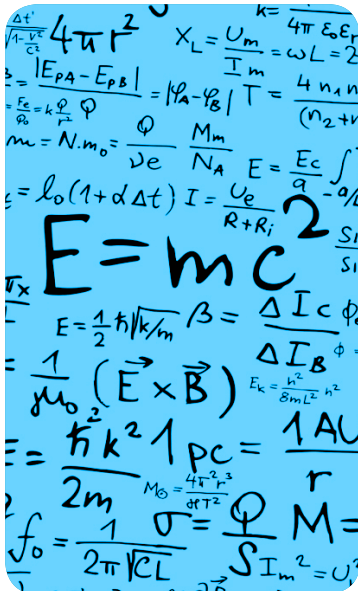
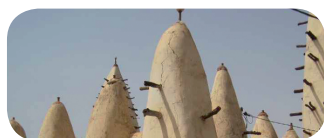
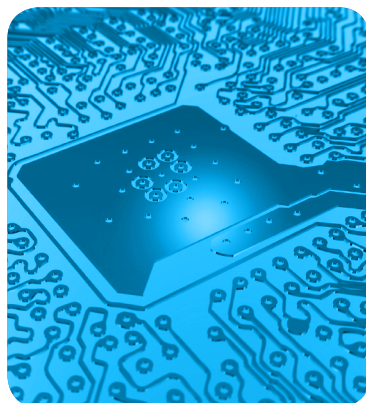
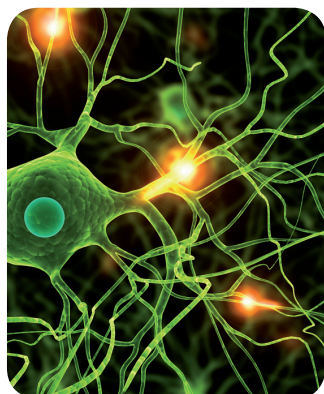


MÁSTERES de la UAM

Facultad de Medicina
/ 14-15

Máster Universitario en
Investigación y Cuidados
de Enfermería en
Poblaciones Vulnerables



**Autolesiones
no suicidas
en personas con
anorexia nerviosa
y bulimia nerviosa**
Marina Gallego Jiménez

Autolesiones no suicidas en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Marina Gallego Jiménez

Dirigido por la doctora Azucena Pedraz Marcos



Máster Universitario de Investigación y Cuidados de Enfermería en
Poblaciones Vulnerables. Primera edición. Curso 2014-2015

Universidad Autónoma de Madrid · Facultad de Medicina

AUTORA

Marina Gallego Jiménez

Subdirección General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación

Instituto de Salud Carlos III

Ctra. Majadahonda - Pozuelo Km 2,200

28220 - Majadahonda, Madrid

TUTORA

Azucena Pedraz Marcos

Sección departamental de Enfermería – Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Madrid

C/ Arzobispo Morcillo, 2

28029 - Madrid

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la directora de este trabajo, la Dra. Azucena Pedraz, por el apoyo que me ha mostrado para llevarlo a cabo desde la primera tutoría y por aclarar mis ideas en los momentos de incertidumbre.

A las compañeras y profesores del máster, que me han acompañado y guiado durante un año duro a la vez que gratificante, especialmente a la Dra. Pilar Serrano por su dedicación y trabajo.

A los profesionales del Hospital Gregorio Marañón que han hecho posible la captación de participantes en su Clínica de TCA.

A los amigos, amigas y familiares que me han apoyado personalmente cuando lo he necesitado, antes y durante la realización de este trabajo.

Finalmente, el mayor agradecimiento de este trabajo es para las participantes que han prestado su estimado tiempo y han expuesto sus vivencias, a pesar del sufrimiento que ello les supone, para que futuras generaciones puedan beneficiarse de lo que puedan aportar.

ÍNDICE

RESUMEN	7
Palabras clave	7
ABSTRACT	8
Key words	8
INTRODUCCIÓN.....	9
Autolesiones no suicidas.....	9
Epidemiología de las autolesiones no suicidas	11
Factores asociados.....	11
Funciones de las autolesiones no suicidas	12
Autolesiones no suicidas y DSM	14
Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	15
Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	16
Asociación entre TCA y ALNS	17
La imagen corporal y su relación con los TCA y las ALNS.....	18
Influencia social y cultural en el desarrollo de TCA y ALNS	21
Justificación	24
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	25
MÉTODO	27
Población a estudio	27
Estrategia de captación y ámbito de estudio	28
Muestreo	29
Variables a explorar	30
Recogida de datos: entrevista en profundidad	30
Análisis de los datos	32
Aspectos éticos	33
RESULTADOS	35
Examen del protocolo de investigación	35
Estrategia de captación y ámbito de estudio	35
Población y variables a estudio	35

Recogida de datos	36
Resultados preliminares sobre los objetivos de la investigación	37
Significado de las ALNS.....	37
Sentimientos implicados durante el proceso autolesivo.....	39
Factores que intervienen en el proceso de la ALNS	41
DISCUSIÓN.....	48
Limitaciones y fortalezas del estudio	54
CONCLUSIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	65
Anexo 1. Criterios DSM-V para anorexia nerviosa:.....	65
Anexo 2. Criterios DSM-V para bulimia nerviosa:	66
Anexo 3. Informe favorable del Comité Ético de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid	67
Anexo 4. Informe favorable Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Gregorio Marañón	68
Anexo 5. Documento de consentimiento informado y hoja de información para mayores de 18 años	69

RESUMEN

Objetivo general: Explorar exhaustivamente el fenómeno de la autolesión no suicida (ALNS) en pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa (AN) y/o bulimia nerviosa (BN).

Método: Estudio piloto cualitativo descriptivo con perspectiva fenomenológica, mediante entrevistas en profundidad. Se realizaron tres entrevistas entre la población a estudio: mujeres mayores de 12 años, diagnosticadas de AN y/o BN, de la Comunidad de Madrid, que se autolesionen (criterios DSM-5). El análisis del discurso se realizó utilizando un proceso inductivo.

Resultados: La captación en el centro donde reciben tratamiento ha permitido reclutar participantes, a diferencia de la captación mediante un mensaje en internet. La edad de las participantes fue mayor de la esperada. Las variables propuestas para la investigación resultan pertinentes.

El proceso de la ALNS, entendido como un ciclo, es una consecución de sentimientos positivos y negativos, asociados a circunstancias muy diversas como la imagen corporal, la familia, los problemas sociales derivados del trastorno alimentario y la autopercepción.

Conclusiones: La realización de un estudio piloto supone un criterio de calidad en la investigación ya que ha podido dar cuenta de necesidades no previstas en el protocolo, que se corregirán para la continuación de ésta.

Los elementos hallados en relación a las ALNS deben ser tenidos en consideración para el estudio del fenómeno y se debe estar abierto a la aparición de otros nuevos, que emerjan durante la investigación.

Palabras clave

Autolesiones no suicidas, Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Imagen corporal, Influencia social, Regulación afectiva.

ABSTRACT

Overall objective: To deeply explore non suicidal self-injury (NSSI) phenomena in patients diagnosed with anorexia nervosa (AN) and/or bulimia nervosa (BN).

Method: Pilot, descriptive qualitative study with phenomenological perspective, through deeply interviews. Three interviews were carried out The study population: women aged up to 12 years, diagnosed with AN and/or BN in the Community of Madrid, who self-injury theme selves (according DSM-5). Discourse analysis was performed using an inductive process.

Results: The uptake in the center where they receive treatment has enabled recruit participants, unlike the uptake by a message in a forum on-line. The age of participants was higher than expected and proposed variables for research are relevant to achieve the overall objective of the study.

The process of NSSI, understood as a cycle, is a sequence of positive and negative feelings associated with circumstances such as body image, family, social problems arising from the eating disorder and self-perception.

Conclusions: The implementation of a pilot study is a quality criterion in research since it has been possible to account for needs not envisaged by the protocol, which will be corrected to carry on with the investigation.

The elements found in relation to NSSI must be taken into consideration for the study of the phenomenon and the investigation team has to be opened to the appearance of new topics, emerging from the discourses.

Key words

Self-mutilation, Self-Injurious Behavior, Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Body image, Social interaction, Emotion regulation.

INTRODUCCIÓN

Autolesiones no suicidas

Las autolesiones son comportamientos en los que una persona se inflige un daño deliberado a sí mismo. Más específicamente, las autolesiones no suicidas (ALNS) son una conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo, llevado a cabo con la expectativa de un daño físico moderado sin la intención de provocar la muerte (In-Albon, Ruf, & Schmid, 2013). Estas se sitúan en contraste con el intento de suicidio, donde la lesión busca provocar la muerte propia (King et al., 2008). El término ALNS fue definido por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Auto-lesión (ISSS, por sus siglas en inglés), en el año 2007, como “la destrucción deliberada, autoinfligida de cualquier tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionadas por la sociedad” (International Society for the Study of Self-Injury, 2007). En este grupo de acciones, no se incluye, por tanto, la práctica de los tatuajes o las perforaciones corporales.

Aunque el corte es uno de los comportamientos de autolesión más conocidos y prevalentes, conformando el 70-90% de las conductas autolesivas no suicidas, esta puede tomar muchas formas, como quemaduras, arañazos y golpes (Claes, Klonsky, Muehlenkamp, Kuppens, & Vandereycken, 2010; Klonsky, 2007). Las manos, muñecas y brazos son las áreas afectadas más comúnmente aunque la auto-lesión puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. La realización de cortes en zonas que no sean los brazos o manos se relaciona con mayor número de trastornos emocionales como depresión, disociación y uso de drogas (Laukkanen, Rissanen, Tolmunen, Kylmä, & Hintikka, 2013). La gravedad física de la auto-lesión puede variar desde heridas superficiales a cicatrices o desfiguraciones duraderas (International Society for the Study of Self-Injury, 2007).

En 2012, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) propuso incluir por primera vez a la autolesión sin intento de suicidio en el DSM V, definiéndola del siguiente modo:

- A. “El individuo en el último año, durante al menos cinco días, se ha auto-infligido de manera intencional daño en la superficie de su cuerpo, del tipo que puede

inducir sangrado o moretones o dolor, con propósitos no sancionados por la sociedad (tatuajes, perforaciones, etc.), pero realizados con la esperanza que la lesión produzca únicamente daño físico leve o moderado. La ausencia de intento suicida es, o bien reportada por el paciente, o bien se puede inferir a que el paciente sabe, por experiencia, que sus métodos de lesionarse no tienen potencial letal. La conducta no es de naturaleza común ni trivial (como es el hurgarse una herida o morderse las uñas).

- B. La lesión intencional está asociado con al menos dos de los siguientes:
1. Precipitante psicológico: pensamientos o sentimientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, enojo, aflicción generalizada, o auto-crítica, que ocurren en el período inmediatamente antes del acto de autolesión.
 2. Deseo o necesidad: antes de incurrir en el acto, un período de preocupación (pensamientos alrededor de) acerca de la conducta a realizar que es difícil de resistir.
 3. Preocupación: el impulso de realizar la autolesión ocurre frecuentemente, aunque no se tenga que actuar sobre él.
 4. Respuesta contingente: La actividad se realiza con un propósito; este puede ser el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo, o una dificultad interpersonal, o para inducir un estado emocional positivo. El paciente anticipa que esto va a ocurrir ya sea durante o inmediatamente después de la autolesión.
- C. La conducta y sus consecuencias causan de manera clínicamente significativa aflicción, o un deterioro funcional en áreas como la interpersonal, académica u otras.
- D. La conducta no ocurre exclusivamente en estados de psicosis, delirio o intoxicación. En individuos con un trastorno de desarrollo, la conducta no es parte de un patrón de estereotipos repetitivos. La conducta no puede deberse a ningún otro trastorno mental o médico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, Síndrome de Lesch-Nyhan)” (In-Albon et al., 2013).

Epidemiología de las autolesiones no suicidas

En Europa, estudios realizados con poblaciones adolescentes escolarizadas, encontraron prevalencias de conducta autolesiva ocasional cercanas al 11% y del 2-4% en el caso de ALNS de repetición (Brunner et al., 2007; Laukkanen et al., 2009). Posteriormente, otro estudio europeo realizado con jóvenes de 15 a 17 años, halló que el 6,7% de los encuestados cumplían criterios diagnósticos de la propuesta DSM-V para la autolesión al momento de realizarla, suponiendo el 11,1% en el caso de mujeres y el 2,3% de los varones (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013). Estas cifras se incrementan en EEUU, donde encontramos valores del 6-8% de prevalencia de ALNS recurrente en adolescentes y adultos jóvenes, alcanzando el 37% de prevalencia de punto (Whitlock, 2010; Whitlock et al., 2011) y una edad media de inicio de realización de ALNS de 15,2 años (Whitlock et al., 2011). En España no existen datos para la población general, pero se conoce que el 21,7% de los jóvenes de 11 a 18 años ingresados por patología mental, se ha autolesionado al menos una vez en la vida (Díaz de Neira, M; García-Nieto, R; de León-Martínez, V; Pérez Fominaya, M; Baca-García, E; Carballo, JJ., 2013) y que así ocurre en el 30 % de las mujeres en tratamiento por AN (Claes et al., 2015).

Factores asociados

Las ALNS encuentran mayor prevalencia en los adolescentes y adultos jóvenes (Rodríguez, Rodríguez, Gempeler, & Garzón, 2013). Relativo al género, la mayoría de los estudios realizados en adolescentes anteriormente mencionados encuentra que esta conducta es significativamente mayor en las mujeres (Brunner et al., 2007; Laukkanen et al., 2009), aunque otros indican que no hay diferencias por género (Heath, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008). Otro factor altamente asociado a las ALNS es la existencia de otro trastorno mental (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011), especialmente la depresión mayor (Hintikka et al., 2009; Rodríguez et al., 2013), los trastornos de ansiedad (Hintikka et al., 2009; Moran et al., 2012) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Favaro et al., 2008; Hintikka et al., 2009). Asimismo, las ALNS están relacionadas con presencia de conductas antisociales y abuso de drogas (Moran et al., 2012). Además, a pesar de que las lesiones provocadas en la ALNS no suelen presentar complicaciones físicas, deben ser consideradas como comportamientos de alto riesgo suicida, ya que en los pacientes de AN y BN, las personas que se autolesionan tienen hasta 3 veces mayor riesgo de intento de suicidio

(Rodriguez et al., 2013). La ALNS puede ser un indicador de un mayor grado de psicopatología y de impulsividad y compulsividad en las personas con TCA (Claes et al., 2015; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2001) y por ello ha de tenerse en cuenta a la hora de elegir una estrategia terapéutica del TCA o de la comorbilidad asociada.

Funciones de las autolesiones no suicidas

Para el entendimiento del comportamiento autolesivo, necesario para mejorar el tratamiento de este (Wilkinson & Goodyer, 2011), se han llevado a cabo diversos modelos teóricos que intentan explicar las funciones de la ALNS desde la década de los 80, mediante informes de casos o revisiones teóricas. El término *función*, por los usos que se le da en las investigaciones de este ámbito, merece una aclaración. A menudo este término es usado como sinónimo de causa o propósito, sin embargo el estudio de las funciones de un comportamiento engloba el análisis de las circunstancias que causan ese comportamiento, examinando los antecedentes y consecuencias en el individuo (King et al., 2008).

A finales del siglo pasado se comenzaron a realizar mediciones empíricas para corroborar la existencia de las diferentes funciones de la ALNS a distintos niveles. Una revisión de la investigación acerca de las funciones de la ALNS, examinó 18 estudios llevados a cabo desde 1989 hasta 2004 de los que se extrajeron 7 modelos funcionales de la autolesión (Klonsky, 2007):

- Regulación afectiva: para aliviar sentimientos negativos o de aversión.
- Anti-disociación: para acabar con la experiencia de despersonalización o disociación.
- Anti-suicida: para reemplazar o eliminar el impulso suicida.
- Límites interpersonales: para afirmar la autonomía personal o para distinguir el yo y los demás.
- Influencia interpersonal: para buscar ayuda de los demás.
- Auto-castigo: para expresar la ira hacia uno mismo.
- Búsqueda de sensaciones: para generar emoción, excitación o estimulación.

