



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2013-2014

TRABALLO DE FIN DE GRADO

**Atención a personas con Trastorno de la
Conducta Alimentaria en entidades de las
áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol.**

Lucía Lombardía Cortiñas

Junio 2014

Tutoras

Betania Groba González. Terapeuta Ocupacional y Profesora de la Facultad de Ciencias da Saúde, Universidade da Coruña.

Nereida María Canosa Domínguez. Terapeuta Ocupacional y Profesora de la Facultad de Ciencias da Saúde, Universidade da Coruña.

Índice

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	5
1.2 Servicios y recursos de atención	7
1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria y Terapia Ocupacional.....	10
1.4 Justificación	11
2. OBJETIVOS.....	12
3. METODOLOGÍA	13
3.1 Tipo de estudio	13
3.2 Ámbito de estudio	13
3.3 Entrada en el campo.....	15
3.4 Selección de informantes	16
3.5 Descripción de los informantes.....	17
3.6 Técnicas de recogida de información y material.....	18
3.7 Plan de análisis.....	19
3.8 Consideraciones éticas.....	20
3.9 Descripción de las fases y temporalización	21
4. RESULTADOS.....	23
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
7. AGRADECIMIENTOS	41
8. BIBLIOGRAFÍA	42
9. APÉNDICES	46
Apéndice I: Estructura del Sistema Sanitario Público.....	47
Apéndice II: Guión de entrevista para Terapeutas Ocupacionales	49
Apéndice III: Guión de entrevista general.....	51
Apéndice IV: Hoja de información para los participantes.....	53
Apéndice VI: Consentimiento para la participación del estudio	57

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta de alimentos o la aparición de comportamientos de control de peso. La bibliografía refiere que para una adecuada intervención se precisa un equipo multidisciplinar de salud mental. No obstante, la evidencia científica, en cuanto a intervenciones específicas, es escasa.

Objetivos: Se pretende describir la intervención ofrecida a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en los servicios sanitarios de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol desde la perspectiva de los profesionales implicados en el proceso.

Metodología: Investigación cualitativa enmarcada en el paradigma fenomenológico, Las técnicas de recogida de datos han sido la entrevista semiestructurada y el cuaderno de campo. Los participantes fueron 10 profesionales del área sanitaria de A Coruña y Ferrol.

Resultados: Tras el análisis de los discursos de los participantes, emergen las siguientes categorías: incongruencias mente versus cuerpo; contexto cultural y entorno social; niveles de atención: recorrido difuso; esencia de terapia ocupacional en Trastornos de la Conducta Alimentaria; dificultades en ocupaciones, hábitos y roles; facilitadores y barreras para el desempeño ocupacional.

Conclusiones: Los informantes indican que la persona con Trastorno de Conducta Alimentaria accede al Sistema Sanitario cuando existe una situación crítica. Además, se detectaron incongruencias puesto que, si bien consideran estos trastornos como mentales, la intervención se centra en aspectos nutricionales y de recuperación de peso.

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Trastornos de la Conducta Alimentaria, atención e intervención.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales cuyas características principales son una distorsión en la percepción de la figura corporal y una alteración en el peso que conlleva importantes riesgos para la salud ^{1, 2, 3,4, 5, 6}.

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V), manuales referentes en las clasificaciones internacionales, consideran la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) como los trastornos de la conducta alimentaria mentales con mayor prevalencia en la sociedad ^{1, 3}.

- La AN se caracteriza por la “restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física” ³. Existen dos tipos:
 - Tipo restrictivo, durante el episodio de AN, el individuo disminuye la ingesta recurriendo a la dieta, ayuno y ejercicio físico ³.
 - Tipo compulsivo/purgativo, el individuo recurre a vómitos autoprovocados o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas ³.
- La BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracones y conductas compensatorias inapropiadas como el vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Su inicio suele ser más tardío que la AN ³.

El DSM V, dentro de los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos incluye otros trastornos como: pica, trastorno de rumiación, trastornos de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia

nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos por atracón, otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificado (anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa, trastornos por atracón, trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos) y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. Estos últimos causan malestar clínicamente o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos.³

Otros documentos, refieren que también existen otros trastornos alimentarios como puede ser vigorexia (obsesión por verse musculosos), ortorexia (obsesión por la comida biológica), potomanía (deseo de beber grandes cantidades de líquidos) y obesidad (exceso de peso en relación con la altura de la persona).^{7,8, 9, 10}

En la literatura se encuentran numerosas descripciones históricas que hacen referencia a problemas en la alimentación: En la Civilización Romana, la ingesta masiva y la conducta de purgarse posterior a la comida copiosa constituía un ritual socialmente aceptado en banquetes y fiestas. En la Edad Media hay casos bien documentados de AN que describen los primeros santos cristianos, es el caso de mujeres santas como Lidwina de Shiedam que vivió alimentándose durante años de trocitos de manzanas del tamaño de las hostias consagradas o Santa Teresa de Ávila (1500) que usaba la rama del olivo constantemente para inducirse el vómito y vaciar el estómago para recibir la hostia consagrada, su única fuente de sustento. Durante el siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación recabando la atención pública considerando sus ayunos como milagrosos por periódicos de la época¹⁰.

Hasta principios de la década de los 70 no existían un criterio diagnóstico concreto para los TCA. A partir de ahí es cuando se empiezan a reflejar en documentos como DSM y CIE.

Los TCA en la actualidad, suponen la segunda enfermedad con mayor prevalencia en la sociedad.^{2, 11}

Suelen afectar mayoritariamente a adolescentes del sexo femenino de países occidentales. La proporción entre hombres y mujeres es de 1 a 10 a pesar que, el número de hombres está aumentando debido a los cambios socioculturales como la belleza, triunfo y bienestar. La edad de aparición oscila entre los 12 y los 25 años. Aunque cabe destacar que las manifestaciones de los TCA se inician durante la adolescencia, también aparecen casos en mujeres adultas entre 30-50 años. Interactúan factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales por lo que son trastornos de larga evolución.^{12, 13 14, 15}

En la actualidad, el diagnóstico más frecuente es el de trastornos alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado con un 50-60% de los casos, seguido de la BN con un 30% y finalmente la AN comprende entre un 10-15% de los casos^{1,3}.

Las cifras de evolución de estos trastornos indican que el 50% presentan una evolución favorable pero, un 30% tienden a la cronicidad y el 20% a una evolución desfavorable alcanzando cifras de mortalidad entre el 5-10%¹⁵.

1.2 Servicios y recursos de atención

Las fuentes bibliográficas que citan algún tratamiento específico para personas con TCA son escasas. No obstante, la literatura coincide en la importancia de la intervención multidisciplinar compuesta por profesionales como médico, endocrino, psicólogo, psiquiatra, ginecólogo, terapeuta ocupacional, asistente social, nutricionista y enfermero.

Según los artículos científicos consultados han de ser profesionales de la de salud mental los que diagnosticarán el tipo de trastorno alimentario¹⁶,¹⁷. Existen diferentes abordajes para tratar los TCA entre los que destacan

modelos psicoanalíticos, cognitivo-conductuales y psicofármacos. La hospitalización de la persona se considera el último recurso, salvo que la vida de la persona corra peligro ^{2, 18}.

El Sistema Español de Salud dispone de diferentes recursos en los distintos niveles de atención: atención primaria y atención especializada. La atención primaria es el primer nivel de acceso en el sistema sanitario; esta se realiza por medio del médico de familia en los centros de atención primaria. Se centra en la detección precoz y derivación a otro nivel asistencial en los casos necesarios. Los artículos mencionan al médico de familia como un buen referente para derivar a la persona y diagnosticar un TCA. La atención especializada corresponde con el segundo nivel de acceso a la asistencia sanitaria en el que se encuentran servicios como: estancia hospitalaria, consultas ambulatorias y hospitales de día. En estos casos, el responsable de la atención de la persona será un psicólogo y en otros un psiquiatra. Estos, serán los encargados de seleccionar el tipo de intervención que corresponda a cada persona. Otros recursos de atención pueden ser las asociaciones de personas y familiares de TCA, donde ofrecen servicios y llevan a cabo una intervención más especializada. ^{19, 20}

Galicia dispone de centros de asistencia sanitaria en todas las provincias, formados por hospitales de referencia con servicios de atención primaria, y atención especializada. Cada hospital de referencia presenta unos centros asociados como pueden ser hospitales más pequeños (solo desarrollan servicios concretos) o centros de salud. Si no hay profesionales apropiados, es la misma institución la que se debe de encargar de derivar a la persona a otro recurso que cuente con los medios y profesionales adecuados.

La Comunidad Gallega presenta un centro público de atención especializada para las personas con TCA: La Unidad de Desórdenes Alimentarios. Esta unidad está situada en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), hospital de referencia

para las personas que presentan un TCA en estado crítico de toda Galicia.

