



Seminario para acceder al grado académico de Licenciado(a) en Psicología

El Monstruo TCA: Exploración de los significados de los Trastornos de la Conducta

Alimentaria, una aproximación desde la perspectiva de adultos emergentes

Elaborado por

Nicole Aranís Albarrán

Daihyan Inostroza Bastías

José Manuel Umaran Bononato

Profesor guía:

Cristian Ortega Bustos

Santiago, 11 de agosto de 2023

Resumen

Antecedentes: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones de la ingesta o la conducta asociada a la alimentación, los cuales generan un malestar crónico que podría conducir a la muerte. Estos trastornos han sido poco estudiados respecto a los sentimientos y experiencias personales de quienes los padecen. **Objetivo:** Conocer los significados otorgados por adultos emergentes diagnosticados(as) con TCA a la experiencia de vivir con el trastorno. **Metodología:** Se utilizó la metodología cualitativa con la aplicación de la Teoría Fundamentada. Se analizaron ocho entrevistas semi-estructuradas a siete mujeres y un hombre entre 18 y 24 años de la provincia de Santiago. El análisis de datos se basó en la codificación abierta. **Resultados:** Las participantes significan los TCA como un sentimiento de angustia, desesperanza y desolación, cuyos factores de riesgo se perciben como un bucle omnipresente. Simbolizan la vivencia de los trastornos como un Monstruo que influye constantemente en sus pensamientos y conductas. **Discusión:** Los TCA son sentidos como una entidad que representa un silencioso sufrimiento, cuya vivencia es una dolorosa travesía construida e influenciada por el entorno. Se sugiere enfatizar en la historia y significados de la persona con TCA antes de intervenir sobre conductas alimentarias; el principal dolor se relaciona con no disponer de escenarios de confianza para comunicar sentimientos. Se espera que este proyecto de investigación sea de utilidad para visibilizar el escaso apoyo del Estado en el afrontamiento y abordaje de los TCA, y reflexionar que la construcción de estos trastornos compete a todos(as).

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA, vivencias subjetivas, factores de riesgo, percepción, significados.

Abstract

Background: Eating Disorders (EDs) are disturbances of eating or eating-related behavior that result in chronic distress that could lead to death. These disorders have been little studied with respect to the feelings and personal experiences of those who suffer from them.

Objective: To know the meanings given by emerging adults diagnosed with ED to the experience of living with the disorder. **Methodology:** Qualitative methodology was used with the application of Grounded Theory. Eight semi-structured interviews with seven women and one man between 18 and 24 years of age in the province of Santiago were analyzed. Data analysis was based on open coding. **Results:** Participants signify EDs as a feeling of anguish, hopelessness and desolation, whose risk factors are perceived as an omnipresent loop. They symbolize the experience of the disorders as a Monster that constantly influences their thoughts and behaviors. **Discussion:** EDs are felt as an entity that represents a silent suffering, whose experience is a painful journey constructed and influenced by the environment. It is suggested to emphasize the history and meanings of the person with ED before intervening on eating behaviors; the main pain is related to not having trusting scenarios to communicate feelings. It is hoped that this research project will be useful to make visible the scarce support of the State in coping with and addressing EDs, and to reflect that the construction of these disorders is everyone's responsibility.

Key words: Eating Disorders, ED, subjective experiences, risk factors, perception, meanings.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) corresponden a alteraciones persistentes en relación a la ingesta o en el comportamiento vinculado a la alimentación (APA [American Psychiatric Association], 2014). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] elaborado por APA (2014) categoriza estos trastornos en ocho subtipos: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastornos por atracón (TPA), pica, trastorno de evitación-restricción de la ingesta de alimentos (TERI), rumiación, trastorno de la conducta alimentaria especificado (TCAE) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) (p.329).

La etiología para estos desórdenes alimenticios no es concluyente (Letelier, 2021). APA (2014) refiere de manera similar, aunque agrega que habría diversos mecanismos tales como: alteraciones en la regulación neuronal de los sistemas de autocontrol y recompensa, conductas compulsivas, síntomas ansiosos, y posible consumo problemático de sustancias que originen dichos desórdenes (APA, 2014, p.329). Algunos estudios respecto al origen de los TCA realizados por Portela de Santana et al. (2012), Baladia (2016) y Andrade (2017) señalan que la multicausalidad de los TCA es excesivamente preocupante ya que los factores de riesgo oscilan en un abanico de variables no identificadas a ciencia cierta, los cuales sustentan que estos trastornos pueden manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital - siendo la preadolescencia y adolescencia las etapas más vulnerables en mujeres -.

En cuanto a la epidemiología de estos trastornos, se estima que los TCA son crónicos y frecuentes en los adolescentes (Fuentes et al., 2018), cuya prevalencia alcanzaría un 13 % a nivel mundial (Gómez-Candela et al., 2018). Por ejemplo, el DSM-5 señaló en su año de publicación respecto a la prevalencia de estos trastornos que no existirían datos concluyentes a nivel internacional, a excepción de la AN que sería del 0.4 % en mujeres jóvenes, mientras que para BN la prevalencia sería entre un 1-1.5 % en este mismo grupo (APA, 2014).

Respecto a lo anterior, se realizaron búsquedas de investigaciones epidemiológicas sobre los TCA a través de bases de datos académicas como Scielo, Ebsco, Dialnet, Redalyc, Scopus y ProQuest, en donde se pretendía hallar cifras que develaran la prevalencia de estos trastornos a nivel internacional. La búsqueda arrojó datos principalmente referidos a AN, BN y TPA como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Estudios de prevalencia de los principales TCA a nivel mundial

Estudio	Población Estudiada	Prevalencia en %			
		AN	BN	TPA	
Hoek (2016)	Mujeres jóvenes a nivel mundial	0.10 - 0.50	0.87 - 2.98	3.32 - 4.45	
Lindvall et al. (2017)	Mujeres - Australia, EE.UU, Canadá, Inglaterra, Suecia, Alemania, Portugal, Países Bajos y Suiza.	0.60 - 1.20	0.59 - 0.60	0.59 - 0.60	
Lindvall et al. (2017)	En hombres - Australia, EE.UU, Canadá, Inglaterra, Suecia, Alemania, Portugal, Países Bajos y Suiza.	0.10	0.00	0.00	
		Media Ponderada en % Rango			
Galmiche et al. (2019)	A nivel mundial Mujeres	5.70	0.90 - 13.50		
Galmiche et al. (2019)	A nivel mundial Hombres	2.20	0.20 - 7.30		
Por Continente					
Galmiche et al. (2019)	Europa	2.20	0.20 - 13.10		
Galmiche et al. (2019)	Asia	3.50	0.60 - 7.80		
Galmiche et al. (2019)	América	4.30	2.00 - 13.50		
España					
Gandarilla-Grande y Febrel (2002)	Madrid		9.20		
Babio et al. (2009)	Tarragona		14.32		
Pamies-Aubalat et al. (2011)	Alicante		11.20		
Álvarez-Malé et al. (2015)	Islas Canarias		27.40		
Estudios de Mortalidad y Suicidio en los principales TCA					
Tasa de mortalidad estandarizada (TSM)		TSM %			
		AN	BN	TPA	
1987-1991 Franko et al. (2013)		EE.UU. - Hospital Massachusetts	4.30	2.33	-
Fichter y Quadflieg (2016)			1.49	1.50	2.39
Tasa de suicidio					
1987-1991 Franko et al. (2013)		EE.UU. - Hospital Massachusetts	25.20	-	-

A partir de los datos presentados en la tabla 1, se aprecia que ha existido un aumento en la prevalencia de los TCA a nivel internacional de un 4 % aproximadamente para AN, BN y TPA en mujeres. Según una revisión de literatura epidemiológica realizada por Lindvall et al. (2017) la media ponderada a nivel mundial para mujeres es 5.70 %, mientras que para los hombres es de 2.20 %. Asimismo, según estudios realizados en España desde 2002 a 2015 se incrementó la prevalencia de padecer los TCA en un 18.20 %. En cuanto a la mortalidad y suicidios una investigación realizada en el Hospital de Massachusetts (EE.UU.) en 2013, arrojó que la tasa de mortalidad estandarizada de 4.30 % para AN y un 2.33 % para BN, mientras que la tasa de suicidio entre 1987 y 1991 fue del 25.20 % para AN.

En cuanto a la epidemiología a nivel nacional, en la tabla 2 se muestran los estudios realizados de prevalencia para los principales TCA en Chile.

Tabla 2

Estudios de prevalencia para los principales TCA en Chile

Estudio	Población Estudiada	Prevalencia en %		
		AN	BN	TPA
Cruzat et al. (2021)	Pre-adolescentes mujeres, adolescentes mujeres y adultas jóvenes entre 11 y 25 años	0.50 - 1.00	2.00	3.00
Resultados por Zona Geográfica en Chile Aplicación Eating Disorders Inventory		Riesgo de Contraer TCA en %		
Urzúa et al. (2011)	Adolescentes entre 13 y 18 años. Zona Norte.		7.40	
Zapata et al. (2018)	Adolescentes entre 13 y 18 años. Zona Centro Sur.		16.10	
Correa et al. (2021)	Pre-adolescentes y adolescentes entre 11 y 19 años. Zona Centro.		8.30	

Los resultados de la tabla 2 indican que la prevalencia para AN, BN y TPA en la población preadolescente, adolescente y mujer adulta joven es alrededor de un 1.63 %, cuya preponderancia de riesgo en la población de 13 a 18 años incrementó desde 2011 a 2018 a un

8.30 %. Otro estudio de 2021 arrojó que el riesgo de contraer TCA para la población preadolescente y adolescente es de un 8.30 %.

A partir de los datos presentados en la tabla 1 y 2, existiría una carencia de uniformidad en cuanto a las cifras que presentan, lo que impediría realizar una comparación objetiva. En consecuencia, los diferentes datos epidemiológicos tanto a nivel internacional (Gandarilla-Grande et al, 2002; Badio et al., 2009; Pamies-Aubalat et al., 2011; Franko et al., 2013; Álvarez-Malé et al., 2015; Fitcher y Quadflieg, 2016; Hoek, 2016; Livdall et al., 2017; Galmiche et al., 2019) como nacional (Urzúa et al., 2011; Zapata et al., 2018; Correa et al., 2021; Cruzat et al., 2021) de los TCA, instaurarían un incierto escenario empírico para al menos estudiar su frecuencia y distribución.

En cuanto a los datos epidemiológicos oficiales en Chile, el Proyecto de Ley TCA (2022) indica que el último estudio sobre prevalencia para estos desórdenes alimentarios realizado por el Ministerio de Salud [MINSAL] fue en 2007 (párrafo 4), donde las cifras más actualizadas a nivel nacional señalan lo siguiente:

Asimismo, según el Colegio Médico en el año 2011, 500.000 jóvenes entre 14 y 30 años de edad sufrían anorexia o bulimia, con un 20% de mortandad.

Aproximadamente, hasta 2016, habían 2.000.000 de personas afectadas en nuestro país (párrafo 8).

Datos más recientes a nivel nacional indican que pudo haber un aumento del 30 % de los casos de estos trastornos posterior a la pandemia, en donde se habrían ampliado mucho más otras categorías de los TCA como vigorexia y ortorexia (Briones, 2022; Proyecto de Ley N°15083-11, 2022). Si bien los TCA están identificados como enfermedades mentales en el DSM-5, no se ubican en las Garantías Explícitas en Salud (GES) porque el Estado no las ha incorporado, ni tampoco aparecen en el Plan de Acción Salud Mental 2019-2025 del

MINSAL (APA, 2014; Ministerio de Salud [MINSAL], 2021; Briones, 2022; Superintendencia de Salud, 2023).

En consecuencia, los limitados registros no permiten coordinar una respuesta generalizada ante una enfermedad que pareciera estar esparciéndose furtivamente (Behar, 2011; Cruzat et al., 2010; Vogel et al., 2022). Esta dificultad en relación a la prevalencia resulta inquietante respecto a cuántas personas estarían realmente padeciendo los TCA. Se ha hallado en la literatura otras complejidades que forman parte de la construcción y emancipación de estos trastornos que movilizan a problematizar este fenómeno de estudio como, por ejemplo, los factores de riesgo, la comorbilidad y el ciclo vital, los cuales se exponen a continuación:

Los factores de riesgo de los TCA - predisponentes, desencadenantes y mantenedores - se organizan en distintos ámbitos biopsicosociales (Letelier, 2021). Entre ellos convergen los tipos de familia psicopatogénica - problemáticas - (Ruiz et al., 2013), los hábitos alimentarios en la infancia (Rueda, 2004), los comentarios negativos en cuanto a la apariencia física (Escursell, 2017), la herencia genética (Rojo-Moreno et al., 2017), la niñez, la adolescencia y ser mujer (Torija et al., 2022), estándares de belleza y reforzamiento positivo hacia cuerpos hegemónicos-delgados (Figuroa et al., 2023), el enfoque *pesocentrista* del área de la salud (Lema, 2020), redes sociales y publicidad (Ojeda-Martín et al., 2021), la cultura de la dieta (Cabrera et al., 2019) y otras conductas alimentarias de riesgo como el veganismo, ingesta cetogénica y/o ayuno intermitente (Canicoba, 2020; Penner y González, 2020; De la Villa Ramírez, 2022; Gándara, 2022).

