Universidad de Alcalá

PROGRAMA DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE LA SALUD

ANÁLISIS DE LOS CUIDADOS HOLÍSTICOS DE ENFERMERÍA A PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

EXPERIENCIA DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tesis Doctoral presentada por

MIRIAM ALONSO MAZA

Directores:

DR. ANTONIO MARTÍN DUCE

DRA. INMACULADA CORRAL LIRIA

Tutora:

DRA. Mª FRANCISCA CASAS MARTÍNEZ

Alcalá de Henares, 2018

AGRADECIMIENTOS

Embarcarse en la aventura de realizar una tesis doctoral no es una tarea sencilla; supone dedicar gran parte de tu tiempo a la investigación, largos días y noches de búsquedas, dudas y reuniones, duras jornadas frente al ordenador, sentir que el tiempo vuela y no ver el final o el temor a no reflejar adecuadamente la experiencia de las/los entrevistadas/os. Por otro lado, implica dejar *"abandonada"* parte de tu vida, las quedadas con amigos, los planes improvisados o las reuniones con la familia no suelen ser tan frecuentes, y a menudo, experimentas la frustración de tener que elegir entre dos partes de tu vida que te completan y hacen feliz: compaginar la vida personal y la profesional no resulta fácil. Es por ello, que contar con el apoyo de personas maravillosas, que han hecho que este camino sea más asequible, es una suerte. Estoy orgullosa y agradecida a todas las personas que de una manera u otra han aportado su granito de arena para que yo pudiera conseguir mi objetivo, y que sin duda, me animan a continuar avanzando en mi trayectoria profesional.

En primer lugar, quiero agradecer a todas/os las/los pacientes y profesionales de Enfermería que desinteresadamente han compartido su vivencia conmigo, sin su generosa e íntima aportación, esta investigación nunca hubiera sido posible.

A mis directores y tutora de tesis, por el apoyo y confianza demostrada, por sus ánimos y disponibilidad y por hacer este camino más fácil y posible.

A todos mis compañeros de trabajo, por interesarse por mí, por tantas veces que me han prestado su ayuda, por su escucha, recomendaciones y aliento en los momentos de bloqueo.

A todos mis amigos, por entender mis ausencias y animarme a seguir. Por permitirme desconectar cuando más lo necesitaba y darme la motivación e impulso que me faltaba en ocasiones.

A Julio, por poder compartir este proceso contigo, al igual que otros proyectos que hemos emprendido. Por nuestras llamadas, correos y mensajes, por entendernos tan bien y lograr cada reto juntos.

A mi familia, Jose, Grisell, Gabino y Mario, porque aún desde la distancia, han conseguido transmitirme su fuerza, y confianza en mí. Han sido mi sostén, escuchando mis problemas, aplaudiendo mis logros y protegiéndome con sus consejos. A mi abuela Mª Jesús, porque *"desde el cielo"* ha sido, y sigue siendo, mi guía en la vida. Porque sin ellos no sería quien soy.

A mi familia de Madrid, Víctor, Rosa y Nora, por acogerme y hacerme sentir como en casa. Me habéis cuidado como a una hija más, vuestro cariño me ha dado la estabilidad necesaria para seguir adelante.

A Deivi, por estar a mi lado siempre, por conseguir sacarme una sonrisa en cualquier momento, aguantar mis altibajos y mis ausencias y apoyarme, celebrando mis alegrías y compartiendo mis problemas. Has sido mi *"mejor casualidad".*

Al resto de mi familia y a todas las personas que están y han estado, que saben que son una parte fundamental en mi vida y que me hacen mejor cada día. Compartir este viaje con vosotros es un auténtico privilegio.

"Empieza haciendo lo necesario, después lo imposible, y de repente, te encontrarás haciendo lo imposible".

San Francisco de Asís

“El cuerpo es el instrumento del alma”.

Aristóteles

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS 1
ÍNDICE DE TABLAS 7
ÍNDICE DE FIGURAS 8
ÍNDICE DE ABREVIATURAS 9
1. RESUMEN/ABSTRACT 13
2. INTRODUCCIÓN 21
3. MARCO CONCEPTUAL 29
3.1 ANTECEDENTES 29
3.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) 34
3.2.1 Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria 34
3.2.2 Evolución Histórica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria 38
3.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO 47
3.4 IMAGEN CORPORAL 51
3.5 TRATAMIENTO 63
3.5.1 Tratamiento de la Anorexia Nerviosa 64
3.5.2 Tratamiento de la Bulimia Nerviosa 66
3.5.3 Tratamiento del Trastorno por Atracón 67
3.6 PERSPECTIVA DESDE LA ENFERMERÍA 70
3.7 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 74
4. JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO 79
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 83
6. OBJETIVOS 87
7. METODOLOGÍA 91
7.1 PARADIGMA METODOLÓGICO 91
7.1.1 Fenomenología del cuerpo 95
7.1.2 Fenomenología en las Ciencias de la Salud 97
7.2 ÁMBITO DE ESTUDIO 98
7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO 100
7.3.1 Criterios de inclusión 100
7.3.2 Criterios de Exclusión 101
7.3.3 Acceso al lugar de estudio 102
7.3.4 Técnicas de muestreo 103

7.3.5 Tamaño de la muestra 104
5.3.5.1 Características finales de la muestra de profesionales: 108
5.3.5.2 Características finales de la muestra de pacientes: 111
7.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS 112
7.4.1 Entrevista en profundidad semiestructurada 112
7.4.2 Relatos 115
7.5 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS 119
7.5.1 Esquema de análisis de Benner 120
7.5.2 Tratado de Smith, Flowers & Larkin 121
7.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS 126
7.7 RIGOR METODOLÓGICO. CRITERIOS DE CALIDAD 127
8. RESULTADOS 135
8.1 RESULTADOS EN PACIENTES 136
8.2 RESULTADOS EN PROFESIONALES 183
8.3 COMPARACIÓN DE LAS VIVENCIAS DE CUIDADOS DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA 226
9. DISCUSIÓN 239
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 273
11. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN 277
12. HALLAZGOS INESPERADOS 281
13. CONCLUSIONES 285
14. BIBLIOGRAFÍA 289
15. ANEXOS 313
15.1 PAE: PERSONA QUE PADECE UN TCA 313
15.2 PAE: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL 317
15.3 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA 318
15.4 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE 320
15.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO 323

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Pacientes atendidas/os en CSM con el diagnóstico de TCA en el periodo Enero ’15- Septiembre ‘16 (elaboración propia)…….……....99

Tabla 2: Identificación de profesionales y herramienta para el análisis de los datos (elaboración propia)……...……107

Tabla 3: Características sociodemográficas de las/los profesionales (elaboración propia)……108

Tabla 4: Identificación de usuarias/os y herramienta para el análisis de los datos (elaboración propia)……...……110

Tabla 5: Características sociodemográficas de las/los usuarias/os (elaboración propia)……111

Tabla 6: Guía de preguntas para profesionales (elaboración propia)……..116

Tabla 7: Guía de preguntas para pacientes (elaboración propia) ...…….117

Tabla 8: Diseño orientativo de relato para profesionales (elaboración propia)……...118

Tabla 9: Diseño orientativo de relato para pacientes (elaboración propia)……..118

Tabla 10: Esquema conjunto: Benner, Smith, Flowers & Larkin (elaboración propia)……125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras 1 y 2: Relación hipotética *vs* relación real entre enfermedad, padecimiento y malestar (elaboración propia)…….…….25

Figura 3: Modelo Multifactorial de Lucas…….40

Figura 4: Modelo Multifactorial modificado por Ploog y Pirke……41

Figura 5: Modelo Multifactorial de Garner……42

Figura 6: Modelo Cognitivo Conductual de Fairburn y Beglin……43

Figura 7: Modelo explicativo de Raich…….….44

Figura 8: Modelo de Lydia Hall (elaboración propia)……...72

Figura 9: Procedimiento a seguir para la obtención de datos (elaboración propia)….102

Figura 10: Secuencia de realización de entrevistas y relatos en profesionales (elaboración propia)……..…….106

Figura 11: Secuencia de realización de entrevistas y relatos en usuarias/os (elaboración propia)……109

Figura 12: Esquema resumen de las interrelaciones entre temas y subtemas (elaboración propia)……...233

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AN: Anorexia Nerviosa.

AP: Atención Primaria.

BN: Bulimia Nerviosa.

CEIm: Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos.

CSM: Centro de Salud Mental.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

EIR: Enfermero Interno Residente.

EpS: Educación para la Salud.

HUPA: Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

IMC: Índice de Masa Corporal.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association: Clasificación de Diagnósticos Enfermeros.

NIC: Nursing Interventions Classification: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NOC: Nursing Outcomes Classification: Clasificación de Objetivos de Enfermería.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados.

UCIs: Unidades de Cuidados Intensivos.

RESUMEN/ ABSTRACT

1. RESUMEN/ABSTRACT

El abordaje a las personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) ha contado tradicionalmente con un protagonismo médico, sin embargo, la evolución en los tratamientos y la presencia del profesional de Enfermería como miembro del equipo multidisciplinar, capacitado y especializado en los cuidados a personas con problemas de Salud Mental, ha supuesto un nuevo reto para las/os enfermeras/os que se enfrentan día a día a personas con una patología compleja, que cada vez atañe a más usuarias/os, tanto hombres como mujeres, y a edades más tempranas.

Las/los afectadas/os por esta enfermedad experimentan también un cambio en sus vidas, una ruptura de lo que Cannon (1), citado por López-Espinoza, definió ya en 1932 como *homeostasis psicológica*, refiriéndose al "*equilibrio entre las necesidades y su satisfacción"*. Estas personas se ven envueltas en sentimientos de indefensión, tristeza, rabia, ira, culpa, descontrol e incomprensión mantenidos en el tiempo, carecen de las herramientas y estrategias de afrontamiento adecuadas y en muchas ocasiones, la falta de conocimientos favorece el agravamiento de la situación, sintiendo que se encuentran en un camino sin retorno.

Cuando acuden a la consulta de Enfermería emprenden, junto con su profesional de referencia, un recorrido de ayuda mutua. La/el usuaria/o busca comprensión y apoyo para escapar de su problema, mientras que la/el profesional proporciona sus conocimientos para modificar las conductas que provocan el desequilibrio. *A priori* puede parecer fácil, pero sin duda no lo es. Es por ello, que el analizar cómo viven esa

relación de cuidados ambas partes resulta fundamental para poder implementar la intervención que Enfermería realiza en los casos de personas que padecen un TCA.

El objetivo general del estudio es, por tanto, analizar los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de TCA, desde la experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva de género.

La base de esta investigación la ha compuesto la aproximación a las experiencias sobre cuidados holísticos de profesionales de Enfermería y personas diagnosticadas de TCA a través de la fenomenología hermenéutica. Mediante entrevistas en profundidad y relatos, se ha pretendido recoger todo lo que significan esas experiencias: sentimientos, emociones, percepciones, estereotipos, ideas preconcebidas y actuaciones.

Siguiendo el muestreo teórico, se contó con los testimonios de 19 pacientes y 19 profesionales, captados desde los dos Centros de Salud Mental (CSM) de Alcalá de Henares. El análisis del contenido de sus discursos posibilitó el hallar 7 temas principales, con sus correspondientes subtemas, que permitieron la descripción del fenómeno de estudio propuesto. Los temas encontrados fueron: *una ayuda inesperada, buscar raíces: encontrar el origen, derribar barreras y construir contrafuertes y entender el significado del TCA,* por parte de los pacientes*; una lucha entre cabeza y corazón, una reflexión consciente: el cuerpo dice lo que la mente calla y aprender a cuidar de manera holística,* por parte de los profesionales.

Se encontró que las vivencias de pacientes y profesionales se muestran en concordancia: se tiene una visión similar sobre factores implicados, expectativas y la relación de ayuda. Los pacientes encuentran una ayuda inesperada en sus enfermeras/os, que les posibilita entender el significado del TCA en sus vidas, reconocer sintomatología, solucionar las verdaderas causas del trastorno y, en definitiva, aprender

a cuidarse. Por el contrario, en el caso de las/los profesionales, se observó una gran disparidad de criterios e intervenciones a la hora de afrontar los cuidados, que se traduce en diferentes tiempos y maneras de evolucionar de las/los pacientes. Igualmente, destaca la repercusión emocional y las dificultades que las/los enfermeras/os encuentran en el desempeño de su labor. La necesidad de profesionales especialistas en Salud Mental y una mejor coordinación, formación y trabajo en equipo, así como la realización de grupos de apoyo para pacientes y familiares, se establecen como líneas de mejora en el futuro.

Por otro lado, el tener en cuenta la perspectiva de género resulta fundamental para poder cuidar holísticamente. Se ha observado como muchas/os profesionales y pacientes siguen hablando en femenino, pensando que los casos de hombres afectados por un TCA son una minoría y con falsas creencias y discursos estereotipados, lo cual dificulta en buena medida el cuidado y muestra el gran trabajo por hacer.

Esta investigación representa un pilar para continuar avanzando en el conocimiento de la relación terapéutica establecida, la individualización de los cuidados holísticos de Enfermería y la valoración de las visiones únicas de sus protagonistas sobre su experiencia vivida.

The approach to people diagnosed with Eating Disorders (ED) has traditionally had a medical role, however, the evolution in treatment and having nurses as members of the multidisciplinary team, trained and specialized in caring people with mental health problems, has been a new challenge for nurses, who face people with a complex pathology, which increasingly affects more users, both men and women, at younger ages.

Those affected by this disease undergo a change in their lives, a rupture of what Cannon (1), cited by López-Espinoza, defined in 1932 as *psychological homeostasis*, referring to the *"balance between needs and their satisfaction".* These people express feelings such as helplessness, sadness, anger, guilt, lack of control and incomprehension maintained over time. The lack of tools, knowledge and coping strategies favors the aggravation of the situation, feeling that they are on a no return path.

When they go to the consultation they undertake, along with their nurse, a mutual help road. The patient seeks help and support to escape from her/his problem, while the professional offers her/his knowledge to modify the behaviors that cause the disease. *A priori* it may seem easy, but it certainly is not. It is for this reason, that analyzing how these care relationships are lived by both parties becomes fundamental to being able to implement the intervention that Nursing performs in the cases of people suffering from ED.

The main objective of the study is, therefore, to analyze holistic nursing care to people diagnosed with ED, from the experience of patients and nursing professionals, with a gender perspective.

This research is based on the approach to the holistic care experiences of nursing professionals and people diagnosed with ED through hermeneutical phenomenology.

Semi-structured interview in depth and stories were the techniques used in order to try to collect everything that those experiences mean: feelings, emotions, perceptions, stereotypes, preconceptions and actions.

The sample was selected by theoretical sampling technique and was established with the information provided by 38 participants: 19 patients and 19 nurses who were elected and addressed from the 2 Mental Health Centers of Alcalá de Henares. The analysis of the content of their speeches made it possible to find 7 main topics, with their corresponding sub-themes, which allowed the description of the phenomenon of the proposed study. The topics found were: *an unexpected help, the search for roots: finding the origin, to break down barriers and to build buttresses, to understand the meaning of the ED,* in the case of patients*; a struggle between the head and the heart, a conscious reflection: the body says what the mind locks, learning to care holistically,* in the case of the professionals.

It was found an agreement in the experiences of patients and professionals: they have similar opinions about the factors involved, treatment expectations and help relationship. Patients admit obtaining unexpected aid from their nurses, who help them to understand the meaning of the ED in their lives, to recognize the symptoms, to solve the real reasons of their disorder and, ultimately, to learn to take care of themselves. On the other hand, analyzing the professionals view, there was found a great disparity of criteria and care interventions, which leads to different ways of recovery. Equally, it is highlighted the emotional repercussion and the difficulties that nurses find in their daily work. Mental health specialized nurses are needed, as well as better coordination, training and teamwork, aside from carrying out supporting groups, not only for patients, but also for their families, appear as improvement future lines.

On the other hand, taking into account the gender perspective becomes essential in order to care holistically. It has been observed that many professionals and patients continue talking just in feminine, thinking that the cases of men affected by an ED are a minority and with false beliefs and stereotyped discourses, which makes it difficult to take care of all people affected, and shows the great work that remains to be done.

This research stands for a great support to pursue increasing the knowledge of the therapeutic relationship developed, the individualization of the holistic nursing care and the assessment of the unique views of its protagonists about their lived experience.

INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

La investigación desarrollada en esta tesis doctoral propone centrarse en el tratamiento ambulatorio llevado a cabo en los Centros de Salud Mental (CSM) por parte de Enfermería, como base de la atención a procesos crónicos y esencia de la continuidad de cuidados. El estudio se focaliza en las/los profesionales de Enfermería y en las/los pacientes diagnosticados de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), concretamente en sus experiencias, cómo han vivido esa relación de cuidado, cómo se han sentido, para así poder conocer el significado de su realidad y mejorar la atención prestada por parte de las/los profesionales.

El cuidado avanza, al igual que lo hacen sus profesionales, especializados en asistir, respaldar y enseñar a usuarias/os cada vez más empoderadas/os y dueñas/os de su salud, que demandan cuidados individualizados y sobre todo, holísticos.

Antes de comenzar con el núcleo del trabajo, es importante definir una serie de conceptos que están presentes a lo largo del mismo y resultan imprescindibles para su comprensión, como son: emoción, sentimiento, experiencia vivida y cuidados holísticos.

Emoción y sentimiento son dos términos sobre los que existe gran controversia ya que hay autores que establecen su diferencia y quienes los utilizan indistintamente. Belli (2) recoge que las emociones son: "*experiencias corporales naturales, espontáneas y gestadas en el inconsciente, que se expresan a través del lenguaje*". Por otro lado, Chóliz (3), refiere que "*las emociones son experiencias multidimensionales con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo";* dichas dimensiones coinciden con el modelo de ansiedad

propuesto por Lang. Finalmente, Bisquerra (4) define emoción como: *"el estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación de diferente intensidad. Es una reacción afectiva, más o menos espontánea, ante eventos significativos. Implica una evaluación de la situación para disponerse a la acción. La duración de una emoción puede ser de algunos segundos a varias horas".* Chóliz (3) menciona como Ekman identifica una serie de emociones básicas, como son: ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo, añadiendo posteriormente el desprecio, mientras que Plutchik, habla de las emociones avanzadas, obtenidas por combinación de las básicas, como: decepción, amor, optimismo o sumisión.

Son diversas las líneas de investigación desarrolladas en cuanto a las emociones se refiere, destacando el estudio del binomio emoción-lenguaje, tratando de averiguar si las emociones pueden encontrarse en el lenguaje o por el contrario, si es a través de este cómo se accede a ellas; la construcción social de las emociones, predominando las facetas históricas y antropológicas que influyen en la elaboración de las emociones teniendo como eje el discurso; y el estudio de las emociones en el discurso de Edwards, por mencionar algunas (2).

En lo referente a los sentimientos, despuntan las investigaciones de Lazarus (3), citado por Chóliz, que considera ambos conceptos interrelacionados, siendo el sentimiento parte de la emoción. Así puede definirse sentimiento como: "*el componente subjetivo o cognitivo de las emociones*" o "*la actitud originada a partir de la emoción, más duradera que esta última y filtrada por la razón*". Se destacan otros autores como Frijda, que basarían la diferencia en la duración, siendo el sentimiento el que perduraría más que la emoción (2).

Teniendo en cuenta estas referencias, para este trabajo se seguirán las investigaciones de Lazarus, donde el sentimiento es parte de la emoción y, por tanto, se consideran un todo particular, pues como bien afirmó Le Breton (5): "*las emociones son a la vez interpretación, expresión, significación, relación y regulación de un intercambio, son singulares en cada persona"*.

Estas emociones forman parte de la experiencia vivida de pacientes y profesionales, siendo igualmente diversos los autores que han tratado este concepto. Husserl y Heidegger (6-9) la entendían como: "*la percepción e interpretación individual que cada persona le da a su estar y participar del mundo en un momento, espacio y contexto determinado"*. Ambos destacaron que las declaraciones tanto orales como escritas de las personas eran fundamentales para la comprensión del porqué de las mismas. Walton & Majdar (10) pensaban que la persona está permanentemente influenciada por el entorno y el contexto en el que se encuentra, interaccionando a su vez con otras personas e influyendo en cómo se vive cada experiencia.

Otros autores como Dilthey, (11) entendían la vivencia o experiencia vivida como: "*un tipo de experiencia cuyo carácter es el ser sólo para mí, inmediata e intransferible, y al mismo tiempo, su significado en el ser dado sólo para mí depende de su ser mediado por visiones del mundo compartidas"*. Por otro lado, Walton & Majdar (10) destacan el papel de los cuidados prestados por Enfermería a personas cuyas experiencias significativas provenían de las emociones generadas por sus relaciones.

Pavan, Barbosa y Fernandes (12) se refieren a la experiencia vivida como: *"toda la situación vivida por los actores sociales en determinados contextos históricos y culturales concretos"*. Merleau-Ponty (13), citado por Thomas, finalmente, habla de *"la construcción que el sujeto hace consigo mismo y con los otros, a partir de la inter-*

relación de las experiencias pre-reflejadas y reflexivas, en un continuo del flujo de la existencia, unida a la facticidad del mundo, tal como se presentaba".

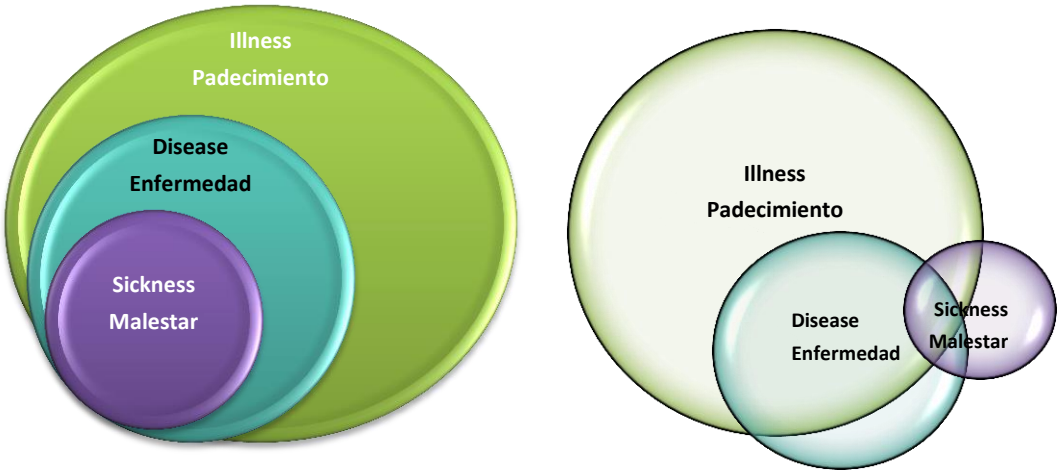
Por tanto, y teniendo en cuenta las influencias de los distintos autores, se entenderá vivencia o experiencia vivida como el conjunto de sentimientos/emociones, percepciones, estereotipos, ideas preconcebidas y actuaciones de la persona ante una situación concreta. Cada vivencia es individual y única y estará influida por el contexto (personas, cultura, valores, creencias) que le rodea.

Por último, es necesario definir los cuidados holísticos o integrales, esencia de la Enfermería. La palabra *holista* proviene del griego y se refiere a: *"la doctrina que propugna la concepción de la realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen"*. El paradigma holístico aparece fruto de la crisis del cartesiano-newtoniano, que simplemente perseguía la relación causal entre los fenómenos, olvidándose de las experiencias, pensamientos y sentimientos de las personas.

La incorporación de este concepto a las Ciencias de la Salud es relativamente reciente, es hacia 1960 cuando aparecieron las terapias complementarias, que no aceptaban que la salud estaba influida únicamente por el aspecto biológico, sino que también se debía de considerar *"la experiencia de relación consigo mismo, con la naturaleza, con el propio cuerpo, con los demás, donde los valores evocaban y realizaban lo trascendente"* (14).

Desde la visión interpretativa antropológica, se han tratado de integrar las distintas dimensiones de los cuidados integrales, así se habla de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*). Diversos autores recogen como Susser definió la enfermedad como: "*el proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva"* y el padecimiento como: "*el mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el*

individuo". Parsons añadió la disfunción social haciendo referencia a: "*acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad".* Por otro lado, Kleinman habla de la "*alteración o disfunción de órganos y sistemas"* (enfermedad), "*experiencia y percepción del acontecimiento"* (padecer) y define el malestar como la suma de enfermedad y padecimiento. Incluso, algunos como Almeida proponen el *"Complejo enfermedad-padecimiento-malestar"*, donde destaca el peso político e ideológico. Este trinomio pretende por tanto, recoger todos los aspectos: el patológico/biológico, la experiencia y el rol social del proceso salud-enfermedad. En muchas ocasiones estas esferas se consideran superpuestas, sin embargo, la práctica muestra que unos aspectos prevalecen sobre otros y no siempre se solapan (15-17).



Figuras 1 y 2: Relación hipotética *vs* relación real entre enfermedad, padecimiento y malestar (elaboración propia).

Mijangos (14) explica cómo en el área de Enfermería, Sakis y Skoner refieren que los cuidados holísticos no se manifestaron hasta que se identificaron con términos como lo son bio-psico-social. Así mismo, Carper describió el cuidado holístico a partir

de varios patrones: el empírico a través de la evidencia y la investigación; lo estético por medio de la creatividad y la relación terapéutica establecida, lo ético por el respeto a la persona en su totalidad; y el personal, donde se demanda al terapeuta conocerse y cuidarse para proporcionar unos cuidados excelentes. Teóricas como Benner manifiestan que "… *no incluir aspectos como el estado de las relaciones de la persona, sus emociones y el significado de su experiencia hace perder la individualidad y el sentido de los cuidados y disciplina enfermera*".

MARCO CONCEPTUAL

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 ANTECEDENTES

"Edo, ergo sum – como, luego existo".

Miguel de Unamuno

El comer es una necesidad básica para todos los seres vivos, sin embargo, los alimentos no se constituyen únicamente de nutrientes, sino de significado. Implican un complejo entramado de pensamientos, actos y emociones representativos para las personas. De este modo, cuando una madre amamanta a su hija/o no sólo acontece el fenómeno de la alimentación, sino el de la vinculación a su progenitora: la/el niña/o va aprendiendo las implicaciones socio-afectivas que conlleva el acto. Cumplen por tanto, la función biológica y fisiológica y formalizan igualmente un "*papel social total"* como dijo Mauss. Así, desde este punto de vista, el comportamiento alimentario y sus implicaciones biológicas, sociales y culturales determinan el significado de la alimentación (18-20).

Amon, Guareschi y Maldavsky (20) relatan en su artículo una muestra de la literatura popular que se ha transmitido de generación en generación y que ejemplifica, como se viene hablando, la significación de la alimentación como fenómeno social:

"En el cuento de Blancanieves y los siete enanitos, la bruja trata de envenenarla a través de la manzana. La manzana-comida se vincula con una serie de eventos

sociales tales como: ser poseída por alguien, ser envenenada, ser el objeto responsable de la tristeza de los enanos, y el objeto que conectaba a la princesa con el príncipe en una relación amorosa".

Contreras (21) recoge en su obra la lista publicada por Baas, Wakefield y Kolasa (1979) sobre los significados asignados a los alimentos, enumerando:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.

2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.

3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.

4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.

5. Expresar amor y cariño.

6. Expresar individualidad.

7. Proclamar la distintividad del grupo.

8. Demostrar la pertenencia a un grupo.

9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.

10. Significar estatus social.

11. Recompensas o castigos.

12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.

13. Ejercer poder político y económico.

14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.

15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.

16. Simbolizar experiencias emocionales.

17. Manifestar piedad o devoción.

18. Representar seguridad.

19. Expresar sentimientos morales.

20. Significar riqueza.

De hecho, existen numerosas normas sociales que determinan el comportamiento en torno a la alimentación y que han sido implantadas y legitimadas por razones religiosas, históricas, económicas, geográficas o sanitarias; véase como ejemplo la consideración de la vaca como animal sagrado en la India, mientras que en occidente es una de las carnes más consumidas. Así mismo, la clase social, el grupo étnico, la edad, el género y las diferencias individuales influyen notablemente en la manera de alimentarse (18-20,22).

La cuestión del comer o no comer se establece, por tanto, en función de los símbolos y valores del contexto: disponibilidad alimentaria, costumbres culturales y sobre todo los determinantes sociales que asignan las formas corporales. El peso que lo social posee a la hora de determinar la imagen física aceptable o deseable, así como lo sano o patológico, delata la importancia de estos factores en la salud y es clave para el desarrollo de enfermedades como la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) o la obesidad (18,22). Tal es su importancia, que en Cataluña se ha desarrollado un equipo de investigación multidisciplinar conocido como el *Observatorio de la Alimentación*, dedicado a profundizar en la comprensión de los comportamientos alimentarios desde la perspectiva histórica, económica, social y cultural (19).

La famosa frase *"somos lo que comemos"* ilustra perfectamente la relación entre la comida y el cuerpo. La existencia humana es corporal, se percibe todo desde y por el cuerpo, y es que la imagen corporal es la carta de presentación ante el mundo, ya que es la primera impresión que reciben de uno y dada la importancia que se le concede en la actualidad al aspecto físico, se ha convertido en la principal herramienta para juzgar, clasificar y, en muchas ocasiones, definir la valía y características de las personas. El avance de la sociedad y el proceso de modernización junto con el protagonismo que le otorgan los medios de comunicación y/o la publicidad, han transformado en cierta manera, el pensamiento dominante y han favorecido la aparición de nuevos prototipos corporales y de distintas patologías vinculadas a tan elevado nivel de exigencia (23,24).

Surgen así los TCA, como un conjunto de enfermedades que, a pesar de que sus principales manifestaciones se dan a través del comportamiento alimentario, esconden tras de sí un complejo entramado de causas y síntomas; adquieren una gran repercusión, tanto a nivel clínico como social, y afectan a las esferas personal, laboral, familiar o económica. Se encuentran recogidos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (25), apareciendo descritas en esta nueva edición diversas categorías que en la versión anterior (DSM-IV-TR) fueron reducidas a tres grupos principales: AN, BN y otros, englobados bajo la etiqueta de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Todos ellos, se caracterizan por la existencia de una alteración en la ingesta, control del peso e insatisfacción, tanto personal, como con la imagen corporal (26).

Estos trastornos representan la 3ª enfermedad más prevalente entre la población adolescente, siendo la principal edad de riesgo entre los 12-24 años y presentándose mayormente en mujeres. Se estima un riesgo total de padecer un TCA de entre un 4-12%. La prevalencia de la AN en mujeres es de 0.2-1%, la BN de 1-3% y los TCANE

3-5%, encontrándose cifras significativamente inferiores en hombres: AN 0.5-1%, BN 0.5-0.9% y TCANE 0.54-0.77%. Respecto al perfil típico, está variando, pudiendo darse estos trastornos en cualquier raza y estrato económico (24,26-28).

A lo largo de la historia, los TCA han sido considerados como una patología típicamente femenina, de ahí que la mayoría de los datos se refieran únicamente a las mujeres. El aumento de la detección de casos en hombres está favoreciendo la aparición de estadísticas comparativas y el cuestionamiento de estas creencias establecidas. Se pone de manifiesto la necesidad de su estudio y la aplicación de la perspectiva de género en su análisis, para así poder entender realmente cuáles son las causas y factores que llevan a estos trastornos, poder prevenirlos y ser capaces de proporcionar un tratamiento individualizado y adecuado (23,24,26,28).

3.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

3.2.1 Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El DSM V (25) recoge en su apartado *"trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos",* aquellos que presentan una alteración persistente bien en la alimentación o en el comportamiento alimentario, o en ambos, que implican una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que provocan un deterioro representativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

Se incluyen en este capítulo los criterios diagnósticos para:

- Pica.
- Trastorno de rumiación.
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- Anorexia nerviosa (AN).
- Bulimia nerviosa (BN).
- Trastorno por atracón.
- Trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados y no especificados.

Se mantiene, al igual que en previas ediciones, el no considerar la obesidad como un trastorno, ya que no se ha podido establecer asociación con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, sí que se han encontrado asociaciones significativas entre la obesidad y ciertos trastornos mentales como el trastorno depresivo, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Por otro lado, aporta importantes novedades, como la inclusión de una categoría diagnóstica específica para el trastorno por atracón o las consideraciones que se hacen al género: desaparecen los *"síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo"* y aparecen *"aspectos diagnósticos*

relacionados con la cultura y el género"; uno de los cambios más llamativos es la desaparición del criterio de *"amenorrea"* para el diagnóstico de la AN, con lo cual se abre la puerta a la inclusión de los hombres en este trastorno, tradicionalmente femenino.

Se describen a continuación las principales características y criterios diagnósticos de los trastornos que serán objeto de estudio, ya que son los que con mayor frecuencia presentan las personas que acuden a las consultas de Enfermería de los CSM para tratamiento ambulatorio y continuidad de cuidados:

- Anorexia nerviosa (AN):

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe

presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos 3 meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

- Bulimia nerviosa (BN):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los 2 hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo y circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos o el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

- Trastorno por atracón:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los 2 hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo y circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Los episodios de atracones se asocian a 3 (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer sólo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia con comportamientos compensatorios inapropiados de manera recurrente como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de BN o AN.

- <u>Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado:</u>

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de las categorías diagnósticas definidas. Se utiliza en situaciones en las que el facultativo opta por comunicar el motivo específico por el que

las manifestaciones no cumplen los criterios para un trastorno específico. Se incluye aquí el síndrome de ingesta nocturna de alimentos.

- Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de las categorías diagnósticas definidas. Se utiliza en situaciones en las que el facultativo no opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

3.2.2 Evolución Histórica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA, constituyen un fenómeno multicausal (22,29-34), numerosos autores recogen los factores específicos e inespecíficos mencionados por Toro, que abarcan los siguientes aspectos: culturales, familiares, económicos, sociales y personales transmitidos al cuerpo (22-28,35,36). Ahora bien, no todas las personas, especialmente las mujeres, que comienzan una dieta desarrollan un TCA, ¿qué hace que unas/os caigan en este padecimiento y otras/os no?, ¿por qué las mujeres hacen de la comida su obsesión y caballo de batalla frente a otras mujeres? (37).

La historia de los TCA puede remontarse al Siglo I, cuando la médica griega Metrodora habló de la *sitergia*, palabra que significa rechazo al alimento, refiriéndose a

una enfermedad que sufrían muchas jóvenes de la época y que consistía en abandonar la alimentación hasta morir de inanición (37,38). Varios autores nombran la división realizada por el historiador Skrabanek, según el que existen tres etapas bien diferenciadas en la evolución de la enfermedad:

- Los primeros siglos del cristianismo, con figuras como Avicena o San Alberto Magno, que identificaron que la menstruación se perdía si se dejaba de comer. En esta época eran frecuentes los matrimonios concertados, de ahí que el dejar de comer o los vómitos autoprovocados respondieran a la desaparición de la regla como manera de evitar tener hijos, perder las formas femeninas y ser liberadas de su destino. Resulta paradójico si se compara con la actualidad, que en esta época la AN consistiera en tener un aspecto feo, deshaciéndose de lo femenino y atractivo.
- S. XII – S. XVI "*la santa anorexia*", el ideal ascético cristiano impuesto. En el cristianismo destacaron los Santos anoréxicos como San Francisco de Asís, San Juan de la Cruz o Santa Teresa, para quienes el ayuno se convirtió en la manera de ganar el cielo.
- A partir del S. XVII, la AN comienza a afectar a la burguesía, desapareciendo su misticismo y prestigio y convirtiéndose en una enfermedad. El hombre romántico representa la patología anoréxica y encarna el ideal consistente en un hombre barbilampiño, tierno, lánguido, místico y ambiguo sexualmente. Importantes figuras como Bécquer o Kafka también padecieron AN (37,39).

Se llega así al S. XVII cuando aparece la primera descripción médica de lo que se conoce como AN, la realiza Morton en su trabajo "*Sobre la Consunción Nerviosa",*

describiendo el caso de una mujer de 18 años y posteriormente el de un varón de 16 años (37), Gull sería el que finalmente acuñó el término de AN (38).

Muchas son las explicaciones que tratan de darse respecto al origen de los TCA, al ser diversos los factores que influyen en su génesis, las distintas teorías proponen diferentes justificaciones, no pudiendo delinear un único mapa conceptual que esclarezca su origen.

Ortiz (22) menciona que el primer modelo explicativo en surgir es el multifactorial, formulado por Lucas y modificado más tarde por Ploog y Pirke. Según este modelo, existen 3 factores: la predisposición biológica, la predisposición psicológica y el entorno social que se interrelacionan dando lugar al TCA (figuras 3 y 4). Para Lucas, los factores psicológicos tienen un papel protagonista.

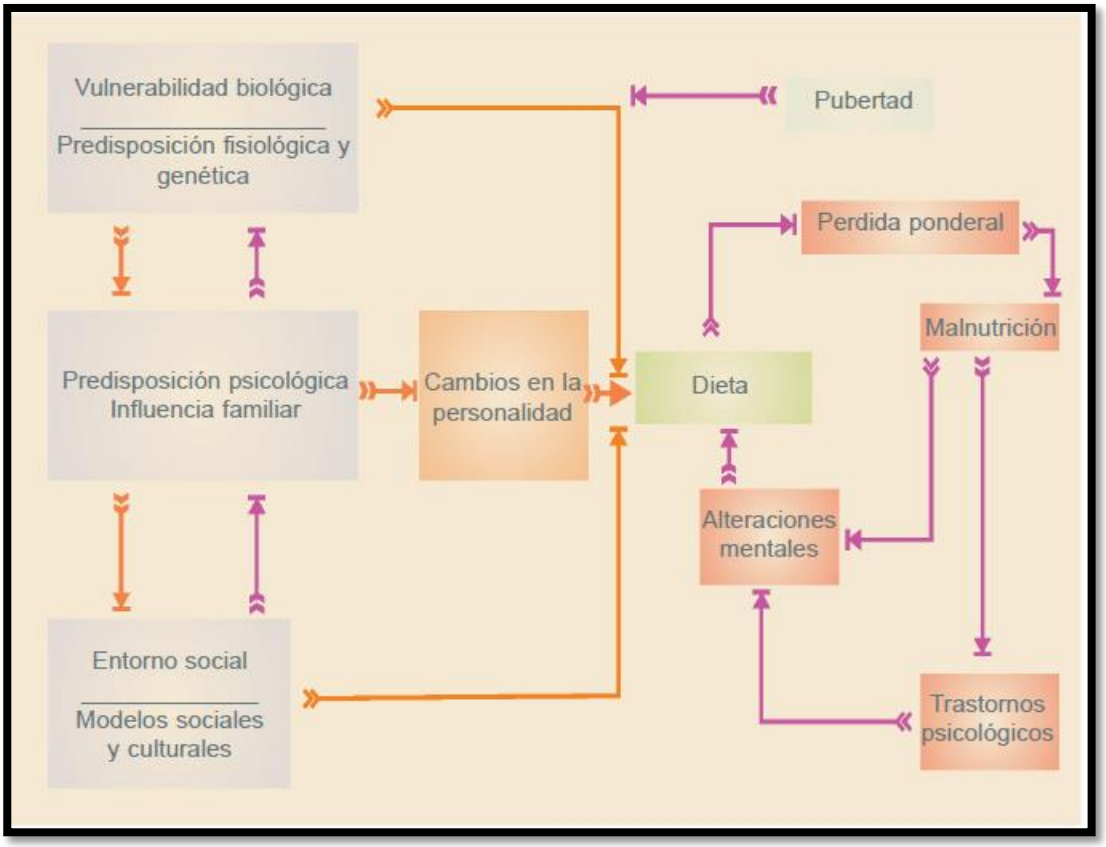


Figura 3: Modelo Multifactorial de Lucas (22).

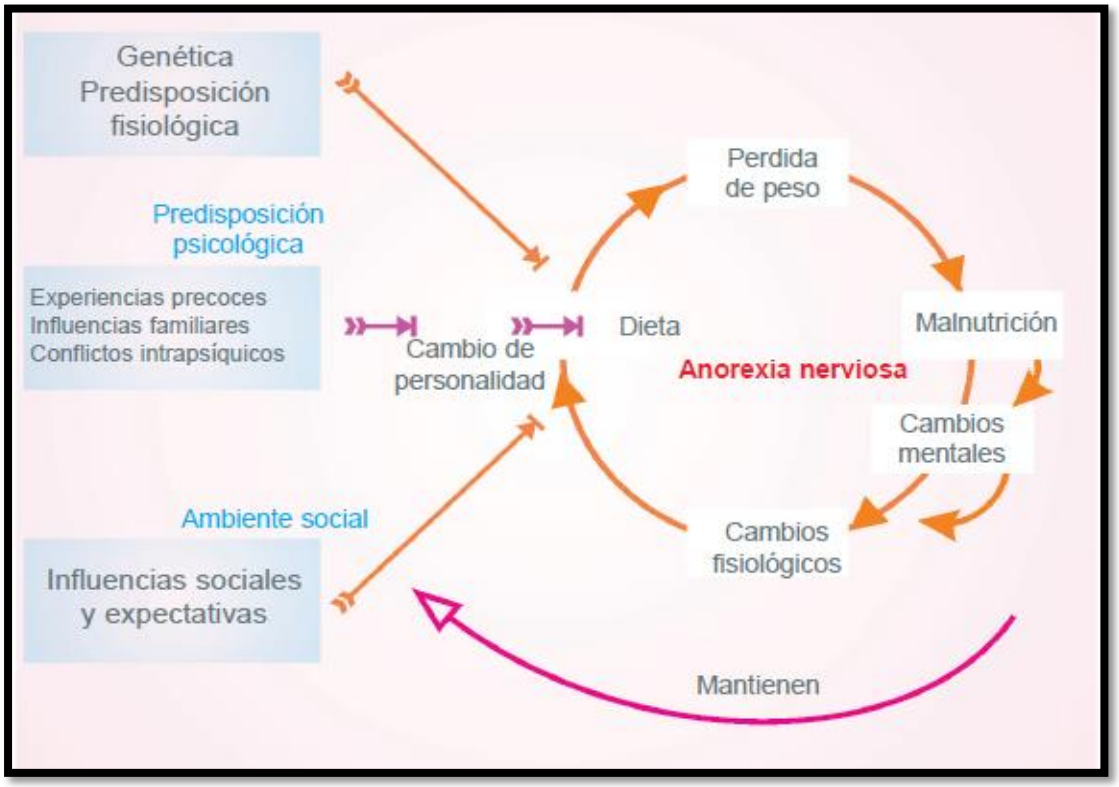


Figura 4: Modelo Multifactorial modificado por Ploog y Pirke (22).

Al mismo tiempo, y como ya se ha mencionado, Toro y Vilardell (22), citados por Ortiz, clasifican los TCA siguiendo el modelo multicausal. Son diversos los elementos que interactúan vinculados a las esferas biológica, psicológica y social de la persona. A nivel general, y siguiendo el modelo Precede-Procede de Green y Kreuter se identifican los factores que predisponen, facilitan y mantienen los TCA:

- Factores predisponentes: genética, rasgos de personalidad, familiares con TCA, valores y costumbres, temor a la madurez, trastorno de la percepción e imagen corporal, problemas de identidad o presiones culturales, abuso de alcohol y otras drogas.
- Factores precipitantes: separación y pérdida (viajes, cambio de hogar), amenaza directa a la autoestima (abuso sexual) o nuevas exigencias (estudios).

Igualmente, obesidad percibida, comentarios críticos sobre la estética corporal y la depresión.

- Factores de mantenimiento: inanición y vómito, dieta, mensaje cultural, imagen corporal distorsionada y beneficio secundario (22,39).

Siguiendo esta teoría, Garner desarrolla el mapa que muestra la interacción entre los mentados factores (figura 5).

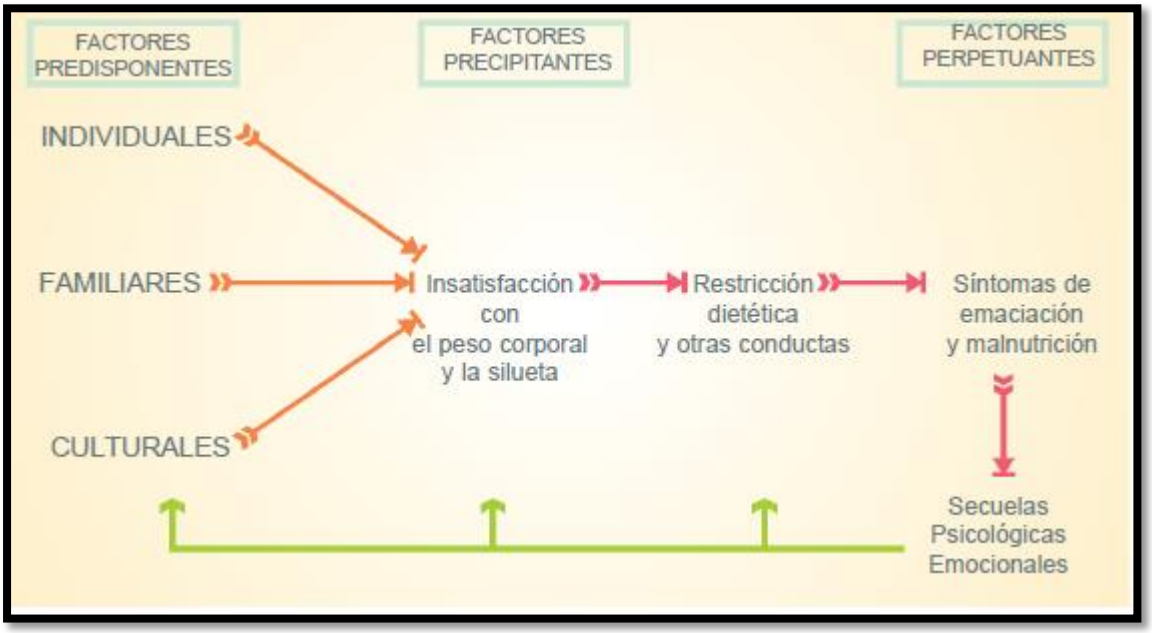


Figura 5: Modelo Multifactorial de Garner (22).

Por otro lado, el Psicoanálisis también proporciona su explicación: dice que la AN es el resultado del miedo a la fecundación oral, es decir, si la mujer no se alimenta no se quedará embarazada, siguiendo así la línea de lo propuesto siglos atrás. Freud consideró que el apetito era una manifestación de la libido, enlazando las prácticas restrictivas con problemas sexuales no resueltos, En este caso, los factores familiares

son definitivos en el desarrollo de los TCA, especialmente la relación de protección madre-hija (22,39).

Desde el modelo conductual, se justifican los TCA como un conjunto de conductas adquiridas y mantenidas en el tiempo, fruto de refuerzos y castigos tanto internos como externos. En el caso de la AN por ejemplo, el refuerzo sería la delgadez y sensación de poder y autocontrol. Dentro de los modelos cognitivos, destaca el cognitivo-conductual, que propone que los pensamientos interceden entre los estímulos y la respuesta del individuo. Si se habla de la BN, Fairburn y Beglin desarrollan su teoría explicativa hasta llegar al atracón y la purga (figura 6). Consideran que la ansiedad es el agente principal en el trastorno que propicia un círculo vicioso: la ansiedad provoca el atracón, que a su vez genera más ansiedad por el miedo a engordar, lo que desencadena el vómito. Desde la perspectiva conductual se plantea modificar las creencias equivocadas y distorsionadas para así poder establecer un patrón de ingesta conveniente y romper el círculo (22).

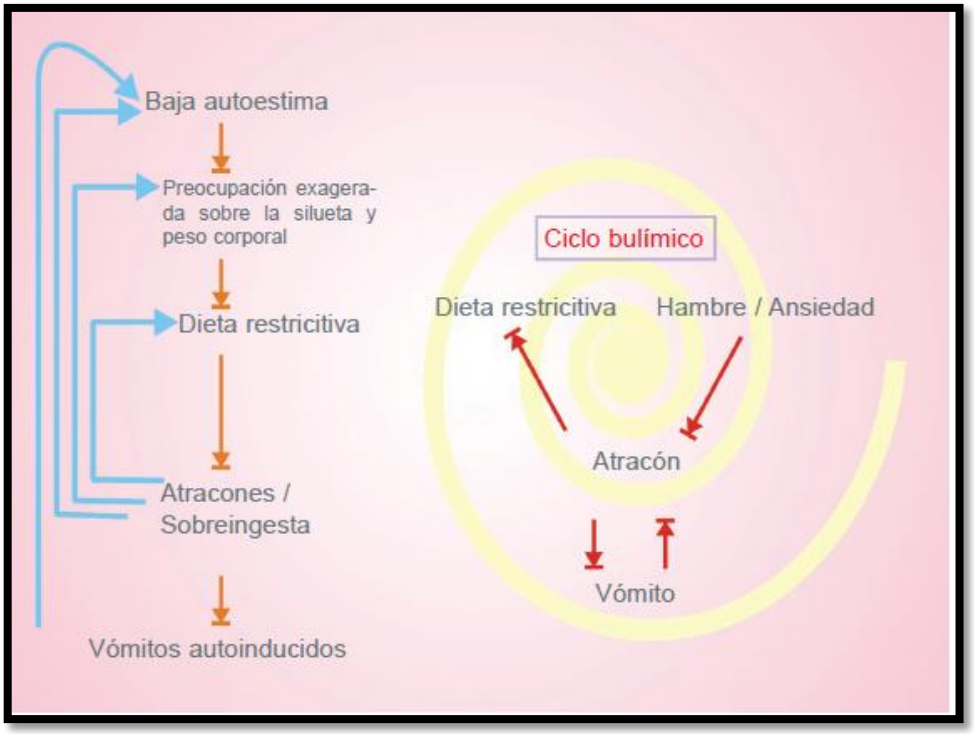


Figura 6: Modelo Cognitivo Conductual de Fairburn y Beglin (22).

Por otro lado, existen las teorías del aprendizaje social, que incluye reforzamiento directo, observación (Bandura) e imitación, y el condicionamiento operante, que tratan de explicar la AN a partir de la adquisición de papeles correspondientes al género (39). Dentro de los modelos con enfoque de género se destaca el de Striegel-Moore, que propone que los factores sociales y ambientales, la interiorización del rol de género y la presión que se vive en la adolescencia podrían explicar la aparición del TCA (22,24). Raich (40) propone, igualmente, su modelo explicativo de los TCA, exponiendo factores biológicos, psicológicos, familiares, culturales y sociales que favorecen su aparición y mantenimiento. Cree que la presión social para estar delgada/o y el estigma hacia las/los obesas/os son claves para los TCA. Reconoce que la genética, la educación, la familia y las habilidades de la persona junto con el mito de la perfección y acontecimientos estresantes que precipiten la crisis, pueden llevar a la persona a debutar con un TCA (figura 7).

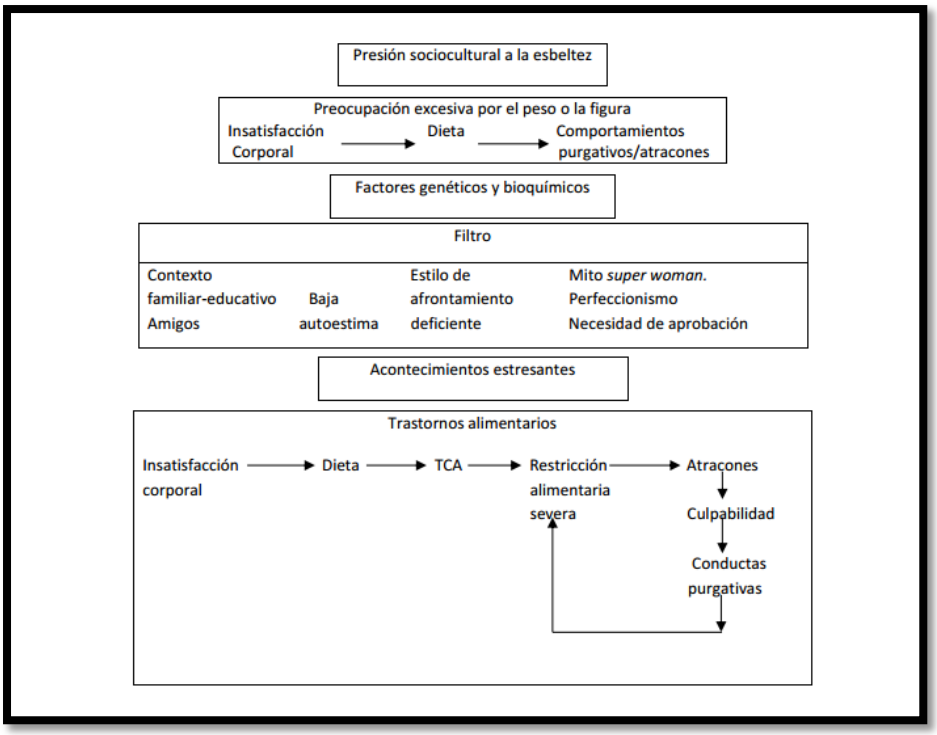


Figura 7: Modelo explicativo de Raich (40).

Otras teorías sugieren que los TCA serían una expresión del rechazo al cambio del cuerpo durante la adolescencia, periodo en el que las mujeres padecen una gran presión; es en este momento donde el cuerpo cambia, aparecen redondeces, pechos, caderas, se pega el estirón, se produce la menarquía y aparecen los instintos sexuales. La madre suele advertir sobre los chicos y aparece la preocupación por la reproducción y la repulsa hacia el cuerpo y la sexualidad (37,41). La idea extendida de que siempre hay que estar sexualmente disponibles para los hombres o la no exteriorización de la agresividad se plantean como otras posibles causas. Destaca en el fundamento de estos trastornos, que más de la mitad de las mujeres que han padecido AN han sufrido abusos sexuales en la infancia. Las mujeres se sienten culpables del abuso, incómodas con su feminidad y llegan a sentir repulsa de su cuerpo; de esta manera, la AN se presenta como la forma de desprenderse de su sexualidad y feminidad y de autocastigarse (24,42).

Si el problema surge en hombres, se les tilda de afeminados y suele ser la solución a su *"problema de identidad sexual",* muchas veces no aceptado, ni social ni familiarmente. La relación de la AN con la represión de los deseos homosexuales se remonta a la expiación de los sentimientos de culpa y de los deseos impuros y reprochables (42). Se debe explorar también la relación del TCA con la presión que sienten los hombres por cumplir con las exigencias de la masculinidad tradicional, sacrificio que pueden hacer muchos homosexuales por asemejarse a la imagen ideal y seguir ocultando el TCA (43). Wagner (44) sin embargo, afirma en su estudio que el género no regula la relación entre las características del TCA, sus consecuencias y la calidad de vida, y manifiesta la necesidad de investigar las peculiaridades en hombres y mujeres.