También presenta zonas de hospitalización dividida en tres servicios: área de hospitalización aguda en la que ingresan personas que presentan un riesgo importante o que han experimentado una complicación o una mala evolución; área de hospitalización prolongada donde ingresan aquellas personas con o sin nutrición artificial para proceder a las fases de actuación terapéutica psiquiátrica y psicológica; área de hospital de día en la que se realiza la intervención en régimen de 8:00 a 16:30 para recibir tratamiento psiquiátrico y psicológico y realizar la alimentación comprendida en ese horario bajo supervisión. La intervención en estos servicios es realizada en base a un protocolo de actuación. Protocolo médico y protocolo de enfermería, basado en: las personas que acudan a la Unidad de Desórdenes Alimentarios para ser atendidas, será necesario que hayan sido evaluadas por otros servicios facultativos y dispongan de una hoja de interconsulta. Inicialmente, la persona será vista por un especialista en endocrinología y será éste el que realizará la historia clínica, exploración y valoración nutricional. A continuación realizará exploraciones y pruebas diagnósticas. Si la persona presenta riesgo puede ser ingresada inmediatamente en la Unidad de Hospitalización, de no ser así, la persona será vista en revisiones periódicas por el endocrino y se citarán consultas con el psiquiatra y psicólogo. En cualquier momento, la persona podrá pasar al régimen de internamiento si el curso de su trastorno lo exige. A mayores, el CHUS dispone de consultas externas donde realizan las primeras visitas y las consultas sucesivas al régimen ambulatorio.²¹

A nivel privado, existen médicos especializados como endocrinos, psiquiatras y otros profesionales como psicólogos que pueden intervenir en estos trastornos; también hay otros recursos como asociaciones de padres y familias que proporcionan servicios de información y apoyo dentro de este ámbito como: Asociación de Bulimia y Anorexia de A

Coruña (ABAC), Asociación de Bulimia y Anorexia de Pontevedra (ABAP), Asociación de Bulimia y Anorexia de Galicia (ABAGAL) situada en Santiago de Compostela y Asociación de Personas con Trastornos Alimentarios (APERTA) en Ferrol. Estas asociaciones ofrecen servicios de tratamiento orientados a las características de cada persona, con equipos multidisciplinares.

1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria y Terapia Ocupacional

Según Harris, la TO resulta útil para la intervención con personas con TCA; ya que, los terapeutas ocupacionales proporcionan una perspectiva única en el equipo multidisciplinar, mediante el uso de actividades significativas, que fomentan la salud y el bienestar.²²

Otros autores mencionan que los terapeutas ocupacionales promueven la salud y la participación a través de la ocupación, interviniendo en áreas ocupacionales y con la participación en actividades significativas capacitando a la persona para que logre el bienestar físico, social y mental.¹⁵

Las personas con TCA pueden tener dificultades en las actividades relacionadas con la alimentación y la salud. Pero algunos documentos refieren que las personas con TCA tienen comprometidas otras áreas de la vida diaria como por ejemplo: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo y participación social.^{8, 16, 17, 18}

Existe poca evidencia de Terapia Ocupacional (TO) en la intervención con personas con TCA. La mayoría de las intervenciones se basan en aspectos médicos o mecanicistas, resaltando únicamente el componente alterado, centrado en la alimentación. Además, cuando describen la práctica, los documentos se centran en aspectos específicos, nada holísticos. Algunos de los programas descritos en la bibliografía desde TO son: programas de psicomotricidad y relajación, programas de orientación laboral y formativa, programas lúdicos, programas de yoga, programa de

expresión corporal. En ellos no se abordan las dificultades en el desempeño que estas personas presentan.^{23, 24, 25}

1.4 Justificación

Los TCA, en la sociedad actual, destacan por su prevalencia, la manera que tienen de presentarse y los cambios, que su abordaje origina, en los conceptos de salud y de ideal estético^{10, 26}.

La evidencia científica, refleja la importancia de medidas de prevención, pero son escasos los documentos que muestran el tipo de intervención, los niveles adecuados de tratamiento y los profesionales especializados para su abordaje²⁷. Además, los testimonios de personas con TCA indican que existe un largo recorrido y dificultades para obtener una intervención completa sobre el trastorno.

La bibliografía, solo esporádicamente, referencia unidades especializadas en TCA y recursos que puedan servir de apoyo.

Los documentos que reflejan la intervención del terapeuta ocupacional son escasos. Las investigaciones existentes se abordan desde la perspectiva teórica y no describen la intervención. Únicamente en dos artículos se refiere que pueden existir dificultades en las áreas ocupacionales^{8, 15}.

Para finalizar no existen estudios cualitativos que recojan la información desde la perspectiva de profesionales especializados, familias y personas con TCA.

Por ello, este trabajo pretende aportar conocimiento sobre el tipo de intervención que se ofrece a personas con TCA en los servicios sanitarios de las áreas de A Coruña y Ferrol explorando la práctica del terapeuta ocupacional en personas con dichos trastornos y el proceso asistencial que siguen el resto de profesionales.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar la intervención que se ofrece a personas con TCA en los servicios sanitarios de las áreas de A Coruña y Ferrol desde la perspectiva de los profesionales implicados.

Objetivos específicos

Conocer el proceso y las intervenciones que se ofrecen a las personas con TCA en el sistema sanitario de los servicios sanitarios de A Coruña y Ferrol.

Explorar la práctica del terapeuta ocupacional con personas con TCA dentro del sistema sanitario de A Coruña y Ferrol.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La realización de este estudio se basa en una investigación cualitativa. La selección de este tipo de metodología se justifica con el objetivo del estudio que consiste en explorar la intervención que se ofrece a personas con TCA en las entidades sanitarias de A Coruña y Ferrol desde la perspectiva de los profesionales implicados en el proceso. Los datos de cada sujeto se fundamentan en lo conceptual para interpretar el fenómeno estudiado a través del significado que las propias personas le dan en el entorno natural ²⁸.

El estudio se ha enmarcado dentro de un enfoque fenomenológico ya que se pretende conocer la experiencia vivida desde la perspectiva de los sujetos. En este caso, la de los propios profesionales de entidades sanitarias ^{29, 30}.

3.2 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol. En la Figura 1 se aprecia la localización geográfica resaltada de dicha investigación.



Figura 1. Localización geográfica del Ámbito de Estudio de las áreas de A Coruña y Ferrol.
Fuente: Elaboración propia.

El SERGAS, integra todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios sobre los que ejerce el gobierno, la dirección y la gestión con el fin de garantizar la asistencia sanitaria pública.

Dentro de la provincia de A Coruña hay 5 hospitales de referencia. Estos incluyen en su funcionamiento tres objetivos principales: ofrece una amplia cartera de servicios; desarrollo docente el cual conlleva a tener acuerdos permanentes con las universidades para la formación de profesionales sanitarios y de disciplinas relacionadas; finalmente, el desarrollo de investigación. Los tres objetivos se integran en toda la organización para fomentar una cultura con unos valores basados en adquirir y generar conocimientos en el servicio asistencial.

Cada centro de referencia, engloba centros asociados, estos son hospitales más pequeños y centros de salud. Los hospitales más pequeños son instituciones sanitarias que disponen de personal cualificado y de instalaciones necesarias para atender la salud de las personas durante las 24 horas del día. Estos centros ofrecen servicios de asistencia especializada como puede ser la realización de pruebas o consultas con especialistas. Algunos de ellos, disponen de servicios de urgencias e ingresos. La población que acude a ellos suele ser menor. En el Apéndice I, se observan los hospitales de referencia que hay en la provincia de A Coruña y centros asociados correspondientes a cada hospital. Por último, están los centros de salud que son servicios donde se atiende a la población en el primer nivel asistencial sanitario, estos se distribuyen según la población y el ayuntamiento. En la provincia de A Coruña se encuentran un total de 46 centros de salud según la página oficial del SERGAS, los que ofrecen servicios de asistencia básica.

El estudio se centró en los hospitales de referencia y en los centros asociados que abordan los TCA en Ferrol y A Coruña. En cuando a los centros de salud, fueron seleccionados los centros que presentaron mayor afluencia de población en el momento del estudio aconsejados por la administración del SERGAS de A Coruña.

Para llevar a cabo la investigación se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para la selección de los centros, ver Tabla I.

Tabla I. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de Centros. Fuente: Elaboración propia.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Hospitales de referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir en la mejora de la salud y la promoción de la misma. • Ser centro de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pertenecer al sistema público de sanidad.
Centros asociados	<ul style="list-style-type: none"> • Formar parte de un hospital de referencia. • Poseer unidades especializadas en salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pertenecer al sistema público de sanidad.
Centros de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atención sanitaria a más de 25000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No pertenecer al sistema público de salud.

3.3 Entrada en el campo

La investigadora descubrió los TCA durante el desarrollo de un Ciclo Superior de Dietética y Nutrición. Una vez finalizado, decide continuar sus estudios formándose en el Grado de TO, donde se estudian conceptos relacionados con la Salud Mental y los TCA lo cual sembró especial interés a la investigadora por el tema y la elección del mismo.

