



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2020 / 2021

TRABAJO FIN DE GRADO

Propuesta de intervención para reestablecer el equilibrio ocupacional de jóvenes afectados por Trastorno de la Conducta Alimentaria en la asociación ARBADA.

Intervention proposal to restore the occupational balance of young people affected by Eating Disorder in the ARBADA association.

Autora: María Navarro Polo

Directora: Lucía Monteagudo Egea

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS.....	13
METODOLOGÍA	14
DESARROLLO.....	18
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS.....	28

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria afectan a cada vez más personas, sobre todo a jóvenes, y tienen una gran repercusión en las ocupaciones y las rutinas de las personas que los sufren.

El objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de intervención para jóvenes con trastorno de conducta alimentaria de la asociación ARBADA, con la finalidad de reestablecer el equilibrio ocupacional que se haya visto alterado.

Para diseñar esta propuesta de intervención se contactó con la asociación ARBADA, a través de la cual se obtiene información sobre el perfil ocupacional de los/as usuarios/as y las familias que acuden a ella. A partir de ésta se elabora un plan de intervención en el que se tiene en cuenta las actividades que son relevantes para la persona afectada, la creación/mantenimiento de una rutina ocupacional equilibrada y el papel de la familia como elemento modulador del proceso de recuperación.

Como terapeutas ocupacionales, no podemos dejar de considerar todo lo que conlleva tener un TCA, ni cómo la ocupación y las actividades diarias pueden ayudar en la recuperación de estos trastornos.

PALABRAS CLAVE

“Trastornos de conducta alimentaria”, “Terapia Ocupacional en salud mental”, “Equilibrio ocupacional”, “Trastorno de conducta alimentaria y equilibrio ocupacional”.

ABSTRACT

Eating disorders affect more and more people, especially young people, and have a great impact on the occupations and routines of the people who suffer from them.

The aim of this work is to design an intervention proposal for young people with eating disorders in the ARBADA association, with the aim of re-establishing the occupational balance that has been altered.

In order to design this intervention proposal, contact was made with the ARBADA association, through which information was obtained on the occupational profile of the users and families who attend the association. Based on this information, an intervention plan is drawn up which takes into account the activities that are relevant for the affected person, the creation/maintenance of a balanced occupational routine and the role of the family as a modulating element in the recovery process.

As occupational therapists, we cannot fail to consider all that is involved in having an ED, and how occupation and daily activities can help in the recovery from these disorders.

KEY WORDS

"Eating disorders", "Occupational therapy in mental health", "Occupational balance", "Eating disorder and occupational balance"

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración en el comportamiento relacionado con la comida y la ingesta de alimentos y que causa un deterioro de la salud física y mental. En la DSM-5 se consideran trastornos de conducta alimentaria: la pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TA) (1). Los TCA generalmente tienen su inicio en la adolescencia o la juventud y son más frecuentes en mujeres (2). La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa son los trastornos más comunes.

Estos trastornos presentan una gran variedad de complicaciones médicas que hay que tener en cuenta a la hora de realizar la evaluación y la intervención. En la Anorexia Nerviosa algunas de estas complicaciones son la pérdida significativa de peso, daños en la piel ya que se sufren cambios que pueden ser producidos por la malnutrición, por la inducción de vómitos, por la ingesta de fármacos o causados por patologías psiquiátricas (autolesiones). Además, aparecen molestias gastrointestinales, problemas endocrinos como la amenorrea y complicaciones cardiovasculares, estas son las más temidas ya que hay riesgo de muerte súbita. En casos de Bulimia Nerviosa, las complicaciones dependen de la frecuencia y el método de la conducta compensatoria, siendo las más utilizadas el vómito y el uso de laxantes y diuréticos, por estas conductas aparecen alteraciones en la piel como callosidades en el dorso de la mano (signo de Russell), la presencia de ácido en la cavidad bucal provoca una desmineralización del esmalte de los dientes y lesiones en las partes blandas de la boca y en el esófago, se altera el funcionamiento gástrico y los vómitos pueden provocar también deshidratación y diarrea. Estas complicaciones hacen que sea imprescindible una detección precoz del trastorno para impedir que evolucionen hasta hacerse irreversibles, además de impedir que lleguen a provocar la muerte del paciente (3).

Estos trastornos tienen una gran importancia social ya que tienen graves consecuencias para la salud física y mental de quien los padece (4). En cuanto a las comorbilidades que aparecen, las más frecuentes son: trastornos relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias; trastornos de ansiedad, estos están tan presente en los TCA que es difícil saber si aparecen

como parte de la clínica propia del trastorno, o si es una patología comórbida, pueden aparecer cuadros fóbicos específicos a ciertos alimentos, fobia social o claustrofobia; trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), aparece principalmente en la Anorexia Nerviosa, las personas que padecen este trastorno son personas estrictas, responsables, ordenadas, constantes y poco tolerantes; trastornos de la personalidad, principalmente trastorno límite; trastornos del estado de ánimo, la depresión está muy presente en los TCA, al igual que cuando hablábamos de ansiedad, la depresión puede aparecer ligada a la clínica del trastorno o como una comorbilidad; trastornos del control de los impulsos, desaparece el autocontrol provocando conductas de sobreingesta, purgas o autolesiones (5).

Tal como su nombre indica, se destaca una alteración en las actitudes hacia la comida y el peso, pero, sin embargo, también se manifiestan distorsiones en el comportamiento ocupacional (6). Centrándonos en las alteraciones ocupacionales, las áreas que se ven afectadas dependen del tiempo de desarrollo y cómo de evolucionado esté el TCA. Las personas que lo sufren tienden a aislarse y reducen su participación social, su círculo gira en torno a la alimentación, la imagen corporal, el ejercicio físico, los estudios, el trabajo y la forma de perder peso. Una característica que diferencia los dos principales trastornos (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) es que en la Anorexia Nerviosa aparecen rutinas y hábitos muy rígidos y estructurados, mientras que en la Bulimia Nerviosa no hay constancia ni sentido del compromiso en sus ocupaciones y las rutinas son caóticas, ya que presentan dificultades para la planificación del tiempo. Por otra parte, ambos se asemejan en la aparición de problemas de concentración y atención, esto hace que necesiten invertir más tiempo para obtener los mismos resultados por lo que tienden a abandonar las actividades (7).

En Aragón hay entre 7.000 y 8.000 jóvenes que sufren TCA, aunque no podemos saber con exactitud el alcance de la enfermedad, ya que solo contamos con la información de los casos que son tratados en las unidades específicas de TCA del Hospital Clínico y del Hospital Provincial, pero no existen cifras de pacientes atendidos en atención primaria o en consultas privadas. En España 9 de cada 10 pacientes son mujeres, y de estas, el 94% tienen entre 12 y 36 años. Cada vez se ven estos trastornos en edades más tempranas y en los últimos años se ha incrementado un 15% los casos en menores de 12 años. Los TCA se encuentran

entre las 3 enfermedades crónicas más frecuentes y concretamente la anorexia es considerada la enfermedad mental con mayor tasa de mortalidad (8).