En este estudio se indica además que las múltiples funciones encontradas no son excluyentes en un mismo individuo, e incluso que pueden solaparse conceptualmente, describiendo diferentes aspectos del mismo fenómeno. De los descritos, el modelo funcional que más apoyo empírico ha recibido para su demostración y estudio en

profundidad es el modelo de regulación afectiva, debido a que es la función más prevalente de ALNS (Claes, Klonsky, et al., 2010; Muehlenkamp et al., 2009).

Basándose en los resultados de estudios previos, en 2004 se propone y evalúa por primera vez el Modelo de las Cuatro Funciones de las ALNS (*Four Function Model*, en inglés), que ofrece un modelo integrado teórico de las funciones de autolesiones en adolescentes y es ampliamente estudiado posteriormente. Este modelo establece que existen cuatro funciones primarias de las ALNS que difieren en dos dimensiones dicotómicas: negativa versus positiva y automática o social, dándose las siguientes funciones (Nock & Locke, 2008; Nock & Prinstein, 2004):

- Refuerzo negativo automático o interpersonal: control de los malos sentimientos.
- Refuerzo positivo automático o interpersonal: autocastigo o búsqueda de emociones.
- Refuerzo positivo social o intrapersonal: sentirse parte de un grupo o búsqueda de distintas reacciones ajenas.
- Refuerzo negativo social o intrapersonal: evitar socializar, ir al colegio o al trabajo.

Diversos autores de estudios posteriores se han servido de este modelo como guion o base de sus investigaciones (Dahlström et al., 2015; Lloyd-richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2008).

Centrándose en una población de mujeres con TCA, Claes y Muehlenkamp encontraron que la regulación afectiva es la causa predominante de la ALNS, y específicamente lo es la eliminación o alivio de “malos sentimientos” que es seguida del autocastigo. Sin embargo, el patrón es el contrario para los sujetos cuya forma de autolesión es el golpe, en los que el autocastigo es la causa más frecuentemente reportada (Claes, Klonsky, et al., 2010). Centrado en esta misma población, en 2011 propusieron un modelo conceptual específico de los TCA, llevado a cabo mediante mediciones empíricas con escalas validadas para explicar la ALNS en esta población, e integrando los factores de riesgo asociados a ambos trastornos: trauma infantil, psicopatología, baja autoestima, disociación e insatisfacción corporal. Este estudio encuentra significación estadística para dos de las vías propuestas teóricamente (Figura 1). A pesar de no quedar estadísticamente confirmadas las relaciones teorizadas entre patología e insatisfacción corporal y ALNS e insatisfacción corporal y ALNS, los autores no las descartan y

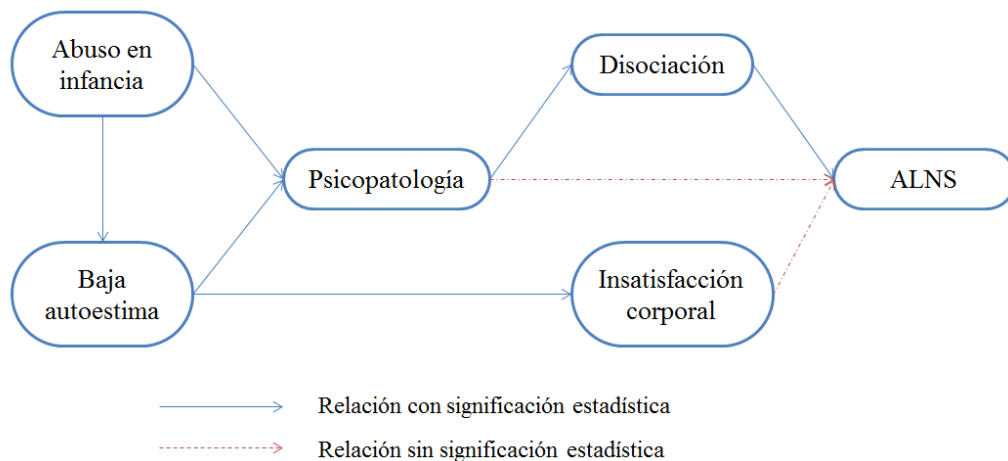
enfatan la necesidad de profundizar en su estudio (Muehlenkamp, Claes, Smits, Peat, & Vandereycken, 2011).

En cuanto al abordaje del estudio de las funciones de la ALNS desde una perspectiva cualitativa, sólo se ha encontrado un estudio que teorice sobre las funciones de éstas, estableciendo tres categorías principales:

- Conciencia emocional, relacionada con la necesidad de conocer o controlar las emociones propias.
- Sentido de la realidad, relacionado con la falta de conciencia del ser.
- Experiencia corporal, que incluye situaciones como la disociación, la “suspensión” o la “falta de identidad” (Horne & Csipke, 2009).

Sin embargo, el estudio de las funciones está limitado a aquellos que reportan sentir emociones abrumadoras y/o deseo de “sentir algo”, lo que podría formar parte de la regulación afectiva, pero excluye funciones como la del auto-castigo, descritas en la literatura (Claes, Klonsky, et al., 2010; Horne & Csipke, 2009; Klonsky, 2007).

Figura 1. Modelo de ALNS en pacientes de TCA de Muehlenkamp, Claes, Smits, Peat y Vandereycken.



Extraído de Muehlenkamp et al., 2011

Autolesiones no suicidas y DSM

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado por la (APA) es la clasificación estándar de los trastornos mentales utilizados por los profesionales de salud mental en los Estados Unidos. Está destinado a ser utilizado en todos los entornos clínicos ya sea en el campo de la medicina como en psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional. A lo largo de los años, desde 1958, las

diferentes versiones del DSM han ido variando la definición y clasificación de las patologías mentales hasta llegar a su quinta edición, publicada en mayo de 2013 (American Psychiatric Association, 2015).

Debido a la alta prevalencia de las ALNS y las consecuencias derivadas estas (In-Albon et al., 2013; Zetterqvist et al., 2013), se dieron propuestas entre la comunidad científica para categorizarla como trastorno independiente en el DSM-V (Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009; Wilkinson & Goodyer, 2011). La revisión aceptada en noviembre de 2012 para la elaboración de la quinta edición del manual sobre el diagnóstico de ALNS propuso incluir por primera vez a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el Trastorno de Autolesión No Suicida (*Non-suicidal Self Injury* en la versión original).

No obstante, a pesar de que se dieron apoyos en la comunidad médica esta propuesta, posteriormente a su publicación, indicando que la inclusión de la ALNS como diagnóstico autónomo supondría una mejora en el tratamiento y evitaría los problemas derivados de la falta de diagnóstico específico (Lengel & Mullins-Sweatt, 2013), la ALNS no fue finalmente incluida en la versión final del DSM-V. De este modo, actualmente no es oficialmente considerado un trastorno mental, sino como un criterio para el diagnóstico de otros trastornos, como ya sucedía en la versión anterior.

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Los TCA engloban significados muy diferentes dependiendo del tiempo y el lugar de su diagnóstico. Las descripciones de auto-inanición se encuentran ya en escritos medievales pero no fue hasta el siglo XIX cuando la anorexia nerviosa (AN) se diagnosticó como problema médico en Gran Bretaña, en 1868. La AN aparece por primera vez en el DSM, en su tercera edición de 1979 (Martínez-Aedo, 2000).

En cuanto a la bulimia nerviosa (BN), su primera descripción conocida como patología médica data del siglo XIX. En 1979 Russel la describe como variante de la AN, diferenciada de esta en el normopeso de la paciente. La BN es incluida por primera vez como categoría independiente de la AN en el CIE-10, en su capítulo de trastornos mentales y del comportamiento, y en 1995 se incluyó en el DSM-IV. Los tres trastornos que conformaban esta categoría eran AN, BN y trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

En la quinta edición del DSM la Asociación Americana de Psiquiatría, amplía el antiguo capítulo de los TCA que pasa a denominarse Trastornos *alimentarios y de la ingestión de alimentos* (TAIA). Entre los cambios más significativos desde la anterior versión se encuentran el reconocimiento del trastorno de atracón, que acaparaba una parte significativa de los diagnósticos del trastorno de la conducta alimentaria no especificado (American Psychiatric Association, 2014), las revisiones de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y la inclusión de la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno evitación/restricción de la ingesta de alimentos (American Psychiatric Association, 2013). A pesar de estos cambios, la literatura sigue haciendo alusión a los TCA (*Eating disorders*) cuando se habla de AN, BN y trastorno de atracón de manera conjunta. Una característica común a AN y BN, y que no aparece específicamente en los demás TAIA, es la existencia de comportamientos compensatorios o restrictivos inapropiados, realizados con el fin de no ganar peso.

Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Diferentes artículos científicos que estudian la epidemiología de los TCA aceptan el hecho de que la incidencia y prevalencia de los TCA es alta y creciente, llegándose incluso a emplear el término “epidemia” para referirse a ellos (Peláez Fernández, Raich i Escursell, & Labrador Encinas, 2010; Portela de Santana, M., Ribeiro, H., Giral, M., & Raich, 2012). También existe consenso en la dificultad existente de precisar los datos epidemiológicos, tanto por la variabilidad que se observa en los estudios epidemiológicos, debida al uso de diferentes criterios diagnósticos e instrumentos de medida, como por el estigma que acompaña a la enfermedad, que hace que las pacientes no suelen revelar sus síntomas a los profesionales de la salud y a la familia (Peláez Fernández et al., 2010; Portela de Santana et al., 2012). Según una revisión de la literatura realizada con artículos en inglés, portugués y español, la prevalencia puntual de la AN es de 0,1 al 1,5%, siendo del 0,1 al 2% para BN (Portela de Santana et al., 2012). En la misma línea, un estudio del año 2011, que utilizaba los criterios DSM-IV para el diagnóstico de los TCA, mediante una entrevista clínica, concluyó con una muestra de 10.123 adolescentes estadounidenses, que la prevalencia en un año de la AN era de 0,2 y de 0,6 para BN. Este mismo estudio establece que la edad media de inicio de la AN es 12,3 años, siendo 12,4 años en el caso de la BN (Swanson et al., 2011).

En España, otra revisión realizada con estudios epidemiológicos, concluye que las tasas de prevalencia de nuestro país son similares a las de otros países desarrollados, siendo la prevalencia del conjunto de TCA del 1 al 3% en población adolescente de ambos sexos y del 4 al 5% en mujeres jóvenes y adolescentes. Sin embargo, en nuestro país, existen gran cantidad de estudios, que por no utilizar un instrumento diagnóstico adecuado, sólo pueden señalar la población de riesgo de padecer TCA y no la prevalencia de estos trastornos. En estos estudios se señala que el porcentaje de mujeres y hombres con riesgo de padecer TCA es del 12,3%-31,2% y del 1,8-12%, respectivamente (Peláez Fernández et al., 2010). En el informe de vigilancia epidemiológica de la Comunidad de Madrid, de 2012, se establece que durante el año 2010, se produjeron en la Comunidad un total de 367 ingresos hospitalarios con diagnóstico principal TCA, suponiendo estos el 0,05% de los ingresos totales y el 2,3 % de los ingresos producidos por trastornos mentales, cifra que aumenta hasta el 0,5% del total y 12,1% de trastornos mentales en la franja de edad de 15 a 24 años (Oliva, Gandarillas, Sonego, Díez-Gañan, & Ordobás, 2012). En cuanto a los factores de riesgo existe un claro predominio femenino en este informe, que es corroborado por otros estudios (Portela de Santana et al., 2012), sin embargo, el informe de la Comunidad de Madrid apunta la importancia del incremento de conductas de riesgo en la población masculina. Otro dato alarmante es la presencia simultánea de crisis de atracones, vómito autoprovocado y restricción alimentaria de 24 horas referida por el 2,8% de mujeres y el 0,3% de los hombres jóvenes, según recoge el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a la población Juvenil (SIVFRENT-J) (Oliva et al., 2012).

Asociación entre TCA y ALNS

Los TCA y las ALNS suponen un importante problema de salud pública entre la población adolescente y los adultos jóvenes (Jacobson & Luik, 2014). Existe una fuerte asociación entre ambos eventos en lo que a cifras se refiere. La prevalencia de ALNS en enfermos de TCA es muy imprecisa, con cifras que van desde 13,6% al 68,1%, ya que estas difieren en función del tipo de trastornos y lesión y a que las definiciones de la ALNS varía en los diferentes estudios (Claes et al., 2015; Jacobson & Luik, 2014; Rodríguez et al., 2013; Svirko & Hawton, 2007). Existe discrepancia en cuanto si el subtipo de TCA afecta a la prevalencia y tipo de ALNS, encontrando estudios que establecen que la BN o los subtipos purgativos de AN son factor de riesgo de ALNS

frente al padecimiento de AN restrictiva (Paul, Schroeter, Dahme, & Nutzinger, 2002; Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen, & Koivisto, 2005), mientras que otros no indican dicha diferencia (Claes et al., 2015; Rodriguez et al., 2013). Si se leen las cifras desde la perspectiva opuesta, se encuentran prevalencias de TCA en pacientes que se autolesionan en el 54-61% de los casos (Svirko & Hawton, 2007). Una posible explicación de esta correlación podría ser que tanto los TCA como las ALNS, a menudo ejercen un papel regulador de las emociones (Muehlenkamp et al., 2009).

Además de los datos epidemiológicos que relacionan directamente entre sí estos dos conceptos, se encuentran multitud de factores asociados comunes para los TCA y las ALNS, como son: ansiedad, depresión (Jarvi, Jackson, Swenson, & Crawford, 2013; Monterrosa-Castro & Cuesta-Fernández, 2012), ideación suicida (Jarvi et al., 2013; Swanson et al., 2011), trastornos disociativos, mala regulación afectiva, trauma y/o abuso infantil, (Jarvi et al., 2013; Monterrosa-Castro & Cuesta-Fernández, 2012; Svirko & Hawton, 2007), impulsividad, características obsesivo-compulsivas, baja autoestima, autocastigo, mal ambiente familiar (Monterrosa-Castro & Cuesta-Fernández, 2012; Svirko & Hawton, 2007) e insatisfacción corporal (Jacobson & Luik, 2014).

La imagen corporal y su relación con los TCA y las ALNS

La imagen corporal es una representación que se hace del cuerpo, en la cual se ven involucrados los sentimientos, valoraciones, actitudes y conductas hacia el mismo. Constituye una representación mental subjetiva asociada a funciones y posibilidades, reales o imaginarias, así como a las emociones que estas generan. Su formación tiene carácter interactivo, en la manera que interfiere en las relaciones personales con el entorno y con uno mismo. La construcción de la imagen corporal es un proceso complejo en el que se conjugan diversas dimensiones y factores (Pastor Carballo, 2004). Como recogen Banfield y McCabe, existen diferentes modelos y clasificaciones de las dimensiones de la imagen corporal, pero generalmente, estas conceptualizaciones incorporan al menos una de las siguientes dimensiones (Banfield & McCabe, 2002):

- Dimensión perceptual: precisión con la que el individuo es capaz de juzgar su talla, forma y peso acorde a sus proporciones reales.
- Dimensión cognitiva: creencias que el individuo tiene sobre su apariencia.
- Dimensión afectiva: sentimientos que el individuo siente hacia su cuerpo.

- Dimensión conductual: manifestación o consecuencia de las otras dimensiones de la imagen corporal.

