Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Unidad de Posgrado

Procesos psicológicos en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología, con mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Jesús Joel AIQUIPA TELLO

ASESOR

Dra. Ana Gloria DÍAZ ACOSTA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aiquipa, J. (2019). *Procesos psicológicos en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa*. Tesis para optar grado de Magíster en Psicología, con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código Orcid del autor:

https://orcid.org/0000-0002-1982-6908

Código Orcid de la asesora:

https://orcid.org/0000-0003-2720-0195

DNI del autor:

41634560

Grupo de investigación:

Ninguno

Institución que financia parcial o totalmente la investigación:

Ninguna

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y coordenadas geográficas:

Cieneguilla, Lima, Perú

Coordenadas: 12° 5′ 30″ S, 76° 46′ 30″ W

En decimal: -12.091667°, -76.775°

Año o rango de años que la investigación abarcó:

2 años

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

FACULTAD DE PSICOLOGÌA

Av. Germán Amezaga n.° 375–Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 9:30 horas del día viernes 6 de setiembre de 2019, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.° 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Juan Aníbal Meza Borja e integrado por:

Dr. Juan Aníbal Meza Borja	(Presidente)
Dra. Gloria Díaz Acosta	(Asesora)
Mg. Antonio Serpa Barrientos	(Miembro)
Dra. María Luisa Matalinares Calvet	(Informante)
Dra. Natalia Ramírez Saenz	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud del Bachiller **JESUS JOEL AIQUIPA TELLO** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada ***Procesos psicológicos en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa,*** con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el articulo 8.° del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

DIECIOCHO (18) - MUY BUENO

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 10.50 del 6 de setiembre de 2019.

.....

Dra. Juan Aníbal Meza Borja
Presidente

Dra. Gloria Díaz Acosta
Asesora

Mg. Antonio Serpa Barrientos
Miembro

Dra. María Luisa Matalinares Calvet
Informante

Dra. Natalia Ramírez Saenz
Informante

DEDICATORIA

A mi familia, por todo su apoyo, comprensión y paciencia.

AGRADECIMIENTOS

A la Institución Vida Mujer, fundada y dirigida por la psicóloga Nelly María Canción Suárez, por brindarme la confianza y el apoyo en el presente estudio.

A la Dra. Gloria Díaz Acosta, por su denodada asesoría en la realización de esta investigación.

A las mujeres participantes del estudio, por compartir sus experiencias.

ÍNDICE

RESUMEN…….. IX
ABSTRACT……. X

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática…….. 9
1.2. Formulación del problema……. 12
1.3. Justificación teórica…… 13
1.4. Justificación práctica…….. 14
1.5. Objetivos…….. 15

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Constructivismo como marco epistemológico de la investigación…….. 17
2.2. Antecedentes de investigación…… 19
2.3. Bases teóricas…… 27
2.3.1. Modelos constructivistas en Psicología Clínica y Psicoterapia……..... 27
2.3.1.1. Teoría de los constructos personales……... 27
2.3.1.2. Teorías subjetivas……. 29
2.3.1.3. Teoría del proceso de cambio humano…… 31
2.3.1.4. El modelo epigenético de Neimeyer……. 33
2.3.1.5. Modelo constructivista en terapia cognitivo-conductual…… 35
2.3.2. Conceptualización de los trastornos mentales desde la perspectiva constructivista…..…… 37
2.3.3. Aproximaciones y perspectivas psicológicas sobre el significado y atribución de significado…….. 40
2.3.4. Trastornos de conducta alimentaria…… 47
2.3.4.1. Criterios diagnósticos de los TCA……. 48

2.3.4.1.1. Anorexia Nerviosa…… 49
2.3.4.1.2. Bulimia Nerviosa…… 52
2.3.4.2. Características físicas y psicológicas en pacientes con TCA…….. 54
2.3.4.3. Factores de riesgo para el inicio y/o mantenimiento del TCA……. 57
2.3.4.4. Modelos teóricos de los TCA……. 60
2.3.4.4.1. Modelo cognitivo para la bulimia nerviosa…… 61
2.3.4.4.2. Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal de la anorexia nerviosa…… 62
2.3.4.4.3. Modelo de doble vía para la bulimia nerviosa……. 63
2.3.4.4.4. Modelo de evitación emocional en anorexia nerviosa……. 64
2.3.4.4.5. Modelo transdiagnóstico para trastornos de la conducta alimentaria……. 65

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1. Enfoque y diseño de investigación…….. 68
3.2. Participantes…… 69
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos…… 72
3.4. Emplazamiento del trabajo de campo……. 74
3.5. Procedimiento de inmersión en el campo…….. 75
3.6. Procesamiento de datos…… 78
3.7. Criterios de calidad…… 80
3.8. Aspecto éticos…… 81

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1. Análisis textual exploratorio…….. 83
4.1.1. Palabras más frecuentes usadas por los participantes……. 83
4.1.2. Análisis de conglomerados en los nodos (categorías)…… 84
4.1.3. Categorías finales del proceso de análisis…….. 85
4.2. Análisis interpretativo……. 87

4.2.1. Proceso interpretativo-constructivo en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria..……. 87
4.2.2. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para la reducción del peso…….. 89
4.2.3. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia de control de sí misma y del entorno social……. 92
4.2.4. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener afecto, reconocimiento y aprobación social……. 95
4.2.5. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para fomentar el logro personal y autoestima..…… 100
4.2.6. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener cuidados de la familia..……..... 102
4.2.7. Diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según edad……..……... 105
4.2.8. Diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según tipo de TCA……..…… 106

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS…… 108

CONCLUSIONES…….…. 118

RECOMENDACIONES……..…… 120

REFERENCIAS…….. 122

ANEXOS……. 137
Anexo 1. Guía de entrevista individual……... 138
Anexo 2. Guía de entrevista grupo focal…… 139
Anexo 3. Actividad grupal: carta al TCA (AN y BN)…… 141
Anexo 4. Consentimiento informado de participación en el estudio… 142
Anexo 5. Consentimiento de grabación de audio y/o video……. 143

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes…….. 71
Tabla 2. Categorías finales del proceso de análisis…….. 86
Tabla 3. Diferencias en los significados atribuidos al TCA según la edad……...…….. 106
Tabla 4. Diferencias en los significados atribuidos al TCA según tipo de desorden……..… 107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marca de nube de palabras con significado para las participantes. Diseño propio. ……..... 84
Figura 2. Análisis de nodos conglomerados por similitud de palabras. Diseño propio…….. 85
Figura 3. Proceso interpretativo-constructivo en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria…..…… 88
Figura 4. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para la reducción del peso…..... 91
Figura 5. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia de control de sí misma y del entorno social……. 93
Figura 6. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener afecto, reconocimiento y aprobación social…… 96
Figura 7. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para fomentar el logro personal y autoestima……. 101
Figura 8. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener cuidados de la familia……. 103

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un grupo de desórdenes psicológicos que generan un impacto físico, psicológico, económico y social no solo en la persona que la padece sino también en sus familiares y en la sociedad en general. El objetivo del siguiente estudio es explicar los procesos psicológicos implicados en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima Metropolitana. Para ello, se realizó una investigación empírica con metodología cualitativa, desde una perspectiva constructivista, usando el diseño o tradición de la teoría fundamentada. Las participantes fueron 16 mujeres diagnosticadas con trastorno de conducta alimentaria según criterios del manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10 (OMS, 1992). Las técnicas de recolección de datos empeladas fueron la entrevista individual, grupo focal y documentos personales, recabándose así 33 recursos o textos entre trascripciones de entrevistas y cartas. El procesamiento de información se realizó siguiendo las estrategias sugeridas por el método de la teoría fundamentada, con apoyo del programa Nvivo 10. Los resultados sugieren que la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria se realiza a través de procesos psicológicos interpretativos constructivos, donde las participantes asumen un rol activo y son motivadas por sus proyectos personales o intencionales. Asimismo, el trastorno de conducta alimentaria significa para las participantes estrategias, medios o planes de acción implementadas en el trascurso de sus experiencias de vida que le permiten adaptarse a su contexto personal y social. Los hallazgos constituyen un aporte para la comprensión del problema pues se proponen modelos teóricos sustentados en los datos. A la vez, este aporte representa evidencia empírica para la implementación de estrategias psicoterapéuticas pues enfatiza el rol activo y constructivo de la persona en el marco de su contexto personal y social.

Palabras clave: Trastorno de conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atribución de significados, constructivismo.

ABSTRACT

The Eating Disorders constitute a group of psychological disorders that generate a physical, psychological, economic and social impact not only in the person who suffers but also in their families and in society in general. The objective of the following study is to explain the psychological processes involved in the attribution of meanings to the eating behavior disorder in women diagnosed with anorexia and bulimia nervosa users of a private clinic in the city of Metropolitan Lima. To do this, an empirical research was carried out with qualitative methodology, from a constructivist perspective, using the design or tradition of grounded theory. The participants were 16 women diagnosed with eating disorder according to criteria of the manual International Classification of Diseases, ICD-10 (WHO, 1992). The data collection techniques used were the individual interview, focus group and personal documents, collecting 33 resources or texts between transcripts of interviews and letters. The information processing was carried out following the strategies suggested by the grounded theory method, with the support of the Nvivo 10 program. The results suggest that the attribution of meanings to eating behavior disorder is carried out through constructive interpretative psychological processes, where Participants assume an active role and are motivated by their personal or intentional projects. Likewise, the eating behavior disorder means for the participants strategies, means or action plans implemented in the course of their life experiences that allow them to adapt to their personal and social context. The findings constitute a contribution to the understanding of the problem, since theoretical models based on the data are proposed. At the same time, this contribution represents empirical evidence for the implementation of psychotherapeutic strategies because it emphasizes the active and constructive role of the person in the context of their personal and social context.

Key words: Eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, attribution of meanings, constructivism.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación problemática

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (en adelante TCA), particularmente la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), son desórdenes que no tienen una etiología única y definida. Su desarrollo se produce más bien por la convergencia e interacción de múltiples factores. En consecuencia, su estudio involucra aspectos biológicos y neuroquímicos (p. e., alteraciones de funciones metabólicas), psicológicos (p. e., distorsión perceptiva de la imagen corporal y miedo a comer) y socioculturales (p. e., presión social por la delgadez).

En ese sentido, los efectos de los TCA se traducen en secuelas físicas y sociales sustanciales a largo plazo en las personas que la padecen, de las cuales la recuperación es difícil. Las incapacidades que produce este desorden en el tiempo incluyen efectos negativos sobre la fertilidad, las relaciones interpersonales, la crianza de los hijos e incluso el empleo. Asimismo, el impacto del trastorno alimentario también involucra a la familia de la paciente, pues los miembros de la familia a menudo no saben cómo ayudar y ofrecer apoyo a su familiar afectado.

Por otra parte, también se ha reportado el impacto económico de los TCA (Beat, 2015), encontrándose que estos desórdenes representan un costo financiero directo para los enfermos y cuidadores, como son el pago por el

tratamiento, los costos de viaje asociados con tales tratamientos y cualquier otro costo incurrido como resultado de un TCA. El costo económico indirecto implica la interrupción del trabajo y educación tanto para los pacientes como sus cuidadores, pues representan una pérdida de ingresos. Todo esto representa a su vez un impacto significativo en el bienestar y calidad de vida de los implicados.

Asimismo, es importante señalar que los TCA constituyen uno de los trastornos psicológicos con mayor tasa de mortalidad cuando no son tratados a tiempo (Friederich, Wu, Simon & Herzog, 2013; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2013), siendo la mortalidad en AN más alta que en los demás TCA (Fichter & Quadflieg, 2016). Posiblemente esta situación se deba a que es un trastorno donde la sintomatología implica la conducta de ingesta de alimentos y todos los procesos fisiológicos relacionados, cuya alteración tiene un efecto crítico en los sistemas vitales de la persona.

De esta forma, el proceso de desarrollo de los TCA, configuran un curso influido por muchos factores, desde aquellos que facilitan su instalación en la paciente hasta los que favorecen su mantenimiento. Sin embargo, en este punto, hay que señalar que quien padece de ese trastorno es un ser humano que constantemente interpreta su realidad, en este caso su desorden, y ese conjunto de significados que le confiere a la manifestación del desorden en su corporalidad y psiquismo, pueden constituir en sí elementos que influyen en su proceso de mejoría o deterioro. Se puede decir entonces que la subjetividad de la persona con TCA y los significados manifiestos o implícitos atribuidos a su problema, es un factor que acompaña el proceso.

En este sentido, se considera que el desarrollo de un TCA está mediatizado por los significados que la persona atribuye a sus conductas, reacciones de su entorno, alimentos, objetos relacionados con la comida, actividad física, sus propias elaboraciones cognitivas y afectivas, entre otros fenómenos. En este punto, es necesario recalcar que se concibe los procesos de atribución de significados no en su concepción de explicación causal, sino enfocado en su sentido más amplio, desde una perspectiva constructivista, que implica

conferir significados a los eventos, comportamientos, situaciones o cualquier fenómeno interno y externo que tiene un correlato cognitivo, intencional, valorativo y emocional para la persona. Por tanto, se considera a las participantes del estudio sujetos activos que van construyendo significados con relación a los TCA a través de procesos interpretativos.

Respecto a la prevalencia de los TCA, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) reporta que a los 12 meses, la prevalencia de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4 %, mientras que la Bulimia Nerviosa (BN) es de 1 a 1,5 %, siendo su prevalencia puntual mayor entre los adultos jóvenes, puesto que la BN tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. En ambos casos, la proporción entre mujeres y varones para estos desordenes son aproximadamente de 10 a 1, lo cual indica que es en la población de mujeres donde se da con mayor frecuencia estos desórdenes y es en esa población donde hay que priorizar los estudios.

A fin de contextualizar el tema de estudio, es importante señalar que en los sistemas actuales de clasificación de desórdenes mentales usados por la mayoría de los establecimientos de salud a nivel mundial, la entidad de un trastorno psicológico está determinado básicamente por los síntomas o características clínicas físicas, cognitivas, emocionales, comportamentales y sociales que lo distinguen de otros trastornos. En ese sentido, en el presente estudio, se usará tanto el término *síntomas del TCA*, *conductas del TCA* o *características del TCA* para referirse al trastorno en sí. En otras palabras, se usará indistintamente los términos mencionados para referirnos al TCA.

1.2. Formulación del problema

Pregunta General

¿Cómo atribuyen significados al trastorno de conducta alimentaria mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima?

Preguntas específicas

¿Qué significados atribuyen al trastorno de conducta alimentaria mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima?

¿Qué variables están implicadas en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima?

¿Cuáles son las diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según el grupo etario en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima?

¿Cuáles son las diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según el tipo de trastorno alimenticio en las participantes del estudio?

1.3. Justificación teórica

Si bien en el contexto nacional son pocos los casos clínicos de TCA reportados en los establecimientos de salud, los casos de conductas alimentarias de riesgo parecen ser más frecuentes. Esta situación puede asumirse como una oportunidad para investigar prematuramente estos desórdenes. De esta forma, en el futuro se dispondrá de un cúmulo de evidencia empírica que permita entender, entre otros aspectos, la naturaleza e impacto de los TCA en los individuos que la padecen y en su entorno social.

Por otro lado, los procesos psicológicos que inciden para que una persona con conductas de riesgo alimentarias desarrolle un TCA aún es poco reportado en la literatura especializada. Si bien los estudios reportan la incidencia de factores que pudieran influir en el desarrollo del cuadro patológico completo, muchos de estos aportes son descriptivos. A pesar del valor de dichas contribuciones, se cree pertinente indagar también aquellos procesos psicológicos en la atribución de significados que posiblemente cumplan un papel importante para que un caso de conducta de riesgo derive en un trastorno diagnosticado, con todos sus síntomas característicos.

Investigar los procesos psicológicos en la atribución de significados a los TCA implica indagar, entre otros aspectos, dimensiones interpretativas, cognitivas, valorativas, comportamentales, motivacionales y contextuales. En este sentido, el estudio aportará información sobre las complejas y dinámicas interacciones de variables que conforman las dimensiones señaladas. Así, por ejemplo, es importante conocer el papel que tienen los proyectos personales del individuo y las características del contexto social en el proceso de construcción y asignación de significados en relación al trastorno.

En congruencia con lo expuesto, y tomando en cuenta la complejidad de los TC y el carácter subjetivo de sus manifestaciones psicológicas, se requieren alternativas de investigación que permitan comprender dicho trastorno desde la perspectiva de la persona que la padece. Por tanto, es pertinente e importante realizar investigaciones cualitativas que permitan conocer de

manera profunda los procesos psicológicos implicados en el desarrollo de los TCA desde la subjetividad de las mujeres afectas. Como refieren Bezance & Holliday (2013), los métodos cualitativos son pertinentes para comprender los procesos subyacentes y significados de las experiencias vividas por los participantes, aspectos que no pueden ser representado adecuadamente por números.

Por cuanto se señala, los resultados del siguiente estudio incrementarán el cuerpo de conocimientos respeto a los trastornos de conducta alimentaria en general, y de forma específica, aporta evidencia sobre la dimensión cognitiva, de contenido y significados que las personas afectas de TCA le atribuyen al problema, pudiendo actuar estos procesos psicológicos de asignación de significados como potenciales factores de riesgo para la cronicidad del trastorno. El estudio aporta así modelos teóricos fundamentados en los datos respecto a los procesos psicológicos en la atribución de significados a los TCA.

1.4. Justificación práctica

A partir de los hallazgos del presente estudio, se puede implementar estrategias y técnicas psicoterapéuticas no impositivas y más bien compasivas, que respondan al contexto personal y social específico de las usuarias, que conciba a la persona como un ser activo y dinámico en sus proceso de recuperación. Esta forma de abordar posiblemente promueva mayor adherencia al tratamiento, pues la paciente se sentirá escuchada, comprendida, no juzgada y validada. A partir de ello, puede aumentar también la probabilidad de generar cambios importantes y continuos en los patrones cognitivos y conductuales disfuncionales.

Los hallazgos del estudio pueden utilizarse también en la elaboración de planes de prevención en poblaciones vulnerables para los TCA. Al identificar y explicar los procesos psicológicos de asignación de significados a los TCA puede detectarse tempranamente el valor que mujeres niñas y adolescentes

le confieren al cuerpo, imagen corporal o los alimentos, grupo de pares o comentarios del entorno social, por mencionar solo algunos aspectos implicados en estos desórdenes. Posteriormente, pueden implementarse sesiones psicoeducativas en formatos grupales para evaluar y potencialmente deconstruir significados disfuncionales asociados a algunos de los aspectos señalados.

Asimismo, la información que aporta el siguiente trabajo constituye una base de datos cualitativos que puede ser utilizado para futuros estudios empíricos, instrumentales y/o aplicativos. Por ejemplo, a partir de los testimonios de las participantes, eventualmente se puede desarrollar algún tipo de instrumento psicológico para evaluar una dimensión particular de los TCA.

1.5. Objetivos

Objetivo General

Explicar los procesos psicológicos implicados en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima.

Objetivos específicos

Identificar los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima.

Determinar las variables implicadas en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa usuarias de una clínica privada en la ciudad de Lima.

Establecer las diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según el grupo etario en las participantes del estudio.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Constructivismo como marco epistemológico de la investigación

En concordancia con Flick (2004), al parecer el constructivismo no ha sido ni será un programa unificado, un enfoque epistemológico sin discrepancias o un pensamiento hegemónico. Más bien pueden identificarse diversas vertientes en su interior. Sí se puede identificar que uno de los puntos de acuerdo entre las diversas vertientes es que los enfoques constructivistas examinan la relación con la realidad al abordar los procesos constructivos al interactuar con ella. En este punto, es importante considerar también que el constructivismo ganó su nombre por su énfasis en los actos de construcción, lo cual implica interpretación, creación y organización (Mahoney, 2003).

Para efectos del presente trabajo, se selecciona algunos argumentos sobre el constructivismo que, a juicio del autor de la tesis, se consideran pertinentes y fundamentales para dar sustento a los procesos psicológicos en la atribución de significados a los TCA por parte de un grupo de personas con tales desórdenes.

Para Schütz (1962), el conocimiento que tiene el ser humano del mundo, tanto el conocimiento cotidiano como el científico, implica la elaboración de constructos, entendido como un conjunto de abstracciones, generalizaciones,

formalizaciones e idealizaciones de los eventos con el que interactúa la persona. Refiere también que cada forma de conocimiento se construye mediante procesos de selección y estructuración. El autor enfatiza que la formación del conocimiento del mundo no es una simple representación de los eventos, más bien los contenidos se construyen en un proceso de producción activa.

Glasersfeld (1995) asume una posición más radical y afirma que lo que se denomina conocimiento no es una simple representación de un mundo que existe allá afuera. Por el contrario, el conocimiento es producto de la forma en que cada persona organiza su mundo experiencial. El autor no niega la existencia de una realidad externa, sino que afirma que el conocimiento humano es una construcción humana. En ese sentido, para Glasersfeld, el constructivismo rechaza la afirmación de que la cognición es verdadera porque refleja la realidad; no necesita serlo, pues solo requiere que el conocimiento sea viable, en el sentido de que debe encajar en el mundo experiencial de la persona y le sirva para encontrar sentido a su vida y actuar en el mundo.

Gergen (1994) afirma que los conceptos por los cuales el ser humano explica su existencia y la del mundo son productos de intercambios sociales, situados en un marco histórico y cultural determinado. Así, son estos referentes los que dan sentido a los significados y no tanto su correspondencia con una realidad objetiva. Asimismo, refiere el autor que es por medio del lenguaje que se hace posible el intercambio de conceptos y la significación de la realidad.

Tomando como referencia estas propuestas, Flick (2004) plantea que el acceso que tiene el ser humano al mundo de la experiencia, el entorno natural y social y las experiencias y actividades que contiene, son posibles por medio de los conceptos construidos por el sujeto que percibe y el conocimiento derivado de estos. Posteriormente, estos constructos son usados para interpretar experiencias o para entender y atribuir significados a los eventos individuales o contextuales.

Con un enfoque más psicológico, Mahoney (2003) señala que a pesar de las diferencias existentes en la diversidad de interés y énfasis por parte de los teóricos constructivistas, hay algunos puntos compartidos que los hace merecedor de la categoría constructivistas. Señala que son cinco los temas esenciales del constructivismo: 1) La experiencia humana implica organización activa continua; 2) La mayor parte de la actividad humana está dedicada a los procesos de ordenamiento, los cuales son la esencia de la creación de significado; 3) La organización de la actividad personal es autorreferente, lo que hace del cuerpo un punto de partida para experimentar y alentar un profundo sentido fenomenológico de identidad o identidad personal, 4) Las capacidades autoorganizativas y las creaciones de significado son influidas por procesos sociales, mediadas por el lenguaje y otros sistemas de símbolos; y 5) La vida humana presenta un desarrollo dialéctico dinámico, donde hay una interacción constante entre episodios de organización, desorganización y reorganización de significados, actividades y relacione sociales.

2.2. Antecedentes de investigación

El estudio de los TCA a través de la perspectiva de las pacientes ha facilitado el conocimiento de pensamientos, emociones, valores, motivaciones y conductas respecto al desorden. También permitió la identificación de aquellos factores que son relevantes para ellas, tanto para el desarrollo del trastorno como para el tratamiento del mismo.

Así por ejemplo, Cruzat et al. (2010) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir y relacionar las perspectivas, vivencias y teorías subjetivas respecto al TCA en jóvenes chilenas con ese trastorno. Para ello utilizaron una metodología cualitativa, con un diseño exploratorio y descriptivo, realizando 8 entrevistas en profundidad. Los resultados hallados revelaron que el TCA generaría tanto experiencias negativas como positivas. Las primeras aludirían a sentimientos de desesperanza, ánimo depresivo y oscilación entre obsesión y perfeccionismo e inestabilidad y descontrol. Las vivencias positivas aludirían

a la regulación emocional y a percibirse más atractivas y valoradas. Otro de los resultados importantes hallados en este estudio indica que la autoestima tiene un rol central en el trastorno, tanto en su inicio como en su resolución. La enfermedad en sí y la investidura positiva que dan a la belleza y a la delgadez serían mecanismos para reforzar su autoestima.

Higbed & Fox (2010) realizaron un estudio cualitativo con trece participantes que se encontraban en tratamiento para AN a fin de comprender sus perspectivas sobre el trastorno. Emplearon entrevistas individuales y los datos obtenidos se analizaron utilizando una metodología de teoría fundamentada. Los resultados sugerían que las participantes entendieron que AN tenía un significado en el contexto de sus vidas, cumplían una función. El estudio también reporta que muchas de las participantes sostuvieron los conceptos duales de AN como parte de sí mismos lo cual influiría en su actitud reacia para "renunciar" al trastorno. Los autores consideran que sus hallazgos ofrecen aspectos cruciales que deben considerarse para una base firme de compromiso terapéutico, así como para desarrollar una formulación psicológica clara del problema.

Williams & Reid (2010) realizaron un estudio a fin de explorar las experiencias y comprensiones sobre AN en personas con ese desorden que usan sitios web pro anorexia y que querían mantener la AN. También se propusieron determinar cómo sus actitudes favorables hacia el trastorno podían afectar el mantenimiento, la recuperación y el tratamiento. Los datos de las 13 mujeres y un varón se recopilaron en línea mediante grupo focal y entrevistas individuales virtuales y se analizaron mediante análisis fenomenológico interpretativo. Los participantes expresaron cómo su AN representa una herramienta multifuncional, ya sea para sentirse en control, lograr algo y/o una forma de afrontamiento. Al mismo tiempo, la AN les genera implicaciones negativas en la salud, vida y personas significativas, precipitando sentimientos de pérdida de control. En ese sentido, los participantes se perciben atrapados en la ambivalencia acerca de si su anorexia juega un papel positivo o negativo y si desean continuar con su comportamiento o recuperarse.

El estudio de Jenkins & Ogden (2012) tuvo como objetivo explorar las explorar las percepciones de las mujeres sobre su recuperación y qué significa para ellas dicha recuperación. Para ello, se realizaron entrevistas telefónicas semiestructuradas a quince mujeres diagnosticadas con AN que se definieron como recuperadas o en proceso de recuperación. Los resultados hallados implicaron descripciones del proceso de recuperación de la AN en cuatro etapas: ser anoréxico, insatisfacción con el tratamiento, proceso de cambio y recuperación. Atravesar dichas etapas constituyó para ellas una serie de dicotomías, principalmente una dicotomía entre la mente y el cuerpo, el lado racional e irracional, las cogniciones y el comportamiento, y cómo estas dicotomías se ven exacerbadas por la terapia, que se enfoca en uno y no en ambos aspectos de la brecha. De esta forma, según los autores, para apoyar a las personas en este proceso de recuperación, el terapeuta debe abordar las cogniciones del paciente y discutir los mecanismos alternativos de afrontamiento después de que se haya abordado el comportamiento anoréxico.

Norbo et al. (2012) realizaron un estudio a fin de explorar de forma sistemática las interferencias con el deseo de recuperarse que tienen 36 mujeres con AN. A través de un metodología cualitativa, los autores encontraron siete obstáculos principales para el proceso de recuperación: 1) percepción de juicios; 2) sentirse atrapada; 3) sentirse angustiada; 4) negar la AN; 5) comer; 6) ganar peso; y 7) apreciar los beneficios. Es importante señalar que los temas sentirse atrapada y apreciar los beneficios fueron los obstáculos más recurrentes por las participantes. Los autores consideran que deben discutirse estos temas en terapia a fin de optimizar el deseo de recuperarse y facilitar la motivación intrínseca de las pacientes para el cambio.

Paulson-Karlsson & Nevonen (2012) examinaron las expectativas de 15 mujeres con AN mientras estaban en lista de espera para recibir tratamiento en una unidad especializada en trastornos de la alimentación. A través de entrevistas individuales y análisis de contenido, los resultados revelaron que las expectativas de las pacientes eran multifacéticas y sus motivaciones reflejan una actitud favorable hacia el tratamiento y su recuperación.

Asimismo, dichas expectativas aludían a los aspectos del tratamiento, el contenido del mismo y los profesionales y enfoque de tratamiento. Concluyen los autores refiriendo que es esencial que se aborden continuamente las motivaciones de las pacientes en el proceso terapéutico, de tal modo que pueda comprenderse los motivos personales que impulsan sus expectativas y sus deseos de recuperación.

Gorse, Nordon, Rouillon, Pham-Scottez, & Revah-Levy (2013) realizaron un estudio para identificar los motivos de las solicitudes de atención hospitalaria que realizaron pacientes con AN, desde su propio punto de vista. Para ello realizaron un análisis cualitativo de documentos personales, en este caso, cartas de solitud de 63 mujeres mayores de 18 años con AN. Encontraron como temas principales percepción de la pérdida de control de los síntomas, intensidad de la angustia y conciencia de la ambivalencia. El estudio también sugiere que los pacientes solicitan tratamiento cuando los procesos iniciales de refuerzo positivo y mantenimiento ya no son efectivos.

