

TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

OCCUPATIONAL THERAPY IN EATING DISORDERS

Palabras clave del autor: Trastornos de la conducta alimentaria, terapia ocupacional, anorexia, bulimia, ocupación.

Key words: Eating disorders, occupational therapy, anorexia, bulimia, occupation.

DECS: Trastornos de la Conducta Alimentaria , terapia ocupacional, anorexia, bulimia, ocupación.

MESH: Eating Disorders, occupational therapy, Sensation, anorexia, bulimia, occupation.



AUTORES:

D. Luis María Berrueta Maeztu

Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Presidente del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

D. Jose Ramón Bellido Mainar

Licenciado en Ciencias del Trabajo. Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social Terapeuta Ocupacional y Responsable de Formación Continuada de GSS-Hospital de Santa Maria. Lleida

Sanz Valer, Patricia.

Terapeuta Ocupacional Hospital de Día Salud Mental; Hospital de Santa Maria. Lleida

Dña. Cristina Rubio Ortega

Terapeuta Ocupacional. Hospital de día infanto -juvenil de salud Mental "Natividad Zubieta". Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

Texto Recibido: 7/11/08

Texto Aceptado: 8/06/09

RESUMEN

En este artículo analizaremos qué se entiende actualmente por trastornos de la conducta alimentaria y cómo desde una perspectiva ocupacional la anorexia nerviosa y/o la bulimia nerviosa pueden afectar a las personas que las padecen.

Nos centraremos en el papel del terapeuta ocupacional y su intervención en los TCA, y tomaremos como ejemplo un recurso especializado de salud mental (Hospital de día) que tiene como finalidad ayudar a las personas que sufren dichos trastornos a recuperar el control sobre su vida de la manera más saludable posible.

Para finalizar, se realizará un breve análisis de las características más relevantes que según los autores debe reunir un terapeuta para trabajar en este ámbito.

SUMMARY

In this paper we examine how the current understanding of eating disorders and how occupational perspective of anorexia nervosa and / or bulimia nervosa may affect people who suffer. We will focus on the occupational therapist's role and its involvement in the ACT, and take the example of a specialized resource of Mental Health (Day Hospital) that aims to help people who suffer such disorders to regain control over her life the healthiest way possible. Finally, there will be a brief analysis of the major characteristics which the authors must meet a therapist to work in this area.

Como citar este documento:

Berrueta Maeztu LM, Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C., Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 216-231. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) (1) tienen una gran relevancia sociosanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento.

Estas enfermedades mentales se han constituido en un problema con gran relevancia social, que afecta preferentemente a las mujeres jóvenes y adolescentes, una población especialmente vulnerable, de países desarrollados.

Los síntomas de estas enfermedades son graves, pudiendo llegar a poner en peligro la vida del paciente; son difíciles de tratar y con frecuencia se prolongan en el tiempo durante años, con riesgo de presentar recaídas periódicas. No pocas veces se asocian con otras enfermedades mentales como el abuso de drogas o la depresión, lo que empeora su pronóstico.

Los TCA suelen comenzar con preocupaciones por la comida y el peso, pero son mucho más que eso. Las personas con TCA utilizan la comida y el control de la comida como un intento de compensar sentimientos y emociones que de otra manera no son capaces de soportar. Para algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una manera de combatir sentimientos dolorosos y de sentir que ejercen el control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan su salud física y emocional, consiguiendo justo lo contrario de lo que se pretendía en un principio.

METODOLOGÍA

Diagnóstico de los TCA

El diagnóstico consiste en determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos. Las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-IV) son valiosos instrumentos para identificar las enfermedades utilizando el mismo

lenguaje técnico por parte de personas diferentes y en contextos sociales, geográficos, políticos y culturales diversos.

Las clasificaciones internacionales evolucionan intentando captar mejor los rasgos esenciales de las enfermedades en el mundo actual. Intentan ser una ayuda para entenderse los profesionales y comprender mejor la enfermedad, y no deberían ser en ningún caso una limitación para comprender a las personas que padecen las enfermedades.

Según la DSM-IV (2), la clasificación más utilizada en Cataluña, los criterios para el diagnóstico de la **anorexia nerviosa** son:

A.- Rechazo a mantener un peso corporal normal o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (Ej. pérdida de peso que conlleva a mantenerlo por debajo del 85% del peso ideal, o ganancia ponderal menor de la esperada durante el período de crecimiento, que lleva a mantenerlo por debajo del 85% del peso ideal)

B.- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales. Excesiva influencia del peso o de la imagen en la autoevaluación, o minimización de la gravedad del bajo peso corporal.

