



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**Sesgos de Género en el tratamiento de
Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

Análisis cualitativo

**Gender biases in the treatment of eating
disorders. Qualitative analysis**

Autora

Natalia Fresneda González

Director

Ángel Gasch Gallén

Facultad de Ciencias de la Salud

Año: 2022-2023

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las participantes que me han confiado sus vivencias personales, me han dedicado su tiempo y me han permitido aportar una perspectiva tan necesaria a este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	9
4. DESARROLLO	10
4.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO	10
4.1.1 <i>Modelo Biomédico / Nutricional.....</i>	<i>10</i>
4.1.2 <i>Modelo Prevencionista: Influencia de la cultura de la delgadez .</i>	<i>13</i>
4.1.3 <i>TCA como mecanismo de regulación emocional.....</i>	<i>17</i>
4.1.4 <i>Relación con el/la profesional sanitario</i>	<i>18</i>
4.1.5 <i>Figura de la enfermería en el tratamiento de TCA.....</i>	<i>21</i>
4.1.6 <i>Perspectiva de género en el abordaje de TCA</i>	<i>22</i>
4.1.7 <i>Otras categorías emergentes del discurso</i>	<i>23</i>
4.2 DISCUSIÓN	27
4.2.1 <i>Discurso Nutricional/biomédico.....</i>	<i>27</i>
4.2.2 <i>Discurso prevencionista.....</i>	<i>28</i>
4.2.3 <i>Abordaje enfermero en TCA</i>	<i>29</i>
4.2.4 <i>Limitaciones del trabajo.....</i>	<i>30</i>
5. CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS.....	35

RESUMEN

Introducción: Durante los últimos años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su alta morbi-mortalidad y por la dificultad metodológica para la estimación de su incidencia y prevalencia. Este despunte de casos se intensifica si las pacientes son mujeres. Esto, sumado al relativo éxito terapéutico de estos trastornos y unas altas tasas de cronificación, deja patente la necesidad de hacer una valoración de factores socioculturales, especialmente sesgos de género, que intervengan en el tratamiento de los TCA.

El estudio mediante el relato de los procesos asistenciales de individuos concretos permite analizar su valoración subjetiva de dicho proceso de salud y enfermedad, así como dar una mejor comprensión y abordaje de estas aflicciones.

Objetivo principal: Identificar elementos comunes y divergentes entre el discurso biomédico y el relato de las mujeres diagnosticadas en el tratamiento de TCA con el fin de identificar distorsiones culturales y sesgos de género en el mismo.

Metodología empleada: Se lleva a cabo una revisión de las principales líneas de tratamiento de los TCA y se realiza un análisis cualitativo mediante 6 entrevistas semiestructuradas a mujeres diagnosticadas con un TCA. Posteriormente, se transcriben, codifican y analizan las entrevistas.

Conclusión: El relato de las entrevistadas expone la necesidad de abordar los TCA desde una perspectiva de género que desarme los sesgos socioculturales y que acerque el discurso biomédico al de las pacientes.

Palabras Clave: "Trastornos de la Conducta Alimentaria", "Género", "Relación Terapéutica"

ABSTRACT

Introduction: Recently, Eating Disorders have gained great social relevance due to their severe mortality and sickness rate and due to its methodological difficulties in the calculation of its real prevalence and incidence - increasing the number of cases when patients are women-.

In addition, therapeutic success and high risk of evolving into a chronic stage have demonstrated the necessity to make a clear valoration of the sociocultural determinant factors in the therapy of eating disorders.

The analysis through the personal and subjective experience of this therapeutic process of the health and illness may contribute to a fuller understanding and a comprehensive approach of these afflictions.

Main Objective: The main objective of this project is to identify the common and diverging aspects between the biomedical discourse and the story of women diagnosed with an eating disorder in order to assess cultural distortions and gender biases.

Methods: We conducted a literary review of the main forms of treatment for eating disorders and we undertook a qualitative analysis through 6 interviews with women diagnosed with an eating disorder. Later we transcribed, coded and analysed the interviews.

Conclusions: The story of the women interviewed exposes the need for a feminist approach which includes a gender perspective that dismantles sociocultural biases in the treatment of eating disorders. And that narrows the gap between medical discourse and the experience of the patients.

Keywords: "Eating disorders", "Gender biases", "therapeutic relationship"

1. INTRODUCCIÓN

Los TCA se caracterizan por la existencia de patrones alimentarios disfuncionales que incluyen conductas como la ingesta restringida, atracones, realización excesiva de ejercicio, vómitos y uso de laxantes; que se asocian a diversas comorbilidades psicológicas y psiquiátricas y a alteraciones en el comportamiento psicosocial. Por tanto, tienen una significativa influencia en la funcionalidad y la calidad de vida. (1)

Se describen distintas presentaciones clínicas de un TCA en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (2), cuya última clasificación se publicó con la denominación "DSM – 5" (3). Se definen tres TCA típicos: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA); y se proporcionan criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Además, se describen otras formas atípicas de TCA caracterizados por un cuadro clínico que cursa con malestar psicológico y deterioro de la vida social, pero sin cumplir todos los criterios diagnósticos de los TCA típicos. Estos serían: AN, BN y TA atípicos, Purgas y Síndrome de Alimentación Nocturna. Finalmente, se describe una categoría residual, calificada como TCA "no especificados" (TCANE) que abarca los trastornos no incluidos en el resto de categorías. (2,3)

Durante los últimos años, los TCA han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su alta morbi-mortalidad y por la dificultad metodológica para la estimación de su prevalencia real (1,4). Los estudios de prevalencia indican amplias diferencias en función del grupo de edad y el género, siendo muy superior en mujeres jóvenes (AN: 0,1-2 %; BN: 0,37-2,98 %; TA: 0,62-4,45 %) (2).

Esto, sumado al bajo éxito terapéutico de estos trastornos y unas altas tasas de cronificación (el 47 % de individuos tratados de AN se recupera, el 34 % mejora, el 21 % se cronifica y el 5 % fallece) (5) evidencian la necesidad de revisar el abordaje de los TCA y hacer una valoración de la influencia de los factores socioculturales, incidiendo en posibles sesgos de género. (5, 6)

Para analizar el discurso médico se utiliza la división realizada por M. Eugenia Gil García¹, que diferencia dos discursos en el tratamiento de TCA: el discurso nutricionista (DN) y el discurso preventivista (DP). (7)

El DN se centra en comportamientos alimentarios alterados que provocan una importante pérdida de peso. El interés terapéutico reside en recuperar el peso y restablecer unos hábitos alimentarios supuestamente alterados. (7) Respecto a este discurso, se señala una incongruencia entre las principales causas señaladas como determinantes y las medidas adoptadas y una rápida medicalización.

Por otro lado, el DP incide en determinar una “población de riesgo” para prevenir la enfermedad. Se centra en mujeres jóvenes “influenciadas por la moda” que tienen un deseo de delgadez que les lleva a conductas restrictivas o purgativas en la alimentación. (7) Respecto a este discurso, se contraponen los estudios que señalan la necesidad de considerar el desarrollo de TCA en pacientes adultos de edad avanzada y el infradiagnóstico relacionado con la vergüenza y el miedo a la estigmatización, especialmente pacientes que no encajen en el perfil de “población de riesgo”. (8)

Además, en disenso con este modelo, se señala la importancia de identificar las diversas intenciones tras las prácticas de ayuno, atracón, vómito o purga, que no siempre se centran en el deseo de ser o permanecer delgada (6).

Carme Valls Llobet² sostiene que las pacientes con TCA puntúan en las escalas de estereotipos de feminidad con los ítems más altos, abriendo así el debate de la influencia de la presión cultural sobre el ideal de mujer y la influencia del género (9, 10). Por tanto, sin profundizar en el debate del sexo como una categoría natural, se puede definir género como un constructo social

¹ M. Eugenia Gil García es diplomada en Enfermería especializada en Pediatría, licenciada en Ciencias Políticas y Sociología y Profesora Colaboradora de la Universidad de Jaén además de Investigadora adscrita al Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada.

² Carme Valls Llobet es una médica española, especializada en endocrinología y medicina con perspectiva de género, su reivindicación más importante es la inclusión de las diferencias entre hombres y mujeres en el diseño y análisis de estudios sobre patologías y tratamientos. Dirige el programa “Mujer, Salud y Calidad de Vida” en el Centro de Análisis y Programas Sanitarios.

adquirido que recoge la interpretación cultural, simbólica e histórica que la sociedad le atribuye a la diferencia sexual (roles, identidad y expresión de género). (11) Deconstruir los sesgos androcéntricos del discurso científico, incluyendo el discurso biomédico, permite enriquecer y mejorar dicho conocimiento. (12)

Por todo ello, resulta necesario un cambio en el abordaje de estos procesos que mejore la atención y cuidado profesional. Convendría, en primer lugar, conocer y señalar las brechas entre el discurso dominante derivado del modelo biomédico, con posibles sesgos y limitaciones de género, con las experiencias reales de las personas que viven estos procesos. (13, 14)

Diferentes líneas de trabajo en ciencias de la salud, concretamente en enfermería, destacan la importancia de centrarse en las narrativas de las personas, en cómo dan sentido a su proceso y en cómo los y las profesionales de salud hemos de ser capaces de adaptar nuestras recomendaciones a las propias experiencias de las personas a las que cuidamos. (15, 16)

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Conocer las percepciones de mujeres que han vivido un TCA sobre el proceso personal-clínico, experiencias y significado, desde un enfoque crítico con perspectiva de género.

