

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

MEMORIA ESCRITA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

EN TERAPIA OCUPACIONAL



TÍTULO

PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN TRASTORNO DE LA CONDUCTA

ALIMENTARIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTOR/ES: LAVARA VALBUENA, IRENE

DNI: 02578748B

TUTOR/ES: FERNÁNDEZ LUCAS, ALBERTO

E-mail: aferlucas@med.ucm.es

Centro y Departamento: Medicina Legal, Psiquiatría y Patología.

Curso Académico 2023/2024

Convocatoria de junio / julio

DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. Irene Lavara Valbuena con NIF 02578748B

estudiante del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2023 /2024 como autor/a de este documento académico titulado: Papel de la terapia ocupacional en trastorno de la conducta alimentaria y presentado como Trabajo Fin de Grado, para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor/es es/son Alberto Fernández Lucas

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Grado que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

Fdo.:



En Madrid, a 28 de Mayo de 2024

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN Y PALABRAS CLAVE | 3 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 1.1 TIPOS DE TCA | 6 |
| 1.1.1 ANOREXIA NERVIOSA..... | 6 |
| 1.1.1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS..... | 7 |
| 1.1.1.2 COMPLICACIONES..... | 8 |
| 1.1.2 BULIMINA NERVIOSA..... | 9 |
| 1.1.2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS..... | 10 |
| 1.1.2.2 COMPLICACIONES MÉDICAS..... | 11 |
| 1.1.3 TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU AUGE..... | 12 |
| 1.2 FACTORES DE RIESGO DE PADECER UN TCA | 13 |
| 1.3 ÁREAS OCUPACIONALES AFECTADAS EN LOS DIFERENTES TCA ... | 15 |
| 1.4 IMPORTANCIA DE LA COVID-19 EN EL DESARROLLO DE TCA | 17 |
| 2. OBJETIVOS DEL TRABAJO | 19 |
| →OBJETIVO PRINCIPAL DEL TRABAJO..... | 19 |
| →OBJETIVO SECUNDARIO..... | 19 |
| 3. METODOLOGÍA | 20 |
| 4. RESULTADOS: TERAPIA OCUPACIONAL EN TCA | 22 |
| TABLA 1. TERAPIAS CREATIVAS..... | 24 |
| TABLA 2. ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES..... | 27 |
| TABLA 3. ESCALAS Y MODELOS..... | 31 |
| TABLA 4. COMPLICACIONES GENERADAS POR LA COVID..... | 35 |
| DISCUSIÓN | 37 |
| CONCLUSIONES | 43 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 44 |
| ANEXOS | 55 |

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Los trastornos de la conducta alimentaria están aumentando en gran medida a raíz de la pandemia provocada por la Covid-19. En este trabajo se llevará a cabo una recogida de información sobre las áreas que se encuentran afectadas al padecer este grupo de enfermedades, así como la intervención del terapeuta ocupacional tanto en actividades básicas como instrumentales, las escalas y modelos que se usan en este ámbito. Para comparar la información también se recogieron artículos donde se habla sobre actividades complementarias que ayudan a la recuperación de un TCA.

Finalmente, tan solo 16 artículos fueron seleccionados. Tras revisarlos, no se puede llegar a una conclusión sobre qué tratamiento o modelo teórico de Terapia Ocupacional es más efectivo, pero se puede deducir que los modelos más usados y que se ajustan más son: El MOHO y modelo cognitivo conductual, y en cuanto a técnicas de tratamiento la exposición a estímulos temidos, en la que destacan los talleres de alimentación.

Para la búsqueda se utilizaron las **bases de datos:** Pubmed, Scielo, Wiley y Dialnet, con las siguientes **palabras clave:** Terapia Ocupacional, trastornos de la conducta alimentaria, equilibrio ocupacional, Covid-19, alimentación, índice de masa corporal (IMC), Danza-movimiento-terapia, psicomotricidad, arteterapia, relaciones familiares, modelos y escalas, síntomas y causas anorexia nerviosa y bulimia, factores de riesgo de los TCA, prevalencia, anorexia y bulimia.

ABSTRACT

Eating disorders are increasing greatly as a result of the pandemic caused by Covid-19.

In this manuscript, we will gather information about the areas that are affected by these diseases, as well as the intervention of the occupational therapist in basic and instrumental activities, the scales and models used in this field, and complementary activities that benefit the recovery from an eating disorder (ED).

Finally, only 16 articles were selected. After reviewing them, it is impossible to conclude which treatment or theoretical model of Occupational Therapy is more effective. However, it is clear that the most widely used and most suitable models are: MOHO and cognitive-behavioural model, and as for treatment techniques: exposure to feared stimuli, in which feeding workshops stand out.

The following **databases** were used for the search: Pubmed, Scielo, Wiley and Dialnet, with the following **keywords**: occupational therapy, eating disorders, occupational balance, Covid-19, diet, Body Mass Index (BMI) art therapy, psychomotor therapy, family relationship, models and evaluation scales, symptoms and causes of anorexia nervosa and bulimia, risk factors for eating disorder, prevalence and anorexia nervosa and bulimia.

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el DSM-5 “los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta 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 de la salud física o del funcionamiento psicosocial”. (DSM-5,2014:329)

Podemos destacar algunos de ellos, como: la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), siendo estos los más conocidos y comunes entre adolescentes y jóvenes adultos. (Pablo Mendez J, 2008; Arijá-Val, 2022)

Sin embargo, hay otros trastornos que no son tan característicos, pero que aun así no podemos dejar de lado, como es el caso de Pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos. (DSM-5,2014:330-334; (Mendez, Vazquez-Velazquez & García-García, 2008))

En los últimos 15 años el número de pacientes que sufren un trastorno de conducta alimentaria se ha multiplicado por 10, estimándose que un 3% de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia o bulimia y que probablemente un 6% padezcan variantes clínicas importantes. En España, en estos años los TCA han pasado de ser una patología poco frecuente a cifras equiparables a las del resto de los países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Hoy en día, entre el 1% y el 2% de niñas adolescentes padecen anorexia, aumentando el porcentaje hasta el 2-4% en la conducta bulímica.

Además, se puede afirmar que una de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años considera que su peso es elevado. (Lambruschini y Leis, 2018)

Según los estudios y datos recogidos en los últimos años, este tipo de trastornos han ido aumentando considerablemente entre la población juvenil. Los datos recogidos nos indican que hubo un repunte de ellos durante la pandemia COVID-19. (Samatán-Ruiz, E. M., & Ruiz-Lázaro, P. M. (2021)).

1.1 TIPOS DE TCA

1.1.1 ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es la patología psiquiátrica que presenta los mayores índices de mortalidad. Esta se define como una valoración exagerada del volumen y forma del cuerpo, que conlleva a una búsqueda implacable de la delgadez. (Vázquez, Urrejola, & Voguel, 2017)

Se caracteriza por el adelgazamiento voluntario excesivo, por medio de una dieta restrictiva. También se ha podido comprobar que además de restricciones autoimpuestas realizan ejercicio físico riguroso o la práctica de atracones regulares seguidos de vómitos autos inducidos u otras purgas. (Cabañero Simarro & Escriba Sáez, 2016; Kreipe, 2016)

Según el DSM-5 podemos hablar de dos subtipos de AN siempre y cuando este tipo de comportamientos dure más de tres meses, podemos destacar:

- Anorexia nerviosa de tipo restrictivo: Pérdida de peso a través de dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo, siempre y cuando no haya ningún episodio recurrente de purga o atracón.
- Anorexia nerviosa de tipo con atracones o purgas: presencia de episodios purgativos o atracones (DSM-5,2014)

Es una enfermedad que suele desarrollarse en la adolescencia en el periodo peripuberal aunque también se han visto algunos hallazgos de la enfermedad pasados los 40 que sin un tratamiento temprano y eficaz, el curso se prolonga con morbilidad física, psicológica y social y una alta mortalidad. (Treasure et al., 2015)

1.1.1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Cabañero Simarro y Escriba Sáez (2016) ofrecen características específicas de esta enfermedad. Debido al temor intenso a engordar, modifican completamente la variedad y cantidad de comida que van a ingerir, de tal manera que eliminan progresivamente alimentos de su dieta diaria, disminuyendo progresivamente el tamaño de las porciones de comida, saltándose comidas e incluso reduciendo sus dietas a verduras y frutas. En algunos casos se ven acompañados de la pérdida de apetito, aunque en muchos otros este sentimiento se ve incrementado siendo favorecedor para los usuarios que padecen esta enfermedad ya que consideran que la restricción está haciendo su labor.

Se pueden percibir ciertos cambios comportamentales como la cocina de grandes platos para sus familiares o amigos y sin embargo ellos mismos no son capaces ni de probarlos, disminución de la asistencia en actos familiares ya que piensan que

observan lo que comen, vigilar la elaboración de las comidas para ver los ingredientes que se utilizan... También se ha podido comprobar que pacientes con AN y diabetes mellitus modificaban sus dosis de insulina para acelerar el proceso de pérdida de peso. En resumen, hacen todo lo posible para llevar a cabo su objetivo.

