

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1999

Terapia ocupacional en trastornos de la alimentación

Berges, Ileana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/884>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Tesis de Grado

*Lic. en Terapia Ocupacional.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social*

Universidad Nacional de Mar del Plata

*Terapia Ocupacional en
Trastornos de la Alimentación*

Tesistas:

*BERGES, Ileana
MORAN, María Marta*

Biblioteca G.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1473	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

DIRECTORA DE TESIS

T.O. NIDIA MARTIJENA

Handwritten signature of Nidia Martijena in black ink.

ASESORA METODOLOGICA

LIC. MARIA ELBA PENZIN

Handwritten signature of Maria Elba Penzin in black ink.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros familiares y amigos, quienes nos acompañaron en el esfuerzo y nos alentaron para lograr este importante proyecto.

A nuestra asesora y directora de Tesis con las cuales contamos incondicionalmente.

A todos los Terapistas Ocupacionales y profesionales que colaboraron con nosotras les agradecemos y dedicamos este trabajo, con la esperanza de contribuir al esclarecimiento del rol y establecer la importancia de un abordaje terapéutico responsable y consciente de la Terapia Ocupacional.

INDICE

Agradecimientos.

	<i>Págs.</i>
1. Introducción	5
2. Objetivos	7
• <i>Objetivos generales</i>	
• <i>Objetivos específicos</i>	

Primera parte: Marco Teórico.

1. Situación actual	8
2. Marco Conceptual	
2.1. <i>Trastornos de la Alimentación</i>	14
2.1.1. <i>Descripción.</i>	
2.1.2. <i>Criterios diagnósticos Anorexia Nerviosa</i>	15
2.1.3. <i>Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa</i>	16
2.1.4. <i>Generalidades</i>	18
2.2. <i>Trastornos de la Alimentación en adolescentes</i>	20
2.3. <i>Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación</i>	22
2.4. <i>Aportes de la Terapia Ocupacional al Tratamiento</i>	26

Segunda parte

1. Variable principal	35
• Definición científica	
• Definición operacional	
2. Variables Intervinientes	37
3. Dimensionamiento	38
4. Diseño metodológico	40
4.1. Tipo de diseño	
4.2. Universo de estudio	41
4.3. Población	
4.4. Muestra	
4.5. Técnica y procedimiento para la recolección de datos	42
4.6. Procesamiento de datos	43

Tercera parte

1. Análisis	45
2. Conclusión	52
• Propuesta	55
Bibliografía	57

2. INTRODUCCION

La idea de realizar el presente trabajo de investigación final, dentro del área de los Trastornos de la Alimentación, surge aproximadamente un año y medio atrás, cuando por diferentes circunstancias nos vimos comprometidas con patologías tan complejas como la Bulimia y la Anorexia Nerviosa.

Fue así como se comenzó a observar que en el tratamiento de dichas patologías, las instituciones marplatenses especializadas en Trastornos de la Alimentación, en general proponen un plan de organización diaria de acuerdo a las necesidades individuales, donde no solo se intenta organizar la alimentación; sino que además, se toman en cuenta algunas otras *actividades de la vida diaria* de las personas.

Esta modalidad de tratamiento consta por un lado, de un abordaje intrainstitucional donde un equipo transdisciplinario, constituido principalmente por Psicólogos, Psiquiatras y Nutricionistas, brindan una atención terapéutica especializada según sus incumbencias y rol profesional; por otro lado, se indica la realización de actividades extrainstitucionales como talleres de artesanías, pintura, teatro, etc.; con el objetivo de mantener al paciente ocupado y lejos de su obsesión por la comida y el cuerpo.

Planteando y reconociendo a la actividad como medio terapéutico, y a su vez como aspecto fundamental que distingue al rol del Terapeuta Ocupacional, se manifiesta como posible si éstas u otras actividades, podrían ser instrumentadas con fines terapéuticos, y cuáles serían las áreas que debería abordar un Terapeuta Ocupacional trabajando con dichas patologías.

Después de muchos esfuerzos, se accedió a bibliografía extranjera de Terapia Ocupacional en Trastornos de la Alimentación, la cual permitió dar respuesta a estos primeros interrogantes, constituyendo de esta manera, la base de lo que es el marco referencial, a

desarrollar durante este trabajo.

Gracias a estas primeras aproximaciones, se llega a conceptualizar y valorar la función del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de pacientes con Trastornos en la Alimentación.

Se comenzó a indagar el tema en el ámbito nacional, por medio de la conexión con Instituciones, Psicólogos, Nutricionistas y también, con Terapeutas Ocupacionales. Se comprobó la falta de participación de los Terapeutas Ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata en el abordaje transdisciplinario de los Trastornos de la Alimentación. Surge de esta manera, un tercer cuestionamiento:

Cuáles son los factores que influyen en la escasez de Terapeutas Ocupacionales en el abordaje transdisciplinario de dichas patologías?.

En el intento de dar una respuesta, queda planteado el eje de la presente investigación, que está orientada a explorar científicamente el nivel de información de los Terapeutas Ocupacionales, en cuanto a los Trastornos de la Alimentación y a sus áreas de intervención en el tratamiento.

PROBLEMA

CUAL ES EL NIVEL DE INFORMACION QUE POSEEN LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES ESPECIALIZADOS EN EL AREA DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA, EN RELACION AL ABORDAJE TRANSDICIPLINARIO DE ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

- ESTABLECER EL NIVEL DE INFORMACION, QUE POSEEN LOS T.O. DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA, EN RELACION A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN ADOLESCENTES.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indagar el nivel de conocimiento que poseen los Terapistas Ocupacionales en relación a las características de la patología.
- Identificar el nivel de información de los Terapistas Ocupacionales en cuanto a sus áreas de intervención en el abordaje transdisciplinario de adolescentes con Trastornos de la Alimentación.

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO

1. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

La situación de la Terapia Ocupacional con respecto a los Trastornos de la Alimentación es la siguiente:

En la A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales), no se constataron T.O. especializados en el abordaje de Trastornos de la Alimentación en adolescentes, inscriptos en sus listados oficiales.

Según lo investigado, se sabe que se llevó a cabo a partir de 1985 y durante varios años, una experiencia desde Terapia Ocupacional de carácter investigativo, en pacientes adolescentes con Trastornos de la Alimentación que recibían tratamiento en la sede marplatense de A.L.U.B.A. (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia). No se encuentra material disponible sobre dicha experiencia, pero a partir de lo investigado se registraron obstáculos en su realización; especialmente el escaso material bibliográfico escrito desde Terapia Ocupacional que sustentara la investigación y por la resistencia de los integrantes del equipo de atención interdisciplinaria de dicha Institución.¹

En el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, se reinició desde Terapia Ocupacional la coordinación de un grupo de adolescentes con Trastornos de la Alimentación. Los pacientes son derivados por Clínica médica y Nutrición y además, reciben tratamiento psicológico. El grupo es heterogéneo en cuanto a edades y diagnósticos, con un planeamiento

de concurrencia semanal, participación muy inestable y alta deserción. Su coordinadora refiere dificultades en la integración de la Terapia Ocupacional al equipo de tratamiento; constituido por otras disciplinas intrainstitucionales como Psicología, Nutrición, Clínica médica, Endocrinología, Psiquiatría, etc.

Actualmente y en nuestra ciudad, existen diferentes instituciones especializadas en Trastornos de la Alimentación que brindan atención multi e interdisciplinaria, con predominio de adolescentes en su población:

- C.I.P.A. Centro Integral en Patología Alimentaria.
- A.L.U.B.A. Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia.
- Instituto WILLENDORF.
- T.I.N.O. Tratamientos Interdisciplinarios en Nutrición y Obesidad.

En ellas se ofrecen diferentes modalidades de tratamiento, de acuerdo a los criterios de la Institución y según la necesidad del paciente. Los tratamientos son de tipo ambulatorio de 4 u 8 horas, prestando servicios de terapia individual, grupal, familiar, de pareja y con grupos de autoayuda. Los equipos de atención están constituidos básicamente por Psicólogos, Psiquiatras y Nutricionistas; realizando si es necesario interconsultas con Clínicos, Endocrinólogos, Odontólogos, Ginecólogos, Psicopedagogos, Asistentes Sociales, Acompañantes terapéuticos y auxiliares.

Además, existe en nuestra ciudad una gran cantidad de profesionales que abordan dicha patología en forma privada desde su propio rol, o en asociación a otra disciplina; pero no son tomados en cuenta en nuestra investigación porque consideramos que no se está hablando de

¹ Informante clave: T.O. FUNES, N., 1998

un verdadero abordaje con modalidad transdisciplinaria.

Al inicio de esta investigación no existían en Mar del Plata Terapistas Ocupacionales trabajando en equipos transdisciplinarios para estas patologías. Actualmente, en la Institución T.I.N.O., se encuentra una Terapista Ocupacional trabajando hace aproximadamente cinco meses e integrando el equipo interdisciplinario especializado en Nutrición y Obesidad.

El marco asistencial que maneja la Institución y toma como base la Terapista Ocupacional es el Psicoanálisis. El objetivo fundamental de la terapia es que “las actividades funcionen como disparadores para poder movilizar cosas” y que a través del hacer los pacientes puedan simbolizar, proyectar y expresar lo que sienten.

La modalidad de abordaje se efectúa por medio de una primer entrevista, “rescatando al sujeto, su historia de vida y sus intereses”. En un segundo momento, se trabaja en grupo con un proyecto en común a través de actividades como lectura, escritura, expresión plástica. La Terapista Ocupacional también trabaja junto con la Profesora de Educación Física en actividades grupales de Relajación e Imagen corporal; más específicamente con el espacio, espacio-cuerpo y utilización de objetos intermediarios.

Se registra también, una única Institución en el país que trabaja de manera transdisciplinaria con un Terapista Ocupacional. El equipo tiene dos sedes: el Servicio de Adolescencia del Policlínico Neuquén, en la Provincia de Neuquén y el Instituto de Atención Pediátrica y de Adolescencia A.I.N.A. en Cipoletti, Río Negro. El mismo, está conformado por una Médica especialista en Crecimiento, Nutrición y Desarrollo, cuatro Psicólogos y una Terapista Ocupacional.

Según el Programa implementado por estos profesionales, los pacientes evolucionan pasando por tres niveles, la atención es individual y grupal y la frecuencia varía según la necesidad de concurrencia del paciente a las distintas terapias.

Las familias participan de reuniones quincenales y también, como facilitadores de los pacientes que han sido dados de alta. También es fundamental su labor en prevención, principalmente en las escuelas.

