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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2001

Terapia ocupacional en prevención primaria : trastornos de la alimentación

López, Lorena

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

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/939

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

TERAPIA OCUPACIONAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA: TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

TESIS DE GRADO

AUTORAS:

LÓPEZ LORENA

VARETTONI JORGELINA

MAR DEL PLATA

2001

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 1720
Signatura Tc. 615.8 L818
Vol
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata

Hubo una época en que todo
era más fácil
Tú mamá decidía que ropa te ponías,
Te peinaba,
Te cuidaba,
Y cuando tenías hambre
Solo llorabas.
Iba a ser Abogado,
o tal vez Ingeniero.
Pero un día sin que té
dieras cuenta, creciste
y aprendiste a decir que no
no te conformaste.
Empezaste a tomar
tus propias decisiones
y sentiste que querías cometer
tus propios errores.
Entonces tomaste el camino
más difícil.
El que no estaba hecho.
Te dedicaste a lo que realmente querías.
Te animaste a ser distinto.
Escuchaste esa voz que salía de adentro,
y por primera vez sentiste que podías.
Era tu lucha
tú convicción
y sin dudarlo arriesgaste
todo lo que tenías.
Por que en el fondo,
sabias que había algo
mucho peor que fracasar
no haberlo intentado.

Dedicatorias:

A mis padres que sin su ayuda y su apoyo, su aliento y comprensión, hoy no podría estar cumpliendo este objetivo.

A Julian, por ayudarme a recorrer este largo camino y por su apoyo incondicional.

A mi hermano Marcos por ayudarme cuando lo necesite.

Jorgelina.

A mis papas, por creer en mi y acompañarme en todo momento.

A mi novio, por estar siempre.

Lorena.

Queremos manifestar nuestro reconocimiento a las personas que brindaron su tiempo y contribuyeron a la realización de este trabajo.

A nuestra directora de tesis, María Eugenia Veyra, que nos dirigió como profesional y nos dio en cada momento el empujón necesario para seguir adelante y llegar a nuestra meta.

A los colegios en los que se tomaron los cuestionarios y especialmente a las adolescentes encuestadas, gracias por permitir que esta investigación pueda realizarse.

Nuestra gratitud a Norma Gordillo, que con sus criticas y sugerencias valiosas nos dio la seguridad que necesitábamos.

Un profundo agradecimiento a María, quien ayudo a dar forma a esta idea desde el comienzo y nos aconsejo como una amiga.

Agradecemos también a Emma García Cien, a Diego Camerucci, a Ana Laura Ausmendia y a todas aquellas personas que en estos dos años estuvieron con nosotras .

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO

DIRECCIÓN

Lic. Maria Eugenia Veyra

Lic. en Terapia Ocupacional.

Docente de la UNMdP.

Supervisora de Practica Clínica:

IREMI, Barrio Las Heras.

DIRECCIÓN METODOLOGICA

Lic. Norma Susana Gordillo.

Lic. en Terapia Ocupacional.

Docente de la UNMdP.

Supervisora de Practica Clínica:HIGA, MdP.

AUTORAS:

Varettoni, Jorjelina.

López, Lorena.

ÍNDICE TEMÁTICO

Dedicatorias.....1

Agradecimientos.....2

Dirección y asesoramiento 3

Introducción 6

Sección I. Marco teórico.

- **Capitulo I:** Estado actual de la cuestión.....8
- **Capitulo II:** Prevención y Terapia Ocupacional.....15

  II. a. La salud y la enfermedad.....15

  II. b. Atención primaria en salud.....17

  II. c. Niveles de prevención y Terapia Ocupacional.....19
- **Capitulo III:** Adolescencia.....24
- **Capitulo IV:** Trastornos de la alimentación.....30

  IV. a. Factores de riesgo en trastornos de la alimentación.....32

  IV. b. Anorexia Nerviosa.....34

  IV. c. Bulimia.....37

  IV. d. Trastornos de la conducta alimentaría no especificada.....40

  IV. e. Terapia Ocupacional y trastornos de la alimentación.....42

  IV. f.Terapia Ocupacional en prevención primaria de los trastornos de alimentación.....53
- **Capitulo V:** Aspectos metodológicos.....63

  V. a. Formulación del problema.....63

  V. b. Formulación de los objetivos de investigación.....63

V. c. Definición conceptual de las variables.....64

V. d. Variable interviniente.....65

V.e. Categorización 65

Sección II. Diseño Metodológico 66

Sección III.

Resultados 69

Análisis e interpretación de los resultados.....73

Conclusión y propuesta.....75

Tabulación de datos.....82

Bibliografía 94

Anexo

Carta de autorización presentada a los colegios.....98

Ficha de recolección de datos: Cuestionario.....99

Dimensionamiento de variables.....102

INTRODUCCIÓN

Estamos viviendo una época de cambios vertiginosos que privilegia el éxito y la eficacia, la necesidad de rendimiento, cuya consecuencia se observa en un incremento de la competencia y el individualismo.

Si pensamos como se presenta el adolescente hoy, lo vemos conectado a un walkman, a una computadora, a un televisor, a un video juego, preocupado por el cuidado de su cuerpo, amparado bajo "marcas de moda", apurado en su desarrollo y demorado en su finalización. Vemos al adolescente, desprotegido, "vulnerable" con respecto a las exigencias socioculturales actuales. La drogadicción, la delincuencia, los suicidios, la bulimia y la anorexia son fracasos del adolescente que no logran sortear las vicisitudes de esta etapa, siempre difíciles en una sociedad donde no se le dan los elementos para salvar esas dificultades.

Los **trastornos de alimentación** son patologías de alto riesgo que en los últimos años ha aumentado su incidencia, observándose mayor información sobre el tema por diferentes medios de comunicación.

Etiológicamente tienen que darse varios factores para que en un sujeto se desarrolle un trastorno alimentario, ya que muchas personas hacen dieta y restringen su ingesta, pero no todas se enferman. Empieza siendo una cuestión socialmente aceptada, por ejemplo una dieta y termina siendo una cuestión patológica en una persona con personalidad

predisponente. En esta manifestación patológica siempre hay un gatillo disparador, que tiene que ver con el aumento de tensión. (23)

Para que un adolescente se enferme tienen que darse diversos factores: biológicos, familiares, socioculturales; que asociados a una personalidad determinada van a dar un trastorno de alimentación como una forma de adaptación a dificultades, como una forma de respuesta al medio, a un medio hostil, al cual el adolescente no se puede adaptar fácilmente.

A partir de estar en contacto directo con adolescentes en instituciones escolares, conocer las inquietudes de directivos y docentes acerca del interés desmedido por el cuerpo y la imagen delgada manifestado por las alumnas, la experiencia personal de tener allegados con esta problemática y conocer las preocupaciones de los padres nos propusimos investigar sobre el tema y como agentes de salud, indagar acerca de esta problemática en los colegios de la ciudad de Mar del Plata y aproximar una modalidad de abordaje de estas patologías desde nuestra profesión.

El objetivo de la presente investigación será detectar y señalar conductas atípicas que pueden desencadenar en una patología alimentaría en las adolescentes que concurren a escuelas de esta ciudad, caracterizar dicha población y a partir de esto describir acciones desde Terapia Ocupacional que permitan la promoción y la prevención de estas patologías tomando las escuelas como un posible punto de partida para implementar estrategias preventivas, considerando dicha institución como un lugar de participación social y compromiso de padres y docentes.

Sección I

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

En el ámbito internacional algunos datos recientes permiten saber que los estudios de seguimiento que se prolongan de 5 a 10 años indican que la mitad de los anoréxicos se recupera, una cuarta parte mejora y los demás empeoran o mueren. La tasa de mortalidad es de alrededor del 5%. Dos trabajos recientes de Suecia e Inglaterra que efectuaron controles durante 20 a 30 años documentaron una mortalidad alarmante del 18% debido a complicaciones de la anorexia y suicidio. En el 30-50% de los pacientes con anorexia se agrega bulimia, que en general aparece en los 18 meses siguientes. En lo que respecta a la bulimia se sabe que la mitad de los pacientes se recupera, un cuarto mejora y el otro cuarto no varía. En los casos de internación, en los primeros tres años de seguimiento, menos de la tercera parte evoluciona en forma favorable, más de un tercio mejora y otro tercio no progresa. Veamos la situación en distintos países.

ESPAÑA. Se alerta que la anorexia se da en edades cada vez más tempranas según datos de dos hospitales españoles, el Clínico de Barcelona y el del Niño Jesús de Madrid. En el primero, se sabe que el estudio de población general llevado a cabo en esta ciudad ha revelado que entre el 12 y 13% de los niños de nueve años se pone a dieta porque están preocupados por su silueta. El equipo del Clínico ha diagnosticado los primeros casos de anorexia a esa misma edad. En Madrid, se afirmó que de un promedio de 400 pacientes, 25 son casos de anorexia prepuberal, es decir, entre 9 y 13 años de los cuales 5 son niños. Esto demuestra que ser varón ha dejado de ser un seguro contra esta enfermedad. La proporción

de varones es menor en los adolescentes –10%- mientras que en la anorexia prepuberal aumenta esa proporción, 3 niños por cada 7 niñas.

ESTADOS UNIDOS. Los trastornos de la alimentación a menudo surgen en la adolescencia. El riesgo máximo es entre los 14 y 18 años con rango habitual de 12 a 25 años; empero, en el 5% de las instancias aparecen después de los 25 años. El 90-95% de los pacientes con anorexia y bulimia son del sexo femenino. También se estudio que los hombres desarrollan bulimia más tarde que las mujeres. Mientras en las mujeres se da entre los 15 y los 18 años, en los hombres se da entre los 18 y 26.

ARGENTINA. En nuestro país el 26% de las 90 mil adolescentes (una de cada cuatro) presenta algún tipo de desorden alimentario como: comer a toda hora, vincularse de modo anormal con la comida, hacer dieta inadecuada para su edad. (30) En Bs.As., afecta al 8% de las adolescentes y el 40% estaría en riesgo de contraerlas, según registra la consultoría de anorexia y bulimia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Bs. As.

En el servicio de Adolescencia del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" durante el año 1990 se analizaron 34 historias clínicas con diagnostico inicial de anorexia. En 28 de ellos se corroboro la presencia de anorexia nerviosa, los 6 restantes presentaron otra patología orgánica. La incidencia de Anorexia Nerviosa en el total de consultas fue de 9%; razón mujer/varón de 8/1, con una edad promedio de 13,5 años. En los últimos años se detecto un aumento aparente de consultas por trastornos de alimentación a raíz de lo cual se formo un equipo interdisciplinario constituido por clínicos y psicólogos, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de estas patologías, realizar una mejor recolección de datos a

través de historias clínicas, implementar un tratamiento adecuado clínico y psicológico y establecer los factores de riesgo con el fin de organizar un programa de prevención.(38)

En abril del corriente año se presento un proyecto de ley por la diputada Maria del Carmen Banzas de Moreau. A partir de que se apruebe este proyecto y entre en vigencia la ley 12.665 se obligara a las empresas que vendan ropa femenina en la provincia de Buenos Aires a tener un stock en todas sus medidas y no solo las que puedan usar las mujeres flacas o ultra flacas. El plazo para agregar todos los talles es de ocho meses y en caso de incumplimiento la ley establece multas y clausuras de hasta cinco días. Sobre este mismo tema hay un proyecto de ley que tiene media sanción en el senado de la nación y espera que se la trate en diputados.(9)

Un estudio realizado por un centro de investigación marplatense, considera que el 29,7 % de los adolescentes escolarizados de entre 13 y 18 años tienen un peso por debajo del normal. El estudio confirmo que a menor edad mayor compromiso existe con la enfermedad y que el deseo de un cuerpo enfermizo se presenta en un 59,3% entre las adolescentes de 13 y 14 años, en un 50% en las de 15y 16 y en un 37,9 entre las de 17 y 18 años. De esta investigación surge la escolarización como factor de riesgo pasando a ser un factor negativo de nivelación en cuanto a la situación de riesgo.(8)

La situación de Terapia Ocupacional con respecto a los trastornos de la alimentación es la siguiente:

Desde el año 1994, en el instituto de psiquiatría del Hospital de Clínicas dependiente de la facultad de medicina de la universidad de San Pablo (Brasil) trabaja una TO formando parte del equipo multidisciplinario realizando una atención asistencial con pacientes con trastornos de alimentación que se encuentran en régimen de internación hospitalaria. La población es predominantemente femenina de 18 a 45 años. Desarrolla acciones que están relacionadas con la vida cotidiana siendo una propuesta de tratamiento que propicia un ambiente realistico, donde el paciente puede probar sus habilidades que están en relación con su estilo de vida. Se realiza un abordaje grupal y los objetivos de intervención que se siguen son: Proporcionar la identificación y la discusión de la imagen corporal distorsionada, sus conflictos y dificultades en el día a día. Estimular la autoexpresion a partir de actividades. Proporcionar actividades de cuidados personales que ayuden a los pacientes con el vestuario, organización de paseos con el objetivo de mejorar las relaciones sociales y abordar cuestiones que involucran cuestiones diarias, como el comprar y otros aspectos. Estas actividades implican elecciones que abordan el cambio corporal y el nuevo aprendizaje con la alimentación. (37)

A partir de realizar un rastreo bibliográfico en bibliotecas de la ciudad de Mar del Plata y acceder por Internet a material sobre el tema, encontramos escaso material escrito acerca de trabajos en esta área por parte de T.O. .

De una investigación realizada por alumnas de la carrera de TO en su tesis de grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se obtienen datos acerca del nivel de información que poseen los TO especializados en el área de salud mental en el abordaje de

los trastornos de la alimentación llegando a la conclusión de que existe una falta de información y de formación de los TO en relación con dichos trastornos. (28)

En los listados oficiales de la A.M.T.O. (Asociación marplatense de Terapistas ocupacionales) no se registran Terapistas Ocupacionales especializados en el área de Salud Mental en el abordaje de trastornos de alimentación en adolescentes.

En el área de salud mental del HIGA (Hospital Interzonal de Agudos Dr. Oscar E. Allende MdP) los trastornos de la alimentación no se abordan como un trastorno en si, sino como un síntoma de desordenes de la personalidad. La mayoría de los pacientes llegan en estado de descompensación grave, con intentos de suicidios, intoxicación por psicofármacos, etc. [1]

En el servicio de adolescencia del Hospital Interzonal Materno Infantil se trabaja con trastornos de la alimentación pero aun no cuenta con un equipo interdisciplinario consolidado. Dicha servicio cuenta con medico clínico, nutricionista, psicólogo y actualmente se ha incorporado un Terapista Ocupacional al servicio pero aun no forma parte de la planta de trabajo del servicio.

En la ciudad de Mar del Plata existen instituciones que atienden específicamente estas patologías como:

A.LU.B.A. (Asociación de lucha contra la Bulimia y la Anorexia): Entidad de carácter civil de bien publico y sin fines de lucro con personería jurídica registrada en los

[1]Informante clave: TO Calderone G. 2001

estatutos sociales escritura publica Nº 34 del registro de la secretaria de salud de la nación.

El equipo de trabajo esta formado por psicólogos, medico clínico, nutricionista, enfermeras. No cuenta con Terapistas Ocupacionales ni tampoco se registran datos de que en algún momento Terapia Ocupacional halla formado parte del equipo.

No se pudo conocer la modalidad de trabajo de la institución por resistencia de esta a dar información acerca del abordaje que realizan.

