es importante destacar la intervención familiar además de la individual, ya que si los padres no colaboran no será de gran ayuda las sesiones realizadas individualmente.

Nos centraremos en la intervención mediante el juego, dada la edad de la niña, ya que está enfocado a conseguir un objetivo, y permite que el niño esté activo e intrínsecamente motivado siendo recíproco con la terapeuta ocupacional. El modelo de trabajo en la intervención es el modelo de la ocupación humana, ya que la actividad humana es necesaria para la vida. El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner, aborda la motivación de la persona hacia lo que hace y elige hacer, el

patrón de vida ocupacional (hábitos y roles), la capacidad del desempeño (habilidades físicas y mentales objetivas y dimensión subjetiva), y la influencia del ambiente en la ocupación.

Tareas

Todas ellas se desarrollan a lo largo de 2 actividades semanales (actividad 1 y actividad 2), de los cuales detallamos la primera actividad (actividad 1).

Tarea 1. **“Juego libre”**: Ya que la niña es muy tímida, le daremos a elegir los juegos a los que prefiere jugar, con la finalidad de coger confianza. Comienza subiéndose por unas escaleras de plástico y tirándose continuamente de una rampa, esto hace que formemos un circuito motor para que lo vaya realizando trabajando precisión, equilibrio, coordinación entre otros aspectos. Para finalizar le damos a elegir entre un puzzle o un juego para trabajar la visoconstrucción. Decide realizar el puzzle.

Tarea 2. **Fuerza y precisión**: Se empieza saliendo al patio donde hay números pintados en el suelo y colocándose en un punto exacto, lanzando pelotas de diferentes pesos y texturas ya que en este caso la niña no tiene un peso adecuado para su edad y hay que fortalecer los músculos, además de trabajar el procesamiento táctil.

Tarea 3. **Psicomotricidad**: Se organiza un circuito motor, colocando diferentes obstáculos para saltarlos o sobrepasarlos, como aros, ladrillos separados para que los pise, superficies inestables y alturas diferentes para el trabajo de la propiocepción, equilibrio, seguimiento ocular.

Tarea 4. **Integración sensorial**: Debido a que el procesamiento sensorial se encuentra alterado, se trabaja para facilitar la entrada de estas experiencias sensoriales con el fin de hacer que el niño mejore en su participación y en su capacidad de desempeño. Integración sensorial para que consiga reconocer el contraste de agua caliente y cubos de hielo, así como la concentración al coger con las manos los estímulos visuales.

Tarea 5. **Control de impulsos y precisión**: Se realiza un cascaron de huevo con un globo y enrollándolo con cuerda, y después pegándolo con cola para que se seque. A continuación, corta los pollitos y los plastifica para volverlos a recortar. Además, se corta el cascaron para poner los pollitos allí. Ésta actividad la realiza la paciente junto a la terapeuta ocupacional.

Tarea 6. **Grafía:** Se comienza jugando con la arena terapéutica para que haga construcciones con las manos y desarrollar la motricidad fina. A continuación, la paciente escribe sobre sal de color una letra para que la terapeuta la reconozca, porque está con los ojos cerrados, y viceversa. Además, se le da a la paciente una ficha de grafía para que la realice siempre con supervisión y siendo corregida por la terapeuta ocupacional.

Tarea 7. **Estimulación sensorial:** Se comienza pasándole diferentes texturas, así como piezas de puzzle, espuma, plumas y vibraciones en el miembro superior, para que impregnen y activen los sentidos de forma natural o programada, para que vaya aceptando el procesamiento sensorial.

Tarea 8. **Motricidad fina:** Además de la visoconstrucción y visopercepción, escogemos un juego que hay que ir uniendo bolas y palos para la realización de una figura geométrica según la ficha que se le ponga, ya sea en 2-D ó 3-D. Se continua con una torre compuesta de bloques y hay que conseguir quitar los bloques de uno en uno intentando que no se caiga la torre, hay que tener mucha precisión y no ser impulsivo, además de coordinación y atención.