D.- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, la ausencia de, por lo menos, tres ciclos menstruales. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

La DSM-IV distingue 2 tipos de anorexia:

A.- Restringido: Durante el actual episodio de anorexia la persona no ha experimentado de forma regular procesos de alimentación compulsiva ni comportamiento purgante (p.ej. vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas)

B.- Compulsivo/Purgativo: Durante el actual episodio de anorexia nerviosa, la persona ha experimentado de forma regular procesos de alimentación compulsiva o comportamiento purgante (p.ej. vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Según la DSM-IV los criterios para el diagnóstico de la **bulimia nerviosa** son:

A.- Episodios recurrentes de alimentación compulsiva. Un episodio de alimentación compulsiva se caracteriza por:

1.- Ingesta de alimentos en breve período de tiempo (por ejemplo comer en 2 horas una cantidad de comida excesivamente mayor a la que la mayoría de la gente comería en el mismo período de tiempo en circunstancias parecidas).

2.- Sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio (por ejemplo sentir que no se puede parar de comer ni controlar cuánto se está comiendo)

B.- Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar ganar peso: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.

C.- La alimentación compulsiva y el comportamiento compensatorio ocurren, como promedio, al menos, dos veces por semana durante 3 meses.

D.- La autoevaluación está excesivamente influenciada por la silueta y el peso.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

La DSM-IV distingue 2 tipos de bulimia nerviosa:

A.- Purgativo: Durante el actual episodio de bulimia nerviosa la persona no ha experimentado de forma regular vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

B.- No purgativo: Durante el actual episodio de bulimia nerviosa la persona ha utilizado otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como

ayuno o ejercicio excesivo, pero no ha experimentado de forma regular vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

La DSM-IV incluye también como diagnóstico el **Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)**, que se refiere a la existencia de trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen estrictamente todos los criterios para poder ser considerados anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

La Ocupación en las personas con TCA

Las personas con TCA, tal como señalan Barris (1986) y Martín (2000), tienen una disfunción no sólo en sus actitudes y hábitos relacionados con la comida y el control del peso, sino también en su búsqueda, elección, ajuste y compromiso con la ocupación significativa (3,4), lo cual impacta de manera negativa en la construcción y desarrollo de su identidad ocupacional y, por tanto, en su calidad de vida.

Presentan un importante desequilibrio ocupacional en el desarrollo de sus actividades cotidianas, y sus roles ocupacionales están alterados y/o deteriorados.

En definitiva, presentan una disfunción ocupacional. La evaluación del comportamiento ocupacional (resultado de la interacción de la persona y su entorno a través de la ocupación) y el uso de la ocupación para facilitar el cambio en el paciente es una de las características principales de la terapia ocupacional.

Tal como señala Bellido (5) en las personas con TCA se ven especialmente alteradas las habilidades cognitivas (rigidez extrema de pensamiento, ideas irracionales, percepción distorsionada de su eficacia e imagen corporal, etc.), las habilidades emocionales (muy poca tolerancia al fracaso y a la frustración, a la soledad, al abandono o rechazo, dificultades de manejo emocional, para reconocer emociones y controlarlas, etc.) y las habilidades sociales (dificultades

para empatizar, excusa asertividad especialmente ante las críticas, estilo de comunicación agresivo o pasivo-agresivo, conductas manipulativas, etc.).

Las personas con anorexia nerviosa (3) suelen ser competentes y alcanzan logros en su vida. Son muy perfeccionistas en lo que hacen y exigentes consigo mismas. En el ámbito escolar suelen ser alumnas aventajadas.

Tras el éxito externo a menudo se esconden sentimientos de inseguridad, incapacidad, insatisfacción y excesiva dependencia de la opinión de los demás.

A menudo parecen hiperactivas, pues tienen una necesidad exagerada de ocupación. Suelen implicarse, sobre todo y en gran medida, en la realización de actividades físicas, que utilizan como medio para controlar su peso. Son muy competitivas.

Su conceptualización de la relación entre medios y fines suele ser deficitaria, marcada por la rigidez y los extremos (o todo o nada). En su anhelo de lograr la perfección física puede llegar a creer que controlando su peso obtendrá la sensación de independencia y competencia en todos los aspectos de su vida.