C.I.P.A (Centro integral en patologías alimentarías): instituto que se encarga de la investigación, prevención y asistencia en los trastornos de la alimentación y en particular en bulimia y anorexia. Su labor se basa en un programa de tratamiento de alta complejidad, formación de profesionales así como tareas de prevención que realiza un departamento de extensión a la comunidad a través de charlas y consultas grupales gratuitas. El equipo esta formado por medico especializado en trastorno de alimentación, psicólogo clínico, psiquiatra, ginecólogo, endocrinólogo y medico de familia.

Actualmente esta institución no se encuentra atendiendo en su cede. Se desconoce nueva residencia.

T.I.N.O. (Tratamientos interdisciplinarios en nutrición y obesidad) : El equipo de trabajo cuenta con medico, psicólogo social, profesora de Educación fisica, nutricionista y terapista ocupacional. Es la única institución en la ciudad de Mar del Plata que cuenta con una terapista ocupacional como parte del equipo interdisciplinario. Actualmente esta no se encuentra realizando un trabajo fijo dentro de la institución por falta de pacientes con

anorexia y bulimia, aunque sigue formando parte del equipo y atendiendo según la demanda.

Esta institución toma como marco asistencial al psicoanálisis. Desde Terapia ocupacional se trabajo con un grupo formado por seis pacientes en talleres tales como: taller de comida, taller de libre expresión y conjuntamente con la profesora de Educación física se realiza trabajo corporal. Estos talleres tenían por objetivo que a través del hacer las pacientes pudieran simbolizar y expresar lo que sienten. Desde el equipo se realizaron charlas sobre el tema en dos colegios de Mar del Plata para los alumnos y luego para sus padres.[2]

A partir de la información obtenida, podemos ver que solo una institución cuenta con un Terapista ocupacional dentro del equipo, que el grado de información y formación sobre estos trastornos por parte de los TO que trabajan en el área de salud mental de Mar del Plata es escaso y que no existen acciones preventivas en ninguno de los niveles desde la Terapia Ocupacional.

[2]Informante clave: Lic. En TO Ollataguerre, S. 2001

CÁPITULO II

PREVENCIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL

II.a. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La OMS define la salud como ..." **El completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades"**.[3]

Tomando los conceptos expresados por el Dr. Abed en su libro "La enfermedad de la historia", la salud se la considera de modo integral, incluyendo la salud física, salud social, y la salud mental.

Por otro lado el Dr. Aldo Neri manifiesta que la salud es un hecho social antes que la suma de hechos biológicos e individuales.

Creemos necesario concebir la salud como un proceso dinámico en el cual la condición de "sano"y "enfermo" son dos momentos de un mismo proceso. En este proceso influyen factores biológicos(genéticos) y otros que provienen del medio en que el sujeto vive como lo social, lo político, lo económico y lo cultural.

Por lo tanto adherimos al concepto de salud como el mejor equilibrio que una persona puede tener, en una relación activa con el medio ambiente, en un momento

[3] Declaración de ALMA-ATA. Revista de salud mundial. Artículo 6. Agosto-Septiembre 1998

determinado de su vida en un país, en una cultura y en un momento histórico.(36) Entendemos que la salud no es solo la falta de enfermedad, sino la capacidad de lucha individual y social para modificar las condiciones que limitan la vida.

Pichón Riviere opina que todo criterio de salud reúne una concepción del hombre en una actividad transformadora que tiene su motor en la necesidad y donde la elaboración de un criterio de salud significa el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. El sujeto es sano en la medida en que aprehenda la realidad en una perspectiva integradora y tenga capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez el mismo.

Debido a que nuestro trabajo de investigación abarca el **área de salud mental** en Terapia Ocupacional, creemos necesario referirnos al concepto de salud mental específicamente, el cual es difícil de definir porque sus definiciones varían en diferentes situaciones y diferentes culturas.

Tomando los conceptos expuestos por Mirta Videla, trabajar en salud mental dentro de cualquier institución o comunidad, significa contribuir a que la gente conozca cuales son sus derechos como pacientes y como hacer para reclamarlos y lograr sus objetivos.

Ningún criterio aislado define la salud mental, ésta ha sido caracterizada por varios factores descriptivos conductuales tales como:

- Capacidad para organizar pensamientos, sentimientos, y acciones de una forma apropiada para la sociedad.

- Actitud positiva hacia la propia persona, lo que incluye la sensación de seguridad, identidad, pertenencia y significado.

- Crecimiento y autorrealización.

- Equilibrio de estado de ánimo y sentimientos frente a las tensiones de la vida.

- Percepción precisa de la realidad que incluye la capacidad de percibir la realidad social por medio de empatía y sensibilidad hacia los otros y la capacidad de evaluar empíricamente las suposiciones sensoriales acerca del mundo físico.

- Autonomía y responsabilidad sobre las propias decisiones y acciones, lo que se refiere a la autodeterminación a si como el respeto por las elecciones de los otros.

- Dominio de las destrezas de trabajo, esparcimiento y cuidados personales en forma apropiada para la edad y la cultura a la cual la persona pertenece. (47)

II b. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:

En 1978, en la Conferencia Internacional de Alma Alta, patrocinada por la OMS y la UNICEF, se define la Atención Primaria de la Salud (APS) como **"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu**

de auto responsabilidad y autodeterminación"[4]. La atención primaria en salud surge como estrategia específica para el logro de la meta o política sanitaria "salud para todos en el año 2000" postulada en 1977 por la OMS.

Las acciones para alcanzar la meta en APS son integrales; afectan no solo lo curativo sino tambien lo preventivo.

La atención primaria forma parte de un sistema nacional de salud y del desarrollo social y económico global de una comunidad. Representa el primer contacto de los individuos la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. El cambio fundamental implícito de la APS, es que la comunidad deje de ser objeto de la atención y se convierta en partícipes activos, que conocen y toman decisiones sobre su propia salud.(18)

Las acciones que se llevan a cabo para alcanzar metas de APS son la prevención primaria que incluye la protección, promoción y educación para la salud; la prevención secundaria que incluye diagnostico y tratamiento temprano; y la prevención terciaria en lo que concierne a la rehabilitación.

Creemos importante recordar que el trabajo en prevención se desarrolla a partir de la idea básica de considerar al hombre como un ser inserto en una determinada cultura, un ser social e histórico y principalmente, el único ser vivo capaz de verse así mismo como objeto, crear un lenguaje utilizar el pensamiento y aplicar instrumentos y técnicas que pueden modificar su propia naturaleza. (36)

[4] Declaración de Alma Ata . Revista Salud mundial. Articulo 6. Agosto-Septiembre 1998.

Si entendemos a la salud como la situación de relativo bienestar psicofísico y social posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada y a la salud-enfermedad como un proceso de carácter dialéctico, como un sistema abierto, toda situación de mayor o menor bienestar o salud y la serie de niveles intermedios (no siempre perceptibles por el propio individuo o la familia que padecen estas patologías), hasta la franca enfermedad constituyen el producto permanente y de recíproca transformación que se da entre el individuo (entendido como una entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente (entidad físico-químico-psico-socio-cultural y económica-política). Esta visión permite pensar, en términos de "factores de riesgo", esto es circunstancias o características determinables que se vinculan a una persona o a un grupo de personas y que se asocian a un riesgo de enfermar o a la posibilidad de exposición, o evolución hacia un proceso mórbido. Cuando estos factores pasan a conformar un sistema con características dinámicas estamos frente a la llamada "situación de riesgo".(18)

Al hacer referencia a la salud mental en APS, podemos decir que el grupo, la comunidad, los otros son la base del hecho social, la causa de nuestras perturbaciones mentales pero tambien el único camino de la recuperación del equilibrio perdido. La pertinencia social y la solidaridad son los pilares de nuestro equilibrio psicológico.

2.c. NIVELES DE PREVENCIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL

"Prevenir es poner al alcance de todos, la información necesaria que permita cuidarse y tomar una actitud participativa en los hechos de su salud."

Gerald Caplan propone encarar los problemas de la salud mental con una actitud preventiva generalizada que logre implicar a la comunidad en cada uno de los niveles de intervención preventiva que propone: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los niveles de prevención se refiere muy específicamente a las acciones correspondientes para resolver problemas de salud. En cada uno de los niveles se dan situaciones diferentes, los objetivos a plantearse y conclusiones son específicas para cada uno.

La **prevención primaria** se trata de una serie de acciones destinadas a promover la salud y hacer todo cuanto posibilite alcanzar una salud mejor y más desarrollada; a lo que se agrega la intención de proteger la salud, o sea cuidarla tratando de evitar los riesgos que la amenacen o alteren. Según la OMS, " la promoción de la salud es el proceso de permitir a las personas que incrementen el control de, y mejoren, su propia salud. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable"[5].

Caplan define a la prevención primaria como el conjunto de acciones sobre los factores que hacen que una comunidad o grupo humano funcione de modo patológico o tenga la capacidad de provocar patologías mentales en sus miembros. Propone estudiar las características demográficas, sociológicas, psíquicas de sus poblaciones, sus niveles de empleo, cultura y escolaridad, su vida religiosa, las relaciones sociales. Esto implica una tarea inmersa en la vida del grupo, del barrio, la institución escolar, etc. Para poder estimar

[5]Promoción de la salud: una antología. Organización panamericana de la salud. Publicación científica n°557. Página 29.

las necesidades del grupo en cuanto a sus valores de la salud mental, detectar las poblaciones que presentan mayor fragilidad psíquica y riesgo de enfermar. (6)

El Terapista Ocupacional participa junto al equipo de salud y la comunidad en la creación de programas y proyectos de promoción, educación y protección de la salud. cómo?

En cuanto a las acciones de **prevención secundaria**, el Terapista Ocupacional implementa acciones preventivas desde la práctica profesional en forma individual o como miembro del equipo interdisciplinario, cuando implementa temprana y adecuadamente la función diagnóstica en el proceso, disfunción o patología del individuo, grupo o comunidad. De un adecuada y oportuna evaluación dependerá el diagnóstico correcto y en gran parte el tratamiento y/o las medidas adecuadas al problema planteado evitando complicaciones, agravamiento o secuelas que demandarían medidas de mayor complejidad.

El Terapista Ocupacional realiza medidas de **prevención terciaria** cuando el proceso por diferentes motivos continua, se agrava o se hace crónico. A este tipo de prevención corresponde la rehabilitación de la persona. (23)

La propuesta de este trabajo será enfatizar el abordaje de Terapia Ocupacional en la prevención primaria mediante acciones que promuevan a la detección temprana de conductas de riesgo en adolescentes que concurren a colegios de la ciudad de Mar del Plata. Nuestro rol como agentes de salud será detectar y señalar aquellos signos de alarma que delatan dificultades en el desarrollo integral del adolescente. Teniendo en cuenta la cualidad de estas conductas, su intensidad y la persistencia en el tiempo.

La Terapia Ocupacional es una disciplina que se basa en la recolección comprensión y manejo de la actividad humana, cuya función seria la de prevenir, mantener y restablecer las potencialidades del individuo a fin de que alcance su interacción social y cultural. La actividad que se configura como instrumento propio y distintivo del rol, resultara la organizadora y el núcleo del proceso, esta no será la única, ya que intervienen múltiples elementos. Habrá elementos verbales y no verbales en la interacción T.O-Pac.(15)

Bleger hace referencia a la importancia del trabajo interdisciplinario, lo que él llama trabajo en equipo o trabajo grupal. Este parte del supuesto de que en aquél que trabaja en forma individual y aislada es mas factible que se produzca cualquier distorsión de la tarea y limitaciones teóricas y/o practicas.

Siguiendo estos pensamientos, el campo de la prevención primaria debe definirse como una producción interdisciplinaria, o sea, el trabajo de un grupo de profesionales que buscan un espacio de confluencia y un código común (hablando todos el mismo lenguaje) para operar en un individuo, en la comunidad o cualquier grupo social.

Terapia Ocupacional está dentro de estas disciplinas, por eso, consideramos necesario configurar una intervención social comunitaria, con un rol de facilitador del medio ambiente que favorezca las capacidades y actitudes que inciden en el desarrollo de la persona. Este trabajo pretende ser una aproximación a un abordaje desde el plano particular, es decir desde los grupos sociales involucrados y sus diferentes modalidades de interacción. Entonces focalizamos los trastornos de alimentación en la población adolescente ya que este grupo se presenta con una marcada vulnerabilidad psico-social, o sea, presenta características que acentúan una probabilidad mayor de padecer un daño. Se

trata de un momento de la vida en que se producen cambios a nivel corporal, psicológico y social: en los roles que desempeñan dentro de la familia y la sociedad. Bien expresaba Francoise Dolto (1989) cuando decía: "Los adolescentes son como las langostas durante el cambio de caparazón, desnudos, enfrentados a todos los peligros y a la imperiosa necesidad de formar otra cubierta." [6]

El TO en el área de la salud mental especializado en estos trastornos utilizará un conjunto de estrategias preventivas dirigidas a adolescentes en riesgo de sufrir una patología alimentaría, tendientes a facilitar acciones de auto cuidado, al afianzamiento de un verdadero ejercicio de la libertad, con la participación activa de los mismos en el proceso de adquisición de conocimientos, así como en la forma de cuidados de la salud y en la resolución de los propios conflictos. Deberá pasar del objetivo del "hacer para" a un "hacer con" la comunidad, en la que sus propios miembros puedan participar en la resolución de sus problemas.

El propósito fundamental de este trabajo es privilegiar la preservación de la salud del adolescente estimulando la detección de factores de riesgo teniendo en cuenta aquellos aspectos derivados del crecimiento y el desarrollo, sus estilos de vida (a veces generadores de conductas de riesgo), la oferta y los servicios de salud, los ambientes físicos y culturales de la familia, la escuela, el club, etc. O sea donde vive, trabaja y se recrea el adolescente.

[6]DOLTO. F. ,DOLTO. C. Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta.

CAPITULO III

ADOLESCENCIA

A primera vista la adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la adultez. Pero en realidad es una etapa de suma importancia por que implica un pasaje de tal trascendencia que se podría comparar a la del nacimiento. Es como un segundo nacimiento, pero el proceso es mas prolongado que el primero. Dolto, psicoanalista francés decía..."quitar la infancia, hacer desaparecer al niño que hay en nosotros, es una mutación"...[7]

Ante esta etapa, nos enfrentamos a una dificultad en su conceptualización única, ya que como momento evolutivo a sido estudiado desde distintos abordajes teóricos basados en la interacción de factores biogenéticos con aspectos socioambientales y culturales.

Siguiendo la teoría psicoanalítica, la crisis de la adolescencia según A. Aberastury transita por tres duelos básicos:

- Por los padres idealizados de la infancia.
- Por el cuerpo infantil.

[7]DOLTO. F. ,DOLTO. C. Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta. Editorial Atlántida. Pag. 18.

- Por su identidad y su rol en el mundo infantil.

Uno de los puntos más importantes a tener en cuenta es que la forma en que este pasaje se realice, y el resultado al que se arribe esta condicionado y depende del modo en que se hayan vivido las etapas previas. Estas se revitalizan y se re significan.

Este proceso produce una gran inestabilidad y confusión ya que el joven busca reencontrar por un lado a sus padres idealizados y por el otro, reforzar su identidad en los grupos de pares (barras) .

Las identificaciones que operaban durante la infancia y que constituían el yo son insuficientes y se busca entre el grupo de compañeros o entre personas significativas nuevas fuentes de identificación.