1.1.1.2 COMPLICACIONES

Debido a la malnutrición que observamos en esta enfermedad se dan afectaciones multisistémicas, algunas de ellas llegando a ser irreversibles, podemos destacar algunas complicaciones médicas como:

- Cutáneas: como predominio de alopecia, xerosis (piel anormalmente seca), acné, estrías, prurito... (Gabler et al., 2017).
- Gastrointestinales: disminución de la motilidad gastrointestinal que genera estreñimiento, alteraciones esofágicas como esofagitis severa e incluso ruptura de esófago asociada con vómitos inducidos. (Gibson et al., 2019; Mairs & Nicholls, 2016; Peebles & Sieke, 2019)
- Cardiovasculares: hasta el 80% de los adolescentes con anorexia llegan a desarrollar algún tipo de complicación cardiovascular como arritmias, hipotensión, derrame pericárdico, prolapso de la válvula mitral, disminución del gasto cardíaco y en el tamaño del ventrículo izquierdo que puede llevar a bradicardia y disfunción sistólica. (Muñoz Calvo, 2019)
- -Sexuales: en varones se puede dar una disminución de los valores de testosterona con reducción del volumen testicular junto a una disminución de libido, fuerza y potencias muscular y puede darse amenorrea en mujeres

posmenárgicas. (Cabañero Simarro & Escriba Sáez, 2016) La pérdida de menstruación junto a otros factores como ejercicio excesivo pueden favorecer la aparición de quistes ováricos, dándose mayormente en pacientes con subtipos bulímicos del TCA. (Rodríguez Guarína, M., et al. (2017))

- Óseas: “esta enfermedad se acompaña de osteopenia en más del 90% de los casos y osteoporosis en el 30 – 40% de las mujeres, todo esto como efecto del hipogonadismo, hipoandrogenismo, hipoestrogenismo, hipercortisolismo, déficit de calcio y vitamina D” (Segreda Castro & Segura Araya, 2020, p. 212).
- Endocrinas y metabólicas: Se pueden encontrar alteraciones en los ejes endocrinos donde podemos destacar hipoglicemia, hipercortisolemia con disminución de anabolismo y desmineralización ósea. (Smith, 2014)

1.1.2 BULIMINA NERVIOSA

La BN se identifica por una ingesta en exceso de alimentos que tienen alto contenido calórico en episodios recurrentes que luego provocan malestar físico y psicológico. Como conducta compensatoria frente a este malestar, las personas que padecen dicho trastorno se autoinducen conductas purgativas (Losada & Whittingslow, 2013).

En su guía de intervención, Cabañero Simarro y Escriba Sáez (2016) destacan que “La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de un ciclo que se compone de las siguientes fases: restricción, tensión, atracón, purgación, alivio y, de nuevo, restricción.”

Según Castillo & Weiselberg, 2017 "las personas con bulimia a menudo pasan desapercibidas para sus familiares y médicos, ya que su peso puede ser normal o superior a lo normal y, a menudo, no existe ningún problema médico asociado que pueda llevar a uno a buscar ayuda médica, como la ausencia de menstruación que ocurre en la AN."

La edad promedio de inicio es entre los 16 y 20 años, pero puede producirse incluso durante las primeras fases de la vida adulta, más predominante en mujeres. (Santonicola et al., 2019; Castillo & Weiselberg, 2017)

1.1.2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

"El proceso de gestación de la bulimia comienza cuando existe algún grado de insatisfacción con el propio cuerpo. El individuo se considera con exceso de peso. Comienza a hacer dieta y, viendo que la imagen en el espejo no cambia, intensifica el régimen restrictivo hasta llegar a las prácticas bulímicas." (Ortiz et al., 2010)

Según Cabañero Simarro y Escriba Sáez (2016) lo característico es el desarrollo de una serie de comportamientos, sobretodo atracones, entre los que realizan periodos de ayuno, ingesta baja en calorías y evitan alimentos prohibidos, es decir, aquellos que pueden desencadenar un atracón.

Suelen pasar mucho tiempo en el baño vomitando y ocultando los hechos, en caso de no poder acceder a él lo realizan en cualquier otro lado escondiendo el vómito para no ser descubierto. Las personas con BN destacan por el descontrol en la ingesta de alimentos, caos y presencia de comportamientos compulsivos, mientras que aquellas personas con AN se basan en un control excesivo.

Gibson, Workman y Mehler (2019) señalaron que con frecuencia aparece tras el episodio la depresión, denominada en ocasiones angustia post atracón. Las complicaciones de la BN se deben a la frecuencia y al modo de estos comportamientos.

1.1.2.2 COMPLICACIONES MÉDICAS

Los síntomas clínicos predominantes en pacientes con bulimia nerviosa incluyen problemas dentales, callos en las manos, amenorrea o irregularidades en el período menstrual, dependencia de laxantes, riesgo de muerte por complicaciones como desgarro esofágico, arritmias, rotura gástrica, y desequilibrios electrolíticos.

La complicación más peligrosa de la BN es el desarrollo de un desequilibrio electrolítico, que puede provocar en casos extremos arritmia cardíaca, convulsiones y muerte. Podemos destacar algunas complicaciones como:

Complicaciones endocrinas: “el vómito autoinducido, con pérdida de ácido del estómago, puede provocar una alcalosis hipoclorémica y una hipopotasemia resultante, ya que los riñones excretan potasio a cambio de hidrógeno”. (Castillo & Weiselberg, 2017)

Gastrointestinales: debido a la persistencia de los vómitos continuados pueden producir pérdida del tono del esfínter gastroesofágico llegando a crear síntomas muy compatibles con el reflujo gastroesofágico. (Hicks, García-Godoy, & Flaitz, 2004)

1.1.3 TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU AUGE

A pesar de que este trabajo se centrará en AN y BN, cabe resaltar el Trastorno por atracón ya que la mayoría de artículos encontrados hablan de usuarios que lo padecen.

Gempeler Rueda (2005) señaló que “se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de comida, mayores que las que comería habitualmente una persona en circunstancias similares, con intervalos cortos de tiempo, acompañados de pérdida de control de la ingesta. La gran diferencia que se puede notar con la bulimia es porque el trastorno por atracón (T.A) no se llegan a cometer conductas compensatorias como pueden ser: vómitos, purgas, realización de ejercicios, uso de diuréticos y/o laxantes. La ingesta de comida se basa en las comidas de grasa, dulces y comida rápida, a diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria que aumenta el consumo de todo tipo de comida. (Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018)

La prevalencia de los trastornos alimentarios varía según la población que se vaya a estudiar. En la población general, se sitúa en un rango del 1 al 5%, mientras que en la población obesa, se observa un aumento en la frecuencia, oscilando entre el 9 y el 17%. (Morales Pernalette et al., 2014).

Cabe destacar que actualmente tiene una prevalencia mayor que otros TCA, sin embargo, debido a la baja tasa de diagnóstico y desconocimiento de la población general se retrasa su detección. Esto se debe a que la mayoría de las personas que padecen de este trastorno asisten por otras enfermedades como pueden ser: obesidad, control de peso o incluso patologías de salud mental. (Kornstein et al., 2016 & Chevinsky, J., et al. (2020)

1.2 FACTORES DE RIESGO DE PADECER UN TCA

Los trastornos alimentarios son afecciones complejas y multifactoriales cuya causa aún no se comprende completamente. Se ven influenciados por elementos, entre los cuales se incluyen factores biológicos, socioculturales, familiares y de personalidad, entre otros. El conjunto de estos factores puede dar lugar al desarrollo de TCA sin embargo por sí solos no pueden explicar su aparición. (González-Gómez et al. (2017))

Biológicos: “Se encuentran algunos genéticos, fisiológicos y neurobiológicos. Se ha demostrado una fuerte contribución genética en AN, BN y TA, sin haberse identificado aún las variantes genéticas asociadas”. (Schaumberg et al., 2017)

Factores fisiológicos: tales como la malnutrición y la pubertad que se asocian con el desarrollo de TCA. En cuanto a los aspectos neurobiológicos, se observa una desregulación en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, junto con alteraciones en los circuitos neurales asociados a la recompensa y el autocontrol. Estos **factores neurobiológicos** se encuentran estrechamente vinculados con la iniciación y la persistencia de estas enfermedades. (Bakalar et al., 2015)

Factores psicológicos: según (Stice et al., 2017) desempeñan un papel crucial como predictores en el inicio y mantenimiento de los TCA. Estos abarcan una amplia variedad de aspectos, incluyendo elementos temperamentales y de personalidad, así como factores cognitivos, conductuales y emocionales. Entre los ejemplos más pronunciados se encuentran el perfeccionismo, la urgencia negativa (una respuesta precipitada ante la angustia), la autoestima baja, la presencia de afecto negativo (como depresión,

ansiedad y/o culpa), el deterioro en el funcionamiento interpersonal, la insatisfacción corporal y la preocupación excesiva por la alimentación, el peso y la figura, los cuales interactúan y contribuyen al aumento de vulnerabilidad y la perpetuación de los TCA

Factores sociales: resaltamos algunos ejemplos que se recogen en los primeros comentarios críticos donde trataban la apariencia y la alimentación provenientes de los padres, así como conflictos familiares no resueltos.

Hay determinadas experiencias en las que las personas son objeto de burlas, las cuales suelen resaltar críticas hacia el peso o la figura. Además, la presión percibida para alcanzar un cuerpo delgado, que se ajuste al "ideal delgado" caracterizado por una baja grasa corporal, es considerado otro factor crítico. La internalización de este "ideal delgado" y las expectativas positivas asociadas a la delgadez, especialmente predominantes en culturas occidentalizadas, aumentan el riesgo de desarrollar patologías alimentarias, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. (Bakalar et al., 2015; Culbert et al., 2015)

1.3 ÁREAS OCUPACIONALES AFECTADAS EN LOS DIFERENTES TCA

Las personas se manejan en 3 áreas de ocupación como: autocuidado, productividad y ocio. Los terapeutas ocupacionales son aquellos encargados de ayudar a las personas a explorar como su motivación, hábitos y habilidades influyen en sus actividades cotidianas y su vida social (Vaquero Sánchez & Solano Pinto, 2012).