Tarea 9. **Creatividad e imaginación:** Sobre un mandala impreso la paciente tiene que pintarlo con “DiverMagic”, dependiendo de la intensidad con la que se aplique saldrá más pintura o menos, por eso hay que controlar bien la fuerza, el control de la extremidad superior y la motricidad fina.

Tarea 10. **Rocódromo:** Se ponen en el rocódromo letras con relieve, con la finalidad de coger las letras del rocódromo para reconocerlas y así se trabajan varios objetivos, como el equilibrio, propiocepción además de prerrequisitos grafomotores y reconocimiento de letras.

Tarea 11. **Esquema corporal:** Taller en frente del espejo, para el trabajo de la expresión corporal, así la terapeuta ocupacional va haciendo figuras con su cuerpo y la paciente tiene que imitarlas enfrente de un espejo, desarrollando la propiocepción y aceptación de su cuerpo.

Tarea 12. **Taller AVD:** Se realiza un taller para aprender a cortar con cuchillo, utilizamos plastilina como si fuera la carne, y se le da a la paciente un plato, cuchillo y tenedor de plástico, para imitar la acción de cortar comida con cuchillo, ya que es una

AVD. La terapeuta ocupacional le va guiando el movimiento para la realización de la acción, y se va repitiendo

Cronograma:

Dos sesiones a la semana de T.O. durante un tiempo de 45 minutos cada sesión. Explicamos 12 objetivos que se desarrollarán en 24 actividades distintas a lo largo de 3 meses, aproximadamente, en función de los avances de la paciente.

TAREAS	TEMPORIZACIÓN SEMANAL/AÑO 2016											
	Sep Sem 1	Sep Sem 2	Sep Sem 3	Sep Sem 4	Oct Sem 1	Oct Sem 2	Oct Sem 3	Oct Sem 4	Nov Sem 1	Nov Sem 2	Nov Sem 3	Nov Sem 4
“Juego libre”	Activi 1						Activi 2					
Fuerza y precisión	Activi 1						Activi 2					
Psicomotricidad		Activi 1						Activi 2				
Integración sensorial		Activi 1						Activi 2				
Control de impulsos y precisión			Activi 1						Activi 2			
Grafía			Activi 1						Activi 2			
Estimulación sensorial				Activi 1						Activi 2		
Motricidad fina				Activi 1						Activi 2		
Creatividad e imaginación					Activi 1						Activi 2	
Rocódromo					Activi 1						Activi 2	
Esquema corporal						Activi 1						Activi 2
Taller AVD						Activi 1						Activi 2

Tabla 3. Cronograma de la propuesta de intervención del caso clínico.

7. CONCLUSIONES

1º El número de publicaciones ha ido en ascenso, en el periodo de tiempo estudiado, si bien destacar el 2010 como año de inflexión en los estudios sobre el tema, posiblemente debido a la evolución del problema por diferentes factores como físicos, psicológicos, sociales, y por supuesto, los referentes en una sociedad de consumo.

2º La investigación en la intervención de los TCA exclusivamente desde la terapia ocupacional, es escasa en contrapunto a la gran importancia y prevalencia de éste trastorno y a las intervenciones cada vez más necesarias de los TO en el tratamiento.

3º Casi el 90% de las publicaciones están publicadas en inglés, idioma casi exclusivo, en el que en la actualidad se utiliza en el lenguaje científico.

4º Resulta destacable que los investigadores son norteamericanos, ya que es donde nace la terapia ocupacional y allí la investigación es muy elevada, en comparación con otras nacionalidades.