.... "el estatuto social del adolescente es considerado ambiguo: los roles que debe sustentar - ni niño ni adulto- no están claramente definidos y sin embargo se encuentran en una edad en la que deben realizarse elecciones importantes"...[8]

S. Freud, plantea que en la adolescencia se reactualizan los conflictos infantiles y que lo que sucede y como sucede en esta fase de la vida es consecuencia de lo vivido en las fases pregenitales (infantiles). El proceso de identificación se debe rastrear desde el mas temprano origen (relación padres hijos), fundamental para lograr la identificación sexual definitiva que no es producto de los atributos biológicos con los cuales la naturaleza nos doto al nacer.

Según P. Blos, la adolescencia es el segundo proceso de individuación. Este proceso se refiere a la tarea del adolescente por lograr la independencia de los objetos internalizados y su temprana influencia formativa sobre el yo y el súper yo. Estos cambios internos no solo producen las transformaciones en la personalidad del adolescente sino que explican en gran parte los trastornos emocionales de esta etapa.

Según Levy Strauss, las características generales de esta etapa serian:

- Cuestionamiento y enfrentamiento con la autoridad paterna y valores éticos, morales y políticos que representa.
- Pasaje objetal de las figuras parentales hacia otras figuras (ídolos). Lo logra con enfrentamientos, rivalidad, competencia y menosprecio hacia los mismos.
- Experimentación con su entorno, con la velocidad, con el sexo, la ropa, la comida, la droga y el alcohol.
- La sexualidad pasa del autoerotismo a la heterosexualidad.
- Se observan fluctuaciones del humor.
- Oposición entre actitudes místicas o ateismo.
- Rebeldía frente a la oposición social.
- Desubicación temporal.

[8] ABERASTURY, A. Adolescencia normal. Editorial Paidos. Bs. As. 1990. Pag.85

- Alternativa entre sometimiento y rebeldía ante la autoridad.

Donald Winnicott, en su libro "Realidad y juego" plantea que el adolescente tiene un solo remedio: el tiempo, tiempo para separarse, crecer, ser. En el transcurrir de todo esto se observan las actuaciones para sentirse real, los agrupamientos violentos para romper el natural aislamiento adolescente, y por ultimo, el atacar a la sociedad (robos, drogas, otros), como restitución paranoica y vengativa frente al primer robo vivido como herida traumática: madre familia.

Erikson, desde un enfoque evolutivo pero imbricado en la sociedad, caracteriza a la adolescencia por la desorganización de la conducta, el manejo del cuerpo, del tiempo y del espacio. Tambien afirma que hay dos aspectos fundamentales para el logro de la identidad adulta: el sentimiento de confianza (base de la pirámide que continuara en la adultez) y el esquema corporal.

En esta etapa (llamada de identidad o identidad difusa) la tarea principal es lograr la identidad del adolescente para lo cual debe enfrentar y resolver un conjunto de decisiones con respecto a la elección de un sistema de valores, la pertenencia a un grupo de iguales, la elección de una pareja, una definición vocacional, laboral y el desarrollo de una autonomía en el plano familiar y social. La resolución de estas tareas conlleva una crisis a nivel del sistema biológico, psicológico y social, fuente de importantes tensiones, angustia, confusión, inseguridad e inestabilidad.

Entonces, la tarea fundamental correspondiente al estadio de identidad o identidad difusa, consiste en integrar los elementos de identidad consecuentes a estadios anteriores. Esta integración necesita de una "moratoria", es decir, de un tiempo de reflexión en el que los compromisos que conducen a la vida adulta son aplazados para mas adelante.

En estos tiempos la salud del adolescente se vé profundamente afectada por el estilo de vida. Las actividades que el adolescente realiza generalmente se hace en condiciones escasamente saludables, espacios insuficientes, relaciones humanas no gratificantes y practicas institucionales poco estimulantes del desarrollo personal. Remarcando que frecuentemente se hace un uso pasivo, sedentario y poco creativo del tiempo libre, lo que se transforma en tiempo "de riesgo".

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se pone en juego lo individual, la conflictiva vincular y sobre todo la relación con la madre.

Muchas de las conductas desadaptativas que aparecen durante la adolescencia como el abuso de alcohol, conductas adictivas, delincuencia, suicidios, conductas antisociales, mayor frecuencia de accidentes son formas de evadir, solucionar o aliviar angustias y problemáticas típicas de esta etapa.

Actualmente, creemos importante incluir los trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa) como una mas de las conductas desadaptativas de esta etapa ya que en este momento de la vida se reactualiza la conflictiva edípica, que contiene todo lo atinente a la salida de la sexualidad infantil, reformulación del proceso identificatorio, duelo por el

cuerpo y la omnipotencia infantil. Todo esto crea las condiciones para el estallido de la patología potenciado por las exigencias desde lo cultural como lo es en este momento el "culto a la imagen perfecta", la pérdida de valores, la falta de continencia por parte del núcleo familiar y el ritmo vertiginoso en el que se vive en estos tiempos.

CAPITULO IV

TRASTORNOS EN ALIMENTACIÓN.

Los trastornos de alimentación son una patología de alto riesgo, que ha comenzado a difundirse en nuestra sociedad hace poco mas de 15 años, teniendo un alto crecimiento la incidencia de casos en la población.

La bulimia y la anorexia son dos complejos síndromes que afectan el área biológica, psicológica, y social de quien lo padece. Un punto importante en este síndrome es una falla en la adaptación al medio social, que intenta ser compensada mediante una serie de comportamientos patológicos vinculados a la alimentación y a una preocupación excesiva por el cuerpo que se ligan a factores de presión socio cultural acerca de la imagen ideal. Es real que desde hace varios años se asocia a la imagen delgada como símbolo de éxito de diferentes tipos. Los medios de difusión, cine, televisión, revistas, muestran imágenes de lo que debe ser considerado como "bello". Simultáneamente ofrecen cirugías estéticas y dietas con promesas mágicas como formula para adquirir la felicidad.

La anorexia es un cuadro clásicamente descrito en la medicina y categorizado psiquiátricamente dentro del área de la psicosis o de las enfermedades psicosomáticas, según las épocas y las corrientes.

Una cosa es ser anoréxica y otra es estar anoréxica, la identificación fija la patología, como así también las campañas de prevención que enseñan como son los síntomas, como insertarse en la patología. No todas las pacientes que no comen tienen

Anorexia Nerviosa. Hay diferentes motivos por los cuales una paciente no come. Lo primero que hay que descartar son cuadros clínicos de etiología orgánica, como trastornos endócrinos o neoplásicos, descartar el no comer del depresivo donde hay inhibición del hambre (no tiene hambre porque ha perdido el interés sobre las cosas y las personas), descartar el no comer del esquizofrénico, que delira, con una condición divina que le permite prescindir de la comida, o por temor a ser envenenado.(26)

La bulimia recién fue formulada como entidad nosológica autónoma en los manuales de psicopatología internacionales en el año 1980 (DSM III); en materiales bibliográfico anterior se encuentran ocasionales sintomáticos de este tipo diagnosticado típicamente como esquizofrenia o depresión psicotica.

En la actualidad según el DSM IV se clasifica a ambos cuadros bajo la categoría de **trastornos en alimentación**. Estos trastornos son alteraciones de la conducta al comer y esconden unos de los paradigmas más importantes para la salud mental de estos tiempos, dada la asociación en su génesis, con pautas culturales determinadas que imponen modas en el marco de un mercado consumista en el que todo estamos inmersos.

Según estadísticas, el 95% de los pacientes son mujeres. La edad de aparición promedio es en la pubertad y adolescencia, menos en la juventud y rara vez en la adultez. Pertenecen en general a una clase socio-económica media o media alta. Sin embargo últimamente el rango de sexo, edad y nivel socio-económico se esta ampliando hacia ambos extremos.(17)

IV.a. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

1. Sexo y edad.

La Argentina posee uno de los índices mas altos respecto de la cantidad de afectados por Bulimia y Anorexia, solo superado por estadísticas registradas en los Estados Unidos.

La Anorexia Nerviosa rara vez se inicia antes de la pubertad, sin embargo algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronostico es mucho mas favorable. Mas del 90% de los casos de esta se observa en mujeres. Los estudios realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado una prevalencia de 0.5-1% para los cuadros clínicos que cumplen con todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa. La edad promedio de inicio es de 17 años aunque algunos datos indican su aparición entre los14 y los 18 años siendo muy raro observar estos trastornos en mujeres mayores de 40 años.

La bulimia nerviosa, en un 90% afecta a los mujeres y datos obtenidos sobre la prevalencia de estos casos entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente de 1-3%, entre los varones la prevalencia es 10 veces menor. La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia y al principio de la vida adulta.

Estudios realizados en escuelas secundarias en nuestro país reportan que 7 de cada 100 adolescentes padecen de alguna de estas patologías.

2. Geografía y factores socioeconómicos.

Dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres.

Según datos obtenidos del DSM IV estos trastornos son mas frecuentes en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de estos trastornos en otras culturas se posee muy poca información.

Los factores culturales influyen tambien en la manifestación de la enfermedad, por ejemplo en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaría son distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.

Las personas que proceden de culturas en que estas patologías son poco comunes y se trasladan a lugares donde estos trastornos son mas prevalentes, pueden desarrollar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado es sinónimo de belleza.

Según estudios recientes realizados en nuestro país, se considera la escolarización como un factor de riesgo; si bien en el nivel socioeconómico alto y medio se observa una mayor incidencia que en la clase baja, ante la escolarización esta distancia entre clases seria menor.

3. Personalidad predisponente.

Distintos autores afirman que la inseguridad social, la dependencia y sumisión, la falta de espontaneidad y de autonomía jugarían un papel de rasgos predisponentes para

padecer un cuadro de anorexia nerviosa, mientras que la introversión, la obsesividad y la depresión serian solo consecuencias del trastorno.

Respecto de la bulimia, se describen dos rasgos de carácter predisponentes: baja autoestima e inestabilidad afectiva que incluye tendencia a la depresión y a la impulsividad con déficit yoico, como poca tolerancia a la ansiedad y a la frustración.

4.Profesión y deporte.

Un grupo vulnerable son las modelos de pasarelas, a las que progresivamente se les solicitan cuerpos más altos y delgados. Asimismo la preocupación por el peso y la figura se manifiesta también en grupos de actores, gimnastas, azafatas, mujeres que practican patinaje artístico y bailarinas de ballet, a las que se les pide un peso bajo y un cuerpo esbelto, e incluso en otros deportes que inicialmente no estarían tan relacionados con el peso y la imagen corporal.

IV.b. ANOREXIA NERVIOSA

Se define a la anorexia nerviosa como"un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero tambien prepuberes, mujeres mayores y, en menor medida, a hombres, caracterizado por una perdida del peso autoinducida por medio de restricción alimentaría y/o uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de

ejercitación física; miedo a la gordura y amenorrea en la mujer o pérdida en el interés sexual en el varón".[9]

Este trastorno comienza con una dieta para adelgazar, que se va haciendo cada vez más estricta hasta convertirse en una obsesión. El único objetivo es estar flacos y así la persona obtiene un sentimiento de éxito y autocontrol, sigue bajando de peso, los demás lo ven demacrado pero el se sigue viendo gordo ya que la percepción de su imagen corporal esta distorsionada. Obsesionado con el cuerpo y el peso se comienzan a realizar rituales y manejos con los alimentos, come muy poco, evitan los horarios de las comidas, etc. No tienen conciencia de enfermedad y por lo tanto la persona enferma atribuye esta manipulación y evitación a "malestares estomacales" o "ataque de hígado", quien atrapado por la compulsión, se encuentra ansioso y deprimido, nervioso e irritable. "La anorexia nerviosa lo tiene encerrado en su burbuja, lo va debilitando y deprimiendo cada vez más, lo va aislando del mundo al que vive como ajeno y hostil".[10]

Lo que se ve en general es que las anoréxicas tuvieron trastornos en la alimentación desde muy chicas, vomitaban, rechazo a los alimentos sólidos, después surge un mecanismo de sobre adaptación, son mejores alumnas, hasta que llega un acontecimiento traumático, que rompe éste "equilibrio" inestable y que pone de manifiesto la patología.

---

[9] HERSCOVICI, C. BAY L. Anorexia nerviosa y Bulimia, amenazas a la autonomía. Edición Paidos. Pág. 41.1993

[10] MELAMED, F y BUNGE ,T. Abordaje integral de la patología alimentaría. XXII Congreso Interamericano de psicología. Buenos Aires 1989.

Fundamentalmente en el vínculo de la paciente con la madre y en esta constelación en la cual el padre no puede ejercer la función de tal.

El anoréxico presenta alexitemia: dificultad en leer sus estados y sentimientos (hambre, ansiedad, tristeza) y por otro lado, es capas de ejercitar la voluntad para controlar las ansias de comer.

El cuadro clínico psiquiátrico que determina esta patología alimenticia esta descrito en el **DSM IV**, Manual de Diagnostico y Estadísticas de los Desordenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría edición 1994. Dicho manual considera que para hablar de un cuadro de anorexia se deben cumplir 4 criterios:

I. Rechazo contundente a tener peso por encima del mínimo posible según sexo, edad, y talla, lo que es consecuencia de tener, por ejemplo, un 85% del peso correspondiente.

II. Pánico a engordar que no disminuye a pesar de seguir perdiendo peso.

III. Distorsión del esquema corporal por lo que el/la paciente se ve o se siente gordo/a, o le resta importancia a su estado de desnutrición, o su autoestima se basa en la percepción de su figura física.

IV. En las mujeres, amenorrea (se la considera presente como criterio luego de la falta de tres ciclos consecutivos y tambien si la menstruación es estimulada artificialmente con hormonas).

A su vez se divide en subtipos restrictivo, solo hace dieta e hiperactividad y purgativo, que tiene además conductas purgativas para no engordar como ser vomitar, tomar laxantes o diuréticos, pudiendo presentar atracones. (11)

Hay otros síntomas que se observan frecuentemente en este trastorno: Ausencia de deseo, actividad física en forma excesiva, estreñimiento, piel seca, intolerancia al frío e hipotermia. Autoinjurias, aislamiento social, conflictos interpersonales que se agudizan a la hora de la comida, hostilidad. Perfeccionismo, alto nivel de ansiedad, baja tolerancia a la frustración, escaso interés por el sexo.

Cuando esta patología se agrava produce amenorrea en la mujer (falta de menstruación), debilitación y caída del cabello, lanugo (vello muy finito en todo el cuerpo). Calambres musculares, arritmias cardiacas, dolor de las articulaciones. Edemas, hipotensión y distintos cambios metabólicos. Pérdida de la capacidad de concentración, alteraciones del sueño, depresión (a veces con intentos o fantasías de suicidio).

IV.c. BULIMIA.

La bulimia es un desorden severo, que consiste en episodios periódicos de comer en exceso, en los que la persona se siente sin control. A menudo estos episodios son seguidos de vómitos autoinducidos o abuso de purgas. La bulimia y el vomito se convierten en una escala o circuito vicioso, ya que el vomito posibilita abandonarse al deseo de comer sin el temor de las consecuencias calóricas.