El modelo asistencial aplicado es cognitivo-conductual con eje psicoanalítico, y la Terapeuta Ocupacional participa como coordinadora de la Terapia Corporal y co-coordinadora de los Grupos de Orientación, trabajando fundamentalmente la distorsión de la Imagen corporal que poseen estos pacientes. El abordaje específico se basa en lo simbólico, con técnicas de Psicodrama como el uso de máscaras, títeres y la pintura; administrando una ficha de Evaluación al inicio, durante y al finalizar la Terapia Corporal.²

En cuanto al material bibliográfico escrito desde Terapia Ocupacional en Trastornos de la Alimentación en la Rep. Argentina, se puede decir a partir de lo investigado, que es muy escaso y se resume solo a artículos de carácter descriptivo-recapitulativo de la intervención de los Terapeutas Ocupacionales en instituciones extranjeras.³

Existe material extranjero sobre el tema, desde ya, que no con la magnitud con que se escribe sobre otras temáticas, de aquí el enorme esfuerzo para su recopilación. Los artículos más destacados fueron extraídos de revistas de Terapia Ocupacional extranjeras, otorgadas por “The British Library”.

² Informante Clave: T.O. Seijo, Diana, 1998.

³ “Trastornos en la Alimentación”, Revista Materia Prima, Nro. 3, Marzo-Mayo, 1997.

Janet Falk-Kessler y Peter Ruopp⁴, estudiaron el prestigio y reconocimiento de la Terapia Ocupacional en el área de la Salud Mental, relacionándolo con el prestigio de los demás profesionales que también se desempeñan en el área. Fueron evaluados 150 profesionales de la Salud mental, todos representantes de un equipo de tratamiento psiquiátrico. Aunque todos los profesionales acordaban que los Terapistas sostenían un moderado grado de prestigio cuando se los consideraba separados de otras disciplinas; recibían el segundo lugar más bajo, cuando se los ubicaba en jerarquía junto con las demás disciplinas.

Otro de los artículos, examina algunas de las incumbencias para el desenvolvimiento profesional dentro del área de los Trastornos de la Alimentación; finalizando con un cuestionario para la autoevaluación profesional.⁵

Lynn E. Rockwell⁶, dirigió un estudio examinando los marcos de referencia y modalidades comúnmente utilizados por los Terapistas Ocupacionales para el abordaje de éstas patologías. Fue hallado, que la mayoría de los encuestados usaban fundamentalmente los marcos referenciales psicoanalítico, familiar y cognitivo como sus bases teóricas primarias. Las actividades implementadas que se preferían eran las artísticas, cocina y planeamiento del menú, artesanías, entrenamiento para el manejo del stress y los grupos de debates o de actividades. El artículo concluye con la necesidad de investigaciones más exhaustivas, por el mismo desconocimiento de las implicancias profesionales dentro del área de los Trastornos de la Alimentación.

⁴ Falk-Kessler, MA,OTR. Ruopp, P., MS, OTR., Prestige and Occupational Therapy in Mental Health , The Haworth Press, Inc.,USA., 1993, Vol. 12 (3).

⁵ “ Professional Development”, Nursing Times, UKCC, 1997, Vol. 93, Nro. 29.

⁶ Rockwell, L. MS, OTR., Marcos de Referencia y Modalidades usadas por los Terapistas Ocupacionales en el Tratamiento de Pacientes con Trastornos de la Alimentación, Occupational Therapy in Mental Health , The Haworth Press, Inc., USA., 1990, Vol. 10 (2).

Susan K. Meyers, profesora asistente de Terapia Ocupacional en la Universidad de Indiana y Psiquiatra en los Hospitales Universitarios de Indiana mediante el estudio de un caso de un adulto con Trastornos Alimentarios, describe la importancia de la relación Terapeuta-Paciente y los beneficios obtenidos a través de las actividades y del proceso grupal; ofrecidos desde el tratamiento del Terapeuta Ocupacional.⁷

A partir de los artículos recopilados se concluye en la falta de definición en cuanto a las incumbencias profesionales y a las áreas de intervención específicas del Terapeuta Ocupacional en estas patologías. Además, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en el año 1997 pone de manifiesto el bajo número de profesionales especializados en este tipo de abordaje.

⁷ Meyers, S., Tratamiento de Terapia Ocupacional de un Adulto con Trastornos Alimentarios: la Experiencia de una Mujer. Occupational Therapy in Mental Health , The Haworth Press, Inc., USA., 1989, Vol. 9 (1).

2. FUNDAMENTACION DEL MARCO CONCEPTUAL

2.1 Trastornos de la Alimentación

2.1.1 Descripción de los Trastornos de la Alimentación

El DSMIV describe a los Trastornos de la Alimentación como un severo disturbio en el comportamiento alimentario e incluye dentro de este, dos diagnósticos específicos: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa.

Caracterizando a la Anorexia nerviosa por una negación al mantenimiento del peso corporal mínimo normal y a la Bulimia nerviosa por repetidos episodios de atracones de comida seguidos por comportamientos compensatorios inapropiados, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otra medicación, ayuno o ejercicios excesivos. Se observa un disturbio en la percepción de la forma y el peso corporal como rasgo esencial de ambos cuadros, Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa.

En el DSMIV, una tercer categoría, los Trastornos de la Alimentación no específicos, es también estipulada para codificar aquellos desórdenes que no encuentran criterios para un desorden específico de la alimentación.

No se considera a la Obesidad como un Trastorno Alimentario de predominancia en los adolescentes. Observemos que la Obesidad simple es incluida en la clasificación internacional como una condición médica general, pero no aparece en el DSM IV porque no ha sido establecido que la misma esté consecuentemente asociada con un síndrome psicológico o del

comportamiento. Sin embargo, cuando existe una evidencia de que factores psicológicos son de importancia en la etiología o en el curso de un caso en particular de obesidad, esta puede ser incluida, mediante la consideración de la presencia de factores psicológicos afectando la condición médica.

2.1.2 Criterios diagnósticos de la ANOREXIA NERVIOSA

A continuación, se realizará una breve descripción de los principales Trastornos de la Alimentación en adolescentes, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV, Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, edición 1994.

1. Rechazo contundente a tener peso por encima del mínimo posible según el sexo, edad y talla, lo que es consecuencia de tener, por ejemplo, un 85% del peso correspondiente.
2. Pánico a engordar que no disminuye a pesar de seguir perdiendo peso.
3. Distorsión del esquema corporal, por la que el o la paciente se ve o se siente gordo, o le resta importancia a su estado de desnutrición, o su autoestima se basa en la percepción de su figura física.
4. En las mujeres amenorrea. Se considera presente como criterio luego de la falta de tres ciclos consecutivos, y también si la menstruación es estimulada artificialmente con hormonas.

A su vez la Anorexia se divide en dos subtipos:

Restringido: solo hace dietas e hiperactividad.

Purgativo: tiene además conductas purgativas para no engordar como ser vomitar, tomar laxantes y/o diuréticos, pudiendo presentar atracones.

La Anorexia nerviosa prevalece más entre las mujeres (aproximadamente un 95%) y comienza al inicio o al final de la adolescencia. En ocasiones, la enfermedad se inicia hasta los treinta años, pero es raro. En general, algún tipo de situación vital tensionante precipita el inicio. El DSM-III-R⁸, se refiere a la preponderancia del traumatismo sexual temprano como precursor del desarrollo de la Anorexia.

La personalidad premórbida de los anoréxicos se caracteriza por una tendencia al perfeccionismo, perseverancia y poco conocimiento de sus hábitos alimentarios como anómalos. Los bulímicos anoréxicos que se autoinducen el vómito reconocen algo la anomalía de ese comportamiento, pero niegan el reconocimiento de la anomalía en la práctica del ayuno. Con frecuencia los anoréxicos son considerados hijos modelo de buena conducta y alto rendimiento escolar (Anderson, 1979).

Con mucha frecuencia, la pérdida de peso produce dificultad para concentrarse, sensación de frío, alteración de los signos vitales, debilidad e hipopotasemia. La caquexia y el suicidio son las causas primarias de muerte entre los anoréxicos (American Psychiatric Association, 1987; Garner y Garfinkle, 1985).

2.1.3 Criterios diagnósticos de la BULIMIA NERVIOSA

⁸ American Psychiatric Association, 1987, Johnson y Connors, 1987 y Sullivan y Everstine, 1989.

1. Episodios recurrentes de voracidad, llamados atracones. Un atracón se caracteriza por una comilona donde la cantidad de comida es mucho más abundante que lo normal y la persona siente que pierde el control sobre ella misma y no puede parar de comer, durante el episodio.
2. Conductas compensatorias, como la auto provocación de vómitos, el abuso de laxantes, de diuréticos, de hormonas tiroideas o un ayuno compensador o hiperactividad física.
3. Los episodios ocurren al menos dos veces por semana durante los últimos tres meses.
4. La autoevaluación está altamente influenciada por la figura corporal y el peso.
5. Este desorden no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia nerviosa.

A su vez se divide en dos subtipos:

Purgativo: son aquellos que utilizan como método compensatorio al vómito, los laxantes, los diuréticos y demás fármacos.

No purgativo: aquellos que utilizan otras conductas compensatorias inapropiadas como la hiperactividad y el ayuno.

Los síntomas físicos resultado de las purgas -especialmente los vómitos- son desequilibrios electrolíticos y disfunción cardíaca y renal. Otros signos de Bulimia nerviosa son el consumo de alimentos hipercalóricos que se ingieren fácilmente durante un episodio de atracones, ingesta en secreto de estos episodios, conclusión del episodio con dolor abdominal, somnolencia o interrupción por otra persona; dietas fracasadas y fluctuaciones frecuentes en el peso superiores a los 4.5 kg., por atracones y ayuno alternados. (DSM-III-R, 1987).

La Bulimia comienza principalmente a fines de la adolescencia o comienzos de la edad adulta. Las mujeres blancas son más vulnerables, con una incidencia algo elevada entre las mujeres universitarias (30% o más de todas las mujeres universitarias). Los varones y los hombres afectados por Bulimia suelen verse afectados debido a actividades deportivas

En general, la enfermedad dura unos dos a cinco años antes de buscar tratamiento. Solo el 35% de los bulímicos se encuentra por debajo del intervalo normal de peso. La mayoría se encuentra dentro de los límites normales de peso o por encima. Es frecuente que las madres o hermanas de los bulímicos se encuentren excedidas de peso. Aún cuando los bulímicos suelen tener un peso premórbido más alto que los anoréxicos, ambos se encuentran incesantemente preocupados por el alimento, el peso y la forma corporal.

Los bulímicos suelen tener un grado discapacitante de autosacrificio que deteriora su capacidad para funcionar eficazmente en las relaciones interpersonales. Tienen mayor capacidad para cuidar de plantas y mascotas y “haciendo de madres”, que participar en el dar y recibir de una relación interpersonal. Son propensos a la depresión con pensamientos suicidas y de automutilación.