El tratamiento de los TCA debe ser interdisciplinar y se puede dar en diferentes recursos asistenciales. Algunos de los objetivos del tratamiento son: restaurar el estado nutricional a un nivel saludable, ofrecer información nutricional, redirigir las conductas, sentimientos o pensamientos que se hayan adquirido a causa del TCA, asesorar a familiares y prevenir recaídas a través de estrategias (9).

Los principales tratamientos que se realizan ante un caso de TCA son: medidas médicas, principalmente renutrición y consejo nutricional, estas se aplicarán en función del grado de malnutrición en el que se encuentre el paciente; terapias psicológicas, como la Terapia cognitivo-conductual y la Autoayuda, la Terapia Interpersonal, la Terapia familiar, la Terapia Psicodinámica y la Terapia Conductual; y Tratamiento Farmacológico, dentro de estos se incluyen los antidepresivos, antipsicóticos, estimulantes del apetito, antagonistas opiáceos, topiramato, atomoxetina y antieméticos (5).

Para que el tratamiento sea efectivo debe abordar todos los aspectos del paciente. El equipo de profesionales debe estar formado por el personal médico, psiquiatra, psicólogo/a clínico/a, dietista, enfermeros/as, trabajador/a social y terapeuta ocupacional (10).

En los pacientes de TCA es común ver una pobre relación social ya que son ellos mismos los que se autoimponen ciertas restricciones sociales debido a que se sienten más cómodos y relajados cuando evitan situaciones en las que puedan sentirse observados o juzgados (11).

Los TCA son trastornos complejos debido a que interaccionan factores socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares. En la familia se cumplen las funciones principales de socialización, en ella, la persona adquiere su identidad y su posición individual dentro de la sociedad. Es una de las partes fundamentales de la vida psíquica de la persona. Se considera un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, que se encuentra en constante transformación y que interactúa con otros grupos sociales. El/la paciente vive con el estereotipo estructural y funcional que representa su familia y depende de este. La familia es la única que sabe lo que ocurre realmente en la vida del paciente. En el tratamiento de pacientes con TCA, la intervención familiar se encuentra entre las

primeras opciones ya que ha demostrado ofrecer resultados muy prometedores. Implicar a los padres al tratamiento ayuda a la familia a: recuperar sus habilidades y competencias; movilizarse como agente de cambio, estimular la esperanza, confianza y empatía; reducir las críticas, acusaciones y actitudes negativas hacia el paciente; crear y mantener trayectorias funcionales en la transición adolescente y abordar las dimensiones reales de la familia. A la hora de intervenir con la familia hay que tener en cuenta que la familia puede actuar como causante del trastorno o como un importante recurso de salud cuando hablamos de TCA. Se distinguen cinco características de las interacciones familiares que influyen en estos trastornos y que hay que considerar: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, evitación del conflicto e involucración. En las familias que conviven con un TCA se observa una menor cohesión entre los miembros, menor expresión emocional y la comunicación intrafamiliar disminuye, aparece también rechazo y sobreprotección paterna. En estas familias se da menos importancia la autonomía, así como las actividades sociales y culturales además aparecen sentimientos negativos y muchos pacientes se sienten ignorados y no queridos por sus padres. La alimentación es el centro de todos los aspectos de la vida de los miembros de la familia y se organiza en función de este problema, con el tiempo aumenta la ansiedad, inquietud y la preocupación (12).

La Terapia Ocupacional utiliza las actividades como medio terapéutico con la finalidad de conseguir que la persona sea lo más independiente posible, mejorar su desarrollo y prevenir la discapacidad. Su principal objetivo es que alcance un equilibrio en sus ocupaciones y sea capaz de dar respuesta a sus propias necesidades (13).

Podemos definir Equilibrio Ocupacional como la percepción de tener la cantidad correcta de ocupaciones y la variación adecuada de las mismas. Existen tres perspectivas de Equilibrio Ocupacional: en relación con las áreas ocupacionales, en relación con las diferentes ocupaciones y en relación con el uso del tiempo. Meyer dijo que nuestro organismo debe ser capaz de equilibrar las grandes áreas de nuestra vida que son trabajo, juego, descanso y sueño incluso en situaciones difíciles (14).

Posteriormente estos conceptos fueron incorporados dentro del Modelo de Ocupación Humana, en el subsistema habituación. Nos involucramos en las

ocupaciones según las necesidades e intereses personales, dependiendo de las demandas sociales y culturales (factores externos), pero también es necesario que las ocupaciones sean acordes a las habilidades y a nuestro esfuerzo, además de que nos provoquen satisfacción (factores internos). El equilibrio es un proceso dinámico, que se da por la interacción de cada una de las partes que lo componen, de manera que al modificar alguna de las partes, las restantes se ven obligadas a modificarse también. Se realizaron varios estudios para ver como las personas distribuían sus ocupaciones en el tiempo, y los resultados fueron similares en todos, de manera que: las personas duermen un 30% de sus vidas; dedican un 15% a Actividades de la vida diaria, un 10% lo invierten en actividades Básicas, y el 5% restante en Actividades Instrumentales; el 25% de su tiempo lo dedican a estudiar/trabajar; y el 30% lo invierten en su tiempo libre. Es muy difícil conseguir el equilibrio perfecto, pero es importante mantener el control en las situaciones que hacen que ese equilibrio desaparezca (15).

Que exista o no desequilibrio ocupacional depende de la persona y de sus recursos, es decir, debe ser ella quien establezca si se siente insatisfecha en algún área de su vida. Hay que tener en cuenta que la restauración del equilibrio ocupacional es algo muy costoso en caso de que el/la paciente no tenga conciencia de su enfermedad (16).

Las ocupaciones forman parte de la actividad humana, además influyen significativamente en la salud de las personas, ya sea de manera positiva o negativa. El terapeuta ocupacional trabaja para mejorar el desempeño del individuo en aquellas ocupaciones que tengan significado para él (16).

El papel del terapeuta ocupacional en el tratamiento de pacientes con TCA es único ya que involucra al paciente en un proceso significativo y con un propósito personal para cambiar los patrones de comportamiento que sean disfuncionales. El terapeuta ocupacional debe trabajar basándose en un marco de referencia y en una base teórica. Hasta el momento la gran mayoría de programas que se han realizado desde terapia ocupacional a pacientes con estos trastornos se han enfocado en la alimentación, planificación de menús, manejo del estrés, relajación, discusiones de grupo, habilidades sociales, imagen corporal, autoestima...etc. Es complicado realizar una intervención a través de las actividades y ocupaciones, ya los pacientes que presentan TCA no sienten que

sean eficaces, incluso cuando tienen éxito, suelen considerar esos éxitos como irrelevantes (10).

Las personas con TCA presentan un importante desequilibrio ocupacional, ya que el trastorno provoca una disfunción en la búsqueda, elección, ajuste y compromiso con las ocupaciones. El terapeuta ocupacional ofrece una intervención única que ningún otro profesional puede dar, ya que trabaja desde las ocupaciones que para la persona son significativas, de esta manera hacemos que la persona sea partícipe de su propia recuperación (17).

