



Facultad de Estudios Superiores

**IZTACALA**

# **Beneficios y perjuicios atribuidos a los trastornos de conducta alimentaria**

## ***Benefits and losses attributed to eating disorder***

Jesús Joel Aiquipa Tello

Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú

**Recibido: 24 de Julio de 2018**

**Revisado: 10 de septiembre de 2018**

**Aceptado: 17 de septiembre de 2018**

**Autor de correspondencia:** [jesus.aiquipat@gmail.com](mailto:jesus.aiquipat@gmail.com) (J. Aiquipa Tello)

**Financiamiento:** Ninguno

**Agradecimientos:** Ninguno

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue identificar los significados atribuidos a las consecuencias de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) por parte de mujeres usuarias de un programa de tratamiento residencial en Lima, Perú. Esto con base a un enfoque cualitativo y la teoría fundamentada. Participaron ocho mujeres diagnosticadas con TCA, de entre 14 y 24 años de edad. Las técnicas empleadas fueron entrevista individual, grupo focal y documentos personales. Los resultados indicaron que las participantes valoraron las consecuencias del trastorno como beneficiosas y perjudiciales, alternándose dicha valoración según la situación y el logro de sus metas. Los beneficios atribuidos al TCA fueron bajar de peso en corto tiempo, aceptación y aprobación del grupo social, incremento de sus relaciones interpersonales, y atención y afecto de familiares. Los perjuicios atribuidos fueron deterioro de la salud, pérdida de funcionalidad física y social, activación de pensamientos disfuncionales, impulsividad/agresividad y desconfianza de la familia. Los resultados brindan sustento teórico a la implementación de estrategias de tratamiento que enfatizan los procesos de construcción de significados personales, contextuales y funcionales que se asignan a las conductas problemas del TCA, de tal forma que se promueva el cambio motivacional en las pacientes.

**Palabras clave.** Trastorno alimentario; atribución de significados; beneficios; perjuicios.

**Abstract**

The objective of the study was to identify the meanings attributed to the consequences of eating disorders (ED) by women users of a residential treatment program in Lima, Perú. This is based on a qualitative approach and grounded theory. Eight women diagnosed with ED, between 14 and 24 years of age, participated. The techniques used were individual interview, focus group and personal documents. The results indicated that the participants evaluated the consequences of the disorders as beneficial and damaging, alternating this assessment according to the situation and the achievement of their goals. The benefits attributed to the ED were to lose weight in a short time, acceptance and approval of the social group, increase in interpersonal relationships, and attention and affection of family members. On the other hand, the damages attributed were deterioration of health, loss of physical and social functionality, negative psychological changes, activation of dysfunctional thoughts, impulsivity/aggressiveness and distrust of the family. The results provide theoretical support to the implementation of treatment strategies that emphasize the processes of construction of personal, contextual and functional meanings that are assigned to the behavior problems of the ED, in such a way that the motivational change in the patients is promoted.

**Keywords.**

Eating disorder; attribution of meanings; benefits; damages.

**Introducción**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son aquellos desórdenes psicológicos donde hay una alteración de la conducta de ingesta, distorsión de la imagen corporal y presencia de pensamientos obsesivos recurrentes sobre los alimentos, el cuerpo y peso (Fairburn, 2008). Estos desórdenes generan problemas serios en la persona, su familia y en la sociedad, e implican gastos económicos considerables (Beat, 2015).

De todos los TCA estudiados, la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) son los trastornos que han recibido mayor atención por la comunidad científica, tal vez por ser dos de los TCA que están asociadas con una mayor mortalidad (Fichter & Quadflieg, 2016; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2013), siendo la prevalencia para la AN y BN de 0.4% y 1.5%, respectivamente (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Diferentes estudios han identificado factores de riesgo relacionados al inicio y el mantenimiento de los TCA, tales como son: genéticos y biológicos (Yilmaz, Hardaway & Bulik, 2015), socioculturales (Blodgett-Salafia, Jones, Haugen & Schaefer, 2015; Keel, 2017), familiares (Fernández, Masjuan, Costa-Ball & Cracco, 2015) y experiencias tempranas adversas (Cardi, Di Matteo, Corfield & Treasure, 2013). Asimismo, también

se han identificado factores psicológicos, como son: perfeccionismo (Behar, Gramegna & Arancibia, 2014; Rutsztein, Scappatura & Murawski, 2014), insatisfacción corporal (Rohde, Stice & Marti, 2015; Berengüí, Castejón & Torregrosa, 2016), déficit en la regulación de emociones (Ben-Porath, Federici, Wisniewski & Warren, 2014; Guarín et al., 2017), pensamientos y esquemas disfuncionales (Scott, Hanstock & Thornton, 2014; Boone, Braet, Vandereycken & Claes, 2013), baja autoestima (Cruzat et al., 2014; Rutsztein et al., 2014) y déficit en habilidades sociales (Patel, Tchanturia & Harrison, 2016; Westwood, Lawrence, Fleming & Tchanturia, 2016).

Un factor psicológico relevante para el estudio de los TCA, tanto durante el desarrollo del problema como en el tratamiento, son los procesos de atribución (Espíndola & Blay, 2009), no en su concepción de explicación causal, sino enfocado en su sentido más amplio, que implica conferir significados a los eventos, comportamientos, situaciones (o cualquier fenómeno interno y externo) que tiene un correlato valorativo y emocional para la persona. Así, los procesos de atribución suelen evidenciarse cuando la paciente realiza valora las consecuencias del trastorno, atribuyéndoles significados específicos en las dimensiones biológica, física, psicológica, familiar e interpersonal.

Los estudios realizados sobre significados atribuidos al trastorno se sustentan en las experiencias, vivencias y representaciones de mujeres con TCA. Así, se encontró que las consecuencias de los TCA son valorados positivamente por las pacientes, porque les permite bajar de peso (Cruzat et al., 2010; Fox & Diab, 2015), y con ello obtienen atención, afecto y aprobación del entorno social (Cruzat et al., 2014). También hay evidencia que los TCA son considerados como parte de la identidad de la paciente y de su personalidad (Bezance & Holliday, 2013; Higbed & Fox, 2010; Lamoureux & Bottorff, 2005). Otros estudios señalan que estos trastornos proporcionan a las afectadas sentimientos de seguridad, poder y sensación de control sobre sus propias vidas (Jenkins & Ogden, 2012; Fox & Diab, 2015; Williams & Reid, 2010).