Sin embargo, de manera contradictoria, los efectos de la inanición pueden impedirle que interaccione con éxito con su entorno.

Las personas con bulimia nerviosa (3) no suelen tener tanta necesidad de ocupación, sin embargo el significado de la ocupación parece haberse perdido o invertido. Las actividades relacionadas con la alimentación se vuelven progresivamente más importantes, y otras actividades van quedando desprovistas de significado.

Las personas con bulimia pueden encontrarse cada vez más cómodas con estos hábitos y rutinas.

Desafortunadamente, a medida que sus hábitos se vuelven rígidos, se van encerrando en un estilo de ocupación desadaptativo.

Las personas con TCA tienen especialmente alterado el modo en que experimentamos o vivimos a través de nuestros cuerpos, es decir, el cuerpo

vivido (6). Produciéndose una especie de disociación entre cuerpo y ser, que se relacionan desde la rivalidad, la enemistad e intento mutuo de dominio.

Intervención de la Terapia Ocupacional en TCA

Existen diversos **modelos de intervención** en terapia ocupacional que pueden ser especialmente útiles a la hora de guiar el tratamiento en terapia ocupacional en TCA, entre los que destacamos los siguientes:

A.- Modelo de Comportamiento Ocupacional de M. Reilly (7). Es un modelo de primera generación, que se fundamenta en la naturaleza ocupacional del ser humano, y considera el juego como la base del resto de áreas ocupacionales. Destaca la importancia de los roles ocupacionales en las distintas etapas del desarrollo vital, establece 3 niveles de función (Exploración, competencia y logro) desde una perspectiva positiva del ser humano, e incorpora también el concepto de equilibrio ocupacional (basándose en Meyer).

B.- Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner (6,8). Aborda la motivación de la persona hacia lo que hace y elige hacer, el patrón de vida ocupacional (hábitos y roles), la capacidad del desempeño (habilidades físicas y mentales objetivas y dimensión subjetiva), y la influencia del ambiente en la ocupación.

C.- Modelo Canadiense (8,9,10). Destaca de éste modelo su perspectiva centrada en el cliente, estableciendo una guía para el proceso de la terapia y la relación entre la persona y el terapeuta. Incluye el modelo de desempeño ocupacional (basándose en la perspectiva de la terapia ocupacional de Reed y Sanderson en 1980) que describe la relación dinámica entre persona-entorno-ocupación a lo largo de la vida. La "espiritualidad" (en sentido amplio) ocupa en éste modelo un lugar central.

D.- Otros: Modelo Australiano (11,12), Modelo Kawa (13,14), Modelo de Relación Intencional (IRM) de Taylor (15), etc.

En cuanto a la evaluación, Bridges (1993) señala 7 **áreas de evaluación**: estado general del paciente; estado físico; la imagen de sí mismo; estimación de la talla corporal; manejo del tiempo; intereses y actividades; equilibrio entre control interno y externo (16).

La **entrevista** profesional debería explorar: la motivación para el cambio, el grado de insight, el grado de atención y concentración, los intereses personales y habilidades, los sentimientos sobre su familia, el ámbito laboral o escolar, y la vida social y familiar (16).

Algunos de los **instrumentos de evaluación** utilizados en terapia ocupacional en TCA son:

A.- Del MOHO: MOHOST, OCAIRS, OSA, OPHI II, listado de roles, listado de intereses, y otros (WRI; WEIS; COSA; ACIS y CV)

B.- De otros modelos o marcos: Medición Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM), Cuestionario de refuerzos, Evaluación Rol de adolescente (Black, M.), Evaluación historia ocupacional (Moorhead y otros), Cuestionario ocupacional (Riopel), COTE, etc.

En lo que respecta a la intervención, Bellido (5) establece 2 **niveles de intervención** básicos desde terapia ocupacional en los TCA:

1.- NIVEL 1: Utilizar el potencial terapéutico de la actividad para trabajar sus déficits cognitivos, emocionales y sociales:

- a) A través de actividades corporales, actividades de introspección y actividades de exploración, podemos ayudar a la persona a iniciar un proceso de individualización: reconocer emociones y valores, crear proyectos que promuevan la autoestima, favorecer la descentralización de la persona de su cuerpo y de la sensación de control absoluto, y favorecer oportunidades de contactar de manera saludable y satisfactoria con su propio cuerpo.