Cruzat et al. (2014) elaboraron un estudio con 15 pacientes diagnosticadas con TCA y detectaron diferencias en la percepción de pacientes anoréxicas versus bulímicas en las categorías como noción de enfermedad (recepción del diagnóstico), significados asociados a los alimentos (experiencia traumática versus placentera), concepción de la corporalidad (ideal delgado de belleza corporal y cuerpo disociado del sí mismo) y autoimagen (insatisfacción corporal relacionada con alexitimia, falta de asertividad, perfeccionismo e impulsividad). Asimismo, si bien las pacientes con anorexia y bulimia nerviosa transitan a menudo desde un diagnóstico a otro, encontraron en sus relatos ciertas distinciones relacionadas con los parámetros nucleares de los TCA.

Fox & Diab (2015) utilizaron entrevistas individuales para explorar las experiencias percibidas de seis pacientes con AN crónica que seguían un tratamiento hospitalizado. Entre otros aspectos, los resultados sugirieron que para las participantes, la AN era una forma efectiva de enfrentar sentimientos y experiencias adversas, cumplía un papel protector pues les brindaba el

control de sus vidas y aumentaba su confianza al hacer algo en el que se sentían exitosos, como perder peso cuando otros no podían. Para los autores, los hallazgos resaltaron cómo el yo se entrelaza con la AN y, por lo tanto, hace que perciban difícil una vida sin AN crónica.

Subiabre et al. (2015) elaboraron una investigación cuyo objetivo fue describir los significados experienciales construidos por niños y adolescentes anoréxicos en torno a su proceso de hospitalización. Para ello, usaron una metodología cualitativa y entrevistaron a 6 pacientes. Encontraron que la hospitalización en AN es un recurso terapéutico positivo en determinados casos. Además, el proceso de mejoría se facilitó estableciendo diálogos constructivos mediante el reconocimiento de las necesidades afectivas particulares de cada paciente y la flexibilidad de la institución para ofrecerle herramientas de acuerdo a su vivenciar, enfatizando la relevancia de la alianza terapéutica.

Conti (2016) realiza un estudio en el que buscó escuchar y reconocer cómo las propias mujeres atribuyeron significado y narraron sus experiencias de la llamada anorexia nerviosa durante 10 años. Mediante una metodología sustentada en el enfoque narrativo, encontró que las participantes del estudio (n=9) tuvieron un papel activo en rechazar, adaptar, adoptar, construir y reconstruir sus identidades durante el proceso en la que fueron categorizadas con anorexia nerviosa.

Mulkerrin, Bamford & Serpell (2016) exploraron cómo los valores personales se ajustan a la AN. Para ello, utilizaron un diseño de investigación cualitativa y realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas a ocho pacientes con AN. Posterior al análisis fenomenológico interpretativo de los datos, encontraron que las participantes experimentan la AN como una manifestación o símbolo de algunos de sus valores fundamentales, como el autocontrol, la disciplina, el trabajo arduo, el logro y la fuerza de voluntad. En ese sentido, al parecer, las participantes identificaron una serie de formas en que la AN, con sus comportamientos y síntomas asociados, se experimentan como congruentes con sus valores personales.

Smethurst & Kuss (2016) exploraron la construcción de la recuperación de la anorexia nerviosa a través de weblogs, centrándose en los beneficios y las barreras para el proceso de recuperación. Para ello, extrajeron los datos de *weblogs* de siete mujeres y un varón, publicados en entre 2013 y 2015 en el dominio público. Los resultados sugieren que relaciones de apoyo, la recuperación del control y el reconocimiento de las consecuencias del TCA benefician la recuperación; mientras que las percepciones de los demás sobre el TCA, el tiempo y la concepción del TCA como parte de sí mismo, actúan como barreras para la recuperación.

Williams, King & Fox, (2016) exploraron la naturaleza de la relación entre el yo y el TCA en mujeres con antecedentes de anorexia nerviosa (AN) de por vida. Para tal fin, utilizó un diseño cualitativo y realizaron entrevistas semiestructuradas con 11 mujeres con una historia de AN por vida. Los autores encontraron que las participantes describieron un proceso en el que AN fue asumido por el yo hasta el punto en que fue compartido con el trastorno alimentario. Esto llevó a los participantes a temer no ser nadie sin AN y a no poder abandonar el trastorno, apreciando la capacidad de AN para protegerse a sí mismo. Para recuperarse de AN, los participantes tenían que descubrir el yo real, aceptando el miedo a lo desconocido y separando el yo de AN.

Dada, Izu, Montebruno, Grau, & Feixas (2017) realizaron un estudio con pacientes con BN, con el propósito de explorar el contenido de sus construcciones personales. Para ello, realizaron un estudio comparativo cualitativo entre un grupo clínico de mujeres con BN (n=62) y un grupo control de mujeres universitarias sin BN (n=58). Los resultados indicaron que las mujeres con BN utilizaron menos construcciones del área personal y muchas construcciones del área física, en comparación con el grupo control. Estas construcciones eran respecto a la apariencia del cuerpo y la actitud hacia el cuerpo y las utilizaban para interpretarse a sí mismas, a los demás y para anticipar sus experiencias.

Sibeoni et al. (2017) realizaron una metasíntesis de 32 investigaciones empíricas que usaron una metodología cualitativa sobre AN en adolescentes con el objetivo de describir, comparar y contrastar las opiniones sobre el tratamiento de la AN en la adolescencia desde las perspectivas de los adolescentes, sus familias y los profesionales que los tratan. Encontraron que para los adolescentes es importante una atención individualizada, ser considerados como personas únicas con su propia angustia individual y singular. Asimismo, se halló que tanto adolescentes, familiares y profesionales coinciden en que la relación terapéutica es una herramienta esencial del tratamiento. Sin embargo, a pesar de esta visión compartida, los protagonistas encuentran barreras para la construcción de dicha relación. El desacuerdo sobre los objetivos junto con la desconfianza mutua crea el riesgo de que no se produzca ningún diálogo sobre el tratamiento, de que no pueda surgir un espacio de comunicación compartido alrededor del tratamiento y que ninguno conozca el punto de vista de los demás sobre este tema.

En el contexto peruano, el último estudio epidemiológico sobre TCA fue realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2013) en Lima metropolitana y Callao, revelando que las mujeres adultas evaluadas presentaron una prevalencia en la tendencia a problemas alimentarios de 4,8% y 0.2% en conductas bulímicas, mientras que las adolescentes la prevalencia ascendió a 7,1% y 1,6, respectivamente. Así también, el estudio evidencia que las mujeres presentan mayor índice de prevalencia de estos trastornos respecto a los varones.

Otros estudios se han realizado en población no clínica, adolescentes y estudiantes universitarios, para determinar la prevalencia de indicadores de trastornos de conducta alimentaria (Martínez, Zusman, Hartley, Morote & Calderón, 2003; Pilco & Vivanco, 2013; Ponce et al., 2017).

También en población no clínica se ha reportado algunos factores asociados a posibles TCA. Así por ejemplo, Ponce et al. (2017), encontró variables como rechazo escolar por trastornos nutricionales, rechazo laboral por la delgadez, rechazo social cercano por la imagen corporal, influencia familiar sobre la

imagen corporal, influencia de la imagen corporal de modelos de pasarela e influencia de los anuncios televisivos de productos para adelgazar. Por su parte, Suclla et al. (2015) encontraron que los síntomas de TCA se asociaron con estudiar obstetricia, actividades académicas extracurriculares, uso de redes sociales y acoso escolar (por la presión de grupo e insatisfacción corporal). Chunga (2015) encontró que la alexitimia se asoció a diversos indicadores psicológicos de TCA (por ejemplo obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y perfeccionismo), mientras que Borrego (2010) reportó factores como aislamiento social, dificultades en interacción con la familia y pérdida progresiva de interés y constancia en sus actividades se asociaron a similares indicadores.

Otras investigaciones se orientan a identificar variables psicológicas asociadas con los TCA comparando grupos de pacientes con controles sin desorden. Así, Caballero (2014), realizó un estudio cuyo objetivo fue comparar las estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de adolescentes con anorexia nerviosa respecto a otro grupo de adolescentes escolares. Encontró que el grupo de adolescentes con TCA obtuvo menor puntuación en todos los modos de afrontamiento al estrés, excepto en las estrategias retracción de afrontamiento, negación, conductas inadecuadas y distracción. Por su parte, Zegarra-Valdivia & Chino-Vilca (2018) encontraron que pacientes con AN mostraron déficits importantes en la teoría del reconocimiento de la mente, función ejecutiva y toma de decisiones respecto a los controles sanos. Los autores señalan también que tales déficits podrían desempeñar un papel en el mantenimiento de los patrones patológicos propios del desorden.

En un estudio con metodología cualitativa, Denegrí (2018) indagó la construcción teórica de las características psicosociales vinculadas a pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Mediante un método de estudio de caso, entrevistó a seis pacientes diagnosticadas con TCA hospitalizadas en un hospital psiquiátrico. Los resultados indican que las características sociodemográficas y psicológicas más resaltantes en las pacientes estudiadas fueron sexo femenino, rango de edad entre 13 y 16 años, inicio progresivo de enfermedad, pérdida considerable de peso, ánimo

deprimido, distorsión de la imagen corporal, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración y poco control de sus impulsos y presión social caracterizado por las burlas de compañeros del colegio.

Si bien en el contexto peruano hay más información sobre TCA, muchos de esos textos son trabajos de tesis de grado, lo cual, a criterio del autor, no cumplieron con la rigurosidad metodológica para ser considerados como un aporte relevante y apropiado para la comprensión del tema en cuestión. Además, como se observa, a excepción del trabajo de Denegrí (2018), los estudios señalados en los párrafos anteriores se enfocaron en la prevalencia o relaciones con variables psicológicas desde una metodología cuantitativa y la mayoría de ellos en población no clínica. En el Perú, el estudio de los TCA desde un enfoque cualitativo en la que se empleó una metodología rigurosa es limitado, así como las indagaciones en población clínica. En ese sentido, la presente investigación contribuye con la reducción de esa brecha, aportando conocimiento respecto a los TCA desde la perspectiva de las mismas pacientes y mediante métodos cualitativos que tienen sustento teórico y evidencia empírica en estudios similares.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Modelos constructivistas en Psicología Clínica y Psicoterapia

2.3.1.1. ***Teoría de los constructos personales.*** Planteada por Kelly en 1955, la *teoría de los constructos personales* tiene como sustento filosófico la postura del *alternativismo constructivo* (Kelly, 1955). Esta postura asume que existe un universo real, pues sucede todo el tiempo, es integral y es susceptible de ser interpretado por el ser humano. Entonces, cada ser humano contempla a su manera, único y personal, el flujo de eventos con el que interactúa. Por tanto, existen diferentes formas en que se construye o interpreta el mundo. Además, a decir del autor, dado que no es factible una construcción absoluta del universo que sea verídica para todos, el ser humano

se tendrá que conformar con una serie de aproximaciones sucesivas, las cuales pueden ser probadas por su eficiencia predictiva. Como resultado de esto, las interpretaciones que se hacen del mundo pueden ser evaluadas gradualmente y aprender de los errores. Así, se supone que todas las interpretaciones actuales del universo están sujetas a revisión o reemplazo.

Kelly postula que los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los eventos. Declara que concibe a la persona no como un objeto que se encuentra temporalmente en un estado de movimiento, sino que es una forma de movimiento. Asimismo, postula que el ser humano se acerca a esta realidad a través de su construcción y puede crear sus propios enfoques alternativos del mismo, o formas personales de concebir la realidad.

Es importante indicar que Kelly entiende construcción como "colocar una interpretación" y agrega:

> *Una persona coloca una interpretación sobre lo que se interpreta. Él erige una estructura, en cuyo marco la sustancia toma forma o asume un significado. La sustancia que él construye no produce la estructura; la persona lo hace. La estructura que se erige construyendo es esencialmente abstracta, aunque la persona puede estar tan limitada en la abstracción que su interpretación puede ser, en efecto, relativamente concreta* (Kelly, 1955, p. 35).

Asimismo señala que cuando el ser humano interpreta, éste observa las características de un conjunto de atributos de algunos de los elementos y son particularmente poco característicos de otros. Así elabora constructos de similitud y contraste. Sentencia diciendo que tanto la similitud como el contraste son inherentes a la misma construcción

Para Kelly, las construcciones, así elaboradas, están organizadas jerárquicamente en sistemas y sujetas a prueba en términos de su utilidad para ayudar a la persona a anticipar el curso de los acontecimientos que

conforman su realidad. Los resultados de las puestas a pruebas de tales construcciones determinan la conveniencia de permanencia, revisión o reemplazo.

Kelly deduce que el ser humano llega a comprender su mundo a través de una serie infinita de aproximaciones sucesivas materializada en constructos personales. Además, como el ser humano constantemente se enfrenta a construcciones alternativas, que puede explorarlas si lo desea, no necesita continuar indefinidamente como víctima absoluta de su historia pasada o de sus circunstancias actuales.

2.3.1.2. Teorías subjetivas. Groeben (1988) concibe al ser humano como un ser activo, cuya acción construye su realidad, caracterizado por su intencionalidad, autoreflectividad, racionalidad potencial y capacidad comunicativa. Para él, la acción es una actividad intencional y la intencionalidad es el núcleo de todas las demás características de la acción. Continúa el autor expresando que la intencionalidad implica que el significado está asociado con la acción, que se busca un objetivo. Ello supone que el ser humano toma elecciones que conducen a la decisión de una acción en particular, cuya ejecución es planificada y controlada por él mismo.

Además, si bien para esta decisión y planificación los contextos situacionales, las normas y los sistemas de valores son relevantes, no determinan la acción. De esta manera, esta concepción enfatiza la diferencia con el modelo mecanicista y determinista del ser humano, que considera al sujeto como un objeto de conocimiento ahistórico, cuyo actuar es reactivo, pues es producto del contexto. Por tanto, el ser humano, como ser activo, es un sujeto potencialmente autónomo, activamente constructivo y reflexivo. En consecuencia, las personas tienen la libertad y facultad de formular y rechazar hipótesis, desarrollar conceptos y esquemas cognitivos.

Sobre la base de esa concepción del ser humano, Groeben (1988) entiende por teoría subjetiva “las cogniciones del yo y la visión del mundo, como un

agregado complejo con estructura de argumentación (al menos implícita), que también cumple las funciones de explicación, pronóstico y tecnología, paralela a las teorías objetivas (científicas)" (p. 19).

En este contexto, el autor concibe las *cogniciones* no en su aspecto genérico sino como interpretaciones reflexivas complejas que cumplen las funciones de explicación, pronóstico y orientación de la acción de la persona. Asimismo, entiende *estructura de argumentación* como conjunto de enunciados con sentido y coherente en su interior sobre un aspecto de su realidad que le permita explicar dicho fenómeno, anticiparse a las consecuencias y elaborar estrategias para tal fin.

Posteriormente, el autor incluye dos características más a las teorías subjetivas. Una de ellas es relativo a la *posibilidad de adecuación* de las teorías subjetivas mediante su reconstrucción en el diálogo consensuado; y la característica de *racionalidad potencial*, que se examina si el conocimiento de la teoría subjetiva puede adoptarse como conocimiento verificable y objetivo.

De esta forma, Groeben (1988) realiza una definición más específica de las teorías subjetivas:

> *Las cogniciones del yo y la visión del mundo que pueden actualizarse y reconstruirse en el consenso del diálogo como un agregado complejo con (al menos implícitamente) la estructura del argumento, que también incluye las teorías objetivas (científicas), funciones paralelas de la explicación, pronóstico y tecnología, cuya aceptabilidad debe probarse como conocimiento "objetivo"* (p. 22).

Es importante señalar que el mismo Groeben reconoce que la teoría del constructo personal (Kelly 1955) es el precursor más importante de una psicología orientada hacia el sujeto reflexivo de los seres humanos en forma de teorías subjetivas, sobre todo porque muestra al ser humano como un ser constructor, un ser científico.

2.3.1.3. Teoría del proceso de cambio humano. Mahoney (2003, 2004) señala que el ser humano está en constante cambio, pero muchos de esos cambios tienen como objetivo el mantenerse igual, conservarse como organismo vivo. En ese sentido el autor señala que el individuo es fundamentalmente conservador, cambiando lo menos posible, tal vez como una estrategia de supervivencia.

La comprensión de los procesos de cambio humano, para Mahoney, comienza con la apreciación del hecho de que los seres humanos son participantes activos en la organización de sus experiencias, tanto de sí mismos como del mundo. Así, los patrones de actividad son construidos, mantenidos y revisados por *procesos de ordenamiento u autoorganización* dinámico y continuo, siendo estos procesos únicos para cada ser y principalmente implícitos, tácitos o no conscientes. Aquellos procesos de autoorganización que son fundamentales para el soporte vital y el funcionamiento individual son denominados por el autor como *procesos de ordenamiento nuclear* y reciben una protección especial contra el cambio. Estos procesos de ordenamiento nuclear son los responsables de la organización de experiencias y actividades en dimensiones interdependientes como emocionalidad, valoración, realidad, identidad personal y sentido de poder, control o eficacia. Para el autor, la resistencia al cambio refleja procesos básicos de autoprotección y mantienen la coherencia y funcionamiento del organismo. Por ello es frecuente la resistencia al cambio, especialmente cuando el mismo se experimenta como excesivo o muy rápido, a pesar que sea deseado o no.

Mahoney asume que los *procesos de ordenamiento* operan en todo momento en relación con sus propios contrastes, que son procesos desordenados. Así, indica que el orden y desorden son aspectos de un solo fenómeno, y que la interacción continua entre ambos permite la interacción simultánea de experiencias conocidas y novedosas. A su vez, para que algo se experimente como nuevo, debe haber algo conocido con el que se contraste y se diferencie dicha experiencia nueva. Mientras que lo nuevo es necesario para el aprendizaje y el desarrollo, lo familiar, consistente o conocido es medular para

el soporte vital, la coherencia sistémica y el bienestar humano. Según el autor, la dinámica constante entre estas facetas, aparentemente contradictorias, es la esencia de los procesos de cambio humano.

La perspectiva de Mahoney considera al cambio como un proceso no lineal, no exclusivamente continuo ni simplemente acumulativo. Afirma que los procesos de cambio reflejan una serie de cambios pequeños que alternan nuevos y repentinos repertorios de comportamiento y retornos frecuentes a patrones de actividad anteriormente establecidos. Por ello, a decir del autor, el cambio se experimenta en ondas u oscilaciones multirítmicas que varían entre polaridades abstractas (p. e. la vida-muerte, correcto-incorrecto y real-falso). Además, los patrones de actividad antiguos y permanentes compiten con las nuevas posibilidades de comportamiento. De esta forma, cuando los nuevos patrones ganan dominio en el sujeto, se convierten en los patrones antiguos o conocidos que a su vez serán contrastados con nuevos patrones. Las competiciones en curso y en desarrollo no se ganan ni se pierden en referencia a criterios supuestamente absolutos. Es importante señalar, como dice el autor, que los antiguos patrones no se eliminan por completo, sino que son desplazados efectivamente por otros nuevos.

Ahora bien, como Manoney señala, es la voluntad humana, ese sistema dinámico complejo, el que moviliza la competencia continua entre los patrones de actividad. Por ello, se dice que los procesos de selección es producto de la acción humana. Siguiendo al autor, para que haya un cambio exitoso, es decir adaptativo, debe haber una congruencia equilibrada entre procesos exploratorios, selectivos y de retención. En este ámbito de discusión, Mahoney (2003) confiere un papel trascendental a los contextos de relación humana, señalándolos como el lugar donde se producen la mayoría de los cambios, pues asume que la persona es un ser fundamentalmente relacional, siendo esta interacción con los demás cruciales para la supervivencia y adaptación del individuo.

2.3.1.4. El modelo epigenético de Neimeyer. Neimeyer (2013) comparte la idea de Kelly (1955) respecto a que las acciones de los seres humanos no están determinados por estímulos externos o necesidades inconscientes internas. Más bien el ser humano es una *forma en movimiento*, una entidad intrínsecamente activa, que tiene un sistema de constructos o significados únicos y por medio del cual se posiciona en el mundo, anticipa las acciones y reacciones de los demás, y dirige su comportamiento. Por tanto, el ser humano *construye* activamente su experiencia. Puede entenderse entonces que la concepción del ser humano para Neimeyer es la de un ser no como respuesta de estímulos sino como iniciador de comportamiento en búsqueda de metas y logros.

De esta forma, a decir del autor, los seres humanos viven en un mundo que constantemente es interpretado a través de los significados propios de sus habitantes. Se va conformando así realidades consensuadas. Estos procesos de interpretación y la interacción con los demás se darían sobre la base de construcciones lingüísticas simbólicas.

Desde esta aproximación, el lenguaje no es una forma de representar la realidad, sino más bien de crearla, de dar vida a través de la palabra a nuevas realidades personales y sociales. El lenguaje puede ser usado así como una forma de atribuir significados desvalorizadores de sí mismo, de los demás y de la vida en general, impactando perjudicialmente en el sentido de vida de la persona.

Dado el carácter activo del ser humano, según esta propuesta, jamás se podrá llegar a una comprensión absoluta de los comportamientos del individuo, ni mucho menos a predecir los mismos. Para el autor, el ser humano vive en una frontera entre lo que sabe y lo que puede saber. Así, constantemente se ve frente a algo nuevo y pese a la incertidumbre de esta situación, tiene la oportunidad para reinvertarse uno mismo y a su realidad.

Neimeyer adopta la postura constructivista en la definición de la personalidad o del yo. Entiende que el yo sería la síntesis de los esfuerzos cambiantes del

ser humano por comprometerse con su mundo social, en contraposición a la definición del yo como conjunto de cualidades o rasgos esenciales. Además, enfatiza la importancia de los significados individuales en la conformación de la personalidad, señalando que esta puede ser considerada como una resultante de las variadas y muchas formas en que un individuo interpreta, anticipa y responde a su realidad.

Un aspecto que distingue la propuesta de Neimeyer es el modelo epigenético que describe la construcción social de la identidad. Para el autor, tanto el significado atribuido a los eventos personales y sociales así como el comportamiento humano son resultado de una serie de sistemas y subsistemas que se encuentran anidados jerárquicamente. Propone el autor que estos elementos emergen de las interacciones del sistema organismo-medio. Así, identifica sistemas igualmente multiestratificados: 1) sistema bio-genético, que refiere a todos los sistemas por debajo del nivel del organismo individual, tales como sistema genético, celular y orgánico; 2) sistema agéntico-personal, que abarca el funcionamiento del organismo como personalidad con grado de decisión para su desarrollo, el cual implicaría los procesos psicológicos individuales; 3) Sistema diádico-relacional, emergente de las acciones compartidas entre dos o más organismos, como pueden ser pareja íntima, amigos, familia o grupos de pares; y 4) Sistema cultural-lingüístico constituido por pautas y normas sociales, instituciones, creencias y prácticas culturales, etc.

De esta aproximación teórica del individuo surge el constructo *actividad interpretativa ubicada* tanto de individuos como grupos humanos, concebida como unidad de análisis en el proceso terapéutico según la perspectiva de Neimeyer. Este concepto implica 1) que toda actividad psicológica y social supone una evaluación del significado que los eventos tienen para las personas; 2) enfocarse en la actividad interpretativa significa que la acción es primordial; 3) la actividad humana siempre tiene lugar en un contexto social; y 4) los individuos son seres que se adaptan a diversos y diferentes contextos, creando nuevos significados y habilidades. En este sentido, según el autor, la terapia no es una forma de mejorar síntomas indeseados ni de enseñar a las

personas habilidades de enfrentamiento más adecuadas, sino es una forma de intervenir en el significado atribuido a los eventos.

2.3.1.5. Modelo constructivista en terapia cognitivo-conductual. O'Connor (2015) considera que una *psicología clínica construccionista* (PCC) proporciona a la *terapia cognitivo conductual* (TCC) una filosofía, sustento teórico y metodológico construccionista útil para la teoría y práctica psicoterapéutica de la TCC.

El autor referido adopta un paradigma intencional y señala que en el paradigma psicológico convencional, las condiciones de estímulo se tratan como la variable independiente y el comportamiento y las respuestas fisiológicas de la persona como las variables dependientes. En contraposición con este planteamiento, un enfoque construccionista ubica y considera que hay una estrategia, comportamiento o proyecto intencional de la persona, específico para una situación, que condiciona su atención a las condiciones de estímulo.

A decir del autor, desde la perspectiva construccionista, la persona y el entorno son siempre una unidad, y la forma en que la persona interactúa con el mundo no solo determina la percepción, sino que a menudo bloquea y crea su mundo sensorial. Esta concepción creadora del ser humano introduce nuevos componentes de comportamiento, como el estilo de preparación, las estructuras corporales y las formas de conocimiento. Así, centra el análisis en el comportamiento como un proceso independiente más que como una respuesta a la contingencia ambiental, y fundamenta la comprensión del comportamiento en un paradigma intencional en lugar de un paradigma estímulo respuesta.

En este punto es importante mencionar que O'Connor (2015) considera que a diferencia de un modelo de mediación realista de procesamiento de información, donde hay una realidad afuera y se filtra a través de los sentidos, percepciones, esquemas, asociaciones y suposiciones adentro de la persona, un enfoque construccionista propone un modelo más cuántico, por el cual lo

que uno percibe depende principalmente de los *proyectos personales* o *intenciones* en el aquí y ahora. Así, los proyectos intencionales y la forma en que el sujeto se prepara para llevarlos a cabo, determinan lo que se percibe. Para el autor, estos proyectos intencionales son construcciones, productos creativos de cómo el ser humano se posiciona en el mundo, lo que implica cómo le da sentido al mismo. Por tanto, el comportamiento siempre se dirige hacia algo, y esta dirección se encapsula en algún *proyecto intencional* dirigido a un objetivo.

O'Connor (2015) sentencia que el significado es una cuestión de contexto, a tal punto que refiere que donde no hay contexto, no hay significado. A decir del autor, el contexto puede definirse de diversas maneras en función de su origen físico, situación lingüística, cultural, social, o como un punto de referencia colectivo. Para significar algo, los fenómenos están incrustados en un sentido más grande que ellos mismos.

Una conversación, lenguaje, comportamiento, evento o fenómeno pueden tomar varios significados distintos dependiendo de su contexto. Otro aspecto a tomar en cuenta es que los significados atribuidos a los eventos en determinados contextos responden a los proyectos personales del individuo, a su enfoque o manera de buscar significado. De esta forma, el modo en que el individuo se posiciona física e intelectualmente hacia un evento o persona (su proyecto personal) limita el surgimiento de significado, influye en el mismo, mas no determinan por completo el significado, solo definen los límites, la cantidad y calidad del mismo.

Un aspecto más señalado por el autor es que el significado depende de las ideas importantes para la persona, de sus esquemas mentales organizadores, del conjunto de significados previos, las mismas que no necesariamente están presentes al momento de atribuir significados para comprender tales eventos. En síntesis, para buscar un significado cognitivamente ya debe existir una base (pre-cognitiva) de sentido, que da sentido a la búsqueda de significado.

2.3.2. Conceptualización de los trastornos mentales desde la perspectiva constructivista

Kelly (1955) concibe lo anormal y lo normal como construcciones que las personas inventan para entender y explicar ciertas formas de experiencia humana. En ese sentido, define un trastorno como cualquier construcción personal que se usa repetidamente a pesar de la invalidación constante. Como refieren Neimeyer & Raskin (2000) ser una persona está determinado por las formas culturales de conceptualizar la personalidad y de hablar. En ese sentido, la identidad y el desorden se construyen socialmente. Por ello, hay tantas construcciones de desorden como culturas puedan existir.

Raskin & Lewandowski (2000) señalan que el constructivismo enfatiza los significados personales, sociales y culturales que influyen en la comprensión humana. Las personas perciben el mundo desde un punto de vista, y las diferencias entre los puntos de vista subjetivos resuelven a través de la comunicación interpersonal y la negociación. De forma similar, para los autores, los individuos y las sociedades crean representaciones del desorden como parte del esfuerzo humano para extraer el significado de la experiencia. Esta realidad del desorden se experimenta subjetivamente. Si bien cada individuo sabe experiencialmente qué es un trastorno, este conocimiento se construye dentro del contexto interpersonal. Así, los conceptos de normalidad y anormalidad son entonces invenciones más que descubrimientos, son productos de la asignación de significados a eventos poco comunes, o en todo caso diferentes de lo regular. Subrayar el significado y la viabilidad de una construcción del desorden, en lugar de su validez, permite una mayor comprensión para la persona, los investigadores y los clínicos, pues fomenta una mayor apertura a la multiplicidad de perspectivas.

Mahoney (2003) señala que el desorden es necesario para el desarrollo. Todo aprendizaje y desarrollo implican interrupciones o perturbaciones transicionales en el funcionamiento sistémico. En todos los niveles, el desarrollo se alimenta de interrupciones y luego las asimila en familiaridad. Es en el contexto del desorden que un sistema vivo exhibe tanto su mayor rigidez

como su mayor variabilidad. Cuando reina la rigidez, es común el comportamiento estereotipado o la pasividad congelada. Cuando las experiencias novedosas son deficientes en relación con las capacidades y necesidades de desarrollo de un individuo, es probable que el estancamiento sea probable. Cuando las experiencias novedosas superan con creces las capacidades de equilibrio del individuo, son comunes los sentimientos de sentirse abrumado. En ambas circunstancias, pueden producirse trastornos episódicos o crónicos y "descomposición". Señala el autor que las personas pueden quedar atrapadas en el desorden. Muchos trastornos psiquiátricos son, de hecho, patrones rígidamente ordenados. Un contribuidor importante al dolor y la tenacidad de tales "desórdenes" es su extrema calidad constrictiva.