La entrada en el campo se realizó a través de un primer contacto en los centros para conocer los servicios y saber la disponibilidad de los participantes. En los casos en lo que no se pudo contactar personalmente con los participantes, se realizaron llamadas telefónicas y envío de correos electrónicos. De esa manera se ofrece toda la información y se comunico que se trata de un trabajo de investigación para la materia de Trabajo de Fin de Grado, cursada en el Grado de Terapia Ocupacional.

3.4 Selección de informantes

El procedimiento de selección de los informantes se realizó en base a un muestreo teórico intencionado, en el que los elementos muestrales de la población son seleccionados por el juicio personal del investigador, con conocimiento previo antes del comienzo del estudio.

En la selección de los participantes se ha procurado tener representación de profesionales en contacto con personas con TCA de los diferentes recursos: Urgencias, Medicina general, Endocrinología, Unidad de Hospitalización Breve y Hospital de día.

Para ello, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión que se pueden ver a continuación en la Tabla II y Tabla III:

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de informantes.
Fuente: Elaboración propia.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesionales Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar como profesional en el ámbito sanitario. • Poseer una titulación vinculada a Ciencias de la Salud o Ciencias Sociales. • Tener experiencia de al menos de un año en el servicio que actualmente desempeña su trabajo. • Desempeñar la labor asistencial en servicios de Salud Mental. • Intervenir en algún momento de su trayectoria profesional con personas con TCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • No consentir participar en el estudio.

Tabla III. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de informantes.
Fuente: Elaboración propia.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesionales terapeutas ocupacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con el título oficial de TO. • Trabajar como profesional en el ámbito sanitario. • Tener experiencia al menos de un año en el servicio que actualmente desempeña su trabajo. • Desempeñar la labor asistencial en servicios de salud mental, endocrinología, urgencias y centros de salud. • Intervenir en algún momento de su trayectoria profesional con personas con TCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • No consentir participar en el estudio.

3.5 Descripción de los informantes

Para la selección de los centros, se ha contado con la participación de profesionales procedentes de 2 centros de referencia, 2 centros asociados y 3 centros de salud.

Tras ofertar la participación en el estudio, se entrevistó a un total de 10 participantes: 7 profesionales de diferentes especialidades (psiquiatra, psicólogo, endocrino, médico de urgencias y médico de medicina general) y 3 terapeutas ocupacionales. Todos ellos procedentes de Servicios Sanitarios de A Coruña y Ferrol. En la ver Tabla IV se pueden observar las características generales de los informantes.

Tabla IV. Características de los participantes. Fuente: Elaboración propia.

Especialidad del profesional	Género*	Edad	Años de Experiencia	Años trabajando en la unidad actual
Médico de familia	F	56	32	21
Médico de familia	F	60	36	8
Psicólogo	F	54	28	3
Psiquiatra	M	56	38	3
Psiquiatra	M	59	33	13
Médico de Urgencias	F	44	18	7
Endocrino	M	57	33	23
Terapeuta Ocupacional. Salud Mental	F	57	34	6
Terapeuta Ocupacional. Salud Mental	F	45	21	9
Terapeuta Ocupacional. Salud Mental	F	39	18	17

*F: femenino; M: Masculino

3.6 Técnicas de recogida de información y material

Las técnicas de recogida de información empleadas han sido la entrevista y el cuaderno de campo:

- *Entrevistas semiestructuradas*: Es una conversación mantenida con una persona basada en una serie de preguntas que plantea el entrevistador para que la persona entrevistada aporte su opinión y de una respuesta. Se han elaborado dos guiones, uno propio para terapeutas ocupacionales y otro para el resto de profesionales con el fin de explorar la intervención que se ofrece a las personas con TCA. Se realizan grabaciones para garantizar la calidad de que no se pierda información obtenida, de esta forma, estará accesible en todo momento a nuevos análisis e interpretaciones, pero solo

podrá disponer de ellas el investigador principal ya que estarán bajo su poder.

- *Cuaderno de campo*: Herramienta que se usa en las investigaciones para realizar anotaciones durante el trabajo de campo. Se escribieron observaciones que la propia entrevistadora fue recogiendo durante las entrevistas con los aspectos que consideró relevantes para el estudio

El material empleado para la obtención de dicha información ha sido:

- Guión de la entrevista semiestructurada para profesionales sanitarios, ver Apéndice II.
- Guión de la entrevista semiestructurada para profesionales TO, ver Apéndice III.
- Grabadora de audio.

3.7 Plan de análisis

El análisis de los datos permitirá catalogar, reducir, comparar y dar significado a la información obtenida.

La información recogida por cada uno de los participantes del estudio se transcribió y se codificó bajo un código alfanumérico correlativo para garantizar el anonimato de sus datos. De esa manera, se establecieron tres clasificaciones: por un lado profesionales sanitarios bajo la nomenclatura de PS (1-7), por otro lado un código que hará referencia a los terapeutas ocupacionales bajo la insignia de TO (1-3) y finalmente un código que muestre las anotaciones del cuaderno de campo del investigador bajo el símbolo CC. Por último se interpretaran los datos con el fin de generar las conclusiones del estudio.

El análisis de la información obtenida fue inductivo, es decir, de lo particular a lo general. A partir de esta información se describieron y se construyeron categorías generales de las que emergieron

interpretaciones. Para eso, la investigadora principal transcribió las entrevistas y resaltó las categorías que se muestran detalladamente en el apartado de Resultados del presente trabajo.

El análisis se realizó de manera individual por parte de la investigadora principal y de las directoras del trabajo; posteriormente, se trianguló la información de forma conjunta.

3.8 Consideraciones éticas

Para la elaboración de este trabajo, se han seguido una serie de medidas que garantizan la ética del mismo.

- Hoja de Información al Participante, donde se expone toda la información del trabajo desde el anonimato. La finalidad es asegurar que las personas participan en la investigación propuesta solo cuando ésta es compatible con sus valores, preferencias e intereses. Se relaciona con el respeto a las personas y sus decisiones autónomas, ver Apéndice IV.
- Hoja de Consentimiento para la participación en el estudio de investigación y autorización para la grabación de audio de la entrevista. Los participantes aceptan participar en el estudio por lo que permiten la utilización de la información obtenida, ver Apéndice V.
- Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El objetivo es proteger todo el proceso de investigación y no vulnerar los derechos de los participantes, protegiendo su confidencialidad. A mayores se codificaron las entrevistas para garantizar el anonimato de los datos

3.9 Descripción de las fases y temporalización

En la Tabla V, se muestra el periodo de tiempo que se ha usado para cada fase del proyecto. Abarca desde noviembre de 2013 hasta mayo del 2014.

Tabla V. Cronograma de las tareas realizadas durante el estudio. Fuente: Elaboración propia.

	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May
1.Descripción del problema							
2.Búsqueda bibliográfica							
3.Trabajo de campo							
4.Análisis de información							
5.Resultados y conclusiones							

- 1. Descripción del problema:** Definición del tema que se pretende estudiar.
- 2. Búsqueda bibliográfica:** Se realizó con el objetivo de conocer la evidencia científica respecto al tema abordado. Se ha hecho a través de bases de datos y buscadores como: Dialnet, Pubmed, CSIC, Scopus, revistas electrónicas y catálogo de la Biblioteca de la UDC. También se han usado libros referentes a la materia.
Se han establecido límites cronológicos acotando la búsqueda a los últimos 10 años. En algunos casos, se amplió la búsqueda al no encontrar suficiente bibliografía sobre el tema.
Los términos empleados en las bases de datos han sido: “Occupational therapy”, “Treatment”, “Eating disorder”, “Anorexia nervosa” y “Bulimia nervosa”, todas ellas combinadas con el operador booleano “AND”.
- 3. Trabajo de campo:** La recogida de información es necesaria para responder a los objetivos planteados además de los cuestionarios realizados y la documentación obtenida de los

distintos ámbitos de estudio. Por un lado se ha pretendido explorar la intervención que se ofrece a personas con TCA y explorar la práctica del terapeuta ocupacional que atiende a personas con TCA.

La información se obtuvo de las entrevistas y cuaderno de campo. Se establece contacto previo con las personas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión de manera presencial para informar del procedimiento del estudio y saber si están dispuestas a participar mediante el procedimiento de consentimiento informado y así, posteriormente, realizar la entrevista. En todo momento, se mantiene contacto con los participantes vía correo electrónico o telefónico mientras dure el proceso.

- 4. Análisis de la información:** El análisis de información se realizó en base a la metodología empleada: investigación cualitativa. Se empleó la codificación de las entrevistas para reservar el anonimato y estas, ser transcritas. Fueron resaltadas categorías analizadas de forma individual entre la investigadora y las tutoras para posteriormente triangular la información.
- 5. Elaboración del documento final:** Para finalizar todo el proceso, se completó la memoria del estudio incluyendo los resultados y las conclusiones del documento.