- b) A través de actividades de dinámica de grupo, y otras actividades con un proyecto grupal (Ej. teatro, actividades corporales grupales...) podemos ayudar a fomentar en la persona el sentimiento de pertenencia a un grupo y a sentirse reconocidas por los demás por encima de sus déficits e imperfecciones.
- c) A través del juego podemos ofrecer ambientes y actividades que favorezcan la exploración del entorno y de sí mismos, de manera que además tengan la oportunidad de participar en un espacio de reflexión en el que el fracaso sea visto como necesario y vivenciado como una oportunidad para el cambio.
- d) A través del entrenamiento en habilidades sociales podemos crear un espacio de reflexión sobre cómo interactuamos con los demás y sus consecuencias, especialmente de la no asertividad, y descubrir caminos diferentes de interacción.
- e) A través de talleres de imagen personal, talleres de la vida diaria (planificación, compra, elaboración de menús, cocina, consumo adecuado; higiene y vestido, compras de ropa...), actividades de relajación y talleres corporales, actividades de solidaridad y actividades de ocio podemos ofrecer oportunidades de entrenamiento en habilidades de la vida diaria imprescindibles para el desarrollo del autocuidado, la aceptación y la autovaloración personal.

2.- NIVEL 2: Usar el potencial terapéutico de la ocupación como medio para reestructurar su disfunción ocupacional:

- a) Productividad: Nos centraremos en ayudarle a encontrar roles productivos que sean significativos para la persona (que desarrollen su sentimiento de competencia y tengan valor e interés personal).

Para ello realizaremos un proceso de orientación vocacional, analizando cómo encajan sus habilidades, intereses y valores profesionales con los personales.

En un primer momento algunas actividades comunitarias de menor exigencia o desafío que el trabajo nos permitirán explorar la productividad de la persona en el desarrollo de determinados roles (estudiante, aficionado, voluntario...)

b) Ocio: Explorar y aprender roles de aficionado y de amigo.

Para ello, favoreceremos la identificación de actividades y tareas placenteras en las actividades individuales y grupales que se llevan a cabo en un entorno protegido (hospital, etc.)

Se lleva a cabo también un plan de exploración de actividades de ocio grupal e individual en la comunidad.

c) Automantenimiento: Nos centraremos en ayudarle a encontrar un equilibrio saludable y satisfactorio en el desarrollo de sus roles ocupacionales, organizando una rutina integral, donde se cubren las necesidades de participación productiva, de disfrute y las actividades de la vida diaria.

Se pacta con la paciente una rutina inicialmente rígida, un plan donde se incluye la alimentación, horarios de sueño normalizados, horas mínimas de descanso, actividades de ocio (detectadas, exploradas y pactadas previamente) y las actividades productivas.

La intervención desde terapia ocupacional (17) pretende ofrecer una oportunidad de:

- a) Explorar mediante el "hacer" un mundo propio, personal, espontáneo, vivo y con posibilidades de experimentar el disfrute.
- b) Elegir de forma significativa sus ocupaciones en coherencia con su identidad.
- c) Mostrarse a los demás de forma directa y asertiva.
- d) Experimentar la competencia y el logro.
- e) Favorecer la experimentación de vivencias que contacten con la vida y compensen la mente controladora.
- f) Reconstruir un proyecto de vida significativo y saludable.

METODOLOGÍA

Intervención de Terapia Ocupacional en TCA en Hospital de Día de Salud Mental

Kerr (1990) señala que el **rol** del terapeuta ocupacional en un programa de hospital de día en TCA consiste en: evaluación del estado funcional, identificación de déficit para la vida diaria, tratamiento de síntomas, y rehabilitación del potencial perdido o equivocado en las áreas de trabajo, juego, ocio, autoexpresión y relaciones interpersonales (18).

La Fundación Argibide elaboró en 2005 un **protocolo de tratamiento de los TCA en el Hospital de día Psiquiátrico** (Hospital de Navarra) (1). Dicho protocolo fue elaborado por la psicóloga clínica Pilar Luna, en colaboración con el equipo de hospital de día, y en él se recoge la intervención del terapeuta ocupacional en dicho recurso, del cual extraemos los elementos más significativos para el trabajo del terapeuta ocupacional:

A.- Servicio de acogida: El terapeuta ocupacional, junto con el auxiliar, deberá favorecer la adaptación del paciente al centro, observará al paciente en su proceso de adaptación y le apoyará durante los primeros momentos de ingreso. Realizará labores de control externo respecto a la alimentación, registrará las conductas adaptativas y/o desadaptativas, observará los síntomas relacionados con las interacciones sociales del paciente en todas sus vertientes, y se constituirá como enlace entre los pacientes y el equipo terapéutico.