Este trastorno comienza con una dieta para adelgazar algunos kilos de mas, pero el deseo de comer cosas dulces y ricas en grasas es muy fuerte. Se hace difícil mantener la dieta y comienzan las ingestas compulsivas, rápidas y a escondidas. El bulímico tambien teme engordar, por lo que muy pronto se encuentra en un circulo de atracones y compensaciones, seguido esto de la culpa y sentimientos de autodesprecio. Este se deprime, se encierra en su mundo interno aunque lleve una vida pseudosocial, repitiendo una y otra vez, sin control, el ciclo patológico. Crece la desesperación y la desesperanza, sabe que lo que le pasa no es normal, que no puede revertir ese ciclo pero no sabe pedir ayuda para disminuir el sufrimiento. Tiene, a diferencia del anoréxico, mayor conciencia de los estados internos y tambien menor capacidad de controlar sus impulsos.(17)

En nuestro país, los datos de ALUBA muestran cifras muy altas de patologías alimentarías. Resulta alarmante la tendencia a contagio social del "atracón". Se ha observado que entre las compañeras de universidad, al finalizar el año, la frecuencia de atracones en una alumna tenia correlación directa con su compañera de estudio."Cuanto más estrechas son las relaciones de un grupo de estudiantes, más correlación existe entre la frecuencia del atracón de las integrantes. Parece ser una conducta copiada, adquirida, así como otras conductas que están bajo estricto control social" [11]

Para diagnosticar bulimia los **criterios del DSM IV** son:

[11] HERSCOVICI RAUSCH, C. BAY, L. Anorexia y bulimia: amenazas a la autoestima Editorial piados. Página 143.

I. Episodios recurrentes de voracidad, llamados atracones. Un atracón se caracteriza por una comilona donde la cantidad de comida es mucho más abundante que lo normal y la persona siente que pierde el control sobre ella misma y no puede parar de comer, durante el episodio.

II. Conductas compensatorias inapropiadas posteriores, como la auto provocación del vomito, el abuso de laxantes, de diuréticos, de hormonas tiroideas, un ayuno compensador o hiperactividad física.

III. Los episodios ocurren al menos dos veces por semana en los últimos tres meses.

IV. La autoevaluacion esta intensamente influenciada por la figura corporal y el peso.

V. Este desorden no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

A su vez se dividen en un subtipo purgativo, aquellos que utilizan como método compensatorio al vómito, los laxantes, los diuréticos y demás fármacos; y no purgativo donde utilizan como método conductas compensatorias inapropiadas como la hiperactividad o el ayuno. (11)

Otros síntomas que se observan frecuentemente son: Ausencia de deseo, pensamientos obsesivos acerca de la comida, sobrepeso y obesidad, alto nivel de ansiedad, desorden de otras conductas e impulsividad, secreto acerca de estas anomalías, abuso de psicofármacos u otras sustancias adictivas como tabaco, drogas y alcohol. Interés excesivo por la imagen corporal y la apariencia física. Inestabilidad afectiva, baja autoestima y excesiva autocrítica. Dificultades de concentración, tendencia a sentir culpa; excesiva necesidad de complacer, agradar y ser aceptado. Cansancio, irritabilidad y apatía.

La bulimia puede cursar durante años sin tratamiento porque oculta su sintomatología. La mayor complicación que puede derivar en la muerte se debe a la hipocalemia: concentración anormalmente baja de potasio en la sangre, debido al abuso de diuréticos. También este abuso puede dar una disminución en los reflejos, arritmias cardiacas, daño hepático, deshidratación, intolerancia a la luz, disfunción renal y edemas. Los vómitos autoinducidos producen engrosamiento de las glándulas salivales y el cuello, caries y alteraciones en el esmalte dental, perdida de piezas dentarias, caída del cabello, desgarramiento esofágico, inflamación crónica de la garganta y dificultad de tragar, espasmos estomacales, edemas, anemia, arritmias cardiacas, debilidad muscular, calambres y parálisis. El abuso de laxantes produce dolores abdominales (cólicos), intestino perezoso (colón catártico), mala absorción de grasas, proteínas y calcio. Pérdida de reactividad intestinal.

IV.d. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADA.

La categoría trastorno de la conducta no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaría que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaría especifica. Algunos ejemplos son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que a pesar de existir una perdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los limites de la normalidad.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias apropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo provocación del vomito después de haber ingerido dos galletitas).

- Masticar y expulsar perro no tragar, cantidades importantes de comida.

- Atracones recurrentes con ausencia de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa. (10)

Tanto la Bulimia como la Anorexia Nerviosa, comparten características psicológicas similares entre las que podemos destacar principalmente un temor mórbido a

la gordura y búsqueda de la delgadez, como recurso para lidiar con dificultades en el desarrollo o bien como una manera de enfrentar el malestar emocional.

Otras características son:

Imagen corporal distorsionada, con sobre estimación del propio tamaño.

Déficit del auto concepto con gran sentimiento de ineficacia personal.

Temor a la madurez psicobiologica.

Distorsiones cognitivas como el pensamiento dicotómico (todo o nada); ideas de auto referencias (todo lo que se dice o hace es interpretado en relación a él), ,magnificación de consecuencias poniendo el acento en lo negativo.

Inestabilidad afectiva y depresión.

Un alto nivel de ansiedad con conductas obsesivas y compulsivas (especialmente en relación con la comida y el aspecto físico).

El pronóstico, tanto para la bulimia como para la anorexia, es proporcional a la severidad del trastorno de personalidad subyacente, a la calidad del sistema de apoyo y a la motivación para recuperarse. (17)

IV.e. TERAPIA OCUPACIONAL Y TRASTONOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Si bien los trastornos de la alimentación fueron reconocidos como una patología hacia fines del siglo pasado, el tratamiento específico comenzó a existir recién en los años 70, cuando se comenzó a dar un gran interés por estar delgado.

Para interrumpir el ciclo de conductas patológicas y promover un estilo de vida más saludable es necesario contar con un programa orientado en equipo interdisciplinario ya que el origen de estas patologías es plurideterminado dado por una interacción de aspectos psicológicos, socioculturales, familiares y biológicos. Dentro de este equipo es fundamental que todos los profesionales compartan un mismo lenguaje, dando en un primer momento un espacio segurizante y de contención para hacer surgir el "deseo" que se encuentra ausente en este tipo de pacientes; esto es una tarea ardua que va a depender del trabajo de todo el equipo. Siempre es importante tener en cuenta el estado en el que se encuentra el paciente. Actualmente se implementan tratamientos de diferentes modalidades: internación, hospital de día intensivo o ambulatorio.

El rol específico del terapista ocupacional en el abordaje de estos trastornos va a estar definido por el marco teórico referencial, ya que la selección de los instrumentos de evaluación y tratamiento están determinados en el marco de referencia teórico sobre el cual se diseña el programa de T.O..

Roockwell (1990), llego a la conclusión de que no hay un marco de referencia o metodología determinada para el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación, aunque indica que existe una fuerte tendencia a utilizar aspectos psicoanalíticos, cognitivos y familiares en el tratamiento de pacientes con dichos trastornos.(47)

Kerr (1990), describe el uso del modelo de Ocupación Humana y sugiere la utilización de evaluaciones relacionadas con el marco de referencia .(47)

Nuestra investigación sobre estos trastornos de la adolescencia intenta realizar una mirada desde un enfoque psicodinamico. Si bien la bulimia y la anorexia se manifiestan durante esta etapa de la vida, el proceso de identificación del individuo tiene su inicio desde el momento del nacimiento. La calidad de los primeros contactos de la madre con el bebe es lo que establecerá las bases para la construcción de la identidad del individuo. En este inicio de la vida, el bebe no se encuentra en condiciones de diferenciarse del mundo externo ni tampoco de su madre. El bebe siente a su madre como una extensión de si mismo. El cuerpo de la madre es para él la fuente de amor y de placer, que le asegurará la sobrevivencia y que le traerá la sensación de plenitud, en esta etapa (simbiosis) la dependencia es total.

Poco a poco el bebe percibe que puede contar con su mamá con seguridad para aliviarse y sastifaserce, soportando de esta manera la separación y la frustración, lo que da origen a la representación psíquica de la madre y del mundo externo. A través de la mirada, del contacto, del adecuado equilibrio entre la demanda y la oferta se va instalando un proceso que culmina en la estabilización de la autoestima. La función de los cuidados maternos gradualmente es asumida por el propio niño, estableciéndose la posibilidad de crecimiento, autonomía y de individuación.

Cuando existe un error en este proceso, la separación de la madre y las diferencias existentes entre el niño y el mundo son vividas como amenazadoras y el niño puede

permanecer con una representación corporal primitiva imposibilitando la representación psíquica de su capacidad de simbolización y discriminación.

La adolescencia es un periodo de diversas transformaciones. La adolescente queda dividida entre el deseo de mantener el mundo infantil, con padres proveedores del confort y de la seguridad, en contra de la necesidad de obtener la autonomía. Es un proceso de crecimiento tanto físico como emocional en el cual los cambios corporales ocurren con mucha intensidad, lo que exige al adolescente contar con condiciones psíquicas que le permitan reestructurar la relación con el mismo, el medio ambiente y poder lograr un equilibrio. Deberá ser capaz de readaptarse a la sociedad que comienza a exigirle una mayor autonomía y responsabilidad.

Si el niño elaboró un modo de relación con el mundo amenazante, como abandono y muerte, es probable que en la adolescencia las consecuencias psíquicas sean perturbadoras.

Los trastornos de alimentación que se manifiestan en la adolescencia pueden ser considerados un medio más ante la imposibilidad de alcanzar la individualidad, la autonomía y la capacidad de simbolización.

Según Malher estos trastornos se definen a partir del vínculo con la madre, por la incapacidad de esta en decodificar los sentimientos del bebé, hay confusión, lo que no les permite diferenciar el registro de las primeras sensaciones. Son madres que se sienten orgullosas en un primer momento con los logros del bebé y con el aprendizaje escolar después.

Malher, habla también que en la obesidad existe la alteración en la decodificación por parte de la madre de los instintos primarios de hambre.

Diversos autores encuadran estos trastornos en una patología familiar. En estas pacientes se observan distorsiones importantes en el vinculo Madre-Hija desde los primeros momentos de vida. Este funcionamiento vincular de tipo simbiótico o simbiotizado se instala de manera muda, por lo que es difícil la observación clínica. Este modo vincular se caracteriza por la ubicación progresiva de la niña por la madre como proveedora de gratificaciones hacia ella. Por lo tanto, al ser dadora debe ser complaciente, perfecta y sometida. En este interjuego no hay cabida para sentimientos agresivos y de rechazo, que paulatinamente van siendo transferidos hacia la alimentación. A partir de este vinculo simbiotizado Madre-Hija, se niega el aporte del padre como ser sexuado.(20)

Las áreas a trabajar desde la Terapia Ocupacional en el abordaje de estos trastornos serian el área de la imagen corporal, el área de la orientación vocacional y el área de las AVD que incluye, el área de la alimentación, del vestido, de las relaciones sociales y del tiempo libre.

ÁREA DE LA IMAGEN CORPORAL

El cuerpo sufre transformaciones con el pasar del tiempo y la imagen corporal, que es la imagen que formamos de nuestro cuerpo en mente (Schilder), también esta en constante mutación y adecuación. La imagen del cuerpo, no esta formada solo por registros de las vías sensoriales y cenestésicas, sino tambien sobre influencias de los significados

afectivos y cognitivos adquiridos en la vida. Cuando percibimos nuestro cuerpo hacemos una relación directa con la representación interna de nuestras vivencias psíquicas, influenciando estas en la relación con el propio cuerpo y el mundo externo.

Es un aspecto fundamental del tratamiento de estos pacientes. No importa estar flacas, estas pacientes siempre se ven gordas, hay una distorsión de la imagen corporal, lo que las impulsa al ayuno y despierta la obsesión por la comida y el peso.

Si no hay distorsión de la imagen corporal, no podemos hablar de trastorno de la alimentación, es uno de los criterios que toma el DSM IV para el diagnostico de estas patologías. La distorsión de la imagen siempre está presente, pero no sólo con relación al cuerpo, sino también con la comida; las pacientes ven el plato de alimento distorsionado, mucho mas grande que lo que realmente es, o sea que tambien hay una distorsión de lo que comen.(25)

El terapista ocupacional a través distintas actividades podrá facilitar el proceso de orientación y adaptación a la realidad. En un primer momento no es aconsejable trabajar directamente con el cuerpo, ya que es justamente el lugar donde se desencadena el conflicto. Primeramente hay que crear un vinculo segurizante y un ambiente de contención. Comenzar con técnicas de relajación utilizando música, explorando aspectos relacionado a la propiocepción; a partir del movimiento se explorara el espacio y las pacientes pueden localizar su cuerpo en este. Trabajar con objetos intermediarios y por ultimo, con el contacto directo.

El abordaje corporal puede ser a través de técnicas de expresión corporal. Es importante que después de concluir el trabajo corporal, las pacientes puedan expresar lo que

sintieron a través del "decir" (en palabras) o del "hacer" (por ejemplo en un dibujo o collage).

ÁREA DE LAS AVD

EL MANEJO DE LOS ALIMENTOS: estos pacientes necesitan contención en aquellos aspectos referidos a la alimentación ya que presentan una distorsión en el tamaño de las porciones; dificultades en la preparación de comidas, manejo del dinero, socialización mientras comen, limpieza después de la comida, adquisición de alimentos, etc.. Para lograr esto existen formas creativas que puede utilizar el T.O. para favorecer aspectos relacionados con los alimentos y lo que significa en estos pacientes el momento de la comida.

Seria importante que en esta área se trabaje conjuntamente con la nutricionista, compartiendo un mismo lenguaje para poder cumplir con los objetivos planteados teniendo en cuenta que muchas veces es necesario "negociar" con las pacientes. También trabajar las dimensiones de las porciones ya que hay una distorsión en el tamaño de estas, no solamente con la comida propiamente dicha, sino a través de laminas, fotos e imágenes.(25)

ÁREA DE VESTIDO: Esta área se encuentra directamente relacionada con la imagen corporal y la mirada del otro. El TO por medio de actividades podrá favorecer aspectos relacionados a la vestimenta durante la crisis de confrontación con los cambios corporales introducidos por el tratamiento.

Se podrá trabajar en esta área a partir del trabajo corporal, utilizando fotos propias e imágenes de revistas, realizar salidas de compras donde las pacientes puedan "elegir" a

partir de su propio deseo y no en función de la mirada del otro, aceptando los cambios y adaptándose a la realidad.(37)

AREA DE LAS RELACIONES VINCULARES: Surge un componente clave en el tratamiento de estas pacientes, como es el aprendizaje de confirmarse a si mismo, mejorar la autoestima y proveerse autocuidado, lo que favorecerá vínculos positivos en su entorno y facilitará el desarrollo de relaciones sociales.(47)

En estas pacientes se observan vínculos particulares tanto con la comida como socialmente. A partir del hacer, podemos ver ciertas peculiaridades de la conducta y comportamientos externos que tienen que ver con fenómenos psíquicos internos. Los primeros vínculos o fundantes son determinantes de las posteriores experiencias vinculares. Estos vínculos se reactualizaran durante el proceso terapéutico en el aquí y ahora.

En términos de aprendizaje, el proceso terapéutico consiste básicamente en abrir el circulo vicioso y provocar la apertura hacia el mundo exterior ya que la forma de vincularse de estas pacientes es estereotipada. Desde TO se podrá ofrecer un espacio que permita la evolución del espiral dialéctico, generando vínculos de intercambio que permitan modificar el mundo interno a partir de las relaciones con el mundo externo.(33)

AREA DEL TIEMPO LIBRE: El poder disfrutar del tiempo de esparcimiento es difícil en estas pacientes, ya que no hay deseo. No pueden desprenderse de la comida y del cuerpo. Si bien es importante favorecer la exploración y el interes en actividades no relacionadas con los alimentos para ayudar a reducir la ansiedad asociada con el mismo y evitar el tiempo ocioso que suele conducir a atracones y a otras conductas destructivas; es fundamental que aparezca el "deseo" lo que las significa como sujeto que se relaciona de

una determinada manera, que elige a partir del deseo, para comenzar a trabajar en aquellas actividades que les resulten placenteras.