Así mismo, el TCA puede encarnar el rechazo a la madre, "*no quiero ser como ella*" por la sobreprotección o la rigidez. Existe también la negación del papel nutricio de la mujer y lo que simboliza: rehusando la comida preparada por la madre se trata de escapar de su dominio; o bien, conflictos con el núcleo familiar como defendían Cooper y Laing (31,37,38). Bruch (45) menciona por su parte, el gran peso de la relación patológica madre-hija en la génesis de la AN.

Selvini (37), citada por Gómez, propone que los TCA serían el intento de las mujeres de ser dueñas y creadoras de su cuerpo, una forma de mostrar que son libres. Al respecto Bruch (45), recoge el testimonio de una de sus pacientes que decía que la AN era "*una jaula dorada creada para deslumbrar a los demás"*. Es paradójico cómo se esclavizan para conseguir la libertad. Sin embargo, desde este punto de vista hay autores que concluyen que es la enfermedad la que se convierte en nueva identidad (37). Esteban (42) muestra la visión de Orbach, que incluye la gordura como una manera de liberación de los estereotipos e imagen ideal de la sociedad, reaccionando frente a la desigualdad. Finalmente, el Dr. Morandé afirma que los TCA son el precio a pagar por la revolución femenina, por conseguir la igualdad (37).

Como puede verse, los TCA son mucho más que la obsesión por un cuerpo perfecto; ya lo mencionó Lacan: *"el conflicto en realidad no tiene nada que ver con la comida",* resultan una estrategia para regular las emociones negativas y entrañan diversos conflictos internos (33).

3.3 PERSPECTIVA DE GÉNERO

"La fijación cultural en la delgadez de las mujeres no es una obsesión acerca de la belleza femenina, sino una obsesión acerca de la obediencia femenina".

Naomi Wolf

La situación y consideración social de la mujer es fruto de un complejo entramado de pensamientos, estereotipos e ideas preconcebidas que se han ido manteniendo a lo largo de la historia, y que han determinado que las diferencias sexuales explicaban la dominación y concesiones de los hombres sobre las mujeres (35), creándose así una identidad de la mujer vulnerable, sumisa, dependiente, complaciente y emocional (24,35).

Se hace necesario examinar el concepto de género, ya que a partir de él, se construye la feminidad y masculinidad, con los correspondientes comportamientos, ocupaciones y/o oportunidades que se van aceptando hasta llegar a la construcción de la identidad del rol genérico y que posibilitan el tratar de analizar los mecanismos sociales y culturales que fundamentan la desigualdad (24,36).

El rol de género dispuesto, establece esas características y comportamientos esperados, representativos de los hombres y las mujeres (42), así el hombre, aparece vinculado a actividades productivas, es asertivo, fuerte y competitivo, mientras que la mujer, niega sus necesidades en favor de sus hijos y esposo y es sensible, cariñosa y conformista, *"bonita y exitosa"* (28,36). Según Esteban (42), "la *identidad de género es siempre una identidad corporal, nos identificamos en relación al género dentro y a*

partir de una determinada corporeidad, desde una vivencia y una percepción determinada de nosotros". La corporeidad se erige por tanto, como uno de los conceptos clave ya que como bien mencionó Foucault (46), citado por Escribano, el cuerpo es portador de poder, y la corporeidad implica la integración de elementos biológicos, psicológicos, espirituales, afectivos, sociales e intelectuales expresados a través del cuerpo.

Mientras la representación social del hombre se fundamenta en el éxito y poder derivado de su trabajo y el predominio de lo racional frente a lo emocional, exigiéndole la demostración pública de fuerza, superioridad y omnipotencia (35), la de la mujer se construye sobre un papel secundario y dependiente en nuestra cultura. Desde el momento de la Creación con Adán y Eva, la mujer aparece vinculada al hombre, siendo creada a partir de su costilla, se trata de un claro ejemplo de que el hombre es lo normativo y la mujer la desviación; ésta viene a ocupar un mundo creado por y para los hombres, además, el pecado original cometido por Eva sienta las bases de la consideración negativa de la feminidad que se ha perpetuado durante siglos, bien por la propia valoración como inferiores o por la ansiedad y miedo que generaban las mujeres: seres misteriosos, desconocidos o simplemente diferentes (38,39). Según Bordo (24), citado por Bullen, la asociación negativa del cuerpo y la mujer es interiorizada por muchas féminas, identificando el cuerpo como centro del deseo sexual y de los apetitos de la carne. Todo ello puede ser interpretado como un rechazo a la feminidad, como dijo Lacan (30), citado por Morales: "*el no comer nada es un reflejo simbólico de su deseo de nada"*, la negación de las características que hicieron a las mujeres inferiores.

Lo cierto es que, aparentemente, el único modo que tenía la mujer de poder destacar era a través de su imagen y de su cuerpo. Los estándares de belleza y el mito de la delgadez se convierten en una respuesta a la gran presión social a la que se ven

sometidas, tratan de cumplir con las expectativas que perciben e interiorizan, de acuerdo con lo que es socialmente aceptado, deseado y apropiado. Se asocia la esbeltez con juventud y triunfo, convirtiendo la búsqueda del cuerpo ideal en un mecanismo de autoevaluación (22-24,29,30,36). Mediante la focalización de la atención en el aspecto externo se distrae la observación de la verdadera situación de la mujer: débil, sin voz y menospreciando sus logros; se impide así, el alcance de la verdadera identidad y del desarrollo personal (23,47,48).

La voz de las mujeres se alzaría pasado el tiempo con el surgimiento del movimiento feminista, cuyo principal objetivo era acabar con la opresión que sufrían y conseguir una sociedad más justa (38,39). Diversos autores recogen que una de las principales impulsoras de esta corriente fue Wollstonecraft (49), que en su obra *"Vindicación de los derechos de la mujer",* aboga por la educación racional para las mujeres de manera que puedan ser útiles para la sociedad y capaces de cumplir con el papel asignado de educar a los hijos, "*las mujeres no son inferiores al hombre por naturaleza, sino por la educación que reciben".* Igualmente, cree que la sociedad ha creado mujeres estúpidas y superficiales, "*enseñadas desde su infancia que la belleza es el cetro de las mujeres, la mente se amolda al cuerpo y, errante en su dorada jaula, sólo busca adornar su prisión*". Por otro lado, destaca la figura de Beauvoir (50), citada por Montero, que sostenía, al igual que Foucault y Bordieu, que el concepto de inferioridad que se tenía de la mujer, mantenido por la interiorización de la propia incapacidad, era construido socialmente y relacionado directamente con la cultura y la educación. Según Beauvoir, el principal objetivo de las mujeres debiera de ser el de redefinir su propia identidad, dejando de ser determinadas como *"madres, esposas o hijas de"* y conseguir ser seres independientes. Resume perfectamente sus ideas su famosa frase *"no se nace mujer, se llega a serlo"*.

El vínculo entre la belleza y la mujer es una unión que se ha mantenido desde tiempos remotos, es en la ribera del Nilo, donde surge el ideal de belleza que perdura hasta nuestros días, con frases tan conocidas como "*para presumir, hay que sufrir*", haciendo referencia al uso de la cirugía, dietas o cualquier otro procedimiento que lleve a la consecución del objetivo (23,24,35). Si bien, es cierto que tanto hombres como mujeres utilizan la seducción como interacción social, se hace más explícito en el caso de las mujeres el usar sus cuerpos para conseguir beneficios de los hombres, reafirmando así su consideración como "*objeto de deseo*" y limitando su representación pública como individuo social (38,42). En el caso de los hombres, la seducción se ejerce a través de la ostentación de su fuerza, poder, triunfo y seguridad (38). La excepción son los periodos en los que la sociedad dictaba que lo deseable era una mujer exuberante, con curvas y rolliza, como símbolo de una buena alimentación y de estatus social, pero siempre ha sido una constante la relación entre lo femenino y la imagen y la discordancia entre lo que la persona era y lo que le gustaría parecer (52,53).

La sociedad transmite un complejo y ambivalente mensaje: por un lado se asocia la delgadez con el éxito, popularidad y conductas saludables, pero por otro lado, el acto de comer se vive como un suceso biológico, psicológico y social, cargado de simbolismo, ¿son por tanto, incompatibles? (23,24). La mujer se convierte así, en un objeto, que ya desde la sociedad patriarcal y la perspectiva androcentrista trató de utilizar la comida como una manera metafórica de hacerse con el poder y control, al menos de su cuerpo (31). Suponen estas conductas los inicios de los TCA.

3.4 IMAGEN CORPORAL

"El cuerpo: superficie de inscripciones de los sucesos (mientras que el lenguaje los marca y las ideas los disuelven), lugar de disociación del Yo (al cual intenta prestar la quimera de una unidad sustancial), volumen en perpetuo derrumbamiento. La genealogía, como el análisis de la procedencia se encuentra por tanto en la articulación del cuerpo y de la historia. Debe mostrar al cuerpo impregnado de historia, y a la historia como destructor del cuerpo".

Michel Foucault

Azpeitia (38) incluye en su obra las reflexiones de Spinoza, para quien el cuerpo y la mente no son dos cosas distintas, sino que forman un todo. Para él, el cuerpo es un conjunto de partes, la relación que comparten y una realidad que forma parte de la naturaleza. Utiliza la metáfora de la llama, donde el cuerpo se asemeja a una llama que arde, en la que lo que permanece no es la materia sino el proceso. Los cuerpos necesitan nutrirse de otros cuerpos a través de un entramado de relaciones físicas, sociales y culturales. En la misma línea que Spinoza, Henry (54), citado por Xolocotzi, suscribe que "*la felicidad depende de la satisfacción del deseo de mente y cuerpo"*.

Surge así el concepto de *embodiment o encarnación*, propuesto por autores como Unamuno, Merleau-Ponty o Heidegger entre otros, y que trata de integrar las diferentes visiones del cuerpo: individual, social y político y de esclarecer su interacción y papel del cuerpo en el moldeamiento de la mente y viceversa (13,38). Como bien explicó Heidegger, el cuerpo no es ni lo más claro ni comprensible, pudiendo conseguir mayores logros si se contempla como un problema (54). Al respecto de esta cuestión,

Martínez et al. (42), citados por Esteban, definen el concepto de identidad corporal como: "*la síntesis particular de prescripciones sociales, discursos y representaciones sobre el sujeto que se producen y son puestas en acción en cada contexto particular"*. Fitche (54), citado por Xolocotzi, concluye que la dimensión corporal del ser humano resulta fundamental para "*el sostenimiento de la vida biológica y para la realización del carácter moral e intersubjetivo de la persona".*

La vivencia del cuerpo es diferente en hombres y mujeres, encontrando en común la tensión que les origina y la desconexión existente con las sensaciones corporales; el temor a perder el control es una de las principales preocupaciones (33). Lo cierto es que como sostiene Toro (43) citando a Solano: "*al cuerpo se le adjudica el papel de ser un elemento importante en la regulación de los sujetos. En torno a él y a lo que significa se construye todo un circuito sociocultural y político que intenta definir patrones de una forma de ver la vida a partir de la consideración de los sujetos de su apariencia personal. En ese sentido la buena presencia, junto a la buena salud, son aspectos que se valoran en el entorno social".*

Generalmente, no se pregunta por el cuerpo, sino por algún asunto ajeno que se explicita a través de: una enfermedad, el hambre, un golpe, el subir o bajar de peso, etc. cayendo en el error de cosificar al cuerpo, ya que se llega hasta lo superficial y no se profundiza en el verdadero significado de la corporalidad. La trascendencia que tiene el cuerpo hoy en día es enorme, posibilitando la experimentación y autorrealización, objeto de expectativas, arma de seducción, exhibición y control; pero al mismo tiempo, campo de sufrimiento, frustraciones, privación y expectativas de liberación. Los cuerpos globalizados, desacralizados y mercantilizados están gobernados por la sociedad materialista que incita a consumir alimentación, cuidado estético, ejercicio físico y sexualidad. Se asiste a la equiparación de la imagen con el verdadero ser de la persona,

con lo que permanecer eternamente bello y joven se convierte en el último y único fin de una existencia, que finalmente se ve socavada en el intento de preservarla sin importar las consecuencias (38,42,54).

A lo largo de la historia, se han identificado los diferentes usos que se le podían dar al cuerpo, destacando 4 parcelas principales: la alimentación, la sexualidad, el ejercicio físico y el cuidado estético (42). A nivel físico, la cultura y tradiciones siempre han tenido como protagonista el cuerpo femenino, desde los pies de loto en China o las mujeres jirafa en Birmania, pasando por la ablación del clítoris o más recientemente, la obligada utilización del corsé, siempre han sido diversas las maneras de incapacitar a la mujer para una vida activa a través de su cuerpo (38). La frase de Wallis, hecha célebre por Chanel: " una *mujer no puede ser nunca ni demasiado rica ni demasiado delgada"* (39) o *"al hombre se le conquista por el estómago"* (38) muestran el protagonismo que tiene la comida y su relación con lo femenino en la vida diaria. La cultura del *"come y calla"* está perfectamente extendida y asimilada por la sociedad: el premio a una buena conducta es poder comer algo prohibido, ya que genera más placer el poder tener algo fuera de lo permitido, los éxitos se celebran con grandes comidas, al igual que la gestión de las emociones, conflictos o penas también se realiza a través de la comida (37,42). Incluso de manera metafórica, se relaciona la comida explícitamente con el acto sexual *"comerse una rosca" o "una mujer devoradora"* muestran cómo se interioriza el sesgo de género. En lo referente al patrón sexualidad-reproducción, las experiencias reproductivas de las mujeres son vistas desde la óptica de la enfermedad, utilizando sus *"cuerpos débiles"* durante pubertad, menstruación, embarazo y menopausia para justificar su subyugación. Famosa es la *"histeria"* femenina, presente en aquellas que cuestionaban su destino natural de ser madres; se las consideraba unas desviadas si rechazaban lo femenino y estos ataques eran la única manera permitida de expresar la

rabia y enojo por su situación. Se trata de una guerra constante cerebro *vs* útero, sin posibilidad de triunfo para los dos (55).

Si bien la distorsión de la imagen corporal es una de sus principales características, la imagen no deja de ser como dijo Schilder (23), citado pro Prego: "*la figura en nuestra mente, es decir, la forma en que nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos"* y está influenciada por factores perceptuales: inexactitud, sobreestimación; y factores afectivos-emocionales: pensamientos y actitudes (23,26). Se ha transmitido que el cuerpo perfecto es aquel delgado y esbelto en exceso, sin curvas, con cintura estrecha y huesos marcados (23) pero ¿qué ocurre con los hombres?

La historia ha trasladado que la preocupación por la imagen y los trastornos asociados, eran únicamente asunto de mujeres, son las únicas que tienen legitimada su obsesión por adelgazar (37), estudios más recientes demuestran que se deben vincular con las características negativas y extremas de la masculinidad o feminidad, por lo tanto, no podría afirmarse que la masculinidad actúe como factor protector (31,35,41,48).

Estos errores de interpretación se han manifestado a través de diferentes sesgos: de género, androcéntricos y de definición, que han dificultado el conocer cómo se veían afectados los hombres. Por un lado, la mayoría de las investigaciones están realizadas únicamente en grupos de mujeres, con lo que los datos epidemiológicos infradiagnostican a los hombres. Incluso, en los propios manuales y clasificaciones aparecía entre otros, como criterio diagnóstico la amenorrea, con lo cual ya excluía a la población masculina (29,31,36). Se debe tener en cuenta, a la hora de enfocar la detección y tratamiento, el hecho de que las experiencias corporales en hombres sean más invisibles no significa que sean menos trascendentes (42).

Por otro lado, se ha formado el concepto de *"enfermedad mental"*, prolongando los estereotipos de género y patologizando conductas realizadas únicamente por mujeres. Se ha culpado a las madres del desarrollo de estos trastornos en sus hijas/os debido a su incorporación al mundo laboral (ellas son las responsables de la alimentación de las/os hijas/os), por tratar de adoptar el rol de *"súper mujer"*, con estudios superiores, trabajando brillantemente dentro y fuera del hogar, manteniendo un cuerpo estupendo y aspecto joven con dieta y gimnasio y cumpliendo como mujer siendo *"súper sexual"* (35,37,56). Las dificultades para mantener la conciliación familiar y el anteponer a la familia conducen a la autodestrucción como única vía hacia la libertad. Wolf (42), citada por Esteban, considerada representante de la tercera ola del feminismo, habla ya del *"tercer turno laboral"* en su obra "*El Mito de la Belleza"*, refiriéndose a esa obligación que tienen las mujeres por tener que preocuparse por su cuerpo a parte de por su familia y trabajo (38).

Los hombres también se preocupan por su imagen y manifiestan a través del comportamiento alimentario muchos de sus problemas, *"tienen problemas, como las mujeres, pero no igual que ellas"*. Aunque se desconoce gran parte de la sintomatología y evolución, lo cierto es que muchos no reconocen su problema ni piden ayuda, ya que pueden sentir la estigmatización de sufrir una enfermedad típicamente femenina (31). Se vive una realidad cambiante, y prueba de ello es la presencia y triunfo de hombres en campos tradicionalmente femeninos como la decoración, la cocina o la moda (38,39).

Desde el nacimiento (se considera que a partir de los 6 años ya son conscientes), los niños y las niñas reciben una educación diferente respecto a lo que se espera de ellas/os, al ideal de sus padres/madres y a los hábitos de comer, según Amorós (51), las jóvenes está normativizadas desde lo estético. En la actualidad, existen numerosas campañas contra la obesidad infantil y animando a la práctica de deporte, que según se

ha demostrado, afectan más a la población femenina, pues se sienten más juzgadas y expuestas (24,26,47). Lo que sí que parece claro, es que la adolescencia es la etapa clave en el comienzo de los TCA pues es donde la identificación con los roles de género adquiere más relevancia (28), y por los importantes cambios que se producen a nivel biológico y la influencia de la familia, amigos o la sociedad en la asimilación de modelos (23,45,56,57).

Al respecto, Azpeitia (38) cita a Oakley con su obra "*La mujer discriminada*", donde distingue 4 fases del aprendizaje de los roles de género:

1. Socialización: las niñas integran la manera en que las madres y otras mujeres les ven: tono de voz, forma de vestirse, gestos o actitud hacia la comida entre otras. La madre funciona como un espejo reconociéndose a través de su hija que le devuelve, mediante la imitación de su forma de actuar, una nueva versión de su papel de madre.
2. Canalización: se centra la atención de la niña sobre determinados temas, juguetes y objetos que le sirven para identificarse con el papel de género que se le tiene reservado: por ejemplo le incita a jugar a las comiditas o a darle el biberón al muñeco. La comida está mucho más presente en las niñas que en los niños.
3. Tratamiento verbal: al niño se le permite ser más revoltoso, las niñas tienen que ser buenas. La manera en que la madre se dirige a la hija es diferente a la del hijo.
4. Exposición a la actividad: a las niñas se les canaliza hacia actividades femeninas como limpiar la casa o hacer la comida. Existen ciertas profesiones como maestra, enfermera o secretaria que parecen más apropiadas para su género por la semejanza con las obligaciones domésticas.

Cuando la niña elige algo *"no femenino"* se ve obligada demostrar que es "*una verdadera mujer"* véase el ejemplo de la torera Cristina Sánchez.

Resulta alarmante que *la enfermedad de la niña dorada*, uno de los sobrenombres utilizados en referencia a la AN y la BN, sea la patología más significativa en la adolescencia, ya que muestran la importancia de la imagen corporal hoy en día y la gran influencia de las representaciones y prácticas de género (39). El controlar la comida en base a índices como calorías o dietas, no hace sino fomentar la pérdida de la autorregulación corporal de la alimentación, haciendo que desaparezca la referencia exterior de la propia imagen (42). Son muchos los autores que defienden que lo que se busca es una conducta, no una apariencia. Es la perfección, el autocontrol y el deseo de aprobación ajena lo que mueve, aunque para algunos como Sollier (37,38) citado por Gómez y Azpeitia, no dejan de ser *"simuladoras"* pues en ocasiones comen ciertas cosas prohibidas o a escondidas.

Vista la situación, cobra especial importancia la concienciación y el trabajo que se debe llevar a cabo desde los principales agentes educativos (familia, escuela, Enfermería), recordando la importancia de unos hábitos higiénico-dietéticos saludables, como prevención de la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoporosis u obesidad y los nombrados TCA (37). Como decía Wolf (38), citada por Azpeitia,: *"no se puede pensar bien, amar bien, dormir bien, si no ha se comido bien"*.

No obstante, desde la perspectiva de género se critica la fijación e importancia que se le concede al peso a la hora de diagnosticar y hablar de TCA. Para Perpiñá, el problema se encuentra en las actitudes y creencias en torno al peso, al igual que en la exigencia de disminuirlo (22).

Se asiste, pues, a la evolución de la consideración del cuerpo y la transformación de los ideales anhelados. Si en el S. XX lo deseable eran cuerpos pomposos que representaban el binomio maternidad-feminidad, se llega al S. XXI con modelos que Toro define como andróginos, púberes y esterilizados, y Santiso como antimaternales y antidomésticos, ejemplo de ambición y ascenso social. La era del culto total al cuerpo ha llegado, con una mujer cada vez más delgada (42). Así Karl Lagerfeld (diseñador de Chanel®) afirmaba en 2005 en la revista ELLE®: "c*uando la ansiedad o la frustración que le produce la dieta hipocalórica haga su aparición, puede llevarse la comida a la boca y escúpala directamente, le ayudará a sentir el placer de la comida, pero limita su ingesta calórica"; "creo que la moda es la motivación más sana a la hora de iniciar una dieta, tanto para varones como para mujeres".* Pese a la tendencia imperante, en los últimos años se presencia la revolución de la imagen y cuerpo de las mujeres. Son famosas las campañas de marcas como Dove® "*por la belleza real*", la apuesta por las modelos "*curvy*" o iniciativas en redes sociales, con campañas virales como la de la marca de tallas grandes Lane Bryant® "*I am no angel*" (no soy un ángel), en referencia a la delgadez de los ángeles de la famosa marca de lencería Victoria Secret®. El aparente progreso en lo referente a las mujeres y su cuerpo se ve frenado parcialmente por la presencia de otras tendencias, como lo es el concepto de "*fofisano"*, adaptado del inglés *dad bod* (cuerpo de papá), que muestra la aceptación social del michelín en los hombres y manifiesta la desigualdad con las mujeres, ya que mientras a ellos se les permite no estar en forma a ellas se les exige la perfección (58). Plaza (59) recoge el meta-análisis de Grabe, Ward y Hyde, uno de los más relevantes que trata de esclarecer la relación entre exposición a los medios, insatisfacción corporal, interiorización de la delgadez y desarrollo de TCA. Aunque parece claro que tienen un papel en los TCA,

sigue sin estar clara la fuerza de la vinculación, dotando en este caso de más protagonismo a los otros factores mencionados anteriormente.

"Los hombres miran a las mujeres. Las mujeres se contemplan a sí mismas siendo miradas. Este hecho determina no sólo la relación entre hombres y mujeres, sino también la relación de la mujer con ella misma".

Ventura

En los hombres, sin embargo, pueden observarse 3 propensiones: estar delgado, musculado y sin grasa y estar hipermusculado, es decir, el ideal se asocia con el hombre vigoroso y atlético, enseñado a la exhibición e instrumentalización del cuerpo, por la fuerza y el trabajo, primando el vigor varonil (torso) (42) y sin la presión de tener que ir a la moda, realizar dietas constantemente o estar perfecto siempre; exigencia que por el contrario, si sufre la mujer; en las mujeres resulta más complejo, pues existe ambivalencia en su deseo de estar delgadas y tonificadas a la vez (31,43,56,57). Los hombres quieren estar en forma; existe el pensamiento generalizado de que las mujeres quieren ese hombre musculoso, lo cual lleva nuevamente a la modificación y adaptación del cuerpo para poder agradar al género contrario y explica el descontento con la propia imagen y el desarrollo de muchos de los trastornos masculinos (60), entre ellos, el trastorno dismórfico corporal (43,61). Se ve, pues, cómo en muchos casos todavía permanece interiorizado el modelo hegemónico masculino (59), mientras que las mujeres, según Martínez (42), citado por Esteban, tienen visiones fragmentadas, miran el cuerpo en parcelas y tratan de adaptar cada parte, la importancia del peso simbólico les lleva a la comparación continua.

No obstante, no hay que olvidar que los TCA pueden darse tanto por exceso, como por defecto (25,57). En la actualidad, la obesidad es igual que la delgadez, pues implica descontrol. Sólo estaba socialmente legitimado estar gorda durante el embarazo (55), e incluso ahora esa tendencia está cambiando. En el caso del sobrepeso se relaciona con falta de inteligencia y la delgadez con el éxito (38,42). El hecho de concentrarse en el rechazo a la comida les sirve para evadirse del problema y la extrema delgadez se convierte en la forma de llamar la atención sobre el asunto (37).

Está claro que los cuerpos, vivencias y circunstancias de hombres y mujeres son diferentes, al igual que lo es su experiencia al padecer un TCA. Kinasz (62) identifica en su estudio similitudes y diferencias en el desarrollo del mismo. Así, afirma que en cuanto a la duración del proceso de enfermedad no existen diferencias significativas, aunque las mujeres mostraron mayor gravedad de síntomas en diferentes escalas. El TCA solía asociarse en mujeres a trastornos afectivos y en el caso de los hombres, su trastorno solía ser diferente a la AN o BN. Toro (43) afirma que cuando los hombres sufren atracones o vomitan, lo hacen con mayor frecuencia que las mujeres. Los resultados mostraron la necesidad de seguir investigando las diferencias de género, reevaluar los criterios diagnósticos e identificar las peculiaridades de los TCA en hombres (62).

Behar, De la Barrera y Michelotti (47), por otro lado, en su estudio realizado en adolescentes, constataron que el 41% de los varones estaba insatisfecho con su peso, frente al 55% de las mujeres; estas se considerarían delgadas si pesaran menos del 87% del peso saludable, y ellos menos de un 105%, evidenciando las diferencias de percepción en función del género. Por otro lado, Prego (23) recoge que el 17.9% de los hombres reconoce estar preocupado de forma desmedida por su peso.

En otro estudio realizado por Mercado (29), en mujeres de 12-21 años, se recoge que el 76.8% posee distorsión de su imagen, el 47.7 % no estaba de acuerdo con la talla de su pantalón, y el 15.3% había iniciado una dieta sin supervisión. Los estudios describen que las mujeres suelen distorsionar más su imagen que los hombres, centrándose especialmente en la zona de las caderas, muslos y abdomen, mientras que los hombres se preocupan más por el cutis, brazos o pectorales (31,56,63,64). La percepción distorsionada se relaciona con una mayor insatisfacción corporal (56,57,65-69), siendo el "*esqueleto anoréxico*" la representación simbólica de la realidad sociocultural que se vive (23). Trujano (60) menciona, al igual que Bullen (24), que independientemente del género, a medida que aumenta la edad, disminuye la autoestima corporal y Baile (61) confirma la asociación negativa entre la práctica de ejercicio físico por cuestiones estéticas y no de salud y la aparición de TCA, tanto en hombres como en mujeres. Portela de Santana (28), por su parte, afirma la necesidad de esclarecer qué papel tiene cada uno de los factores identificados en la aparición de estas enfermedades y destaca la asociación existente entre el efecto de los medios de comunicación y la insatisfacción corporal y el ideal de desarrollo de la musculatura en varones adolescentes. Por otro lado, señala, al igual que Toro (43), la importancia de los aspectos transculturales: las variaciones que se producen en las diferentes culturas se deben de tener en cuenta en el desarrollo de los TCA. "*Si los cuerpos y las culturas son diferentes, cada cultura moldea, construye, forma y deforma los cuerpos que tiene a su cargo. Esa interacción entre cuerpo y cultura se traduce como resultado en los cuerpos sociales que vemos en el interior de cada proceso social. Mediante este proceso los cuerpos se alejan del ámbito de lo físico para trascender a lo simbólico".*

Se pone de manifiesto la importancia que los medios de comunicación, la cultura, las tradiciones y la sociedad tienen en la conducta de la población (22,23,55) y

se refuerza la importancia de empoderar a todos, pero especialmente a las mujeres, para que sean capaces de encontrar el equilibrio, libertad, autoafirmación y el reconocimiento social que merecen (41,43,47).

3.5 TRATAMIENTO

El abordaje de los TCA no resulta sencillo, no existe consenso sobre cuál es la mejor manera de tratarlos, existen tantos tratamientos como teorías explicativas; destacan entre otros los modelos psicoanalíticos, integrales, sistémicos, psicofarmacéuticos, cognitivo-conductuales o multidisciplinares (22).

En la actualidad, todavía es extendida la visión reduccionista que piensa que los TCA son fruto de la moda y del gusto y reforzamiento personal que genera el proceso de adelgazar. Lo más alarmante es que este pensamiento no está presente sólo en la sociedad, sino que muchas/os profesionales promueven esta percepción estereotipada de lo que es normal, sano y aceptable para las mujeres (los hombres prosiguen excluidos en la mayoría de los casos) desde el punto de vista biologicista, sin tener en cuenta otras parcelas de la vida (42); esto influye en el diagnóstico y conlleva el fracaso del tratamiento. Resulta indispensable el analizar en profundidad sus causas para detener su progresión y tratarlo adecuadamente (37,56).

El tratamiento de los TCA se torna complejo pues, como se lleva mencionando, son muchos los factores implicados. Se ha identificado que las/los mismas/os profesionales sanitarios suelen penalizar a las *"gordas"* por la identificación con la dejadez y, por el contrario, sentir cierta pena o morbo por las *"anoréxicas"* por el control que implica su conducta (42). Laing (37), citado por Gómez, uno de los impulsores de la antipsiquiatría, cree que si se les trata como locos o dementes se interfiere en el potencial curativo del proceso realizado ya que no se atiende a sus experiencias interiores y al significado del problema que subyace, sino que simplemente tratan de manera superficial el rechazo a la comida.

Así pues, a lo largo de la historia se han ido proponiendo diferentes terapias, en función de las causas que se identificaban.

Clásicamente y en función de la gravedad del problema, los TCA se han tratado en 2 niveles: a nivel hospitalario, cuando la pérdida de peso era muy evidente y las personas presentaban importante sintomatología, consiguiendo de esta manera restaurar el peso y reintroducir la alimentación; y a nivel ambulatorio, para realizar el seguimiento, incluyendo el mantenimiento del peso, prevención de recaídas y tratamiento de los síntomas psicológicos asociados (22,70).

3.5.1 Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

En 1982, Levenkron (39), citado por Hyde, proponía una terapia cariñosa y de autoridad. Consideraba que el inicio de la enfermedad estaba en la infancia, cuando la madre era incapaz de cumplir con todas sus funciones y sobrecargaba a la hija. Por tanto, era necesario el cariño para compensar el que no recibió de pequeña y además la autoridad que proporciona la/el terapeuta que dirige la terapia. Por otro lado, la teoría conductista, atiende la AN como una fobia a la comida, esta repulsa genera ansiedad, mientras que el ayuno la reduce; sin embargo, no hace sino reforzar la conducta, con lo cual el tratamiento que proponen consiste en aumentar la ingesta de alimentos mediante el empleo de refuerzo positivo y negativo y la consiguiente ganancia de peso. Según Garfinkel y Garner (39,70), citados por Hyde y Saldaña, este tipo de terapia resulta útil a corto plazo para evitar la muerte por inanición, pero es necesario un complemento, ya que de lo contrario, al regresar a su domicilio recaen en la conducta. En los años 80, los estudios de Garner y Bermis (70), citados por Saldaña, que trataron sobre la utilización de la terapia cognitiva para la depresión de Beck, supusieron un importante cambio en

el abordaje de los TCA. Es a partir de este momento cuando empieza a usarse la reestructuración cognitiva para el cambio de pensamientos y actitudes relacionadas con la preocupación por la comida, el peso y la silueta. Desde la sistémica, es la interacción familiar la que da lugar a la conducta: la AN forma parte de un gran sistema junto con la familia y la sociedad y se convierte en protagonista de las relaciones familiares, por lo que la terapia familiar es el tratamiento necesario para solventarlo (39,71). Minuchin (70), citado por Saldaña, trató de proporcionar pautas de conducta parecidas a las presentadas en la terapia conductual para transformar los comportamientos familiares desadaptativos en otros más adaptativos. Desde el abordaje feminista, se trata de no profundizar en el aspecto patológico, sino en el proceso y mensajes que transmite la sociedad (39). La combinación de la medicación con la terapia cognitivo-conductual parece que proporciona buenos resultados. En relación a los fármacos, estos han ido dirigidos a incrementar el apetito, disminuir los síntomas obsesivo-compulsivos, mejorar el estado de ánimo y disminuir los pensamientos relacionados con el peso y la figura (70,71).

Los principales objetivos que se proponen en el tratamiento de la AN deben de ser:

- Recuperar un peso saludable para la/el paciente. El peso ideal, además de cuantificarlo por el índice de masa corporal (IMC), suele venir marcado por menstruación y ovulación regulares en mujeres y en hombres por niveles hormonales normales y presencia de deseo sexual. En niñas/os y adolescentes hasta que se restaure el crecimiento y desarrollo sexual a un nivel normal para la edad.
- Tratar las complicaciones físicas desarrolladas.
- Motivar al paciente para que se implique en el tratamiento.

- Proporcionar educación para la salud (EpS) relacionada con hábitos higiénico-dietéticos sanos.
- Ayudar en la modificación de pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados.
- Tratar los trastornos psiquiátricos asociados, incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima y la conducta.
- Propiciar el apoyo e involucración de la familia. Se debe proporcionar a la familia asesoramiento cuando sea requerido.
- Prevenir las recaídas (70).

3.5.2 Tratamiento de la Bulimia Nerviosa

En el caso de la BN también son variados los tratamientos utilizados: terapias psicológicas como la terapia cognitivo-conductual derivada del trabajo de Fairburn, la exposición con prevención de respuesta, terapia de reducción de estrés, psicodinámica, terapia focal breve, psicoterapia no-directiva, sistémica, terapia psicoeducativa, terapia interpersonal y tratamiento psicofarmacológico como la administración de antidepresivos tricíclicos o IMAOs (22).

De todos los tipos de intervenciones mencionadas, los resultados de las investigaciones muestran que la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal combinadas con fármacos son las que mejores resultados han mostrado a la hora de tratar la BN (22,70).

Mientras que la teoría cognitivo-conductual se centra en los síntomas del TCA, la terapia interpersonal parte de la idea de que las personas con BN sufren problemas

interpersonales de manera inconsciente. Estos problemas generan estrés, ansiedad y depresión y desencadenan los atracones, purgas y pérdidas de control (70,71).

Por otro lado, se recoge que existen estudios, como los de Fisher y Thompson (64), citados por Raich, que compararon la terapia cognitivo-conductual con la práctica de ejercicio sin obtener resultados concluyentes. Sin embargo, sí que reflejan la importancia de incluir el ejercicio como parte del tratamiento, sirviendo como instrumento de control de la ansiedad por el peso y mejora de aspectos cognitivos.

Los objetivos a plantear en el caso de la BN durante su tratamiento son:

- Reducir o eliminar las conductas compensatorias presentes (atracones, purgas).
- Mejorar las actitudes hacia la comida, la imagen y el TCA en general.
- Minimizar la restricción alimentaria.
- Aumentar la variedad de alimentos ingeridos.
- Fomentar la práctica de ejercicio físico moderado y saludable.
- Tratar los trastornos asociados y derivados del TCA.
- Abordar preocupaciones por la imagen corporal, autoestima, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.
- Prevenir recaídas (70).

3.5.3 Tratamiento del Trastorno por Atracón

En este caso, además de la terapia conductual para perder peso y de la terapia cognitivo-conductual, se ha utilizado la terapia interpersonal en grupo y la terapia farmacológica con medicación antidepresiva y/o supresores de apetito (22).

Se establecen los siguientes objetivos dentro del tratamiento:

- Aminorar la frecuencia de los atracones.
- Disminuir la cantidad de alimentos que se toman en cada atracón. Para ello se propone seguir las indicaciones de Fairburn, Marcus y Wilson (70), citados por Saldaña, que consisten en tomar todo tipo de alimentos que sean saludables y con una cantidad de calorías que se ajusten a las necesidades energéticas y permitan perder peso.

En el abordaje general a los TCA, en algunos casos, se combina el tratamiento grupal con el individual, tratando de recoger muchas de las visiones expuestas anteriormente, se proponen diferentes sesiones que incluyan: alimentación y nutrición desde la perspectiva antropológica, cultural, social y económica; conocer tipos de alimentos; elaborar menús tipo; lista de la compra: patologías; roles masculino y femenino; medios de comunicación (37).

Algunas publicaciones sí que reflejan una especial consideración al tratamiento de hombres que padecen TCA. Así, Grael y Baztarrica (31) mencionan la guía de autoayuda de Morgan, que consta de varias etapas: motivación, trabajo de conductas, pensamientos y emociones y prevención de recaídas, y que guarda una estructura similar al modelo cognitivo-conductual. Lo destacable de esta guía es que incluye la etapa de *sharing the secret* (compartir el secreto) en la que se anima al hombre a que comente que padece un TCA, y *seeking help* (búsqueda de ayuda) donde se incita a la búsqueda activa de los recursos que más se ajusten a las necesidades personales. Para el tratamiento del trastorno dismórfico corporal, uno de los que principalmente afecta a hombres, Raich (64) cita a Neziroglu y Yaryura-Tobías, con el uso de la exposición con prevención de respuesta y el tratamiento de Rosen de manera grupal, que utiliza

entrenamiento en percepción corporal correcta, desensibilización sistemática, restructuración cognitiva, control de las conductas de evitación, exposición con prevención de respuesta y prevención de recaídas.

En los últimos años, se asiste a la apuesta por tratamientos innovadores centrados en la/el paciente como protagonista de su terapia. Estas nuevas tendencias se centran en ceder más peso al afectado/a en su proceso de recuperación. De esta manera, aparece el modelo de psicología positiva y resiliencia, que pretende mejorar las respuestas cognitivas de la persona desarrollando elementos de inteligencia emocional. A través de este modelo, se proporcionan nuevas estrategias de afrontamiento mediante el desarrollo de pensamientos positivos y control de emociones. Por otro lado, es de destacar el modelo de empoderamiento del usuario/a, que favorece su participación activa tomando decisiones al mismo tiempo que la/el profesional, capacitada/o para el tratamiento, implicando también a la familia, entidades y otras/os profesionales. Tanto usuaria/o como enfermera/o firmarían un contrato en el que se establecen las pautas a seguir. En este modelo, la/el paciente conoce toda la información relativa a su proceso, se le habilita y capacita, se le motiva hacia el cambio y hacia la petición de ayuda, se evalúan sus logros y se dota de confianza y responsabilidad a lo largo de todo el proceso de aprendizaje en el que cuentan con el seguimiento y acompañamiento del profesional (31,71).

Se trata de diferentes visiones y propuestas, pero lo que sí que parece claro es que, frente a la tendencia natural de medicar y centrarse en la comida (37), se debe apostar por no patologizar o tratar estos trastornos como un mero cuadro psiquiátrico (38), sino intentar averiguar qué están queriendo decir con esa actitud y, sobre todo, integrar el cuerpo en el análisis de la persona, como medio para expresar los deseos, emociones y pensamientos (42).

3.6 PERSPECTIVA DESDE LA ENFERMERÍA

En el campo de la salud podrían mencionarse dos saberes: uno generado por las/os profesionales a partir de sus conocimientos y valores, y otro el que emerge de la cotidianidad, un saber no profesional basado en creencias, experiencias e ideas transmitidas de generación en generación y que aportan diferentes visiones, no siempre comparables o compatibles, para afrontar el proceso de salud-enfermedad, pero igualmente valiosas (12).

Los TCA suponen un amplio campo de trabajo para la/el profesional (Ver Anexo 1). Resulta de gran utilidad poder comprender cómo se sienten las/los pacientes para así ayudarles en el proceso de recuperación, al igual que es importante saber cómo afrontan las/los profesionales la terapia que realizan. El estudio de la imagen corporal y su insatisfacción, son claves para la promoción, prevención y tratamiento (22,66). La actuación de Enfermería se enmarca dentro de la taxonomía desarrollada por NANDA International (antes North American Nursing Diagnosis Association) (72) y las correspondientes clasificaciones de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) (73) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) (74), siendo una de las principales etiquetas diagnósticas encontradas el 00118 Trastorno de la Imagen Corporal, definido como "*confusión en la imagen mental del yo físico"* y desde el que se pueden trabajar todos los elementos implicados, pues se relaciona con factores cognitivos, perceptivos y culturales. En el Anexo 2 se incluye el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para la etiqueta propuesta. Entre las distintas etiquetas que pueden encontrarse destacarían: Deterioro de la Interacción social, Gestión ineficaz de la salud, Afrontamiento inefectivo, Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud o Baja autoestima (situacional o crónica) (72).

Enfermería está perfectamente capacitada para prestar cuidados holísticos a las personas afectadas por el TCA, siendo un gran apoyo a lo largo del tratamiento a través de la relación terapéutica o de cuidados. Dicha relación promueve unos cuidados individualizados que persiguen el bienestar, autonomía y calidad de vida, fomentando una atención integral. Esta relación interpersonal va surgiendo de manera espontánea, no debe forzarse ya que la percepción que enfermera/o y paciente tengan de la misma marcará los resultados conseguidos. La escucha activa, el respeto, la intimidad, la disponibilidad, el no enjuiciamiento y el apoyo se erigen como pilares de la relación (75,76). Se trata de un proceso dinámico en el que los pensamientos y conductas se van modificando, como dijo la teórica Rizzo (75), citada por Orkaizaguirre: "*trascender los cuidados físicos y cuidar a la persona en su globalidad, personalizando los cuidados, requiere que la enfermera se acerque a ésta y su familia con actitud abierta, dispuesta a conocer sus creencias, preocupaciones, experiencias de vida y hábitos de salud. Durante este proceso de cuidados, la enfermera acompaña en los ritmos naturales de las personas".* La relación terapéutica se basa en la *concordance* o trabajo en equipo y debe ser beneficiosa para ambos, buscando el cuidado recíproco (76).

Se aboga por la especialización de las/los profesionales de Salud Mental para asegurar unos cuidados holísticos (24,31,77). Al respecto, Hall (78), citada por Alligood, primera directora del centro de rehabilitación Loeb, fue la teórica pionera en hablar de las/los enfermeras/os como profesionales y manifestó que los cuidados debían de ser prestados por aquellos que hubieran sido entrenados para realizar dicha labor.

El modelo de *Care, Core, Cure,* desarrollado por Hall en 1960, sirve para ilustrar la teoría expuesta. Hall explicó que en la atención al paciente con enfermedades crónicas destacan 3 áreas: el cuidado (el cuerpo), el núcleo (la persona) y la cura (la enfermedad). El objetivo del paciente será conseguir la rehabilitación, la

autorrealización y aumentar la autoestima. La atención resulta compleja pues *"los pacientes, al igual que el profesional de Enfermería, son seres humanos complejos y se ven envueltos en la complejidad de la relación de ayuda en el proceso salud-enfermedad".*

- *Care:* se refiere al cuidado del cuerpo; la/el enfermera/o debe de ser la/el única/o responsable de esta área, encargada/o de proporcionar el confort perdido mediante la confrontación y ayuda en la satisfacción de sus necesidades.
- *Cure:* menciona la enfermedad desde el punto de vista de la patología. La/el enfermera/o debe velar por los intereses del paciente, ayudándole tanto a él como a su familia a sobrellevar el tratamiento en colaboración con el resto de profesionales.
- *Core:* alude a la persona, destacando sus aspectos emocionales, sociales, espirituales e intelectuales y la importancia de la relación terapéutica en el proceso de rehabilitación, aprendizaje y crecimiento. La/el enfermero/a ayuda al paciente a entender su condición y su vida. La persona tiene un importante papel en su proceso de recuperación (78,79).

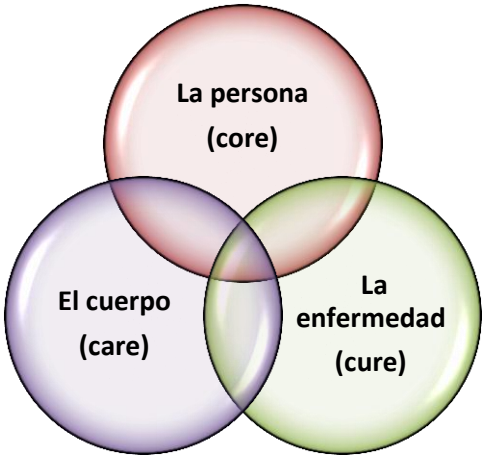


Figura 8: Modelo de Lydia Hall (elaboración propia).

Por otro lado, se debe mencionar a Benner (80), gran teórica que realizó sus investigaciones basándose en la fenomenología. Comenzó su andadura en este campo gracias a Dreyfus y prosiguió con la colaboración de Rubin y la inspiración de Heidegger y Kierkegaard. Benner siguió la definición fenomenológica que Heidegger hacía de la persona, como un ser que se autointerpreta, es decir, que se va definiendo por sus experiencias vitales y está interesado por sus preocupaciones, prácticas y vivencias. Su objetivo es superar la idea cartesiana de que mente y cuerpo son entidades diferentes e independientes; así, cita junto con Wrubel las 5 dimensiones del cuerpo:

- El cuerpo del feto sin asimilación cultural y el bebé recién nacido.
- El cuerpo con las habilidades normales, las posturas, los gestos, las costumbres y las habilidades aprendidas, socialmente evidentes en las habilidades corporales, como el *"lenguaje corporal"* que se aprenden a lo largo del tiempo identificando, imitando, probando y equivocándose.
- La imagen del cuerpo, el modo en que el cuerpo se coloca para actuar en situaciones específicas.
- El cuerpo real proyectado, la orientación corporal actual del individuo o la proyección en una situación flexible y variada para acomodarse a la situación.
- El cuerpo fenoménico, el cuerpo consciente de sí mismo, la habilidad para imaginar y describir las sensaciones cinestéticas (78-80).

3.7 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Es importante destacar la escasa evidencia de experiencias de profesionales de Enfermería y personas que han padecido un TCA respecto a sus cuidados. De igual manera, son numerosos los estudios que incluyen el tratamiento de los TCA desde la perspectiva médica, pero el número se reduce al adentrarse en este ámbito enfermero.

Cada vez son más los estudios cualitativos realizados por enfermeras/os que buscan comprender experiencias vividas, así pueden encontrarse diversos trabajos relativos a las vivencias tanto de profesionales como de pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), Oncología, Drogodependencias y distintas patologías de Salud Mental, como la esquizofrenia o los TCA. La fenomenología, con orientación hermenéutica, resulta ser el método más utilizado en estos estudios.

En lo referente a la temática de estudio, las primeras investigaciones destacables se remontan a 1995, cuando Burket y Schramm (81) estudiaron las actitudes y sentimientos de las/los profesionales tratando TCA; así, identificaron frustración, ansiedad, incompetencia o satisfacción como elementos de la transferencia y contratransferencia provocada por este perfil de usuarias/os. En 1999, Kaplan y Garfinkel (82) realizaron una revisión sobre las dificultades en el tratamiento de TCA, incluyendo las perspectivas de ambos agentes; señalaron la vulnerabilidad, la falta de control o la desconfianza por parte de las/los pacientes y la ira o inutilidad que sienten las/los profesionales. Destaca la diferenciación que hacen del género del terapeuta a la hora de conseguir mejores o peores resultados.

La importancia de entender la experiencia de las/los pacientes y de individualizar las necesidades de cada uno de ellos queda recogida en la guía elaborada en 2004 por los Colegios Británicos de Psicología y Psiquiatría, donde detallan la intervención a realizar (83).

Ya en España, Perea-Baena (84) describe, a través de un caso, la percepción de un enfermero tratando un paciente con BN. Destaca la importancia de la narrativa para su estudio y comprensión y cómo percibía la impulsividad, fragilidad, rabia e impotencia del paciente, así como el cansancio e impotencia que le generaba el cuidado.

Por otro lado, Cruzat y Haemmerli (85) recogen estudios sobre los testimonios de pacientes con TCA acerca de su tratamiento, nombrando la importancia de la relación terapéutica, la capacidad de escuchar, acoger y contener del terapeuta y el contar con personas de apoyo durante el proceso; mientras que las/los profesionales valoran más la desaparición de síntomas y el cambio de comportamiento. Cruzat et al. (33), investigaron igualmente sobre los significados y vivencias de mujeres que habían padecido un TCA, mencionando 1/3 de las encuestadas los factores familiares como desencadenantes del trastorno. La autoconfianza, el sentirse preparadas y comprendidas al igual que una buena alianza terapéutica fueron claves para la recuperación junto con contar con personas de apoyo nuevamente. Mencionan la perpetuación del rol de enfermo y el cuidado conseguido como mantenedores de la enfermedad y los sentimientos de angustia, tristeza, desesperanza y ambivalencia como la parte más negativa, así como el temor y la incomodidad a nivel social. Marín y Bedoya (86) hablan sobre cómo viven el cuerpo mujeres con TCA. Se anhela la juventud, asociada al éxito; la obsesión por alcanzar el ideal de belleza establecido, la importancia de las normas sociales para llegar a ser bello según los ideales establecidos por la cultura; la despersonalización en el tratamiento y la presión percibida para conseguir la curación.

JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO

4. JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO

Mediante la introducción desarrollada puede concretarse una aproximación a la realidad que experimentan las personas que padecen un TCA; muchas de ellas se sienten incomprendidas y se banaliza su padecimiento, especialmente en el caso de los hombres. Existe una falta de conocimiento sobre los agentes reales que predisponen al mismo, peculiaridades de la enfermedad y cómo abordarla; se identifican muchos factores implicados pero resulta complejo dar una respuesta concreta dadas las múltiples teorías existentes al respecto. Especialmente, se pasa por alto, el averiguar cómo viven la experiencia los afectados: qué piensan, qué sienten, qué quieren.

Por lo tanto, resulta fundamental explorar la visión de las/os pacientes y de las/os profesionales de Enfermería ante los factores implicados en estas enfermedades, averiguar sus opiniones sobre las mismas, concretar su satisfacción con respecto a los cuidados, proceso terapéutico y todos los factores implicados en la recuperación.

Los TCA constituyen uno de los problemas más graves a los que enfrentarse hoy en día, con diversas e importantes consecuencias sobre las diferentes esferas de la vida: personal, social o laboral, entre otras, y es por ello que un estudio que permita el ser capaz de comprender la percepción de las/os pacientes puede ser de gran ayuda para orientar el tratamiento, proporcionando unos cuidados enfermeros integrales basados en los conocimientos generados por la experiencia y optimizando los recursos disponibles, esclareciendo así muchas lagunas y, fundamentalmente, proporcionando un mejor pronóstico. La fenomenología se aproxima a lo propiamente humano, algo característico de la Enfermería, por lo que se estará produciendo conocimiento científico que fortalecerá la práctica enfermera y contribuirá al desarrollo disciplinar.

Se afronta así el reto de aumentar los conocimientos existentes mediante la incorporación de la perspectiva de género a un trastorno típicamente femenino; supone romper la barrera de los estereotipos, ideas preconcebidas e influencias culturales, para conocer un reflejo de la realidad existente que permita, finalmente, ahondar en la vivencia de las personas que padecen un TCA.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En base a lo expuesto anteriormente, la pregunta de investigación que se plantea es: ¿Cómo son los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva del género?

Formulación de la pregunta de investigación siguiendo la estructura SPICE para estudios cualitativos:

S (setting-ámbito): CSMs de Alcalá de Henares.

P (perspective-perspectiva, quién): personas diagnosticadas de TCA.

I (intervention- intervención): cuidados holísticos de Enfermería.

C (comparison-comparación): vivencia de las personas diagnosticadas de TCA *vs*. las/los profesionales.

E (evaluation-evaluación): comprensión del fenómeno y establecimiento de líneas de mejora.

OBJETIVOS

6. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva de género.

Objetivos específicos:

- Analizar la vivencia de la persona diagnosticada de TCA sobre los cuidados integrales recibidos.
- Determinar las emociones y/o sentimientos de las personas que padecen TCA respecto a su proceso de salud-enfermedad.
- Averiguar la relación de la familia con la percepción de la enfermedad que tiene la persona que padece un TCA
- Identificar los factores predisponentes a padecer un TCA, según las experiencias de pacientes y profesionales de Enfermería.

- Estudiar la experiencia de las/los profesionales de Enfermería sobre los cuidados holísticos de Enfermería prestados.
- Determinar las emociones y/o sentimientos de las/los profesionales de Enfermería que atienden personas con TCA respecto a la relación terapéutica y cuidados al TCA.

- Averiguar la relación de la familia con la percepción de enfermedad que tienen las/los profesionales de Enfermería.
- Estudiar la influencia del género en los discursos de usuarias/os y profesionales de Enfermería.
- Comparar las vivencias de profesionales y usuarias/os sobre los cuidados holísticos de Enfermería prestados a personas que padecen un TCA.
- Establecer líneas de mejora en los cuidados integrales prestados por las/los profesionales de Enfermería a mujeres y hombres que padecen un TCA, en función de sus experiencias.

METODOLOGÍA

7. METODOLOGÍA

7.1 PARADIGMA METODOLÓGICO

"Cada cuerpo tiene una dimensión histórica personal, cada cuerpo es narrado de una manera distinta… los discursos habitan en los cuerpos".

Judith Butler

En muchas ocasiones, los fenómenos humanos resultan tan complejos, que habría datos e información relevante para el objeto de estudio que no se podría extraer si se utilizara una metodología cuantitativa. Es por ello, que se propone como método elegido para alcanzar los objetivos propuestos, la investigación cualitativa, definida por Denzin y Lincoln (87), citados por Berenguera, como: "*el estudio de los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido a partir de los significados que las personas les conceden"*, y, concretamente, el paradigma fenomenológico con una orientación hermenéutica.

Los paradigmas, también conocidos con el nombre de *"tradiciones o patrones",* pueden entenderse como: "*el conjunto de supuestos teórico-metodológicos que se utilizan para comprender e interpretar los fenómenos y la realidad en un contexto determinado".* Así, el filósofo Kuhn (87,88), citado por Berenguera y Cano, afirma: "*considero a los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica"*.