Objetivos específicos:

2. Describir las vivencias y el discurso de las mujeres diagnosticadas en el tratamiento de TCA.
3. Identificar elementos comunes y divergentes entre el discurso biomédico y el discurso de las mujeres diagnosticadas en el tratamiento de TCA.

3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

La primera parte del trabajo consiste en una actualización bibliográfica a través de una búsqueda de artículos científicos en las principales bases de datos: "Pubmed", "Cuiden", "Elsevier" y "Google Académico". Se revisaron algunas páginas web y revistas electrónicas como "Scielo" o "ScienceDirect". La revisión se completó con referencias de los artículos seleccionados que fueran relevantes para el desarrollo del trabajo.

Además, se revisaron guías clínicas, materiales educativos y guías de consenso de grupos de expertos sobre TCA, existentes.

El objetivo de esta búsqueda fue revisar los conocimientos que componen el principal eje de actuación en el tratamiento de TCA para poder establecer similitudes y diferencias con las experiencias personales de pacientes como una vía de comprensión integral de este trastorno.

La segunda parte del trabajo consistió en la recogida de datos de fuentes primarias a través de entrevistas semi estructuradas a una muestra no aleatoria de 6 participantes. (Anexo 1)

Para la selección de participantes se aplicaron una serie de criterios de inclusión y de exclusión. Se incluyó a mujeres diagnosticadas de un TCA que hubieran estado en un tratamiento terapéutico especializado tanto en el ámbito sanitario público como privado. Se excluyó a personas menores de edad.

El procedimiento para reclutar a las participantes se realizó a través de la Unidad de TCA del Hospital Provincial de Zaragoza mediante una carta de solicitud de participación (Anexo 2). En todas las entrevistas, se registró la información en forma de grabación de audio con el consentimiento de las participantes (Anexo 3) para su posterior transcripción, facilitando un mejor análisis del discurso.

Para dicho análisis, se crearon categorías de estudio a partir de los temas emergentes en las entrevistas y las cuestiones relevantes para el trabajo. Se codificaron y revisaron las entrevistas siguiendo un proceso inductivo, con la pretensión de analizar la naturaleza de las narrativas en relación a los dos discursos médicos imperantes en torno a los TCA: el DN y el DP. Es decir, se pretende valorar si estas narrativas son originales e individuales de cada mujer o si comparten similitudes o significados, repetidos o aprendidos, derivados tanto de su tratamiento terapéutico, como del entendimiento social de su problemática.

Al ser un estudio con entrevistas que recogen datos personales, se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) (Identificador: PI22-564 / Acta Nº 02/2023) (Anexo 4). Para ello, se solicitó en primera instancia la autorización del tratamiento de datos personales por parte del Gerente de Unizar (Anexo 5). Además, se redactó previamente el guion que iban a seguir las entrevistas semiestructuradas (Anexo 1).

4. DESARROLLO

4.1 Resultados del estudio cualitativo

En este apartado se pretende exponer un análisis del contenido del discurso obtenido a partir de las seis entrevistas. Para ello, la información ha sido sistematizada, analizada y dividida en diferentes bloques de interés para el análisis del discurso.

4.1.1 Modelo Biomédico / Nutricional

En este primer bloque se analiza el abordaje desde un DN centrado en las pautas nutricionales y cuyo principal objetivo es la recuperación del normopeso. Algunas de las entrevistadas manifestaron disconformidad con el tratamiento cuyo objetivo esté centrado en el peso. Aunque sí que sostienen que es efectivo en el momento más crítico del proceso, afirman que no es una solución a medio-largo plazo (Tabla 1).

Tabla 1. Percepciones sobre Educación Nutricional

E.1: "Aprender a comer o pautas, el hecho de comer en el hospital, yo aprendí muchísimo aunque entiendo que no es para todo el mundo"
E.2: "Las pautas nutricionales te las dan pero te las sabes de "memorieta" desde hace tiempo y si no las aplicas es porque no quieres por así decirlo. Igual en ese momento no te apetecen o no puedes. Más en el punto emocional, que se achaque todo lo emocional a la comida. Creo que sería ahí el punto a trabajar"
E.4: "Osea, como que, yo creo que el ingreso sí que te sirve cuando estás en un momento como muy chungo, un infrapeso muy severo y movidas así porque, vale, te ayudan a salir de ahí. Pero luego el resto del tratamiento creo que muchas veces ha sido más traumático tanto de controlarlo mucho porque va mucho por medidas entonces como que tú te agarras mucho a eso. Y yo creo que me agarraba a eso para no acabar de recuperarme. [...] Y es que claro el tratamiento estaba... Sobre todo en la recuperación de anorexia nerviosa, estaba como super centrado en el peso. Y eso es como una barbaridad"
E.5: "Como vieron que yo ya había engordado dijeron "Perfecto, cada mes o cada dos meses vienes aquí, te vemos y te vas". [...] Entonces mis sesiones con la enfermera era con el plato de comida dibujado y diciéndome que tenía que comer cada día. Y yo decía "es que así no me estás solucionando nada""
E.6: "No es que no coma porque no quiero, es que no puedo. Es que tengo una enfermedad que me impide comer" [...] "Luego los objetivos los tienes que ir dejando porque las personas con un TCA somos muy obsesivas y ya tienes en la cabeza las calorías, los objetivos..." [...] "El hecho de que nos pesaran todas las mañanas. No nos decían lo que pesábamos, pero nos pesaban. Entonces sí que ponían "peso en el peso". Estaban dando importancia a algo que en teoría no la tenía. Y la amenaza estaba en que si adelgazas, no sales el fin de semana"

Como se observa en la Tabla 2, respecto a la medicación hubo un consenso entre varias entrevistadas en el sentimiento de que en ocasiones se daban situaciones de “sobremedicación” y la falta de autonomía y acuerdo respecto a la decisión en la prescripción y toma de los psicofármacos.

Sin embargo, otras de las entrevistadas defienden la importancia de la medicación como herramienta complementaria al resto del tratamiento y que su uso en ocasiones está bajo un sesgo sociocultural negativo.

Tabla 2. Opiniones sobre la medicación

E.1: “Si que la parte de la medicación he salido muy enfadada, muy muy enfadada” “Osea yo creo que he estado super sobremedicada en muchas ocasiones”
E.2: “jolín, ¿Por qué se fomenta el uso de antidepresivos en vez de otras terapias? Que hay mil opciones, yo no quiero depender de unos antidepresivos para encontrarme bien.”
E.3: “Como llevo tantos años, he tomado de todo. Y yo les decía, “¿En realidad la solución de esto es ir así?. Porque si la solución es ir drogada no quiero.”. Porque es verdad, iba tonta perdida todo el día. Hasta que acertaron. [...]La medicación ahora por fin me está ayudando. Antes tomaba la fluoxetina desayuno, comida y cena. No dormía por la noche, empezaba a tener muchos nervios por la noche.”
E.4: “También como al principio como que me recetaron no sé qué medicaciones por la cara. Porque yo no sé qué eran si antidepresivos o ansiolíticos... pero mi diagnóstico era anorexia y yo no entendía qué hacía y por qué me recetaba esa mierda.”
E.5: “Estaba como los abuelos, empastillada hasta arriba, tómate estas pastillas... Esas eran las pautas. [...] esos medicamentos son adictivos. 100% son adictivos. Entonces, antes de recetarlos, porque era exagerado como me lo estaba recetado. Era como si me estuviera dando caramelos.”

E.6: “Yo ya he aprendido que tomo medicación en determinados medicamentos cuando los necesito porque tengo las herramientas para pedir ayuda. [...] No lo veo mal. Igual que si tienes diabetes, te pinchas insulina. [...] Lo que veo mal es que se ponga la medicación antes de que haya a la vez un tratamiento psicológico. Porque entonces lo único que estás haciendo es taparlo y puede que sea incluso peor. [...] Igual que el psicólogo ya está aceptado, que vayas al psiquiatra y tomes medicación aún no está aceptado socialmente. El sesgo está.”

4.1.2 Modelo Prevencionista: Influencia de la cultura de la delgadez

Ante las preguntas relacionadas con las causas de sus trastornos, se recogen en la Tabla 3 algunos ejes compartidos de interpretación. Las entrevistadas comparten ciertos rasgos de personalidad que describen como determinantes.

