

TERAPIA OCUPACIONAL Y UNIDADES DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

OCCUPATIONAL THERAPY AND EATING DISORDERS UNITS: CURRENT SPAIN SITUATION

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, unidades de trastorno de la conducta alimentaria, terapia ocupacional.

KEY WORDS: eating disorder, eating disorder unit, occupational therapy.

DECS: Terapia Ocupacional, unidades de trastornos de la conducta alimentaria

MESH: Occupational therapy, eating disorders unit



Autoras:

Dña. María Vaquero Sánchez
Graduada en Terapia ocupacional
Mariavaquero910@hotmail.com

Dña. Natalia Solano Pinto
Doctora en Psicología y Docente en el Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla La Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [fecha de la consulta]; 9(15): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>

Texto recibido: 11/09/2011
Texto aceptado: 01/02/2012

Introducción

La anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos de la conducta alimentaria (TCA en adelante) con aspectos comunes, entre los que destaca la insatisfacción corporal y el miedo a aumentar de peso. Sin embargo, también presentan diferencias específicas. La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal inducida o mantenida por la propia persona, conseguido mediante la supresión o reducción de consumo de alimentos. La bulimia nerviosa se caracteriza por atracones y conductas compensatorias autoinducidas e inapropiadas tales como la provocación del vómito, el uso abusivo de fármacos y/o laxantes, el ayuno o el ejercicio físico excesivo⁽¹⁾.

Ambos trastornos surgen en una sociedad de consumo en la que los medios de comunicación juegan un papel importante,

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación ha sido determinar el número de unidades de trastornos de la conducta alimentaria existentes a nivel nacional y averiguar el número de terapeutas ocupacionales que trabajan en dichas unidades. A través de preguntas específicas y encuestas realizadas por vía telefónica o vía mail se han obtenido los siguientes resultados en el año 2010. En dicho año, había 258 hospitales públicos en España pero solo 21 (8%) tienen unidad de los trastornos de la conducta alimentaria. En los 21 hospitales públicos con unidad de los trastornos de la conducta alimentaria que existen en España, tan solo hay 4 terapeutas ocupacionales trabajando en ellos, lo que equivale al 19%. Se puede afirmar que por un lado el número de unidades de trastornos de la conducta alimentaria es escaso y por otro que la cifra de terapeutas ocupacionales es insuficiente. Ambos aspectos se comentan en la discusión, proponiendo nuevas líneas de investigación.

SUMMARY

The aim objective in this research has been investigated the number of eating disorder unit in Spain and the number of occupational therapist worker in this treatment unit. Through specific questions and surveys realized by telephone and electronic mail we have obtained the following results. There are 258 Hospital Public in Spain, but only 21 with unit treatment of eating disorder (8%). In this unit treatment there are only 4 occupational therapists working in this units (19%). The results show us that the number of eating disorder units and the occupational therapists in this area are limited. These aspects are commented in the discussion and will be propose new topics of investigation.

un estudio sobre prevalencia de TCA en chicos/as escolarizados (1.913 varones y 2.415 mujeres) de entre 15 y 20 años, obteniendo como resultado que un 2,2% de chicos y un 15,5% de chicas presentaban conductas asociadas con las patologías alimentarias (dieta, atracones, conductas purgativas, ejercicio físico compulsivo), así como puntuaciones altas en insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar obtenidas a través del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)⁽⁹⁾.

En este sentido, el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA (2009) ha realizado una interesante revisión sobre los estudios de prevalencia en España, Europa y América. Basándonos en dicha revisión, los autores indican que en España, en la población de mayor riesgo (mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años), se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la anorexia nerviosa, del 0,41% al 2,9% para la bulimia nerviosa y del 2,76% al 5,3% en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria no especificado (TCANE en adelante). En total, estaríamos hablando de unas cifras de

basado en la relación de la delgadez con la moda, la belleza y el éxito social^(2, -5).

Actualmente los TCA han alarmado a la sociedad y a los distintos profesionales debido a su incidencia y altas cifras de cronicidad y mortandad^(6,7). Los estudios realizados en España sobre epidemiología aportan datos por comunidades autónomas. De hecho, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid⁽⁸⁾ realizó

prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41%. En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, se señala una prevalencia de 0% para la anorexia nerviosa, del 0% al 0,36% para la bulimia nerviosa y del 0,18% al 0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27 a 0,90⁽¹⁰⁾.