Diversos estudios demuestran la necesidad de crear más unidades de tratamiento para los trastornos de conducta alimentaria. Y con ello incluir la figura del terapeuta ocupacional en estas unidades (18).

Los marcos de referencia que fundamentan nuestra propuesta de intervención son el humanista y el cognitivo-conductual. Tabla 1.

Los modelos propios de terapia ocupacional que sirven de guía son el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (COMP). Tabla 2.

Tabla 1: Marcos de referencia.

Marco Humanista
Considera que cada persona tiene la capacidad de determinar y elegir lo que es bueno y malo y el terapeuta debe respetar esa decisión. Desde este marco se defiende que debemos ver a las personas como un todo, es decir desde una visión holística, trabajando en el presente, pero sin olvidar el pasado ni los planes de futuro. (19)
Marco Cognitivo-Conductual
Se basa en conocer la historia del paciente para identificar el inicio de los diferentes comportamientos y saber qué factores los mantienen. Su objetivo es intervenir desde los pensamientos disfuncionales para modificar los procesos cognitivos y facilitar el cambio conductual y emocional. (19)

Tabla 2: Modelos propios de Terapia Ocupacional.

Modelo de Ocupación Humana (MOHO)
<p>Este modelo intenta explicar de qué manera está motivada una ocupación, como adopta los patrones de ejecución y como es ejecutada (20). El MOHO considera al ser humano como un sistema dinámico en el cual destacan tres componentes personales ocupacionales (volición, habituación y capacidad de desempeño) que interactúan con los componentes ambientales y facilitan o restringen las ocupaciones. Es un modelo orientado a la práctica, centrado en la persona y basado en la ocupación. Puede aplicarse a cualquier persona que presente una disfunción ocupacional, por lo tanto, es muy útil a la hora de realizar una intervención en pacientes con TCA ya que permite abordar la disfunción ocupacional, facilitar un compromiso con ocupaciones significativas y crear roles, hábitos y habilidades de desempeño (19).</p>
Modelo Canadiense (CMOP)
<p>Este modelo se basa en la práctica centrada en el cliente, es decir, permite que las personas sean agentes activos de su propio proceso terapéutico, favorece la expresión de sentimientos y opiniones y reconoce que la persona es capaz de escoger e involucrarse en ocupaciones que sean significativas para él (21). El Modelo Canadiense parte de la relación terapéutica que se establece entre el TO y el/la cliente, ambos trabajan conjuntamente para lograr los objetivos, es importante crear una buena relación terapéutica desde el inicio de la intervención y mantenerla a lo largo del proceso, ya que debe ser bastante fuerte para que se alcancen los objetivos. Los pasos que siguen son los siguientes: derivación, valoración e interpretación de datos, establecer objetivos, relación terapéutica encaminada a lograr los objetivos establecidos y evaluación de resultados (22).</p> <p>El instrumento de evaluación de este modelo se centra en el desempeño ocupacional, se utiliza como evaluación inicial para identificar la naturaleza de los problemas de desempeño y para establecer los objetivos, además de utilizarse como medida de resultados para determinar qué cambios se han producido tras el proceso terapéutico. Nos permite conocer el punto de vista del usuario/a teniendo en cuenta sus roles, expectativas, vivencias y entornos, además del grado de satisfacción sobre su desempeño ocupacional (22).</p>

La asociación ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria) es una asociación que atiende a familiares de personas con TCA, es decir, los usuarios son las familias, pero también se orienta a los afectados sobre los recursos de tratamiento más

adecuados; además de contar con un programa de motivación al tratamiento que consiste en apoyarles mientras reciben citas con las unidades de tratamiento y trabajar con ellos el vínculo familiar. En este programa participan 15 usuarios afectados por TCA. La asociación cuenta con una trabajadora social especializada en salud mental y experta en intervención familiar. El principal motivo por el que las familias acuden a la asociación es por problemas en la convivencia familiar.

Por todo lo expuesto anteriormente, se propone un programa de intervención desde Terapia Ocupacional con el objetivo de reestablecer el equilibrio ocupacional en usuarios afectados de TCA de la asociación Arbada.

OBJETIVOS

Generales

- Diseñar un plan de intervención destinado a reestablecer el equilibrio ocupacional de jóvenes con TCA en la asociación ARBADA.

Específicos

- Crear una relación de confianza estableciendo una buena relación terapéutica.
- Identificar las necesidades de afectados/as y familiares de TCA de la asociación ARBADA.
- Determinar las motivaciones de los participantes y sus intereses ocupacionales.
- Conseguir que la persona con TCA alcance un correcto desempeño ocupacional en las actividades deseadas.
- Establecer una rutina equilibrada.
- Proporcionar formación a las familias de afectados/as de TCA sobre aspectos relacionados con el equilibrio ocupacional.
- Ofrecer estrategias de mantenimiento de las rutinas a largo plazo de manera autónoma.
- Comprobar el éxito de la intervención.

METODOLOGIA

Los criterios de selección de los participantes de esta intervención son dos: el primero es que sean jóvenes de entre **12 y 18 años**. A pesar de que los TCA tienen una prevalencia más alta en edades de 15 a 19 años, se adelanta la edad a los 12 ya que es cuando se comienza la educación secundaria obligatoria (E.S.O.) y se producen más cambios a todos los niveles en la persona, se amplía el círculo social, aparecen nuevos intereses, nuevos roles, etc. Y se pone como límite los 18 años ya que, hasta esa edad, la familia está muy presente en la vida de las personas y condiciona las actividades que se realizan. En segundo lugar, es imprescindible que la persona que participe en este programa sea **consciente** de que padece un TCA, ya que ese es el primer paso para poder realizar una buena intervención y que esta dé buenos resultados.

La duración del programa depende del estado y la evolución del usuario. En el momento que una fase se considere completada se pasará a la siguiente, pudiendo retroceder cuando sea necesario. Esto es así ya que en los TCA son frecuentes las recaídas en el proceso de recuperación, por lo que la intervención será flexible adaptándose a cada persona.

La intervención se realiza de manera individual, ya que cada usuario tiene objetivos individualizados e intereses personales propios. Otro motivo por el que no se realizará de manera grupal es porque en estos trastornos pueden aparecer conductas tóxicas y de imitación entre usuarios con TCA.

Se tiene en cuenta a las familias ya que se considera que tienen un papel muy significativo en la recuperación de jóvenes con TCA, por lo que se realizara una intervención familiar de carácter formativo sobre los aspectos que se trabajaran con el usuario.

Las dos intervenciones (afectados de TCA y familia) se realizarán de manera paralela y las fases se ordenan en función de las necesidades e intereses del usuario y de la familia.

Se diseñaron diferentes cuestionarios para conocer las características de la asociación Arbada, así como de los/las usuarios/as con TCA a los que atienden y las familias de estos.