Asimismo, se agrega un factor de riesgo sustancial referido a las comorbilidades TCA. Las patologías psiquiátricas que suelen acompañar a este desorden corresponden a los Trastornos del Estado de Ánimo (APA, 2014) y los Trastornos de la Personalidad (TP) del clúster B y C (Friborg et al., 2014). También, un estudio halló que en el historial pre-mórbido

de personas con AN era usual que presentaran condición de sobrepeso antes de desencadenarse la patología (Meierer et al., 2019). Otra investigación señala que entre un 10 % y 25 % de personas con TPA tuvieron o tienen obesidad y/o sobrepeso (McCuen-Wurst et al., 2018; Bohon, 2019).

Debido a la multiplicidad de trastornos comórbidos que acompañan a los TCA, es muy probable que exista una asociación de dos o más trastornos y/o sintomatologías manifiestas para quienes los padecen (Gómez et al, 2021). En este sentido, es muy elevada la posibilidad de que el diagnóstico sea confundido o encubierto con patologías psiquiátricas concomitantes (APA, 2014; Gómez et al., 2021; Behar y Cordella, 2022). Incluso, la mayoría de las veces los TCA son iatrogénicos, es decir, el error diagnóstico posibilita que los TCA se sitúen en un segundo plano, lo que incorpora otra problemática a este fenómeno de estudio (Briones, 2022).

En cuanto a términos neurobiológicos, los TCA tienen estrecha relación con el sistema de recompensa del Sistema Nervioso Central (SNC), porque esta relación afecta directamente los mecanismos de control, funcionamiento psicosocial, regulación emocional, sistema de alarma y ansiedad social real o imaginaria (Frank et al., 2019; Behar y Cordella, 2022). En el SNC existe una zona de recompensa llamada Área Tegmental Ventral (ATV), cuya función es clave en los procesos dopaminérgicos que posibilitan la anticipación del placer (Behar y Cordella, 2022). En este sentido, las conductas de los trastornos alimentarios modifican el proceso de respuesta cerebral y de control respecto a la ingesta porque ante ciertos estímulos placenteros como bajar de peso en corto tiempo, aceptación y aprobación del grupo social, incremento de sus relaciones interpersonales, atención y afecto de familiares reforzarían que se sostenga la sintomatología (Aiquipa, 2022, p.292-293). Es decir, el proceso de recompensa sumado a los factores de riesgo mencionados en párrafos anteriores

posibilitarían la construcción de los comportamientos de los TCA (Frank et al., 2021; Aiquipa, 2022).

Respecto a los tratamientos, existe un consenso en la comunidad de salud en cuanto al abordaje para esta enfermedad, la cual incluye una intervención multidisciplinaria psiquiátrica, nutricional y psicoterapéutica, como también la participación de la familia (Le Grange et al., 2010; Gómez-Candela et al., 2018; Fisher et al., 2019; Vogel et al., 2022).

Además, los TCA son trastornos que serían considerados de baja prevalencia en la población de rango etario adulto joven (Letelier, 2021) porque no serían trastornos exclusivos en adolescentes, sino que también se presentarían en la población de adultos emergentes, adultos y tercera edad (Cruzat et al., 2021; Letelier, 2021; Vogel et al., 2022). Los adultos emergentes según Arnett (2000) corresponden a personas entre 18 y 25 años que se encuentran en una etapa de transición entre la adolescencia y la adultez temprana de manera conexa, cuyo sentimiento representativo es de estar “en medio” respecto a su ciclo vital (p.469). En la actualidad este grupo de jóvenes corresponde a personas nacidas entre 1996 hasta 2003, cuyo rango etario es conocido bajo el nombre de “Generación Z”, “Centennials” o “Postmillennials” (Návaro et al, 2019; White et al, 2020). Este grupo se distingue por ser la primera generación nativa digital, pues desde que nacieron hubo presencia accesible al Internet y a dispositivos electrónicos (Navarro y Vázquez, 2020). Además, se caracterizan por el deseo continuo de la socialización *online*, por la comparación social, por el miedo a desconectarse digitalmente y por la constante búsqueda y actualización de información (Sánchez y Loyola, 2021).

El sentimiento Centennial de “estar al tanto de todo” a través de las tecnologías de información (TIC) implica una urgencia que los(as) moviliza a obtener por medio de las pantallas e Internet respuestas apremiantes que satisfagan sus inquietudes (Návaro, et al 2019, p. 2). Esta cualidad de la generación en cuanto a la cultura de la inmediatez y la presencia de

dispositivos electrónicos como extensiones corporales vitales que les permiten resolver asuntos en todo momento, situaría a este rango etario en estados de desamparo, frustración y vulnerabilidad cuando sus expectativas no se cumplen - privación o falta de Internet y teléfonos inteligentes, por ejemplo -, pues la dependencia hacia las herramientas digitales posibilitaría que se enfrenten a situaciones que no sabrían resolver sin éstos (Toledo, 2022). Se estima que TPA y BN podrían ser más prevalentes en adultos emergentes porque ambos trastornos se vinculan con el control y la recompensa inmediata (Gómez et al., 2021; Letelier, 2021).

En esta misma línea, se estima que TPA y BN podrían ser más prevalentes en adultos emergentes porque ambos trastornos se vinculan con el control y la recompensa inmediata (Gómez et al., 2021; Letelier, 2021). Si bien existen criterios diagnósticos bien diferenciados para AN, BN y TPA, lo que tienen en común es la angustia y frustración que se manifiesta ante la pérdida del control de la ingesta (APA, 2014). Una revisión sistemática realizada por Castañeda-Quirama (2022) donde se pretendía conocer el inicio y mantenimiento de los TCA en la adultez, señala que la construcción de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTS) - cogniciones, emociones y sensaciones desarrolladas en la infancia o adolescencia - incidirían en la aparición de desórdenes alimentarios, específicamente AN, BN y TPA (p.11), donde estos EMTS caracterizarían a quienes padecen estos trastornos como personas que viven en silencio sintomatologías como: temor al abandono, autocontrol insuficiente, afrontamientos disfuncionales, baja tolerancia a la angustia, indeseabilidad social y privación emocional (Zhu et al, 2016; Brown et al, 2016; De Paoli et al, 2017; Pauwels et al, 2018; Estévez et al, 2019; Hovrud et al, 2020; Meneguzzo et al, 2020).

El acoplamiento entre los factores de riesgo asociados al TCA, las cualidades propias de la generación de este rango etario y la posible prevalencia que TPA y BN estarían

perpetuados en la adultez emergente, aluden a interesarse por cómo los sentimientos de estas personas van construyendo el control y la recompensa inmediata, por tanto, un TCA.

Según un estudio realizado por Behar (2011), señala que existe una fuerte evidencia de que las personas que presentan algún TCA experimentan sentimientos de insatisfacción y estrés (p.113), asimismo, Cruzat et al., (2010) concluyen respecto a las vivencias subjetivas que los TCA son reguladores de ansiedades y conflictos que generan experiencias positivas y negativas (p.3). Behar y Cordella (2022) refieren que estos trastornos se caracterizan por presentar sentimientos de desconfianza e inseguridad a quienes los padecen (p.196). Esto parece relevante para profundizar en el fenómeno de los TCA ya que indaga precisamente en cómo la persona vivencia el trastorno bajo su propia subjetividad, por lo tanto, podría entregar luces de cómo se construye y mantiene internamente la sintomatología.

Por lo anteriormente expuesto, las interrogantes y convergencias que construyen los TCA orientan esta investigación a profundizar en factores poco estudiados y mencionados en la literatura: los sentimientos y experiencias personales de adultos emergentes que padecen estos trastornos. Entonces, la problematización del estudio se centra en el interés por conocer los significados de adultos emergentes en relación a los Trastornos de Conducta Alimentaria.

El motivo de esta investigación se basa en que a partir de la multicausalidad de los TCA, existirían constructos psicológicos que posibilitarían crear un significado particular a partir de la experiencia personal de quien padece el trastorno (Behar, 2011; Cruzat et al., 2010; Behar y Cordella, 2022).

La relevancia de este estudio apunta a contribuir y visibilizar conocimientos que favorezcan y beneficien el abordaje de estos desórdenes, aportando información a las áreas teóricas, prácticas, sociopolíticas y metodológicas de la comunidad científica, académica y clínica.

Surge así la pregunta de investigación ¿De qué manera los adultos emergentes chilenos dan significado a su experiencia de vivir con un TCA? Considerando la pregunta formulada, el objetivo general de esta investigación es conocer los significados otorgados por adultos emergentes diagnosticados(as) con TCA a la experiencia de vivir con el TCA, cuyos objetivos específicos son:

- Explorar los sentimientos, creencias y vivencias de adultos emergentes respecto al diagnóstico de un TCA.
- Comprender los significados y justificaciones que adultos emergentes otorgan a vivir con un TCA.
- Conocer los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la sintomatología TCA.

Metodología

El diseño de la investigación se realizó desde el paradigma constructivista ya que se pretendía conocer los significados que la persona ha construido respecto a los TCA y la interdependencia que ésta tiene con el medio como factor crucial para la elaboración de esta experiencia (Araya et al., 2007). El estudio se llevó a cabo a través del enfoque cualitativo ya que permite una aproximación y profundización a las vivencias subjetivas de los sujetos (Hernández et al., 2010; Vasilachis de Galdino, 2019), cuya técnica de investigación se basó en la Teoría Fundamentada (TF) de Strauss y Corbin (2016).

Esta metodología permitió indagar en los significados y especificar en los sentimientos, creencias y vivencias de personas que viven con un TCA con el fin de explorar singularmente la vivencia de la sintomatología.

La temporalidad de la recolección de datos fue de tipo transversal, pues se adquirieron los datos en un único momento de tiempo. Al ser un fenómeno difícil de hallar, se empleó el método bola de nieve (Vasilachis de Galdino, 2019).

Para llevar a cabo la selección de participantes se construyeron criterios de inclusión que se delimitaron en personas entre 18 y 35 años de edad que hayan sido diagnosticadas con algún subtipo de TCA y vivir en la Provincia de Santiago, por otro lado, los criterios de exclusión se limitaron a personas hospitalizadas y pacientes morales.

Posteriormente, se elaboró en Canvas un folleto - el cual se encuentra en el apartado II de la sección Anexos -, cuyo objetivo era transmitir un comunicado de búsqueda de participantes que presentaran los criterios de inclusión. Luego, como equipo investigador se estimó elegir ciertas personas cercanas que están en estrecha relación con el eventual fenómeno de estudio, por tanto, se optó por divulgar y compartir este folleto a través de historias de Instagram, estados y grupos de Whatsapp, correos electrónicos y Facebook.

Los participantes de este estudio correspondieron a ocho personas entre 18 y 24 años - siete mujeres y un hombre - de la provincia de Santiago, quienes fueron diagnosticados(as) por algún subtipo de TCA. Se exponen en la tabla 3 las características principales de los participantes.

Tabla 3

Características principales de los(as) entrevistados(as)

Características principales de los(as) entrevistados(as)				
Participantes	Sexo	E dad	Diagnóstico TCA	Ocupación
P1	F	20	TPA y Ortorexia	Estudiante Univesitaria
P2	F	22	TCA mixto restrictivo-purgativo	Estudiante Univesitaria
P3	M	24	AN y BN	Estudiante Univesitario
P4	F	18	TCANP	Estudiante Univesitaria
P5	F	23	AN y BN	Estudiante Univesitaria
P6	F	21	TPA y Dismorfía Coportal	Estudiante Univesitaria
P7	F	23	AN y BN	Estudiante Univesitaria
P8	F	20	TPA y BN	Estudiante Univesitaria

El instrumento de recolección de datos consistió en entrevistas individuales semi-estructuradas sincrónicas a través de la plataforma Google Meet durante el mes de junio y julio de 2023, las cuales se grabaron en audio y se transcribieron utilizando la herramienta digital Tactiq - Software de transcripción automática e inmediata -. Las entrevistas consistieron en 10 preguntas medulares; tres de ellas correspondieron a explorar sintomatologías y conductas de los TCA y diagnóstico; otras cuatro apuntaron a comprender la conceptualización, apreciaciones y explicaciones inductivas de los TCA; y otras tres preguntas apuntaron a conocer las explicaciones respecto a los factores de riesgo del trastorno, la cronicidad y patrones vinculares. Se empleó la técnica de entrevistas semi-estructuradas porque éstas permiten dialogar sobre una experiencia o aspecto concreto guiado por las preguntas medulares, es decir, el entrevistador puede conseguir un equilibrio en base a

las preguntas centrales y que el entrevistado pueda expandirse en nuevos temas de investigación relacionados con el objetivo de estudio (Hernández et al, 2014, p. 403).

El proceso de análisis se inició por la revisión de las transcripciones de las entrevistas en donde se organizaron las notas de campo tomadas en el mismo momento, para luego proceder a la técnica de análisis de datos que se realizó en base a la codificación abierta. Esta técnica de análisis permitió identificar conceptos, descubrir propiedades, así como ideas centrales de los datos, los cuales después fueron representados como fenómenos (Strauss y Corbin 2002). Finalmente, se etiquetaron los fenómenos en la manera de poder conceptualizarlos, lo que permitió clasificarlos en categorías emergentes (Strauss y Corbin, 2002, p.112).