Aún cuando los bulímicos por lo general, son más extrovertidos socialmente que los anoréxicos; también abusan del alimento para olvidar sus propios temores y emociones. Con frecuencia, comen en forma exagerada en respuesta a sentimientos como enojo, aburrimiento, soledad, competición y perfeccionismo y/o temor al éxito o al fracaso. Cualquiera sea el sentimiento, su expresión se torna hacia el interior y se convierte en autofrustrante.

2.1.4. Generalidades

Los patrones de alimentación de anoréxicos y bulímicos son un símbolo de sus intentos por mantener el control sobre un aspecto de sus vidas cuando su medio ambiente se ha vuelto incontrolable.

Tanto los bulímicos como los anoréxicos tienen gran dificultad con la autoidentidad. Muchas veces buscan en los otros convalidación y sentimientos de autoestima. Hsu (1986), atribuye la

lucha por estar delgados a una lucha descontrolada por ser especiales, aceptados e individuales. El resultado es una absorción con el aspecto y la autocrítica. A medida que vuelcan los sentimientos hacia el interior, es frecuente que estos adolescentes alberguen sentimientos de necesidad, privación, rechazo, ansiedad y enojo. Su falta de seguridad e individualidad inhibe la expresión de dichos sentimientos. Se frustran el crecimiento y la maduración normales para desarrollar intereses sociales y vocacionales y para confiar en ellos lo suficiente como para permitir manejar su mundo externo fuera de la estructura familiar y social.

El hecho de que estos desórdenes alimentarios pueden llevar a un peligroso costo para el cuerpo ha sido bien determinado. Brown (1985) expuso manifestaciones físicas severamente potenciales de los Trastornos alimentarios incluyendo debilidad, fatiga, bradicardia, temperatura corporal y presión arterial baja, amenorrea, osteoporosis, hipocalcemia y problemas dentales. La muerte puede ocurrir en un 24% de la población anoréxica (Brown, 1985).

Además de las complicaciones físicas asociadas a estas patologías, existen también numerosas ramificaciones psicológicas, así detrás de estos criterios básicos de ambos cuadros patológicos, nos encontramos con jóvenes con una fuerte tendencia a evitar el crecimiento, con miedos, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, perfeccionistas, rígidos, también impulsivos y hasta agresivos. Las personas con estos trastornos exhiben, entonces, un miedo intenso relacionado a los cambios en su apariencia física, pensamientos obsesivos, conductas con rituales, sentimientos de inferioridad o de inadecuación, ansiedad, depresión y pensamientos erróneos/mágicos (Levenkron, 1982).

2.2 Trastornos de la Alimentación y adolescentes

Una sociedad que rinde culto a la delgadez, también conforma el entorno apropiado para que un adolescente ingrese, si tiene predisposición, al terreno de los Trastornos de la Alimentación, como una manera de evitar el crecimiento y negar la realidad, dejándose vencer por una presión social explícita.

Actualmente, los regímenes alimentarios se convierten en una práctica frecuente. Se calcula que el 70% de las mujeres jóvenes se sienten lo suficientemente gordas como para iniciar una dieta, aunque solo un 15% tenga un verdadero sobrepeso. La Anorexia y la Bulimia, están precedidas usualmente por dietas muy restrictivas o pérdida de peso. El descontrol con la comida puede ser precedido por atracones esporádicos. Una vez que un individuo adquiere conductas alimentarias anormales, los problemas perpetúan por si mismos. La conducta se torna en un ciclo vicioso continuo, el individuo adquiere conductas compensatorias para deshacerse de las calorías y del dolor o carga mental consecuente, para luego comer nuevamente y escapar de los problemas de la vida diaria.

Si bien es cierto que los ideales socioculturales dan cuenta de las convicciones dominantes de una época, no son determinantes por si solos de una patología alimentaria, pero son condicionantes y más aún, en un sector social tan frágil e influenciado como el de los adolescentes, quienes busca modelos e identificaciones para consolidar su identidad y, por lo tanto; no se dan cuenta que hacer dieta puede tener efectos contraproducentes como la adquisición de patrones alimentarios anormales, que pueden desencadenar en una patología.

Desafortunadamente, los adolescentes pertenecen al sector social más afectado, porque esta fase particular del desarrollo de la personalidad o como la denomina E. H. Erikson “crisis psicosocial normal con conflictos mayores”, se caracteriza por un determinado número de

modificaciones que llegan inesperadamente para la persona. Una de ellas morfológica, como la transformación corporal; las otras instintivas, tales como el despertar de las necesidades sexuales, unidas a una fragilidad en la orientación sexual; preponderancia del sentimiento, debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deformación de la realidad e idealismo, reorganización del mundo sentimental que adquiere un carácter apasionado, aparición de amistades exclusivas que difícilmente resisten la separación, actitudes extremas y ambivalentes, una labilidad de carácter con rebeldía hacia los padres, rechazo de las ideas establecidas, duda y afirmación del yo, narcisismo y necesidad de estimación, certeza e incertidumbre, timidez y búsqueda de originalidad.

Durante la pubertad y la adolescencia todas las identidades y las continuidades sobre las cuales el niño se había apoyado anteriormente se ponen en duda. En su búsqueda de autonomía, separación y de identidad, los adolescentes están ansiosos por encontrar ídolos o ideales durables como guardianes de la identidad final. El peligro en este estadio, es una identificación, a veces excesiva con héroes, modelos o ideales, hasta el extremo de llegar a una pérdida total de su propia identidad⁹.

Además, gran parte de los problemas actuales de la adolescencia está en dependencia con la desvalorización de las imágenes identificatorias; pero esto no responde únicamente a la infravaloración que de ellas hacen los adolescentes, sino también a la imagen desvalorizada que los padres y la sociedad les ofrecen.

No se intenta arribar a una conceptualización de la psicología del adolescente, solo se toma este período por ser el que representa la mayoría de los casos, o mejor aún, el origen de los síntomas, debido a que el individuo se presenta con una ambigüedad que lo predispone, y que estaría marcada por las oscilaciones de una personalidad en formación, de la búsqueda del

“tener que ser”, de necesidad y deseo de entrar en una nueva forma de existir; pero en la que coincide también una particular dificultad para realizarla.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental (USA), los adolescentes ocupan el 90% de los casos. Las investigaciones demuestran que el 5% de las jóvenes adolescentes desarrollan Anorexia Nerviosa, un porcentaje más elevado Bulimia Nerviosa, y la prevalencia de los Trastornos Alimentarios entre las pre-adolescentes y las adolescentes.

2.3 Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación

Las circunstancias más comunes para el abordaje de estos trastornos son el tratamiento ambulatorio y el de internación. Los hospitales de día están resurgiendo como lugares de tratamiento más eficientes en relación al costo y a la atención. Se necesita una fase intensiva de tratamiento, con un equipo muy colaborador para estabilizar médicamente a los pacientes, romper el ciclo de actividades obsesivas y sentar las bases para que las pacientes obtengan patrones de vida y de relación con los otros más felices y saludables.

Dado que los bulímicos y los anoréxicos suelen presentar una tasa elevada de recurrencia, la asistencia continua a través de un programa de seguimiento o asistencia posterior al alta; son componentes esenciales para el tratamiento. Los últimos comprenden organizaciones como asistencia ambulatoria, hospital de día y rehabilitación vocacional.

⁹ Erikson, E. H., “Infancia y Sociedad”, Neuchatel, Delachaux, Niestle, París, 1968.

Como se menciona anteriormente, los Trastornos Alimentarios son muy frecuentemente resistentes al tratamiento, y la tasa de reincidencia es alta; aunque algunos estudios epidemiológicos han demostrado que muchos individuos con Bulimia no buscan ayuda profesional. Parecería que el paciente joven, tendría buen pronóstico, porque los hábitos de atracones y vómitos no se han establecido en la personalidad. Sin embargo, Freeman encontró que la insatisfacción con la Imagen corporal al final del tratamiento, sería la gran predicción para la reincidencia.

El tratamiento es el proceso de estabilización médica del paciente, que rompe los patrones conductuales disfuncionales, la transferencia, el manejo, el control de la alimentación y el funcionamiento del paciente. En general, se realiza en una atmósfera de apoyo y afecto que progresa hacia un proceso terapéutico más desafiante y orientado al reconocimiento.

Dado que los pacientes con Trastornos de la Alimentación tienen auto identidades frágiles y como buscan la aprobación, es importante brindarles un ambiente de apoyo en el cual se sientan seguros de comenzar a explorar los sentimientos que han mantenido protegidos y ocultos a través de la alimentación y el ayuno. A medida que comienzan a comunicar sus sentimientos a los integrantes del equipo y a sus compañeros, comienza el aprendizaje y la maduración.

La evolución del tratamiento se caracteriza por un período de control cuidadoso para evitar el ayuno, los atracones y las purgas, después del cual existe un incremento gradual de los privilegios y elecciones de tratamiento. Con frecuencia las primeras etapas están ligadas al aumento de peso para los anoréxicos y una alimentación controlada para los bulímicos. Durante la etapa inicial de tratamiento, los pacientes pueden estar confinados a reposo en cama y pueden ser incapaces de asistir a los grupos terapéuticos. La intención es asegurar que la ingesta de alimentos se utilice para aumentar la fuerza y no para abusar de ella ni realizar

purgas. La progresión de los privilegios se basa en la introducción gradual de la actividad. La resistencia y la negación de los problemas son importantes.

La planificación diaria se utiliza como herramienta terapéutica y sirve como registro del progreso que los pacientes han hecho. A medida que los pacientes comienzan a enfocar sus problemas terapéuticos, con frecuencia tienen la responsabilidad de controlarse por sí solos, manteniendo una programación diaria o recibiendo recompensa por la participación en grupos de tratamiento.

La última fase, que podría ser denominada “fase de mantenimiento”, se daría cuando el paciente obtiene el control. Ha comenzado a internalizar la estructura y los controles del programa y se lo estimula para preparar comidas, hacer ejercicios y elegir actividades.

Aún cuando el tratamiento se describe como una progresión constante de mejoría, pocas veces es así. Existe la posibilidad de una regresión en el tratamiento. El temor al éxito o al fracaso es amenazador y muchas veces crea una atmósfera psicológica que conduce al retorno de los antiguos mecanismos para la resolución de problemas, es decir, de los hábitos alimentarios anómalos. Estos episodios ocasionales de ayuno, acaparamiento de alimento, atracones y purga pueden ser utilizados en el tratamiento como medio para explorar la autoaceptación y considerarse una persona total y con cualidades positivas y negativas.