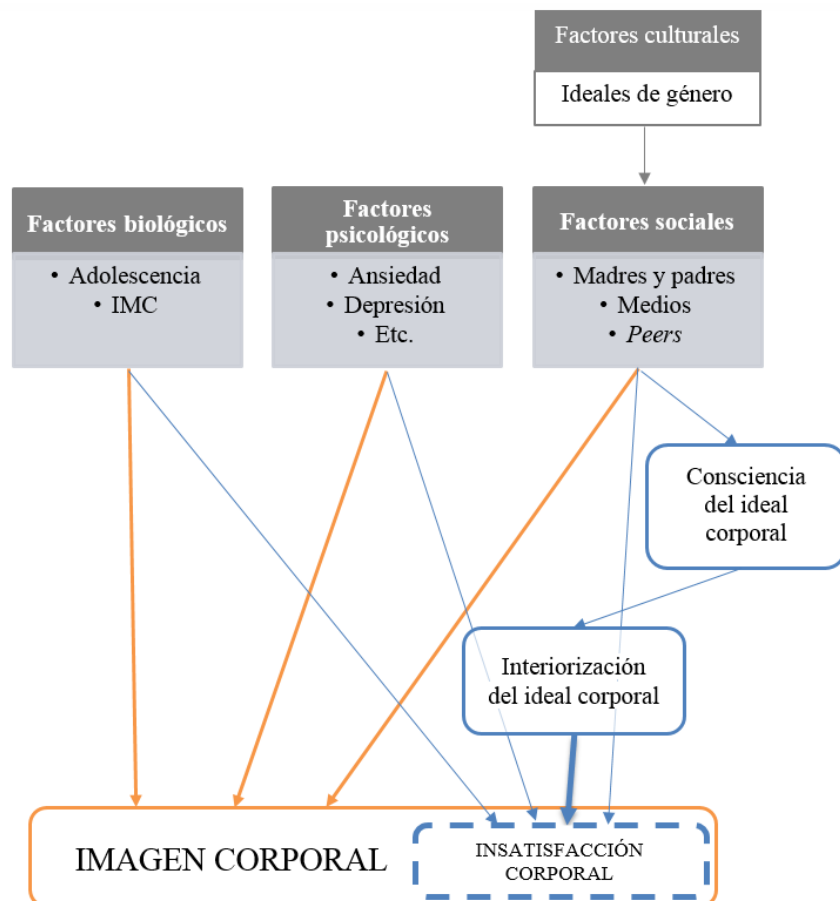
El término insatisfacción corporal, se correspondería con la agrupación de las dimensiones afectiva y cognitiva, cuando éstas se expresan de forma negativa, o tan solo con la dimensión afectiva negativa, dependiendo el autor (Banfield & McCabe, 2002). La necesidad de estudiar la insatisfacción corporal en el marco del presente estudio se apoya en que esta supone un importante factor de riesgo directo e indirecto, común para los TCA y las ALNS (Amaya et al., 2013; Monterrosa-Castro & Cuesta-Fernández, 2012; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Portela de Santana et al., 2012). En la AN es criterio diagnóstico el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal y en la BN lo es el hecho de que la autoevaluación esté exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. (American Psychiatric Association, 2013). Además existen estudios que relacionan directamente la insatisfacción corporal con la motivación para la realización de dietas a edades tempranas e implicación en conductas de adelgazamiento no saludables, lo cual está considerado factor de riesgo del desarrollo y mantenimiento de TCA (Amaya et al., 2013; Portela de Santana et al., 2012). En cuanto a las ALNS, existen estudios que ponen de manifiesto la relación significativa, en los adolescentes, entre la insatisfacción corporal y las ALNS (Muehlenkamp & Brausch, 2012; Ross, Heath, & Toste, 2009), principalmente en la función de regulación afectiva de la autolesión (Duggan, 2011).

En relación con el concepto de imagen corporal, trascienden una serie de conceptos asociados, que se hace necesario conocer, distinguir y relacionar en el ámbito del presente estudio (Figura 2). Los **ideales de género** o valores estéticos y de atractivo ligados al referente corporal que distingue a mujeres y hombres (Pastor Carballo, 2004), afectan a la satisfacción corporal y al desarrollo de estrategias de control y modificación corporal para que se ajuste a los parámetros socialmente *ideales*. Mientras que los ideales de apariencia para las mujeres se corresponden con una conjugación de juventud, delgadez y belleza, en los hombres se resumen en el poder físico. La exposición a la imagen corporal transmitida socioculturalmente genera la **interiorización del ideal corporal**, que es la adopción de los cánones de belleza socialmente establecidos para hacerlos propios, lo cual es un predictor directo del desarrollo de la insatisfacción corporal. (Amaya, Alvarez, & Mancilla, 2010). Ha de distinguirse la interiorización del ideal corporal de la **consciencia del ideal corporal**.

Este último supone el reconocimiento de las normas sociales hacia el ideal corporal, pero está exento de la realización de conductas para alcanzarlo (Amaya et al., 2013).

En las mujeres, se ha relacionado directamente la insatisfacción corporal con factores biológicos, como la pubertad o la masa corporal, factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión, y factores socioculturales, entre los que destacan tres pilares fundamentales: medios de comunicación, compañeros o pares y padres y madres (Amaya et al., 2013; Lawler & Nixon, 2011; McCabe, Ricciardelli, & Holt, 2010; Pastor Carballo, 2004). La mayoría de los estudios que examinan la insatisfacción corporal por sexos coinciden en que el nivel de insatisfacción difiere, siendo la mujer quien padece más insatisfacción corporal y de un modo diferente que el hombre (Amaya et al., 2010; Duggan, Toste, & Heath, 2012; Lawler & Nixon, 2011; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

Figura 2. Factores influyentes sobre la imagen y la insatisfacción corporal



Elaboración propia a partir de Amaya et al., 2013, 2010; Duggan et al., 2012; Lawler & Nixon, 2011; McCabe et al., 2010; Vaquero-Cristóbal et al., 2013.

Cabe lugar a concretar que existe la inconformidad con alguna parte del cuerpo, sin la adopción de estrategias de modificación corporal ni cambios en la vida cotidiana, suponiendo un “malestar normativo” que difiere de la insatisfacción corporal en la adopción de conductas nocivas para la salud realizadas con la finalidad de modificar la imagen corporal (Amaya et al., 2013; Devlin & Zhu, 2001).

Influencia social y cultural en el desarrollo de TCA y ALNS

Como se ha venido explicando a lo largo de la introducción, los TCA y las ALNS son trastornos que cuentan con múltiples causas para su aparición, dentro de las cuales se encuentran características biológicas, psicológicas, situacionales y del entorno cultural. Sin embargo, los factores más inmediatos precursores de los TCA, son aquellos que conducen a la pérdida de peso, siendo estos factores de carácter sociocultural en su mayoría en el mundo occidental (García Arnaiz, 2010). Un buen ejemplo de ello lo constituye la interiorización del ideal corporal, como predictor del desarrollo de los TCA, a través del inicio de dietas, (Amaya et al., 2013; Portela de Santana et al., 2012) y de ALNS (Duggan, 2011; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Ross et al., 2009).

Abordando el papel que juega la cultura para el desarrollo de los TCA, existen reflexiones y estudios con muy diversos enfoques. Las tesis culturalistas en las que se centran los ensayos feministas de los años setenta, concebían la anorexia y la bulimia como el resultado de la posición social que ocupan las mujeres frente a los hombres. Estas propuestas han ido evolucionando hacia enfoques posestructuralistas como los de Chernin (1985) y Bordo (1993) que tienen en cuenta las representaciones sociales de la mujer y la valoración de la delgadez en la mujer, y que incluso proponen que las conductas dietéticas de las mujeres en general presentan patrones similares a las conductas halladas en los TCA. En la actualidad se trabaja con el modelo de la *agency* humana, que considera que las mujeres son capaces de crear una distancia reflexiva respecto a las imágenes socioculturales, entendiendo de este modo que la imagen corporal está sujeta a la cultura pero que las mujeres son capaces de reinterpretar estas imágenes (Esteban, 2004a; García Arnaiz, 2010). Considerar a las personas como agentes autónomos, y no como víctimas pasivas de un sistema concreto, no significa no tener en cuenta las desigualdades sociales, sino que se examinan las resistencias, contestaciones y transformaciones que las mujeres llevan a cabo para hacer frente a su cultura, de forma consciente o inconsciente (Esteban, 2004b). De este modo, cada vez

se da más importancia, y de este modo se planteará la presente investigación, a la combinación de enfoques estructuralistas y posestructuralistas, ya que ninguno de ellos, de manera aislada puede justificar los comportamientos en los trastornos a estudio. Si recurre al entorno de la persona como factor de riesgo, han de cuidarse los detalles y concretar el análisis social que se lleva a cabo.

Centrándonos en el papel que pueden jugar los medios de comunicación en el desarrollo de las ALNS, encontramos que se ha puesto de manifiesto que los referentes modélicos expuestos en los medios influyen en gran parte tanto sobre la estima del sujeto y su satisfacción corporal (Lawler & Nixon, 2011; Pastor Carballo, 2004) como sobre la construcción de la imagen corporal. La influencia social en la construcción de la imagen corporal existe desde la niñez, pero dicha influencia alcanza su mayor punto en la adolescencia (Vaquero-Cristóbal et al., 2013), como lo hacen los TCA. Multitud de modelos de estilo para jóvenes han admitido públicamente la realización de ALNS, como es el caso Angelina Jolie (Rader, 2010), Megan Fox (Rolling Stone, 2009) (Imagen 1) y Demi Lobato, una conocida *estrella Disney*, que ha admitido públicamente haber permanecido en tratamiento por bulimia (Johnston, 2011), entre muchas otras. Este hecho hace reflexionar por el mensaje que se está enviando a los adolescentes acerca de sus músicos, actores y estrellas en general. Si se perciben a sí mismos en el subgrupo de una celebridad, es esperable que el adolescente imite estas conductas autodestructivas con el fin de encajar en la sociedad (Peek, Howe-martin, Lightner, & Murrell, 2010).

Otro factor importante en la aparición de las ALNS en los adolescentes es la influencia directa de los compañeros. Los comportamientos de los adolescentes a menudo se ven influenciados por el grado de similitud que perciben de otros jóvenes (Peek et al., 2010). Algunos estudios citan el contagio social entre compañeros como mediador, tanto del desarrollo de la insatisfacción corporal (Amaya et al., 2010; Lawler & Nixon, 2011), como del inicio de la realización de ALNS (Hasking, Andrews, & Martin, 2013; Jarvi et al., 2013). Concretamente, existe un estudio longitudinal realizado en adolescentes que encontraron la asociación entre la ALNS y la existencia de estos comportamientos en algún amigo adolescente (Prinstein, Heilbron, Guerry, & Franklin, 2010).

En esta misma línea, internet puede ejercer un rol importante en el contagio de las ALNS (Jarvi et al., 2013; J. L. Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006). En España, el 92,8% de las mujeres de 10 a 15 años es usuaria de internet, llegando al 97,5% para las

mujeres de 16 a 24 años (Instituto Nacional de Estadística, 2015) y el uso de internet acerca a los contenidos de sitios potencialmente peligrosos en cuanto a las ALNS. Al igual que sucede con los TCA y sus llamadas páginas pro ANA (por anorexia) y pro MIA (por bulimia), existe el movimiento pro ALNS, que ha hecho crecer de manera



Imagen 1: Megan Fox en la portada de la revista Rolling Stone. En este número, en el cual se la denominaba en el titular como *La chica mala más sexy de América*, respondió afirmativamente ante la pregunta de si se autolesionaba, y explicó al respecto: “yo nunca me denominaría a mí misma como una cortadora (*cutter*). Las chicas pasan por diferentes fases cuando están creciendo, cuando son miserables y hacen cosas diferentes, ya sea un trastorno alimentario o un corte”.

alarmante en el último siglo el número de usuarios en internet que hablan sobre las autolesiones. Diferentes foros y redes sociales cuentan con grupos de personas que discuten las diferentes técnicas de ALNS, sirviendo imágenes y tutoriales para su realización y ofreciendo consejos sobre cómo poder ocultar sus resultados. El usuario tipo de estos foros es una mujer de 14 a 20 años, aunque no es el único modelo de receptor y proveedor de esta información (Whitlock et al., 2006). La influencia que estos sitios web ejercen sobre los jóvenes, fue analizada en una revisión sistemática publicada en 2013, que incluía estudios tanto cualitativos como cuantitativos. Este estudio indicaba que el uso de foros o redes de internet cuya temática se basa en las ALNS y el suicidio ejerce influencia tanto positiva, a nivel de encuentro de apoyos y refuerzo para eliminar la conducta, como negativa, encontrándose relaciones altamente significativas entre el uso de estos foros y el aumento de ideación suicida y realización de ALNS (Daine et al., 2013).

No obstante, la aceptación y la pertenencia a un grupo no son las únicas funciones que los jóvenes encuentran en los demás en relación al inicio de ALNS. El *Four Functions Model* de Nock explica cómo las ALNS pueden servir como refuerzo negativo, cuando existe una demanda interpersonal del sujeto de comunicar de algún modo los sentimientos negativos que sufre. De igual forma sugiere que las ALNS pueden servir a

la persona que se autolesiona para dar a conocer a su entorno la fortaleza que posee ante una situación difícil (Nock & Locke, 2008; Nock & Prinstein, 2004).

Justificación

La literatura avala que el conocimiento de las funciones de la ALNS supondría una mejora en el establecimiento de estrategias terapéuticas (Klonsky, 2007; Wilkinson & Goodyer, 2011). Además, el entendimiento de este fenómeno podría ayudar a su prevención primaria, mediante programas específicos de prevención y de educación para la salud, que podrían ser gestionados y ejecutados por enfermería en colaboración con otros profesionales. Del mismo modo, el conocimiento de factores asociados a la ALNS facilitaría su detección precoz en la cual la enfermera se sitúa en una posición clave para la correcta y pronta derivación a los profesionales pertinentes.

El estudio de las ALNS tiene todavía muchas incógnitas pendientes, como el papel que juega la insatisfacción corporal y la influencia social en la ALNS en personas con AN y BN (Muehlenkamp et al., 2011).

El estudio que se presenta pretende abordar el estudio de estas incógnitas mediante la exploración exhaustiva de las diferentes esferas de la insatisfacción corporal en las mujeres que se autolesionan, poniéndolo en relación con el estudio de la influencia y efecto social que produce la ALNS dentro del círculo de la mujer con TCA.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La investigación arranca con la hipótesis de que existen, al menos, tantas causas de la autolesión no suicida como modelos se han postulado acerca de este fenómeno y que además estas pueden coexistir en una misma persona, haciendo del proceso autolesivo un fenómeno altamente complejo.

La imagen corporal, mediada o no por la influencia social, ejerce un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de las autolesiones en las personas que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Por otro lado, aunque momentáneamente la autolesión produzca una sensación que alivie en cierto modo el estado de malestar de la persona, siendo esto lo que la impulsa a la persona a autolesionarse, a largo plazo la autolesión genera un nuevo estado, bien de malestar y rechazo hacia el propio comportamiento, o bien de refuerzo hacia este, que hace que este procedimiento se repita en ambos casos, suponiendo un círculo vicioso relacionado con la enfermedad.

Para el estudio de todo lo anteriormente expuesto, se realizará un estudio cualitativo que permita abordar el objetivo general de explorar exhaustivamente el proceso autolesivo no suicida en pacientes diagnosticadas de AN y/o BN que permita en un futuro la elaboración de un modelo conceptual de la ALNS en mujeres que sufren dichos trastornos. Como objetivos específicos se encuentran:

- Identificar las causas que impulsan a las mujeres con AN y/o BN a realizarse ALNS, a través del conocimiento de sus vivencias.
- Identificar las consecuencias de la ALNS en mujeres con AN y/o BN.
- Explorar el papel que juega la insatisfacción corporal y la influencia social en las ALNS en mujeres con AN y/o BN.

Para testar la viabilidad del protocolo de esta investigación, se realizará un estudio piloto, cuya metodología, resultados y conclusiones se muestran en este manuscrito. Los objetivos específicos de este pilotaje son:

- Comprobar la idoneidad de la estrategia de captación propuesta.
- Comprobar la viabilidad y pertinencia de la exploración de las variables presentadas en el protocolo.
- Comprobar la viabilidad de la herramienta de recolección de datos.

Objetivos

- Presentar los resultados preliminares de la investigación y reconsiderar los objetivos de la investigación.