Así pues, los paradigmas proporcionan un marco de referencia para situarse ante la realidad y poder alcanzar el conocimiento en función de sus asunciones ontológicas, epistemológicas y metodológicas. Desde el nivel ontológico, el investigador busca conocer la naturaleza de la realidad; escoge el paradigma desde el que va a trabajar y por tanto, establece la relación con lo investigado desde el nivel epistemológico; y, finalmente, desde el nivel metodológico, se determina cómo se va a obtener y entender el conocimiento (88). En este caso, el nivel ontológico queda representado por las experiencias de las personas que han sufrido un TCA, así como las de las/los enfermeras/os responsables de su cuidado; el cómo el investigador se aproxima a la comprensión del fenómeno vivido a través de las entrevistas y relatos supone la cuestión epistemológica; el último nivel queda representado con la utilización de la metodología cualitativa, con una orientación teórico metodológica basada en la fenomenología interpretativa o hermenéutica y el paradigma naturalista o fenomenológico.

El paradigma fenomenológico o naturalista es descrito como simbólico o cualitativo y engloba diversas corrientes que pretenden profundizar en el estudio de los significados de las acciones humanas en contextos concretos, buscando la comprensión desde la interioridad, significaciones, valores y motivaciones de los individuos. Comprender al ser humano es escuchar sus voces, historias y experiencias, sin restricciones. Según Van Manen (8), citado por Morse, la visión fenomenológica está basada en cuatro pilares fundamentales: *temporality* (tiempo vivido), *spatiality* (espacio vivido), *corporality* (cuerpo vivido) y *relationality or communality* (relaciones humanas vividas). La fenomenología interpretativa pretende entender e interpretar al ser humano apoyándose en sus compromisos, significados y prácticas. Se trata de un proceso secuencial donde el conocimiento se alcanza de manera inductiva, interpretando la vivencia y revelando sus significados. El investigador admite su subjetividad y la

posible influencia que pueda tener en la investigación y lo acepta como algo positivo que facilitará la comprensión de la realidad que está investigando (87,89,90).

La fenomenología surgió en Alemania en el s. XX; Husserl es considerado el fundador de esta corriente con su fenomenología trascendental, que más tarde sería continuada por Heidegger, Sartre o Ponty. Mientras Husserl pretende describir cómo se constituye el mundo y se vive a través de los actos conscientes, desde una visión más epistemológica, Heidegger, considerado el padre de la hermenéutica, posee una orientación más ontológica y su teoría se centra en el estudio del ser a partir del concepto de *Dasein* (existencia), pretendiendo entender la experiencia vivida, a diferencia de la mera descripción de la experiencia que realiza Husserl (6,9,88,90,91).

Según Heidegger (9,90), la fenomenología hermenéutica se fundamenta en una serie de supuestos:

1. Los seres humanos tienen mundo: el mundo se refiere al conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos con la cultura. El mundo está constituido y es constitutivo del ser.
2. La persona es un ser para quien las cosas tienen significado: el significado de las cosas se produce en base a las distinciones cualitativas que lleva a cabo la persona y es moldeado por la cultura y el lenguaje.
3. La persona es un ser autointerpretativo: conocer y comprender lo que sucede alrededor mediante el lenguaje resulta básico para representarse a sí mismo y al mundo, al igual que para constituir la vida.
4. La persona como corporalidad: la visión fenomenológica de la persona dista bastante de la concepción cartesiana que considera que el cuerpo está separado

de la mente y no tiene poder o inteligencia. La fenomenología considera que la persona es un ser corporal y que el cuerpo tiene capacidades perceptuales.

5. La persona como un ser temporal: la visión ontológica de Heidegger y Merleau-Ponty describe la temporalidad como constitutiva del ser o la existencia. Si se concibe el tiempo como lineal, no se aprecia la continuidad o transición y representa a los seres como estáticos o atemporales.

Gadamer continúa en la línea de Heidegger, encaminándose hacia la interpretación de la experiencia vivida mediante el diálogo que se produce entre el investigador y el estudiado (7,88,90,91). Merleau-Ponty (13), citado por Thomas, en su famosa obra "*The Phenomenology of Perception"*, recoge que la percepción de la experiencia vivida por el paciente es lo que aproxima al conocimiento de la realidad y habla de la influencia de las normas y prácticas culturales adquiridas en la percepción. Finalmente, Van Manen (89), citado por Castillo, define la hermenéutica como: "*la interpretación de la experiencia a través de algún texto o alguna manera simbólica".* Es el que más se aproxima a la investigación científica proporcionando una guía específica para la investigación que consta de 6 pasos:

- Escoger un fenómeno de particular interés para el investigador.
- Investigar la experiencia tal y como se vive.
- Reflexionar sobre los temas esenciales que caracterizan el fenómeno.
- Describir el fenómeno a través del arte de *"escribir y volver a escribir"*.
- Mantener una actitud orientada al fenómeno.
- Equilibrar el contexto de la investigación considerando las partes y el todo.

7.1.1 Fenomenología del cuerpo

El cuerpo ha sido el gran olvidado por la filosofía desde tiempos antiguos, de forma que autores como Platón o Descartes consideraban que el verdadero hombre es el interior y que el cuerpo es un mero anexo, así Descartes (13), citado por Thomas, afirmaba: "*la mente existe sin cuerpo…la esencia de los seres humanos, lo que nos hace humanos, no tiene nada que ver con nuestros cuerpos"*.

El análisis de la vivencia de la corporalidad se inició en la filosofía en el s.XX con Husserl (88,91), citado por Cano y Barbera, que distinguió las dos dimensiones del cuerpo: el cuerpo objetivo (*Körper*) como algo material y el cuerpo fenomenoménico (*Leib*) tal y como es experimentado interiormente, es decir, lugar de la vivencia de las sensaciones, órgano de la voluntad y medio a través del que la persona experimenta el mundo exterior. Así, para Husserl y más tarde para Merleau-Ponty, el cuerpo actúa como campo de voluntad y libertad, suelo sobre el que se sedimentan hábitos, ideas y relaciones socioculturales, y mecanismo de expresión. Para poder comprenderlo mejor, resulta de gran ayuda identificar los síntomas que presenta (55). Igualmente, Marcel (46), citado por Escribano, fue de los primeros en destacar que el cuerpo no podía ser concebido únicamente a partir de su objetivación externa. El "*cuerpo animado*" que mencionan muchos de los autores de la época, deja de ser algo meramente biológico, para ser un cuerpo animado con una vida sensitiva, afectiva, volitiva, inteligente, artística, simbólica y espiritual. Bordieu (46), citado por Escribano, incluye la influencia del aspecto social en el cuerpo a través de la adquisición de hábitos y Foucault menciona como el cuerpo es el objeto sobre el cual se materializa el control que ejerce la sociedad sobre el individuo.

Sin embargo, Merleau-Ponty (13,90), citado por Thomas y Earle, destacó por su rechazo al dualismo cartesiano mente-cuerpo y fue uno de los que más luchó por el

reconocimiento del concepto de *embodiment* (ya mencionado anteriormente). Consideró al cuerpo como un elemento básico de la existencia humana, presente antes incluso que el pensamiento. Define el cuerpo en 3 dimensiones ontológicas:

- Concreción: se refiere a la naturaleza móvil del cuerpo y se traduce en la movilidad de la realidad en su conjunto.
- Totalidad: atañe a la estructuración temporoespacial de la existencia.
- Finitud: descubre la presencia ajena en el más avasallador deseo (54).

Para Ponty, el cuerpo era algo sagrado y no un simple receptáculo, *"una encarnación personal que tiene una trascendencia socio-histórica"*, sin el cuerpo no se entiende lo ocurrido alrededor. Cuando se altera la relación cuerpo-mundo la persona se agita. Defendió un "*ensanchamiento de la razón",* considerando al cuerpo como un rasgo distintivo de nuestra subjetividad (46).

Finalmente, Waldenfels (46), citado por Escribano, continúa en la línea de Merleau-Ponty hablando de la corporalidad como fenómeno clave implicado en la aparición de otros fenómenos y a partir del cual, el ser humano se abre a la experiencia y relaciones sociales.

7.1.2 Fenomenología en las Ciencias de la Salud

Desde los años 70, la fenomenología viene usándose como método de estudio en diferentes disciplinas, como la Enfermería, Sociología o la Antropología. En Enfermería famosas teóricas como Benner, Rizzo, Watson o Paterson destacaron por la utilización de este paradigma metodológico (13,80,90).

Los hallazgos que proporciona la fenomenología interpretativa sirven para orientar la práctica clínica, bien en la valoración, identificación de problemas o planificación de la intervención. El alto significado que facilita, posibilita dar contenido y soporte a las intervenciones (7). Su relevancia es tal, que aporta un nuevo marco para entender la realidad a partir de las vivencias y la cotidianidad de las personas. Es por tanto como afirma Heidegger (9,13) una perspectiva orientada "*a la cosa misma".*

Muestra de su utilización son las investigaciones sobre la experiencia de las/los usuarias/os en el proceso de salud-enfermedad, que resultan de especial utilidad para conocer la vivencia subjetiva del síntoma y encaminar, en muchas ocasiones, el diagnóstico. Descubrir los padecimientos de las personas tal y como ellos los entienden ayuda a comprender sus ideas sobre la salud: experiencias, creencias, suposiciones, miedos y actitudes hacia la enfermedad; los conocimientos y actitudes hacia las/los profesionales sanitarios y la manera en que la persona vive y siente sus redes de apoyo psicosocial, la espiritualidad, las certezas u opiniones sobre su enfermedad y su tratamiento (7).

7.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Respecto al ámbito de estudio, el mismo se realizó en los CSM de Alcalá de Henares, a los que acuden usuarias/os de todo el ámbito de influencia de su hospital de referencia, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA): Alcalá de Henares, Anchuelo, Camarma de Esteruelas, Corpa, Meco, Pezuela de las Torres, Santorcaz, Los Santos de la Humosa, Torres de la Alameda, Valdeavero, Valverde de Alcalá y Villalbilla, lo que supone unos 242.281 ciudadanos.

Alcalá de Henares cuenta con dos CSM: el *"Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento Francisco Díaz"*, con dos enfermeras especialistas en Salud Mental y un residente de Enfermería (EIR); y el "*Puerta Madrid*" con una enfermera. Estos centros son el elemento central de la red. En ellos se centran los programas de evaluación de problemas de Salud Mental, Atención Ambulatoria, Atención Ambulatoria Urgente, Atención Domiciliaria, coordinación y apoyo con Atención Primaria (AP), coordinación y apoyo con Servicios Sociales y Rehabilitación. Constituyen la vía de entrada a la red, trabajando en segunda línea respecto a AP.

El 95% de las/los pacientes atendidos son derivados por AP (el resto procede de la urgencia u otros servicios del hospital), y se les presta atención en turno de mañana y tarde.

Los datos proporcionados por la Coordinadora de Gestión y Sistema de Información del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del HUPA muestran que desde Enero de 2015 hasta Septiembre de 2016 se han contabilizado un total de 235 pacientes diagnosticadas/os de TCA, realizándose un total de 811 intervenciones registradas. De entre los pacientes, 132 poseían el diagnóstico de AN: 9

hombres de edades muy jóvenes (entre 8-29 años) y 123 mujeres de mayor edad (entre 30-40 años). Respecto a la BN de los 68 usuarias/os identificados: 8 eran hombres (grupo mayoritario de 40-50 años) y 60 mujeres (grupo mayoritario 30-50 años). Finalmente, se encontraron 122 personas diagnosticadas de TCANE: 13 hombres (predominio de jóvenes y menores de edad) y 109 mujeres, encontrando 2 grupos diferenciados (16-22 años y 35-55 años) (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Pacientes atendidas/os en CSM con el diagnóstico de TCA en el periodo Enero '15- Septiembre '16 (elaboración propia).

	Mujeres	**Hombres**	**Total**
AN	123	9	132
BN	60	8	68
TCANE	109	13	122
			235

La guía para la atención a los TCA elaborada por el HUPA supone el protocolo y principal guía de referencia utilizada, y recoge que la atención ambulatoria por parte de Enfermería a dichas/os pacientes debe incluir: control del peso, control de autorregistros, control de analíticas (cuando así lo establezca el plan individualizado), manejo de reforzadores y actividades complementarias de psicoeducación y educación nutricional (92).

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

7.3.1 Criterios de inclusión

USUARIAS/OS

- Personas que tengan cumplida la mayoría de edad (18 años) y que hayan vivido la experiencia de padecer un TCA.
- Personas que lleven al menos 3 meses en seguimiento por Enfermería o que hayan concluido su seguimiento.
- Personas que tengan capacidad para comunicar sus experiencias y con los que se pueda entablar una relación interactiva, es decir, usuarias/os considerados como *"buenos informantes"* (93).
- Personas que voluntariamente acepten participar y firmen el consentimiento informado.

PROFESIONALES

- Profesionales de Enfermería que estén en posesión del título de Especialista en Salud Mental y han prestado/prestan cuidados a personas afectadas por TCA.
- Profesionales de Enfermería que no estén en posesión del título de Especialista en Salud Mental, pero que han prestado cuidados a personas afectadas por TCA durante al menos 2 años (tiempo de Residencia).
- Residentes de Enfermería en Salud Mental (EIR) que han prestado cuidados a personas afectadas por TCA al menos durante 6 meses (rotación completa).

- Profesionales de Enfermería que tengan capacidad para comunicar sus experiencias y con los que se pueda entablar una relación interactiva, es decir, aquellos considerados como *"buenos informantes"* (93).
- Profesionales de Enfermería que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Pujadas (93) consideraba como *"buen informante"* a la persona que era un buen narrador, tenía capacidad expresiva, era capaz de mantener un discurso ameno y comprensible, sin demasiados lapsus de memoria y no era una persona que confabulaba y mezclaba en su memoria fantasía y realidad. Este autor opinaba que de la calidad del informante seleccionado dependía que lo contado fuese lo más completo posible, sincero, genuino y crítico.

7.3.2 Criterios de Exclusión

USUARIAS/OS

- Estado físico o psicológico que impida la comunicación de la experiencia vivida.
- Barrera idiomática.

PROFESIONALES

- Estado físico o psicológico que impida la comunicación de la experiencia vivida.

7.3.3 Acceso al lugar de estudio

Para la realización de la investigación se precisó de la colaboración del *"Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento Francisco Díaz" y* del *"Puerta Madrid"* (Alcalá de Henares). A través de sus enfermeras/os Especialistas en Salud Mental se facilitó el contacto con parte de la muestra. En cada uno de los CSM se consultó a las/os enfermeras/os sobre quiénes podrían ser buenos informantes y a continuación se contactó con ellos para pedirles su participación. Se les explicó la finalidad del estudio y se les entregó el consentimiento informado. Para aquellos que deseaban participar pero no pudieron acudir a la entrevista o bien no querían hacerlo de esa manera, se les entregó la documentación pertinente para que contestaran a la pregunta de investigación mediante un relato.

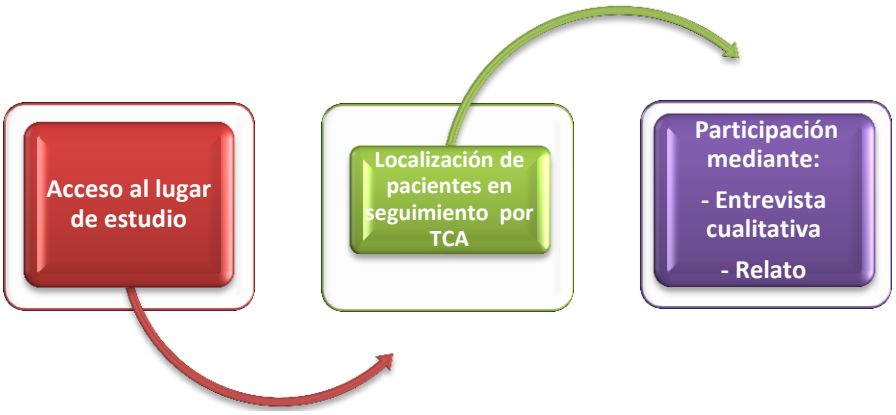


Figura 9: Procedimiento a seguir para la obtención de datos (elaboración propia).

7.3.4 Técnicas de muestreo

Para la selección de los informantes que formaron parte del estudio se utilizaron los siguientes tipos de muestreo:

- Muestreo por propósito: se seleccionan participantes basándose en circunstancias que condicionen la vivencia de la experiencia, en este caso viene determinado por haber vivido una experiencia concreta que consiste en haber padecido un TCA.
- Muestreo bola de nieve: entendiéndose como aquel por el que se accede a nuevos informantes de forma oportunista a través de contactos. En este estudio se utilizó en dos ocasiones, cuando dos participantes mencionaron a otras/os usuarias/os que habían conocido en la consulta y los propusieron ya que pensaban que no les importaría compartir su experiencia.
- Muestreo teórico: se toman decisiones a medida que se realiza el análisis de los datos y según han ido emergiendo los temas que han dado forma al análisis y éstos, a su vez, han encauzado la recogida de la información necesaria para establecer comparaciones y diferencias de dichas experiencias vividas. Exige gran capacidad crítica y reflexiva, consiguiendo una información más focalizada que permita obtener matices del fenómeno a estudio según va emergiendo. Se ha producido el muestreo teórico según se ha ido dando forma y sentido al tema de *"buscar raíces"* y a los subtemas obtenidos, especialmente en lo referente al papel de la familia. También destaca en el tema *"entender el significado del TCA".*
- Muestreo por casos extremos/casos negativos: puesto que se trata de aquellos por los cuales se han identificado informantes que por diferentes motivos se han posicionado en los extremos del fenómeno estudiado, siendo su discurso

disonante respecto al de la imagen del fenómeno que ha ido emergiendo (7,94,95). Sobre todo se ha observado en el tema *"aprendiendo a cuidar de manera holística"* y más en concreto en el subtema *"cuestionamiento de los cuidados".*

7.3.5 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se rigió, como ya dijo Morse (94,95), citado por Martínez-Salgado y Mejía, por el principio de saturación y ratificación de los datos. Este principio se entiende como el punto en el cual se han obtenido una gran diversidad de ideas y ya no aparece información nueva. Esto implica que se tienen una serie de nociones sobre cómo se comporta el fenómeno a estudio y los nuevos casos ni corrigen ni complementan, simplemente repiten el conocimiento obtenido. Para algunos autores como Denzin, la realidad resulta tan compleja que es imposible captarla por completo, por lo que nunca se llegaría a ese punto de saturación. Sin embargo, otros como Mayan (94), citado por Martínez-Salgado, creen que el investigador debe continuar con su proceso hasta que haya encontrado hallazgos relevantes y novedosos sobre el fenómeno de estudio. Bertaux (95), citado por Mejía, desarrolló una metodología para establecer el número de participantes necesarios, estableciendo distinción entre los conceptos de saturación y redundancia. En el primero de los casos, se refiere a la relación entre los sucesos estudiados, mientras que en el segundo caso, al contenido del conocimiento y su repetición. En sus investigaciones determinó en 30 el número de participantes para lograr la saturación, aunque todo era relativo y dependía de la riqueza de los casos, nivel de análisis y compromiso del investigador. Teniendo en cuenta lo mencionado, cuando se alcanzó la saturación, se continuó con varias entrevistas (E) y relatos (R) más para

ratificar que toda la información se encontraba efectivamente recogida en las experiencias previas.

Finalmente, la muestra ha estado constituida por 19 profesionales y 19 usuarias/os. En el caso de las/los profesionales se obtuvieron 9 entrevistas y 10 relatos. Cuando se habían analizado 7 entrevistas y 7 relatos se alcanzó el principio de saturación teórica, ratificando la misma con 2 entrevistas y 3 relatos más. Respecto a las/os usuarias/os, se realizaron 14 entrevistas y 5 relatos. El principio de saturación teórica se alcanzó con 10 entrevistas y 3 relatos, ratificados posteriormente con 4 entrevistas y 2 relatos más.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas y relatos fueron recogidos entre septiembre de 2016 y junio de 2017.

Se solicitó la colaboración de 28 profesionales, de las/los cuales participaron 19, mientras que de las/los 35 usuarias/os a los que se pidió intervenir, finalmente lo hicieron 19. Los principales motivos alegados para abstenerse de compartir su experiencia fueron la falta de tiempo y no encontrarse preparadas/os para relatar su vivencia.

A todas/os las/los participantes se les asignó la denominación Info (Info* en caso de usuarias/os), seguido de un número correlativo en función del orden de realización de la entrevista o relato, para posteriormente realizar un análisis de sus experiencias y preservar su identidad en modo privado.

El cronograma seguido para alcanzar tanto la saturación de entrevistas como de relatos fue el siguiente:

PROFESIONALES

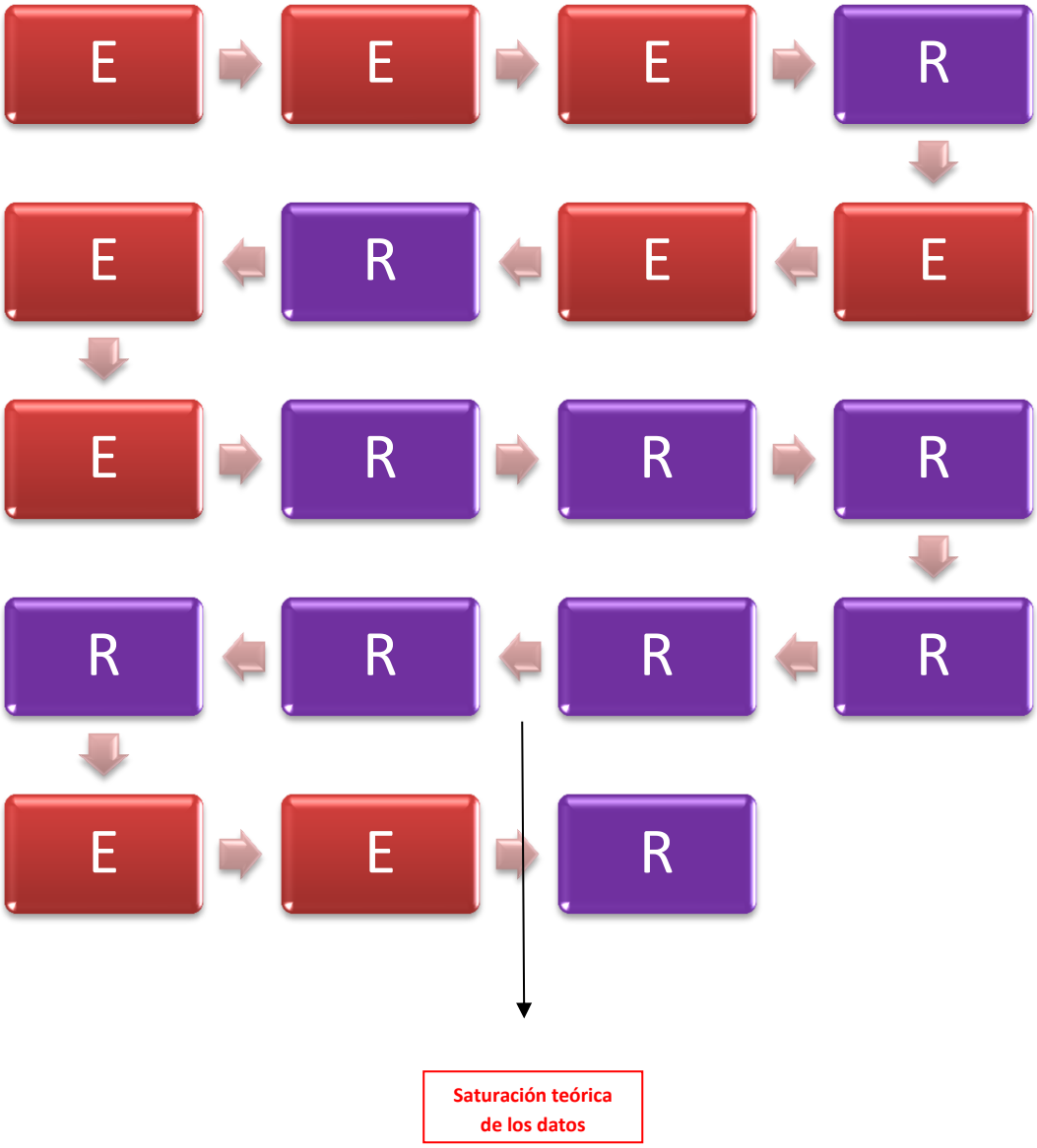


Figura 10: Secuencia de realización de entrevistas y relatos en profesionales (elaboración propia).

Tabla 2: Identificación de profesionales y herramienta para el análisis de los datos (elaboración propia).

Identificación para el análisis de datos	**Herramienta de recogida de la información**	
Info 1	Entrevista	1E
Info 2	Entrevista	2E
Info 3	Entrevista	3E
Info 4	Relato	4R
Info 5	Entrevista	5E
Info 6	Entrevista	6E
Info 7	Relato	7R
Info 8	Entrevista	8E
Info 9	Entrevista	9E
Info 10	Relato	10R
Info 11	Relato	11R
Info 12	Relato	12R
Info 13	Relato	13R
Info 14	Relato	14R
SATURACIÓN DE LOS DATOS		
Info 15	Relato	15R
Info 16	Relato	16R
Info 17	Entrevista	17E
Info 18	Entrevista	18E
Info 19	Relato	19E

5.3.5.1 Características finales de la muestra de profesionales:

Tabla 3: Características sociodemográficas de las/los profesionales (elaboración propia).

Informante	Sexo	Edad	Especialista en SM	Experiencia laboral en SM
Info 1	Mujer	65 años	Sí	34 años
Info 2	Mujer	57 años	Sí	15 años
Info 3	Hombre	28 años	Sí	4 años
Info 4	Hombre	35 años	Sí	5 años
Info 5	Hombre	33 años	Sí	7 años
Info 6	Mujer	37 años	Sí	9 años
Info 7	Mujer	25 años	Sí	2 años
Info 8	Mujer	59 años	No	16 años
Info9	Mujer	39 años	Sí	9 años
Info10	Mujer	35 años	Sí	7 años
Info 11	Mujer	27 años	Sí	3 años
Info 12	Mujer	31 años	Sí	2 años
Info 13	Mujer	26 años	Sí	2 años
Info 14	Mujer	49 años	Sí	3 años
Info 15	Mujer	28 años	Sí	4 años
Info 16	Mujer	52 años	Sí	15 años
Info 17	Mujer	25 años	Sí	4 años
Info 18	Hombre	39 años	No	6 años
Info 19	Mujer	26 años	Sí	3 años

USUARIAS/OS

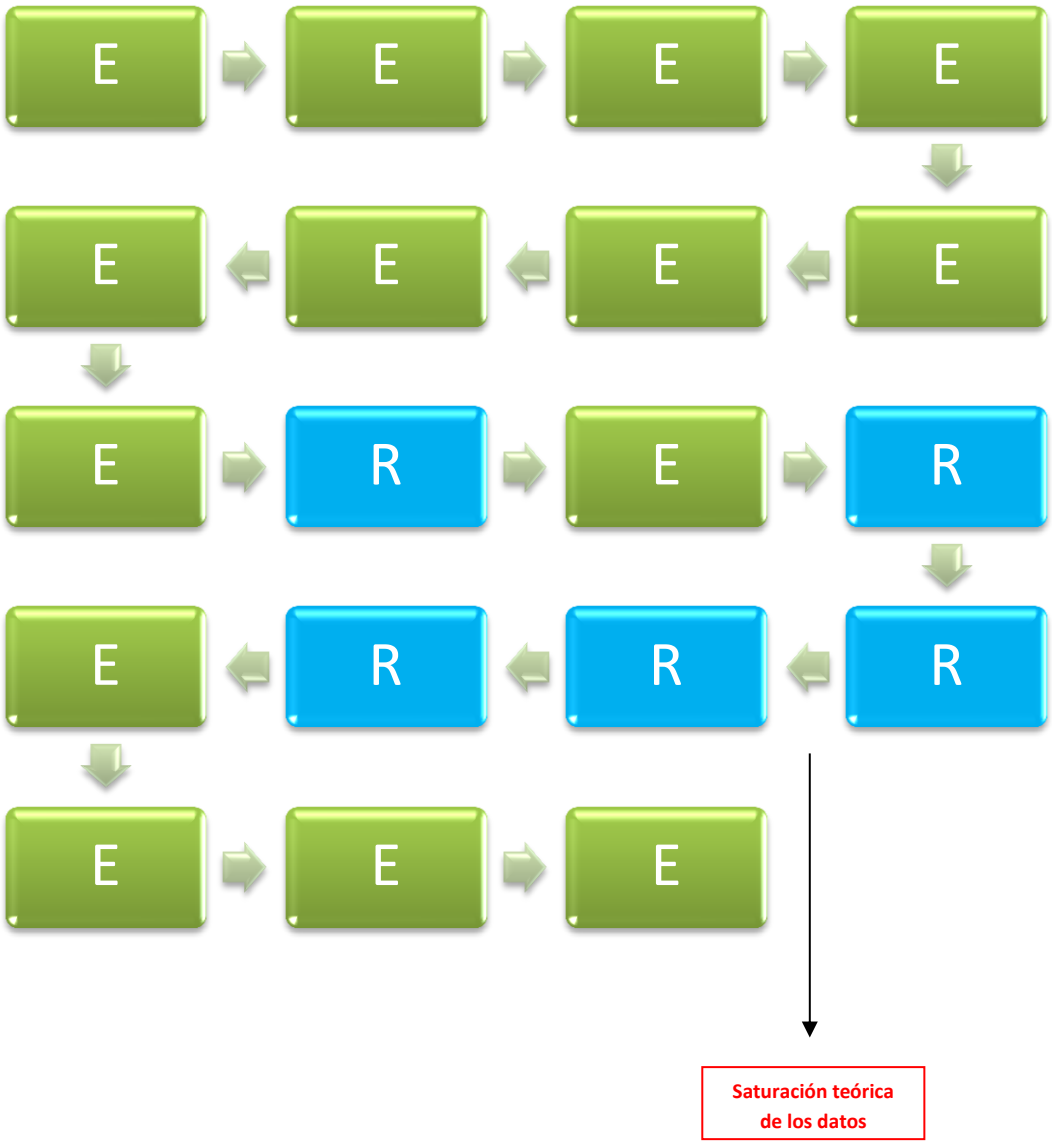


Figura 11: Secuencia de realización de entrevistas y relatos en usuarias/os (elaboración propia).

Tabla 4: Identificación de usuarias/os y herramienta para el análisis de los datos (elaboración propia).

Identificación para el análisis de datos	**Herramienta de recogida de la información**	
Info 1*	Entrevista	1E
Info 2*	Entrevista	2E
Info 3*	Entrevista	3E
Info 4*	Entrevista	4E
Info 5*	Entrevista	5E
Info 6*	Entrevista	6E
Info 7*	Entrevista	7E
Info 8*	Entrevista	8E
Info 9*	Entrevista	9E
Info 10*	Relato	10R
Info 11*	Entrevista	11E
Info 12*	Relato	12R
Info 13*	Relato	13R
SATURACIÓN DE LOS DATOS		
Info 14*	Relato	14R
Info 15*	Relato	15R
Info 16*	Entrevista	16E
Info 17*	Entrevista	17E
Info 18*	Entrevista	18E
Info 19*	Entrevista	19E

5.3.5.2 Características finales de la muestra de pacientes:

Tabla 5: Características sociodemográficas de las/los usuarias/os (elaboración propia).

Informante	Sexo	Edad	Patología	Tiempo de evolución	Tiempo de seguimiento
Info 1*	Mujer	30 años	Anorexia Nerviosa	6 meses	4 meses
Info 2*	Mujer	23 años	Anorexia Nerviosa	5 años	8 meses
Info 3*	Mujer	37 años	Anorexia Nerviosa	3 años	8 meses
Info 4*	Hombre	25 años	T. Atracón	7 años	8 meses
Info 5*	Mujer	43 años	T. Atracón	2 años	15 meses
Info 6*	Mujer	20 años	Anorexia y Bulimia	4 años	4 meses
Info 7*	Mujer	44 años	Anorexia Nerviosa	20 años	12 meses
Info 8*	Hombre	44 años	Anorexia Nerviosa	15 meses	6 meses
Info 9*	Mujer	20 años	Anorexia y Bulimia	15 meses	6 meses
Info 10*	Mujer	40 años	Bulimia Nerviosa	10 meses	4 meses
Info 11*	Hombre	34 años	T. Atracón	13 meses	4 meses
Info 12*	Hombre	23 años	T. Atracón	10 meses	4 meses
Info 13*	Hombre	19 años	Anorexia Nerviosa	7 años	18 meses
Info 14*	Hombre	22 años	Anorexia Nerviosa	5 meses	3 meses
Info 15*	Mujer	34 años	Anorexia y Bulimia	18 años	7 años
Info 16*	Mujer	21 años	Bulimia Nerviosa	3 años	12 meses
Info 17*	Hombre	19 años	Anorexia Nerviosa	2 meses	12 meses
Info 18*	Mujer	20 años	Anorexia Nerviosa	6 meses	18 meses
Info 19*	Mujer	20 años	Anorexia Nerviosa	3 años	2 años

7.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Las técnicas de recogidas de datos que se utilizadas en este trabajo fueron las entrevistas cualitativas en profundidad semiestructuradas y los relatos.

7.4.1 Entrevista en profundidad semiestructurada

Denzin y Lincoln (87), citados por Berenguera, definen la entrevista como:" *una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas".* Por otro lado, Vargas (96) recoge las características que Rubin y Rubin destacan de la entrevista cualitativa:

- Es una extensión de una conversación normal con la distinción de que se escucha para entender el sentido de lo que el entrevistado dice.
- Los entrevistadores cualitativos están inmersos en la comprensión, en el conocimiento y en la percepción del entrevistado más que en etiquetar en función de las teorías existentes.
- Tanto el contenido de la entrevista como el flujo y la selección de los temas se van modificando en función de lo que el entrevistado conoce y siente.

Para Taylor y Bogdan (97), la entrevista cualitativa en profundidad pretende, mediante el encuentro cara a cara con la/el participante, adentrase en la vida del otro, detallar, descifrar y comprender la vivencia significativa de la persona. Es por ello que la entrevista se erige como ideal para este tipo de investigación ya que pretende comprender más que explicar, espera respuestas subjetivamente sinceras y obtiene con frecuencia respuestas emocionales, pasando por alto la racionalidad. Resulta la manera

indicada cuando se quiere esclarecer una experiencia humana subjetiva. En la fenomenología interpretativa, la entrevista sirve para varias propuestas específicas: como significado desde la experiencia y como una experiencia narrativa a través de la reunión, cuyo material podía ser válido como recurso para el desarrollo de un conocimiento más rico y profundo del fenómeno (97,98).

Durante las entrevistas, se abordó a la persona con cordialidad, actuando de manera espontánea y dejando que emanara el relato de la vivencia. Se buscó que las respuestas fueran en relación con el objetivo de la investigación, siendo comprensivos, sin juzgar, dando tiempo y respetando las pausas, simplemente escuchando con paciencia y atención (96).

En este caso, se escoge la entrevista semiestructurada porque parte de una serie de temas y elementos clave que se quieren investigar y, a partir de esas premisas, de manera abierta y en un clima de cordialidad y empatía con la/el participante, buscando el *rapport* con el informante, se mantiene esa conversación para tratar de comprender la experiencia de la persona, de una manera flexible y dejando que sea el individuo quien construya las respuestas buscadas. La entrevista en profundidad semiestructurada destaca porque el papel del investigador adquiere un rol importante, no es el de un mero recabador de información. La interacción entre entrevistador y entrevistada/o se hace fundamental, ya que se convierte en un vínculo persona-persona basado en el único propósito de aprehender la realidad (96-99).

Las preguntas de las entrevistas semiestructuradas fueron elaboradas a partir de los objetivos planteados. Igualmente, se realizó una búsqueda bibliográfica para incorporar preguntas validadas por otros estudios cualitativos realizados, así como el Modelo Explicativo de Enfermedad de Kleinman (96), citado por Vargas, que

incorporaba preguntas como: *¿Qué crees que ha causado tu problema?, ¿Qué provocó tu problema?, ¿Qué tratamiento crees que debieras de tener? o ¿Qué resultados esperas?*. Se trata por tanto de preguntas abiertas, organizadas y planeadas con anterioridad, que se complementaron con otras que fueron apareciendo de manera interactiva en el transcurso de las entrevistas. Se pudo apreciar como la receptividad y calidez de los entrevistados fue mayor si se iniciaba la entrevista con temas generales para posteriormente adentrarse en su vivencia y las emociones y/o sentimientos generados.

Las entrevistas cumplieron el criterio de Vallés, ya que por un lado se incluyeron preguntas temáticas relacionadas con el objeto central del estudio, y por otro lado, preguntas dinámicas derivadas de las temáticas. Se debe reparar en que se consideraba a cada individuo como único, adaptándose a cada entrevistada/o y tomando el guion como un esquema a seguir, nunca de manera cerrada, persiguiendo siempre captar todos los aspectos relevantes (96,99).

Todas las entrevistas se realizaron en una sala de reuniones de los CSM "*Francisco Díaz*" y "*Puerta Madrid*". Estas salas reunían las condiciones adecuadas para el desarrollo de las mismas: comodidad, intimidad, sin ruidos, y temperatura adecuada. Las/los participantes podían determinar el momento de inicio y finalización de la misma, pactando de antemano una duración aproximada del encuentro de entre 30-45 minutos. Las entrevistas fueron grabadas y se tomaron notas para el posterior análisis de los datos (98).

7.4.2 Relatos

A los informantes que prefirieron narrar su experiencia de forma escrita o que no pudieron acudir a las entrevistas, se les ofreció la posibilidad de hacerlo mediante un relato, en el que quedaron patentes sus recuerdos, creencias, sentimientos y opiniones sobre la situación ocurrida. A través de un relato, se cuentan detalladamente y se incluyen conceptos que conforman la experiencia y percepciones de la persona respecto al suceso. Los relatos son momentos, fragmentos, recuerdos y fantasías que configuran la experiencia de la persona y ayudan al investigador a aproximarse a la vivencia. La combinación de entrevistas y relatos ha sido utilizada por diversos autores como método de triangulación y enriquecimiento de la investigación (97). Diariamente se realizan relatos que constituyen parte de nuestra experiencia humana. El investigar a través de los relatos elaborados por las/los participantes supone el posicionarse en un segundo nivel interpretativo, puesto que se trabaja sobre la interpretación que la propia persona hace de su experiencia. Al plasmarlo por escrito, la persona realiza un proceso de evocación y estructuración de la experiencia que resulta fundamental para acercarse más al entendimiento de la misma (99).

GUION DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PROFESIONALES

Tabla 6: Guía de preguntas para profesionales (elaboración propia).

Objetivo General	Objetivo Específico	Pregunta Teórica	Pregunta Dinámica
Analizar los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) bajo su experiencia desde la perspectiva de género.	Analizar la vivencia sobre los cuidados prestados.	¿Cómo han sido los cuidados prestados?,	¿Cuáles son las necesidades del paciente? (100), ¿Cuál es su experiencia prestando cuidados? (100,101), ¿Cómo es la relación con la/el paciente?, ¿Qué significa padecer un TCA para ud? (100), ¿Cómo son los cuidados prestados (proceso, protocolo?
	Identificar los factores predisponentes a padecer un TCA según sus experiencias.	¿Qué factores considera implicados en el TCA?	¿Qué cree que causa el problema?, ¿Qué importancia le da a la familia, cultura, sociedad, biología en el problema?, ¿Qué importancia le da al género a la hora de enfocar el tratamiento y en la génesis del TCA?
	Determinar las emociones y/o sentimientos respecto a la relación terapéutica y cuidados.	¿Cómo se sintió cuidando a este paciente?	¿Qué sentimientos/emociones le genera este perfil de paciente? (102)
	Averiguar la relación de la familia con la percepción de enfermedad desde sus experiencias de cuidado.	¿Cuál es la relación de la familia con la enfermedad?	¿Cómo influye la familia en el desarrollo de la enfermedad?, ¿Cómo facilita/ dificulta la familia en este proceso?, ¿Cómo trabajar con la familia (objeto vs instrumento)?
	Establecer líneas de mejora en los cuidados.	¿Qué cree que se podría hacer para mejorar los cuidados?	¿Qué cambiaría, añadiría, eliminaría de la atención prestada?

GUION DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PACIENTES

Tabla 7: Guía de preguntas para pacientes (elaboración propia).

Objetivo General	Objetivo Específico	Pregunta Teórica	Pregunta Dinámica
Analizar los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) bajo su experiencia desde la perspectiva de género.	Analizar la vivencia de la persona sobre la atención recibida.	¿Cómo fueron los cuidados recibidos?	¿Cómo fue la relación con la/el profesional?, ¿Se sintió escuchada/o, comprendida/o, con confianza en la/el profesional?, ¿Qué resultados esperaba? (103)
	Determinar las emociones y/o sentimientos respecto a su proceso de salud-enfermedad.	¿Cómo ha sido la experiencia de padecer un TCA?	¿Qué es para ud. un TCA? (103), ¿Qué significó para ud?, ¿Cómo se sintió?, ¿Qué emociones y sentimientos tenía? (102)
	Averiguar la relación de la familia con la percepción de enfermedad de la persona.	¿Cuál es la relación de la familia con la enfermedad?	¿Cómo influye la familia en el desarrollo de la enfermedad? ¿Cómo le ayudó/ dificultó su familia en este proceso?
	Identificar los factores predisponentes a padecer un TCA.	¿Qué factores considera implicados?	¿Qué cree que causó su problema? (103), ¿Qué importancia le da a la familia, cultura, sociedad, género, biología en su problema?
	Establecer líneas de mejora en los cuidados recibidos.	¿Qué cree que se podría mejorar en los cuidados prestados?	¿Qué hubiera necesitado de su enfermera/o? ¿Qué cambiaría, añadiría, eliminaría de la atención recibida? (103)

GUION PARA LA ELABORACIÓN DE LOS RELATOS DE PROFESIONALES

Tabla 8: Diseño orientativo de relato para profesionales (elaboración propia).

¿Cómo ha sido la experiencia de cuidar a una persona que padece un TCA?

- ¿Qué sentimientos/emociones le genera este perfil de paciente?, ¿Cómo se sintió cuidando a esta/e paciente?
- ¿Cómo han sido los cuidados prestados (proceso, protocolo)?
- ¿Cuáles son las necesidades del paciente?
- ¿Cómo es la relación con la/el paciente?
- ¿Qué factores considera implicados en el TCA?
- ¿Cuál es el papel de la familia?
- ¿Qué importancia le da al género a la hora de enfocar el tratamiento y génesis del TCA?
- ¿Qué cree que se podría hacer para mejorar los cuidados (añadir, eliminar, cambiar)?

GUIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE LOS RELATOS DE PACIENTES

Tabla 9: Diseño orientativo de relato para pacientes (elaboración propia).

¿Cómo es la experiencia de ser cuidado por Enfermería al padecer un TCA?

- ¿Cómo es la experiencia de padecer un TCA? , ¿Qué es un TCA para usted?
- ¿Qué factores considera implicados (biología, cultura, sociedad, familia, ser hombre o mujer)?
- ¿Qué cree que causó la enfermedad?, ¿Cómo se sintió?
- ¿Cómo fueron los cuidados recibidos?
- ¿Cómo fue la relación con la/el profesional?
- ¿Se sintió escuchado, comprendido, con confianza en la/el profesional?¿Qué cambiaría, añadiría, eliminaría de la atención recibida?, ¿Qué resultados esperaba?

7.5 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Por análisis se entiende: *"el proceso a través del cual se va más allá de los datos para acceder a la esencia del fenómeno a estudio, es decir, su entendimiento y comprensión"* (7). Para analizar los datos se realizó un análisis temático de la información de las entrevistas y relatos obtenidos.

Braun y Clarke (104), citados por Mieles, definen el análisis temático como: "*el método que permite identificar, organizar, analizar en detalle y reportar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura y re-lectura de la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión/interpretación del fenómeno a estudio"*. Son numerosos los autores que proponen guías para el análisis de los datos (105), así pueden nombrarse a Benner (80), Van Manen, Colaizzi o Giorgi (106). Este último, gran impulsor de estudios enfermeros que se basan en la fenomenología, propuso 5 pasos para el análisis:

- Recogida de datos.
- Lectura de los datos.
- Fragmentación/división de los datos.
- Organización y expresión de los datos en función de la perspectiva o paradigma elegido.
- Síntesis y resumen de los datos. Elaboración de un informe para su comunicación.

Para el presente proyecto se utilizó el esquema planteado por Benner (80), implementado con el tratado de Smith, Flowers & Larkin (107), de más reciente

publicación, y que permite una mejor triangulación y análisis en profundidad de los datos.

7.5.1 Esquema de análisis de Benner

El esquema de análisis de Benner (80) consta de las siguientes partes:

- Transcripción y revisión de las entrevistas, interpretando su contenido y comenzando a identificar los temas emergentes y que se van repitiendo en las diferentes entrevistas y relatos.
- Observación y examen de las notas, de los elementos más destacados de cada vivencia de las personas que padecieron un TCA y de las/los profesionales que les atendieron, que no aparecen espontáneamente en la narración obtenida.
- Teniendo presente y anotando temas obtenidos de previos trabajos versantes sobre la experiencia vivida. A partir de esos códigos y de la interpretación resultante se etiquetarán más temas que más tarde se irán definiendo.
- Revisando en todo momento los textos, las descripciones de situaciones particulares, en este caso de experiencias vividas que terminarán etiquetadas con códigos, para los temas del análisis realizado.
- Todo extracto obtenido de las experiencias vividas constituye un "conocimiento del informante" único y relevante, como resultado de una interpretación en profundidad del contenido de las entrevistas.
- Todo dato identificado como practica "fuera de la marca" fue analizada y contrastada con otros casos.

7.5.2 Tratado de Smith, Flowers & Larkin

El tratado de Smith, Flowers & Larkin (107), publicado en 2009, supone una ampliación del modelo propuesto por Benner en 1994, y consta de 6 pasos:

- Leer y releer.
- Iniciando anotaciones.
- Desarrollo de los temas emergentes.
- Búsqueda de conexiones entre los temas emergentes.
- Pasando al siguiente caso.
- En busca de patrones a través de los casos.

Paso 1: leer y releer.

Una vez realizadas las entrevistas y relatos se procede a la transcripción de los mismos. Este proceso supone una primera toma de contacto con los datos, donde la/el participante es la/el protagonista y objeto del análisis. Suponen una fuente a la que recurrir durante el proceso de investigación y permiten adentrarse en la vivencia del entrevistado/a. Para facilitar la lectura y comprensión, es importante revisar y releer las transcripciones, siendo posible combinarlo con fragmentos de otras entrevistas.

Paso 2: iniciando anotaciones.

Este segundo paso supone el punto central del análisis y, por tanto, es el más dilatado en el tiempo. Aquí se procede al análisis semántico y del uso del lenguaje en el contenido. Se van escribiendo anotaciones en la transcripción, manteniendo el análisis abierto, flexible y dinámico en todo momento. De esta manera, el investigador se va familiarizando con los datos, diferenciando áreas temáticas establecidas por los entrevistados e iniciándose en la comprensión del fenómeno. Siempre se debe de tener

en cuenta el contexto en el que se encuentran y los detalles del lenguaje usado para ir llegando al núcleo de la experiencia de haber padecido un TCA.

Este análisis se puede desglosar en diferentes procesos para poder llegar a los detalles y esencia del significado de las palabras utilizadas, lo que se llama *"deconstrucción de los datos".* Se identifican:

- Comentarios descriptivos: fundamentales para el análisis, suponen las palabras clave, frases, asuntos, fragmentos de sonido, respuestas o recuerdos, tanto positivos como negativos.
- Comentarios lingüísticos: en este caso se centra en los pronombres, silencios, tonos, repeticiones, metáforas, risas identificadas por el entrevistador en sus anotaciones. El análisis se basa en identificar cómo hacen estos elementos cambiar el discurso y van dando significado al discurso del informante.
- Comentarios conceptuales: suponen el nivel más interpretativo. El codificar implica el tener que analizar, recodificar, pensar, reflexionar y discutir sobre los códigos que se están utilizando, su significado, redefinir conceptos e interrelaciones entre los distintos participantes, teniendo siempre en mente que el protagonista del análisis es el informante y no el investigador. Sólo así se llegará al análisis en profundidad del discurso. La experiencia del investigador resulta fundamental para el análisis y debe utilizarla en su beneficio, "*para ayudar a que los datos recorran los caminos, y no para crear los caminos"*.

Paso 3: Desarrollo de los temas emergentes.

Cada vez se realizan más anotaciones, que, aunque son provisionales, van dando forma a la vivencia y dotándola de significado para el investigador. Lo importante en esta fase es reducir el volumen de información pero conservando las interrelaciones y conexiones entre cada uno de los elementos.

Es en este punto cuando la experiencia individual pasa a convertirse en un fenómeno grupal, se interpreta el todo en relación a cada parte. Los temas escogidos son un reflejo de las palabras y expresiones de las/os participantes. Se combina por tanto, la descripción y la interpretación.

Paso 4: Búsqueda de conexiones entre los temas emergentes.

Este paso se centra en el establecimiento de conexiones entre los temas identificados. Aunque resulta complejo, y depende del número de temas que emerjan, siempre se pueden crear relaciones o establecer la estructura del fenómeno. Existen diferentes formas de conseguir desarrollar esas conexiones:

- Mediante la abstracción: se basa en encontrar patrones entre los temas, proporcionando un nuevo sentido. Se puede incluso dotar de un nuevo nombre al grupo.
- A través de un subgrupo: se trata de una forma parecida a la abstracción, sin embargo, permite llegar a un punto en el que los temas se conexionan mediante relaciones entre los mismos.
- Mediante la polarización: cuando se identifican relaciones opuestas entre temas.

- A través de la contextualización: se buscan relaciones entre temas que aparecen en un mismo contexto temporal y cultural o en los elementos narrativos.
- A través de la numeración: cuando lo importante es el número de veces que el tema se repite y se apoya.
- Mediante las identificaciones de función: se examinan los temas por poseer funciones específicas mencionadas por los entrevistados.
- Mediante agrupaciones: una vez que se han organizado los temas, se pueden reorganizar y llegar a un nivel de análisis más profundo. Es importante recordar la importancia de especificar bien todas las fases del proceso.

Existen otras variedades posibles de análisis:

- Compilación de fragmentos de las transcripciones para realizar filas de temas emergentes.
- Realización de comentarios e identificación de temas con la ayuda de programas informáticos para el análisis.

Paso 5: Pasando al siguiente caso.

Una vez que se ha realizado el análisis con la primera entrevista, se debe de repetir el proceso con el resto de ellas y los relatos. Se puede "*partir de cero*" o aprovechar la experiencia e ideas surgidas del anterior análisis. El seguimiento de las etapas es guiado por el mismo suceso.

Paso 6: En busca de patrones a través de los casos.

En este último paso, se persigue mediante una tabla o figura reflejar las conexiones existentes entre los temas. Se muestra lo más importante y significativo, lo más profundo, para así poder llegar a mayores niveles de interpretación y conseguir una perspectiva más holística.

Tabla 10: Esquema conjunto: Benner, Smith, Flowers & Larkin (elaboración propia).

ESQUEMA DE ANÁLISIS DE DATOS DE BENNER Y TRATADO DE SMITH, FLOWERS & LARKIN
- Transcripción, revisión, lectura y relectura de las entrevistas y relatos. - Observación, iniciación de anotaciones de aspectos relevantes. *Deconstrucción de los datos: detalles y significado de los datos. * Anotaciones sobre comentarios: Comentarios descriptivos. Comentarios lingüísticos. Comentarios conceptuales. - Establecimiento de códigos y etiquetado de temas emergentes. *La complejidad de las interrelaciones, conexiones y patrones. - Revisión de los textos y búsqueda de conexiones entre temas emergentes. *Abstracción subgrupo. *Polarización. *Contextualización. *Numeración. *Función. *Agrupación. - Interpretación de los datos constituyendo un conocimiento analizando todas las entrevistas y relatos. - Búsqueda de patrones incluyendo los datos relevantes como los excepcionales. *Reconfiguración o reetiquetado.

7.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del estudio se produjo respetando los principios éticos que guían toda investigación y que están íntimamente relacionados con la práctica sanitaria: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (7,8). Así, se diseñaron diferentes estrategias para asegurar el respeto de los mismos.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del HUPA en las fechas 27/07/2016 y 01/12/2017 (tras modificaciones estructurales) (Ver Anexo 3) Igualmente, se informó por escrito (Ver Anexo 4) y verbalmente, de los objetivos, condiciones de participación, aportaciones o beneficios esperados y se proporcionó un consentimiento informado a las/os participantes para que aceptarán su participación voluntaria, así como la grabación de las entrevistas para su posterior transcripción (Ver Anexo 5). El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, las/los participantes pueden ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberán dirigirse al investigador principal del estudio. Asimismo, de acuerdo a la legislación vigente, Ley 14/2007, los datos fueron tratados con absoluta confidencialidad, de manera que resultaba imposible asociar los resultados del estudio con las/los participantes. Las entrevistas fueron guardadas en soporte informático protegido con clave de acceso y codificadas, de manera que se garantizaba el anonimato de las/los participantes.

Igualmente, los datos obtenidos sólo podrán ser utilizados en reuniones científicas, congresos del ámbito sanitario o publicaciones, presentados como datos anónimos para preservar su intimidad (7,8).

7.7 RIGOR METODOLÓGICO. CRITERIOS DE CALIDAD

La calidad y el rigor son dos pilares fundamentales a la hora de llevar a cabo una investigación. Según Gummerson (108), citado por Palacios, la calidad de un trabajo de investigación puede entenderse de dos maneras:

- Como el grado en que se aceptan y cumplen las especificaciones establecidas en el diseño de investigación.
- Como el grado en que se alcanzan los estándares de excelencia.

Diversos han sido los autores que han realizado distintas propuestas de evaluación de la calidad de los estudios cualitativos, siendo la de Lincoln y Guba la elegida por la mayoría de los investigadores. Su propuesta se basa en los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y conformabilidad.

- La credibilidad: se trata del valor de la verdad de la investigación. Muestra los resultados de la investigación tal y como son percibidos por las personas estudiadas, permite un acercamiento a la realidad del fenómeno estudiado.
- La transferibilidad: equivalente a la validez externa de los estudios cuantitativos, hace referencia a la posibilidad de expandir los resultados a

otras poblaciones o contextos. Se debe recordar que en investigación cualitativa, aunque los resultados no son generalizables sí son transferibles.

- La dependencia: se refiere a la estabilidad de los datos y es semejante a la fiabilidad de los estudios cuantitativos.
- La confirmabilidad: hace referencia al compromiso del investigador de documentar todos los pasos que van guiando la investigación, de manera que otro investigador pueda continuar el camino iniciado (7,103).

En este estudio se han tenido en cuenta estos aspectos ya que los datos proceden de los informantes (credibilidad), se podrían aplicar a otros contextos parecidos (transferibilidad), de la misma manera que se obtendrían resultados similares si se repitiera el estudio con estos participantes o si hubieran vivido una experiencia parecida (consistencia y confirmabilidad), ya que la explicación del proceso a seguir, selección de la muestra y contexto se ha ido describiendo a lo largo del estudio detalladamente para así captar la esencia de las vivencias de las/los participantes.