En determinadas etapas del curso del TCA, los pacientes perciben como perjudiciales las consecuencias de estos trastornos, pues les generó deterioro físico y psicológico, poniendo en riesgo su salud (Brown, Schebendach & Walsh, 2016; Noordenbos, 2013; Steinglass & Glasofer, 2011), perdieron el control sobre pensamientos sus pensamientos y comportamientos, sintiéndose atrapados por las conductas problemáticas (Gorse, Nordon, Rouillon, Pham-Scottez & Revah-Levy, 2013; Noordenbos, 2013). Asimismo, algunos estudios hallaron que las mujeres con un TCA disminuyen considerablemente sus redes sociales (Westwood et al., 2016), abandonar estudios y/o actividades laborales (Smethurst & Kuss, 2016), actividades gratificantes (Fox & Diab, 2015; Patel et al., 2016), con un impacto negativo en la familia (Hillege, Beale & McMaster, 2006; Subiabre et al., 2015).

Cuando se atribuyen significados favorables al TCA, posiblemente estos actúen como potenciales factores de riesgo para la cronicidad del trastorno, lo cual genere un retraso en la búsqueda de ayuda, pues dichos síntomas son considerados egosintónicos. Por el contrario, cuando las pacientes valoran las consecuencias de los TCA como desfavorables, posiblemente tengan razones para superar sus problemas. Indagar estos procesos atribucionales con relación a los síntomas del trastorno es fundamental para iniciar un cambio motivacional desde la paciente, pues es quien confiere valor a las consecuencias del TCA,

lo cual puede ser determinante en la efectividad de la intervención.

En consecuencia, el objetivo de esta investigación fue identificar y comprender los significados atribuidos a las consecuencias de los TCA en un grupo de mujeres con anorexia y bulimia nerviosa, usuarias de un programa de tratamiento residencial en la ciudad de Lima, Perú.

## Metodología

### Enfoque y diseño

Este estudio se inscribe en el paradigma de la investigación cualitativa constructivista, bajo el diseño de la tradición de la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967). Este diseño es utilizado para desarrollar una comprensión de cómo las personas construyen significados, interpretan situaciones y actúan sobre la base de sus creencias e interpretaciones. En consonancia, el presente estudio se orienta a indagar en el proceso psicológico de atribución de significados a las consecuencias que generan los TCA.

### Participantes

La selección de las participantes se realizó siguiendo criterios no probabilísticos, utilizando un muestreo intencional (Flick, 2015). Se determinó como criterios de inclusión que la paciente esté en el programa de tratamiento residencial, tenga un TCA tipo AN o BN, tiempo de tratamiento mínimo de un mes, exprese su participación voluntaria en el estudio y no se encuentre bajo el efecto de algún medicamento que pudiera disminuir sus funciones cognitivas. De esta forma, participaron ocho mujeres diagnosticadas con TCA, 4 con anorexia nerviosa y 4 con bulimia nerviosa, según los criterios diagnósticos del manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10, Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003). La edad promedio del grupo fue 18.2 años (DE=3.7), tiempo de enfermedad promedio de 3.6 años (DE=2) y tiempo de tratamiento promedio de 9 meses (DE=3.3). En la Tabla 1 se especifica las características más importantes de las participantes.

Tabla 1. Características de los participantes

Paciente	Edad	Lugar de procedencia	Nivel de instrucción	Tiempo de enfermedad	Tiempo en el programa	Estado nutricional	TCA
P5	14	Lima	Secundaria incompleta	1 año	12 meses	Desnutrición	AN
P6	14	Ayacucho	Secundaria incompleta	2 años	12 meses	Desnutrición	BN
P3	15	Arequipa	Secundaria incompleta	2 años	9 meses	Desnutrición	AN
P2	18	Lima	Superior técnica completa	4 años	7 meses	Desnutrición	AN
P1	19	Lima	Superior Universitaria Incompleta	3 años	9 meses	Normopeso	BN
P4	20	Ayacucho	Secundaria completa	4 años	2 meses	Desnutrición	BN
P7	22	Lima	Superior universitaria incompleta	6 años	11 meses	Bajo peso	AN
P8	24	Lima	Secundaria completa	7 años	10 meses	Normopeso	BN

### Técnicas e instrumentos

Las técnicas empleadas fueron entrevista individual, grupo focal y documentos personales. Todos los datos se registraron mediante grabador digital de sonido y notas de campo.

Para la entrevista individual se utilizó como instrumento una guía de entrevista con información sobre las características sociodemográficas y cuatro preguntas temáticas respecto a las consecuencias de los TCA: ¿Qué consecuencias le ha producido el TCA?, ¿cuáles son las ventajas que le ha dado el trastorno de conducta alimentaria?, ¿qué desventajas le ha traído el trastorno de la conducta alimentaria? Para el grupo focal también se utilizó la misma guía de la entrevista. Tanto la entrevista individual como el grupo focal son técnicas que se adecúan al trabajo cotidiano que realizan las participantes, tales como son las terapias individuales y grupales. Así, estos recursos les resultaron amigables y pudieron expresar sus respuestas con más naturalidad.

Para la técnica análisis de documentos, se solicitaron las historias clínicas de las participantes. También 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, recabándose así 16 cartas. Este recurso es una estrategia utilizada frecuentemente en psicoterapia desde un enfoque 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. A través de este escrito personal se pone en manifiesto dichos elementos con mayor espontaneidad, pues lo realizan en privado.

### Procedimiento

La recolección de datos se realizó en el hogar de internamiento de la institución, ubicada en un distrito limeño, a dos horas del centro de Lima. Se coordinó con los psicólogos responsables de la institución las fechas y horarios en las que se realizarían las sesiones de trabajo. La inmersión al campo se dio de manera intermitente entre febrero y noviembre de 2017. Se acudió una vez por semana durante los primeros tres meses, en diferentes días, para recabar información de las historias clínicas y realizar la observación participante. Luego, cuando se iniciaron las entrevistas individuales y el grupo focal, las visitas fueron dos veces por semana.