Desde Terapia Ocupacional se comenzará a trabajar con actividades estructuradas, haciendo un uso previamente pautado del tiempo libre; cuando surja la elección por parte de las pacientes, surgirá el deseo y podrá elegir actividades significativas.(37)

ÁREA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL

Dentro de esta área podemos incluir los aspectos referidos a la elección vocacional que se dan en la etapa de la adolescencia. Holland se centra en la relación entre las características de la personalidad y la elección vocacional, considera que la elección laboral es un reflejo de la personalidad: que una persona elige un ambiente laboral que estimule su orientación personal.(47)

Las pacientes con trastornos de alimentación no eligen en función de sus propios deseos sino en función del deseo del otro. Desde TO a lo largo del tratamiento se buscara que puedan elegir por si mismas y proyectar su propio futuro, que aparezca el deseo, que comiencen a significarse como sujetos diferentes con una historia particular en el aquí y ahora.

Compartimos el concepto que define a la Terapia Ocupacional como "una disciplina que se basa en la recolección, comprensión y manejo de la actividad humana; la

actividad que se configura como instrumento propio y distintivo del rol, ha de resultar la organizadora y el núcleo del proceso, interviniendo además múltiples elementos."[12]

Desde Terapia Ocupacional se toma a la actividad como zona intermedia entre el mundo externo y el mundo interno, como pantalla de proyección y un medio sobre el cual actuar y producir modificaciones.

La utilización de actividades como medio terapéutico en el tratamiento de adolescentes con trastornos de la alimentación facilitara modalidades alternativas de relación, nuevas experiencias perceptúales que conllevaran a la identificación de potencialidades e intereses para construir y reconocer proyectos de vida.

Los patrones alimentarios de la anorexia y bulimia son considerados símbolos del intento del adolescente por mantener control sobre un aspecto de su vida cuando el entorno se vuelve inmanejable. Para la concreción de su propio proyecto necesita de una organización cotidiana. El encuentro actividad- paciente se constituirá como un espacio de crecimiento y aprendizaje.

Este proceso de aprendizaje debe entenderse como un sistema de cierre y apertura que funciona dialécticamente. Al ofrecer un espacio para "el hacer" se proporciona al adolescente la apertura hacia nuevas experiencias, la posibilidad de evaluación interna, el deseo de comunicación y participación. Al implementar una actividad, el otro aprende la misma y aprehende que mediante su producción en lo concreto va construyendo su propia

[12] GARCIA CIEN y otros autores. Tesis de grado: Prevención primaria en salud mental desde Terapia ocupacional. UNMdP.

historia. Cada uno de los pacientes a través de su elección, de su hacer y del decir de su hacer, se van significando como sujeto, con una historia particular y un posicionamiento frente al mundo externo.

El hacer que nos distingue como Terapistas Ocupacionales, nos da muestras permanentes de lo que pasa con ese sujeto, de la modalidad de relacionarse con el mismo y con los objetos, de las estrategias que utiliza frecuentemente y del manejo que hace del tiempo. A su vez los materiales y herramientas poseen limitaciones y posibilidades desde su estructura y función, cualidades que enfrenta el sujeto cuando se da el encuentro actividad-paciente.(39) El proyecto concretado en un objeto tiene una historia particular de encuentros y desencuentros entre los tres elementos: TO Paciente y Actividad. No es el proyecto terminado lo que nos habla del paciente sino el proceso del "hacer" su modalidad, su intención y su destino.

El terapista ocupacional debe ofrecer en un primer momento un encuadre segurizante, que permita a los pacientes organizarse, disminuyendo la ansiedad y la angustia. Es importante que a través del hacer pueda empezar a surgir el deseo, lo que lo determina como sujeto. A lo largo del tratamiento se buscara que surja el deseo, que aparezca la intención, la elección y finalmente el proyecto.

En el abordaje de estas patologías es positivo el trabajo en grupos ya que este permitirá el intercambio de experiencias, generara un lugar de pertenencia, creara un espacio y tiempo, servirá como sostén de la continuidad y permitirá salir del aislamiento.(37)

Siempre es importante tener en cuenta la etapa en la que se encuentra el paciente, del grupo en el que se este trabajando y los objetivos a seguir con cada paciente en particular.

IV. f. TERAPIA OCUPACIONAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Los trastornos de la alimentación se han incrementado notablemente en los últimos años afectando adolescente y adultos jóvenes poniendo en riesgo su salud física, cuarteando el desarrollo de sus potencialidades emocionales, intelectuales y perturbando el funcionamiento familiar y con sus pares. Dada la gravedad de los síntomas y consecuencias de la bulimia y anorexia creemos importante hacer énfasis en el área de la prevención.

Al hablar del nivel primario (acciones tendientes a que la patología no se desarrolle), estamos hablando de "promover el bienestar y no solamente curar"; esto se refiere a la necesidad de dirigirse a las condiciones de vida, en lugar de crear instituciones donde se atienda a gente enferma. Mirta Videla dice que es necesario poner a prueba las técnicas de acceso a la comunidad, de investigación, de operancia y de administración de recursos en el marco de la comunidad.

La prevención debería implementarse a través de políticas institucionales que apunten a lograr el máximo de información y su adecuada utilización entre los profesionales, especialmente en áreas de la salud y educación que colaboren en la detección

y orientación de dichos trastornos. En nuestro país estas políticas se tornan lentas y a veces inexistentes en relación con el incremento de la patología.

Como expresábamos en capítulos anteriores el campo de la prevención primaria se define a través del trabajo de un grupo interdisciplinario, a partir del cual se busca un campo de confluencia y un código común para operar en cualquier individuo o grupo social. La interdisciplina es una construcción que surge en la acción a nivel de la practica, tiene que ver mas con la resolución de problemas concretos que con consideraciones teóricas. Esto implica que las intervenciones se amplíen no solo contra la enfermedad sino a luchar por una mejor calidad de vida, es decir, prevenir la aparición de factores que hacen que una comunidad o grupo humano funcionen de modo patológico o tengan la capacidad de producir patología en sus miembros.

Los problemas que afectan al adolescente, no son aislados, sino que forman parte de una compleja trama social.

Cualquier intervención individual o grupal requiere de organización y participación comunitaria. Entendiendo por participación comunitaria de la salud, al proceso que crea en las personas un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, junto con la capacidad de actuar conciente y constructivamente en el desarrollo personal y social. El proceso participativo implica reconocer un derecho y la capacidad real de la gente para plantear sus propios puntos de vista sobre asuntos que le interesan.

En la Declaración de Alma-Ata se reconoció que la participación comunitaria en salud es un derecho fundamental e inalienable, al afirmar que el pueblo tiene el derecho y

el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.[14]

Se a propuesto considerar ciertas bases para la puesta en práctica de programas participativos en salud familiar y comunitarias, y coincidimos en que los siguientes aspectos son fundamentales:

- Respeto a las personas
- Confianza en la capacidad de la población para decidir, programar y actuar.
- Respeto a sus tradiciones, lenguaje valores culturales y creencias.
- Reconocimiento que los cambios decididos por la propia comunidad tienen mayor significado y permanencia que los decididos solo por los técnicos.
- Necesidad de un intercambio bidireccional entre el equipo de salud y la comunidad.
- Generar la capacidad de investigación y analizar la propia situación de salud.
- Fortalecimiento de la comunidad en la búsqueda de soluciones colectivas y problemas comunes.
- Desarrollo de un autentico trabajo en equipo.

Es radical que la población sea protagonista de su propio proceso de salud, transformándose en sujetos activos y participes de este proceso, utilizando como estrategia la educación para la salud; proceso que tiende a lograr que la población se apropie de

[14] HEVIA, P. Pediatria integral, familia y comunidad. Capitulo V.

nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para analizar su situación de salud y enfrentar mejor sus problemas. Este fomentara la organización comunitaria mediante la reflexión critica de factores que inciden en el estado de salud, estimulando a un espacio de intercambio entre diferentes formas del saber; a través de un dialogo democrático entre ellos, la comunidad va ganando experiencia de participación.

Tomando los conceptos expresados por Paulo Freire "...Desmitologizar la realidad, es el proceso por el cual, aquellos que habían estado sumergidos en la realidad; empiezan a salir, para reinsertarse en ella con una conciencia critica... Abandonar la cultura del silencio..." [15] Una comunidad informada, posee los elementos que le permiten participar activamente de los hechos de su salud.

La TO como práctica de salud, propone el uso de la **actividad como recurso preventivo**, posibilitando un espacio de acción y transformación, contribuyendo así a salir de esa cultura del silencio a la que hicimos referencia y al cambio social a través del "hacer".

Entendiendo por actividad, todos los procesos del hacer humano que lo relaciona consigo mismo, con los objetos y con los otros y considerando que el "hacer" humano esta cargado de contenido simbólico; el desafío en APS será determinar las propuestas que hace la actividad, identificar las necesidades de las personas y lograr que el encuentro actividad sujeto se constituya en un espacio de comunicación y aprendizaje, es decir, un espacio que resulte preventivo terapéutico.

[15] VIDELA, M. Prevención. Intervención Psicológica en Salud comunitaria. Ediciones Cinco. 1991. Pag. 249.

La actividad funciona como mediatizadora para expresar los contenidos latentes disminuyendo la censura que surge desde el plano de la palabra, facilita la expresión de sentimientos, actitudes e idealizaciones en un nivel no verbal.

"... El valor terapéutico del desarrollo de la expresión reside en que, a través de actividades concretas, el individuo tenga cada vez más fácil acceso a su acontecer interior y una más fácil manera de comunicarlo..."[16]

El TO en el área de la prevención primaria deberá intervenir desde el poco calificado lugar del entender la vida cotidiana, contribuir para que la gente cuide ella misma de su bienestar, intercambie conocimientos y sea conciente de sus propios recursos. Desde esta perspectiva el TO al igual que otras disciplinas, cumplirá la función de facilitador y contribuirá a la conciencia y organización de recursos propios, en definitiva acompañara a la organización comunitaria.

En la cuidad de Mar del Plata, durante nuestro trabajo de campo en escuelas privadas y estatales, pudimos advertir que el desconocimiento sobre las patologías alimenticias es generalizado lo que no significa que halla desinterés sobre estas cuestiones que cada año fue un tema a tratar con alguna adolescente y su familia desde el ámbito escolar. Percibimos que cuando a la comunidad se le da un lugar para poder "hablar", la posibilidad de preguntar, comienzan a movilizarse, a escuchar, a preguntar, a defender sus derechos y sobre todo a ser participes de su propia salud, la de su familia o la de todo una comunidad que en estos tiempo se encuentra bombardeada por los medios de comunicación, el culto a la imagen, la falta de valores.

[16] MOCCIO, F. Taller de terapias expresivas. Editorial Paidos. Barcelona. 1980. Pag. 25.

Nuestros adolescentes participan de un mundo en transformación, con cambios acelerados, entre los cuales pueden mencionarse la consolidación de una economía de mercado, la apertura de amplios mercados internacionales, la desregulación de la economía, la privatización de los servicios básicos, la descentralización y la desaparición del "estado benefactor", menores gastos en salud y educación. Debemos analizar aquí entre otros factores, en estos tiempos de marketing de la salud, que los intereses empresariales del consumo desde la publicidad instalaros en el imaginario social la necesidad de la dieta para mantenerse joven y bella. Remarcando la conducta dietante como una conducta de riesgo en quienes son vulnerables ya sea por razones biológicas, genéticas, personales o familiares.

Siguiendo las estrategias de APS, que actualmente rigen las políticas en este sector, las acciones a llevar a en el trabajo con adolescente en riesgo de sufrir un trastorno alimentario tienden por un lado a facilitar acciones de auto cuidado, mediante la comprensión y confianza en si mismos, facilitar los medios que le permitan al adolescente conocer su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y limitaciones infundiéndoles seguridad en sus propios valores de modo que pueda el adolescente sentirse a gusto consigo mismo y se acepte como realmente es. Y por el otro, contener, orientar, facilitar y acompañar el grupo familiar en este proceso. Esto implica en el abordaje del grupo familiar, deberá proporcionarse los medios necesarios, para que la familia permita al adolescente hacer un aprendizaje efectivo, proporcione un ambiente enriquecido, con intercambios afectivos y experiencias suficientes que aseguren posibilidades para sus potencialidades.

El propósito es preservar la salud del adolescente y reducir la patología potencial. A partir de un equipo interdisciplinario con el aporte que brinda cada disciplina que integra un equipo de salud, coordinando esfuerzos y aunando criterios, se trabajara conjuntamente para promover y proteger la salud integral del adolescente, diagnosticar y tratar tempranamente la patología.

El TO participa como profesional y miembro del equipo de salud y con la comunidad en la elaboración y ejecución de planes, programas y proyectos de educación, promoción y protección de la salud.

El hacer del TO, en el área de la prevención primaria de trastornos alimenticios estará dirigido a:

- Fomentar la participación activa de los adolescentes.
- Elaborar acciones conjuntas entre la familia, el equipo de salud y la comunidad tendientes a favorecer el desarrollo integral del adolescente.
- Informar y orientar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo normal del adolescente, como agentes principales de su salud.
- Fomentar desde la infancia, en el núcleo familiar y en los centros educativos, el concepto de "vida saludable" informando sobre hábitos de alimentación sana, ejercicio físico y la importancia del "buen uso" del tiempo libre.
- Generar espacios de esparcimiento comunitarios, que promuevan al desarrollo integral del adolescente, y a su vez refuerce los vínculos familiares, generando en las familias un compromiso efectivo en el crecimiento y desarrollo de sus hijos; y

trabajar en forma conjunta con los establecimientos educativos, con el objetivo de detectar e intervenir tempranamente en situaciones de riesgo.

- Favorecer la participación comunitaria.
- Participar de la programación y la promoción de pautas de educación para la salud.

Estos aspectos se ponen en practica por ejemplo mediante la implementación de talleres de salud en instituciones escolares. Pensamos esta metodología de trabajo en APS porque permitirá orientar la acción educativa hacia la esfera social evitando quedarse en lo meramente individual; favorecerá el enriquecimiento de los participantes en el marco de la acción protagónica, creativa y placentera, incentivando el espíritu critico con respecto a acciones propias y a la interpretación de la realidad, posibilitando la utilización de múltiples canales de comunicación. Es decir, la implementación de talleres de salud en escuelas generara un espacio-tiempo para la vivencia, la reflexión y la conceptualizacion, un lugar que permitirá la participación comunitaria y el aprendizaje.

En el espacio de T.O. se intentará proveer al adolescente un medio ambiente facilitador de aquellos elementos que posibiliten por un lado el hecho de que sea capaz de preocuparse e interesarse y por el otro sobreponerse y solucionar la situaciones conflictivas y madurar hacia la independencia, en definitiva promover su propio proyecto de vida.(39).

Mediante la implementación de talleres de salud sobre trastornos alimenticios desde un equipo interdisciplinario en instituciones educativas se llevaran a cabo acciones que tiendan a facilitar actitudes proclives al auto cuidado; informando al adolescente sobre los

diferentes tipos de alimentos, incentivándolos a incorporar adecuados hábitos alimenticios y una alimentación equilibrada; promoviendo un uso selectivo y critico de los medios masivos de comunicación, en especial la televisión; estimulando el interés y la realización de practicas saludables que favorezcan el " buen uso" del tiempo libre (expresión artística, deportes, actividades culturales); incentivando la asistencia de los adolescentes a los servicios de salud en busca de información adecuada sobre sus inquietudes.