Estas cifras se asemejan también a las presentadas en la Guía Práctica Clínica del National Institute for Health and Clinical Excellence (2004)⁽¹⁰⁾, donde la prevalencia en mujeres de los TCANE, bulimia y anorexia nerviosas oscila entre 1% a 3,3%, 0,5% a 1,0% y 0,7%, respectivamente, y en la Revisión Sistemática de la Evidencia Científica que reporta prevalencias en el oeste de Europa y EEUU (0,7% a 3% de TCANE en la comunidad, 1% de bulimia nerviosa en mujeres y 0,3% de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes)⁽¹⁰⁾.

Otro estudio interesante, por su realización en una amplia muestra de población adulta, es el realizado por Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) en el estudio National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)⁽¹¹⁾. Partiendo de una muestra de 6.000 mujeres y hombres mayores de 18 años, obtuvieron los siguientes datos: cumplían los criterios diagnósticos (DSM-IV-TR, 2002)⁽¹²⁾ el 0,9% para anorexia nerviosa, 1,5% para bulimia nerviosa y 3,5% para trastorno por atracón en el caso de las mujeres (es decir, 6% para la totalidad de TCA). En los hombres, el 0,3%, 0,5% y 2% en los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón respectivamente (es decir, 2,8% para el total de TCA).

Las cifras sobre la evolución de estas enfermedades indican que el 50% presentan una evolución favorable. Pero por el contrario, un 30% tiende a la cronicidad y el 20% tiene una evolución desfavorable alcanzando cifras de mortalidad entre el 2-10%⁽¹³⁾.

Otro aspecto a destacar es que la comorbilidad (las personas diagnosticadas de TCA también manifiestan síntomas compatibles con otras problemáticas) es

frecuente. Fundamentalmente, la comorbilidad se produce con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y abuso de sustancias ⁽¹⁴⁾. En este sentido, en el estudio ESEMeD ⁽¹⁵⁾ con 4.139 participantes se encontró que las personas con TCA presentaban una alta comorbilidad con al menos otro diagnóstico DSM-IV. En el caso de la anorexia, una comorbilidad en el 42,1%; bulimia un 69,4% y otros TCA un 62,5%.

Por último, en relación a datos epidemiológicos, cabe destacar que aunque muchas personas inician las manifestaciones de los TCA durante la adolescencia, también aparecen casos en mujeres adultas entre 30-50 años, bien de inicio en la edad adulta o bien porque han mantenido ocultas sus problemáticas ⁽¹⁴⁾.

Debido en parte a la complejidad de estos trastornos, la duración de los distintos tratamientos a realizar es generalmente larga y cuentan con los recursos de diferentes dispositivos asistenciales. El modo de llevar a cabo el tratamiento también varía en función de la gravedad del trastorno ^(16,17). En los casos de menor gravedad, se utiliza terapia ambulatoria (individual, grupal y familiar). En los que la sintomatología es más grave y el tratamiento ambulatorio no resulta suficiente se recurre al tratamiento en hospitales de día/unidades residenciales para trastornos alimentarios o ingreso hospitalario. De esta forma se encuentra recomendado por la American Psychiatric Association ^(18,3).

El sistema de salud de España dispone de diferentes recursos en los distintos niveles de atención: la atención primaria y la atención especializada. La asistencia primaria se realiza en los centros de atención primaria siendo el primer nivel de acceso a la atención sanitaria. Sus actuaciones se centran en la detección precoz y derivación a otro nivel asistencial en los casos necesarios. También se coordinan con la atención especializada para efectuar el seguimiento de las complicaciones físicas entre otras ⁽¹⁹⁾.

La atención especializada, corresponde al segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria en los cuales podemos encontrar diferentes servicios: hospitalización completa; consultas ambulatorias especializadas dentro del centro de salud mental de adultos y de atención infantojuvenil; y hospitales de días entre otros⁽²⁰⁾.