5º En la planificación del tratamiento el primer objetivo, dada la edad de la paciente, sería la motivación para asegurar el interés en las tareas a realizar.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBOR-COHS, M. (2012). *Manual de Referencia del Curso Máster en Psicología, especialidad Psicología Clínica y de la salud*. Madrid-Bilbao: Autor. Recuperado a partir de <http://psicosanse.es/wp-content/uploads/PDF/MasterModuloalimentacion2012.pdf>
- American Occupational Therapy Association. (2016). American Journal of Occupational Therapy. Recuperado de <http://www.aota.org/Publications-News/AmericanJournalOfOccupationalTherapy.aspx>
- American Psychiatric Association (Ed. Panamericana). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, Autor.
- American Psychiatric Association (Ed. Panamericana). (2001). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Masson, Autor.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475–482.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), 22–33.
- Berrueta Maeztu L.M., Bellido Mainar J.R., Sanz Valer P., Rubio Ortega C. (2009). Terapia ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Terapia Ocupacional Gallega*, 6 (5), 216-229.
- Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A. B., Thornton, L. M., Huckins, L. M., Southam, L., ... Bulik, C. M. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*, 19(10), 1085-1094. <http://doi.org/10.1038/mp.2013.187>
- Candidatura Junta Permanente Asociación Española de Fisioterapeutas, (2012). Antonia Aurelia Gómez-Conesa. Recuperado a partir de <http://www.aefi.net/Portals/1/Documentos/CV%20Antonia%20G%C3%B3mez%20Conesa.pdf>
- Castillo Pachón, B. (2006). Sociedad de consumo y trastornos de la conducta alimentaria. *Unión de consumidores de Andalucía*, 4, 321-335.
- Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, (2016). Erika Gisel. Recuperado a partir de <http://www.crir.ca/?C296C99F-9FE8-4785-9B13-97DDB069A1D7&extendedview=1&extendedres=F5D2DA38-87C1-4828-967A-D5DBC3DE0EEB¶meters=MemType:1|ID:32>
- Cilleros Sánchez, M. C. & Durán Vivas M. J. (2005). Programa de intervención sobre imagen corporal en anorexia nerviosa desde terapia ocupacional. *6º Congreso Virtual de Psiquiatría*. 1-25.
- Harris, P. (1992). Facilitating change in anorexia nervosa: the role of occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 55 (9), 334-339.
- Kuek, A., Utpala, R., & Lee, H. (2015). The clinical profile of patients with anorexia nervosa in Singapore: a follow-up descriptive study. *Singapore Medical Journal*, 56(06), 324-328. <http://doi.org/10.11622/smedj.2015090>
- Lenoir, M., & Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 253–260.
- Martin, J. E. (2000). *Eating disorders, food and occupational therapy*. London: Whurr Publishers.

Anorexia nerviosa y terapia ocupacional

- Martínez-González, M. A., & Irala, J. de. (2003). Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 17(5), 347–350.
- Medizinische Hochschule Hannover, (2016). Martina de Zwaan. Recuperado a partir de <https://www.mh-hannover.de/24843.html>
- Perpiñá, C. (2008). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sandín Ferrero, B. y Ramos, F.: *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rowers, W. A., Evans, K., & Andersen, A. E. (2001). Tratamiento residencial de los trastornos alimentarios mediante terapia cognitiva. *RET: Revista de toxicomanías*, 29, 18–43.
- School of Physical & Occupational Therapy, (2016). Heather Lambert. Recuperado a partir de <https://www.mcgill.ca/spot/our-faculty/lambert>
- School of Rehabilitation Science, (2016). Brenda Vrkljan. Recuperado a partir de <http://srs-mcmaster.ca/staff/brenda-vrkljan/>
- Toulany, A., Wong, M., Katzman, D. K., Akseer, N., Steinegger, C., Hancock-Howard, R. L., & Coyte, P. C. (2015). Cost analysis of inpatient treatment of anorexia nervosa in adolescents: hospital and caregiver perspectives. *CMAJ Open*, 3(2), E192-E197. Recuperado a partir de <http://doi.org/10.9778/cmajo.20140086>
- Turón. (1999). Prevención de los trastornos de la alimentación. *Laboratorios Esteve*, 2. Recuperado a partir de: <http://aban.es/2factanorex.htm>
- Unidad Salmantina de Trastornos de la Alimentación, (2016). Nuestros servicios. Recuperado a partir de <http://usta.es/servicios.php>
- Vaquero Sánchez, M., & Solano Pinto, N. (2012). Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *Revista de terapia ocupacional Gallega*, 9 (15), 1-21.
- Woerwag-Mehta,S., & Treasure, J. (2009). Causas de la anorexia nerviosa. *Revista Psiquiatría Biológica Elsevier*, 16 (1), 32-7.
- World Health Organization (Ed.). (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Décima revisión. [10a rev.]). Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