MÉTODO

Se realiza un estudio piloto de una investigación con abordaje cualitativo ya que ésta pretende aproximarse a percepciones, sentimientos y emociones que se capturan mejor desde este paradigma de investigación. La necesidad de realizar un estudio piloto para esta investigación se justifica primeramente con la necesidad de evaluar la viabilidad de la conducción de la investigación. No obstante, el estudio piloto no se limita a verificar la viabilidad del uso de una herramienta de recogida de información como sucede en muchos pilotajes (Van Teijlingen & Hundley, 2002), sino que permite tomar conciencia de las dificultades de la investigación que se va a llevar a cabo, permite evaluar la idoneidad de la selección metodológica y del diseño de la investigación acorde a los objetivos a estudio e incluso debe hacer reflexionar sobre la pertinencia de éstos últimos en relación al fenómeno a través de la evaluación de los hallazgos preliminares (Kim, 2010; Van Teijlingen & Hundley, 2002).

La perspectiva del estudio es fenomenológica ya que permite describir el significado de la experiencia de la ALNS a partir de la visión de los participantes, ayudándonos a mostrar, y no a demostrar el fenómeno. El objetivo del acercamiento fenomenológico, desarrollado por Husserl, es adquirir una comprensión de las estructuras esenciales de estos fenómenos sobre la base de ejemplos mentales proporcionados por la experiencia; no es ni el sujeto ni el mundo, sino el mundo vivido por el sujeto (Marí, Bo, & Climent, 2010). A pesar de hacer hincapié en la influencia social en el fenómeno, el presente estudio no busca conocer la realidad, naturaleza y morfología de esa influencia, sino explorar cómo esta afecta a la población a estudio.

Población a estudio

La población a estudio son las mujeres diagnosticadas de TCA en la Comunidad de Madrid, en periodo de ingreso o tratamiento ambulatorio. Para poder acceder al estudio, la participante ha de contar con todas las características o condiciones citadas a continuación:

- Presencia de ALNS según propuesta de In-Albon et al., para la inclusión de esta patología en el DSM-V.
- Diagnóstico de AN y/o BN según criterios DSM-V (Anexo 1 y 2).

- Ser mujer. La insatisfacción corporal no afecta de la misma manera a ambos sexos, por lo que se requiere su estudio de manera independiente (Amaya et al., 2013). Es por ello, sumado a la mayor prevalencia de TCA y ALNS en mujeres, por lo que la muestra la conformarán exclusivamente mujeres en este pilotaje.
- Tener más de 12 años. Esta selección se justifica por los datos epidemiológicos del inicio de TCA y ALNS.

Se excluye a las mujeres que no firmen el consentimiento informado o no tengan el consentimiento informado de sus tutores legales, en el caso de ser menor de edad.

Estrategia de captación y ámbito de estudio

Para llevar a cabo la captación de participantes y teniendo en cuenta la necesidad de lograr una muestra lo más heterogénea posible, se contactó con diferentes instituciones que permitieran llegar a mujeres que tuvieran diferentes tiempos de curso de la enfermedad.

En primer lugar se contactó con la Asociación en Defensa de la Anorexia para solicitar la publicación de un anuncio del estudio en el foro virtual que la asociación tiene disponible en su portal web. Como apoyo a la solicitud se presentó el informe favorable del Comité Ético de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

Además, se solicitó la participación del personal sanitario de diferentes centros sanitarios en la información de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión para participar en estudio:

- Centro de Salud Mental Miraflores: consultas externas de un centro de área no metropolitana.
- Hospital Niño Jesús: Sala Santiago de hospitalización breve por TCA en menores de 18 años y consultas externas de menores de 18 años.
- Hospital Gregorio Marañón, Clínica de TCA: consultas externas de una de las dos Clínicas de TCA para la Comunidad de Madrid cuyo acceso solo es posible por derivación desde los Centros de Salud Mental o al alta de la Unidad de Día de TCA del Hospital Universitario Santa Cristina.
- Centro de Salud Mental de Argüelles: consultas externas de un centro de área metropolitana.

Debido a la amplitud en el tiempo de los trámites necesarios para la captación, para la realización de este pilotaje exclusivamente se ha contado con la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde las captaciones han sido realizadas por la psicóloga implicada en el tratamiento de las pacientes. No obstante, para la investigación posterior al estudio piloto, se contará, al menos, con el apoyo para la captación del personal facultativo del Hospital Niño Jesús y del Centro de Salud Mental Miraflores, con quienes ya se han mantenido diversas reuniones al respecto y cuyos Comités Éticos de Investigación Clínica han aprobado la realización del estudio.

Muestreo

En investigación cualitativa se utiliza el muestreo no probabilístico, que no da tanta importancia a la representatividad numérica, a favor de la identificación de personas clave para la aportación de información, sin que esto suponga una pérdida de rigor (Palmar, Pedraz, Solís, & Hernández, 2011). Debido a la capacidad esperada de estos sujetos para aportar nuevos significados sobre el fenómeno, en esta investigación se llevará a cabo un muestreo teórico, seleccionando a aquellos informantes más apropiados para el estudio en función de sus características. No obstante se partirá de un muestreo inicial de 6 participantes, seleccionadas en función de unas variables elegidas en base al análisis de la literatura. Estas variables son el tipo y subtipo de TCA, distinguiendo la AN restrictiva y AN purgativa/compulsiva, como subtipos de anorexia, y BN, y la edad, distinguiendo adolescentes, de 12 a 19 años, de acuerdo a los conceptos aceptados por la Organización Mundial de la Salud, y adultos, a partir de 20 años. Este muestreo se justifica con los estudios que encuentran diferencias en el sentido que tiene la ALNS para el paciente en los diferentes tipos de TCA (Shingleton et al., 2013) y a que la aparición de las ALNS se concentra especialmente durante la adolescencia (Muehlenkamp et al., 2011; Rodríguez et al., 2013).

Tras la realización de las primeras entrevistas, se desarrollará y ampliará la muestra añadiendo variables en base a las necesidades encontradas, lo que hará necesario la búsqueda de participantes que reúnan ciertas condiciones no conocidas al inicio del estudio.

Finalmente, acorde a las características en los estudios cualitativos, para determinar el momento de finalización del proceso de selección, se utilizará el criterio de saturación

del discurso, que consiste en la detección de la no aparición de nuevos temas o perspectivas del fenómeno a estudio (Palmar et al., 2011; Pedraz, Zarco, Ramasco, & Pamar, 2014).

Para la realización del estudio piloto, se han seleccionados 3 participantes, elegidas en base al subtipo de la enfermedad.

Variables a explorar

Se propuso abordar las siguientes variables durante las entrevistas, aunque no por ello se ha limitado el discurso con las participantes al conocimiento de estas variables. En consecuencia, los resultados muestran otras variables que no estaban previamente definidas, ya que en vista y en relación del discurso global se consideran de interés para los objetivos de la investigación.

Variables clínicas y sociodemográficas:

- Edad.
- Tipo y subtipo de TCA.
- Tiempo de curso de enfermedad.

Variables relacionadas con la vivencia de autolesión no suicida:

- Tipo de autolesión.
- Función principal de la autolesión.
- Afrontamiento de la autolesión.
- Respuesta del entorno ante la autolesión.

Recogida de datos: entrevista en profundidad

Para seguir en la línea del enfoque fenomenológico y por la dificultad de acceso a la información, se decidió recoger los datos mediante entrevistas en profundidad, lo cual ayuda a conseguir captar el punto de vista de los sujetos de estudio, proporcionando una “descripción íntima de la vida social” (Taylor & Bogdan, 1987b).

En contraste con la entrevista estructurada, la entrevista en profundidad se describe como no directiva, no estructurada, no estandarizada y abierta. Esto permite desarrollar una comprensión detallada de las experiencias y perspectivas de los participantes en estas actividades, que no pueden ser observados directamente por el contenido privado, íntimo y subjetivo de la cuestión. En esta entrevista se dialoga, por su carácter abierto y

cualitativo, sin estructuración previamente definida, sin el uso de ningún cuestionario y dejando que sea la entrevistada quien decida el ritmo y secuencia de esta. No obstante, en el curso de la entrevista es necesario contar con un guión de entrevista (Cuadro 1) puesto que, a pesar de su carácter abierto, los intereses de la investigación se mantienen claros a lo largo de ella. El guión facilita al entrevistador asegurarse la explotación de temas clave para el estudio, necesarios para responder a los objetivos de la investigación, por lo que el guión se desarrolló en base a los objetivos de esta. Esta guía, a pesar de su esquema de cuestionario, no pretende más que servir de recursos de rescate y verificación a la entrevistadora, y en ningún caso se leen textualmente las preguntas. La guía no es un protocolo estructurado sino una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante (Pedraz, Zarco, Ramasco, et al., 2014; Taylor & Bogdan, 1987a).

Cuadro 1. Guión de la entrevista
¿Qué suponen las autolesiones para ti? ¿Con qué periodicidad te realizas ALNS? ¿Desde cuándo te realizas autolesiones? Si tuvieras que decir una causa de realizarte ALNS, ¿cuál sería? ¿Con qué situaciones o momentos relacionas el autolesionarte? ¿Cómo crees que tu relación con la comida influye en realizarte ALNS? ¿Cómo crees que tu relación con tu cuerpo te influye en realizarte ALNS? ¿Cómo te sientes después de realizarte ALNS? ¿Cuánto tiempo te dura ese sentimiento? ¿Cómo te sientes cuando horas, días o semanas después de haberte autolesionado (cuando se ha pasado el sentimiento inmediato posterior) recuerdas o ves la autolesión? ¿Cómo reaccionan los demás cuando te ven que tienes ALNS? ¿Con quién hablas o te comunicas de alguna forma de que te realizas ALNS? Cuándo ves en la televisión escenas de autolesiones, ¿cómo te sientes? ¿Qué opinas de ello? ¿Usas internet para leer o hablar de las ALNS? ¿Hay alguna cosa de la que no hayamos hablado y que me quieras contar sobre este tema y que no haya surgido en la entrevista?

A pesar de conocer que el marco en el cual se realizan las entrevistas determina en cierto modo el discurso, siendo deseable que la entrevista tenga lugar en el espacio

propuesto por la entrevistada, por razones de factibilidad y captación se decidió utilizar una sala del hospital reservada para la terapia en grupo de la Clínica de TCA del Hospital Gregorio Marañón para realizar la entrevista, aprovechando que las entrevistadas hacían la entrevista en el día que acudían a consultas y para facilitar el cumplimiento de la condición de la dirección de la Clínica de la existencia de la psicóloga de las participantes durante el curso de la entrevista, en aras de controlar una crisis causada por el contenido de ésta. Las entrevistas se llevaron a cabo sala, durante los meses de agosto y septiembre de 2015.

Para la posterior transcripción de la entrevista, necesaria para su análisis, estas fueron grabadas en archivos de audio (exclusivamente voz). Las grabaciones y su relación con las identidades de los participantes, se guardaron bajo llave y clave informática.

La viabilidad de las entrevistas e idoneidad del guión se han testado en este estudio piloto, comprobando la capacidad de desarrollo de la áreas de interés para la investigación.

Análisis de los datos

El análisis del discurso de esta investigación se realizó utilizando un proceso inductivo analítico, consistente en la verificación de la hipótesis a estudio, mediante la búsqueda de las categorías de análisis necesarias que ayuden a generar modelos para la comprensión de las ALNS en pacientes de AN y BN, a partir de la reflexión y la lectura reiterada de las transcripciones de las entrevistas. Para ello, se han seguido en gran medida los pasos recogidos por Taylor y Bogdan a partir de Cressey, Denzin y Katz, pero se matizarán añadiendo elementos del método de comparación constante de Glasser y Strauss. Esta necesidad se justifica con los vacíos de conocimiento que plantea el tema a estudio, que esperan ser salvados mediante la generación de nuevas hipótesis basadas en los datos encontrados, y que no requieran necesariamente de datos de otras investigaciones (Taylor & Bogdan, 1987b). De este modo, los pasos a seguir en esta investigación son los siguientes:

1. Desarrollo de un modelo aproximado del fenómeno a estudiar, apoyado en la literatura.
2. Formulación de hipótesis respecto el fenómeno, apoyada en datos de otras investigaciones e intuiciones de las investigadoras.

3. Estudio de casos seleccionados por su potencial. A este nivel, se llevará a cabo el análisis del discurso.
4. Redefinición del fenómeno acorde a los discursos de los casos estudiados.
5. Búsqueda activa de casos que refuten la hipótesis e interpretación del discurso.
6. En caso de hallar casos contrarios a la hipótesis, reformulación de ésta.
7. Continuación hasta haber llegado a la saturación del discurso.

Para la realización de este estudio piloto, tan solo se han llevado a cabo los 4 primeros puntos de la lista anterior.

La interpretación del discurso, mencionada a lo largo del plan de análisis, se ha realizado simultaneando el análisis textual y contextual del discurso, con la interpretación de los datos, presente en todas las etapas de la investigación. A nivel textual, se caracteriza el discurso mediante un análisis de contenido para lo cual, tras la transcripción literal de las entrevistas, se agrupa la información en etiquetas o códigos. Éstos se describen apoyados por extractos textuales de la entrevista (verbatim), que posteriormente se relacionan entre sí para la elaboración de categorías más generales. En este mismo nivel se lleva a cabo, aunque en menor profundidad, un análisis semiótico formal, en el que se atiende a los recursos retóricos del discurso. A nivel contextual, para la comprensión del discurso, se tiene en cuenta el sentido local del discurso analizando el marco y las circunstancias en las que se produce la entrevista. Finalmente, la explicación de los datos recabados será posible por la interpretación del discurso, que se realizará considerando el punto de vista del sujeto. Esta interpretación impregnará el resto de niveles de análisis a lo largo de todo el tratamiento de los datos (Pedraz, Zarco, Milagros Ramasco, & Palmar, 2014; Ruiz, 2009).

Aspectos éticos

Para velar por el cumplimiento de las buenas prácticas de esta investigación, en primer lugar se presentó el protocolo al Comité de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, que emitió el informe favorable en febrero de 2015 (Anexo 3). También se cuenta con la aprobación de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) de los Hospitales Gregorio Marañón (Anexo 4) y Niño Jesús, así como con la aprobación del Departamento de Formación del Hospital Infanta Sofía, hospital al que está asociado el Centro de Salud Mental Miraflores. Del mismo modo se han presentado los documentos

necesarios para su evaluación al CEIC del Hospital Fundación Jiménez Díaz, hospital del cual depende el Centro de Salud Mental de Argüelles.

Para la realización del protocolo, se tuvieron en cuenta las directrices del Código de buenas prácticas en investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, que a su vez incluye el respeto de los tres principios éticos descritos en el Informe Belmont. El cumplimiento de estos principios se aseguró mediante las siguientes medidas:

- Para asegurar el respeto a los participantes se entrega a las participantes una versión de la Hoja de información y Consentimiento Informado (Anexo 5) del estudio, adecuada a su edad, disponiéndose de una versión adaptada al menor maduro. También los padres cuentan con una versión de este documento, dirigida a los tutores legales. En esta documentación se pone a disposición del participante la información básica sobre los objetivos del estudio e información detallada sobre su metodología, derechos del participante y obligaciones de los investigadores. Igualmente se facilita la información de contacto de las investigadoras principales y de los investigadores específicos del centro desde el cual han sido captados, para que puedan solventar sus dudas.
- Relativo al principio de beneficencia, el análisis de riesgo frente a beneficios justifica la involucración de personas vulnerables en el estudio, teniendo en cuenta la naturaleza, el grado del riesgo, y las condiciones de la población particular involucrada para evitar la inclusión como participantes de aquellas personas que, a criterios de su terapeuta, muestren grave riesgo de agravio ante la realización de la entrevista.
- En relación al principio de justicia, se aplicarán procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

RESULTADOS

Protocolo de investigación

Estrategia de captación y ámbito de estudio

A pesar de haber recibido más de 100 visitas, el método de captación a través del foro on-line no produjo los resultados esperados y no se logró ninguna captación por esta vía. En su lugar, los intentos de captación realizados por la psicóloga responsable del tratamiento de las participantes en la Clínica de TCA del Hospital Gregorio Marañón, sí dieron lugar a la captación de nuevas participantes en un espacio de tiempo de 2 meses desde la obtención del permiso del CEIC.

Población y variables a estudio

La muestra de este pilotaje es relativamente homogénea ya que la conforman exclusivamente mujeres del mayores de 18, con más de 8 años de curso de la enfermedad. No obstante, relativo a la enfermedad, sí se pudo contar con una participante de cada uno de los tres grupos previstos, ANR, ANP y BN (Tabla 1).