4. RESULTADOS

A continuación, se exponen las categorías de significado que explican el fenómeno y que conforman los resultados obtenidos en este estudio.

De esta forma, el fenómeno de estudio se explica a través de la información obtenida de los discursos. De todo ello, emergen las siguientes categorías que dan significado: *Incongruencias: Mente versus Cuerpo; Contexto cultural y entorno social; Niveles de Atención: recorrido difuso; Identidad de TO en TCA; Dificultades en ocupaciones, hábitos y roles; Facilitadores y barreras para el desempeño.*

Cada una de las categorías será ilustrada a través de los *verbatim* de los participantes que aparecen bajo anonimato y representados por un código de identificación acompañado de números correlativos: Profesionales Sanitarios (PS) y Profesionales Terapeutas Ocupacionales (TO).

A continuación se analizan cada una de las categorías de manera independiente:

Incongruencias: mente versus cuerpo

Manuales destacados como el DSM-V y la CIE-10 consideran los TCA como trastornos mentales caracterizados por una conducta alimentaria alterada. Esto es apoyado por otros artículos que refieren que las personas con TCA deben ser diagnosticadas por un equipo de salud mental a pesar de que uno de los síntomas sea cambios en la alimentación.

En relación a esto, los profesionales se muestran de acuerdo en clasificar estos trastornos como trastornos mentales. Sin embargo, en el discurso inicial centran la definición de los TCA en un aspecto nutricional ya que refieren que el principal aspecto es una alteración en la manera de alimentarse.

“Cambios en la conducta alimentaria” (PS1); “Alteraciones en la manera de alimentarse” (PS2); “Tienen un exceso de apetito o un déficit de apetito” (PS3); “Todo aquel que no realice una alimentación balanceada... ya bien sea por exceso o por defecto” (PS5); “Enfermedad en la que las personas no tienen un comportamiento adecuado en relación con la alimentación...bien sea porque no comen la cantidad adecuada lo que se llama anorexia nerviosa o comen en exceso, sufren atracones” (PS7).

Los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, se diferencian del resto, porque en sus definiciones iniciales especifican aspectos relacionados con la salud mental; concretamente, citan las dificultades de percepción en la imagen corporal.

“Percepción distorsionada de la imagen corporal” (TO1); “Su relación con la comida es disfuncional y-y con la imagen que tienen de sí misma” (TO3).

A medida que avanzan los discursos, los profesionales acaban concretando la definición de los TCA centrándolo en la salud mental.

“Es un trastorno mental en el comportamiento en el que fundamentalmente hay una distorsión de la visión de la imagen corporal” (PS4); “Trastorno mental que lleva a-a-a tener algunas sintomatologías de trastorno de alimentación” (TO2).

Por otro lado, destaca que, en las áreas de A Coruña y Ferrol no hay un servicio específico para personas con TCA y que el único centro de referencia se encuentra en Santiago de Compostela. Las personas entrevistadas mencionan que la intervención en el centro está dirigida por endocrinos y que, por lo tanto, existe una incongruencia en el abordaje de los TCA; ya que, a pesar de considerar que son trastornos mentales, la intervención está dirigida por profesionales del ámbito nutricional.

“Los endocrinos vemos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria aunque pero nosotros fundamentalmente valoramos los aspecto nutricionales más que los aspectos patogénicos o tratamiento de la enfermedad que a mi modo de ver le corresponden mayoritariamente al psiquiatra” (PS7); “Hay un recurso en Santiago de Compostela que depende el servicio de endocrinología

lo cual no tienen ningún sentido ya que el endocrino trata otros problemas” (PS4).

A la hora de establecer una intervención específica en estos trastornos, los profesionales coinciden en emplear un tratamiento mixto, es decir, la combinación de psicoterapia y fármacos. En el caso de la psicoterapia, consideran que tiene mucha importancia pero no se describe su aplicación, únicamente se nombra. Y en el caso de los fármacos, también se considera que son importantes para la intervención, pero aún así, explican que no hay unos medicamentos específicos para personas que presentan TCA.

Creo que el más importante ahí es la psicoterapia... me supongo que se les dan antidepresivos y-y-y después una terapia conductual” (PS1); *“El psicoterapéutico el más adecuado”* (PS4); *“El que es multifactorial, no hay más adecuado ni menos adecuado, tiene que ser muy personalizado o acaba siendo [...] el que haga que el paciente salga del hueco en el que está [...] Hasta que no se llegue al fondo del problema y veas que trastornos de personalidad puede tener este individuo y-y quien lo ha generado o cuáles son sus traumas que pueden tener pero lo que sea y rasque ahí y encuentres”* (PS5); *“Tratamiento mixto, en el que se combina medicación con abordaje psicoterapéutico, primando más lo psicoterapéutico que lo farmacológico”* (PS6); *“Fármacos y apoyo psicológico”* (PS7).

A lo largo de los discursos, son escasas las menciones a los tratamientos pero los que nombran están enfocados principalmente a la recuperación del peso corporal.

“Vemos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, nosotros fundamentalmente valoramos los aspectos nutricionales más que los aspectos patogénicos” (PS7); *“Lo que se busca es evitar el riesgo de la salud, el aumento de coger el peso perdido que pone en riesgo grave su vida”* (TO1).

Además, los entrevistados refieren que tampoco existen programas específicos o protocolos para las personas con TCA. En A Coruña, se

está empezando a desarrollar un proyecto enfocado a personas con TCA dirigido por psiquiatras y psicólogos.

“Se está a tratar de desarrollar un programa de trastornos alimentarios que estaría a medio camino entre lo que es la hospitalización completa y el tratamiento ambulatorio [...] Entonces en un régimen de hospital de día las podemos ver a diario e-e-e con una supervisión y un control muy de cerca [...] Pasan la mañana participando en todas las actividades que estén programadas en el hospital de día además de las consultas de psiquiatría, psicologías, psicoterapias... sus tratamientos, desayunan y comen aquí y-y-y siguen aquí un protocolo de control, luego se van a su casa después de comer y ya pasan la tarde y duermen en su casa” (PS2).

Los profesionales sostienen que la ausencia de protocolos, hace que cada profesional afronte el caso de maneras diferentes, basándose en lo que cada uno considera conveniente. Así, dependiendo de la situación la persona con TCA puede ser derivada al psiquiatra o al endocrino.

“No tenemos protocolo, eso es personal de cada uno dependiendo del caso enviamos al psiquiatra o al endocrino” (PS1); “Habitualmente en urgencias ya vienen diagnosticados o vienen por un brote de que no quieren comer y hay que ingresarlos porque se niegan a comer [...] El protocolo que seguimos por urgencia, habitualmente es ingreso y medicina interna para la alimentación y muchas veces por orden judicial [...] Si es menor de edad firman el consentimiento los padres, pero si es mayor de edad tiene que firmarlo un juez” (PS5); “Seguimos guías clínicas más que un protocolo, seguimos las guías clínicas y las recomendaciones que se establecen en las guías clínicas” (PS6).

Uno de los centros que participó en la investigación dispone de protocolo para abordar el proceso de intervención de una persona con TCA. No obstante, la descripción del mismo detalla que, debido a que suelen ser situaciones críticas de ingreso, la práctica totalidad de las fases a implementar se centrarán en la alimentación.

“Hay un protocolo e-e-e este protocolo-o-o de-e-e conste de 4 fases. Ingresan con un índice de masa corporal por debajo-o de lo que-e-e les corresponde. En

la fase 1 están en la habitación, comen en la habitación y ahí están en esa fase hasta que llegan a un peso que-e-e... pauta el psiquiatra. Luego cuando pasan esa fase, pasan a la siguiente que es la fase 2 que-e-e también se les marca otro peso que tienen y ya pueden salir a las zonas comunes, comen en-n-n donde comen todo los pacientes. Se pueden poner su ropa. Luego una fase 3 en la cual... en la que ya pueden salir de paseos-s-s, les van dando más privilegios... y en la fase 4 que últimamente se está haciendo en el hospital de día, una-a-a fase ambulatoria. Vienen desde casa y vienen a comer al hospital de día y siguen estando las mañanas en el hospital de día” (TO1); “Hay un protocolo compartido con la unidad de agudos. (TO2).

Contexto cultural y entorno social

El contexto cultural, se refiere a las costumbres, creencias, patrones de la actividad, estándares de conducta y expectativas aceptadas por la sociedad a la que pertenece una persona. En cambio, el entorno social está formado por la presencia de relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con quienes la persona tiene contacto

16.

En los discursos se observa que el contexto cultural y el entorno social se consideran un factor importante como desencadenante de un TCA. Los participantes mencionan que un TCA se puede originar por: problemas familiares, destacando conflictos iniciados en la niñez; la mala comunicación o la sobreprotección; vivencias personales como por ejemplo problemas de pareja, discusiones con los amigos, conflictos laborales; características de la personalidad.

Pero lo más resaltado por los profesionales como factor influyente es la influencia de la cultura y la necesidad de ser aceptado en la sociedad. Por todo esto, los profesionales entrevistados consideran que la cultura es uno de los factores influyentes en el origen de los TCA.