Tabla 3. Rasgos de personalidad

E.1: “También diría que soy muy perfeccionista aunque cada vez menos, o cada vez acojo más mis fallos y mis frustraciones. He sido una niña muy perfeccionista, muy educada, como muy dentro del estereotipo de niña que no da mal”

E.3: “Muy dura. Muy perfeccionista y exigente. Tengo que tener las cosas controladas. Si no las controlo pues busco la manera de castigarme”

E.4: “Pues tranquila, como empática, me preocupo por la gente. Es verdad que en esos años era mucho más perfeccionista que suele ser un rasgo típico en las personas con ese diagnóstico [...] Como bastante... bueno supongo que baja autoestima. Como que si no, no habría llegado a esos puntos”

E.5: “Ehh buah. Perfeccionista, eso sí. No sé muy alegre, risueña... No sé, sobre todo perfeccionista”

E.6: "Sin saberlo, los TCA tenemos un perfil muy marcado. Autoexigencia, responsabilidad, somos muy obsesivas... También depende del tipo de trastorno"
--

Si bien muchas de las entrevistadas se ajustan al perfil de paciente descrito en el DP "Mujer Joven con personalidad perfeccionista, con deseos de delgadez e influenciada por la "moda", otras de las entrevistadas, como se refleja en la tabla 4, no entraban dentro de este patrón.

Tabla 4. Pacientes que no se ajustan al perfil típico

E.1: "Yo lo he unido mucho como mi proceso de recuperación a mi proceso de identidad y de conocerme a mí misma. Y de ver que no era la niña buena, que no quería ser esa imagen de mí que terminase con un solo camino. Y que había mucho más. [...] ese poder descubrirme, también me ha llevado a mucho dolor interno [...] Con conocer que quizá no quería terminar con un hombre, casándome y teniendo 80 hijos y que me podían gustar las mujeres por ejemplo"
--

E.3: "Porque mira, con el psiquiatra por ejemplo he tenido la primera sesión. Es que ya te digo que después de luchar, y luchar y luchar diciendo "Que yo entendía que a lo mejor las chicas más pequeñas... Yo me pongo en el lugar de mi hija; que a lo mejor las chicas necesitan más apoyo, que total yo ya puedo estar perdida, que todo lo que queráis; pero que yo necesitaba ayuda""

E.5: "Lo que pone en el libro es una mala gestión o una mala relación con la comida. No es eso. No es solamente con la comida. Osea, la comida es algo que claro que dices "tu engordas por la comida ¿no?". Pero es que es todo. [...] Es que la del libro es muy específica y no siempre es eso. Hay gente que le pasa que se ve en el espejo gorda y no está gorda y deja de comer y eso es de libro. Pero es que no siempre es así"
--

E.6: " Yo cuando ingresé, conscientemente no busqué la pérdida de peso, nunca me provoqué vómitos, no hacía mucho ejercicio... Entonces me costó mucho entender que yo tenía un TCA, porque no era el concepto que yo tenía de anorexia" [...] "Yo también tuve que aprender que TCA hay muchos y que no están solo relacionados con la extrema delgadez"

Por otro lado, se describe en la tabla 5 la influencia de las redes sociales (RR.SS) en el desarrollo de un TCA.

Tabla 5. Influencia de las redes sociales en un TCA

E.1: "Totalmente, Instagram en ese sentido no me ha podido hacer tanto daño porque en ese momento no estaba, pero sí. El grupo de WhatsApp y las páginas sí. Entonces yo creo que sí, que las redes sociales influyen"

E.2: "De hecho ahora estoy alejándome un montón. Me meto a Instagram cada 4 o 5 días. Osea que tampoco... Intento alejarme porque sé que me afecta negativamente."

E.4: "Sí, total. Es que desde... Bueno es que cuando yo tenía doce años existían los míticos blogs de Ana y Mía [...] Y luego es que aunque no sean tan pro TCAs todas las movidas del fitness y las redes sociales. Bueno es que ya ni el fitness la representación en general de la mujer, las "influencers" tal... Es que es terrible. Y tenemos normalizadas tantas cosas de esas"

E.6: "Me parecía ya que ocurría ya con la tele, con anuncios, etc. Pero es que en las RR.SS no hay ningún tipo de control"

Además, más allá de las RR.SS, muchas de las entrevistadas en mayor o menor medida aluden a la influencia de la cultura de la delgadez imperante en nuestra sociedad.

Tabla 6. Influencia de la cultura de la delgadez

E.1: "Posiblemente lo hay, y es super inconsciente ¿no? porque intento tener más referentes con diversidad corporal pero me sigue costando".
E.2: "Yo creo que influye mucho [...] cuando sufrí Bullying por ejemplo, porque no estaba delgada y "todo el mundo me miraba""
E.3: "Pero es que a lo mejor a mí me habría dado igual si no me hubieran inculcado desde el primer momento el "estás gordita". Pero yo no empecé en esto por eso. Pero poco a poco ha llevado a eso. Y te puedo asegurar que hoy por hoy aunque me esté curando le sigo teniendo terror al espejo y a la báscula. Osea, yo no quiero estar gorda, yo no quiero subir de peso, yo quiero seguir estando delgada, quiero... Y porque sigo viendo la ropa, las revistas... Es que es una pasada."
E.4: "De hecho eso, con 12 años no había tenido ningún evento traumático en mi vida y yo creo que como el mayor factor fue como ya tan pequeña percibir que sé premiaba la delgadez y que por todas las redes sociales, la televisión... No paran de bombardearte con esas ideas y es una mierda. Y yo creo que nos afecta a todas las personas y a las tías especialmente."
E.6: "En el caso de los TCA, influye el entorno pero inconscientemente. Es un poso que se te va quedando, porque todos tenemos en la cabeza que estar delgado es bueno y estar gordo es malo. Y las personas delgadas son las guapas y las personas gordas son las feas. Y está tan interiorizado que no nos damos cuenta, incluso en la forma de hablar"

Aunque algunas sostienen, como se refleja en la tabla 7, que pese a que sí que está presente el deseo de estar delgada, no siempre es el principal factor determinante.

Tabla 7. Deseo de delgadez a lo largo del desarrollo de TCA

E.1: "No quiero entrar con las conductas pero, que la preocupación por la imagen corporal parece que es lo más importante cuando se describe un Trastorno de la Conducta Alimentaria pero a veces no es lo único y está en un segundo plano"
E.2: "Al principio sí que hablábamos de físico más pero fue una sesión, dos como mucho, y sí que nos enfocamos más en el tema, pues yo que se, oposiciones que ahora me raya mucho, pues trabajamos eso y como me afectan a la alimentación. Osea, más cosas sociales que me afectan más"
E.3: "Es que yo la mitad de las veces que vomitaba seguramente en ese momento no estaba pensando en que gorda estás. Que sí, que hay veces que lo que te digo que pienso "jo, esto que te acabas de comer no deberías de habértelo comido" [...] Pero ha habido otras veces que me he cabreado con alguien en el trabajo y sin darme cuenta he ido y he vomitado. Y eso no ha tenido que ver en ese momento porque me viera gorda"
E.5: "me hacía mil fotos, entonces me gustaba como salía, la ropa me gustaba como me quedaba. Osea me doy ahora a mí hasta asco verme así. Pero en ese momento era tan exagerado la enfermedad que me encantaba. [...] Sí que hay gente que viene de esa cultura de la delgadez, que ve a las modelos y demás... Pero a mí eso no me pasaba. Yo no decía "wow que guapa esa modelo" si es que yo en verdad la veía y decía "Jo esa modelo está demasiado delgada"
E.6: "Va más allá de la comida. Un poco lo que dicen del Iceberg, que la comida es el síntoma pero el problema está por detrás"

4.1.3 TCA como mecanismo de regulación emocional

En relación a lo descrito en la tabla 7, muchas de las entrevistadas reflejan el uso de las conductas alimentarias alteradas como herramientas de gestión emocional ante situaciones críticas:

Tabla 8. Patrones alimentarios como herramientas de gestión emocional

E.2: "Suenan raro pero, la comida es como una forma de castigarme a mí misma [...] Entonces no sé, son como los dos puntos. Como a nivel emocional con cosas sociales y tal o a nivel personal..."
E.3: "Porque yo creo que ya he entrado en un círculo vicioso que cada vez que me pasa algo... Voy a buscar el atracón, la rabia de... Sí. Es que me doy cuenta. Ahora soy consciente".
E.4: "Pues es que restringirte es como una forma de tener control y como los atracones y esas cosas es como una forma muchas veces de evasión emocional. Bueno ambas cosas, tú te evades de lo que vaya mal en tu vida y te centras en la comida y en la imagen y parece que lo demás no te afecta. Cuando realmente te estás causando más problemas y no es ninguna solución".
E.5: "Cuando algo que veo que se me cae. Pues imagínate el trabajo que tengo ahora, yo mi trabajo como se me caiga ahora mismo, no volvería a eso pero sí que la comida estaría afectada".
E.6: "En el TCA la comida es un síntoma al final de algo que te pasa por detrás, que está encubierto. [...] Para mí un TCA es una necesidad de control, seas consciente o no, sientes que tu vida se descontrola y tienes que controlar algo. [...] No es un problema con la comida en sí. Es una falta de control y a la vez una toma de control"

4.1.4 Relación con el/la profesional sanitario

Durante las entrevistas se abordó el tema de la participación activa en el tratamiento por parte de las pacientes. Cuando se pregunta acerca de la fijación de objetivos y de si las pautas dadas eran acordadas, consensuadas y entendidas por ellas, algunas manifiestan la verticalidad que rige el sistema médico.