Existen otros recursos que facilitan el tratamiento de personas con TCA, entre los que cabe destacar: los grupos de ayuda mutua, los centros de día para psicopatologías de larga evolución; los pisos terapéuticos; los campamentos terapéuticos; las asociaciones. En este sentido, merecen especial atención las asociaciones de familiares de afectados, ya que gracias a la labor realizada en las últimas décadas han aumentado la creación de recursos asistenciales⁽⁶⁾.

Para que estos recursos realicen una asistencia adecuada es necesaria la colaboración de profesionales especializados que puedan llevar a cabo una labor eficaz tanto durante el periodo de evaluación, como durante el periodo de tratamiento, y finalmente una vez que la persona haya sido dada de alta. Entre los y las profesionales que colaboran cabe destacar la pertenencia a distintas disciplinas: medicina, psiquiatría, psicología, dietista- nutricionista, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social...⁽¹⁰⁾. En este sentido, los diferentes profesionales deben tener en cuenta la importancia de las actividades de prevención primaria y secundaria con los objetivos de reducir la incidencia y detectar de forma precoz las patologías alimentarias^(6, 10, 18, 21,22,23).

Los y las terapeutas ocupacionales son profesionales que pueden desempeñar una labor adecuada a las necesidades de los pacientes que padecen este tipo de trastornos. Dichos pacientes muestran diferentes déficits en habilidades y destrezas que dificultan el desempeño en distintas áreas ocupacionales. En este sentido, el terapeuta ocupacional puede intervenir para que esas personas recuperen dichas áreas ocupacionales. En esta línea, es conveniente determinar

cuáles son las áreas ocupacional más afectadas por las personas que padecen TCA⁽²⁴⁾.

Recientemente, según Miren- Portiño y Durán- Carrillo⁽⁶⁾ y tomando como referencia el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, AOTA, (American Journal of Occupational Therapy)⁽²⁵⁾ señalan que las personas adultas con un diagnóstico principal de TCA pueden presentar las siguientes alteraciones: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), destacando las alteraciones en el vestido, actividad sexual y dormir/descanso; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), enfatizando las alteraciones en la movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de la salud, preparación de la comida y limpieza y realización de compras; otras áreas como educación, trabajo, tiempo libre y participación social. Sin embargo, hay que tener siempre presente que la alteración de las diferentes áreas dependerá de la idiosincrasia de la persona y la evolución de la patología alimentaria, así como la comorbilidad con otros trastornos. Teniendo en cuenta las dificultades de las personas afectadas con TCA, la colaboración de un terapeuta ocupacional podría aportar beneficios y en este ámbito el terapeuta ocupacional se plantea, entre otros aspectos, objetivos como la normalización y el equilibrio ocupacional; el establecimiento de distintas competencias; la facilitación del control vital; fomentar la satisfacción en la participación de actividades significativas, etc⁽⁶⁾.

De esta forma aportan eficacia y eficiencia al tratamiento de personas con TCA, de manera que ofrecen la oportunidad de facilitar de una forma más inmediata la recuperación e inserción de las personas con dicho trastorno en la sociedad⁽⁶⁾.

Sin embargo, en la revisión realizada no se han encontrado estudios sobre la existencia de un número determinado de unidades de trastornos de la conducta alimentaria, así como la cifra de terapeutas ocupacionales desempeñando su labor en este ámbito.

Dada las cifras de epidemiología comentadas y la importancia de los equipos interdisciplinares y del papel del terapeuta ocupacional en este ámbito, la finalidad de este estudio ha sido determinar el número concreto de unidades de trastornos de la conducta alimentaria existentes a nivel nacional especificado por comunidades autónomas y averiguar el número de terapeutas ocupacionales que trabajan en dichas unidades.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

Las personas que participaron en este estudio se detallan a continuación:

241 trabajadores del SNS (Sistema Nacional de Salud) que han facilitado información sobre unidades de salud mental en los hospitales públicos de las diferentes comunidades autónomas de España. Dichos trabajadores desempeñaban su labor en la unidad de atención al paciente.

21 trabajadores de las unidades de salud mental que han facilitado datos acerca de la existencia de unidades de trastornos de la conducta alimentaria (UTCAS en adelante). Estos trabajadores realizaban su labor en la secretaría de las unidades.