Tabla 1. Variables clínicas y sociodemográficas de las participantes				
Orden	Edad	Enfermedad	Años de curso de enfermedad	Años de ALNS
1	35-45* años	ANP	25 años (aprox.)	30 años (aprox.)
2	45-55* años	ANR	15 años (aprox.)	40 años (aprox.)
3	19 años	BN	8 años	6 años
*No se indica la edad exacta como parte del proceso de anonimización de datos				

En relación a la exploración de las variables de la vivencia de la ALNS se ha conseguido acceder a la información sobre los tipos y funciones de autolesión, el afrontamiento propio y familiar ante la ALNS y las consecuencias de estas, conformando el grueso del discurso en cuanto a tiempo.

La utilización de los criterios DSM-V como diagnóstico de AN y BN conllevó dificultades en la captación debido a que el método diagnóstico utilizado en el Hospital Gregorio Marañón es el CIE-10.

Recogida de datos

Para la realización de las entrevistas con pacientes, las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de grupos de la Clínica de TCA, ya que, como condición de la jefatura de la Clínica de TCA del Hospital Gregorio Marañón, durante el curso de la entrevista se debía encontrar presente en la sala la psicoterapeuta habitual de las participantes, quien fue además la persona que las captó. Esta condición se fundamentó en que el contenido de las sesiones podía derivar en que las participantes sufrieran crisis emocionales que, debido a la inexpertía de la entrevistadora en el manejo de pacientes psiquiátricos, podrían no ser manejadas adecuadamente.

La duración de las entrevistas varió desde los 31 a los 51 minutos, estando dentro del rango de tiempo previsto y se registraron mediante grabadora de voz sin que ello supusiera un problema a las entrevistadas.

La respuesta de las entrevistadas ante la situación de la entrevista de investigación se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Desarrollo de las entrevistas		
Entrevista_ patología	Respuesta a la entrevista	Duración
E1_ANP	La entrevistada no facilitó el desarrollo de una entrevista abierta. A menudo sus respuestas resultaban muy limitadas y ceñidas a los hechos y apartando el discurso sobre lo emocional. En varias ocasiones manifestó su negativa a contestar sobre algunos temas.	31 minutos
E2_ANR	La entrevistada mostró facilidad de respuesta, ofreciendo detalles de su vivencia. Mostró su preocupación por cumplir las expectativas fijadas para la entrevista.	51 minutos
E3_BN	Facilidad y disposición de respuesta tanto en las preguntas sobre hechos como en las preguntas más subjetivas.	41 minutos

Resultados preliminares sobre los objetivos de la investigación

El análisis de la transcripción de las entrevistas ha dado lugar a una agrupación de los datos en tres grandes temas. Se ha conformado un tema, expuesto inicialmente a modo de presentación, sobre el significado del fenómeno en estas mujeres. Posteriormente se han examinado los sentimientos y emociones de las mujeres con TCA a lo largo del proceso autolesivo y finalmente se exponen los hechos promotores de esos sentimientos. Estas categorías, y las subcategorías que emergen en cada una, se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Relaciones entre categorías y subcategorías	
Significado y percepción de ALNS	Forma de liberación o escape Toma de conciencia del ser Distracción Impulso Situación ilógica Castigo Remisión o limpieza Algo íntimo
Sentimientos implicados en la ALNS	Precipitantes de ALNS Durante ALNS Post ALNS
Factores hallados como intervinientes en el proceso de la ALNS	Imagen corporal Familia Percepción de problemas sociales derivados de la patología Percepción autónoma

Significado de las ALNS

Las tres entrevistadas mostraron su percepción de lo que conceptualmente significa para ellas la ALNS, englobada en su propia vivencia. La consideración de la ALNS como una **forma de liberación o escape** satisfactorio es concebida de un modo similar por dos de las tres participantes, que hablan de la liberación de formas muy parecidas, independientemente de cual sea el motivo que genera la necesidad de liberación. Para estas dos participantes la ALNS constituye además una **situación ilógica** cuando la analizan a posteriori, pero a su vez **necesaria o impulsiva** en los momentos en que la realizan:

“Es una manera de liberarme de ese pensamiento o de decir... o quizá como un castigo. [...] Es una forma de escape. Es, no sé, es una situación ilógica, pero es una forma de liberación. [...] Es quizás como un impulso.” (E2_ANR)

“Se me vino como el mundo encima. Y ahí fue cuando empecé a lesionarme como una vía de escape a todo eso” (E3_BN)

“Entonces es como, para quitármelo de encima, dejar de pensar en una cosa, para pensar en otra. [...] “No le veía un sentido lógico, o sea en ese momento me sentía muy bien, pero al día siguiente cuando veía que se me quedaban marcas porque a veces me hacía los cortes muy profundos pues decía jo, ¿qué haces?” (E3_BN)

Otro significado que estas dos participantes dan a la ALNS es el del ejercicio de **toma de conciencia del ser** y la persecución del alivio a modo de **distracción**, en las que la aparición de la sangre tiene relevancia para ellas:

“Una forma quizá de limpiarme es con los cortes, sabiendo que me sale sangre, sabiendo que... pfff no sé, a lo mejor que estoy viva o.. que yo si estoy aquí, no lo sé...” (E2_ANR)

“Jolín, no siento nada aunque esté llorando... no siento nada, estoy vacía. Entonces, te cortas, sangras, y dices jolín, pues sí que hay algo. Entonces, lo limpias todo. Te sientes como un poco mejor, y ya te relajas y puedes salir a la calle, como si no hubiera pasado nada.” (E3_BN)

Una significación de la ALNS en la que coinciden las participantes, aunque otorgándole pesos diferentes es la del **castigo** y la **remisión o limpieza**. Para una participante (E1_ANP) cobra el mayor peso en su definición de la ALNS. En cambio para las otras, a pesar de nombrarlo en algún momento de la entrevista, no adquiere tanta importancia como otras concepciones anteriormente expuestas:

“Es una forma de castigo [...] Pues ya te has castigado ya he has pagado tu pena, tu pecado. [...] Es una forma de redimirme algo que he hecho mal, o sea para mí el comer está mal e igual que si uno de mis hijos hace algo que está mal, algo que ellos saben que está mal, tiene una consecuencia, algo que para mí está mal tiene una consecuencia.” (E1_ANP)

Por último, un aspecto de la ALNS en la que las tres participantes coinciden plenamente es la identificación del fenómeno como una **práctica íntima**:

“Cada uno tiene sus problemas y sus vidas, yo no tengo... esto es una cosa mía, es un problema mío, no es un problema de los demás.” (E1_ANP)

“Es que esto es mío, es mi mundo, es mi mundo son mis cosas y es como que no quiero mancharle con mi... mi mierda.” (E2_ANR)

“Pienso que es algo solo mío. Que se queda... hay mucha más gente que lo hace pero... así es algo mío solo. [...] No creo que sea necesario subir ese tipo de fotos porque es algo tuyo.” (E3_BN)

Sentimientos implicados durante el proceso autolesivo

En este tema se ha querido compilar la información de tal forma que se muestre el fenómeno de la ALNS como un proceso ordenado cuyos sentimientos implicados se repiten dentro de la vivencia del TCA. A pesar de que estos sentimientos formen parte de un continuo, se expondrán por separado para facilitar el entendimiento de las tres fases que las mujeres que vivencian la ALNS tienen interiorizado:

“Pues la sensación de antes es... como... me lo niego. Mmm o sea es necesito hacerlo, lo tengo que hacer porque sé que me voy a tranquilizar, sé que luego voy a estar mejor, bueno, luego voy a estar mejor, pero luego a continuación viene el ¿qué voy a hacer para que la gente no se dé cuenta?” (E2_ANR)

1. Sentimientos precipitantes de la ALNS

Los sentimientos encontrados como precipitantes de la ALNS, independientemente del hecho que los haya generado, son sentimientos negativos, de angustia o ansiedad, agobio, violencia, frustración, falta de control, nerviosismo y culpabilidad:

E1 – “Era porque no cumplía con las expectativas de mi madre.

Investigadora – “Y eso te provocaba a ti...”

E1 – “Sí.”

Investigadora – “¿Ansiedad?”

E1 – “Mucha” (E1_ANP)

“Ante no poder resolver una situación de ira o de angustia, o... ante la situación de decir me gustaría explotar, o empezar a romper, o a dar o a pegar o

lo que fuere, pues eso. [...] Una situación de mucho estrés, que no sabes... Es una situación de la que no sabes salir, te supera. [...] En una frustración de decir *jolín, no eres capaz de dejar de comer, te estás comiendo...* y entonces es una manera de liberarme de ese pensamiento” (E2_ANR)

“Que me siento... me siento como vacía pero estoy como si tuviera mucho miedo a todo. [...] Y cuando..., luego también cuando estoy muy muy muy nerviosa que no puedo controlarme, o sea no puedo parar. O no puedo parar de pensar.” (E3_BN)

Otra situación encontrada en esta etapa es la intención de evitar la ALNS o la incapacidad de no autolesionarse, reportada por dos de las participantes, en las que esta situación les incrementa la ansiedad, conllevando la realización de la ALNS:

“Al principio es un poco de pff, voy a intentar evitarlo pero cuanto más, sé que cuanto más lo evite, más lo voy a hacer. Entonces, termino cediendo, termino diciendo tampoco... Es que tampoco lo siento como tan mal, ¿no?” (E2_ANR)

2. Sentimientos durante la ALNS

En contraposición a los precipitantes de la ALNS, los sentimientos presentes al momento de producirse ésta, son positivos, encontrando bienestar, tranquilidad, satisfacción, placer y liberación:

“Incluso llego a sentir placer porque me estoy castigando. Es como, *esto es lo que te mereces.*” (E1_ANP)

“Es como muy relajante. Es como si tuvieras un momento de placer y decir, bueno... En esos segundos es como decir pues ya está, ya lo he conseguido, ya me he liberado, ya me he tranquilizado, me siento bien y ahora vendrá la otra parte.” (E2_ANR)

“Pues, pues me relajo más y, y intento más el tratar de esconder eso a pensar en lo otro.” (E3_BN)

3. Sentimientos tras la ALNS

Los sentimientos de preocupación descritos tras la realización de las ALNS son variables según la paciente, aunque todas manifiestan que contemplan la necesidad de esconder los resultados:

“Pues me hace sentir mal, de hecho, el tatuaje este me lo hice para taparme las cicatrices de los cortes de esta muñeca. [...] Entonces pues me...me busco alternativas: otro tipo de lesiones que no dejen cicatrices. Otro tipo de cortes que no dejen cicatrices.” (E1_ANP)

Además de la preocupación, en uno de los casos, la culpa por haberse autolesionado cobra gran importancia, acompañando al agobio por ocultar sus resultados:

“Luego empiezo a pensar de que soy tonta, de que... de que no estoy bien de la cabeza, que no es una situación normal, de que mira lo que has hecho... entonces me empiezo a culpabilizar de alguna manera de un poco.” (E2_ANR)

En el caso de la participante más joven, el procedimiento para ocultar las heridas, inmediato a la realización de estas, constituye, en sí, el lado positivo de la ALNS y la necesidad de ocultar los resultados se ve disminuida:

“Pues me relajo más y... intento más el tratar de esconder eso a pensar en lo otro. O sea, me dedico más en que me duele, en que sangro y en que tengo que no dejar rastros de nada. Y esconderlo todo... y me dedico más a eso y luego en, en curar las heridas. [...] Yo creo que ya en el fondo ya me da más igual. Que antes sí que me importaba mucho, llevaba siempre las mangas largas o los pantalones largos y no sé. Pero ahora ya es como más me da igual”. (E3_BN)

Factores que intervienen en el proceso de la ALNS

En esta tercera categoría se muestran situaciones, englobadas en subcategorías, que están relacionadas con la ALNS a través del desarrollo de los sentimientos de frustración, violencia, angustia, ansiedad, culpa y falta de control mostrados en la categoría anterior. A pesar de mostrarse por separado, estas situaciones descritas a continuación se relacionan estrechamente entre sí.

Imagen corporal

Las esferas afectiva y conductual de la imagen corporal suponen un factor que rodea la ALNS común a las tres participantes, desencadenando los sentimientos expuestos anteriormente. En la esfera subjetiva de la imagen corporal de estas mujeres se encuentra la consideración negativa hacia el cuerpo. En la esfera conductual se encuentra la necesidad de querer modificarlo mediante vómito o dieta. Estas conductas

por motivos como “no poder evitar la comida”, “tener hambre” o “no poder vomitar” se ven asimismo frustradas:

“Hay veces que sé que me toca comer porque por algún motivo no puedo evitar la comida. [...] Entonces claro si ves una foca y comes es como... *¿qué estás haciendo?* Eso está mal. Castigo.” (E1_ANP)

“Porque querría perder... perder peso rápido. Y si no lo puedo conseguir entonces en algún momento la frustración de no conseguirlo y de sentirme incapaz, de que soy incapaz de dejar de comer, porque tengo hambre.” (E2_ANR)

“Entonces si me paso pues... y no puedo, no puedo quitármela de encima, no puedo vomitarla o cualquier cosa, pues me entra como mucha angustia y solo puedo pararla así. Porque así paso de pensar en eso a pensar en otra cosa.” [...] Cuando también no he comido nada en todo el día, o en dos días a lo mejor, o comía poco, pues yo veía y decía “jolín pero no te sirve de nada hace esto porque sigues igual”. Entonces me ponía a llorar y como no se me pasaba y estaba muy mal pues me autolesionaba.” (E3_BN)

Como refuerzo de la adquisición de conductas para perder peso y de realización de la ALNS aparece el papel de los medios, y más concretamente de las redes sociales de internet, manifestados por la paciente menor de 20 años:

“Había gente que te decía como eh... *venga hoy comemos solo, a lo mejor, eh 400 calorías o eso, y venga y si comes más pues, pues haces esto, o haces lo otro.* Y entonces eso sí que me... yo sentía que me ayudaba. Entonces me sentía como con más gente que hacía lo mismo que yo y eran como mis amigas.” (E3_BN)

También, aunque solo en uno de los casos, se encontraron muestras sobre cómo la esfera perceptiva de la imagen corporal producía un sentimiento negativo:

“Sabes que lo que dice la báscula es una locura, porque es una locura, y lo que yo veo en el espejo es otra cosa totalmente distinta, por lo cual hay una parte racional que te dice: esto no está bien, o sea, esto no es normal y no puede ser sano. Pero lo que me dice el espejo es una cosa completamente distinta, entonces es como... *¿Cuál de las dos partes gana?* (E1_ANP)

Familia

En torno a los sentimientos precipitantes de la ALNS se encuentran aspectos relacionados con el entorno familiar que se podrían dividir en dos. En primer lugar están los elementos cuyo origen se basa en actuaciones de la propia mujer (percepción de causar daño y la ocultación de la enfermedad). Los otros elementos relacionados con la familia tienen su raíz en las conductas de los familiares (expectativas, falta de apoyo ante situaciones difíciles, abuso):

- La noción o percepción de hacer daño a sus familiares con su comportamiento:

“Yo pienso que [a mi hijo] le estoy haciendo daño. Un poco con mi comportamiento le estoy haciendo daño [...] Me da mucho miedo de que se parezca a mí y pues... me afecta bastante últimamente.” (E2_ANR)

“Vi que ella [mi hermana pequeña] lo había hecho también. Entonces eso fue horrible, o sea, me sentí fatal, como si le hubiera estado dando ese ejemplo. [...] Yo creo que lo peor de hacer todo eso fue verla a ella haciéndolo. Entonces ahí pude comprender más o menos el punto de vista, o sea lo que sentiría mis padres si supieran que yo hago lo mismo.” (E3_BN)

- Ocultación de sentimientos negativos:

“Y el fingir pues que estoy bien en casa, ¿no? El fingir que, que son una vacaciones bien, que todo va bien, que... Entonces es mucha presión porque es el decir bueno, estoy tan acostumbrada, bueno a aparentar cuando salgo aquí, pfff y no. Llego a casa, y cambio... cambio la sonrisa: *¿¡Qué tal!?* *¿¡Todavía en la cama!?*...” (E2_ANR)