Describen, en la tabla 9, una desestimación de su implicación, deseos y/o vivencias en algún momento de su proceso.

Tabla 9. Consenso de objetivos y relación con el profesional

<p>E.1: "Soy muy clara y cuando hay algo que me chirría o que no me parece, quizá no en esa consulta pero sí en la siguiente o aprovechando un correo electrónico o lo que sea, sí que suelo comunicarlo y ha habido como muy buena acogida, muy muy buena. También coincide con que soy más comunicativa, entonces puede que antes lo pensaba o lo sentía pero no lo iba a decir porque me parecía que los profesionales eran ellos. [...] Entonces, ella quería poner otro diagnóstico diferente y yo me veía como pequeñita frente a su poder. Como está al otro lado de la mesa ella puede. Con la medicación lo mismo, te puedo mandar todo esto sin contarte ni para qué, ni por qué. Pero es que yo soy una persona, entiendo para que son, no tengo ni idea de medicina pero no sé, me gustaría saber qué tomo, por qué, por qué me dices esto."</p>
<p>E.2: "Sí. Sobre todo a nivel más personal porque dices "es médico le estoy contando mi situación", que me puse a llorar en la consulta de la angustia que tenía, y lo primero que dijo fue "Vale, igual tendría que mandarte al psicólogo y te voy a mandar antidepresivos" como que tomó la decisión por mí. Ni siquiera me lo propuso. Ahí sí que noté más distancia".</p>
<p>E.4: "Te miran todo el rato como que estás mintiendo, que lo que dices no importa, como que saben más que tú de lo que te pasa. Yo tenía esa sensación siempre y no sé, me tiraba de los pelos, era horrible".</p>
<p>E.5: "Me sentí no escuchada. Y cuando eso me pasó varias veces, que yo contaba, que también me pasó con el psiquiatra, y no se me escuchaba; decidí que no quería seguir yendo"</p>

Además, todas las entrevistadas coincidieron en la importancia de generar un espacio de confianza que se salga de la relación estrictamente profesional, ya que facilita la correcta comprensión de la situación personal de la paciente.

Tabla 10. Importancia del vínculo de confianza con el profesional

E.1: “Yo creo que en mi caso la clave ha sido como el vínculo, osea crear vínculo con un profesional. [...] El tener a una persona de referencia, que además es experta en el tema que te concierne. Esa seguridad sobre todo cuando ya está el vínculo creado. Yo creo que en mi caso sobre todo lo que más me ha ayudado es eso”.
E.2: “Porque dentro de esta relación de tú a tú siempre hay, no sé cómo explicarme, es como que a mí me reconforta cuando voy y no me siento tan bicho raro por así decirlo. Pero a la vez como que mantiene su figura de ayuda.”
E.3: “Me ayuda muchísimo que sea una relación cercana. Yo ya voy allí y ella está apuntando todo lo que yo le hablo, pero yo hablo con ella... Le cuento.”
E.4: “Como que todo el rato pensaban que estabas mintiendo, que no estabas diciendo la verdad. Y yo entiendo que hay mucha gente que no está preparada para recuperarse entonces eh pues oculta cosas. Pero como que yo hubo una etapa en la que yo intentaba como con muchas ganas eh seguir sus pautas, me gustaran más o menos, porque yo estaba enfocada en que me iba a recuperar. Y no confiaban nada en mí y a mí eso me molestaba muchísimo. [...]Y luego me fue mejor que con otros profesionales. Yo creo que porque ella rompía bastante como con esa jerarquía que yo notaba mucho”
E.5: “Pero... pues eso más de “amiguelo”, más de “no pasa nada ¿Te pasa esto? Pues venga no pasa nada...” No tan profesional con palabras técnicas de no sé qué. [...] Hay que intentar que la paciente no se dé cuenta que esté en un médico”
E.6: “Creo que la relación de confianza sí que se crea porque estás muy vulnerable. Tienes que hacer ese paso también porque si no lo que te dicen por un oído te entra y por otro te sale”

4.1.5 Figura de la enfermería en el tratamiento de TCA

No hubo homogeneidad en las opiniones en relación con la figura de la enfermera en el tratamiento. Por tanto, no es posible elaborar un análisis al respecto. Como dato significativo, sí que es preciso señalar, que varias de las entrevistadas destacan la importancia de la enfermera en los ingresos hospitalarios y la valoración positiva de los talleres de psicoeducación.

Tabla 11. Importancia de la enfermería en el abordaje de los TCA

E.1: "Para mí es fundamental. Dejar de asociarlo solo a las 3 estos de sacar sangre, medirse... en concreto con este trastorno pero también en general que se sigue viendo así. Y creo que en ambulatorio, bajo mi punto de vista, se podría hacer muchísimo más. [...] En un colegio también tendría una función, bueno en muchos aspectos pero en este en concreto. Yo veo por desgracia muchas malas praxis en los centros educativos. Falta de todo, formación, no sé, un protocolo"

E.3: "Pero es que ella es la mano derecha del psiquiatra. Es la que te ayuda mientras el psiquiatra puede volver a verte. [...] Es que yo realmente con la enfermera no hablo de la dieta. Ella te pide que le cuentes "¿Cómo lo has llevado? ¿Has introducido algún alimento nuevo?" [...] Yo estoy encantada con la enfermera en este caso de esta unidad"

E.5: "A ver yo sé que en el hospital, si estás ingresado, las enfermeras hacen más papel. En la misma terapia son las enfermeras las que están ahí." "Eso en la planta... ya en la consulta. Es que claro, una enfermera tampoco... [...] Ella me hizo pues de enfermera, me enseñó los platos... Entonces... igual con ella habría hecho actividades o talleres. Creo que en la planta eso sí que lo hacen"

E.6: "Yo quiero destacar el papel de las enfermeras porque es brutal. Son las que llevan el mayor peso de toda la unidad mientras estás ingresado" [...] "Son las que están ahí". [...] "La enfermería en el hospital de día o en el seguimiento tras el ingreso como si no voy. Porque volvemos a lo de

siempre todo se centra en qué tal comes, en el peso, te pesan... Todo es comida. Recomendaciones de dieta... Entonces vuelves otra vez a poner el foco donde no lo tienes que poner. [...] Yo después de muchos meses decidí no ir porque era peor para mí "

4.1.6 Perspectiva de género en el abordaje de TCA

No todas las entrevistadas hicieron referencia a la sociedad o los mandatos de género como factores determinantes. Pese a ello, al ser preguntadas por la razón que consideraban causante de que el mayor porcentaje de personas diagnosticadas con un TCA sean mujeres, todas respondieron que era debido a la sociedad y a la mayor presión que se ejercía de forma específica sobre las mujeres para que adopten una apariencia física determinada.

Tabla 12. Presión ejercida en las mujeres sobre la apariencia física

E.1: "Sí, yo siento que se nos exige unos parámetros, criterios, como diferentes y que... Osea yo lo he unido mucho como mi proceso de recuperación a mi proceso de identidad y de conocerme a mí misma"
E.2: "Mmm las chicas suelen ser más propensas. Suele caer todo el peso de la delgadez, no se..."
E.3: "Porque somos más modelos mujeres que hombres, porque se nos exige más el cuerpo, porque en los carteles de la calle son más las mujeres que se exhiben. Porque es más bonito el cuerpo de una mujer. Por lo que sea. Pero es verdad que la mujer tiene más las de perder".
E.4: "Obviamente pues yo creo que tiene muchísimo que ver. Yo pienso que en mi caso digo "es que yo si hubiera sido un chico y hubiera nacido con genitales masculinos y hubiera socializado así y me hubieran dicho tú eres un chico, ¿Yo a los 12 años habría desarrollado anorexia?"".
E.5: "En la anorexia, sí que influye en las mujeres más pues no se lo de la moda, verte delgadita, la ropa no sé qué... eso sí que es verdad que tal".

E.6: "La mujer tiene que arreglar más su estética, eso lo tenemos ya interiorizado. [...] Yo creo que desde niños ya se nos enseña sin querer a que importa más el físico de las mujeres que de los hombres. Que aunque también se da en hombres, también es mucho más desproporcionado en hombres" [...] "Sí que la sociedad exigen menos a los hombres de base"

Muchas de las entrevistadas insistieron en la importancia de valorar las diferentes formas que adquiere un TCA en función del género. Muchas inciden en cómo identifican conductas típicas de TCA en hombres que frecuentan el ámbito de gimnasios. Relatan que a nivel social estas conductas no son percibidas como disfuncionales ni se asocian en ocasiones a un posible TCA, ya que estos son percibidos como "enfermedades de mujeres" y son asociados con la feminidad.