Para el reclutamiento de las colaboradoras, y con el fin de asegurar que las pacientes no se sintieran obligadas por sus respectivos terapeutas para participar en el estudio, previa coordinación con los psicólogos responsables, uno de los investigadores convocó a una sesión grupal con las participantes que reunían los criterios de inclusión. Allí, él mismo comunicó el

propósito de la investigación, se enfatizó el carácter voluntario del mismo, la posibilidad de grabar en audio las sesiones de entrevistas y la opción de retirarse del estudio cuando lo crean conveniente. Asistieron nueve pacientes. Una de ellas no quiso participar, pidió permiso y se retiró del grupo.

Se realizó un grupo focal que constó de dos sesiones, con una duración promedio de 90 minutos cada una. En la primera sesión participaron siete de las ocho colaboradoras, mientras que en la segunda sesión participaron solo seis. Los motivos de la ausencia de las participantes en las respectivas sesiones fueron la coincidencia con interconsultas médicas y visitas familiares repentinas. Las sesiones del grupo focal se realizaron en un ambiente cerrado que tenía las condiciones de ventilación e iluminación adecuadas. Las sillas eran movibles y estuvieron acondicionados con algunos cojines para aquellas usuarias con desnutrición. Las entrevistas individuales se realizaron con las mismas participantes del grupo focal, en ambientes con condiciones similares, con las sillas dispuestas frente a frente a fin de fomentar una conversión horizontal. Se realizaron ocho sesiones de entrevista individual, con duración promedio de una hora por cada sesión.

En la primera sesión del grupo focal se solicitó a las participantes realizar un trabajo terapéutico, que consistió en escribir las cartas al TCA. Se sugirió que expresaran en esa carta cuanto sintieran respecto a su problema, que plasmaran aquellas ventajas que creen obtuvieron al desarrollar un TCA y las desventajas que ellas percibieron de padecer su trastorno. Dicha actividad se revisó en la segunda sesión del grupo focal.

### **Procesamiento de la información**

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). De esta forma, se utilizó el análisis de contenido, pues el interés fue identificar los temas y patrones subyacentes a las manifestaciones verbales y escritas de las participantes. Para esto, se segmentó la información mediante el criterio conversacional, eligiendo como unidad de análisis las intervenciones de las usuarias.

Luego se realizó la codificación de primer nivel, comparando las diversas unidades de análisis, obteniéndose así categorías emergentes. Éstas se relacionaron para formar temas y patrones en un proceso de codificación de segundo nivel. Se utilizó el programa Atlas ti v. 7.5.4 para la organización y manejo de los datos. Es importante señalar que este proceso se dio de forma paralela a la recolección de datos.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación cumple con los diferentes aspectos del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018). Con relación a la institución, se solicitó de forma verbal el permiso para realizar el estudio y se respetaron sus horarios, actividades y reglas. Respecto a las participantes, el estudio garantizó en todo momento el no daño físico ni psicológico a las usuarias, monitoreándose su estado emocional durante las sesiones. La confidencialidad de los datos, participación voluntaria y autorización para la grabación en audio se materializaron en el consentimiento informado escrito.

### **Criterios de calidad**

A fin de garantizar la credibilidad y confirmabilidad del estudio, se registraron en audio las respuestas de las participantes para su posterior transcripción. También se utilizó triangulación de técnicas de recolección de datos (entrevista individual, grupo focal y documentos personales). La dependencia del estudio se logró mediante la elaboración de las guías de entrevista y grupos focales. Estas guías contenían temas o preguntas principales del estudio y se aplicaron sin modificaciones a las participantes. Otra estrategia empleada consistió en asegurar que tanto el contexto y la forma como se aplicaron dichos instrumentos fueran similares para todos los casos. A su vez, la descripción detallada de las características de las colaboradoras, el contexto de estudio y el procedimiento que se realizó al recolectar los datos, son algunas estrategias para optimizar la transferibilidad del estudio. La información recolectada tuvo lugar en los entornos reales de las participantes (clínica), lo que significa que el estudio tiene mayor validez ecológica (Willig, 2013).



## Resultados

### Beneficios atribuidos al trastorno

Un primer patrón que emergió de los datos fueron los *beneficios que se atribuye al desarrollo de un TCA*. Estos beneficios son definidos como aquellas consecuencias inmediatas de los TCA, percibidas por las pacientes como ventajosas, pues generan algún tipo de satisfacción personal, directa o indirectamente (Figura 1).

#### Aspecto físico e imagen corporal

Durante las etapas iniciales del desarrollo del TCA, los cambios que experimenta la paciente en su aspecto físico fueron valorados como agradables, pues gracias a las conductas restrictivas y purgativas pueden bajar de peso sin mayor esfuerzo:

*“Le agradecía de lo que tenía, de mi cuerpo. Yo creía que estaba bien, lo veía bien”* (Paciente 6).

*“Yo agradezco haber bajado en seis meses, 30 kilos”* (Grupo focal 1/Paciente 5).

*“Yo, lo que le agradezco [refiriéndose al TCA] es que bajé de peso, tanto así que llegué a tener un IMC más bajo que mi madre...en dos meses llegué a bajar 15 kilos”* (Grupo focal 2/Paciente 8).

*“Gracias por hacerme perder 11 kilos en 5 meses, y hacer que tuviera menos peso que mi mami”* (Carta de paciente 1).

Como se baja de peso en un tiempo corto, se van reduciendo medidas corporales, y eso posibilita el *uso de prendas holgadas y/o ceñidas*. Sentir tales vestimentas genera bienestar en ellas:

*“De pronto me empezaron a quedar los pantalones sueltos, y era una alegría para mí; era un placer tener que comprar ropa nueva, era toda una alegría tener que lucir a nuevos compañeros...”* (Paciente 6).

*“A mí me gustaba que cuando yo iba al gimnasio mis amigas me prestaban su ropa y me quedaba inmensa; me gustaba mirarme en el espejo y que me dé suelto. Pensaba ‘soy más flaca que ella’”* (Paciente 5).