Este proyecto de investigación fue avalado por el Comité Ético Científico de la Universidad Central de Chile, donde cada participante recibió un consentimiento informado, el cual firmaron autorizando su participación voluntaria. Este documento informó respecto a los procedimientos de la investigación, la voluntariedad y revocación del consentimiento, la confidencialidad - donde sólo el equipo investigador tendrá acceso a la información -, la custodia de los datos, ofrecimiento de apoyo psicológico en caso que la entrevista generara algún malestar y resguardo anónimo de la participación.

Resultados

En este apartado, se presentan los resultados descriptivos del proceso de investigación a partir del enfoque metodológico cualitativo, el cual se realizó en base a la Teoría Fundamentada. El objetivo principal de este estudio fue indagar a través de entrevistas semi-estructuradas cómo las personas diagnosticadas con TCA han construido su realidad e interpretaciones en base a la sintomatología. Las categorías emergentes se construyeron como resultado de la descomposición de las ideas relatadas por las participantes* cuyo proceso se especifica a continuación:

1. Etiquetamiento: Se seleccionaron extractos de narrativas que se consideraron relevantes en base a las preguntas directrices, como también narrativas significativas potenciales para la investigación. Se realizó una tabla en excel en donde se insertaron en pestañas separadas cada selección de narrativas de las participantes diferenciándolas por un número. Posteriormente, a cada extracto se le asignó un concepto.
2. Conceptualización: Luego, se llevó a cabo el método de comparación constante en donde las etiquetas que evocaran significados similares se agruparon en un mismo concepto. La relevancia de esta etapa fue abstraer lo más posible los códigos *in vivo*, es decir, los conceptos debían ser lo más representativo del significado que las participantes le dieron a la vivencia.
3. Categorización: Posteriormente, se compararon los conceptos y se integraron en una categoría más emergente que la conceptualización, en la manera de discernir el rango de potenciales significados de las propiedades.

*Se referirá a las participantes como femenino de ahora en adelante para facilitar la lectura

4. Codificación: Finalmente, se procesaron y analizaron las categorías para denominar las propiedades, lo que permitió desarrollar una distinción profunda y detallada de las narrativas.

	A	B
6	Entrevistada 6	
7	Diálogo textual del participante	Códigos conceptuales abiertos
8	Yo cuando tenía como unos diez años estaba como empezando con sobrepeso, y mi doctor le dijo a mi mamá: "Mira, ¿sabes qué? Si ella tiene una buena alimentación, lo mejor es como con actividad física, busca algo que le guste". Y mi mamá decidió meterme a baile como por casualidad.	Médico sugiere actividad física en la infancia
9	[...] porque en ese momento yo me alimentaba muy bien, pero yo creo que me gustaba mucho la comida, entonces comía mucho, era como que un plato lleno de vegetales, yo quería como [hace gesto de devorar]. Entonces, dijo (el médico): "Ya, si come bien, lo que puede ayudarle es hacer actividad física", y mi mamá dijo: "el baile podría ser, a la gente usualmente le gusta el baile, vamos a meterte". (ballet)	Figura materna gesta actividad física para mejorar su estado físico
10	[...] para mí fue un poco difícil aceptar el TCA. 1	Dificultad en reconocer el diagnóstico 2
	[...] yo misma dije: "La forma más fácil que tengo de asociarlo es como lo que es: Como un problema que puede ser como una enfermedad física, bueno, esto es algo de tipo mental, es un trastorno mental". Entonces, lo veo como, por ejemplo,	El TCA es percibido como una dificultad física y mental

Figura 1. [Captura de pantalla] Ejemplificación del proceso de etiquetado (1) y cómo se conceptualizó (2) de la manera más representativa el significado de las narrativas. Estos conceptos resultantes se fueron comparando con otros relatos similares, en donde se abstraio lo más posible los códigos in vivo. Elaboración propia.

The image shows a screenshot of a coding process. On the left, there is a large table with multiple rows of text. A box labeled '2' is placed over one of the rows. A blue arrow points from this box to a box labeled '3' on the right. Box '3' is positioned over a column of the table that contains various conceptual codes such as 'Figura materna gesta actividad física para mejorar su estado físico', 'Dificultad en reconocer el diagnóstico', and 'El TCA es percibido como una dificultad física y mental'. The table on the right is organized into columns with different background colors (green, blue, purple, orange) representing different conceptual categories.

Figura 2. [Captura de pantalla]. Demostración de cómo desde la fase de conceptualización (2) se crearon las categorizaciones (3). Elaboración propia.

	B	C	D
9	El ramo de Nutrición como movilizador intermediario para pedir ayuda.	Un otro que moviliza a pedir ayuda	Redes de apoyo
10	El trastorno de la conducta alimentaria mixto restrictivo purgativo significa no comer y vomitar, pero no al nivel de una AN. 3	Percepciones y significados de los trastornos de la conducta alimentaria	Tratamiento TCA y psicología clínica
11	El equipo tratante TCA se percibe radical.	Tratamiento TCA y psicología clínica	Factores de riesgo percibidos
12	Consciencia de la enfermedad.	Percepciones y significados de los trastornos de la conducta alimentaria	
13	Desaprobación del tratamiento, ya que corresponde a un abordaje de TCA mayor.	Percepciones y significados de los trastornos de la conducta alimentaria	Tratamiento TCA y psicología clínica
14	Altos costos del tratamiento para TCA.	Tratamiento TCA y psicología clínica	Factores de riesgo percibidos
15	Alianza con la figura materna y alternativas particulares para el tratamiento de TCA.	Vínculos parento-filiales y dinámica familiar	Redes de apoyo
16	Recibimiento de tratamiento psicológico cognitivo-conductual, nutricional y psiquiátrico	Tratamiento TCA y psicología clínica	

Figura 3. [Captura de pantalla]. En esta fase de categorización (3) se agruparon los conceptos en una categoría más grande que fuese representativa de las ideas relacionadas. Cada categoría fue distinguida por un color. Por cada conceptualización se situó una o más categorías. Elaboración propia.

Percepciones y significados de los trastornos de la conducta alimentaria	Factores de riesgo percibidos
Estándares de belleza	Tratamiento TCA y psicología clínica
Redes de apoyo	Un otro que moviliza a pedir ayuda
Vivencia subjetiva del atracón	Vínculos parento-filiales y dinámica familiar
Comentarios y críticas por parte de la familia y pares	Sexualidad
Comorbilidades	Ciberspacio y publicidad

Figura 4. [Captura de pantalla]. Resultaron 12 categorizaciones en total que reunían las propiedades de las conceptualizaciones. Elaboración propia.

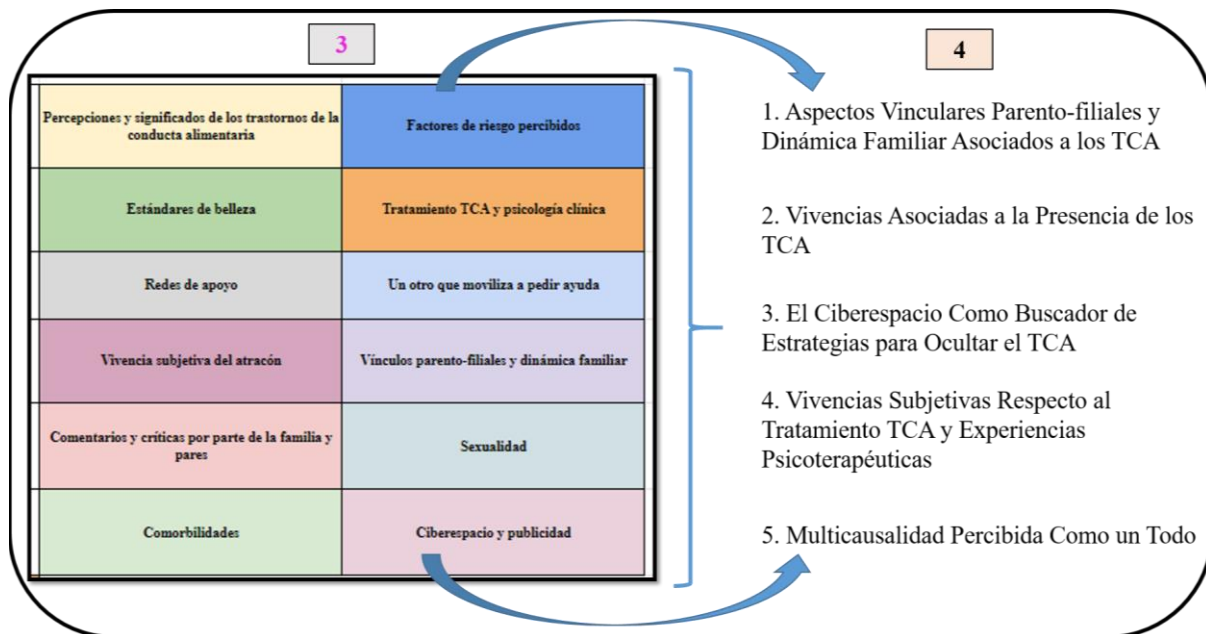


Figura 5. [Captura de pantalla]. A partir de las categorizaciones (3) se procesaron y analizaron las categorías para dar origen finalmente a las codificaciones (4), lo que permitió identificar y analizar las propiedades y dimensiones de forma distintiva y detallada de las narrativas expresadas por las participantes. Elaboración propia.

El proceso descrito anteriormente posibilitó la creación de cinco categorías emergentes que responderían a la pregunta de investigación, las cuales se presentan a continuación.

Aspectos Vinculares Parento-filiales y Dinámica Familiar Asociados a los TCA

Esta categoría refiere a cómo las participantes narraron las presencias vinculares parento-filiales en torno al trastorno que padecen, y cómo las dinámicas familiares formaron parte de esta experiencia.

Primeramente, las ocho participantes conviven con sus vínculos parentales o alguno de ellos. Tres entrevistadas manifestaron que viven sólo con sus madres ya que sus padres se separaron. Las otras cinco participantes no especificaron si los padres están casados, pero los refirieron en sus relatos como cónyuges que habitan en la misma casa que ellas.

Las participantes señalaron que sus vínculos materno-filiales son ambiguos, ya que las formas de las madres para referir y comportarse respecto a la alimentación y al afecto es algo

confuso, pero comprensible. Uno de los temas mencionados por las entrevistadas aludía a cómo sus madres les fomentaron la restricción de la ingesta desde pequeñas. Algunas indicaron que este fomento era de manera explícita, en donde las mismas cuidadoras se encargaban de llevarlas al médico y establecerles un plan de alimentación restrictivo. Otras narraron que sus vínculos maternos fomentaron la restricción de la ingesta de forma implícita, como señala una participante en el siguiente ejemplo: “Siempre vi a mi mamá hacer dieta, entonces yo pensé que eso había que hacer” (Entrevistada 8).

Otro aspecto que mencionaron algunas de las entrevistadas fue respecto a la negación de las madres ante el diagnóstico; indicaron que sus progenitoras se sintieron ofendidas y que tendieron a explicar la sintomatología desde otras perspectivas médicas. En otros casos, las participantes señalaron que a sus madres se les había diagnosticado en el pasado BN o AN, donde los regímenes sobre la alimentación han/habían sido rígidos, y que por este motivo todavía no les han contado el diagnóstico de TCA a sus cuidadoras porque temen la reacción de éstas.

Algunas participantes indicaron que a pesar de la negación al diagnóstico TCA, recibieron un apoyo significativo por parte de las madres. Percibieron que la vigilancia de las figuras maternas sobre la conducta alimentaria se volvió algo exagerada, pero que comprendían que era un acto de afecto para ayudarles a curarse de la enfermedad. Otras participantes manifestaron que no recibieron el apoyo deseado para el tratamiento.

En esta misma línea, las entrevistadas expresaron que sus madres han sido las principales personas en sus vidas que han promovido la cultura de la dieta ya sea de manera implícita o explícita. Indicaron que las madres han inculcado formas restrictivas de alimentarse bajo el argumento de que, si practican dietas para bajar de peso y estar delgadas, el mundo las aceptará en base a la delgadez.

Respecto a los padres, las participantes hijas de vínculos conyugales separados, indicaron que no ven con frecuencia a sus padres porque éstos se fueron de la casa una vez que la relación conyugal finalizó, asimismo, relataron que la unión entre ellas y sus padres siempre había sido buena-distante, pero que cuando fueron diagnosticadas por TCA éstos aparecieron activamente para ayudar a costear el tratamiento y apoyarlas en el proceso. Las participantes que decidieron no contarle a sus madres sobre el diagnóstico, manifestaron que hicieron alianza con el padre para guardar reserva del padecimiento.

Las entrevistadas hijas de vínculos parento-filiales que estarían casados o unidos como pareja, señalaron tener una desapercibida relación con el padre; especificaron que no se veían continuamente debido al horario laboral de éste, y que por lo mismo no había espacios disponibles para compartir en profundidad. Indicaron que cuando éstos se enteraron del diagnóstico, reaccionaron activamente con apoyo monetario y afectivo.