5 profesionales que han contestado a las encuestas enviadas por vía email facilitando información acerca del puesto que desempeñan, características de los pacientes que acuden a las UTCAS , profesionales que trabajan allí, tratamiento realizado por ellos, programas llevados a cabo, entre otros.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron diferentes instrumentos en esta investigación: preguntas específicas y dos encuestas que a continuación se describen.

- Preguntas específicas elaboradas para esta investigación en las cuales se realizaban cuestiones acerca de la unidad de salud mental, UTCAS y terapeuta ocupacional (ver anexo 1).

- Se elaboraron dos encuestas, una destinada a terapeutas ocupacionales que trabajan en las UTCAS y otra destinada a otros profesionales que trabajan en dichas unidades(ver anexo 2 y 3).

La encuesta para terapeutas ocupacionales consta de 13 preguntas abiertas, cerradas y semiabiertas en las cuales se preguntan cuestiones como: nombre del centro, contratación, marco de referencia teórico utilizado, tipo de evaluación, características del paciente, prevalencia, reuniones de equipo, programas, obtención de resultados, recursos, entre otros.

La encuesta para los otros profesionales consta de 11 preguntas abiertas, cerradas y semiabiertas en las cuales se hacía referencia a cuestiones como: nombre del centro, profesionales, característica de los pacientes, prevalencia, reuniones de equipo, programas y opinión sobre la figura profesional del terapeuta ocupacional.

PROCEDIMIENTOS

Para cumplir los objetivos de esta investigación se llevaron a cabo diferentes pasos:

- La búsqueda de las UTCAS se realizó mediante la obtención de números telefónicos de cada hospital público existente en las diferentes comunidades.
- A partir de ahí se realizó llamadas telefónicas a los hospitales públicos y se preguntó por la existencia de unidad de salud mental.
- Una vez confirmada la existencia de unidad de salud mental, se cuestionó la existencia de UTCAS.
- En los hospitales públicos donde existía UTCA se averiguó la existencia o no de la figura profesional del terapeuta ocupacional en esa unidad.
- Por último se pidió la colaboración del terapeuta ocupacional u otro profesional para responder a las encuestas (ver anexo 2 y 3) y así poder obtener información acerca de la unidad y sus programas, características de pacientes...

- Con el fin de facilitar la obtención de información se decidió utilizar las nuevas tecnologías y de esta forma poder rentabilizar el tiempo, facilitar a las personas su participación, evitar desplazamientos. De esta forma se elaboró la encuesta utilizando el programa google doc, (servicio de Google que facilita la elaboración de gráficos, hojas de calculo y documentos).

Previo a la realización de la encuesta se tuvieron en cuenta una serie de criterios que desarrollarían una investigación más detallada .Los criterios se pueden apreciar en la siguiente tabla:

	CRITERIOS INCLUSION	CRITERIOS EXCLUSION
ENCUESTAS TELEFONICAS	Hospitales públicos que pertenecen al Sistema Nacional de Salud Disponer de unidad de salud Mental Disponer de unidad de trastorno de la conducta alimentaria	Hospitales privados/ concertados Hospitales públicos fuera de España Hospitales públicos sin unidad de salud mental Hospitales públicos sin unidad de trastorno de la conducta alimentaria
ENCUESTAS VIA EMAIL PARA TERAPEUTAS OCUPACIONALES	Hospitales públicos con unidad de trastornos de la conducta alimentaria con terapeuta ocupacional.	hospitales públicos con unidad de trastornos de la conducta alimentaria sin terapeuta ocupacional
ENCUESTAS VIA EMAIL PARA OTROS PROFESIONALES	Hospitales públicos con unidad de trastornos de la conducta alimentaria sin terapeuta ocupacional	Hospitales públicos con unidad de trastornos de la conducta alimentaria con terapeuta ocupacional

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las 258 encuestas telefónicas realizadas a los trabajadores del Sistema Nacional de Sanidad que realizan su labor en los diferentes hospitales públicos de España fueron los siguientes:

Como bien se puede apreciar en la figura 1, hay un total de 21 provincias, determinadas con color amarillo, las cuales disponen de UTCAS. El resto de provincias, representadas con color rosáceo, no disponen de UTCAS



FIGURA 1: representación de las distintas provincias españolas donde existe UTCA(amarillo), y las provincias donde hay ausencia de UTCA(rosa).

normalmente no hay dos unidades en hospitales públicos (exceptuando Madrid).