Asimismo, las conductas restrictivas y purgativas representan estrategias para *controlar su ingesta de alimentos*, decidiendo qué comer y en qué cantidades:

*“Cuando lo devolví [refiriéndose a la comida], me sentía tan aliviada, me sentía demasiado ligera, como si me quietaran un gran peso encima... Entonces, a partir de ese día lo seguí haciendo”* (Paciente 6).

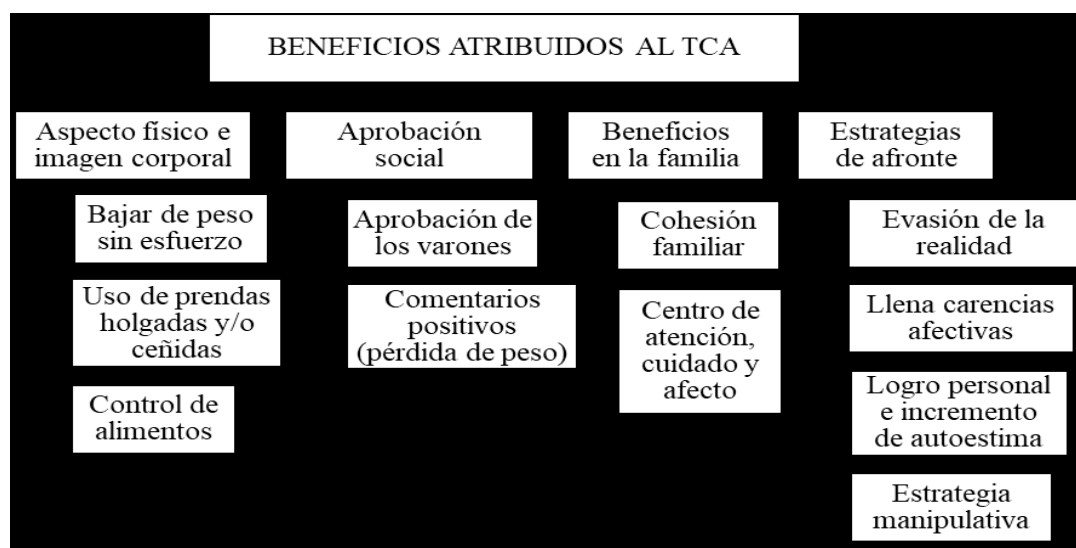


Figura 1. Beneficios atribuidos al trastorno de conducta alimentaria (TCA).

*“No tomé helado y casi no comí cuando iba a la casa de alguna compañera, contenta por no estar a dieta, y tener más voluntad que mis compañeras que sí lo estaban y lo proclamaban” (Paciente 7).*

### Aprobación social

Los comentarios positivos vertidos por el grupo social (e.g., familia, amistades, compañeros/as) respecto a la pérdida de peso, representan la motivación externa para continuar con su propósito:

*“Debo admitir que gracias a los vómitos y al uso de laxantes me hizo sentir muy sexy. Empecé a sentirme bien, mis amigas lo notaron, y pues...obviamente, me felicitaron por eso” (Carta de paciente 1).*

*“Pero cuando yo reduje una cantidad de peso, empezaron los comentarios de mis compañeras de clase, de mis familiares: ‘tienes un bonito cuerpo y eres muchacha, por qué no te metes a tal cosa, a esto’ [aludiendo a concursos]” (Paciente 8).*

*“[Refiriéndose a los TCA] Gracias a ti las chicas me decían ‘estás más delgada’” (Carta de paciente 4).*

Si bien esta aprobación es un aliciente para la continuidad de sus conductas, es la aprobación de los varones en particular, el principal reforzador:

*“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 súper grande” (Paciente 6).*

*“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” (Grupo focal 2/Paciente 5).*

### Beneficios obtenidos en la familia

Las entrevistadas comentaron que el TCA les permitía obtener atención, cuidado y afecto de sus familiares, pues éstos las percibían desvalidas e indefensas, a quien debían proteger:

*“Era algo que yo hacía para tener la atención de mis padres; entonces, por ese lado, tenía que agradecerle [aludiendo al TCA]” (Grupo focal 1/Paciente 3).*

*“Yo quería que me presten más atención, que sea a mí, a mi enfermedad” (Paciente 5).*

*“Agradecí a la enfermedad que mis papás me trataran con tanta delicadeza, porque ellos tenían bastante cuidado con mis alimentos y me consultaban cada cosa que hacían” (Grupo focal 2/Paciente 6).*

### Estrategias de afronte personal

Las conductas propias del TCA representan para las pacientes un medio o instrumento para cubrir algún tipo de vacío, carencia emocional o satisfacer su necesidad de aprobación y afecto:

*“Es una manera más sencilla usar el TCA para llamar la atención... Te ciega la idea de que necesitas aprobación, aceptación, amor y cariño” (Grupo focal 2/Paciente 3).*

*“La persona siente que no sirve para nada, que solo sirve para los demás y prefiere buscar otra salida, que es el dejar de comer, el vomitar” (Paciente 8).*

*“[Refiriéndose a TCA]...Me acompañabas en la alegría, pero mucho más en el dolor; te hacías presente para que no me sintiera más sola de lo que ya estaba. Prefiero tenerte a costa de mucha tristeza antes que alejarme de ti, sentirme vacía e insegura” (Carta de paciente 7).*

Además, el TCA representa una estrategia que les permite evadir y controlar su realidad, la cual es percibida como problemática, caótica e insoportable.

*“Porque vergüenzas pasé, y muchas. Vergüenza de mi aspecto, de mí misma, de mi inconciencia y mi desfachatez, y lo peor es que no sabía paliar esa frustración por mis errores” (Paciente 7).*

*“En ese tiempo estaba estudiando una carrera que no me gustaba, me separé de mi mamá, estaba con mis tíos en una casa ajena, no me gustaba el ambiente de*

la universidad, no tenía muchos amigos. Entonces, como para tapar todo ese vacío que sentía, recurrí a la comida” (Paciente 4).

Cuando las pacientes disminuyen de peso, experimentan bienestar personal, se perciben más seguras de sí, pues dicha reducción se vivencia como un logro personal muy importante:

“Pero cuando empecé el TCA, me llegaron a decir ‘oye, has bajado de peso’, es como un logro más...un logro físico personal” (Grupo focal 1/Paciente 1).