Dado que los problemas del control constituyen un enfoque primario para los pacientes bulímicos y anoréxicos, es importante tratar al paciente con dignidad y hacerle participar en el proceso terapéutico. Una de las claves del éxito para el tratamiento de los Trastornos de la Alimentación, es obtener la confianza del paciente y hacerle participar en las decisiones terapéuticas.

Durante la evolución del tratamiento los sentimientos extremos de autodesprecio, ira y culpa que el paciente experimenta y expresa, pueden ser dirigidos equivocadamente hacia el terapeuta. La tendencia del paciente de negar la enfermedad y de probar la sinceridad del terapeuta pueden ser frustrantes para este último. El equipo de atención transdisciplinario, constituye una fuente constante de estimulación y apoyo para cada uno de ellos y para el paciente.

Se entiende así, que los **Trastornos de la Alimentación**, son condiciones complejas que siguen presentando serios problemas para aquellos quienes los padecen y para los profesionales de la salud que intentan tratarlos.

Aunque el desarrollo de programas efectivos de tratamiento ha sido insuficiente, actualmente se reconoce que el abordaje **transdisciplinario**, es lo indicado para un óptimo tratamiento. Los profesionales incluidos en este grupo, deben ser especialistas para las complicaciones médicas específicas, Nutricionistas, Psicólogos, Asistentes sociales, Psiquiatras, Enfermeras, Terapistas Ocupacionales, etc. Todos ellos deben estar capacitados para la atención de estos trastornos.

Los estudios han encontrado que los pacientes abordados por un equipo especializado, tienen una tasa de reincidencia y/o mortalidad inferior que aquellas tratadas por profesionales que trabajan individualmente.¹⁰

A causa de la complejidad de estos trastornos, el desarrollo de un tratamiento efectivo ha sido lento. Los primeros enfoques se limitaban a estabilizar la condición clínica del paciente y reforzar la ganancia de peso, en vez de considerar que un componente psicológico estaba en medio del desarrollo y mantenimiento de estos trastornos (Bruch, 1982; Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

También, con el crecimiento de la advertencia de estas patologías y del conocimiento acerca de las mismas, fueron desarrollándose varios modelos de intervención más adecuados y efectivos. Estos marcos de referencia han sido implementados en los programas de tratamiento como los modelos psicoanalítico, conductual, familiar, médico, cognitivo-conductual (Giles, 1985; Hsu, 1986), así como también el modelo de desarrollo (Bruch, 1982).

Una de las causas por el variado grado de éxito notado en estos modelos, puede ser que dirijan su enfoque a solo un aspecto de la condición del paciente durante el tratamiento (Garfinkle, 1985; Bruch, 1974; Bruch, 1978).

Esta es una de las razones fundamentales que se presenta para revalorizar el rol de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje transdisciplinario de pacientes con Patología Alimentaria, ya que el no considerar sus posibles aportes dentro del proceso terapéutico, es dejar de lado la conducta ocupacional del individuo en tratamiento, y por lo tanto, es también una forma de parcializar su abordaje.

2.4 Aportes de la Terapia Ocupacional al Tratamiento de adolescentes con diagnóstico de Trastornos de la Alimentación

Yerxa E.¹¹, sostiene que los seres humanos fueron conocidos como poseedores de naturaleza

¹⁰ Idem pie de pág. Nro. 6.

¹¹ Yerxa, E. Investigación: La clave para el desarrollo de la Terapia Ocupacional como una disciplina académica. Revista Americana de Terapia Ocupacional, 41, 415-419.

ocupacional, que la enfermedad es vista como poseedora potencial para interrumpir sus ocupaciones y que estas son reconocidas como una organización del comportamiento humano para ser usadas terapéuticamente en el rehacer o reorganizar la vida cotidiana.

No se pueden proponer objetivos terapéuticos alejados de la realidad con la que convive el paciente. Por lo tanto, si uno de los objetivos que se plantea el equipo para el tratamiento de pacientes con Trastornos de la Alimentación es promover un cambio de hábitos y de estilo de vida, es fundamental el aporte desde Terapia Ocupacional para el aprendizaje de nuevas conductas ocupacionales.

En un principio se define a la conducta ocupacional como “La actividad que las personas realizan durante la mayor parte del tiempo despiertos, incluye actividades lúdicas, de descanso y productivas; es decir de trabajo, juego y actividades de la vida diaria propias de un individuo, basada en sus creencias, preferencias, experiencias que haya tenido en su ambiente y los modelos de conducta adquiridos a lo largo del tiempo.” Kielhofner, 1985.

La conducta ocupacional es importante para el automantenimiento personal, formación del medio físico, social y cultural.

Desde el Modelo de Ocupaciones Humanas de Reed Kathlyn y Sanderson Sharon, y el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner, se hace referencia a las siguientes áreas ocupacionales:

EL AREA DE MANTENIMIENTO PERSONAL. Incluye los comportamientos necesarios para automantenerse biológicamente, ser reconocidos por su cultura, manejarse en el hogar y económicamente. Son todas las actividades de la vida diaria.

Este área se evalúa en función de cuáles son las actividades que se necesitan para mantener

los procesos vitales y las habilidades y destrezas empleadas para ejecutarlas. Aunque cada individuo tenga una combinación propia de necesidades de mantenimiento personal, existen áreas comunes: incluyendo la alimentación, vestido, toilette, movilidad, comunicación y resolución de problemas. Cuanta mayor asistencia necesita de otra persona para la actividad de mantenimiento personal, menor será la independencia que pueda lograr el individuo en el manejo de todas sus funciones ocupacionales.

El AREA DE PRODUCTIVIDAD. El trabajo es el producto de un servicio que es útil y necesario, añade valor a la condición humana y es considerado factor de vida. Se evalúa en función de las habilidades que posee una persona para proveer bienes y servicios, para otros o para su propio beneficio. La evaluación incluye la adquisición de habilidades laborales básicas tales como ser puntual, seguir directivas y hacer uso de juicios, como así también la aplicación efectiva de habilidades para una situación específica de trabajo.

El AREA DE ESPARCIMIENTO. Comprende las actividades que una persona realiza por regocijo personal. Es importante señalar que las actividades de esparcimiento para una persona pueden ser productivas o de trabajo para otras. El juego es esencial para mantener los estados de salud. El juego incluye la exploración en el niño, la recreación en el adulto y el ocio en la edad madura.

Es necesario conocer a la Terapia Ocupacional para llegar a comprender su esencia, y a su vez, profundizar en el quehacer laboral del Terapeuta Ocupacional para reconocer su función en el tratamiento de los Trastornos de la Alimentación. Para ello se parte de algunos conceptos de los Modelos Ocupacionales anteriormente citados.

Desde el Modelo de las Ocupaciones Humanas se entiende a la Terapia Ocupacional como la terapia o tratamiento de una enfermedad o incapacidad, y a la ocupación o actividad en la que la persona se compromete, emplea tiempo, esfuerzo y dinero; con el propósito principal de desarrollar y mantener las capacidades afectadas a través de todo ciclo vital. Por consiguiente, es un tratamiento de enfermedades a través del uso de las ocupaciones que realiza una persona para ocupar su tiempo, espacio y se compromete en ella.

El tratamiento forma parte de un programa planificado donde los objetivos se establecen con claridad y como resultado de la evaluación de los componentes motores, sensoriales, cognitivos, intra e interpersonales en el desempeño de las actividades en las tres áreas ocupacionales (esparcimiento, autovalimiento y productividad).

Por lo tanto, la Terapia Ocupacional tiene por objeto de estudio a la ocupación humana, dirigida al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales del individuo con el fin de conducirlo a una adecuada interacción e integración social, utilizando a la actividad como medio terapéutico.

La actividad es el recurso mediatizador del vínculo entre el paciente y el Terapeuta Ocupacional, a través del cual, se logran los objetivos terapéuticos. Cabe aclarar que aquí, no sólo se tiene en cuenta como medio de tratamiento, a la actividad concreta y material, sino a todas las acciones que rodean a la actividad en sí y a las acciones sin actividad.

La Terapia Ocupacional, se basa en que el desarrollo de una actividad que tenga un propósito y un significado para el individuo, promueve el aprendizaje de la adaptación y el cambio. El Terapeuta ocupacional busca ir más allá del tratamiento de los síntomas o del proceso de la enfermedad, mediante la estimulación del individuo para trabajar por una mejor

calidad de vida; a pesar de sus dificultades o dishabilidades.

Lo principal en la práctica de la Terapia Ocupacional es el análisis, selección y adaptación de una ocupación, que comprende al espectro de actividades que puede realizar un individuo; son propuestas dentro de un encuadre determinado y tienen la base teórica firme dentro de modelos de tratamiento establecidos. Por medio de ellas, se busca que el hombre, indistintamente del momento evolutivo en el cual se encuentre, pueda operar activamente en el mundo.

El núcleo de las tareas desarrolladas por el Terapeuta ocupacional se puede, entonces, identificar como:

- El uso de una actividad selectiva, la cual tiene un propósito y significado para el individuo, como en un tratamiento medio.
- El análisis de la actividad, lo cual es la habilidad de separar las actividades según las demandas físicas, cognitivas, interpersonales, sociales, conductuales y emocionales del paciente y la comprensión de como deben ser usadas efectivamente, para que concuerden con las necesidades del individuo.
- La evaluación y tratamiento de las capacidades funcionales, lo cual es la habilidad para evaluar y determinar el alcance que una perturbación del estado mental está afectando las capacidades funcionales del individuo, y el tratamiento apropiado para algunos problemas identificados.

McCull, Friedland y Kerr (1986), quienes señalaron que el tratamiento con pacientes con Trastornos de la Alimentación, algunas veces cambia las creencias básicas de la Terapia Ocupacional. Mientras que la prescripción de la actividad debería conducir al desarrollo de la

competencia individual y, de aquí, a un sentido de efectividad (Fidler, 1981), las observaciones clínicas de pacientes con Trastornos Alimentarios, no siempre avalan esta afirmación.

Aún cuando ellos demuestran altos niveles de ejecución y éxito, los pacientes con Trastornos Alimentarios, frecuentemente los consideran irrelevantes y sin relación a su propio sentido de causa personal (McColl et al., 1986). Así, el Terapeuta Ocupacional, no puede aceptar que la prescripción de una actividad que no esté basada en una teoría etiológica y marco referencial (aún con consecuencias exitosas), va a ser suficiente para producir efectos terapéuticos en los pacientes con Trastornos Alimentarios. El Terapeuta Ocupacional necesita facilitar el desarrollo de la efectividad personal en el paciente (McColl et al, 1986).