También se tuvieron en cuenta los criterios de Burns, que hacen referencia a la necesidad de que el investigador asegure la adhesión a: descripciones vividas, una metodología congruente, un análisis preciso, unas conexiones teóricas y una relevancia heurística (7,108).

Por otro lado, y con el objetivo de alcanzar la máxima calidad, se tomó como referencia las recomendaciones de Tong (109), recogidas en su obra *"Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)"*, que incluyen:

- En cumplimiento con las *descripciones vividas*, éstas debían ser realizadas en el sitio de las/los participantes, es por ello que se consideró pertinente realizar las entrevistas en los propios CSM. De la misma manera, y con el

objetivo de facilitar la comodidad de las/los participantes, aquellos que no pudieran acudir a las entrevistas o que prefiriesen hacerlo por escrito, tenían la posibilidad de participar a través de los relatos. El horario y duración de las entrevistas fue consensuado con las/los participantes en todo momento.

- Los *objetivos* de las entrevistas eran congruentes y se basaban en la pregunta de investigación. Tanto las entrevistas como los relatos se construyeron en base a los objetivos, íntimamente relacionados con la pregunta de investigación.
- En cumplimiento con el *rigor en la documentación*, todos los elementos del estudio se han descrito detalladamente; apartados como el fenómeno a investigar, la propuesta, la justificación de dicho estudio o las implicaciones éticas, es decir, todos los pasos de la investigación. La información ha sido obtenida una vez finalizado el tratamiento o estando este avanzado, de manera que han tenido tiempo para reflexionar y aceptar participar voluntariamente en el momento acordado.
- En cumplimiento con la *auditabilidad*, el investigador ha tratado de ir describiendo el porqué de todos los pasos y decisiones tomadas en la investigación. Los datos obtenidos son un fiel reflejo de la realidad vivida por las/los participantes. Se ha comprobado que el esquema final es representativo de los datos originales.
- *Las conexiones teóricas requeridas* se han desarrollado para que los esquemas presentados reflejen fielmente los datos. Se ha dado la retroalimentación entre las/los participantes y el investigador y se han triangulado datos.

- En cumplimiento con *la relevancia heurística* y con el objetivo de que las descripciones aclaren las vivencias, se ha procedido a realizar una comparativa con otros estudios de contenido semejante y se ha realizado triangulación por un investigador con conocimientos en esa área temática.

Por último, cabe reseñar el proceso de triangulación llevado a cabo. La triangulación es definida por Denzin como: *"la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos o métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular"* (110). Sirve tanto para validar la información como para aumentar su profundización y comprensión. Proporciona la posibilidad de estudiar un fenómeno desde diferentes ángulos o visiones y así aumentar la validez y consistencia de los resultados, evitando, como menciona Oppermann (111) el cometer sesgos por la utilización de un sólo método. Denzin identifica cuatro tipos de triangulación: la metodológica, la de datos, la de investigadores y, por último, la de teorías (110,111). A nivel metodológico, se han utilizado diferentes técnicas de recogida de datos para llegar al entendimiento del fenómeno, en este caso, la entrevista semiestructurada en profundidad y los relatos; en lo referente a las técnicas de análisis de los datos se utilizó el tratado de Smith, Flowers & Larkin (107), así como el esquema propuesto por Benner (80); el propio análisis del investigador se trianguló mediante 2 sesiones de exposición de resultados llevadas a cabo con profesionales de Enfermería y pacientes, y una revisión de los resultados por una experta en la materia: Rosa María Raich Escursell, que cuenta con numerosas publicaciones y es reconocida por sus investigaciones sobre TCA.

En estas sesiones, formadas cada una por 4 pacientes y 4 profesionales, se llevó a cabo la exposición de los resultados obtenidos, para conocer su opinión al respecto y si sentían que su experiencia quedaba reflejada. Ambos grupos se mostraron conformes

e identificados con los resultados y quisieron destacar en el caso de las/los profesionales, que en muchas ocasiones no son tan conscientes de la importancia que pueden tener en la vida de sus pacientes, lo cual les invitaba a reflexionar sobre sus actitudes y conductas en la relación terapéutica. Las/los pacientes por su parte, quisieron señalar el carácter inconsciente en la mayoría de las veces, del uso que hacen de la enfermedad, aunque matizaron que alguna vez sí encontraban beneficios en sus conductas.

En relación a la revisión de los resultados, la experta consultada validó la profundidad reflexiva de los datos obtenidos.

RESULTADOS

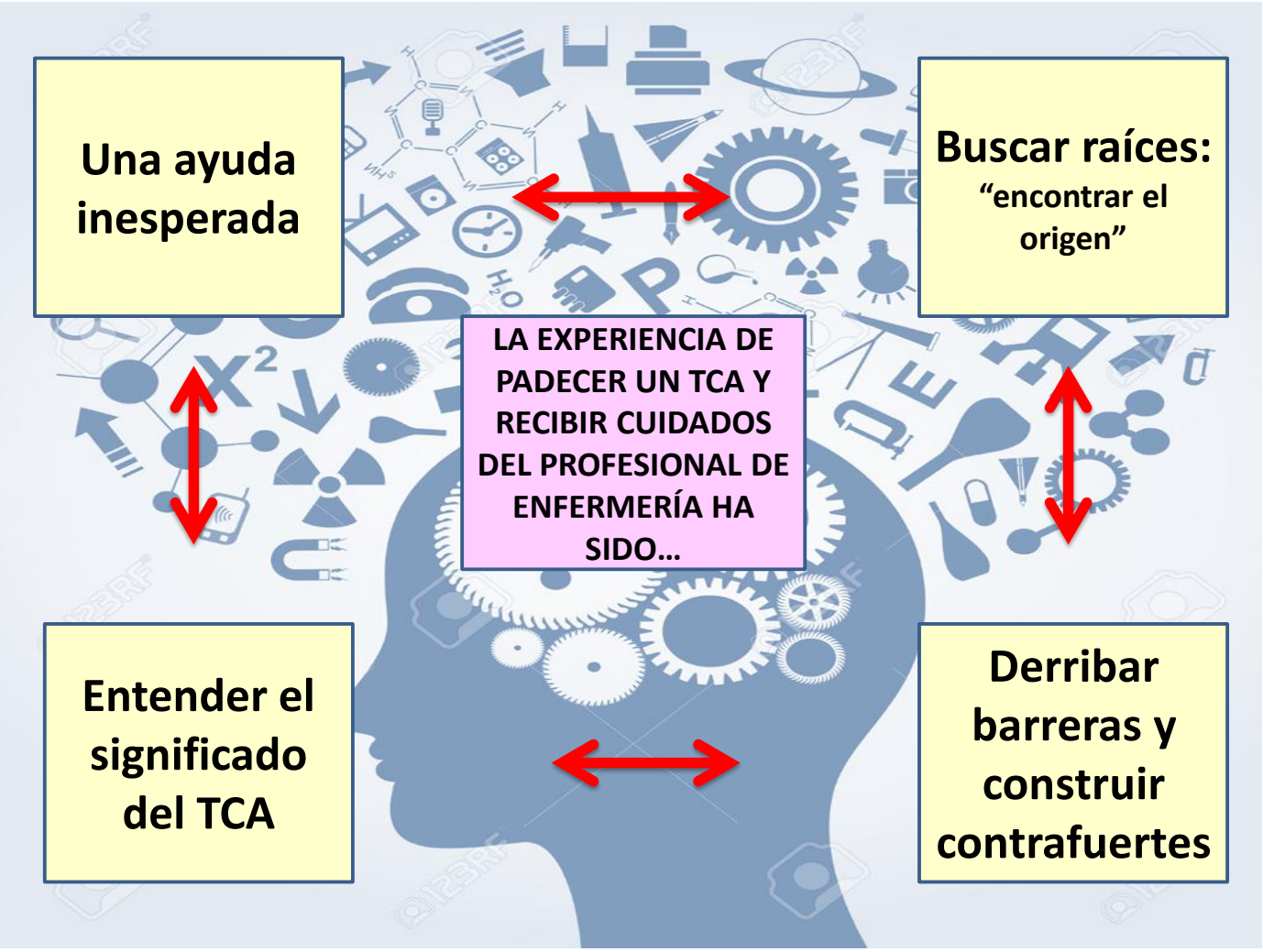
8. RESULTADOS

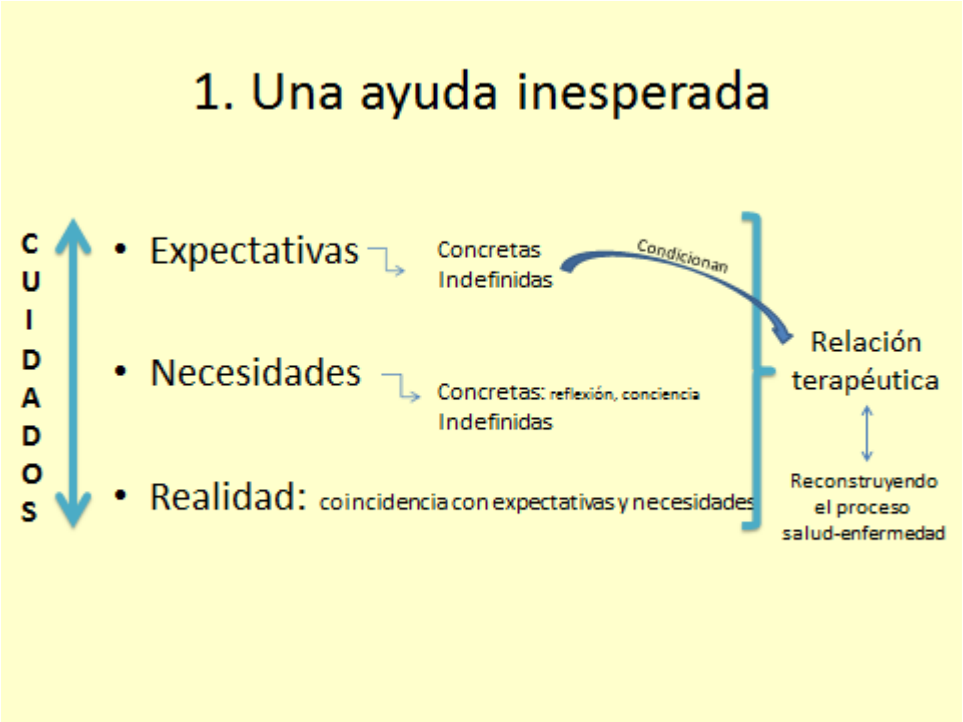
Como bien se ha mencionado, y siguiendo el esquema conjunto de Benner, Smith, Flowers & Larkin, se procedió a la transcripción, revisión, lectura y relectura de las transcripciones para su posterior codificación. Se distinguen dos niveles: el textual, donde se seleccionan citas y códigos; y el conceptual, donde se generan los vínculos y relaciones. A partir de los códigos y su interpretación, se van generando las grandes áreas temáticas que representan los fenómenos y posibilitan el reconstruir su sentido. Con cada una de las entrevistas y relatos se siguió el mismo proceso, pero ya no partiendo *"de cero",* sino a provechando la experiencia del análisis previo para establecer así, las conexiones entre los diferentes temas y llegar al máximo nivel interpretativo.

Los resultados obtenidos fruto del análisis de las experiencias de cuidados proporcionados por las/los profesionales de Enfermería y recibidos por las/los pacientes, recogidos a través de las entrevistas y relatos, se muestran en concordancia con los objetivos de investigación planteados y han dado lugar a los siguientes temas.

8.1 RESULTADOS EN PACIENTES

LA EXPERIENCIA DE PADECER UN TCA Y RECIBIR CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HA SIDO…





1. Una ayuda inesperada

Acciones llevadas a cabo por la/el profesional de Enfermería, percibidas por el usuario como un apoyo para paliar o mejorar la situación vital en la que se encuentra, y que se desarrollan de manera inesperada superando las expectativas previas. En algunas ocasiones, cuando se acude a la consulta con una demanda muy concreta, no se cumple lo esperado, generando decepción y frustración en el paciente; en otros casos, las/los usuarias/os llegan obligados a la consulta y se sorprenden de la ayuda encontrada, y en otras situaciones, las necesidades no están definidas ya que ni siquiera se identifica el problema. Las expectativas previas condicionan la relación terapéutica, en la que se tratan de aprovechar los recursos disponibles para cuidar de la manera más óptima al paciente. Esta relación de ayuda es entendida como el trato con una persona que posee una experiencia y conocimientos en un área concreta y que pueden ser beneficiosos para el individuo.

Aunque no siempre se ajusta a lo deseado, esperado o necesitado, en todos los casos la realidad aporta un mayor conocimiento de lo que está ocurriendo, aclara necesidades mediante la reflexión y conciencia del problema, proporciona nuevas estrategias y supone un espacio en el que compartir reconstruyendo el proceso salud-enfermedad.

- **Expectativas de los cuidados**

Ideas, pensamientos o conjeturas previas con las que la persona llega a la consulta de Enfermería y que piensa que tienen posibilidad razonable de ocurrir. En muchos casos la/el usuaria/o llega sin ninguna, o por el contrario, con requerimientos muy específicos, en otros están idealizadas y en la mayoría, solamente buscan ayuda. Se aprecia cómo las ideas desarrolladas antes de llegar a la consulta van a condicionar el devenir de la relación terapéutica, ya que en muchas ocasiones se ve al profesional como un enemigo, obstáculo o aliado de los/las padres/madres; y en otras como un/a salvador/a, depositando en la/el enfermera/o toda la responsabilidad y peso de la intervención.

Info 1:

"Pensé que me pondrían como un plan de dieta muy claro, la comida que tienes que comer, las calorías… algo más concreto y digerido, que te lo den ya hecho."

Info 9:

"La verdad que no esperaba nada, yo pedí ayuda pero no sabía de qué manera me lo iban a dar, tampoco quería crearme ninguna idea por si luego no coincidía con lo que me esperaba y me decepcionaba."

Info 13:

"La verdad que como vine obligado por mi madre, solo quería y esperaba que me dieran una dieta escrita y me dijera el peso y ya, como cubrir el expediente de cara a los demás."

Info 15:

"Pensaba que me ayudarían, pero no que se implicarían tanto. También pensaba que se enfadarían conmigo por algunas de las cosas que he hecho mal."

Info 16:

"Yo no quería venir, vine obligadísima por mis padres y mis amigas, sabía que me querrían ayudar, pero yo no quería. Yo me planteé hacer el paripé, decir a todo que sí para que me dieran el alta, ya que intuía que me obligarían o harían por que comiera."

Info 18:

"Pensé que iba a ser algo más formal, que sería como la típica relación médico-paciente."

Info 19:

"No quería venir, vine un poco obligada, pensaba que me iban a obligar a comer y que hablaría con alguien así en plan psicólogo, yo empecé a decir que no me pasaba nada y que no me hacía falta venir. Al principio venía diciendo, bueno, escucho la charla y me voy. Es curioso o irónico, porque la que pidió ayuda fui yo."

- **Necesidades de cuidados**

Elementos indispensables que la persona identifica como básicos para poder vivir en un estado de salud plena y que no posee o son carentes en el momento en el que llega a la consulta de Enfermería. Se observa que muchas veces no se tiene muy definido lo que se necesita, dejándose al azar o concretando en ayuda, control, escucha, desahogo o un cambio. Mediante el proceso llevado a cabo junto a la/el enfermera/o se pone nombre a lo que está ocurriendo y eso facilita el descubrir nuevas carencias. En

otros casos, hay personas que acuden con una demanda más concreta, que facilita la relación de ayuda ya que se ha reflexionado y hay conciencia de la existencia de un problema.

Info 1:

"*Necesitaba algo que ejerciese en mí un cambio porque yo sola no me veía capacitada para saber gestionar lo que estaba haciendo mal."*

Info 2:

"Necesitaba alguien que me ayudara a darme cuenta de que tenía que cambiar."

Info 3:

"Quería hablar con alguien, poder desahogarme, descargar con alguien que me entienda."

Info 4:

"Quería parar la situación en la que estaba metido, poder tener una vida normal, quería un poco de control."

Info 6:

"Necesitaba ayuda, reaccionar. Alguien que me echara un poco la bronca, ya que yo no tengo a mi madre encima. Alguien que me trajera a la realidad, que me ayude a volver a quererme y perdonarme, porque me he defraudado en muchos aspectos."

Info 7:

"Yo necesito un acompañamiento, que lo hagan conmigo y me obligue."

Info 8:

"Estaba tan agobiado que necesitaba una visión desde fuera, que me diera ese empujoncito y motivación que no tenía."

Info 9:

"Yo soy una persona muy difícil, necesitaba alguien que me diera caña, pero de manera sutil. Alguien que me proporcionara consejo, que me escuchara y pudiera desahogarme, simplemente que me entendieran."

Info 12:

"Necesitaba un lugar en el que pudiera contar lo que me pasaba sin miedo a ser juzgado o sin miedo al qué dirán."

Info 19:

"Me veía como deprimida y quería que alguien me dijera qué hacer para no sentirme así, mal conmigo misma."

- **Realidad de los cuidados**

Situación que acontece cuando se llega a la consulta de Enfermería y que puede coincidir o no con las expectativas y necesidades detectadas. En función de las/los profesionales, su formación e ideas, se aprecia la utilización de distinta metodología y orientación terapéutica: registros, escalas, técnicas de entrevista y dinámicas. La variabilidad es grande y debe de adaptarse a la demanda identificada. Resulta importante para las/los usuarias/os el recibir una respuesta a su principal demanda, aunque no sea el objetivo final, ya que así se sentirán comprendidos y escuchados y permitirá sentar las bases de la relación terapéutica. Destaca la importancia que se le da a no centrar toda la consulta en los aspectos nutricionales ya que son considerados como sintomatología de otro problema principal que se debe solucionar para poder corregir las conductas alimentarias disfuncionales. Además, los pensamientos rumiativos acerca del cuerpo, peso y alimentación suelen centrar gran parte de su atención, por lo que es preciso abordarlos, pero también realizar una retirada de atención y abarcar otros

aspectos en los que repercuten, como la dinámica familiar, estudios, trabajo, relación de iguales u ocio.

Info 2:

"Me ha transmitido que vamos a trabajar en ello, que no es venir aquí a contarle mi vida y ya está… te dan pautas y trabajan sobre algo, que no sea todo sobre comida, porque al final lo de la comida es como una consecuencia de algo."

Info 3:

"Cada vez que iba me pesaba, a veces me decía que me estaba pasando y me obsesioné, pensé en no volver más, porque no podía estar todos los días que iba con miedo y ansiedad por ver si había engordado o no."

Info 7:

"Me sirvió el sentir que me dedicaba tiempo, que me daba unas pautas y no me hacía sentir presionada."

Info 8:

"Se centró sobre todo en el tema de la ansiedad, que analizara un poco mi personalidad, principalmente trabajar mi autoestima, que estaba muy baja y el sentimiento de culpa. Luego también hablamos algo de comida."

Info 9:

"Me pidió que hiciera registros de lo que comía y si vomitaba, el ver lo que había hecho y recordarlo me agobiaba. Dejé de ir un tiempo y cuando volví le dije que no iba a hacer registros, pero sí hice un relato sobre cómo me encontraba un día que vomité… el pesarme también me agobiaba, no era capaz de tolerar que alguien supiera mi peso."

Info 11:

"Me vino bien que no sólo me planteara hacer dieta, que me dejara hacer ejercicio y ya está. A parte del tema de la comida, hablamos de los problemas que han afectado a mi mente, a mi capacidad de reacción como persona, y es lo que más me sirvió."

Info 12:

"Me vino bien que hablara con mi madre, para quitarme presión y que ella entendiera lo que me pasaba."

Info 13:

"Encontré que no sólo hablábamos del tema nutricional, sino que también le podía contar cómo me sentía y lo que me estaba sucediendo, que puedo hablar de otros temas que me interesan."

Info 16:

"Me gustó mucho que metiera mucha caña a los familiares, y también el hecho de que me hiciera ver el sufrimiento y daño a mis padres, a mí me dolió mucho y me hizo reaccionar, porque al principio por ti es complicado hacerlo."

Info 17:

"Lo que más me ayudó era que me diera el apoyo y motivación que necesitaba porque hasta que yo no dije "basta", no inicié ningún cambio, por mucho que me lo dijeran pues yo salía de aquí y lo olvidaba."

Info 18:

"Me hizo una serie de preguntas, y me pidió un registro de lo que comía. El mandarme hacer registros me ayudó porque yo veía lo que estaba haciendo; al verlo por escrito te impacta más y te das cuenta y te ayudaba a poder controlar. También me pesaba y le contaba un poco cómo había ido la semana, después pasaba con la psiquiatra y hablaba de otros temas. Fue un desahogo que me dejara hacer ejercicio, porque siempre te lo prohíben y para mí el bailar y correr era una vía de escape."

Info 19:

"Después de la valoración me pidió que escribiera cómo me veía y que me dibujara como me veía y cómo quería estar; en ese momento no me sirvió de mucho, ahora le doy más valor. Lo que más me sirvió fue que me hablara de las consecuencias que sufría mi cuerpo, como que me hizo reaccionar."

- **Relación terapéutica**

Sistema en el que a través del discurso entre enfermera/o y paciente, se va reconstruyendo el proceso salud-enfermedad. El contacto establecido resulta clave para la consecución de los objetivos y la mejoría clínica de la persona. El conseguir captar la atención del usuario/a y que se sienta cómodo/a, entendido/a, escuchado/a y valorado/a de manera única e individual, destaca como clave del proceso de ayuda. En general, las relaciones establecidas han sido cálidas y se ha creado un clima adecuado que favorecía la consecución de los objetivos. En algunos casos, cuando no se ha conseguido esa conexión entre usuaria/o y enfermera/o se han encontrado más dificultades para poder trabajar los problemas existentes, por lo que la relación de ayuda no ha sido valorada como muy útil.

Info 1:

"Son buenos enfermeros y se preocupan por mí, nunca me han presionado."

Info 2:

"Me sentía cómoda y venía a gusto, era un trato cercano, sentía que me escuchaban."

Info 5:

"Con mi enfermera me he encontrado a una persona extraordinaria, que ha sido muy sincera y directa, y me he sentido muy comprendida, hemos hablado de muchísimas cosas."

Info 9:

"Con mi enfermero he acertado, me siento a gusto, hay conexión, me apetece contarle cosas, me transmite confianza, que me entiende."

Info 10:

"Con mi enfermera me siento escuchada y entendida, pero a veces me da miedo porque no sé si estoy a la altura: me da miedo ser una persona más a la que voy a defraudar. A veces pienso que no me la merezco porque no correspondo su ayuda con mis resultados."

Info 12:

"Me sentí bastante seguro; al ser un profesional te sientes confiado de que vaya a encontrar una solución para tu problema. Al principio cuesta abrirte, pero poco a poco vas teniendo más confianza gracias a las preguntas que te hace."

Info 14:

"La enfermera ha sido agradable y afable, me han gustado las indicaciones que me ha dado, me sentí bastante bien."

Info 15:

"Me ayudaron mucho; lo primero porque se mostraron disponibles, sentía que podía confiar en ellas, que me escuchaban y comprendían, notaba su apoyo y motivación. "

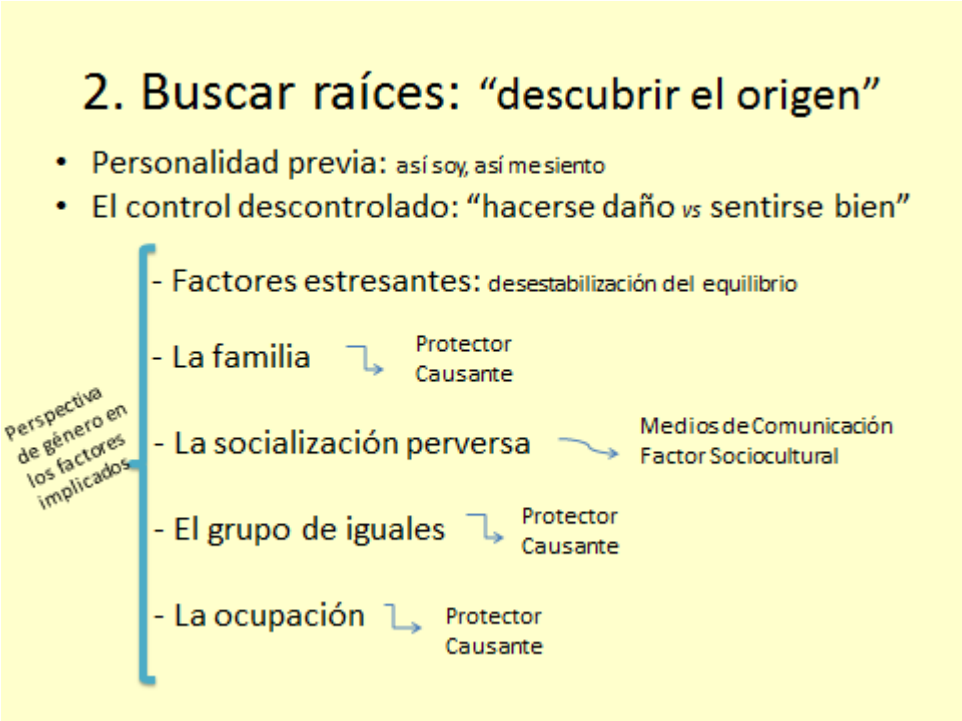
"No siempre he sido buena paciente, porque me he saltado muchas citas y siempre me han llamado y estado pendientes de mí; la verdad que han tenido mucha paciencia."

Info 16:

"Mi enfermera era una persona muy agradable y tengo gran recuerdo de ella, pero no conectaba con ella, no conseguí ser especial con ella, me sentía como que venía aquí, aplicaba el mismo protocolo que en otras y ya. Yo creo que como desde el primer momento no consiguió que me sintiera especial, pues luego no me abrí con ella, me hubiera gustado un trato más particular. Me hubiera gustado hablar de otras cosas, de cómo me sentía y no de lo que tenía que comer."

Info 17:

"Me descargaba, me desahogaba, vaciaba todo lo que tenía dentro, era capaz de ayudarme y las cosas que me decía las he tenido mucho en cuenta. Venía con ganas porque sentía que me escuchaba y comprendía. "



2. Buscar raíces: "descubrir el origen"

Proceso terapéutico en el que se llevan a cabo las acciones necesarias para encontrar posibles causantes, elementos implicados o protectores en el desarrollo del TCA. Supone reflexionar de manera retrospectiva, encontrando aspectos encubiertos y teniendo en cuenta la perspectiva de género en los factores implicados, es decir, las atribuciones realizadas a hombres y mujeres, lo masculino y femenino, tan determinante en los TCA por su identificación casi exclusiva con el género femenino. Este proceso no resulta sencillo dado que algunos elementos permanecen en el inconsciente y resultan contradictorios, ya que el aparente control que hace que la persona se sienta bien, es al mismo tiempo el que ocasiona el daño. Implica, por tanto, un gran trabajo en conjunto para conseguir que el usuario identifique la influencia real que *"estas raíces"* han tenido

en el descontrol provocado en su vida. La personalidad previa de la persona, que determinará su manera de afrontar las distintas circunstancias que le ocurren, junto con la influencia de la familia, grupo de iguales, la presión ejercida por los medios de comunicación, las normas socioculturales, la ocupación o las situaciones estresantes son identificados como presumibles causas que desestabilizan el equilibrio del paciente. No se buscan culpables que justifiquen el problema y supongan descargar responsabilidad, sino la comprensión de la ocurrido, el *"cerrar/sanar heridas abiertas"*, de manera que se pueda avanzar.

- **Personalidad previa: así soy, así me siento**

Rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la distinguen de los demás. Estos rasgos determinan sus decisiones, emociones y maneras de actuar y resultan clave a la hora de entender, en este caso, la vivencia de recibir cuidados de la/el enfermera/o al padecer un TCA. Por lo general, existe un perfil bastante definido que concuerda bastante con la realidad: se habla de personalidades rígidas y perfeccionistas, pero también dependientes y con baja autoestima.

Info 1:

"Decir que no, me costaba y me sigue costando muchísimo, como que necesito un poco la aprobación de los demás para sentirme bien."

"Soy bastante competitiva… nunca darlo todo es suficiente."

"Yo no cojo confianza rápidamente con las personas."

Info 4:

"Tenía la autoestima por los suelos."

"Yo soy una persona muy metódica y obsesiva, entonces si una cosa se sale de lo planeado, desparezco, salgo volando y es cuando me doy los atracones."

Info 5:

"Siempre he creído que a lo mejor soy autosuficiente para todo y a lo mejor… no lo sé, puede que estas cosas que me pasan sean por todas esas cosas que quiero gestionar, que me deje menos tiempo para mí y me despreocupe de mí."

Info 6:

"Ahora me doy cuenta que eran comentarios que salían de mí misma, yo era de muy baja autoestima y con la depresión y la ansiedad también, entonces no ayuda mucho."

Info 13:

"Siempre he sido muy introvertido y pasaba desapercibido."

Info 18:

"Yo soy muy controladora y estricta conmigo misma."

"En ciertos aspectos era insegura y esas inseguridades te hacen vulnerable a padecer estos problemas."

- **Control descontrolado: hacerse daño *vs* sentirse bien**

Sensación que experimenta la persona, por la cual, ante la pérdida de sentido en un área de su vida, recurre a la imposición de una serie de comportamientos estrictos que aparentemente provocan satisfacción inmediata, pero que a largo plazo generan daño e inestabilidad. Se amparan en un falso control, en este caso de la alimentación y aspecto físico, que proporciona calma y orden al sentir que se tiene el poder en ese aspecto de la vida. Sin embargo, esta situación resulta perpetuable durante poco tiempo debido a la mella física y psicológica que genera, con lo que esa estabilidad ficticia se desmorona y el caos pasa a dominar una vida que se tambalea por múltiples frentes. Es

en ese punto cuando muchas personas son conscientes del descontrol al que han llegado y de la necesidad de contar con ayuda para devolver el orden a sus vidas.

Info 2:

"Intentas controlar algo que depende de ti, lo que comes, lo que no, pero luego no puedes."

Info 6:

"Seguía pensando que cuando quisiera lo dejaba, cuando estuviera a gusto con mi cuerpo, pero nunca ves el fin y llega un momento que lo que quieres ya no es estar a gusto con tu cuerpo o la comida, sino con tu mente."

Info 9:

"Llega un punto que ya no puedes más y ves que necesitas ayuda porque no eres capaz de pararlo. Al principio empiezas y dices que esto lo puedes parar cuando quieras y pasa día tras día y ves que no, que se te ha ido de las manos."

Info 15:

"Al principio crees que puedes controlarlo, es tu manera de luchar frente todo el descontrol de tu alrededor, pero llega un punto que se te va de las manos y eres incapaz de parar."

Info 16:

"El hecho de no comer nada en muchos días, a mí me daba como fortaleza mental, me hacía sentir fuerte y como que controlaba mi vida."

Info 18:

"El no poder controlar todo desembocó en eso. Por ejemplo, si se me escapaba algo de las manos, lo compensaba controlando mi cuerpo y la comida, es decir, no puedo controlar ciertas cosas ajenas a mí, pues por lo menos hago lo que quiero con mi cuerpo y la comida."

Info 19:

"Siempre he sido muy controladora, he necesitado tener el control sobre algo y en ese momento no lo tenía."

- **Factores estresantes: desestabilización del equilibrio**

Son situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo, una ruptura en la armonía que experimenta la persona. Cualquier suceso no habitual cuyas consecuencias sean tan importantes y duraderas como para alterar la rutina de la persona, estaría incluido en este grupo. Frecuentemente se habla de: abusos, un fallecimiento o acoso/bullying. En ocasiones, no es sólo el acontecimiento traumático ocurrido, sino la respuesta generada: sentimientos de soledad, en lugar de contar con el apoyo y ayuda, tanto del entorno, como de profesionales.

Info 9:

"Se juntaron muchos factores, la ansiedad era muy grande y comencé con autolesiones e ideas suicidas, de lo mal que estaba."

Info 16:

"Un problema muy grande o algo importante que pase en tu vida, como un abuso, algo muy gordo que sobre todo te aisle, que te haga sentir sola."

Info 17:

"Creo que a veces puede suceder si te ocurre una cosa muy fuerte o grave, algo que te marque y que haga que intentes solucionar un problema metiéndote en otro."

Info 19:

"Pienso que a veces te puede pasar porque te ocurre algo muy estresante, como bullying, acoso, un abuso o algo así."

- **Familia**

Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas, relacionadas entre sí por parentesco de consanguinidad o afinidad. La familia se identifica tanto como factor protector o como precipitante de la enfermedad. En el primero de los casos, el contar con el apoyo y soporte de la misma, así como la existencia de una buena comunicación y fomento de hábitos de vida saludables en su seno puede evitar o contener el desarrollo del TCA. Por otro lado, la conflictiva familiar, las prácticas no saludables y la falta de una red de apoyo ante las situaciones estresantes de la vida, pueden favorecer el progreso de la enfermedad. Destaca en los discursos el uso del femenino y el papel de las madres o hermanas, tanto como apoyo, o como precipitador del TCA. La figura del padre aparece en segundo plano y vinculada a la autoridad o expectativas, mientras que la madre sigue siendo el modelo de conducta, quien cocina y cuida en las familias y se hace visible el vínculo entre madre-comida-TCA.

Info 1:

"Me ha venido muy bien tener el apoyo de mi madre y mi hermana, contar con alguien que te entienda."

Info 2:

"Mi tía tiene problemas con la comida, no come nada y hace muchísimo deporte y está súper obsesionada, entonces, de pequeños siempre nos decía: que si estás aquí parada, que estás regordita, entonces eso sí que me ha influido un poco."

Info 3:

"Me he saturado de todo, yo me he visto muy sola y nunca he tenido apoyo, ni de mis hermanas, ni de mis padres, que son muy dejados; el cariño de mis padres es muy justo, yo tengo muchas carencias y, además, nunca he querido ser como ellos, tienen un problema de obesidad muy grande y siempre he huido de eso."

"Estoy influyendo malamente en mis hijos y creo que esto puede llegar a acabar con mi matrimonio".

Info 4:

"Mi hermana llegó a desarrollar una serie de pautas insanas con la comida como refugio a sus problemas personales y yo lo viví. Además, mis padres eran un potenciador de ese mal, al principio no lo entendían porque en mi casa siempre hemos sido de mucho comer, nuestros padres se han criado en un ambiente en el que el exceso de comida no existía y yo creo que para compensar un poco sus frustraciones siempre han puesto un poco de más en la mesa."

Info 5:

"*Fueron 3 años muy duros por las dos pérdidas humanas, mi padre y mi madre con dos enfermedades muy duras y a eso se juntó que yo tengo un hermano con enfermedad mental, y tuvimos que poner una orden de alejamiento porque era muy difícil ya convivir con él y se vivió de una manera trágica… mi marido tampoco estuvo a la altura en esos momentos, tuve un poco de desengaño sentimental."*

Info 6:

"Mis padres son obesos, siempre lo han sido. Siempre he estado rodeada de muchísima comida, y con mis abuelos igual. Mi madre siempre había hecho que de la vida en mi casa lo más importante siempre fuera la comida, entonces eso se pasa de generación en generación, tú lo vives las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Luego, a mí por ejemplo, me encanta el ejercicio un montón y mi madre está en contra de ello. Estaba sola tanto física como mentalmente, porque vivir con mi padre era como vivir con un armario."

Info 9:

"Realmente me metí a la universidad por mis padres, yo no quería, pero sentía la necesidad de ser la hija perfecta, hija prodigio. Sentía la presión de ser perfecta en los estudios, en la imagen, en el comportamiento con los chicos, tenía que ser fina y recatada, no podía ser

quien quería ser. Con mi hermano, sin embargo, que ha sido la oveja negra de la familia, han sido más blandos y lo tienen más mimado que a mí."

Info 11:

"Mi madre cuando tiene problemas también recurre a la comida y siempre está muy encima de mí... la gordura es un tema de conversación siempre recurrente en mi familia."

Info 12:

"Mi madre es muy pesada con que hay que comer bien, echa mucha cantidad y si le dices que quieres comer menos o de otra manera se enfada, te dice que son tonterías y lo vive como un desprecio a su trabajo o a lo que ha cocinado."

Info 13:

"Desde pequeño he sido un niño que comía poco, no sé si es genético, cultural, pero bueno esa época coincidió con la separación de mis padres, que estaban siempre discutiendo y no me hacían nada de caso."

Info 15:

"El ambiente en mi casa era con muchos problemas: mis padres discutían todos los días, incluso ha habido denuncias por violencia de género, mi hermano era también muy conflictivo, y eso me generaba tal angustia que me cerró el apetito."

Info 16:

"Yo no me sentía muy bien conmigo misma, pero si encima mis tíos por ejemplo, me hacían comentarios como que estaba más gorda o que menudo culo se me estaba poniendo, que estaba más fea, encima con mala intención y de manera constante… "

"Mis padres, sobre todo mi madre, se han sentido muy culpables, mi padre estaba tan enfadado que ni me hablaba y mi hermano lo ha pasado muy mal, cada vez que me veía mal, se ponía a llorar."

Info 19:

"En casa la situación familiar no es que fuera muy buena y creo que pudo influir en que me centrara más en mi cuerpo. Cuando se dieron cuenta, la relación con mi madre mejoró muchísimo, mi madre me apoyó mucho. Y a mi padre, a día de hoy, si le preguntas yo no he tenido ningún problema, igual es su forma de protegerse y de afrontar las cosas."

- **Socialización perversa**

Proceso mediante el cual el ser humano aprende, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente y los integra en la estructura de su personalidad, bajo la influencia reprobable y basada en prejuicios y estereotipos, en muchas ocasiones, de experiencias y agentes sociales. Se destaca el papel de la sociedad, de la cultura y de los medios de comunicación. En el caso de la sociedad, esta integraría el sistema constituido por personas que se relacionan entre sí, de acuerdo a unas determinadas reglas y que comparten una cultura, valores y creencias en un espacio y tiempo determinado; la cultura, entendida como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico e industrial en una época o grupo social concreto; y respecto a los medios de comunicación, serían un soporte público de gran difusión a través del cual se transmiten ideas o mensajes que llegan a la sociedad. La presión ejercida por mencionados agentes en el proceso de crecimiento y desarrollo como persona es grande, marcando las pautas de lo que es deseable y lo que no y de los comportamientos y actitudes esperadas para ser aceptado por la sociedad.

Es transmitida la visión de que la imagen delgada sigue siendo importante para conseguir objetivos y beneficios en la sociedad, ya que es algo agradable y deseable y por las implicaciones que conlleva: se asocia con éxito, bienestar y felicidad. Cada vez se empieza a pensar más en cuidar el aspecto por cuestiones de salud, pero queda relegado a un segundo plano. Aunque gran parte de la responsabilidad se le achaca a medios de comunicación y sociedad, se amplía el abanico de posibles desencadenantes, otorgando más protagonismo a otros factores citados.

Info 1:

"Los medios de comunicación y la sociedad te lo venden todo el rato, la imagen es muy importante y según te ven te tratan, te pueden llegar a rechazar, es importante el gustar… la sociedad te pide que estés bien y pongas la sonrisa aunque no te encuentres bien."

Info 2

"Tenemos un cultura en la que el ideal es la mujer súper delgada, aunque siempre te dicen que lo que gustan son las curvas, pero luego las modelos que salen en la televisión son esqueléticamente delgadas y entonces, pues por llegar al ideal ese, se está fomentando el comer sano, el hacer ejercicio."

Info 5:

"Vivimos en una sociedad en la que tanto eres tanto vales y su opinión influye mucho, pero también es verdad que si al final tú te aceptas, eso es lo que proyectas a los demás."

Info 6

"En las redes sociales te avasallan con mil fotos de personas que tienen un buen cuerpo y nosotras no estamos así; la gente no sabe cómo llegar a ese físico, creo que hay un mal entendimiento de la salud y de cómo comer. La gente quiere tener esos cuerpos por la fama: vemos a las modelos como pequeñas diosas, son tu ídolo a seguir, lo que te motiva. Yo buscaba toda la información en Internet, te dicen lo que tienes que hacer; yo hablé con mucha gente, hay muchos blogs que promueven estas cosas."

Info 8:

"La imagen es muy importante hoy en la sociedad; los fines son totalmente comerciales, pero también creo que hay un punto que tiene que ver con la salud. Desde pequeñito, a mí, mi profe de gimnasia, me acuerdo perfectamente que me llamaba tocinillo, y claro, yo le he llegado a coger una cierta aversión al deporte, ahora lo tengo abandonado."

"Los medios de comunicación no tienen toda la culpa, fíjate en la Edad Media no los había y ya había unos cánones muy marcados."

Info 11:

"Los medios de comunicación, las marcas y las empresas generan esa presión, todo es un negocio, por ejemplo: en una famosa cadena de hamburguesas en sus manteles te ponen las calorías de los alimentos, ¿para qué?, ¿para qué te sientas mal? Todo es un juego y tienes que

estar perfecto, porque tanto si estás muy gordo como muy delgado se van a meter contigo, los extremos son malos."

Info 14:

"La sociedad nos mete una gran presión con el tema de la imagen y el conseguir llegar a unos estándares, y cuando ves que tú no llegas te hundes."

Info 16:

"La presión de la sociedad y de los medios de comunicación es brutal y continua y yo que más o menos voy teniendo las cosas claras, me pone fatal. Por ejemplo, con la ropa, todo el mundo lo comenta y yo lo pasó fatal, ves los maniquíes y da asco, no entras en una talla y ya te rayas, yo no puedo ir a comprar ropa sola, tiene que ser que tenga un día muy bueno, porque me vengo llorando, es horrible, lo sigo pasando mal, la presión de la sociedad lo veo extremadamente."

- **Grupo de iguales**

Conjunto informal de personas que comparten un estatus igual o similar y que por lo general tienen una edad, antecedentes e intereses comunes. Habitualmente, la identificación con este grupo es grande: se busca el encajar, el compartir vivencias, la deseabilidad social es elevada. El sentimiento de pertenencia a un grupo, especialmente en la adolescencia, es fundamental ya que el modelo y referencia dejan de ser los/las padres/madres, para pasar a ser las/los amigas/os. En este sentido la persona se vuelve influenciable y vulnerable.

Info 1:

"En lo personal tampoco me iba muy bien y generó como una especie de pensamiento negativo, como un circulo, que te centrabas mucho en el trabajo, para darte una valía a lo mejor que no encontrabas en lo personal."

"A la hora de las relaciones humanas pues a todo decía que sí, porque no te valoras y la forma de conseguir la valoración de otros es haciéndoles a los demás sentirse bien, como que tú vales más por hacerles las cosas que ellos quieren."

Info 2:

"Tuve problemas con mi ex pareja, con mis amigas…"

Info 6:

"Siempre he sido muy alta y responsable y eso hacía que en mi grupo de amigas me sintiera como la madre del grupo, siempre dispuesta cuidarlas, no me sentía como una más, nos gustaban cosas distintas, siempre he sido diferente."

Info 8:

"Viene un poco desde la infancia y la adolescencia, porque yo he sido, o fui, niño gordito, con gafas y con orejas de soplillo, lo tenía todo; entonces claro, sin entrar en conceptos de bullying yo he sido el niño al que era muy fácil insultar, o meterse con él o ponerle un mote, de ahí viene una inseguridad y ubicación en el colegio que vas trasladando un poco a los distintos puntos de tu vida."

Info 9:

"Creo que el detonante de todo fue que sufrí acoso y una agresión por parte de una chica de mi clase, que me relacionó con su novio; entonces ella y sus amigas empezaron a seguirme, insultándome, agrediéndome y acosándome, lo que me hizo encerrarme en casa, aislarme y empezar a tontear con la comida."

Info 11:

"Sí que tengo la confianza de contarle a mis amigos lo que me pasa porque ellos están en una situación parecida: a ellos les gusta comer también. Si estuviera en un grupo en el que fueran de otra manera sí que me podría sentir discriminado."

Info 14:

"Sí que influyó bastante el querer retomar la relación con una chica, empiezo a hacerme ilusiones con recuperarla, y para ello empiezo a fijarme un poco más en mi cuerpo, y cada vez que me miro al espejo me siento más gordo e incapaz de gustarle."

Info 15:

"Conocí a un chico que me maltrataba; él consumía drogas, y yo empecé a probarlas, me quitaban el apetito y me hacían olvidar también todos los comentarios despectivos que hacía de mí y de mi cuerpo."

"Tenía mucha ansiedad y la gente me decía que estaba más guapa con la pérdida de peso, eso me gustó y empecé a pensar más en mi imagen."

Info 19:

"Sentía que no encajaba, yo tenía mi grupo de amigas, que siempre han estado ahí, pero tampoco me sentía súper identificada con ellas y con lo que yo quería ser."

- **Ocupación**

Entendida como el desempeño de un cargo u ocupación y las actividades y funciones que le corresponde. Se refiere tanto al mundo laboral, como al aspecto académico o a las tareas del hogar y puede suponer tanto un factor protector, proporcionando apoyo y soporte, como un factor estresante que precipita el desequilibrio. En general, se identifican como momentos de crisis la competencia laboral o la incertidumbre en el puesto de trabajo; el tener que decidir el tipo de estudios que se van a cursar o épocas estresantes de exámenes y la presión ejercida por el entorno en cuanto a los resultados esperados en este ámbito. El contar con una ocupación es visto como algo positivo, que permite obviar momentáneamente otros aspectos de la vida, siempre y cuando no se descuiden las otras áreas de la persona.

Info 1:

"Es un trabajo que tiene mucha presión y eso determinó que yo tuviese menos apetito; también las comidas que hacía las hacía deprisa y corriendo y también el ambiente laboral que había en ese momento no era bueno. Entonces, eso mermó un poco mis ganas de comer y

también me alteró todo; cuando un cuerpo trabaja de forma normal tiene hambre o tiene unas necesidades y eso hizo en mí que tuviese menos apetito y que prestase menos atención a lo que comía."

Info 2:

"Estaba cursando 2º de Bachiller y, bueno, necesitaba una nota muy alta, y me empecé a agobiar y de repente dejé de comer."

Info 4:

"Estaba preparando una oposición y necesitaba estar en un nivel físico bueno, para ser Policía Nacional, y como no conseguía llegar hasta mis objetivos me daba ansiedad y tenía un atracón y tiraba todo el esfuerzo por la borda."

Info 5:

"En el trabajo he tenido un problema de persecución, un poco de mobbing, les he tenido que denunciar y eso me ha creado una gran inestabilidad."

Info 19:

"En los estudios estaba un poco desanimada, porque estaba en 4º y aunque era de las pequeñas veía que todo el mundo tenía claro lo que quería hacer y yo no, y eso me agobiaba."

- **Perspectiva de género en los factores implicados**

Postulado que estudia las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y mujeres y lo que identifica lo masculino y femenino. Supone una gran fuente de controversia, estereotipos, falsas creencias, mitos y realidades que configuran la presencia y devenir en la sociedad. Existe una ola crítica hacia el machismo; tanto por parte de hombres como de mujeres se aprecia un cambio en las ideas y comportamientos, se vislumbran cambios. Sin embargo, la desinformación y la carencia de conocimientos también es grande: se conoce el camino, pero faltan medios para construirlo. En el caso de los TCA, aunque se tiene una visión mucho más global, los

estereotipos pesan y se les sigue dando un mayor protagonismo a las mujeres, dejando olvidados a los hombres y, por tanto, creando más barreras para la identificación y seguimiento de los casos. Destaca, en el caso de los hombres, que cuando realmente se han encontrado mal, ha primado más la necesidad de ayuda que los prejuicios existentes, encontrando el apoyo buscado.

Info 2:

"Habrá casos de hombres con TCA, pero la presión de las mujeres es mayor."

Info 4:

"La anorexia y la bulimia suelen ir más asociadas al género femenino, los roles de género siguen estando muy presentes… a los chicos les puede pasar también. Yo no tuve problema en contarlo, pero entiendo que a algún chico le pueda pasar por miedo al rechazo o ridículo, porque los chicos no le damos importancia a esas cosas."

Info 5:

"Los hombres viven sin equipaje y nosotras llevamos mucho equipaje, pero por algún motivo educacional, social, tenemos la tendencia a quitarles nosotras a ellos esa responsabilidad, y al final, llega un punto que ya no es que vayan sin equipaje, es que se lo hemos quitado y lo llevamos nosotras. El problema del trastorno de la alimentación pues puede ser un detonante en muchas mujeres porque además está la exigencia nuestra propia: es que hay que estar delgadas porque es saludable, y lo segundo, porque si no entro en una 36 ya van a estar mejor mis compañeras, y la fiesta de cumpleaños de mi hijo tiene que ser la mejor y tengo que ir a comprar y tiene que ser una compra que no falte de nada, y la casa tiene que estar limpia y en el trabajo tengo que ser excelente, y luego tengo que estar deseable para mi marido, y luego… "

Info 8:

"Los cánones de los hombres no han cambiado tanto, el concepto de hombre fibrado, a través del ejercicio, viene desde el hombre de Vitrubio; en cambio, en lo femenino si hay más cambio, en las pasarelas se ve la extrema delgadez, pero luego en publicidad se vende la mujer

con curvas. A las mujeres se les marca lo que tienen que ofrecer y la búsqueda de esa imposición es muy trabajosa."

"Personalmente, no tuve problema en contar a un profesional lo que me pasaba, porque cuando estas mal, solo buscas ayuda, pero puedo entender que otros hombres sientan los prejuicios y no lo quieran contar."

Info 11:

"Mi etiqueta de gordo no es la misma que la de una chica gorda; en ella significa el no ser aceptada, porque no es una mujer atractiva. En cambio, en los hombres, te dejan estar más. En las mujeres la gordura no se tolera por la cultura, a la mujer siempre se le ha exigido más, es una competencia entre ellas el ver quién está mejor."

"Creo que las cosas están cambiando, ahora ya no solo se exige estar bien físicamente, sino de cabeza y sentimientos, y ahí la mujer tienen una iniciativa y ventaja muy grande, ellas están más pendientes porque la sociedad y la cultura se lo exige."

Info 12:

"Es una experiencia rara y dura, no se lo cuentas a nadie, más siendo chico, porque a ver qué iban a pensar de mí, es algo que cuesta."

Info 13:

"Siendo chico la gente pasa más de ti, por eso me extraña tanta preocupación por mí, no se fijan tanto en tu cuerpo, no te linchan tanto como en el caso de las mujeres."

Info 14:

"Me ha costado mucho contarlo y ha sido mucho más difícil venir a la consulta porque básicamente a los chicos nos ocultan esto y hacen que no hablemos de este tema porque siempre se ha asociado más a las mujeres."

Info 15:

"Los chicos también tienen ahora más presión por cuidarse, pero no es tan exigente como en las mujeres, que siempre han destacado por su belleza y por eso se las valora, es obligatorio el estar bien."

Info 16:

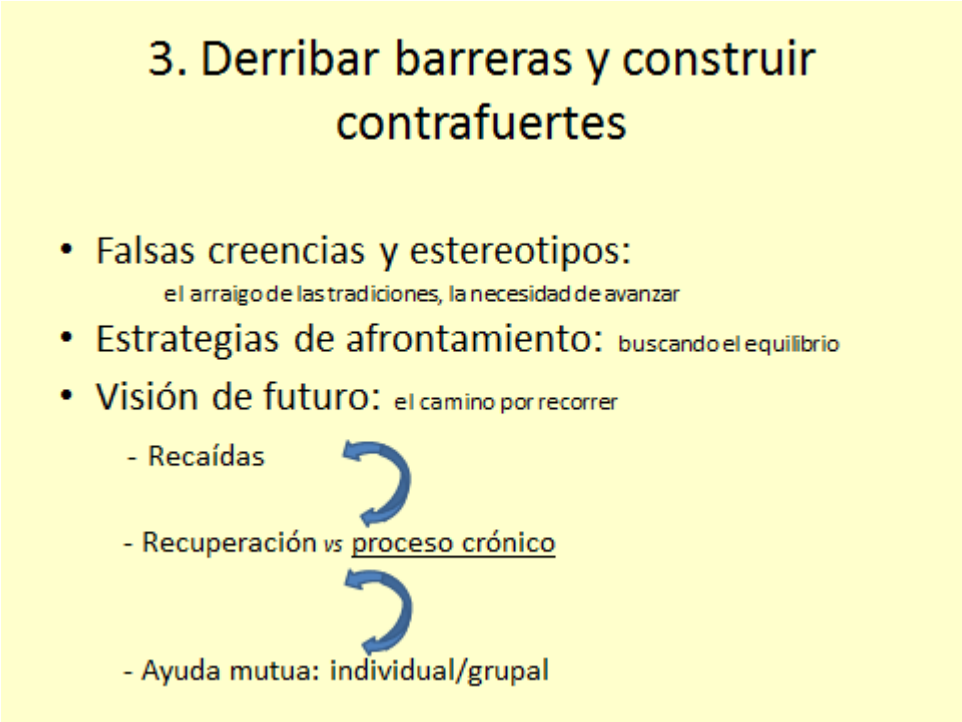
"Las mujeres estamos en el punto de mira de la sociedad: se busca la chica guapa y sexy. El chico puede estar algo más fondón que no pasa nada, no se critica tanto; la chica tiene que ser ideal y, si no, no está buena. La sociedad está pensada para los hombres y que tengamos un cuerpo que les guste a ellos y no a nosotras."

Info 17:

"El hecho de ser chico no me afectó para pedir ayuda, porque cuando realmente ves el problema que tienes y cuentas con el apoyo de tu gente, que te veían mal, ves que lo necesitas."

Info 19:

"En las mujeres es mucho mayor, vivimos en una sociedad machista y a la mujer se le exige más."



3. Derribar barreras y construir contrafuertes

Proceso mediante el que se elimina aquello que impide el logro de una situación deseada y se generan alternativas que posibilitan el resistir las dificultades o recaídas acontecidas. La lucha contra las ideas arraigadas en la sociedad es compleja; se identifican numerosas falsas ideas y estereotipos que se basan en la tradicional cosificación de la mujer y en las raíces del patriarcado. Aunque la visión está cambiando, todavía persiste enraizada la concepción de que la sociedad es un mundo creado para y por los hombres, a los que se sigue asociando con el ideal de fuerza, protección y trabajo y donde es difícil aceptar que padezcan un TCA o que sea algo que les ocurra, mientras que la mujer se ve relegada a un segundo plano, más débil e identificada y valorada a partir de su aspecto. Se plantean alternativas y diferentes estrategias de afrontamiento de los problemas surgidos, de nuevo diferentes, en función de la orientación del profesional y de las necesidades

identificadas, pero que tienen como denominador común el equilibrio, control o disciplina, y que permiten avanzar, afrontando el futuro de diferentes maneras: como un proceso crónico en el que pueden haber recaídas, de manera que siempre habrá que estar alerta, o como un episodio puntual, del que uno se recupera y que una vez ya superado no tiene por qué tener repercusiones a largo plazo. En cualquiera de los casos, se plantea la posibilidad de utilizar la experiencia de padecer un TCA como una ayuda mutua futura para personas que se encuentren en su misma situación, bien de manera grupal o individual; el poder formar grupos de apoyo con personas que han vivido las mismas circunstancias o similares, es valorado de forma muy positiva ya que facilita la identificación, empatía y comprensión.