“Cuando vi mis fotos, me sentía orgullosa de mi cuerpo, pero me decía ‘necesito más’, ‘quiero verme más delgada’” (Paciente 8).

“A mí me alentaba cuando me decían que había reducido; me medía mi cintura, me sentía bien” (Paciente 2).

El enfermar también es utilizado como una estrategia manipulativa, como un medio para obtener algún tipo de beneficio material o situacional.

“Gracias por ayudarme a manipular a aquellos que no podía dominar en su momento” (Carta de paciente 1).

“Yo le decía a mi mamá: ‘pero tú no me entiendes, tú no has pasado por mis situaciones’...o sea, me trataba de apoyar con eso, de excusarme con eso, y con eso me excusaba mucho” (Paciente 5).

“Lo que hacía era dejar de comer; mi mismo cuerpo me lo pedía, mi misma mentalidad me lo pedía...yo pensé que eso le afectaba al resto” (Paciente 8).

### Perjuicios atribuidos al trastorno

Se identificó un segundo patrón, los perjuicios que se atribuyen al desarrollo de un TCA, definido como las consecuencias negativas o desagradables, a mediano y largo plazo, que ocasionan este tipo de trastornos en las diferentes áreas de vida de la paciente (Figura 2).

### Alteraciones en el cuerpo y su funcionalidad

Las participantes refirieron que antes del tratamiento, en las primeras semanas del mismo, no se daban cuenta de su estado físico desmejorado y las consecuentes alteraciones fisiológicas, llegando incluso a pensar que necesitaban bajar más de peso, porque se veían “obesas”. Luego, percibieron cómo su cuerpo se deterioraba, se dieron cuenta del daño físico (e.g., dentadura, manos, rostro, abdomen) y de los cambios indeseados en su organismo (e.g., inflamación

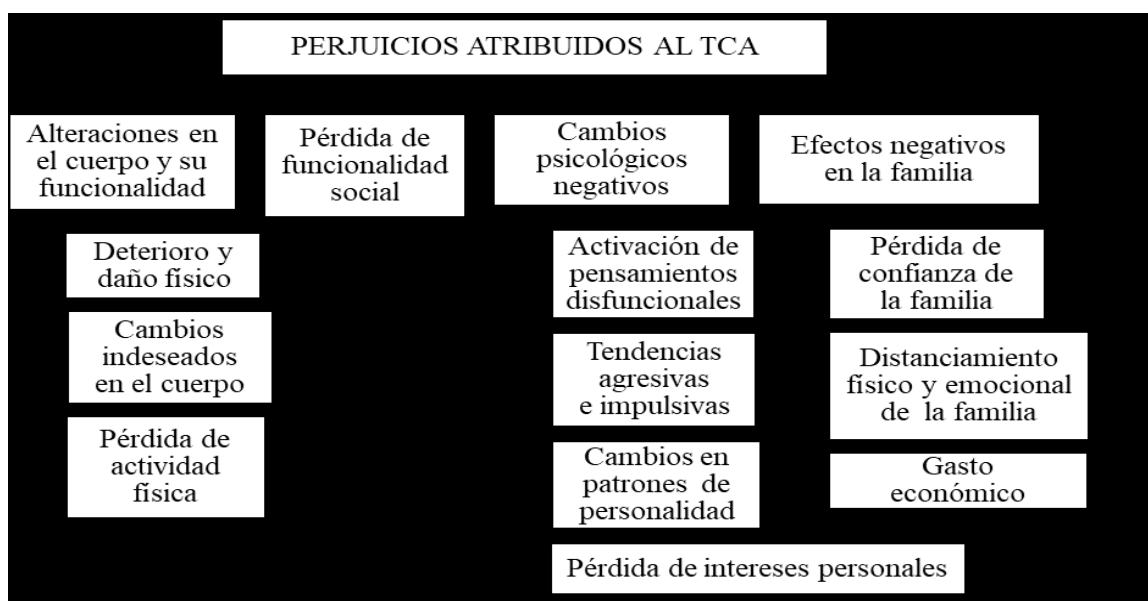


Figura 2. Perjuicios atribuidos al trastorno de conducta alimentaria (TCA).



abdominal, reflujo gástrico, fatiga constante, mareos, alteraciones del sueño, reflejos de regurgitación), generandoles incomodidad:

*“Yo he tenido anemia y desnutrición en segundo grado. He sufrido del colon... tengo una operación pendiente. Son tantas las cargas que tú le das a tu cuerpo con el desorden alimenticio que tu organismo mismo empieza a deteriorarse”* (Paciente 3).

*“Me daba fiebre, ya no podía moverme, me daba mareos... El psiquiatra me dijo: ‘XXX, tu vida está en riesgo, estás muy baja, tus electrolitos están muy bajos’; yo no había llegado antes a una delgadez así... yo misma me asustaba cuando me veía en el espejo”* (Paciente 4).

Esa condición limitaba sus actividades físicas cotidianas, pues no tenían fuerza suficiente para realizarlas, llegando a depender de sus familiares o del personal de salud para que pudieran desplazarse, asearse, e incluso alimentarse:

*“En mi casa yo misma hacía mis cosas, y ahora tengo que esperar que mis familiares vengan y recojan mis prendas...cosa que no me agrada; [llorando] tengo que estar sentada, cosa que me incomoda bastante”* (Grupo focal 1/Paciente 2).

*“No puedes caminar, tienes que estar sentada, tienes que esperar a que te traigan las cosas”* (Paciente 3).

*“No me agrada...ahora es estar en reposo. Porque me siento incapacitada, me siento desvalorada”* (Grupo focal 2/Paciente 4).

### **Cambios psicológicos negativos**

Los cambios físicos y fisiológicos producidos, y el consecuente deterioro de salud, activan pensamientos disfuncionales con contenido de desamparo, incapacidad e inutilidad, lo que genera malestar emocional:

*“No puedo hacer varias cosas que desearía hacer...me sentía una carga”* (Paciente 2).

*“En mi caso me sentía inútil, igual que ellas”* (Paciente 5).