Gelo, Vilei, Maddux & Gennaro (2015) refieren que desde una perspectiva constructivista, la psicopatología resulta y se crea a través de procesos socialmente negociados de creación de significado, que a su vez están integrados histórica y contextualmente. En ese sentido, los autores señalan que los trastornos mentales no son entidades naturales, concretas y estáticas, que pueden definirse objetiva e independientemente en base a propiedades factibles que se pueden descubrir. Por el contrario, son artefactos sociales, productos histórico-culturales, que se construyen dinámicamente y su naturaleza depende de la forma en que los grupos sociales específicos, en lugares y momentos específicos, negocian y acuerdan sus definiciones.

Para O'Connor (2015), el enfoque constructivista enfatiza la forma en que los trastornos psicológicos y los discursos centrados en estos trastornos se construyen social e individualmente. Asimismo, el autor señala que desde esta perspectiva, no hay distorsiones de información o comportamiento anormal, sólo comportamientos habilidosos para adaptarse al contexto o en su defecto, comportamientos poco habilidosas para la adaptación. Además, O'Connor afirma y enfatiza que la unidad de análisis no solo es el individuo, sino la persona en relación a su contexto, cómo se posiciona en el mundo. Así, lo que se piensa, se percibe y se siente es producto de los proyectos intencionales e interactivos de la persona con el mundo. El comportamiento, la actividad, el

pensamiento y el sentimiento referentes al problema son concebidos como procesos creativos, orientados a conseguir determinadas metas del proyecto intencional del individuo. En tal sentido, para la comprensión del desorden es necesario realizar un análisis funcional del mismo, donde se vincule cualquier significado o acción relacionada al problema con el contexto que le da sentido.

Maddux, Gosselin & Winstead (2016) adoptan la perspectiva constructivista social y refieren que psicopatología y las categorías relacionados con ello no son categorías universales e inmutables de la experiencia humana, sino más bien son ideas abstractas, sistemas significativos para entender su mundo productos de una forma de comprensión históricos y culturales particulares. Además, estas categorías representan no tanto lo que las personas son, sino las formas en que las personas piensan y tratan de dar sentido a las diferencias entre las personas. A su vez, son los convenios sociales implícitos los que determinan aquellas diferencias que son más importantes de otras. Los autores enfatizan que el hecho de considerar que los trastornos mentales son entidades construidas, creadas, no implica invalidar las emociones y vivencias experimentadas por las personas que son etiquetados con dichos desórdenes.

A decir de los autores, la perspectiva constructivista social no niega que los seres humanos puedan experimentar dificultades emocionales y comportamentales, muchas veces muy incapacitantes. Este enfoque insiste en que tales experiencias no son prueba de la existencia de entidades denominada *trastornos mentales,* los cuales pueden asumirse como causas de esas dificultades de comportamiento y emocionales. Es la tendencia humana a construir categorías como un intento para dar sentido a un mundo experimentado como confuso lo que genera la creencia de que existen entidades psicopatológicas.

Tomando como referencia los aportes señalados, en el presente trabajo se considera los trastornos mentales en general, y los TCA en particular, como construcciones individuales humanas que al ser aceptadas por un determinado grupo social se convierten en parte de la realidad objetiva para

ese grupo humano. En este sentido, es frecuente que una persona con TCA experimente dicho desorden como un conjunto de comportamientos que le son propios y a la vez como una enfermedad adquirida, esto es, como si fuera una entidad que por determinadas circunstancias entró en sus vidas.

2.3.3. Aproximaciones y perspectivas psicológicas sobre el significado y atribución de significados

A primera vista, pareciera que desarrollar una sección para definir el significado es una tarea que estaría por demás, pues es un concepto de uso común, ya sea de forma explícita o implícita, y que por tanto se sobreentiende. Sin embargo, justamente por su empleo frecuente en la vida cotidiana es que puede generar interpretaciones erróneas, se minimice su importancia en la investigación científica o pueda considerarse un tema que no compete a la investigación en Psicología. Concepciones parecidas han representado, en periodos pasados, obstáculos para su abordaje riguroso, desarrollándose solo en algunos contextos. Los estudios orientados a esclarecer los aspectos sobre el significado no llamaron la atención respectiva por la Psicología imperante de esos tiempos, y si lo hicieron, fue en gran medida para atraer comentarios descalificadores sobre su pertinencia y rigurosidad científica, atribuyéndole incluso connotaciones metafísicas.

Afortunadamente, con el cambio de paradigmas de investigación y el desarrollo de perspectivas epistemológicas postmodernas, además de las evidencias científicas de estudios basados en tales perspectivas, es que el tratado del significado -sus definiciones, componentes, tipos e implicancias en la salud y trastornos de las personas- adquirió mayor interés por parte de la comunidad científica psicológica de las diferentes especialidades.

Por ello, es preciso desarrollar, sin intentos de ser exhaustivos, algunas aproximaciones y perspectivas de cómo se ha abordado este constructo en el campo de la Psicología.

En este contexto, para Leontiev (2013) el significado es un constructo que tiene una estructura multifacética, pues hace referencia tanto a una interpretación cognitiva, un incentivo, un sentimiento, una valoración, un valor, entre otros aspectos. Así por ejemplo, el autor señala que el significado puede interpretase en dos acepciones opuestas. La primera acepción denota un significado subjetivo, personalizado, arraigado en la vida de un individuo o un significado cultural profundo, cargado de valores. La segunda forma de entender el significado es como un significado elemental culturalmente invariante, esto es, como el significado de una palabra, objeto o referente que puede ser compartido por una comunidad común de hablantes de idiomas. Por tanto, mientras un sentido del significado implica conceptos como individual, personal, existencial, idiosincrásico y subjetivo, el otro sentido de significado abarca aspectos como público, colectivo, cultural, verbal, compartido y objetivo. Se aprecia entonces dos dicotomías clave del significado de significado: lo privado frente a público, y lo individual frente a colectivo.

Leontiev concibe tres elementos en la estructura de significado: un portador de significado (el significado de lo que estamos discutiendo); la fuente del significado (un elemento o una estructura del contexto que da sentido al portador); y el enlace de significado (es decir, el aspecto psicológico de la conexión entre el operador y la fuente). El significado, entonces, fluye a lo largo de las trayectorias de enlaces significativos de fuentes a portadores que se convierten en fuentes para nuevos portadores. Es importante indicar que para el autor, algunos aspectos de la estructura dinámica sugerida por él fueron conceptualizados de diferente formas por otros autores, tales como valencia, connotación, condicionamiento, instrumentalidad, atribución, contingencia y sentido de coherencia. Al parecer, para el autor, el significado sería una estructura de vínculos referenciales entre los fenómenos psicológicos reales y sus contextos superiores.

Otra dimensión señalada por Leontiev es respecto a la naturaleza del significado. Así, concibe el significado tanto como realidad objetiva, como realidad subjetiva construida por la mente del individuo y como una realidad

intersubjetiva, que reside en el ámbito conversacional. Postula tres dimensiones de la realidad de significado: ontológica, fenomenológica y regulatoria. Según el autor, la dimensión ontológica abarca las relaciones especiales entre la persona y los objetos o eventos, que se establecen en el curso de la actividad. La dimensión fenomenológica o experiencial refiere las representaciones mentales del significado que las cosas y las personas pueden tener para uno, mediado por la valoración emocional, distorsiones cognitivas y/o asociaciones basadas en el significado. La dimensión reguladora se referiría a la influencia de los significados en las manifestaciones de comportamiento. En este contexto, las manifestaciones visibles de los fenómenos de significado se pueden registrar solo en la dimensión fenomenológica y/o conductual, pero no podrían explicarlas sin que se haga referencia a la dimensión ontológica.

Por su lado, Huta (2016) refiere que algo tiene significado para una persona si es coherente internamente, sigue principios consistentes y se mantiene unido de una manera que hace una historia. Además, algo tiene significado personal en la medida en que puede ver claramente su ubicación dentro de todo su marco de significado, donde se encuentra con referencia a otras cosas. A decir de la autora, no se trata solo de la autoconsistencia y de tener un lugar claro en un marco más amplio. También implica que ello sea importante para el individuo. Así, el valor asignado también debe ser un elemento en la definición de experiencia de significado. Algo es personalmente valioso cuando tiene alta prioridad, importa, se tiene un vínculo íntimo con él y se considera que vale la pena integrarlo al contexto de los valores personales. Por tanto, el significado también tiene que ver con las conexiones, amplias implicaciones, roles y relevancia. En ese sentido, el significado tiene que ver con la conexión y la relación.

Huta adopta una postura integradora respecto a la fuente del significado. Por un lado, refiere que “el universo está tan saturado de significado que está goteando con él”. Para ella, el significado está implícito en todo, en el hecho mismo de la existencia. El solo existir de las cosas es equivalente de significado y propósito. Por otro lado, la autora refiere que el ser humano

construye significados, dado que es un ser menos preprogramado que otros organismos. Si no se desarrolla la capacidad de conferir significados a los eventos, posiblemente el individuo se encuentre vulnerable, pues no tiene objetivos y viva en un caos, inundado de estímulos. La construcción de significado permitiría organizar la vida, interpretar eventos y planificar el futuro. Es importante enfatizar que Huta considera que debido a que el significado está en el núcleo de la experiencia y el bienestar humano, refleja algo más profundo que simples autoevaluaciones del comportamiento, la cognición y la emoción. Se aprecia una perspectiva intencional e incluso trascendental en sus declaraciones.

Otro punto que discute Huta es sobre el consenso sobre la distinción entre presencia de significado y búsqueda de significado. La presencia de significado indicaría que se ha descubierto o se ha hecho un significado, mientras que la búsqueda de significado implica el proceso de búsqueda de algo, como valores y objetivos, capaces de satisfacer el vacío interno y la deficiencia de significado. El primero sería un estado, mientras que el segundo es un proceso. Para la autora, incluso la presencia del significado como estado no garantiza la estabilidad durante largos períodos de tiempo, puesto que las circunstancias y las mismas personas cambian. Así, lo que fue significativo en un momento no puede serlo en otra etapa.

Huta considera que el significado es tanto subjetivo como objetivo. El significado no puede basarse simplemente en lo que uno piensa o en cómo se siente subjetivamente. La autora señala que tiene que ver también con cómo se vive y qué se hace con la vida de manera objetiva. En este sentido, por ejemplo, una persona con anorexia nerviosa pueda creer que está viviendo una vida significativa porque cumple con sus objetivos y ello le satisface, pero nadie aceptaría que una vida con ese problema es significativa para la persona y continúe con las conductas autodestructivas. Por tanto, el significado no es simplemente una expresión subjetiva o una autoevaluación subjetiva, también se refiere al contenido real y la dirección que adopta la vida de una persona, como una realidad objetiva que puede ser observada por otros.

Por su parte, Wong (2012) propone un modelo de significado denominado PURE. Para el autor, el significado está compuesto por cuatro elementos: propósito, comprensión, acción responsable y disfrute o evaluación. *Propósito* constituye el componente motivacional, el más importante en la estructura de significado definida por el autor. Esta dimensión incluye metas, direcciones, objetos de incentivo, valores y aspiraciones. En este modelo, el propósito determina la dirección de la vida y el destino. *Comprensión* es un componente que abarca actividades cognitivas que confieren coherencia y sentido a los eventos situaciones, la identidad propia y de otras personas, lo que permite comunicar y construir relaciones de manera efectiva. *Acción responsable* es el componente que incluye reacciones y acciones apropiadas para el cumplimiento del propósito. Implica hacer lo que es moralmente correcto y encontrar soluciones efectivas. Para el autor, una mentalidad con significado condiciona a las personas a hacer lo correcto y a comportarse de manera responsable frente a las presiones y las demandas. *Evaluación* es el componente emocional e incluye evaluar el grado de satisfacción o insatisfacción en una situación determinada o en la vida en general. El autor señala que un fuerte sentimiento de insatisfacción producto de la evaluación, probablemente activará la búsqueda de significado y activará el modelo PURE una vez más.

Park (2010) realiza una revisión de la literatura respecto a las perspectivas teóricas sobre la creación de significado. Según la autora, para teorizar sobre este tema, puede asumirse diferentes enfoques y poner énfasis en algunos aspectos del mismo. Park asume un modelo de creación del significado relacionado a la adaptación que tiene el individuo frente a factores de estrés de la vida. De esta forma, uno de los componentes de su modelo es el *significado global*, que hace referencia a los sistemas de orientación general de los individuos, consistentes en creencias, objetivos y sentidos subjetivos. Para la autora, las creencias comprenden tanto lo puntos de vista amplios con respecto a la vida (p. e. justicia, control, salud), como las opiniones personales de los individuos respecto a un tema en particular (p. e. estar de acuerdo con bajar de peso). En conjunto, estas creencias forman los esquemas centrales

del sujeto a través de los cuales interpretan sus experiencias del mundo. Los objetivos son definidos como representaciones internas de procesos, eventos o resultados deseados por el individuo, las cuales se organizan jerárquicamente en metas superiores, metas de nivel intermedio y metas inferiores. Mientras que el sentido subjetivo se refiere a los sentimientos asociados a los significados, a los propósitos. Estos sentimientos se generan cuando el individuo ve sus acciones como orientadas hacia un objetivo deseado.

Para Park, el significado global se construye a una edad temprana y va modificándose en función a las experiencias personales. Si bien no está claro si el individuo es consciente de las creencias y objetivos globales, la autora afirma que es posible que el significado global influye de manera potente en los pensamientos, acciones y respuestas emocionales.

Un segundo componente del modelo de Park es el *significado situacional*, el cual refiere al significado en el contexto de un encuentro ambiental particular. Este significado situacional comienza con la ocurrencia de un evento potencialmente estresante y describe un conjunto continuo de procesos y resultados, la cual incluye el *significado evaluado* (evaluaciones iniciales del evento y asignación de significado, que involucran aspectos como evaluación del evento, atribuciones iniciales de ocurrencia e implicaciones para el futuro), la *determinación de discrepancias entre el significado evaluado y glo*bal (lo que eventualmente puede generar angustia, que a su vez impulsa los esfuerzos de creación de significado), la *creación de significado* (se refiere a los procesos en los que las personas se comprometen a reducir esta discrepancia, pudiendo ser procesos automático/ deliberado, asimilación/adaptación, búsqueda de comprensibilidad/ búsqueda de significado y procesamiento cognitivo/procesamiento emocional), los *significados creados* (resultados finales o cambios derivados de los intentos de reducir las discrepancias o violaciones entre el significado evaluado y global), y el *ajuste al evento.*

Para Dezelic (2017), si bien el significado es un concepto usado en muchas partes del mundo, no tiene una definición operacional universal, pues el mismo se ve influido por factores biológicos (edad y desarrollo cerebral, genética e influencias fisiológicas), psicológicos (temperamento y estilos de personalidad) relacional-social (estilo de apego, red de apoyo, calidad del entorno durante la niñez, grupo de pares, relaciones familiares, situaciones trágicas, pobreza y educación) y culturales (cultura de la familia, cultura de la región geográfica, raza, género, rituales y creencias religiosas, espirituales, existenciales o basadas en la fe).

La autora señala que hay dos perspectivas diferentes en la definición de significado. Así, una forma de definir significado es como la comprensión de algo, mientras que otra manera de definirlo es como una comprensión general y un propósito o significado mayor. En ambos casos, la definición de significado es producto de la interpretación creativa y dinámica de la persona, de las evaluaciones cognitivas, conductuales y emocionales de las experiencias del mundo interior y exterior, proceso que se da a lo largo de su desarrollo, dentro de su entorno social y cultural.

Dezelic propone un *modelo de construcción de significado* que consiste en tres etapas. En una primera fase, el individuo interactúa con una situación, evento, sujeto o estímulo nuevo, lo cual es concebido como la *experiencia inicial*, siendo esta una experiencia sensorial actual vivida. En la segunda fase, denominada *significado*, el sujeto descubre y le da sentido a la experiencia sensorial vivida, a través de un marco de referencia integrado por factores biológicos, personales, relacionales, sociales y culturales. En la tercera fase, llamada *asimilación*, la persona integra la experiencia y el significado derivado y sintetizado de tal experiencia en la visión de sí mismo y del mundo. Este proceso es continuo y las construcciones y valoraciones de significados individuales se convierten en una serie de enlaces a construcciones de significados anteriores. El individuo adopta un papel activo, adaptándose y ajustando sus construcciones anteriores a las nuevas, cambiando las construcciones de significados a medida que introduce e integra nuevas experiencias.

En congruencia con lo revisado en esta sección y desde la perspectiva adoptada en el trabajo, se considera la atribución de significados como un proceso psicológico constructivo interpretativo por el cual se asignan atributos, significados o valoraciones a los eventos internos o externos, los cuales se producen en el marco de la experiencia de un individuo con tales eventos. La atribución de significados así concebida, tiene un correlato cognitivo, intencional, valorativo y emocional para la persona.

2.3.4. Trastornos de conducta alimentaria

En la literatura sobre el tema, los estudios empíricos y teóricos al respecto consultados en inglés utilizan el nombre *eating disorders* para referirse a este tipo de problemas. Los textos consultados en castellano denominan a estos desordenes de diferente maneras, como *trastorno de la conducta alimentaria*, *trastornos de la ingestión de alimentos*, *trastornos alimenticios*, *conducta alimentaria desordenada, trastornos alimentarios* y *trastornos de la alimentación*. La décima edición de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y traducida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995), las etiqueta como *trastornos de la ingestión de alimentos;* mientras que la versión en español de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) usa la nomenclatura *trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.* Posiblemente, en las denominaciones se quiere enfatizar que no solo se trata de alteraciones en el componente fisiológico de la alimentación, sino básicamente el aspecto comportamental, con los procesos cognitivos, afectivos y motivaciones implícitos. Si bien se considera que los términos descritos son pertinentes para referirse a este tipo de problemas, para efectos de la investigación se usará el término *trastorno de la conducta alimentaria*, pues esta nomenclatura es usada en investigaciones en castellano y enfatiza el componente

comportamental. Se reitera que lo comportamental incluye diversos procesos psicológicos.

La APA (2014) considera que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Asimismo, se señala que de todos los trastornos de la conducta alimentaria, los más frecuentes en presentarse son la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).

Para la OMS (1992), la Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el/la paciente. Este trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, y el uso de anorexígenos y de diuréticos.

2.3.4.1. Criterios diagnósticos de los TCA. En el espectro de los TCA, existen otros cuadros diferentes a la AN o BN, o que comparten algunas características típicas de estos desórdenes pero que no llegan a completar todo el cuadro clínico típico. Además, dado el objetivo del estudio, en esta sección solo se desarrolla los criterios diagnósticos para la AN y BN. En consecuencia, se describen a continuación los criterios diagnósticos propuestos por la OMS (1992) y los referidos por la APA (2014), para dichos trastornos.

Hay que recalcar que si bien actualmente ya se dispone en línea de los criterios propuestos por la undécima edición de la Clasificación Internacional

de Enfermedades (CIE-11) (OMS, 2018), su presentación oficial a la Asamblea Mundial de la Salud está programa para mayo de 2019 y su entrada en vigor está proyectado para enero de 2022. Además, las pacientes que forman parte del estudio fueron diagnosticadas tomando en cuenta los criterios del CIE-10. Aun así, se considera importante exponer dichos criterios para tener un marco de contraste.

2.3.4.1.1. Anorexia Nerviosa. La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por pérdida deliberada de peso, inducida y/o sostenida por el/la paciente. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente en el siguiente sentido:

> a) las características clínicas del síndrome son fácilmente reconocibles, por lo que el diagnóstico es confiable con un alto nivel de acuerdo entre los médicos;
> b) estudios de seguimiento han demostrado que, entre los pacientes que no se recuperan, un número considerable sigue mostrando las mismas características principales de la anorexia nerviosa, en forma crónica.

Para un diagnóstico definitivo, la OMS (1992) indica que se deben cumplir los siguientes criterios:

> a) El peso corporal se mantiene por lo menos un 15% por debajo de lo esperado (ya sea peso perdido o nunca logrado), o el índice de masa corporal de Quetelet es 17.5 o menos. Los pacientes prepuberales pueden demostrar que no lograron el aumento de peso esperado durante el período de crecimiento.
> b) La pérdida de peso es autoinducida evitando los "alimentos que engordan". También pueden realizar una o más de las siguientes conductas: vómito autoprovocados, purga autoinducida, ejercicio excesivo, uso de supresores del apetito y/o diuréticos.
> c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las

formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Un trastorno endocrino generalizado que involucra el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal que se manifiesta en las mujeres como amenorrea y en los hombres como una pérdida de interés y potencia sexuales (Una excepción aparente es la persistencia de hemorragias vaginales en mujeres anoréxicas que reciben tratamiento hormonal de reemplazo, más comúnmente tomado como una píldora anticonceptiva). También puede haber niveles elevados de hormona de crecimiento, niveles elevados de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y las anomalías de la secreción de insulina.

e) Si el comienzo es prepuberal, la secuencia de los eventos puberales se retrasa o incluso se detiene (el crecimiento cesa; en las niñas los senos no se desarrollan y hay una amenorrea primaria; en los niños los genitales siguen siendo juveniles).

En el CIE-11, la OMS refiere que la AN se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la altura, edad y etapa de desarrollo del individuo (índice de masa corporal, IMC, inferior a 18,5 kg / m2 en adultos y IMC para la edad inferior al quinto percentil en niños y adolescentes) que no es debido a otra condición de salud o a la indisponibilidad de los alimentos. Señalan también que el bajo peso corporal se acompaña de un patrón persistente de conductas para prevenir la restauración del peso normal, que puede incluir conductas dirigidas a reducir el consumo de energía (alimentación restringida), conductas de purga (por ejemplo, vómitos autoinducidos, uso incorrecto de laxantes) y conductas dirigidas para aumentar el gasto de energía (p. ej., ejercicio excesivo), típicamente asociado con un miedo al aumento de peso. Enfatizan que el bajo peso corporal o la forma son fundamental para la autoevaluación de la persona o se percibe de forma inexacta como normal o incluso excesiva. En esta revisión, la OMS distingue entre *Anorexia nerviosa con peso corporal significativamente bajo* (IMC entre 18,5 kg / m2 y 14,0 kg / m² para adultos o entre el quinto percentil y el 0,3 percentil para el IMC por edad en niños y adolescentes), *Anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo* (IMC inferior a 14.0 kg / m² en

adultos o por debajo del percentil 0.3 para el IMC por edad en niños y adolescentes) y *Anorexia nerviosa en recuperación con peso corporal normal* (peso corporal es más de 18.5 kg / m^2 para adultos o más del quinto percentil para el IMC para niños y adolescentes).

En tanto, la APA (2014) señala que para el diagnóstico de la AN se ha de cumplir los siguientes criterios:

> 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. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
> B. Miedo intenso a ganar peso o 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.

Según la APA, la persona con AN mantiene un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física. Este bajo peso es consecuencia de una pérdida de peso significativa. En niños y adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal en vez de una pérdida de peso.

A veces, el individuo es conducido a la consulta del profesional por los miembros de su familia después de una marcada pérdida de peso (o de no ganar el peso esperado). Si los individuos buscan ayuda por su cuenta, se debe normalmente al malestar asociado a las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que un individuo con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso en sí. De hecho, las personas con anorexia nerviosa frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o

directamente lo niegan. En consecuencia, suele ser importante obtener información de los miembros de la familia o de otras fuentes para evaluar los antecedentes de la pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

2.3.4.1.2. Bulimia Nerviosa. La OMS (1992) considera que la Bulimia Nerviosa (BN) es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de comer en exceso y una preocupación excesiva por el control del peso corporal, llevando al paciente a adoptar medidas extremas para mitigar los efectos de engordar. Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la anorexia nerviosa, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporales. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico y a complicaciones somáticas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio temprano de anorexia nerviosa, con un intervalo comprendido entre pocos meses y varios años.

Para un diagnóstico definitivo, se requieren los siguientes criterios:

a) Hay una preocupación persistente por la comida y un deseo irresistible de comer El paciente sucumbe a episodios de comer en exceso en los que se consumen grandes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo.

b) El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso por una o más de las siguientes estrategias: vómitos autoinducidos, abuso purgativo, períodos alternos de inanición, uso de fármacos tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas o diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos pueden optar por descuidar su tratamiento con insulina.

c) La psicopatología consiste en un temor mórbido a engordar y el paciente se fija de forma estricta un umbral de peso muy por debajo del peso premórbido que constituye el peso óptimo o saludable. Hay a menudo, pero no siempre, una historia de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo entre los dos desórdenes de algunos meses a varios años. Este episodio anterior puede haberse dado de forma explícita o haberse dado de forma camuflada, con una pérdida moderada de peso y/o una fase transitoria de amenorrea.

La CIE-11 refiere que la BN se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones (por ejemplo, una vez a la semana o más durante un período de al menos un mes). Señala que un episodio de comer en exceso es un período de tiempo distinto durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la comida, notablemente más o de manera diferente de lo habitual, y se siente incapaz de dejar de comer o limitar el tipo o la cantidad de comida que se come. Añaden que comer en exceso está acompañado por repetidos comportamientos compensatorios inapropiados dirigidos a prevenir el aumento de peso (por ejemplo, vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes o enemas, ejercicio extenuante). Refieren que en estas condiciones, el individuo está preocupado por la forma del cuerpo o el peso, lo que influye fuertemente en la autoevaluación. Asimismo, indican que el individuo no tiene un peso excesivo significativo y, por lo tanto, no cumple con los requisitos de diagnóstico de la AN.

En tanto que el DSM-V (APA, 2014) los criterios para diagnosticar este trastorno son:

> A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1) Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas; y 2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
>
> B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, 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 anorexia nerviosa.

2.3.4.2. Características físicas y psicológicas en pacientes con TCA. Respecto a las características físicas, Yager & Andersen (2008) refieren que las pacientes con AN presentan cabello débil y lanugo (vello muy fino), particularmente en la cara, el cuello, los brazos, la espalda y las piernas. Los hallazgos dermatológicos en BN, aunque por lo general menos pronunciados, pueden incluir el "signo de Russell", que consiste en un engrosamiento o cicatrización de la parte posterior de la mano causada por presionar los dedos contra los dientes mientras se inducen el vómito. También se ha observado marcas en la piel producto de conductas autolesivas en pacientes con AN o BN. Estas conductas pueden ser manifiestos o encubiertos, pequeños o grandes, agudos o crónicos e involucrar cualquier parte del cuerpo.

Mehler, Birmingham, Crow & Jahraus (2010) refieren problemas gastrointestinales como hinchazón abdominal, estreñimiento, erosión del esmalte dental y sensibilidad de los dientes a las temperaturas frías y calientes (en pacientes que se producen vómitos), anomalías cardíacas, complicaciones renales, sistema endocrino alterado con concomitantes en el sistema reproductivo, anomalías tiroideas, presencia de osteoporosis y osteopenia en pacientes con AN.

Gary, Campbell-Ruggaard, Goodheart, & Clopton (2012) refieren que además de los cambios severos de peso, las personas AN pueden experimentar alteraciones de líquidos y electrolitos, así como problemas cardiovasculares, anomalías gastrointestinales, problemas endocrinos, anomalías del sistema nervioso central y otras anomalías. Por su parte, Robert-McComb & McCullough, (2012) concluyen que debido a patrones de alimentación

fluctuantes, las pacientes con BN tienden a presentar riesgo de desarrollar problemas de salud cardiovascular, como enfermedad de las arterias coronarias, hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción hormonal, trastornos menstruales e infertilidad; desequilibrios electrolíticos y anomalías gastrointestinales.

Por su puesto, las características físicas señaladas tienen un efecto en aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y sociales de las pacientes con TCA. En los siguientes párrafos, se presenta una síntesis de estas características psicológicas, basándose para ello en los aportes de Keel (2017), Noordenbos (2013) y Raich (2011).

Así, a nivel conductual, personas con TCA suelen restringir sus alimentados, saltándose alguna de las comidas principales durante el día o realizando ayunas durante un tiempo prolongado. La realización excesiva de ejercicios también es una actividad frecuente en las pacientes, correr o caminar con prendas abrigadas a fin de sudar y bajar de peso. El provocarse vómitos, usar laxantes y diuréticos en abundancia persigue también aquel propósito. También suele haber periodos de ingesta excesiva de alimentos, sobre todo dulces y carbohidratos, posterior a periodos de ayuno prolongado.

Durante la ingesta de alimentos, suelen presentar una serie de comportamientos que incluyen trozar los alimentos en pedazos pequeños, esparcir la comida en el plato, seleccionar alimentos con los cubiertos, tomar abundante agua antes de comer, medir sus raciones, contar las calorías de los alimentos, dejar comida en el plato argumentando que se sienten llenas o tienen malestar. Esconder alimentos en sus bolsillos, mangas o cualquier parte de su vestimenta para que los familiares no se den cuenta es otra conducta observada con frecuencia.

En la dimensión afectiva, se presentan sentimientos depresivos, ansiedad y tensión antes, durante y después de la alimentación, cambios bruscos en su estado de ánimo, con predominio de enfado, irritabilidad e frustración sobre todo cuando se menciona su físico o los alimentos. También suele haber Los

sentimientos de culpa luego de haber comido o la vergüenza frente a sus cuerpos son sentimientos que también se presentan en este grupo de personas.