Algunas de las participantes relataron que cuando sus figuras parentales se enteraron del diagnóstico reaccionaron con indiferencia, negación e intentaron explicar la manifestación de la enfermedad desde otras sintomatologías o causas: ansiedad, estrés, depresión y/o carga académica. Otras entrevistadas manifestaron que recibieron respuestas de apoyo, pero que se sintieron culpables y responsables por percibirse a sí mismas como una carga para la familia.

Las entrevistadas indicaron descripciones respecto a la dinámica y cultura familiar en torno a las pautas, prácticas y creencias sobre la imagen y la alimentación. Expresaron que existe una normalización disciplinaria en las costumbres discursivas y comportamentales en la familia como: halagar la disminución de peso, advertir sobre el aumento de peso, servir más alimentos a los hombres, restringir la ingesta y promover el deporte con fines estéticos, priorizar alimentos bajos en calorías, castigar el aumento o repetición de ración de comida e

inculcar la cultura de la dieta como hábito propio de la mujer. Las entrevistadas manifestaron que estas costumbres suelen provenir de mujeres de la familia, específicamente por parte de las madres.

Vivencias Asociadas a la Presencia de los TCA

Esta categoría aborda las vivencias subjetivas de las participantes en relación a la propia experiencia con algún trastorno de la conducta alimentaria.

Las entrevistadas asocian que los sentimientos y emociones experimentados al momento de recibir el diagnóstico fueron de desesperanza y desolación, sin embargo, algunas de ellas hicieron hincapié en que ya sospechaban internamente padecer esta sintomatología, por lo que recibir un nombre a lo que estaban viviendo significó un alivio. Una participante señaló sentir miedo porque sabía que luego del diagnóstico tendría que ingresar a un proceso de tratamiento en donde la harían subir de peso.

También, declararon que, tanto ellas como sus familias, desconocían los signos y síntomas TCA. Las participantes señalaron que, si bien sospechaban de sus desórdenes alimenticios en secreto, sólo conocían la AN y BN, pero que no concebían el trastorno en sus vidas como una realidad.

Las entrevistadas diagnosticadas con TPA, BN, TCANE, TCA Mixto y Dismorfia significaron el trastorno que cada una padece como una derrota mental, fracaso, decepción y prisión, mientras que las participantes con AN significaron al trastorno como una satisfacción y logro.

Las entrevistadas describieron a sus redes de apoyo como una fluctuación buena, mala y confusa durante el inicio y curso del trastorno. Explicaron que antes del diagnóstico sentían temor, culpa y desconfianza en torno a sus padres, parejas y grupo de pares debido al desconocimiento global del desorden, por lo que el sostén del entorno fue conceptualizado

como desapercibido. Asimismo, declararon sentirse responsables de la respuesta e impacto emocional que podría recibir el entorno social.

En la ocasión que fueron diagnosticadas, algunas señalaron haberse sentido confundidas ante el apoyo y negación de sus padres respecto al diagnóstico. Otras participantes decidieron mantener el padecimiento en reserva de alguna figura parental y grupo de pares por vergüenza, y sólo exponer el trastorno a profesionales y personas específicas que no las hicieran sentir juzgadas, por lo que el sostén del ambiente social fue descrito como un acompañamiento limitado por ellas mismas. Otras participantes describieron que sus redes de apoyo no estuvieron disponibles para la contención deseada, lo que significó desamparo y desprotección.

Posterior al diagnóstico, algunas participantes señalaron sentir una excesiva vigilancia, no obstante, declararon apreciar con gratitud la motivación de la red de apoyo para favorecer la recuperación. Otras relataron que las figuras maternas han reiterado discursos normalizados en cuanto a la alimentación a pesar de estar al tanto del diagnóstico TCA de éstas, en donde las madres han seguido corrigiendo la cantidad de ingesta e incluso han desaprobado el tratamiento afirmando que no serán capaces de recuperarse. Por último, explicaron que han entregado información a personas de estrecha confianza respecto a sus sintomatologías TCA, en la manera de que puedan acompañarlas a afrontar la enfermedad.

Las participantes relataron que las conductas y pensamientos de los TCA presentan componentes ocultos, adictivos, silenciosos y de sufrimiento. Es decir, los actos de restricción de la ingesta, la purga, el atracón y ocultar estos comportamientos resultan para ellas en sentimientos de angustia frente al descontrol y el arduo trabajo de control que refieren concederle a la sintomatología. Al mismo tiempo, perciben que las conductas y pensamientos son adictivos a pesar de que les generan sentimientos de sufrimiento y derrota mental; manifiestan que son conscientes que las conductas de su sintomatología les hacen daño, sin

embargo, señalan que no pueden detenerse porque esa secuencia de comportamientos les produce placer, y funciona para lograr el objetivo de, por ejemplo, bajar de peso o pasar muchas horas sin alimentarse.

Las participantes, independiente del subtipo de TCA diagnosticado, transitaron por el proceso del atracón refiriéndose a ello como un recurso manifiesto, solitario y automático en donde se sienten decepcionadas por romper el estado de restricción. Algunas participantes manifestaron que durante el atracón predominan sentimientos de alivio, los cuales se asocian al disfrute del alimento y/o merecimiento. Otras señalaron que el atracón es una acción incontrolable en donde mientras se ingieren los alimentos, predomina la angustia y culpa por fallar al estado de restricción en donde no pueden detener la conducta de alimentarse. Asimismo, las entrevistadas mencionaron que el atracón usualmente va acompañado de conductas compensatorias.

Las entrevistadas hicieron hincapié que en la fase restrictiva - antes del atracón - sienten un gran sufrimiento y dolor que se aloja en el pensamiento, pues refieren a un constante análisis percibido como denso, pesado y desgastante, en donde combaten con el control de mantener la restricción alimentaria versus sucumbir al deseo del alimento anhelado. En sus relatos, algunas indicaron que la condición para romper la fase restrictiva debe existir un acto compensatorio, pues eso les permitirá abandonar el control sin sentirse culpables. Durante el atracón manifestaron sentir placer y rendición. Posterior al atracón, algunas entrevistadas describieron sentirse derrotadas, avergonzadas, culpables y débiles por romper el pacto de la restricción.

En sus relatos respecto a la descripción del proceso de atracón coinciden los siguientes pasos: A saber, varias de las que describieron este proceso fueron diagnosticadas por TPA.



Figura 6. Ciclo del atracón relatado por las participantes. Elaboración propia.

Las entrevistadas agregaron que la simbolización del TCA es representada mentalmente como “Monstruo”, “El ser maligno”, “Las voces”, “Una calculadora”, “Monstruo en forma de celular que envía notificaciones sin detenerse”, “Un monstruo incrustado en el pensamiento”, “Sentimiento de estar siendo devorada por la enfermedad”, “Una prisión”.

El Ciberespacio Como Buscador de Estrategias para Ocultar el TCA

Esta categoría aborda la manera en que las participantes buscan, confirman, aprenden y desarrollan estrategias que les permiten permanecer ocultas ante el escrutinio público en relación con estos trastornos.

Algunas de las participantes expresaron que utilizaron el ciberespacio para informarse y elaborar estrategias en pro del sostenimiento de las conductas asociadas al aprendizaje de la purga, la restricción alimentaria y el ocultamiento; explican que es una enfermedad que se vive de manera encubierta y en silencio, por lo que el acceso a Internet facilita educarse desde el anonimato. Algunos sitios mencionados fueron Instagram, TikTok, Blog Ana y Mía y aplicaciones que registran calorías y masa muscular. Describen que estos recursos les permitieron aprender técnicas de cómo purgar, cuánto líquido beber posterior a un atracón, cómo vestirse para que el entorno social no se dé cuenta del cambio corporal, información nutricional de alimentos, cuántas calorías ingerir para bajar de peso y qué ejercicios cardiovasculares queman más calorías. Asimismo, agregaron que se perciben a sí mismas como perfeccionistas y “mateas”, lo que facilita aprender este contenido para aprender sobre estrategias que le permita sostener y ocultar la conducta alimentaria de manera perspicaz.

Vivencias Subjetivas Respecto Al Tratamiento TCA y Experiencias Psicoterapéuticas

Esta categoría aborda las principales experiencias en torno del tratamiento, el acceso a éste y los aspectos percibidos como significativos en cuanto al acompañamiento psicoterapéutico.

En cuanto al tratamiento para los TCA, las participantes explicaron que el abordaje se compone por un área psiquiátrica, área nutricional y área psicoterapéutica, donde tres señalaron recibir tratamiento por esta triada en conjunto. Algunas relataron que fueron diagnosticadas por psiquiatras, unas por nutricionistas, y otras por psicólogas.

Algunas participantes que estaban en tratamiento para otros padecimientos - Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Depresión, Trastorno Bipolar y Epilepsia - antes de ser diagnosticadas de TCA,

indicaron que durante este mismo tratamiento el profesional que las atendía dio cuenta de la presencia de sintomatología TCA.

En cuanto a la forma que consiguieron ayuda para abordar la sintomatología TCA, ninguna de las entrevistadas solicitó ayuda profesional directamente, todas acudieron por un 'otro' que las movilizó a atender los síntomas propios del trastorno. Ese 'otro' refiere que, en algunos casos, las participantes fueron directamente a tratamiento por TCA movilizadas por un cercano que advirtió la extrañeza de los comportamientos alterados de la ingesta.

En relación con lo anterior, algunas entrevistadas expresaron que la ayuda psicológica fue percibida positivamente, haciendo referencia a una buena relación terapéutica lo que las hacía sentir contenidas por parte de la psicóloga. Relataron expresiones como: "A mi psicóloga la amo" (Entrevistada 2), "(...) y bueno, mi psicóloga también... con ella hay harta confianza" (Entrevistada 7). Sólo una participante relató recibir un tratamiento cognitivo conductual, las demás no especificaron qué tipo de terapia recibieron o reciben, pero refirieron que el vínculo entre psicóloga y paciente es significativo.

Paralelamente, descartaron a priori el tratamiento nutricional, pues señalaron que es complejo seguir una minuta alimenticia ya que tienden a comer mucho más o mucho menos de lo que se les señala. Por otra parte, describen al profesional psiquiatra como distante para este tipo de tratamiento. "Y los psiquiatras... nunca me gustan, siento que no te pescan" (Entrevistada 7).

Hubo otros casos en donde no recibieron tratamiento por parte de las tres áreas encargadas de tratar los TCA, sino sólo psicológico o nutricional. Otras entrevistadas manifestaron la dificultad de acceder a tratamiento para esta patología ya sea por dinero o por desinformación. Por último, una de las participantes - la cual está de alta del trastorno - señaló que el apoyo de la familia es trascendental para la recuperación, pues donde mayormente se vive el TCA es en la casa donde se habita con las figuras familiares.

Multicausalidad Percibida Como Un Todo

Esta categoría surge a partir de las formas en que las participantes describieron y significaron los factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y mantenedores. Se presenta a continuación en la tabla 4 los factores predominantes, contenidos y relatos representativos de cada una.

Factores de riesgos asociados percibidos como predisponentes, desencadenantes y mantenedores de los TCA		Conceptos	Comentarios
1	Estándares de belleza	La delgadez asociada a la belleza	[...] para mí siempre fue como una cosa de que ser flaca es como lo que tengo que hacer como para que la gente me trate bien
		Halago a la delgadez	ser gorda es malo y ser flaca bueno es valioso es fino como que yo tengo una familia súper pituca como que viene mucho de la figura
		Publicidad	...me aparecía tanta publicidad de platos sanos que yo me sentía el doble de mal cuando me quería comer un pastel.
		El ambiente social como reforzador	...pero sí obviamente como que todo el mundo me decía, 'Oh, bajaste muuuucho de peso, qué heavy el cambio, antes estabas súper gordita y ahora estás súper flaca' y no sé qué, yyo, 'Aysí, sí, sí es que hago mucho de todo, mucho deporte y estoy comiendo como menos'.
2	Comentarios negativos respecto a la apariencia física por parte de otros	Bullying	(Sobre los comentarios de su cuerpo) No muy chica muy muy chica, a mí me hacían bullying como desde segundo básico. En primero básico como más como recurrente por mi peso y pasa que yo soy muy alta, aquí no sé en el video, pero yo mido 1.70. No sé, quizá ahora ya no es tanto porque uno es más grande y la gente ya es como... de repente cuando era chica yo siempre fui la niña alta. Entonces era la más alta, la más gorda del curso. Entonces, a mí siempre me me molestaban por eso, me hacían bullying desde muy chica. Me hicieron (bullying) como de segundo a quinto. En primero también, pero eso era... otro colegio, donde me molestaban diciéndome "Marmal", como de cosas como muy grandes. Y como que las niñas no se juntaban conmigo porque era más gorda, entonces era como como muy excluida de todo porque era más gorda y más alta y me iba bien, entonces era ñoña.
		Comentarios de familiares	Y para mí siempre fue como el trauma mis piernas; como que yo tenía demasiado... tengo las piernas súper gordas - se ñe - entonces no sé poí, por ejemplo, yo me acuerdo que era chiquitita, muy, muy chiquita, yo creo tenía como ocho años, que no sé... por mi abuela que me dijo así como 'Uy tiene como piernas de caballo' algo así.
		Comentarios de los pares	Cuando entré igual recibí varios comentarios de mi cuerpo o de cómo la otras niñas se sentían por mi cuerpo, o sea, eran buenas y malas de repente decime así como Ay qué ganas de tener tus caderas, yo creo así como si tuvieras la cintura más chiquita se te vería mucho mejor. Y era como: Ay gracias
3	Cultura de la dieta	Estilos alimentarios (ayuno intermitente)	y cuando empecé a hacer ayuno intermitente como que perdí mi sentido como del apetito.
		Practicar deporte con fines estéticos	No llegaba a ser ehñ de solamente por ser dejar de comer o llegar a la anorexia. Pero tampoco comía en exceso porque paraba cada cierto tiempo. Y luego continuaba o comía para hacer ejercicio o hacia ejercicio para comer, entonces era como un círculo vicioso.