*“Perdí el sentido de vivir, no sabía quién era, y si daba un concepto sobre mí era ‘soy una mala persona’, ‘soy lo peor de este mundo’”* (Grupo focal 1/Paciente 7).

También, se encontró impulsividad, agresión e irritabilidad. Estas reacciones se presentaban frecuentemente en situaciones sociales y asociadas con los alimentos.

*“Yo, antes, cuando no tenía TCA, era muy tímida, muy callada; pero cuando tenía las conductas, me volví superagresiva y le contestaba a todos, incluso a mis padres”* (Paciente 1).

*“Esta enfermedad te vuelve irritable...Hablaban de la comida, me renegaba, me alteraba, así como ‘tipo violento’”* (Grupo focal 1/Paciente 8).

*“Yo también me volvía agresiva. En más de una ocasión discutí muy feo con mis compañeros, los insulté. Y a mi papá, con mi papá era con quien más ‘chocaba’ [se confrontaba]”* (Grupo focal 2/Paciente 6).

Además de las tendencias impulsivas y agresivas, las pacientes reconocieron, como efectos negativos del TCA, cambios importantes en su forma de ser:

*“La enfermedad me había hecho mentirosa. Mentirle cuando decía que comía cuando lo votaba o le daba al perro. Esta enfermedad es horrible... Ahorita siento una impotencia horrible”* (Paciente 2).

*“Cambié, me moldeé a tu medida y empecé a querer abarcarlo todo, que nada se me escapara de las manos por miedo al vacío, ese vacío que yo misma me creaba al pedir tu compañía”* (Carta de paciente 7).

El sistema motivacional de las pacientes también se ve afectado, perdiendo sus intereses personales.

*“Te invalida para hacer muchas cosas. Yo, por ejemplo, adoro la natación. Cuando era pequeña iba a*

*concursos nacionales y ahora que estoy con el IMC muy bajo, no puedo hacer uso de la piscina...y me cuesta, porque yo veo a las chicas divirtiéndose” (Paciente 3).*

*“Se ha llevado consigo todo lo que tenía: mis sueños, mis anhelos, mis ganas de vivir, se llevó mi motivación, mi alegría, mi confianza y todas mis fuerzas” (Carta de paciente 7).*

### *Pérdida de funcionalidad social*

Este tema refiere al reemplazo gradual de las actividades sociales por las conductas problema (e.g., quemar calorías, restricción, purga):

*“Me alejé de mis amigos, perdí la universidad, los estudios, por preocuparme mucho de mi físico, por estar pendiente de eso, por comer y regresar la comida... perdí la confianza de mi enamorado” (Paciente 1).*

*“Por esta enfermedad no he disfrutado salidas, no he disfrutado de mis amigos, no he disfrutado de mi familia, he dejado cinco universidades...entonces quería cambiar todo eso” (Paciente 4).*

### *Efectos negativos en la familia*

Comprende todas las consecuencias negativas percibidas por las pacientes con relación a su familia. Las usuarias experimentan *pérdida de confianza* de sus familiares:

*“Mi papá me dijo ‘todos me han defraudado’. Yo me sentí mal, porque él confiaba en mí, porque yo era su ‘brazo derecho’” (Grupo focal 1/Paciente 2).*

*“Yo me siento bastante identificada con ellas...La confianza de mis papás, las mentiras” (Grupo focal 2/Paciente 1).*

Una de las desventajas más importantes para las pacientes fue el perder el contacto emocional con sus familiares, ya sea porque se mantuvieron distantes de ellos o porque generaban conflictos familiares:

*“Alejé de mi lado a mis familiares...por tu culpa mis papás sufren” (Carta de paciente 2),*

*“Te odio porque todos los días era pelea en mi casa por no querer alimento” (Carta de paciente 5).*

Además de la distancia emocional, también se da un *distanciamiento físico de la familia*, producto del internamiento:

*“Extraño a mi mamá, extraño que me dé un abrazo, extraño a mi papá... que me diga ‘mi hijita’. Necesito un abrazo de alguien” (Paciente 2).*

*“Hoy estoy internada, lejos de mi casa, mi ciudad, mi familia... extrañando grandemente a mis papás y abuelos” (Carta de paciente 3).*

Las consecuencias económicas que representó y representa- el haber desarrollado un TCA, el *gasto económico* producto del trastorno, también es señalado como un perjuicio:

*“Para este segundo ingreso, ya mi mamá me dijo que había invertido demasiado y que ya no podía gastar más” (Paciente 4).*

*“También está el gasto económico que estás y estuve generando a mis padres, tanto en tratamientos como en comida desperdiciada” (Carta de paciente 3).*

## **Discusión**

Cuando una persona desarrolla un TCA, por la incidencia y dinámica de una serie de factores, experimenta una serie de cambios en sus dimensiones orgánicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. Estos cambios se dan de manera progresiva e insidiosa. En este contexto, la investigación tuvo como objetivo identificar y comprender los significados que un grupo de mujeres diagnosticadas con AN y BN atribuyen a los cambios o consecuencias clínicas de dichos trastornos. Los resultados indican que las participantes valoran las consecuencias del trastorno como beneficiosas y perjudiciales, alternándose dicha valoración según el contexto y el logro de sus metas personales.

Las participantes con TCA emitieron conductas restrictivas y purgativas para reducir la ingesta de alimentos y bajar de peso, lo cual genera modificaciones en su cuerpo. Consideran que dichas conductas le permiten cumplir con sus metas propuestas (e.g., reducir medidas, usar determinadas vestimentas), concibiéndose como capaz de hacer algo por su propio esfuerzo, interpretando ello como un logro personal. En la medida que logra aquello que se propone, la valoración personal también se incrementa, y se conciben exitosas y seguras de sí (Cruzat et al., 2010; Fox & Diab, 2015), generando a su vez satisfacción personal con su vida. La continuidad de estos patrones comportamentales suele darse durante la etapa adolescente y ello facilita que se vivencie los TCA como como parte de su identidad y personalidad (Higbed & Fox, 2010; Lamoureux & Bortorff, 2005). Asimismo, es posible que estas conductas orientadas a bajar de peso obedezcan a rasgos perfeccionistas y esquemas cognitivos desadaptativos de abandono, rechazo, soledad, incompetencia, fracaso y pesimismo (Boone et al., 2013).