Los procesos cognitivos de las pacientes con TCA comprenden alteración de atención y concentración hacia actividades diferentes al cuerpo y alimentos, disminución de la memora de trabajo, pensamientos obsesivos, distorsiones cognitivas (p. e. pensamientos polarizados, sobregeneralización, filtraje y falacia de control) y creencias centrales desadaptativas.

Respecto a su imagen personal y sí mismo, se ha observado conductas de mirarse al espejo y pesarse de forma constante, comentarios frecuentes descalificadores y despectivos sobre su cuerpo, (p. e. “estoy gorda”, “mi cuerpo está flácido”, “me veo mal”), su eficacia y valoración (p. e. “soy una tonta”, “soy mala persona”, “soy una fracasada”). Con el paso del tiempo, descuidan de su aseo e imagen personal, abandonan sus intereses personales (estudios, trabajo, pasatiempos) y pierden sus intereses personales. La dimensión social también se ve afectada y suele ser frecuente evitación de reuniones familiares y amicales, aislándose paulatinamente.

Es importante señalar que en la AN severa, la emaciación del paciente suele ser un indicador importante para su diagnóstico. Sin embargo, muchos pacientes con AN tratan de ocultar su bajo peso. Las estrategias comunes incluyen usar pantalones grandes y suéteres para enmascarar su delgadez, llevar objetos ocultos en su ropa y/o beber agua para sentirse llenas. Los pacientes con BN también pueden ocultar sus síntomas de los profesionales de la salud y puede ser muy difícil de diagnosticar debido a la falta de cambios manifiestos en la apariencia física. Por tanto, es importante para los profesionales del sistema de salud público y privado identificar las características y manifestaciones físicas y psicológicas de los TCA.

2.3.4.3. Factores de riesgo para el inicio y/o mantenimiento del TCA.

Un primer grupo de factores de riesgo reportado por la literatura son los relacionados con la genética (Mitchison & Hay, 2014; Yilmaz, Hardaway & Bulik, 2015). En una revisión teórica, Trace, Baker, Peñas-Lledó & Bulik (2013) concluyen que las investigaciones al respecto revelan que los factores genéticos aditivos representan aproximadamente del 40% al 60% de la responsabilidad de AN, BN y trastorno por atracón (BED), aunque claramente no actúan solos.

También el sobrepeso y obesidad durante la infancia y adolescencia, y los cambios corporales en la pubertad, son variables asociadas con la realización de conductas de riesgo para TCA (Lebow, Sim, & Kransdorf, 2015; Negrete, Penelo, Espinoza, & Raich, 2019).

La interacción de factores biológicos y experienciales suelen reportarse en estudios a fin de conocer los mecanismos de asociación que pudieran explicar el inicio de TCA. Por ejemplo, Friederich et al. (2013) realizaron una revisión de la literatura que destaca el estado actual de la imagen cerebral en los trastornos alimentarios relacionados con el modelo de ansiedad y miedo patológico de aprendizaje de la anorexia nerviosa (AN) y el modelo de impulsividad del atracón en la bulimia nerviosa (BN). Encontraron que la ansiedad y el aprendizaje patológico del miedo pueden conducir a patrones condicionados de estímulo-respuesta neuronal a los estímulos alimentarios y a una mayor rigidez cognitiva, lo que podría explicar la evitación fóbica de la ingesta de alimentos en pacientes con AN aguda. Los pacientes con BN pueden comer compulsivamente para compensar un sistema de recompensas hipo-sensible. La alteración de la activación cerebral en la red de control inhibitorio puede facilitar la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos en los pacientes con BN.

Se ha documentado también la influencia que tienen los factores socioculturales en este tipo de trastornos (Keel, 2017). Así por ejemplo se indagó la presión cultural del modelo femenino de la delgadez a través de sus

distintos agentes socializantes (Alvarenga & Dunker, 2014; Rodríguez-Fernández & Goñi, 2012; Rohde, Stice & Marti; 2015).

El grupo familiar y los procesos que ocurren a su interior también fueron identificados en varios estudios. Así, algunos estudios señalan el papel relevante que tiene la funcionalidad de la familia como factor de riesgo para el inicio de TCA (Dring, 2015; Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, & Halley 2013), niveles de cohesión y flexibilidad (Fernández-Ruiz, Masjuan, Costa-Ball, & Cracco, 2015), prácticas de crianza inadecuadas (Rivera, Andrade, Rivera, & Unikel, 2018) y entornos familiares invalidantes en la infancia (Ford, Waller, & Mountford, 2011)

Las variables relacionadas con el comportamiento alimentario y peso también fueron asociadas con el inicio de TCA. Así, se reporta aumento de peso y deseos de adelgazar (Smart & Tsong, 2014); dieta restrictiva (Rohde et al. 2015) y cuidado de la apariencia física, reducir peso y obtener el cuerpo perfecto (Matos, Ferreira, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015).

Entre los factores psicológicos desatacan tendencias perfeccionistas (Behar, Gramegna & Arancibia, 2014; Rutsztein, Scappatura & Murawski, 2014); baja autoestima (Cruzat et al., 2014; Fairburn, 2008; Rutsztein et al., 2014); dificultades para regulación emociones de manera efectiva (Ben-Porath, Federici, Wisniewski, & Warren, 2014; Guarín et al. 2017; Mallorquí-Bagué et al. 2018; Racine & Wildes, 2015); déficit en habilidades sociales (Patel, Tchanturia & Harrison, 2016; Westwood, Lawrence, Fleming & Tchanturia, 2016); problemas de identidad (Amianto, Northoff, Abbate-Daga, Fassino, & Tasca, 2016; Oldershaw, Startup, & Lavender, 2019; Verschueren et al., 2017); pensamientos, esquemas y/o metacogniciones disfuncionales (Munro, Randell, & Lawrie, 2017; Olstad, Solem, Hjemdal, & Hagen, 2015); alta sensibilidad al rechazo social y baja sensibilidad a las recompensas sociales (Cardi, Matteo, Corfield, & Treasure, 2013).

Especial atención merece la variable insatisfacción corporal, pues ha sido señalada como un factor de riesgo en diversos estudios (Amaya-Hernández,

Alvarez-Rayón, Ortega-Luyando & Mancilla-Díaz, 2017; Berengüí, Castejón, & Torregrosa, 2016; Forsén Mantilla, Bergsten, & Birgegård, 2014; Stofeles, Castro, Gouveia, Miranda, & Eloiza, 2017). Así por ejemplo, Rohde et al. (2015) realizaron un estudio prospectivo con 496 adolescentes para identificar aquellos factores que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Entre otros resultados, encontraron que la insatisfacción corporal elevada a las edades de 13, 14, 15 y 16 predijo el comienzo de los trastornos alimentarios del DSM-5 en el período de 4 años después de cada evaluación, pero los efectos predictivos de otros factores de riesgo se limitaron en gran medida a los 14 años.

En otro estudio, Boone, Braet, Vandereycken & Claes (2013) encontraron que en las pacientes con TCA estudiadas, las preocupaciones de su imagen corporal estaban positivamente relacionadas con el perfeccionismo estándares personales (PS) y perfeccionismo preocupaciones evaluativas (CE), así como con los cinco dominios de esquemas maladaptativos tempranos. El perfeccionismo PS se asoció positivamente con los dominios desconexión, orientación hacia los demás y sobrevigilancia. El perfeccionismo CE estuvo positivamente relacionado con la desconexión, autonomía alterada, orientación hacia los demás y sobrevigilancia. Por otra parte, el perfeccionismo CE constituye un mediador significativo en la relación entre los dominios deterioro de la autonomía y sobrevigilancia y las preocupaciones de la imagen corporal.

Respecto a los factores de mantenimiento, es importante señalar que muchos de los factores de riesgo para el inicio de los TCA mencionados en los párrafos previos pueden perpetuar el desorden, claro está de no abordarse durante el curso de enfermedad y tratamiento. Así también, la literatura al respecto identifica otras variables que deben tomarse en cuenta para su comprensión e intervención. Por ejemplo Calvo (2011), refiere que el mantenimiento de los síntomas se da a través de un potente autorrefuerzo cognitivo de sentido de auto-control y competencia derivado del éxito en controlar su cuerpo. Los esfuerzos tan extraordinarios que la paciente anoréxica hace para controlar su apetito, o la persistencia de las conductas purgativas de la paciente

bulímica les proporcionan un sentido de dominio en el contexto de unos sentimientos permanentes de incompetencia. De esta manera el control o pérdida de peso llega a ser el referente esencial de su auto-evaluación.

Otras variables de interés al respecto son la habituación de las conductas problemas (Coniglio et al., 2017; Steinglass et al., 2018; Walsh, 2013), esquema disfuncional de autoevaluación, pensamientos desadaptativos y distorsiones cognitivas (Fairburn, 2008); distorsión de la imagen corporal (Eshkevari, Rieger, Longo, Haggard, & Treasure, 2014; Marco, Perpiñá, & Botella, 2014); vivenciar el desorden como parte fundamental de su identidad o sentido de sí mismas (Jenkins & Ogden 2012; Higbed & Fox, 2010; Oldershaw et al., 2019; Williams et al., 2016), esto último relacionada a la naturaleza egosintónica de los TCA (Gregertsen, Mandy, & Serpell, 2017) y dificultades en las relaciones interpersonales (Fairburn, 2008).

2.3.4.4. Modelos teóricos de los TCA. Como muchos de los problemas de salud mental, los TCA conforman un desorden complejo que involucra una serie de factores que interactúan entre sí. En un esfuerzo por comprender el trastorno, muchos de los estudiosos sobre el tema elaboran modelos para organizar los constructos implicados. En este contexto, la siguiente sección se elaboró tomando en consideración el aporte de Pennesi & Wade (2015). Estos autores realizaron una revisión de la literatura de aquellos modelos que de forma específica teorizaron sobre los TCA y cumplieron algunos criterios que respaldaban la rigurosidad de los modelos. Estos criterios fueron: 1) haber sido publicadas en una revista evaluada por pares, o en un libro escrito o editado sobre TCA, lo cual garantizaba la rigurosidad del aporte; 2) hacían referencia a la etiología y/o desarrollo del TCA; 3) describían o hacían referencia a modelos que podrían probarse, lo cual implicaba que en su formulación contemplaban no más de seis variables con sus definiciones conceptuales y operacionales; y 4) referían modelos que fueron investigados de forma independiente por otros investigadores diferentes del equipo original, o se probó su eficacia y efectividad.

Luego de un proceso riguroso de selección, los autores consideraron que solo diez modelos cumplieron con los criterios descritos y por tanto, los planteamientos de tales modelos habían progresado hacia el desarrollo de intervenciones basándose en sus planteamientos teóricos. Tomando en cuenta estos aspectos, a continuación se describen de forma breve solo aquellos modelos que hacen referencia a la AN, BN o ambas, congruente con las características de las participantes del presente estudio.

2.3.4.4.1. Modelo cognitivo para la bulimia nerviosa. Este modelo fue planteado por Cooper, Todd & Wells (2009). Lo autores postulan que hay diferentes tipos de creencias que interactúan en el desarrollo y mantenimiento de BN. Identifican las auto-creencias negativas generales y creencias instrumentales o metacogniciones. Los autores señalan que en BN, estas creencias o metacogniciones instrumentales incluyen creencias negativas y positivas sobre la alimentación y los procesos cognitivos relacionados con la alimentación. Así por ejemplo, según los autores, la creencia de que el atracón es incontrolable conduce a intentos fallidos o contraproducentes de controlar la alimentación, lo que contribuye a la persistencia de los atracones. Por su lado, la preocupación por la comida, el peso y el cuerpo aumenta los pensamientos negativos, lo que los hace más intrusivos y más difíciles de ignorar.

Las conductas problemáticas de la BN, tales como el atracón y las purgas, se activarían por contextos particulares o condiciones de configuración (relacionadas con el peso, la forma y alimentación; diferentes estados fisiológicos; y relacionadas con situaciones sociales o problemas interpersonales). A decir de los autores, una condición de configuración activa una o más de las creencias negativas del paciente. Estas creencias se expresan como pensamientos automáticos negativos, y su activación generalmente crea una angustia emocional considerable. Para aliviar este malestar es que se recurre a las conductas problemas.

2.3.4.4.2. Modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal de la anorexia nerviosa. Schmidt & Treasure (2006) plantean que en la AN, durante las primeras etapas del trastorno, la restricción dietética se mantiene a nivel personal mediante el refuerzo positivo de una mejora temporal en el estado de ánimo y el bienestar, lo cual facilitan la formación de creencias positiva sobre la utilidad de la autoinanición, crea una sensación de dominio, pues se tiene el control sobre el cuerpo y de su vida.

En el estado de hambre crónica, la posibilidad de tener que comer se convierte en una amenaza asociada con consecuencias aversivas. Comer algo que no sea un "alimento seguro" o simplemente comer, es interpretado por la persona como un error y un fracaso, que causa emociones negativas extremas en las pacientes con AN, que tienen un fuerte impulso a la perfección y el terror de cometer errores. Comer, por lo tanto, se convierte en una amenaza para el equilibrio emocional y físico. Sin embargo, en el estado de hambre, los deseos de comer son imperiosos para la paciente, lo que produce emociones disfóricas. Esta intensa preocupación por la comida y la alimentación aunque aversiva, representa a su vez la necesidad de mantenerse alerta y no ceder al impulso de comer. En este contexto, se desarrollan fuertes creencias pro-anoréxicas, las cuales vinculan la AN y la capacidad de manejar las emociones desagradables. Todos estos aspectos constituyen en el modelo mecanismos intrapersonales.

Los autores afirman que también hay mecanismos interpersonales que mantienen el problema. Así indican que en un comienzo del problema, el grupo social, principalmente los pares, realizan comentarios favorables respecto a la pérdida de peso, lo cual representa un reforzador positivo. Además se genera creencias acerca de ser atractivo, especial o más seguro con el trastorno. Posteriormente, cuando el problema hace estragos en la paciente, personas cercanas expresan su preocupación hacia ella y obtienen cuidado, atención y afecto, creándose más creencias pro-anorexia.

El modelo señala además que la cercanía con los demás se percibe como progresivamente peligrosa y amenazadora, ya que se asocia cada vez más

con el riesgo de estar expuesto a conflictos, críticas y emociones negativas, y la naturaleza segura y confiable de la AN se vuelve más valorada. Se reduce la amenaza a través de la evitación y se fomenta la evitación experiencial.

En un estudio posterior, Treasure & Schmidt (2013) proporcionan evidencias en la literatura que respaldan el modelo planteado. Como se aprecia, tanto las dimensiones intrapersonales como interpersonales serían factores que mantienen el comportamiento de la AN.

2.3.4.4.3. Modelo de doble vía para la bulimia nerviosa. En un estudio longitudinal con adolescentes, Stice & Agras (1998) encontraron que la mayor presión social percibida para ser delgado, la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, la dieta y el efecto negativo, predijeron el inicio de la alimentación compulsiva y las conductas compensatorias característicos de la BN. Posteriormente Stice (2001), tomando en cuenta estos factores, desarrolla el modelo que explica cómo factores de riesgo sociales interactúan con factores psicológicos para el desarrollo de los síntomas de la BN.

Según Stice (2001), la internalización del ideal de delgadez que persiguen muchas mujeres contribuye a que experimenten insatisfacción corporal, dado que alcanzar tal ideal resulta casi imposible. Plantean también que la presión social y cultural para ser delgada (ya sea por familiares, compañeros y medios de comunicación), transmiten mensajes repetidos de que uno no es lo suficientemente delgado y ello probablemente promueven el descontento con el cuerpo, fomentando nuevamente insatisfacción corporal. Este aumento de la insatisfacción corporal posiblemente fomenta la dieta y el afecto negativo (emociones desagradables), que en consecuencia aumentan el riesgo para la patología bulímica. El autor enfatiza que la insatisfacción corporal conduce a una dieta debido a la creencia de que esta es una técnica efectiva para controlar el peso. La insatisfacción corporal también puede contribuir al afecto negativo porque la apariencia es una dimensión que es muy valorada por las mujeres en el contexto cultural contemporáneo. A su vez, la dieta también fomenta emociones desagradables, ya sea cuando se cumplen, pues genera

un impacto de la privación calórica en el estado de ánimo; o cuando se falla en su realización, dado que se asocian con los esfuerzos de control de peso.

Tanto la realización de dietas como el afecto negativo generarían las conductas bulímicas por medio de los siguientes mecanismos. Por un lado, la realización de dietas incrementa la probabilidad de que los individuos pueden comer en exceso para contrarrestar los efectos de la privación calórica. Además, el hacer dietas puede promover el atracón porque romper las reglas estrictas de la dieta puede resultar en una alimentación desinhibida. Por su lado, el afecto negativo podría fomentar los síntomas bulímicos porque se cree comúnmente que comer proporciona comodidad y distracción de las emociones negativas. Concluye el autor diciendo que el modelo postula que los individuos pueden iniciar un comportamiento bulímico debido a una dieta extrema o un efecto negativo crónico o una combinación de estos factores.

2.3.4.4.4. Modelo de evitación emocional en anorexia nerviosa. Wildes, Ringham & Marcus (2010) elaboraron un estudio con 77 mujeres con AN a fin de indagar la evitación de la emoción en pacientes con anorexia nerviosa y examinar si la evitación de la emoción ayuda a explicar la relación entre los síntomas depresivos y de ansiedad y la psicopatología del desorden. Para ello, los autores definieron la evitación emocional como el deseo de evitar experimentar o expresar sensaciones físicas, pensamientos, impulsos y comportamientos relacionados con estados emocionales intensos. Asimismo, a través de la revisión de la literatura al respecto, los autores afirman que el enfoque mental exclusivo sobre la comida y la alimentación que caracteriza a la AN se asocia con que las emociones se vuelven menos importantes, señalando que muchas personas con AN informan sentirse adormecidas emocionalmente.

Los autores teorizaron que la psicopatología de los trastornos alimentarios puede servir para ayudar a las personas con AN a sobrellevar o regular los síntomas de ansiedad y depresión comórbidos, y que este vínculo funcional entre los síntomas de los trastornos emocionales y los síntomas de los trastornos alimentarios se debe, en parte, a la evitación emocional. Se

considera que tanto los comportamientos alimentarios desordenados (p. e. restricción dietética extrema, atracones o purga), como los pensamientos sobre sobre la alimentación, el peso y la forma corporal, pueden facilitan la evitación de emociones en pacientes con AN.

Sus hallazgos respaldaron las hipótesis planteadas, concluyendo que la evitación de emociones es relevante para las personas con AN, pues encontraron que los pacientes con AN obtuvieron niveles de evitación de emociones similares o superiores a los informados por individuos con trastorno de personalidad evitativo y fobia social, superando al grupo de comparación (controles sin AN). Asimismo encontraron que los síntomas depresivos y de ansiedad producen mayores niveles de evitación emocional en pacientes con AN, lo que, a su vez, conduce a una mayor severidad de la psicopatología del trastorno de la alimentación como un medio para regular emociones aversivas. Respecto al papel mediador de la evitación de emociones, hallaron que esta variable explicó en parte las relaciones entre los síntomas depresivos y de ansiedad y la gravedad de la psicopatología de los trastornos alimentarios. En consecuencia, según los autores, los síntomas anoréxicos funcionan, en parte, para ayudar a las personas a evitar estados emocionales aversivos.

Cabe recalcar que el modelo planteado por los autores continúa desarrollándose y planteando propuestas de intervención en función a las variables estudiadas, enfatizando el entrenamiento en habilidades para disminuir la evitación emocional. Dichas propuestas se condensan en la terapia de comportamiento de aceptación de la emoción para la anorexia nerviosa (Wildes, Marcus, & McCabe, 2015).

2.3.4.4.5. Modelo transdiagnóstico para trastornos de la conducta alimentaria. El modelo transdiagnóstico para trastornos alimentarios (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) constituye una teoría que explica los procesos psicopatológicos para la persistencia de toda la gama de trastornos alimentarios graves; en otras palabras, explica el mantenimiento del desorden. El modelo tuvo como base desarrollos teóricos y de tratamiento

anteriores para la BN. Básicamente dichos postulados indicaban que el mantenimiento de la BN se da porque la paciente tiene un sistema disfuncional para evaluar la autoestima, juzgando su valor personal en función de sus hábitos alimenticios, forma y/o peso, así como su capacidad para controlarlos, a diferencia del resto de personas que se evalúan a sí mismas en función de su desempeño en una variedad de dominios de la vida.

Para los autores, esta sobreevaluación de la alimentación, la forma y el peso y su control son primordiales para mantener el desorden, lo cual representa la psicopatología central de la BN, pues producen las demás características clínicas como son los intentos persistentes de restringir la ingesta de alimentos, vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes y diuréticos, actividad física excesiva, diversas formas de control, evitación del cuerpo, preocupación o pensamientos constantes sobre el peso, alimentos y figura corporal. Posteriormente los autores refieren que en ciertos pacientes uno o más de cuatro procesos de mantenimiento adicionales interactúan con los mecanismos de mantenimiento del trastorno alimentario central que pueden representar un obstáculo para el cambio. A decir de los autores, estos procesos son perfeccionismo severo o clínico, baja autoestima incondicional y generalizada, dificultad para sobrellevar estados de ánimo intensos y dificultades interpersonales.

Según este modelo, los TCA comparten la misma psicopatología distintiva, y los pacientes tienden a moverse entre los tipos de TCA a lo largo del tiempo de enfermedad. Dado esas características, refieren que los procesos o mecanismos mencionados en párrafos anteriores están involucrados en la persistencia de todos los tipos de TCA. A partir de dichas postulaciones teóricas y las evidencias encontradas en diferentes contextos que las respaldan, Fairnbun (2008) propone la terapia cognitiva conductual mejorada para los TCA, encontrándose evidencias empíricas de su efectividad (Grave, Calugi, Doll, & Fairburn, 2013; Grave, Calugi, Sartirana, & Fairburn, 2015; Fairburn et al., 2015).

A juicio del autor, los modelos expuestos hacen el mejor esfuerzo para explicar tanto el desarrollo como mantenimiento de la AN o BN. Algunos de ellos enfatizan variables interpersonales (Schmidt & Treasure, 2006), otros factores intrapersonales como creencias y pensamientos (Cooper et al., 2009), procesos valorativos de la autoestima (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003) o evitación de emociones (Wildes et al., 2010; Wildes et al., 2015); y también se considera relevante la influencia de factores socioculturales en procesos psicológicos (Stice, 2001). Incluso así, todos los modelos coinciden en la naturaleza multifactorial de los TCA.

Asimismo, puede deducirse que los modelos expuestos se sustentan en un enfoque epistemológico cognitivo y conductual. Si bien en algunos se menciona procesos interpretativos, estos no adquieren un papel fundamental en sus propuestas. Aparentemente, según los modelos revisados, la formación de creencias y otros procesos psicológicos son consecuencia de variables interpersonales o socioculturales. Como se mencionó en el párrafo anterior, no hay duda de la influencia que representan tales factores, pero no se toma en cuenta la relevancia de los *proyectos personales o intencionales* de la persona para el desarrollo de tales creencias o comportamientos, que representan en última instancia ejemplos de atribución de significados a eventos tanto objetivos como subjetivos. En congruencia con los puntos señalados, tampoco se explica cómo surgieron tales creencias en el marco referencial o contexto particular de las pacientes.

Por cuanto sea mencionado, el presente estudio no se adscribe a ninguno de los modelos propuestos, lo cual no significa que sus planteamientos no sean útiles ni válidos. Por el contrario, tanto por las evidencias empíricas encontradas de tales modelos como por su congruencia interna y parsimonia, se cree que los modelos expuestos representan propuestas viables para comprender los TCA. Como se desarrolló en secciones anteriores, la presente investigación se sustenta en una epistemología constructivista y como tal se planteará un modelo alternativo para comprender la funcionalidad que tienen los TCA para las pacientes, poniendo énfasis en constructos como atribución de significados, proyectos personales, contexto individual.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1. Enfoque y diseño de investigación

El estudio planteado es una investigación empírica con metodología cualitativa según la clasificación de Montero y León (2007), pues se asumen supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos interpretativo constructivista. Así, las estrategias, procedimientos y técnicas se orientan a indagar atributos y cualidades de un grupo de personas y la obtención de conocimiento científico será posible a partir de la interacción entre investigador y las vivencias y perspectiva de mujeres con TCA.

Asimismo, el estudio se plantea desde la tradición de la *teoría fundamentada* (Glaser & Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002), en su versión constructivista denominada también *teoría fundamentada constructivista* (Charmaz, 2006). El uso de la teoría fundamentada constructivista ha sido sugerido para crear una teoría comprensiva sobre un fenómeno en particular y es pertinente para indagar procesos relacionados con la salud mental (Chamberlain, 1999). Además, la presente investigación se orienta a indagar procesos psicológicos de atribución de significados que posiblemente tendrán influencia en otros procesos (afectivos, motivacionales, recuperación, etc.), elaborándose modelos teóricos comprensivos del fenómeno bajo estudio. Estos modelos se crean con base a la información brindada por los participantes, la misma que contiene los significados y acciones construidos por ellas en situaciones

específicas, experiencias compartidas y relaciones del investigador con las participantes.

Es importante señalar, siguiendo a Charmaz & Henwood (2017) que el método de teoría fundamentada se ha convertido en un método de investigación cualitativa para diversas disciplinas científicas, incluida la psicología clínica. En este sentido, los autores refieren que este método es particularmente útil para los psicólogos cualitativos que estudian temas como el yo, la identidad y el significado, pues propicia estrategias pertinentes para desarrollar análisis teóricos de datos psicológicos provenientes de observaciones, entrevistas en profundidad e incluso documentos personales. La adopción de este método también se corrobora en la inclusión de capítulos sobre teoría fundamentada en manuales y textos de investigación cualitativa en psicología (por ejemplo, Frost, 2011; Mertens, 2010; Howitt, 2016; Willig, 2013). Asimismo, la teoría fundamentada ha ganado popularidad como un método dentro de la investigación de salud mental y se usa para analizar los relatos de aquellos individuos y grupos que pudieran ser estigmatizados por presentar algún problema de salud mental, como es el caso de mujeres con TCA (Tweed & Charmaz, 2012).

3.2. Participantes

Se seleccionó a las pacientes de acuerdo con criterios no probabilísticos, concretamente casos tipo (Flick, 2015), congruente con el enfoque de estudio. Respecto al número de participantes, se tomó en consideración el poder de información (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016), el cual considera aspectos diferentes a la cantidad, tales como objetivo del estudio, especificidad de la muestra y calidad del diálogo. Se determinó como criterios de inclusión que las pacientes sean adolescentes y jóvenes entre 13 a 29 años, usuarias del programa de tratamiento residencial en una clínica privada en la ciudad de Lima, tengan un diagnóstico de TCA tipo AN o BN, tiempo en

el programa de tratamiento mínimo de un mes, exprese su participación voluntaria en el estudio y que no se encontraran bajo el efecto de algún medicamento o estado de salud crítico que pudiera haber disminuido sus funciones cognitivas. De esta forma, las colaboradoras fueron en total 16 mujeres diagnosticadas con TCA, 10 con AN y 6 con BN, según los criterios diagnósticos del manual de OMS (1992), de diferente nivel socioeconómico y usuarias del programa de tratamiento referido líneas arriba.

La edad promedio del grupo fue 18.9 años (DE=4.7), siendo la edad mínima 13 años y la mayor 27 años. Del total de pacientes, 7 tienen menos de 18 años (6 con AN y 1 con BN) y 9 son mayores de edad (4 con AN y 5 con BN). El tiempo de enfermedad promedio fue 4.1 años (DE=2.8) y tiempo de tratamiento promedio fue 7.4 meses (DE=3.6). La mitad de las pacientes procede de departamentos fuera de Lima y la otra mitad proviene de Lima ciudad. Respecto al nivel de instrucción, 3 de las participantes pudieron terminar su secundaria, 6 no lo hicieron, 3 terminaron estudios superiores técnicos y 4 tienen estudios superiores universitarios incompletos. El estado nutricional de las pacientes para su talla y edad indica que 7 de ellas presentan delgadez severa, 4 tiene delgadez moderada y 5 está en un peso normal. En relación a los trastornos mentales comórbidos registrados en su historia clínica, en la mitad de ellas indicaba episodios depresivos ya sea leve (4 pacientes) o moderado (5 pacientes), 3 registraban trastornos obsesivos compulsivos y 4 consignaban trastorno límite de personalidad. En la Tabla 1 se detallas las características comentadas.