- **Falsas creencias y estereotipos: el arraigo de las tradiciones, la necesidad de avanzar**

Ideas aceptadas como representativas de un colectivo por la población general, pero que no tienen una base real. Se basan en los estereotipos de género y en los opuestos asociados con hombres y mujeres: el fuerte/la débil, el músculo/la delgadez, belleza externa/belleza interna o el silencio/el diálogo. Sigue costando aceptar el TCA como una patología que pueden padecer los hombres y el hecho de que lo admitan y pidan ayuda. Estas ideas predominan en la sociedad y aunque es cierto que la historia no se puede borrar, sí puede servir como un recuerdo de lo que ocurrió en el pasado y un reflejo de los cambios que deben de darse. El cuestionar lo aceptado tradicionalmente es complejo, pero los tiempos que corren exigen una tolerancia, respeto y amplia consideración a todas las posibilidades y variables que

puedan acontecer. Su presencia tan arraigada en la actualidad da idea del gran trabajo de concienciación y educación que queda por hacer.

Info 6:

"Los hombres cuando tienen un problema se encierran, no se lo comunican a nadie, por vergüenza o comodidad. A las mujeres nos gusta más dialogarlo."

"Los problemas de alimentación en mujeres tienden más hacia la delgadez, los de los hombres hacia el músculo."

Info 8:

"Tradicionalmente, se tenía la idea de que las mujeres eran malas, sin alma y que el hombre es fuerte, no puede tener problemas ni exponer sus emociones y sentimientos."

Info 9:

"Creo que a las chicas nos importa menos el salir con un chico que tenga unos kilos de más o de menos, creo que nosotras aceptamos más sus defectos y que nos fijamos más en el interior."

Info 11:

"Habrá casos de TCA en hombres, yo no los he visto, creo que se sabe más en las mujeres, en los hombres puede ser más por cuidarse demasiado en los gimnasios. De todas formas creo que a los hombres les cuesta más pedir ayuda y expresar sus emociones."

Info 12:

"No son cosas que le suelen pasar a los chicos… hay una gran presión de la sociedad hacia los chicos sobre todo para que tengamos un cuerpo musculado, los chicos más delgados parecen más débiles."

Info 15:

"En los hombres creo que aparece más la preocupación por ir al gimnasio, usar cremas o vestirse bien. Alguno habrá con cosas más graves, pero no creo que lleguen tan fácilmente a las consultas, porque si no, no serían tan hombres y mostrarían su debilidad."

- **Estrategias de afrontamiento: buscando el equilibrio**

Esquemas mentales (cognitivos, emocionales o conductuales) dirigidos a tolerar las demandas internas y externas y los conflictos entre ellas, de manera que no se superen los recursos con los que cuenta la persona. Estos patrones organizados son fruto del aprendizaje y del conocimiento profundo de las propias capacidades y limitaciones y representan un marco que posibilita el estructurar los comportamientos, pensamientos y/o emociones, de manera que se puedan controlar o evitar ciertas situaciones y la persona pueda actuar de acuerdo a sus expectativas. Ejemplos de estos esquemas serían la anticipación, las rutinas o técnicas de relajación.

Info 1:

"Me dio técnicas de relajación y estrategias de control del estrés."

Info 4:

"Lo que más me ha ayudado al venir aquí, es que al externalizar todo lo que tenía dentro de la cabeza, he visto patrones, he visto causas y efectos; entonces, eso me ha ayudado a encontrar la mejor forma para anticiparme a esos atracones por ansiedad, por depresión o lo que sea. Me marco una rutina muy estricta y tengo un sistema de pactos para evitar un desorden caótico."

Info 11:

"Me ha dado disciplina a la hora de tomar decisiones y ayuda para aprender a sobrellevar la ansiedad."

Info 15:

"Sobre todo me ha ayudado el que me ha enseñado a ver la realidad, he aprendido relajación para controlar la ansiedad, a poder controlar las comidas y mi peso y sobre todo estrategias para ir afrontando los problemas del día a día."

- **Visión de futuro: el camino por recorrer**

Manera de interpretar el devenir o conjunto de acontecimientos que vivirá la persona, que se ve muy influido por la percepción de la experiencia vivida. Se identifican 3 visiones principalmente:

- **Las recaídas**

Entendidas como el volver a padecer el mismo problema del que uno se había recuperado o sufrir un empeoramiento en la situación personal actual. Son frecuentes dentro del proceso de recuperación, ya que este no es lineal y son vistas como algo esperable y frecuente. Suponen un bache en el camino y no un empezar de cero, ya que las estrategias y la conciencia del problema existente no son las mismas que al inicio y la persona se siente más capacitada para controlarlas.

Info 2:

"Ahora me encuentro mucho mejor, aunque en ocasiones me cuesta comer algún alimento y tengo momentos de debilidad, pero soy capaz de gestionarlo yo sola."

Info 16:

"Ahora con mis 10 kg de más estoy empezando a rayarme otra vez, pero me digo que voy a intentar otras cosas y pensar en algo distinto: ir al gimnasio, pero como no tengo tiempo pues te hace ir al lavabo, que es más rápido; han sido recaídas esporádicas que puedo controlar, entonces no sé cómo acabará esto y si tendré que venir, simplemente a hablar de esto."

Info 19:

"Sí, he tenido recaídas, obviamente, pero si veo que no son demasiado graves y que lo puedo controlar, no se lo comento a mi familia, pero si veo que se me va de las manos, no me importaría volver a seguimiento."

- **Recuperación**

El entender el TCA como un problema del que uno se recupera y, por tanto, que es algo temporal fruto de una serie de agentes estresores que provocan inestabilidad. En este caso se equipara recuperación a curación, hablando de una solución definitiva, de un problema que ocurre de manera puntual ya que la persona se encontraba más vulnerable, y que ya está cerrado, no precisando, desde este punto de vista, un control en el futuro puesto que ya está superado, la persona deja de ser "*un paciente*".

Info 6:

"Yo me he curado de muchas cosas y como que veo que me queda poco para curarme mejor."

Info 9:

"Cuando supere esto, porque no creo que me vaya a durar para siempre, podré ayudar a más gente."

- **Cronicidad**

Vivir el TCA como algo crónico, que permanecerá a lo largo de la vida y del que uno experimentará momentos de inestabilidad y momentos de mayor control. La persona tiene conciencia de enfermedad, sabe que es algo que le acompañará a lo largo

de su vida pero la patología y sus síntomas quedan en un segundo plano, dándole protagonismo a un buen estado de salud y bienestar en todos los aspectos de la vida. Desde esta visión más integral, se van afrontando las adversidades a través de las fortalezas y habilidades adquiridas, siendo capaz de controlar de manera independiente estas pequeñas crisis y sabiendo que en cualquier momento puede contar de nuevo con el apoyo de su enfermera/o si así lo necesita. De esta manera el usuario puede "*vivir con la enfermedad*" y no "*luchar contra ella*".

Info 4:

"Yo creo que mis problemas al fin y al cabo prácticamente han nacido conmigo y van a morir conmigo y cura o solución definitiva no va a haber."

Info 7:

"Pienso que es algo que va a estar siempre conmigo, que no tiene cura."

Info 11:

"Este problema no lo he dejado de tener, pienso que eso no se deja de tener de un día para otro."

Info 19:

"De hecho, creo que esto es algo que tienes para siempre, con cualquier TCA aprendes a convivir, a controlarte y controlar las situaciones, pero es algo que no se llega a superar, es como hacer callar a tu parte enferma, que esté dormida y no se despierte."

- **Ayuda mutua: individual/grupal**

Desarrollada de manera individual o grupal, sería un refuerzo en el que se establece una relación entre personas que han vivido una situación o experiencia similar en la vida y que se reúnen periódicamente para apoyarse y colaborar en el proceso de

recuperación o mantenimiento. Se destaca como fundamental en el curso del restablecimiento, ya que el grado de empatía y comprensión conseguido en un grupo de iguales nunca es comparable al que puede ofrecer un/a terapeuta. Se presenta como un complemento terapéutico de gran valor.

Info 6:

"Yo he hablado con otras chicas por foros y por grupos de Whatsapp®; al principio nos servía para darnos consejos y tips para perder peso, pero ya cuando reconocí mi problema busqué otros para ayudar a chicas que están empezando a salir de ello."

Info 16:

"Creo que un grupo bien llevado por Enfermería, con gente que ya ha salido un poco y gente que está peor puede ser útil… y para padres también, porque te crees que solo lo pasas mal tú y arrastras a un montón de personas, necesitan también desahogarse, llorar, compartir lo que les ocurre y sentirse entendidos."

Info 17:

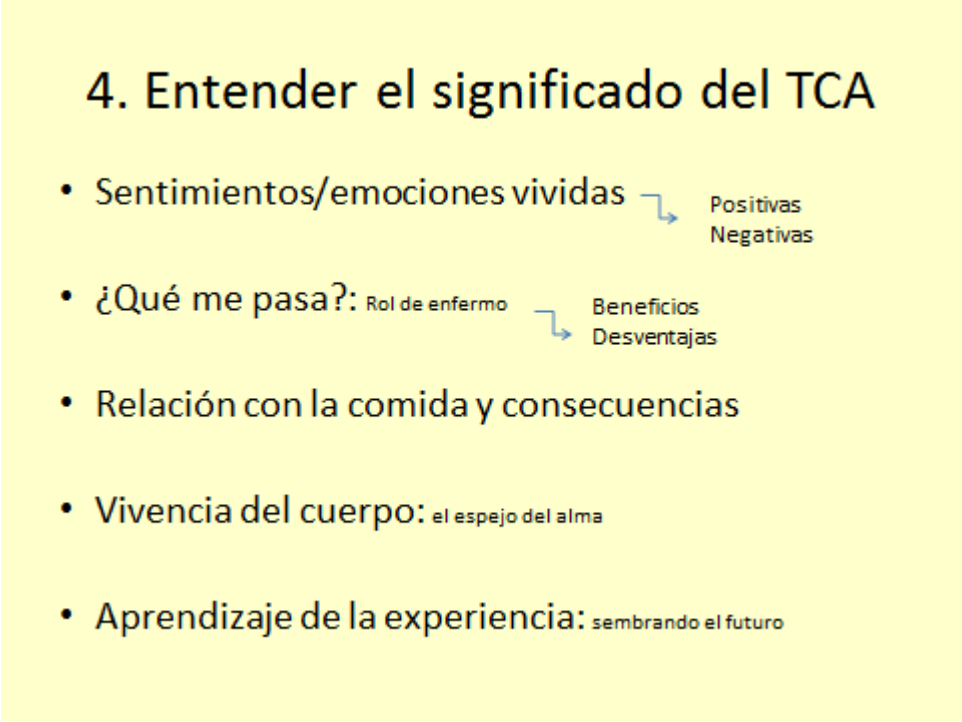
"Tengo una amiga que está pasando por algo parecido y el hablar con ella y compartir nuestra experiencia nos ha servido a los dos."

Info 18:

"Conozco varias chicas que están pasando por ello y les he dicho que si hablar conmigo les puede ayudar que cuenten con ello. Sería mejor juntar gente que esté en el mismo momento o gente que está muy mal con otros que ya lo hayan pasado."

Info 19:

"Creo que serían necesarios grupos para padres también, para que se tranquilicen y sepan cómo afrontarlo, se ponen histéricos y eso nos lo transmiten a nosotros y repercute negativamente."



4. Entender el significado del TCA

Sentido que la persona encuentra a la experiencia importante que ha vivido: repercusiones y cambios provocados en su vida, simbología de lo ocurrido y profundización en el sentido y entendimiento de la misma. El ser capaz de encontrarle un valor y aprender de la experiencia supone una gran ayuda en el proceso de comprensión y superación del problema; si no se encuentra algún aspecto positivo que pueda ser utilizado de cara al futuro, como nueva herramienta o estrategia, será complicado el poder avanzar y resolver lo que ha supuesto el estar enfermo y sus implicaciones.

Como problema que abarca todas las esferas de la persona, las repercusiones a nivel emocional son elevadas, el descontrol afectivo genera una gran inestabilidad en la persona y la gestión de estas emociones y/o sentimientos, tanto positivos como

negativos, resulta fundamental para trabajar el resto de aspectos implicados. Aunque como ya se ha mencionado, son muchas *"las raíces escondidas"*, la relación con la comida y la vivencia del cuerpo son los principales exponentes del malestar interno, mostrando lo dañina y extrema que se vuelve la relación con la comida y el anhelo de poder comer de manera tranquila, disfrutando de ella. Así mismo, el poder estar a gusto con el cuerpo, libre de las imposiciones de los demás, de lo que es deseable por otros y, simplemente, aceptar y poder vivir su corporeidad de manera natural, forman parte de este significado de la experiencia.

- **Sentimientos/ emociones vividas**

Reacciones psicofisiológicas que suponen la manera de adaptarse a un suceso significativo en la vida de la persona. A menudo, permiten identificar la existencia de un problema subyacente por la repercusión y cambios que suponen tanto a nivel psicológico como conductual. Ante el TCA, la mayoría de las emociones identificadas son negativas: tristeza, culpa, vulnerabilidad, incapacidad o frustración, y representan la primera alarma de que algo no transcurre adecuadamente: aunque aparentemente se tiene control de la situación, los sentimientos generados no son satisfactorios, con lo que la contradicción y desconcierto provocados aumentan el malestar producido. Este displacer perpetuo puede impulsar a la persona hacia el cambio o, por el contrario, hacia la evitación, bloqueándola de tal manera que se introduce en un bucle pernicioso donde por temor a no conseguir sentirse mejor o solucionar sus problemas, se quedan impasibles en esa zona incómoda. En el proceso de cambio se pueden experimentar recaídas que generan inestabilidad en la persona y pueden hacer volver al mencionado bucle, alejando a la persona de la deseada estabilidad, del *"sentirse bien"*.

Info 1:

"En las emociones lo notaba muchísimo, o se me cerraba el estómago, o lo contrario, tenía más hambre, lo mismo estas muy amargada que estas muy contenta. Me notaba con un pensamiento muy negativo, no me gustaba."

"*Me sentía más deprimida y triste. Durante el tiempo de la baja me estresé bastante y me agobié al pensar lo que dirían mis compañeros."*

Info 2:

"Estaba arisca, enfadada, triste y diría que insoportable, sobre todo con mi familia. Todo era fruto de mis inseguridades."

Info 3:

"Yo antes cuando estaba más gorda, era más feliz."

Info 4:

"El sentimiento de culpa era muy grande y eso hacía que la bola de nieve fuera más grande, me sentía apático y deprimido."

Info 5:

"Me veo como incapaz. No lo consigo y después de que no lo consigo viene un momento de frustración enorme, con lo cual para evitar esa frustración no me pongo metas y claro, entras en bucle."

Info 8:

"Con este problema me noto muy agobiado, me gustaría no estar preocupado, no tener esa sensación de incertidumbre y vulnerabilidad, de que esta fuera de mis manos lo que ocurra, y poder recuperarme de la apatía y aislamiento."

Info 9:

"En esos momentos te notas más arisca y enfadada con todo, todo te afecta más, te sientes una incomprendida, sientes agobio y miedo."

Info 11:

"En esa época estaba muy frustrado y deprimido por no poder controlar la que pasaba, no me sentía a gusto y sentía el rechazo de los demás."

Info 12:

"Todo se me venía encima y yo me sentía solo, frustrado, triste e incomprendido."

Info 15:

"Necesitaba ayuda porque me encontraba tan perdida, desbordada, sola y sin saber qué hacer. Tenía muchos picos de ansiedad, incluso llegué a tener ideas de muerte, ya que me sentía una desgraciada viviendo todo esto, y sobre todo, culpable."

Info 16:

"Me sentía como en una montaña rusa. Dos días genial, que me sentía la chica más guapa del mundo y dos días que estaba en casa y no sabía por qué me podía tirar una semana llorando, sintiéndome fatal, una carga para todo el mundo. Ahí es cuando me daba cuenta de que algo no iba bien, pero tampoco quería dejarlo y tampoco me atrevía."

Info 19:

"Tu manera de pensar cambia, te vuelves más egoísta y egocéntrica, estas enfadada con todo el mundo, nunca me veías sonreír. Te sientes sola, porque al no contárselo a nadie, no te comprenden. Al final tergiversas todo y estas molesta con todo el mundo, luego te sientes muy culpable por todo."

- **¿Qué me pasa?: rol de enfermo**

El hecho de padecer una alteración en el proceso salud - enfermedad puede ser vivido de manera diferente por las personas. Se parte de la base de que una persona no quiere o elige estar enferma/o, ya que suele ser visto como algo no deseable por las repercusiones generalmente negativas, limitaciones y estigma que implica; en otros casos, sin embargo, algunas/os encuentran beneficios o privilegios que perpetúan ese estado. El estar enferma/o conlleva no sólo las consecuencias físicas, sino el estatus social de enferma/o, reforzado por las expectativas propias y de la sociedad: un individuo enfermo suele ser alguien débil, que sufre, que requiere cuidados y atención, alguien respetable y con fortaleza ya que se está enfrentando a un padecimiento, y al

que se le suelen justificar muchos de sus comportamientos si no son considerados adecuados, debido a su enfermedad.

En ocasiones, resulta complejo el considerarse enferma/o o el tener una enfermedad, sobre todo si no existen dificultades evidentes que obstaculicen la rutina diaria. Además, hay diferentes consecuencias y maneras de ser tratado dependiendo de la etiqueta de definición que la población aplica al trastorno; así, no tiene igual consideración una persona que padece un cáncer que alguien que padece un TCA, que es visto como algo más voluntario que la persona elige, y, por tanto, más estigmatizante. Existen dos vertientes: personas que se mimetizan con la enfermedad, donde el TCA, de carácter egosintónico, se convierte en su identidad y se hace difícil el poder separarse por la aparente seguridad que aporta; y casos en los que el TCA es una entidad/enfermedad separada que suelen ver muy alejada o como algo más grave de lo que les está ocurriendo. Les resulta complejo asumir el problema que tienen, aceptar la enfermedad, porque implicaría estar enferma/o.

Se concibe como fundamental el poder trabajar la conciencia de enfermedad pero sin que ésta se convierta en una justificación de todo lo que ocurre en su vida, se debe fomentar la autorresponsabilidad.

Info 1:

"Yo no me veía físicamente tan delgada, tú no te lo crees… y cuando te dicen lo de TCA… no me gusta esa etiqueta y no la asumes, aunque en el fondo sí que es un trastorno."

Info 2:

"Para mí la anorexia es utilizar la comida como un medio de escape pues ya sea comiendo mucho, sin comer, dándote un atracón. Yo sabía que tenía un problema pero no quería afrontarlo."

Info 3:

"Cuando veía a la gente anoréxica en la tele pensaba en cómo se puede llegar a eso, porque claro uno no lo sabe hasta que no lo sufre."

Info 5:

"Han habido veces que ni he podido mirarme al espejo y ahora me miro pero no me veo."

Info 8:

"Llegó un punto en el que me veía mejor y pensé que mantener las citas con mi enfermera era mantener la enfermedad. En mantener algo que en principio ya debiera de ser capaz de gestionar con las herramientas que ella me ha dado, no creo que sea bueno crearme una dependencia de ella."

Info 13:

"A raíz de notarme más delgado, mis padres empezaron a preocuparse más por mí, a llevarme a médicos y me sentía más importante. Decían que me veían muy mal, los padres le dan gran importancia a que su hijo esté sano, y se sentían culpables incluso, pero yo no lo veía como un problema, porque lo puedo controlar y encima volvía a tener a mis padres conmigo, sobre todo a mi madre, que es la que cocina y estamos como en un tira y afloja con la comida."

Info 14:

"Para mí un TCA es lo que me pasa a mí, contar calorías, el no poder disfrutar de la comida, el vivir obsesionado, el estar constantemente planteándome lo que debo o no comer, para sentirme a gusto con mi cuerpo y gustar a los demás, y es un gran problema."

Info 15:

"Lo que yo he vivido es un auténtico problema, te sientes un esclavo ya que acabas pagando todos tus problemas con la comida, es una vía de escape."

Info 16:

"A veces me desmayaba dos veces al día, pero estar enferma me compensaba, creía que me merecía la pena, es decir, era el precio a pagar por poder salir con la seguridad que yo sentía en esos momentos, me podía poner cualquier cosa y decía bueno, pues si tengo que estar así de cansada, lo aceptaba y me gustaba ese hecho."

Info 18:

"Al principio no era consciente de que tenía un problema, luego sí lo sabía pero no quería verlo, porque no sabía salir de ahí. Pensé que sería imposible que yo llegará a ese punto y mira al final. Son una expresión de no quererte a ti misma, tener un enfrentamiento contigo y con la comida. En esos momentos sientes agobio de saber que tienes que comer más o no tirar la comida, pero te enfrentas contigo misma que quiere hacerlo, porque le gusta lo que está consiguiendo."

Info 19:

"De primeras pensé que no era tan grave lo que me estaba pasando que no llegaba a ese nivel que yo entendía por anorexia, que era no querer comer, no quería ponerle nombre a lo que pasaba, me asustaba, ahora con el paso del tiempo te vas dando cuenta."

"Es también como una zona de confort y te acostumbras a estar mal y cuando empiezas a sentirte bien lo ves muy raro, y al final prefieres lo otro, te creas tu mundo y acabas estando a gusto en él, a la vez no, pero por otra parte sí. Te da miedo el salir de esa burbuja, te asusta el salir al mundo de verdad. Te acostumbras a que todo el mundo esté pendiente de ti, que te cuiden, es todo mucho más fácil, tiene un punto que engancha y el enfrentarte a tus miedos es duro. Es más fácil estar oculto y no exponerte. Aunque no te voy a mentir que a veces se echa de menos, y no me refiero a cuando ya la gente lo sabe, sino antes cuando era una cosa que era solo mía y personal, ese control que tenía, aunque fuera una situación creada, que no era real, pero estábamos como mimetizados, mi problema y yo éramos uno."

- **Relación con la comida y consecuencias**

Conexión o unión que se da entre la persona y los alimentos. Incluye tanto las creencias sobre la comida: alimentos prohibidos, aquellos permitidos, la manera de utilizarla, los sentimientos/ emociones que le genera, los significados e implicaciones que tiene en su vida y las consecuencias o repercusiones que tiene su conducta alimentaria. El manejo de la comida se convierte en la manera de plasmar todos los conflictos internos, el control de los alimentos es la forma de conseguir *"estabilidad"* frente al descontrol en otras áreas de la vida. La personalidad previa y los sentimientos

provocados por los problemas que vive la persona, le hacen recurrir a atracones, ayunos o purgas como si de premios o castigos se tratasen, son el instrumento para manejar la ansiedad, el malestar, las fobias o conseguir calma. Esta estrategia de afrontar los problemas a través de la comida tiene evidentes repercusiones negativas sobre la salud y el cuerpo, uno de los principales escaparates que visibilizan el problema.

Info 1:

"Siempre he sido a la hora de comer un poco exigente, es decir, no te como cualquier cosa, me gusta comer todo ordenado. Soy bastante perfeccionista y luego en el trabajo soy también muy exigente… si no tenía algo a la hora de comer, o había algo que me descuadraba, ya me enfadaba."

Info3:

"Si fuera por mí, no comería nada en todo el día, pero claro yo tengo mis hijos, tengo mi marido y yo no puedo hacerlo, sé que es una locura pero me da todo igual, yo he vuelto a fumar, no duermo nada, no descanso, he tenido trastornos de regla, problemas de pelo, de uñas, de huesos, y todo por culpa de la comida. Hay días que como, intento siempre comer mirando las calorías y hay días que a lo mejor me puedo mantener con fruta nada más o agua."

"Mi cabeza está dividida en un ángel que me dice que no pasa nada si como, y un demonio que martillea diciéndome que no lo coma."

Info 6:

"Empecé a cambiar los métodos de comida, empecé a dejar de cenar, hace ya mucho tiempo, sólo quería adelgazar y adelgazar. Empecé con el ejercicio y con las dietas y llegó un punto que ya le tenía mucha fobia a la comida; sólo comía fruta, le tenía tanto pánico a la comida que no podía: no podía estarme quieta, no podía descansar, tenía que quemarlo todo… y acabe en el hospital."

"Yo tengo todavía una doble mentalidad: de Anorexia Nerviosa, de que todo lo que coma lo tengo que quemar, y, al mismo tiempo, cuando tengo hambre es como que parte de mí se siente mejor si tengo hambre... es que es un círculo vicioso muy grande, entonces yo lo que intento hacer es luchar contra todo eso."

Info 11:

"El problema es que yo como hasta llenarme, hasta que no me siento lleno no puedo parar. Cuando me lo como todo me siento mejor, satisfecho, pero cuando ves las consecuencias que tiene en tu cuerpo a través de un aumento de peso, te arrepientes."

"La comida es un síntoma, como la tapadera del problema. Se manifiesta en el cuerpo, pero es un problema mental."

Info 12:

"En momentos de más ansiedad, como cuando tengo pruebas físicas, un examen o mucha tensión, recurro a atracones de dulces, sobre todo, que me hacen sentirme mejor en el momento, aunque luego el problema no desaparece y a mí me genera un gran malestar."

Info 16:

"Empezó porque me relajaba, es decir, estaba muy nerviosa por algo y vomitar me calmaba, me quedaba como bien, a gusto conmigo misma. Por el estrés vomitaba, o había algo que no me sentaba bien con alguna persona y vomitaba; si me cabreaba lo primero que hacía era vomitar, hasta que llegó un momento en que ya no era para escapar de nada, sino que llegó un momento en que comía cualquier cosa y vomitaba y podía llegar a 6 veces al día perfectamente. Ahí ya supe que tenía un problema, pero miré para otro lado."

Info 19:

"Yo tenía ciertas conductas de las que no era consciente, como evitar ciertos tipos de comida, contar las calorías como inconscientemente, coger una botella de zumo que te vas a beber y empezar a mirar las calorías llevando el control de lo que comía en todo el día, y yo no me daba cuenta, simplemente veía que estaba mal pero no lo relacionaba con ello. No me daba cuenta de lo que estaba haciendo."

- **Vivencia del cuerpo: el espejo del alma**

Significación que la persona hace de su relación con la corporeidad. Esta representación que hace el individuo de su imagen se ve influida por su propia experiencia corporal, variables biológicas, cognitivas y afectivas, la fluctuación del peso a lo largo de los años, las actitudes individuales hacia el peso y las formas corporales y,

finalmente, las normas sociales y culturales respecto a la corporalidad. La vivencia del cuerpo se encuentra íntimamente relacionada con la relación con la comida: el cuerpo es la expresión visible del conflicto interno, el juez que determina muchos comportamientos. Cuando a nivel psicológico no se pueden controlar las dificultades, el cuerpo es algo tangible que posibilita el llegar a lo mental: el daño físico repercute a nivel emocional. Predomina la infravaloración, los sentimientos despectivos y las distorsiones corporales que expresan la desazón interna. Estas inseguridades corporales suelen evidenciar baja autoestima y alta deseabilidad social; nuevamente el control es externo, son los demás (la sociedad) quien dictamina lo que es aceptable, rechazando lo diferente.

Info 2:

"No me sentía a gusto, empecé a adelgazar un poco, luego más pero ya no era capaz de comer porque ya a la mínima que engordaba un poco, ya me sentía mal, pero tampoco me veía bien porque se veía que estaba delgadísima, aunque yo sabía que no estaba bien, que no era bonito."

"Antes no me gustaba mirarme en el espejo, no me gustaba lo que veía, ni ninguna ropa."

Info 3:

"Me siento gorda, no me veo bien, siempre me veo como una vaca."

Info 6:

"Mi cuerpo está pidiendo auxilio todo el rato y yo no le estoy haciendo caso."

Info 8:

"No me veía bien antes, ni me veo bien ahora, me sigo considerando un feo. Creo que de la adolescencia es donde puede venir más fuerte el problema, dejé de ir a las piscinas, me tiré más de 10 años sin ponerme un pantalón corto, tapando mi cuerpo."

Info 9:

"De cintura para arriba sí estoy a gusto con mi cuerpo, de cintura para abajo es que lo odio a muerte, lo que más me agobia es la tripa y las piernas. Me veo las piernas finitas, que no me rozan y eso para mí es una cosa que siempre de pequeña he llevado ahí, el roce entre las piernas, entonces el ver que no te rozan es un gran gusto."

Info 12:

"Tengo los muslos especialmente desarrollados, y eso no me gusta, los pantalones me quedan prietos, ahora que se llevan tanto los pitillo, todo el mundo me hace comentarios y la verdad que ha llegado a crearme complejo."

Info 19:

"En ese momento tenía mi idea clara de que estaba gorda, aunque al principio estaba a gusto, cuanto más adelgazaba peor me veía, más gorda."

- **Aprendizaje de la experiencia: sembrando el futuro**

Construcción, adquisición y descubrimiento de nuevos conocimientos, habilidades y valores, a través de vivencias reflexionadas. Supone el final del proceso terapéutico, por el cual se encuentra el sentido a lo ocurrido, que permite rescatar aspectos positivos de una vivencia dura y con bastantes dificultades. Concluyendo el proceso, la persona se replantea muchas de sus creencias y valores, cuenta con nuevas estrategias y apoyos y se permite utilizar su experiencia para ayudar a otras personas, afrontar futuras recaídas y lo principal: aprender a cuidarse.

Info 1:

"Todo esto me ha servido para valorar lo que realmente importa en la vida, para no dejar de lado a mis amigos por el trabajo, aprender a ser feliz y no ir rápido como una máquina, aprender a parar y a saber decir que no."

Info 2:

"Lo que he sacado en claro de todo esto es que puedo contar con mi familia, que debo de apoyarme más en ellos, porque en estos momentos han estado conmigo y no me han dejado caer."

Info 4:

"Esta experiencia me ha servido para quererme y valorarme algo más, y para aprender a afrontar los problemas de otra manera."

Info 6:

"Ha sido como una reconciliación conmigo misma, porque a la que hacía daño era a mí misma, me ha servido para conocerme más y ver mis límites."

Info 11:

"He visto que la imagen no lo es todo, aunque puede parecerlo, hay cosas mucho más importantes detrás y que lo importante es estar bien con tu mente."

Info 15:

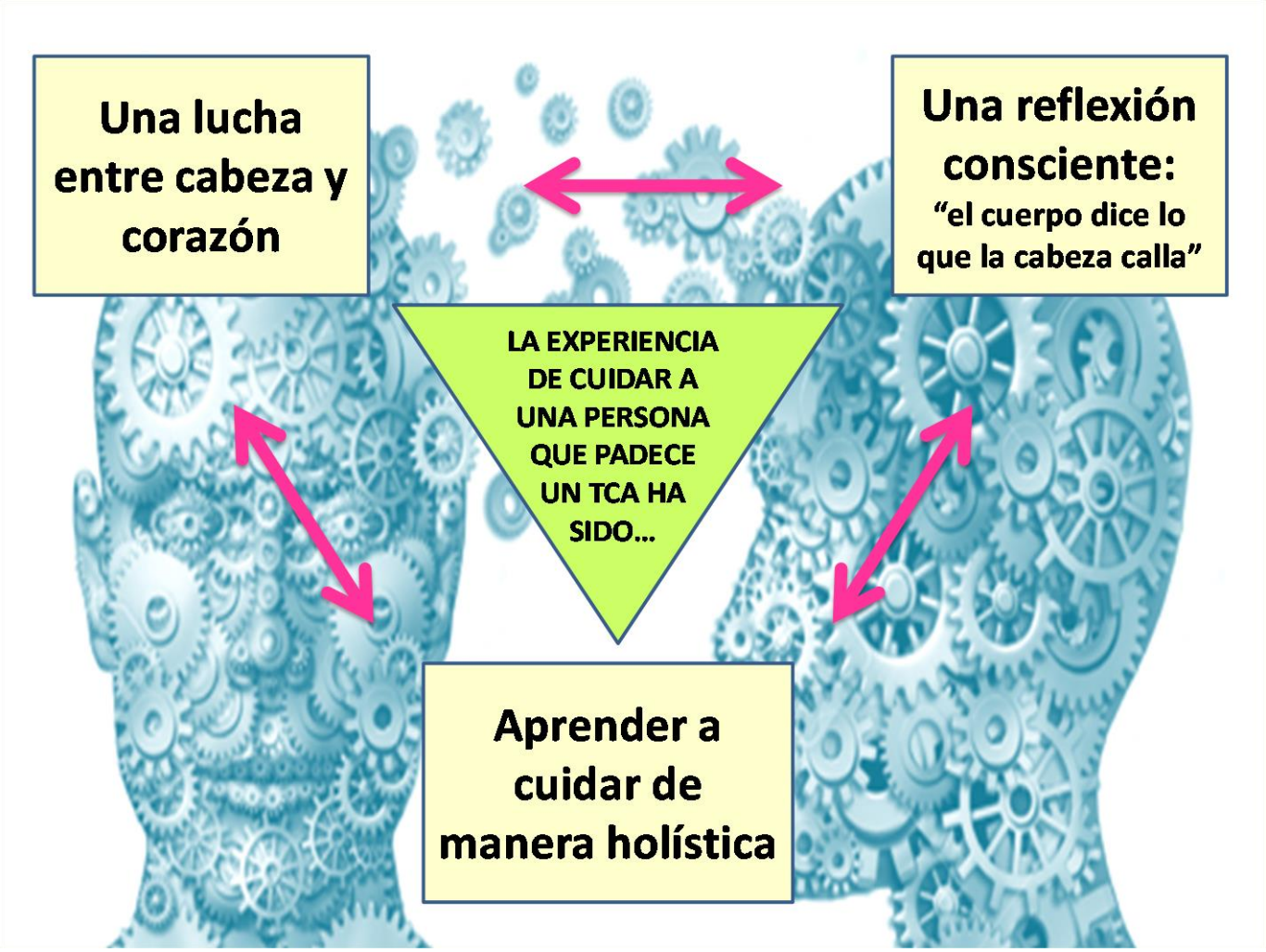
"Me he conocido mucho más a mí misma y he visto con quién puedo contar, que la ayuda llega y que hay profesionales dispuestos a ayudarte, dándote herramientas para luchar contra tus problemas."

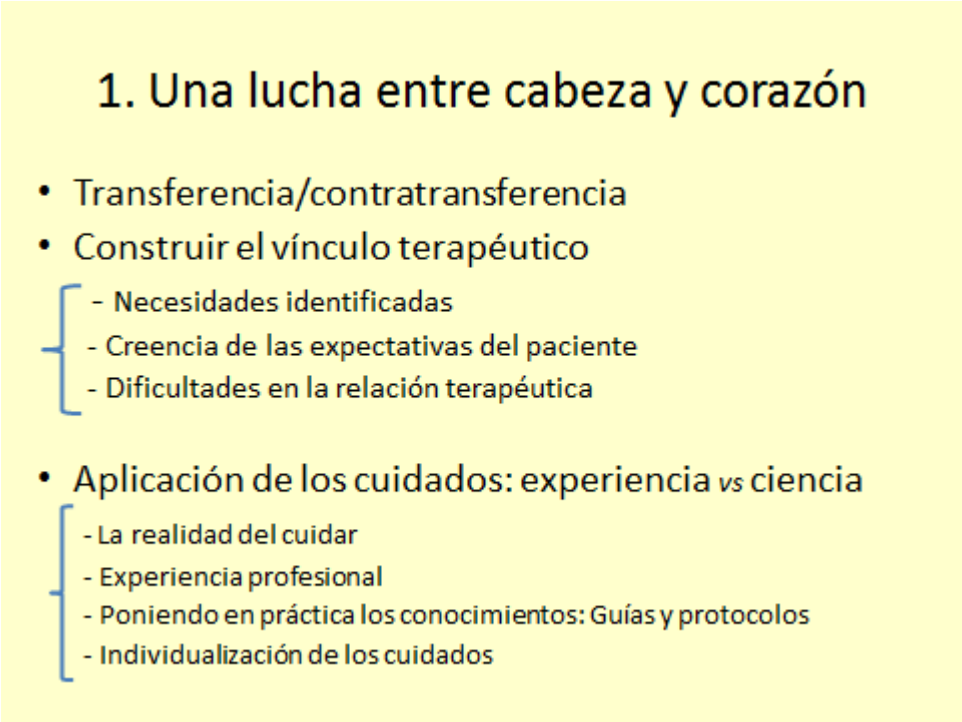
Info 18:

"Ahora disfruto más las pequeñas cosas, el día a día, ha cambiado mi visión de la vida, lo que es importante y lo que no. Me siento a gusto."

8.2 RESULTADOS EN PROFESIONALES

LA EXPERIENCIA COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDAR A UNA PERSONA QUE PADECE UN TCA HA SIDO…





1. Una lucha entre cabeza y corazón

Situación que experimenta la/el profesional de Enfermería, en la que se enfrenta, desde la visión personal, a la incomprensión de la enfermedad y de muchas conductas realizadas como purgas, atracones o autolesiones, ya que considera a las/los pacientes como personas válidas, con potencial y resulta difícil el tolerar estas conductas destructivas; y al entendimiento, desde el punto de vista profesional. La cabeza representa la parte más racional, definida por teorías, procesos y modelos explicativos que orientan a diferentes corrientes terapéuticas. Por otro lado, el corazón hace referencia a las emociones/sentimientos generados al conocer las experiencias vividas por las personas que padecen un TCA y la necesidad de ayudarles en el proceso de recuperación. Ambas visiones se complementan y enriquecen la relación de ayuda. Es importante ser consciente de ellas y controlarlas para que la transferencia/

contratransferencia no interfiera de manera negativa en los cuidados y construcción del vínculo.

En el desarrollo de la relación de ayuda, la/el profesional parte de sus conocimientos, adquiridos tanto a través de la experiencia profesional, como de estudios o publicaciones científicas, base para el desarrollo de guías y protocolos que sirven de modelo para orientar el tratamiento, nunca perdiendo la perspectiva de la individualización. Aunque cada persona es diferente, en realidad la/el enfermera/o puede anticipar en base a los conocimientos adquiridos, probables necesidades, expectativas y dificultades en la relación, que pueden ir variando y a las que irá dando respuesta aplicando los cuidados.

- **Transferencia/Contratransferencia**

Conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta la/el terapeuta en relación con el paciente y viceversa. Generalmente, derivan de experiencias previas y son determinantes en la relación terapéutica. Pueden ser tanto positivos como negativos: desconcierto, desesperanza, frustración, empatía o protección, e influyen en la comprensión y motivación de ambos para conseguir el éxito en la intervención.

Info 1:

"Siempre te invade un desconcierto, porque piensas cómo no ve lo que se está haciendo, con lo que sabe para la vida y para ella y no se cuida. Siempre te queda la duda de si lo habrás hecho bien, de si le habrás llegado. La incertidumbre es grande y también el cansancio, el agotamiento, la desesperación."

Info 2:

"Ahora es un perfil de paciente que me gusta, antes no tanto, pero con algún caso te sientes impotente, desesperada porque hacen caso omiso de tus recomendaciones. Al principio lo llevaba peor, ahora tengo más paciencia y aguante y eso les da tranquilidad."

Info 3:

"Me parecen de los pacientes más complicados y a lo mejor, por eso, les he dedicado menos tiempo. Me han generado frustración, miedo a no saber si les estoy ayudando lo suficiente, para mí son un reto."

Info 5:

"Yo engancho mucho con su sufrimiento, tengo gran empatía, llego a compartir emociones, llegando a estar realmente triste si ellos lo están, por ejemplo. A la vez me cabrean mucho, me da rabia su situación, me frustra."

Info 6:

"Al principio, como desconfían, el trato es más tirante; incluso, a veces, te culpabilizan y se enfadan por sus problemas, es muy duro vivirlo y genera mucha frustración porque tú tienes muchas ganas de ayudar y sobre todo quiero que sientan que intento entender su problema, que se sientan comprendidos."

Info 7:

"En algunas ocasiones me he sentido frustrada con la evolución que han tenido."

Info 10:

"Me generan sentimiento de protección y es una gran responsabilidad el cuidarles. Suelo empatizar bastante con ellos, he reído y llorado con los pacientes y más de una vez hemos terminado fundidos en un abrazo."

Info 11:

"La relación es muy intensa y emocional, siempre dejan huella, lo siento un poco como una montaña rusa: en muchas ocasiones frustra, sientes impotencia, en otras, gratifica el ver cómo evolucionan, llegas a un área de esperanza. Te sale esa necesidad de cuidarles y muchas veces te sientes triste y decepcionada al pensar que igual no lo haces bien, te da miedo, te cuestionas y a veces te dan ganas de tirar la toalla."

Info 13:

"En ocasiones me provocan inseguridad, miedo y preocupación por conseguir ayudarlas, pero también son un reto, despiertan mi interés y fascinación, pues son casos muy interesantes."

Info 16:

"Hay veces que sabotean el trabajo hecho y te sientes engañada, te frustra el fracaso y te generan ansiedad, realmente agotan y generan sentimientos negativos de rechazo, agobio, confusión, te da rabia y te sientes incapaz. Me doy cuenta de ello cuando a veces alargo las citas, delego, es decir, trato de deshacerme de este rechazo."

Info 17:

"El TCA es una patología que me despertaba curiosidad y por eso me he implicado quizás más, pero suele ser un perfil que a la gente no le gusta, creo que porque no consiguen entenderlo, es importante empatizar. "

- **Construir el vínculo terapéutico**

Proceso por el cual se elabora un relación auténtica y real entre dos personas con roles diferentes. Se habla de relación auténtica en el sentido en que la/el profesional se mantiene conectado con su propio mundo interno y con el del paciente, no se muestra como alguien perfecto o superior, sino que deja ver lo que le provoca la experiencia del usuario, acompañándole en su evolución. Se trata de un proceso terapéutico bidireccional en el que se trabaja conjuntamente y mediante la empatía, congruencia y aceptación para la recuperación. Este vínculo se va elaborando de manera progresiva y es fundamental que exista una sintonía y confianza entre enfermera/o y paciente para poder lograr los objetivos, que se cree un espacio de comprensión, cercanía e implicación.

Info 1:

"Yo he aprendido muchas cosas de ellas y con ellas, eso es lo bonito de la relación, la ayuda mutua."

Info 3:

"Para desarrollar la relación me muestro cercano, pero a la vez poniendo mi distancia terapéutica. Creo que es fundamental el escuchar y que se sientan cómodos para confiar y abrirse."

Info 4:

"Para conseguir afianzar la relación, creo que es importante no poner el foco en la comida, ya que mentirán, sino que se den cuenta que me importa más su dinámica diaria y ver qué función tiene la sintomatología en su vida."

Info 5:

"Creo que la relación se basa en que yo le ofrezco privacidad, en que conmigo no tiene que aparentar o justificarse, en que puede contarme todo su malestar. Es importante el quitarle el papel de víctima y sobretodo escuchar."

Info 6:

"Es importante que no se agobien, por eso si quieren espaciar las consultas, les dejo que decidan, que estén cómodos e implicados en la toma de decisiones."

Info 10:

"Es fundamental una actitud realista y a la vez esperanzadora, mostrarse accesible y transmitir confianza."

Info 14:

"Suelen sentirse solas e incomprendidas, de ahí la importancia de ser sinceros, comprometidos y dar confianza y principalmente no juzgar nunca."

Info 16:

"La relación es a veces ambivalente, pero en cualquier caso muy intensa. Hay que tener precaución con las simbiosis y las demandas excesivas, porque no son terapéuticas."

Info 17:

"Trato de no quedarme en lo evidente, profundizar, encontrar historias, descubrir qué ha llevado a este problema. Esto es algo que haces en conjunto y es bonito cómo la relación terapéutica avanza y tú también puedes aprender muchas cosas con ellos. Al principio la relación es más distante pero a medida que nos vamos conociendo es cálida y cercana, eres su persona de referencia, siempre manteniendo una distancia, pero mostrándome disponible."

- **Necesidades identificadas**

Al igual que en la definición dada con las/los pacientes, serían los elementos indispensables, que el profesional identifica como básicos en las/los usuarias/os, para poder vivir/recuperar la salud plena y que no posee o son carentes en el momento en el que llega a la consulta de Enfermería. Estas necesidades pueden ir cambiando a medida que avanza la relación, son dinámicas e influidas por las circunstancias de la persona. Se destacan la escucha, atención y freno o control a su situación de inestabilidad. Pueden coincidir o no con las necesidades que identifica el paciente, por lo que el cubrir esa primera demanda que realiza la persona se torna básico para desarrollar la relación de ayuda y fomentar la identificación de necesidades futuras.

Info 1:

"Necesitan atención, cuidados, que se le dé importancia a lo que están pasando, necesitan dedicación y la motivación que les falta para el cambio."

Info 2:

"Vienen con mucha necesidad de escucha, mucha presión y mucha angustia, casi todas empiezan por una situación estresante que provoca mucha ansiedad."

Info 3:

"Necesitan ser escuchados, el poder abrirse con alguien y que puedan hablar de las mil cosas que le pasan por la cabeza y no sólo de la nutrición."

Info 4:

"Creo que tienen necesidad de ser tenidas en cuenta, también de rebelarse contra lo que les pasa, necesitan un cambio y libertad."

Info 5:

"Uno de sus principales problemas es la mala tolerancia a la frustración generada por los diferentes problemas de su vida. La comida suele ser el hilo conductor de todos los problemas que hay detrás."

Info 6:

"Cuando llegan aquí necesitan alguien que les asesore, que les ponga una barrera o freno, alguien que les escuche."

Info 10:

"Necesitan un acompañamiento en este proceso de cambio, alguien que les informe, asesore y motive."

Info 15:

"Precisan que alguien entienda su malestar y sentimientos a nivel emocional, aportarles una visión objetiva y realista de sus creencias y problemas. Hay que trabajar su autoestima y las conductas de riesgo."

- **Creencia de las expectativas del paciente**

Apreciaciones o ideas, que la/el profesional supone que tienen las/los pacientes sobre cómo se pueden desarrollar los cuidados en la consulta. En algunos casos piensan que la persona viene sin expectativas o con la incertidumbre de lo que ocurrirá; en otras ocasiones, esperan encontrarse personas que acuden obligadas, o que consideran que van a encontrar alguien que en lugar de asesorarles les obligue, imponga y coarte, con lo

que la actitud puede ser hostil en principio. Solo a través de la valoración de Enfermería se irán identificando las expectativas y necesidades y la relación se irá adaptando a ello.

Info 4:

"Creo que en principio vienen suspicaces pensando que mi función consiste en obligarles a comer, yo soy el enemigo."

Info 5:

"Creo que lo que ellos esperan de mí tiene que ver con dietas, analíticas o control de peso. Hay algunos que vienen cabreados porque no quieren que la enfermera les enseñe a comer o interesados para ver si aprenden algo más para controlar la comida; luego una vez que empiezas la relación sí descubren en ti ciertas cosas que pueden aprovechar, de confidente, de contenedor."

Info 6:

"Creo que esperan que les de unas dietas y puedan verse bien o todo lo contrario, que quieras engordarlas."

Info 9:

"Esperan que les des control con medidas muy coercitivas."

Info 16:

"Lo que esperan de nosotros es que se reproduzcan un calco de los roles parentales que mantienen en su familia, demandando en mí una madre buena idealizada. Para ellos seremos el motor del cambio."

Info 17:

"Creo que muchas veces no esperan nada, vienen con incertidumbre porque no saben lo que hace una enfermera especialista en Salud Mental. A veces pueden pensar que les vamos a decir lo mismo que sus padres, ser pesados o intentar que recuperen el peso engordándoles. Respecto a lo que buscan puede ser perpetuar su rol o si están a disgusto, paliar su sufrimiento. Si vienen obligados pueden tratar de pasar el rato, cumplir y decir que ya están yendo a terapia. Si vienen por voluntad propia vienen porque quieren cambiar."

Info 18:

"Hay veces que no esperan nada porque en ocasiones pueden venir obligados; otras veces pueden esperar que les sueltes el mismo rollo de siempre: que tienen que comer, que se tienen que recuperar."

- **Dificultades en la relación terapéutica**

Barreras o situaciones problemáticas que interfieren en el proceso terapéutico, pueden presentarse por ambas partes, y si no se tratan abiertamente, impiden la consolidación del vínculo y de la relación de ayuda, por tanto. Los propios prejuicios o estereotipos en los que caen las/los profesionales pueden complicar la relación si no son conscientes de ellos. En algunos casos el nivel de empatía traspasa los límites; la/el profesional se implica demasiado en la vivencia de la persona y pierde la perspectiva, con lo que siempre es importante mostrarse cercano pero marcando una distancia terapéutica. Respecto a las/los pacientes, la poca conciencia de enfermedad dificulta la labor de la/el enfermera/o, ya que a veces no acuden a las citas o no siguen las recomendaciones y eso enturbia la relación. Además, al ser un problema que no sólo afecta a la persona, sino a su entorno más cercano, el poder trabajar las dificultades existentes con la familia supone otra carga más para las/los profesionales.

Info 5:

"He llegado a tener una relación muy cercana a veces más de lo que me gustaría a mí, en términos de dependencia y no me parece terapéutico. Me cuesta frenarlo, me cuesta poner límites a esa relación en muchas ocasiones y me dificulta el cuidado."

Info 8:

"Una de las dificultades es que no siempre acuden a las citas; sobre todo, porque el tema de pesarse les agobia y lo asocian con Enfermería, o si no tienen alguien muy encima o no están muy convencidas, puede perderse gente."

Info 11:

"Una de las principales barreras que nos ponemos los profesionales es el etiquetar a las personas que tienen una TCA, mucha gente piensa que son muy complicados, unos histéricos y que no van a avanzar, y eso no ayuda a trabajar."

Info 12:

"Una de las principales dificultades es poder luchar contra la ambivalencia que tienen: por un lado, se muestran colaboradoras para luchar contra el problema que les preocupa; pero por otro, existe cierta reticencia a instaurar algunos cambios. Como terapeuta, es un reto el conseguir confianza para trabajar esta dualidad."

Info 14:

"En la mayoría de los casos no se consideran enfermos, y esa es una gran dificultad a trabajar."

Info 16:

"Siguen siendo difíciles de tratar porque afectan no sólo al enfermo, sino a la familia e incluso al mismo profesional, consumiendo una gran cantidad de energía y recursos, tanto físicos como personales."

"He notado una falsa conciencia de enfermedad, que parece más bien un discurso bien aprendido, influenciado por la deseabilidad social, más que por un cambio real, y eso dificulta el saber qué está pasando, que es de todo lo que dicen cierto."

Info 19:

"La mayor dificultad en el tratamiento reside en su escasa conciencia de enfermedad, en el hecho de que muchos vengan obligados o por petición de algún familiar y en su idea de que la delgadez y la ingesta escasa es un síntoma de salud."

- **Aplicación de los cuidados: experiencia vs ciencia**

Prestación de los cuidados a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) estandarizado y conocido por todos los enfermeras/os, definido de manera individualizada, tras el juicio que realiza la/el profesional, una vez conocido el paciente e identificadas sus principales necesidades. Existen guías y protocolos que orientan sobre cómo deben de ser las intervenciones, que se corresponden en mayor o menor medida con la experiencia que tienen las/los profesionales, basada en las distintas personas que han ido atendiendo con problemas similares. En ocasiones se encuentran dificultades para conciliar ambas perspectivas en pro de prestar los mejores cuidados.

- **La realidad del cuidar**

Al igual que en la definición dada con las/los pacientes, sería la situación que acontece cuando se llega a la consulta de Enfermería y que puede coincidir o no con las expectativas y necesidades detectadas. En función de las/los profesionales, su formación e ideas, se aprecia la utilización de distinta metodología y orientación terapéutica: la variabilidad es grande y debe de adecuarse a la demanda identificada. Se trata de adaptar todos los recursos disponibles a las necesidades de cuidado de las/los pacientes. No tiene por qué hacerse con todo el mundo lo mismo, aplicar las mismas técnicas, escalas o test, se debe valorar e individualizar cuidados. Es compartida de nuevo, la idea de que no debe focalizarse toda la atención en el tema nutricional, que puede ser el que más destaque, sino centrarlo en el trasfondo que provoca estas conductas desadaptativas. El darles licencia para expresarse libremente, sin miedo a ser juzgadas/os y poder trabajar la angustia, ansiedad y desbordamiento que sufren, el proporcionarles ese autocontrol del que carecen y el refuerzo de la autoestima, influirá

de manera positiva sobre el manejo que hacen de los alimentos. La modificación de estilos de vida, implicando a la familia también es importante ya que el TCA es sufrido y repercute en el entorno más cercano, muchas veces falto de habilidades para el manejo del día a día.

Info 1:

"Se hace una pequeña historia de Enfermería valorando el área social, familiar, intelectual, grupos y patrón nutricional, después trabajo mucho el cuidado de la higiene mental, por ejemplo que se dé cuenta de cuando vomita por qué es, que vea cómo canaliza sus emociones, que aprenda a exteriorizar y no hacerse daño, devolver responsabilidad, empoderar y que aprenda a identificar."

Info 2:

"Después de hacer la valoración, incidimos mucho en el cambio de conducta junto con el apoyo de la familia y la terapia de relajación para tratar la ansiedad. Creo que es importante no focalizar toda la atención en el peso. Se le piden registros de alimentación y se hacen entrevistas tanto individuales como familiares."

Info 3:

"Me gusta trabajar en base a objetivos consensuados. Utilizo registros, aunque me gusta más que hagan diarios reflexivos con sus emociones. Claro que les peso, pero es importante descentralizar el tema de la nutrición y hablar de lo que le sucede, sus relaciones, dificultades, trabajo, etc."

Info 5:

"La educación nutricional es trabajo de AP o de la enfermera de nutrición. No creo que ese sea nuestro trabajo más allá de que pueda estar relacionado con alguna distorsión cognitiva. La enfermera de Salud Mental tiene que explicar de dónde viene el problema, que la comida es una manifestación y se le puede ayudar en lo que hay debajo de esa manifestación que tiene que ver sobre todo con lo relacional. Yo le doy licencia para que se sienta mal, les digo que lo que están sintiendo es perfectamente asumible. Lo físico pues si surge en la entrevista se aborda, pero lo principal no es eso, es esa tolerancia a la angustia y la frustración y como eso repercute en tus relaciones del día a día."