“La imagen corporal aceptada por la sociedad es una determinada que es la mujer delgada” (PS1); “Las culturas que fomentan una determinada estética e-e-e para sentirse aceptadas [...] Todo tipo de conflicto en las dinámicas familiares o experiencias traumáticas” (PS2); “Vulnerabilidad de la persona [...] Problemas de tipo familiares e-e dificultades en los estudios, conflictos de pareja, todo lo que significa altos niveles de estrés” (PS4); “Mala conducta familiar y social, patrón social que intenta seguir la persona [...] Problemas, las situaciones familiares que se generan, conductas laborales, colegio, con el novio [...] Dietas que se empiezan a veces con 14-15 años” (PS5); “Aspectos que tengan que ver con la personalidad... también puede ser un trastornos de ansiedad” (PS6); “Factores sociales y familiares” (PS7); “El ambiente, la sociedad, el culto al cuerpo, el culto a-a-a la extrema delgadez [...] Los medios de comunicación, el fomentar la extrema delgadez, que las modelos sean delgadas” (TO1); “La moda, la idea de que la mujer tiene que tener un físico y una-a-a... para ser aceptada en la sociedad y triunfar” (TO2); “Dificultades en la relación, a lo mejor en el entorno familiar o con algunas figuras clave de la familia” (TO3).

Los participantes refieren que hasta hace poco, el perfil de las personas con TCA eran chicas jóvenes en edad adolescente. Sin embargo, en la actualidad consideran, que el perfil se ha ido difuminando ya que existen cada vez más hombres y mujeres que desarrollan el trastorno en otras etapas del ciclo vital.

“Siempre hubo las anoréxicas lo que pasa que otras veces, en la Edad Media, las místicas no comían porque solo querían relación con Dios, lo que pasa que ahora tiene relación con la-a-a imagen corporal” (PS1); “Se suele dar en personas muy jóvenes que todavía no están o no son lo suficiente madura y sus personalidades no está completamente definida aunque también se da en personas de más edad [...] Son personas muy perfeccionistas, personalidad muy obsesiva muy de todo-o-o muy rígido, generalmente son muy buenos estudiantes. Hay personas más mayores, de más edad que tienen trastornos de la conducta alimentaria pero-o-o por lo general se dan en-n-n adolescentes mujeres y niñas de 17-18 años y también ha habido varones” (TO1); “Suelen ser personas con una exigencia personal muy alta, con muchísima dificultad para aceptar la edad y los cambios y responsabilidades que lleva la vida [...] Pero ha

variado mucho, antes era e-e-e chicas jóvenes, pos adolescentes y en este momento se incrementó mucho en los hombres y subió la edad, eran personas de alrededor de veinte o veintipico años y ahora hay varias por encima de los cuarenta” (TO2).

Niveles de atención: recorrido difuso

En el Sistema Sanitario público existen tres niveles de atención: prevención, en la que la acción está orientada a la erradicación, eliminación o minimización del trastorno; atención primaria, es la asistencia sanitaria esencial para todas las personas de la comunidad y constituye la puerta de entrada al sistema de salud; y atención especializada, que comprende tercer nivel de atención sanitaria al que todos los ciudadanos tienen derecho para atender condiciones de salud de mayor complejidad.

Como puerta de entrada para la detección de dichos trastornos, la mayoría de los profesionales comparten la opinión de que el primer paso es acudir a los centros de atención primaria; en concreto, al médico de medicina general. En cambio, comentan que es difícil detectar el trastorno en atención primaria.

“En un primer momento a su médico de atención primaria para que haga la primera valoración y ahí se decida si requiere atención especializada o no” (PS2); “Cuando la familia diagnostica que la persona empieza a tener problemas de trastornos del alimentación el médico de cabecera sería el primer eslabón” (PS5); “El primer sitio sería a su médico de cabecera” (TO3).

Una vez que el médico de atención primaria ha examinado a la persona, será este el que decidirá a quién derivar para realizar un tratamiento. Inicialmente, la mayoría de los profesionales coinciden en que debe ser un psiquiatra el que realice el diagnóstico.

“El médico de cabecera lo lógico será que lo envíe al psiquiatra” (PS7); “Hay gente que está en situación de desnutrición que corre riesgo la vida, ahí puede requerir de urgencias. Pero no llevándolo a tal extremo debe acudir a un psiquiatra” (TO 2);

Ante una situación de riesgo y peligro para la salud, los servicios sanitarios disponen de servicios como son las urgencias en donde estabilizan o previenen consecuencias mayores que puedan afectar a la vida de la persona.

El servicio de urgencias aparece en los discursos, ya que muchas veces no se detecta por las vías comentadas anteriormente. Además, los participantes mencionan que las personas con TCA pueden sufrir situaciones agudas por lo que es necesaria una intervención precoz. Son estabilizadas en urgencias ya que llegan en una situación crítica. Posteriormente son ingresadas en el centro, bajo la supervisión del médico de referencia de la unidad a la que se haya derivado a la persona. Estas unidades pueden ser: servicios de endocrinología o salud mental. Esta derivación se realiza sin un protocolo. Los profesionales dan especial importancia a los servicios de urgencias y hospitalización en el área de salud mental. También demandan la escasez de recursos debido a que, las unidades de salud mental y las de endocrinología no se encuentran en el mismo espacio físico, lo que dificulta la comunicación entre los profesionales.

“En los casos de agudos graves, deben de estar hospitalizados, cuando no se puede contener las situación a nivel ambulatorio” (PS2); “Debe de acudir a urgencias, nosotros aquí tenemos urgencias de psiquiatría las 24 horas los 365 días del año” (PS4); “Ante una situación aguda las posibilidades que le ofrece el sistema sanitario público son posibilidades como a cualquier otro tipo de patología mental, primero una valoración en la unidad de salud mental donde se definirá una estrategia de intervención” (PS6); “En nuestro centro ingresan pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y claro es complicado porque psiquiatría está fuera del hospital y endocrinología está aquí por lo que la comunicación es complicada” (PS7).

Una vez estabilizadas las situaciones críticas, a mayores de los servicios de hospital de día o régimen ambulatorio, existen asociaciones de TCA. Los participantes refieren que estos son los recursos más especializados para dichos trastornos, pero solo tres profesionales conocen la existencia de dichos recursos.

“Sé que funcionan muy bien la asociación que hay en A Coruña de trastornos alimentarios y yo le recomiendo ir allí a la gente” (PS1); “Hay asociaciones de... bueno que las inician familiares que luego están dotadas de profesionales con o sin convenios con la administración pública” (PS2); “Pues hay asociaciones y recursos públicos” (TO3).

Esencia de Terapia Ocupacional en Trastornos de la Conducta Alimentaria

La TO es una profesión de la salud centrada en la persona, interesada en promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. Su objetivo principal es que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana ³¹.

Tras analizar las entrevistas, se observa que hay profesionales que desconocen totalmente la forma de intervención de los terapeutas ocupacionales.

“El terapeuta ocupacional es lo mismo que un trabajador social ¿no?” (PS1); “Pues no sé muy bien lo que hace un terapeuta ocupacional” (PS7).

Por otro lado, profesionales que no tienen contacto con terapeutas ocupacionales refieren que estos, realizan tareas parecidas a las que desarrollan otros profesionales como psicólogo, trabajador social o un fisioterapeuta; ofreciendo apoyo a la persona o estableciendo una educación sanitaria para la mejora de la alimentación. Pero resaltan, que la base de la intervención de la TO es “ocupar” su tiempo para que la persona olvide su obsesión por la comida.

“El terapeuta ocupacional tiene ocupar a la persona para que no piense en la comida” (PS1); “El terapeuta ocupacional puede ayudar como el psicólogo y el fisioterapeuta” (PS3);” “Lo primero es tener una buena relación emocional con el paciente, si no logra conectar con el individuo que tiene delante, por mucha terapia ocupacional, por mucha cosa que le hagas, por muy bueno que tú seas y muy bien adiestrado que estés, no vas a llegar a nada porque el paciente cuando salga por la puerta va a hacer lo que tú le digas va para un tanque basura, entonces ese es el grado de complicidad al cual tienes que llegar, la manipulación que es realmente lo que tienes que hacer, manipularlo psicológicamente para que el paciente confíe en que lo que tú le estas brindando le va a hacer efecto”;(PS5); “El terapeuta ocupacional puede tener un papel importante dentro del grupo de apoyo psicológico” (PS7).

En cambio, los profesionales que conocen el significado de la práctica de la TO mencionan que los terapeutas ocupacionales se centran en la propia persona estableciendo nuevas actividades y roles que tiene alterados y así recuperar la autonomía y funcionalidad de las personas.

De las personas entrevistadas, los profesionales que están en contacto con los terapeutas ocupacionales son los que trabajan en las unidades de salud mental. Estos profesionales presentan una visión de intervención más específica, centrada en establecer rutinas y hábitos de vida saludables.