La pérdida de peso también genera consecuencias percibidas como favorables en su entorno social. Así, la familia y personas cercanas la observan vulnerable físicamente y, en consecuencia, concentrarán su atención en ella, brindándole atenciones especiales, privilegios, concesiones y afecto (Cruzat et al., 2014; Fox & Diab 2015). Esto representa un aliciente más para continuar con el trastorno.

La pérdida de peso genera comentarios favorables respecto a su físico, sobre todo en los pares. Al respecto, Amaya-Hernández, Alvarez-Rayón, Ortega-Luyando y Mancilla-Díaz (2017) encontraron que los pares adquieren un papel trascendental en la aceptación o el rechazo de la imagen corporal. Estos comentarios son interpretados como nuevos logros, pues son muestras de aceptación y aprobación social (Cruzat et al., 2014), e incrementan la probabilidad que las conductas restrictivas, purgativas y los procesos de pensamiento, referidos a los alimentos y cuerpo, se mantengan. Si bien tanto mujeres y varones perciben estos cambios, las pacientes refieren que son los comentarios de los varones más reforzantes para ellas. Al respecto, Amaya-Hernández, Alvarez-Rayón, Ortega-Luyando y Mancilla-Díaz (2017) encontraron

que la insatisfacción con la imagen corporal fue predicha por la popularidad con pares del sexo opuesto, siendo a su vez la insatisfacción corporal un predictor importante para las conductas alimentarias anómalas. En consonancia con Keel (2017), parece ser que las mujeres tienen mayor exposición ambiental al ideal de delgadez que es más valorado por el sexo opuesto dentro de su grupo de pares.

La concentración en el propio cuerpo y el control de los alimentos permite a las pacientes tener la sensación de poder, control y orden en su vida (Noordenbos, 2013), siendo ésta experimentada como emocionalmente caótica y confusa. De esta forma, mientras las pacientes con AN suelen usar conductas restrictivas y control de su peso para tal fin, las pacientes con BN frecuentemente realizan conductas de atracones y purgas. En todo caso, controlar el cuerpo y pensamientos respecto a las comidas es una estrategia para distraerse de las responsabilidades dificultades, experiencias desagradables en ese periodo de su vida, evitando así una realidad que les genera miedo, confusión, vergüenza y demás emociones disforicas que no toleran (Cruzat et al., 2014; Fox & Diab, 2015; Williams & Reid, 2010). Al parecer, los síntomas del TCA tienen la función de evitar que las pacientes experimenten emociones desagradables, reduciendo la intensidad y duración de mismas (Wildes, Marcus & McCabe, 2015). Estos resultados son congruentes con estudios previos sobre las dificultades en la regulación emocional de mujeres con TCA (Ben-Porath et al., 2014; Guarín et al., 2017).

Por cuanto se ha mencionado, parece ser que los comportamientos cognitivos y conductuales característicos del TCA son usados como estrategias que las participantes implementaron para ser lo más funcionales posibles, pues les permitieron manejar y canalizar sus emociones, así como controlar una o más áreas de sus vidas (Jenkins & Ogden 2012; Cruzat et al., 2010).

Puede pensarse que la paciente con TCA no quiera tratar el disturbo por las ventajas percibidas. Sin embargo, cuando enfoca los efectos perjudiciales en su salud y entorno, las mismas participantes reconsideran los supuestos beneficios del trastorno. Como encontraron Gorse et al. (2013), los pacientes con estos problemas solicitan tratamiento hospitalario cuando

los procesos iniciales de refuerzo y mantenimiento positivo ya no son efectivos. Incluso así, es posible y esperado que las pacientes experimenten ambivalencia frente a las consecuencias de los TCA (Williams & Reid, 2010), lo cual puede ser un indicador de cambio motivacional.

Según se observa, las consecuencias desfavorables de los TCA se manifiestan en el deterioro de la salud y pérdida de funcionalidad corporal. Es importante mencionar que fueron las pacientes con AN quienes declararon sentirse más incapacitadas físicamente en comparación a las pacientes con BN, debido a su estado crítico de desnutrición. En esas condiciones, sus actividades físicas cotidianas disminuyen por la pérdida de fuerza física y el riesgo que representa para su salud (Noordenbos, 2013). En consecuencia, es posible que experimenten frustración, enfado, sensación de inutilidad y desvaloración personal.

El TCA produce *cambios en los procesos cognitivos* de la paciente, tales como atención, memoria, funcionamiento intelectual y funciones ejecutivas (Brown et al., 2016; Steinglass & Glasofer, 2011). Esto puede generar, a su vez, *distorsiones en el procesamiento de información*, interpretaciones erróneas que activan pensamientos automáticos y *creencias centrales irracionales de desamparo e incapacidad*. Estos cambios son valorados por las participantes como perjuicios pues limitan sus actividades diarias y generan *emociones desagradables* (e.g., tristeza, angustia, culpa) y conductas evitativas, agresivas y *abandono de intereses personales*, lo que refuerza dichas creencias irracionales y aumenta la intensidad y duración del malestar emocional. Incluso, dependiendo de la cronicidad del trastorno, puede generar modificaciones en algunos patrones de respuesta, exacerbando determinados rasgos premórbidos, en consonancia con el modelo de complicación de los TCA (Riso, 2011). En ese sentido, en el estudio, aquellas pacientes con tiempo de enfermedad de cuatro y siete años percibieron cambios desfavorables en su forma habitual de sentir, pensar y actuar respecto a las pacientes con menos de tres años de enfermedad.

Otro de los perjuicios identificados por las participantes incluye la pérdida de la funcionalidad social e intereses personales (Fox & Diab, 2015; Patel et al., 2016). Actividades como estudios, trabajo, ocio e

interacción social se ven afectadas (Smethurst & Kuss, 2016). Los pensamientos constantes por el físico, la comida, los valores calóricos de los alimentos, pensar en no engordar o cómo purgarse sin ser descubiertas, repercuten negativamente en su nivel de atención y concentración. A esto se suma el cansancio propio del estado de desnutrición.