9. ANEXOS

Anexo I – Batería de evaluación del movimiento para niños - 2

Definición	Test utilizado para detectar trastornos del desarrollo de la coordinación en los niños y adolescentes de entre 4 y 16 años de edad. Evaluación de dificultades para la coordinación de movimientos globales y/o finos en contextos muy diferentes: escuela, juegos, casa, etc.
Áreas de Evaluación	<p>de 8 pruebas que evalúan la competencia motriz del niño (motricidad fina, integración motora fina, destreza manual, coordinación bilateral, equilibrio, agilidad y velocidad, coordinación de extremidades superiores y fuerza)</p> <ul style="list-style-type: none">• Destreza manual.• Puntería y atrape.• Equilibrio. <p>Incluye la lista de observación conductual.</p>
Puntuaciones	<ul style="list-style-type: none">➤ Puntuación directa: mejores puntuaciones que saca el niño. Depende de la prueba se puntúa cronometrando según el tiempo y por aciertos y errores.➤ Puntuación escalar: Tabla de equivalencias según la puntuación directa.➤ Puntuación de las tres dimensiones: Suma de las puntuaciones escalares de las subpruebas de las tres dimensiones.➤ Puntuación total: Suma total de la puntuación de las tres dimensiones.➤ Percentil: Tabla de equivalencia según la puntuación escalar, es un porcentaje.

Destreza manual

Pruebas aplicadas por rango de edad			
Pruebas	Rango 1 (4-6 años)	Rango 2 (7-10 años)	Rango 3 (11-16 años)
Introducir monedas	✓		
Enhebrar cuentas	✓		
Dibujar el trazado 1	✓		
Insertar clavijas		✓	
Entrelazar el cordel		✓	
Dibujar el trazado 2		✓	
Voltear clavijas			✓
Montar un triángulo			✓
Dibujar el trazado 3			✓

Puntería y atrape

Pruebas aplicadas por rango de edad			
Pruebas	Rango 1 (4-6 años)	Rango 2 (7-10 años)	Rango 3 (11-16 años)
Atrapar el saquito	✓		
Lanzar el saquito a una diana	✓		
Atrapar con dos manos		✓	
Lanzar el saquito a una diana		✓	
Atrapar la pelota con una mano			✓
Lanzar a una diana			✓

Equilibrio

Pruebas aplicadas por rango de edad			
Pruebas	Rango 1 (4-6 años)	Rango 2 (7-10 años)	Rango 3 (11-16 años)
Equilibrio sobre una pierna	✓		
Andar de puntillas	✓		
Saltar sobre alfombrillas	✓		
Equilibrio sobre un soporte		✓	
Andar adelante talón-punta		✓	
Saltar a la pata coja en línea		✓	
Equilibrio sobre dos soportes			✓
Andar atrás talón-punta			✓
Saltar a la pata coja en zig-zag			✓

Anorexia nerviosa y terapia ocupacional

+ La Lista de observación conductual (edad: de 5 a 12 años)

Se centra en el modo en el que el niño realiza las tareas cotidianas en casa y en la escuela. Es una forma sencilla para evaluar la competencia motriz de los niños.

Consta de:

- Competencias motoras: 30 ítems agrupados en un entorno estático y en un entorno dinámico.
- Factores no motores: Evalúa aspectos de comportamientos como la falta de atención o la desorganización, que puede dificultar al ejecutar y/o aprender habilidades motrices.