Catana Brown hace referencia a las dificultades que tienen una repercusión muy negativa en las personas que padecen TCA creando un desequilibrio ocupacional marcado. Se incluyen áreas como alimentación, participación en actividades cotidianas, manejo de emociones y comunicación.

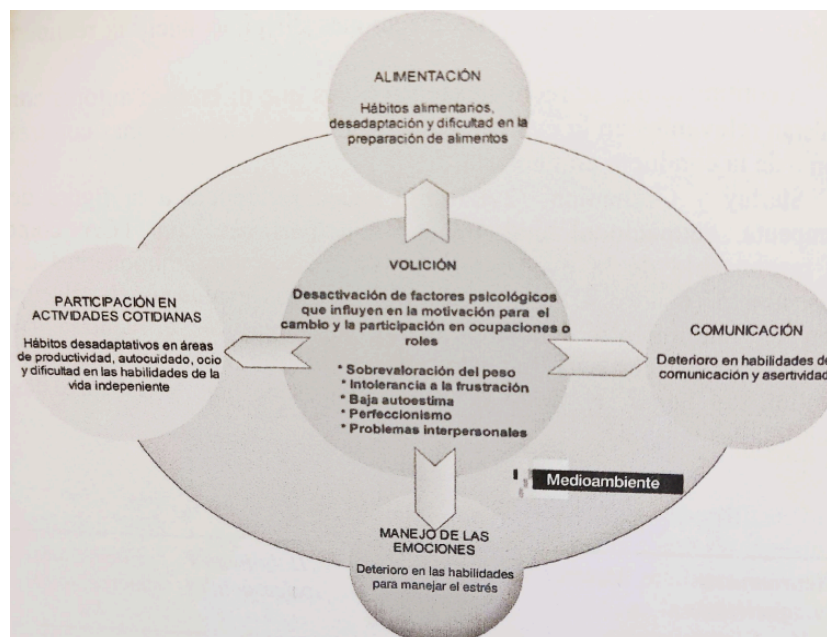


Figura 4.1 Dificultades en personas con TCA que impactan en el desempeño ocupacional (Extraído del Libro Terapia ocupacional en salud mental. Una visión de la participación. Brown, C., & Stoffel, V. (2011).

A nivel social podemos observar que los usuarios con TCA, en este caso AN, presentan dificultades en relacionarse con el otro, creando así una dificultad en la creación de relaciones interpersonales (Morais, L. V. (2006). Debido a estas dificultades que interfieren en la realización de otros papeles se llega a producir una ruptura en la participación de las actividades sociales y de ocio (Cozzi & Ostuzzi, 2007). Se podría definir la participación social como: aquellas actividades que impliquen una interacción social con otros, incluidos familiares, amigos, compañeros y miembros de la comunidad, y que apoyen la interdependencia social (Bedell, 2012; Khetani & Coster, 2019; Magasi & Hammel, 2004). En este caso se podría llegar a producir un aislamiento social muy marcado junto a un posible empobrecimiento de la comunicación interpersonal y falta de empatía (Santos, 2006; Cozzi & Ostuzzi, 2007)

El terapeuta será el encargado de lidiar con todo ello, para conseguir un gran equilibrio en la vida de la persona. Además tienen que ser capaces de solventar una disminución en el desempeño del trabajo debido a las faltas, alejamientos pero sobre todo por las dificultades interpersonales nombradas anteriormente (Morais, L. V. (2006).

Como recoge Cabañero Simarro & Escriba Sáez, (2016) este trastorno suele aparecer desde la pubertad hasta una edad adulta, de tal manera que dependiendo de en qué etapa de nuestra vida nos encontramos podrá afectar a algunas actividades como manejo de dinero, asuntos financieros, cuidado de la casa, gestión y mantenimiento de la salud.

El sueño y descanso es un área que también se encuentra afectada ya que conseguir un sueño reparador para así alcanzar un mejor desempeño en el resto de áreas de

ocupación es uno de los principales objetivos que a través de actividades se intentarán llevar a cabo en este tipo de usuarios. Debido a la dificultad que tienen las personas con TCA para conseguir un sueño duradero y reparador esto impide el desempeño funcional y satisfactorio de las actividades significativas de su vida diaria.

En relación con la dificultad de mantener el sueño el insomnio es el síntoma más característico de las personas con TCA (Maes, M., et al. (1993). En la AOTA (2020) se detallan aquellas actividades que se incluyen en esta área de ocupación y los comportamientos disfuncionales, todo esto se debe considerar y valorar durante el proceso de evaluación.

1.4 IMPORTANCIA DE LA COVID-19 EN EL DESARROLLO DE TCA

La Covid-19 fue un punto de inflexión en la vida de las personas creando limitaciones importantes destacables en: la interacción social, familiar, emocional y económica. Desarrollando así una necesidad de intervención mayor en todo tipo de trastornos, especialmente en los trastornos de conducta alimentaria (Galindo-Villalvazo et al., 2023).

Un estudio llevado a cabo en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría de Adolescentes en pacientes con TCA pudo comprobar que se produjo un aumento en el porcentaje de ingresos y sobretodo un cambio en el perfil clínico de los pacientes con TCA, de los cuales se pudieron observar las siguientes características: disminución del IMC al ingreso (17.53 en año pre-COVID-19 vs 16.32 en año COVID-19, $p=0.950$) y de IMC al alta (18.27 en año pre-COVID-19 vs 17.24 en año COVID-19,

$p=0.615$), y un aumento estadísticamente significativo de la duración media de los ingresos en el año COVID-19 (10.89 días en año pre-COVID-19 vs 22.67 días en año COVID-19, $p=0.006$) (López et al. (2024)).

Al estar tanto tiempo en cuarentena sin poder tener contacto físico con otras personas exceptuando la convivencia familiar generó mucho malestar en este tipo de usuarios, ya que eran los propios padres los que les incitaban a realizar ejercicio físico en forma de entrenamiento y cuidado de la salud (Paricio del Castillo et al. (2021)).

Según Sandoval Obando (2020) además de la incitación a la realización de deporte, también hubo gran cambio en el ambiente familiar generándose una convivencia perjudicial que llegó a fomentar cambios de comportamiento como: la modificación de los hábitos alimenticios, llegando a crear conductas como ataques de pánico, depresión, descompensación con la imagen corporal y mucho malestar emocional (López et al. (2024)).

Además de todo ello, se observó un incremento de la restricción alimentaria llegando a notar un cambio significativo con respecto al año anterior a la Covid incrementando así el perfil de restricción junto al de purgas, siendo el principal causante los hábitos sedentarios. (Paricio del Castillo et al. (2021))

Al estar más expuestos a los medios, sobre todo noticias relacionadas con la cultura de la dieta y el ideal de delgadez junto con una mala relación familiar han podido ser factores determinantes para que la atención se haya focalizado en gran medida hacia un contenido relacionado con el persona y la comida, lo que ha producido que se haya fomentado o desencadenado los síntomas de TCA. (Rodgers et al. (2020))

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

→OBJETIVO PRINCIPAL DEL TRABAJO

- Obtener información del trabajo del terapeuta ocupacional con personas con TCA, así como describir las técnicas, escalas y modelos usados en este ámbito.

→OBJETIVO SECUNDARIO

- Conocer la situación actual de este grupo de pacientes y como ha afectado tras la Covid.19 en el desarrollo de esta enfermedad.

3. METODOLOGÍA

En este trabajo se utilizaron las siguientes **palabras clave**, tanto por separado como una combinación de estas: Terapia Ocupacional, trastornos de la conducta alimentaria, equilibrio ocupacional, Covid-19, alimentación, índice de masa corporal (IMC), Danza-movimiento-terapia, psicomotricidad, arteterapia, relaciones familiares, modelos y escalas, síntomas y causas anorexia nerviosa y bulimia, factores de riesgo de los TCA, prevalencia, anorexia y bulimia.

Los términos **MeSH**: utilizados fueron: occupational therapy, eating disorders, occupational balance, Covid-19, diet, Body Mass Index (BMI) art therapy, psychomotor therapy, family relationship, models and evaluation scales, symptoms and causes of anorexia nervosa and bulimia, risk factors for eating disorder, prevalence and anorexia nervosa and bulimia.

Con la finalidad de obtener resultados más precisos se utilizó en la búsqueda los términos **AND** y las **comillas**. Los textos deberían mostrarse al completo no solo basándose en el abstract o resumen de estos.

Para recopilar los textos utilizados se empleó “Zotero”, gestor de referencias gratuito, cuyas finalidades fueron recopilar, incluir y citar los textos utilizados en este trabajo.

Las primeras referencias bibliográficas fueron sacadas de bases de datos como Dialnet, Scielo, Pubmed, Wiley y Medline. También se obtuvo información de libros físicos, como se puede destacar “Guía de Intervención desde la terapia ocupacional en TCA”.

Las etapas más características en la búsqueda exhaustiva de información se realizaron a finales de diciembre y a principios de Abril, coincidiendo con el periodo vacacional más largo.