“Desarrollar las habilidades de los pacientes para que tengan funcionalidad pero no solo laboral sino en todas las áreas de su vida, que no queden incapacitados en su funcionamiento” (PS2); “La mayoría de estas pacientes tienen muchas alteraciones en la utilización de sus tiempo en sus actividades y porque toda su vida está focalizada en relación a la comida y a su propia imagen corporal, entonces el hecho de hacer actividades que le pueda de alguna forma, establecer tiempo, rutinas, le va a ayudar a salir de eso” (PS4).

Los terapeutas ocupacionales comentan que basan su intervención dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que se encuentre la persona

centrándose en la autonomía en las áreas ocupacionales en las que estas personas presenten dificultades.

“Trabajar hábitos de vida saludables, trabajar la autonomía, la percepción, el autoconcepto” (TO1); “Primero hay que analizar cada caso en particular porque no todos son los mismos, no todos están en el mismo ciclo vital y ver qué es lo que está sucediendo, que cosas abandonaron, que cosas tienen dificultades pero hay que analizar y ver qué problema hay [...] Buscar tipo de actividad significativa, incorporarlo en una actividad de la vida diaria normalizada, es decir, donde haya una importancia de-e-e la participación social, del autoconcepto de un autocuidado un poco más saludable” (TO2).

Dificultades en ocupaciones, hábitos y roles

Crepeau, Cohn y Schell en 2003 definen la ocupación como “actividades diarias que reflejan valores culturales que proveen estructura de vida, y significado a los individuos; esas actividades se relacionan con las necesidades humanas de auto-cuidado, disfrute y participación en la sociedad” ¹⁶.

Por otro lado, el marco de trabajo para la práctica de TO de la de la *Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA)*, clasifica los diferentes tipos de ocupaciones en las cuales los usuarios se involucran en categorías llamadas “áreas de la ocupación”. Se distinguen 8 áreas de ocupación diferentes: actividades básicas de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social ¹⁶. Cada ocupación será categorizada dependiendo de las necesidades e intereses de la persona. Además, los roles se refieren al proceso de participación en dichas ocupaciones o actividades: comportamientos esperados por la sociedad moldeados por la cultura. ¹⁶

En ABVD todos los participantes coinciden en que existen dificultades en la alimentación; y en concreto, las intervenciones de TO se centran en

esta actividad. Por otro lado, y según los profesionales entrevistados, existen dificultades en el desempeño ocupacional en otras áreas de ocupación; concretamente, refieren dificultades en las áreas de descanso y sueño, educación y/o trabajo y participación social. También indican que pueden abandonar algunas ocupaciones debido al avance del trastorno.

Otro aspecto que destacan como influyente en el desempeño ocupacional son las características de personalidad; ya que refieren que pueden presentar rasgos obsesivos y de control extremo sobre toda su vida. En ocasiones, esto hace que pasen de ser personas destacables en el trabajo y en los estudios a tener grandes dificultades, provocando su aislamiento y el de las personas de su alrededor.

En el tema de los estudios que es donde realmente e-e-e pues se ve que disminuyen sus resultados académicos que suelen ser personas muy brillantes y de muy buenas notas y hay un momento que su rendimiento pues baja, las relaciones interpersonales también, la participación social, con las amigas, también se ve alterado, en el trabajo, a la hora de descansar” (TO1)

En los discursos de los terapeutas ocupacionales, mencionan que las personas con TCA presentan hábitos alimentarios diferentes sobre todo en relación a la comida ya que, se niegan a comer o usan conductas perjudiciales para su salud como es el uso de conductas purgativas, atracones, laxantes, dietas restrictivas, negarse a comer, exceso de ejercicio.

“Es habitualmente una restricción alimentaria con conductas purgativas, pues pueden ser vómitos utilización de laxantes, conductas de atracones en las que después del atracón aparece el complejo de culpa por haber comido, después lo que hacen son conductas purgativas, hacen dietas restrictivas” (PS4); “No quieren comer o se niegan a comer y una vez que comen vomitan” (PS5); “Hay gente que e-e-e para poder mantener el trastorno de alimentación a llevado su vida a algo obsesivo y que miden cada movimiento cada... e-e-e mínima actuación está controlada, tienen un control terrible” (TO2); “Tienen dificultades con la mala alimentación, tiene que ver con los hábitos, se observa que con la

alimentación pues o los hábitos no son buenos o-o-o se come mucho o se come mal o mucho de la misma cosa” (TO3).

Los terapeutas ocupacionales, también mencionan que los roles se ven comprometidos ya que los pueden perder; por ejemplo, el rol de esposa, madre, hija, estudiante, trabajador y pueden pasar a desarrollar un nuevo rol de “enfermo”.

“La mayoría de estas pacientes tienen muchas alteraciones en m-m-m la utilización de sus tiempos en sus actividades porque toda su vida está focalizada en relación a la comida y su propia imagen corporal” (PS4); “En muchos casos se ven que están perdidos los roles, el rol de madre, el rol de esposa... y desenvuelven una actitud muy infantil muy demandante buscan la fisura que puede haber en un equipo sobre todo cuando están ingresadas buscan el límite” (TO2); “Tienen una disminución de los roles que desempeñan” (TO3).

Facilitadores y barreras para el desempeño ocupacional

A medida que se profundiza en los discursos, se observa que los participantes identifican elementos que repercuten en el desarrollo de las ocupaciones de la persona como facilitadores o barreras.

Según la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, los facilitadores y las barreras “constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño del individuo como miembros de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales”³².

Para atender los problemas de salud, se requiere una intervención profesional y una articulación entre niveles asistenciales que garantice una continuidad para mejorar la calidad de la atención de las personas, y que actúe como facilitador en la mejora de la persona. Los participantes

coinciden en sus discursos que la intervención multidisciplinar es la mejor forma de establecer un tratamiento para la mejora de la salud de la personas con TCA, trabajando en equipo para conseguir el objetivo común.

“Todos deben de aportar junto con el psicólogo, psiquiatra, endocrino, terapeuta” (PS5); “Tratamiento combinado por un equipo multiprofesional, desde el médico psiquiatra hasta psicólogo clínico pasando por enfermería, terapia ocupacional y trabajo social” (PS6); “En general lo ideal es que haya servicios especializados, tratamiento multidisciplinar, que incluya una parte médica, médicos, endocrinólogos, internistas y psiquiatras, desde el punto de vista de la parte médica. Luego pues otros profesionales sanitarios desde dietistas, terapeutas ocupacionales, enfermeras” (PS7); “No hay personas responsables, es decir, hay un protocolo de trastornos de la conducta alimentaria, todos lo sabemos, sabemos cómo es el proceso y todos participamos en ello” (TO1); “Se trabaja en equipo y coordinados, no se aborda de manera individual. Habría una figura que sería el referente e iríamos todos a lo mismo en cuanto a la intervención, pero fundamentalmente en equipo” (TO3).

Se le da especial importancia al papel que desempeñan las familias y amigos de la persona con TCA. Los profesionales consideran este apoyo como fundamental; ya que son los que suelen detectar los síntomas y actuar ofreciendo medios y solicitando apoyo para la recuperación de la persona. En función de cómo estos apoyos funcionen, serán considerados como facilitadores o barreras.

“Lo más frecuente que la demanda la hagan los familiares más que los pacientes, pero ya cuando el trastorno se ha cronificado, ha evolucionado más o se ha complicado puede empezar a ser más frecuente que la demanda la haga el propio paciente y a edades más avanzadas” (PS2); “Generalmente la familia. Las familias a veces están muy desbordadas y lo que hacen es estar muy encima de estas chicas, exigir mucho, presionar, comentarios hostiles lo cual dificulta todavía más el trato” (PS4); “Hay de todo, en las personas más jóvenes e-e-e es la familia habitualmente, en las personas que no son tan jóvenes ya adultas es variable aunque predomina más la familia o la presión de la familia en

el mayor número de casos que la propia iniciativa de las persona, pero también se da” (PS6); “Realmente son los familiares los que realizan la demanda, las personas es muy difícil [...] Ingresan porque hay un índice de masa corporal por debajo de lo establecido y-y-y entonces es muy difícil que la persona sea capaz de ver eso y generalmente la demanda es llevada por los familiares” (TO1); “No conozco a ninguna persona que haya pedido ayuda por sí misma, en general es la familia la que detecta, ellos no tienen conciencia de que tienen ese trastorno” (TO2).

Según las personas entrevistadas, los TCA son trastornos que pueden llegar a la cronicidad e incluso la muerte; por lo que este hecho, se identifica como una barrera.

“Es una enfermedad muy difícil de curar” (PS1); “Es una enfermedad que tiene un pronóstico bastante malo, es una enfermedad que no tiene tratamiento. Hemos dicho que el tratamiento médico, el psicológico e-e-e pero hay paciente que van mal, tiene hasta un 10% de mortalidad y muchas se dice que hasta un tercio se cronifican, o sea es una enfermedad que no tiene buen tratamiento” (PS7); “Cuanto más mayores son peor pronóstico incluso originando la muerte” (TO1).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio de investigación, se describe la intervención que se ofrece a personas con TCA en los servicios sanitarios de las áreas de A Coruña y Ferrol desde la perspectiva de los profesionales.