Para obtener información sobre la asociación, se envió vía e-mail un cuestionario a la trabajadora social de la misma, en el que se preguntaba sobre el perfil de usuarios/as que atienden, qué profesionales trabajan en la asociación, qué servicios ofrecen, tipo de talleres que se realizan y si estos son individuales o grupales, y también se preguntó sobre el asesoramiento que se les da a las familias. (Anexo I)

El cuestionario destinado a usuarios/as afectados de TCA, fue enviado mediante un Cuestionario de Google. Se preguntó sobre aspectos ocupacionales de los/as usuarios/as, en lo referente a trabajo/estudio, descanso/sueño, ocio/tiempo libre, rutinas y motivación. El objetivo es saber de qué manera ha influido el TCA en estos aspectos. Para responder a este cuestionario no se estableció ningún rango de edad ya que se pretendía conocer el perfil general de los usuarios/as con TCA de la asociación. (Anexo II)

El cuestionario enviado a las familias, se envió igualmente mediante un Cuestionario de Google y se preguntó sobre la relación familiar y cómo afecta el TCA en ella y en las rutinas y actividades familiares y, además, se preguntó por los conocimientos que tiene los familiares sobre la motivación, descanso/sueño, redes sociales. (Anexo III)

Los cuestionarios y escalas estandarizadas que se van a utilizar son el Cuestionario Ocupacional (OQ), la Medida canadiense del rendimiento ocupacional (COMP) y el Cuestionario Volicional (VQ). Se recoge información sobre los mismos en la Tabla 3.

Tabla 3: Cuestionarios y escalas estandarizadas.

Cuestionario Ocupacional (OQ)
<p>Evalúa la rutina de la persona realizando una descripción detallada de cómo la persona hace uso de su tiempo, y evalúa las actividades que realiza según la eficacia personal, la importancia y el grado de disfrute de la persona durante la participación en las actividades.</p> <p>Se pasará al usuario/a en la evaluación y en la reevaluación de la intervención.</p> <p>(23) (Anexo IV)</p>
Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COMP)
<p>Se trata de un instrumento de evaluación individual, permite detectar cuánto ha</p>

cambiado la percepción que tiene un usuario en cuanto a su desempeño ocupacional. Esta escala identifica los problemas del/a usuario/a, los clasifica según la importancia que éste/a les da, los evalúa según el nivel de función e identifica los factores ambientales que influyen en su desempeño. Permite al terapeuta ocupacional conocer el mundo subjetivo de la persona y conocer su percepción sobre cómo realiza las ocupaciones y su satisfacción.

Se pasará al usuario en la fase de evaluación y a la familia en la fase de presentación. (24) (Anexo V)

Cuestionario Volicional (VQ)

Determina el nivel volicional del/a usuario/a. Evalúa los componentes volicionales (exploración, competencia y logro).

Se pasará en la fase de intervención, cuando se evalúe cada actividad seleccionada por el/la usuario/a, y posteriormente se pasará para realizar una reevaluación de la misma actividad. (25) (Anexo VI)

Se utiliza un **Cuestionario para las familias**, de elaboración propia, para evaluar el conocimiento que tienen sobre áreas ocupacionales, motivación y redes sociales. Se pasará a las familias en la fase de evaluación. (Anexo VII)

A continuación se presenta, de manera esquemática, las diferentes fases de la propuesta de intervención, y las actuaciones que se llevarán a cabo en cada una de ellas. (Esquema 1)

FASE 0 - PRESENTACIÓN

1 mes

Crear relación de confianza estableciendo una buena relación terapéutica



Presentación de la intervención

Entrevista con la familia sobre estado de la enfermedad y actividades del usuario/a

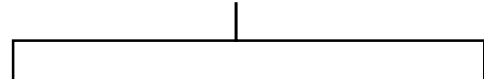
Medida canadiense del rendimiento ocupacional

FASE 1 - EVALUACION

1 mes

Identificar las necesidades de usuarios/as y familiares de TCA de la asociación ARBADA

Determinar la motivación de los participantes y sus intereses ocupacionales



USUARIO

Se pasarán las siguientes evaluaciones:

- Cuestionario ocupacional
- Medida canadiense del rendimiento ocupacional

Plantear objetivos con los datos obtenidos y consensuados con el usuario/a y la familia

FAMILIA

Cuestionario sobre áreas ocupacionales, motivación y redes sociales

FASE 2 - INTERVENCIÓN

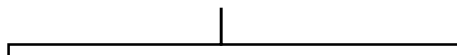
8 meses

Conseguir que la persona con TCA alcance un correcto desempeño ocupacional en las actividades deseadas

Establecer una rutina equilibrada

Proporcionar formación a las familias de afectados/as de TCA sobre aspectos relacionados con el equilibrio ocupacional

Ofrecer estrategias de mantenimiento de las rutinas a largo plazo



USUARIO

Actividad 1

Actividad 2

Actividad 3

Establecer un horario/rutina equilibrado

Técnicas de mantenimiento

FAMILIA

Formación sobre:

- Motivación
- Descanso y sueño
- AVD
- Productividad
- Ocio y tiempo libre
- Redes sociales

FASE 3 - REEVALUACIÓN

1 mes

Comprobar el éxito de la intervención



A través de:

- Cuestionario ocupacional
- Medida canadiense del rendimiento ocupacional

Esquema 1: Fases y estrategias de la intervención.

DESARROLLO

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL REALIZADA A LA POBLACIÓN OBJETIVO

La información que se obtiene de la asociación indica que la intervención que se realiza se puede dividir en la dirigida a las familias, a los propios afectados y actividades de sensibilización social. En el primer caso con el objetivo de mejorar la convivencia familiar (principal demanda de las familias): atención telefónica, personal y on-line, intervención en crisis, orientación, resolución de conflictos, talleres de autocuidado familiar, grupos psicoeducativos y terapia familiar; las dirigidas a personas afectadas son fundamentalmente atención telefónica, personal y on-line, de orientación sobre recursos y para el mantenimiento de la motivación antes de las citas de tratamiento especializado. Por otra parte, entre las actividades de prevención: taller de prevención "Me gusta como soy" para adolescentes de centros educativos, charlas dirigidas a padres, educadores, profesionales del ámbito sanitario y población interesada. Las actividades se realizan trimestralmente en función de las necesidades que existan en cada momento. Se realizan de manera tanto grupal como individual adaptándose a las necesidades de familias y afectados. La asociación expresa que todas las actividades que favorezcan el buen pronóstico de la enfermedad y que ayuden a la familia y a los afectados en el proceso de tratamiento serán bien recibidos, por lo que se considera un contexto adecuado para desarrollar este plan de intervención.