Estos fueron los criterios utilizados para la búsqueda de artículos:

| | |
|-------------------------------|--|
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN | <ul style="list-style-type: none">- Escritos en cualquier idioma, preferiblemente inglés y español.- Texto completo- Usuarios desde 15 a 45 años que padeciesen de TCA- Se aceptaron todo tipo de estudios científicos, exceptuando revisiones bibliográficas que no fueran meta-análisis, TFG, TFM.- Artículos que traten en profundidad la intervención de la terapia ocupacional.- Artículos de publicación más reciente, comprendidos entre el 2013-2024. |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | <ul style="list-style-type: none">- Artículos de n=1- En un principio se excluyeron los artículos publicados anteriores a 2013, sin embargo, debido a la escasez de publicaciones este criterio de exclusión por ambigüedad fue excluido. |

4. RESULTADOS: TERAPIA OCUPACIONAL EN TCA

En el proceso de selección de datos para el desarrollo del cuerpo del trabajo se pudieron observar un total de 260 resultados a través de la búsqueda general de base de datos. Únicamente 16 cumplen con los criterios de inclusión, los demás fueron excluidos debido a que la intervención de Terapia Ocupacional solo se mencionaba de manera superficial (167), algunos de ellos se repiten en varias bases de datos (19) e incluso el título no habla ni de terapia ocupacional ni de los TCA (36). También se descartaron aquellos a los que no se podía acceder (58).

Se obtuvieron los siguientes resultados, muchos de ellos de revistas debido a los pocos resultados obtenidos en el resto de bases de datos:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Pubmed: 4 | 4. Revista chilena de terapia ocupacional: 1 |
| 2. Dialnet: 6 | 5. INFAD.Revista de psicología: 1 |
| 3. Journal eating disorder: 2 | 6. Institute of education (ERIC): 1 |
| | 7. Libro físico: 1 |

Para alcanzar una mejor explicación de los resultados, estos se dividirán en tres tablas donde se explicarán los siguientes aspectos:

1. **Terapias Creativas:** la cual está compuesta por técnicas que ayudan a alcanzar los objetivos planteados en diferentes recursos asistenciales para la recuperación de dichos usuarios. Destacan musicoterapia, arteterapia, etc.

2, Intervención del terapeuta ocupacional en actividades básicas e instrumentales, en la cual se podrá destacar la función del profesional, siendo la creación de menús la más usada.

3: Escalas y Modelos usados en este ámbito.

Se escogieron estos artículos ya que explican el taller o técnica de manera extensa contando también con la opinión del usuario y su marcada evolución durante el proceso. Cada tabla está compuesta por diferentes ITEMS para que se pudiera sacar el máximo provecho al artículo y sea más ameno para el lector.

Finalmente se registra en una última tabla los cambios que ha generado la Covid-19.

TABLA 1. TERAPIAS CREATIVAS

| ARTÍCULO | PARTICIPACION Y RECURSO | OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|--|---|--|--|
| Ajamil, E. G., & Acitores, A. P. (2014). | Desarrollado en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos Médicos Psicológicos de Madrid (UTMPM). 10 participantes todas de ellas mujeres de alrededor de 30 años. | Uso de la Arteterapia para la mejora de los niveles de asertividad, autoestima y auto concepto, tratando de utilizar el trabajo creativo de las pacientes para facilitar la identización y expresión emocional, favorecer una percepción positiva de la realidad y de sí mismas y desarrollar recursos sanos para las relaciones interpersonales. | Este artículo recoge aspectos en común con otros artículos donde se emplea la Arteterapia llegando a ser beneficioso para las personas que lo practican, llegando a despojarse de sentimientos como: la impulsividad, el miedo a ser juzgadas, la necesidad de agradar, la desconfianza interpersonal, la desidentificación de emociones o la excesiva preocupación por la estética. Llegando a desarrollar capacidades y habilidades útiles para la resolución de sus conflictos personales y sustituyendo las metas autoexigentes por una motivación personal para trabajar sobre lo desconocido y llegar a disfrutar de ello. |
| Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., et al. (2019). | Desarrollado en EEUU en el cual participaron 690 mujeres de 27 universidades con una media de edad de 22 años aproximadamente. | Uso de técnicas cognitivo-conductual a través de una aplicación del teléfono móvil para disminuir la psicopatología de la enfermedad, comportamientos compensatorios y aparición de depresión y deterioro clínico. | El uso de la tecnología resulta muy atractivo para este público haciendo que a través de una aplicación llamada Student Bodies-Eating Disorders se utilice como estrategia de intervención desde la terapia ocupacional ya que el programa incluye contenido psicoeducativo, así como herramientas de planificación y seguimiento de comidas, registros de autoobservación y otras herramientas interactivas (mensajería de texto que facilita la comunicación entre el coach y el usuario) con el fin de la mejora de la imagen corporal, la regulación de las emociones, el abordaje |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | Con el objetivo de mejorar su desempeño ocupacional. | de la comprobación de la forma y la evitación, desafiar los pensamientos negativos y prevenir las recaídas. |
| Carta, C. M. (2010). | Síntesis de los dos primeros años de trabajo desde la Psicomotricidad, dentro del Equipo Interdisciplinario de Trastornos en la conducta alimentaria con adolescentes y adultos, en el ámbito hospitalario | Uso de la psicomotricidad para fomentar una mejor relación con sí mismas, y la posibilidad de re-descubrir, re-conocer su cuerpo, pero esta vez desde las “posibilidades” incluyendo la expresión por medio del arte (o el arte por medio de sus distintas y variadas expresiones), como una forma de comunicación. Trabajando también esquema e imagen corporal, estructuración y organización témporo-espacial. | <p>Gracias a la psicomotricidad las usuarias pasaron de tener los problemas mencionados anteriormente junto con el control excesivo de su cuerpo a encontrar espacios de bienestar donde se empezó a reconocer su cuerpo como una manera de comunicación, de sentir, de escuchar y pensar en su propio cuerpo.</p> <p>Para ello se usaron técnicas como: Eutonía, Senso-percepción, Rolfing, Pilates, Expresión Corporal, Música, Cuentos, Dramatizaciones y técnicas artísticas a promover la expresividad.</p> |
| OMatusevich, D., García, A., Gutt, S., de la Parra, I., & Finkelsztein, C. (2002). | Artículo científico basado en la Hospitalización como recurso eficaz para tratar la AN | Objetivo: preparación del alta a través de diferentes fases de actuación según la evaluación de la persona en la institución hospitalaria. | <p>Desde el ámbito hospitalario se trabaja en diferentes fases donde el terapeuta intervendrá en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registros escritos sobre la comida - Terapia familiar - Terapia grupal: analizar lo que está sucediendo con los otros miembros del grupo, pero evitan pasar por su propia experiencia. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos relacionados con la ropa y la imagen corporal a través de las aportaciones del paciente en la actividad. |
| <p>Arias Gómez, M., & Lorenzo, A. (2017).</p> | <p>Se realizó en el Centro de UTSA donde la intervención duró 3 meses y participaron un total de 9 personas al inicio las cuales luego quedaron un grupo de 6 personas.</p> <p>Sexo: mujer</p> | <p>Objetivo: Espacio de libertad en que las usuarias puedan interactuar con sus compañeras en un ambiente distinto, expresar y no sentirse juzgadas por sus actos durante las dos horas que dura la sesión</p> | <p>Se pudo observar que la musicoterapia ayudó a las usuarias en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la autoestima. - Conseguir una buena autorregulación emocional en sintonía con el ambiente y ellas mismas. - Evitar el aislamiento y fomentar comportamiento social. - Integrar una nueva concepción de la imagen y posibilidades del propio cuerpo. |
| <p>Savidaki, M., Demirtoka, S., & Rodríguez-Jiménez, R. M. (2020)</p> | <p>Estudio piloto sobre los beneficios de la Danza Movimiento terapia (DMT) en personas con TCA. n= 14 pacientes de clínica privada n control= 5</p> <p>Edad= 14-32 años</p> | <p>Objetivo: Explorar una intervención DMT que podría complementar el tratamiento para TCA en un intento de proporcionar un enfoque más holístico y eficaz</p> | <p>Se observó una mejora significativa en varias escalas de imagen corporal, mientras que no hubo cambios significativos en las puntuaciones de alexitimia.</p> <p>Sin embargo el análisis cualitativo reveló otros factores de las sesiones de DMT que fueron apreciados por los participantes, ya que informaron un aumento en la autoconciencia, una mejora en los estados emocionales, así como valoraron la interacción verbal y no verbal con los miembros del grupo y con el terapeuta.</p> |