Los informantes coincide en que un punto clave que se ofrece en las personas con TCA es el equipo multidisciplinar; esto coincide, en la bibliografía hallada.

De esta forma, la intervención que se ofrece a las personas con TCA se basa en los estudios y en las estimaciones de los informantes considerando el equipo multidisciplinar como fundamental.

En la bibliografía el tratamiento mencionado para este tipo de trastornos son terapias cognitivo-conductuales, modelos psicoanalíticos y psicofármacos. En cambio los profesionales indican que no hay intervenciones específicas para estos trastornos ni fármacos propios para estos trastornos. Por otro lado, las terapias que realizan los profesionales que trabajan con personas con TCA se basan fundamentalmente en la alimentación y en la recuperación del peso perdido pero la bibliografía indica que el abordaje adecuado se centra en tres aspectos: psicoterapia, farmacología y alimentación.

La bibliografía refleja que estos trastornos son frecuentes que aparezca en mujeres jóvenes, sobre todo adolescentes. En cambio, en los discursos de los participantes, reflejan que el perfil del trastornos ha ido variando hasta verse en personas de edades más avanzadas y en hombres.

Los profesionales y los documentos consultados coinciden en los motivos de aparición de dichos trastornos como por ejemplo: la mala comunicación en el entorno familiar, problemas personales, influencia de los medios de comunicación en la propia persona, mal uso de dietas. Pero en lo que no coinciden los profesionales con los documentos, es en la evolución de estas personas. Según los documentos el 50% presentan

una evolución favorable, pero los profesionales aseguran que hay muy pocos casos en lo que la persona se restablezca por completo y, que a mayor edad peor pronóstico.

Otra de las categorías emergidas durante la investigación ha sido la falta de servicios para personas con TCA en las áreas de A Coruña y Ferrol. Los estudios avalan que los TCA deben de ser intervenidos en unidades de salud mental, si no se dispone de una unidad especializada. Pero los propios profesionales comentan que dependerá del servicio en el que se encuentre la persona, ya que si la persona es derivada a endocrinología, la atención será a través de endocrinos y será complicado que reciba servicios de salud mental ya que las unidades están separadas. Por otro lado, si la persona es derivada directamente a la unidad de salud mental, estará atendida fundamentalmente por psiquiatras con una intervención basada en la alimentación.

Los documentos que mencionan la figura del terapeuta ocupacional son escasos, sobre todo, aquellos que describan la intervención y las áreas ocupacionales afectadas. Lo que si explica la bibliografía, es que la TO es la ciencia que promueve la salud y bienestar a través de la ocupación ³¹. Los terapeutas ocupacionales entrevistados, aportaron más información especificando que existe un compromiso entre las áreas ocupacionales, hábitos y roles, describiendo la intervención centrada en la persona, trabajando a través de las áreas ocupacionales que están afectadas con actividades significativas para la persona.

Muchos documentos, hacen mención a la importancia de la prevención de los TCA en los primeros estadios. Pero los profesionales no hacen mención a esto.

Una vez realizado este trabajo, se identifican varias limitaciones a tener en cuenta para futuras investigaciones como es, no haber hecho participe a personas con TCA y a sus familiares.

Otro aspecto a destacar como limitación, es no haber podido acceder a las asociaciones de TCA ya que estas podrían haber aportado más conocimientos ya que son centros especializados y los profesionales están en contacto con las personas y sus familiares.

En base a lo expuesto anteriormente, se realizan varias propuestas para futuras investigaciones. Ampliar la investigación con aportaciones de otros profesionales como pediatras y profesionales de ámbitos privados; aportar información de personas con TCA para conocer el desempeño en la vida diaria de estas personas.

Tras la elaboración del trabajo, se llegaron a varias conclusiones. El Sistema de Salud está estructurado en tres niveles de atención. Sin embargo, la persona con TCA no suele acceder al Sistema Sanitario desde la prevención ni la atención primaria; por ello no suele seguir un proceso lineal. Los informantes indican que la persona llega al Sistema Sanitario cuando existe una situación crítica. Además, el proceso no está protocolizado, lo que ocasiona que la persona inicie un largo recorrido por el Sistema de Salud.

Los informantes consideran que los TCA son trastornos mentales pero existen incongruencias ya que se interviene principalmente en los aspectos nutricionales y en la recuperación del peso.

La terapeutas ocupacionales entrevistados indican que una de las áreas de intervención es la alimentación aunque habitualmente refieren dificultades en las ocupaciones, hábitos y roles.

7. AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras, sin vosotras esto no hubiera sido lo mismo ya que creísteis en mí. Gracias por vuestro tiempo, dedicación y enseñanza en este gran camino.

A mis padres y hermano por estar ahí siempre, por ofrecerme facilidades y apoyarme en los momentos buenos y malos recordándome la confianza que tenéis en mí.

A Dani, por su motivación, paciencia y cariño depositado en mí a lo largo de todos estos años.

Finalmente, a las personas que me han acompañado en este proceso.

GRACIAS, sin todos ellos esta meta no la hubiera podido alcanzar.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Madrid: Meditor; 2004.
2. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E, Pallecer A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamientos desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*. 2006; 21 (1): 4-16.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
4. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*. 2008; 23 (3): 183-190.
5. Striegel-Moore RH, Smolak L. *Eating Disorders Innovative Directions in research and practice*. Washington: American Psychological Association; 2001.
6. Celis Ekstrand A, Roca Villanueva E. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*. 2011; 8 (1); 21-33.
7. Varela-Casal P, Maldonado JM, Ferrer F. Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Esp. Psiquiatría*. 2011; 39(1).
8. Berrueta Maeztu LM, Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Terapia Ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria. *TOG [Revista en Internet]*. 2013 [acceso 14 de Enero de 2013]; 6(5): [p216-231]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>
9. Sánchez RM, Moreno AM. Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? 2007; 5; 457-482.

10. Grupo Zarima-Prevención de la unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. 1999; 2.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta alimentaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Madrid;. Guía de Práctica Clínica en el SNS: AATRM; 2009.
12. Martín Joan E. Eating disorders, food and occupational therapy. London: Whurr Publishers; 1998.
13. Martínez VM, Fernandez LB, Cano TR. Disociación y Prognóstico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clin Perinatol 2006; 33; 751-763.
14. Manual de Referencia. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Grupo Albor-Cohs; 2012.
15. Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia Ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG [revista en Internet]. 2013 [acceso 16 de enero]; 9(15): [21 p.]. Disponible en: <http://revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
16. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola, Matilla Molla R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed).
17. Breden AK. Occupational therapy and the treatment of eating disorders Occupational therapy in health Care. 1992; 8(2/3); 49-69.

18. Quiles-Cestari LM, Ribeiro RPP. Los papeles ocupacionales de mujeres con anorexia nerviosa. 2012.
19. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
20. De Benito Buzón L. Guía de recursos de atención a los trastornos alimentarios. 1999.
21. Tomé MA, Gastañadury MJ, González I, Lord MT, Lorenzo M, Martínez MC, Peino R, Pérez O, Pérez J, Rodríguez MJ. Protocolos Operativos de la Unidad de Desórdenes Alimentarios. Hospital de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. 2002.
22. Harries P. Facilitating change in anorexia nervosa: the role of occupational therapy. *BR J Occup Ther.* 1992; 55(9); 334-9.
23. Matusевич D, García A, Gutt S, de la Parra I, Finkelsztein C. Hospitalization of patients with anorexia nervosa: a therapeutic proposal. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2002; 7 (3); 196-201.
24. Hindmarch D. *Eating Disorders a Multiprofessional approach.* London: Whurr Publishers. 2000.
25. Rows WA, Evans K, Andersen AE: Tratamiento residencial de los trastornos alimentarios mediante terapia cognitiva. *RET: Revista de toxicomanías.* 2001; 29; 18-43.
26. Organización Mundial de la Salud. *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2003.
27. Martínez-González M, Irala JD. Eating disorders in Spain: are we ready to take public health action. *Gaceta Sanitaria.* 2003; 17(5); 347-350.
28. Ruiz Olabuenaga JI. *Teoría y práctica de la investigación cualitativa.* Bilbao: Universidad de Deusto. 2012.
29. Ruiz Olabuenaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa.* Bilbao: Universidad de Deusto. 2012; 5.

30. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 2ª Ed. A Coruña: Fundación Paideia Galiza; 2007.
31. Labrador C. Definición de Terapia Ocupacional. Worl Federation of Occupational Therapist. 2004.
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 2001.

9. APÉNDICES

Apéndice I: Estructura del Sistema Sanitario Público.