Info 6:

"Hago una valoración exhaustiva, centrándome mucho en el patrón nutricional y de eliminación. Se piden registros y trabajamos la imagen corporal con el test de las siluetas. Creo importante fomentar el ejercicio controlado y el ocio como pilar de ayuda."

Info 8:

"Si es purgativa lo primero que trabajo es el descontrol de impulsos, si tiene un perfil más restrictivo trato de mejorar la relación con la comida, hablo en general de las repercusiones que tiene en su salud, les pido registros y fotos de las raciones para hacerme una idea objetiva, también les sirve a ellas para ser conscientes de lo que hacen. Trabajo en base a pactos, objetivos y compromiso, sin descuidar a la familia, que es el principal control externo."

Info 9:

"En primera línea parece que se aborda más el tema nutricional, pero no hay que perder de vista que detrás está el verdadero problema: está alterada su autoimagen y autoconcepción, su identidad personal, quiénes son y el rol que ocupan dentro de la sociedad. Creo que estamos excesivamente focalizados en la conducta alimentaria y de manera iatrogénica fomentamos que se siga reproduciendo dándole tanta atención. Hay que dar cuidados más integrales"

Info 15:

"Suelo hacer la valoración de Enfermería siguiendo los patrones de Gordon, una vez identificados los principales problemas pactamos objetivos en conjunto. Me parece importante el explicar las consecuencias de sus conductas, conductas alimentarias saludables, explicar técnicas de relajación y reestructuración cognitiva."

Info 16:

"Trato de que vean que les acepto en lo que en esencia son y que las apoyo incondicionalmente. Les sirvo de espejo y guía, pero no de experta. Hay una primera fase de cuidados físicos mínimos, y una segunda donde tienen que desarrollar el autocontrol y autorregulación corporal. Se trabaja la autoestima, aspectos cognitivos y emocionales, los síntomas, el cuerpo, la nutrición y fundamental el trabajo con las familias."

- **Experiencia profesional**

Conocimientos y habilidades adquiridas tras haber realizado, vivido, sentido o sufrido algo en más ocasiones. El haber cuidado previamente a pacientes con un TCA puede servir para anticiparse, prever, conocer o prevenir las conductas, actuaciones o perspectivas de futuro de una persona, siempre sin perder de vista la individualidad y particularidades únicas de cada caso. En ocasiones, esta visión es complementaria con las guías, protocolos y nuevos estudios realizados, en otras, contradictoria o conflictiva.

Info 1:

"En estos casos, la experiencia es un grado. Ya te vas sabiendo los trucos y estrategias que usan, lo que les suele pasar y eso te ayuda a poder tratarlas."

Info 2:

"Aunque hay guías y recomendaciones, creo que mi experiencia de más de 15 años aporta en ocasiones más y me sirve para anticipar o saber por dónde van los tiros."

Info 16:

"La experiencia te puede ayudar para ser más natural, para empatizar más, para probar cosas que le han servido a otras personas. También puede ser un arma de doble filo, porque puede costar más cambiar maneras de actuar o puedes estar más estereotipado por lo que llevas vivido."

Info 19:

"Los protocolos y guías estarán basados en las experiencias y estudios realizados por profesionales en base a casos reales, pero en algunos casos parten de situaciones muy concretas o visiones muy ideales, la realidad en muchos casos es más ambigua, pero en cualquier caso se pueden usar estrategias de ambas fuentes."

- **Poniendo en práctica los conocimientos: guías y protocolos**

Conjunto de recomendaciones: esquemas de valoración, escalas, test y contenidos que tienen por objetivo facilitar el trabajo clínico. Definen los pasos y secuencias a seguir, así como las responsabilidades y objetivos de cada profesional. Orientan a la/el enfermera/o y sirven de referencia, pero no deben restringir su práctica.

Estas recomendaciones deben de ser revisadas e implementadas periódicamente, basándose en la nueva evidencia y en los avances realizados. El objetivo que persiguen es optimizar y estandarizar los cuidados sin mermar la independencia del profesional en el cuidado.

Info 3:

"Hay una guía en el área, pero no me siento cómodo utilizándola porque no recoge todo lo que puedo hacer. Crearía una específica de Enfermería haciendo diferenciación por género."

Info 5:

"No me gusta trabajar con protocolos porque los considero lo mínimo que me exigen mis jefes para trabajar. No conozco ningún protocolo que cumpla con las necesidades de las personas que he atendido, ninguno; no he visto nadie con problemas tan simples como para que sean resueltas por un protocolo, y por supuesto, un protocolo no me sirve para todos los casos."

Info 7:

"Creo que es importante el unificar criterios, que después se podrán individualizar en función de las necesidades, edad, grado de autonomía y situación vital, pero que existan planes de cuidados estandarizados."

Info 12:

"Siempre hay que considerar la individualidad de cada persona, su entorno y circunstancias y no generalizar con protocolos rígidos preestablecidos."

- **Individualización de los cuidados**

Tener en cuenta las características particulares que hacen que la persona sea distinta de los demás de su clase, a la hora de aplicar los cuidados de Enfermería. Es básico el valorar a la persona de manera integral, teniendo en cuenta sus peculiaridades y en el caso del TCA cobra especial importancia el género. Las singularidades de hombres y mujeres deben de ser tenidas en cuenta a la hora de enfocar el tratamiento. Una de las principales características de los cuidados es su dinamismo, no son estáticos y se van adaptando a los cambios y circunstancias.

Info 2:

"Ninguna es parecida, cada una es un mundo y no se puede tratar a todos por igual."

Info 5:

"Yo tengo lo que es mi plan de cuidados, yo realizo mi juicio clínico que va cambiando con cada consulta que yo tengo con esa persona, se va adaptando, se va transformado, va evolucionando e intento responder a las necesidades puntuales que van surgiendo."

Info 8:

"Me voy adaptando a las necesidades, no hay un protocolo fijo."

Info 9:

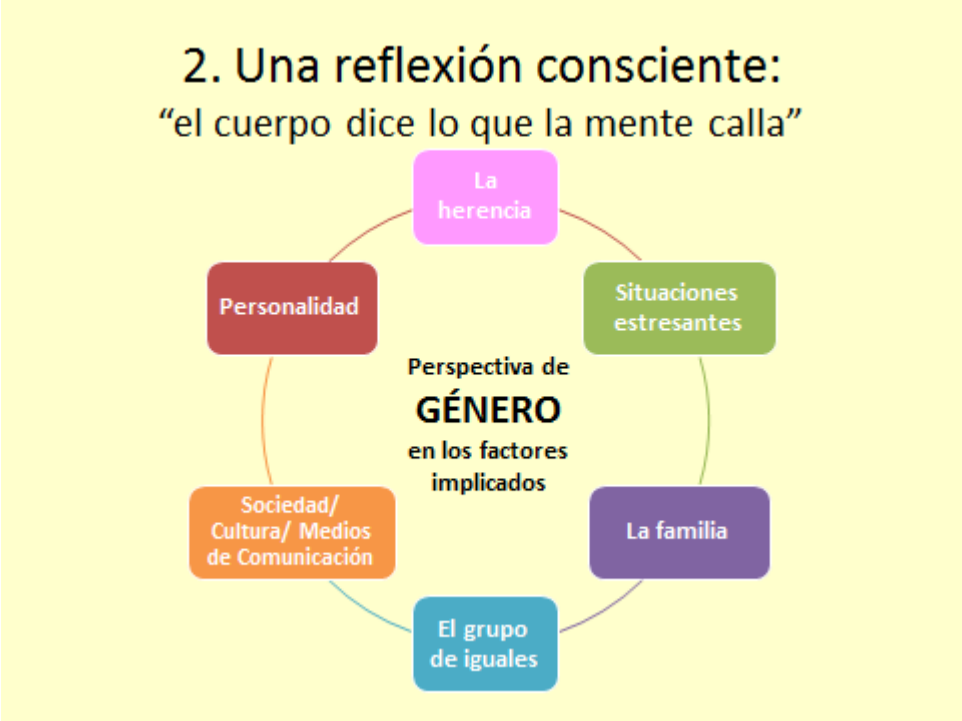
"Pienso que ningún protocolo responde a las necesidades individuales de cada persona, la generalidad no puede abordar la individualidad. No se trata de hacer con todos los mismo, porque eso no va a funcionar."

Info 17:

"Existe un protocolo que dictamina un poco las áreas que tienes que tener cubiertas, pero luego individualizas en función de las necesidades que encuentras te vas adaptando."

Info 18:

"Pienso que hay que individualizar, hombres y mujeres piensan diferente y le dan importancia a cosas distintas. Los contenidos básicos van a ser parecidos, pero hay que adaptarse a los problemas específicos."



2. <u>Una reflexión consciente: " el cuerpo dice lo que la mente calla"</u>

Analizar o considerar que los TCA son algo más profundo que lo que se ve aparentemente, huir de la superficialidad y hacer uso de los sentidos y facultades para

sacar conclusiones que permitan tomar decisiones acertadas. Supone *"buscar raíces",* es decir, indagar sobre las verdaderas causas del TCA que manifiesta el cuerpo y son una expresión de la mente. Se identifican como factores causantes, facilitadores, predisponentes o un apoyo para la superación a: la personalidad previa, la herencia, las situaciones estresantes, la familia, el grupo de iguales, la sociedad, cultura y los medios de comunicación. En toda esta reflexión, se debe de tener en cuenta la perspectiva de género, que valore las singularidades y diferencias de hombres y mujeres y que permita orientar los cuidados a la consecución de objetivos de la manera más idónea para pacientes y profesionales.

- **Personalidad previa**

Rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la distinguen de los demás. Las características de cada persona marcan sus decisiones y actuaciones. Son fundamentales para entender la vivencia que experimentan y para enfocar el tratamiento, ya que resulta factible el intentar modificar la conducta pero no los rasgos de personalidad arraigados. Al igual que con la visión de las/los pacientes, existe un perfil bastante definido que concuerda bastante con la realidad: se habla de personalidades rígidas y perfeccionistas, pero también dependientes y con baja autoestima.

Info 6:

"Son muy perfeccionistas, y quieren demostrarlo, no sólo ante ellos sino ante los demás. Son muy rígidos y suelen decirme que no pueden controlar su vida, pero esto sí, aunque en verdad es un descontrol, pero tienen esa sensación de que está en sus manos."

Info 14:

"Son personas con gran tendencia al perfeccionismo, sumisas, con baja autoestima y excesiva dependencia de la familia o grupo de iguales; suelen tener una personalidad rígida, inflexible y dicotómica."

Info 15:

"Suelen ser tipos de personalidad muy exigentes, responsables y preocupados por la opinión de los demás."

Info 19:

"Suelen tener una personalidad dependiente y una falta de autonomía importante, tendencia al perfeccionismo, baja autoestima, inseguridad y distorsiones cognitivas."

- **Herencia**

Característica o condición transmitida de generación en generación, como de padres/madres a hijos u otros familiares cercanos. Supone un factor, en principio, no controlable, pero lo que sí se puede manejar son los factores que pueden afectar a esta circunstancia, haciendo a la persona más vulnerable. Es mencionado por las/los profesionales como uno de los factores implicados, aunque en poco porcentaje y con el objetivo de contemplar un amplio abanico de posibles causantes. Destaca el papel de hermanas/os, progenitores o familiares cercanos, como modelo de conducta y el considerar a la herencia como un factor que se ve influido por las circunstancias de vida, a las que se otorga un mayor peso en el desarrollo del TCA.

Info 3:

"Los más biologicistas dirán que el TCA se produce por una alteración en los neurotransmisores."

Info 9:

"Creo que hay cierta predisposición genética, que se ve influida por sus experiencias y circunstancias, sobre todo a edades tempranas, que es donde el vínculo influye más y se va forjando la identidad de la persona."

Info 18:

"También influye mucho lo hereditario, la genética o tener alguna persona allegada que lo padezca."

Info 19:

"Uno de los factores implicados es el factor biológico o vulnerabilidad genética."

- **Factores estresantes**

Al igual que con las/los pacientes, se definen como las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo. Cualquier suceso no habitual cuyas consecuencias sean tan importantes y duraderas como para alterar la rutina de la persona, estaría incluido en este grupo. Frecuentemente se habla de: abusos, un fallecimiento o acoso/bullying. Se incluyen también situaciones estresantes continuas, como profesiones con alto nivel de exigencia.

Otra perspectiva aportada es la idea de que no es tanto la tensión o angustia provocada, como la respuesta o ayuda obtenida para superar la crisis. Si el apoyo conseguido no es congruente con lo esperado, se rompen los esquemas de la persona y pueden precipitar su inestabilidad.

Info 5:

"El pasar por un acontecimiento traumático y no recibir el acompañamiento, el cuidado y la comprensión por parte de los tuyos."

Info 11:

"Hay gente que se dedica profesionalmente a actividades en las que depende de su físico, tanto deportivas como de imagen, donde el nivel de exigencia y el compromiso es grande y puede ser muy estresante."

Info 14:

"El hecho de pasar por un conflicto importante, un proceso de duelo o una ruptura, puede afectar gravemente."

Info 15:

"A veces todo tiene su origen en un acontecimiento traumático o una pérdida importante."

- **Familia**

Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas, relacionadas entre sí por parentesco de consanguinidad o afinidad. Al igual que en definiciones previas, la familia se identifica tanto como factor protector o como precipitante de la enfermedad. En el primero de los casos, el contar con el apoyo y soporte de la familia, así como la existencia de una buena comunicación y fomento de hábitos de vida saludables en el seno de la misma, puede evitar o contener el desarrollo del TCA. Por otro lado, la conflictiva familiar, las prácticas no saludables y la falta de una red de apoyo ante las situaciones estresantes de la vida, pueden favorecer el desencadenamiento de la enfermedad.

Resalta el papel de los padres, y especialmente de las madres, y familiares más directos como modelo de conducta y base de la educación de las/los niñas/os. Los comentarios y comportamientos, realizados de manera consciente o inconsciente, así como la satisfacción de las necesidades afectivas, especialmente en los primeros años de vida, la construcción de un buen vínculo y el desarrollo de un apego seguro, delimitarán el tipo de relación y dinámica familiar.

Nuevamente, se destaca la relación madre-hija y el papel femenino y su correspondencia con la alimentación y el cuidado en el desarrollo del TCA. En los discursos se refieren al papel de las mujeres y sólo se menciona a los padres en plural al referirse al importante papel de apoyo.

La soledad que experimenta una persona que padece un TCA refuerza la importancia del papel de la familia como instrumento básico en la recuperación. De igual modo, la/el enfermera/o no debe perder de vista a la familia, gran aliado para el profesional, quien también proporciona unos cuidados y puede sentirse sobrecargada y desbordada ante esta situación.

Info 1:

"Veo mucha madre "machacona", muy centrada en la comida y alimentación de su hijo, no saben actuar de otra manera, no se relaciona con su hijo preguntando por otras áreas, esto claro crea mucho conflicto en la pareja también… hagamos lo que hagamos nos vemos reflejados en nuestras madres, son el modelo y a veces no queremos ser como ellas."

"En un perfil mayor, ocurre cuando afrontan una pérdida de un ser querido o de trabajo, económica que empiezan con estas conductas alimentarias erróneas, y la familia lo admite, respeta y tolera, es importante trabajar con la familia también."

Info 2:

"Influye el que haya algún problema grave en la familia, como una separación de los padres u otro factor estresante… También hay casos en los que la madre trata a la hija como una niña pequeña, no le deja hacer nada y acaba ocurriendo el TCA como una rebelión contra la madre… he tenido varios casos de hermanas dentro de la misma familia."

Info 3:

"Sí que considero que la familia puede tener un papel importante, en cuanto que un miembro de la familia lo tenga y lo desarrolle otro, pero es un papel mínimo."

Info 4:

"Puede darse en padres rígidos y autoritarios, como una manera de conseguir los cuidados y atención… es una forma de dar a la madre sobre todo "mi hija no me come."

Info 5:

"La primera socialización tiene que ver en el seno de la familia, las primeras relaciones, es el grupo primario con la calidez y cercanía que son tan fuertes, te pueden potenciar tanto lo bueno como lo malo que haya en tu vida. Tu familia tiene que garantizarte ciertas necesidades psicológicas o afectivas que tú necesitas para consolidar tu personalidad."

Info 8:

"De la familia se copian conductas, recuerdo una madre que había tenido TCA y nunca se sentaba a la mesa a comer, otra que nunca cenaba o varias operadas de cirugía bariátrica cuyas hijas llegaron con un TCA y de trasfondo aparecía el no querer ser como sus madres. En otros casos son un importante apoyo, se agobian y hay que darles su espacio porque son fundamentales para la recuperación."

Info 9:

"Con las familias, tan importantes en la educación, vínculo y apoyo en el desarrollo como personas, hay que mostrarse colaborador, accesible y disponible. Es necesario trabajar juntos y darles su espacio."

Info 11:

"Las familias pueden influir de varias maneras, he encontrado familias desestructuradas, sin figura de referencia; otras muy rígidas o autoritarias, con un nivel de

exigencia elevado, con abundantes comentarios críticos. En algunas existen problemas de comunicación y de relación, con elevada sobreprotección, etc."

Info 14:

"Hay familias excesivamente protectoras o controladoras, que dificultan la madurez y desarrollo personal. La manera en que la familia se relaciona y funciona influye determinantemente."

Info 17:

"Puede ser un acto de rebeldía contra la madre, que es la que suele cocinar, es una forma de hacerle daño rechazando lo que te proporciona, el padre suele tener un rol más pasivo."

"Las familias pasan mucho tiempo con la persona, sin un recurso para contrastar la información y apoyar al paciente, pero también tienen que tener su espacio, cuidar al cuidador, para evitar que sean un agente estresante."

Info 18:

"Para la recuperación, la familia es un pilar indispensable. Si ellos no ven el problema, es muy complicado el poder salir."

- **Sociedad/ Cultura/ Medios de Comunicación: "el juego de la vida"**

Se identifica la vida con un juego en el que sociedad, cultura y medios de comunicación marcan las reglas y normas a las que se someten las personas para convivir y desarrollarse como seres humanos. Este conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grados de desarrollo deseables y esperables, difundidos a través de los medios de comunicación influyen, con sus dictámenes sobre moda, estética, imagen, alimentación o ejercicio, sobre las actitudes y decisiones de las personas, afectando a su estilo de vida.

Se habla del papel de las nuevas tecnologías, medios de comunicación y sobre todo redes sociales como difusores de comportamientos y reforzadores de la importancia de una imagen deseable. Se sigue apostando por la imagen como reclamo para conseguir propósitos, pero se abre el abanico: hay mayor tolerancia a la curva, aunque con moderación, ya no predominan tanto los cuerpos delgados sino que se buscan fibrados, tanto en hombres como en mujeres. Se menciona el exceso de peso como un problema a prevenir especialmente en los más pequeños, en los que paradójicamente se sigue considerando "*la gordura*" como sinónimo de bienestar.

Info 3:

"Pienso que la presión social es muy grande, y puede influir el intentar encajar en una sociedad muy clasista que impone unas reglas donde lo compras o lo desechas."

Info 4:

"Las propias tiendas tienen tallas para gente anoréxica, la delgadez es la belleza."

Info 5:

"La sociedad, la televisión, los modelos, el deseo de aceptabilidad social, tenemos unos ideales de belleza demasiado rígidos, acartonados. Cuando tú a una persona le exiges como sociedad a uno de tus miembros que sea delgado lo principal que le estas pidiendo es: no comas, y que se mate a hacer ejercicio, aquí las mujeres son especialmente víctimas de esta socialización perversa porque son a ellas a las que se les exige estar delgadas. Es más fácil insultar a un gordo que aun tirillas, de hecho fíjate lo que te estoy diciendo, a un tío tirillas, nadie habla de una tía tirillas, no es un insulto estar extremadamente delgada, es un insulto estar gorda, y todos hemos hecho chistes el típico está usted embarazada, pues no, pues que gorda. "

Info 6:

"La sociedad establece, al final no es que tengas un buen cuerpo o talla, ahora se exige estar marcada y fibrosa y, en los hombres mucho más musculado. Las curvas siguen estando mal vistas."

Info 11:

"El desarrollo de las tecnologías, los teléfonos móviles, el Internet y las numerosas redes sociales invitan a las personas a tener que crear patrones de conducta con el fin de convertirse en figuras exitosas a través de su cuerpo e imagen. "

Info 17:

"En función del lugar, la sociedad exige distinto, hay lugares en los que predomina lo de cuanto más gordo más hermoso, especialmente en niños se asocia el tener peso con estar saludable, frente a la desnutrición o extrema delgadez."

- **Grupo de iguales**

Se utiliza la misma definición que en el caso de las/los pacientes: conjunto informal de personas que comparten un estatus igual o similar y que por lo general tienen una edad, antecedentes e intereses comunes. Generalmente, la identificación con este grupo es grande, se busca el encajar, la deseabilidad social es elevada, el compartir vivencias, el sentimiento de pertenencia a un grupo, especialmente en la adolescencia, es fundamental ya que el modelo y referencia dejan de ser los/las padres/madres, para pasar a ser los amigos. En este sentido la persona se vuelve influenciable y vulnerable.

Las/los profesionales destacan la crisis de identidad que se vive en la adolescencia y la fragilidad que pueden sentir en esos momentos, donde recurren a la imitación hasta definirse por completo de manera individual. Se recalca como clave la prevención en escuelas y en AP, así como la detección precoz.

Info 2:

"Las relaciones con los iguales influyen mucho, ya que sobre todo los adolescentes se dejan llevar mucho por sus opiniones […]. Hay que estar pendientes desde todos los puntos: familia, escuela, AP para prevenir y detectar a tiempo."

Info 5:

"El sentirse identificado con el grupo, notarse integrado, a determinadas edades, es tan importante que puede hacer que una persona se quiebre por ahí."

Info 11:

"En la etapa adolescente, justo cuando se está desarrollando la parte sexual de la persona, las críticas recibidas acerca de su cuerpo y de su imagen corporal generan una insatisfacción personal y una baja autoestima, siendo un factor de riesgo para esa persona en el futuro."

Info 13:

"Hay una gran crisis de identidad en la adolescencia, se dejan influir por el grupo de iguales, necesitan un modelo de conducta al que seguir para poder desarrollar la suya propia, por lo que se genera la necesidad de imitar los cánones de belleza impuestos."

Info 14:

"Hay una necesidad de sentirse integrado en el grupo, notar la aceptación e identificación, siendo vulnerables a cualquier opinión y comentario."

- **Perspectiva de género en los factores implicados**

De nuevo, sería la categoría analítica que estudia las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y mujeres y lo que identifica lo masculino y femenino. Supone una gran fuente de controversia, estereotipos, falsas creencias, mitos y realidades que configuran la orientación terapéutica. En el caso de los TCA, aunque se tiene una visión mucho más global y menos reduccionista, tratando de incluir a los hombres y sus peculiaridades, se observa como los estereotipos siguen predominando, y muchos profesionales continúan pensando que el perfil masculino está más centrado en la hipermusculación y que no suelen demandar ayuda o comunicar sus emociones/sentimientos, mientras que las mujeres sí que requerirían más

frecuentemente atención y comentarían sus problemas. Se les sigue dando un mayor protagonismo a las mujeres, ya que se asocia el TCA con la negación o rechazo al rol femenino establecido por la sociedad.

Info 1:

"La mujer siempre tiene que ser estupenda, maravillosa y delgada. Mi padre decía: "búscatela delgada y limpia, que ya se convertirá en gorda y marrana". La mujer y la belleza van unidas, lo que pasa que ahora se pide la extrema delgadez, como en las modelos, queremos imitarlas, porque la delgadez es fragilidad, y si eres frágil necesitas que te cuiden."

"En los mayores el envejecimiento tiene que ser bello, sin arrugas, la exigencia nunca acaba."

Info 3:

"El rol femenino ha ido evolucionando desde las mujeres de Rubens que eran obesas y se admiraban como mito de belleza, hasta ahora, con el 90-60-90, donde tienes que ser delgada para triunfar. El TCA surge en el momento en que tienes que aceptar tu rol femenino y no puedes, quieres volver a ser una niña, no se acepta ese rol. Con los hombres igual, no aceptan lo que las sociedad exige al rol masculino, esa presión y quieren ser un Peter Pan."

"Los hombres en general tienen más miedo en ir al médico, el sistema patriarcal les ha oprimido, prohibiéndoles expresar sus emociones y pueden sentir vergüenza. A las mujeres se les ha educado para que se abran emocionalmente. También puede existir un infradiagnóstico masculino y un sobrediagnóstico femenino."

Info 4:

"Muchas mujeres han sido educadas con la idea de que crecer es malo, y hacerse mujer también."

Info 5:

"Cuando piensas en el típico perfil de persona que tiene TCA de AN piensas en mujeres, hombres homosexuales, pero están llegando casos de hombres árabes, el ideal de estética se está occidentalizando, especialmente en capas sociales adineradas. Hay un choque cultural muy grande."

"A la mujer se le exige estar delgada, al hombre fibrado, que es una manera de decir más delgado. Estamos a una feminización de la moda masculina, estamos hablando ahora de camisetas que llegan por debajo de los glúteos, que te hacen parecer más estilizado, pantalones pitillo como las mujeres, artistas que van con tacones, que volvemos a hablar de estilización longitudinal del cuerpo humano del que las mujeres han sido víctimas y que ahora se está introduciendo en los hombres."

Info 6:

"Está cambiando el ideal también en los hombres, antes el prototipo era el hombre grande: como el oso, cuanto más grande más hermoso, y ahora ya no es así."

Info 8:

"Creo que la sintomatología y manifestaciones en chicos y chicas son diferentes, a lo mejor en las chicas es más restrictivo o purgativo y en los chicos la manifestación es más la vigorexia y todo lo relacionado con el ejercicio físico."

Info 9:

"Los casos de hombres creo que no están suficientemente estudiados. Hay casos de chicos que tienen dilemas con su identidad, que también están muy centrados en el peso. Son menos visibles y tienen una naturaleza diferente en algún caso. Están menos estudiados y quizá estereotipados con lo típico de hombre de gimnasio."

Info 17:

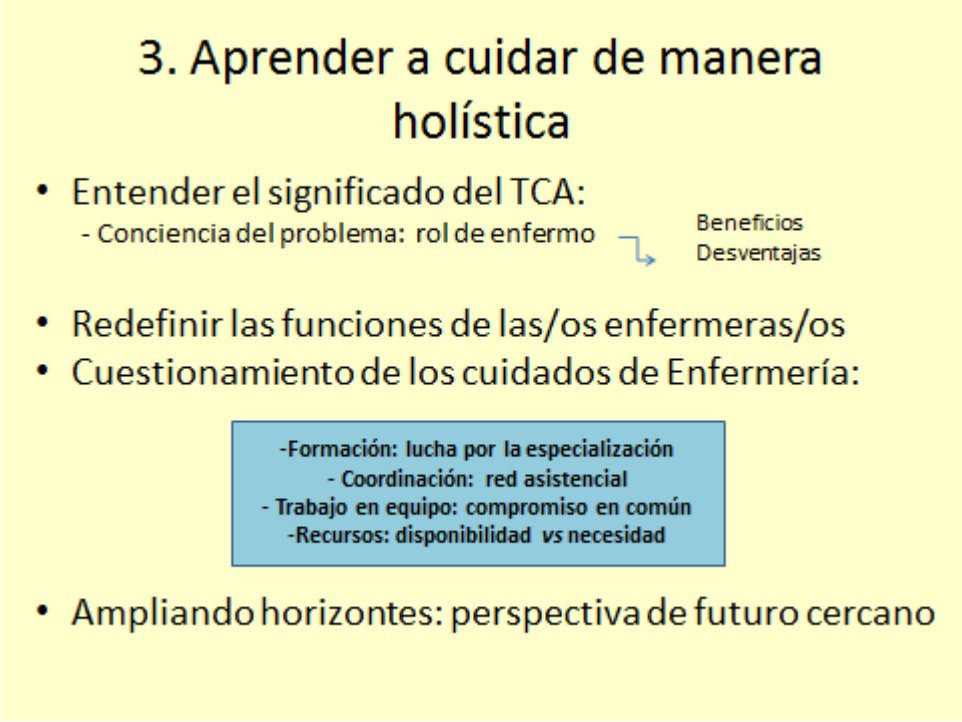
"Puede que los hombres sientan el estigma de padecer una enfermedad de mujeres, o que no se deriven lo suficiente, también hay casos de mujeres que no tienen un TCA y son derivadas."

"La manera de destacar de la mujer siempre ha sido a través de su aspecto, ya que no se las dejaba estudiar o trabajar; los hombres suelen hablar de ellas por lo guapas o feas que son. La gordura en las mujeres se tolera peor, un hombre con tripa es más aceptable. Aunque se tiende a la igualdad, se le sigue considerando inferior y responsable del bienestar familiar (muy ligado a su rol reproductivo) y con más facilidad para expresar sus emociones."

Info 18:

"Los hombres también están presentes pero llegan menos a las consultas, creo que les puede dar más vergüenza hablar de lo que les pasa y que se infradiagnostican los casos, pero

es verdad que la exigencia de ser delgada, perfecta y exitosa, se está extendiendo un poco a los hombres. Pero siempre a la mujer se le exige más."



3. <u>Aprender a cuidar de manera holística</u>

Adquirir el conocimiento necesario a través del estudio, experiencia o ejercicio, para prestar asistencia a las personas de manera que se considere al individuo como un todo y se proporcione una atención integral, incluyendo las esferas: física, social, mental, económica y espiritual.

Para poder cuidar holísticamente lo fundamental es entender el significado que el TCA tiene en la vida de la persona. Sin esta profundización en el entendimiento de la vivencia experimentada, lo que ha supuesto el estar enfermo y admitir esta condición y sus implicaciones, tanto positivas como negativas, no se podrá prestar una ayuda apropiada, la/el usuaria/o no se sentirá comprendida/o y la relación terapéutica no será autentica.

Otro de los aspectos básicos es adoptar una actitud crítica, cuestionando la situación actual de los cuidados que se prestan: cómo se trabaja, con qué recursos, cómo es la relación con otras/os profesionales de la red y los conocimientos que se poseen. Además, es necesario clarificar y definir las funciones y competencias de las/los enfermeras/os para que no se solape con la intervención de otras/os profesionales, sino que sean complementarias. Se han identificado lagunas de conocimientos (se aboga por una formación especializada), falta de recursos y de trabajo en equipo o problemas en la coordinación. Todo ello, dibuja una perspectiva de futuro en la que aparecen, como estrategias de mejora, la posibilidad de realizar grupos terapéuticos y aumentar la labor de prevención en escuelas o AP, siendo estos los nuevos horizontes abiertos para implementar los cuidados prestados.

- **Entender el significado del TCA**

Sentido que la/el profesional de Enfermería encuentra a la experiencia importante que ha vivido la persona, y en la que ha participado como cuidador/a, las repercusiones y cambios que tiene a la hora de enfocar su relación con otras/os pacientes. Para poder cuidar adecuadamente a las personas es necesario tratar de ponerse en su piel, entender lo que ha sufrido y vivido para ayudarle de una manera

realista, sin juzgar y transmitiendo comprensión. El poder comprender el papel que el TCA ha tenido en la vida de la persona ayuda al profesional a luchar contra los propios estereotipos y prejuicios y a ampliar la visión con otras/os usuarias/os, guiándoles hacia el entendimiento de lo ocurrido y búsqueda del valor y aprendizaje de la experiencia.

Se entiende el TCA como la manifestación de un conjunto desequilibrios o descontroles en otros aspectos de la vida, *"la punta del iceberg*". De esta manera, el TCA actuaría como regulador emocional y falsa estrategia de control en la vida de la persona.

Info 4:

"Entiendo el TCA como una forma de control sobre sí misma, el pesar más o menos es una forma de luchar contra el descontrol externo y los deseos de control de otros, como los padres."

Info 6:

"Más que como un diagnóstico lo veo como un conjunto de síntomas, cuando una persona tiene problemas con su ser y la solución, vía de adaptación o resguardo es la comida."

Info 8:

"Creo que es la punta del iceberg, el síntoma de otro trastorno que hay detrás, una crisis vital en la que puede haber más o menos conflicto con su cuerpo."

Info 9:

"Creo que tiene más que ver con cómo las personas se sienten consigo mismo y cómo se relacionan con los demás, y eso termina desplazándose a aspectos que tienen que ver con cómo se ven a nivel de imagen y conductas relacionadas con ello."

Info 10:

"Es síntoma de un conflicto interno, una manera de tener control sobre alguna parcela de la vida, intentando manejar las emociones negativas y "mal afrontar" los problemas."

Info 15:

"Esta patología la entiendo como un síntoma de algo psíquico. Es una forma de manifestar un malestar haciéndolo visible en el cuerpo, de manera que la enfermedad llega a ser su identidad."

Info 16:

"La enfermedad funciona en ellas como un regulador emocional que les ayuda a luchar contra la inestabilidad y descontrol, sintiéndose más atractivas y valoradas. No se pueden imaginar la vida sin el trastorno, que llega a convertirse en una adicción. Están tan acostumbradas a depender de los demás, que es una desconexión de lo interno, dotando de valor a lo exterior, que suele ser el cuerpo, las formas."

- **Conciencia del problema: rol de enfermo**

Se utiliza la misma definición dada en el caso de las/los pacientes. El hecho de padecer una alteración en el proceso salud - enfermedad puede ser vivido como algo no deseable por las implicaciones negativas que suele acarrear, o como una situación en la que se obtienen beneficios o privilegios que perpetúan ese estado. El estar enfermo conlleva no sólo las consecuencias físicas, sino el estatus social de enfermo, reforzado por las expectativas propias y de la sociedad: un individuo enfermo suele ser alguien débil, que sufre, que requiere cuidados y atención, alguien respetable y con fortaleza ya que se está enfrentando a un padecimiento, y al que se le suelen justificar muchos de sus comportamientos si no son considerados adecuados, debido a su enfermedad.

En la experiencia de las/los profesionales, cuesta ponerle el nombre de TCA, porque es admitir que se tiene un problema, resulta dificultoso el trabajar la conciencia de enfermedad y el separar a la persona de su problema, ya que muchas veces existe una simbiosis y ambas identidades se fusionan y deja de ser "*la persona con TCA*" para convertirse en *"la anoréxica o la bulímica*". Igualmente, se hace complicado el

diferenciar a la persona de su problema cuando son varios los beneficios que consigue: justificación de conductas, atenciones o cuidados, por lo que el papel de la/el enfermera/o es crucial para hacer reflexionar al usuario/a sobre el uso y origen de su problema.

Info 3:

"El escuchar que tienes un TCA, anorexia por ejemplo, es muy duro, es complicado ponerle nombre porque es asumir que tienes un problema, y ellos muchas veces no quieren verlo, admitir que estás enfermo, que se te ha ido de las manos es muy difícil."

Info 5:

"Al trabajar la conciencia de enfermedad hay que tener cuidado, porque les das un arma para justificar sus acciones, un refugio donde guardar todo su malestar y hay riesgo de que haya simbiosis entre la persona y su diagnóstico."

Info 9:

"La adolescencia es una época vulnerable, de crisis, ahí destacan por tener esa enfermedad, encubriendo otras carencias. Es fundamental que la enfermedad no se convierta en su identidad. Suele ser difícil admitir que es un problema, que se está enfermo, porque lo ven como la solución a otros problemas subyacentes."

Info 16:

"En ocasiones no resulta sencillo que el paciente manifieste los beneficios de la enfermedad. Si por ejemplo quieren llamar la atención, se debe trabajar: a quién quieren atraer, las necesidades que se esconden detrás… A veces es necesario confrontar el uso de la enfermedad, a veces se convierte en su identidad, a veces es la excusa para ser pasivo y justificar todo."

Info 17:

"Veo muchos casos de padres separados o de problemas interpersonales, donde se usa la enfermedad para crear culpabilidad y conseguir de nuevo recuperar algo perdido, porque es cierto que generan lástima. Hay que encontrar la verdadera causa y darle un significado, que no se acomoden en el rol de enfermo, que sean responsables de su cuidado."

- **Redefinir las funciones de las/os enfermeras/os**

Detallar, delimitar y profundizar en las competencias y áreas de atención del enfermero/a, de manera que pueda desarrollarse profesional y personalmente en el ejercicio de su labor. Aunque en guías y protocolos suelen estar recogidas, es una realidad que en muchas ocasiones la actividad de la/el enfermera/o está muy vinculada a la del psiquiatra o se puede solapar con la de otras/os profesionales. La/el enfermera/o está perfectamente capacitada/o para asumir el seguimiento de estas/os pacientes y cuenta con conocimientos y estrategias para desarrollar estos cuidados de manera autónoma. Así mismo, su campo de actuación no debe limitarse únicamente a trabajar los aspectos nutricionales mediante la EpS, sino que dentro de su plan de cuidados se recogen diversos objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) que respaldan su trabajo con la modificación de estilos de vida, estrategias de afrontamiento de problemas, autocontrol de la ansiedad a través de técnicas de relajación, potenciación de la autoestima o el trabajo de la imagen corporal y satisfacción con la misma, entre otras.

Info 8:

"Tal y como están organizados, que pase primero con nosotras y después con el psiquiatra, te limita bastante el trabajar, tienes que tener premura. Lo básico es conocer el peso e IMC pero, claro, puede surgir algún tema y no lo puedes trabajar porque ya lo va a hablar con el terapeuta y eso limita un poco tus funciones."

Info 11:

"Creo que es importante definir mejor nuestro campo de actuación como enfermeras/os especialistas en Salud Mental."

Info 17:

"Es importante que se tenga en cuenta la figura de la enfermera como algo más que el profesional que pesa al paciente, porque podemos trabajar muchas cosas."

- **Cuestionamiento de los cuidados de Enfermería**

Mantener una actitud de cautela, antes de admitir como ciertos todos los conocimientos en los que se basan los cuidados. Muy a menudo se habla del dilema ciencia *vs* experiencia, manteniendo en ocasiones una actitud cómoda en la que se siguen aplicando cuidados más por tradición que por conocimiento. Con una actitud crítica se persigue fundamentar, delimitar y unificar el conocimiento, al no aceptar nada que no haya sido previamente analizado.

Se habla de prestar unos cuidados holísticos, basados en la evidencia, que abarquen todas las esferas de la persona y alejarse de la superficialidad, profundizar en "*las raíces del problema*". Como profesional de Enfermería, se debe aprender a tolerar y asumir ciertas conductas de las/los pacientes, controlar la contratransferencia y realizar EpS en estilos de vida saludables, tanto a usuarias/os como a familias, para centrar la atención sobre lo que es un problema y lo que no.

Info 1:

"Ahora parece que todo es patológico, en cuanto un niño está con un poco de sobrepeso, enseguida le ponemos a dieta; si un día no come, ya hay que llevarle a las consultas. Creo que la educación, con la familia como pilar, son básicas para darle importancia a lo que realmente lo tiene."

Info 6:

"Tenemos que luchar contra esa cultura de cuidado, del rol de madre que nos sale con estos pacientes, creo que ahí fallamos. Tenemos que trabajarnos el poder tolerar bajos pesos y que no coman como queramos, asumirlo, negociar y aceptar, y fomentar más el ejercicio."

Info 8:

"Creo que los cuidados no deben de centrarse sólo en la alimentación, que hay que explorar otros aspectos: el sueño, las relaciones interpersonales, trabajar el descontrol de impulsos, la imagen corporal y los sentimientos de angustia o ansiedad."

Info 17:

"Los cuidados tienen que ser holísticos, tener en cuenta todas las áreas de la persona. Aunque es verdad que las principales consecuencias se pueden manifestar en el cuerpo y en la conducta alimentaria, el verdadero problema se encuentra debajo y hay que tratarlo y no olvidarlo."

- **Formación: lucha por la especialización**

Nivel de conocimientos que una persona tiene en una determinada materia. Es necesaria la renovación periódica de los mismos, ya que los estudios realizados pueden aumentar las estrategias de trabajo con las/os usuarias/os. A medida que se avanza en la relación terapéutica suelen surgir dudas que la formación puede resolver. No deben ser vistos como carencias sino como oportunidades para mejorar.

Se reclama como necesaria la especialización de las/los enfermeras/os, que poseen conocimientos específicos y una visión en red e integral al haber rotado por los distintos dispositivos. La formación especializada, realizada durante los 2 años de especialidad, supone una mejora en la calidad de los cuidados prestados y un reconocimiento a las/los profesionales que han profundizado en los cuidados y desarrollado sus conocimientos.

Info 6:

"Me parece importante el renovarse, conocer nuevas maneras de trabajar que nos ayuden a perder el miedo a este perfil de paciente."

Info 7:

"Creo que se debería de aumentar la docencia en relación a familias y relaciones interpersonales. Además, es necesario que las enfermeras sean Especialistas en Salud Mental, ya que son las que tienen los conocimientos y habilidades para conseguir el cambio."

Info 9:

"No sólo se necesitan más enfermeras, sino bien formadas, y esto implica que sean especialistas en Salud Mental, expertas en ese ámbito."

Info 11:

"Por mucho que se estudie nunca es suficiente, son necesarios más conocimientos sobre esta enfermedad y sobre las técnicas y cuidados que giran en torno a ella."

- **Coordinación: red asistencial**

Combinar medios técnicos y personas para dirigir sus trabajos hacia la consecución de un objetivo común. En el tratamiento del TCA resulta esencial la existencia de una relación con profesionales de otros dispositivos como escuelas, AP u otros dispositivos para cuidar y asegurar el bienestar de la persona en todas sus dimensiones. A pesar de que la mayoría de las/los profesionales lo recalca como algo fundamental, se aprecia la carencia, en ocasiones, de este requisito, precisando más apoyo y comunicación.

Info 2:

"Hay veces que no notas la coordinación y apoyo por parte de otros profesionales, en algunos casos sí, pero hace falta más equipo, más comunicación."

Info 3:

"La coordinación con otros profesionales, como Endocrino es básica."

Info 9:

"La coordinación entre AP, escuelas y dispositivos especializados de Salud Mental me parece imprescindible para el tratamiento y fundamentalmente prevención y detección precoz."

Info 11:

"Es fundamental la coordinación estrecha con los diferentes profesionales, pero en ocasiones se hace difícil por horarios y volumen de agenda."

- **Trabajo en equipo: compromiso en común**

Actividad llevada a cabo por varios individuos, donde cada uno hace su parte, pero todos con un objetivo común. Muy vinculada con la delimitación de competencias y la coordinación, el trabajo conjunto de las/los profesionales del CSM que atienden a un mismo paciente, el poder dialogar, discutir y plantear un plan de trabajo común se hace indispensable. Existe disparidad de opiniones en función de las/los profesionales con los que se habla, comentando una labor unificada o sentimientos de soledad y aislamiento respecto a otras/os profesionales. Una correcta organización del equipo se hace necesaria para prestar unos cuidados holísticos.

Info 1:

"Que todos los profesionales que ven al paciente tengan una línea de trabajo parecida es importante, para no liar al paciente y no contradecirnos, como a veces ha ocurrido."

Info 6:

"Creo que se trabaja bien en equipo, que todos llevamos una línea parecida, aunque a veces seamos muy madre o padre."

Info 14:

"En muchas ocasiones, la enfermera se encuentra sola trabajando con el paciente, a veces no se respetan los objetivos pactados, que son comunes para el equipo."

Info 18:

"Creo que hay que mejorar el trabajo en equipo, porque hay veces que cada uno sigue una línea de trabajo distinta."

- **Recursos: disponibilidad vs necesidad**

Conjunto de elementos aprovechables, tanto humanos como materiales, para resolver una necesidad identificada. Se reseña como fundamental la presencia de más profesionales para poder dedicar el tiempo suficiente a atender cada necesidad y dar respuesta a una demanda creciente. Se menciona también la adaptación de escalas o test en función del género, como una manera de atender a todos los perfiles que acuden a la consulta y la creación de recursos específicos para una atención más intensiva.

Info 1:

"Sería necesario más personal, al menos otra enfermera especialista, porque no tenemos tiempo para darles la dedicación que merecen… también la idea de un comedor terapéutico me parece un recurso muy útil."

Info 8:

"Es mucho volumen de trabajo para una sola enfermera, sería necesario más personal. Así solo podemos hacer el mínimo de lo que sería recomendable o nos gustaría hacer. Hace

tiempo se valoró la posibilidad de abrir un comedor terapéutico donde no solo se comiera, sino que se trabajaran más cosas, pero coincidió con la crisis y se quedó en agua de borrajas."

Info 17:

"La escala de las siluetas es un recurso útil para valorar la distorsión de la imagen corporal, hasta hace poco sólo había con siluetas femeninas, hemos tenido que pedir que nos los proporcionen con figuras de hombre, ya que no es lo mismo y no se tenía en cuenta."

Info 18:

"Creo que el problema es el de siempre: que no hay personal suficiente para atender a toda la demanda; eso hace que el tiempo de espera entre las consultas es muy largo y eso dificulta la atención o puede que se pierda gente."

- **Ampliando horizontes: perspectiva de futuro cercano**

Conjunto de acciones meditadas, que van encaminadas a implementar la intervención realizada, en base al análisis de las dificultades o barreras encontradas y al cuestionamiento de los cuidados prestados. La realización de grupos de apoyo, tanto para pacientes como familiares, proporcionando estrategias de afrontamiento, escucha y desahogo, un mayor control, detección y derivación en escuelas y AP, así como la integración de las personas que sufren un TCA y no exclusión en centros monográficos, se plantean como enriquecimiento de los cuidados prestados.

Info 1:

"Yo he hecho bastantes grupos y la verdad que es espectacular el trabajo terapéutico y los resultados obtenidos, habría que fomentarlos más."

Info 2:

"Una de las cosas que habría que mejorar es la concreción de los criterios de derivación. Muchas veces te llega un perfil de señoras mayores que lo que necesitan es una

dieta, que le podrían dar en AP y te lo mandan como con un TCA, cuando en realidad es que están hartas de llevar una vida de ama de casa, y eso quita tiempo para tratar a otras más graves."

Info 3:

"Hacer grupos me parece fundamental, como una orientación de ayuda mutua, que aporte otra perspectiva."

Info 5:

"Hay que incidir en la terapia grupal muchísimo, y es fundamental el potenciar la autoestima. Se debería de dejar de darle tanta importancia a la comida y mirar que hay debajo. Creo que nos equivocamos en tratarlo como una patología diferenciada, porque le damos mayor entidad y protagonismo y lo reforzamos."

Info 6:

"Me parece importante la integración, que no haya centros monográficos para pacientes solo con TCA, porque estarían centrándose todo el día en temas de peso y comida."

Info 8:

"Tengo la experiencia de hace años de haber hecho grupos de familias y fueron muy bien, por dar un espacio para compartir y para aprender estrategias, tendría que retomarlo."

Info 9:

"Hemos hecho algún grupo de expresión corporal, autoconocimiento, canalización de las emociones, y aceptación corporal, algo complementario al trabajo nutricional que hacíamos en la consulta y fue una gran experiencia. Ahora mismo es inviable, no doy abasto ni para cumplir mis requisitos mínimos."

Info 15:

"Me parece importante que haya una mayor identificación e implicación por parte de AP"

Info 16:

"Es crucial el fomentar la prevención, para ello desde AP hay un papel fundamental ya que son la primera línea de contacto. Habría que aumentar la formación. Después se debiera de potenciar la figura de la enfermera escolar e incluso trabajar con los profesores."

8.3 COMPARACIÓN DE LAS VIVENCIAS DE CUIDADOS DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Con el objetivo de comparar las vivencias de enfermeras/os y usuarias/os sobre cuidados holísticos de Enfermería prestados a personas que padecen un TCA, se describen las preguntas teóricas comunes utilizadas para la realización de las entrevistas y relatos, que posibilitan la confrontación:

¿Cómo han sido los cuidados prestados/recibidos?

¿Cómo se sintió cuidando/recibiendo cuidados?

¿Qué cree que se podría hacer para mejorar los cuidados?

¿Qué factores considera implicados en el TCA?

¿Cuál es la relación de la familia con la enfermedad?

En el análisis de los discursos, tanto de pacientes como de profesionales, la perspectiva de género se torna básica puesto que en los TCA se suele centrar casi toda la atención en las mujeres, dejando a los hombres olvidados o viéndolos bajo la sombra de los estereotipos y falsas creencias: típico hombre hipermusculado, que no comparte sus sentimientos, que no habla sobre sus problemas y que no pide ayuda para solucionarlos.

El vivo ejemplo de la perpetuidad de este pensamiento estereotipado se encuentra en el lenguaje utilizado por ambas partes. Únicamente dos profesionales explicitaron que iban a hablar en femenino ya que pensaban que representaba a la mayoría de los afectados, pero que tenían en cuenta al género masculino. El resto de participantes utilizaron el femenino de manera espontánea e inconsciente y sólo al ser preguntados específicamente por los hombres les incluían dentro del TCA. Este

predominio de los estereotipos de género en el discurso dificulta el orientar el tratamiento y cuidar de manera integral, ya que como puede verse, de primera mano no se piensa en el género masculino cuando se aborda el tema de los TCA.

En lo referente a los cuidados de Enfermería, existe una coincidencia en cuanto a las expectativas de pacientes y profesionales: ambos piensan que las/los usuarias/os cuando acuden a la consulta lo hacen sin ninguna idea preconcebida o que esperan encontrar a un "*enemigo"* o alguien que les imponga pautas o directrices y que no sea flexible. La salvedad se encuentra en que muchas/os pacientes mencionaron que pensaban encontrar ayuda, mientras que esta posibilidad fue menos comentada por las/los profesionales de Enfermería. En cuanto a las necesidades, es común el pensamiento de que las/los pacientes necesitan: escucha, control, atención, freno o cambio. Finalmente, contrastando expectativas y necesidades con la realidad, las/los enfermeras/os refieren ofrecer unos cuidados basados en su experiencia y en las recomendaciones de guías y protocolos y fundamentados en consensuar objetivos con el usuario, fomentar cambios de estilo de vida, aprender estrategias de afrontamiento y ofrecer un espacio seguro en el que poder expresarse libremente sin ser juzgado. Todo ello es trabajado considerando al individuo como un ser único y, por tanto, individualizando sus necesidades y adaptando los recursos disponibles: registros, escalas, test y otras técnicas. Las/los pacientes se muestran sorprendidas/os, gratamente, de lo encontrado en su enfermera/o, ya que hallan la disponibilidad, tolerancia y empatía necesitada. Respecto a las técnicas utilizadas, en función de la personalidad previa del usuario/a y de la naturaleza de su problema, fueron más apropiadas unas u otras, pero todo se fue adaptando viendo lo que resultaba más útil y adecuado. Tanto usuarias/os como enfermeras/os valoran como muy importante el no centrar toda los cuidados en la alimentación y la imagen corporal por varias razones: porque no es el

único campo de trabajo de las/los enfermeras/os, y centrarse sólo en ese aspecto sería reduccionista, la persona debe ser vista de manera holística; porque no siempre las alteraciones en el patrón alimentario o en el peso son lo más llamativo; porque suele ser un pensamiento recurrente en las/los pacientes y es necesario descentralizar el tema de la comida y profundizar en las verdaderas causas o conflictos que provocan el TCA. Aunque no se debe focalizar todos los cuidados en la imagen y alimentación, sí que es necesario darle su espacio, ya que en muchas ocasiones el cómo se ven externamente es un reflejo del malestar interno.

Para poder trabajar todos estos aspectos es necesario conocer a la persona integralmente, para ello la/el enfermera/o debe realizar la valoración de Enfermería para identificar necesidades y proponer objetivos conjuntos a conseguir. Para ser capaz de comprender a la persona y la experiencia que está viviendo resulta fundamental que esta se abra, confíe y cuente su vivencia. Esto sólo se consigue sobre una sólida relación terapéutica, que se irá desarrollando de manera paulatina. Desde ambas visiones se ha definido la relación establecida como cálida, amable, sin presiones y con sentimientos de comprensión y escucha. Sólo dos usuarias/os mencionaron que aunque su enfermera/o cumplía estos requisitos, no consiguieron desarrollar esa conexión necesaria para poder transmitir su vivencia, no se sintieron únicos en la relación de ayuda y piensan que podrían haber obtenido otro tipo de cuidados.

En la relación terapéutica se generan una serie de sentimientos de transferencia y contratransferencia que son necesarios controlar para que la relación sea de ayuda. Existe un predominio de emociones negativas por ambas partes: el paciente suele expresar sentimientos de agobio, tristeza, vulnerabilidad o frustración, que pueden generar en la/el profesional desconcierto, empatía, impotencia o pena. Estos sentimientos experimentados pueden ser más complicados de controlar por las/los

profesionales, ya que en el caso de las/los pacientes, pueden explicitar estas diferencias mediante el abandono del seguimiento, no acudiendo a las citas o no siguiendo las recomendaciones. Una de las principales dificultades identificadas por ambas partes es el trabajar la conciencia de enfermedad. Se hace imprescindible el admitir que se tiene un problema para poder solucionarlo, y ese es uno de los principales obstáculos, ya que las/los pacientes no suelen considerar que su situación sea tan grave, piensan que es sintomatología de otra cosa o encuentran ciertos beneficios a su situación. Las/los profesionales encuentran que resulta arduo el ponerle nombre a lo que está ocurriendo, ser conscientes de lo extrema que es la situación y las consecuencias que tiene. Cuando por el contrario, existe buena sintonía entre paciente y profesional es necesario mantener la distancia terapéutica para evitar la simbiosis y que la relación se convierta en tóxica y no terapéutica.

La relación y el seguimiento se prolongarán durante el tiempo suficiente para que la persona adquiera las estrategias y habilidades de afrontamiento útiles y necesarias para controlar y mantener la estabilidad en su día a día. Se tratará de que adquiera conocimientos, pautas y estilos de vida saludables y que sepa cómo afrontar las circunstancias y problemas que pueden aparecer en su vida. De una manera natural, por ambas partes, se irán espaciando citas y se irá percibiendo la evolución y consecución de objetivos. Tanto la mayoría de pacientes como de profesionales de Enfermería, consideran que el TCA es un problema del que uno se recupera pero del que puede experimentar altibajos a lo largo de la vida, que en principio podrían ser controlados de manera autónoma no precisando retomar el seguimiento. La idea de una curación definitiva es mencionada por algunas/os pacientes únicamente. Se observa cómo por ambas partes existe disponibilidad para volver a la consulta si se vuelve a necesitar.