Tabla 1. Características de los participantes

Paciente	Edad (años)	Lugar de procedencia	Nivel de instrucción	Tiempo del desorden (años)	Tiempo de tratamiento (meses)	Estado nutricional	Tipo TCA	Comorbilidad*
P1	19	Lima	Superior universitaria	3	9	Normopeso	BN	TLP
P2	18	Lima	Superior técnica	4	7	Delgadez severa	AN	EDL
P3	15	Arequipa	Secundaria incompleta	2	9	Delgadez severa	AN	EDM
P4	20	Ayacucho	Secundaria completa	4	2	Delgadez severa	BN	TLP
P5	14	Lima	Secundaria incompleta	1	12	Delgadez severa	AN	TOC
P6	14	Ayacucho	Secundaria incompleta	2	12	Delgadez severa	BN	EDL
P7	22	Lima	Superior universitaria	6	11	Delgadez moderada	AN	EDM
P8	24	Lima	Secundaria completa	7	10	Normopeso	BN	TLP
P9	13	Lima	Secundaria incompleta	1	4	Delgadez severa	AN	EDM
P10	15	Amazonas	Secundaria incompleta	1.5	3	Delgadez severa	AN	EDM
P11	13	Madre de Dios	Secundaria incompleta	2	4	Delgadez moderada	AN	EDL
P12	17	Cusco	Secundaria completa	1.5	10	Delgadez moderada	AN	TOC
P13	27	Lima	Superior técnica	10	4	Normopeso	BN	EDL
P14	24	Arequipa	Superior universitaria	8	1	Normopeso	BN	TLP
P15	25	Piura	Superior técnica	6	10	Normopeso	AN	EDM
P16	25	Lima	Superior universitaria	7	10	Delgadez moderada	AN	TOC

**TLP: Trastorno límite de personalidad; EDL: Episodio depresivo leve; EDM: Episodio depresivo moderado; TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. N=16*

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas usadas para obtener información fueron la entrevista individual, grupo focal y documentos personales. Todos los datos se registrarán mediante grabador de sonido digital y/o notas de campo.

La entrevista individual se utilizó en su modalidad semi estructurada (Brinkmann, 2018). Se escogió esta técnica porque a través de ella se puede profundizar en las narraciones que hacen las pacientes sobre un tema de interés. Además, la cercanía de la técnica permite un diálogo horizontal entre participante e investigador que facilita in interacción y construcción de conocimiento (Kvale, 2011). Para ello, se usó como instrumento una guía de entrevista, la cual contempla información sobre las características sociodemográficas de las pacientes y seis preguntas temáticas sobre el tema: motivos de internamiento, proceso de desarrollo del desorden, atribuciones para el inicio y mantenimiento de los TCA, significados atribuidos a los TCA, ventajas de haber desarrollado un TCA, desventajas percibidas en sus vidas del TCA (Anexo 1). Las herramientas de registro de información consistieron en grabador digital de audio, cuaderno de campo y lapicero.

Asimismo, se consideró pertinente el empleo del grupo focal para que las pacientes puedan compartir entre sí vivencias, sentimientos, pensamientos, deseos y expectativas sobre el tema de investigación, fomentando una mayor interacción entre ellas. Además, esta técnica es similar en cuanto a su organización y funcionamiento a las terapias grupales que realizan las pacientes en su trabajo diario dentro de su programa de tratamiento. De esta manera, este recurso le resultó familiar a las colaboradoras y facilitó la expresión espontánea de sus vivencias sobre el tema. Para su ejecución, se usó la misma guía temática empleada en la entrevista individual, con algunas modificaciones en aspectos formales (por ejemplo, gramática en plural, espacios para escribir el nombre de las pacientes, etc.) (Anexo 2). Como herramientas de registro, se usó grabador digital de audio, cámara fotográfica, cuaderno de campo y lapicero.

Es importante señalar que, para identificar los significados atribuidos a los TCA en el marco de su desarrollo y mantenimiento, no fue necesario hacer la pregunta de forma explícita. Esto fue así porque los procesos de asignación de significado son fenómenos que se construyen de forma continua. Es decir, mientras las pacientes narraban sus vivencias, asignaban significados a sus conductas, pensamientos, emociones, a sus familiares, amistades, al contexto relatado y a sí mismas.

Respecto a las propiedades de rigurosidad de las técnicas, es importante señalar que la entrevista cualitativa, como técnica de recolección de datos, tiene como objetivo asegurar que los participantes sean libres de cuestionar y, si es necesario, corregir las suposiciones del investigador sobre los significados investigados, plasmados en las preguntas de la guía de entrevista durante el mismo proceso de recolección de datos (Kvale, 2011). Asimismo, la información recolectada tuvo lugar en el entorno de las pacientes, esto es en la clínica particular donde recibían tratamiento residencial, lo que significa que dicho estudio tiene presente validez ecológica (Willig, 2013).

Por otro lado, se emplearon dos tipos de documentos personales: *historia clínica y cartas*. Mediante las *historias clínicas* se recabaron información como datos sociodemográficos y personales; características relacionados al inicio y curso del desorden; atributos respecto al inicio de tratamiento en la institución; diagnósticos específicos del TCA, presencia de comorbilidad y estado mental de las pacientes. Las cartas o misivas aportaron información específica sobre el tema de investigación. Así, se solicitó a las usuarias que elaboraran dos cartas dirigidas a sus respectivos TCA (anorexia y/o bulimia nerviosa). Una como si se dirigieran a su mejor amiga y la otra como si fuera su peor enemiga (Anexo 3). Si bien se recabaron 22 cartas (cinco de las pacientes no realizaron la actividad), para efectos del estudio solo se consideró 11 de ellas, las que se dirigían al TCA como amiga. Este recurso es una estrategia que suele utilizarse en intervenciones psicoterapéuticas con orientación narrativa con fundamento constructivista, pues permite externalizar sentimientos, emociones y pensamientos respecto a una persona, situación o problema

particular significativo para la paciente, de tal manera que les permite tomar distancia emocional y se logra mayor apertura de expresión.

3.4. Emplazamiento del trabajo de campo

El contexto en el cual se realizó el estudio es una clínica particular que brinda servicios profesionales especializados en salud mental para población de mujeres, a través de sus diferentes programas de tratamiento, siendo uno de ellos el programa residencial o internamiento. Esta modalidad de tratamiento se realiza en una casa situada en la zona residencial campestre del distrito de Cieneguilla, uno de los distritos de la provincia de Lima, Perú, ubicado al este de la ciudad de Lima, a dos horas de ella. El programa residencial tiene 9 años de funcionamiento en ese lugar.

La casa tiene un área aproximada de 300 m^2 y está construido de material noble y madera. Como casa campestre, alrededor del 60 % es área verde. Los ambientes que conforman el lugar son una estancia principal y cuatro bungalós. La estancia principal contiene una cocina, sala-comedor, lavandería y tres dormitorios, dos de ellos con baños internos. Dos bungalós contienen dos dormitorios cada uno, un baño y una lavandería. Los otros dos bungalós, se implementaron hace tres años atrás y son usados por los terapeutas paras las terapias individuales y/o grupales.

El programa residencial brinda un servicio multidisciplinario y admiten usuarias mujeres adolescentes y adultas con diversos problemas de salud mental, como trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos debidos a comportamientos adictivos (sustancias y actividades), trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Los profesionales que conforman el equipo terapéutico a cargo del programa son entre tres a dos psicólogas por turno, una psiquiatra, una nutricionista, una enfermera, una educadora artística y entre dos a tres enfermeras técnicas por turno, quienes a diferencia del resto de profesionales, cohabitan con las pacientes, pues son quienes las atienden

durante sus días de turno, facilitándoles sus alimentos, medicamentos, entre otras actividades de tal forma que monitorean que cumplan con las actividades del programa. El horario de actividades que tienen las pacientes con los profesionales es de lunes a sábado, de 9 a 17 horas, horario establecido por la institución.

La interacción con las pacientes se realizó en dos momentos: marzo-abril 2017 y octubre-noviembre 2017. En el primer tiempo de observación hubo 22 pacientes, 9 de ellas con TCA; mientras que en el segundo periodo hubo 19 pacientes, 7 de ellas con TCA, que por cierto eran otras pacientes diferentes a las primeras. El realizar el estudio en dos tiempos fue una decisión que obedeció tanto a un aspecto de disponibilidad de las pacientes como un aspecto metodológico en relación al análisis de datos, congruente con el diseño empleado y que se describirá en la sección procesamiento de información.

3.5. Procedimiento de inmersión en el campo

Si bien la inmersión en el campo se concretó en dos periodos de tiempo por las razones explicadas, las actividades realizadas por el investigador en cada uno de ellos fueron similares. Por ello, se describe los procedimientos realizados de forma general, haciendo énfasis, eventualmente, en alguna situación particular que aconteció en alguno de los dos periodos.

De esta forma, en primer lugar, se socializó a la directora de la institución el propósito de estudio y se coordinó las fechas y horarios para la realización de las actividades, así como la selección de las pacientes que formarían parte del estudio. Esto se hizo días antes de las inmersiones al campo. El investigador acordó asistir dos veces por semana en las fechas y horarios establecidos por la institución durante un mes en cada una de las inmersiones al campo. Por ello, en total se tuvieron 16 sesiones de trabajo de campo, con un tiempo promedio de 5 horas por sesión.

Las primeras actividades ejecutadas por el investigador fue revisar las historias clínicas de las pacientes. Estas tareas tuvieron lugar las primeras dos sesiones en el tópico de la clínica, pues allí se encontraban dichos documentos y era necesario resguardar la información contenida en ellos. El registro de datos de esos documentos personales fue manual, usando un cuaderno de notas y lapicero.

Paralelamente, y previa presentación del investigador al grupo de pacientes por parte de la psicóloga de turno, el investigador participó como observador en algunas de las actividades grupales programadas, con la finalidad de promover un clima de confianza que pudiera optimizar, posteriormente, la calidad de la información compartida.

Las entrevistas individuales y grupos focales se ejecutaron a partir de la segunda semana de trabajo. En los dos períodos, las primeras sesiones del grupo focal antecedieron a las entrevistas individuales, pues en ellas se administró los consentimientos informados para la participación en el estudio y la autorización para grabar en audio la información que brindarían. Se les detalló el mismo, se respondieron las preguntas al respecto y luego se entregó en físico los consentimientos y procedieron a firmarlos. La actitud colaboradora de las pacientes fue posible porque previamente sus respectivos psicoterapeutas les habían informado sobre la actividad.

Las sesiones de grupo focal se llevaron a cabo en uno de los bungalós destinados para las psicoterapias. Este ambiente cuenta con iluminación y ventilación apropiada, contiene sillas de plástico y sillones acolchonados que se pueden desplazar, disponiéndose las mismas en círculo para facilitar la interacción entre participante-participante y participante-investigador. Las sesiones se realizaron ya sea a las 10:00 am o a las 3:30 pm. En el primer periodo se realizaron 4 sesiones, con un tiempo promedio de 70 minutos por sesión. No todas las pacientes pudieron estar presentes en todas las sesiones pues hubo eventualidades que tuvieron que atenderse (por ejemplo, consulta con psiquiatría, visita familiar, consulta con médico internista, atención con

nutricionista, proceso de reinserción, indicaciones particulares a la paciente por su terapeuta, etc.). De esta forma, en la primera y tercera sesión participaron 6 pacientes, mientras que en la segunda y cuarta sesión participaron 5 pacientes. En el segundo periodo, las condiciones de trabajo con el grupo fueron similares, realizándose 2 sesiones, con un tiempo promedio de 74 minutos, en las que participaron 6 pacientes en cada sesión. Aquellas pacientes que no estuvieron presentes en las primeras sesiones en ambos periodos, firmaron los consentimientos informados en las sesiones de entrevista, procediéndose de forma similar como se hizo en el grupo.

Respecto a las entrevistas individuales, éstas se realizaron también en los bungalós indicados. Se acomodó una silla frente a un mueble, la cual sería ocupada por la paciente, pues estaba acondicionada para ellas dado el estado de delgadez en algunos casos. En el primer periodo se realizaron en total de 13 sesiones de entrevistas individuales, entrevistándose a cuatro pacientes en dos oportunidades, a fin de profundizar la información. En el segundo periodo se realizaron 9 sesiones, entrevistándose a dos pacientes en dos oportunidades, con el mismo fin señalado. El tiempo promedio por sesión fue de 55 minutos para la primera inmersión (rango de tiempo entre 35 y 60 minutos) y 59 minutos para la segunda (rango de tiempo entre 45 y 70 minutos). Estas entrevistas se realizaron tomando en cuenta la disponibilidad de las pacientes seleccionadas y se llevaron a cabo posterior a la primera sesión del grupo focal, ya sea antes o después de las mismas.

Luego de cada sesión de entrevista individual o grupal, se agradeció el aporte y las vivencias compartidas, se reiteró el objetivo de las actividades y la confidencialidad de los datos. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y se anotó información que el investigador consideró importante sobre las experiencias de las pacientes en función al tema de estudio.

Concluida las inmersiones en el campo en los dos periodos señalados, se procedió a transcribir los audios a texto Word. Se dio el formato a las transcripciones y se depuró la información suprimiendo algunas muletillas del lenguaje que no tuvieran contenido explícito ni implícito, cuidando de esta

manera que los escritos sean lo más fidedigno a los audios originales. Una vez preparado así el material se procedió al análisis respectivo.

3.6. Procesamiento de datos

Siguiendo a Gibbs (2012), el procesamiento de datos cualitativos tiene su sustento en procesos y operaciones lógicas, analíticas e inductivas. En el estudio, se utilizaron las estrategias sugeridas por el método de la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002), puesto que permite desarrollar análisis teóricos inductivos a partir de los datos recopilados mediante un proceso de comparación constante (Silverman, 2015).

Es importante recalcar que el procesamiento de datos se realizó terminado el primer periodo de inmersión en el campo, de tal forma que, congruente con el diseño de estudio, se empezaron a obtener las primeras categorías y modelos comprensivos que se pondrían a prueba con cada uno de los casos de la segundo inmersión, teniendo la posibilidad de modificar, reestructurar o crear nuevos modelos según la información brindada. Se procesaron en total 33 recursos entre entrevistas individuales, grupos focales y cartas.

En este sentido, tomando en cuenta las estrategias sugeridas por Rapley (2016), se segmentó la información en unidades de análisis (trozos o segmentos de datos) tomando como criterio de separación la unidad temática (segmento de texto que versa sobre un contenido o tema específico). Luego se realizó la *categorización de primer nivel*, proceso que implica crear conceptos o categorías que representen el contenido del discurso expresado por las pacientes a través de la comparación constantemente de similitudes y diferencias de las características de las unidades de análisis. Se asignaron códigos a las categorías. Las categorías así creadas fueron principalmente descriptivas, con un bajo nivel de abstracción que emergieron de las verbalizaciones de las pacientes.

A medida que el análisis avanzó, se pudo identificar categorías más abstractas en una operación denominada *categorización de segundo nivel,* interpretando la información en lugar de simplemente etiquetarla. Para ello, se compararon las similitudes y diferencias de las categorías *primarias* (los conceptos obtenidos en el paso anterior), de tal forma que algunas de ellas se integraron en conceptos más abstractos y explicativos. Por ejemplo, categorías como *comentarios del entorno*, *ambiente escolar*, *separación familiar*, *violencia familiar* fueron condensadas en *contexto social invalidante*. Otra categoría de segundo nivel como *identidad inestable* integra categorías como *sentimientos de soledad y vacío, escasa valoración personal, inseguridad* y *sensibilidad al rechazo*.

Luego, se relacionaron entre sí las categorías finales para obtener patrones temáticos (categorías principales que tienen entre sí relaciones de causa-efecto, implicancia, coocurrencia, etc.), a fin de elaborar modelos comprensivos sobre el fenómeno estudiado mediante representaciones visuales. Así, el patrón *trastornos de conducta alimentaria como estrategia para obtener afecto, reconocimiento y aprobación social* incluye categorías de segundo nivel como *contexto social invalidante, creencias disfuncionales, identidad inestable, aprobación social, comentarios positivos, interés de varones* y *reducción de peso*, así como las relaciones entre dichas categorías (por ejemplo, la reducción de peso genera comentarios positivos e interés de varones). Los casos negativos (categorías particulares), fueron analizados siguiendo los mismos procesos de tal forma que la variabilidad de los datos expresados en ese tipo de categorías pudo integrarse a los modelos comprensivos. Todas estas operaciones se realizaron con el apoyo del programa Nvivo 10.

3.7. Criterios de calidad

Para garantizar la calidad y rigurosidad del estudio, se emplearon estrategias de promoción de calidad (Flick, 2014) durante el proceso de indagación. Así, para cumplir con el criterio de credibilidad, se utilizó grabador de voz digital, registrando las respuestas de las participantes tanto en las intervenciones individuales como grupales. Con ello, la información recolectada, su procesamiento y la recuperación de unidades de análisis se sustentan en las vivencias de las participantes tal como ellas lo manifestaron.

La dependencia del estudio se concretó a través de la triangulación de técnicas de recolección de datos (entrevistas individuales, grupos focales y documentos personales). Esto se puede observar en los resultados, donde muchas de las categorías tienen unidades de análisis provenientes de las tres técnicas empleadas. La aplicación de la guía de entrevista con el mismo contenido temático tanto en las intervenciones individuales como en los grupos focales, el tiempo prolongando de interacción con las pacientes durante las entrevistas individuales, la realización de más de una sesión en los grupos focales y la similitud de condiciones en la aplicación de los instrumentos, son otras estrategias empleadas para garantizar el criterio de dependencia.

La transferibilidad de los resultados del estudio se promovió a través de la descripción detallada de las características sociodemográficas del grupo, así como de los atributos relacionados al trastorno. Para cumplir con este criterio, se procuró describir de forma minuciosa el contexto de investigación y el proceso de recojo de información.

Para garantizar la confirmabilidad del estudio, se utilizó como estrategia la reflexibilidad, materializada en el análisis constante de los datos por parte del investigador. De esa manera, los modelos teóricos comprensivos sobre el problema de investigación fueron modificándose conforme se avanzaba con el procesamiento de información. Esto con la finalidad de desarrollar una

conciencia crítica para controlar cuidadosamente el impacto de los prejuicios, creencias, expectativas y preconcepciones que pudiera tener el investigador sobre el tema (Berger, 2015). La triangulación teórica también fue una estrategia usada para optimizar la confirmabilidad del estudio, encontrándose aproximaciones teóricas actuales que respaldan los hallazgos reportados en la presente investigación.

3.8. Aspectos éticos

La investigación cumplió con aspectos éticos relacionados al proceso de investigación, las pacientes y la institución donde se realizó el estudio. Asimismo, estos aspectos son congruentes con los principios básicos para la realización de investigaciones contemplados tanto en la American Psychological Association (2017) como en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018).

Respecto al proceso del estudio, los resultados obtenidos son producto de un proceso sistemático, crítico y empírico realizado por el investigador. En ese aspecto, los resultados obtenidos son producto de la información propiciado por un grupo de personas a través de técnicas específicas, analizados y discutidos meticulosamente. Así también, los aportes teóricos y empíricos de otros investigadores pertinentes al desarrollo del estudio fueron citados adecuadamente y figuran en la lista de referencias, evitando así la conducta antiética de plagio.

En relación a la Institución, se solicitó de forma verbal el permiso para realizar el estudio. Se respetaron los horarios programados para la recolección de datos de manera que no interfieran con las actividades planificadas por la Institución dentro del programa residencial. Asimismo, el investigador siguió las normas y reglas de convivencia estipuladas en la Institución.

Respecto a las pacientes, el estudio garantizó en todo momento el no daño físico ni psicológico a las usuarias. Para ello se utilizó el consentimiento informado escrito de participación del estudio y el consentimiento para ser grabadas en audio (Anexos 4 y 5). Asimismo, la confidencialidad fue posible a través de la no publicación de sus datos personales en ninguna parte del escrito ni la utilización de los mismos en procesos ajenos a la investigación.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1. Análisis textual exploratorio

4.1.1. Palabras más frecuentes usadas por las pacientes

Un primer reporte del proceso de análisis consistió en identificar aquellas palabras con significado personal más usadas por el grupo. Es preciso señalar que se tomó como criterio arbitrario considerar aquellas palabras que hayan tenido una frecuencia de 40 conteos en los elementos seleccionados de análisis. Así, la Figura 1 muestra de forma gráfica las 36 palabras más frecuentes en los discursos de las pacientes. Se puede apreciar que las palabras relacionadas a los contextos sociales primarios, tales como *mamá, papá, casa, colegio* y *hermana*, son las más frecuentes en los diálogos de las colaboradoras. Así mismo, se observa la relevancia de términos como *comer, peso, cuerpo*, bajar y enfermedad, lo cual son palabras conexos al TCA.



Figura 1. **Marca de nube de palabras con significado para las pacientes. Diseño propio.**

4.1.2. Análisis de conglomerados en los nodos (categorías)

La Figura 2 muestra la tendencia de agrupación de los nodos o categorías en función a la similitud de palabras contenidas en las citas o referencias de los nodos. Se puede observar que las categorías tales como separación familiar, soporte familiar ineficaz, atribución de responsabilidad y violencia familiar se agrupan en un conglomerado. Otro conjunto de categorías asociadas lo conforman comentarios del entorno, comparación y competencia, desregulación emocional, disminución de peso y logro personal. Estas dos últimas se encuentran más cercanas, es decir, comparten palabras en común. Un tercer conglomerado a destacar está conformado por categorías como creencias disfuncionales, atención, reconocimiento y aprobación social y búsqueda de afecto, afirmación y reconocimiento. Las categorías abuso sexual, aspectos biológicos y maduracionales y sentimientos de soledad y vacío son los nodos un poco distantes del resto, esto es, que tienen pocas palabras en común con las demás categorías.

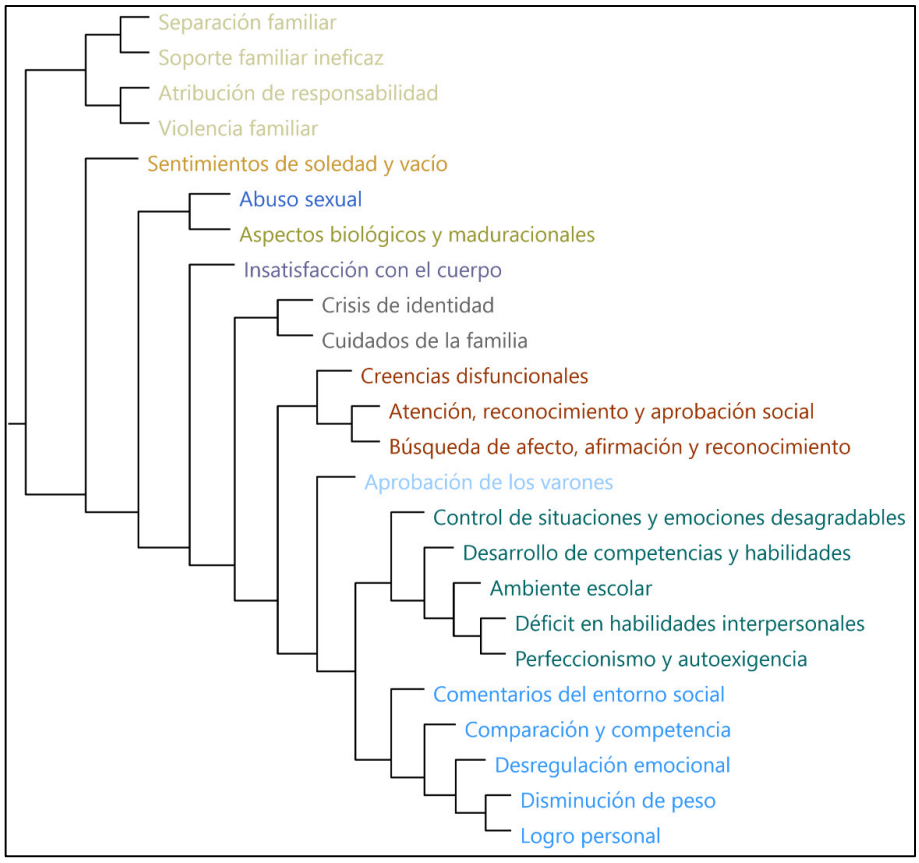

Figura 2. **Análisis de nodos conglomerados por similitud de palabras. Diseño propio.**

4.1.3. Categorías finales del proceso de análisis

En la Tabla 2 se aprecia las categorías emergentes finales tras el procesamiento de los datos. Se identificaron tres temas generales. Las categorías que aparecieron en la mayor cantidad de recursos y quienes presentaron mayor número de referencias o citas, fueron precisamente los incluidos en el tema *significados atribuidos a los TCA,* el mismo que representa el tema principal del estudio. Es preciso señalar que las categorías contempladas en los dos temas restantes, fueron necesarios para la construcción de los modelos interpretativos. Así por ejemplo, el tema *control de sí misma y del entorno social,* incluye algunas de las categorías de los otros temas y se vincula con ellos en relaciones de coocurrencia o influencia, como se verá en el próximo aparatado.

Tabla 2. Categorías finales del proceso de análisis

Temas y Categorías	Recursos*	Referencias
Contexto social invalidante		
Ambiente escolar	13	41
Comentarios del entorno social	11	29
Contexto familiar		
Abuso sexual	6	13
Separación familiar	10	26
Soporte familiar ineficaz	16	51
Violencia familiar	6	19
Contexto personal		
Aspectos biológicos y maduracionales	10	20
Atribución de responsabilidad	5	11
Creencias disfuncionales	12	36
Crisis de identidad	12	35
Déficit en habilidades interpersonales	11	32
Desregulación emocional	14	38
Insatisfacción con el cuerpo	9	15
Sentimientos de soledad y vacío	10	15
Búsqueda de afecto, afirmación y reconocimiento	13	39
Valoración del interés de los varones	11	30
Comparación y competencia	15	47
Desarrollo de competencias y habilidades	10	32
Perfeccionismo y autoexigencia	18	43
Significados atribuidos a los TCA		
Reducción del peso	21	48
Control de sí misma y del entorno social	15	29
Afecto, reconocimiento y aprobación social	21	41
Logro personal y autoestima	15	35
Cuidados de la familia	12	25

*Total de recursos (documentos o textos) = 33

4. 2. Análisis interpretativo

Con base a la información del análisis exploratorio de frecuencia de palabras, el análisis de conglomerados de los nodos codificados, así como las categorías emergentes y sus propiedades (números de recursos y referencias), se organizó la información en patrones para construir modelos teóricos sobre el objetivo del estudio, esto a través de los procesos señalados en el capítulo anterior.

4.2.1. Proceso interpretativo-constructivo en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria

La Figura 3 muestra de forma general el proceso psicológico por el cual se confieren significados a los síntomas o conductas problemas del TCA. Estos síntomas abarcan conductas compensatorias (p.e. correr y caminar), restrictivas (p. e. dietas), purgativas (p. e. vomitar), los atracones de comida y los pensamientos recurrentes sobre los alimentos, peso y cuerpo. Las pacientes con TCA atribuyen significados a tales conductas, concibiéndolas como medios o estrategias (con componentes cognitivos y conductuales) para cumplir sus metas personales.

> *"Primero todos decían que yo era anoréxica, porque era muy delgada, pero tiempo atrás no era tan delgada, tenía la contextura gruesa y empecé a bajar de peso con dietas y ejercicios"* (Paciente 3).
>
> *"Entonces me empecé a restringir, yo misma busqué dietas, calorías y todo eso"* (Paciente 9).
>
> *"Como estábamos cerca de las vacaciones, entonces dije tengo tiempo, voy a hacer una dieta, voy a bajar de peso y todo eso"* (Paciente 13).
>
> *"Primero dije '¿qué tengo que agradecer?', nada; pero al pensarlo bien, sí tuve algo que agradecerle: ver a mis padres un poco más unidos, más preocupados, que cambie varias situaciones"* (GF1/Sesión 1, Paciente 2).

"Cuando uno no tiene una buena autoestima, se siente mal por la forma de su cuerpo, por los comentarios de sus compañeras, quiere ser popular y buscar ser aceptada en la sociedad" (GF2/ Sesión 2, Paciente 10).

"Recuerdo esos días en los que contaba contigo y hacíamos nuestras conductas, era como si tuviera, gracias a ti, el control de todas las cosas que me prometía tener, el cuerpo perfecto, la aceptación de las demás personas, pero sobre todo la protección de mi mamá" (Carta de Paciente 15).