(El objetivo general que se plantea un Terapeuta Ocupacional es el de guiar y acompañar) *a es hermano con un trast. alimentario* al adolescente con Patología Alimentaria, en el proceso de reconocimiento y modificación de aquellos comportamientos que impiden un normal funcionamiento o son maladaptados.)

Por consiguiente, para ampliar la visión y esclarecer la información sobre la Terapia Ocupacional en el abordaje de estas patologías; se cree necesario determinar las áreas de intervención de un Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de adolescentes con diagnóstico de Trastornos de la Alimentación; de acuerdo a las principales conductas disfuncionales que caracterizan a las patologías.

La bibliografía indica que **(las áreas de tratamiento principales de la Terapia Ocupacional, giran alrededor de temas como la Imagen corporal, manejo de la nutrición y de los alimentos,**

relaciones sociales y sexuales, destrezas laborales y en la comunicación, esparcimiento y planeamiento del alta (Garner y Garfinkle, 1985).

Los pacientes muestran un deteriorado funcionamiento en las siguientes áreas específicas:

1. **IMAGEN CORPORAL.** Los pacientes pierden el reconocimiento real de si mismos y tienen una percepción y visión distorsionada de su tamaño y forma corporal. El Terapeuta Ocupacional necesita evaluar el grado de distorsión, principalmente a través de una evaluación real. De la respuesta del paciente y de los resultados de la evaluación comienza a formarse la base de un modelo para un tratamiento individualizado.

La imagen corporal es un aspecto fundamental del tratamiento de pacientes con Trastornos de la Alimentación. Se encuentra en la base de los procesos del pensamiento delirante. No importa lo delgados que estos pacientes estén, siempre se ven gordos. Este concepto les impulsa al ayuno y despierta su obsesión sobre los alimentos y la pérdida de peso. El tratamiento muchas veces es un proceso doloroso de orientación y adaptación a la realidad, utilizando distintas actividades para ayudar a los pacientes a hacer la adaptación. La Imagen corporal también se relaciona con el aspecto corporal externo y el vestido.

2. **AUTOCAUIDADO.** Los pacientes han sido abusivos con sus cuerpos, a través de la inanición, vomitando o por exceso de ejercicios, hiperactividad; y en algunos casos, trastornos o falta de sueño. El tratamiento se focaliza en el planeamiento de la alimentación, ir de compras, el grado adecuado de la actividad física y el desarrollo de habilidades para adaptarse a las demandas externas e internas. Existen muchas formas creativas para ayudar a estos pacientes a trabajar con estos aspectos relacionados con el manejo de los alimentos.

3. **RECONOCIMIENTO.** Las fallas o falta en la interpretación y conocimiento o alerta (ante los signos internos y externos. Esto incluye signos psicológicos como la falta de deseo, de hambre y de cansancio, temperatura, dolor, y la pérdida del reconocimiento de sus estados emocionales y cognitivos. Estos pacientes pueden sentirse extremadamente llenos con una pequeña cantidad de comida y generalmente no leen e ignoran el hambre, hasta el punto en el que es quitada de sus percepciones.

4. **MANEJO DEL TIEMPO.** Los pacientes tienen dificultad para establecer y utilizar un apropiado equilibrio entre el trabajo y/o estudio y las actividades lúdicas y sociales. Ellos generalmente excluyen las actividades lúdicas y sociales de sus programas, las realizan sin que deriven en satisfacción y placer; o encuentran dificultad o presión en una actividad que originalmente es para divertirse. Muchas de las actividades son realizadas sin la compañía de otros, aisladamente.

Aprender a disfrutar y a como utilizar el tiempo de esparcimiento es una tarea importante. Lleva tiempo y práctica. El tiempo ocioso e improductivo puede haber conducido a los atracones y a otras conductas destructivas. Es importante ayudar al paciente a explorar y desarrollar intereses en actividades no relacionadas con los alimentos para ayudar a reducir la ansiedad asociada con el mismo.

5. **MANEJO DEL STRESS.** Estos pacientes no han sabido tratar con el stress, para canalizar la tensión, o para utilizar mecanismos de defensa efectivamente. Frecuentemente, necesitan aprender a usar y alternar mecanismos significativos para afrontar el stress, en vez de utilizar la alimentación o conductas relacionadas, como medio de autodestrucción.

6. AUTOESTIMA. Si bien la baja autoestima se asocia comúnmente con cualquier género de psicopatología, se observan ciertos rasgos característicos a estos trastornos. (Son pacientes con largas historias de falta de control, de impotencia y marcada desvalorización. Además, se crean grandes expectativas respecto de sí mismos, que tienen como resultado permanentes sensaciones de vergüenza y culpa, así como una excesiva autocrítica. El aprendizaje para sentirse seguros son componentes claves para promover las relaciones positivas con sus familiares y amigos y desarrollar otras relaciones sociales.)

*El rol del Terapeuta Ocupacional es la evaluación, tratamiento y asistencia con un desempeño planeado y un seguimiento cuidados; con el objetivo de guiar a los adolescentes con Trastornos de la Alimentación para reorganizarse y obtener las destrezas, hábitos, roles y un nivel de desempeño que sea el adaptado y necesitado para un funcionamiento óptimo.*¹²

Se sostiene así que un tratamiento integral, por medio de un enfoque transdisciplinario que considere al adolescente con Trastornos de la Alimentación en su totalidad, es esencial para la recuperación a largo plazo de todas las conductas disfuncionales características de dichas patologías.

¹² Barbara Bridgett. OTR, Evaluación de Terapia Ocupacional para Pacientes con Trastornos de la Alimentación. *Occupational Therapy in Mental Health*, The Haworth Press, 1993. Vol. 12 (2).

SEGUNDA PARTE

1. VARIABLE PRINCIPAL

NIVEL DE INFORMACION DE LOS T.O. DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA ESPECIALIZADOS EN EL AREA DE LA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN RELACION A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN ADOLESCENTES Y A SUS AREAS DE INTERVENCION EN UN ABORDAJE TRANSDISCIPLINARIO.

DEFINICION CIENTIFICA

Se hace referencia a la calidad y cantidad de datos adquiridos de manera sistemática o asistemática que poseen los Terapistas Ocupacionales marplatenses especializados en el área de Salud Mental Infanto juvenil, para conceptualizar y reconocer las características generales de la Anorexia nerviosa y de la Bulimia en adolescentes e identificar las áreas de intervención de Terapia Ocupacional en un abordaje transdisciplinario.

DEFINICION OPERACIONAL

El nivel de información en relación a los Trastornos de la Alimentación se manifiesta a partir de la posibilidad de los Terapistas Ocupacionales marplatenses de:

- Conceptualizar a la Bulimia y a la Anorexia Nerviosa como enfermedades psicológicas y reconocerlas como Trastornos Alimentarios prevalentes en los adolescentes.
- Reconocer al temor de permanecer en un peso normal y a los episodios compulsivos en la alimentación, como los síntomas principales de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia respectivamente.
- Reconocer a la alimentación, las relaciones interpersonales, la asertividad, el autocuidado, Imagen corporal, desempeño profesional, el manejo del tiempo y la percepción, como los aspectos más afectados de la conducta de los adolescentes con Trastornos Alimentarios.

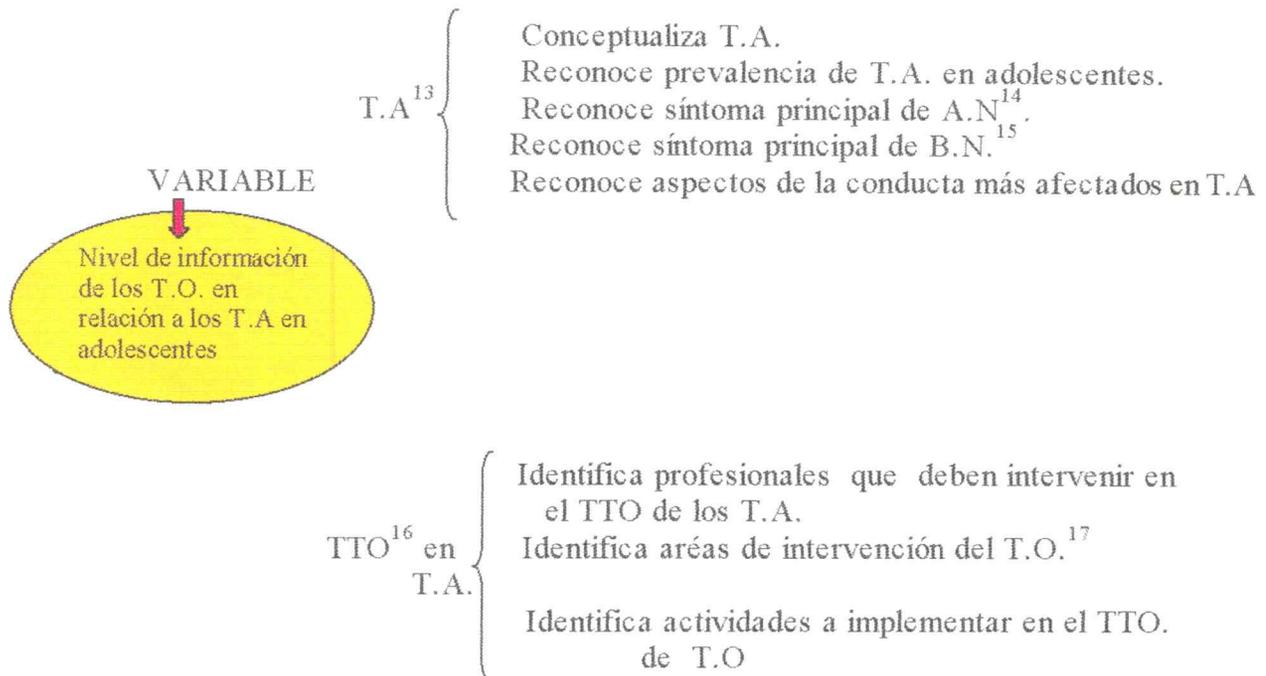
El nivel de información en relación al tratamiento de Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Alimentación se evidencia por la posibilidad de los Terapistas ocupacionales marplatenses de:

- Identificar a los profesionales necesarios para un abordaje transdisciplinario en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Psicólogo, Psiquiatra, Nutricionista y Asistente Social, Terapeuta Ocupacional.
- Identificar las áreas de intervención de un Terapeuta Ocupacional en el tratamiento: Área de Mantenimiento Personal, Área de Esparcimiento y Área de Productividad.
- Identificar objetivos generales del tratamiento desde Terapia Ocupacional.
- Identificar actividades adecuadas, para implementar desde Terapia Ocupacional, de acuerdo a las áreas de la conducta más afectadas del paciente.