TABLA 2. ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES

| ARTÍCULO | PARTICIPACIÓN Y RECURSO | OBJETIVOS | ABVD |
|--|---|--|---|
| <p>Biddiscombe, R. J., et al. (2018)</p> | <p>99 pacientes ambulatorios que padecían TCA de los cuales luego 3 formaron parte de un plan de seguimiento. Se realizó en Australia, en un hospital.</p> <p>Anorexia nerviosa: 11 Bulimia nerviosa: 30 Trastorno por atracón: 3</p> <p>TCANE: 45 Información sobre diagnóstico no incluida: 10</p> <p>Mujeres: 98 Hombres: 1 Con 16 abandonos</p> <p>Media de edad: 26 años.</p> | <p>El objetivo principal es evaluar las percepciones de los participantes sobre la contribución de los grupos alimentarios prácticos de terapia ocupacional (salidas basadas en alimentos y grupos de cocina) para apoyar su recuperación funcional.</p> | <p>La capacitación de la preparación de comidas, facilitar la exposición a los temidos alimentos y situaciones desafiantes relacionadas con la alimentación en situaciones reales, ya sea en situaciones de salida de ocio como ir a restaurantes como la implementación de esas técnicas para las comidas diarias en el hogar.</p> <p>Además se les proporcionó apoyo informativo para evitar la realización de algunas conductas como: ir al baño después de comer, o realizar deporte compensatorio...</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Gómez Aguirre, D., et al. (2023).</p> | <p>90 participantes chilenas, 40 pacientes ambulatorias con un TCA restrictivo, purgativo y no especificado evaluadas en la etapa aguda de su enfermedad, y 50 controles femeninos.</p> <p>Entre los 18 y 42 años.</p> | <p>Objetivo: Demostrar relación entre TCA y trastorno de procesamiento sensorial.</p> | <p>Se llegó a demostrar una clara relación entre TCA Y TPS (trastorno de procesamiento sensorial) donde en casos con AN aguda existía una variedad de alteraciones sensoriales y perceptivas.</p> <p>En el caso de la bulimia nerviosa (BN), la alteración de la interocepción ha sido consistentemente considerada como una característica central.</p> <p>De tal manera que se demuestra que los pacientes con TCA pueden sufrir una hipersensibilidad al tacto (p.ej. evitarían tocar con los labios las texturas de los alimentos, hacer muecas con las comidas o manifestarían incomodidad de sentir los muslos tocándose), hipersensibilidad auditiva (p.ej. dificultad para comer en ambientes ruidosos), hipersensibilidad vestibular (p.ej. miedo cuando los pies no tocan el suelo con la silla o una parte del cuerpo), de lo que podríamos hipotetizar aparecería como un síntoma del constante autocontrol en estas pacientes.</p> |
| <p>Trautman, J., Worthy, S. L., & Lokken, K. L. (2007).</p> | <p>540 mujeres universitarias fueron evaluadas con varias escalas como: Cuestionario de evitación de la imagen corporal (JC Rosen, D. Srebnik, E. Saltzberg y S. Wendt, 1991), el Bulimia Test-Revised (M. Thelen, J. Farmer, S. Wonderlich y M. Smith). , 1991), y la subescala de insatisfacción corporal del Eating Disorder Inventory (DM Garner,</p> | <p>Como el uso de cierto tipo de ropa podía ser una advertencia a que el individuo pasara por un TCA o se encuentre en riesgo de desarrollarlo</p> | <p>Los resultados de las escalas nombradas anteriormente indicaron que las usuarias mostraban tendencia a realizar conductas alimentarias desorganizadas. De tal manera que se podía observar una mayor tendencia a que participaran en acciones relacionadas con la gestión de la apariencia, concretamente en la elección de las prendas de vestir. Las usuarias afirmaban que utilizaban ciertas prendas de ropa para ocultar partes en su cuerpo, evitando así el uso de preñar con colores llamativos, ajustadas o el rechazo de comprar nuevas piezas de ropa.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | MP Olmstead, & J. Polivy, 1983) llegando a resultados en los que se expresaba insatisfacción corporal. | | |
| Cabañero Simarro, B., & Escriba Sáez, V. (2016) | Según su experiencia junto con algunos autores de la literatura registra las diferencias entre AN y BN en el uso de la ropa proponiendo además una intervención dividida en varias sesiones. | Explicar la diferencia entre el uso de ropa en una persona con AN y BN además de proponer una intervención | Basa su intervención en diferentes bloques: <ol style="list-style-type: none"> 1. aceptación y adaptación gradual a tallas saludables 2. Salidas terapéuticas a tiendas de ropa: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Listado de prendas según el nivel de ansiedad que generan 2.2 Role-playing 2.3 Comparación de tallas en tiendas 3. Salida a tiendas a probarse ropa <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Prenda fácil y menor nivel de ansiedad 3.2 Nivel intermedio de ansiedad 3.3 Nivel difícil |
| Vásquez Duque, J. A. (2021). | Artículo científico que explica la Terapia asistida por animales desde la mirada del MOHO | Importancia de la terapia asistida con animales en ámbito terapéutico y como juego. | Según el MOHO nos indica que la terapia asistida con animales presenta componentes como: volición, experiencia, valores, intereses, interpretación, anticipación y proceso volitivo. De tal manera que además de aquello se puede comprobar que existe un proceso de elección de actividad y elecciones de ocupación, las cuales hacen un cambio en la habituación y hábitos de la persona. De tal manera que se van creando Roles internalizados y comportamientos de mejoran la capacidad de desempeño. La participación en sesiones estructuradas de manera constante a lo largo del tiempo, promueven el desarrollo de la capacidad personal y autoeficacia dando lugar a una |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | | posible mejora hacia uno mismo, dando lugar a un gran impacto positivo de nuevo en la capacidad de desempeño. |
| Martínez Sánchez & Munguía-Izquierdo, (2017) | La mayoría de los usuarios padecían de AN, BN y TCAE donde en el primer artículo introdujeron la sesión de yoga una vez a la semana aumentando las sesiones debido a la mejora observada, mientras que en el segundo artículo se realizaba antes de la cena en usuarios entre 11 y 21 años. | Como un ejercicio controlado como es el Yoga puede ayudar a la práctica de deporte en TCA | En ambos estudios se pudo comprobar una mejoría de la sintomatología psiquiátrica, mejora de flexibilidad, agilidad, fuerza muscular, calidad de vida y sobretodo una mejora en la adherencia al tratamiento. Produciendo a la vez una mejora en la imagen corporal y en el IMC. |

TABLA 3. ESCALAS Y MODELOS

| ARTÍCULOS | HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN | MODELO | INTERVENCIÓN |
|--|--|------------------------|---|
| Bradford, R., Holliday, M., Schultz, A., & Moser, C. (2015). | The body appreciation Scale (BAS) Eating Disorder Examination (EDE) The Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire(PQ-LES-Q) The Eating Attitudes Test (EAT) Eating and Meal Preparation Skills Assessment (EMPSA) Entrevista motivacional | Cognitivo – conductual | El terapeuta ocupacional interviene con el niño en la fase de: Ingerir alimentos ya sea en la fase previa a la deglución como en la misma. Incluyendo también a los padres o cuidadores principales para favorecer un correcto clima emocional y control de estrés en situaciones de dificultad alimenticia por parte del niño. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Sanz Valer, P., & Bellido Mainar, J. R. (2012). Protocolo del proceso de evaluación para hospitales de día de adultos de psiquiatría. <i>TOG (A Coruña)</i>, 9(15), [34 páginas].</p> | <p>Entrevista de la Historia Ocupacional de Moorhead</p> <p>Listado de intereses OPHI I - OPHI II</p> <p>Escala de Evaluación Comprensiva de Terapia Ocupacional (COTE) Cuestionario Ocupacional</p> <p>Listado de roles</p> <p>BELS</p> <p>Autoevaluación Ocupacional (OSA)</p> <p>Cuestionario vocacional (VQ)</p> | <p>Modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner y de Mary Reilly</p> | <p>Artículo donde se realizó una encuesta a diferentes Terapeutas Ocupacionales que trabajaban en hospitales de día de Adultos en psiquiatría para obtener información sobre las técnicas y modelos más usados en salud mental. Para poder así poder realizar un proceso de evaluación de una manera más sencilla.</p> |
| <p>Jalali-Farahani, S., Amiri, P., Zarani, F., Asghari-Jafarabadi, M., & Farajzadegan, Z. (2022).</p> | <p>Medir imagen corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Forma Corporal (BSQ) - la Escala de Deseo de | <p>No se indica</p> | <p>Estudio donde intervinieron 857 adolescentes de entre 12-20 años de edad, en Tehran, Iran. El fin de este estudio fue verificar la validación de la escala BISY donde se quería comprobar la relación entre la imagen corporal y los factores asociados a adolescentes. La escala cubre los siguientes ítems:</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Muscularidad (DMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Escala de Satisfacción con la Imagen Corporal del Adolescente (ABISS) - El Inventario de Estrategias de Afrontamiento de la Imagen Corporal (BICSI) - La Escala de Imagen Corporal (BIS) - El Cuestionario Multidimensional de Relaciones con el Cuerpo-Apariencia (MBSRQ-AS) - El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). | | <p>☒ Percepciones de la imagen corporal, incluidos factores sociales, características y estrategias personales, actitudes, evaluación, así como emociones y comportamientos.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Quiles Sebastián, M. J., et al. (2021).</p> | <p>Instrumentos de valoración como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sintomatología de TCA: Eating Disorder EXamination (EDE-Q) - Pauta alimentaria: auto registro alimentación - Estado emocional:DASS-21, donde se valora depresión, ansiedad y estrés - variables sociodemográficas: cuestionario elaborado ad-hoc. - Emoción expresada: Family questionnaire | <p>Modelo de Mantenimiento Cognitivo Interpersonal de la Anorexia Nerviosa</p> | <p>Terapia Integradora para adolescentes que padecen TCA, comprendidos entre 12 y 18 años. Consta de 20-40 sesiones, se centra en un cuaderno de trabajo donde el usuario lo completa al principio del tratamiento. Se trabajan áreas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - motivación intrínseca - analizar y practicar la autocompasión - impacto del TCA en relaciones sociales - Manejo de emociones - Planificar la transición del hospital a casa - Prevenir recaídas |
|--|---|--|--|