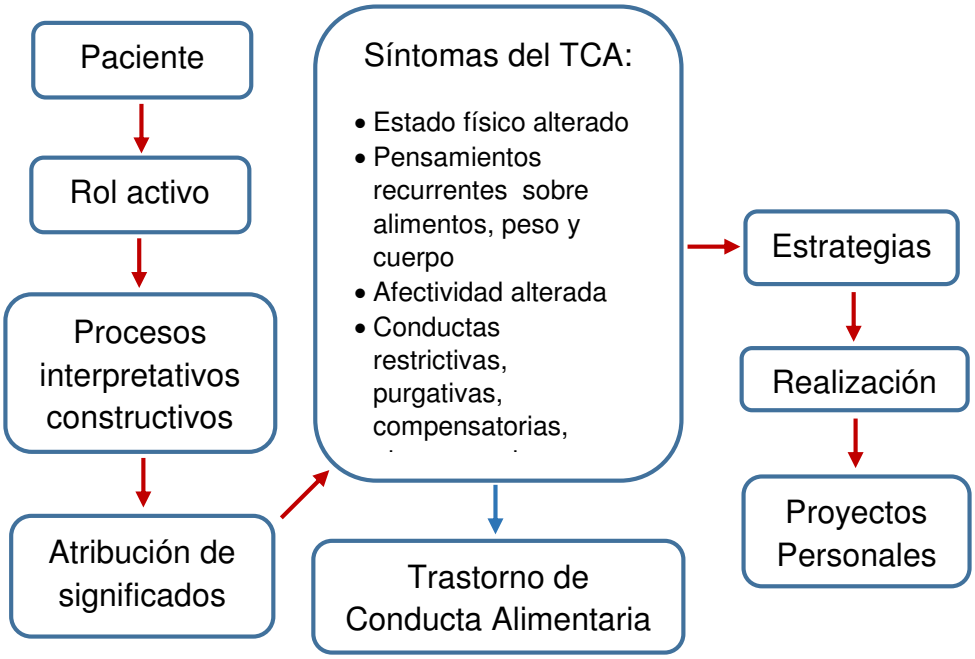

Figura 3. **Proceso interpretativo-constructivo en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria.**

4.2.2. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para la reducción del peso

Este tema hace referencia al proceso por el cual se le atribuye significado al TCA como estrategia para bajar de peso y es resultado de la interacción de un conjunto de factores disposicionales, sociales y psicológicos (Figura 4). Así, aspectos biológicos y maduracionales propios de la paciente, tales como son el sobrepeso en la infancia y los cambios físicos en la pubertad, además de los comentarios del entorno social sobre el cuerpo, propician en la paciente procesos valorativos de su cuerpo que conllevan a insatisfacción corporal, deseando adelgazar:

> *"Llegué en un momento a ensancharme un poco, donde la gente se dio cuenta y decía 'has tomado cuerpo, estas más caderona y eso me hacía sentir mal, porque no me entraba mi ropa, no podía utilizar la ropa que estaba de moda"* (Paciente 4)
>
> *"Aunque físicamente continuaba siendo delgada, con el desarrollo me había crecido el busto y las caderas. No me gustaba la nueva forma de mi cuerpo y pensaba que tenía que regresar a mi estado anterior lo más pronto posible antes que se dieran cuenta de que estaba cambiando"* (Paciente 16).
>
> *"Cómo un comentario desde pequeños hace que de grandes tengamos una problemática fatal. Desde niña siempre había esos comentarios. Cuando tenía 8 años, estaba gorda, venía mi tío y me pellizcaba los cachetes y decía, 'estás gordita, estás comiendo bien', eso me molestaba un montón"* (GF1/Sesión 1, Paciente 8).
>
> *"Veía mis brazos grandes, gruesos y me daba vergüenza…, igual las piernas, porque mis piernas eran grandecitas"* (Paciente 11).
>
> *"Luego, cuando llegaron las fotos, no me gustó cómo estaba en las fotos. Dije no me gusta como estoy en las fotos, tendría que bajar un poco de peso"* (Paciente 13).
>
> *"Empezaron los fastidios de los chicos, uno de ellos me molestaba por mi apariencia física… Yo aparentemente me reía… pero yo me sentía mal. Ya en esa época era gordita… me sentía demasiado triste y rechazada por mi apariencia física"* (Paciente 15).

Para conseguir su objetivo, y en el marco de sus vivencias, las pacientes usan técnicas tales como actividad física excesiva, restricción de comidas, uso de laxantes, diuréticos, uso de cremas reductoras, provocación de vómitos e incluso autolesiones para bajar de peso:

> *"Por más que intentaba, no conseguía dejar de comer, y eso me generaba culpa. Me sentía débil de voluntad. Me encantaba comer dulces. Terminaba laxándome"* (Paciente 7).
>
> *"Decía qué raro y me angustiaba, comenzaba a comprar cremas reductoras, fajas, decía no quiero subir de peso, no quiero subir de peso, me angustiaba más, renegaba más"* (GF2/Sesión 2/Paciente 13).
>
> *"Estaba en sobrepeso. Entonces me puse hacer actividades físicas, a comer saludable, me había restringido las frituras y dulces…Comía demás por ansiedad y luego me daba la culpa, entonces lo vomitaba"* (Paciente 11).
>
> *"Cuando yo entré a la problemática a los 14, pero ya entré más a fondo, yo tuve una época que también me autolesionaba porque en mi mente yo creía que autolesionándome también iba a reducir talla, que si votaba sangre iba a bajar más de peso"* (Paciente 8).
>
> *"Yo también comencé a enredarme más en la enfermedad y ya no podía controlar el hambre. Empecé a comer más y luego a arrepentirme. En mi desesperación por no cambiar la forma en que me veía empecé a vomitar"* (Paciente 16).

A través de las conductas del TCA las pacientes pueden bajar varios kilos en un tiempo breve, pues tienden a recurrir frecuentemente a dichas conductas:

> *"Rapidito bajé de peso. En 4 meses bajé de peso. Yo vomitaba y me restringía. Vomitaba tantas veces como comía. No resistía ningún alimento en mi estómago. Mi idea no era bajar, sino ya no subir. Como no había nadie en casa, yo vomitaba. Últimamente usé diuréticos"* (Paciente 2).
>
> *"Yo agradezco haber bajado en seis meses, 30 kilos"* (GF1/Sesión 1, Paciente 5).
>
> *"Lo qué si le agradezco a la enfermedad es que en dos meses llegué a bajar 15 kilos"* (GF1/Sesión 1, Paciente 8).

"Gracias por hacerme perder 11 kilos en 5 meses y hacen que perdiera peso menos que mi mami" (Carta de Paciente 1).

"Fue una manera rápida de bajar de peso" (Carta de Paciente 12).

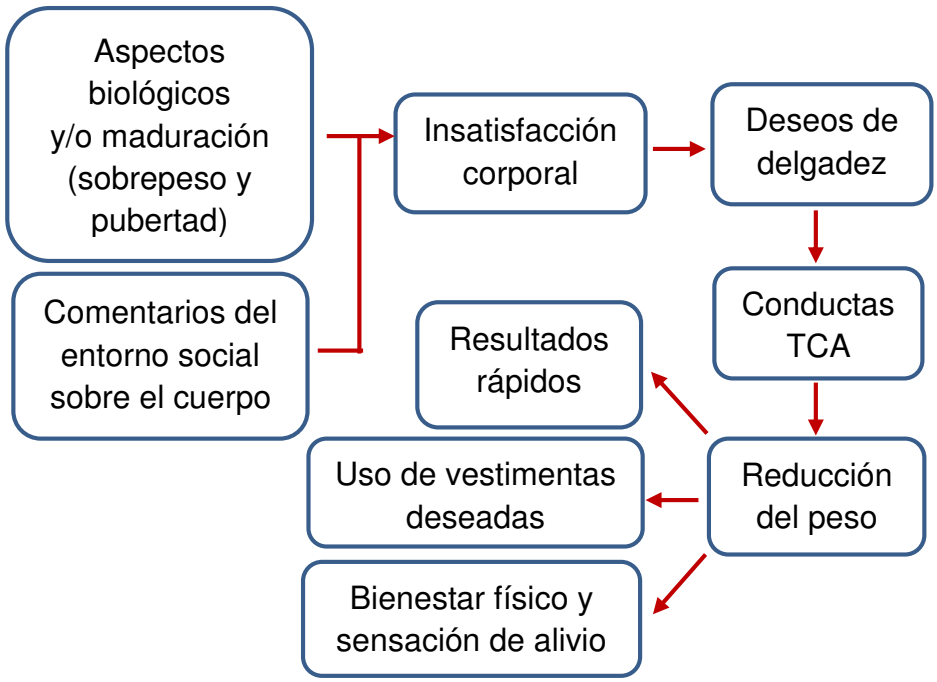

Figura 4. **Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para la reducción del peso. Diseño propio.**

El bajar de peso de esta forma permite a las pacientes usar prendas de vestir que antes no podían, lo cual es valorado favorablemente por ellas:

"Como era mi promoción en sexto grado, dije: Yo soy la única que tiene este problema, debería bajar de peso para que me quede bonito el vestido. Cuando me compre el vestido yo había bajado como 8 kilos, pesaba como 63 kg" (Paciente 11).

"Allí empecé hacer las dietas. No comía, había días que solo hacía deportes, bajé de peso; llegó un momento en que yo me sentí bien con mi cuerpo porque ya no me quedaban las cosas apretadas, porque yo sí era subida bastante de peso. Allí me empecé a sentir bien conmigo" (Paciente 3).

"Era un misterio de cómo yo había adelgazado. De pronto, me empezaron a dar los pantalones sueltos y eso era una alegría para mí,

era un placer tener que comprar ropa nueva" (GF1/Sesión 1, Paciente 6).

"Logré que toda la ropa me quedara" (Carta de Paciente 12).

A mí me gustaba que cuando yo iba al gimnasio, mis amigas prestaban su ropa, me prestaba su ropa y me quedaba inmensa, y me gustaba mirarme en el espejo y que me dé suelto" (GF1/Sesión 2, Paciente 5).

Las conductas purgativas propias del TCA y la consecuente pérdida de peso son valoradas por las pacientes como ventajosas pues le produce bienestar físico y una sensación de alivio:

"Porque cuando lo devolví me sentía tan aliviada, me sentía demasiado ligera, como si me quietaran un gran peso encima y no lo había hecho adrede" (Paciente 6).

"Y creo que fue en una de ellas en que recordé lo de los vómitos. Al menos así podría aliviar el dolor de panza, pensaba" (Paciente 7).

4.2.3. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia de control de sí misma y del entorno social

En la Figura 5 se observa el proceso psicológico por el cual el TCA y las conductas problemas representan para las pacientes estrategias para tener el control de sí misma y del entorno social. En todos las casos se halló que el contexto social primario en el que vivieron las pacientes tuvo características invalidantes, aunque en diferentes aspectos y niveles. Ya sea en la familia o en el colegio, las pacientes refieren experiencias desagradables como separación familiar (n=7), soporte familiar ineficaz (n=16), violencia familiar (n=7), acoso escolar (n=12) e incluso abuso sexual (n=5):

"Mis padres están separados desde que tengo 5 años. Siempre viví con mi mamá" (Paciente 12).

"Con el tiempo, me daba miedo pedirle ayuda a mi mamá porque temía que me gritara…No quería hacer tareas con mi mamá, salía muy

lastimada por los comentarios que me hacía: 'que era burra', 'que cómo era posible que no entendiera', etc." (Paciente 16).

"*Mi papá pegaba a mi mamá y los dos me pegaban a mí de una manera muy sádica, desde muy pequeña…Era horrible"* (GF1/Sesión 3, Paciente 4).

"Yo sufrí por varios años bullying. Yo siempre parecía más que mi edad. En secundaria y primaria se burlaban…Siempre recibí esos comentarios" (Paciente 5).

"Sufrí de tocamientos indebidos a temprana edad…, un familiar (Paciente 14).

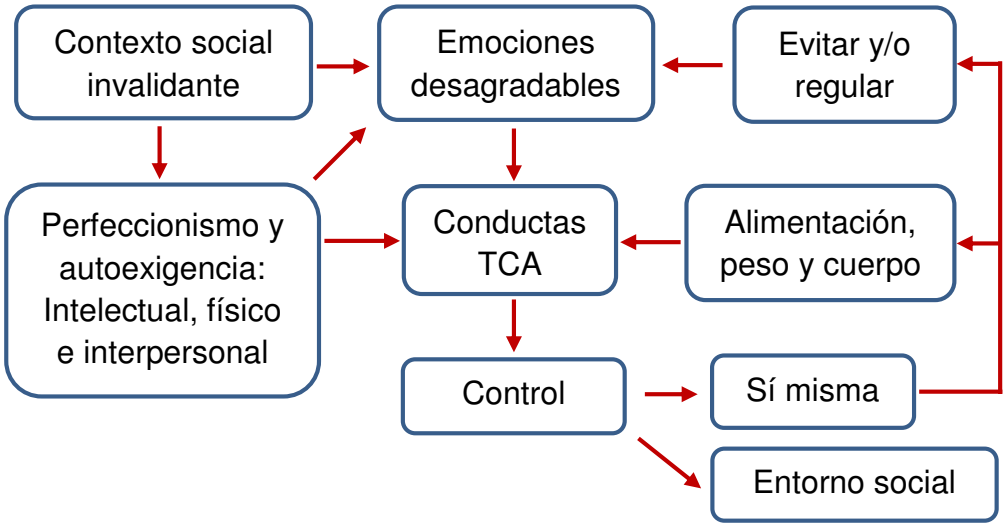

Figura 5. **Trastorno de conducta alimentaria como estrategia de control de sí misma y del entorno social. Diseño propio.**

Las situaciones mencionadas generaron emociones desagradables en las pacientes y tendencia a la perfección y autoexigencia en las dimensiones intelectual, interpersonal y/o corporal.

"Había más autoexigencia. Porque lo que quería era llegar a ser una modelo. Me tienen que ver en una pasarela sí o sí para vengarme lo que me hicieron, porque me hicieron feo en el colegio" (Paciente 4).

"Entonces, como que se me quedó presente y a veces yo quiero tener horarios exactos para hacer mis necesidades, y si eso no se da, me frustra, me genera irritabilidad porque digo porqué" (Paciente 12).

"Me frustro muy rápido cuando me equivoco. Es como que estoy bien y de repente hago algo mal y se me va todo al suelo…Porque de perfeccionismo en las habilidades del colegio pasó a perfeccionismo del cuerpo, allí empezó mi verdadero problema" (Paciente 3).

"Contigo me convertí en una persona perfecta, sin equivocaciones, dura, autosuficiente. También me ayudaste a ser una persona más disciplinada en cuanto a mi alimentación, siguiendo esas irónicas dietas" (Carta de Paciente 10).

"Siempre me acompañarás con tus pensamientos de adelgazar o de verme perfecta y las restricciones y vómitos" (Carta de Paciente 11).

Dado que manejar los eventos que se producen en sus entornos sociales les resulta difícil, optan por enfocarse en sí mismas como una forma de control. De esta manera, le confieren a las conductas TCA un medio por el cual pueden tener el control de sí misma, de sus respuestas fisiológicas y emociones, y por tanto, asumir que afrontan las exigencias de su entorno social, aunque sea de forma ineficaz:

"Cuando me pasaba cualquier problema, cualquier cosa, me desquitaba dejando de comer, tomaba laxantes y diuréticos, y vivía así. Todos los días de mi vida eran así. Encima hacía ejercicios una hora" (GF2/Sesión 1, Paciente 14).

"Cuando terminé con mi enamorado, todo se me vino encima… No podía creer que a pesar de que era delgada, él me había dejado. Bajé mucho más de peso…Compraba comida chatarra, que se volvió mi delirio, pero de nada servía porque todo eso lo vomitaba" (Paciente 15).

"Cuando noté que había perdido peso por esas primeras restricciones, sentí alegría, creo que pensé que era lo mejor que me estaba pasando entre tanto caos. Entonces me probé a mí misma que sí era capaz de hacerlo. Sentía que tenía poder al menos sobre mí" (Paciente 16).

"Gracias te digo por estar presente en los momentos más duros de mi adolescencia" (Carta de Paciente 1).

"Tú me apoyaste en muchos aspectos de mi vida, estuviste conmigo durante mi depresión" (Carta de Paciente 8).

En aquellas pacientes con bulimia nerviosa, los atracones de comida representan una fuente de placer para contrarrestar el malestar producido por el contexto social invalidante:

"En mi casa había violencia, mi mamá me pegaba a mí, no me desahogaba, no tenía con quien contar. Lloraba por el dolor que sentía en ese momento. Todo eso se acumuló y salió a flote cuando estudié una carrera que no me gustaba. Se manifestó de una manera de darme placer con la comida y eso me calmaba. Es como algunos se hacen un corte y se calman; en cambio lo mía era con la comida" (Paciente 4).

"Me sentía demasiado llena porque antes de tener bulimia comía demasiado, comía por ansiedad, porque me sentía bastante sola en mi casa y en el colegio" (Paciente 6).

4.2.4. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener afecto, reconocimiento y aprobación social

Las conductas TCA constituyen para las pacientes estrategias por los cuales pueden ser sujetos de afecto, reconocimiento y aprobación social (Figura 6). Así, un primer constructo implicado en este proceso es el sistema de creencias irracionales producto de la interpretación que realizaron las pacientes de su contexto social percibido como invalidante:

"Porque cuando alguien te insulta, es como que te baja la autoestima, eso hace que tu autoestima desciende, que tú misma te empieces a ver horrible y no te quieres como eres, y eso desencadena todo lo demás" (GF2/Sesión 2, Paciente 14).

"Porque yo era muy tímida o tenía en la cabeza eso que 'no me van a aceptar', 'les voy a caer muy aburrida'. Siempre he tenido en mente eso, que soy muy aburrida y aburro a las personas" (Paciente 4).

"No, debía haber algo malo intrínseco en mí. Algo no estaba haciendo bien… Sentía que generaba rechazo. Que no era agradable. Que cualquier cosa que hiciera iba a ser criticada" (Paciente 7).

"Cuando fui adolescente, otras chicas decían que era gorda, era fea. Y escuchaba los murmullos, me hacía de oídos sordos, pero cuando llegaba a mi casa, me metía a mi cuarto, me decía: 'por qué no sirves para nada, eres una inútil, por qué eres así, por qué eres fea'" (GF1/Sesión 3, Paciente 2).

"A mí me decían que era muy jetona, muy seria. Entonces, yo decía soy seria, y no daba tanta confianza a las personas, no hablaba y me catalogué como que soy seria" (Paciente 13).

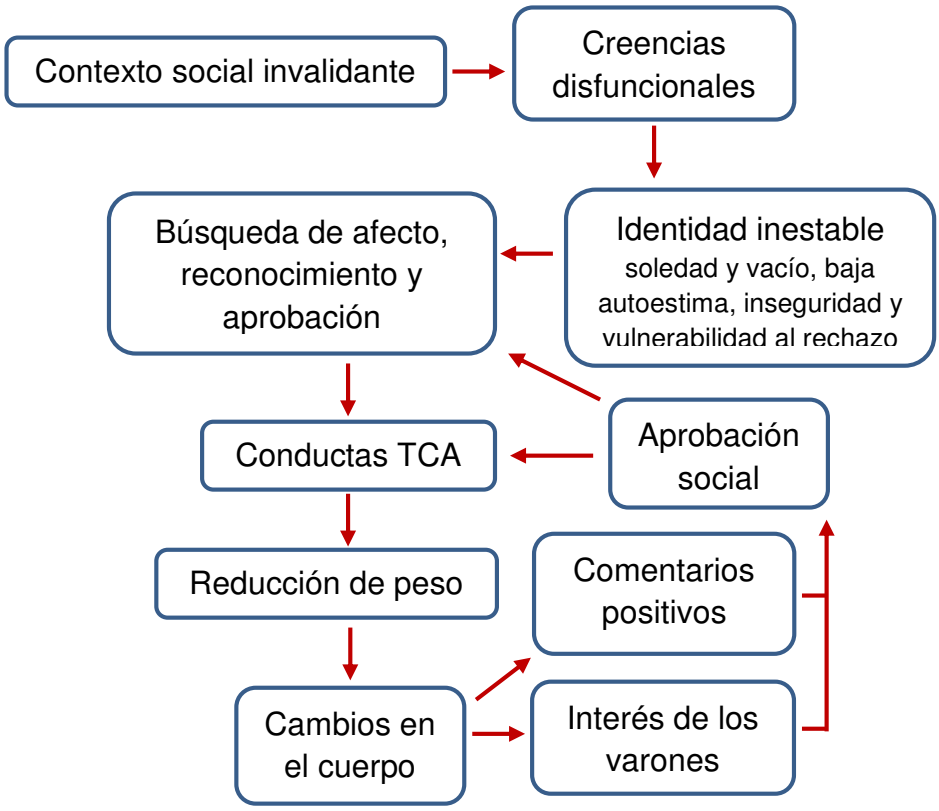

Figura 6. **Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener afecto, reconocimiento y aprobación social. Diseño propio.**

Las creencias sobre sí mismas que construyeron las pacientes configuraron una identidad inestable, caracterizada básicamente por sentimientos de

soledad y vacío, escasa valoración personal, inseguridad y sensibilidad al rechazo:

> *"Sentía que sólo existía para cuando ellas necesitaban algo de mí, pero cuando yo hablaba ni me escuchaban… Yo sentía frío, frío adentro. Casi no sentía nada. Me costaba sonreír, me costaba llorar. Me costaba sentir. Era un cuerpo vacío. Inercia todo el tiempo"* (Paciente 7).
>
> *"Empecé a confundir quien era realmente y qué quería. De todos modos, yo hacía tiempo que sentía que no encajaba con nadie…Sentía que no podía pertenecer a ningún espacio ni grupo"* (Paciente 16).
>
> *"No sé, no sé si algún día podré aceptarme tal como soy, porque se me hace muy complicado… Creo que nunca voy a llegar a aceptarme tal y como soy. Se me hace muy complicado"* (Paciente 14).
>
> *"No me sentía escuchada, quería que alguien me escuche, que me entienda, no me sentía entendida, con quien conversar, si estoy haciendo bien la cosas o yo estoy mal; no sabía. Me sentía super confundida"* (Paciente 13).
>
> *"No quería que ellas me dejen de lado, porque a veces pasaba eso, yo sentía que era una antisocial, que no tenía a nadie porque, no sé, por mi forma de ser, no sé, no sé, pero, me sentía sola y quería que me presten atención"* (Paciente 12).
>
> *"Recuerdo que me volví una persona muy callada y muy sola. En el recreo salía y no hablaba con nadie* (Llora)*. Algunos querían hablarme, pero yo me cerraba, no quería hablar con nadie*" (Paciente 6).

En esas condiciones era imperioso para ellas obtener afecto, reconocimiento y aprobación por parte de los demás, tal vez como un intento para afianzar una identidad endeble y en proceso de definición. En ese sentido, las pacientes consideran que una de las maneras de lograr su objetivo es a través de las conductas TCA:

> "*En cierto modo me puse feliz, porque yo quería tener bulimia, es lo que yo buscaba, quería tener la enfermedad. No me iba dar algún tipo de premio, algún lujo, algún estatus, pero yo quería tener la enfermedad porque sentía que con la enfermedad iba a tener como que más amigos.*

Dije: 'la única solución para tener amigos es bajar de peso'. Dije: 'tengo que bajar de peso de todas maneras, sea como sea'" (Paciente 1).

"Solo me fijaba en que la gente pueda ver de mí…Después, me importaba mucho lo que me decían. Por eso bajaba de peso, para estar guapa para la población, para que toda la población me diga 'hay estas delgada, qué bonita eres'. Quería adelgazar todo" (Paciente 11).

"La típica chica cerebrito, tímida, auméntale lentes y brackets, no encaja en el grupo; siempre es la rechazada. Necesita llamar la atención y busca el TCA" (GF1/Sesión 1, Paciente 6).

"Yo también. Cuando me preguntaban 'Ay, te veo más delgada', y me preguntaban, era como…el hecho de estar delgada hacía que llame la atención de mis amigas; entonces, yo quería eso, que mis amigas estén conmigo" (GF2/Sesión 1, Paciente 12).

La disminución del peso y los cambios producidos en al aspecto físico tienen un efecto inmediato y notorio en el ámbito social, generando comentarios positivos respecto al peso del entorno:

"Sí lo hice bastante por el lado estético. A los 14, si bien no era gorda, era muy proporcionada. Pero a mí, del todo no me agradaba. Pero cuando yo reduje una cantidad, empezaron los comentarios de mis compañeras de clase, de mis familiares: 'tienes un bonito cuerpo y eres muchacha, porque no te metes a tal cosa, a esto'" (Paciente 8).

"Yo también, cuando era más grande y mis compañeras decían te veo más flaquita, me sentía feliz. Cuando no estaba tan pequeña y me habían dicho que bajaba, me preguntaban '¿Cómo has hecho?'. Yo contenta decía 'ya les voy a decir cómo es'. Me sentía como halagada" (GF2/Sesión 1, Paciente 10).

"Terminé cuarto de secundaria, empecé primero con las dietas, con los vómitos, con los laxantes, bajé de peso 11 kilos, y todos vinieron a mí: entré al grupo de las populares, empecé a gustarles a los chicos de promoción, empecé hablar con ellos, mis dos amigas que antes eran unas hipócritas empezaron a hablarme bien y fue como que tengo amigos, existo" (GF1/Sesión 3, Paciente 1).

"Gracias a ti empecé a vestirme a la moda, otra cosa que adoro, vestirme bien para tener el reconocimiento de los demás" (Carta de Paciente 4).

"Me hicieron popular, hicieron que la gente o las personas que yo pensaba que no les importaba se preocupen por mí" (Carta de Paciente 2).

Los comentarios e interés repentino de los varones hacia el físico reducido de las pacientes, también constituyen reforzadores que son interpretados como aprobación social y que precisamente satisfacen la necesidad imperiosa de afecto que tienen las pacientes. Como consecuencia, las conductas TCA tienden a incrementarse:

"A mí, lo que más me agradaba era que los chicos me dijeran 'oye tu cintura es pequeña'. Había un chico en especial que me decía eso, me mandó un mensaje por celular diciéndome eso y fue como un aliento super grande. Nunca borre ese mensaje…, porque yo sentía que ese mensaje era como un aliento. Cada vez que ya no podía más y tenía hambre, yo lo leía y decía 'no puedo comer por esto', decía 'no voy a comer'" (GF1/Sesión 1, Paciente 6).

"Incluso un chico que me atraía me dijo 'has bajado de peso, te ves mejor'. Allí empecé, en primero de secundaria" (Paciente 3).

"También tengo que agradecer que los chicos, en general de mi edad, o un poquito más de mi edad, me fastidiaban y eso me gustaba" (GF1/Sesión 1, Paciente 5).

"Que te hayan dicho toda tu vida que eres gordita y cuando llega el momento cuando bajas de peso…, mi compañero me dijo 'estás bien, tienes un cuerpo', te da un piropo. Yo me avergoncé pero sentí que ya estás llamando la atención, que ya me sentía bien" (GF1/Sesión 1, Paciente 2).

"Estar delgada significaba para mí que todos me iban a ver más bonita, que así de esa manera podía atraer los chicos. Me empezó a importar un poco más los chicos" (Paciente 12).

"Durante ese transcurso me di cuenta que el estar delgada me traía la mirada de los chicos y era por una parte lo que más me interesaba y

seguí con mi conducta alimenticia, aumentando y creciendo cada día" (Paciente 15)

4.2.5. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para fomentar el logro personal y autoestima

En la Figura 7 se observa que el TCA, y las conductas características del mismo, representan para las pacientes una estrategia mediante la cual incrementa la sensación de logro personal y su autoestima. Como se observó en los temas anteriores, las conductas TCA permiten la reducción del peso y el control de sí mismas, especialmente el control relacionado con la ingesta de alimentos. El cumplir estas metas es concebido como logros personales:

"Mi papá ya no pasaba plata, así que también tenía que reducir mis medidas de comida. Y me gustaba, me daba seguridad el no comer, porque me sentía fuerte" (Paciente 7).

"Pero después, ya no fue porque quería llamar la atención de los chicos, sino que simplemente me quería ver delgada. O sea, no era tanto los chicos, no era tanto la sociedad; sino era que poco a poco eso fue haciendo que quiero estar más delgada, más delgada, porque no me bastaba con el peso que tenía… Uno, porque así me iba a sentir mejor. Supongo que me iba a sentir mejor con mi figura, me iba a sentir yo, iba a creer que estaba más bonita" (Paciente 12)

"Pero cuando empecé el TCA me llagaron a decir: 'oye has bajado de peso'; es como un logro más, a parte del logro académico, un logro físico personal, alguien me veía por algo más que por inteligencia" (GF1/Sesión 1, Paciente 3).

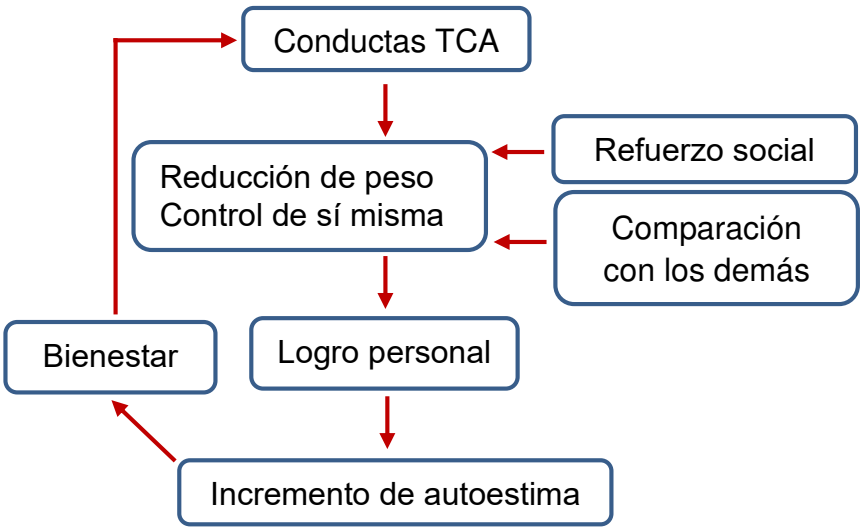

Figura 7. T**rastorno de conducta alimentaria como estrategia para fomentar el logro personal y autoestima. Diseño propio.**

Las pacientes también perciben que su autoestima se incrementa y se creen competentes para las actividades orientadas a controlas su ingesta de alimentos y bajar de peso:

> *"Bajar de peso significaba para mí algo que yo podía hacerlo sola. Que tenía fuerza de voluntad. Que yo misma me pude empoderar, supuestamente, con mismo cuerpo. De que yo pude decir no a los alimentos que no quería"* (GF2/Sesión 2/Paciente 13).
>
> *"Ya estaba super delgada. A mí me encantaba verme así. Cuando me hicieron la sesión de fotos y me entregaron las fotos tres semanas después, cuando yo vi la fotos me sentía orgullosa de mi cuerpo pero me decía 'necesito más', 'quiero verme más delgada', y me empecé a meter en los blogs, a ver las fotos de otras, todo eso. Me incentivaba"* (Paciente 8).
>
> *Y eso es lo que agradezco al TCA. Sí, me dieron ese poder de salir de esa caja, de ser nadie a ser otra persona. Cambié totalmente. Me sentí como que la super woman* (GF1/Sesión 3, Paciente 1).
>
> *"Cuando salí de la preuniversitaria, bajé una talla, algo difícil para mí. Mi familia se sorprendió mucho cuando me vieron y yo me sentía contenta*

al sentir por un momento que los chicos me vieran y yo misma me sentí bonita" (Paciente 15)

"Gracias a ti tuve pequeños momentos en donde me sentía saludable, me sentía linda…pude sentir por primera vez la felicidad" (Carta de Paciente 9).