Estas acciones preventivas no deberían implementarse solamente desde la educación formal, o sea desde los establecimientos educativos sino tambien con acciones desde la educación no formal intentando a través de diferentes programas llegar a todos los rincones de la ciudad, no solo a las escuelas. Muchas veces las familias se acercan con mayor frecuencia a las sociedades de fomento, las iglesias, los hospitales entre otras instituciones, por lo tanto consideramos fundamental extender estos talleres de salud a las mismas para así llegar a toda la comunidad. Insistimos en el valor transformador de la educación tanto en lo personal como en toda la sociedad.

CAPITULO V.

ASPECTOS METODOLOGICOS.

V.a. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las conductas atípicas detectables a partir de las áreas de incumbencias de la T.O. que presentan los adolescentes entre 14 y 15 años que concurren a colegio privados y estatales de la ciudad de Mar del Plata durante el ciclo lectivo 2001?

V.b. FORMULACION DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL:

- Detectar conductas atípicas que conllevarían a un trastorno de la alimentación en adolescentes de edad escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar conductas atípicas en adolescentes entre 14 y 15 años.

- Caracterizar la población adolescente que concurre a colegios privados y estatales de la ciudad de Mar del Plata.

- Describir acciones que puede realizar el T.O para la promoción de la salud y prevención de estos trastornos.

V.c. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES:

VARIABLE: Áreas de incumbencia de Terapia Ocupacional en el abordaje de trastornos de alimentación.

- **DEFINICIÓN CIENTÍFICA:**

Aspectos competentes de Terapia Ocupacional correspondientes al cuadro clínico de la Bulimia y la Anorexia Nerviosa.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Aspectos del cuadro clínico de los trastornos de alimentación competentes al abordaje de Terapia Ocupacional tales como: imagen corporal, AVD (vestido, alimentación, tiempo libre, relaciones vinculares) y orientación vocacional.

VARIABLE: Conductas atípicas asociadas al riesgo de sufrir un trastorno de alimentación.

- **DEFINICIÓN CIENTÍFICA:**

Comportamientos irregulares detectables en adolescentes escolarizados que lo predisponen al riesgo de sufrir un trastorno de alimentación.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Comportamientos irregulares detectables en adolescentes tales como: exceso de ejercicio físico, conductas adictivas, pensamiento destructivo o negativo sobre su cuerpo y apariencia física, dificultad en el uso del tiempo libre, baja autoestima, evitación de horarios de comida, dificultad para disfrutar de eventos con amigos y/o familiares, alteraciones hormonales, dificultad para establecer relaciones interpersonales, preocupación y angustia por la disminución del rendimiento escolar, dificultades de concentración,

realización de dietas inadecuadas en relación con su peso, que asociados a una personalidad predisponente lo ubican en situación de riesgo de sufrir una patología alimentaría.

V.d. VARIABLE INTERVINIENTE: **Nivel Socioeconómico.**

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada, en países desarrollados se considera que el nivel socioeconómico alto y medio presenta una mayor incidencia de sufrir un trastorno de la alimentación que la clase baja. En este trabajo de investigación se tomaran dos instituciones, una privada y una estatal, por lo tanto se tendrá en cuenta como variable interviniente el nivel socioeconómico al que pertenece la adolescente encuestada. Se definirá basándose en el colegio al que pertenece y profesión u ocupación de los padres.

V.e CATEGORIZACIÓN

Se cuantificara teniendo en cuenta la presencia de conductas atípicas, por lo que se considerara que la unidad de análisis se encuentra **en riesgo** de sufrir un trastorno de alimentación cuando la sumatoria de la indización obtenida se encuentre en el rango comprendido entre 30 y 40. Cuando la puntuación sea de 29 a 16, se considerara **medianamente en riesgo** y si se obtiene una puntuación menos de 15, se considerara **sin riesgo** de sufrir un trastorno de alimentación.

Sección II

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio es Exploratorio descriptivo.

Exploratorio: porque el propósito de esta investigación es establecer una conceptualización adecuada y familiriarizarse sobre las modalidades de abordaje aplicadas desde Terapia Ocupacional en los diferentes niveles de prevención con adolescentes escolarizados en riesgo de sufrir un trastorno de alimentación.

Descriptivo: ya que esta dirigido a conocer acerca de esta problemática y determinar como esta la situación de la variable "conductas atípicas detectables en adolescentes en riesgo de sufrir un trastorno de alimentación" y proporcionar bases que permitan plantear hipótesis que contribuyan a futuras investigaciones.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

La población estará conformada por adolescentes de la ciudad de Mar del Plata que concurren a colegios privados y estatales durante el ciclo lectivo 2001.

MUESTRA:

La muestra estará compuesta por 120 adolescentes mujeres que se encuentran cursando el 9° año, mitad de estos concurren al colegio Stella Maris y Argentino Modelo, privados y la otra mitad al colegio provincial N° 27 y N° 4, estatales de la ciudad de Mar del Plata.

Tomamos como muestra la población adolescente ya que en este momento de la vida se producen cambios importantes a nivel corporal, psicológico y social y se considera que la edad de aparición de estos trastornos es en la pubertad y adolescencia. Tambien teniendo en cuenta la marcada vulnerabilidad psico-social que presenta este grupo.

Nuestra muestra estará compuesta por adolescentes de sexo femenino ya que según las estadísticas encontradas el 95% de las pacientes son mujeres.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterio de inclusión:

Adolescentes de sexo femenino que tienen entre 14 y 15 años y se encuentran cursando el 9° año.

Criterio de exclusión:

Serán excluidos todos los adolescentes de sexo masculino, adolescentes de sexo femenino mayores de 15 y menores de 14 , y que no estén cursando el 9° año.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La muestra será seleccionada utilizando como método el **muestreo probabilístico.**

El principio de este tipo de muestreo es que cada persona u otra unidad de muestreo tenga una probabilidad conocida, generalmente igual, de ser incluida en el estudio. De este método , se utilizara en este estudio el **aleatorio simple** a partir del cual cada persona incluida en el marco de muestreo tiene la misma probabilidad de ser seleccionada en la muestra. Este tipo de muestreo posee varias modalidades una de ellas es por sorteo, cuyo procedimiento será el siguiente:

1) Delimitar el número que conformara la muestra.

2) Enumerar o escribir el nombre de todas las unidades que componen el universo.

3) Anotar cada uno de los números individualmente y en secuencia hasta completar el numero que componga el universo

4) Extraer uno por uno cada número que corresponderá a la muestra.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica de recolección de datos ha utilizar será un **cuestionario** autoadministrable, anónimo, formado por dos secciones: la sección uno constara de preguntas abiertas y preguntas cerradas no excluyentes, en la sección dos se realizaran preguntas cerradas excluyentes respecto a la variable "conductas atípicas"

ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos se analizaran basándose en los objetivos de estudio. Se utilizaran para el análisis tablas simples bivariadas, gráficos y porcentajes.

Sección III

RESULTADOS.

Los resultados obtenidos a través de las preguntas del instrumento de recolección de datos, fueron los siguientes:

1. Se registro que del 100% de la población estudiada, el 56,66% ocupa su tiempo libre en actividades que le gustan, el 40,83% solo a veces y un 2,5% no realiza actividades placenteras durante su tiempo libre. (Cuadro N°1) Destacando que las adolescentes que concurren a colegios estatales ayudan a sus madres y realizan actividades del hogar, cuidan a sus hermanos menores y están con amigos. Las adolescentes de colegios privados, ocupan su tiempo en escuchar música, mirar televisión, utilizar la computadora y en menor medida, salir a pasear con amigos.

2. De acuerdo con los datos obtenidos, el 14,16% de las adolescentes encuestadas pasan muchas horas en soledad, solo a veces el 35,83% y un 50% refiere estar acompañado durante el día. Destacándose un mayor porcentaje en cuanto a horas que pasan sin compañía en adolescentes de colegios privados.

   Un 41,665 de las encuestadas comparten muchas horas al día con las personas que vive, un 44,16% solo a veces y el 14,16% refiere no compartir horas del día con su familia. (Cuadros N°2 y N°3)

3. Según los datos obtenidos, a un 25,83% de las adolescentes refiere tener dificultad para relacionarse con la gente, al 30,83% solo a veces y el 43,33% refiere no tener dificultades para relacionarse. Observando que un 70,83% de las encuestadas no presenta dificultades para disfrutar de encuentros familiares o con amigos; el porcentaje restante refiere dificultades frecuentemente o solo a veces para disfrutar de estos encuentros. (Cuadros N°4 y N°5)

4. De las adolescentes encuestadas, un 59% manifiesta cambios en su estado de animo durante el día; un 42% solo a veces y solo un 19% de las adolescentes refiere no tener cambios. (Cuadro N°5)

5. Los datos que se obtuvieron, con respecto a la posibilidad de dialogo con los padres fueron: un 55,83% puede dialogar con sus padres; un 24,16% solo a veces y un 20% de las adolescentes no puede dialogar. Destacándose que 41,66% de las encuestadas que concurren a colegios estatales refiere solo a veces puede dialogar con sus padres, manteniendo una mejor relación con su madre. Mientras que un 33,33 de las adolescentes de instituciones escolares privadas refiere no poder dialogar con sus padres. (Cuadro N°7)

6. Los datos arrojaron que a un 37,50% le cuesta expresar lo que siente, a un 2616% solo a veces y un 33,33% no tiene dificultades para expresar sus sentimientos.(Cuadro N° 8)

7. Se registro que del 100% de la población encuestado, el 39,16% tiene dificultades para concentrarse en sus estudios, el 32,5% refiere dificultades solo a veces y el 28,33% no manifiesta dificultades de concentración. Observándose que el 51,66% de las adolescentes se preocupa por el rendimiento académico en el colegio, el 25% solo a veces y 28,33 no se preocupa por esta cuestión. (Cuadros N°9 y N°10)

8. De acuerdo a los datos obtenidos, el 32,5% de las adolescentes realiza dietas de revistas o sugerida por una amiga; el 22,5% solo a veces y un 45% no realiza dietas sin prescripción medica. (cuadro N°11) Siendo que el 30,83% se encuentra pendiente de su peso, un 32,5% solo a veces y un 36,66% de las adolescentes refiere no estar atenta a su peso. Mientras que el 40,8% compara su cuerpo con el de las otras chicas, un 24,16% solo a veces y solo un 35% dice no comparar.(Cuadros N°13 y N°14)

9. Se registro que el 37,5% de las adolescentes realizan actividad física con frecuencia, el 31,66% solo a veces y un 30,83% no realiza ninguna actividad física. Entre las actividades están las caminatas, el gimnasio, salir correr y en menor medida practicar deportes específicos. (Cuadro N°12)

10. Los datos arrojaron que el 59,16% de las adolescentes prefiere vestirse de acuerdo a la moda, un 32,5% solo a veces y un 8,33% no sigue la moda. (Cuadro N°15)

11. De acuerdo a los resultados, el 41,66% de las adolescentes realizan cuatro comidas diarias, el 26,66% solo a veces y el 26,66% no las realiza.(Cuadro N°16) Refiere compartir con su familia de los horarios de la comida un 51,66% y disfrutar de estos momentos el 66,66% de las adolescentes encuestadas; un 31,66% solo a veces comparte los horarios de comidas y un 25,83 refiere disfrutarlos.(Cuadro N°18) El 26,66% no comparte sus almuerzas o cenas y un 10% de las adolescentes dice no disfrutar de estos momentos. (Cuadro N° 17)

12. Se registro que del 100% de las adolescentes encuestadas, un 34,16% tiene periodos menstruales irregulares, un 33,33% solo a veces y el 32,2% tiene una menstruación normal. (Cuadro N°19)

13. Los datos que se obtuvieron, con respecto al consumo de alcohol cigarrillos fueron: un 40,83% utiliza alguna de estas sustancias, el 20% solo a veces y un 39,16% dice no consumir ninguna. Se registro porcentajes más elevados de consumo en adolescentes de colegios privados. (Cuadro N°20)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Habiendo expuesto los resultados, podemos expresar que:

- Menos de la mitad de las adolescentes encuestadas (47,5%), se encuentra *sin riesgo* de sufrir un trastorno alimenticio según la categoría arribada en este trabajo.

- El 52,49% restante se encuentra en riesgo y se divide entre las adolescentes que se encuentran *medianamente en riesgo* (48,33%) y las que se encuentran *en riesgo* (4,16%) de padecer un trastorno alimenticio como Bulimia y Anorexia Nerviosa.

De las adolescentes que se encuentran **en riesgo**, un 5% corresponde a colegios estatales. Encontrándose un porcentaje menor (3,33%) en cuanto al riesgo en las encuestadas que concurren a instituciones educativas privadas de la ciudad de Mar del Plata.

De las adolescentes que se encuentran **medianamente en riesgo,** mas de la mitad (55%) concurren a colegios estatales y en las escuelas privadas se obtuvo un 41,66% de adolescentes medianamente en riesgo de sufrir algún trastorno.

El 47,5% de las encuestadas **no presentan riesgo** de sufrir Bulimia o Anorexia Nerviosa. Observándose que es menor el riesgo en las encuestadas que pertenecen a la educación privada (55%). Solo un 40% de las adolescentes encuestadas que asisten a colegios estatales se encuentran sin riesgo de padecer un trastorno alimenticio. (Cuadro N°21)

De los datos obtenidos en cuanto a los trastornos de la alimentación, se deduce que en nuestro país el riesgo de enfermar no es exclusivo del nivel socioeconómico medio alto, sino que afecta en mayor medida a adolescentes pertenecientes a familias de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo. (Gráfico N°1)

CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS.

Este estudio nos permitió conocer las características de las adolescentes de la ciudad de Mar del Plata, entendiendo el proceso de salud enfermedad dentro de su contexto sociocultural contemplando factores inherentes a la esencia que la constituye.

Haber abordado el tema de la APS como futuras TO en adolescentes escolarizadas desde la teoría y desde nuestro trabajo de campo, nos permite confirmar conceptos del marco teórico y arribar a las siguientes conclusiones:

- Consideramos fundamental que cualquier intervención en APS, se haga a partir de la comprensión de los procesos sociales presentes en la comunidad. Como futuras agentes de salud, creemos que para conocer la población es preciso indagar la esencia que la constituye, la red sociocultural a la que pertenece, los valores que rodean y prestigian el proceso de salud enfermedad sustentándonos en el conocimiento de la realidad.
- Como ya hemos hecho mención, el campo de la APS se define necesariamente como una producción interdisciplinaria; con el aporte que brinda cada disciplina integrante del equipo de salud se podrá atender las necesidades de salud de una comunidad. Los profesionales deben poner el acento en lo preventivo, respetando pautas culturales y generando la participación comunitaria para que el destinatario sea protagonista de su propio proyecto.

Por la multicausalidad de los factores incidentes sobre las adolescentes en riesgo potencial de sufrir un trastorno alimenticio, y siguiendo uno de los pilares

fundamentales de la APS pensamos primordial abordar esta problemática desde un equipo interdisciplinario.