Tabla 13. Relación de los hombres con los TCA

E.1: "Como que sentía mucha presión social como hombre por mantener un cuerpo X pero encima no caer en la otra línea de enfermedad, está mal visto o tiene que ir asociado a la mujer o a una persona más asociado más femenina".

E.4: "Como que había muy pocos tíos. Que también supongo que es más difícil reconocer cuando un tío tiene un TCA."

E.5: "La gente está muy mal en los gimnasios y son todo chicos. El tema de la vigorexia y la musculación" "Entonces la anorexia sí que para chicas pero los chicos cuidado que sí que tienen otro tipo de esto con la comida".

4.1.7 Otras categorías emergentes del discurso

Otro tema recurrente de interés en el discurso de las entrevistadas fueron herramientas para el manejo de su problemática; destacando las terapias y actividades que involucraban compartir sus experiencias con pares.

Algunas muestran cierta desconfianza respecto a los beneficios de esta terapia en el momento más crítico del proceso, pero coinciden que a medio largo plazo facilita el manejo del trastorno.

Tabla 14. *Compartir experiencia con pares*

<p>E.1: "Luego dentro del ingreso, hicimos alguna cosa como por ejemplo hicimos musicodramas y super bien y también guardo recursos y herramientas de aquello. [...] Con la parte del comedor también pero los talleres me parecieron super bien, tanto los grupales, todo"</p>
<p>E.3: ". Entonces yo creo que compartirlo es lo que me ha hecho decir "Me cago en diez, que se puede. Que lo que he hecho hasta ahora es fustigarme". [...] Voy a intentar ayudar a esas chicas. Intentar, ojalá hubiera habido en ese momento alguien, que me hubiera cogido de la mano y me hubiera dicho "Vamos""</p>
<p>E.4: "Creo que a veces puede servir pero también el momento de ingreso suele ser un momento muy crítico, en plan, como que toda la gente está muy crítica, a veces era más como buff como reunión caótica de personas que están super caóticas [...] Yo sí que pensé, no tanto como terapia grupal, sino más como grupo de charlar de estas cosas o de hacer cada una unos escritos, unos dibujos, cada una lo que le guste, de su experiencia, hacer un fanzine... Fueron cosas que pasaron por mi cabeza y no se llegaron a efectuar pero me hubiera parecido muy chulo"</p>
<p>E.5: "A mí por eso me ayudó tanto la terapia de grupo, porque había gente que me entendía. [...] Me ayudó compartirlo. Pero eso, con la gente que ha pasado por esto. Es que es muy difícil. Porque si no pasas por esto, por mucho que te lo cuenten, o que lo estudies, es que no lo puedes entender."</p>
<p>E.6: "A mí solo con personas de TCA no me sirvió porque no me sentía identificada e incluso me daban alguna idea de lo que podía hacer. En el ingreso sí, porque además podía compartir mi experiencia con otro tipo de trastornos. [...] El escribir y el ir hablando del tema también, pero claro eso ya son años después." [...] "En la UTP era sobre todo conocer sus historias, no eran como otras terapias de grupo que he hecho más tarde en las que te sientas y ya está y no me han servido tanto. Era el conocer su historia, la historia de otras personas, por lo que estaban pasando..."</p>

Además, en varias entrevistas se constató la importancia de recursos alternativos a las intervenciones sanitarias basadas en la adquisición de un normopeso y a las pautas estrictamente nutricionales.

Tabla 15. Recursos alternativos a las intervenciones sanitarias

E.1: "Que porque me funcionen a mí, no tiene porqué funcionarle a otra persona, pero sí que hay herramientas fuera de la terapia que han sido como claves".
E.3: "He hecho una especie de blog. No es un blog pero bueno una especie de blog, contando". "El psiquiatra me ha dicho que le parece estupendísimo. Que cada uno tiene su manera de sacarlo. Y yo así me he sentido de maravilla."
E.4: "Pero herramientas bastante como escribir... Por ejemplo antes de actuar o si tienes x impulso pues para y escribes sobre ese impulso en tu cuaderno. Luego si puedes vuélvelo a leer y piensa racionalmente qué sentido tiene aunque emocionalmente sea muy heavy lo que sientas..."
E.5: "Hacer actividades que tengan un trasfondo. Que ellos con esa actividad sepan un poco lo que yo tengo en mi cabeza y a mí que me ayude. Ina actividad "Un puzle o pintar lo que tú quieras pero que no sea aquí sentaditas""
E.6: "Yo hasta quien no le guste escribir y no le pasa nada, se lo recomiendo. El hecho de sentarme a escribir para sacar lo que llevas dentro me parece una pasada. [...] Osea no sustituye ir a un psicólogo pero es un complemento más. [...] Además dar paseos y durante el ingreso pintar mandalas. [...] Es aprenderte poco a poco a quererte y a cuidarte, que aun sigo"

Al preguntar a las entrevistadas sobre cómo describirían su situación actual en relación con el TCA, el concepto de "recuperación" fue un tema de reflexión en las sesiones. Todas las participantes destacaron que no se sentían totalmente recuperadas y algunas dudaban si iban a poder llegar a estarlo.

Tabla 16. Concepto de recuperación

E.1: "Sobre todo el poder ver que yo sola podía y que no era un peligro ni para mí ni para el resto y que jo es que sola puedo, podría llevar una vida completamente sana. Y siento que he aprendido mucho y que estoy a un pequeño salto más a la recuperación total y a la libertad."
E.2: "Que el tema de la comida no sea como un puto central que guíe tu vida. Porque ahora me siento un poco así, que el tema de la comida es algo central en mi vida y que todo gira un poco entorno a eso, entonces... Estar recuperada sería que la comida se aparte a un lado y deje de ser un tema central que dirija todo lo que hago, todo lo que pienso..."
E.3: "Que el tema de la comida no sea como un puto central que guíe tu vida. Porque ahora me siento un poco así, que el tema de la comida es algo central en mi vida y que todo gira un poco entorno a eso, entonces... Estar recuperada sería que la comida se aparte a un lado y deje de ser un tema central que dirija todo lo que hago, todo lo que pienso..."
E.4: "Claro es que es como super complejo porque yo por ejemplo creo que ahora mismo no tengo un TCA o no encajo como en ningún criterio de diagnóstico pero a la vez... Y estoy muy orgullosa de todos los procesos que he hecho... pero a la vez yo siento que no estoy como del todo recuperada"
E.5: "Porque yo salí de terapia, puse mi enfermedad debajo y empecé a amontonar y a amontonar. Y como todas estas cosas se me caigan, aparece mi enfermedad, flota otra vez. Entonces hombre he evolucionado mucho y ahora mismo soy otra persona. He aprendido a gestionar mis emociones con la comida, he aprendido mucho pero... no se si alguien se cura de esto 100%. Yo creo que no. Sinceramente creo que no te curas al 100%"
E.6: "Yo creo que aprendes a vivir con ello pero siempre está ahí. [...] Pero yo creo que una vez lo aceptas y te lo permites... Sí que considero

que estoy recuperada en el tema de la alimentación, no porque no esté presente, sino porque me permito hacer a mí misma lo que es mejor para mí. Que la alimentación siempre va a estar ahí pero como de todo, como normal, no dejo de comer... Pero sí que pienso que los trastornos mentales son para toda la vida. Yo creo que lo tengo controlado porque tengo herramientas y puedo pedir ayuda.”

4.2 Discusión

4.2.1 Discurso Nutricional/biomédico

Recientemente se ha cuestionado la efectividad del abordaje de los TCA desde un enfoque centrado en la Educación Nutricional (EN). (17) Encontramos un elevado número de afectados con dietas individualizadas ajustadas por calorías. Al igual que destacan algunas de las entrevistadas (Tabla 1), se cuestiona que este tratamiento pueda perpetuar el trastorno en algunos pacientes por lo que no deberían utilizarse de forma sistemática. (17, 18)

Se plantea la necesidad de un tratamiento centrado en alcanzar un peso óptimo y la EN en las fases más agudas del proceso, o cuando el paciente se encuentra en un estado de infrapeso severo. Pero en concordancia con lo descrito en las entrevistas (Tabla 1), también se destaca la importancia de adaptar el tratamiento a la evolución de la enfermedad (19). Asimismo, al igual que en las entrevistas (Tabla 9), se resalta como clave para el éxito de la terapia, la importancia de hacer partícipe al paciente en su propio tratamiento, haciéndole comprender la utilidad de la EN y buscando su aprobación y conformidad. (18)

Esto, añadido a una perspectiva general de las pacientes sobre como los tratamientos se centran excesivamente en lo físico y nutricional (Tabla 1), “sin llegar a la raíz de los problemas reales”. Se critica que el tratamiento se quede en la superficie del problema, enfocado en la recuperación de peso y cambios conductuales, sin abordar las causas subyacentes. (Tabla 12) (19)

Otro área de mejora que se señala en el DN es la falta de enfoque en la problemática sociocultural que rodea estas aflicciones. A pesar de que se reconoce el tratamiento conductual como el de mayor eficacia, son diversos

los estudios que demuestran sus limitaciones relativas a la recuperación total y duradera (19, 20).