Es preciso señalar que los comentarios del entorno social sobre la pérdida de peso y la tendencia a la comparación con el físico de otras personas, especialmente mujeres, refuerzan la sensación de logro personal:

"Yo lo que le agradezco es que bajé de peso, tanto así que llegué a tener un IMC más bajo que mi madre, y eso es lo que a mí me gustaba, que tal vez me sentía superior en ese aspecto" (GF1/Sesión 1, Paciente 8).

"Yo antes le decía a mis compañeras 'he bajado como 30 kilos' y me sentía orgullosa cuando lo decía. Le decía 'me he bajado 30 kilos y ustedes están comiendo como chanchas, a mí no me gustaría ser como ustedes'" (GF2/Sesión 1, Paciente 11).

"En esos momentos ya estaba bajando de peso. Igualé el peso de mi mellizo que fue para mí un gran logro" (Paciente 9).

"Cuando me iba a la báscula con mi prima y yo pesaba menos, me llenabas de felicidad" (Carta de Paciente 5)

4.2.6. Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener cuidados de la familia

Este patrón refiere el rol atribuido por las pacientes al TCA y las conductas problema como estrategia para obtener atención y cuidados de la familia (Figura 8). Algunas categorías relacionadas con este tema son la percepción de un soporte familiar ineficaz, caracterizado por separación familiar, frases invalidantes, críticas hacia sus competencias, sobrexigencia académica, sopreprotección y poca empatía para comunicar emociones, lo cual es vivenciado como un ambiente donde hubo carencia afectiva:

"Por ejemplo, yo sacaba una buena nota en el colegio -mis padres eran muy exigentes conmigo- entonces, por más que fuera una buena nota si no era perfecta, no tenía una recompensa, al contrario conlleva a que ellos me reclamasen, me exigían más" (GF1/Sesión 1, Paciente 3).

*Si una vez te han dicho que te odiaban, que eres así, que no sirves para nada, eso te queda, y cada vez que te recuerda, te mata, te duele; es un dolor horrible. Mi mamá me decía varias cosas y pensaba que no me quería. La palabra duele más que un golpe (*GF1/Sesión 4, Paciente 2*).*

"Yo sufría de problemas familiares, porque mi mamá y papá eran divorciados, estaban separados. Eso me afectaba mucho; quería mucho a mi papá y quería estar con él, pero él no podía estar conmigo porque así son las cosas, así a veces pasa, lamentablemente" (GF2/Sesión 2, Paciente 14).

"Tenía vergüenza porque mi mama normalmente sacaba en cara muchas cosas, yo le decía 'me molestan en el colegio', me decía 'que te resbale, que no te importe'" (Paciente 9).

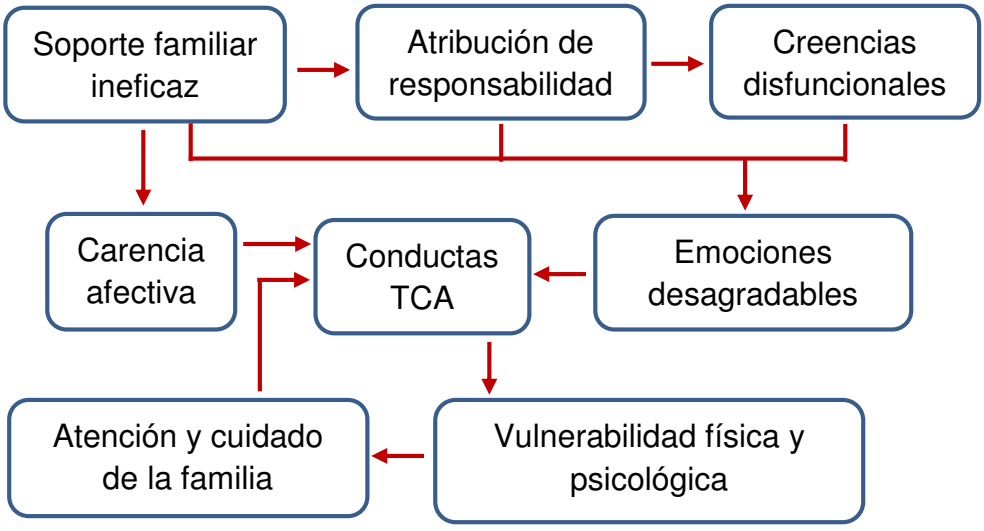

Figura 8. **Trastorno de conducta alimentaria como estrategia para obtener cuidados de la familia. Diseño propio.**

También se observa procesos de atribución de responsabilidad y creencias disfuncionales que generan emociones displacenteras:

> *"En algún momento sí me pasó por la cabeza que se separaron por mí, pero fue sumamente transitorio ¡No!, lo que tenía en esa época era una angustia muy fuerte por algo malo que estaba pasando y que no puedo explicar porque no sé qué era. Quizás sí se trata del divorcio, pero lo racionalizo tanto que creo que no. No sé"* (Paciente 7).
>
> *"Comencé a llorar y dije '¿por qué están haciendo esto?, ¿porque se van a separar?, ¿es mi culpa?, ¿yo hago que siempre estén renegando?, hasta yo misma dije, ¿mi nacimiento fue culpa?, porque mi mamá se casó muy joven, mi papá le lleva 10 años… Yo me sentí como un estorbo"* (GF1/Sesión 3, Paciente 1).
>
> *"Quería que ellos estén felices y no me daba cuenta de cómo me sentía yo. Buscaba que ellos estén bien para tener la familia bonita que siempre había soñado, pero no pude con todo, era muy difícil (llora)…, creía que debía tomar esa responsabilidad"* (Paciente 10).
>
> *"Mi mamá es poco afectiva, no es de abrazarme, besarme… Recuerdo que a los 19 años me quejé de eso. Le dije, 'mamá, ¿por qué no me puedes dar un abrazo, un beso?'. Ella, fríamente, me dijo 'es que no sé por qué no lo puedo hacer contigo, pero con tu hermano sí'. Eso me dolió demasiado. Me sentí como que si no me hubiera querido tener"* (GF1/Sesión 4, Paciente 4).

Las condiciones físicas y psicológicas en las que se encuentra la paciente genera la atención y cuidado de la familia:

> *"Yo en realidad nunca vi la enfermedad como una ideología o una manera de vivir. Era algo que yo hacía para tener la atención de mis padres"* (GF1/Sesión 1, Paciente 3).
>
> *"Agradecí a la enfermedad que mis papás me tratasen con tanta delicadeza, porque ellos tenían bastante cuidado con mis alimentos y me consultaban cada cosita que hacían…; me trataban como una enferma, me trataban con mucha delicadeza"* (GF1/Sesión 2, Paciente 6).

"Cuando enfermé, mi mamá estaba más pendiente de mí y formamos un lazo muy fuerte…Quería que mi madre se apegue más a mí, como a mi hermana" (Paciente 10).

"Luego, cuando la enfermedad ya era evidente, las preocupaciones de mi mamá estaban dirigidas hacia mí" (Paciente 16).

"Hicieron que mis padres se preocupen más por mí" (Carta de Paciente 2).

4.2.7. Diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según edad.

La Tabla 3 muestra algunas diferencias según la edad en los significados atribuidos al TCA como estrategia para la reducción del peso y para obtener cuidados de la familia. Respecto a la reducción de peso, se aprecia que para pacientes menores de 18 años (n=7), bajar de peso les permite obtener el reconocimiento y aprobación por parte de los demás, mientras que para las mujeres mayores de 8 años (n=9), el bajar de peso se asocia con aspectos más personales, como seguridad, comodidad y logro. Por otro lado, con relación a la obtención de cuidados de la familia, fueron las pacientes menores de 18 años quienes refirieron que sus familiares se sentían más preocupados por ellas y por lo tanto recibieron más cuidado, en comparación con pacientes adultas, quienes expresaron menor preocupación de sus familiares y mayor independencia.

Tabla 3. Diferencias en los significados atribuidos al TCA según la edad.

Temas	Edad	
	< 18 años (n=7)	≥18 años (n=9)
TCA como estrategia para la reducción del peso	Reconocimiento y aprobación por parte de los demás. *"Antes decía: 'estar delgada es rápida, corriendo, ser feliz, ser ágil, que los chicos te quieran, que les llame la atención. Ser delgada era lo mejor para mí, lo era todo" (Paciente 9).*	Aspectos más personales: seguridad, comodidad y logro. *"Tu presencia me daba seguridad de que todo iba a estar bien porque me ayudabas a tomar las mejores decisiones y me permitías mantenerme parada en medio de la vorágine, firmemente, inmutable, capaz de quedarme de pie y seguir con mis planes"* (Carta de Paciente 7).
TCA como estrategia para obtener cuidados de la familia	Mayor preocupación por parte de familiares *"Yo estaba celosa de mi hermano y la enfermedad hizo que mis padres me dieran atención a mí también"* (Paciente 5).	Mayor independencia por parte de la familia *"Mi mamá nunca me dio un abrazo, nunca me preguntó cómo he estado, qué es lo que deseo, si estaba bien"* (Paciente 13).

4.2.8. Diferencias en los significados atribuidos al trastorno de conducta alimentaria según tipo de TCA.

En la Tabla 4, se observa algunas diferencias respecto al tipo de TCA encontradas en los temas TCA como estrategia de control de sí misma y del entorno social, y como estrategia para fomentar el logro personal y autoestima. Así, pacientes con AN realizan conductas restrictivas, compensatorias y purgativas para obtener bienestar y/o satisfacción, lo cual representa un medio de control de sí y del entorno. Las pacientes con BN, además de las conductas señaladas, también realizan atracones para sentir placer y satisfacción. Respecto al logro personal y autoestima, para las

mujeres con AN, el bajar de peso es valorado como un fin en sí, como un logro personal, mientras que para pacientes con BN, bajar de peso es valorado como un logro personal en función a los reforzadores sociales que pueden obtener con ello.

Tabla 4. Diferencias en los significados atribuidos al TCA según tipo de desorden

Temas	Tipo de TCA	
	AN (n=10)	BN (n=6)
TCA como estrategia de control de sí misma y del entorno social	Conductas restrictivas, compensatorias y purgativas: *"Yo escondía la comida, tomaba la mitad de mi desayuno. En el almuerzo me iba con mis bolsas donde metía la comida. Nadie se daba cuenta que no comía"* (Paciente 10).	Además de las conductas señaladas, también atracones: *"Cuando me enojaba recuerdo que podía comer bastante. Agarraba limón y lo chupaba; sal, azúcar, sabores muy intensos. Al momento de comer, no podía controlarme, no sabía cuándo parar"* (Paciente 8).
TCA como estrategia para fomentar el logro personal y autoestima	Bajar de peso como un fin en sí: *"Yo no me sentía bien, quería bajar algunas tallas, pero de allí me medía la cintura, empezaba a medirme, cuando bajaba de peso, me sentía menos, me sentía mejor"* (Paciente 2).	Bajar de peso como un medio para aprobación social: *"Gracias a ti en la universidad los chicos me empezaron a ver y las chicas me decían estás delgada y ese comentario me alzaba el autoestima"* (Carta de Paciente 4).

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del estudio fue explicar los procesos psicológicos implicados en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria (TCA) en un grupo de mujeres con anorexia y bulimia nerviosa, usuarias de un programa de tratamiento residencial en la ciudad de Lima. Los resultados indican que las pacientes asignan o atribuyen significados a los TCA a través de procesos psicológicos interpretativos-constructivos, para lo cual asumen un papel activo y son motivadas por sus proyectos personales o intencionales.

Las pacientes del estudio reconocen que tienen un problema respecto a los alimentos y que ello fue el motivo principal de su admisión al programa de tratamiento residencial. Asimismo, saben que presentan pensamientos, comportamientos y emociones particulares que configuran síntomas del TCA, y que por tanto tienen ese desorden. Entonces, las pacientes reconocen que tienen un trastorno psicológico. Como tal, el trastorno, así como sus síntomas característicos, constituye fenómenos susceptibles de asignación de significados, a pesar de que son sus procesos psicológicos. En este sentido, es importante señalar que la asignación de significados puede darse tanto a eventos externos como a fenómenos internos, personales o psicológicos (Flick, 2004; Mahoney, 2003; Dezelic, 2017; Huta, 2016). Así, la realidad subjetiva no escapa de ser un referente de significados, para lo cual se hace uso, paradójicamente, de la misma subjetividad (Leontiev, 2013).

En estos procesos psicológicos interpretativos-constructivos en la atribución de significados, las pacientes son agentes activas, que buscan

constantemente la realización de sus proyectos personales a través de la implementación intencional de diversas estrategias (Groeben, 1988; Kelly, 1955; Mahoney, 2004; Neimeyer, 2013), las cuales solo tienen sentido en un contexto personal y social específico como refiere O'Connor (2015). Así se observan actos intencionales que las pacientes realizan para alcanzar sus proyectos personales o metas (p. e., ser aceptadas por el grupo, sentirse amadas, sentirse útiles, etc.). Desde el punto de vista de las pacientes y en el contexto en el que surgieron sus proyectos, estos son viables principalmente a través del trastorno y de sus síntomas, estrategias que por el contrario las aleja cada vez más de la realización de sus proyectos personales. Esto se sustenta en los hallazgos del estudio, pues los TCA y los síntomas implicados significan para las pacientes estrategias, medios o planes de acción implementados en el transcurso de sus experiencias de vida para cumplir con sus proyectos individuales, que al fin de todo les permitieron adaptarse a su contexto personal y social.

Asimismo, la representación del TCA y las conductas propias del desorden como estrategias de adaptación implica diversos procesos psicológicos en los que interactúan variables biológicas, contextuales, afectivas, motivacionales, cognitivas y conductuales.

De acuerdo con esto, el primer proceso psicológico que se advierte es el rol que tiene el TCA y sus comportamientos característicos para la reducción de peso. Los antecedentes de sobrepeso durante la niñez y los cambios biológicos durante la pubertad generaron comentarios del entorno social respecto a las dimensiones del cuerpo de las pacientes. A partir de estos comentarios y la percepción de su imagen corporal, las pacientes construían significados aversivos en torno a su físico, lo que resultaba en insatisfacción con su imagen corporal y deseos de bajar de peso. En estas circunstancias y a fin de sentirse más satisfechas con su cuerpo, las colaboradoras deseaban ser más delgadas y encontraron en los repertorios cognitivos y conductuales propios del TCA una forma eficaz de bajar de peso. Es preciso señalar que en las pacientes adolescentes el bajar de peso era motivado más por reforzadores sociales, como la aceptación del grupo, mientras que las

pacientes adultas atribuían al bajar de peso significados más personales que de contexto. En concordancia con los estudios de Lebow et al. (2015) y Negrete et al. (2019), tanto el sobrepeso y la obesidad durante la infancia y la adolescencia como los cambios en la pubertad se asocian con conductas de riesgo para el TCA, aunque también estos estudios señalan que los aspectos culturales y actitudinales se comportarían como mediadores en esa relación.

En esta misma línea de discusión, Smart & Tsong (2014) encontraron que el aumento de peso, la insatisfacción corporal y el deseo de adelgazar fueron temas principales en experiencias de mujeres que se identificaron como personas con problemas alimenticios o corporales, experiencias similares a los resultados reportados en esta investigación. Resultados parecidos se encontraron en estudios que señalan que la insatisfacción corporal es uno de los factores de riesgo fundamentales que predisponen el desarrollo de los TCA en los adolescentes (Berengüí et al., 2016; Forsén Mantilla et al., 2014; Rohde et al., 2015; Stofeles et al., 2017). Ya el modelo de doble vía para la BN planteado por Stice (2001) resalta la influencia de la presión social y cultural en la internalización de la delgadez, lo que a su vez genera insatisfacción corporal, desencadena conductas de dieta y afecto negativo, y aumenta el riesgo de la patología bulímica, hallazgos congruentes con los encontrados en la investigación.

Un segundo proceso psicológico consiste en asignar al TCA y sus comportamientos característicos el potencial de funcionar como estrategias de control. Así, las pacientes, con la intención de manejar eventos externos invalidantes y ante lo desbordante y agotador que resulta ello, optaron por redirigir su control y enfocarse en sí mismas.

La concentración en el propio cuerpo y el control de la ingesta de alimentos permiten que las pacientes experimenten la sensación de poder, control y orden en sus vidas y en sus relaciones interpersonales, evidencias respaldas por los estudios de Dada et al. (2017) y Noordenbos (2013). A pesar de ello, sus vidas son experimentadas como emocionalmente caótica y confusa. Controlar su cuerpo y sus pensamientos respecto a las comidas es una

estrategia para distraerse de las responsabilidades, las dificultades y las experiencias desagradables en ese periodo de sus vidas, evitando así una realidad que les generaría miedo, confusión, vergüenza y demás emociones disfóricas que no toleran, resultados similares hallados por Cruzat et al. (2014), Fox & Diab (2015) y Williams & Reid (2010). Aquí es necesario acotar que en los pacientes con BN, a diferencia de los pacientes con AN, los atracones de comida también son recursos usados con mucha frecuencia para estos fines. Al parecer, los síntomas del TCA tienen la función de evitar vivencias y emociones desagradables, reduciendo la intensidad y la duración de éstas (Cruzat et al., 2010; Mulkerrin et al., 2016; Wildes et al., 2010; Wildes et al., 2015); estos hallazgos son consistentes con el modelo de evitación emocional en AN de Wildes et al. (2010). Se deduce entonces que las pacientes con TCA utilizan estrategias para regular sus emociones, pero estas estrategias no son efectivas y generan el deterioro de su salud. Precisamente, algunos estudios reportan que mujeres con TCA presentan niveles altos de dificultad para regular las emociones de manera efectiva (Ben-Porath et al., 2014; Guarín et al., 2017; Mallorquí-Bagué et al., 2018; Racine & Wildes, 2015).

El tercer proceso psicológico implicado en la atribución de significados al TCA indica que este desorden representa una estrategia para obtener afecto, reconocimiento y aprobación social. Al respecto, es importante señalar que las pacientes tuvieron un papel activo para responder a los estímulos de su contexto social (familia, colegio, pares, etc.) percibido como invalidante. Ello posiblemente promovió la creación de conclusiones valorativas de tales experiencias y de los consecuentes sentimientos. Estas conclusiones valorativas resultaron ser desadaptativas, pues tienen contenidos de incompetencia, inutilidad, imperfección, inadecuación y rechazo. Al respecto, Matos et al. (2015) encontraron que las autopercepciones negativas de pacientes con TCA pueden surgir de experiencias vergonzosas tempranas en el dominio social más amplio o también dentro de la familia, lugares en los que la persona se percibía como desagradable para los demás. Estas experiencias vergonzosas consistían en recuerdos de críticas, burlas o rechazos del cuerpo, el peso, la apariencia física o algún atributo personal.

Munro et al. (2017) concluyen que mujeres con AN presentan creencias autocríticas sobre sí mismas (“soy inaceptable”, “estoy demasiado necesitada” y “soy perezosa”) y sobre sus sentimientos emocionales y físicos (“mis sentimientos son inaceptables”, “mi cuerpo es inaceptable”). Estas autopercepciones son aceptadas como verdaderas o inevitables, por ello ejercen un fuerte control y las pacientes las ocultan a los demás. Otros estudios conciben estas creencias como metacogniciones y les confieren un papel central en el mantenimiento del desorden (Olstad et al., 2015), lo cual es congruente con el modelo de BN propuesto por Cooper et al. (2009).

Las creencias disfuncionales generaron en las pacientes vulnerabilidad al rechazo, lo cual promovió que sientan miedo intenso al abandono, a la soledad y a no tener el afecto de los demás. Estos hallazgos son congruentes con los reportados por Cardi et al. (2013), quienes concluyeron que pacientes con TCA manifiestan alta sensibilidad al rechazo social y baja sensibilidad a las recompensas sociales, ambos aspectos relacionados con experiencias adversas en la infancia. Desde el modelo transdiagnóstico para TCA planteado por Fairburn et al. (2003) y Fairburn (2008), estos aspectos configurarían la baja autoestima incondicional y generalizada. En consecuencia, las pacientes intentarán buscar de forma activa afecto y reconocimiento social, y llegarán probablemente a la conclusión de que una forma para ser aceptada socialmente es a través del cuidado de su apariencia física, el reducir su peso y el obtener el supuesto cuerpo ideal (Matos et al. 2015). Hallazgos parecidos se reporta en algunos aspectos del modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal planteado por Schmidt & Treasure (2006). En efecto, la pérdida de peso generó comentarios favorables del entorno social relativos al físico de las pacientes, sobre todo de los pares. Si bien tanto mujeres como varones perciben estos cambios y comentan sobre el físico de las pacientes, son los halagos de los varones más reforzadores para ellas. Al respecto, Amaya-Hernández et al. (2017) encontraron que los pares adquieren un papel trascendental en la aceptación o el rechazo de la imagen corporal. Además, según los resultados de estos autores, la insatisfacción con la imagen corporal en los adolescentes fue predicha por la popularidad con pares del sexo opuesto, y es, a su vez, la insatisfacción

corporal un predictor importante de las conductas alimentarias anómalas. En consonancia con Keel (2017), parece ser que las mujeres tienen una mayor exposición ambiental al ideal de delgadez que consideran que es más valorado por el sexo opuesto dentro de su grupo de pares.

Un cuarto proceso psicológico en la atribución de significados al TCA y sus comportamientos característicos consiste en considerarlos como una estrategia para fomentar el logro personal y la autoestima. De esta manera, cuando las pacientes utilizan las conductas del TCA para controlar la ingesta de alimentos, reducir su peso, regular sus emociones y obtener aprobación social, asignan a dichas conductas la facultad de permitirles cumplir con sus metas, concibiéndose capaces de alcanzar algo por su propio esfuerzo, resultado similar al reportado por Nordbø et al. (2012). Acerca de este aspecto, según los hallazgos, para las mujeres con AN, el bajar de peso es valorado como un fin en sí, como un logro personal; mientras que para las pacientes con BN, el bajar de peso es valorado como un logro personal en función de los reforzadores sociales que podrían obtener con ello. En ambos casos, el tener éxito en estos aspectos representa para ellas logros personales y las hace considerarse competentes, lo que incrementa su autoestima, su autoconfianza y su seguridad en sí mismas (Cruzat et al., 2010; Calvo, 2011; Fox & Diab, 2015; Gorse et al., 2013; Williams & Reid, 2010).

Es importante contextualizar aquello que las pacientes perciben como logros en la etapa de su desarrollo evolutivo a fin de comprender la influencia que tienen estos logros en la formación de su identidad. Tales logros ocurren durante la adolescencia y hacen referencia a elementos muy valorados en esa etapa y, por tanto, fundamentales para la construcción de sus identidades, tales como el atractivo físico, la autonomía y la aprobación social (Amianto et al., 2016; Oldershaw et al., 2019). Antes del trastorno, las colaboradoras consideraban que solo tenían fracasos en sus vidas y en sus relaciones familiares e interpersonales, lo cual generó inseguridad en sí mismas y ello facilitó la formación de una identidad inestable y maladaptativa. En relación con este punto, Verschueren et al. (2017) hallaron que pacientes con TCA son

más vulnerables a estancarse en el proceso de formación de identidad, lo cual está asociado con el funcionamiento psicosocial no adaptativo.

En estas circunstancias, cuando las colaboradoras asumen que tuvieron éxito en las áreas mencionadas solo cuando tuvieron las conductas del TCA, lo cual les generó satisfacción, las predispone a considerar y vivenciar el desorden como parte fundamental de su identidad o su sentido de sí mismas (Jenkins & Ogden, 2012; Higbed & Fox, 2010; Oldershaw et al., 2019; Williams et al., 2016), e incrementan la probabilidad de que las conductas restrictivas y purgativas y los procesos de pensamiento referidos a los alimentos y su cuerpo permanezcan. Por ello, el concebir el TCA como una parte de su identidad puede representar un obstáculo para que las pacientes busquen tratamiento y accedan a él, en la medida que significaría perder su sentido de ser o abandonar sus valores personales (Gorse et al., 2013; Gregertsen et al., 2017; Mulkerrin et al., 2017; Smethurst & Kuss, 2016).

Un último proceso psicológico en la atribución de significados al TCA implica que este desorden funciona como una estrategia para obtener atención y cuidados de la familia. Sobre este proceso, es necesario comprender la interacción de variables del contexto familiar previas al desarrollo del TCA a fin de contextualizar este nuevo rol del trastorno en la adaptación de las pacientes.

Ya sea por la separación de los padres, la violencia familiar o el déficit de comunicación, todas las pacientes percibieron un inadecuado soporte familiar, en el que se sintieron invalidadas en sus emociones y decisiones, y en el que percibieron carencias afectivas. Ante la incertidumbre de por qué suceden dichos acontecimientos, elaboraron sus propias conclusiones, y así, se atribuyeron la responsabilidad de cuanto sucedía en su entorno familiar y construyeron ideas acerca de sí mismas congruentes con las emociones desagradables que sentían; esto, las llevó a formar creencias disfuncionales (incompetencia, imperfección, inadecuación, rechazo, etc.), las cuales incrementaban su malestar emocional. Sobre este tema, algunos estudios señalan el papel relevante que tiene la funcionalidad de la familia como factor

de riesgo para el inicio del TCA (Dring, 2015; Ruíz et al., 2013). También se señala que las familias de pacientes con TCA presentan menores niveles de cohesión y flexibilidad en comparación con familias normativas (Fernández-Ruiz et al., 2015). Otros estudios son más específicos y refieren que las prácticas de crianza inadecuadas durante la niñez y la adolescencia, en la que los padres tienen dificultades para brindar apoyo a sus hijas en situaciones de cambio o crisis, están relacionadas con el desarrollo del TCA (Rivera et al., 2018). Por su parte, Ford et al. (2011) encontraron que los entornos familiares invalidantes en la infancia se asocian con creencias fundamentales de mujeres con TCA ya en edad adulta, creencias que reflejan un funcionamiento emocional e interpersonal inadaptado.

Como se vio en temas anteriores, el TCA y sus comportamientos característicos les permiten a las pacientes tener la percepción de control sobre su cuerpo, sus emociones y su contexto social, en este caso, la situación familiar. En ese proceso, y producto de las consecuencias físicas que tiene el trastorno sobre la salud de la paciente, su familia la observa vulnerable física y psicológicamente, como un miembro desvalido e indefenso. Ante ello, los miembros de la familia, principalmente los padres, orientan todos sus esfuerzos, atenciones y cuidados hacia la paciente para que no siga enfermando, como encontraron también Cruzat et al. (2014) y (Fox & Diab, 2015), consideraciones que las pacientes reconocen no haberlas tenido lo suficiente antes del trastorno. Sobre este aspecto, las pacientes adolescentes enfatizaron estos cuidados, a diferencia de las pacientes adultas, quienes incluso comentaron que sus familiares no se daban cuenta de su problema. Por consiguiente, los comportamientos de cuidado actúan como reforzadores positivos, pues las pacientes obtienen atenciones de aquellas personas probablemente más importantes en sus vidas, por lo cual las conductas del TCA propenderán a mantenerse.

Por cuanto se ha mencionado, el *modelo constructivista de atribución de significados a los trastornos de conducta alimentaria,* propuesto en el presente estudio y sustentado en los datos, concibe a los TCA y los síntomas implicados como estrategias que las pacientes construyeron para la

realización de sus proyectos personales, lo cual implica afrontar contextos sociales invalidantes, controlar una o más áreas de sus vidas, regular sus emociones y satisfacer necesidades psicológicas de afecto, reconocimiento y aprobación social. En ese sentido, es importante señalar que el TCA y los síntomas característicos son percibidos como las mejores opciones que tuvieron las pacientes para responder lo más funcionalmente posible a su contexto personal y a un entorno social percibido como amenazante, caótico e invalidante. En consonancia con O'Connor (2015), estas estrategias no son tanto comportamientos anormales, sino poco habilidosas o efectivas para responder a su contexto y adaptarse a él.

Si se atribuyen significados favorables al desorden, posiblemente se valoren como potenciales factores de riesgo para la cronicidad del trastorno. Ello generaría un retraso en la búsqueda de ayuda, pues dichos síntomas son considerados egosintónicos para el cumplimiento de las metas en ese momento de su vida (v. g. bajar de peso, sentirse atractiva, obtener la admiración de los demás por su físico) (Gregertsen et al., 2017). Por el contrario, cuando las pacientes valoran las consecuencias de los TCA como desfavorables, posiblemente tengan mayores razones y motivos para superar sus problemas. Indagar acerca de estos procesos interpretativos constructivos de atribución en relación con los síntomas del desorden es fundamental para iniciar un cambio motivacional desde la paciente, pues ella misma es quien confiere un valor a los síntomas del TCA, lo cual puede ser determinante en la superación de estos problemas y, por ende, en la efectividad de la intervención (Williams & Reid, 2010).