En cuanto a la información que se obtiene sobre los aspectos ocupacionales de las personas afectadas de TCA, se recogen 11 repuestas, todas ellas eran mujeres de entre 15 y 26 años, la mayoría estudiantes. La mitad de ellas invierte más de 6 horas diarias en estudiar/trabajar y todas consideran estas actividades muy importantes a pesar de que muchas aseguran que les cuesta concentrarse. En cuanto al descanso, todas coinciden en que durante el día se sienten cansadas y que esto tiene relación con su TCA; algunas de las razones que dan son: "desgaste tanto físico como psicológico", "mala alimentación", "porque vomito" o "ingiero pocas calorías". En su tiempo libre, aunque les cuesta elegir actividades, quedan con amigos, duermen, escriben, hacen ejercicio, etc. En cuanto a las redes sociales que más utilizan están Instagram, TikTok y

WhatsApp; en ellas visitan todo tipo de perfiles, destacando los perfiles de moda. En su día a día realizan actividades como ir a clase, estudiar, escuchar música, ver series, leer, hablar con amigos, ir al hospital de día. A pesar de que realizan diversas actividades, no consideran que su rutina diaria sea adecuada. En general les cuesta encontrar motivación para realizar actividades; entre las cosas que les motivan están la familia, pareja y amigos, el trabajo y la esperanza de que las cosas pueden ir a mejor. A la pregunta "¿Cómo ha cambiado tu vida desde que fuiste diagnosticado/a TCA? ¿Qué aspectos de los que han cambiado consideras más importante?" algunas de las respuestas fueron: "Los estudios, eran lo primordial para mí, sin ellos me siento vacía y frustrada, no consigo retomarlos", "mis amistades, mi rendimiento académico y estar todo el día de médicos", "ahora tengo mala relación familiar", "todo ha ido a peor, me estreso mucho con los estudios".

Finalmente, en cuanto a la información recogida de las familias, a partir de 6 respuestas, todas ellas de madres con hijas con TCA, diagnosticadas hace entre 3 meses y 15 años, se concluye que, aunque en general no sabrían definir la motivación, la mitad de ellas no consideran que su familiar diagnosticado de TCA esté motivado en sus actividades diarias. Todas dicen tener una mala calidad de sueño y confirman que convivir con una persona diagnosticada de TCA les afecta en este aspecto. La mayoría han dejado de hacer actividades que antes hacían, pero mantienen hábitos y rutinas familiares como comer/cenar juntos. Todas utilizan redes sociales pero la mayoría no sabe lo que su hija sube/mira en internet.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Dentro del programa se diferencian dos tipos de intervención, con el usuario y con los familiares. El profesional encargado de llevar a cabo ambas intervenciones es el Terapeuta Ocupacional de la asociación.

- INTERVENCIÓN CON EL/LA USUARIO/A

La duración del programa, como se ha explicado anteriormente, está determinada por el usuario; no obstante, se estima que la fase de intervención

podría abarcar una media de 8 meses. Durante este tiempo, se plantean dos sesiones semanales de 1,5 horas cada una; el número de sesiones y la duración se adapta a las necesidades del usuario. Las intervenciones se describen en las tablas siguientes.

Tabla 4: Actividades 1, 2 y 3.

ACTIVIDADES 1, 2 Y 3
Objetivo: Desempeñar de manera competente y satisfactoria las actividades seleccionadas como relevantes por el usuario/a.
Duración: Según el usuario/a y la actividad. Podrán abordarse de manera simultánea varias actividades.
Descripción: Los resultados obtenidos con la Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional proporcionan un listado de las actividades significativas del usuario/a, ordenadas según el grado de importancia que les adjudica. Para la intervención nos centramos en las 3 primeras de manera independiente. Utilizamos el Cuestionario Volicional para determinar la motivación/compromiso con la actividad. Tomando como base teórica el Proceso de Remotivación, el/la usuario/a realiza la actividad analizando sus capacidades, preferencias y factores que limitan la el desempeño. Posteriormente, será capaz de adaptarse a las demandas de la actividad y desempeñarla de manera adecuada. Por último, el/la usuario/a es capaz de mantener esa actividad y proponerse metas nuevas. Las mejoras con el compromiso con la actividad se reevalúan de nuevo con el Cuestionario Volicional. (26)

Tabla 5: Horario/rutina equilibrado.

ESTABLECER UN HORARIO/RUTINA
Objetivo: Ayudar al usuario a elaborar un horario/rutina equilibrado y adaptado a sus necesidades/motivaciones.
Duración: A lo largo de la intervención se dedicarán sesiones con este objetivo, siempre que sea necesario, para modificar o adaptar la rutina en función de los avances y las necesidades del usuario/a.
Descripción: Tras analizar el cuestionario ocupacional realizado en la fase de evaluación, se realiza junto con el/la usuario/a una valoración de su rutina, instándole a considerar cambios que le reporten mejoras, así como la creación de una nueva rutina más satisfactoria y equilibrada. Para esto utilizamos algunas estrategias terapéuticas como la validación, respetando siempre las

decisiones del usuario; la retroalimentación, ya que nos basamos siempre en los datos que nos aporta la persona; el asesoramiento y la estructuración, ya que recomendamos objetivos y/o diferentes opciones. (27) Para crear la rutina se utiliza la técnica de programación de actividades ya que creamos una rutina personalizada y consensuada con el/la usuario/a y especificando las actividades que para él son prioritarias. (28)

Una actividad complementaria será la realización de un diario donde la persona refleje cómo se ha sentido en relación con su rutina, de esta manera podemos saber qué factores intervienen en el cumplimiento de la misma y ver su evolución.

Tabla 6: Técnicas de mantenimiento.

TÉCNICAS DE MANTENIMIENTO
Objetivo: Conseguir que el/la usuaria sea autónomo/a en el mantenimiento de un horario/rutina equilibrada.
Duración: En fases más avanzadas de la intervención, en función de las necesidades del usuario/a.
Descripción: Cuando se haya conseguido cierto nivel de desempeño y satisfacción con algunas de las actividades relevantes para el/la usuario/a y éste/ésta haya logrado seguir un horario/rutina equilibrada, se proporcionarán estrategias para el mantenimiento autónomo de ésta. Algunas de estas técnicas son: entrenamiento en autoinstrucciones, análisis de costes y beneficios, autoevaluación, control de estímulos y entrenamiento en solución de problemas. (28)

- INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

La intervención con la familia se realiza de manera paralela a la intervención con el/la usuario/a. Las sesiones se adaptan a cada caso, si bien, en general, serán de frecuencia quincenal y de 1,5 horas de duración. En un principio serán de naturaleza más formativa y, conforme avance la intervención, se centrarán más en aspectos particulares. En la siguiente tabla se describe la intervención con la familia.

Tabla 7: Formación sobre áreas ocupacionales, motivación y redes sociales.

FORMACIÓN SOBRE ÁREAS OCUPACIONALES, MOTIVACIÓN Y REDES SOCIALES
Objetivo: Educar a las familia sobre las diferentes áreas ocupacionales y otros aspectos que influyen en la recuperación de un TCA
Duración: Sesiones distribuidas a lo largo de la intervención, adaptándose a las necesidades de la familia.
Descripción: Tras analizar el cuestionario que ha realizado la familia en la fase de evaluación, se ofrece inicialmente formación de manera teórica sobre los aspectos que se trabajan con el usuario, es decir, se comienza por la motivación, siendo un factor esencial para la recuperación de un TCA, y se continua por los aspectos ocupacionales del autocuidado, productividad, ocio y tiempo libre y descanso, además de información básica sobre el uso de redes sociales. El orden de los temas a tratar se establece según las preferencias de las familias. Finalmente se abordarán temas o problemáticas concretas que presenten los familiares pudiendo usarse técnicas de role-playing, recreando situaciones concretas vividas en el núcleo familiar. (23)
Contenidos de las sesiones formativas: <ul style="list-style-type: none">- Motivación- Actividades de la vida diaria- Productividad- Ocio y tiempo libre- Redes sociales

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Sala equipada con una mesa, mínimo 3 sillas, pizarra, ordenador, proyector y material fungible básico. Profesional de terapia ocupacional para llevar a cabo la sesión.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa se recoge en la tabla siguiente.