Factores de riesgos asociados percibidos como predisponentes, desencadenantes y mantenedores de los TCA		Conceptos	Comentarios
4	Comorbilidades	Psiquiátricas	no, fui por otra razón al psicólogo y como que le mencioné sobre que perdí porque me dio depresión que quizás tiene que ver con anorexia, pero fue como otro el gatillante en el fondo. Y me acuerdo que le dije como Uy perdí toda mi disciplina era súper disciplinada Y le expliqué en el fondo esta dieta que tuve durante cuarto medio y ahí ella me dijo que no.
		Médicas	Empecé a ir al nutriólogo por temas de salud porque en mi familia... Tenemos esto de... somos propensos a la resistencia a la insulina, entonces por la pubertad hubo complicaciones y otras cosas así. Yo empecé a ganar peso, entonces fuimos al nutriólogo para poder impedir esto y no era tanto.
5	Ciclo Vital	Infancia	los niños son súper poco empáticos, son súper malos como muy, muy malos... hay mucho bullying y que para mí por lo menos, personalmente que me pasó (el TCA) en el colegio, pero yo creo que la gran mayoría parte en el colegio...
		Adolescencia	Ah bueno me preocupó ahí como que está ya preocupada como mi metabolismo adolescente y en cuarto
6	Desconocimiento de los TCA	Dificultad para reconocer la sintomatología	al principio dije como le dije cómo no no, no, no, me expliqué mal como si fui al doctor como yo comía, seguía la dieta como le expliqué como al tiro como no como te equivocaste caché como perdón me mal expliqué porque uno uno asocia la anorexia en verdad con con no comer nada O estar como demasiado delgada, pero muchas veces es comer muy poquito calculado de forma, matemáticamente perfecta y sobre Qué marca, o sea, cómo va a ser el triple deporte
		Dificultad para acceder a tratamiento	Seguí, pero la psicóloga dijo que me iba a hacer, me iba a derivar con otra que se especializó como en nutrición, pero nunca se concretó ya que la psicóloga tenía la agenda copada, entonces, claro, pandemia.

Los resultados descriptivos de la tabla 4 refieren a cómo las participantes conocen los riesgos que construyen un TCA, los cuales se profundizan a continuación:

Estándares de Belleza

Las participantes perciben los estándares en base a sus experiencias personales, donde mencionaron a las siguientes figuras célebres: Kendall Jenner, Britney Spears, Christina Aguilera, cantantes de la cultura surcoreana - las cuales presentan cualidades de extrema delgadez - e influencers curvilíneas y/o fitness de redes sociales. Además, señalaron que la

familia y la sociedad les ha inculcado que el estándar de belleza es un propósito para alcanzar la plenitud y aceptación sólo si son delgadas.

Las entrevistadas refirieron que, parte de los riesgos de la presencia de los TCA, tiene estrecha relación con estos patrones, donde especificaron que aprendieron desde pequeñas a través de sus vínculos familiares, redes sociales, entorno social y publicidad que la belleza se relaciona con ser delgada. Señalaron que los modelos de figuras públicas o conceptos preconcebidos transmiten el mensaje que la delgadez las hará más felices.

Agregaron que existe constantemente un halago hacia la delgadez como sinónimo de bienestar y aprobación, por ejemplo, una participante señaló que: “Para ser pituca debes ser flaca” (Entrevistada 7), donde explicó que la belleza es representada como una exigencia asociada al nivel socioeconómico alto. Otras participantes indicaron que aprendieron a relacionar que las personas sentirían más afecto por ellas si encajaban con el canon de belleza establecido.

Argumentaron que consideran invasiva la forma en que las publicidades de redes sociales las persuaden para cuestionar su imagen corporal a través de propagandas; relataron que los anuncios de la Web ofrecen estilos de vida nutricionales y deportivos saludables que invitan y promueven por medio de cuerpos estandarizados a modificar la conducta alimentaria en virtud de una vida más saludable. Señalaron que han bloqueado esos accesos publicitarios en algunas ocasiones porque se sienten abrumadas con la instigación de las sugerencias de cómo lucir y alimentarse, pero que de todos modos siguen apareciendo en los medios virtuales mujeres que presentan cuerpos con patrones de belleza deseables. Consideraron que estas herramientas les posibilitaron en cierta medida sostener y cronificar el trastorno de la conducta alimentaria.

Por último, indicaron que el ambiente social las refuerza constantemente en base a los patrones de belleza. Manifestaron que las personas suelen enfatizar la pérdida de peso

invasivamente sin que ellas hayan preguntado por la opinión de éstas, en donde reciben halagos y felicitaciones por lograr ajustarse al estereotipo de belleza. Señalaron que esto ha significado un escenario donde ellas mismas se evalúan y juzgan persistentemente frente al espejo para categorizarse como aprobadas o desaprobadas para el estándar de belleza.

Comentarios Negativos Respecto a la Apariencia Física por Parte de Otros

Las participantes manifestaron que los comentarios nocivos y burlescos respecto a su apariencia física les resultaban en un malestar doloroso. Algunos de estos comentarios refirieron al bullying que recibieron las entrevistadas en la época escolar básica y media, lo cual marcó un hito desolador ya que no comprendían por qué su imagen corporal era señal de burlas.

Asimismo, las participantes relataron que el contenido de los comentarios por parte de familiares se caracterizaban por expresar que siendo delgadas serán más felices, y que sugerir hacer dietas o cuidarse tenía que ver con un componente protector. Agregaron que los comentarios provenían principalmente de familiares mujeres y de sus madres.

Respecto a los comentarios negativos provenientes del grupo de pares procedían principalmente de compañeras de colegio y amigas, quienes puntualizaban en un aparente desperfecto de imagen corporal de las entrevistadas. La entrevistada 4 lo ejemplificó de la siguiente forma: “¿Qué te pasó? Antes eras más flaca”, “Te queda más chico el pantalón”, “Si tuvieras la cintura más pequeña, te verías mejor”.

Algunas participantes se refirieron a los comentarios y críticas hacia su cuerpo como desencadenantes del trastorno. Señalaron que específicamente el período de la adolescencia es donde la vivencia compleja de sostener los comentarios críticos y burlescos sobre sus diferencias físicas les generaron un malestar psicológico intenso.

Estas vivencias se mencionaron como movilizadoras para actuar frente a un mal estado físico percibido, pues señalaron que les afectó profundamente sentir que el grupo de pares las desaprobaba por no ser delgadas. Otras entrevistadas relataron que su TCA se inició por comentarios en la etapa escolar sin detallar algún relato en especial, no obstante, la mayoría de las participantes perciben los comentarios y críticas a su cuerpo como un escenario gatillante para la sintomatología, pues se les enjuiciaba constantemente de forma implícita y explícita la imagen corporal de éstas. Agregaron narrativas sobre algunos escenarios discriminadores subyacentes que implicaron un sufrimiento como no poder participar de las coreografías del colegio y la exigencia angustiante de pesarse en el ramo de Educación Física.

Cultura de la Dieta

Para las entrevistadas las dietas significan un ordenamiento y restricción de la conducta alimentaria asociada a algún estilo de vida saludable en combinación con algún deporte con fines estéticos.

Las participantes relataron que la cultura de la dieta es una práctica normalizada del género femenino, y que para ellas ha sido habitual convivir con esta costumbre. Agregaron que no sólo es un hábito usual en las conversaciones con mujeres, sino que el acceso a los tipos de dieta es bastante fácil y variado, siendo el estilo de ayuno intermitente el más común. Señalaron que desde la niñez a la adultez experimentaron diferentes tipos de dietas que resultaron en sentimientos de frustración por no haber sostenido a largo plazo las reglas de ese hábito alimenticio. Por ejemplo, una participante, señaló que para bajar de peso de manera saludable comenzó a organizar obsesivamente su alimentación en base a los macronutrientes, pero que le resultaba complejo mantener el hábito, lo que posteriormente se develó como Ortorexia según su terapeuta.

A lo anterior, las entrevistadas agregaron las actividades deportivas como prácticas complementarias y compensatorias para disminuir peso. Una de ellas especificó que el deporte lo realizaba con fines de entrenamiento para mejorar su capacidad física, pero que luego se dio cuenta que el ejercicio se tornó un acto compensatorio anexo a su TCA.

Por último, las participantes relataron que las prácticas de dietas y deportivas resultan en un sentimiento desgastante, pero que son recursos que deben ser realizados para lograr perder peso.

Comorbilidades

Algunas de las entrevistadas señalaron que antes de ser diagnosticadas con TCA ya presentaban sintomatologías de otras enfermedades tanto médicas como psiquiátricas. Otras participantes refirieron que el TCA fue su primera enfermedad, y que desde ahí surgieron otros padecimientos concomitantes - Dismorfia Corporal y TAG -. Para todos los casos, las participantes refirieron que desconocen si el TCA surgió primero o las comorbilidades, pero perciben que convivir con dos o más enfermedades resulta en un agotamiento que se combina integralmente.

En cuanto a las enfermedades médicas, sólo una de las participantes manifestó haber sido diagnosticada de epilepsia, otras indicaron presentar condiciones metabólicas alteradas como resistencia a la insulina y sobrepeso. Respecto a las enfermedades psiquiátricas, algunas participantes indicaron haber sido diagnosticadas de Trastorno Bipolar, Depresión, TDAH y TAG.

Ciclo Vital

Las entrevistadas relataron que la etapa de la niñez es percibida como una fase altamente vulnerable porque no se tenía la capacidad de comprender ni reflexionar sobre las

conductas y pensamientos alimentarios nocivos. Manifestaron que, respecto al bullying y las burlas, hubo cierta desprotección por parte de los adultos, ya que hacer chistes sobre el cuerpo de otra persona son actos normalizados en la cultura, por ejemplo, una participante relató que cuando recibió bullying en la niñez le comentó a su familia, donde el padre le sugirió defenderse con palabras, la madre le dijo que no prestara atención a esos comentarios, y su abuela le dijo que las cosas son como son.

Finalmente, el período de la adolescencia fue relatado como una vivencia compleja respecto a los cambios físicos, los comentarios críticos y la exigencia del medio percibida. Algunas participantes indicaron que con la llegada de la adolescencia sentían ansiedad de percibirse evaluadas por el sexo opuesto y cierta exigencia intrínseca de estar delgadas como sinónimo de aprobación. Agregaron que la transición de los cambios corporales y hormonales se trastocaban con las comparaciones entre el grupo de pares, es decir, sentían angustia al observar que otras compañeras se desarrollaban de una manera más próxima al estándar de belleza socialmente aceptado, mientras que ellas se percibían defectuosas e imperfectas.

Desconocimiento de los TCA

Las participantes indicaron que presentaron dificultades para acceder al tratamiento por temas económicos y porque había un desconocimiento de los signos y síntomas de los TCA. Relataron que una vez diagnosticadas con el trastorno, comenzaron a educarse y profundizar junto con las profesionales tratantes, donde se dieron cuenta que varias de sus conductas y pensamientos normalizados en realidad eran prácticas perjudiciales en torno a la alimentación.

Discusión

La presente investigación elaborada a partir de la técnica de la Teoría Fundamentada tenía como objetivos describir, explorar y conocer la manera en que adultos emergentes chilenos significan la experiencia de vivir con un TCA. Los hallazgos principales de este estudio revelaron que la vivencia de estos trastornos es sentida como un constante sufrimiento silencioso y omnipresente en donde la normalización sociocultural de los síntomas enmarcaría el eje central de la perpetuación de estos trastornos.

Las cualidades del vínculo conyugal resultarían en una desregulación emocional para las participantes que, independiente de si están juntos o separados, esto influiría en la salud de sus hijas. Las figuras parentales se percibirían como carentes e inconscientes, donde el padre sería representado como un espectador que aparece y desaparece, mientras que la madre ocuparía el papel dictatorial del triángulo familiar. Esto generaría un sentimiento de confusión y estrés a quienes padecen estos trastornos, pues la dinámica conyugal y parento-filial se caracterizaría por la ausencia de comunicación asertiva y cohesión.

Esto último coincide con los estudios de Ruiz et al. (2013) en donde señalaron que el funcionamiento familiar en personas con TCA tiene estrecha relación con el bienestar del vínculo parental, la falta de comunicación, respuestas afectivas asertivas y las creencias respecto a la imagen corporal (p.48).