Anexo II – Perfil sensorial

El Sensory Profile 2 está recomendado para:

- Identificar y documentar el procesamiento sensorial en la participación del niño en casa, el colegio y la comunidad.
- Obtener información valiosa sobre los puntos fuertes y retos del niño a nivel sensorial.
- Desarrollar planes de tratamiento eficaces, intervenciones y estrategias de rehabilitación en la vida diaria.
- Se pasa a los padres de los niños a partir de 3 años.

Procesamiento sensorial	*Procesamiento sensorial	_ / 40
	*Procesamiento visual	_ / 45
	*Procesamiento vestibular	_ / 55
	*Procesamiento táctil	_ / 90
	*Procesamiento multisensorial	_ / 35
	*Procesamiento sensorial oral	_ / 60
Modulación	*Proc. sensorial relacionado con la resistencia/ tono	_ / 45
	*Modulación relacionada con la postura y cuerpo	_ / 50
	*Modulación del movimiento que afecta a nivel de actividad	_ / 35
	*Modulación de información sensorial que afecta a las reacciones emocionales	_ / 20
	*Modulación de información visual que afecta a las reacciones emocionales y nivel de actividad	_ / 20
Reacciones emocionales y del comportamiento	*Reacciones emocionales/sociales	_ / 85
	*Resultados del proc. sensorial en el comportamiento	_ / 30
	*Ítems que indican la base para respuestas	_ / 15



SENSORY PROFILE

Winrie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

Caregiver Questionnaire

Child's Name: _____ Birth Date: _____ Date: _____

Completed by: _____ Relationship to Child: _____

Service Provider's Name: _____ Discipline: _____

INSTRUCTIONS

Please check the box that best describes the frequency with which your child does the following behaviors. Please answer all of the statements. If you are unable to comment because you have not observed the behavior or believe that it does not apply to your child, please draw an X through the number for that item. Write any comments at the end of each section. Please do not write in the Section Raw Score Total row.

Use the following key to mark your responses:

- | | |
|---------------------|--|
| ALWAYS | When presented with the opportunity, your child always responds in this manner, 100% of the time. |
| FREQUENTLY | When presented with the opportunity, your child frequently responds in this manner, about 75% of the time. |
| OCCASIONALLY | When presented with the opportunity, your child occasionally responds in this manner, about 50% of the time. |
| SELDOM | When presented with the opportunity, your child seldom responds in this manner, about 25% of the time. |
| NEVER | When presented with the opportunity, your child never responds in this manner, 0% of the time. |

Copyright © 1999 by The Psychological Corporation. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.

The Psychological Corporation and the PSI logo are registered trademarks of The Psychological Corporation.

Printed in the United States of America



A Harcourt Assessment Company



















0761638059








13 14 15 16 17 18 19 20 A B C D E

Sensory Processing				ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
Item		A. Auditory Processing						
?	L	1	Responds negatively to unexpected or loud noises (for example, cries or hides at noise from vacuum cleaner, dog barking, hair dryer)					
?	L	2	Holds hands over ears to protect ears from sound					
?	L	3	Has trouble completing tasks when the radio is on					
?	L	4	Is distracted or has trouble functioning if there is a lot of noise around					
?	L	5	Can't work with background noise (for example, fan, refrigerator)					
?	H	6	Appears to not hear what you say (for example, does not "tune-in" to what you say, appears to ignore you)					
?	H	7	Doesn't respond when name is called but you know the child's hearing is OK					
?	H	8	Enjoys strange noises/seeks to make noise for noise's sake					
Section Raw Score Total								
Comments								

				ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
Item		B. Visual Processing						
👁️	L	9	Prefers to be in the dark					
👁️	L	10	Expresses discomfort with or avoids bright lights (for example, hides from sunlight through window in car)					
👁️	L	11	Happy to be in the dark					
👁️	L	12	Becomes frustrated when trying to find objects in competing backgrounds (for example, a cluttered drawer)					
👁️	L	13	Has difficulty putting puzzles together (as compared to same age children)					
👁️	L	14	Is bothered by bright lights after others have adapted to the light					
👁️	L	15	Covers eyes or squints to protect eyes from light					
👁️	H	16	Looks carefully or intensely at objects/people (for example, stares)					
👁️	H	17	Has a hard time finding objects in competing backgrounds (for example, shoes in a messy room, favorite toy in the "junk drawer")					
Section Raw Score Total								
Comments								

				ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
Item		C. Vestibular Processing						
→	L	18	Becomes anxious or distressed when feet leave the ground					
→	L	19	Dislikes activities where head is upside down (for example, somersaults, roughhousing)					
→	L	20	Avoids playground equipment or moving toys (for example, swing set, merry-go-round)					
→	L	21	Dislikes riding in a car					
→	L	22	Holds head upright, even when bending over or leaning (for example, maintains a rigid position/posture during activity)					
→	L	23	Becomes disoriented after bending over sink or table (for example, falls or gets dizzy)					
→	H	24	Seeks all kinds of movement and this interferes with daily routines (for example, can't sit still, fidgets)					
→	H	25	Seeks out all kinds of movement activities (for example, being whirled by adult, merry-go-rounds, playground equipment, moving toys)					
→	H	26	Twirls/spins self frequently throughout the day (for example, likes dizzy feeling)					
→	H	27	Rocks unconsciously (for example, while watching TV)					
→	H	28	Rocks in desk/chair/on floor					
Section Raw Score Total								
Comments								








Item		D. Touch Processing	ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
	L 29	Avoids getting "messy" (for example, in paste, sand, finger paint, glue, tape)					
	L 30	Expresses distress during grooming (for example, fights or cries during haircutting, face washing, fingernail cutting)					
	L 31	Prefers long-sleeved clothing when it is warm or short sleeves when it is cold					
	L 32	Expresses discomfort at dental work or toothbrushing (for example, cries or fights)					
	L 33	Is sensitive to certain fabrics (for example, is particular about certain clothes or bedsheets)					
	L 34	Becomes irritated by shoes or socks					
	L 35	Avoids going barefoot, especially in sand or grass					
	L 36	Reacts emotionally or aggressively to touch					
	L 37	Withdraws from splashing water					
	L 38	Has difficulty standing in line or close to other people					
	L 39	Rubs or scratches out a spot that has been touched					
	H 40	Touches people and objects to the point of irritating others					
	H 41	Displays unusual need for touching certain toys, surfaces, or textures (for example, constantly touching objects)					
	H 42	Decreased awareness of pain and temperature					
	H 43	Doesn't seem to notice when someone touches arm or back (for example, unaware)					
	H 44	Avoids wearing shoes; loves to be barefoot					
	H 45	Touches people and objects					
	H 46	Doesn't seem to notice when face or hands are messy					
Section Raw Score Total							
Comments							

Item		E. Multisensory Processing	ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
	47	Gets lost easily (even in familiar places)					
	48	Has difficulty paying attention					
	L 49	Looks away from tasks to notice all actions in the room					
	H 50	Seems oblivious within an active environment (for example, unaware of activity)					
	H 51	Hangs on people, furniture, or objects even in familiar situations					
	H 52	Walks on toes					
	H 53	Leaves clothing twisted on body					
Section Raw Score Total							
Comments							





Item		F. Oral Sensory Processing		ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
	L 54		Gags easily with food textures or food utensils in mouth					
	L 55		Avoids certain tastes or food smells that are typically part of children's diets					
	L 56		Will only eat certain tastes (list: _____)					
	L 57		Limits self to particular food textures/temperatures (list: _____)					
	L 58		Picky eater, especially regarding food textures					
	H 59		Routinely smells nonfood objects					
	H 60		Shows strong preference for certain smells (list: _____)					
	H 61		Shows strong preference for certain tastes (list: _____)					
	H 62		Craves certain foods (list: _____)					
	H 63		Seeks out certain tastes or smells (list: _____)					
	H 64		Chews or licks on nonfood objects					
	H 65		Mouths objects (for example, pencil, hands)					
Section Raw Score Total								
Comments								