2. VARIABLES INTERVINIENTES

Se considera importante, la valoración de cuatro variables intervinientes que serán tomadas en cuenta durante la investigación: el nivel de formación específica de los Terapistas Ocupacionales sobre Trastornos de la Alimentación; la experiencia en el área; referencias por desempeño de colegas; y además, el tiempo transcurrido desde la matriculación de los mismos.

3. DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE



¹³ Léase Trastornos de la Alimentación.

¹⁴ Léase Anorexia Nerviosa.

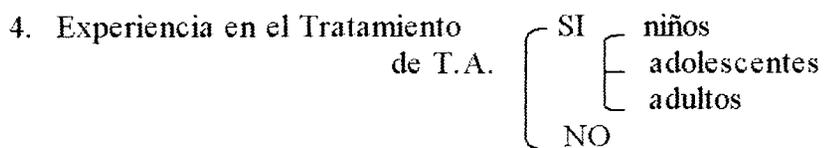
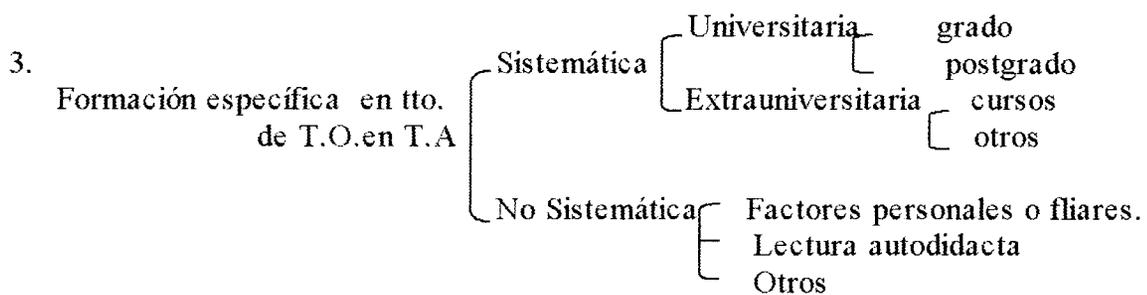
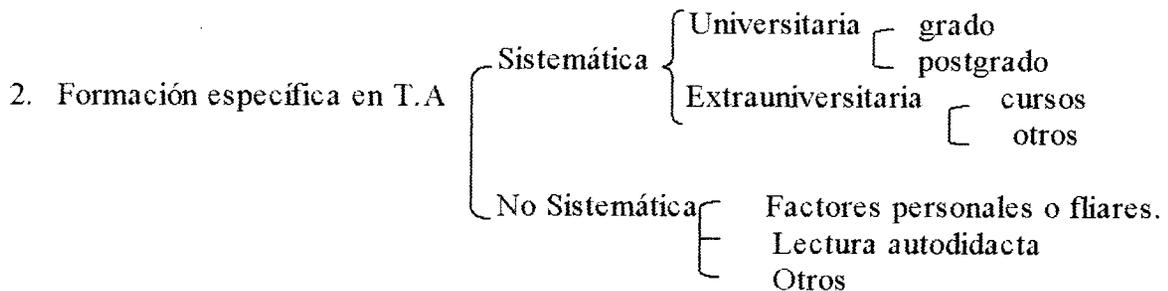
¹⁵ Léase Bulimia Nerviosa.

¹⁶ Léase Tratamiento

¹⁷ Léase Terapia Ocupacional.

Variables Intervinientes

1. Tiempo de Matriculación



5. Referencia de T.O ejerciendo en el área de los Trastornos de la Aliment. SI NO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE DISEÑO

Según el criterio del análisis de la información y haciendo referencia a lo citado por E. Pineda, E. De Alvarado, F. de Canales, se considera que la presente investigación de tipo cualitativa corresponde a un diseño mixto: Exploratorio-Descriptivo, no experimental.¹⁸

Se considera EXPLORATORIO porque se profundiza en el tema con la finalidad de indagar sistemáticamente que nivel de información poseen los Terapistas Ocupacionales en cuanto a los Trastornos en la Alimentación en adolescentes y a sus áreas de intervención en la problemática; considerando que en el ámbito de la Terapia Ocupacional no se registran antecedentes de estudios similares.

DESCRIPTIVO, porque el objetivo de este trabajo de investigación es identificar el comportamiento de la variable: para determinar “cómo es” o “cómo está” su situación en la población a estudiar.

Según el período y secuencia del estudio, se clasifica a esta investigación de tipo transversal; ya que las variables se estudian simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

UNIVARIANTE, porque durante la investigación se trabajará con una única variable: el nivel de información de los Terapistas Ocupacionales marplatenses con relación a los

Trastornos de la Alimentación en adolescentes, considerando características de la patología y áreas de intervención del T.O. en el abordaje transdisciplinario de dichos pacientes.

Se considera importante, la valoración de cuatro variables intervinientes que serán tomadas en cuenta durante la investigación: el nivel de formación específica de los Terapistas Ocupacionales en Trastornos de la Alimentación; la experiencia en el área, referencias por desempeño de colegas; y además, el tiempo transcurrido desde la matriculación de los mismos.

4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO: Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata.

4.3. POBLACION: Terapistas Ocupacionales que ejercen en la ciudad de Mar del Plata en el área Salud Mental.

4.4. MUESTRA: La representan diez Terapistas Ocupacionales del área de la Salud Mental, especializadas en el abordaje Infanto juvenil y que ejercen en Instituciones privadas y/o públicas de la ciudad de Mar del Plata, durante 1999.

Criterios de inclusión:

- Ser Terapeuta Ocupacional ejerciendo en la ciudad de Mar del Plata, durante 1999.
- Desempeñarse en el área de Salud Mental Infanto juvenil.

- Ejercer en Instituciones privadas o públicas, Hospitales, Clínicas, consultorios, centros de atención y rehabilitación.

Criterios de exclusión:

- Terapistas Ocupacionales que ejercen en Escuelas públicas y/o privadas, Talleres protegidos y jardines maternos.

4.5. TÉCNICA DE INVESTIGACION

Para la recolección de datos, se implementaron entrevistas dirigidas de tipo semiestructuradas con preguntas abiertas y cerradas, las cuales fueron registradas y analizadas individualmente.

A continuación se detallan los puntos básicos en torno a los cuales se desarrollaron las entrevistas:

- Área en la que actualmente se desempeña profesionalmente.
- Tiempo de matriculación.
- Formación en el área de los Trastornos de la Alimentación.
- Formación específica desde su rol en el abordaje de los Trastornos de la Alimentación.
- Experiencia en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Trastorno primario de la Alimentación.

- Referencias de colegas trabajando con adolescentes con Trastornos Alimentarios. Modalidad de abordaje.
- Enunciar profesionales que consideran que deberían integrar un equipo transdisciplinario para el tratamiento de adolescentes con Trastornos de la Alimentación.
- Mencionar los objetivos generales planteados desde las diferentes disciplinas y desde Terapia Ocupacional.
- Areas de intervención de un Terapeuta Ocupacional en el tratamiento transdisciplinario de adolescentes con Trastornos Alimentarios.
- Posibles actividades a implementar desde Terapia Ocupacional en el tratamiento de dichos pacientes.
- Conceptualización de Trastornos de la Alimentación.
- Principales Trastornos Alimentarios en adolescentes.
- Característica principal y diferencial de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia.
- Aspectos de la conducta más afectados en los adolescentes con Trastornos Alimentarios.

4.6. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos de las entrevistas realizadas fueron procesados y analizados cualitativamente.

Primero se analizó cada entrevista en forma individual para interpretar, de acuerdo a todas las respuestas, cuál es el nivel de información sobre los Trastornos de la Alimentación y su tratamiento desde Terapia Ocupacional.

Luego, y por medio de un cuadro de doble entrada, se registraron los datos más relevantes de cada ítem; para que facilitara la interpretación y permitiese obtener una respuesta al problema planteado.

TERCERA PARTE

1. ANALISIS

Al considerar los ítems básicos en torno a los cuales fueron realizadas las diez entrevistas a las Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata especializadas en salud mental Infanto juvenil, con la finalidad de investigar cuál es su nivel de información en relación a los Trastornos de la Alimentación y a su tratamiento; se pueden analizar los siguientes datos obtenidos.

De acuerdo a los criterios de inclusión planteados en esta investigación se puede observar que el área de desempeño profesional de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas es en su mayoría, el área de la Salud Mental Infanto juvenil, con predominio de tratamientos de psicosis y adicciones; y en menor grado, prevención y minoridad. Una sola Terapeuta entrevistada se encuentra trabajando dentro de un equipo de atención transdisciplinario de adolescentes con Trastornos de la Alimentación; y además, se realizó otra entrevista a una Terapeuta Ocupacional especializada en Tercera edad, pero que actualmente está trabajando a través del abordaje corporal con adolescentes y niños obesos.

En cuanto al tiempo de matriculación las respuestas analizadas fueron diversas, con una variación de entre veinte y un año y medio de haberse recibido. Todas las entrevistadas son egresadas de la Universidad Nacional de Mar del Plata. (Gráfico I)

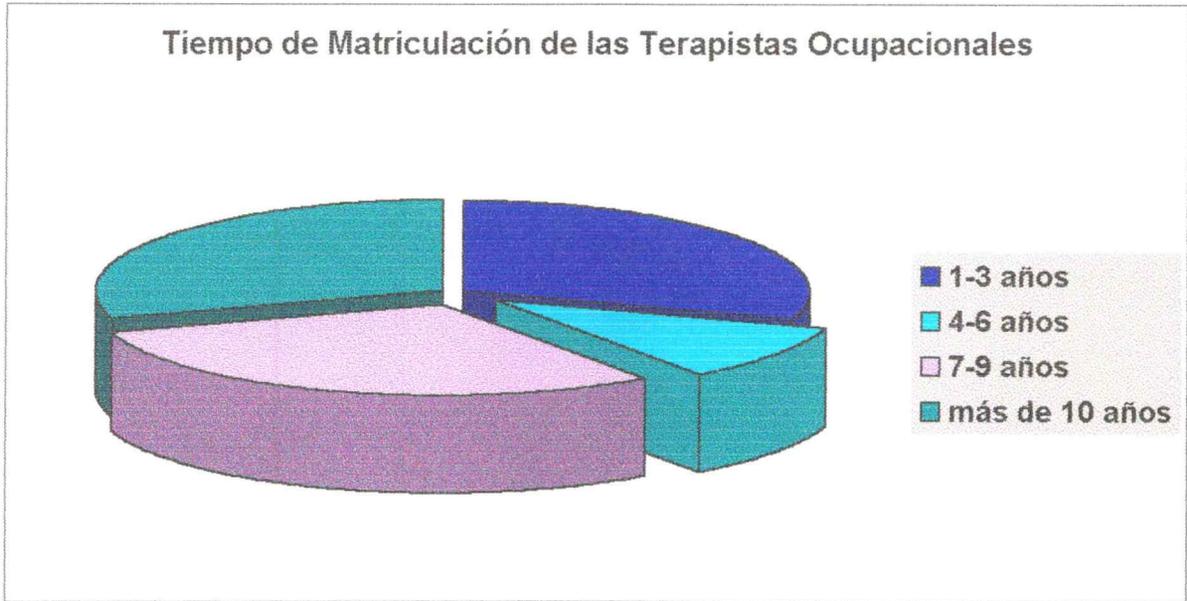


Gráfico I

Solo dos de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas poseían formación específica sistemática sobre Trastornos de la Alimentación; debido a sus intereses y situación laboral.
(Gráfico II)