Tabla 8: Evaluación del programa

EVALUACIÓN DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none">- Número de usuarios/as que inician el programa.- Número de evaluaciones realizadas.- Número de usuarios/as que completan el programa.- Número de familias evaluadas.- Número de familias que completan la intervención.
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none">- Incremento en la percepción de nivel de desempeño/satisfacción de la Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional en un 75% de usuarios/as tras completar el programa, por lo menos en dos de las actividades seleccionadas.- Mejora del Cuestionario Ocupacional en un 75% de usuarios/as tras completar el programa.
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Recoger la satisfacción de los usuarios/as y de las familias a través de los cuestionarios creados para ello. (Anexos VIII y IX)

CONCLUSIONES

La idea de crear esta propuesta de intervención nace de la preocupación por el notable aumento de casos de Trastorno de la Conducta Alimentaria en los últimos años, y en edades cada vez más tempranas. Además de la visión que, en general, se tiene de estas enfermedades y la tendencia a asociarlas únicamente con la comida o con la imagen corporal, cuando realmente esos aspectos son la superficie del problema, sin tener en consideración todo lo que hay detrás. Como Terapeutas Ocupacionales, no podemos dejar de considerar todo lo que conlleva tener un TCA, ni cómo la ocupación y las actividades diarias pueden ayudar en la recuperación de estos trastornos.

Este programa se plantea en la Asociación Arbada, asociación con gran relevancia en Aragón, cuya intervención se centra fundamentalmente en la familia, para la mejora de la convivencia familiar a través de intervenciones grupales o individuales, y en actividades de sensibilización social sobre los TCA. Con la persona afectada intervienen orientando sobre recursos y trabajan la motivación hasta acudir a una cita especializada.

La asociación no cuenta, hasta la fecha, con terapeuta ocupacional, por lo que creemos que sería un buen complemento, a lo anteriormente expuesto, la intervención desde terapia ocupacional, en la que, a través del trabajo con la persona afectada, se incide en lograr el adecuado desempeño en las actividades significativas, organizadas en una rutina que le permitan el mantenimiento de un equilibrio ocupacional óptimo.

En el cuestionario enviado a las familias de la asociación, se ha preguntado si consideran que puede ser útil e interesante para la recuperación un programa como el presentado, y todas las respuestas han sido afirmativas, por lo pensamos que una propuesta de intervención de estas características podría tener una buena acogida en asociaciones de personas afectadas de TCA.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. 5º Edición. Barcelona: Masson; 2002
2. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008;65(6):579-592
3. Galber G, Olgún P, Rodríguez A. Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet]. 2017 [Consultado en 2020]; 28 (6): 893-900. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.003>
4. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. Dtsch Arztebl Int. 2011; 108 (40): 678-85.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009
6. Barris R. Occupational Dysfunction and Eating Disorders. Occupational Therapy in Mental Health [Internet]. 2008 [Consultado en 2020]; Volumen 6(1): 27-45. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J004v06n01_03
7. Cabañero Simarro B, Escrivá Sáez V. Definición y clasificación diagnóstica. En: Guía de intervención en trastornos del comportamiento alimentario en Terapia Ocupacional. 1º Edición. España: Editorial Síntesis S.A; 2016. 13-34
8. Asociación TCA Aragón [Internet]. Zaragoza: Asociación TCA Aragón; junio 2020 [consulta en diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
9. Jáuregui Lobera I, Herrero Martín G, Bolaños Ríos P, Andrades Ramírez C. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. 1º Edición. Madrid: Grupo Aula Médica, 2019
10. Rockwell, L. E. Frames of reference and modalities used by occupational therapists in the treatment of patients with eating disorders. Occupational Therapy in Mental Health [Internet]. 2008 [Consultado en 2020]; Volumen 10(2): 47-63. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J004v10n02_04

11. Raich R. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. 1º ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2011.
12. Losada A.V, Bidau C. Familia y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psicología [Internet]. 2017 [consultado en 2021]; volumen 16: 30-49. Disponible en: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe004>
13. Durante Molina B, Noya Arnaiz B, Polonio López B. Competencia ocupacional y disfunción ocupacional. En: Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. 1º Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2003. 25-31
14. Björklund A, Håkansson C, Wagman P. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis, Scandinavian Journal of Occupational Therapy [Internet]. 2012 [Consultado en 2020]; 19(4): 322-327. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
15. Gómez Lillo S. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2006; (6): Pg 1-11 (si cogemos de la revista son las paginas 47-54)
16. Durante Molina B, Noya Arnaiz B, Polonio López B. Competencia ocupacional y disfunción ocupacional. En: Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. 1º Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2003. 25-31
17. 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. [Consultado en 2020]; 6 (5): 216-231. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>
18. Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG [Revista en Internet]. 2012;9(15):1-21. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
19. Cabañero Simarro B, Escrivá Sáez V. Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica. En: Guía de intervención en trastornos del comportamiento alimentario en Terapia Ocupacional. 1º Edición. España: Editorial Síntesis S.A; 2016. 51-75

20. Kielhofner G. Introducción al Modelo de Ocupación Humana. En: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 3º edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. 1-7
21. Amézquita Espinosa, J, Castillo Holguín, D, Zapata Navarro, K Intervención de terapia ocupacional en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa enmarcada en la estrategia de atención primaria en salud. [Tesis doctoral]. Santiago de Cali: Facultad de salud, Universidad del Valle; 2017.
22. Durante Molina B, Noya Arnaiz B, Polonio López B. Modelos propios de Terapia Ocupacional. En: Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. 1º Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2003. 99-121
23. Kielhofner G. Autoevaluaciones: facilitación de la perspectiva de los clientes. En: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4º edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. 237-261
24. Simó Algado S. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. TOG [Revista en Internet].2006 [diciembre 2020]; (3): 1-18. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>
25. Kielhofner G. Instrumentos de evaluación basados en la observación. En: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4º edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. 217-236
26. Kielhofner G. Estrategias terapéuticas para facilitar el cambio. En: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4º edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. 127-140
27. Kielhofner G. Estrategias terapéuticas para facilitar el cambio. En: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4º edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. 185-203
28. Rego Ribeiro P, Domínguez Martínez M, Playán Ruiz V, Moruno Miralles P. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales en terapia ocupacional. En: Terapia ocupacional en salud mental. EDICION. Barcelona: Masson; 2011. 441-455

ANEXOS

ANEXO I:

CUESTIONARIO ASOCIACION ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria)

En la asociación, ¿se atiende únicamente a familiares, o también a pacientes afectados de TCA? ¿En qué situaciones?

La asociación es de Familiares, pero también orientamos a los afectados sobre los recursos de tratamiento más adecuados.