TABLA 4. COMPLICACIONES GENERADAS POR LA COVID

| ARTÍCULO | PARTICIPACIÓN | OCUPACIÓN AFECTADA | PROBLEMA GENERADO |
|---|--|---|--|
| <p>(Murray Hurtado, M., et al. (2024)</p> | <p>Se realizó un estudio de cohortes descriptivo, retrospectivo en el que se incluye a los pacientes pediátricos con diagnóstico de TCA, remitidos durante los tres años previos y posteriores a la declaración del estado de alerta por la pandemia.</p> <p>n=129 pacientes de la muestra, 28 se derivaron en periodo preconfinamiento y 101 tras el mismo.</p> | <p>Actividades de la vida diaria (AVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Manejo de la salud Descanso y sueño</p> <hr/> <p>Participación social</p> | <p>Interrupciones en las rutinas diarias y limitaciones en las actividades al aire libre, dando lugar a mayor preocupación por el peso y por el aspecto físico, afectando negativamente los patrones de alimentación, ejercicio y sueño, aumentando el riesgo y los síntomas de los trastornos alimentarios.</p> <hr/> <p>Debido a las restricciones sociales y al aislamiento se les privó a estos usuarios de apoyo social e incluso de estrategias de afrontamiento de la enfermedad que tuvieran que ser fuera del domicilio, lo que provocó un aumento de ansiedad y emociones negativas que aumentaban de forma descontrolada la sintomatología de la enfermedad.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>(Rodgers, R. F., et al. (2020)</p> | <p>Artículo que recoge diferentes artículos científicos donde se explican los diferentes problemas que puede padecer una persona que padece TCA, fomentado por la Covid-19</p> | <p>Actividad instrumental de la vida diaria (Mantenimiento de seguridad)</p> | <p>Se pudo comprobar que en grupos post-pandemia se aumentó suicidio llevados a cabo por autolesiones.</p> <p>“Antes de la pandemia, se estimaba que el 30% de los menores habían presentado ideación suicida en algún momento, el 10% lo habían intentado y un 2% de forma seria, requiriendo atención médica. Se calcula que 18% de los menores se infligen autolesiones antes de los 18 años.”</p> |
| <p>(Asociación Española de Pediatría. (2023, 22 de mayo)</p> | <p>Comunicado que realiza la asociación española de pediatría. El presente comunicado hace un análisis de la situación basado en datos y una propuesta de recomendaciones para disminuir la morbimortalidad por suicidio y mejorar la atención de las personas de riesgo y sus familias.</p> | <p>Actividad instrumental de la vida diaria (Mantenimiento de seguridad)</p> | <p>“En el año 2020, se suicidaron en España 14 niños menores de 15 años, el doble que el año anterior. Entre el grupo de jóvenes de 15 a 29 años el suicidio es ya la segunda causa de fallecimiento, solo superada por los tumores malignos.” (Asociación Española de Pediatría. (2023, 22 de mayo)</p> |

DISCUSIÓN

Después de haber examinado los artículos, se puede llegar a la conclusión de que la mayoría de los participantes son mujeres comprendidas entre 18-30 años. Siendo más común la aparición de estos trastornos en edades cada vez más jóvenes. El trastorno más presente ha sido **AN** seguido de BN y Trastorno por atracón. Con un repunte observado durante y tras la pandemia de la COVID-19. (Devoe, D. J., et al. (2022)

Se pueden llevar a cabo una profundización sobre los factores de riesgo, algunos de ellos son biológicos, psicológicos, sociales y familiares, de tal manera que la combinación de ellos de ellos son los que marcan la naturaleza de un TCA. De esta manera, es necesario realizar un enfoque integral en la prevención y el tratamiento, que no solo aborde los aspectos físicos de la enfermedad, sino que hay que basarse en aquellos factores subyacentes que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento.

La COVID-19 fue la causante de que las personas que padecían TCA hayan experimentado síntomas de deterioro, aislamiento y un aumento en los ingresos hospitalarios. Además de aumentar los síntomas en enfermedades como ansiedad, depresión y cambios en el IMC también se produjo un cambio en la rutina y pérdida de la estructura, se llegó a la conclusión de que esto llegó a pasar durante la pandemia debido a la disminución de acceso a la atención y el tratamiento. (Devoe, D. J., et al. (2022)

En primer lugar, se puede destacar la importancia de rol de terapeuta ocupacional en el abordaje de las diferentes áreas ocupacionales afectadas, como llegan a ser el

autocuidado, la productividad y el ocio, entre muchas otras. La figura 4.1 proporciona una visión muy objetiva sobre las dificultades que llegan a presentar las personas con TCA en estas áreas.

No se debe olvidar trabajar la participación social, ya que se considera un área especialmente afectada por esta enfermedad. Se pueden llevar a cabo situaciones de abandono relaciones sociales debido a la falta de implicación en actos en común, la mayoría de las veces se produce porque en la mayoría de reuniones organizadas la comida es un elemento clave. Esto puede llevar a cabo al aislamiento social y a una falta de empatía, ya que las dificultades en esta área pueden crear un impacto significativo en la calidad de vida y bienestar emocional de las personas afectadas. (Bedell, 2012; Cozzi & Ostuzzi, 2007; Khetani & Coster, 2019; Magasi & Hammel, 2004; Santos, 2006)

En las medidas de evaluación, las más características a nivel físico para observar la mejoría del paciente son el **control de peso y los hábitos alimenticios**. Las **herramientas más comunes** para la obtención de información fueron la **entrevista y la observación**, utilizando en gran medida la escala **EDE** (evaluando así la restricción, Preocupación por la alimentación, Preocupación por la forma y Preocupación por el peso) y **EMSPA** (Para identificar alimentos temidos, capacidad percibida y motivación referente a la alimentación y preparación de comidas).

La mayoría de los equipos eran **multidisciplinares** formados por: nutricionistas, enfermeros, psiquiatras, psicólogos entre otros, garantizando así una intervención global en el tratamiento.

El modelo más usado por el terapeuta en el ámbito de salud mental se corresponde con el **MOHO** seguido del **cognitivo conductual**. Además también se han incluido artículos donde se utilizan otros modelos actuales como el **MANTRA** y nuevas escalas como es **BISY** donde se podría intervenir como **terapeuta ocupacional**.

Hablando de **técnicas** se podría decir que todas son necesarias para la restauración de la salud de las personas con TCA y para que puedan restablecer sus áreas ocupacionales lo antes posible. Dependiendo del recurso asistencial y el estado de la enfermedad se podrá intervenir en mayor o menor medida en las diferentes áreas ocupacionales.

Si hablamos un poco más en profundidad de ellas, cabe destacar la terapia familiar, siendo esta una técnica en la que el objetivo principal es poder concienciar a la familia sobre la enfermedad, llegando a crearse diferentes fases en el proceso ambulatorio (Goldschmidt et al., 2023). Crear un buen ambiente familiar y comprender el proceso de mejora es una de las tareas del terapeuta ocupacional para preparar al usuario en su ambiente familiar y sobre todo de cara a la preparación para el alta, para ello será necesario que intervengan en entrevistas para poder reconstruir la historia familiar y determinar alrededor de qué mitos y mandatos familiares se ha estructurado la familia. (Matusevich, D., García, A., Gutt, S., de la Parra, I., & Finkelsztejn, C. (2002).

Algunas actividades complementarias para la preparación son registros escritos sobre la comida para detectar el resurgimiento de la ansiedad y los sentimientos depresivos en los diferentes momentos de la comida (Matusevich, D., García, A., Gutt, S., de la Parra, I., & Finkelsztejn, C. (2002).

Otra técnica que se ha ido introduciendo poco a poco en la intervención es la movilidad funcional, en la que consiste en realizar un conjunto de ejercicios físicos controlados, como es el caso del yoga **yoga**. Se han podido encontrar estudios que revelan que la práctica del yoga disminuía los síntomas de manera sostenida en el tiempo, sin tener efectos negativos sobre el índice de masa corporal (Carei et al. (2009).

Esta técnica es muy importante debido a que uno de los síntomas principales de TCA es la hipercinesia y gracias a este uso del deporte se ha llegado a mejorar este síntoma. Produciendo así un cambio de mentalidad con el deporte y sobretodo de la forma en la que se realiza. (Martínez Sánchez & Munguia-Izquierdo, 2017)

De tal manera que se puede deducir que esta disciplina al no buscar ningún tipo de logro, no competitividad ni habilidades específicas. (Foltz-Gray, 2006; Tummers, 2005) Solo busca cambiar el foco de atención, desde el enjuiciamiento del propio cuerpo a la vivencia de las sensaciones y percepciones corporales (Foltz-Gray, (2006); Daubenmier, J. (2005)

Las técnicas que trabajan Actividades básicas, son aquellas que se focalizan en la vestimenta, alimentación, aseo... La más usada por los terapeutas son los **talleres de comida**, donde se incluye hacer la compra, preparación de menú y posteriormente ingerir dichos alimentos, esta técnica está compuesta por el componente de exposición a estímulos temidos. Dando lugar a mejoras en el IMC, aumento de la motivación y disminución de otros síntomas como la ansiedad. (Biddiscombe, R. J., et al. (2018)

Por otro lado cabe destacar la **exposición del propio cuerpo y la imagen corporal**, se encontraban afectadas en el área del vestido. Debido a no alcanzar el ideal de delgadez que desean llegan a pasar mucho tiempo eligiendo la ropa e incluso utilizando

elementos como cinturones para medir sus formas corporales siendo un referente para ver si han perdido o ganado peso.