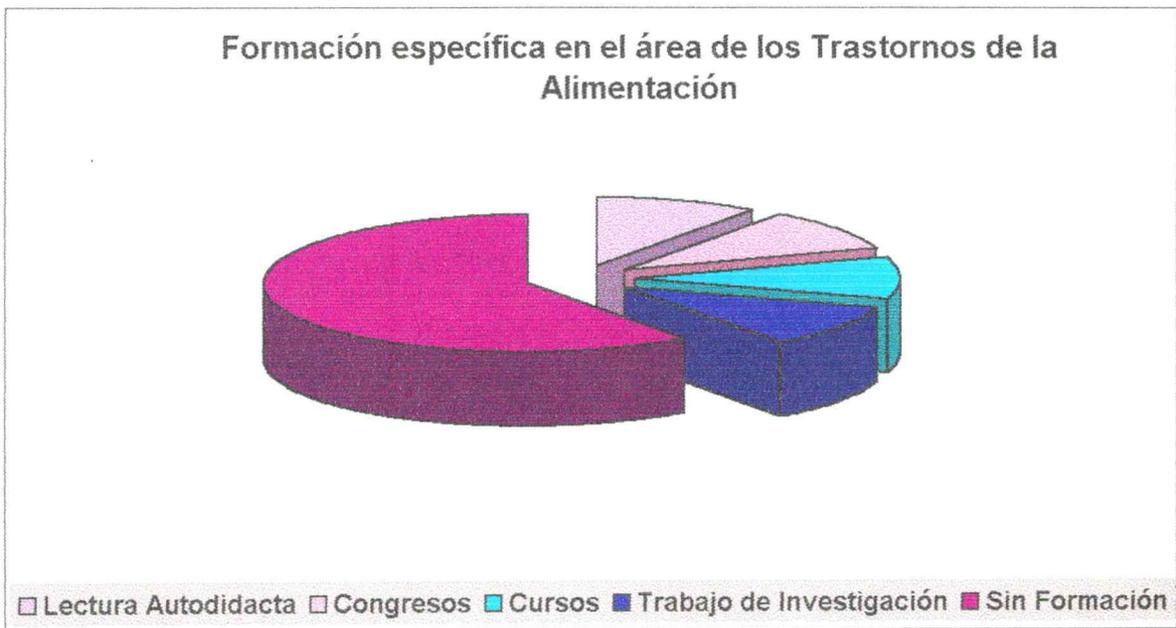


Gráfico II

Las Terapistas Ocupacionales entrevistadas no recibieron formación específica en relación a su rol profesional para el abordaje de los Trastornos de la Alimentación, pero se observa una completa formación académica reflejada en una apropiada conceptualización de sus incumbencias y rol profesional en el área de la Salud Mental; así como también un claro conocimiento del funcionamiento de un equipo transdisciplinario.

La mayoría de las entrevistadas no posee experiencia en el tratamiento de adolescentes con diagnóstico primario de Trastornos de la Alimentación. Solo dos Terapistas poseen experiencia, en un caso está relacionada más específicamente con Obesidad y en el otro; la experiencia lleva cinco meses de inicio en un proyecto de atención transdisciplinaria de adolescentes con diagnóstico de Bulimia y Anorexia Nerviosa. Una sola Terapista mencionó haber hecho derivaciones ante consultas que presentaban estos cuadros a la evaluación.

(Gráfico III)



Gráfico III

No se registró que las Terapistas entrevistadas posean referencias claras de colegas desempeñándose en el área, solo en dos casos se mencionan a las Terapistas que fueron también entrevistadas y que actualmente están trabajando con Trastornos de la Alimentación; en otros casos, se mencionaron colegas que trabajan lo corporal pero no se reconocía específicamente que lo hicieran con estos cuadros patológicos.

Todos los entrevistados contestaron en forma casi completa en cuanto a como debería estar formado el equipo de atención transdisciplinaria para con estos pacientes, pero estas respuestas comenzaron a ser menos claras al tener que mencionar aspectos u objetivos de tratamiento específicos desde cada profesión, incluso desde la propia.

Las Terapistas Ocupacionales entrevistadas reconocen al Psicólogo, Psiquiatra, Nutricionista, Asistente social y al Terapeuta Ocupacional como los principales integrantes del equipo transdisciplinario que deberían involucrarse en la atención de estas patologías dada la experiencia de trabajo en equipo que poseen los entrevistados; pero sin reconocer en profundidad la participación particular de dichos profesionales, de acuerdo a las demandas de la patología.

Muchos Terapistas Ocupacionales, agregaron a la lista otros profesionales como Médicos, Profesores de Educación Física y Musicoterapeutas, que quedarían incluidos si fuese necesario y dependiendo de las características individuales del paciente.

Las áreas de intervención en estas patologías son diversas y apuntan a los aspectos de la conducta que están afectados en estos jóvenes. La denominación de las mismas va a depender del enfoque teórico que sustente el equipo de atención, por lo tanto, al considerar los modelos mencionados en el marco teórico de esta investigación las nombramos Área de Mantenimiento personal, Esparcimiento y Productividad. Teniendo en cuenta los aspectos que

incluyen cada una de estas áreas se debieron interpretar y clasificar las respuestas de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas.

En cuanto a las áreas en las que debería intervenir un Terapeuta Ocupacional se mencionaron con mayor frecuencia la Imagen corporal y la alimentación. La mayoría de la Terapistas no tuvieron en cuenta sus posibles intervenciones en el área de las relaciones interpersonales y familiares, manejo del tiempo, organización del día, cuidado personal, percepción y autoconocimiento.

Solo las dos Terapistas que están en contacto con pacientes con Trastornos de la Alimentación las mencionaron como áreas importantes donde se debe intervenir. Ninguna de las entrevistadas consideraron la intervención del Terapeuta Ocupacional en el área laboral y/o profesional.

Con respecto a las actividades que debería implementar el Terapeuta Ocupacional en pacientes adolescentes con Trastornos Alimentarios, se evidencia que la mayoría de las entrevistadas contestaron como pauta primordial el tener en cuenta las inclinaciones, intereses y la propuesta del paciente, a partir de la evaluación previa.

Las actividades más mencionadas fueron: roleplaying, trabajo de lectura con fotografías, arcilla, gráfica y principalmente, actividades corporales individual-grupal y grupales con un proyecto en común. Sin embargo, dichas actividades podrían haberse pensado de acuerdo a objetivos más precisos, los cuales resultaron ser planteados por la mayoría de los entrevistados en forma ambigua y no esenciales para el tratamiento de la Bulimia y Anorexia nerviosa; reflejando una vez más, la falta de conocimiento acerca de las conductas disfuncionales que comprometen principalmente a estos trastornos.

Al analizar cuál es la conceptualización que las Terapistas Ocupacionales entrevistadas poseen sobre los Trastornos de la Alimentación, se observa diversidad de respuestas. La

mayoría mencionaron lo que serían escuetamente algunos de los síntomas, como por ejemplo “manifestaciones corporales”, “distorsión física”, “malos hábitos alimentarios”; y en menor número se refirieron a sus causas o clasificación como “trastorno sociocultural”, “trastorno de la personalidad”, “trastorno psicológico”, “trastorno psicosomático” y “trastorno mental que se evidencia en el cuerpo”. Por lo tanto, se llega a la conclusión que este ítem fue planteado en las entrevistas de manera ambigua, sumado además, a la escasa información sobre estos cuadros.

Se observa que son poco adecuadas las respuestas de las entrevistadas en relación a la prevalencia de los Trastornos de la Alimentación en adolescentes, especialmente al considerar a la Obesidad a un mismo nivel que la Anorexia y la Bulimia.

Además, un bajo número de Terapistas mencionan a la ingesta de alimentos carentes de los nutrientes necesarios para una sana alimentación, actualmente denominada “comida chatarra”, como un Trastorno de la Alimentación prevalente en los adolescentes de esta generación; lo que no se considera como tal, por la ausencia de los aspectos y características psicológicas fundamentales de estas patologías.

Se evidencia la falta información precisa de las Terapistas entrevistadas en cuanto a la sintomatología y no se manifiesta un profundo conocimiento sobre los síntomas principales de la Bulimia y Anorexia nerviosa; reduciéndolos en su mayoría al “comer desafortadamente y al no comer” o “al vómito y a la restricción”, respectivamente.

La mayoría no reconoce el temor a permanecer en un peso normal en la Anorexia y a los episodios compulsivos en la alimentación en la Bulimia, como los síntomas diferenciales y principales de estos cuadros patológicos y que fundamentalmente, son acompañados por conductas particulares y características distintivas de estas patologías.

Algunas de estas conductas fueron mencionadas por las Terapistas con experiencia, por ejemplo “la alteración de la Imagen corporal, la excesiva autocrítica, el perfeccionismo y la baja autoestima.”

Al analizar las respuestas relacionadas a cuáles son los aspectos de la conducta más afectados en estos adolescentes, se observa que la mayoría de los entrevistados hace referencia a la Imagen corporal y a la alimentación. Estos dos aspectos son coincidentes con las áreas más mencionadas por los entrevistados en cuanto a la intervención desde Terapia Ocupacional en el tratamiento transdisciplinario de dichos cuadros.

Una mínima parte de las entrevistadas consideraron que además, están afectadas la conducta social y especialmente las relaciones familiares por conductas como la abulia, apatía, falta de motivación, angustia, dependencia, agresividad, el desinterés y el aislamiento.

Tres de las entrevistadas no respondieron a este ítem aludiendo a su desconocimiento y a la falta de experiencia y formación en el área.

Es destacable la inclinación particular de los entrevistados por la necesidad del trabajo grupal en estas patologías, sin una clara fundamentación en cuanto a su importancia.