Por lo que el número de unidades específicas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria son muy escasas.

En la Figura 2, se puede apreciar el tanto por cierto correspondiente a los 258 hospitales públicos, de los cuales, representado con rojo, se encuentran los 237(92%) hospitales que mediante la búsqueda realizada no han determinado tener UTCA, frente a los 21(8%) hospitales públicos que si, representados con rosa.

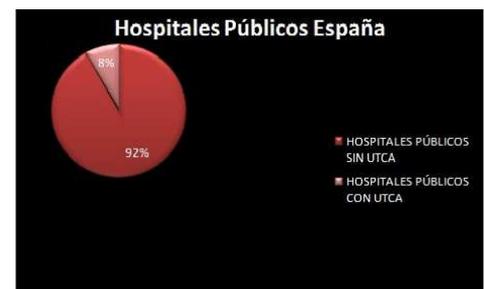


FIGURA 2: representación gráfica del % de hospitales públicos sin UTCA (rojo oscuro) frente al % de hospitales públicos con UTCA(rosa oscuro).



FIGURA 3: representación gráfica número de UTCAS con terapeuta ocupacional (TO) (rosa oscuro) frente al número de UTCAS sin TO (rosa claro)

Respecto a los 21 hospitales públicos con UTCA obtenidos en las encuestas telefónicas realizadas a los profesionales que trabajaban en las distintas Unidades de Salud Mental, se obtuvo información acerca de los terapeutas que trabajan en estas unidades, obteniendo así

un total de 18 (81%) UTCAS sin terapeuta ocupacional representado con color rosa (claro) y un total de 4 (19%) UTCAS que disponían de terapeuta ocupacional representado con color rosa (oscuro). Estos datos se pueden apreciar en la Figura 3.

Se llevó a cabo la realización de una encuesta destinada a terapeutas ocupacionales para que facilitaran información acerca de los programas llevados a cabo, marco de referencia que utilizan para la intervención, características de los usuarios que asisten al tratamiento...

Todos los encuestados coinciden en:

- las características de los usuarios:
 - La sintomatología que presentan las personas que acuden a las UTCAS son anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCANE (trastornos de la conducta alimentaria no especificado).
 - El tiempo de evolución de las patologías oscilan entre el año y los 13, destacando los 5 años aproximadamente.
- La importancia que dan a la terapia ocupacional en este ámbito destacando la relevancia del terapeuta ocupacional en las áreas ocupacionales y comentando la imposibilidad de suplantación del papel del terapeuta ocupacional en su labor en las UTCAS.

Los Terapeutas Ocupacionales coinciden en :

- El modo de trabajar con los usuarios utilizando el MOHO (Modelo de Ocupación Humana).
- Dos de los terapeutas ocupacionales tienen el mismo equipo de profesionales formado por las siguientes disciplinas: psiquiatría, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, enfermería y auxiliares. En una de las UTCAS no disponen de trabajador social pero si de nutricionista mientras que los otros profesionales disponen de equipos más reducidos formados por profesionales entre los cuales no se haya el terapeuta ocupacional.

Con respecto a las evaluaciones desde terapia ocupacional 2 de ellos utilizan las escalas de evaluación mientras que otro evalúa mediante observación por los datos recogidos.

- Dos de los terapeutas ocupacionales demandan espacios más amplios y material para poder realizar las actividades de una forma más efectiva.

Sin embargo no coinciden en el cumplimiento de objetivo puesto que los resultados son: Se cumplen en gran parte aunque existen muchas dificultades (falta de material y medios, compatibilidad con otros trabajos, trabajo a tiempo parcial, periodos de estancia muy cortos...)

En relación a los programas realizados por el terapeuta ocupacional se ha realizado la transcripción de su respuesta: "Hay siete programas de terapia ocupacional: programa de psicomotricidad y relajación, programa lúdico, programa de orientación laboral y formativa, programa de orientación a actividades de ocio, programa de yoga, programa de expresión corporal, programa de actividades de autoconocimiento y expresión de emociones".