Lo anterior sostendría que el rol del padre y de la madre, y la forma en que éstos se vinculan impactarían en la hija de manera inconsciente, en donde ésta somatizaría los conflictos parento-conyugales a través de la modificación de su cuerpo e ingesta de alimentos. Minuchin et al. (1978) referían que las personas con TCA se ubicaban en una constelación familiar psicopatológica - familias que evitan las tensiones emocionales y conflictos -, en donde la presencia de límites rígidos-difusos, la falta de resolución de

conflictos y problemas de comunicación del vínculo parento-conyugal posicionarían al hijo(a) con TCA como el miembro sintomático del conflicto familiar. Si bien la investigación no profundizó en esta dinámica conyugal-familiar, es relevante considerar la manera en que se relacionan los padres y las madres ya que representarían un factor de riesgo.

En relación a lo anterior, uno de los resultados relevantes ubicaría a las madres como figuras altamente activas en la génesis, iniciación y perpetuación de los TCA. A partir de las narrativas, los vínculos maternos se percibirían de manera incoherente porque estas madres privan la nutrición, corrigen la imagen corporal y las impulsan explícita e implícitamente a esforzarse por controlar y modificar el cuerpo en base a un estándar de belleza, sin embargo, las participantes significaron estos hechos como una preocupación válida que se justificaría bajo el argumento que las madres actuarían de esta manera por amor. Esto resulta en una relación vertical y ambivalente madre-hija, ya que la madre representaría una amenaza, frustración y desconfianza, pero al mismo tiempo esta figura de autoridad se significaría ilusoriamente como una madre que organiza y protege.

Mateos et al. (2021) señalan que la restricción alimentaria simbolizaría una sublevación hacia la madre nutricia; la ingesta representaría un intento simbiótico de fusionarse con la madre; mientras que la purga sería el esfuerzo por separarse de ésta, sumado a un temor inconsciente inconcebible de separarse de ella (p.4). Esto avalaría en cierto aspecto los discursos ambivalentes de las entrevistadas hacia sus figuras maternas para referir los tratos de ellas como buenos, malos y confusos.

Esto se asemeja a los resultados de Fuentes et al. (2020) donde refirieron que la madre sería el integrante familiar que más proporcionaría importancia al peso, la imagen y la figura a través de prácticas o creencias dominantes respecto a la conducta alimentaria, lo que resultaría en un factor mantenedor de los TCA (p.1237).

Selvini-Palazzoli et al. (1988) señalaron que las figuras maternas de hijas con sintomatología TCA se caracterizan por ser sobreprotectoras, posesivas, melancólicas y narcisistas, en donde la hija es vista como una extensión de su cuerpo que les sirve para prolongar su autoridad y control. La conflictiva relación que presentan las entrevistadas en torno a la alimentación ilustraría un grito de auxilio, un sacrificio y huelga de hambre hacia el estrago materno, en donde intentarían comunicar simbólicamente a través de la conducta alimentaria sus sentimientos hacia la madre, sobre todo buscar su aprobación.

Comprender los constructos de las entrevistadas respecto a cómo han experimentado la sintomatología permitió conocer las vivencias asociadas a la presencia de los TCA. Estos trastornos portan una alta carga de culpa y vergüenza, sin embargo, la culpa no sería por padecer un TCA, sino por fracasar en el autocontrol; las participantes encontrarían en el trastorno una herramienta facilitadora para lograr sus objetivos de ideal de belleza.

Asimismo, la vergüenza se vivencia como un castigo por no ser capaces de detener algunas conductas TCA como un atracón o una purga, lo que coincide con el sentimiento de la pérdida de control sobre sí mismas. Es decir, los significados asociados a la presencia de los TCA no tendrían relación con un querer estar sanas, sino de querer controlar sus cuerpos.

Estos hallazgos coincidirían con las investigaciones realizadas por Behar (2011) donde señaló que pacientes con AN y BN percibían la sintomatología como un sentimiento de ineficacia personal debido a la percepción de inutilidad y autoboicot ocasionados por la incapacidad de controlar los comportamientos propios de la esfera TCA (p.113-124), asimismo, Aiquipa (2022) concluyó que las pacientes con TCA perciben estos comportamientos como un escenario que les facilita probarse a sí mismas para sentir autonomía (p.293).

En esta misma línea, las participantes indicaron que la vivencia del trastorno es percibida como un sufrimiento incomprensible que se vive en solitario de manera perspicaz,

pues al estar normalizadas las conductas TCA como practicar dietas o restringir alimentos, se tornaría estratégico sostener estas conductas en el anonimato, lo que explicaría su tardía detección y cronicidad.

Por otra parte, respecto a las conductas del TCA, en los relatos de las participantes aparece el atracón como un proceso relevante que funciona como una sucesión sistemática, como un escape y un alivio ante los sentimientos de inseguridad, desprotección y descontrol, lo que respondería a cómo habrían aprendido a liberarse de los episodios restrictivos y cómo este proceso guardaría relación con la neurobiología de la adicción. Éstas no responderían al atracón por una necesidad biológica de tener hambre, sino por una consecuencia de un malestar e inestabilidad emocional similar al proceso de la adicción por sustancias.

Un hallazgo relevante sobre el proceso del atracón es que varias participantes diagnosticadas por TPA referían que en el ciclo del atracón realizaban actos compensatorios como saltarse comidas o realizar ejercicio físico, al igual que un diagnóstico de BN, lo cual no coincide con lo que señala el DSM-5 (2014) en donde especifica en los criterios diagnósticos diferenciales que las compensaciones ocurren sólo para BN (p.345). Por tanto, existiría cierto error diagnóstico - iatrogenia - que podría ser perjudicial para la persona, lo que coincide con lo que señala Briones (2022).

A propósito de la iatrogenia, uno de los factores de riesgo sustanciales corresponde a las comorbilidades de los TCA. Los hallazgos suscitan que efectivamente existiría una confusión diagnóstica en donde la responsabilidad no yacería sólo en el profesional, sino también en la normalización de las conductas TCA, desconocimiento de la sintomatología y tipos de personalidad.

Respecto a las comorbilidades psiquiátricas, sin duda la valoración y pesquisa de los tipos de personalidad de los pacientes con TCA son altamente relevantes, sin embargo, la detección de rasgos y eventuales trastornos de personalidad complejiza develarlos, sobre todo

por su cualidad egosintónica. Jáuregui et al. (2009) señalan que los TCA suelen ir acompañados de algún TP del clúster B y C (p.205).

Debido a las limitaciones de estudio en cuanto a los objetivos de la investigación, no fue posible indagar en estos aspectos, sin embargo, a partir de la forma en que las mismas participantes se describieron a sí mismas, se sugeriría que al momento de la evaluación diagnóstica se considere estimar los rasgos y estructuras de personalidad, porque la caracterización de los rasgos obsesivo-compulsivos, límites, histriónicos y dependientes, y las estructuras neuróticas y limítrofes, permiten señalar las esferas de la personalidad que usualmente acompañan al TCA (Kernberg, 1987; Jáuregui et al., 2009; Rivas, 2017).

Respecto a las comorbilidades médicas, los hallazgos coincidieron con los estudios de Meierer et al. (2019), McCuen-Wurst et al. (2018) y Bohon (2019), pues se develó que en el historial pre-mórbido de las participantes sí hubo presencia de condiciones metabólicas de sobrepeso y obesidad. La incertidumbre respecto a estas condiciones es por qué la obesidad no se considera como un subtipo de TCA, pues ambos comparten alteración de la conducta e ingesta de alimentos, deterioro significativo de la salud física y funcionamiento social, estados ansiosos patológicos, preocupación constante sobre la comida, autodescontrol manifestado en atracones, trastornos depresivos, bipolares y esquizofrénicos (APA, 2014; Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-11], 2019).

Por último, en cuanto a las comorbilidades presentadas por las participantes, queda en duda si los TCA anteceden a la enfermedad concomitante, si son el resultado de otra enfermedad, o si son la causa de alguna patología. Lo cierto es que los resultados de este estudio revelaron que los desórdenes alimentarios la mayoría de las veces van acompañados de al menos otro trastorno, ya sea como efecto o consecuencia. Debido a este desconocimiento, es primordial situar a los TCA de manera horizontal con la enfermedad que

lo acompañe, ya que posicionar este desorden como una sintomatología menor posibilita su perpetuación.

Uno de los hallazgos más relevantes correspondió a la simbolización del TCA representado como un “Monstruo”. Esta entidad cumpliría la función de escoltar a las participantes como un juez perverso que las invade y persuade para que lleven a cabo cualquier conducta, pensamiento y sentimiento del TCA. **El Monstruo TCA no surgiría desde un estado psicótico o de pérdida de juicio de realidad**, sino que se materializaría a partir de los estados conscientes de fragilidad y amenaza mostrándose como una voz espectral que se ancla detrás del cuerpo, a los lados e incluso dentro de ellas, por tanto, es una presencia maligna que no es vista, sino sentida.

La existencia del Monstruo TCA podría explicar las vivencias de culpa y vergüenza de las participantes, como también la tendencia a vivir el trastorno en el anonimato ya que culturalmente se asocian estas experiencias a personas que deliran y alucinan. Las distorsiones cognitivas corresponden a cogniciones y pensamientos automáticos que se alejan del pensamiento lógico, lo que resulta en una alteración de la realidad, en pensamientos persistentes sobre un tema pese a que se tenga evidencia de lo contrario, en una sistematización de un errado procesamiento de la información y, por último, estas predisposiciones del pensamiento generan a largo plazo sesgos sobre-generalizados y arbitrarios en el sujeto (Gabalda, 2011, p. 141).

Efectivamente algunas pacientes con TCA suelen presentar distorsiones cognitivas, no obstante, se cree que en base a los hallazgos de este estudio, el Monstruo TCA surgiría precisamente desde una traducción alexitímica. La alexitimia es un constructo psicosomático empleado para describir las dificultades en establecer conexiones entre las emociones, ideas, representaciones o fantasías (Álvarez et al., 2004, p.563), donde Belloch et al. (2008) agregan

que la persona alexitímica presenta discapacidad para describir verbalmente la experiencia emocional (p.30).

Por tanto, el Monstruo TCA no sería el resultado de alguna condición psicótica ni desviación cognitiva, sino que correspondería a una compleja construcción de sentimientos y pensamientos encriptados que no han podido ser traducidos ni significados en palabras, resultando en una decodificación idiomática exclusiva de las entrevistadas. No se hallaron estudios que refieran a este fenómeno simbólico de los TCA, por lo que se sugiere profundizar en esta área porque este hallazgo podría contribuir en la comprensión de los TCA de forma más compasiva.

A propósito de la vivencia TCA en solitario, el uso de Internet resultaría en un acompañamiento y abastecimiento indirecto e informativo que presentan estrategias para sostener el desorden alimenticio. Que la enfermedad sea percibida como oculta y silenciosa, sumado a los rasgos de personalidad que las entrevistadas describen de sí mismas – perfeccionistas y “mateas” -, resultaría en una ecuación propicia para sostener astutamente la sintomatología de la enfermedad lo que posibilitaría estados de vulnerabilidad frente a los estímulos del entorno social. No habría estudios que aborden la relación entre la vivencia en solitario, uso de Internet y rasgos de personalidad como una relación que sostenga las estrategias de los TCA, sin embargo, un estudio realizado por Restrepo y Castañeda (2020) indicaron que el uso de redes sociales y ciertas características de personalidad se asociarían a un medio para mejorar la apariencia física (p.167-168).

Pareciera coherente que el consumo del contenido de la Web se realice en silencio, a escondidas de las figuras parentales, con cierta atmósfera de prohibición, pues el tipo de contenido que suelen consumir en el ciberespacio se relaciona con otros que les advierten y asesoran cómo deben comer, qué comer, cuándo comer y cómo lucir, es decir, una especie de

autoridad que adoctrina sus pautas nutricionales y percepciones de la imagen corporal, bastante similar a las dinámicas aprendidas en el vínculo parento-filial.

Si bien se hallaron una serie de factores de riesgos que se solapan los unos con los otros, lo cual coincidiría con las investigaciones de Behar (2011), Cruzat et al. (2010), Letelier (2021) y Vogel et al. (2022), en estos estudios no se concluye que los factores de riesgo pueden funcionar como predisponentes, gatillantes y perpetuantes al mismo tiempo. En los resultados de este estudio se encontraron factores de riesgo que comparten las mismas funciones, por ejemplo, los estándares de belleza, el vínculo materno-filial, comentarios negativos a la apariencia física por parte de grupo familiar y de pares, y la cultura de la dieta.

Los desconocimientos asociados a los TCA no sólo representarían una dificultad para acceder al tratamiento en las participantes, sino también conduce a debatir y reflexionar que cada participante pertenece a un sistema recursivo mayor en donde la responsabilidad de la existencia de esta enfermedad no se adjudicaría sólo a la familia o a la persona misma, sino también a entidades profesionales y gubernamentales.