GERENCIA DE GESTION INTEGRADA

HOSPITALES DE REFERENCIA EN LA PROVINCIA DE A CORUÑA

1. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Centros asociados:

- Hospital Marítimo de Oza
- Hospital Abente y Lago
- C. Especializado Ventorrillo
- C. Especializado Carballo
- Hotel de Pacientes
- C. Especializado Abente y Lago
- C. Especializado Betanzos
- C. Orientativo. Familiar Municipal- Sergas
- Hospital materno infantil Teresa Herrera
- Centro de especialidad de Betanzos

2. Complejo Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa Santos

Centros asociados:

- C. Especializado Arquitecto-Marcide
- Hospital Arquitecto-Marcide
- Hospital Novoa Santos
- Hospital Naval

3. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Centros asociados:

- Hospital Gil Casares
 - Hospital Psiquiatrico de Conxo
 - C. Especializado Ambulatorio. Concepción Arenal
 - C. Especializado Ambulatorio Lalín
 - Facultade de medicina da USC
 - Centro de Saude Estrada
 - Fundación pública Instituto Galego de oftalmoloxia
 - Hospital médico Quirúrxivo de Conxo
4. Hospital de Barbanza (Ribeira)
 5. Hospital Virxe da Xunqueira (Cee)

CENTROS DE SALUD CON POBLACION MAYOR DE 25000 HABITANTES DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA

Dentro de Coruña:

- Casa del Mar
- Centro de salud de Matogrande
- Ventorrillo

Apéndice II: Guión de entrevista para Terapeutas Ocupacionales

Centro:

Fecha:

Años de experiencia:

Género:

Presentación de entrevistador y entrevistado.

1. En función de su experiencia, ¿Puede definir qué es un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)?
2. Según su opinión, ¿Cuales son factores predisponentes que llevan a un TCA?
3. ¿Ha tenido contacto con personas con TCA, desde cuándo? ¿En qué situaciones? ¿Es la propia persona la que realiza la demanda o es otra persona la que detecta los primeros signos o síntomas?
4. ¿Considera que existe un perfil en concreto de personas que presentan TCA?
5. ¿Qué recursos y servicios conoce para las personas que presentan este trastorno?
6. ¿Cuál es la intervención que se sigue en su centro para personas con TCA? ¿Qué servicios se ofrecen? ¿Siguen algún protocolo o procedimiento? ¿Cuál cree que sería la mejor actuación?
7. ¿A dónde cree que debe acudir en primer momento una persona con TCA? ¿Si la situación es aguda qué posibilidades le ofrece el sistema donde trabaja?
8. Desde Terapia Ocupacional, ¿cuál considera que es la base principal de la intervención?
9. ¿Puede describir la intervención realizada por usted, como terapeuta ocupacional, en este ámbito?
10. ¿Se responsabilizaba de algún programa específico? ¿Emplea algún marco o modelo para la práctica? ¿De qué forma evalúa? ¿Realiza algún seguimiento?

11. Las personas que acuden al servicio, ¿según su experiencia como es el desempeño ocupacionales de las personas que acuden a este servicio?
12. ¿Puede describir los elementos facilitadores y barreras para el desarrollo, mantenimiento y recuperación de estas personas?
13. Le gustaría comentarme algo que no se haya mencionado durante la entrevista y esté interesado en referir.

Cierre

Apéndice III: Guión de entrevista general

Centro:

Fecha:

Profesión:

Años de experiencia:

Género:

Presentación de entrevistador y entrevistado

1. En función de su experiencia, ¿puede definir que es un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA)?
2. Según su opinión, ¿cuáles son factores predisponentes que llevan a un TCA?
3. ¿Ha tenido contacto con personas con TCA? Puede describir desde cuándo y las situaciones en las que ha tenido contacto
4. ¿Considera que existe un perfil en concreto de personas que presentan TCA?
5. ¿Qué recursos y servicios conoce para las personas que presentan este trastorno?
6. ¿Cuál es la intervención que se sigue en su centro para personas con TCA? ¿Qué servicios se ofrecen? ¿Siguen algún protocolo o procedimiento? ¿Cuál cree que sería la mejor actuación?
7. ¿A dónde cree que debe acudir en primer momento una persona con TCA? ¿Si la situación es aguda que posibilidades le ofrece el sistema sanitario?
8. ¿Cuál cree que es el tratamiento más adecuado? ¿Cual considera que es el más efectivo?
9. ¿Ha trabajado en algún momento con algún terapeuta ocupacional? (Si responde sí, se formulará la pregunta número 11)
¿Cuál considera que es la base principal de la intervención del Terapia Ocupacional? ¿Qué puede aportar un terapeuta ocupacional en este ámbito?

10. Los terapeutas ocupacionales con los que ha trabajado, ¿se responsabilizaba de algún programa específico? (En caso afirmativo, se le indicará que describa el programa)
11. ¿Qué opinión tiene usted sobre la intervención del terapeuta ocupacional en personas con TCA? ¿Lo considera necesario?
12. Le gustaría comentarme algo que no se haya mencionado durante la entrevista y esté interesado en referir.

Cierre

Apéndice IV: Hoja de información para los participantes

Título:

Atención a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria en entidades de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol.

Este trabajo de investigación es llevado a cabo por la investigadora Lucía Lombardía Cortiñas con DNI _____

Este estudio forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado” de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidade de A Coruña. Dicho proyecto está tutorizado por Betania Groba González con DNI _____ y Nereida Canosa Domínguez _____ terapeutas ocupacionales y docentes de la UDC.

El objetivo del estudio es ofrecerle información sobre un trabajo de investigación al que se le invita a participar. Este proyecto será realizado en el Sistema Sanitario Público que atienden a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

¿Cómo es su participación en este estudio?

La participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir si acepta o no, en caso de aceptar podrá abstenerse en cualquier momento. Colaborar en la investigación no genera ningún tipo de obligación presente o futura. Puede negarse a contestar ciertas preguntas sin que le afecte de ningún modo.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo que se persigue es explorar intervención que se ofrece a personas con TCA en los servicios sanitarios de A Coruña y Ferrol desde la perspectiva de los profesionales implicados.

¿Cómo se llevará a cabo la recogida de información?

Para lograr los objetivos planteados, se recogerá la información necesaria a través de entrevistas semiestructuradas a los participantes. Estos se elegirán en función de los hospitales de referencia y unidades que aborden TCA. Las entrevistas serán almacenadas mediante grabación de audio.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Se incluye a profesionales con características establecidas en los criterios de inclusión y exclusión que puedan aportar el conocimiento y experiencia de los TCA.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en la realización de una entrevista cuyo objetivo es: El objetivo que se persigue es explorar intervención que se ofrece a personas con TCA en los servicios sanitarios de A Coruña y Ferrol desde la perspectiva de los profesionales implicados.

¿Qué riesgos o inconvenientes puede tener?

La participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo, ya que son intervenciones dirigidas a la obtención de información.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se obtendrá ningún beneficio de la participación pero si resultará positiva para la prevención de los TCA y descubrir si la intervención de la terapia ocupacional en los TCA es beneficiosa.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Estará a disposición de todo aquel que lo desee un resumen de los resultados del estudio. Quien quiera más información podrá contactar con el investigador.

¿Se publicaran los resultados de este estudio?

Si, los resultados de este estudio serán publicados en publicaciones científicas para a su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerán la confidencialidad de mis datos?

Los datos de confidencialidad se protegerán de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos de carácter personal proporcionados serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.

Los datos recogidos estarán identificados mediante un código, por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

¿Quién me puede dar más información?

Para más información puede contactar con la propia investigadora de dicho trabajo: Lucía Lombardía Cortiñas. Llamando al teléfono _____ o a través del correo electrónico _____ .

Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice VI: Consentimiento para la participación del estudio

Título:

Atención a personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria en entidades de las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol.

Yo _____

- Leí la Hoja de información al Participante del estudio arriba mencionado que se me entregó considerando que recibí suficiente información sobre el mismo.
- Comprendo que la participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio cuando quiera.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información al Participante.
- Presto libremente mi conformidad para la participación en el estudio.
- En relación a la grabación de audio de la entrevista realizada, autorizo a la investigadora del estudio, para que pueda entrevistarme, grabar y publicar los resultados de dicha entrevista mediante su reproducción, distribución y/o comunicación pública exclusivamente en medios académicos o científicos. Solo podrá ser publicada y difundida bajo seudónimo.

Con respecto a la conservación y utilización futura de los datos:

- Sí accedo a que los datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible identificarlos por ningún medio.
- NO accedo a que los datos sean conservados una vez termine el presente estudio.

Con respecto a la conservación y utilización futura de los datos:

- Si accedo a que los datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, mismo para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
- No accedo a que los datos sean conservados una vez termine el presente estudio.

En cuanto a los resultados de las pruebas realizadas:

- Deseo conocer los resultados de las pruebas.
- No deseo conocer los resultados de las pruebas.

_____ de _____ de 2014

Nombre:

Nombre investigador:

Firma

Firma