Contamos también con un programa de motivación al tratamiento que consiste en o bien apoyarles mientras reciben las citas con las unidades de tratamiento o bien si el psiquiatra lo considera trabajar con ellos aspectos del vínculo familiar mientras están en tratamiento.

¿Cuántos usuarios (pacientes con TCA) hay actualmente en la asociación?

Actualmente participan en el programa de motivación al tratamiento 15 afectados.

¿Qué profesionales y trabajadores hay en la asociación?

Un trabajador social especializado en salud mental y experto en intervención familiar y de pareja.

¿Qué servicios se dan?

Los tienes en la web

¿Se realiza algún taller/actividad con los usuarios? ¿Cuales?

Si, se realizan trimestralmente y de acuerdo a lo que observamos sea necesario trabajar en ese momento.

El último que se ha realizado ha sido "Cómo controlar la ansiedad a través de la alimentación".

¿Qué talleres o actividades consideras que sería necesario o beneficioso que se dieran en la asociación?

Actualmente tenemos un buen programa de apoyo y orientación para familiares, con un nivel de participación alto.

Aunque sí que considero que todas aquellas actividades destinadas a la formación de profesionales del ámbito social, educativo y/o sanitario, deportivo serían muy interesantes. Desde hace años estamos trabajando en ello, a través de actividades dirigidas a orientadores, profesores de secundaria, tenemos programada una jornada con el colegio de farmacéuticos, etc...

¿Estas actividades son grupales o individuales? ¿Por qué?

Ambas. Porque nos adaptamos a las necesidades de las familias y afectados. Por lo tanto, en cada caso se ofrece una alternativa particular.

¿En qué horarios y con qué frecuencia se atiende a los usuarios?

Entre semana de 9.30 a 13.30 y de 16 a 20 horas.

Depende de si es orientación sobre el recurso adecuado y/o requieren intervenciones más amplias.

¿En qué consiste el asesoramiento familiar que se da a las familias?

Orientación, comunicación familiar, intervención en crisis, resolución de conflictos, etc. Dependiendo de cada familia.

En general, ¿cuánto tiempo (aproximado) permanecen los usuarios en la asociación?

Las familias en ocasiones sólo acceden a la asociación para recibir orientación y en otras se hacen socios y cada familia permanece como socio un tiempo que no es calculable.

En general, los usuarios que abandonan la asociación, ¿es porque se les ha dado el alta médica o por otra razón?

Las familias abandonan la asociación o bien porque sus hijos ya no padecen TCA (el alta de los afectados corresponde a los profesionales que les atienden en las Unidades), o por motivos (económicos, deseo de colaborar en otras asociaciones etc...).

¿Cuál es el perfil general del usuario? Sexo, edad, patología, evolución y duración de la enfermedad, aficiones, apoyos, conciencia o no de la enfermedad, motivación ante el tratamiento y la recuperación, etc.

Familias de personas afectadas por un TCA.

¿Qué área de la vida de los usuarios se ve más afectada? ¿Cuáles se trabaja más desde la asociación?

La convivencia familiar.

¿Qué servicio/profesional/intervención consideras que falta en la asociación y que podría ayudar y ser beneficioso para los usuarios?

Todas aquellas actividades que favorezcan el buen pronóstico de la enfermedad y que ayuden a las familias en el proceso de tratamiento, son bien recibidas.

ANEXO II:

CUESTIONARIO AFECTADOS ASOCIACIÓN ARBADA

Edad:

Sexo:

- ¿Hace cuánto que fuiste diagnosticado de TCA (Trastorno de Conducta Alimentaria)?
- ¿Estudias o trabajas? ¿Qué estudias/en que trabajas?
- ¿Cuántas horas al día estudias/trabajas?
 - Menos de 3
 - De 3 a 5
 - Más de 6
- ¿Consideras importante estudiar/trabajar? ¿Por qué?
 - Del 1 al 10
- ¿Te cuesta concentrarte cuando estudias/trabajas?
- ¿Cuántas horas diarias duermes?
 - Menos de 6
 - De 6 a 9
 - Más de 10
- ¿Durante el día te sientes cansado? ¿Por qué crees que es?
- ¿Consideras que es importante dormir las horas suficientes?
 - Del 1 al 10
- ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
- ¿Te cuesta elegir actividades para hacer cuando tienes tiempo libre?
- ¿Prefieres pasar tiempo solo o acompañado? Si es acompañado, ¿de quién?
- ¿Pasas mucho tiempo en las redes sociales?
 - Menos de 4
 - D 4 a 7
 - Más de 7
- ¿Qué redes sociales utilizas? ¿Qué tipo de perfiles te gusta ver/sigues en las redes sociales?
- ¿Qué actividades realizas en tu día a día?
- ¿Dirías que tu rutina diaria es adecuada? ¿Qué cambiarías?
- ¿Cómo de motivado dirías que te sientes en tu día a día?

- Del 1 al 10
- ¿Y cómo de motivado te sentías antes de sufrir TCA?
 - Del 1 al 10
- ¿Te cuesta encontrar la motivación para hacer actividades?
- ¿Qué te motiva?
- ¿Cómo ha cambiado tu vida desde que sufres TCA? ¿Qué aspecto de los que han cambiado consideras más importante?

ANEXO III:

CUESTIONARIO FAMILIAS ASOCIACION ARBADA

- ¿Qué parentesco tienes con la persona diagnosticada de TCA?
- ¿Cuántas personas convivís en el mismo domicilio?
- ¿Hace cuánto que convives con una persona con diagnosticada de TCA?
- ¿Cómo definirías la "motivación"?
- ¿Dirías que tu familiar diagnosticado de TCA está motivado para realizar sus actividades diarias?
- ¿Cómo crees que le ayudas a que no pierda la motivación?
- ¿Dirías que la calidad de tu sueño y descanso es buena? Si no es así, ¿crees que vivir con una persona diagnosticada de TCA afecta a la calidad de tu sueño?
- ¿Cómo familia, habéis dejado de hacer algo que antes hacíais por el TCA de vuestro familiar (reuniones/comidas familiares o con amigos, actividades de ocio, etc...)?
- ¿Cómo familia, tenéis rutinas/hábitos establecidos?
- ¿Utilizas o tienes perfil en alguna red social? ¿Utilizas las redes sociales a menudo?
- ¿Sabes que redes utiliza tu familiar diagnosticado de TCA? ¿Controlas lo que sube/mira en internet? ¿Por qué?
- ¿Consideras de utilidad la realización de sesiones en las que se explique a los familiares de una persona diagnosticada de TCA como se puede ayudar a que no pierda la motivación y los intereses en actividades que para él/ella son significativas, técnicas que pueden ayudar a que la persona vea a la familia como un apoyo en su recuperación y ayudar a la familia a crear rutinas saludables para el núcleo familiar?