En caso de AN usan ropa de colores oscuros y muy por encima de su talla para así intentar disimular la extrema delgadez de su cuerpo. Debido a la poca grasa corporal estas personas suelen estar más expuestas al frío por lo que usan varias prendas para mantener el calor, las cuales en el proceso de recuperación les cuesta desprender. Sin embargo para las personas con BN son todo lo contrario ropa ajustada y extravagante usando mucho el complemento de pulseras para evitar así que las heridas y las cicatrices por las autolesiones sean vistas.

Para intervenir en esta área se llevó a cabo aproximación de aceptación de diferentes tipos de ropa, desde el tipo de ropa que les resultaba más fácil vestir hasta el más difícil. Además se pudo trabajar un mayor entendimiento con las tallas respecto a su composición corporal. (Cabañero Simarro, B., & Escriba Sáez, V. (2016)

Además se cuenta con actividades como Danza Movimiento Terapia(DMT) y Psicomotricidad que ayudan a la expresión de emociones, expresión corporal y mejora de entendimiento de emociones. En el caso de DMT es una psicoterapia integrada dentro de las artes creativas. Su objetivo terapéutico se basa en promover la integración psicofísica del individuo, para ello emplea el fundamento metodológico de las psicoterapias (Meekums, 2002; Rodríguez, 2009; ADMTE, 2001).

Al comenzar el taller las personas se sentían insatisfechas con su propio cuerpo, se veían con una imagen distorsionada, así como un cuerpo al que odian porque no satisface sus deseos de delgadez. A parte de esos pensamientos se pudo comprobar que tenían mucha rigidez muscular propia del control del propio cuerpo y del entorno.

Según avanzaba las sesiones se percibían otras dificultades como representación del cuerpo en ciertas posturas o copiar movimientos llegando a observar la desorganización corporal cuando logran contactar con su cuerpo.

Finalmente en cuanto a autoexpresión, se realizan actividades como arteterapia, donde brinda la mejora a nivel físico, psicológico y social, reduciendo síntomas como la autoexigencia y miedo a ser juzgadas. En el artículo seleccionado se pudo comprobar que al comienzo de las sesiones se mantiene de forma rígida la elaboración de las obras siendo planas y poco creativas, en estas primeras fases se puede observar que el excesivo control de la perfección y basándose en obras muy estéticas reproduciendo así sentimientos como la vergüenza y decepción hacia sus producciones.

Según se van avanzando en las sesiones las usuarias comienzan a sentirse en un espacio seguro y a permitirse trabajar sobre sí mismas y a no sentirse presionadas por satisfacer a los otros. (Ajamil, E. G., & Acitores, A. P. (2014).

Hay gran cantidad de técnicas que los terapeutas ocupacionales podemos realizar para la intervención, sin embargo, la mayoría de ellas están llevadas a cabo por otros profesionales, esto deja pensar que todavía **faltan terapeutas ocupacionales** en los diferentes recursos asistenciales.

CONCLUSIONES

Debido a la falta de documentación no se puede definir cuál es el tratamiento más eficaz. Con respecto a los modelos el más utilizado es el MOHO, seguido del cognitivo-conductual, aunque hay referencias que indican que llega a ser más efectivo que el MOHO se encuentra por debajo en su uso.

En cuanto a las técnicas de exposición predomina la realización de menús donde se encuentra implícita la exposición de alimentos y elección de ropa. Podemos destacar algunas como DMT y psicomotricidad que se basa en la mejora de la imagen corporal, así como la arteterapia que ayuda a que los usuarios mejoren la expresión de emociones, siendo actividades que mejoran tanto la expresión corporal como la sentimental.

Hay algunas áreas afectadas como por ejemplo la higiene que solo se mencionan en el trabajo debido a la poca información existente sobre como la persona no puede mirarse al espejo debido a la dismorfia corporal que puede llegar a padecer en ese momento de la enfermedad, dando lugar a una gran afectación del área de autocuidado. Junto a ello, podemos destacar la cantidad de factores sociales que intervienen para que aparezca una enfermedad mental, sobre todo los socioculturales y ambientales, dejan claro que es necesario incluirlos en la prevención y tratamiento de los TCA, así como la necesidad de promover una mayor conciencia y educación pública de estos trastornos.

A pesar de ser un tema tanto de interés tanto de estudio como para los medios de comunicación, se encuentra muy poca información sobre como los terapeutas

ocupacionales podemos trabajar en ese ámbito. Somos profesionales con muchos recursos para trabajar en diferentes áreas, sin embargo, necesitamos poner un enfoque en la investigación y fomentarla, para que así la realización de trabajos de búsquedas científicas sean más llevaderos y sobre todo para que otros profesionales se nutran de conocimiento sobre el mismo área de trabajo.

También es necesario destacar que se debería de hacer un estudio más reciente sobre cómo está la situación actual en España y los recursos asistenciales que disponen, ya que el único artículo del que disponemos es de un documento del 2012.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMTE. (2001). Recuperado de <http://www.danzamovimientoterapia.com>.

Ajamil, E. G., & Acitores, A. P. (2014). El proceso creativo como entrenamiento para el cambio: arteterapia con personas en tratamiento por trastorno de la conducta alimentaria. *Arteterapia*, 9, 25-38

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Madrid: Panamericana

Arias Gómez, M., & Lorenzo, A. (2017). De la belleza como combate a la belleza como liberación: un estudio de musicoterapia en pacientes con trastornos alimentarios / From beauty as a fight to beauty as a liberation: a study of music therapy in patients with eating disorders. *Revista De Investigación En Musicoterapia*, 1, 127–150

Arija-Val, V., et al. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15.

Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. In: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. 2014 [citado 14 ene 2022]. p. 329–55.

Asociación Española de Pediatría. (2023, 22 de mayo). Posicionamiento sobre el aumento de autolesiones y suicidio en niños y adolescentes. Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de <https://www.aeped.es/noticias/posicionamiento-sobre-aumento-autolesiones-y-suicidio-en-ninos-y-adolescentes>

Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports, 17*(6), 42.

Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports, 17*(6), 42.

Bedell, G. M. (2012). Measurement of social participation. In V. Anderson & M. H. Beauchamp (Eds.), *Developmental social neuroscience and childhood brain insult: Theory and practice* (pp. 184–206). Guilford Press.

Biddiscombe, R. J., et al. (2018). Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders. *Australian Occupational Therapy Journal, 65*(2), 98-106. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12445>

Bradford, R., Holliday, M., Schultz, A., & Moser, C. (2015). The Role of the Occupational Therapist in the Treatment of Children With Eating Disorders. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 8* (3), 196-210.

Brown, C., & Stoffel, V. (2011). *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Cabañero Simarro, B., & Escriba Sáez, V. (2016). *Guía de intervención en trastornos del comportamiento alimentario en terapia ocupacional*. Editorial Síntesis.
- Carei T, Fyfe-Johnson A, Breuner C, Brown M. Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *Journal of Adolescent Health*. 2009; 46:346-51
- Carta, C. M. (2010). El Abordaje interdisciplinario y la especificidad de la psicomotricidad en pacientes adolescentes y adultos con trastornos de la conducta alimentaria en el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 35, 63-88
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Problemas Actuales en Atención de la Salud Pediátrica y del Adolescente*, 47(4), 85-94.
- Chevinsky, J., et al. (2020). Binge eating disorder in patients with type 2 diabetes: Diagnostic and management challenges. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13, 1117–1131.
- Cozzi, F., & Ostuzzi, R. (2007). Relational competence and eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 12(2), 101-117.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
- Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Sport and Exercise*, 29, 855-866.

- Devoe, D. J., et al. (2022). El impacto de la pandemia de COVID-19 en los trastornos alimentarios: una revisión sistemática. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Eberle, S. G. (2014). The elements of play: Toward a philosophy and a definition of play. *American Journal of Play*, 6, 214–233.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., et al. (2019). Detección y oferta de programas en línea para trastornos alimentarios: alcance, patología y diferencias entre grupos de estados de trastornos alimentarios en 28 universidades de EE. UU. *International Journal of Eating Disorders*, 52(10), 1125-1136.
- Foltz-Gray D. Happy in your own skin. *Yoga Journal*. 2006; 196:76-81
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 893-900.
- Galindo-Villalvazo, R. E., Espinoza Gallardo, A. C., Bernal-Gómez, S. J., Martínez-Vázquez, Y. V., Martínez-Moreno, A. G., & Zepeda-Salvador, A. P. (2023). Comparación del riesgo de TCA en estudiantes antes y durante el confinamiento por COVID-19. *Journal of Behavior and Feeding*, 3(5), 30–37. <https://doi.org/10.32870/jbf.v3i5.38>
- Gempeler Rueda, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 242-250.
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 263-274.

Goldschmidt, AB, Tortolani, CC, Accurso, EC *et al.* Adaptación del tratamiento familiar para la anorexia nerviosa adolescente administrado en el hogar: un enfoque novedoso para mejorar el acceso a la atención y la generalización de la adquisición de habilidades. *J Eat Disord* 11 , 130 (2023).

<https://doi.org/10.1186/s40337-023-00850-8>

Gómez Aguirre, D., et al. (2023). Síntomas de trastorno del procesamiento sensorial en los trastornos de la conducta alimentaria: estudio piloto en población chilena [Sensory processing disorder symptoms in eating disorders: pilot study in Chilean population]. *Revista de Psicología de la Salud*, 34(2), 11

González-Gómez, J., Madrazo, I., Gil-Camarero, E., et al. (2017). Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Rev Med Valdecilla*, 2(1)

<http://hdl.handle.net/10902/13792>

Hernández Rodríguez, J., & Ledón Llanes, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1-15.