Comprender los significados que las pacientes atribuyeron a las conductas de los TCA y los procesos psicológicos implicados permite considerar aspectos relevantes para ellas, como sus metas, valores, motivos y contradicciones, para iniciar así un tratamiento, y no debería priorizarse solo el trastorno como tal, aspectos que son enfatizados por Dada et al. (2017) y Paulson-Karlsson & Nevonen (2012). En consecuencia, las estrategias que el psicoterapeuta implementará para tratar un caso deben, necesariamente, partir de la comprensión de las construcciones valorativas que la paciente tiene respecto

de su trastorno en ese momento particular de su existencia, considerando su funcionamiento psicosocial y físico, sobre todo, porque las creencias que la paciente tiene sobre su enfermedad estarían asociadas con la disposición al cambio (Higbed & Fox, 2010; Subiabre et al., 2015). De esta forma, se contextualiza el desorden, se entiende qué representa este para ellas y por qué les es difícil dejar de emitir las conductas propias del trastorno (O'Connor, 2015; Neimeyer, 2013; Thompson-Brenner, 2015).

Esta aproximación facilitará una relación terapéutica empática y confiable para la paciente, tratándola como una persona en lugar de considerarla solo un caso más de TCA, de tal forma que el tratamiento no solo se enfoque en la disminución de los síntomas físicos, sino que también aborde el problema de una forma holística (Sibeoni et al., 2017), considerando tales atribuciones para optimizar el tratamiento. Es importante, entonces, que los profesionales no solo vean en las pacientes personas con trastornos, sino que vean a mujeres que tienen metas personales que desean cumplir, que tienen un sistema de valores y que desean vivir (Conti, 2016). Ciertamente, esta forma de intervenir deberá implementarse en el marco de modelos integradores complejos e interdisciplinarios a fin de abordar las diferentes facetas de este tipo de trastornos.

CONCLUSIONES

1. La asignación o atribución de significados a los trastornos de conducta alimentaria y los síntomas o conductas implicados se realiza a través de procesos psicológicos interpretativos-constructivos. En estos procesos, las participantes son agentes activas y son motivadas por sus proyectos personales o intencionales, los cuales tienen sentido en el marco referencial de sus vivencias personales y sociales. Esta conceptualización del desorden es denominada por el autor como *modelo constructivista de atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria.*

2. Los trastornos de conducta alimentaria y los síntomas implicados, significan para las participantes estrategias, medios o planes de acción implementadas en el trascurso de sus experiencias de vida para cumplir con sus proyectos personales y son funcionales tomando en cuenta sus propios contextos individual y social, y que al fin de todo le permitieron adaptarse a dicho contexto.

3. Los procesos psicológicos interpretativos-constructivos implicados en la atribución de significados al TCA incluyen variables biológicas, contextuales, afectivas, motivacionales, cognitivas y conductuales, las cuales interactúan entre sí para conformar estrategias orientadas a la reducción de peso; control de sí mismas y del entorno social; obtención de afecto, reconocimiento y aprobación social; fomento del logro personal y autoestima; y obtención de atención y cuidados de la familia.

4. Las pacientes adolescentes valoran el bajar de peso por las consecuencias sociales recibidas (uso de prendas, comentarios del grupo de pares, etc.) y suelen percibir mayores atenciones y cuidados por parte de sus familiares productos del trastorno. Las pacientes adultas suelen valorar el bajar de peso en función a eventos más personales y refieren no tener tanta preocupación por parte de sus familiares.

5. Mujeres con BN utilizan los atracones de comida para lidiar con emociones desagradables, además de las conductas usadas en común con pacientes con AN (p. e., restricción). Así también, para las pacientes con AN, bajar de peso es valorado como un fin en sí, como un logro personal, mientras que para pacientes con BN se valora el bajar de peso en función a los reforzadores sociales que pueden obtener con ello.

RECOMENDACIONES

1. Pese a que en los últimos años el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria está teniendo mayor acogida por parte de la comunidad científica peruana, aún se cree insuficiente para contar con un cuerpo teórico consistente en el ámbito local. En ese sentido, se sugiere continuar con la realización de investigaciones rigurosas sobre el tema que permitan disponer a la comunidad de profesionales de la salud de bases teóricas para la implementación de estrategias de intervención eficaces.

2. En relación con el punto anterior, es importante incrementar la realización de estudios cualitativos a nivel nacional en el estudio de los trastornos de conducta alimentaria, pues a través de esa metodología, puede indagarse procesos de desarrollo de enfermedad y de recuperación, entre otros aspectos. Por supuesto, es recomendable que los mismos se bases en procedimientos metodológicos que garanticen la calidad y rigurosidad de los mismos.

3. Si bien los resultados del estudio propician conocimiento científico producto de la interacción con un grupo de 16 mujeres con TCA (lo cual es compatible con la metodología empleada), se sugiere transferir los modelos comprensivos en participantes con características similares en estudios posteriores para su confirmación, modificación, mejora o adaptación.

4. En el estudio realizado solo se contrastó los significados atribuidos al desorden en función a dos variables: grupo etario y tipo de trastorno. No se

tomaron en cuenta otras variables pues no se contó con la suficiente variabilidad de casos, por un lado, y por otro, se consideró que no era un aspecto importante para cumplir con el objetivo principal. En este sentido, se sugiere que en próximos estudios se incluyen variables de comparación que pudieran aportar más información sobre el tema, como tiempo del trastorno, comorbilidad, sexo, número de atenciones previas, soporte familiar actual, entre otros.

5. Incluir en posteriores estudios pacientes con otros tipos de trastornos de conducta alimentaria para una comprensión más amplia de los que pudieran significar el desorden y sus síntomas. Esto permitirá tener modelos diferenciados y con ello optimizar la atención especializada.

REFERENCIAS

Alvarenga, M. D. S., & Dunker, K. L. L. (2014). Influencia de los medios de comunicación e insatisfacción corporal en estudiantes universitarias brasileñas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 5*(1), 20-28.

Amaya-Hernández, A., Alvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M. & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 8*(1), 31-39. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.12.001

American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de https://www.apa.org/images/ethics-code-2017_tcm7-218783.pdf

Amianto, F., Northoff, G., Abbate-Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. A. (2016). Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in Psychology, 7*, 849. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª Ed.).* Arlington, VA: Autor.

Beat (2015). *The costs of eating disorders: Social, health and economic impacts.* Disponible en https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_54403-3_0.pdf

Behar, R., Gramegna, G. & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 52*(2), 103-114. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000200006

Ben-Porath, D. D., Federici, A., Wisniewski, L. & Warren, M. (2014). Dialectical behavior therapy: does it bring about improvements in affect regulation in individuals with eating disorders? *Journal of Contemporary Psychotherapy, 44*(4), 245-251. http://dx.doi.org/10.1007/s10879-014-9271-2

Berengüí, R., Castejón, M. Á. & Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*(1), 1-8. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004

Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research, 15*(2), 219-234. https://doi.org/10.1177/1468794112468475

Bezance, J., & Holliday, J. (2013). Adolescents with anorexia nervosa have their say: a review of qualitative studies on treatment and recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 21*(5), 352-360. https://doi.org/10.1002/erv.2239

Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W. & Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review, 21*(1), 45-51. https://doi.org/10.1002/erv.2175

Borrego, C.E. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología, 12*(1), 13-50.

Brinkmann, S. (2018). The Interview. En N.K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). USA: SAGE Publications, Inc.

Caballero, G. (2014). *Anorexia y estilos de afrontamiento en adolescentes de Lima metropolitana* (Tesis de maestría). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

Calvo, R. (2011). Comprendiendo y superando la cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Acción Psicológica, 8*(1), 35-56.

Cardi, V., Matteo, R., Corfield, F., & Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: an investigation of attentional

bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry, 14*(8), 622-633. https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479

Chamberlain, K. (1999). Using grounded theory in health psychology: practices, premises and potential. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology: Theories and methods* (pp. 183-201). London: SAGE Publications Ltd doi: 10.4135/9781446217870.n12

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis.* London: SAGE Publications.

Charmaz, K. & Henwood, K. (2017). Grounded theory methods for qualitative psychology. In C. Willig & W. Rogers (Eds.), *The SAGE Handbook of qualitative research in psychology* (pp. 238-256). London: SAGE Publications Ltd. http://dx.doi.org/10.4135/9781526405555.n14

Chunga, L. J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicología, 17*(2), 116-127. https://doi.org/10.18050/revpsi.v17n2a6.2015

Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*. Recuperado de http://www.cpsp.pe/prueba/images/documentos/otros/codigo_de_etica_y_deontologia_cpsp_cdn.pdf

Coniglio, K. A., Becker, K. R., Franko, D. L., Zayas, L. V., Plessow, F., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2017). Won't stop or can't stop? Food restriction as a habitual behavior among individuals with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviors, 26*, 144-147. http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.005

Conti, J.E. (2016). “I Don't Think Anorexia Is the Way Out”: Reconstruction of Meaning in Women's Narratives of Anorexia Nervosa over 10 Years. *Journal of Constructivist Psychology, 29*(2), 165-183. http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2015.1072485

Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. (2009). *Treating bulimia nervosa and binge eating: An integrated metacognitive and cognitive therapy manual.* London: Routledge.

Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia

de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhe, 19*(1), 3-17.

Cruzat, C., Díaz, F., Aylwin, J., García, A., Behar, R., & Arancibia, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 5*(2), 70-79.

Dada, G., Izu, S., Montebruno, C., Grau, A., & Feixas, G. (2017). Content analysis of the construction of self and others in women with bulimia nervosa. *Frontiers in Psychology, 8*, 480. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00480

Denegrí, L. M. (2018). *Características psicosociales en pacientes con trastorno de la Conducta Alimentaria–Estudio de Caso* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Agustín, Lima, Perú.

Dezelic, M. (2017). Meaning constructs and meaning-oriented techniques: Clinical applications of meaning and existential exploration. *Journal of Constructivist Psychology, 30*(1), 32-41. https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1119086

Dring, G. (2015). Anorexia runs in families: is this due to genes or the family environment? *Journal of Family Therapy, 37*(1), 79-92. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12048

Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M. R., Haggard, P. y Treasure, J. (2014). Persistent body image disturbance following recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorder, 47*(4), 400-409.

Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal

psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 70*, 64-71. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010

Fernández-Ruiz, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria: Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias Psicológicas, 9*(2), 153-162.

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 391-401. https://doi.org/10.1002/eat.22501

Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa.* Madrid: Morata.

Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa.* Madrid: Morata.

Flick, U. (2004). Constructivism. En U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 88-94). London: SAGE Publications.

Ford, G., Waller, G., & Mountford, V. (2011). Invalidating childhood environments and core beliefs in women with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 19*(4), 316-321. https://doi.org/10.1002/erv.1053

Forsén Mantilla, E., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. E*ating Behaviors, 15*(1), 125-131. http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.11.008

Fox, J. R. & Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An interpretative phenomenological analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology, 20*(1), 27-36. https://doi.org/10.1177/1359105313497526

Friederich, H.-C., Wu, M., Simon, J. J., & Herzog, W. (2013), Neurocircuit function in eating disorders. International *Journal of Eating Disorders, 46* (5), 425–432. https://doi.org/10.1002/eat.22099

Frost, N. (2011). *Qualitative research methods in psychology: combining core approaches.* London: McGraw-Hill Education.

Gary, A., Campbell-Ruggaard, J., Goodheart, K. L. & Clopton, J. R. (2012). The Physiology of Anorexia Nervosa. En K. L. Goodheart, J. R. Clopton & J. J. Robert-McComb (Eds.), *Eating disorders in women and children: prevention, stress management, and treatment* (2nd ed., pp. 47-60). New York: Taylor & Francis Group.

Gelo, O. C. G., Vilei, A., Maddux, J. E., & Gennaro, A. (2015). Psychopathology as social construction: the case of Anorexia Nervosa. *Journal of Constructivist Psychology, 28*(2), 105-125. https://doi.org/10.1080/10720537.2013.858087

Gergen, K. J. (1994). *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* New York: Aldine.

Glasersfeld, E. von (1995). *Radical Constructivism. A Way of Knowing and Learning.* London: The Falmer Press.

Gorse, P., Nordon, C., Rouillon, F., Pham-Scottez, A., & Revah-Levy, A. (2013). Subjective motives for requesting in-patient treatment in female with anorexia nervosa: A qualitative study. *PLoS ONE, 8*(10), e77757. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077757

Grave, R. D., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, *51*(1), R9-R12. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008

Grave, R. D. Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy, 73*, 79-82. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014

Gregertsen, E. C., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The egosyntonic nature of anorexia: an impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology, 8* (2273), 1-9. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273

Groeben, N. (1988). Explikation des Konstrukts Subjektive Theorie'. En N. Groeben, D. Wahl, J. Schlee, & B. Scheele (Eds.), *Das forschungsprogramm subjektive theorien. Eine einführung in die psychologie des reflexiven subjects* (pp. 17-24). Tübingen: Francke.

Guarín, M., Rueda, J. G., Arias, N. M., Sarmiento, C. P., Cortés, L. L. & Munoz, V. P. (2017). Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder. Revista Mexicana de *Trastornos Alimentarios, 8*(1), 72-81. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001

Higbed, L. & Fox, J. R. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(3), 307-325. https://doi.org/10.1348/014466509X454598

Howitt, D. (2016). *Introduction to qualitative research methods in psychology* (3rd. ed.). UK: Pearson.

Huta, V. (2016). Meaning as a subjective experience. *Journal of Constructivist Psychology, 30*(1), 20-25. http://dx.doi.org/10.1080/10720537.2015.1119088

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2013). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. Suplemento 1, Vol. XXIX.* Lima: Autor.

Jenkins, J. & Ogden, J. (2012). Becoming ‘whole’again: A qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*(1), 23-31. https://doi.org/10.1002/erv.1085

Keel, P. K. (2017). *Eating disorders* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton (republicado por Routledge, 1991).

Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa.* Madrid: Ediciones Morata.

Lebow, J., Sim, L. A., & Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 56*(1), 19-24. http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.005

Leontiev, D. A. (2013) Personal meaning: A challenge for psychology. *The Journal of Positive Psychology, 8*(6), 459-470. http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.830767

Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating disorders, 24*(1), 39-46. https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113826

Maddux, J. E., Gosselin, E. J. & Winstead, B. A. (2016). Conceptions of psychopathology. A social constructionist perspective. En J. E. Maddux & B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: foundations for a contemporary understanding* (4th ed., pp. 3-17). New York: Routledge.

Mahoney, M.J. (2003) *Constructive psychotherapy: theory and practice.* New York: The Guilford Press.

Mahoney, M. J. (2004). Human change processes and constructive psychotherapy. En A. Freeman, M. J. Mahoney, P. L. DeVito & D. M. Martin (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2th ed., pp. 5-24). New York: Springer.

Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., ... & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review, 26*(1), 53-61. https://doi.org/10.1002/erv.2570

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qualitative *Health Research, 26*(13), 1753-1760. https://doi.org/10.1177/1049732315617444

Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología, 3*0(2), 422-430. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.151291

Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, M., y Calderón, A. (2003).Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología de la PUCP, 12*(2), 234-269.

Matos, M., Ferreira, C., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Eating disorders: When social rank perceptions are shaped by early shame experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(1), 38-53. https://doi.org/10.1111/papt.12027

Mehler, Ph. S., Birmingham, C. L., Crow, S. J., & Jahraus, J. P. (2010). Medical Complications of Eating Disorders. En C. M. Grilo & J. E. Mitchell (Eds.), *The Treatment of Eating Disorders. A Clinical Handbook (pp. 66-80).* New York: The Guilford Press.

Mertens, D. M. (2010). *Research and evaluation in education and psychology: integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* (3rd. ed.). California: SAGE Publications, Inc.

Mitchison, D., & Hay, P. (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, *6*, 89-97.

Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862.

Mulkerrin, Ú., Bamford, B., & Serpell, L. (2016). How well does Anorexia Nervosa fit with personal values? An exploratory study. *Journal of Eating Disorders*, *4*(20), 1-11. https://doi.org/10.1186/s40337-016-0109-z

Munro, C., Randell, L., & Lawrie, S. M. (2017). An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 1-21. https://doi.org/10.1002/cpp.2047

Negrete, M. A., Penelo E., Espinoza, P. & Raich. R. M. (2019). Relación entre trastornos de conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 1*(1), 9-18.

Neimeyer, R. A. (2013). *Psicoterapia constructivista. Rasgos distintivos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Neimeyer, R. A. & J. D. Raskin (2000). *Constructions of Disorder. Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Noordenbos, G. (2013). *Recovery from eating disorders: A guide for clinicians and their clients.* Chichester: John Wiley & Sons.

Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating* Disorders Review, 20(1), 60-67. https://doi.org/10.1002/erv.1097

O'Connor, K. P. (2015). *A constructionist clinical psychology for cognitive behaviour therapy.* London: Routledge.

Oldershaw, A. V., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A clinical conceptualisation of the development, maintenance and psychological treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology, 10*, 219. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219

Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O., & Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors, 16*, 17-22. http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.019

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2018). *CIE 11. International Classification of Diseases 11th Revision.* Recuperado de https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1412387537

Organización Panamericana de la Salud (1995). CIE 10: *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10ª ed.). Washington, D.C.

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*(2), 257-301. http://dx.doi.org/10.1037/a0018301

Patel, K., Tchanturia, K. & Harrison, A. (2016). An exploration of social functioning in young people with eating disorders: A qualitative study. *PloS One, 11*(7), e0159910. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159910

Paulson-Karlsson, G. & Nevonen, L. (2012). Anorexia nervosa: Treatment expectations–a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 169-177. https://doi.org/10.2147/JMDH.S33658

Pennesi, J-L. & Wade, T.D. (2015). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review, 43*, 175–192. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004

Pilco, R. & Vivanco, C. (2018). Prevalencia de bulimia nerviosa en adolescentes de 15 a 19 años ingresantes a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. 2012. *Revista Médica Basadrina, 7*(1), 16-19.

Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image, 14*, 146-157. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008

Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri-Condori, L., Carhuancho, J., & Taype, Á. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública, 43*, 551-561.

Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 785. https://doi.org/10.1037/ccp0000011

Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Rapley, T. (2016). Some Pragmatics of Qualitative Data Analysis. En D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research* (4th ed., pp. 331-346). London: SAGE Publications.

Raskin, J. D. & Lewandowski, A. M. (2000). Chapter 2. The construction of disorder as human enterprise. En R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder. Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 15-40). Washington, DC: American Psychological Association.

Rivera, L. A. Andrade, P., Rivera, M. E., & Unikel, C. (2018). Percepción de padres e hijas acerca de los aspectos familiares asociados con el inicio

de un trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios,* *9*(1), 71-81. http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.484

Robert-McComb, J. J. & McCullough, B. (2012). The Physiology of Bulimia Nervosa. En K. L. Goodheart, J. R. Clopton & J. J. Robert-McComb (Eds., pp. 61-74), *Eating disorders in women and children: prevention, stress management, and treatment* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Group.

Rodríguez-Fernández, A., & Goñi, A. (2012). Risk of Eating Disorders and Physical Self-Concept in Adolescence En I. Jáuregui (Ed.), *Relevant Topics in Eating Disorders* (83-118). Recuperado de http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-ineatingdisorders/treatments-for-eating-disordersthe-patients-views.

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders, 48*(2), 187-198.

Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C., & Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 4*(1), 45-57.

Rutsztein, G., Scappatura, M. L. & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 5*(1), 39-49.

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitiveinterpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 343–366. http://dx.doi.org/10.1348/014466505X53902.

Schütz, A. (1962). C*ollected Papers. Volume I: The Problem of Social Reality.* The Hague: Martinus Nijhoff.

Sibeoni, J., Orri, M., Valentin, M., Podlipski, M. A., Colin, S., Pradere, J. et al. (2017). Metasynthesis of the views about treatment of anorexia nervosa in adolescents: Perspectives of adolescents, parents, and

professionals. *PloS ONE, 12*(1), e0169493. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169493

Silverman, D. (2015). *Interpreting qualitative data (5th ed.).* London: SAGE Publications.

Smart, R., & Tsong, Y. (2014). Weight, body dissatisfaction, and disordered eating: Asian American women's perspectives. *Asian American Journal of Psychology, 5*(4), 344. http://dx.doi.org/10.1037/a0035599

Smethurst, L., & Kuss, D. (2016). 'Learning to live your life again': An interpretative phenomenological analysis of weblogs documenting the inside experience of recovering from anorexia nervosa. *Journal of Health Psychology, 23*(10), 1287-1298. https://doi.org/10.1177/1359105316651710

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 26*(6), 543-548.

Steinglass, J. E., Glasofer, D. R., Walsh, E., Guzman, G., Peterson, C. B., Walsh, B. T., ... & Wonderlich, S. A. (2018). Targeting habits in anorexia nervosa: a proof-of-concept randomized trial. *Psychological Medicine, 48*(15), 2584-2591. https://doi.org/10.1017/S003329171800020X

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124–135. http://dx.doi.org/10.1037//0021-843X.110.1.124.

Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy, 29*(2), 257-276. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80006-3

Stofeles, R., Castro, S-C., Gouveia, M-C., Miranda, H. H., & Eloiza, S. (2017). Overweight and Body Image Perception in Adolescents with Triage of Eating Disorders. *The Scientific World Journal*. https://doi.org/10.1155/2017/8257329

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada.* Colombia: Universidad de Antioquia.

Subiabre, C., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Rosa Behar, A., Marcelo Arancibia, M., & Teresa Quintana, P. (2015). Significados sobre la experiencia de hospitalización en pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 53*(2), 100-109. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200005

Suclla, J. A., Estefanero, J., Smedts, C., Velarde, E., Vera, D., Murillo, D., & Cáceres, A. (2015). Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 35*(3), 17-26. http://doi.org/10.12873/353velasquez

Thompson-Brenner, H. (2015). *Casebook of evidence-based therapy for eating disorders.* Nueva York: Guilford Press.

Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E., & Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 589-620.

Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders, 1*(13). https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13

Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded theory methods for mental health practitioners. En A. R. Harper & D. Thompson. (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (pp. 131-146). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Verschueren, M., Luyckx, K., Kaufman, E. A., Vansteenkiste, M., Moons, P., Sleuwaegen, E., ... & Claes, L. (2017). Identity processes and statuses in patients with and without eating disorders. *European Eating Disorders Review, 25*(1), 26-35. https://doi.org/10.1002/erv.2487

Walsh, B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 170*(5), 477-484. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12081074

Westwood, H., Lawrence, V., Fleming, C. & Tchanturia, K. (2016). Exploration of friendship experiences, before and after illness onset in females with anorexia nervosa: A qualitative study. *PLoS One, 11*(9), e0163528. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163528

Wildes, J. E., Marcus, M. D. & McCabe, E. B. (2015). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa. En H. Thompson-Brenner (Ed.), *Casebook of evidence-based therapy for eating disorders* (pp. 163-185). Nueva York: Guilford Press.

Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. International Journal of Eating Disorders, 43(5), 398-404. https://doi.org/10.1002/eat.20730

Williams, K., King, J., & Fox, J. R. E. (2016). Sense of self and anorexia nervosa: A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 89*(2), 211-228. https://doi.org/10.1111/papt.12068

Williams, S. & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology and Health, 25*(5), 551-567. https://doi.org/10.1080/08870440802617629

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology (3rd. ed.).* London: McGraw-Hill Education.

Wong, P. T. P. (2012). *The human quest for meaning. Theories, research, and applications* (2nd ed.). New York: Routledge.

Yager J, & Andersen A. (2008). Clinical practice: Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 353, 1481–1488.

Yilmaz, Z., Hardaway, J. A. & Bulik, C. M. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. Advances in Genomics and Genetics, 5, 131-150. https://doi.org/10.2147/AGG.S55776

Zegarra-Valdivia, J. A. & Chino-Vilca, B. N. (2018). Social cognition and executive function impairment in young women with anorexia nervosa. *Clínica y Salud, 29* (3), 107-113. https://doi.org/10.5093/clysa2018a16

ANEXOS

ANEXO 1.

Guía de entrevista individual

I. Datos Generales

Nombre (pseudónimo): ……

Edad: ……

Nivel de instrucción: ……

Lugar de procedencia: ……

Fecha: ……

Lugar: ……

Nombre del Entrevistador: ……

Hora de Inicio: ……

Hora de Finalización: ……

II. Preguntas temáticas

1. ¿Cuál es el motivo por el que está en el programa de tratamiento?
2. ¿Cómo cree usted que ha desarrollado este problema?, ¿qué circunstancia(s), situación(es) o evento(s) influyeron para que tenga este problema?
3. ¿Qué circunstancia(s), situación(es) o evento(s) hace(n) que su problema se mantenga, que continúe?
4. ¿Qué significa para usted tener un TCA?
5. ¿Cuáles son las ventajas que le ha dado el trastorno de conducta alimentaria?
6. ¿Qué desventajas le ha traído el trastorno de la conducta alimentaria?

ANEXO 2.

Guía de entrevista grupo focal

I. Presentación

- Agradecer la participación.
- Presentación del coordinador.
- Breve descripción de por qué fueron elegidas para la investigación (que son representantes de muchas mujeres).
- Breve descripción de los objetivos del encuentro.
- Notificar que se grabará la discusión para no perder partes de la discusión.
- Descripción de la dinámica de la sesión:

  - Duración del encuentro (**90 a 120 min.**).

  - Respeto de la **anonimidad.**

  - Dejar claro que se espera que se hable de sus opiniones y experiencias personales sobre el tema.

  - Dejar claro que **interesa hacer una conversación grupal** y que cada una de ellas expresen libremente sus ideas, opiniones y emociones (que **no hay buenas o malas ideas** o respuestas a las cosas que se va a discutir).

  - Dejar claro que se espera que **cada una escuche a la otra** y **espere que la compañera termine de hablar** para expresar su opinión.

  - Dejar en claro que **por ningún motivo se les criticará negativamente** por cuanto manifiesten. Habrá un respeto mutuo.
- Presentación de los participantes: “Antes de comenzar me gustaría saber un poco sobre cada una. Podrían presentarse y decir unas pocas palabras sobre ustedes: tu edad, que estudiabas, quién es tu terapeuta, etc.”

II. Datos Generales

Fecha: …….
Lugar: …….
Nombre del Entrevistador: …….
Hora de Inicio: …….
Hora de Finalización: …….

Nombres y Edades de los participantes (primeros nombres o Pseudónimos):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

III. Preguntas Temáticas

1. ¿Cuál es el motivo por el que están en el programa de tratamiento?
2. ¿Cómo creen ustedes que han desarrollado este problema?, ¿qué circunstancia(s), situación(es) o evento(s) influyeron para que tengan este problema?
3. ¿Qué circunstancia(s), situación(es) o evento(s) hace(n) que su problema se mantenga, que continúe?
4. ¿Qué significa para ustedes tener un TCA?
5. ¿Cuáles son las ventajas que les ha dado el trastorno de conducta alimentaria?
6. ¿Qué desventajas les ha traído el trastorno de la conducta alimentaria?

ANEXO 3.
ACTIVIDAD GRUPAL: CARTA AL TCA (AN y BN)

1. Escribe una carta a tu TCA (Anorexia, Bulimia, Otros TCA) como si fuera una amiga, donde expreses lo que le agradeces, lo que hizo por ti, los beneficios que conseguiste por ella. Por ejemplo: “Querida Anorexia, te agradezco en el alma todo lo que me aportas. Gracias a ti me he sentido más fuerte para enfrentarme a la vida…”.

2. Luego, escribe una carta a tu TCA (Anorexia, Bulimia, Otros TCA) como si fuera tu enemiga, donde expreses lo que le reprochas, las consecuencias que te trajo, las desventajas que implica tener el trastorno. Por ejemplo: “Maldita Anorexia, te odio. Por tu culpa mi vida es un infierno. Has hecho que pierda a todos mis amigos…”.

3. Una vez que hayas leído las dos cartas, piensa si prefieres seguir siendo amiga de tu TCA (Anorexia, Bulimia, Otros TCA) o separarte de ella. Léelo con tu terapeuta y/o con alguna persona de confianza y discute sobre ellas. Puedes ir actualizando las mismas.

ANEXO 4.

Consentimiento informado de participación en el estudio

Yo (Nombres y Apellidos en letras de imprenta) ....., a través del presente documento, acepto participar voluntariamente en este estudio.

He sido informada de la meta de este estudio y me han informado también que tendré que responder preguntas en entrevistas, por lo que doy mi consentimiento de que sean publicadas de forma codificada.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial.

....

Firma de la Participante Fecha

ANEXO 5.

Consentimiento de grabación de audio y/o video

A través del presente documento, yo (Nombres y Apellidos en letras de imprenta)……., autorizo grabar en audio y/o video las entrevistas que tengan con mi persona. Entiendo que se respetará nuestra privacidad y se garantizará el anonimato. Manifiesto haber leído y entendido el presenten documento y estar de acuerdo con las indicaciones que he leído.

....

Firma de la Participante Fecha