ANEXO IV:

CUESTIONARIO OCUPACIONAL (OQ)

CUESTIONARIO OCUPACIONAL

Nombre: _____

Actividades que realizó cada media hora desde las:	Pregunta n°1 Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				Pregunta n°2 Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo					Pregunta n°3 Para mí, esta actividad es: 5.muy importante 4.importante 3.sin importancia 2.prefiero no hacerla 1.pérdida de tiempo					Pregunta n°4 Cuanto disfrutas de esta actividad: 5-me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto				
	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Actividades que realizó cada media hora desde las:	Pregunta n°1 Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				Pregunta n°2 Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo					Pregunta n°3 Para mí, esta actividad es: 5- muy importante 4- importante 3- sin importancia 2- prefiero no hacerla 1- pérdida de tiempo					Pregunta n°4 Cuanto disfrutas de esta actividad: 5- me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto				
	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

ANEXO V:

MEDIDA CANADIENSE DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL (COMP)

**PASO 1:
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE RENDIMIENTO OCUPACIONAL**

Para identificar problemas, preocupaciones y dificultades en el rendimiento ocupacional, entreviste al cliente, preguntándole acerca de sus actividades diarias en las áreas de cuidado de sí mismo, productividad y ocio. Pida al cliente que identifique las actividades diarias que desea hacer, las que necesita hacer y las que se espera que haga, animándole a describir un día típico. Luego, pida al cliente que identifique aquellas actividades que actualmente son difíciles de realizar a su satisfacción. Anótelas en los Pasos 1A, 1B ó 1C.

PASO 2: CALIFICAR LA IMPORTANCIA

Utilizando la tarjeta de calificación provista, pida al cliente que califique, en una escala del 1 al 10, la importancia de cada actividad. Coloque las calificaciones en las casillas correspondientes de los Pasos 1A, 1B ó 1C.

PASO 1A: Cuidado de sí mismo

Cuidado Personal
(ej., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)

Movilidad Funcional
(ej. traslado, interior, exterior)

Gestión Comunitaria
(ej. transporte, compras, finanzas)

IMPORTANCIA

PASO 1B: Productividad

Trabajo remunerado/
voluntario
(ej. Encontrar/mantener un empleo, voluntariado)

Manejo del Hogar
(ej. limpieza, lavado de ropa, cocina)

Juego/Escuela
(ej. Destreza en el juego, tareas escolares)

IMPORTANCIA

PASO 1C: Ocio

Recreación tranquila
(ej. pasatiempos,
manualidades, lectura)

Recreación activa
(ej. deportes,
paseos, viajes)

Socialización
(ej. visitas, llamadas
telefónicas, fiestas,
correspondencia)

IMPORTANCIA

PASOS 3 Y 4: CALIFICACIÓN de la EVALUACIÓN INICIAL y la RE-EVALUACIÓN

Confirmar con el cliente los 5 problemas más importantes. Utilizando las tarjetas de calificación, pida que el cliente califique cada problema en las áreas de desempeño y satisfacción, luego calcule las calificaciones. Las calificaciones totales se calculan al sumar las calificaciones de desempeño y satisfacción para todos los problemas y luego dividir el total por el número de problemas. En la re-evaluación, el cliente califica cada problema en ambas áreas nuevamente. Se calculan las nuevas calificaciones y el cambio en la calificación.

EVALUACIÓN INICIAL:

PROBLEMAS DE RENDIMIENTO OCUPACIONAL:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Desempeño 1

Satisfacción 1

RE-EVALUACIÓN:

Desempeño 2

Satisfacción 2

CALIFICACIÓN:

Calificación Total = $\frac{\text{Calificaciones totales de desempeño}}{\text{número de problemas}}$

CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO 1

CALIFICACIÓN DE SATISFACCIÓN 1

CALIFICACIÓN DE DESEMPEÑO 2

CALIFICACIÓN DE SATISFACCIÓN 2

$\frac{\quad}{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad}$
= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>

CAMBIO EN DESEMPEÑO = Calif. Desempeño 2

- Calif. Desempeño 1

CAMBIO EN SATISFACCIÓN = Calif. Satisfacción 2

- Calif. Satisfacción 1

ANEXO VI:**CUESTIONARIO VOLICIONAL (VQ)**

Cliente:		Terapeuta:			
Edad:	Sexo: M F	Fecha:			
Diagnostico:		Institución:			
		Comentarios:			
Muestra curiosidad	P	D	I	E	
Inicia acciones/tareas	P	D	I	E	
Intenta cosas nuevas	P	D	I	E	
Muestra preferencias	P	D	I	E	
Muestra que una actividad es especial o significativa	P	D	I	E	
Indica objetivos	P	D	I	E	
Permaneces involucrado	P	D	I	E	
Muestra orgullo	P	D	I	E	
Trata de resolver problemas	P	D	I	E	
Trata de corregir errores	P	D	I	E	
Realiza una actividad hasta completarla/lograrla	P	D	I	E	
Invierte energía/emoción/atención adicional	P	D	I	E	
Busca responsabilidad adicional	P	D	I	E	
Busca desafíos	P	D	I	E	
Clave:					
P: Pasivo		D: Dudoso		I: Involucrado	
				E: Espontáneo	

ANEXO VII:

CUESTIONARIO PARA PARA FAMILIAS SOBRE ÁREAS OCUPACIONALES, MOTIVACIÓN Y REDES SOCIALES.

SUEÑO/DESCANSO

- ¿Cómo de importante crees que es tener un buen descanso?
- ¿Consideras que tu familiar tiene adecuados patrones de sueño y descanso?
- ¿Cómo crees que podrías ayudar a mejorar estos patrones de sueño y descanso?

TRABAJO/ESTUDIO

- ¿Cuánto de importante consideras que es que una persona estudie/trabaje?
- ¿Dirías que las horas que tu familiar invierte en estudiar o trabajar son verdaderamente productivas?

OCIO/TIEMPO LIBRE

- ¿Cómo de importante crees que es para una persona tener tiempo libre y de ocio?
- ¿Cómo describirías el ocio y tiempo libre de tu familiar?

MOTIVACIÓN

- ¿Actualmente, que actividades motivan a tu familiar?
- ¿Ha cambiado su motivación desde la aparición del TCA? ¿En qué sentido?

REDES SOCIALES

- ¿Utilizas o tienes perfil en alguna red social?
- ¿Consideras que las redes sociales pueden influir de alguna manera en la recuperación de tu familiar?
- ¿Crees que es importante saber que uso da tu familiar a las redes sociales?

ANEXO VIII:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN (AFECTADOS/AS TCA)

Nombre:

Fecha:

¿Consideras que ha sido útil el programa de intervención?

SÍ

NO

¿Han mejorado tus relaciones familiares?

SÍ

NO

¿Dirías que ha mejorado tu rutina?

SÍ

NO

¿Te sientes satisfecho con las actividades que se han realizado?

SÍ

NO

¿Algún comentario u opinión personal?

ANEXO IX:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN (FAMILIARES)

Nombre:

Fecha:

¿Consideras que ha sido útil el programa de intervención?

SÍ

NO

¿Tienes ahora más conocimientos sobre los TCA cómo afecta a la rutina que cuando comenzó la intervención?

SÍ

NO

¿Dirías que ahora tu familiar tiene una rutina equilibrada?

SÍ

NO

¿Han mejorado tus relaciones familiares?

SÍ

NO

¿Algún comentario u opinión personal?