Para poder cuidar y prestar la ayuda necesitada resulta fundamental entender realmente la situación por la que pasan estas personas, sus circunstancias y factores implicados, huir de la superficialidad y profundizar en los motivos que hacen que se desarrolle el TCA. Al ser preguntados, tanto pacientes como enfermeras/os, mencionan agentes similares, radicando la diferencia en el protagonismo e importancia que le otorgan a cada uno. La familia, el grupo de iguales, la ocupación y las situaciones estresantes, así como la presión sociocultural y de medios de comunicación son identificados como los factores más implicados. En el caso de las/los pacientes, destaca el peso que le otorgan a haber padecido algún suceso traumático importante, mencionan muerte de algún familiar cercano, separación o abusos sexuales como desencadenantes. Se identifican dos etapas críticas: una época (adolescencia) en la que se sentían solos y vulnerables para afrontar todos los cambios que se avecinaban: elección de estudios, influencia del grupo de iguales, integración, deseabilidad y presión social; y un momento de mayor madurez, especialmente en mujeres, en donde se encuentran desbordadas por tener que asumir todas las funciones que se suponen tienen asignadas para ser las "*mujeres perfectas*": cuidado de hijas/os, mantenimiento del hogar, trabajo fuera de casa, buen estado físico o mantenimiento de la relación de pareja, entre otros aspectos. Explican que aunque se sienten sobreexpuestas/os a los dictámenes de la moda, publicidad o redes sociales, estos influyen más en un perfil más joven, siendo los elementos mencionados anteriormente los más decisivos a la hora de desarrollar el TCA. En el ámbito profesional, sí se le otorga un mayor peso a la influencia de la cultura, sociedad y medios de comunicación como factores externos que afectan y controlan la vida de la persona. Destaca el mencionar la herencia, elemento obviado por las/los pacientes, como factor predisponente, y el no identificar la ocupación como uno de los componentes principales en el desarrollo del TCA. El principal punto de

confluencia se encuentra en el papel de la familia. En ambos discursos se destaca como fundamental, tanto como elemento causante o precipitante, a través de comentarios, modelos de conducta, valores o creencias familiares; o como protector, mencionando el apoyo esencial que supone para afrontar el TCA y el proceso de recuperación. Cuando se habla de familia, todos los entrevistados se centran en la figura de la mujer, y especialmente de la madre, como persona que cocina en el hogar, se encarga de cuidar a las/los hijas/os, con un papel más protagonista en la educación de las/los niñas/os. La figura del padre no es mencionada prácticamente, solo algunas/os pacientes lo aluden, destacando su papel secundario, la distancia emocional con el problema, su poca implicación o negación del mismo.

El profundizar en el entendimiento de estos factores y la significación que tienen en la vida de la persona se torna esencial para poder cuidar holísticamente. Como propuestas de mejora, existe una coincidencia por parte de todas/os las/los entrevistadas/os en que los grupos de apoyo serían de gran utilidad para prestar los cuidados. Estos grupos se proponen tanto para pacientes, guiados por una/o enfermera/o y en el que participen pacientes que se encuentran en una fase avanzada de su proceso, con otros que se encuentran en un momento más agudo, de manera que sirvan de modelo y ayuda en la recuperación; y para familiares, especialmente padres/madres y hermanos/as, de manera que tengan un espacio en el que desahogarse y para que aprendan estrategias para afrontar esta situación, comprender lo que le está ocurriendo a su familiar y ayudarle en su restablecimiento sin transmitirle sus propias angustias y preocupaciones.

Para poder cubrir estas expectativas e implementar los cuidados, son las/los profesionales los que especifican los requisitos necesarios, entre ellos un aumento del personal de Enfermería, especializado en Salud Mental, ya que cuentan con una

formación más específica; mayor formación en función de las dudas y dificultades que vayan surgiendo en la relación terapéutica; coordinación con otros dispositivos de la red, para poder abarcar todas las esferas de la persona y haciendo especial hincapié en la prevención y detección precoz desde AP y escuelas; trabajo en equipo para conseguir el éxito en la intervención. Se hace indispensable que las/los profesionales de referencia del usuario/a lleven una misma línea terapéutica y delimiten sus campos de actuación. Este aspecto ha sido comentado igualmente, por varias/os pacientes como mejora, ya que en ocasiones se solapan las intervenciones o las pautas son contradictorias.

Como puede verse, las visiones de enfermeras/os y pacientes sobre los cuidados holísticos de Enfermería no son muy diferentes, esto indica que existe congruencia entre lo que se piensa y se siente, entre lo que se necesita y lo que se ofrece, entre lo que se espera y se recibe. Quedan patentes sin embargo, los puntos en los que se debe de mejorar o realizar modificaciones, haciendo especial hincapié en la perspectiva de género en los TCA, como símbolo de integración y avance en los cuidados brindados por las/os enfermeras/os.

INTERRELACIONES ENTRE LAS VIVENCIAS DE CUIDADOS DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

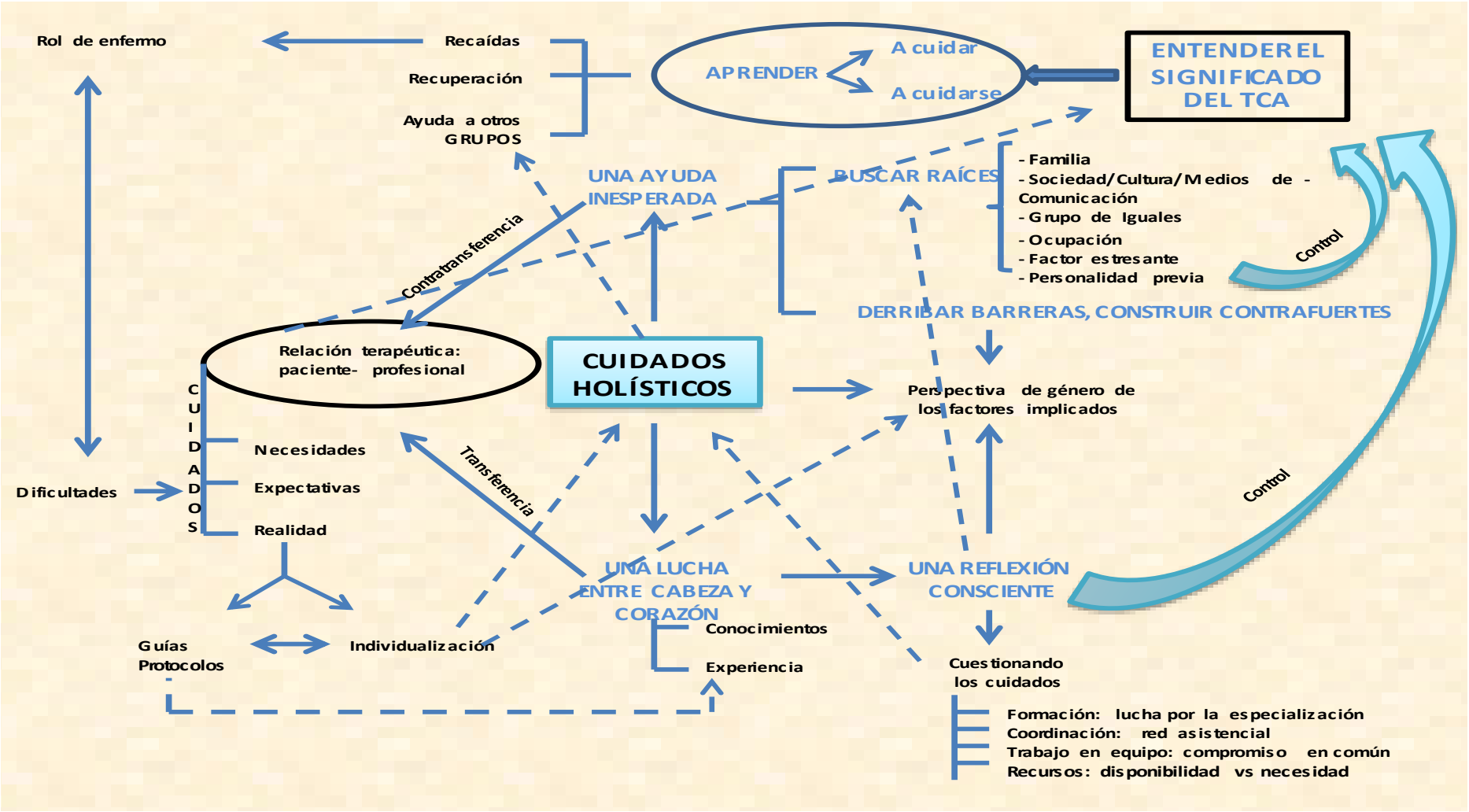


Figura 12: Esquema resumen de las interrelaciones entre temas y subtemas (elaboración propia).

Con los resultados obtenidos se han podido establecer una serie de interrelaciones o correspondencias entre los temas y subtemas obtenidos del análisis de las experiencias de pacientes y profesionales, que han sido los siguientes:

Los cuidados holísticos prestados suponen por un lado "*una ayuda inesperada*" para las/los pacientes y "*una lucha entre cabeza y corazón*" para las/los profesionales. Estas dos visiones se aúnan en la "*relación terapéutica*", que es el instrumento para poder "*entender el significado que tiene el TCA*" en la vida de la persona. Es importante que tanto la/el profesional como la/el paciente entiendan este significado para poder *"aprender a cuidar y que la persona sepa cómo cuidarse"*.

El construir una relación que sea terapéutica entraña una serie de dificultades; tanto profesionales como pacientes parten de una serie de "*expectativas*" y "*necesidades*", que pueden coincidir o no con la "*realidad*" de los cuidados. En este proceso de conocimiento pueden aparecer sentimientos de *"transferencia y contratransferencia*", de los que hay que ser consciente para poder controlarlos, y que dificultan la aplicación de los cuidados. Unos cuidados que pueden basarse en *"guías, protocolos y recomendaciones*", pero que deben de tener siempre en cuenta la "*individualidad*" de la persona y, en este caso de TCA, resulta fundamental la "*perspectiva de género de los factores implicados*", en un problema padecido tradicionalmente por mujeres, y en el que es importante considerar lo que ocurre con los hombres para poder cuidarles de manera holística.

Es fundamental no quedarse en lo evidente y ayudar a la persona a "*buscar la raíz del problema*". Son varios los factores identificados como predisponentes, facilitadores, causantes o apoyo en el problema, entre ellos: "*la familia, la sociedad, cultura y medios de comunicación, el grupo de iguales, algún acontecimiento*

estresante, la ocupación y los rasgos de personalidad previa". El buscar en estas raíces va a permitir "*derribar muchas de las barreras construidas"* y al mismo tiempo, "*elaborar contrafuertes*", nuevas estrategias para luchar y controlar todos estos factores identificados, de manera que posibiliten el entendimiento del papel que el TCA tiene en la vida de la persona.

La/el profesional *"lucha entre su cabeza y su corazón*", la cabeza supone los conocimientos y el corazón su experiencia profesional derivada de la práctica diaria. En el ejercicio de su trabajo, *"cuestiona los cuidados prestados*" mediante una "*reflexión consciente"* de diferentes aspectos, entre los que se incluyen: *"la formación especializada*", *"la coordinación en red*", "*el trabajo en equipo*" o "los *recursos disponibles*". En esta reflexión consciente, también va más allá de lo evidente y consideran los diferentes factores identificados anteriormente, precipitantes, facilitadores o apoyo en el desarrollo del TCA, con el objetivo de controlarlos y entender también el significado que la enfermedad tiene en sus vidas; solo mediante el entendimiento se va a poder cuidar de manera holística a la persona. El objetivo principal de entender el significado de la experiencia es aprender, tanto a cuidar a la persona, como que el paciente aprenda a cuidarse a sí mismo. El aprendizaje que la persona y la/el profesional tienen de esta experiencia les va a permitir el tener diferentes *"perspectivas de futuro"* a la hora de afrontar el proceso en el que se ven inmersos: puede tomarse el camino de la "*recuperación*", tener también en cuenta las posibles "*recaídas*" que puedan aparecer y, al mismo tiempo, considerar la posibilidad de ayudar a otras personas en base a su experiencia, especialmente a través de los "*grupos*." Los grupos de ayuda son demandados tanto por las/los profesionales como por las/los pacientes, dirigidos tanto a pacientes como a familiares, surgen procedentes de este cuestionamiento de los cuidados prestados y son pensados como un recurso más que

complemente los cuidados existentes y suponga una perspectiva más integral. En el caso de que se produzcan las recaídas, estos grupos serían fundamentales por la ayuda y apoyo que proporcionan y serían la base para replantear todo este sistema de ayuda, cuya clave es conocer el significado que tiene el TCA en la vida de la persona, qué le hace recaer, qué espera la persona conseguir devolviendo protagonismo al trastorno y al "*rol de enfermo*" en su vida, y las "*dificultades"* encontradas para iniciar de nuevo la rueda del cambio.

Como puede verse, todos los temas se encuentran estrechamente relacionados entre sí, la visión de pacientes y profesionales está vinculada, y no se entiende el trabajo y presencia de unos sin los otros, se trata de una relación terapéutica de ayuda mutua.

En resumen, fruto de la experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, podría decirse que los cuidados holísticos:

- Son *"una ayuda inesperada."*
- Fruto de "*una lucha entre cabeza y corazón*."
- En la que mediante *"una reflexión consciente."*
- Se *"buscan raíces."*
- Que permitan *"derribar las barreras creadas y construir nuevos contrafuertes*."
- Para *"entender el significado de la experiencia (TCA)."*
- Y *"aprender a cuidar/se."*

Queda así patente la relación establecida entre todos los agentes implicados.

DISCUSIÓN

9. DISCUSIÓN

Tras descubrir y analizar los resultados obtenidos de las experiencias de pacientes y profesionales de Enfermería, se procede a realizar la discusión que consolide y contraste los aspectos más relevantes hallados en la investigación.

Como bien mencionaron las teóricas enfermeras Collière o Kèrouac, entre otras/os, los cuidados holísticos de Enfermería permanecen en muchas ocasiones invisibles, resultando complejo identificar o concretar la labor realizada por dichas/os profesionales. Esta situación de desconocimiento no implica que el quehacer de las/os enfermeras/os sea imperceptible, pues se ha demostrado que cuando ciertos cuidados desaparecen sí se palpa su ausencia; el problema parece estar más relacionado con el hecho de no existir una definición clara de las funciones de Enfermería de cara a las/los usuarias/os, lo cual condiciona ineludiblemente las expectativas con las que llegan a la consulta de Enfermería (112). Resulta, por tanto, apropiado recalcar que la ocupación de las/los profesionales consiste en proporcionar cuidados no sólo al paciente, sino a la familia y comunidad en la que se desenvuelve, a través de la relación de ayuda mutua establecida con su enfermera/o. En este intercambio, tanto profesional como paciente tienen sus propias expectativas, en base a sus experiencias y creencias, que pueden coincidir o no, pero que sin duda condicionan el devenir del proceso terapéutico (113). Clinton (114), citado por Paulson-Karlsson, encontró en su estudio que el cumplir con las expectativas previas era un elemento importante para la satisfacción con el tratamiento y un predictor significativo del riesgo de recaídas si existía gran discrepancia entre pacientes y usuarias/os.

En el proceso de atención a personas que padecen un TCA, Enfermería tiene un papel determinante tanto prestando cuidados de manera directa, como supervisando, monitorizando e implementando la actuación. Al analizar los testimonios de las/los profesionales, se puede concluir que existen diversos modelos aproximativos y discrepancias a la hora de realizar el abordaje terapéutico entre los propios profesionales respecto a la severidad, rigor e inquebrantabilidad de algunas teorías, frente a la flexibilidad, libertad y negociabilidad de otras (115). Es indiscutible que no existe un único modelo cerrado y válido, sino que es la adaptación a las características del individuo y la/el profesional lo que determinará la manera de actuar (113,115). Como bien estableció Freshwater (116), citado por Wright, el verdadero valor de la relación de ayuda se encuentra en el *"uso terapéutico que los participantes hacen de sí mismos y sus capacidades".* Se incide, por tanto, en la importancia que tienen ambas partes, y en la bidireccionalidad de la relación interpersonal, que tan detalladamente fue explicada por Peplau: la/el enfermera/o identifica y da respuesta a la necesidad de la persona y le ayuda a que pueda resolver su problema.

En la práctica clínica existen casos en los que la demanda ha sido meditada y se presenta de manera clara, facilitando el darle una respuesta, mientras que en otros, como menciona Kirszman (117), la petición de ayuda es confusa, siendo complejo identificar las fuentes de malestar y las vías de solucionarlo.

Las/los profesionales aprecian que en muchas ocasiones las/los pacientes llegan obligados y no quieren acudir a la consulta (118); esta ambivalencia en la que se encuentran: querer ayuda porque su situación se ha descontrolado *vs* miedo al cambio y a salir de esa falsa *"zona de confort"* construida, constituye uno de los principales condicionantes de la relación de ayuda (113,119). En otros casos, la intención de cambio no se ha presentado aún, ya que no son conscientes de las consecuencias reales

y riesgos potenciales de su conducta, de padecer una enfermedad o la identificación es grande con el trastorno (33,113,117,120).

Paulson-Karlsson (114) describe, en la línea de lo hallado en esta investigación, cómo las/los pacientes esperan encontrar información, alguien con quien hablar sobre sus problemas y ser escuchado. En lo referente a sus necesidades, se enumeran: un cambio, terapia grupal y familiar, obtener control en su desorden, información nutricional, obtener ayuda y encontrarse bien, así como ser entendida/o y aceptada/o. Por el contrario, Cruzat (33) evidencia otro tipo de vivencias recogidas, que la terapia con la/el enfermera/o puede ser vista como un impedimento para mantener un bajo peso y lograr la meta de adelgazar. En otros estudios se menciona que las/los pacientes esperan ser criticadas/os o tratadas/os sin compasión (119). Respecto a las necesidades, existe una clara identificación por parte de las/los profesionales de: conocimientos, hábitos de vida saludable, capacidad de pedir ayuda, control y ocupación del tiempo (77).

En referencia las experiencias de las/los profesionales, los resultados del estudio coinciden con los obtenidos por Kaplan y Garfinkel (116), citados por Wright, que recogieron en su investigación los testimonios de profesionales que valoraban el cuidado de personas que padecen TCA como desafiante y exhaustivo; Zugai (121) describe los estudios de King, Turner y Ramjan, donde se alude a que Enfermería se siente en ocasiones manipulada y con dificultades para no juzgar, comprender el TCA, en lucha con sus sentimientos y emociones y con poco control ante las demandas de sus pacientes. Sus resultados están en consonancia con los de Fairburn (116), citado por Wright, en los que se habla del cuidado en términos como: difícil, desafiante o frustrante. Por el contrario, aparecen sentimientos contradictorios, como compasión, empatía, pena o necesidad de protección (121). En lo concerniente a las/los pacientes,

mencionan sentirse en muchas ocasiones solas/os, incomprendidas/os, frágiles, juzgadas/os y tratadas/os como enfermas/os en lugar de como personas, inferiores y culpables (116,119), y en otros momentos, acogidas/os, comprendidas/os y apoyadas/os (33,114). Este modelo de transferencia y contratransferencia, fue mencionado por primera vez por Freud, en donde tempranamente describe la adhesión, tensión y diálogo interno que afecta la relación entre paciente y profesional. Los sentimientos deben de ser reconocidos, controlados y modificados, si fuese necesario, por ambas partes para que la relación sea realmente de ayuda (116,122). Forchuk (116), citado por Wright, define una buena relación como aquella en la que existe *"confianza, familiaridad, autenticidad y amabilidad".* A lo largo de la historia han surgido opiniones diversas sobre la implicación emocional en el cuidado. Las/los profesionales de Enfermería, como seres humanos que son, están dotados de emociones y sentimientos, que les puede hacer tener una sensibilidad especial para aproximarse a la vivencia de la persona a la que está ayudando y que ésta sienta que realmente su enfermera/o está implicado y considerándole de manera individual, y de raciocinio para controlar que la expresión de sus emociones no traspase los límites. Hay quienes como Smith (123), citado por López, que considera que las/los enfermeras/os deben de modificar y suprimir sus sentimientos para que las/los pacientes tengan un cuidado seguro; Martin (124), citado por Salzmann-Erikson, explica que las autorrevelaciones por parte del profesional favorecen el sentimiento de relación igualitaria y no de una relación desigual en la que la/el profesional actúa como experto; otros como Goleman (123), citado por López, evidencian que el proceso de recuperación es mejor y más rápido cuando la persona ha sido cuidada de manera auténtica y holística, es decir, atendiendo su parte física y emocional, combinando una relación "*real*", con una relación de "*trabajo*" (116).

Cruzat (125) identifica 3 fases en el desarrollo de la relación de ayuda: *conocimiento, confianza y consolidación y re-significación*. En la primera etapa *conocimiento*, las/los usuarias/os presentan una gran desconfianza y susceptibilidad, dudan sobre si la/el profesional será capaz de resolver su demanda, se percibe un ambiente tenso, con dificultad para verbalizar su situación o incluso manifestando hostilidad o desagrado. Es en estos primeros momentos, cuando el protagonismo de la/el enfermera/o es mayor, sosteniendo y apoyando a las/los pacientes y siendo su voz en el proceso de identificar lo que les está ocurriendo y validar su situación. A medida que avanzan las sesiones, aumenta la confianza con la/el enfermera/o, la relación va siendo más valorada y el trabajo es conjunto, ya que la persona no se siente presionada, es comprendida, teniendo un espacio propio donde no se le juzga. En la fase de *confianza y consolidación* el usuario se aleja de los temas más superficiales y profundiza en sí mismo y en las raíces del TCA, la alimentación queda en un segundo plano. En la última fase, *re-significación*, se alcanza una gran profundidad con respecto a anteriores etapas, la persona es capaz de comprender el significado del TCA en su vida; generalmente, lo ven como algo crónico y aprenden a vivir con él, identifican pródromos, están dotadas/os de estrategias de afrontamiento y se entiende el fin de la terapia como la consecución de la recuperación, que es vista como la diminución de sintomatología y retorno a su proyecto de vida.

Bordin (116), citado por Wright, identifica los 3 elementos en lo que se basa la proceso de colaboración entre enfermera/o y paciente: el *vínculo:* la relación interpersonal; las *tareas*: acciones llevadas a cabo para afrontar los problemas; las *metas*: expectativas de resultado a corto y largo plazo. Por su parte The Kim Alliance Scale (116), citada por Wright, menciona 4 dimensiones de la relación: *colaboración, comunicación, integración y empoderamiento*, haciendo especial hincapié en este

último, ya que se debe de aprovechar el potencial y capacidades del paciente y dotarle de responsabilidad, no culpabilidad, en su proceso (118). Clarkson (116), citado por Wright, detalla 5 tipos de relación utilizados como marco de referencia en la psicoterapia integrativa: *la alianza de trabajo, la relación de transferencia/contratransferencia, la relación reparadora necesitada para el desarrollo, la relación persona a persona (tú a tú) y la relación transpersonal.* Finalmente, Ramjan (116), citada por Wright, reseña 3 temas que deben de tenerse en cuenta en el desarrollo de la relación de ayuda: *la lucha por comprender* (fenómeno ocurrido y diagnóstico), *la lucha por el control* (relación de poder y desconfianza) y la *lucha por desarrollar una buena relación terapéutica.*

En este estudio, desde la perspectiva de las/los pacientes se encuentran similitudes con las fases mencionadas por Cruzat (125). En el inicio del seguimiento se destacan como fundamentales las acciones más directivas y establecimiento de límites llevados a cabo por la/el profesional, que tiene más protagonismo en la intervención, puesto que la pérdida de control del usuario/a es grande y tiene que ir adquiriéndola de nuevo de manera gradual. Es en esta primera fase donde se muestran más reacias/os al cambio, en la que se valora positivamente el que se proporcione información sobre las consecuencias que el TCA tiene, puesto que generalmente se aprecia el contar con una figura delgada, pero se desconocen las repercusiones negativas a nivel orgánico. Otro de los aspectos a destacar y que ha sido mencionado numerosamente en los discursos de pacientes y profesionales de la investigación, es favorecer el contacto entre pacientes que se encuentran en fase aguda con otros más avanzados en el proceso de recuperación, por la identificación existente y la ayuda que proporcionan para superar las dificultades. Es en una segunda fase, en la que la/el usuaria/o va siendo más consciente de su problema, en la que hay más flexibilidad, se pactan y consensuan los

objetivos, de manera que el contar con un plan estructurado fomenta la ganancia de control. En la última fase, la persona ha adquirido las habilidades y estructura necesarias para poder recorrer su propio camino de manera autónoma, sabiendo que siempre pueden contar con su enfermera/o de referencia si lo necesitan. A raíz de los discursos de las/los participantes, quedan perfectamente identificadas y descritas las distintas fases en el desarrollo de la relación terapéutica, que coinciden con las mencionadas por Peplau: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, así como los roles que desempeña la/el enfermera/o: extraña/o, suministrador/a de recursos, educador/a, líder, sustituta/o y consejera/o (126).

Para que la relación sea productiva y útil, las/los pacientes expresan que ambos tienen que ser transparentes y genuinos y que las/os dos puedan compartir sus expectativas y pensamientos, aunque admiten que en ocasiones resulta complejo, ya que llegan a la consulta con una coraza de protección frente al desconocimiento de lo que van a encontrarse o fingiendo normalidad pues no son capaces de admitir su situación (121,122). El ser valoradas/os como únicas/os y sentir que su enfermera/o no está simplemente cumpliendo con su labor o aplicando un protocolo, sino que se implica y entrega y les hace sentir especiales, es otro de los puntos repetidos en más ocasiones (122,124,127). Las/los usuarias/os necesitan ser consideradas/os como personas y no como enfermas/os, durante el proceso es importante que la persona sea separada de la enfermedad y/o su diagnóstico y que sean consideradas dos entidades distintas para que ésta pueda adquirir responsabilidad y control y se tenga en cuenta que las restricciones e intervenciones son contra la enfermedad y no contra la persona (124,125).

La presencia de Enfermería es también otro de los puntos comentados por las/los participantes, resultando necesario que profesional y paciente sepan adaptarse y encuentren un equilibrio entre la excesiva cercanía y la dejadez, para favorecer la

independencia de la persona y evitar al mismo tiempo que se sienta sola/o en el proceso. Debe tratarse de un trabajo conjunto en el que no se prestan cuidados al paciente, sino con el paciente (128). En el principio, se hace indispensable que las citas sean frecuentes y la intervención sea más intensiva; a medida que la persona va siendo consciente y está más capacitada, estas citas se irán reduciendo y la presencia de la/el enfermera/o será la de un mero acompañante en el camino de la recuperación (124,127). La relación establecida es descrita por ambas partes como "*intensa"*, ya que la/el enfermera/o llega a convertirse en una persona de referencia en la que se confía y con la que la/el usuaria/o puede contar; resulta fundamental el marcar una distancia terapéutica ya que, en ocasiones, la identificación es tan grande que las/los pacientes tienen una excesiva preocupación por no decepcionar a sus cuidadoras/es y en el caso de producirse una recaída sienten gran culpabilidad por haber roto la confianza de su enfermera/o (115). Como mencionó Orbach (116), citada por Wright, la/el profesional, como guía de la intervención, es responsable de no patologizar ciertos comportamientos y de no convertirse en parte del problema, sino en una solución. El hecho de que la mayor parte de las/los profesionales de Enfermería y de las/los pacientes sean mujeres también se destaca en los discursos como un elemento que influye en los cuidados. El tradicional rol de la madre y la mujer de alimentar a sus hijos, descrito por Peplau, es un estereotipo hoy en día presente, hablándose de "*maternalismo*" (a diferencia del paternalismo, donde hay una relación asimétrica y de autoridad) para referirse a la identificación de la enfermera con el papel de madre en los cuidados (116,121,122). Además, el afecto con el que pueden tratar a las/os usuarias/os puede ser confundido con el "*amor de madre*", sobre todo si existe una carencia en el hogar (116).

Se aprecian como importantes en esta investigación la flexibilidad en los cuidados y también la persistencia y compromiso del profesional, que a pesar de las

dificultades las/los pacientes puedan sentir que no les van a abandonar, y que perciban la aceptación, la empatía, la vitalidad, las habilidades y la experiencia de sus cuidadoras/es (121,122,129). Igualmente, se estima la capacidad de escucha y habilidades interpersonales del interlocutor. Cuando se percibía que la terapia era un castigo y que la/el enfermera/o era indiferente, irrespetuosa/o, o que hacía juicios de valor, la terapia resultó inútil (33,115). Consideran que es conveniente centrar los cuidados en aspectos positivos y en las capacidades y logros de la persona, en lugar de los fracasos, recaídas y debilidades (118).

Otro de los temas emergentes más recurrente en el estudio fue la trascendencia de prestar unos cuidados holísticos y no centrados únicamente en el abordaje nutricional (114, 130). Si solamente se abarcaba la sintomatología alimentaria, el peso y la figura, se dejaban olvidados los factores psicológicos y emocionales del problema (115,122). Reforzando lo comentado por las/los pacientes, Treasure, Tchanturia y Schmidt (33), citados por Cruzat, destacan lo fundamental que resulta que la/el terapeuta comprenda de manera integral el significado del TCA, que incorpore la propia visión del paciente sobre lo que le está ocurriendo, los factores que influyen, la asociación que realizan con los hábitos alimentarios y la motivación para mantener el TCA. Sólo así podrá trabajar aspectos más profundos como la autoestima, la dinámica familiar o el pensamiento depresivo (127). Ligado a los aspectos alimentarios, y más concretamente al peso, existe un pensamiento generalizado de que el aumento de peso implica una mejoría, y esto no siempre es así, ya que en casos de BN o Trastorno por Atracón la persona puede mantener pesos normales o sobrepeso. Es por ello que el focalizar todo el peso de la recuperación en una báscula resulta reduccionista, infravalora los aspectos psicológicos y otros elementos que intervienen en el TCA y genera, como bien explican las/los

pacientes, sensación de miedo, angustia, ansiedad y pánico a la balanza y por extensión a su enfermera/o, que es la/el encargada/o del pesaje (122,127).

Enfermería proporciona, por tanto, cuidados estructurados, tratamiento e interacciones reales (116). Las/los profesionales explican cómo realizan una valoración para poder emitir su juicio y establecer de manera consensuada con la/el usuaria/o los objetivos a conseguir, de forma que se delimite su PAE. Las intervenciones y actividades a realizar, así como los recursos a utilizar son diversos y deben de adaptarse a las necesidades individuales de la persona, destacando: asesoramiento, monitorización nutricional, reestructuración cognitiva, potenciación de la autoestima, disminución de la ansiedad, apoyo en la toma de decisiones, intervención en casos de crisis o apoyo y terapia familiar, entre otras (77). Trabajar la motivación al cambio es un aspecto básico al inicio del seguimiento, siendo la entrevista motivacional una herramienta al servicio de las/os enfermeras/os que facilita el cambio, como ya mencionaron Prochaska, Diclemente y Norcross (modelo Transteórico del cambio), de manera que se posibilite el integrar las experiencias pasadas, identificar emociones, elaborar una narrativa y desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas (131). En muchas ocasiones los cuidados se basan en protocolos, que las/os enfermeras/os toman como referencia y, que a veces son considerados por las/los pacientes como inflexibles y punitivos ya que se fundamentan en estrictos abordajes conductuales, que persiguen resultados observables y medibles, olvidando el cuidado integral (120). Las/los pacientes refieren que las/los profesionales erran en proporcionar un abordaje adaptado a sus necesidades, encontrando inútil la falta de individualidad en su proceso ya que los protocolos no recogían las características únicas que los diferenciaban (127). Por el contrario, otras/otros profesionales sí que encuentran útiles estas guías ya que ofrecen una variedad de recursos a usar y porque representan intervenciones sustentadas por la

evidencia científica que pueden facilitar la toma de decisiones, el consenso y la actualización de conocimientos ante una práctica cada vez más compleja (71).

La mayoría de los estudios encontrados tienen su foco en la población adolescente, ya que es la edad de mayor riesgo para el inicio del TCA, sin embargo, se encuentra carencia de estudios que indaguen en las diferencias y/o similitudes con los adultos y principalmente que se investigue con las/los adolescentes que continúan siendo pacientes de adultos, ya que las prioridades, estilo de vida y experiencia son completamente diferentes a medida que avanza el proceso de recuperación (116,122).

La recuperación es entendida de diferentes maneras según la experiencia de cada persona, así las/los pacientes mencionan *"el volver a sentir control sobre la vida y encontrar una mejorada versión de uno mismo "o "volver a ser uno mismo"* (132), mientras que en el más estricto sentido de la palabra, algunas/os profesionales lo definen como: *"periodo de tiempo duradero durante el cual no existen o son mínimos los criterios diagnósticos de TCA presentes"*, algunos como Strober (133), citado por Khalsa, se atreven a delimitarlo en al menos 8 semanas, y lo diferencian de remisión, que implicaría un periodo de tiempo más limitado (133-155). Berends (136) recomienda un seguimiento al alta de al menos 18 meses para asegurar que las capacidades de reconocimiento de pródromos y desencadenantes y el esfuerzo del paciente por prevenir la recaída sean efectivos. Sánchez (130) explica, por su parte, como para algunas/os profesionales la recuperación consistía en mantener los logros alcanzados, y que ello implicaba que las/los pacientes asumieran y tuvieran conciencia de enfermedad.

Fogarty (137) identifica 3 fases en el proceso de recuperación y sus factores clave: durante la primera fase o *preparación*, la persona carece de conciencia de enfermedad y puede sentirse sola o forzada al tratamiento; una segunda fase o *punto de*

inflexión hacia el cambio donde se siente entendida y apoyada; la tercera fase o *activa*, donde hay un cambio evidente y siente que está recibiendo la ayuda necesitada; y una cuarta fase o de *reflexión*, donde la persona se acepta a sí misma. Por otro lado, autores como D'Abundo y Chally (132), citados por Patching, establecieron un modelo explicativo del proceso de recuperación, bautizado como "*el círculo de la aceptación*", que implicaba pensamientos, acciones y comportamientos que contribuían a mejorar la autoestima de las/los pacientes, uno de los puntos clave para la recuperación. Noordenbos (134) recoge que junto con la mejora de la autoestima también debieran de estar presentes una evaluación positiva del cuerpo, adecuada regulación emocional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas para prevenir las recaídas. Por su parte Leventhal (138), citado por Dovydaitiene, desarrolla el *"modelo de la autorregulación"* que ayuda a entender la percepción de la enfermedad que tiene el paciente y explica cómo este una vez que reconoce que su salud está en peligro, desarrolla una actitud y método de lucha contra la enfermedad y se esfuerza por superarla y recuperarse. Cuando son las/los pacientes los preguntados sobre los aspectos a evaluar enumeran: hábitos alimentarios, actividad física, actitudes hacia la comida y el peso, evaluación corporal, relajación, recuperación física y psicológica, regulación emocional, relaciones sociales, actitud sexual y comorbilidad (134). El hecho de que sus profesionales de referencia les proporcionaran apoyo, escucha y esperanza, comprensión, deseo de recuperación, motivación, autoeficacia, nuevos conocimientos y una buena experiencia con el tratamiento fueron identificados como esenciales para la recuperación (137). Señalan, además, que el recuperarse en una sociedad en la que se le sigue dando tanta importancia a la imagen de delgadez y las dietas son una práctica muy presente, supone una de las principales dificultades (135). Las/los profesionales

consideran que en estos casos una guía estructurada para la prevención de las recaídas podría ser útil como método de apoyo en la práctica clínica (136).

De los diferentes modelos explicativos de la recuperación se desprende tanto desde el punto de vista de pacientes como de profesionales, que en gran parte de los casos, no existe una recuperación definitiva, sino que es un proceso con recaídas y remisiones donde se persigue la máxima estabilidad y anticipación, así como el uso efectivo de las estrategias aprendidas (136-138). La mayoría de los estudios alertan de que temporalmente se puede conseguir una mejoría en cuanto al peso se refiere, pero que si no se abordan el resto de aspectos implicados, especialmente las repercusiones psicológicas y factores subyacentes, la posibilidad de recaída aumenta hasta el 50% en el primer año (133). Patching (132) y Khalsa (133) concluyen en que sería más eficiente el centrar todos los esfuerzos y recursos en la prevención que en la recuperación, por todas las implicaciones que conlleva padecer un TCA.

Uno de los elementos más demandados y que ha sido identificado como clave en el proceso de la recuperación es la realización de grupos terapéuticos dirigidos por un/a profesional de Enfermería, no sólo para pacientes, sino también para las familias. Los grupos suponen una poderosa herramienta de apoyo en el transcurso de la enfermedad, donde las/los pacientes pueden compartir sus angustias, miedos y dificultades, así como sus progresos y avances con personas que están pasando por una situación similar, en un entorno terapéutico, donde la/el profesional vela por que no se produzca un contagio de síntomas, sino un contagio de ganas de superación. Mediante varias técnicas: role playing, psicodrama, experiencias reales, etc., se hace explícito lo implícito y se proporciona a cada individuo la oportunidad del cambio. Los grupos se fundamentan en las relaciones reales y de identificación que se establecen entre sus miembros, que se vuelven más honestos y son capaces de expresar sentimientos reprimidos, establecer

conexiones y entender partes de su proceso, así como aprender a aceptar su situación (139,140). En el caso de las familias, principales cuidadores de las/los pacientes, también necesitan un espacio en el que poder examinar las implicaciones que el TCA está teniendo en sus vidas. El participar en estos grupos les proporciona nuevas estrategias de afrontamiento, refuerza sus interacciones y la comunicación entre los diferentes miembros y ayuda a disminuir la emoción expresada, así como los sentimientos de inutilidad, aislamiento, sobrepeso y vergüenza. Al compartir su vivencia de la enfermedad, sus sentimientos al ver a su familiar pasar por este proceso y hablar de las dificultades que encuentran en el cuidado, no sólo encuentran un desahogo, sino un apoyo y escucha por parte de las/los profesionales y demás familiares que pasan por las mismas circunstancias, así como respuestas que permitan comprender mejor el TCA, disminuir la sintomatología y afrontar con mayor tranquilidad y conocimientos el cuidado (141,142).

Tanto para poder cuidar como para poder recuperarse se hace imprescindible aproximarse a la experiencia de lo que supone padecer un TCA, y ello sólo se puede conseguir evitando la superficialidad y ahondando en los verdaderos motivos y factores identificados en el desarrollo de la enfermedad. La multicausalidad es admitida por prácticamente la mayoría de participantes y autores, identificando características personales como la baja autoestima o el perfeccionismo; el componente genético; las situaciones traumáticas; los factores socioculturales, los medios de comunicación, el papel de la familia y los roles de género, principalmente (113,140).

El papel de la familia es uno de los puntos clave en el entendimiento de la vivencia de las personas con un TCA. Los/las padres/madres son el modelo de conducta de sus hijos, estos aprenden por imitación y van configurando su personalidad y manera de ser en el seno familiar, de forma que éste puede convertirse en un factor etiológico,

mantenedor o protector frente al TCA (143,144). Si las circunstancias familiares son positivas, se asocia con una mayor protección social, mientras que si son negativas, se relaciona con mayor vulnerabilidad (144). La familia supone el grupo primario donde se aprende a comer y se adquieren los hábitos alimentarios, que sin duda serán influidos por la persona que prepara los alimentos, la disponibilidad de la comida y los usos y costumbres que rodean la alimentación (143,145). Fruto del análisis de las experiencias de las/os participantes, se identifican estilos educativos sobreprotectores o autoritarios, que hacen que la autoexigencia de los/as niñas/os sea muy alta para satisfacer las necesidades de unos/as padres/madres hiperexigentes y con una educación muy dictatorial o autoritaria (140), y que les puede invalidar o hacer menos eficaces a la hora de afrontar las dificultades (131).

Hay autores que se remontan a problemas de vínculo entre padres/madres e hijas/os y al desarrollo de un apego inseguro en la primera infancia (125,145). Tozzi, Sullivan, Fear, Mckenzie y Bulik (33), citados por Cruzat, explican que 1/3 de las/los pacientes identifican la disfunción familiar como uno de los factores contribuyentes, señalando la deprivación parental, el excesivo control, la poca relación con los/las padres/madres, la tensión o el maltrato familiar (85,146). Cuando estos problemas familiares se unen a otras variables como una baja autoestima o un excesivo perfeccionismo, junto con la presencia de preocupaciones familiares hacia el peso y apariencia, burlas y críticas, supervisión y control e insatisfacción corporal y desorganización a la hora de comer y dificultades para conciliar la vida familiar y laboral, existe un mayor riesgo de que se desarrolle un TCA (120,143).

Al preguntar a hijas/os con TCA sobre las peculiaridades de sus familias, explican que en su entorno se le da poca importancia al desarrollo en el área social, cultural y a la autonomía, y que sienten que su ambiente familiar está deteriorado, tienen

sentimientos negativos hacia sus familiares y no se sienten queridas/os, especialmente por sus madres (144). Se hace necesario especificar los diferentes tipos de relación establecidas con los progenitores. Según Bolwby (145), citado por Betancourt, especialmente durante la infancia, es la madre la que se encarga del aseo y alimentación, abrigo y atención frente a sus primeras necesidades; el padre, sin embargo, proporciona determinación, estabilidad emocional y ayuda a la madre. Las perturbaciones producidas en el desarrollo de la psique del niño/a determinarán su futuro comportamiento y personalidad. Así, en lo referente a la relación madre-hija/o y desarrollo de TCA, Mahler (145), citada por Betancourt, explica que con frecuencia hay una alteración en el proceso de separación e individualización, siendo una relación casi simbiótica, como si la vida de uno/a dependiera de la del otro/a, que dificulta la autonomía de la/el hija/o. Esta incapacidad de las/os hijas/os de nutrirse de manera adecuada es su particular denuncia al fracaso en el logro de su independencia. En la relación madre-hija se ha observado como las madres ya reportaban mala relación con sus propias madres y el desarrollo de un vínculo inseguro. En ocasiones, la hija trata de adquirir un rol más dominante en la familia, enfrentándose con el rol de madre y asumiendo las funciones que tradicionalmente realizaba ella (147). Se menciona como clave el momento en el que las madres, amas de casa y centradas en el cuidado de sus hijos/as, sufren el crecimiento y abandono del hogar de sus vástagos, ocasión de soledad que puede hacer que se focalicen en la comida como método de evasión y factor de riesgo para el inicio de los TCA. En el caso de la relación padre-hija, se atribuye a un gran perfeccionismo y elevadas expectativas de los/las padres/madres su posible influencia en el TCA de las hijas, siendo considerados estos como más distantes, menos cercanos emocionalmente y menos pendientes de las necesidades de apoyo de sus descendientes (143,146).

Un caso particular y destacado en la investigación, es el ocurrido cuando los progenitores, en especial las madres, tienen sobrepeso y desarrollan una notoria preocupación y control sobre el peso y hábitos alimentarios de sus hijas/os, que se refleja en el no comer de estas/os (145). Se habla también de las ocasiones en las que las madres están diagnosticadas de un TCA y llevan a una mala nutrición de las/os hijas/os, lo que Scourfield (145), citada por Betancourt, llama *"anorexia por proximidad".* Otros estudios realizados también han identificado que si la madre está diagnosticada de una patología alimentaria, hay más riesgo de que alimente a su hija/o a horarios irregulares, con alimentos poco nutritivos y con gran preocupación por su ganancia de peso (145,146).

No debe perderse de vista que la familia no sólo la integran padre y madre, sino que la figura del hermano/a, una de las grandes olvidadas, merece su consideración. El que un miembro de la familia padezca un TCA es una situación de gran impacto, pero más en el hermano/a, que adopta un rol secundario y de poca exigencia y en ocasiones de mediador entre su hermano/a enfermo y sus padres/madres. Varias/os pacientes identificaron cómo, generalmente, sus hermanos/as sufrían en silencio el desconocimiento de lo que les estaba pasando, llegando a pensar que ésta/e podía morir y, aunque les cuesta expresar sus sentimientos, hablan de preocupación, irritación o rabia hacia un comportamiento que no entienden y ante la pérdida de atención y cuidados por parte de sus padres/madres. Estas/os niñas/os suelen ser muy maduras/os, con gran sentido de la empatía y compasión, se preocupan por su salud y explican haber comparado su cuerpo con el de su hermana/o pero no presentar distorsión de la imagen corporal, o no querer seguir los pasos de su hermana/o al ver el sufrimiento y malestar que generan, a pesar de que algunos refieren sentirse excluidos por su familia por no padecer un TCA (148).

Se sigue investigando sobre si la disfuncionalidad familiar es un antecedente o una consecuencia del TCA (143).

En el otro lado de la balanza, se destaca el papel de apoyo de la familia como fundamental para la recuperación, detección precoz de descompensación y merma de la severidad y riesgo de recaídas. El contar con una familia que comprende el proceso que está atravesando, se implica activamente en el tratamiento, facilita el diálogo, así como la comprensión y asimilación de pautas, propicia que la persona pueda expresar su malestar y que éste sea tolerado, evitando conflictos familiares mayores. El empoderamiento de la familia hace que estos se sientan más capacitados y competentes en el manejo de la conducta de sus hijas/os y mejora el pronóstico de estos (142,145).

El haber sufrido alguna experiencia estresante, como fallecimientos de familiares, separaciones de los progenitores, reestructuración familiar, problemas de salud o cambios de domicilio o abuso sexual, se mencionan como posibles estresores que afectan a la integridad del individuo, afectan a su imagen y autoconcepto y autoestima y les hacen por tanto, más vulnerables.

Fonseca, Ireland y Resnik (143), citados por Ruiz, evidencian casos de varones que recurren a conductas de control nocivas como dietas extremas, ayuno y purgas en respuesta a abusos sexuales. Coincidiendo con los hallazgos del estudio, se identifican no sólo las situaciones estresantes sino la susceptibilidad de la persona, a la que también un mínimo estrés cotidiano le puede desencadenar el TCA (120,143,149).

Respecto al papel de la genética, únicamente destacado por las/los profesionales de Enfermería, se trabaja por identificar tanto los genes como los mecanismos involucrados en la transmisión de la psicopatología alimentaria en las familias (143). Se han reseñado algunos genes y se baraja la posibilidad de que las variables ambientales y

psicológicas influyan, especialmente en la pubertad en este complejo proceso. Se estima que durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA, siendo el porcentaje mayor en el caso de las mujeres, por la activación de las hormonas ováricas. Los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas, se muestran contrarios a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal. Se ha estudiado el papel del estradiol que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo, como la serotonina y su influencia en la predisposición genética de los TCA en la pubertad (28,143).

Otro hecho importante a destacar es la pubertad temprana, que posiciona al individuo en riesgo de padecer de síntomas de TCA, ansiedad, preocupación por el control o la pérdida del peso. Algunas participantes explicaron que al haber madurado tempranamente destacaban y eran diferentes al resto del grupo, con lo que no conseguían esa aceptación deseada (28,120).

En lo referente a las características propias de la personalidad, tanto pacientes como profesionales, identifican la baja autoestima y el perfeccionismo como principales rasgos distintivos. En una época de grandes cambios (adolescencia), son delimitados como principales factores de riesgo, en relación con la consecución de una imagen corporal ideal y el control de la comida y el peso (150). Sibeoni (120) recoge junto con el excesivo perfeccionismo, la fuerte necesidad de éxito, baja autoestima, confusión sobre su identidad y pobre concepto de su imagen corporal. Los TCA aparecen así como resultado de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del proceso de crecimiento, en un momento clave en la definición de la identidad y sentido de la propia

capacidad (148). Se han hallado rasgos de personalidad obsesivos, histéricos e impulsivos en personas con TCA, destacando la poca tolerancia a la frustración y el bajo control de impulsos en BN y la inflexibilidad y necesidad de control en pacientes con AN. Estos rasgos pueden provocar ansiedad y hacer que se recurra a conductas adictivas, no sólo alimentarias, con el fin de disminuir estos síntomas, que no hacen sino provocar más aislamiento (149,150).

Otro de los factores mencionado como influyente en el desarrollo de los TCA sería la ocupación, bien sea el trabajo o los estudios, elementos que ya fueron destacados por Rymaszewska (151), citada por Behar, como agentes estresantes. Cualquier circunstancia que implique un importante cambio vital: traslado de colegio o inicio de la universidad o de un puesto de trabajo, momentos de dudas y elecciones, de incertidumbre y estrés frente a la novedad, aumentan la vulnerabilidad de la persona. Momentos de evaluación, como son los exámenes o la alta exigencia laboral, pueden provocar sensación de ineficacia o hacer recurrir a la comida como gratificación compensatoria (152).

La relación establecida con el grupo de iguales, amigas/os, entorno o pareja también denota riesgo si excede las capacidades de afrontamiento de la persona. Behar (151) recoge como mujeres que han padecido un TCA relatan mayor dificultad en las relaciones íntimas, menor satisfacción en la cercanía, más incomodidad en la intimidad y menos descripciones positivas sobre la amistad. Igualmente, en ocasiones se suele establecer una relación de dependencia donde la persona afectada queda aislada del resto de iguales y adopta un rol de sumisa/o (147). Para las/os participantes, especialmente las/os más jóvenes, es importante el sentirse apoyada/o y aceptada/o por el grupo de iguales, se busca su aprobación y el encajar, la deseabilidad social es elevada y la identidad y personalidad están forjándose, por lo que la influenciabilidad es

alta a la hora de tomar decisiones. Los comentarios realizados por las personas relevantes son tenidos muy en cuenta e inducen a la modificación de conductas (120,151).

La sociedad, cultura y los medios de comunicación, son recalcados por las/los participantes y en multitud de estudios como unos de los elementos con gran peso en la génesis, desarrollo y mantenimiento del TCA (149).

La sociedad actual es considerada *de consumo* ya que se encuentra muy determinada por las prácticas de publicidad y marketing que crean y determinan las necesidades de los individuos y los guían hacia la consecución de la perfección, alegoría de poder y autoestima, y marcada por la delgadez, las tallas y la moda. Así, la tan ansiada salud se comercializa y degenera en algo insano, excluyente y enmascarado en unos cánones de belleza irreales. Se observa como la sociedad es muy ambivalente y lanza mensajes muy contradictorios. Desde el enfoque sanitario, se habla de alimentación saludable, seguridad de alimentos y vida sana. A nivel gastronómico, se asiste a un creciente predominio de productos ecológicos, gourmet o naturales. En el marco de lo estético, a raíz de la imposición social de delgadez, aparecen productos hipocalóricos, dietéticos o adelgazantes. Los medios de comunicación se convierten en reflejo de una realidad imposible: copiosidad de suculentos alimentos, necesidad de salud corporal y modelo exigente de belleza, que propicia el conflicto personal en muchos individuos que ya poseen otros problemas añadidos, pudiendo hacerles más vulnerables al desarrollo del TCA (59). La persona *"se consume",* personificando el modelo estereotipado de individuo triunfador y bien valorado por la sociedad, que se esconde tras una baja autoestima, vulnerable, manipulado por los medios de comunicación e infeliz por no alcanzar sus inalcanzables objetivos (24,59,153).

El uso habitual de Internet, redes sociales o televisión por parte de los individuos, pero especialmente por las/los adolescentes, hace que en muchas ocasiones sean estas fuentes las que proporcionen más información y eduquen a las/los niñas/os, en lugar de sus familias, con lo que son extremadamente vulnerables al bombardeo de las marcas y a la influencia de estereotipos (28,153). Así, las/los adolescentes crecen con un objetivo muy claro: ser aceptados y exitosos. La belleza se equipara a algo exclusivo e inalcanzable para la mayoría y se rechaza al diferente, tanto al obeso/a, al que se considera víctima de un vicio y responsable de su enfermedad, como al que padece AN, visto como alguien débil, que sucumbe a unas presiones que la propia sociedad está exigiendo y al que se responsabiliza de sus problemas (153,154).

Como puede verse, la comida y su uso es algo muy presente en la sociedad, la famosa *cultura del comer* da una idea de la dimensión que alcanza. La comida se convierte en un elemento cargado de significado e importancia en el ambiente familiar, escolar, vida social, romántica o laboral, donde se siente su presión. Las celebraciones, las reuniones familiares o de trabajo, los problemas personales, muchas veces se solucionan alrededor de una mesa; el estatus de acudir a un buen restaurante, el comprar determinadas marcas o consumir ciertos productos, las dietas y el acudir al gimnasio o realizar ciertos tipos de deportes determinan la posición del individuo respecto a la sociedad y son identificados como factores de riesgo para el desarrollo de TCA (24,153).

"La adquisición de modelos inalcanzables, probablemente no nos hará más felices y satisfechos si no colmamos nuestras necesidades humanas más profundas".

Julia Buckroyd

Existe un consenso mayoritario entre las/los participantes sobre que lo femenino es más susceptible y vulnerable a padecer un TCA. Se recoge como la presión estética es muy superior, ya que se ampara en la construcción social de la feminidad basada en estereotipos tradicionales, aún muy presentes, a pesar de los tiempos modernos que corren. De este modo, muchas mujeres siguen siendo valoradas por su físico, en lugar de por su intelecto; el cuerpo se cosifica y existe más riesgo de distorsión de la imagen corporal, ya que la autoestima depende principalmente de la valoración que se hace del cuerpo. No debe, sin embargo, caerse en la falacia de que los TCA son algo exclusivo de mujeres, en los últimos tiempos ha surgido el estereotipo del hombre metrosexual, uniéndose de esta manera a la preocupación por cosméticos, ropa y, por supuesto, la forma establecida como ideal: delgado o fibrado y no siempre como los estereotipos dictaminan hipermusculado o *"de gimnasio"*, pudiendo ser este hecho una posible explicación del aumento de detección de casos de TCA en hombres (60,146).

Otro de los tópicos en los que tanto la sociedad como las/los profesionales caen, es en pensar que los casos de TCA en hombres están únicamente vinculados a la homosexualidad, dejando olvidados al resto de varones. La baja visibilidad de los TCA en hombres dificulta el reconocimiento temprano de la sintomatología y la búsqueda de ayuda. Además, las/los pacientes recalcan la falta de entendimiento y la poca preparación de las/los profesionales tanto en la detección como en el tratamiento, como factores que dificultan los cuidados a los hombres. Existen testimonios de varones que relatan el desconcierto y dificultad para entender y reconocer lo que les estaba ocurriendo y el miedo de no ser tenido en cuenta, sentirse incomprendido, aislado, juzgado, herido o estigmatizado debido al pensamiento generalizado de que los TCA son típicos de mujeres. Una vez en la red de atención, las/los usuarias/os se muestran agradecidos y ayudados, pero resaltan que no existen todavía todos los medios y

recursos disponibles adaptados al género. Es por ello que se piensa que los casos de hombres con TCA permanecen infradiagnosticados, infratratados y poco investigados, aunque cada vez adquieren más notoriedad y normalidad (155,156). Se nombra como primordial, en la atención a hombres, la existencia de terapia grupal exclusiva con varones, ya que refuerza el sentimiento de unión, pertenencia y entendimiento y supone un gran apoyo en su solitaria lucha (156). Los estudios establecen igualmente, que tanto hombres como mujeres caen en la falsa creencia de que lo buscado es un hombre o mujer delgado/a, lo cual incrementa el descontento. El cómo nos ven los demás se equipara a lo que uno vale (60).