Item		G. Sensory Processing Related to Endurance/Tone		ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
	H 66		Moves stiffly					
	H 67		Tires easily, especially when standing or holding particular body position					
	H 68		Locks joints (for example, elbows, knees) for stability					
	H 69		Seems to have weak muscles					
	H 70		Has a weak grasp					
	H 71		Can't lift heavy objects (for example, weak in comparison to same age children)					
	H 72		Props to support self (even during activity)					
	H 73		Poor endurance/tires easily					
	H 74		Appears lethargic (for example, has no energy, is sluggish)					
Section Raw Score Total								
Comments								





Item		H. Modulation Related to Body Position and Movement		ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
	H 75		Seems accident-prone					
	H 76		Hesitates going up or down curbs or steps (for example, is cautious, stops before moving)					
	L 77		Fears falling or heights					
	L 78		Avoids climbing/jumping or avoids bumpy/uneven ground					
	L 79		Holds onto walls or banisters (for example, clings)					
	H 80		Takes excessive risks during play (for example, climbs high into a tree, jumps off tall furniture)					
	H 81		Takes movement or climbing risks during play that compromise personal safety					
	H 82		Turns whole body to look at you					
	H 83		Seeks opportunities to fall without regard to personal safety					
	H 84		Appears to enjoy falling					
Section Raw Score Total								
Comments								

Item	I. Modulation of Movement Affecting Activity Level		ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
 L 85	Spends most of the day in sedentary play (for example, does quiet things)						
 L 86	Prefers quiet, sedentary play (for example, watching TV, books, computers)						
 L 87	Seeks sedentary play options						
 L 88	Prefers sedentary activities						
 H 89	Becomes overly excitable during movement activity						
 H 90	"On the go"						
 H 91	Avoids quiet play activities						
Section Raw Score Total							


















Comments







Item	J. Modulation of Sensory Input Affecting Emotional Responses		ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
 92	Needs more protection from life than other children (for example, defenseless physically or emotionally)						
 L 93	Rigid rituals in personal hygiene						
 H 94	Is overly affectionate with others						
 H 95	Doesn't perceive body language or facial expressions (for example, unable to interpret)						
Section Raw Score Total							




Comments

Item	K. Modulation of Visual Input Affecting Emotional Responses and Activity Level		ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
 L 96	Avoids eye contact						
 H 97	Stares intently at objects or people						
 H 98	Watches everyone when they move around the room						
 H 99	Doesn't notice when people come into the room						
Section Raw Score Total							

Comments

Behavior and Emotional Responses			ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
Item	L. Emotional/Social Responses						
	100	Seems to have difficulty liking self (for example, low self-esteem)					
	101	Has trouble "growing up" (for example, reacts immaturely to situations)					
	102	Is sensitive to criticisms					
	103	Has definite fears (for example, fears are predictable)					
	104	Seems anxious					
	105	Displays excessive emotional outbursts when unsuccessful at a task					
	106	Expresses feeling like a failure					
	107	Is stubborn or uncooperative					
	108	Has temper tantrums					
	109	Poor frustration tolerance					
	110	Cries easily					
	111	Overly serious					
	112	Has difficulty making friends (for example, does not interact or participate in group play)					
	113	Has nightmares					
	114	Has fears that interfere with daily routine					
	115	Doesn't have a sense of humor					
	116	Doesn't express emotions					
Section Raw Score Total							
Comments							

M. Behavioral Outcomes of Sensory Processing			ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
Item							
	117	Talks self through tasks					
	118	Writing is illegible					
	119	Has trouble staying between the lines when coloring or when writing					
	120	Uses inefficient ways of doing things (for example, wastes time, moves slowly, does things a harder way than is needed)					
	L 121	Has difficulty tolerating changes in plans and expectations					
	L 122	Has difficulty tolerating changes in routines					
Section Raw Score Total							
Comments							