Todos los profesionales coinciden en las siguientes opiniones que enfatizan los siguientes aspectos:

- El aumento de la demanda de estos recursos en los últimos 5 años según los terapeutas ocupacionales entre un 10-60 % y según los otros profesionales en un 10-40 %.
- La necesidad de contar con la participación de un terapeuta ocupacional en una UTCA
- Importancia de la realización de actividades grupales.
- Casi todos los profesionales encuestados realizan reuniones diarias con el resto del equipo multidisciplinar, exceptuando un caso cuyas reuniones son semanales.
- Los programas que se llevan a cabo en estas UTCAS son las siguientes: Hospitalización completa, hospital de día y, programa

ambulatorio. La realización del tratamiento es realizada por los distintos profesionales que forman el equipo y con ausencia del terapeuta ocupacional al no existir dicha figura en estas unidades.

DISCUSIONES Y CONCLUSIÓN

Tras analizar el número de UTCAS existentes en el ámbito nacional y averiguar el número de terapeutas ocupacionales que trabajan en ellas, así como la realización de preguntas específicas realizadas por vía telefónica o vía mail, se han obtenido los siguientes resultados que son objeto de debate:

En primer lugar se puede afirmar que el número de unidades de trastornos de la conducta alimentaria en España es muy reducido pudiendo explicarse a través de varios factores:

Un porcentaje de personas que tienen este trastorno tienden a esconderlo y en muchos casos no se llega a conocer hasta bien avanzada la enfermedad debido a su negación de estar enfermas⁽¹⁴⁾. Además, algunos estudios señalan que en ocasiones la demanda de tratamiento es causada por motivos emocionales. En este sentido, señalan que en una muestra de aproximadamente 3.000 mujeres adultas con sintomatología propia de los TCA, a lo largo de su vida, han acudido a tratamiento por motivos emocionales en un 63,2% frente al 43,2% que han acudido por los síntomas más asociados a los TCA⁽¹¹⁾.

En muchos casos la prevalencia tan baja es debido a la realización de estudios en personas que se encuentran en un periodo de edad determinado, excluyendo al resto de personas, sin tener en cuenta que existen casos de anorexia y bulimia nerviosas en personas con edad más elevada que la contemplada en los estudios realizados^(8,10,14).

Teniendo en cuenta que un total de 10-20% de los casos de anorexia nerviosa evolucionan hacia la cronicidad, y un 20-30% son remitidos parcialmente

mientras que el 33% presentaban recaídas, sería necesaria la realización de recursos que permitieran el tratamiento y seguimiento de los usuarios que padezcan este trastorno.

'Las tasas brutas de mortandad son superiores a las de la población en general y aumentan con la duración del seguimiento. En contraposición a este dato, parece que el resultado global en los supervivientes mejora con la duración del seguimiento (con las consiguientes implicaciones terapéuticas)" ⁽¹⁰⁾. De este modo se aclara la importancia de la labor de los distintos profesionales para elaborar un tratamiento efectivo con este tipo de patologías. Aunque en el tratamiento de los TCA cada profesional implicado va a desarrollar las medidas terapéuticas propias de su disciplina, se hace necesaria la elaboración de un plan de tratamiento global e interdisciplinar encaminado a conseguir una intervención efectiva.

Además en la Guía de Práctica Clínica también se determina la labor del terapeuta ocupacional en este ámbito por lo que es importante que se conozca cual es el trabajo que desempeña, así como su intervención en las áreas ocupacionales mediante la colaboración de los propios terapeutas ocupacionales en la investigación sobre la eficacia de sus intervenciones, difusión de los resultados y docencia.

Coincidiendo con el resultado de las encuestas en las cuales destacamos que todos los profesionales determinan que la labor del terapeuta ocupacional es imprescindible " no podría ser suplida por otro profesional" , " tiene una carga presencial importante en todo el programa de hospital de día, por ser el perfil profesional responsable de la intervención sobre las áreas ocupacionales" y ningún otro profesional podría realizar la labor que un terapeuta ocupacional llevaría y/o lleva a cabo en este ámbito.