Otros aspectos que afectan la vida social de la paciente están relacionados con las rutinas de alimentación, el ejercicio y las prácticas purgativas, que requieren mucho tiempo, esfuerzo y desgaste emocional (Espíndola & Blay, 2009; Gorse et al., 2013). Además, la paciente con TCA compara constantemente su físico con el de otros (e.g., familiar, compañera, amiga), y siendo esta comparación desfavorable, evita a dichas personas y a todas las personas de ese grupo social (Cruzat et al., 2010). Además, el hecho de que estén internadas limita más aún sus redes sociales (Patel et al., 2016).

Los TCA también tuvieron un impacto negativo en la familia. En esta línea, Hillege et al. (2006) encontraron que estos trastornos generan desintegración, niveles de angustia elevados, desesperanza, aislamiento social e impactos financieros negativos (e.g., gastos en terapias, medicamentos, hospitalización). Asimismo, los perjuicios más importantes identificados por las participantes fueron la desconfianza generada en los familiares (debido a las constantes mentiras), el control excesivo por parte de la familia, los sentimientos de culpa por los rechazos de la paciente hacia las muestras de afecto de sus familiares y el tiempo perdido con ellos (Subiabre et al., 2015). Asimismo, fueron las pacientes con menos tiempo de tratamiento quienes recalcaron el distanciamiento con la familia como algo muy desagradable, dado el reciente impacto emocional del internamiento, en comparación con las que tienen más tiempo de tratamiento, quienes posiblemente ya se adaptaron al programa.

Comprender los significados que las participantes atribuyeron a las consecuencias de los TCA permite considerar aspectos relevantes para ellas, como sus metas, valores, motivos y contradicciones para iniciar un tratamiento (Paulson-Karlsson & Nevenon, 2012), de tal forma que no debe priorizarse solo el aspecto



del trastorno. 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 las pacientes tienen sobre su enfermedad estarían asociadas con la disposición al cambio (Higbed & Fox, 2010). De esta forma, se contextualiza el trastorno, se entiende qué representan para ellas y porqué les es difícil dejar de emitir las (Thompson-Brenner, 2015).

Esta aproximación facilitará una relación terapéutica empática y confiable para la paciente, tratándola como una persona en lugar de verla como solo un caso más de TCA (Tierney, 2008), de tal forma que el tratamiento no sólo se enfoque en la disminución de los síntomas físicos de la paciente, sino que se aborde el problema de una forma holística (Sibeoni et al. 2017), tomando en consideración 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.

Es preciso señalar que esta investigación se centró en la perspectiva de la paciente, y no en la de los familiares o profesionales, dado el objetivo del mismo. Asimismo, no se abordaron otros cuadros clínicos de TCA (e.g., trastorno por atracón), debido a que no hubo casos en la institución en ese periodo. Finalmente, si bien los resultados del estudio propician conocimiento científico producto de la interacción con un grupo de nueve mujeres con TCA (lo cual es compatible con la metodología empleada), los hallazgos pueden ser transferibles a estudios posteriores para su confirmación, modificación, mejora o adaptación.

## Referencias

- 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 Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 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](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>
- Berengüi, 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>
- 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>
- Blodgett-Salafia, E. H., Jones, M. E., Haugen, E. C. & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0069-8>
- 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>
- Brown, A.J., Schebendach, J. & Walsh, B. T. (2016). Eating problems in adults. En B. T. Walsh, E. Attia, D. R. Glasofer & R. Sysko (Eds.), *Handbook of assessment and treatment of eating disorders* (pp. 23-43). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Cardi, V., Di Matteo, R. D., Corfield, F. & Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *World Journal of Biological Psychiatry*, 14(8), 622-633. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*. Disponible en [http://www.cpsp.pe/prueba/images/documentos/otros/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia\\_cpsp\\_cdn.pdf](http://www.cpsp.pe/prueba/images/documentos/otros/codigo_de_etica_y_deontologia_cpsp_cdn.pdf)



- 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. *Psykhé*, 19(1), 3-17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000100001>
- 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.
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa's meaning to patients: A qualitative synthesis. *Psychopathology*, 42(2), 69-80. <https://doi.org/10.1159/000203339>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria: Una investigación desde el modelo circunplejo. *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. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- 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. doi: 10.1177/1359105313497526.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine
- 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>
- Guarín, M., Rueda, J. G., Arias, N. M., Sarmiento, C. P., Cortés, L. L. & Muñoz, 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>
- Hillege, S., Beale, B. & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x>
- 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
- Lamoureux, M. M. & Bortorff, J. L. (2005). "Becoming the real me": Recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26(2), 170-188. <https://doi.org/10.1080/07399330590905602>
- Noordenbos, G. (2013). *Recovery from eating disorders: A guide for clinicians and their clients*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, volumen 1*. Disponible en <http://www.who.int/iris/handle/10665/170608>
- 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. & Nevenon, L. (2012). Anorexia nervosa: Treatment expectations—a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 169-177. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S33658>
- Riso, L. R. (2011). Personality and temperament. En R. A. H., Adan & W. H. Kaye (Eds.), *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 3-16). Berlin: Springer Science & Business Media.
- 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. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- 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.
- Scott, N., Hanstock, T. L. & Thornton, C. (2014). Dysfunctional self-talk associated with eating disorder severity and symptomatology. *Journal of Eating Disorders*, 2, 14-14. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-14>
- 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>
- 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. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543-548. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
- Steinglass, J. E. & Glasofer, D. R. (2011). Neuropsychology. En B. Lask & I. Frampton (Eds.), *Eating disorders and the brain* (pp. 106-121). Chichester, Reino Unido: Wiley & Sons.
- Subiabre, C., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Behar, A., Arancibia, M. & Quintana, T. (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>
- Thompson-Brenner, H. (2015). *Casebook of evidence-based therapy for eating disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Tierney, S. (2008). The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13, 368-375. <https://doi.org/10.1177/1078390307309215>
- 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.
- 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* (3ª ed.). London: McGraw-Hill Education.
- Yilmaz, Z., Hardaway, J. A. & Bulik, C. M. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genetics and Epigenetics*, 5, 131-150. <https://doi.org/10.2147/AGG.S55776>