Se cuestiona el concepto de recuperación, inquietud que expresaron todas las entrevistadas (Tabla 16), por asociarse con alcanzar el normopeso a pesar de no eliminar las ideas subyacentes sobre la comida y/o su cuerpo. Este enfoque deja a un lado las consideraciones de malestar psicológicas y sociales, que llevan a desarrollar las conductas ya expuestas y por tanto, la raíz de la problemática. (20)

4.2.2 Discurso prevencionista

El DP, en contraposición con el DN, pone en el centro del discurso la prevención primaria. Se resalta la importancia de la prevención de los TCA en colegios y poblaciones de riesgo a través de transmitir información contrastada y con evidencia científica de los aspectos positivos de una alimentación saludable y la práctica de actividad física moderada. (18)

El DP se centra en determinar una población diana de riesgo para prevenir la enfermedad. (7) Como relatan algunas de las entrevistadas (Tabla 6), sostiene que el peligro a padecer estos trastornos aumenta cuando la persona, especialmente aquellas que tienen categorías de belleza y estereotipos corporales rígidos, ha estado expuesta a modelos donde la delgadez se asocia con estándares de perfección y éxito, desencadenando alteraciones en la percepción de su imagen corporal y TCA. (21)

En la Guías de prevención y actuación^{3,4} de la Comunidad de Aragón consultadas, encontramos intervenciones centradas en la lucha contra la presión mediática hacia un cuerpo femenino no excesivamente delgado y un abordaje de factores predisponentes, factores precipitantes y factores de mantenimiento o cronificación. Además inciden en un abordaje que obedezca a las necesidades sociales y familiares (22, 23).

³ **Guía de prevención de trastornos de conducta alimentaria** (Febrero 2022): Profesor Pedro Manuel Ruiz Lázaro, Grupo ZARIMA-Prevención. Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. En Colaboración con Arbada

⁴ **Plan de Salud Mental Gobierno de Aragón** 2017- 2021

De este modo, se estudia el género como uno de los principales ejes que determina los cánones de belleza en la sociedad y las influencias de los mismo en las personas, generando una desigualdad en exigencias estéticas. Todo este constructo social se convierte en una potencial fuente de sufrimiento y de insatisfacción corporal crónica. (21, 24)

Algunas de los aspectos de mejora que se señalan desde este modelo es el peligro de poner el foco del tratamiento en la persona y no en la estructura social que genera el problema (25).

Se cuestiona una posible visión sesgada en lo considerado como "sano" y "enfermo" favoreciendo una medicalización y tratamiento de conductas asociadas a mujeres jóvenes (7), pero dejando en un segundo plano y en riesgo de infradiagnóstico otros perfiles que no entran dentro de esta población diana, como los que se dan en la vigorexia (26), coincidiendo con lo descrito en las distintas entrevistas (Tablas 2 y 13). Además, esta falsa asociación entre TCA y lo femenino hace que algunos hombres no sean conscientes de su trastorno o se avergüencen del mismo. (26)

Además, otra idea discutida, que concuerda con lo descrito en las entrevistas (Tabla 8) es la necesidad de abordaje de los TCA cuando la imagen corporal queda relegada a un segundo plano y la alimentación es utilizada como herramienta de gestión emocional. (18)

4.2.3 Abordaje enfermero en TCA

En diversos estudios se asocia la importancia de la figura enfermera con un correcto establecimiento de la relación profesional – paciente que fomente sinceridad, confianza, seguridad y participación. (27) Enfermería debe incentivar al paciente hacia una correcta adherencia terapéutica, incidiendo en un tratamiento integral que aborde las diferentes esferas que componen a un individuo (física, social, emocional y psicológica), sin reducirlo a un diagnóstico. Además, es importante destacar que el profesional de enfermería debe realizar un plan de cuidados individualizado. (27, 28, 29)

En concordancia con la necesidad manifestada por las entrevistadas (Tablas 1,2), diversos estudios defienden que estos planes de cuidado deben abarcar

tanto la multicausalidad de este trastorno , como el aspecto emocional y psicológico, es decir, no solo centrarse en el aspecto farmacológico y nutricional. (29)

Al igual que señalan varias entrevistadas (Tabla 11), se destaca la utilidad de la enfermera escolar en la promoción de salud y evitar conceptos erróneos en el ámbito escolar, así como en la detección precoz. (28, 29) A su vez, la enfermera tendrá un papel fundamental en el ámbito comunitario para formar a distintos colectivos. (29)

4.2.4 Limitaciones del trabajo

El reducido tamaño muestral de las entrevistadas, condicionado por falta de tiempo y recursos, es una de las principales limitaciones del estudio.

Por otro lado, de cara a conseguir una comunicación eficaz con las entrevistadas, podemos encontrarnos barreras como el temor, la autocensura o el trauma que podría revivir al recordar algunas experiencias. Además, la narración del relato puede estar limitada por olvidos, confusión cronológica o excesiva generalización.

5. CONCLUSIONES

1. El presente TFG subraya la necesidad de aportar un enfoque integral del abordaje de TCA poniendo en el foco de análisis la falta de una perspectiva de género que desarme los sesgos socioculturales determinantes en el tratamiento sanitario de estas pacientes.
2. Se ha buscado el acercamiento dialógico, que reconozca a las pacientes como personas expertas en su propia vida, como vía de comprensión de las limitaciones de los modelos de tratamiento actuales.
3. Al proporcionar una perspectiva feminista, se pretende mejorar el abordaje de la enfermera y el resto de miembros del equipo multidisciplinar sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022 [citado el 2 de febrero de 2023];27(2):415–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
2. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutr Hosp* [Internet]. 2022;39(Spec2):8–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5th ed. Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Redondo FJM. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión [Internet]. 5 de Julio de 2019 [citado el 2 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7025710.pdf>
5. Fernández-Hernández J-L, Herranz-Hernández P, Segovia-Torres L. Importancia de dar a conocer la evolución temporal del pronóstico en anorexia nerviosa. *Humanid médicas* [Internet]. 2021 [citado el 2 de febrero de 2023];21(2):398–416. Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1866>
6. Arnaiz MG. Alimentación, género y cuerpo: una mirada distinta, que no distante, en torno a los TCA. *Anales del Museo Nacional de Antropología XIX* [Internet]. 2017 [citado el 4 de febrero de 2023];XIX(2340–3519):134–49. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=494542&info=open_link_ejemplar
7. Gracia EG. Técnicas de Investigación: Análisis del discurso de la ciencia y del enfermo. En: Tomas C, *Diálogos Interrumpidos*. Universidad de Zaragoza. Seminario Interdisciplinar; 2005. p. 27-38.

8. Mangweth-Matzek B, Hoek HW. Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2017 [citado el 2 de marzo de 2023];30(6):446–51. Disponible en: https://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2017/11000/Epidemiology_and_treatment_of_eating_disorders_in.10.aspx
9. Valls-Llobet C. Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing; 2020.
10. Behar A R, de la Barrera C M, Michelotti C J. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Med Chil [Internet]. 2001 [citado el 2 de marzo de 2023];129(9):1003–11. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900005&lng=es.
11. Guerra Zabala VD, Fernández Moreno SY. Más allá de Judith Butler: reflexiones sobre “El género en disputa. Feminismo y subversión de la identidad”. Manzana Discordia [Internet]. 2022 [citado el 2 de marzo de 2023];16(2). Disponible en: https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/11510
12. Barral Morán MJ. A critical analysis of biomedical discourse about sexes and genders. Quad Psicol [Internet]. 2010 [Citado el 6 de marzo];12(2):105–16. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.756>
13. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. J Epidemiol Community Health [Internet]. 1997 [Citado el 6 de marzo];51(2):106–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.51.2.106>
14. Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gac Sanit [Internet]. 2004 [Citado el 20 de marzo];18(Supl.1):189–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13062525>