Algunos autores determinan el desequilibrio ocupacional en el desarrollo de las actividades cotidianas y roles ocupacionales que producen los trastornos de la

conducta alimentaria lo que conlleva a una disfunción ocupacional. De esta manera el terapeuta ocupacional utiliza la evaluación del comportamiento ocupacional y el uso de la ocupación para facilitar el cambio del paciente⁽²⁵⁾.

Atendiendo a los resultados de las encuestas, tanto la observación como la evaluación mediante escalas, son los métodos utilizados por los terapeutas ocupacionales⁽⁶⁾, además de la utilización del Modelo de Ocupación Humana como modelo de práctica clínica efectivo para el tratamiento desde la terapia ocupacional⁽²⁶⁾.

Otra línea de intervención sugerente sería el estudio de la efectividad de la labor del terapeuta ocupacional con personas con TCA en España, de este modo se podría consolidar la importancia de la actuación de los terapeutas ocupacionales en este ámbito.

Por lo tanto, los TCA son una enfermedad compleja y pareciera necesario un aumento de recursos destinados a su tratamiento. Además, la intervención de terapeutas ocupacionales todavía no está muy determinada por lo que con esta investigación, se pretende demandar la necesidad de equipos interdisciplinarios donde la figura del terapeuta ocupacional se incorpore activamente a dichos equipos, ya que realiza un papel importante en la rehabilitación de las habilidades perdidas y/o con dificultad, mediante la realización de ocupaciones significativas que podrían avanzar la recuperación de los pacientes de una forma más inmediata y satisfactoria, así como la necesidad de un número mayor de UTCAS.

"Toda persona tiene el derecho y deber de lograr el más amplio desarrollo de sus potencialidades, y la sociedad los de poner a disposición de los ciudadanos todos los recursos y medios necesarios para conseguir estos fines. Dentro de nuestra sociedad hay personas que por distintos motivos ven disminuidas sus posibilidades de desarrollo biopsicosociales, pero la sociedad cuenta con medios

para tratar de solventar estas carencias. Uno de estos medios es la Terapia Ocupacional”⁽²⁷⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Raich RM. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide; 2011.
2. Toro J. El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel; 1996.
3. Toro, J y Artigas M. El cuerpo como enemigo. Comprender la anorexia. Barcelona: Martínez Roca; 2000.
4. Ruiz Lázaro PM. Bulimia y anorexia. Guía para familias. Zaragoza: Libros Certeza; 2002.
5. Toro. J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004.
6. Miren Portiño C, Durán Carrillo MP. Terapia Ocupacional en los TCA. En Romero- Ayuso D, Solano- Pinto N. (Directoras). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Universidad de Castilla La Mancha; 2010. p. 149-177.
7. Solano- Pinto N, Cano- Vindel, A. IMAGEN. Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal. *Manual*. Madrid: TEA ediciones; 2010.
8. Gandarillas Grande A, Febrel Bordejé C. Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes de la Comunidad de Madrid. [monografía en internet].Madrid; 2000 [acceso el 13 de abril 2010]. Disponible en:http://es.salut.conecta.it/pdf/Madrid_1.pdf
9. Garner D. M. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Manual.2º ed. Madrid: TEA Ediciones; 1998.
10. Arrufat FJ, Badía G, Benítez D, Cuesta L, Duño L, Estrada M.D et al. Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria; 2009[acceso 7 marzo2010]. Disponible en:http://www.guiasalud.es/egpc/cond_ucta_alimentaria/completa/index.html
11. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG y Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61 (3): 348-358.
12. López-Ibor Aliño JJ y Valdés Miyar M. (Coordinadores) *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson; 2002.
13. Ochando Perales G y Peris Cancio SP. Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia II. *Revista Medicine*. 2010; 10 (61): 4224-4229.
14. Benito Diez A y Diéguez Porres M. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosas. *Revista Medicine*. 2007; 9(86): 5529-5535.
15. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto- Meza A, Haro JM, Morosini P. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009; 43 (14): 1125-1132.
16. Smolak L y Thompson JK. Body image, eating disorders and obesity in youth. Assessment, prevention and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
17. Cash ThF y Smolak L. Body image. A handbook of science, practice and prevention. New York: Guilford Press; 2011.
18. Del Río Sánchez C, Borda Más M, Torres Pérez I, Lozano Oyola JL y Durán P. Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*.2002; 1 (2): 1-10.
19. Rodrigo- Alfageme M, Moreno- Villares JM, Hernández- Guillén R y Solano- Pinto N. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Medicine*. 2003; 8 (116): 6217-6224.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en SM del SNS. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones: 2007.
21. Moreno- Villares JM, Oliveros-Leal L y Solano-Pinto N. Un entorno inteligente para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: el proyecto SALUT. *Acta Pediátrica Española*. 2003; 61 (4): 190-198.
22. Solano- Pinto N, Oliveros- Leal L, Moreno- Villares JM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: "Educando en salud: así soy yo, así son ell@s". *Psiquiatría.com*. [revista on-line] 2004 [acceso el 13 de abril 2010].Disponible en