Como se mencionó al inicio de esta investigación, los TCA no se incluyen en las guías GES, ni tampoco en el Plan de Acción Salud Mental 2019-2025 del MINSAL. Asimismo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el mínimo de PIB que debería invertir un país en salud mental es del 6 %, no obstante, en Chile solo se invierte el 2.4 % (Briones, 2022). Por tanto, el desconocimiento y dificultad para acceder a tratamiento resultan en una perpetuación de la enfermedad, ya que no existe información clara sobre el protocolo asistencial, sumado a la gran variabilidad de precios de las consultas clínicas (Doctoralia, 2023).

A propósito de las entidades profesionales, un hallazgo importante refirió que las participantes significan a las psicoterapeutas como un apoyo fundamental en el proceso de recuperación, lo que coincide con el estudio de Cruzat et al. (2010) en donde concluyeron que

el proceso terapéutico es percibido como un facilitador de la cura (p.9). Esto problematiza que precisamente a partir del historial parento-filial y la alexitimia de las participantes, resultaría en cuestionar si es más relevante la técnica psicoterapéutica o el *rappport* que se genera en la terapia. Lo anterior conduce a criticar a las especialidades de nutrición y psiquiatría ya que fueron significadas muy distantes a nivel emocional, lo que advierte que es necesario que estas profesiones incluyan la escucha activa y psicología en sus tratamientos. Asimismo, se sugiere dar una mayor importancia, relevancia y significación a la psicología clínica, pues a raíz de los resultados se cree que el rol terapéutico entrega el escenario propicio para abordar la herida génesis de esta enfermedad: escuchar y poner palabras a lo incomprensible y doloroso.

A lo largo de esta discusión se han presentado aspectos que han ido construyendo la percepción que las participantes presentan sobre la multicausalidad de sus TCA. Las entrevistadas no identificaron específicamente la distinción entre los factores de riesgo porque se cree que existe un desconocimiento de los signos y síntomas de estos trastornos, distorsión en cuanto a lo que se comprende como saludable, una fuerte influencia sociocultural, normalización de las conductas típicas de los TCA, por lo que se concluye que los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores son percibidos como circunstancias que suceden simultáneamente en todas partes y al mismo tiempo.

En conclusión, se halló que la cosmovisión de los TCA es sentida como una entidad en forma de sufrimiento constante que escolta a quien lo porta, o bien, dispone del cuerpo; es descrito como un recurso masoquista y silencioso donde falta la palabra; por último, la enfermedad es explicada como una dolorosa travesía donde hay flancos por todos lados en forma de parentalidad, amistad y sociedad que le presentan continuamente al Monstruo TCA.

Se cree que habría escasa información epidemiológica porque tendría relación con el silencio de quienes portan la enfermedad, la desinformación y la normalización de las conductas TCA. Efectivamente es difícil pesquisar la prevalencia de los trastornos para crear acertados mecanismos de prevención, y esto explicaría también por qué no existen tratamientos estandarizados.

Es relevante abordar esta enfermedad desde la singularidad biopsicosocial del sujeto, donde se sugiere enfatizar en la historia, sentimientos y significados de la persona con TCA antes de reparar las conductas; se interpreta que el principal dolor de las participantes se relaciona con no disponer de escenarios de confianza para comunicar lo que sienten, pues aprendieron a gestionar sus emociones en solitario a través de la nutrición y la modificación de sus cuerpos.

Finalmente, se espera que este proyecto de investigación sea de utilidad para visibilizar el escaso apoyo del Estado en el afrontamiento y abordaje de la enfermedad, reflexionar tanto como profesionales y habitantes de esta sociedad que la construcción del TCA compete a todos(as) y, por último, que las personas que se desempeñan en el área de la psicología clínica continúen investigando y especializándose en el fenómeno de los TCA.

Referencias

- Álvarez, JM, Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I. & Serra Majem, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, M. (2017). Trastornos De La Conducta Alimentaria. Síntesis biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/psiquiatria/1082-5-01-1-018>
- Arnett, J. (2000). Edad adulta emergente: una teoría del desarrollo desde finales de la adolescencia hasta los años veinte. *Psicólogo estadounidense*, 55 (5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Aiquipa, J. (2020). Beneficios y perjuicios atribuidos a los trastornos de conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(3), 283-297. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2021.2.581>
- Araya, V., Alfaro, M., & Andonegui, M. (2007). CONSTRUCTIVISMO: ORIGENES Y PERSPECTIVAS. *Laurus*, 13(24),76-92. ISSN: 1315-883X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111485004>
- Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161-163.

- Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2;113-124.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n2/v2n2a7.pdf>
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Behar, R. & Cordella, M. (2022). Dificultades interpersonales en los trastornos alimentarios: Un modelo psiconeurobiológico explicativo/compreensivo. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(2), 195-205. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200195>
- Belloch, A., Bonifacio, S., & Francisco, R. (2008). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.U.
- Bohon, C. (2019). Binge eating disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.*; 28:549-555
- Briones, G. (2022). “Es una enfermedad, no una pataleta”: Presentan proyecto de prevención y tratamiento de Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Radio Juan Gómez Millas [JGM]*. <https://radiojgm.uchile.cl/es-una-enfermedad-no-una-pataleta-presentan-proyecto-de-prevencion-y-tratamiento-de-trastornos-de-conducta-alimentaria/>
- Brown, J. M., Selth, S., Stretton, A., & Simpson, S. (2016). Do dysfunctional coping modes mediate the relationship between perceived parenting style and disordered eating behaviours?. *Journal of Eating Disorders*, 4, 27. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0123>
- Cabrera, A., Hernández, O., Zizumbo, L., & Arriaga, E. (2019). Régimen alimentario y biopolítica: problematizando las dietas. *Revista mexicana de sociología*, 81(2), 417-441. ISSN: 0188-2503/19/08102-07

- Canicoba, M. (2020). Aplicaciones clínicas del ayuno intermitente. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3(2). <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n2.174>
- Castañeda-Quirama, T. (2022). Esquemas Maladaptativos Tempranos y su Incidencia en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15 (3), 1-14. <https://orcid.org/0000-0002-1132-4241>
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión [CIE-11] (2019). Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://icd.who.int/browse11>.
- Correa, M., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. (2021). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr*, 77(2):153-60.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M. y 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. *Psyche*, Vol. 19(1); 3-17.
- Cruzat, C., Gallegos, M. y Saravia, S. (2021). Capítulo 2: Epidemiología en Trastornos de la Conducta Alimentaria. En *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad*. Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- De la Villa Ramírez, A. (2022). Realfooding, dietas, ayuno intermitente y otros hábitos alimenticios y su relación con la imagen corporal. Estudio sobre la influencia de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. [MÁSTER DE PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA] Universidad Europea Madrid. <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2347/RAMIREZ%20SANCHEZ%20Ana%20De%20La%20Villa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=%2D%20Las%20personas%20que%20realizan%20el,riesgo%20de%20padecer%20un%20TCA.>

De Paoli, T.; Fuller-Tyszkiewicz, M., & Krug, I. (2017). Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity.

Clinical Psychology & Psychotherapy. doi:10.1002/cpp.2092

Doctoralia. (2023) Interfaz consultas clínicas y médicas. *Doctoralia*

<https://www.doctoralia.cl/>

Gándara, L. (2022). Trastornos de la conducta alimentaria: influencia de la sociedad y rol de enfermería. [Trabajo de Fin de Grado de Enfermería] Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria.

https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25017/2022_G%C3%A1ndaraL.pdf?sequence=1

Gómez-Candela, C., Palma, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V. & Castro, M. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(1), 49-97.

Gómez, D., López, C., Raimann, X. y Cruzat, C. (Eds.) (2021). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad*. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. [SONEPSYN]. Chile: Editorial Iku.

Escursell, R. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.

Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D., & Jauregui, P. (2019). The Mediator Role of Early Maladaptive Schemas Between Childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 763–784. <https://doi.org/10.1177/0886260516645815>

Figueroa, A., Espinoza, S., Torres, N., & Vera, K. (2023). Representaciones de estándares de belleza en profesionales sanitarias que atienden mujeres chilenas diagnosticadas con

- Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 12(1), 25-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/trastornos/mta-2022/mta221c.pdf>
- Fisher, C., Skocic, S., Rutherford K. & Hetrick S. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD004780. DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub4.
- Frank, G., Shott, M. y DeGuzmán, M. (2019). The Neurobiology of Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(4). DOI 10.1016/j.chc.2019.05.007
- Frank, G., Shott, M., Stoddard, J., Swindle, S. y Pryor, T. (2021). Las conductas de los trastornos alimentarios alteran la respuesta de recompensa cerebral, lo que favorece su progreso. *JAMA Psychiatry*, 78(10); 1123-1133.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1580
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigación of Mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925.
- Friborg, O., Martinussen, M. Kaiser, S., Øvergård, K., Martinsen, E., Schmierer, P. & Rosenvinge, J. (2014). Personality Disorders in Eating Disorder Not Otherwise Specified and Binge Eating Disorder: A Meta-analysis of Comorbidity Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(2):p.119-125. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000080
- Fuentes, J., Herrero-Martín, G., Montes-Martínez, I. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of negative & no positive results*, 5(10): 1221-1244.

- Gabalda, I. (2011) Capítulo 2: “La Evaluación de Tipo Racionalista”. En *Hacia una Práctica Eficaz de las Psicoterapias Cognitivas. Modelos y Técnicas principales*. España: Editorial Desclée De Brouwer.
- Gaete, V., & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&script=sci_arttext
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. & Tavolacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*, 109:1402-13. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342
- Gandarillas-Grande, A. y Febrel, C. (2002). Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid.
- Hernández, H., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Capítulo 13: Muestreo de la investigación cualitativa. En Interamericana Editores (Ed.), *Metodología de la Investigación*, (5ª ed.). México: McGraw Hill.
- Hernández, H., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*, (6ª ed.). México: McGraw Hill.
- Hoek, H. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6):p336-339.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Hovrud, L., Simons, R., & Simons, J. (2020). Cognitive Schemas and Eating Disorder Risk: the Role of Distress Tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(1), 54–66. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00055-5>
- Jáuregui, I., Fernández, M. y Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*. Volume 41, Issue 4, 201-206, ISSN 0212-6567, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.002>.

Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Kimball, H., Fuller-tyszkiewicz, M., Paoli, T. De, Mckinlay, A., & Krug, I. (2020). Testing a new interpersonal model of disordered eating between Australian and East-Asian women: The relationships between theory of mind , maladaptive schemas , and appearance-based rejection sensitivity. *Psychiatry Research*, 275, 1–9.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.065>

Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 43(1):1-5. doi: 10.1002/eat.20751. PMID: 19728372.

Lema, R. (2022). Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 5(3): 47-57.

<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/384/602>

Letelier, M. (2021). Predictores de Severidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria en Población Clínica Adulta. [Tesis para acceder al grado académico de Magíster en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología]

<https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/63213/Informe%20Entrega%20Tesis%20Final%202.0-Mat%C3%ADas%20Letelier%20V.pdf>

Lindvall, D. y Wisting, L. & Rø, Ø. (2017) Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5:56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>

- Mateos, E., Ruiz, P. y Moreno de Lara, F. (2021). Relación madre-hija en los trastornos de la conducta alimentaria, una visión desde el psicoanálisis. XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. INTERPSIQUIS.
<http://psiqu.com/1-10793>
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M. & Allison, K. (2018). Disordered eating and obesity: Associations between binge eating- disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*;1411(1):96-105
- Meierer K., Hudon, A., Sznajder M., Leduc, M., Taddeo, D., Jamouille, O., Frappier, J. & Stheneur, C. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: Evolution of weight history and impact of excess premorbid weight. *Eur J Pediatr*; 178(2):213-219 DOI
10.1007/s00431-018-3275-y
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Busetto, P., Tenconi, E., & Favaro, A. (2020). The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 318–331.
<https://doi.org/10.1002/erv.2724>
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2021). Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025.pdf>
- Minuchin, S., Rosman, B.L., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. London. Harvard University Press.
- Navarro, M. y Vázquez, T. (2020). El consumo audiovisual de la Generación Z. El predominio del vídeo online sobre la televisión tradicional. *Ámbitos: Revista Internacional de Comunicación*, 51, pp. 10-30. doi: 10.12795/Ambitos.2020.i50.02
- Názaro, A., Crozzoli, F., y Álvarez-Nobell, A. (2019). Comunicación política digital en Instagram: los casos de Cristina Fernández de Kirchner y Mauricio Macri en Argentina.

Revista Internacional de Relaciones Públicas, 9(18), 5-28. doi: 10.5783/RIRP-18-2019-02-05-28

Ojeda-Martín, Á., López-Morales, M., Jáuregui-Lobera, I. & Herrero-Martín, G. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(10), 1289-1307. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4322>

Pamies-Aubalat, L., Marcos, Y. y Castaño, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes [Study of risk of eating disorders in a representative sample of adolescents]. *Medicina Clínica (Barc)*;136(4):139-43. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2010.05.023. PMID: 21056434.

Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K., Santens, E., Peuskens, H., & Claes, L. (2018). Early maladaptive schemas: Similarities and differences between female patients with eating versus substance use disorders. *European Eating Disorders Review*, 26(5), 422–430. <https://doi.org/10.1002/erv.2610>

Penner, M. y González, N. (2020). Estado nutricional, hábitos de alimentación y de estilo de vida en vegetarianos de Asunción y Gran Asunción, Paraguay. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(5), 782-791. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182020000500782>

Portela de Santana, M., Da Costa, H., Mora, M. & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.