- En cuanto a la APS, no se cuenta con información sobre actividades que se realizan en Mar del Plata, si bien se conoce la existencia de profesionales que trabajen en este campo, tuvimos inconvenientes en la obtención de material bibliográfico. Se observo la falta de programas intersectoriales desde salud y educación, de proyectos que consideren estos grupos de riesgo.
- La TO, disciplina que integra el equipo de salud en intervención comunitaria, tendrá como objetivo proveer el ambiente facilitador de aquellos elementos que le permitan a las adolescentes desarrollar sus capacidades y aptitudes, reconocer sus potencialidades y detectar sus propios recursos, favoreciendo al desarrollo integral del adolescente.
- A partir de esta investigación se pudo comprobar la falta de bibliografía acerca del abordaje de Terapia Ocupacional en este tipo de patologías.
- No se encuentra en la ciudad de Mar Del Plata, TO que trabajen en el área de la salud mental con trastornos alimenticios desde lo asistencial. Solo una institución cuenta con un TO como parte del equipo de salud para el tratamiento especifico de la Bulimia y la Anorexia Nerviosa.
- La TO en APS tiene una historia breve; aun no se ha consolidado el marco teórico capaz de formar profesionales aptos para asumir la problemática de la comunidad desde un equipo interdisciplinario.

Por lo anteriormente expuesto:

- Creemos fundamental el fortalecimiento de los equipos de salud, con una mirada hacia la APS; poniendo especial atención en los adolescentes que se encuentren en situación de riesgo y se extienda la atención de la salud a toda la comunidad.
- La implementación de planes para la detección, el control y seguimiento de los adolescentes lo que favorecerá al desarrollo integral del mismo.
- Consideramos importante incrementar la labor informativa y de consulta de los servicios de salud, especialmente en el nivel de atención primaria en trastornos alimenticios, como otras cuestiones que afectan en esta etapa de la vida.
- Como tarea preventiva, seria fundamental aumentar la disponibilidad de servicios de atención al adolescente que cuente con un equipo adecuado para la promoción de la salud donde el mismo y la familia encuentre la información que necesita garantizando gratuidad, horarios adecuados, personalización, confidencialidad, consentimiento informado y cordialidad en el trato.
- Destacamos la necesidad de la inclusión del TO, al equipo de instituciones de salud, por la importancia de su intervención en la promoción y protección de la salud, detección, diagnostico y tratamiento de los adolescentes con trastornos en la alimentación.
- Brindando tambien servicios de salud en otros sectores como la escuela, donde se prioricen las actividades de promoción, prevención e información. Sugerimos la inclusión del TO en instituciones escolares como profesional del equipo; ya que todas las personas relacionadas con la educación tienen un papel importante en la detección de esto trastornos, observando diariamente los comportamientos, los cambios emocionales y de aspecto físico que pueden ser

un signo de alarma de este tipo de trastornos alimenticios. A partir de nuestra investigación se puede ver que el TO cuenta con herramientas para contribuir significativamente en esta detección.

- Partiendo de información obtenida de investigaciones realizadas en nuestra facultad, se pudo conocer la falta de formación e información de los TO especializados en el área de la salud mental con respecto al abordaje de trastornos de la alimentación; sumando a estos datos nuestra experiencia y las dificultades que encontramos para adquirir material bibliográfico especifico, creemos fundamental incorporar a los programas de materias referidas a la salud mental de nuestra carrera temas como los trastornos alimenticios, sus signos y síntomas, el posible abordaje de estas desde los diferentes marcos teóricos.
- Se podrían implementar seminarios optativos sobre estos trastornos desde la facultad para la formación de profesionales y la difusión de un campo de acción hasta el momento inexplorado por el TO en nuestro país. Esto permitirá clarificar y distinguir el rol y las herramientas propias del TO; para de esta manera poder formar parte de un equipo de salud y realizar un abordaje interdisciplinario de esta afección desde los diferentes niveles de prevención.
- Nuestra investigación deja demostrado que existen áreas de intervención especificas de la TO que favorecerán el abordaje de la Bulimia y la Anorexia. Teniendo conocimiento de las mismas, el TO puede participar de los programas y proyectos desde el área de la prevención primaria; trabajando desde la Salud Mental del adolescente y la comunidad.

- Los resultados obtenidos confirman que no existen en nuestro país grandes diferencias en cuanto al riesgo de sufrir un trastorno alimenticio en adolescentes pertenecientes a niveles socioeconómicos altos o bajos como lo expuesto en el marco teórico. La preocupación por el cuerpo y las dietas es una cuestión generalizada en la población estudiada. Por otra parte, el uso del tiempo libre que hacen las adolescentes no va mas allá de mirar televisión, escuchar música, salir con amigos entre otras actividades sedentarias que llevan al ocio prolongado y por consiguiente, al riesgo de canalizar ansiedades a partir de la comida o pensamientos destructivos. Como futuras TO, consideramos que el uso que se haga del tiempo libre es vital, mas aun es esta etapa de la vida. Por ello creemos que el TO deberá proporcionar a las adolescentes los medios necesarios a través de la promoción de la salud, la educación e información adecuada, fomentar la autoresponsabilidad y la participación, favoreciendo el desarrollo de actitudes proclives al autocuidado para que pueda ejercer el adolescente un mayor control sobre su salud.
- A través de la implementación de la actividad, elemento propio y distintivo del rol, utilizando la estrategia participativa; el encuentro actividad-sujeto se constituirá como espacio de crecimiento, comunicación y aprendizaje. Tendiendo a que el adolescente reconozca sus potencialidades, favoreciendo el desarrollo integral del mismo.
- Nuestro trabajo de campo en colegios de la ciudad de Mar del Plata, deja al descubierto que existe un espacio abierto para realizar aportes desde nuestra profesión en el área de la prevención primaria de la Bulimia y la Anorexia

Nerviosa. Estas patologías preocupan a docentes y a padres; el TO como agente de salud, conjuntamente con el equipo que forma el gabinete psicopedagógico de las instituciones educativas podrá participar en la programación e implementación de talleres de salud. Consideramos que estos talleres deben realizarse sobre *alimentación normal*, ya que suponemos que con adolescentes escolarizadas seria contraproducente hacer talleres sobre patología especifica; pues esto podría actuar en alguna medida como inductor de dichas enfermedades cuando hay terreno predisponente. Proponemos trabajar en forma grupal, formando grupos homogéneos por edades ya que los intereses, ideas, experiencias y respuestas serán diferentes para cada edad.

Los objetivos a seguir serán:

_ Describir e identificar tipos de alimentos como hidratos de carbono, proteínas, grasas etc.

_ Estimular la utilización adecuada de estos alimentos.

_ Fomentar la incorporación de nuevos hábitos alimenticios en los adolescentes.

_ Detectar "vicios" en la alimentación (por ejemplo, comida chatarra, muy frecuente en este medio) y sugerir modificaciones en los hábitos para obtener una vida más saludable.

_ Detectar conductas atípicas que ponen en situación de riesgo al adolescente.

_ Detectar tempranamente patologías especificas, no para actuar sobre ellas sino para informar a las autoridades escolares pertinentes.

Como TO proponemos la utilización de la actividad como recurso preventivo en la implementación de estos talleres, tomando como metodología de trabajo la libre expresión, la realización de collage, la expresión corporal entre otras actividades.

Nuestro abordaje no solo se limitara al trabajo con el alumno, sino tambien se intentara buscar el compromiso de la familia en el desarrollo integral del adolescente, realizando encuentros de padres para informarlos sobre estas patologías; informar sobre síntomas y signos para que ellos puedan ser los principales detectores de alteraciones en la salud de su hijo; brindando información sobre centros de salud a los que pueden recurrir en busca de orientación especifica.

"Deseamos que esta investigación permita incentivar a los lectores a la profundización de la patología en cuestión y la formación del recurso humano que contemple la adecuación del rol del TO a la maduración del proceso de participación comunitaria e incorporarse como un elemento mas a la dinámica de una movilización social con personalidad propia".

TABULACION DE DATOS.

CUADRO N°1.

Realización de las adolescentes de actividades placenteras durante el tiempo libre según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Actividades placenteras durante el tiempo libre.							
	Si		A veces		No		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatales	30	50	27	45	3	5	60	50
Privados	38	63,33	22	36,66	-	-	60	50
Total	68	56,66	49	40,83	3	2,5	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°2.

Tiempo de las adolescentes que pasan en soledad durante el día según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Tiempo que pasan solas durante el día.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	9	15	13	21,6	38	63,33	60	50
Privados	8	13,33	30	50	22	36,66	60	50
Total	17	14,16	43	35,83	66	50	120	100

Fuente. Propia.

CUADRO N°3

Tiempo que la adolescente comparte durante el día con las personas que vive según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Tiempo que comparten durante el día.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	27	45	23	38,33	10	16,66	60	50
Privados	23	38,33	30	50	7	11,66	60	50
Total	50	41,66	53	44,16	17	14,16	120	100

Fuente: propia

CUADRO N°4.

Dificultad de las adolescentes para establecer relaciones interpersonales según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Dificultad para relacionarse con la gente						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	16	26,66	19	31,66	25	41,66	60	50
Privados	15	25	18	30	27	45	60	50
Total	31	25,83	37	30,83	52	43,33	120	100

Fuente: Propia.

CUADRO N°5.

Cambios en el estado animo de la adolescente durante el día según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Cambios en el estado de animo durante el día						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	29	48,33	22	36,66	9	15	60	50
Privados	30	50	20	33,33	10	16,66	60	50
Total	59	49,16	42	35	19	15,83	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°6.

Dificultad para disfrutar de los encuentros familiares según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Dificultad para disfrutar de encuentros familiares.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	8	13,33	8	13,33	44	73,33	60	50
Privados	7	11,66	12	20	41	68,33	60	50
Total	15	12,5	20	16,66	85	70,83	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°7.

Posibilidad de la adolescentes de dialogo con sus padres según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Posibilidad de dialogo con sus padres.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	31	51,66	25	41,66	4	6,66	60	50
Privados	36	60	4	6,66	20	33,33	60	50
Total	67	55,83	29	24,16	24	20	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°8.

Dificultad de las adolescentes para expresar sentimientos según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Dificultad para expresar sentimientos.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	21	35	19	31,66	20	33,33	60	50
Privados	24	40	16	26,66	20	33,33	60	50
Total	45	37,50	35	29,16	40	33,33	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°9.

Dificultad de las adolescentes para concentrarse en el estudio según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Dificultades para concentrarse en el estudio.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	28	46,66	21	35	11	18,33	60	50
Privados	19	31,66	18	30	23	38,33	60	50
Total	47	39,16	39	32,5	34	28,33	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°10.

Preocupación de la adolescente por el rendimiento académico según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Preocupación por el rendimiento académico.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	32	53,33	14	23,33	14	23,33	60	50
Privados	30	50	16	26,66	14	23,33	60	50
Total	62	51,66	30	25	28	23,33	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°11.

Realización por parte de las adolescentes de dietas sin prescripción medica según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Realización de dietas sin prescripción medica.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	20	33,33	14	23,33	26	43,33	60	50
Privados	19	31,66	13	21,66	28	46,60	60	50
Total	39	32,5	27	22,5	54	45	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°12.

Realización de las adolescentes de actividad física según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Realización de actividad física.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	24	40	17	28,33	19	31,66	60	50
Privados	21	35	21	35	18	30	60	50
Total	45	37,5	38	31,66	37	30,83	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°13.

Pensamiento constante de las adolescentes sobre el peso según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Pensamiento constante sobre el peso.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	18	30	22	36,66	20	33,33	60	50
Privados	19	31,66	17	28,33	24	40	60	50
Total	37	30,83	39	32,5	44	36,66	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°14.

Comparación por parte de la adolescente del propio cuerpo con el de otra adolescente según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Comparar el propio cuerpo con el de otra.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	23	38,33	17	28,33	20	33,33	60	50
Privados	26	43,33	12	20	22	36,66	60	50
Total	49	40,8	29	24,16	42	35	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°15.

Gusto de las adolescentes por estar a la moda según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Gusto por vestirse a la moda.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	424	70	12	20	6	10	60	50
Privados	29	48,33	27	45	4	6,66	60	50
Total	71	59,16	39	32,5	10	8,33	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°16.

Realización por parte de las adolescentes de cuatro comidas diarias según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Realización de cuatro comidas diarias.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	27	45	19	11,40	16	26,66	60	50
Privados	29	48,33	13	21,66	18	30	60	50
Total	56	46,66	32	26,66	32	26,66	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°17.

Posibilidad de la adolescente de compartir los horarios de comida con las personas que vive la adolescente según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Posibilidad de compartir los horarios de la comida.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	45	75	13	10,83	2	3,33	60	50
Privados	17	28,33	25	41,66	18	30	60	50
Total	62	51,66	38	31,66	20	16,66	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°18.

Capacidad de la adolescente de disfrutar de los momentos de la comida con la familia según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Capacidad de disfrute de los momentos de comida en familia.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	35	58,33	18	30	7	11,66	60	50
Privados	42	70	13	21,66	5	8,33	60	50
Total	77	64,66	31	25,83	12	10	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°19.

Ausencia o irregularidades en el periodo menstrual de las adolescentes según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Periodos menstruales ausentes o irregulares.						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	20	33,33	18	30	22	36,66	60	50
Privados	21	35	22	36,66	17	28,33	60	50
Total	41	34,16	40	33,33	39	32,5	120	100

Fuente: propia.

CUADRO N°20.

Consumo de alcohol y/o cigarrillos por parte de las adolescentes según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

Tipo de institución	Consumo de alcohol o cigarrillos						Total	
	Si		A veces		No		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	23	38,33	8	13,33	29	48,33	60	50
Privados	26	48,33	16	26,66	18	30	60	50
Total	49	40,83	24	20	47	39,16	120	100

Fuente: propia.

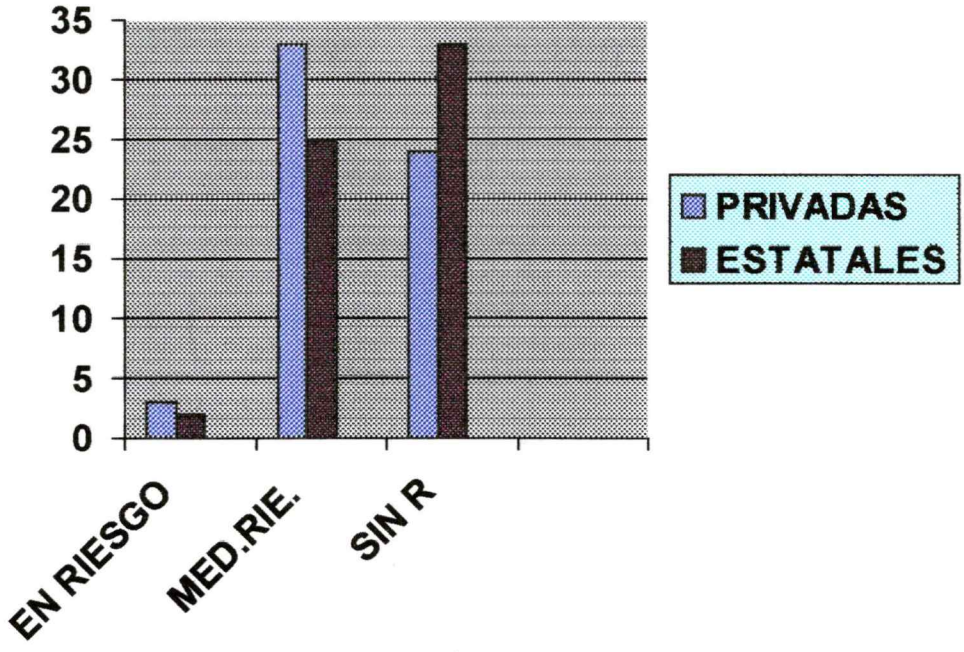
CUADRO N°21.

Riesgo de las adolescentes de sufrir trastornos alimenticios según el tipo de institución educativa, en Mar del Plata, en el mes de octubre de 2001.