- http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/14987/
23. López- Guimera GL y Sánchez-Carracedo D. Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos. Madrid: Pirámide; 2010.
 24. Martin JE. Eating disorders, food, and Occupational Therapy. London: Whurr Publisher Ltd; 1998.
 25. Barrueta Maetzu LM , Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Terapia ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria. TOG (A Coruña).2009 [acceso el 13 de abril 2010] ;6(5):216-231. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf
 26. Kielhofner G. Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
 27. Cilleros Sánchez MC y Durán Vivas MJ. Programa de intervención sobre imagen corporal en anorexia nerviosa desde terapia ocupacional. Psiquiatria.com.[revista on-line] 2005 [acceso el 13 de abril 2010] Disponible en http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/19373/

Anexo 1:

PREGUNTAS REALIZADAS EN LA ENCUESTA TELEFÓNICA

1. Confirmación del hospital público al que se ha llamado
2. ¿Existe unidad de salud mental?
3. En la unidad de salud mental ¿Existe alguna unidad específica de trastornos de la conducta alimentaria?
4. En la unidad de trastornos de la conducta alimentaria, ¿hay terapeuta ocupacional?

Anexo 2:

ENCUESTA PARA TERAPEUTAS OCUPACIONALES:

1. Centro en el que trabaja :

2. Profesionales que forman el equipo

3. ¿Qué marco teórico o modelo de práctica lleva a cabo?

4. ¿Está contratado como terapeuta ocupacional, como monitor u otros?

5. ¿Cómo evalúa las intervenciones?

6. Características de los pacientes en los últimos 5 años :Derivación, diagnóstico, tiempo de evolución, edad, sexo, procedencia y comorbilidad

7. ¿Ha aumentado la demanda en los últimos 5 años? ¿En qué %?

8. ¿Se realizan reuniones de equipo? ¿Con qué frecuencia?

9. PROGRAMAS: ¿Cuántos programas se llevan a cabo? Descripción breve de los programas. ¿Son intervenciones grupales o individuales?

10. ¿Se cumplen los objetivos estimados al principio del tratamiento?

11. ¿Dispone de los recursos adecuados? ¿Cuáles?

12. ¿Cree que el Terapeuta ocupacional sería el profesional adecuado para realizar los programas que se llevan a cabo en la unidad o lo podrían desempeñar otros profesionales?

13. Observaciones

Anexo 3:

**ENCUESTA PARA PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LAS UTCAS
ESPAÑOLAS**

1. Centro en el que trabaja :

2. Ubicación del centro dentro del sistema de salud:

3. Profesionales que forman el equipo

4. Puesto de trabajo que desempeña

5. ¿Conoce la función del terapeuta ocupacional?

**6. Características de los pacientes en los últimos 5 años :Derivación,
diagnostico, tiempo de evolución, edad, sexo, procedencia y
comorbilidad**

7. ¿Ha aumentado la demanda en los últimos 5 años?¿En qué %?

8. ¿Se realizan reuniones de equipo?¿Con qué frecuencia?

9. Programas:

**-9.1 ¿Cuántos programas se llevan a cabo en la unidad con los
pacientes?**

**- 9.2 ¿Qué profesional es el encargado de llevar a cabo cada
programa?**

**- 9.3 ¿Piensa usted que los objetivos estimados al principio del
tratamiento se cumplen?**

- 9.4 ¿Existe alguna carencia?

**10. ¿Qué opina sobre la labor del terapeuta ocupacional en este
ámbito?**

11. Observaciones