B.- Servicio de evaluación: La realizará el terapeuta ocupacional del Servicio y se basará en los modelos de práctica existentes en terapia ocupacional, en este caso en el modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner (6,8).

Se valorarán las áreas ocupacionales (AVD, trabajo, educación, juego, esparcimiento u ocio y participación social) en sus cuatro dimensiones (motivación, hábitos y roles, capacidades y habilidades funcionales, y ambiente)

a través de entrevistas (OPHI-I, subescala de identidad ocupacional de OPHI-II, escalas (listado de roles, listado de intereses, cuestionario ocupacional, escala de exploración vocacional) y observación directa en las diferentes actividades del centro.

C.- Establecimiento de objetivos y elaboración del Plan Terapéutico Individualizado, con el resto del equipo profesional.

D.- Servicio de tratamiento:

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	TÉCNICAS TERAPEUTICAS
Trabajo motivacional: implicación, aumento de la conciencia del trastorno, reconocimiento de las dificultades, etc. (Todos los profesionales)	<ul style="list-style-type: none">- Dialogo socrático.- Preguntas en tercera persona.- Preguntas hipotéticas.- Intención paradójica.
Habilidades sociales (Psicólogo clínico, terapeuta ocupacional y DUE)	<ul style="list-style-type: none">- Terapia interpersonal: identificación de problemas, búsqueda de soluciones, exploración de sentimientos.- Grupo de habilidades interpersonales.
Habilidades ocupacionales e identidad ocupacional (Terapeuta ocupacional y auxiliar)	<ul style="list-style-type: none">- Taller ocupacional.- Actividades corporales.- Dinámicas de grupo.- Juego.- Equilibrio entre roles (rutina ocupacional significativa y satisfactoria).- AVD.
Ocio y tiempo libre (Terapeuta ocupacional y trabajadora social)	<ul style="list-style-type: none">- Organización del tiempo.- Planificación de actividades.- Apoyos / recursos externos.
Orientación vocacional (Terapeuta ocupacional y trabajadora social)	<ul style="list-style-type: none">- Asesoramiento sobre las características de entornos ocupacionales funcionales.- Valoración de capacidades / habilidades del paciente.- Acceso a recursos externos.

Prevención de recaídas (Todos los profesionales)	<ul style="list-style-type: none">- Solución de problemas.- Reestructuración cognitiva.- Contención emocional.- Exposición.- Relajación.- Intervención ocupacional.- Intervención familiar.- Remotivación.
---	---

Características del Terapeuta Ocupacional en TCA

Martín (2000), recoge lo que distintos autores opinan respecto a los requisitos que es recomendable que reúna el terapeuta ocupacional que trabaja con personas que padecen TCA (4):

Para Strober & Yaguer (1985) el terapeuta ocupacional debe tener conocimientos sobre la enfermedad y los principios terapéuticos. Debe ser abierto, no evasivo, intuitivo, paciente, no crítico (con los demás), capaz de infundir confianza, mantener la confidencialidad, y ser respetuoso. Debe ser capaz de relacionarse con el paciente de manera que transmita empatía y ser tolerante hacia situaciones dolorosas y los retos del tratamiento. Debe tener una genuina espontaneidad, humor, visión amplia y ser tolerante respecto a situaciones de dolor.

Boskind-Lodahi (1976) y Palazzoli (1978) creen que las terapeutas ocupacionales femeninas trabajan mejor con los trastornos de la alimentación, y otorgan gran importancia a la actitud personal hacia el énfasis de la sociedad actual en la delgadez: un terapeuta ocupacional que está preocupado por su propio peso no es el más adecuado para trabajar con personas con TCA.

Hsu (1990) considera que los terapeutas que son percibidos como amables, que aceptan a las personas y que son coherentes consigo mismos consiguen mejores resultado.

Martín concluye señalando que el terapeuta emocionalmente sano tiene más posibilidad de conseguir un buen resultado que uno que está mal emocionalmente.

CONCLUSIONES

La terapia ocupacional resulta relevante en el tratamiento de los TCA, por su énfasis en la ocupación propositiva y con significado.