Hicks, J., García-Godoy, F., & Flaitz, C. (2004). Factores biológicos en la estructura del esmalte de la caries dental y el proceso de caries en el proceso dinámico de desmineralización y remineralización (parte 2). *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 28(2), 119-124.

Jalali-Farahani, S., Amiri, P., Zarani, F., Asghari-Jafarabadi, M., & Farajzadegan, Z. (2022). Development and validation of the body image scale for youth (BISY). *Journal of Eating Disorders*, 10, 136. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00657-z>

Khetani, M. A., & Coster, W. (2019). Social participation. In B. A. B. Schell & G. Gillen (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (13th ed., pp. 847–860). Wolters Kluwer.

- Kornstein, S., et al. (2016). Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(3), 10.4088.
- Kreipe, R. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria. En R. Kliegman, B. Stanton, J. St.Geme, N. Schor, & R. Behrman (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (20th ed., pp. 170-179). Barcelona, España: Elsevier.
- Lambruschini, N., & Leis, R. (2018). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>
- López, M. E., Eymann, A., Dawson, M. S., Heller, M., et al. (2024). Adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria durante la pandemia por COVID-19: cambios en vínculos sociales y modalidades de atención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, e202310275
- Losada, A., & Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borrromeo*, (4), 393-424.
- Maes, M., et al. (1993). Sleep disorders and anxiety as symptom profiles of sympathoadrenal system hyperactivity in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 27, 197-207.
- Magasi, S., & Hammel, J. (2004). Social support and social network mobilization in African American women who have experienced strokes. *Disability Studies Quarterly*, 24(4), page range.

- Mairs, R., & Nicholls, D. (2016, diciembre). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168-1175. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309481>
- Martínez Sánchez, S. M., & Munguia-Izquierdo, D. (2017). Ejercicio físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 339-350.
- Matusevich, D., García, A., Gutt, S., de la Parra, I., & Finkelsztejn, C. (2002). Hospitalization of patients with anorexia nervosa: A therapeutic proposal. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 7 (3), 196-201
- Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy: A Creative Psychotherapeutic Approach*. London: SAGE Publications.
- Morais, L. V. (2006). A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 381-385.
- Morales Pernalet, R., et al. (2014). Diabetes, obesidad y síndrome metabólico. Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes.
- Muñoz Calvo, M. T. (2019, mayo-junio). Complicaciones crónicas de los trastornos del comportamiento alimentario. *Adolescere*, VII(2), 30-35.
- Murray Hurtado, M., et al. (2024). Influencia de la pandemia por COVID-19 en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.04.013>

- Ortiz, et al. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia. *Offarm*, 29(2), 72-77.
- Pablo Mendez J, Vazquez-Velazquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol.Med.Hosp.Mex.*2008; 65(6):579-592.
- Paricio del Castillo, R., Mallol Castaño, L., Díaz de Neira, M., & Palanca Maresca, I. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en época COVID: ¿Una nueva pandemia? *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(4), 9-17.
- Peebles, R., & Sieke, E. H. (2019, octubre). Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 593-615.
- Quiles Sebastián, M. J., et al. (2021). Protocolo del programa Mantra en adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria en España. En Barragán Martín, A. B., et al. (Eds.), *Intervención en Contextos Clínicos y de la Salud: Un enfoque práctico desde la investigación* (pp. 165-176). DYKINSON, S.L.
- Quiles Sebastián, M. J., Quiles Marcos, Y., Ruiz Marciá, Á., León Zarceño, E., & Pamies Aubalat, L. (2021). Protocolo del programa Mantra en adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria en España. En A. B. Barragán Martín, M. del M. Simón Márquez, & Á. Martos Martínez (Eds.), *Intervención en Contextos Clínicos y de la Salud: Un enfoque práctico desde la investigación* (pp. número de página inicial - número de página final). DYKINSON, S.L.
- Rodgers, R. F., et al. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166-1170. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>
- Rodríguez Guarína, M., et al. (2017). Síndrome de ovario poliquístico y su potencial asociación con trastorno bipolar en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), Tlalnepantla, jul./dic. ISSN 2007-1523.

- Rodríguez, S. (2009). Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), 1-20.
- Samatán-Ruiz, E. M., & Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 40–52.
- Sandoval Obando, E. (2020). Recomendaciones de salud mental en contexto COVID-19. Universidad Autónoma de Chile. Recuperado el 10 de febrero de 2023, de <https://repositorio.uautonoma.cl/handle/20.500.12728/9597>
- Santonicola, A., Gagliardi, M., Guarino, M. P. L., Siniscalchi, M., Ciacci, C., & Iovino, P. (2019). Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients*, 11(12).
- Santos, M. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 386-402.
- Savidaki, M., Demirtoka, S., & Rodríguez-Jiménez, R. M. (2020). Rehabilitar el cuerpo: un estudio piloto sobre los efectos de la terapia de movimiento de danza sobre la imagen corporal y la alexitimia en los trastornos alimentarios. *J Eat Disord*, 8(1), 22
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., et al. (2017). The science behind the Academy for Eating Disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450.
- Segreda Castro, S., & Segura Araya, C. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Ciencia & Salud: Integrando Conocimientos*, 4(4), 212-222.
- Skard, G., & Bundy, A. (2008). Test of Playfulness. In L. D. Parham & L. Fazio (Eds.), *Play in occupational therapy for children* (2nd ed., pp. 71–93). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-032302954-4.10004-2>

Smith, J. A. (2014). Endocrine consequences of anorexia nervosa. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 2(7), 581-592.

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38-51.

Su Lynch, H., Hayes, N., & Ryan, S. (2016). Exploring socio-cultural influences on infant play occupations in Irish home environments. *Journal of Occupational Science*, 23, 352–369. <https://doi.org/10.1080/14427591.2015.1080181>ton-Smith, B. (2009). *The ambiguity of play*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos Lic. Melina Weinstein
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastornos_conducta_alimentaria.pdf

Trautman, J., Worthy, S. L., & Lokken, K. L. (2007). Body dissatisfaction, bulimic symptoms, and clothing practices among college women. *The Journal of Psychology*, 141(5), 485- 498.

Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M., & Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15074.

Tummers N. Yoga and health at every size. *Journal of Health at Every Size*. 2005; 19:91-100

Vaquero Sánchez, M., & Solano Pinto, N. (2012). Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *TOG [Revista en Internet]*, 9(15), 1-21.

Vásquez Duque, J. A. (2021). Actividades y Terapia Asistida por Animales desde la Mirada del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 177–195.

Vázquez, N., Urrejola, P., & Voguel, M. (2017). Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. *Revista Médica de Chile*, 145(5), 650-656

ANEXOS

La **OPHI-II** es una evaluación organizada en tres partes, que incluye: a) una entrevista semi-estructurada que explora la historia ocupacional de un cliente, b) escalas de calificación que proporcionan una medida de la identidad y competencia ocupacionales del cliente y el impacto del ambiente (entorno, atmósfera) de comportamiento ocupacional del cliente, y c) una narración (un relato) de la historia de la vida diseñada para capturar las características cualitativas destacadas de los antecedentes profesionales. (Henry, A., Kielhofner, G., & Walens, D. (1989). *Occupational Performance History Interview: (OPHI-I)*. USA: The American Occupational Therapy Association.)

COTE: El propósito de esta escala fue el de proveer un método estandarizado y objetivo para la observación y valoración de pacientes psiquiátricos adultos, reduciendo el grado de subjetividad en el registro de las observaciones y eliminando problemas en las notas narrativas. Puede ser utilizada en la evaluación inicial, en la planificación del tratamiento, para facilitar la comunicación sobre el progreso del paciente, y para la planificación del alta. Esta escala COTE puede ser utilizada para una observación única o para una serie de observaciones del desempeño de una tarea. Se suministra un listado de 25 comportamientos que deben ser observados, y una escala para valorarlos. Los comportamientos están divididos en tres áreas: Comportamiento general (7 ítems), que evalúa el nivel general de funcionamiento del paciente; Comportamiento interpersonal (6 ítems), que evalúa cómo las relaciones interpersonales afectan el desempeño en todas las actividades sociales, y Comportamiento en la tarea (12 ítems), que evalúa cómo el paciente realiza la tarea. El terapeuta puede utilizar diferentes tipos de actividades para clarificar los ítems, pero durante cada sesión se debe utilizar una sola actividad. La puntuación de cada ítem (0 a 4) indica la normalidad (0) o el grado de anormalidad del comportamiento: 1 (leve), 2 (mínimo), 3 (moderado), 4 (grosero). Algunos ítems tienen dos escalas de valores, para reflejar los posibles comportamientos anormales en dos direcciones opuestas.

(Brayman, S. J., Kirby, T. F., Misenheimer, A. M., & Short, M. J. (1976). *Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale*. En M. B. Early (Ed.), *Mental health concepts and techniques, for the occupational therapy assistant* (2.^a ed., pp. 254-257).

Philadelphia: Lippincot-Raven.)

(Brayman, S. J., & Kirby, T. (1982). Comprehensive occupational therapy evaluation. En B. Hemphill (Ed.), *The evaluation process in psychiatric occupational therapy* (pp. 211-226). Thorofare: SLACK.)