N. Items Indicating Thresholds for Response			ALWAYS	FREQUENTLY	OCCASIONALLY	SELDOM	NEVER
Item							
	123	Jumps from one activity to another so that it interferes with play					
	H 124	Deliberately smells objects					
	H 125	Does not seem to smell strong odors					
Section Raw Score Total							
Comments							

10.ÍNDICE TEMÁTICO

A

Actividades de la vida diaria.....	9,24
- Básicas.....	10
- Instrumentales.....	10
Adolescentes.....	7,10,14,15
Alimentación.....	8,10,11,12,20,21,26
Alteración.....	7,9
Amenorrea.....	8,9
Anorexia.....	13,17,18,22
- Infantil.....	26
- Nerviosa...7,8,11,14,15,16,19,20,26	
Arritmias.....	9
Ayuno.....	8

B

Baja autoestima.....	12,14
Belleza.....	12,14
Bienestar.....	10
Bradicardias.....	9
Bulimia.....	13
- Nerviosa.....	7,8,20

C

Calidad de vida.....	14
Centros de día.....	13
Comida.....	9,13,29

Competencia.....	9
Comportamiento.....	7,15,17,20
Constitución corporal.....	7
Consumo.....	12-14,31
Cuerpo.....	13,14,29
Culto.....	13
Curvas.....	13

D

Delgadez.....	9-13
- Extrema	10
- Grave	10
- Leve	10
- Moderada	10
Desarrollo motor.....	20
Dieta.....	8,15
DSM-IV-TR.....	8
DSM-V.....	7-8,15

E

Educación.....	10,12,22
Ejercicio.....	8,11
Enfermedad.....	7,11,13-15,24
Entorno.....	7,13
Equipo multidisciplinar.....	10
Escasez.....	13-14
Estatura.....	9

Esterotipo.....13-14
Estimulación.....27
- Sensorial.....29-30
Éxito.....12-14

F

Factores.....12-13,31
- Familiares.....12
- Físicos.....12
- Individuales.....12
- Predisponentes.....12
- Psicológicos.....12
- Sociales.....12

G

Grafía.....26,29-30
Gravedad.....7,10

H

Hambre.....9
Hipotensión.....9
Hipotermia.....9

I

Imagen corporal.....7,9,13
Independencia.....9,12
Índice de masa corporal.....9-10
Ingestión de alimentos no especificado.....8
Integración sensorial.....28,30
Intervención.....10,11,16,22,27,31

Investigación.....20-22,31

L

Laxantes.....8

M

Maltrato.....12,14
Masa corporal.....9,10
Medios de comunicación.....12,14,17
Miedo.....7,9
Moda.....12-14
Modelos.....12,14
- De la Ocupación Humana.....27

Mortalidad.....14

Motricidad fina.....29-30

Mujeres.....9,12,13,15,24

O

Obesidad.....12,14

Ocupación.....9,10,13,24,27,28

P

Paciente.....10,11,13,15,20,28-31

Participación.....10,22,24,28

Peso.....7-9,11,12,26,28

- Corporal.....7

- Normal.....10

Pica.....8

Prácticas.....11,12

Anorexia nerviosa y terapia ocupacional

Presión.....13,27

Principios terapéuticos.....11

Problemas.....12,26

- de alimentación.....20,26
- de salud.....22
- Sensoriales.....20

Productos milagro.....13

Psicomotricidad.....28,30

Publicidad.....12-13

Purgas.....8

R

Restricción.....7-8

Retraso madurativo.....26

Riesgo.....12,14-15,24

S

Salud.....10,13,15,20,22,24

- Física.....7,14
- Pública.....11

Sociedad.....7,11-14,31

Sueño.....9

T

Terapia ocupacional..... 10-11, 16-19,
21-24,26-27,31

Trastorno.....8,12,14,15,20,21,24,31

- Evitativo.....8
- de atracones.....8,20
- de la conducta alimentaria...7,10,11
- psiquiátrico.....7,14

V

Variables.....16,18

Vómito.....8