El análisis de los agentes que intervienen en mayor o menor medida en el desarrollo de los TCA posibilita, en definitiva, una aproximación al entendimiento de la experiencia y significado en la vida de la persona, algo sin duda fundamental para poder cuidar al individuo que lo padece.

Bruch (151), citada por Behar, en la línea de lo hallado en la investigación, explica que, normalmente, las/los pacientes con TCA afrontan esta situación con desconcierto y gran dificultad para reconocer y describir sus emociones (157). Además, muchos de las/los usuarias/os no consideran padecer una enfermedad o no son conscientes de la severidad de su problema (138), con lo que se hace más complejo el poder cuidarles. A menudo, la vivencia de padecer un TCA resulta compleja, ambivalente y contradictoria y los comportamientos disfuncionales son a la vez el problema y la solución: un estilo de vida destructivo que, sin embargo, proporciona control a la persona, le hace sentirse segura y protegida, ya que tiene una presencia constante en su vida (83). La persona tiene la impresión de carecer de control en buena parte de su vida, de manera que el ejercer el control o imponer sus decisiones en su cuerpo les devuelve esa sensación de dominio (146). Aparece de este modo, el

interesante concepto, tan presente en las/los pacientes, de culpa, inherente al de control que ya mencionó Foucault (154), citado por Labora, estableciendo que quien tiene la culpa de algo es porque lo provocó, por lo que se asigna la causa de la enfermedad a las personas aludiendo a su *"falso control"* de la situación. Quiles (158) desarrolla el *Modelo del Sentido Común*, propuesto por Leventhal, para entender el proceso del TCA, que refleja los testimonios de las/los usuarias/os a medida que va avanzando en su proceso de recuperación. De este modo, las personas reunirían toda la información disponible para tratar de dar un sentido a la experiencia vivida. Aquellas personas que están muy centradas en la sintomatología, tendrán una fuerte identidad con la enfermedad y pensarán que es incontrolable e incurable, con un estilo atribucional externo, crónico y con severas consecuencias en su vida. Por el contrario, cuando aumenta la capacidad de control, la persona es más proclive a pensar que las consecuencias no son tan invalidantes ni el TCA tan permanente. La elaboración que el individuo hace de su problema influye en la búsqueda de conductas de salud y en la consecución de resultados adaptativos. Es por ello, que como parte del proceso de recuperación es importante devolverle la responsabilidad a la persona, hacerle ver que puede influir en su problema ya que tiene el control, confrontándole igualmente, la utilización del problema que está realizando (118,158).

El análisis de las experiencias de pacientes y enfermeras/os permite identificar como, asiduamente, la persona suele enfrentarse a una gran contradicción: a veces, el ser cuidado y tener atención refuerza el padecimiento (135), mientras que en otras ocasiones el estigma de padecer un TCA, que les desacredita y genera rechazo, hace odiar lo que por otro lado anhelan (154). Freund y McGuirre (159), citados por Ibarra, creen en la idea de que la enfermedad es algo triste y no deseable ya que supone una amenaza al orden y a los significados por los que la gente da sentido a su vida.

Parsons (159), citado por Ibarra, explica el rol de enfermo partiendo de la base de que estar enfermo no es algo elegible consciente y deliberadamente, aunque puntualiza que algunos individuos pueden verse atraídos por esta situación en tanto en cuanto no pueden realizar sus tareas habituales. Se debe hacer hincapié en que la enfermedad no implica únicamente consecuencias físicas, sino un rol social, ya que conlleva conductas basadas en las expectativas de la sociedad.

Freidson (159), citado por Ibarra, matiza que el *quid* de la cuestión se encuentra en la legitimidad de la enfermedad. Así habla de *legitimidad condicional*, en la que las personas tendrían una exención temporal de sus obligaciones y consiguen algunos privilegios siempre que busquen ayuda para recuperarse, por ejemplo: gripe; la *legitimidad incondicional*, en la que existe una exención permanente de los deberes y se tienen privilegios excepcionales dada la gravedad de la enfermedad, por ejemplo: cáncer; y la *ilegitimidad*, donde existe exención de los quehaceres por el problema que presentan, del cual no son responsables, sin embargo, tienen pocos privilegios (si los hay), y se enfrentan a la estigmatización, por ejemplo: tartamudeo. Esta clasificación de Freidson implica que hay diferentes consecuencias para las personas en función de la valoración que la sociedad realiza de los padecimientos. Frecuentemente, las/los pacientes reconocen que el TCA aparece al intentar huir de otro problema, en ocasiones la privación de alimento y el empequeñecimiento responden a un intento de pasar inadvertidas/os. Cruzat (157), recoge como para algunas mujeres las conductas purgativas conseguían callar y calmar al cuerpo, al tiempo que también obtenían más atención familiar.

Parafraseando a Heidegger (9), el entendimiento de la experiencia de padecer un TCA, tanto por parte del paciente, como del profesional, sería: *"hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, y hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo".*

Las personas que han padecido esta experiencia admiten que una vez pasado el momento agudo y habiendo reflexionado sobre lo ocurrido, han cambiado sus prioridades en la vida, han aprendido a apreciar aquello que antes daban por sentado, se valoran más y se ven capacitadas/os y con control para afrontar las dificultades y problemas que vayan surgiendo, en definitiva, han aprendido a cuidarse (33,113,158).

El enfrentarse a la experiencia de padecer un TCA supone un gran impacto a nivel de regulación emocional y expresión de los sentimientos. En el estudio se recoge como tanto pacientes como profesionales presentan muy baja tolerancia al malestar, aumentando su angustia y ansiedad, en lugar de favorecer la conciencia, aceptación y posibilidad de desarrollo de estrategias más flexibles y adaptativas frente al disconfort y el control de los comportamientos impulsivos. Sentimientos de rabia, tristeza, confusión, ansiedad, alivio o también esperanza llevan a comportamientos evitativos, aislamiento, disociación, rumiación o huida. El evitar situaciones asociadas con emociones negativas supone disminuir las probabilidades de exposición a situaciones positivas, lo cual refuerza la preocupación excesiva por el peso, las dietas y el cuerpo (160,161).

El cuerpo vivido está vinculado a los procesos subjetivos e intersubjetivos relacionados con la construcción de los significados sobre el propio cuerpo, siendo en muchas ocasiones una construcción social y simbólica. El cuerpo esbelto se convierte en un retrato de los valores culturales de la sociedad, representa la visibilidad objetiva de la presencia del TCA. La persona afectada no siempre ha tenido que estar disconforme con su apariencia, el cuerpo no siempre ha tenido que ser rechazado, sino que las circunstancias hacen que sea un momento u otro el de mayor vulnerabilidad (86). Se admite que las mujeres suelen estar más insatisfechas y distorsionan más sus caderas, senos, brazos o abdomen, mientras que en los hombres la preocupación se centraliza en

abdomen y brazos (86,155). Esta consideración de uno mismo y su corporalidad lleva a una serie de prácticas insanas y peligrosas para conseguir una perfección estereotipada que nunca llega: la práctica de ejercicio físico que tradicionalmente había estado vinculada a la promoción de hábitos de vida saludables y en la actualidad se ha convertido en un gran riesgo, realizado de manera intensiva y descontrolada (60,162); la supresión de ciertos alimentos considerados calóricos (dulces o hidratos de carbono) y el aumento de verduras e ingesta hídrica; contaje de calorías ingeridas; conductas purgativas, como vómitos o uso de laxantes; la relación de la comida con las emociones. Muchas de estas prácticas se fundamentan en la errada información obtenida de fuentes poco fiables, generalmente Internet (153,162). El desconocimiento de las graves consecuencias que tienen estas conductas hace que se perpetúen hasta el límite, fruto de la inconsciencia. Pacientes y profesionales de Enfermería reconocen encontrar un cambio importante cuando les explican las secuelas y repercusiones, tales como alteraciones hidroelectrolíticas, hipovolemia, problemas de crecimiento, alteraciones dentales, caída de pelo, falta de regularidad menstrual o pérdida de la misma, problemas óseos, desnutrición e incluso la muerte, ya que consiguen una fuerte reacción, en ocasiones mediada por el miedo, y en otros casos son estos primeros síntomas los que alertan de que algo no transcurre adecuadamente, generando la búsqueda de ayuda (162).

Dicha ayuda es demandada, tanto por pacientes como profesionales de Enfermería explicitando en sus discursos que sea prestada en forma de cuidados holísticos proporcionados por especialistas (114). Las/os enfermeras/os especialistas en Salud Mental cumplen una misión destacada y concreta, que no se debe dejar a la improvisación, de ahí la necesidad de que existan profesionales que presten cuidados especializados, que repercutan en un mayor bienestar de la población (163).

La naturaleza de los problemas de Salud Mental resulta difícil de definir en ocasiones, al igual que se hace complejo el concretar la práctica de la Enfermería, que parece ser algo intuitivo y experimental en estos casos, pero nada más alejado de la realidad (164). Las/os enfermeras/os realizan abordajes individuales, familiares y grupales, potenciando la promoción y prevención de la salud; diversifican sus actividades y utilizan distintas técnicas y recursos para individualizar y capacitar al paciente, potenciando su autonomía y tratando de mejorar su calidad de vida (163,164). Hek (164), citado por Padarath, concluye que las/os enfermeras/os deben de servirse de los resultados de sus investigaciones y difundirlos de manera rigurosa y sistemática, para que la evidencia sea así fiable, válida y de alta calidad. Enfermería posee conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes suficientes para dar respuesta a las necesidades y demandas de cuidados de la población, de manera autónoma (163). Gournay y Brooking (164), citados por Padarath, no hallaron en su estudio alguna diferencia significativa en la evolución y resultados clínicos entre aquellas/os pacientes que habían sido tratados por un médico de cabecera y aquellos que fueron atendidos por las/os enfermeras/os especialistas en Salud Mental (164).

La tradicional estructura jerárquica médico/a-enfermera/o ha ido desapareciendo a favor del modelo multidisciplinar que supone el trabajo en equipo, un paso más en la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental (163,165). El trabajo en equipo implica más que la colaboración de diferentes profesionales agrupados, sino que conlleva el trabajar de manera conjunta y complementaria para lograr un objetivo común (165). La gravedad y complejidad de la toma de decisiones en el tratamiento: manejo de situaciones de crisis, complicaciones que ponen en riesgo la salud de la persona, etc. refuerzan el trabajo del equipo terapéutico y hacen que el trabajo en solitario sea casi imposible (117). Las reuniones de equipo se convierten en un

instrumento indispensable para planificar las intervenciones en coherencia con los objetivos propuestos, hacer un seguimiento de la actuación y priorizar propósitos. Resulta fundamental el que cada miembro del equipo tenga su espacio, de manera que ninguna/o se sienta sobrecargada/o o infravalorada/o. Igualmente, en la investigación se menciona la importancia de la existencia de la coordinación con otros recursos y el trabajo en red, integrando todos los servicios y áreas del individuos (cuidado holístico) (165). Aún así, algunas/os profesionales admiten no sentir suficiente autonomía sobre el cuidado de las/los pacientes y actividad independiente a la del médico (112) y quienes mencionan la insuficiente coordinación como dificultades identificadas en el cuidado (32).

La coordinación con centros de AP, escuelas, Hospitales de Día, CSM, Servicios Sociales y familias es mencionada en los discursos de las/os participantes como clave de los cuidados integrales. Los principales inconvenientes encontrados, que coinciden con lo revisado en la bibliografía son: la falta de tiempo y de personal suficiente para poder prestar la atención adecuada. La gran presión asistencial y la necesidad de resultados suponen una atención más superficial con menor número de citas, a menor número de personas y el descuido de otras actividades como grupos tanto de pacientes como de familiares (32,112,165).

Las/los profesionales reclaman mayores posibilidades y facilidades para la formación específica sobre la temática, con el objetivo de poder abordar los nuevos retos que surgen en la atención; sesiones de supervisión, asambleas clínicas u otras actividades que favorezcan la reflexión conjunta y que capaciten para la práctica diaria (32,165).

La labor de las/los profesionales no debe concentrarse únicamente en las unidades de Psiquiatría o en una patología concreta, sino que debe predominar el enfoque comunitario, de manera que el individuo empoderado, actué, sea autor de su existencia y desempeñe los roles que le corresponden como *"actor social"* (163).

"Y fueron felices y comieron perdices,… o no…"

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones presentadas por este estudio se encuentra relacionada con el espacio geográfico. Como ya ha sido detallado previamente, el ámbito de atención del HUPA incluye unos 242.281 ciudadanos, de los cuales, un concreto porcentaje se encuentran en seguimiento por padecer un TCA, con lo que los resultados obtenidos en un área tan delimitada no pueden extrapolarse.

Por otro lado, la utilización de los relatos como estrategia de recogida de las experiencias de pacientes y profesionales supone otra limitación, ya que al plasmarlo por escrito, el grado de profundización e introspección es mayor, y no existe contacto directo con el interlocutor, con lo que todos los aspectos relacionados con la comunicación no verbal no pueden ser tenidos en cuenta. En relación con los relatos, se identifican también dificultades para comprender aquellos relatos que fueron transcritos manualmente, por las peculiaridades de la caligrafía.

Otro de los aspectos limitantes fue la disponibilidad de tiempo tanto de las/los participantes como de los CSM donde se realizaron las entrevistas. En el caso de las/los participantes, al tratarse de un horario de mañana limitado, que en muchas ocasiones coincidía con el horario laboral o escolar, el tiempo del que disponían para interrumpir sus quehaceres era más ajustado. Además, se utilizaron despachos cedidos por el CSM, pero que podían precisar de su utilización, en casos de urgencia o falta de espacio.

En lo referente a la muestra, sí que fueron identificados algunos inconvenientes en el proceso de captación ya que hubo personas que no quisieron participar pues consideraban que se trataba de una experiencia muy íntima que no querían compartir,

bien por haber sucedido hacía un tiempo y el rememorarlo evocaba recuerdos de una época complicada, o bien porque la experiencia era muy reciente y las emociones y sentimientos presentes les generaban inestabilidad para poder relatar su vivencia.

Finalmente, se destaca como otra limitación la poca presencia de estudios llevados a cabo por Enfermería que investiguen los cuidados proporcionados a una población tan concreta, utilizando una metodología cualitativa. Aspecto aprovechado, sin embargo, como una oportunidad para cubrir esa *"brecha de conocimientos"* y desarrollar nuevas líneas de investigación.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

11. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En base a los resultados obtenidos fruto de la investigación y su posterior discusión con los hallazgos de otros autores, se proponen de cara a futuras investigaciones:

- Indagar en las peculiaridades del tratamiento de los casos de TCA en hombres: factores implicados y proceso de individualización en los cuidados.

- Potenciar la EpS, así como las intervenciones autónomas de Enfermería, ampliando el campo de actuación.

- Adentrarse en las particularidades y aspectos más relevantes de la relación terapéutica establecida entre enfermeras/os y pacientes y sus implicaciones en el proceso de cuidados y afrontamiento del TCA.

- Profundizar en los cuidados prestados a la familia, considerados como elemento fundamental en la recuperación, que sufren también el proceso de enfermedad de su familiar y que pueden contribuir tanto a su génesis como mantenimiento.

HALLAZGOS INESPERADOS

12. HALLAZGOS INESPERADOS

En el transcurso de la investigación se obtuvieron varios resultados que merecen ser especificados, ya que no se esperaba hallarlos de esta manera, bien por la literatura existente, o bien por el caso contrario, debido a la escasez de información al respecto.

Se pensaba encontrar variabilidad en la práctica clínica, pero con más similitudes entre las/los profesionales, sin embargo, aún teniendo los mismos recursos, y habiendo trabajado conjuntamente, las distinciones existentes entre las/los profesionales son grandes, al igual que lo es su concepción de lo que es un TCA. Se han observado casos de pacientes que han cambiado de terapeuta, y las variaciones en función de la orientación de cuidados de cada profesional se han dejado notar en la evolución de su patología.

Ha sido sorprendente el hallar una gran presencia de estereotipos y falsas ideas que persisten presentes en los discursos de las/los profesionales, y que condicionan su manera de cuidar a las/los pacientes y de detectar nuevos casos.

En el caso de las/los pacientes, aunque en el principio de la relación terapéutica puede existir desconfianza con su enfermera/o, con el paso del tiempo se convierte en una persona de referencia, importante en su vida, a la que incluso teme decepcionar y del que es difícil separarse. Las/los profesionales por el contrario, no piensan que sean tan relevantes o influyentes y esta diferencia de concepción de la relación puede condicionar el devenir de la relación de ayuda y los fines terapéuticos de la misma.

Destaca que a pesar de considerar que la familia es uno de los principales pilares en el proceso de la recuperación, la mayoría de las/los pacientes evitan comentar sus

verdaderos sentimientos, problemas o situaciones de crisis, para evitar preocupar en exceso a su familia. Aunque se encuentran pasando una situación complicada, predomina el cuidado a sus seres queridos, sobre el suyo propio.

CONCLUSIONES

13. CONCLUSIONES

1. Los cuidados holísticos de Enfermería suponen una ayuda inesperada para las personas que padecen un TCA, fruto del desconocimiento de las funciones de las/os enfermeras/os y de sus creencias de salud- enfermedad.

2. Los sentimientos expresados por usuarias/os y enfermeras/os sientan las bases de una relación terapéutica auténtica, afianzada por los conocimientos y experiencia, que guían a ambos en el camino de la recuperación.

3. La familia se erige como pilar fundamental para la recuperación y elemento precipitante en otros casos. Las relaciones vinculares, educación, presencia y actitudes de los progenitores son factores clave. El trabajo (EpS) con las familias es la base de la prevención.

4. Para afrontar el TCA resulta fundamental buscar las raíces que llevaron a ello, huir de la superficialidad y profundizar en el entendimiento de los factores implicados. Se deben descentralizar los aspectos nutricionales.

5. Se identifican situaciones estresantes, la presión sociocultural y de medios de comunicación, la ocupación, el grupo de iguales, la personalidad previa, la herencia, y especialmente, el papel de la familia, como implicados en el desarrollo y mantenimiento del TCA, aunque con distinto protagonismo.

6. Para las/los enfermeras/os, el conseguir entender la experiencia por la que está pasando su paciente es esencial para orientar el tratamiento y que la relación establecida sea de ayuda.

7. La perspectiva de género en los TCA debe ser tenida en cuenta. Analizar, considerar y profundizar en el entendimiento y cuidado a hombres que padecen un TCA supone cuidar holísticamente mejorando la detección.

8. La realización de grupos, tanto de pacientes como de familiares, se erige como una de las principales demandas y/o carencias. Dirigidos por un/a enfermero/a, suponen un mayor grado de comprensión, identificación y ayuda a la superación de la experiencia vivida.

9. Se identifica una falta de enfermeras/os especialistas en Salud Mental, así como la necesidad de una mayor coordinación, formación y trabajo en equipo, para la consecución de objetivos comunes.

10. En definitiva, existe gran congruencia entre las visiones de enfermeras/os y pacientes sobre los cuidados holísticos prestados, que debe sin embargo, concretarse, individualizando las necesidades y utilizando los recursos disponibles para cuidar de manera íntegra a la persona.

BIBLIOGRAFÍA

14. BIBLIOGRAFÍA

1. López-Espinoza A. Análisis experimental en conducta alimentaria. Anales de Psicología. 2007; 23(2): 258-263.

2. Belli S, Íñiguez-Rueda L. El estudio psicosocial de las emociones: Una revisión y discusión de la investigación actual. Psico. 2008; 39(2): 139-151.

3. Chóliz Montañes M. Psicología de la emoción: el proceso emocional. [Internet].Valencia: Universidad de Valencia; 2005 [Acceso 27 de Agosto de 2016]. Disponible en: http://bit.ly/1t7Pu9c

4. Bisquerra Alzina R. Psicopedagogía de las emociones. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 2009.

5. Le Breton D. Por una antropología de las emociones. RELACES. 2012; 4(10): 69-79.

6. Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. Teol Vida. 2006; 47(4): 517-529.

7. Cano Arana A, González Gil T. Lectura crítica de estudios cualitativos. En: Cabello López JB (Ed.). Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015: 133-155.

8. Morse J, Richards L. Read me first for a user's guide to qualitative methods. 3ª ed. Londres: SAGE; 2002.

9. Heidegger M. Ser y tiempo. 2ª ed. Madrid: Trotta; 2009.

10. Walton JA. Phenomenology and nursing. In Madjar I (Ed.). Nursing and the experience of illness. Phenomenology in practice. New York: Arrangement; 2005: 1-17.

11. Dilthey W. Poetry and experience, selected works. 5 ed. Nueva Jersey: Pinceton University Press; 1985.

12. Pavan Baptista PC, Barbosa Merighi MA, Fernandes de Freitas G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de Enfermería. Cul Cuid. 2011; 15(29): 9-16.

13. Thomas SP. Through the lens of Merleau-Ponty: advancing the phenomenological approach to nursing research. Nurs Philos. 2005; 6(1): 63-76.

14. Mijangos Fuentesa KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería. Salud y Administración. 2014; 1(2): 17-22.

15. Moreno Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Salud Pública Méx. 2007; 49 (1): 63-70.

16. Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. Med Humanit. 2000; 26: 9-17.

17. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 450-454.

18. Contreras Hernandes J, Armaiz MG. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Investigaciones Sociales. 2007; 11(19): 387-392.

19. Arnaiz MG. Alimentación y cultura en España: una aproximación desde la antropología social. Physis: Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 20(2).

20. Amon D, Guareschi PA, Maldavsky D. La psicología social de la comida: una aproximación teórica y metodológica a la comida y las prácticas de la alimentación como secuencias narrativas. Subjetividad y procesos cognitivos. 2005; 7: 45-71.

21. Contreras J. Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1995.

22. Ortiz Moncada MR. Alimentación y Nutrición. Programa de formación a formadores en perspectiva de género y salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de la Salud de la Mujer. [Internet] 2006. [Acceso 10 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf

23. Prego Fraga AM. Trastornos alimentarios: un riesgo en la construcción social de la mujer en la actualidad. [Trabajo Fin de Grado]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2014.

24. Bullen ML, Pecharromán Ferrer B. Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. Zainak. 2005; (27): 179-186.

25. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.

26. Gómez del Barrio JA, Gaite Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barqueo JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la

Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. [Internet] 2012 [Acceso 27 de Diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf

27. Arrufat Nebot FJ. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina; 2006.

28. Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro J, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr. Hosp. 2012; 27 (2): 391-401.

29. Mercado Carmona C. Aplicación del análisis de género a los trastornos de la conducta alimentaria. [Internet] 2008 [Acceso 25 de Diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/231/540

30. Morales Pérez M, Schöngut Grollmus N. Feminidad y trastornos alimentarios: Articulaciones entre feminidad y transferencia en la clínica de los trastornos alimentarios. [Memoria Final Licenciatura]. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2008.

31. Grael Berna M, Baztarrica Jarauta R. Perspectiva de género y trastornos de la conducta alimentaria. En: Grau Touriño A, Martínez Fernández J, Perote Alejandre A, Sánchez Povedano M. Controversias sobre los trastornos alimentarios. Madrid: Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez- Cuétara; 2011: 61-71.

32. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebotr M, Cabeza F et al. Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Nutr. Hosp. 2006; 21:4-12.

33. Cruzat C, Aspillaga C, Torres M, Rodríguez M, Díaz M, Haemmerli C. Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen. Psykhe. 2010; 19(1): 3-17.

34. Hernández García MAA. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México. Episteme. 2006; (8-9).

35. Mendoza Jiménez JI, González Alcántara KE, Silval C. Autopercepción, ideal personal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes. Psicología y Salud. 2013; 23 (1): 63-73.

36. Velasco Ramos MI, Hernández Abarca NG, Herrero Buchanan M, Estrada Bernal M. Diagnóstico sobre la mujer en México a partir del ámbito de la salud. Trastornos de comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. [Internet] 2013 [Acceso 29 de Diciembre de 2015]. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/ET_2013/05_DSMMA.pdf

37. Gómez P. Anorexia nerviosa. La prevención en familia. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 1996.

38. Azpeitia M, Barral MJ, Díaz LE, González T, Moreno E, Yago T. Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos. 1ª ed. Barcelona: Icaria; 2001.

39. Hyde JS. Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana. 4ª ed. Madrid: Morata; 1995.

40. Raich Escursell RM. Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2011.

41. González Alcántara KE, Silval C. Ajuste al rol de género en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria. Psicol Salud. 2014: 24 (2): 175-185.

42. Esteban ML. Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. 2ª ed. Barcelona: Bellaterra; 2004.

43. Toro Alfonso J, Nieves Lugo K, Borrero Bracero N. Cuerpo y masculinidad. Los desórdenes alimentarios en hombres. Interam. J. Psychol. 2010; 44 (2): 225-234.

44. Wagner AF, Stefano EC, Cicero DC, Latner JD, Mond JM. Eating disorder features and quality of life: does the gender matter? Qual Life Res. 2016; 25:1-8.

45. Bruch H. La jaula dorada: el enigma de la Anorexia Nerviosa. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2001.

46. Escribano X. Fenomenología y antropología de la corporalidad en Bernhard Waldenfels. Ética&Política. 2011; 1:86-98.

47. Behar AR, De la Barrera CM, Michelotti CJ. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Méd Chile. 2000; 129(9): 1003-1011.

48. Behar R, De La Barrera CM, Michelotti CJ. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Méd. Chile. 2003; 131: 748-58.

49. Wollstonecraft M. La novela de Mary. 1ª ed. Valencia: Aranya; 2010.

50. Montero R. Historia de Mujeres. 3ª ed. Madrid: Santillana; 2004.

51. Amorós C, de Miguel A. Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. 1ª ed. Madrid: Minerva; 2005.

52. Martín Murcia FM. Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria. Consejo General de la Psicología de España. [Internet]. [Acceso 25 de Diciembre 2015]. Disponible en: http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf

53. Elosegui M, Glez Cortés MT, Gaudó C, Bel MA, Magallón C, Marcuello C et al. El rostro de la violencia. Más allá del dolor de las mujeres. Barcelona: Icaria; 2002.

54. Xolocotzi A, Gibu R. Fenomenología del cuerpo y hermenéutica de la corporalidad. 1ª ed. Madrid: Plaza y Valdés; 2014.

55. Ussher J. La psicología del cuerpo femenino. 1ª ed. Madrid: Arias Montano; 1991.

56. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2000; (30): 45-48.

57. Alvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R. Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev. Salud Pública. 2009; 11(4): 568-78.

58. Etcoff N, Orbach S, Scott J. La verdad acerca de la belleza. Resultados del Estudio Global de Dove sobre las Mujeres, la Belleza y el Bienestar. [Internet]. 2004 [Acceso 30 de Marzo de 2016]. Disponible en: http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ6790_Estudio%20Global%20de%20Dove.pdf

59. Plaza JF. Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del "anhelo de delgadez": un análisis con perspectiva de género. Icono 14. 2010; 8: 62-83.

60. Trujano P, Nava C, de Gracia M, Limón G, Alatriste AL, Merino MT. Trastorno de la imagen corporal: un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. Anales de Psicología. 2010; 26 (2): 279-287.

61. Baile Ayensa JI, González Díaz A, Ramírez Ortiz C, Suárez Andujo P. Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. Rev. Psicol Deport. 2011; 20(2): 353-366.

62. Kinasz K, Accurso EC, Kas AE, Le Grange D. Does sex matter in the clinical presentation of eating disorders in youth? J. Adolesc Health. 2016; 58(2): 410-416.

63. Rivarola MF. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis. 2003; 7(1): 141-161.

64. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud y la imagen corporal. APL. 2004; 22: 15-27.

65. Zaccagni L, Masotti S, Donati R, Mazzoni G, Gualdi-Russo E. Body image and weight perceptions in relation to actual measurements by means of a new index and level of physical activity in Italian university students. J. Transl. Med. 2014; 11: 12-42.

66. Maruf FA, Akinpelu AO, Nwankwo MJ. Perceived body image and weight: discrepancies and gender differences among University undergraduates. Afr .Health. Sci. 2012; 12(4): 464-72.

67. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima F. Relationship between perceived body weight and body mass index based on self- reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. BMC Public Health. 2010; 27: 10-40.

68. Khor GL, Zalilah MS, Phan YY, Ang M, Maznah B, Norimah AK. Perceptions of body image among Malaysian male and female adolescents. Singapore Med J. 2009; 50(3): 303-11.

69. Gila A, Castro J, Cesena J, Toro J. Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes and psychological traits. J. Adolescent. Health. 2005; 36: 221-226.

70. Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema. 2001; 13(3): 381-392.

71. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y

Consumo. Agència d' Avaluació de Tecnología i Recerca Mèdiques de Cataluña. 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

72. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2015-2017. Elsevier España. 2015.

73. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Health Sciences; 2013.

74. Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier Health Sciences; 2013.

75. Orkaizagirre Gómara A. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. Index Enferm. 2013; 22(3): 124-126.

76. Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., Feliu Baute, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enferm Global. 2009; 17: 1-9.

77. Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería. Manual de procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación Estratégica. 2010-2011. [Internet] [Acceso 23 de Abril 2016]. Disponible en: http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf

78. Alligood MR. Modelos y teorías en Enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.

79. Parker ME. Nursing Theories& Nursing practice. 2º ed. Philadelphia: F.A Davis Company; 2005.

80. Benner P. The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In Benner P. Interpretative phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness. 1ª ed. New Delhi: SAGE; 1994.

81. Burket RC, Schramm LL. Therapists' attitudes about treating patients with eating disorders. South Med J. 1995; 88: 813-8.

82. Kaplan AS, Garfinkel PE: Difficulties in treating patients with eating disorders: a review of patient and clinician variables. Can J Psychiatry 1999; 44: 665-670.

83. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Related Eating Disorders. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists; 2004.

84. Perea-Baena J.M. Bulimia nerviosa a través de la percepción del profesional. Index Enferm. 2007; 16(58): 39-41.

85. Cruzat Mandich CV, Haemmerli Delucchi CV, Escuchando a las Pacientes con Trastornos Alimentarios en Relación a su Tratamiento. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2009; 18(2): 135-141.

86. Marín A, Bedoya M. Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia. Iatreia. 2009; 22(3): 219-26.

87. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.

88. Cano Arana A, González Gil T, Palmar Santos A, Luengo González L. Diferentes aproximaciones de investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. Educare 21. 2008; 48.

89. Castillo Espitia E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Invest Educ Enferm. 2000; 18: 27-35.

90. Earle V. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. Nurs Philos. 2010; 11: 286-296.

91. Barbera N, Inciarte A, Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. Multiciencias. 2012; 12: 199-205.

92. Fernández Liria A, Diéguez Porres M. Guía para la atención a los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005.

93. Pujadas JJ. El método biográfico y los géneros de la memoria. Rev Antropol Soc. 2000; 9: 12-15.

94. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17(3): 613-9.

95. Mejía Navarrete J. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones Sociales. 2000; 5: 165-180.

96. Vargas Jiménez I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Revista CAES. 2012; 3(1): 119-139.

97. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. 2ª ed. Barcelona: Paidós; 1987.

98. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco. 2011; 18(52): 39-49.

99. Cornejo M, Mendoza F, Rojas R. La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. Psykhe. 2008; 17 (1): 29-39.

100. Vivar C, Orecilla E, Gomara L. *"Es más difícil":* experiencias de las enfermeras sobre el cuidado a pacientes con recidiva de cáncer. Enferm Clin. 2009; 19(6): 314-321.

101. Bettancourt L, Arena C. Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(6): 1381-8.

102. Abraham SF, von Lojewski A, Anderson G, Clarke S, Russel J. Feelings: what questions best discriminate women with and without eating disorders?. Eat Weight Disord. 2009; 14(1): 6-10.

103. Salinas Pérez V. Significación en el diagnóstico de esclerosis múltiple y experiencia ante el descubrimiento de la enfermedad [Tesis Doctoral]. Málaga. Universidad de Málaga, Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional; 2011.

104. Mieles Barrer M, Tonon G, Alvarado Salgado S. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Univ Humaníst. 2012; 74: 195-225.

105. Norlyk A, Harder I. What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. Qual Health Res. 2010; 20: 421-431.

106. Giorgi, A. Concerning the application of phenomenology to caring research. Scand J Caring Sci. 2000; 14: 11-15.

107. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Planning an IPA research study. In Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis. 1ª Ed. Londres: SAGE; 2009.

108. Palacios Vicario B, Sánchez Gómez MC, Gutiérrez García A. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa: Guías o checklists. Universidad de Valladolid. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación. [Internet] 2013 [Acceso 11 de Junio de 2016] Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3014

109. Tong, A, Sainsbury, P. & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19(6): 349-357.

110. Benavides Mayumi O, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Colomb Psiquiatr. 2005; 34(1): 118-124.

111. Oppermann M. Triangulation, a methodological discussion. Int J Tour Res. 2000; 2 (2): 141-146.

112. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: Una profesión a conocer. An Sist Sanit Navar. 2012; 35(2): 269-83.

113. Clark-Stone S. Understanding eating disorders. Nurs Times. 2003; 99(44): 20-23.

114. Paulson-Karlsson G, Nevonen L. Anorexia nervosa: treatment expectations - a qualitative study. J Multidiscip Healthc. 2012; 5: 169-177.

115. Zugai J, Stein-Parbury J, Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. J Clin Nurs. 2013; 22: 2020-2029.

116. Wright KM. Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. Int J Ment health Nurs. 2010; 19: 154-161.

117. Kirszman, D, Salgueiro, MC. La experiencia de sufrimiento en los trastornos alimentarios: hacia un modelo integrativo. RPPC. 2001; 6: 49-62.

118. Cruzat C, Aspillaga C, Behar R, Espejo C, Gana C. Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2013; 51(3): 175-183

119. National Collaborating Centre for Mental Health: Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Related Eating Disorders. London, British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists. [Internet] 2004 [Acceso 18 de Octubre de 2017] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346610

120. Sibeoni J, Orri M, Colin S, Valentin M, Pradère J, Revah-Levy A. The lived experience of Anorexia Nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents and professionals: a metasynthesis. Int J Nurs Stud. 2017; 65(1): 25-34.

121. Zugai J, Stein-Parbury J, Roche M. The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the impatient setting: a mixed-methods study. J Clin Nurs. 2017; 1-11.

122. Wright KM, Hacking S. An angel on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia nervosa and healthcare professionals. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012; 19: 107-115.

123. López Alonso SR. Implicación emocional en la práctica de la Enfermería. Cultura de los cuidados. 2000; 7: 172-180.

124. Salzmann-Erikson M, Dahlén J. Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. J Child Fam Stud. 2017; 26(1): 1-13.

125. Cruzat C, Díaz-Castrillón F, Kirszman D, Moncada L, Aspiliaga H, Behar R. Fases de la alianza terapéutica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2017; 26(2): 241-248.

126. Van Ommen J, Meerwijk EL, Kars M, Van Elburg A, Van Meijel B. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective. J Clin Nurs. 2009; 18(20): 2801-2808.

127. Offord A, Turner H, Cooper M. Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. Eur. Eat. Disorders Rev. 2006; 14: 377-387.

128. Reid M, Burr J, Williams S, Hammersley R. Eating disorders patients' views on their disorders and on an outpatients service: A qualitative study. J Health Psychol. 2008; 13(7): 956-960.

129. Gulliksen KS, Espeset EM, Nordbø RH, Skårderud F, Geller J, Holte A. Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. Int J Eat Disord. 2012; 13: 932-941.

130. Sánchez Hernández MJ. El proceso de salud/enfermedad, atención en el caso de los pacientes con Anorexia Nerviosa. En: Romaní O, Larrea C, Fernández J, coordinadores. Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. Serie XI. Congreso de Antropología de la FAAEE. Donostia; 2008: 183-197.

131. Beato Fernández L, Ramírez Espadas C, O' Ferrall González C, Rodríguez Cano T. Influence of parental rearing styles on attitude towards change in eating disorders. Rev Mex Trastor Aliment. 2016; 7: 56-63.

132. Patching J, Lawler J. Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: A life-history approach. Nurs Inq. 2009; 16: 10-21.

133. Khalsa SS, Portnoff LC, McCurdy-McKinnon D, Feusner JD. What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. J Eat Disord. 2017; 5:20.

134. Noordenbos G, Seubring A. Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. Eat Disord. 2006; 14: 41-54.

135. Musolino C, Warin M, Wade T, Gilchrist P. Developing shared understandings of recovery and care: a qualitative study of women with eating disorders who resist therapeutic care. J Eat Disord. 2016; 4: 16-26.

136. Berends T, van Meijel B, Nugteren W, Deen M, Danner UN, Hoek HW, et al. Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. BMC Psychiatry. 2016; 16(1): 316-323.

137. Fogarty S, Ramjan L. Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. J Eat Disord. 2016; 4:18-27.

138. Dovydaitiene M, Maslauskiene I. Illness perception and motivation to recover in eating disorders. Procedia Soc Behav Sci. 2013; 84: 1217-1220.

139. Hardman RK, Berrett M. Using experimential group therapy in the treatment of eating disorders. Eat Disord. 2015; 23(1): 89-97.

140. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E. et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Nutr Hosp. 2006; 21(1): 4-12.

141. Depestele L, Claes L, Dierckx E, Colman R, Schoevaerts K, Lemmens GMD. An Adjunctive Multi-family Group Intervention with or without Patient Participation during an Inpatient Treatment for Adolescents with an Eating Disorder: A Pilot Study. Eur Eat Disord Rev. 2017; 25(6): 570-578.

142. Torralbas Ortega J, Puntí Vidal J, Arias Núñez E, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J, Lorenzo Capilla A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la Anorexia Nerviosa. Enferm Clin. 2011; 21(6): 359-363.

143. Ruíz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Viladrich i Segués C, Halley Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Rev Mex Trastor Aliment. 2013; 9: 45-57.

144. Ruíz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, López-Aguilar X, Álvarez-Rayón GL. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Univ Psychol. 2010; 9: 447-55.

145. Betancourt M, Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Universitas Médica. 2007; 48(3): 261-276.

146. González Quiñones JC, Martínez Caro DC, Martínez Muñoz SG, Pinzón Ramírez JA. Relación entre Trastornos de la Conducta Alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). Carta Comunitaria. 2017; 25(143): 29-35.

147. Ruiz Prieto I. Señales de alarma para detector un trastorno de la conducta alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2017; 25: 2626-2636.

148. Callio C, Gustafsson SA. Living with a sibling who suffers from an eating disorder: a pilot interview study. J Multidiscip Healthc. 2016; 9: 615-622.

149. González Macías L, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Salud Mental. 2003; 26(3): 1-8.

150. Rutsztein G, Scappatura ML, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. Rev Mex Trastor Aliment. 2014; 5(1): 39-49.

151. Behar R. Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. Rev Mex Trastor Aliment. 2010; 1(2): 90-101.

152. Behar Rosa, Valdés C. Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2009; 47(3): 178-189.

153. Castillo Pachón B. La sociedad de consumo y los TCA. Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet] 2006 [Acceso 01 de Noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/la_sociedad_de_consumo_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria1.pdf

154. Labora González JJ. La evolución de la percepción social de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y de la imagen, de los trabajadores sociales y su influencia en la práctica profesional. Imagonautas. 2016; 8: 27-49.

155. Räisänen U, Hunt K. The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. BMJ Open. 2014; 4(4): 1-8.

156. Thapliyal P, Mitchinson D, Hay P. Insights into the Experiences of Treatment for An Eating Disorder in Men: A Qualitative Study of Autobiographies. Behav Sci. 2017; 7(38): 1-17.

157. Cruzat Mandich C, Díaz Castrillón F, Aylwin Navarro J, García Troncoso A, Behar Astudillo R, Arancibia Meza M. Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. Rev Mex Trastor Aliment. 2014; 5(2): 70-79.

158. Quiles Y, Terol MC, Marzo JC. Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios. Clínica y Salud. 2009; 20(2): 159-175.

159. Ibarra T, Siles J. Rol del Enfermo crónico, una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. Cult Cuidados. 2006; 10(20): 129-35.

160. Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J, Mayor Arias N, Patiño sarmiento C, Lozano Cortés L, Pérez Muñoz V. Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder. Rev Mex Trastor Aliment. 2017; 8: 72-81.

161. Pascual A, Etxebarria I, Cruz MS, Echeburúa E. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. Int J Clin Health Psychol. 2009; 11: 229-242.

162. Nunes AL, Vasconcelos F de A. Eating disorders in the view of teenage girls from Florianópolis, Santa Catarina State: a phenomenological approach. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15: 539-50.

163. Cibanal JML. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. Rev Esp Sanid Penit. 2007; 9(2): 09-13.

164. Paradath K, Busse D. Salud Mental basada en la evidencia: rol de Enfermería. Interpsiquis [Internet] 2001 [Acceso 07 de Noviembre de 2017]; 2. Disponible en: https://www.psiquiatria.com/pbe/salud-mental-basada-en-la-evidencia-el-rol-de-enfermeria/

165. Pi Ordóñez MT, Martorell i Giner N, Delgado Navarro L. Trabajo en equipo, trabajo en red. Un deseo ¿posible? Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y el adolescente. 2004; 37-38: 21:31.

- **Bibliografía de interés**

Beauvoir S. El segundo sexo. 3 ed. Madrid: Cátedra; 2005.

Foucault M. Historia de la sexualidad: La voluntad de saber. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2006.

Freire E. *C*uando comer es un infierno, confesiones de una bulímica. 1ª ed. Madrid: Punto de Lecctura; 2002.

Gómez del Barrio JA, García Gómez MC, Corral Collantes LP. Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia y trastorno por atracones. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.

Lacan J. "La tercera". Intervenciones y textos 2. 1ª ed. Buenos Aires: Manantial; 1988.

Raich RM. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 2011.

Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. 1ª ed. Barcelona: Ariel Ciencia; 1996.

Wolf N. El mito de la belleza. 4ª ed. Barcelona: Salamandra; 1992.

ANEXOS

15. ANEXOS

15.1 PAE: PERSONA QUE PADECE UN TCA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	RESULTADOS	CÓDIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
188	**Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.**	1209 1300 1302 1601	-Motivación. -Aceptación del estado de salud. -Afrontamiento de problemas. -Conducta de cumplimiento.	4470 4480 5270 6160	-Ayuda en la modificación de sí mismo. -Facilitar autorresponsabilidad. -Apoyo emocional. -Intervención en casos de crisis.	-Ayudar a que exprese sus sentimientos. -Animar a identificar sus puntos fuertes y capacidades. -Animar a ajustar el plan para fomentar el cambio de conducta.
78	**Gestión ineficaz de la salud.**	1601 1813	-Conducta de cumplimiento. -Conocimiento: régimen terapéutico.	4410 5602 5240 4420 5616 7140	-Establecimiento de objetivos comunes. -Enseñanza proceso de enfermedad. -Asesoramiento. -Acuerdo con el paciente. -Enseñanza medicamentos prescritos. -Apoyo a la Familia.	-Mantenerse cerca, dando apoyo. -Trabajar la conciencia de enfermedad. -Hacer reposo después de las comidas.
23	**Sobrepeso.**	1512 1008	-Control del peso. -Estado nutricional.	1260	-Manejo del peso.	-Ajustar la dieta al nivel de vida y actividad. -Administrar refuerzos.
232	**Obesidad.**			1280	-Ayuda a disminuir el peso.	-Identificar señales internas y externas asociadas al comer.
195	**Riesgo de desequilibrio electrolítico.**	0600	-Equilibrio -Hidroelectrolítico.	4120 4130 6680	-Control de líquidos. -Monitorización de líquidos. -Monitorización signos vitales.	-Mejorar ingesta hídrica. -Valorar los logros.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	RESULTADOS	CÓDIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
15	**Riesgo de estreñimiento.**	501	-Eliminación intestinal.	450 420 1160 1100	-Cuidados en el estreñimiento/impactación. -Irrigación intestinal. -Monitorización nutricional. -Cuidados de la nutrición.	-Identificar etiología. -Aumentar ingesta hídrica. -Dieta rica en fibra. -Actividad física. -Instruir sobre la relación entre la dieta, ejercicio e ingesta de líquidos.
198	**Trastorno del patrón de sueño.**	1850	-Sueño.	1850 5820	-Fomentar el sueño. -Disminuir la ansiedad.	-Higiene de sueño. -Ajustar el ambiente. -Controlar la administración y efecto de los estimulantes. -Regular horarios y ritmos.
120	**Baja autoestima situacional.**	1205	-Autoestima.	2570 5400	-Apoyo emocional. -Potenciación de la autoestima.	-Observar las frases del paciente sobre su propia valía animándolo a identificar sus cualidades. -Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoran su aspecto. -Ayudarlo a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. -Enseñar a cambiar autoafirmaciones. -Trabajar habilidades sociales.
119	**Baja autoestima crónica.**	1614	-Autonomía personal.	5230 4700 5110	-Fomentar la adaptación. -Reestructuración Cognitiva. -Potenciar la socialización.	

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	RESULTADOS	CÓDIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
146	**Ansiedad.**	1402	-Control de la ansiedad.	5820 6847 6160	-Disminución de la ansiedad. -Manejo ambiental: prevención de la violencia. -Intervención en caso de crisis.	- Realizar relajación y respiraciones. - Técnicas de control de impulsos. - Enfoque sereno que de seguridad y facilite la confianza para expresar sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los momentos que se relacionan con el atracón y planificar actividades que los eviten.
69	**Afrontamiento ineficaz.**	1405 1302	-Control de impulsos. -Afrontamiento de problemas.	5230 5820 4410 4354 5230 5250 5820	-Fomentar la adaptación. -Disminución de la ansiedad. -Establecimiento de objetivos comunes. -Manejo de la conducta: autolesión. -Fomentar la adaptación. -Apoyo en la toma de decisiones. -Disminución de la ansiedad.	-Técnicas de respiración y relajación. -Trabajar habilidades sociales. -Apoyo para que identifique los sentimientos de culpa y las situaciones que precipitan ansiedad. Así como búsqueda de motivaciones para ejercer un cambio en ciertos aspectos de la vida. -Técnicas de resolución de problemas.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	RESULTADOS	CÓDIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
248	**Riesgo de deterioro de la integridad tisular.**	1102	-Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	6550 3540 1650 1750	-Protección contra las infecciones -Prevención de UPP. -Cuidado de los ojos. -Cuidados perineales.	-Protecciones en zonas de roce. -Crema hidratante. -Curas si UPP.
140	**Riesgo de violencia autodirigida.**	1408 1406 1902	-Autocontención de suicidio. -Represión de automutilación. -Control de riesgo	6847 6650 4380 4920 5230 6847 5270 4640 4920 4420	-Manejo ambiental: prevención de la violencia. -Vigilancia -Establecer límites de conducta. -Escucha activa -Fomentar la adaptación. -Manejo ambiental: prevención de la violencia. -Apoyo emocional -Ayuda al control del enfado. -Escucha activa -Acuerdo con el paciente.	-Vigilancia y asesoramiento. -Medidas de protección y/o sujeción. -Inmovilización terapéutica.
118	**Trastorno de la imagen corporal**	**VER ANEXO 2**				

15.2 PAE: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

NOC	INDICADOR	NIC	ACTIVIDAD
1200 Imagen Corporal.	120001 Imagen interna de sí mismo. 120005 Satisfacción con el aspecto corporal.	5220 Potenciación de la imagen corporal. 5430 Grupo de Apoyo.	• Determinar el alcance de los cambios reales en el cuerpo. • Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. • Observar las percepciones sobre la imagen corporal, la forma y el peso.
1205 Autoestima.	120519 Sentimientos sobre su propia valía personal.	5400Potenciación de la autoestima.	•Realizar afirmaciones positivas, recompensando el progreso y plantear retos. •Identificar frases de autovalía, razones de autocrítica y culpa.
1305 Modificación psicosocial: cambio estilo de vida.	130511 Expresión de satisfacción con la reorganización de la vida.	5210Guía de anticipación. 5820 Asesoramiento	•Ayudar a identificar la posible aparición de crisis y los efectos en la vida. • Involucrar a la familia.
1302 Afrontamiento de problemas.	130201 Identifica patrones de superación eficaces. 130207 Modifica el estilo de vida cuando se le requiere.	5230 Aumentar el afrontamiento.	• Valorar la comprensión del proceso de enfermedad. • Evaluar la capacidad para la toma de decisiones. • Desarrollar relaciones. •Explorar éxitos anteriores.
1402 Autocontrol de la ansiedad.	140207 Utiliza técnicas de relajación. 140208 Refiere disminución de la duración del episodio.	5820 Disminución de la ansiedad.	• Instruir en técnicas de relajación. • Establecer actividades para reducir tensiones. • Ayudar a identificar precipitantes de ansiedad.

15.3 DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA

Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Código de protocolo del promotor: OE 11/2016
Versión/fecha del protocolo: 26 de Mayo de 2016
Hoja de información al paciente/sujeto, (versión/fecha): -

Título: "Análisis de la intervención de enfermería a personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria desde sus experiencias. Una visión con perspectiva de género"

Promotor: HUPA
Investigador principal: Dña. Miriam Alonso Maza. DUE. Sº Psiquiatría
Tipo de estudio: Otros estudios

El Comité Ético de Investigación Clínica del **Hospital Universitario Príncipe de Asturias** en su reunión del 26 de Julio de 2016 tras la respuesta a las aclaraciones solicitadas, considera que:

1. El estudio evaluado cumple los requisitos metodológicos y técnicos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
5. La hoja de información y el consentimiento informado son adecuados.
6. Se cumple el resto de los requisitos legales.

Emite un DICTAMEN FAVORABLE para la realización del estudio.

Lo que firmo en Alcalá de Henares, a 27 de Julio de 2016

Firmado
Hospital Universitario Príncipe de Asturias
SaludMadrid
C.E.I.C.
Doña Elvira Poves Martínez
Presidenta del CEI

Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Código de protocolo: OE 11/2016
Versión/fecha del protocolo (versión/fecha): 2.0, 14 de Noviembre 2017
Versión/fecha de la Hoja de Información al representante legal (versión/fecha): 2.0, 14 de Noviembre 2017
Título: "Análisis de los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria: experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva de género".

Promotor: Alumna programa doctorado UAH
Investigador Principal en el HUPA: Dña. Miriam Alonso Maza. Enfermería del HUPA
Tipo de estudio: Otros estudios

Modificación con código: 05/2017

El Comité de Ética de la Investigación del **Hospital Universitario Príncipe de Asturias** en su reunión del 28 de Noviembre de 2017, tras evaluación de la propuesta del promotor relativa al estudio especificado, y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Los aspectos metodológicos y éticos.
2. La competencia de los investigadores y los medios disponibles para llevar a cabo el estudio.
3. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación en relación con los beneficios esperados.
4. El proceso de selección de los sujetos participantes.
5. La Hoja de Información al participante y el Consentimiento Informado.
6. El cumplimiento del resto de los requisitos legales.

Se emite un DICTAMEN FAVORABLE para la modificación solicitada del estudio.

Lo que firmo en Alcalá de Henares, a 1 de Diciembre de 2017

Firmado:

Dr. Francisco José de Abajo Iglesias
Jefe de la Secretaría Técnica del CEIm

15.4 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del estudio: "Análisis de los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria: experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva de género".

Investigador Principal: Miriam Alonso Maza (Graduada Universitaria en Enfermería. Universidad de Cantabria. Doctorando en la Universidad de Alcalá de Henares).

Centro: Centros de Salud Mental "Francisco Díaz" y "Puerta de Madrid" (Alcalá de Henares).

INTRODUCCIÓN

El objeto de este documento es ampliar la información sobre el estudio de investigación para el que se requiere su colaboración. A través de su experiencia vivida se pretende analizar la intervención de Enfermería durante el proceso asistencial a personas que han padecido un TCA.

Entendemos que debe recibir la información concreta, correcta y suficiente para poder decidir si quiere o no participar en el estudio. Para ello le pedimos que lea la hoja informativa con atención, las dudas que le surjan serán aclaradas por nosotros.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria y puede decidir no participar o cambiar su decisión en cualquier momento, retirando su consentimiento, sin ninguna repercusión.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Los principales objetivos del estudio son:

Objetivo general:

- Analizar los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva de género.

Objetivos específicos:

- Analizar la vivencia de la persona diagnosticada de TCA sobre los cuidados holísticos recibidos.
- Estudiar la experiencia de las/los profesionales de Enfermería sobre los cuidados holísticos prestados.
- Identificar los factores predisponentes a padecer un TCA según las experiencias de pacientes y profesionales de Enfermería.
- Averiguar la relación de la familia con la percepción de enfermedad que tienen las/los pacientes y profesionales de Enfermería.
- Comparar las vivencias de profesionales y usuarias/os sobre los cuidados holísticos prestados a personas que padecen un TCA.
- Estudiar la influencia del género en los discursos de las/los usuarios y profesionales de Enfermería.
- Establecer líneas de mejora en los cuidados holísticos de Enfermería.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Para conseguir estos objetivos se ha planteado la realización de una entrevista con el investigador principal.

La duración de la entrevista será de unos 30-45 minutos en un lugar conveniente para ambos y que será acordado.

Para evitar que se pierda información y poder analizarla en profundidad, se solicita consentimiento para poder grabar la entrevista en formato audio. Este audio solo será utilizado con fines de la investigación y no será identificado con ningún dato personal suyo. La grabación será guardada en soporte informático con clave y solo el investigador principal podrá acceder a ella.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todas/os las personas colaboradoras se ajustará a los dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y su reglamento de desarrollo (RD 127/2007, 21 diciembre). El responsable de fichero es el Investigador Principal que velará para que el tratamiento de los datos cumpla con los principios básicos de la protección de datos de carácter personal, garantizando el ejercicio de los derechos acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y en ningún caso se relacionarán con usted.

Usted puede tener acceso a los resultados del estudio solicitándolo al Investigador Principal.

Si tiene alguna duda o desea más información sobre la investigación, no dude en ponerse en contacto con el investigador principal (Teléfono: 625136343).

Muchas gracias por su colaboración.

15.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Título del estudio: "Análisis de los cuidados holísticos de Enfermería a personas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria: experiencia de pacientes y profesionales de Enfermería, con perspectiva de género".

Investigador Principal: Miriam Alonso Maza

Centro: "Francisco Díaz" y "Puerta de Madrid" (Alcalá de Henares).

Yo ……..(Nombre y Apellidos del participante o su representante legal).

- He tenido una entrevista informativa con el Investigador Principal.
- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con……..(nombre del investigador/colaborador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio.

  1º Cuando quiera.

  2º Sin tener que dar explicaciones.

  3º Sin que tenga ninguna repercusión en mi tratamiento.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para la grabación de la entrevista en formato audio, según las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante	**Firma del investigador principal**
Fecha:	**Fecha:**