Se considera que el trabajo grupal es básico para la segunda fase del tratamiento, donde el paciente lucha por alcanzar los desafíos de autoaceptación y por descubrir patrones más saludables de vida. El grupo actúa como un sistema abierto donde desarrollar roles, destrezas, hábitos, intereses y valores dentro de un espacio contenedor; el cual evoluciona y sufre diferentes formas de crecimiento, desarrollo y cambio, a través de una interacción progresiva con el ambiente externo.

2. CONCLUSION

A partir del análisis de datos se llega a la conclusión que, en general el nivel de información de los Terapistas Ocupacionales especializados en el área de la salud mental Infanto juvenil de la ciudad de Mar del Plata es **poco adecuado** en relación a los Trastornos de la Alimentación en adolescentes y a sus áreas de intervención en dichas patologías.

Se observa que la mayoría de las Terapistas entrevistadas no posee conocimiento sobre los Trastornos de la Alimentación, evidenciándose así, una noción globalista y un enfoque general del tema que estaría relacionado con un conocimiento de tipo informal; dado por “la moda de la Bulimia y de la Anorexia” en los medios de comunicación masivos.

Se manifiesta claramente la falta de información sistemática y de formación profesional específica en el área de los Trastornos de la Alimentación, dada por el desconocimiento tanto de la clínica, premorbilidad y pronóstico; como también del accionar terapéutico específico.

Cabe remarcar que existe en todas las entrevistadas una adecuada e integral formación académica de la Terapia Ocupacional, especialmente en relación al rol del Terapeuta Ocupacional en la Salud Mental y a su intervención en un tratamiento transdisciplinario, lo cual facilita a las entrevistadas el arribo a un planteo lógico en cuanto a las actividades y objetivos generales para el tratamiento de adolescentes con Trastornos de la Alimentación. Se evidencia la noción de lineamientos generales con respecto al tratamiento desde Terapia Ocupacional, pero sin fundamentación ni objetivos concretos que se correspondan a las áreas de la conducta disfuncionales de la Bulimia y de la Anorexia nerviosa.

Por lo tanto, al no existir interrelación y especificación entre los objetivos-actividades propuestos y las conductas disfuncionales características de estos cuadros patológicos, se pone en evidencia una vez más, la falta de formación en el tema.

En cuanto a las variables intervinientes, no se presenta una relación directa entre el nivel de información y el tiempo transcurrido de matriculación de las Terapistas Ocupacionales entrevistados; como así tampoco, con respecto a las referencias de colegas ejerciendo en el área de los Trastornos de la Alimentación.

Lo que estaría plenamente interrelacionado con el nivel de información de las Terapistas serían la formación sistemática y/o asistemática, obtenida por propia iniciativa y/o intereses y la experiencia profesional en el tratamiento de dichos trastornos. Dichas diferencias se manifiestan más notoriamente en una profesional que, por su reciente experiencia e interés en el área, se ha formado extrauniversitariamente y en forma no sistemática¹⁹ a través de cursos y lectura autodidacta; en el tema de los Trastornos Alimentarios y acerca del tratamiento desde Terapia Ocupacional de dichos trastornos.

Pero en general, se observa la falta de información acerca del tratamiento de los Trastornos de la Alimentación en adolescentes al no especificar las áreas que incumben al trabajo del Terapeuta Ocupacional, debido a la falta de formación académica y especialización en el tema.

De esta manera, se corrobora que la motivación personal y el interés laboral en un determinado área llevan a una capacitación personal, concientización de las funciones y valoración del rol profesional; como así también, al reconocimiento de nuevos campos laborales donde ejercer éticamente la profesión.

¹⁹ Lic. en T.Ocupacional: Susana Oillataguerre.

Se concluye así, en que todas o en casi todas las Terapistas Ocupacionales entrevistadas, más allá de su falta de preparación en el tema, llegan a reconocer que existen áreas de intervención donde la Terapia Ocupacional podría enriquecer el tratamiento; especialmente al ocuparse de la Imagen corporal y al cambio de hábitos.

Por lo tanto, existe y es necesario el aporte del Terapeuta Ocupacional con el objetivo primordial de brindar junto a los demás integrantes del equipo un tratamiento integral, colaborando y favoreciendo la recuperación de los adolescentes con diagnóstico de Trastornos de la Alimentación.

- **PROPUESTA**

A partir de la revisión bibliográfica realizada que sustenta la necesidad de un tratamiento integral en los Trastornos de la Alimentación y principalmente al observar como está organizado el tratamiento del adolescente con Bulimia y Anorexia Nerviosa en la ciudad de Mar del Plata, se evidencia que existe un espacio abierto para un importante aporte desde la Terapia Ocupacional.)

Principalmente, quedaría demostrado que existen áreas de intervención específicas a la Terapia Ocupacional sumamente importantes para evitar la reincidencia de la enfermedad. ¿Que pasaría si al estudiar casos de pacientes que hayan estado atendidos por dicha problemática se les entrevistara para conocer qué y cuáles fueron los aspectos de la conducta que no fueron particularmente enfocados durante sus tratamientos? Como por ejemplo, el área de la Imagen corporal, que sería el motivo más importante para la vuelta del síntoma. Este también podría ser el inicio de una investigación que corroborara, la necesidad de un abordaje desde la Terapia Ocupacional.

La intención es que la presente propuesta este dirigida no solo a los Terapistas Ocupacionales, sino también a profesionales e Instituciones para pensar y organizar en conjunto y con el objetivo de beneficiar a estos pacientes.

Al comprobar la falta de información y de formación de los Terapistas Ocupacionales especializados en Salud Mental Infante juvenil en relación a dichos trastornos, sería útil la

programación de una tarea en conjunto con aportes desde la Facultad, desde los alumnos y desde otras carreras relacionadas con la Salud Mental.

Como tarea preventiva lo fundamental sería la información, desde los distintos Centros de atención acerca de lo que son y lo que se puede hacer con respecto a la Bulimia y la Anorexia nerviosa.

La propuesta para los Terapistas Ocupacionales estaría dirigida a fomentar la constante formación y capacitación profesional, para clarificar y distinguir el rol y las herramientas de trabajo propias. A partir de esta base, se visualizaría globalmente el aporte de la Terapia Ocupacional y esto facilitaría la difusión y el reconocimiento de la profesión desde los centros de atención, instituciones, profesionales y otras disciplinas.

La tarea a desarrollar desde la Facultad podría ser la formación de un Postgrado para la investigación y profundización en el área de los Trastornos de la Alimentación.

También sería relevante, la modificación de los programas de las asignaturas específicas ampliando y actualizando el contenido acerca de estas patologías.

Se podría implementar la incorporación de talleres o seminarios optativos, por los cuales se especifiquen las características de la patología, áreas de la conducta afectadas, áreas de intervención, técnicas de grupo etc.; fundamentales para la formación de profesionales idóneos en la temática y para la concientización del futuro graduado de que hay un espacio para la Terapia Ocupacional y un campo abierto a la exploración como lo son los Trastornos de la Alimentación.

BIBLIOGRAFIA

- A.P.E.T.O.; Terapia Ocupacional. Revista Nro. 14. Agosto, 1996.
- BRIDGETT, B.; Occupational Therapy in Mental Health. The Haworth Press, USA, 1993.
- Cadernos de Terapia Ocupacional. Año III, Nro.1. Brasil, Septiembre 1991.
- COLTO.; Terapia Ocupacional: El Camino del Hacer. Vip Ed., Bs. As., 1991.
- DE AJURIAGUERRA J.; Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray Masson S.A. Barcelona, 1979.
- ERIKSON, E.; Infancia y Sociedad. Neuchatel, Delachaux, Niestle, París, 1968.
- HESCOVICI, C., BAY, L.; Anorexia Nerviosa y Bulimia: Amenazas a la Autonomía. Ed. Paidós, 1993.
- KOTTKE F. J.; J. F. LEHMANN; M.D. KRUSEN; Medicina Física y Rehabilitación. Ediciones médicas Panamericana; Madrid, 1993.
- MARTIJENA N., Ecología Humana. Bs. As., 1995.
- MARTIN J. E.; The British Journal of Occupational Therapy. Vol. 52, Nro. 12. Diciembre, 1989.
- MARTIN J. E.; The British Journal of Occupational Therapy. Vol. 52, Nro. 4. Abril, 1989.
- MATERIA PRIMA; Trastornos en la Alimentación. Revista Nro. 3, Marzo-Mayo, 1997.
- NURSING TIMES; Professional Development. UKCC, 1997, Vol. 93, Nro.29.
- OCCUPATIONAL THERAPY IN MENTAL HEALTH. The Haworth Press, Inc., USA, 1989, Vol. 9.
- OCCUPATIONAL THERAPY IN MENTAL HEALTH. The Haworth Press, Inc., USA 1993, Vol. 12.

- PAGANIZZI L. y otros. *Terapia Ocupacional: Del Dicho al Hecho*. Psicoterapias Integradas Editorial. Bs. As., 1991.
- PINEDA, E., DE ALVARADO, E., DE CANALES, F. *Metodología de la Investigación*. Organización Panamericana de la Salud. Rep. Arg., 1994.
- POLIT, D., HUNGLER, B. *Investigación Científica de Ciencias de la Salud*. Interamericana Mc. Graw-Hill. México, 1994.
- RAIMBAULT, G., ELIACHEFF, C.; *Las Indomables Figuras de la Anorexia*. Nueva Visión. Bs. As., 1989.
- SABULSKY, J. *Metodología de la Investigación*. Kopyfac srl. Perú, 1993.
- SBRILLER L., *Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica*. Ed. Vergara. Bs. As., 1991.
- SHERMAN C., FEINSTEIN, A., SOROSKY D.; *Trastornos de la Alimentación*. Ed. Nueva Visión. Saic, 1993.
- THE BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. Vol. 52, Nro. 12. Dic, 1989.
- THE BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. Vol. 52, Nro. 4. Abril, 1989.
- TROMBLY C. A.; *Terapia Ocupacional para Enfermos Incapacitados Físicamente*. Ediciones científicas; S. A. De C. V.; México, 1990.
- YERXA E. J.; *Research: The key to the development of Occupational Therapy as an academic discipline*. *American Journal of Occupational Therapy*, 41, 415-419.
- YERXA E. J.; *Valores audaces: el Recurso de la Energía para la Práctica de la Terapia Ocupacional*. En Kielhofner, G. Ed. *La Salud a través de la Ocupación*. Philadelphia. F. A. Davis Company, 1983.

TESIS

Nombre:

T.OCCUPACIONAL EN TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACIÓN .

Autores:

MORÁN M. MARTA

BERGES JEANA

Integrantes del Jurado:

T.O MARTIJENA Nidia

Lic. MELAMED F.

Lic. VEYRA M.E.

Fecha de defensa:

6 - 12 - 99

Calificación:

9 mere