Proyecto de Ley 15083-11 (2022). Ley de prevención, atención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. 03 de junio de 2022. Legislatura 370.

<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=15300&prmTIPO=INICIATIVA>

Restrepo, J. & Castañeda, T. (2020). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>

Rivas, G. (2017). Los rasgos de personalidad y su influencia en los trastornos de la conducta alimentaria en los/las adolescentes de Bachillerato de 16 a 17 años del Colegio de Bachillerato Beatriz Cueva de Ayora [Tesis Doctoral] Repositorio Digital Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18141>

Rojo-Moreno, L., Iranzo-Tatay, C. Gimeno-Clemente, N. Berberá-Fons, M., Rojo-Bofill, L y Livianos-Aldana, L. (2017). Influencias genéticas y ambientales en rasgos psicológicos y actitudes alimentarias en una población escolar española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(3):194-142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.05.003>

Rueda, J. (2004). Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión corporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIII(1), 9-20.

Ruíz, A, Vázquez, R, Mancilla, J, Viladrich, S., & Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es&tlng=es.

Sánchez, J. y Loyola, J. (2021). Análisis bibliométrico de las generaciones etarias. *Revista gestión de las personas y tecnología*, 14(42), 43-67.
<https://dx.doi.org/10.35588/gpt.v15i42.5282>

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1988) *I Giochi Psicotici nella Famiglia* (en castellano: Los juegos psicóticos en la familia). Barcelona: Paidós.

Strauss, A., & Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Toledo, V. (2020). Generación Z, el fin del mundo tal y como lo conocemos. [Trabajo Fin de Máster]. Máster Universitario en Matrimonio y Familia: Instituto de ciencias para la familia. Universidad de Navarra.

https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/59091/1/2019_2020%20TOLEDO%20VITA%2C%20Victoria.pdf

Torija, M. , Pérez, J., Vallecillo, M., & Alija, M. (2022). Alimentación y nutrición de las mujeres: adaptación a las distintas etapas del ciclo vital. *Nutrición Clínica Médica*, Vol. XVI(1): 1-15. DOI: 10.7400/NCM.2022.16.1.5105

<https://nutricionclinicaenmedicina.com/wp-content/uploads/2022/05/vXVIn1.pdf>

Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Rev Chil Nutr.*;38(2):128-35.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.), Ameigeiras, A.R.; Chernobilsky, L.B.; Giménez Béliveau, V.; Gialdino, M. R.; Mallimaci, F; Mendizábal, N.; Suarez, A. L. (2019). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Volumen II. Barcelona: Gedisa.

Vogel, M., Urrejola, P., Gumucio, M., Unger, C., Figueroa, D., Negrón, P. y Iribarra, V. (2022). Manual para el Manejo Intrahospitalario de los Trastornos Alimentarios. Unidad de Trastornos Alimentarios (UTAL), Departamento de Psiquiatría UC, Red de Salud UC Christus. Recuperado de shorturl.at/inpJ9

White, J., Hepworth, G., Alvarado, J., Lemmon, C. & Brijnath, B. (2021). Managing workplace change: Intergenerational perspectives from Victorian public hospital nurses. *Collegian*, 28(2), 178-183. DOI: 10.1016/j.colegn.2020.06.006

Zapata D, Granfeldt G, Muñoz S, Celis M, Vicente B, Sáez K, Peterman F, Gaete D, Leonario M, Mosso M. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales. *Arch Latinoam Nutr.*, 68(3):217-23.

Zhu, H., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y., & Wu, S. (2016). Life Event Stress and Binge Eating Among Adolescents: The Roles of Early Maladaptive Schemas and Impulsivity. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 32(4), 395–401. <https://doi.org/10.1002/smi.2634>

Anexos

I. Objetivos específicos y preguntas directrices

Objetivos específicos	Preguntas directrices	Temas	Preguntas entrevista
Explorar los sentimientos, creencias y vivencias de adultos emergentes respecto a un diagnóstico de un TCA	¿Cómo significan la sintomatología/conducta TCA?	Diagnóstico TCA	¿Cómo reaccionó usted al recibir el diagnóstico?
	¿Cómo se percibe el diagnóstico recibido?	Sintomatología y conducta TCA	¿Qué conductas la llevaron a usted a desarrollar TCA? ¿Cómo se dio cuenta usted que estaba manifestando la sintomatología (o el trastorno) TCA y qué pensó al respecto?
Comprender los significados y justificaciones que adultos emergentes otorgan a vivir con un TCA	¿Cómo explican los adultos emergentes la construcción de la sintomatología y/o trastorno alimentario?	Explicaciones respecto a los factores de riesgos	Según usted, ¿Qué evento o situación específica hizo que la sintomatología o conducta se desencadenara? (alguna pelea, estrés escolar, comentarios de cercanos, etc.).
	¿Cómo entiende la mantención de la sintomatología TCA?	Cronicidad del TCA	¿Se encuentra usted con sintomatología de TCA en este momento? Si su respuesta es "sí" ¿Cuál es la sintomatología que usted presentaría actualmente?
	¿Cuál es el impacto vincular para la construcción de la sintomatología/trastorno TCA?	Patrones vinculares	¿Cómo ha sido la relación entre sus cercanos y grupo de pares en relación al diagnóstico antes, durante y después?
Conocer los factores predisponentes desencadenante y mantenedores de la sintomatología tCA	¿Cómo significan los adultos emergentes el TCA?	Concepto de TCA	¿Qué entiende usted por un trastorno de la conducta alimentaria?
	¿Cómo explican los adultos emergentes la sintomatología y/o el trastorno alimentario?	Apreciaciones sobre el TCA	¿Qué sabe/conoce sobre la sintomatología TCA?
	¿Qué sabe/conoce el adulto emergente sobre los TCA?	Explicaciones inductivas respecto al TCA	¿Qué significado tiene para usted padecer un TCA? ¿Cuál(es) cree usted que pudo haber sido la causa de su trastorno alimentario?

BUSCAMOS PARTICIPANTES

PERSONAS ENTRE 18 Y 34 AÑOS
PARA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA (TCA)

REQUISITOS:

- Haber sido diagnosticado(a) de algún subtipo de TCA (Anorexia, Bulimia, Atracón, Pica, etc.)
- Vivir en la provincia de Santiago, Chile

¿DE QUÉ SE TRATA?

- La investigación pretende conocer la cosmovisión sobre el trastorno de quienes lo padecen

ENTREVISTA ONLINE

- La participación será a través de un encuentro online por Meet. La entrevista apuntará a conocer tu experiencia y opinión respecto al TCA

Si deseas formar parte de esta investigación
y cumples con los requisitos,
comunicate con nosotros(as)
al correo nicole.aranis@gmail.com
o al Whatsapp +569 977 92 360



Escuela de
Psicología

UNIACC



III. Organización parcial de recolección de datos en base al objetivo general y objetivos específicos

RESUMEN ENTREVISTADOS EN BASE A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS									
Entrevistadas(o)									
	CC	AB	RM	FC	GM	AB	EP	DV	
EDAD	20	22	24	18	23	21	23	20	
DIAGNÓSTICO	TPA y ansiedad	TCA mixto restrictivo-purgativo	Anorexia y bulimia	TCANP	Anorexia	TPA y dismorfia corporal	Anorexia, Bulimia y TPA	TPA y BN	
COMORBILIDAD	Epilepsia	TAG y TDAH	Bipolaridad	Depresión	TAG	No	TDAH	No	
TRATAMIENTO	SI	SI	SI	No	No	SI	SI	SI	
REMISIÓN	Parcial	Total	No	SI	Parcial	Parcial	Parcial	No	
¿Qué empujó por un trastorno de la conducta alimentaria?	Un trastorno que debe darse a conocer	Relación no saludable con la comida	Una anomalía, relación poco sana con los patrones de comida	Dejar de comer o comer más dependiendo del estado en el que se encuentre... emocional psicológico	El TCA es la imagen corporal dismórfica	Una dificultad en el proceso natural de alimentarse	Desorganización de la alimentación	Son problemas internos no comunes respecto a la alimentación	
¿Qué sabe/conoce sobre la sintomatología TCA?	Son muchas vomitar, dejar de comer, medirse, etc.	Son muchas vomitar, dejar de comer, medirse, etc.	Dejar de comer y vomitar	Cambios en la alimentación de acuerdo al estado psicológico		Pensamientos intrusivos desagastantes en torno a la alimentación		Son muchas vomitar, dejar de comer, medirse, etc.	
¿Qué significado tiene para usted padecer un TCA?	Dirección mental	Fracaso	Satisfacción y logro	Decepción	Logro	Fracaso	Prisión, amarrada a mis pensamientos	Restricción y compromiso con la enfermedad	
¿Cuál(es) cree usted que pudo haber sido la causa de su trastorno alimentario?	Bullying, los estándares de belleza, modelos KPOP	Bullying, estándares de belleza, comentarios que realiza la gente sobre el cuerpo de las personas, blog Asia y Ma	Bullying, presión social, cambios adolescentes, estándares de belleza	Adolescencia, redes sociales	Comentarios restrictivos alimentarios de la madre hacia ella, lecturas sobre ansiedad y bulimia	Comentarios positivos sobre su delgadez, publicidad depravada en redes sociales, recomendaciones nutricionales en Instagram	Estándares de belleza social en su estrato socioeconómico, blog ana y ma	Bullying, modelos de blog, la cultura de la dieta de su madre	
¿Cómo reaccionó usted al recibir el diagnóstico?	[Ya sospechaba] Alivio.	[Ya sospechaba] Alivio, tristeza.	[Ya sospechaba] Estoy porque iba a tener que lidiar con la familia	[Ya sospechaba] Decepcionada por caer en una enfermedad donde ella había ayudado a otros	[Ya sospechaba] Negación, manipulación	[Ya sospechaba] Sorpresa y dificultad en reconocer el diagnóstico	Esta equivocada (la psicóloga tal vez me explicó mal)	[Ya sospechaba] Me dio porque le iba a decir que tenía que subir de peso.	
¿Qué conductas le llevaron a desarrollar TCA?	Vida saludable, ordenar las comidas a partir de macro-nutrientes, ejercicio deporte	Salirse comidas, hacer mucha TPA (deporte)	Aislamiento social, evitar lugares donde se comía, dieta, deporte	Salirse comidas ejercicios	Restricción de alimentos, dietas estrictas, trastes	Adquiere un hábito de restricción de alimentos en el hospital	Dieta y ejercicios ("yo tenía todo controlado")	La cultura de la dieta de su madre	
¿Cómo se dio cuenta usted que estaba manifestando la sintomatología (o el trastorno) TCA y qué pensó al respecto?	Ya había leído sobre los TCA y dio cuenta que estaba teniendo conductas de ortorexia al ordenar los macronutrientes // Que es muy controladora y no podía evitarlo	Muchas horas sin comer, rutina para vomitar // Ocultamiento y vergüenza	Miedo, fatiga, la idea de comer y vomitar // Ocultamiento, secretismo	La necesidad de hacer ejercicios constantemente para eliminar lo que comía vergüenza	No se dio cuenta	Se salta las comidas, se veía el doble de gorda que sus compañeras de baile en el espejo, la comida desaparecía rápidamente, empezaba a mover a compañeros de la U para comer y pedir platos raciones // Fracaso, ocultamiento, vergüenza, inmovilidad a la Estación	No lo sabía, la psicóloga se lo señala // En desacuerdo	Una atracción específica y pura // Ocultamiento	
Según usted, ¿Qué evento o situación específica hizo que la sintomatología o conducta se desarrollara? (alguna palabra, estrés, etc.). ¿Comentarios de cercanos, etc.).	Comentario de compañera, "antes más flaca".	Comentario de la abuela, "tienes piernas de caballo".	Berlas sobre su sobrepeso	Comentarios de sus compañeras de curso "tienes caderas anchas pero no cintura" y de la familia de su pareja "te quedan apretados los pantalones"		Comentarios positivos sobre su delgadez por parte de alta TCA: "Te ves super bien"	Para ella no fue un gallinazo	Comentarios (as) le decían "¡bárrate! por su obesidad."	
¿Se encuentra usted con monoteísmo? Si su respuesta es "sí" ¿Cuál es la sintomatología que usted presentaría actualmente?	No, aunque lo pienso	No, aunque lo pienso	Si, ataques y purga	No, aunque lo pienso	Si, ataques	Si, ataques	Si, ataques	Si, ataques y purga	
¿Cómo ha sido la relación entre sus cercanos y grupo de pares en relación al diagnóstico antes, durante y después?	Buena // Negación de propósitos ante el diagnóstico // Desconfianza de la familia	Buena // Negación de propósitos ante el diagnóstico // Desconfianza de la familia	Mala // Negación de propósitos ante el diagnóstico // Desconfianza de la familia	Buena de parte de la madre y sus amigas	Mala, solo buena de parte de su pareja	Ambigua con amigos // Desconfianza de la familia	Bien, pero la madre la vigila en la comida para que no coma tanto, su pareja es un apoyo y sus amigos	Ambigua con amigos // Desconfianza de la familia	