15. Buitrago Malaver LA, Arias López BE. Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2018 [citado el 20 de marzo de 2023];27(1-2):62-66. Disponible en: <https://goo.su/FtQIMRb>
16. Matía Martín P, Castro Alija MJ, Loria Kohen V, Campos Del Portillo R, Palma Milla S, et al. Results of the survey on care units and caring for eating disorders in Spain. SENPE Working Group on Eating Disorders. Nutr Hosp [Internet]. 2023 [Citado el 20 de marzo];40(1):213-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04500>
17. Loria Kohen V, Campos Del Portillo R, Valero Pérez M, Mories Álvarez MT, Castro Alija MJ, Matía-Martín MP, et al. Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical and care settings. Nutr Hosp [Internet]. 2021 [Citado el 20 de marzo]; 38 (4):857-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000400857&lng=es
18. Gustafsson SA, Stenström K, Olofsson H, Pettersson A, Wilbe Ramsay K. Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. J Eat Disord [Internet]. 2021 [Citado el 20 de marzo];9(1):156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>
19. Larrañeta Martínez M. Identidad femenina y trastornos de la conducta alimentaria. Una intervención socio-terapéutica [Internet]. [Navarra]: Universidad Pública de Navarra; 2022 [citado el 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/43333>
20. Hernández Pardo AM, Ladino Baquero DC, Tequia Ortiz AM. La influencia de los estereotipos corporales en la conducta alimentaria, la autonomía y autoaceptación de los jóvenes del municipio de Villavicencio, Meta [Internet]. Universidad Santo Tomás; 2023 [citado el 3 de abril de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/50095>
21. Salinas LO. El culto a la belleza, desde una perspectiva de género y raza: dismorfofobia en las mujeres jóvenes. TS Nova [Internet]. 2022 [citado el 15

de abril de 2023] ; 18 (2171-6005):21-34. Disponible en: <https://goo.su/OHNsez>

22. Lázaro PMR. GUÍA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA [Internet]. 2022 feb [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://arbada.org/guia-de-prevencion-de-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>

23. Gobierno de Aragón, Plan de Salud Mental [Internet]. 2021 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://goo.su/5sAijte>

24. Lips Larrañaga M, Eridani A. "Lo que me nutre, me destruye" . Los Trastornos de la Conducta Alimentaria como expresiones de la violencia sexual contra las mujeres. FEMERIS Rev Multidiscip Estud Género [Internet]. 2023 [citado el 1 de mayo de 2023];8(1):70-87. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/FEMERIS/article/view/7462>

25. Pineyro M. 10 gritos contra la gordofobia / 10 Cries Against Fatphobia. España: Penguin Random House Grupo Editorial; 2020.

26. Villarino Marín AL, Bonfanti N. Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en varones que practican deportes de equipo: comparación con una muestra de alto riesgo. Universidad Complutense de Madrid; 2022.

27. Castiblanco-Montañez RA, Parra-Rodríguez JC, Sánchez-Cubillos YK, Rey-Ochoa LD, Rodríguez-Díaz LV, Solano-Saavedra PA. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2023] ;17(2):102-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1880>

28. Investigación RS. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos alimenticios [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/>

ANEXOS

Anexo 1: Guion de la entrevista semiestructurada

- Todas las preguntas y temas a explorar se adaptarán a cada persona individual y al transcurso de cada entrevista.

1. INICIO DEL PROCESO

- ¿Cómo fue tu proceso? ¿Con cuántos años empezaste?
- ¿Cómo empezó todo? ¿Cuál fue el diagnóstico?
- ¿A qué edad fue tu primera dieta.?
- ¿Cómo describirías tu **personalidad**?
- **Historia personal:** ¿Qué causas puedes achacar al desarrollo de una relación conflictiva con la comida o del comienzo de un TCA?
- Los TCA afectan en **muchos ámbitos de la vida**: social, psicológico, físico... ¿Cuáles se vieron más afectados en tu caso?

2. EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN SUBJETIVA

- ¿Qué entiendes tú por un Trastorno de la Conducta Alimentaria?
 - ¿Es una respuesta patológica a circunstancias normales o es el reflejo de una respuesta razonable a condiciones sociales adversas?
 - Influencia de la cultura de la delgadez
- TCA como estrategia de la regulación emocional
 - ¿Prácticas restrictivas o purgativas pueden ser respuesta a minimizar estrés, tensión, estrés, ansiedad...?
- ¿Estuviste durante la fase más aguda del TCA por debajo del IMC normal? ¿Signos de amenorrea...?
- A grandes rasgos, ¿Cómo ha sido tu tratamiento? ¿Desde donde has recibido atención sociosanitaria? ¿Desde el ámbito público o privado? ¿Qué tipo de intervenciones (nutricionales, psiquiátricas, enfermeras, psicológicas...)?

- ¿Qué diagnóstico/s has tenido?
- ¿Has vivido alguna terapia, alguna intervención etc. como un fracaso terapéutico?
- **Factores familiares / entorno cercano**
 - En tu entorno cercano (familia, amistades, etc.) ¿Había presencia de personas con relaciones complicadas con la comida (dietas muy restrictivas, excesiva preocupación por el peso y por la alimentación, demonización de ciertos grupos de alimentos, etc.) pero que no estuvieran diagnosticadas o que no reconocieran que estaban pasando por un TCA?
 - En consulta, ¿Hubo un seguimiento del grado de apoyo familiar o una revisión de la red socio familiar cercana?
 - A raíz del tratamiento, la relación con tu familia, amigos, conocidos, redes sociales, etc. ¿Ha cambiado? ¿De qué forma?
- **Uso de Redes Sociales**
 - ¿Crees que ha habido un impacto negativo de tu autoimagen a raíz del uso de redes sociales?
 - ¿Conocías la existencia de las páginas Ana y Mía?
 - ¿Se trató algunos de estos temas en consulta?
- **Aspectos Sociales / Normalización Social de Conductas**
 - ¿Habías hecho dieta antes de empezar con el TCA?
 - ¿Has vivido halagos a la delgadez o a bajar de peso?
 - ¿Has visto normalizadas en tu entorno social conductas nocivas para bajar de peso?

3. TRATAMIENTO

- Durante el tratamiento se dan una serie de pautas y conductas a seguir, objetivos a conseguir... ¿Cómo eran?, ¿En su elaboración, te escuchaban y contaban con tu opinión y conformidad?
- **Medicalización:**

- ¿Has tomado medicación? ¿Como ayuda o como punto central en el tratamiento?
- ¿Cómo te has sentido al respecto?
- **Comprensión del proceso**
 - ¿Sentiste desconexión entre la realidad descrita en consulta y la realidad (socio-cultural) que encontrabas fuera?
- **Actitud del equipo profesional**
 - Horizontalidad / verticalidad
 - ¿Te has sentido alguna vez infantilizada o poco escuchada durante el tratamiento?
 - ¿Sentiste que querías / que quieres trabajar aspectos que no se tienen en cuenta?
- **¿Crees que hay presupuestos ideológicos tratados en consulta que haya que discutir? ¿Hay cosas que se dan por sentado?**
- ¿Hay factores ajenos a la propia percepción del peso que propicien conductas restrictivas o purgativas? ¿Se han tratado en consulta?

4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- Además de la terapia ¿Qué te ha ayudado? ¿Qué estrategias has desarrollado que te han ayudado a superarlo?
- ¿Te hubiese gustado vivir algún tipo de terapia grupal? ¿Te has sentido responsable o culpable por pasar por este proceso? ¿Te ha ayudado compartirlo con otras personas?
- Herramienta para la autorregulación emocional. ¿Dónde has adquirido estas herramientas?

5. GÉNERO

- ¿Cómo crees que afecta en el desarrollo de un TCA?
- ¿Se abordaron estos factores culturales condicionantes en consulta?
- ¿Crees que haberlos trabajado habría impactado positivamente en tu tratamiento?

6. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS TRATAMIENTOS DE LOS TCA

- El papel de la enfermería en el tratamiento de un TCA

7. CIERRE

- Hoy ¿Cómo te ves a ti misma? ¿Qué evolución has visto gracias al tratamiento?
 - ¿Crees que estás recuperada?
 - En el caso de no estar recuperada: ¿Crees que vas a llegar a estarlo?

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2: Dictamen favorable del CEICA



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.I. PI22/564

25 de enero de 2023

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 25/01/2023, Acta Nº 02/2023 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Sesgos de Género en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Análisis cualitativo

Alumna: Natalia Fresneda González

Tutor: Ángel Gasch Gallén

Versión protocolo: Versión 2; 02/01/2023

Versión documento de información y consentimiento: Versión 2; 15/01/2023

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 3: Aprobación del Gerente de Unizar



Unidad de
Protección de Datos
Universidad Zaragoza

Nº refª.: RAT 2023-12

Expte.: TFG “Sesgos de Género en el Tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Análisis Cualitativo”.

Trámite: ACUERDO a fecha de firma, del Gerente de la Universidad de Zaragoza, por la que se aprueba el Tratamiento de datos personales relativo a dicho TFG.

Examinada la solicitud formulada por Dª. Natalia Fresneda González, en calidad de autora del TFG arriba enunciado y la documentación que la acompaña,

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de Derechos Digitales (LOPDyGDD), **DISPONGO:**

- Autorizar el tratamiento de datos personales del Trabajo Fin de Grado “Sesgos de Género en el Tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Análisis Cualitativo”.**
- Designar al Profesor, D. Ángel Gasch Gallén, en su calidad de Director/Tutor del TFG, como responsable interno de este tratamiento y a la estudiante, Dª. Natalia Fresneda González, autora del TFG, como encargada interna del mismo.**
- El tratamiento seguirá las determinaciones establecidas en este Acuerdo y, en lo que no se oponga a él, en el formulario propuesto por el solicitante.**
- Además, el tratamiento se llevará a cabo con respeto a los siguientes principios:
 - Los datos personales serán tratados de manera lícita, leal y transparente en relación con los interesados** a quienes se les informará ampliamente de la finalidad de tratamiento («licitud, lealtad y transparencia»).