“Sí que lo están pasando mal. Y lo entiendo, pero... pero ellos piensan que yo puedo, que puedo a lo mejor de un día al otro decir ya estoy perfectamente bien, pero no puedo, entonces intento que ellos vean que estoy bien, aunque no lo esté. Así que, no sé, me he quedado como sin sitio para estar triste, o sea, no puedo estar bien como en ningún sitio porque si salgo pues tengo que... tengo que aparentar que estoy bien y si estoy en casa pues... Entonces solo me queda estar... o sea ser yo cuando... por la noche, cuando duermo, entonces no sé...” (E3_BN)

- No poder cumplir las expectativas:

“Necesitaba cumplir sus expectativas, no las cumplía, me castigaba. Entonces era como, tienes que cumplirlas, tienes que cumplirlas, tienes que cumplirlas. (E1_ANP)

“Mis padres quieren que esté bien, que coma bien y que sea feliz y que tenga una carrera y que estudie lo que yo quiero y que... y eso. Y luego pues la gente quiere que... que sea lo... que sea también eso, que tenga... que sea alguien. Que tenga una carrera que, que, que luego tenga, no sé, lo típico. Y yo siento que no puedo ser eso.” (E3_BN)

– Falta de apoyo familiar ante situaciones dolorosas o difíciles:

“Son muchos años comiéndomelo yo todo o sea yo, yo siempre me lo he comido yo siempre he salido como he podido de todas las situaciones. Entonces a esta edad ya como que estoy muy acostumbrada. Aunque no lo estoy. Es evidente, ¿no?” (E2_ANR)

“Antes era bastante mejor, al menos con mi padre, me llevaba muy bien, o sea, nos contábamos todo, pero cuando vio que, que yo tenía como secretos pues, no es que se alejara pero sí como... se enfrió un poco la relación. Entonces... no sé, sigue siendo igual pero me trata como de una forma diferente.” (E3_BN)

– Antecedentes de abuso:

“Me siento como si tuviera eso, los.. los 6, 7 años, 5.. y me siento como abandonada. Y... le necesito. Necesito sus cariños... Sean los que sean... Me da igual... Entonces no he conseguido tener, pero es un poco pues como no pienso pero... no sé... Es que... Es lo que me hace pues dejar de comer y querer hacerme más daño.” (E2_ANR)

Percepción de problemas sociales derivados la psicopatología

Las participantes coinciden en el deterioro que sufre su calidad de vida a causa del TCA y/o de las ALNS, manifestándolo de diversas maneras y relacionándolo con aspectos como el aislamiento y el estigma que sufren. Estas situaciones retornan en los sentimientos de angustia, frustración, culpa y descontrol, indicados en la categoría anterior como precipitantes de ALSN.

– Estigma:

[El TCA] “Es algo banal para muchísima muchísima muchísima gente es algo completamente banal. Y de verdad que no entienden el dolor y el sufrimiento que pasamos. No lo entienden. O sea es que no tienen ni idea. Pero ni idea... Y te hacen sentirte mal. O sea, yo me he llegado a sentir muy muy muy mal. [...] Realmente es doloroso cuando escuchas ese tipo de comentarios o cuando alguien se entera de que lo tienes y es como *bua, pues vaya tontería*. Pues... ¿Tontería? Tú no sabes lo que es vivir con anorexia.” (E1_ANP)

“Mi madre es como las personas que se deprimen o que tienen una enfermedad de salud mental es como son débiles, son personas pues que no. Sin personalidad.” (E2_ANR)

“Cuando haces trabajos en grupo o algo que te miran más o que... que hay, no sé, es como si pusieran la mirada sobre ti, y la gente se piensa que si tienes un trastorno alimenticio entonces tienes que estar delgada.” (E3_BN)

– Aislamiento social:

“Siempre tengo una excusa para no quedar, porque implica tomar algo y tomar algo implica picar algo y picar algo implica que ya sé lo que pasa después. Entonces no.” (E1_ANP)

“Pienso que estoy perdiendo toda mi vida porque no salgo de casa, siempre estoy ahí y no hablo con gente y entonces... claro me lleva a pensar que aunque esté bien en casa, luego voy a estar mal fuera. [...] Si como todas [las comidas] me siento llena me siento como si tuviera unos brazos enormes y unas piernas enormes y entonces no puedo salir a la calle porque... no puedo” (E3_BN)

Percepción autónoma

Finalmente se encuentran una serie de procesos que tienen que ver con la percepción que las mujeres tienen de sí mismas y de la vida que llevan y de cómo esta situación, que no pueden controlar, les lleva a la ALNS:

– Autocrítica:

“¿Cómo puedo querer algo así?... ¿Qué monstruo soy, no?... Entonces, me considero un monstruo. Y es que son tantas las ganas que tengo de estar con

él... Que no lo puedo remediar. Y que una forma quizá de limpiarme es con los cortes.” (E2_ANR)

“Pienso que salgo a la calle y estoy como... como... obesa. Suenan mal, pero es que yo... no sé, lo siento. Y... y veo, y pienso que todo el mundo me está mirando o si me miran es por algo, por algo malo que yo he hecho”. (E3_BN)

– Falta de control de la propia vida:

“Entonces es continuamente estar en una espiral y no, no saber... [...] No soy capaz de encontrar el momento en el que me plante y diga se acabó... Tengo que hacer lo que sea por cortar, por sacar, por limpiarme. O sea, yo pienso que lo que tengo que hacer es limpiarme... echando pues me imagino que con, con palabras, con.... Todo eso, echar todo lo que... lo que me hace daño” (E2_ANR)

“Sí que lo pienso [en mi futuro con TCA] pero o sea, intento no hacerlo. Cuando pienso en eso, empiezo a pensar en eso es como *no, déjalo déjalo, no lo pienses*. Y... y no sé o sea yo sí que quiero, quiero estar bien. Pero luego pienso en eso y es como *pero es que nunca vas a estar bien* o sea es como si me hubiera metido en algo que no, de lo que no puedo salir, de lo que estoy... estoy como aferrada a eso, entonces si salgo de eso no sé, no sé lo que hay fuera. Entonces prefiero estar en lo que sé que hay a estar en algo que no... que no conozco. Entonces pues no sé, intento no pensar en eso.” (E3_BN)

El hecho de sentir alivio o satisfacción con comportamientos o situaciones que, dentro de su entendimiento, principios o ideales, no son aceptables ni deseables les genera una confusión de identidad:

“Yo, para mí, es una guerra civil lo que vivimos nosotros. Es una guerra interna con nosotros mismos.” (E1_ANP)

“Cuando estoy con gente está todo genial, [...] Y luego cuando me quedo a solas, cuando estoy sola, cuando estoy conmigo misma, sentirme que no soy esa persona... [...] Y sé que necesito, pues eso, juntar a las dos y bueno, pues que ya está, ya ha pasado todo y... y ser una sola persona, no vivir dos vidas como siempre ¿no? Una vida que no existe, o que sí existe y la otra vida, la vida de daño, de tienes que sufrir, tienes que pagar, te tienes que redimir..., con

la otra vida. Eso me... yo creo que me está volviendo loca. Me está volviendo quizá más loca de lo que, de lo que yo creía.” (E2_ANR)

“Yo en el fondo quiero lo mismo pero siento que haciendo eso... pues no... no me sentiría bien. Porque ahora mismo yo creo que soy lo que soy. Que yo estoy bien cuando no como, aunque luego me sienta, después en unos días, me sienta mal, pero en ese momento estoy bien. O sea me siento... me siento bien porque sí que he podido controlarme y que... y que estoy bien. Pero... pero no sé. O sea, no sé lo que quiero. Sé lo que soy ahora mismo, que... que es un caos, pero... pero no es que me guste pero tampoco me disgusta.” (E3_BN)

Esta dualidad, además de manifestarla como un global de su vida, se puede encontrar subyacente a muchas de las conductas anteriormente mencionadas. La fuerte confrontación entre el yo deseado o esperado y el yo real o percibido, genera un sentimiento de rechazo hacia sí mismas que materializan (“purificarme, redimirme, enmendarme, castigarme, limpiarme...”) en forma de ALNS.

DISCUSIÓN

Con la realización de este estudio piloto se ha podido testar la viabilidad del protocolo de esta investigación y su idoneidad acorde a los objetivos de la presente investigación y se ha podido efectuar una presentación de los resultados preliminares en respuesta al objetivo general de explorar exhaustivamente el proceso autolesivo no suicida en pacientes diagnosticadas de AN y/o BN.

La agrupación de participantes acorde a su **edad**, distinguiendo mayores y menores de 20 años, se fundamentó en que los datos de prevalencia e incidencia de ALNS y TCA hacían suponer que dentro del grupo de mayores de 20 años, la muestra la conformaran participantes mayoritariamente jóvenes, quedando así un grupo de adolescentes y otro de adultos jóvenes. Sin embargo no se quiso limitar por arriba el grupo de edad de mayores de 20 años, lo que dio como resultado de las captaciones que las dos primeras participantes eran mayores de 35 años. Una posible explicación para justificar este hecho es el haber ceñido el ámbito de estudio del pilotaje, por razones de factibilidad, a un centro al cual se derivan pacientes que ya han sido tratadas en otras instituciones, lo que conlleva en muchos casos que el curso de enfermedad de estas pacientes sea mayor a la media, y así sea su edad. Otra posible explicación la ALNS en adultos maduros se encuentre en mayor proporción de lo esperado ya que las cifras que se manejan de baja prevalencia de ALNS en adultos no se pueden extrapolar a personas con TCA (Claes et al., 2015; Jacobson & Luik, 2014; Rodriguez et al., 2013; Svirko & Hawton, 2007). Asimismo, y a pesar de que no existen estudios a este respecto, se puede conjeturar con que el hecho constatado de que la presencia de ALNS esté relacionado con elementos de mal pronóstico del TCA (Claes et al., 2015, 2001; Hintikka et al., 2009; Moran et al., 2012) haga que la proporción de mujeres que se autolesionan sea directamente proporcional al tiempo de curso de enfermedad.

Esta situación no esperada ha puesto de manifiesto la necesidad de una reagrupación de las participantes en tres, en lugar de dos grupos de edad y de la exploración de este tercer grupo de edad, mayor de 35 años. La consideración de estas mujeres, debido a su edad, al trabajo psicológico al que se han sometido derivado de su largo y a la falta de atención recibida por la comunidad científica en cuanto a la vivencia de la enfermedad,

que apenas las contempla en el estudio de las ALNS y los TCA (Whitlock & Selekman, 2013) supone un gran interés para la exploración del fenómeno a estudio.

En cuanto al grupo de menores de 20 años, se ha podido entrevistar a una participante de 19 años, en cuyo discurso aparece por única vez el papel de los medios en la ALNS, lo cual no se ha encontrado en las otras mujeres, así como de normalización de las marcas de ALNS. Estos hallazgos resultaban previsibles ya que encaja en el modelo de mujer usuaria de redes sociales en torno a las ALNS (Whitlock et al., 2006) y refuerzan la necesidad del examen de este grupo de edad, que se había establecido en base a los datos epidemiológicos de inicio prevalencia de TCA y ALNS (Swanson et al., 2011; Whitlock et al., 2011), así como por ser el grupo de edad más afectado por la insatisfacción corporal (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Por las características de la subpoblación de menores de 20 años, la principal vía de captación esperada para este grupo de participantes era a través del foro on-line de ADANER, la cual resultaba interesante porque ampliaba la población a estudio a población no exclusivamente clínica. Sin embargo, el método que se siguió para esta captación fue limitado, ya que por razones éticas, debido al posible carácter contagioso de las ALNS, no se quiso dar información extensa en el mensaje con el fin de evitar levantar la curiosidad hacia las ALNS en aquellas personas que no las conocieran y leyeran dicho anuncio. No obstante no se considera que esta limitación haya sido la causa exclusiva de la no participación. A diferencia de lo que sucede en los casos que se estudiarán en las menores en tratamiento, a menudo los padres de las jóvenes con TCA que no han iniciado tratamiento no conocen su situación de enfermedad (Peláez Fernández et al., 2010; Portela de Santana et al., 2012), por lo que podrían existir posibles candidatas que, estando en disposición de participar, no lo hacen ante la necesidad de la firma del consentimiento informado paterno. Por ello, para dar cabida a esta subpoblación tan numerosa, se planteará la posibilidad de triangular los discursos de las participantes entrevistadas, con información recogida en foros virtuales cuya temática sea los TCA y/o las ALNS. A este respecto cabe señalar que, acorde a las consideraciones propuestas por Wilkerson, Iantaffi, Grey, Bockting y Rosser en cuanto a la población a estudio, el uso de esta iniciativa sería oportuna en el marco de nuestra investigación. Este grupo investigador cualitativo, con trayectoria de investigación a través de recogida de información on-line, publicó en 2014 una guía de buenas prácticas, que evalúa la idoneidad del uso de internet para el estudio de poblaciones

“difíciles de investigar”, ya sea por la localización geográfica o por la intimidad del tema a estudio (Wilkerson, Iantaffi, Grey, Bockting, & Rosser, 2014).

Continuando con el análisis de las variables seleccionadas para el muestreo, y centrándonos en el **subtipo de enfermedad**, se han apreciado dificultades derivadas del método diagnóstico. El uso los criterios diagnósticos DSM-V para la inclusión de participantes en el estudio, se decidió para dar continuidad al uso del material de la APA, cuyas referencias habían sido utilizadas para el diagnóstico de ALNS, a falta de otro listado oficial de diagnóstico que hiciera alusión a ellas. Sin embargo ello ha generado dificultades puesto que el DSM no es el manual que se utiliza para el diagnóstico clínico en el ámbito de estudio y han implicado la necesidad de realizar un segundo diagnóstico para la inclusión de participantes. Por este motivo se cambiará este criterio de inclusión y se propondrá que se incluyan las participantes en base a los criterios diagnósticos CIE-10, que además de encontrarse más extendidos en nuestro medio, su uso está recomendado por la OMS (World Health Organization, 2015).

En cuanto a las características de las mujeres en base a esta variable, y recordando que, a diferencia que en la BN, la definición de AN incluye la distorsión de la percepción de la constitución corporal (American Psychiatric Association, 2015) se considera que ha sido positivo el poder contar con una paciente de cada uno de los tres trastornos. De este modo se ha podido observar cómo las distintas esferas de la **imagen corporal** conducen a un resultado similar en cuanto a generación de emociones, lo que hace intuir que para el entendimiento de las funciones de la ALNS no se debe poner exclusivamente la mirada en las situaciones predecesoras de la autolesión, sino que hay que examinar qué sentimientos comunes se generan previos a la ALNS. En relación a ello cabe mencionar que sería pertinente realizar un análisis más exhaustivo de las distintas esferas de la imagen corporal, ya que solo han sido exploradas una pequeña parte de las descritas en la literatura (Banfield & McCabe, 2002; Pastor Carballo, 2004).

Respecto a la exploración de sentimientos en mujeres con diferente patología, es importante resaltar la dificultad que se encontró durante la primera entrevista con la participante con ANP, en contraste con las otras dos entrevistadas. Esta dificultad se puede justificar primeramente con la falta de experiencia de la entrevistadora y con la inmadurez del estudio en ese momento, cuando aún no había sido testado el guión de la entrevista. No obstante es conveniente tener en cuenta que a menudo, tal y como se refleja en un estudio cualitativo que exploró las emociones en mujeres con AN, desde el

punto de vista de pacientes, padres y terapeutas, en muchos casos estas mujeres manifiestan “evitación emocional” debido a que, tal y como ellas indican, las emociones son dolorosas y molestas (Kyriacou, Easter, & Tchanturia, 2009). Esto puede conducir a que los resultados de las entrevistas no sean los esperados debido a la dificultad añadida que supone para la exploración de los sentimientos en estas mujeres mediante entrevistas en profundidad. Más aún, existe un estudio que, realizado bajo el marco de la fenomenología de Merlau-Ponty, aboga por la búsqueda de nuevas herramientas en investigación cualitativa en salud, más allá de la entrevista en profundidad, especialmente cuando se trata de abordar la comprensión de la concepción de la imagen corporal y del esquema corporal en personas con patologías en las que hay una alteración perceptiva de la realidad (Klinke, Thorsteinsson, & Jónsdóttir, 2014). Esto refuerza la necesidad ya discutida de una necesidad de triangulación con otra técnica de recogida de datos.