El terapeuta ocupacional tiene un rol único y crucial en la evaluación, la rehabilitación y el cuidado de las personas con trastornos de la alimentación.

Compartimos con Henderson (1999) que lo que hace única la intervención de terapia ocupacional en el tratamiento de las personas con trastornos de la alimentación es su conocimiento interrelacionado del funcionamiento físico, interpersonal y psicológico. (16)

La ocupación es un espejo y puede ser una buena oportunidad para descubrir aspectos importantes de uno mismo, descubrir nuevos caminos, facilitar un proceso de cambio, y ayudar a la persona a seguir creciendo hacia metas y sueños vitales realistas y saludables.

La intervención del terapia ocupacional puede contribuir de manera valiosa a que la persona con TCA descubra potencialidades y habilidades y adquiera destrezas para poder reconducir su proyecto de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martínez Larrea A, Aguinaga Aguinaga M, Ardanaz Aicua E, García de Eulate Marín-Moro C, López Garnica R, Pascual Pascual P, Pélach Paniker R, Petrina Jáuregui E, Royo Moya E. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Navarra: Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Monografía nº 7: Salud pública y administración sanitaria. Gobierno de Navarra; 2007.
- 2.- American Psychiatric Association (1994): DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
- 3.- Barris R. Occupational Dysfunction and eating disorders: theory and approach to treatment. In: Gibson D. The evaluation and treatment of eating disorders. NewYork: Haworth Press;1986.
- 4.- Martin JE. Eating disorders, food and occupational therapy. London: Whurr Publishers; 2000.
- 5.- Bellido Mainar JR. Terapia ocupacional y trastornos de la conducta alimentaria. Curso: Intervención en salud mental mediante el enfoque ocupacional. Pamplona: Servicio Navarro de Salud; 2004.
- 6.- Kielhofner G. Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 3º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
- 7.- Viana Moldes I, Pellegrini Spangenberg M. Desarrollo social y juego infantil. En: Polonio López B, Castellanos Ortega MC, Viana Moldes I. Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica. Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2008. p.66-68.
- 8.- Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
- 9.- Simó Algado S, Urbanowski R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [-consultado el 14-2-2008-]; (3). Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num3/expertoI.htm>
- 10.- Simó Algado S, Urbanowski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [-consultado el 14-2-2008-]; (3). Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num3/expertoII.htm>

- 11.- Chapparo C; Ranka J. El Modelo de Ejecución Ocupacional (Australia): Una descripción de los constructos y estructura. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [-consultado el 14-2-2008-]; (6): [58 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/modelos 1.pdf>
- 12.- Chapparo C; Ranka J. Modelo de Desempeño Ocupacional (Australia) (OPM-A): definición de términos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [consultado el 14-2-2008-]; (6): [8 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/modelos 2.pdf>
- 13.- Iwama Mk. El modelo Kawa (río): naturaleza, flujo vital y poder de la terapia ocupacional con relevancia cultural. En: Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. 1º ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p.214-228.
- 14.- Iwama MK, Simó Algado S. El Modelo Kawa (Rio). TOG [revista en Internet]* 2008 [consultado el 5 de noviembre de 2008]; 5(8): [24 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo2.pdf>
- 15.- Kielhofner G. Una perspectiva en la historia, status actual, y futuro de la terapia ocupacional [Monografía en Internet]. 10º ed. TOG (A Coruña): APGTO; 2007 [consultado el 14 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mo no1_esp.pdf
- 16.- Grobler A, Weideman Z. Eating disorders. En: Mogotsi M, Roebert KL, Nye M, Grobler A, Weideman Z, Ramano E, Alers V. (2007) Occupational therapy prescribed minimum benefits: POTsGroup. [consultado el 14 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.otasa.org.za/pots_pmb.pdf
17. Sanz Valer, P. Aplicaciones de la terapia ocupacional en los trastornos de conducta alimentaria. Clasificación. Adiestramiento y reeducación de la somatognosia y comunicación corporal. Reestructuración de las actividades de la vida diaria. El equipo multiprofesional. Ámbitos de aplicación. En prensa 2008.
- 18.- Piran N, Kaplan AS, Lorie Shekter-Wolfson, M.S.W. , Janis Winocur, M.Sc. , Elaina Gold, R.N. Paul E. Garfinkel, M.D. director. A day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Brunner / Mazel Publishers. ed. New York: editorial; 1900. p. 110.