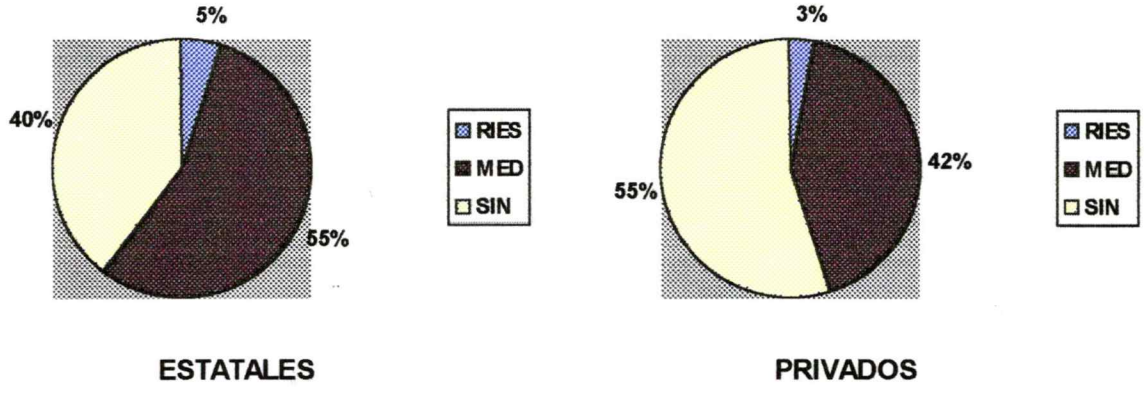
Tipo de institución	Riesgo de sufrir trastornos alimenticios.						Total	
	En riesgo.		Medianamente en riesgo		Sin riesgo.		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Estatales	3	5	33	55	24	40	60	50
Privados	2	3,33	25	41,66	33	55	60	50
Total	5	4,16	58	48,33	57	47,5	120	100

Fuente: propia.

Grafico N°1:



Riesgo de sufrir trastornos alimenticios según el tipo de institución educativa.



BIBLIOGRAFÍA

1. ABERASTURI, A. Adolescencia Normal. Editorial Paidos. Buenos Aires 1990.
2. ABERASTURI, A. El niño y sus juegos. Editorial Paidos.
3. ALEXANDER, M. J. y otros. Temas de salud mental en la comunidad. Serie platex Nª19. Organización panamericana de la salud. 1992.
4. BHEM ROSAS, H. Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina. Serie B . Nº: 96. Diciembre de 1992.
5. BLOS, P. La transición adolescente. Asappia amorrortu editores.
6. CAPLAN, G. Principios de psiquiatría preventiva. Bs. As. 1983.
7. CASTELLS WIXART, P. Guía practica de la salud y psicología del niño. Editorial planeta.
8. DIARIO "LA CAPITAL" . Articulo: el cuerpo soñado, ¿una puerta abierta al infierno? MdP. 1999.
9. DIARIO "LIBRE EN LA CIUDAD". Articulo: Ley de medidas de ropa femenina. MdP. 26 de Abril de 2001.
10. DOLTO, F y otros. Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta. Editorial Atlántida. Buenos Aires 1992.
11. DSM IV. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. MASSON. Barcelona. 1998.
12. ERIKSON, E. Identidad, juventud y crisis.
13. FRANCISCO, B. Terapia Ocupacional. Traducción libre.
14. FREUD, S. Obras completas. Ediciones Orbis. Hispanoamericana. Bs As.1993.

15. GARCIA CEIN, E. y otros. Tesis de grado "Prevención primaria en salud mental desde T.O".UNMdP. 1991.

16. GARNER, D y otros. Principios psicoeducacionales en el tratamiento de la bulimia y anorexia.

17. HERSCOVICI RAUSCH, C. BAY, L. Anorexia y bulimia: amenazas a la autoestima. Editorial piados.

18. KROEGER, A . LUNA, R. Atención primaria de salud. Principios y métodos O.P.S. .Editorial Pax México. 1992. Segunda edición.

19. LEHELLE, Henri. Psicología del adolescente. Editorial Critica. Buenos Aires. 1986.

20. MAHLER, M. Psicosis infantil y otros trabajos. Editorial Paidos. Bs As.1984.

21. MANUAL PARA EL ENFOQUE DE RIESGO MATERNO INFANTIL. OPS/OMS. Cap: 3.

22. Material Interno de la cátedra : Psicología general . 1996. UNMdP.

23. Material interno de la cátedra: Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. UNMdP.

24. Material interno de la cátedra: Terapia Ocupacional en Psicopatología Infanto Juvenil . Diciembre de 1997. UNMdP.

25. Material interno de TINO. Curso de postgrado en trastornos de alimentación organizado por la S.A.O.T.A Bs. As. 1998.

26. MELAMED, F y BUNGE ,T. Abordaje integral de la patología alimentaría. XXII Congreso Interamericano de psicología. Buenos Aires 1989.

27. MOCCIO, F. Taller de terapias expresivas. Ed. Paidos. Barcelona. 1980.

28. MORAN, M. y otros. Tesis de grado: Trastornos de alimentación y Terapia Ocupacional. UNMdP. 1999

29. PAGANIZZI, L. Los medios en T.O. Editorial Tango. Buenos Aires 1998.

30. Pagina Web. Art Anorexia y Bulimia. CORMILLOT. Año 2001.

31. Pagina Web. Articulo: Anorexia Nerviosa y Bulimia en la adolescencia. BLAS CORSARO.

32. Pagina Web. Articulo: Prevención en los trastornos del comportamiento alimentario. SALGADO,C..

33. PICHON RIVIERE, E. Teoría del Vinculo. Edición Nueva Vision. Buenos Aires. 1995.

34. POLIT, D; HUNGLER,B. Investigación científica en ciencias de la Salud. Nueva Editorial interamericana. 2° Edición. México, D.F.1989.

35. PROMET. Programa de post grado en metodología de la investigación epidemiológica y clínica. Educación a distancia. Modulo 3. MdP. 1997.

36. PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA ANTOLOGÍA. Organización Panamericana de la salud. Publicación científica n°557.

37. Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de Sao Paulo. 1998.

38. Revista del Hospital de niños "Dr. Ricardo Gutierrez".Vol XXXIV.N°149. Bs As. Junio de 1992.

39. REVISTA MATERIA PRIMA N° 18.Marzo / junio de 2001.

40. REVISTA MATERIA PRIMA. N° 3. Marzo / mayo de 1997.

41. Revista Salud Mundial. Declaración de Alma Ata. Agosto-Septiembre 1998.

42. SANCHEZ, M . La adolescencia y el malestar en la cultura. Material interno de la cátedra de Psicología Evolutiva II. UNMdP 1997.

43. SBRILLER, L y otros. Terapia Ocupacional, clinica y teoría. Ed. Riardo Vergara. Bs.As. 1991.

44. SHILDER, F. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Editorial Paidos.

45. SORIA, M y otros. La realidad de los medios terapéuticos. MdP 1997.

46. VIDELA, M. Prevencion. Intervención Psicológica en salud cominitaria. Ed. Cinco. Bs.As. 1993.

47. WILLARD SPACKMAN. Terapia Ocupacional. Editorial Medica Panamericana. Octava Edición.

48. WINICOTT, D. Realidad y juego. Editorial Gedisa . Séptima impresión. Barcelona Año 1999.

ANEXO

CARTA PRESENTADA A LOS COLEGIOS.

Mar del Plata,23 de Agosto de 2001

SRA DIRECTORA
DE LA ESCUELA....:

Somos estudiantes de la UNMdP, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Nos dirigimos a Ud. para solicitar su autorización para encuestar a alumnos que concurren a 9° año de su colegios quienes formarán parte de la muestra de un trabajo de investigación que nos permitirá adquirir la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

El estudio a realizar tiene por objetivo detectar conductas atípicas en adolescentes escolarizados que lo colocan en situación de riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. Se utilizara como técnica de recolección de datos un cuestionario autoadministrable y anónimo que cuenta con veinte preguntas.

En el mes de Septiembre se presentara el plan de tesis, en el cual debemos informar los colegios que serán encuestados. En esta carta requerimos la autorización de su colegio para contar con las alumnas de 9° año como muestra de una tesis de grado.

La aplicación de los cuestionarios se realizara en el mes de noviembre, previamente nosotras nos acercaremos a su colegio para acordar día y horario para llevar a cabo dicha actividad.

Sin otro particular, agradecemos infinitamente su disponibilidad. Nos pondremos en contacto nuevamente para la aplicación de los cuestionarios.

Saludamos atentamente.

VARETTONI, JORGELINA.
y LÓPEZ, LORENA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: CUESTIONARIO.

SECCION I

1.a) Edad del encuestado:_____
b) Colegio al que concurre:_____

2.a) Ocupación y/o profesión de la madre:_____
b) Estado civil actual:_____

3.a) Ocupación y/o profesión del padre:_____
b) Estado civil actual:_____

4.¿Con quien vivís actualmente?
a) con tu papá _____
b) con tu mama_____
c) con tus hermanos_____
d) con tus abuelos_____
e) otros (especifique)_____

5. ¿Como te relacionas con cada uno de ellos?

_____

_____

6. ¿Ante una situación difícil, a quien recurrís?
a) a tu mama _____
b) a una amiga_____
c) a algún familiar_____
d) lo resolves sola_____
e) otros (especificar)_____

7. ¿En que ocupas tu tiempo libre?

_____

_____

8. ¿Cual es tu peso actual y estatura?

_____

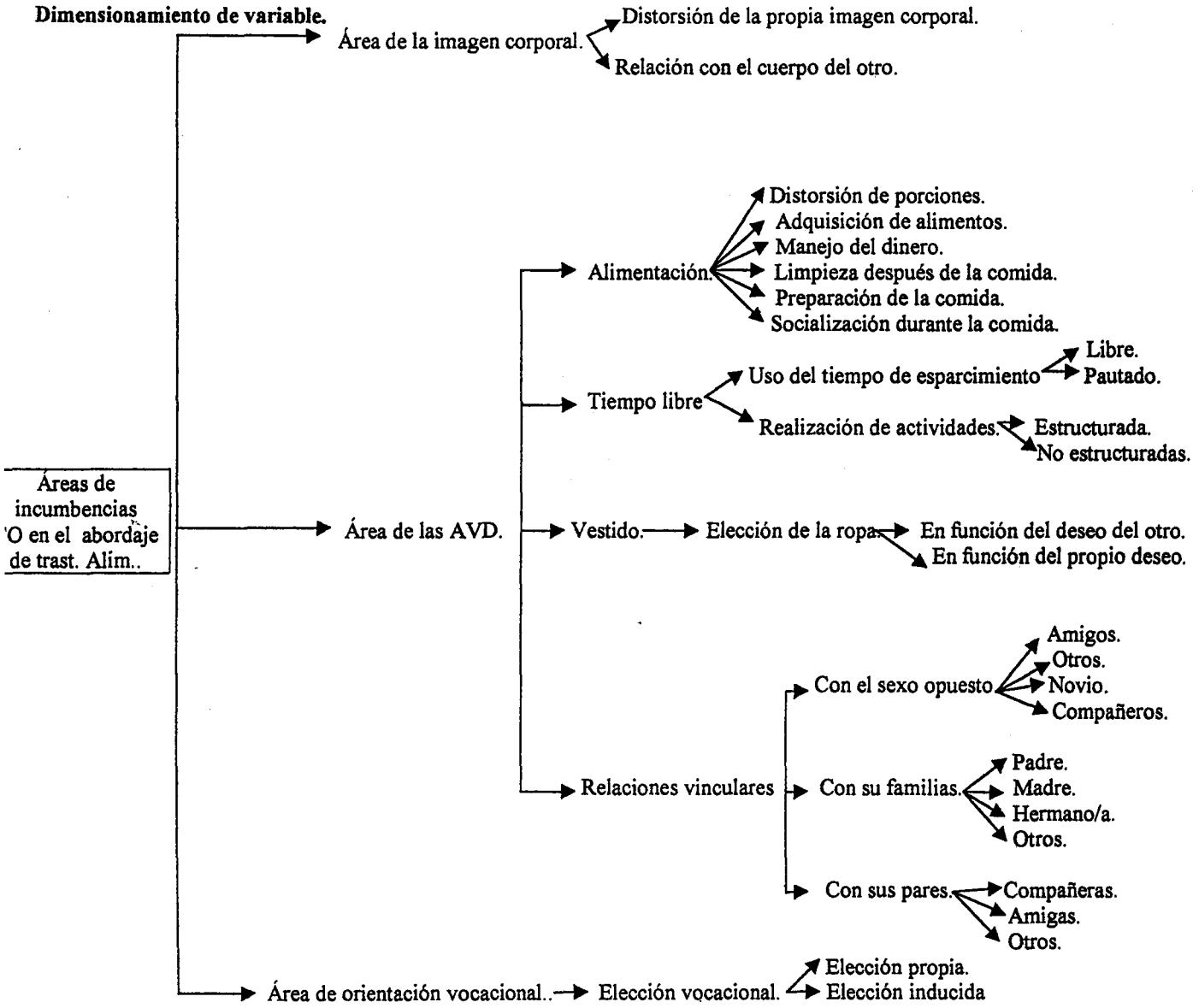
SECCION II

	SI	A veces	NO
1. ¿Durante tu tiempo libre realizas actividades que te gustan?			
2. ¿Pasas muchas horas sola?			
3. ¿Con las personas que vivís compartís muchas horas al día?			
4. ¿Te cuesta relacionarte con la gente?			
5. ¿Tenés cambios en tu estado de ánimo durante el día?			
6. ¿Te resulta difícil disfrutar de encuentros familiares o con amigos?			
7. ¿Podes dialogar con tu padres?			
8. ¿Te cuesta expresar lo que sentis?			
9. ¿Te cuesta concentrarte en tus estudios?			
10. ¿Te preocupas mucho si te va mal en el colegio?			
11. ¿Realizas dietas de revistas o que te da una amiga?			
12. ¿Realizas actividad física con frecuencia?			
13. ¿Estas muy pendiente de tu peso?			
14. ¿Comparas tu cuerpo con el de los otros?			
15. ¿Te gusta vestirte de acuerdo a la moda?			
16. ¿Realizas las cuatro comidas al día?			
17. ¿Compartís los horarios de comida con tu familia?			
18. ¿Disfrutas de estos momentos?			
19. ¿Tenes periodos menstruales irregulares o ausencia de la mestruacion?			
20. ¿Consumís alcohol o cigarrillos frecuentemente?			

Dimensionamiento de variable

Conductas atípicas detectables en adolescentes en riesgo de sufrir un trastornos en alimentación.

- Realización excesiva de ejercicios físicos. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Realización de dietas inadecuadas en relación a su peso. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Dificultad para concentrarse → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Preocupación y angustia por la disminución en su rendimiento escolar. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Dificultad para establecer relaciones interpersonales. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Dificultad en el uso del tiempo libre. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Pensamiento destructivo o negativo sobre el cuerpo y apariencia física. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Baja autoestima. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Evitacion de horarios de comidas. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Dificultad para disfrutar de encuentros con amigos o familiares. → Si (2). / A veces (1). / No (0).
- Alteraciones hormonales. → Si (2). / A veces (1). / No(0).
- Consumo de alcohol u otras sustancias toxicas. → Si (2). / A veces (1). / No (0).

ADOLESCENTE EN RIESGO	**40 a 30**
ADOLESCENTE MEDIANAMENTE EN RIESGO	**29 a 16**
ADOLESCENTE SIN RIESGO	**15 a 0**

Dimensionamiento de variable.