Otras variables que han cobrado importancia a medida que se desarrollaba el estudio piloto, y que no se contemplaron como variables para el establecimiento de la muestra, han sido la **condición social y familiar** de las participantes. Las entrevistas realizadas permiten entrever la importancia de estas variables que, sin haber sido objeto de exploración directa, han mostrado su relevancia a la hora de la contextualización del fenómeno. En relación a ello, se conoce, y se conocía a la hora de iniciar el pilotaje, que la naturaleza de la **insatisfacción corporal**, estudiada por diversos autores, parece centrada en el papel que juegan los padres y madres, además de los medios de comunicación y los compañeros o pares (Amaya et al., 2013; McCabe et al., 2010). El examen del papel de la insatisfacción corporal sí formaba parte de los objetivos específicos de la investigación, pero el guión de la entrevista no contemplaba la exploración que el papel materno y paterno tenía en el fenómeno de la ALNS. Haciendo un necesario ejercicio de reflexividad y posicionalidad de la postura de la investigadora (Bover, 2013), se sugiere que este error en el planteamiento del estudio puede haber sido inducido por la propia vivencia de la investigadora, quien a pesar de haberse formado al respecto, no cuenta con experiencia clínica en el tratamiento de los TCA. Este hecho hace que la cimentación del presente estudio se haya llevado a cabo fundamentalmente en base a su vivencia personal de este fenómeno en la adolescencia. La falta de existencia de una relación (o una noción de ella) entre el papel materno y paterno, la insatisfacción corporal y las ALNS que la autora ha experimentado, ha

facilitado que se dirija la atención del estudio de la influencia social hacia una vertiente más dirigida al exterior que al interior del hogar, dejando de lado la influencia que la familia puede tener en el mantenimiento o desarrollo de las ALNS, mediado o no por la insatisfacción corporal.

De los componentes relacionados con la familia, hallados en el discurso, se puede percibir cómo la existencia de expectativas que la mujer siente que no puede cumplir es un factor influyente en la insatisfacción corporal, aparentemente mediada por la baja autoestima, lo que estaría acorde a los hallazgos de Amaya et al. al respecto (Amaya et al., 2010).

Pero la familia no solo aparece en el círculo de la ALNS con la insatisfacción corporal como mediadora, sino que hay otros elementos de la vida familiar que se ven involucrados en la ALNS. A este nivel hemos descrito aspectos como la percepción de causar daño a los seres queridos y la ocultación de la enfermedad, con el consecuente aislamiento, así como la falta de apoyo y la existencia de abuso como elementos estertores que generan sentimientos como ansiedad, culpabilidad o angustia, identificados como causantes directos de la ALNS en el discurso. Estos hallazgos están en consonancia con estudios que indican que la percepción de la cohesión y la comunicación familiar en mujeres con TCA que se autolesionan es peor que mujeres con TCA que no se autolesionan (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2004).

En cuanto a la relación del abuso con las ALNS, la conceptualización de Orbach de la influencia del cuerpo en las ALNS, incorpora el elemento del abuso de una forma cercana a la que se ha planteado en los resultados. Su modelo presenta procesos mediadores a dos niveles, encontrándose en primer lugar los procesos mediadores producidos por actitudes de negligencia y falta del cuidado hacia el cuerpo sufrido por la persona durante la infancia, entre los que se encuentra el abuso y trauma. En un segundo nivel, más cercano al momento de la ALNS, se hallan los procesos mediadores que incluyen el enfado, experiencia distorsionada del dolor, placer y la disociación (Orbach, 1996), parecidas a los sentimientos encontradas como predisponentes de la ALNS en los discursos de las participantes.

Tras el examen del papel familiar y continuando con la exploración de aspectos socio-culturales relacionados con la enfermedad, examinamos ahora la función que los **pares o iguales** tienen en el fenómeno. En el único caso en el este tema ha emergido es en el discurso de la entrevistada menor de 20 años, tal y como se esperaba por su edad

(Amaya et al., 2010), y se centra en la angustia que siente al salir a la calle y pensar que la gente la ve como a una “obesa”, lo que muestra vinculado al **aislamiento** al que se somete y que acompaña al TCA (Jáuregui, Estébanez, Santiago, Alvarez, & Garrido, 2009).

En estrecho vínculo con el papel de los compañeros, también se ha encontrado la influencia de los medios, y más concretamente el de las **redes sociales de internet** en el desarrollo de la ALNS. Estas redes permiten el contacto con otras personas que, a pesar de no conocerlas, se posicionan como iguales o *amigos*. El uso de redes sociales on-line se ha manifestado en los discursos como un factor de refuerzo de la conducta para la realización de dietas o ayuno y ALNS, como ya se esperaba en vista de las conclusiones de Whitlock (Whitlock et al., 2006). A este respecto ha quedado sin explorar la función que tienen los medios en relación a la ALNS de una forma indirecta, mediada por la afectación a la imagen corporal, como la literatura ha demostrado que sucede (Lawler & Nixon, 2011; Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Este vacío de información se achaca a un error en el planteamiento en el guión de la entrevista, que aborda el tema de los medios buscando una relación directa con las ALNS, y será explorado en el futuro.

Otro elemento social negativo, percibido tanto dentro como fuera del hogar, es el **estigma social**, cuyos juicios emitido y actuaciones en respuesta al TCA genera en a las mujeres que lo sufren los sentimientos descritos como precipitantes de la ALNS.

Atendiendo a los problemas autónomos relacionados con la ALNS, se ha identificado la **autocrítica** y el autoconcepto negativo como generadores de sentimientos negativos, lo cual se sitúa en consonancia con los hallazgos que los sitúan como elementos clave en el entendimiento de la AN (Skardeurd, 2007) y de las conductas autolesivas (Adams, Rodham, & Gavin, 2005), así como un factor altamente relacionado con éstas últimas (Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier, & Muehlenkamp, 2010; Jáuregui et al., 2009).

Finalmente, la consideración que se ha expuesto de la ALNS como un mecanismo para poner en contacto los dos opuestos del ser o de una conducta determinada, no aparece en la literatura como tal más que en la definición de la ALNS como medio para poner fin a la disociación (Klonsky, 2007). Este hecho, lejos de suponer un motivo para descartar esta consideración, anima a que se siga explorando, ya que supondría entendimiento común de la ALNS en personas con y sin disociación.

Igualmente resulta interesante la comparación de los hallazgos con el *Four Function Model* de Nock. Por el momento los discursos analizados no encuentran la ALNS como medio para el fortalecimiento social del modo en que establece Nock (2008), pero sí se han encontrado indicios de que la exploración de población menor de 20 años, siendo además ésta su población a estudio, podría explicar estas funciones, y más concretamente las subfunciones de sentirse parte de un grupo o evitar estar con la gente. En cambio sí que se encuentran en el discurso elementos de la función de refuerzo automático negativo (detención de malos sentimientos y alivio de sensación de vacío), así como los elementos del refuerzo automático positivo (castigo, búsqueda de relajación y necesidad de sentir algo).

Sin embargo, al desglosar y analizar cada una de las situaciones encontradas en el discurso, se podría afirmar que todas ellas responden como fin último a la necesidad de poner fin a una situación emocional negativa, lo cual podría explicar a su vez que la literatura sitúe la función de regulación emocional como la función más prevalente dentro del TCA. La segunda función mayormente reportada en mujeres con TCA es el autocastigo (Claes, Klonsky, et al., 2010), a la cual se puede someter a la misma reflexión, a la luz de lo encontrado en las entrevistas. A pesar de que a menudo las pacientes de TCA indiquen este como función de la ALNS, cuando las mujeres explican ese castigo, se refleja una búsqueda de auto perdón, de remisión o de apoyo para la liberación de la culpa, y en consecuencia esconde una búsqueda de alivio de emociones negativas.

Limitaciones y fortalezas

Limitaciones

La elección del enfoque cualitativo implica la aceptación de limitaciones que tienen que ver con posicionalidad de la investigadora, quien se sitúa en un lugar difícil para examinar el proceso con neutralidad. Como se ha puesto de manifiesto, el uso exclusivo de la entrevista para la captación de datos supone una limitación para la consecución del objetivo general, tanto por las características intrínsecas de la entrevista (como el desconocimiento de gran parte del contexto en el que se producen) como por las características específicas de la población a estudio y de los objetivos de la investigación, que suponen una cuestión íntima, a menudo oculta y que se da en personas que pueden tener problemas de comunicación emocional y social. Además, en

las tres entrevistas realizadas se hallaba presente la psicóloga de las participantes, lo cual es un factor de alteración del discurso. No obstante se tuvo en consideración este hecho durante el curso de la entrevista y se dispuso la posición física de la participante respecto a la entrevistadora en consecuencia, para intentar suavizar esta situación.

Del mismo modo se han hallado inconvenientes del ámbito de estudio que afectan a la muestra, los cuales pretenden ser salvados en el futuro mediante la incorporación de otros centros de captación.

Fortalezas

La realización de un estudio piloto para llevar a cabo una investigación mayor supone una fortaleza para este, ya que permite hacerse eco de limitaciones no previstas. También, para atenuar las limitaciones propias del enfoque cualitativo, se ha llevado a cabo un ejercicio de reflexividad sobre la posicionalidad de la investigadora, lo cual permite tener en cuenta en el análisis de los datos los sesgos de información derivados de la vivencia personal.

Relativo a los objetivos de estudio, se puede resaltar que el planteamiento de esta investigación responde a la necesidad de una exploración en profundidad sobre las funciones de la ALNS y sobre cómo es el proceso hasta que estas se materializan en el cuerpo.

CONCLUSIONES

En base a resultados obtenidos mediante el pilotaje de la presente investigación y contexto en el que se han extraído y acorde a los objetivos marcados en relación al protocolo de investigación, se concluye lo siguiente:

- El abordaje fenomenológico para el estudio del proceso de ALNS en mujeres con AN y BN resulta apropiado puesto que este se ve influenciado por la percepción que tienen estas mujeres sobre su enfermedad y su medio.
- Para acceder adecuadamente a la población a estudio se requiere el uso de otras vías más allá de la reclutación en medio clínico.
- La dificultad de acceso a la población no clínica hace necesaria la búsqueda de otros métodos de captación complementarios a la captación en instituciones sanitarias.
- La entrevista en profundidad supone una herramienta adecuada para la exploración del fenómeno a estudio, debido a que facilita el discurso de cuestiones íntimas, en relación a otros métodos de recogida de datos. No obstante, debido a la dificultad que puedan experimentar algunas de las mujeres a estudio, este método ha de ser complementado con algún tipo de observación.
- Las variables a estudio no deben suponer una restricción en el desarrollo de las entrevistas y ha de dejarse que sean los discursos generados los que guíen la elección de variables a estudio.
- La situación social y familiar de las mujeres de TCA es un factor que requiere ser explorado inicialmente para la comprensión del fenómeno de las ALNS.
- El estudio piloto llevado a cabo no permite establecer las causas de la ALNS en mujeres con AN y BN, no obstante la hipótesis actual es que la ALNS se da para aliviar una situación emocional negativa.
- La hipótesis actual sobre las consecuencias de la ALNS es que estas son variables, incluyendo estados positivos y negativos.
- La hipótesis desde la cual se planteará la investigación en cuanto al papel de la insatisfacción corporal es que las distintas esferas de la imagen corporal están presentes en el proceso de la ALNS.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, J., Rodham, K., y Gavin, J. (2005). Investigating the “self” in deliberate self-harm. *Qualitative Health Research*, 15, 1293–1309
- Amaya, A., Alvarez, G. L., y Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76–89
- Amaya, A., Mancilla-Díaz, J. M., Álvarez, G. L., Ortega, M., Larios, M., y Martínez, J. I. (2013). Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22, 121–133
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (American P). Washington, London
- American Psychiatric Association. (2014). Feeding and eating disorders. Recuperado de: [http://www.dsm5.org/Documents/Eating Disorders Fact Sheet.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Eating_Disorders_Fact_Sheet.pdf)
- American Psychiatric Association. (2015). DSM Recuperado de: <http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Banfield, S. S., y McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 146(37)
- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 23(1), 33–37
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., y Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 641–649
- Claes, L., Fagundo, A. B., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Giner-Bartolome, C., Granero, R., ... Fernandez-Aranda, F. (2015). Is Non-suicidal Self-injury Related to Impulsivity in Anorexia Nervosa? Results from Self-report and Performance-based Tasks. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 28–33
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., y Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775–778
- Claes, L., Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Kuppens, P., y Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered

- patients: which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 386–392
- Claes, L., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, 2, 263–272
- Claes, L., Vandereycken, W. y Vertommen, H. (2004). Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *European Psychiatry*, 19, 494–498
- Dahlström, Ö., Zetterqvist, M., Lundh, L., Svedin, C. G., Dahlström, Ö. y Zetterqvist, M. (2015). Functions of Nonsuicidal Self-Injury: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses in a Large Community Sample of Adolescents. *Psychological Assessment*. Avance de publicación en línea. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000034>
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S. y Montgomery, P. (2013). The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PloS One*, 8(10), e77555. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>
- Devlin, M. J. y Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286(17), 2159
- Duggan, J. M. (2011). *Body Image: An Investigation of an Intrapersonal Risk Factor Related to Non-Suicidal Self-Injury Among Young Adults* (Tesis doctoral). Recuperado de: http://digitool.library.mcgill.ca/R/?func=dbin-jump-full&object_id=104861&local_base=GEN01-MCG02
- Duggan, J. M., Toste, J. R. y Heath, N. L. (2012). An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: The mediating influence of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 256–264
- Esteban, M. L. (2004a). El estudio del cuerpo en las ciencias sociales. In *Antropología del cuerpo. Géneros, itinerarios corporales, identidad y cambio*. (Bellaterra, pp. 19 – 27). Barcelona
- Esteban, M. L. (2004b). Introducción. In *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio* (Bellaterra, pp. 9–15)
- Favaro, A., Santonastaso, P., Monteleone, P., Bellodi, L., Mauri, M., Rotondo, A., ... Maj, M. (2008). Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 105, 285–289
- García Arnaiz, M. (2010). Engordar, adelgazar, enfermar: algunas reflexiones sobre alimentación. In *Antropología, género, salud y atención* (Bellaterra, pp. 71–88). Barcelona

- Hasking, P., Andrews, T.y Martin, G. (2013). The Role of Exposure to Self-Injury Among Peers in Predicting Later Self-Injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1543–1556
- Heath, N., Toste, J., Nedecheva, T.y Charlebois, A. (2008). An Examination of Nonsuicidal Self-Injury Among College Students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137–156
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J.y Laukkanen, E. (2009). Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 464–467
- Horne, O.y Csipke, E. (2009). From feeling too little and too much, to feeling more and less? A nonparadoxical theory of the functions of self-harm. *Qualitative Health Research*, 19, 655–667
- In-Albon, T., Ruf, C.y Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 2013, 159208. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2013/159208>
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). Población que usa Internet (en los últimos tres meses). Recuperado el 10 de julio de 2015 de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888
- International Society for the Study of Self-Injury. (2007). Overview, International Society for the Study of Self-Injury. Recuperado el 1 de enero de 2015 de: <http://itriples.org/self-injury/fast-facts/>
- Jacobson, C. M.y Luik, C. C. (2014). Epidemiology and Sociocultural Aspects of Non-suicidal Self-Injury and Eating Disorders. In *Non-suicidal Self-Injury in Eating Disorders* (pp. 19–34)
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L.y Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 17, 1–19
- Jáuregui, I., Estébanez, S., Santiago, M. J., Alvarez, E.y Garrido, O. (2009). Coping strategies in eating disorders. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 17(3), 220–226
- Johnston, J. (2011). Demi Lovato Interview: Teen Star Opens Up on Bulimia, Cutting Issues. Extraído de: <http://abcnews.go.com/Entertainment/demi-lovato-interview-teen-star-opens-bulimia-cutting/story?id=13405090>

- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8 (70)
- Klinke, M. E., Thorsteinsson, B. y Jónsdóttir, H. (2014). Advancing Phenomenological Research: Applications of “Body Schema,” “Body Image,” and “Affordances” in Neglect. *Qualitative Health Research*, 24(6), 824–836
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(August 2006), 226–239
- Kyriacou, O., Easter, A. y Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 843–854
- Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T. y Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 23–28
- Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Tolmunen, T., Kylmä, J. y Hintikka, J. (2013). Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 501–510
- Lawler, M. y Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59–71
- Lengel, G. y Mullins-Sweatt, S. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: clinician and expert ratings. *Psychiatry Research*, 210, 940–944
- Lloyd-richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. y Kelley, L. (2008). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Diabetes Research*, 37(8), 1183–1192
- Marí, R., Bo, R. y Climent, C. (2010). Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *UT. Revista de Ciències de L'educació*, 113–132
- Martínez-Aedo, M. J. (2000). Anorexia y bulimia nervosas. Concepto y criterios diagnósticos. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (Ed.), *Trastornos del comportamiento alimentario en el niño* (pp. 147–161). Barcelona
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. y Holt, K. (2010). Are there different sociocultural influences on body image and body change strategies for overweight adolescent boys and girls? *Eating Behaviors*, 11(3), 156–163
- Monterrosa-Castro, A. y Cuesta-Fernández, C. (2012). Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3, 300–305

- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B. y Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243
- Muehlenkamp, J. J. y Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 1–9
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Smits, D., Peat, C. M. y Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, 188(1), 102–108
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. a., Simonich, H. y Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 83–87
- Nock, M. K. y Locke, J. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors, 12(4), 159–168
- Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890
- Oliva, L., Gandarillas, A., Sonogo, M., Díez-Gañan, L. y Ordobás, M. (2012). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. *Boletín Epidemiológico de La Comunidad de Madrid*, 18, 3–19
- Orbach, I. (1996). The role of body experience in self-destruction. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(4), 607–619
- Palmar, A., Pedraz, A., Solís, M. y Hernández, A. (2011). El muestreo teórico en un estudio fenomenológico sobre la idea de corporeidad en pacientes trasplantados de corazón. *Metas de Enfermería*, 14(7), 68–74
- Pastor Carballo, R. (2004). Cuerpo y género: representación e imagen corporal. In *Psicología y género* (Pearson Ed, pp. 218–239). Madrid
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B. y Nutzinger, D. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 159, 408–411
- Pedraz, A., Zarco, J., Milagros Ramasco y Palmar, A. M. (2014). El análisis en la investigación cualitativa. In *Investigación cualitativa* (Elsevier, pp. 97 – 109). Barcelona
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M. y Pamar, A. M. (2014). Entrevista en profundidad. In *Investigación Cualitativa* (Elsevier, p. Páginas). Barcelona

- Peek, L. E., Howe-Martin, L. S., Lightner, K. O. B.y Murrell, A. R. (2010). Peer and Media Influences on Adolescent Repetitive Self-Mutilation. *Journal of Media Psychology*, 1(15) 223–246
- Peláez Fernández, M. A., Raich i Escursell, R. M.y Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*,1(2010),62–75
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M.y Muehlenkamp, J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549–58
- Portela de Santana, M., Ribeiro, H., Giral, M.y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia ; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D.y Franklin, J. C. (2010). Peer Influence and Nonsuicidal Self Injury: Longitudinal Results in Community and Clinically-Referred Adolescent Samples. *Abnorm Child Psychol*, 38(5), 669–682
- Rader, D. (2010). “Salt” Star Angelina Jolie Dishes on Rebellious Past, Run-Ins With the Paparazzi and Love for Brad Pitt. *Parade*, July. Extraído de: <http://parade.com/13509/dotsonrader/0707-angelina-jolie-exclusive/>
- Rodriguez, M., Rodriguez, N., Gempeler, J.y Garzón, F. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3(S 1), 19–26
- Rolling Stone. (2009). Megan Fox, America’s Sexiest Bad Girl: New Cover of Rolling Stone. *Rolling Stone*, September(1088). Recuperado de: <http://www.rollingstone.com/movies/news/megan-fox-americas-sexiest-bad-girl-new-cover-of-rolling-stone-20090916>
- Ross, S., Heath, N. L.y Toste, J. R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83–92
- Ruiz, J. R. (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas familiarizados con esta práctica de investigación social. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2).
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P.y Koivisto, A. M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 276–281
- Shingleton, R. M., Eddy, K. T., Keshaviah, A., Franko, D. L., Swanson, S., Yu, J. S., ... Herzog, D. B. (2013). Binge/purge thoughts in nonsuicidal self-injurious

- adolescents: An ecological momentary analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 684–689
- Skardeurd, F. (2007). Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, (15), 81–97
- Svirko, E. y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behaviour*, 37, 409–421
- Swanson, S, Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J.y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723
- Taylor, S.y Bogdan, R. (1987a). La entrevista en profundidad. En Paidós (Ed.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (pp. 100–132)
- Taylor, S.y Bogdan, R. (1987b). Trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. En Paidós (Ed.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (pp. 152–153). Barcelona
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M.y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutricion Hospitalaria*, 28(1), 27–35
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Medicine*, 7(5), 5–8
- Whitlock, J., Powers, L. J.y Eckenrode, J. (2006). The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self-Injury. *Developmental Psychology*, 42(3), 1–9
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Abrams Baral, G., ... Knox, K. (2011). Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 361–369
- Whitlock, J.y Selekman, M. (2013). Non-suicidal self-injury (NSSI) across the lifespan Janis Whitlock. In *Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (Oxford Lib, pp. 1–60). Oxford
- Wilkerson, J. M., Iantaffi, A., Grey, J. a, Bockting, W. O.y Rosser, B. R. S. (2014). Recommendations for Internet-Based Qualitative Health Research With Hard-to-Reach Populations. *Qualitative Health Research*, 24(4), 561–74
- Wilkinson, P.y Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 103–108
- World Health Organization. (2015). World Health Organization. Extraído de: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Bibliografía

- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö. y Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759–773

ANEXOS

Anexo 1. Criterios DSM-V para anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

- (F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- (F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Anexo 2. Criterios DSM-V para bulimia nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Anexo 3. Informe favorable del Comité Ético de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid

CEI 62 - 1093



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, en su reunión del 6 de marzo de 2015, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto "Autolesiones no suicidas en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa", dentro del Trabajo fin de Máster, que tiene como investigadora responsable a la Dra. **Azucena Pedraz Marcos** y como estudiante del Máster a D^a. **Marina Gallego Jiménez**.

A la vista de la documentación presentada este Comité ha acordado **informar favorablemente** el proyecto de investigación ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

Y para que así conste se firma en Madrid a 11 de marzo de 2015.

Isabel Martínez Cabañas

A blue ink signature of Isabel Martínez Cabañas.

Secretaria del CEI



Nuria Fernández Monsalve

A blue ink signature of Nuria Fernández Monsalve.

Presidenta del CEI

Anexo 4. Informe favorable Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Gregorio Marañón



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. Fernando Díaz Otero, Secretario del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

CERTIFICA

Que se ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Código APMAUT_ENF

TÍTULO: "Autolesiones no suicidas en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa"

Protocolo versión 1.1 Fecha: 22 de mayo 2015. **Hoja de Información al paciente y Consentimiento Informado** versión 02.

Promotor: Investigador

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos legalmente establecidos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado por el investigador principal:

D^a. Azucena Pedraz Marcos / Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Y HACE CONSTAR QUE:

1º En la reunión celebrada el día **22 de junio de 2015**, **acta 08/2015** se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente -Real Decreto 223/2004 y Decreto 39/94 de la Comunidad de Madrid- para que la decisión del citado CEIC sea válida.

3º El CEIC-A1, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ ICH/ 135/95)

4º La composición actual del CEIC-A1 es la siguiente:

D. FELIPE ATIENZA FERNÁNDEZ (Cardiología - Presidente)
D. ANDRÉS JESÚS MUÑOZ MARTÍN (Oncología Médica - Vicepresidente)
D. FERNANDO DÍAZ OTERO (Neurología – Secretario)
D. JUAN ANTONIO ANDUEZA LILLO (Medicina Interna)
D^a. MARÍA LUISA BAEZA OCHOA DE OCÁRIZ (Alergología)
D^a. DOROTEA BLANCO BRAVO (Pediatría)
D^a MARÍA DEL CARMEN DE LA CRUZ ARGUEDAS (Unidad de Apoyo a la Investigación)
D. RAFAEL CARRIÓN GALINDO (Oncología Médica)
D. CARLOS MANUEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Reumatología)
D. VICENTE DE LAS PEÑAS GIL (Psicología Clínica)
D. EDUARDO FERNÁNDEZ-CRUZ PÉREZ (Inmunología)
D^a. MARÍA DEL CARMEN HERAS ESCOBAR (Enfermería)
D^a. LEONOR MARÍA LAREDO VELASCO (Farmacología Clínica)
D. IGNACIO MARÍN JIMÉNEZ (Aparato Digestivo)
D^a. CARMEN MATEO RUIZ (Farmacia Atención Primaria)
D^a. MARÍA DE LOS ÁNGELES MUÑOZ FERNÁNDEZ (Inmunología)
D^a. ANA MUR MUR (Farmacia Hospitalaria)
D^a. MARÍA BEGOÑA QUINTANA VILLAMANDOS (Anestesiología y Reanimación)
D. JOSÉ MIGUEL RIVAS BUENO (Licenciado en Derecho)

Lo que firmo en Madrid, a 29 de junio de 2015



Fdo.: Dr. Fernando Díaz Otero

172/15

C/ Dr. Esquerdo 46, Pabellón de Gobierno, Planta baja, 28007 Madrid
ceic.hguqm@salud.madrid.org Tel. 91 585 7007 – Fax. 91 400 8156

Anexo 5. Documento de consentimiento informado y hoja de información para mayores de 18 años

Autolesiones no suicidas en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa:

HOJA DE INFORMACIÓN

(MAYORES DE 18 AÑOS)

Gracias por indicar que podría estar interesado en participar en este estudio.

Antes de que finalmente decida participar, queremos explicarle por qué se lleva a cabo esta investigación y qué implicaciones tendrá. Por favor, tómese el tiempo que necesite para leer cuidadosamente la siguiente información y para discutirla con otros, si así lo desea. Por favor, pregunte acerca de cualquier aspecto que no esté suficientemente claro o sobre el que desee más información. Es importante que se tome su tiempo para decidir si quiere participar, o no.

¿Dónde se realiza el estudio?

El presente estudio se está realizando dentro del Máster de Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables de la Universidad Autónoma de Madrid. La persona que dirige esta investigación es la Dra. Azucena Pedraz, que es una enfermera investigadora de esta universidad, que se encuentra tutelando el trabajo de la estudiante Marina Gallego, quien será la persona encargada de realizar las entrevistas a las participantes.

¿En qué consiste este estudio de investigación?

Queremos explorar el proceso autolesivo en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa) a través de un estudio observacional, con abordaje cualitativo mediante entrevistas en profundidad. Estamos pidiendo a personas con esta condición que nos ayuden a ello.

La investigación nos permitirá responder preguntas y obtener conocimiento. La práctica médica no es lo mismo que la investigación.

¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar en el estudio”?

Si decide participar, le pediremos que firme este documento y que nos permita entrevistarle durante aproximadamente una hora sobre su experiencia con las autolesiones no lesivas, en un espacio reservado o en su propio domicilio, si usted lo prefiere. La entrevista será grabada en archivo de audio (sólo audio) con una grabadora de voz para facilitar la transcripción por escrito de esta y realizar su análisis.

Le daremos la oportunidad de que revise la transcripción de la entrevista y podrá comprobar la precisión de los datos. Si lo desea, también se le devolverán los resultados del análisis de su entrevista, así como los resultados de la investigación.

¿Qué pasa si digo “no quiero participar en el estudio”?

Nadie le tratará de manera diferente puesto que está en su pleno derecho de no participar. Negarse a participar en una investigación no cambiará de ninguna manera la atención médica que usted recibe actualmente.

¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar esta decisión. Nadie le tratará de manera diferente puesto que está en su pleno derecho de no participar y la atención que recibe de su médico no cambiará por este motivo.

¿Cómo se velará por mi privacidad?

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, toda la información que se obtenga será utilizada exclusivamente para la consecución de los objetivos del proyecto de investigación, garantizándose la más absoluta confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio. Su intimidad se garantiza con el hecho de que los datos que se obtengan en este estudio se analizarán y publicarán en conjunto. Esto quiere decir que:

- Las únicas personas autorizadas para acceder a su entrevista son las que trabajan en el estudio.
- El archivo resultante de la grabación de voz de la entrevista, junto con una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos.
- No incluiremos los datos de la entrevista en su expediente médico ni su médico tendrá acceso a estos datos.
- En ningún momento se publicará la entrevista, sino los resultados extraídos del análisis de esta, en conjunto. Estos datos NUNCA irán ligados a su nombre.
- Haremos todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que has participado en él mediante la codificación de la información que se publique evitando dar información personal sobre su entorno.

¿Cuáles son mis derechos por ser participante de una investigación?

- Usted tiene derecho a no participar en un estudio de investigación.
- Usted tiene derecho a interrumpir su participación en cualquier momento.

Usted tiene derecho a hacer preguntas en cualquier momento y a recibir una información sobre el estudio y sus derechos como participante.

Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

Este estudio es independiente de su terapia habitual y no constituirá por sí mismo una terapia para su enfermedad. Participar en este estudio no le ayudará de manera inmediata, pero podría ayudar a personas que se infligen autolesiones no suicidas en el futuro.

Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?

Existen posibilidades de que los temas tratados en la entrevista puedan hacerle sentir triste o causarle daño emocional, por lo que estos significan para usted. Sin embargo, para algunas personas, hablar abiertamente de sus problemas les ayuda a entenderlo y a desahogarse.

¿Por qué tengo que firmar un documento?

El consentimiento informado es un proceso diseñado para informarle a usted como participante y para ayudar a la mejora de la comunicación entre usted y el equipo investigador encargado del estudio. Este proceso incluye el facilitarle información sobre aspectos importantes de seguridad que podrían producirse durante el estudio.

Usted tendrá el tiempo que considere necesario para leer el documento y meditar su decisión. Si al final decide participar en el estudio, se le pedirá que firme el documento, de tal manera que se verifique que usted entiende y está de acuerdo con sus condiciones.

¿Con quién puedo contactar para ampliar la información?

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte con:

Dra. Azucena Pedraz Marcos

Profesora contratada doctora
Sección Departamental de Enfermería
Facultad de Medicina – Universidad Autónoma de Madrid
C/ Arzobispo Morcillo, 2
28029 Madrid
E-mail: azucena.pedraz@uam.es

Marina Gallego Jiménez

Investigadora entrevistadora
E-mail: marina.gallego@estudiante.uam.es
Teléfono (para llamada o WhatsApp): 646 817 460

Responsable de captación en institución sanitaria

Posición en el centro
Información de contacto

Si desea tener una copia de las publicaciones que se puedan derivar de esta investigación, por favor, escriba a Marina Gallego.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(MAYORES DE 18 AÑOS)

Mediante la firma de este documento, la participante,
..... ,
declara:

- ✓ Que he leído y la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
- ✓ Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
- ✓ He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- ✓ Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- ✓ El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi salud.
- ✓ Doy mi consentimiento a la utilización de los datos obtenidos en congresos y/o publicaciones.
- ✓ Conozco que este proyecto se lleva a cabo siguiendo las normas dictadas por la Declaración de Helsinki (59ª Asamblea General, Seul, Korea, Octubre 2008), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente sobre investigación biomédica (RD 14/2007 y RD 561/1993).
- ✓ He recibido información y la hoja de consentimiento informado a través de

Firma de la participante

Firma del Investigador

En, a de de 2015

Autolesiones no suicidas en personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Marina Gallego Jiménez

Dirigido por la doctora Azucena Pedraz Marcos

Máster Universitario de Investigación y Cuidados de Enfermería en
Poblaciones Vulnerables. Primera edición. Curso 2014-2015

Universidad Autónoma de Madrid · Facultad de Medicina