Se acompaña documento conteniendo la información a proporcionar a los participantes para obtención de su consentimiento que se estima suficiente.

Todo ello se presentará a informe del Comité Ético de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA).

1

CSV: 6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 1 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
ALBERTO GIL COSTA	Gerente	12/01/2023 14:55:00	

Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valide.unizar.es/csv/6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e>



6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valide.unizar.es/csv/6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e>

- b) Los datos personales serán recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos como es explorar la percepción subjetiva de mujeres diagnosticadas de un Trastorno de la Conducta Alimentaria acerca de la existencia de condicionantes de género que repercutan en el correcto tratamiento de su aflicción (**«limitación de la finalidad»**).
- c) Los datos personales serán adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados: nombre y apellidos, firma (en el consentimiento informado), género, grabación de voz, datos relativos a la salud, circunstancias sociales y características personales (**«minimización de datos»**).
- d) Los datos personales serán exactos y actualizados (**«exactitud»**).

Los datos serán proporcionados por los propios participantes.

- e) Los datos personales no se mantendrán por más tiempo del que sea estrictamente necesario conforme a lo explicitado en el protocolo de la investigación (**«limitación del plazo de conservación»**).

Los datos recogidos se conservarán durante el tiempo legalmente establecido y necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

Se estima que el marco temporal de conservación de los datos personales será hasta 5 de mayo de 2023. Una vez transcurrido este plazo, será preciso destruir los datos personales por medios seguros, sin perjuicio de que puedan conservarse los resultados anónimos de la investigación.

- f) Los datos personales serán tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los mismos, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas (**«integridad y confidencialidad»**).

Las grabaciones se conservarán en el ordenador, de acceso exclusivo, de la encargada interna del tratamiento, protegido por clave de seguridad. Se guardará una copia de seguridad en Google Drive del correo corporativo de la Universidad protegido por contraseña de acceso.

CSV: 6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 2 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
ALBERTO GIL COSTA	Gerente	12/01/2023 14:55:00	



5. **Estos principios serán de obligado cumplimiento para todo el personal implicado en el tratamiento de datos**, correspondiendo al responsable y a la encargada interna del tratamiento cumplirlos y hacerlos cumplir.

6. **El tratamiento se inscribirá en el Inventario de Actividades de Tratamiento** y se publicará en la web de la Universidad.

Cualquier adición, modificación o exclusión posterior en el tratamiento de los datos deberá ser autorizada por el Gerente e incorporada al Registro de Actividades de Tratamiento (RAT).

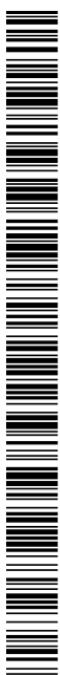
7. **El responsable interno y la encargada interna del tratamiento** deberán documentar cuantas actuaciones tengan relación con la recogida, operaciones de acceso y tratamiento de los datos y medidas de seguridad.

8. **Cualquier vulneración de las medidas de seguridad aplicadas al tratamiento de los datos personales se notificará al Gerente**, al Responsable de Seguridad y a la Delegada de Protección de Datos con carácter inmediato y siempre dentro de las 24 horas siguientes, describiendo la naturaleza y alcance de la misma y las medidas de seguridad adoptadas o las que proponga adoptar. Deberá documentarse todo el procedimiento.

9. **El responsable interno del tratamiento** se obliga a comunicar en su día al Gerente la finalización de las actividades de tratamiento interesando de éste las instrucciones oportunas en orden a la supresión/destrucción de los datos.

10. **El responsable interno y la encargada interna del tratamiento** tendrán las funciones y responsabilidades establecidas con carácter particular en este Acuerdo y, con carácter general, en las Instrucciones de Servicio sobre tratamiento de datos de carácter personal aprobadas por Resolución de Gerencia de 30 de mayo de 2003.

El Rector. Por delegación (Resol. 15/01/2019. B.O.A. nº 31, de 14 de febrero) firmado electrónicamente y con autenticidad contrastable según el artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015, por Alberto Gil Costa, Gerente de la Universidad de Zaragoza.



6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valide.unizar.es/csv/6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e>

CSV: 6ed5fd70c7838d570c3cc1578f64404e	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 3 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
ALBERTO GIL COSTA	Gerente	12/01/2023 14:55:00	

Anexo 4: Carta de solicitud de participación

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA: "SESGOS DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ANÁLISIS CUALITATIVO".

PRESENTACIÓN

Estimada usuaria:

Me dirijo a Ud. para saludarle muy atentamente y solicitarle su valiosa colaboración.

Me encuentro trabajando en un proyecto acerca del tema: "Sesgos de género en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria. Análisis cualitativo", como parte de mi Trabajo de fin de grado que estoy realizando en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

Su participación consistiría en realizar una entrevista de una duración aproximada de 1 hora en el que se abordarán temas relacionados con la vivencia personal del Tratamiento recibido de un TCA.

No se prevén riesgos o molestias relacionadas con la participación en el estudio, más allá del tiempo invertido y dedicado al estudio (desplazamientos y la propia realización de la entrevista).

¿POR QUÉ HACER ESTE TRABAJO?

Durante los últimos años los Trastornos de la Conducta Alimentaria han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su alta morbi-mortalidad y por la dificultad metodológica para la estimación de su incidencia y prevalencia real.

Este despunte de casos se intensifica si las pacientes son mujeres, dejando patente la necesidad de hacer una valoración de factores socioculturales, especialmente sesgos de género, que intervengan en el tratamiento de los TCA.

El estudio mediante la entrevista y documentación de las vivencias personales de individuos concretos, permite analizar su valoración subjetiva de dicho proceso de salud y enfermedad y dar una mejor comprensión y abordaje de estas aflicciones.

RECOGIDA DE DATOS PARA EL TRABAJO

Para la recogida de datos, como se indica en el primer apartado, se realizará una entrevista a las distintas voluntarias de una duración aproximada de 1 hora. Se podría realizar tanto presencialmente en un aula privada en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, como online vía Google Meet. La fecha, la hora y la vía para realizar la entrevista se intentaría ajustar el máximo posible a las necesidades de la entrevistada. Las entrevistas se realizarán entre febrero y marzo de 2023

Las sesiones, en las que estarán presentes exclusivamente la estudiante que realiza el TFG y cada participante, serán grabadas y posteriormente transcritas para facilitar su análisis y ajustarse a la literalidad de lo relatado. Las entrevistadas abordarán la experiencia subjetiva y su vivencia personal en el proceso del tratamiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

PRIVACIDAD DE DATOS

En el caso de participar, la voluntaria dará su consentimiento para la grabación de voz de la entrevista. Solo tendrá acceso a estas grabaciones la responsable del trabajo. Una vez termine el estudio en mayo de 2023, se borrarán todas las grabaciones de voz y sus correspondientes transcripciones y copias de seguridad.

Los datos se guardarán en el ordenador personal de la estudiante, protegido por clave de seguridad, al que tiene acceso exclusivamente ella. Se guardará una copia de seguridad en el drive del correo corporativo de la Universidad protegido por contraseña de acceso.

El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato mediante el uso de códigos aleatorios, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso

de investigación. Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento y no se cederán datos a terceros.

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención a la responsable del estudio. En caso de que decida retirarse del estudio puede solicitar la destrucción de los datos u otra información recogida sobre usted.

En el caso de tener dudas respecto a la privacidad de datos, se redactan de forma más detallada en el Documento de información para el paciente.

CONTACTO

En el caso de querer participar o para resolver cualquier tipo de dudas no dude en contactar al siguiente correo o al siguiente teléfono.

Cordialmente,

Natalia Fresneda González Correo: 795414@unizar.es **Teléfono:** +34 653 27 11 02

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5: Consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Sesgos de Género en el Tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Análisis Cualitativo.

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: (Investigadora encargada del Proyecto)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera
- 2) Sin tener que dar explicaciones
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado

Doy mi consentimiento para la grabación de voz de la entrevista y su utilización conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado: Acepto / No acepto

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

ANEXO 6: Siglas utilizadas a lo largo del trabajo

- **AN:** Anorexia Nerviosa
- **BN:** Bulimia Nerviosa
- **CEICA:** Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón
- **DN:** Discurso Nutricional
- **DP:** Discurso Prevencionista
- **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- **EN:** Educación Nutricional
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **RR.SS:** Redes Sociales
- **TA:** Trastorno por Atracón
- **TCA:** Trastornos de la Conducta Alimentaria
- **TCANE:** Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado