

# Experiencia emocional de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa (AN) respecto al sí mismo, el otro y su tratamiento

Camila Sepúlveda<sup>1</sup>

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo poder conocer la experiencia emocional de mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa respecto de su tratamiento, el sí mismo y el otro. Era interesante conocer cómo estas se describen e identifican y además cómo se desenvuelven con la alteridad, pudiendo rescatar de ello las influencias en sus vidas y en el proceso de la misma anorexia y tratamiento, por ende, en la expresión de sus emociones y el surgimiento de éstas.

Se utilizó un enfoque cualitativo, de alcance descriptivo-exploratorio y realizado mediante una metodología basada en la Fenomenología hermenéutica. En cuanto a la muestra, las participantes fueron seis mujeres entre 15 y 37 años, con una anorexia nerviosa diagnosticada y encontrándose en tratamiento a la hora de su participación. La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad semi-estructurada.

Los resultados dan cuenta acerca de la experiencia emocional en torno al tratamiento. Al respecto surgen distintas maneras de expresión de sus emociones, por lo general negativas, como la rabia, inseguridad, invalidez, reactancia, etc. Sumado a lo anterior, el sí mismo y el otro se relacionan con la experiencia en tratamiento, ya que la manera de ser de estas mujeres influye tanto en el proceso de recuperación como en la manera en que se enfrentan a la alteridad, donde pueden mostrarse complacientes, como opositoras y en su totalidad culpables. Es aquí donde el cuerpo emerge como regulador de la relación con la alteridad y, por ende, surge el síntoma. Se concluye que el otro ya sea dentro del tratamiento como en la vida influye en que la sintomatología actualmente se encuentre latente.

**Palabras clave:** Experiencia emocional, anorexia nerviosa, tratamiento, sí mismo, el otro

## Emotional experience of women diagnosed with Anorexia Nervosa (AN) with respect to her treatment, the self and the other Summary

The present study aimed to know the emotional experience of women diagnosed with anorexia nervosa regarding their treatment, the self and the other. It was interesting to know how these are described and identified and also how they develop with the otherness, and can rescue from it the influences in their lives and in the process of the same anorexia and treatment, therefore, in the expression of their emotions and the emergence of these.

A qualitative approach was used, with a descriptive-exploratory scope and carried out using a methodology based on hermeneutic Phenomenology. As for the sample, the participants were six women between 15 and 37 years old, with anorexia nervosa diagnosed and being treated at the time of their participation. The technique of data collection was the semi-structured depth interview.

The results tell about the emotional experience around treatment. Regarding this arise different ways of expressing their emotions, usually negative, such as anger, insecurity, disability, reactance, etc. In addition, the self and the other are related to the experience in treatment, since the way of being of these women influences both the recovery process and the way in which they face alterity, where they can be complacent or opposers, and in their totality guilty. It is here that the body emerges as regulator of the relationship with the otherness and, therefore, the symptom emerges. It is concluded that the other -either within the treatment as in life-, influences in that the symptomatology is currently dormant.

**Keywords:** Emotional experience, anorexia nervosa, treatment, itself, the other

1. Psicología Clínica. Universidad Adolfo Ibáñez. Programa de Magister en Psicología Clínica Mención Construccinismo Social y Psicoterapias Contemporáneas. Trabajo de Titulación para optar al grado de Magister

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un tema de interés por distintos motivos, uno de ellos y tal como es mencionado por Carrós y Sanfeliú (1997) es que han sido considerados uno de los trastornos psicológicos más importantes dentro de la humanidad, ya que cada vez acaban con más vidas y su fecha de inicio ha ido disminuyendo. Gran parte de esta preocupación se relaciona con las graves consecuencias físicas y emocionales, las cuales no solo involucran a la persona afectada, sino también a su familia.

Sumado a lo anterior, los TCA afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes y los estudios muestran que su prevalencia ha aumentado progresivamente desde la década de 1950 en adelante (Gaete, López & Matamala, 2012). En la última década, la edad de aparición ha disminuido en 12 meses, manteniéndose a la vez su prevalencia en edades más avanzadas, lo que ha implicado que la progresión de los TCA sea etiquetada como epidémica en sociedades avanzadas (Castro, Leal, Lillo & Urzúa, 2011). Por lo tanto y de acuerdo con lo planteado por López y Treasure (2011) se ha estimado que existe una oscilación entre 0.5% y 1% en la anorexia nerviosa (AN) y en el caso de bulimia (BN) entre 1-2% y 4%.

En cuanto a la anorexia nerviosa en específico, es importante agregar sobre la sintomatología propia, la cual se caracteriza por una restricción en la ingesta alimentaria, que esta negación a comer va ligada a poder conseguir la delgadez. A pesar de lo mencionado, la sensación de hambre puede estar presente, no sólo al inicio de la enfermedad, sino también durante ésta (Bravo, Pérez & Plana, 2000). Esto quiere decir, que a pesar de que no come, es inevitable el dejar de pensar en los alimentos que están permitidos para no estar gordo (a), y es ahí donde radica precisamente su patología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso (Adrados, 2014). Además, se ha detectado que la mitad de las anoréxicas restrictivas, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica entonces el denominado "atacón", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito auto inducido (Bravo, Pérez & Plana, 2000).

En cuanto a los tratamientos para este tipo de trastorno, en general, resultan de alta complejidad y tienden a cronificarse (García-Camba, 2001; Gismero, 2001; Shapiro, et al. 2007; Mehler, Birmingham, Crow & Jahraus, 2010). Esto puede darse ya que, por lo general, las intervenciones se centran en las representaciones, la imagen corporal y en los estándares de perfección a los cuales las pacientes aspiran (Shapiro, et. al. 2007; Fairburn, Welch, Norman, O'Connor & Doll 1996).

Actualmente, lo antes mencionado presenta un vacío en cuando a la vivencia de la persona, esto quiere decir que la experiencia singular no cobra protagonismo en el desarrollo de los tratamientos, ya que el foco está orientado en la obtención de resultados prácticos, tales como la nutrición, la ganancia de peso y el darles una pauta alimentaria. Lo anterior lleva a interrogarse sobre los aspectos subjetivos e individuales del modo en que la persona experimenta la anorexia.

En este sentido y como mencionan Zagmutt y Ferrer (2003) tras el tema de los desórdenes alimentarios psicógenos (DAP) se ha encontrado que hay más que una problemática de alimentación y que este tipo de trastorno son solo algunas modalidades de desbalance que pueden sufrir las personas que pertenecen a este modo de organizar la experiencia.

Tal como plantea Rovaletti (1998) existe una necesidad de ir más allá del síntoma somático para acceder a la vivencia, siendo el síntoma el que posee un significado que va más allá de una percepción distorsionada de la forma y tamaño del propio cuerpo; este expresa un significado histórico, un lenguaje o una forma de comunicación frente a lo vivido.

Rovaletti (1998) menciona también que en las pacientes con Anorexia existen las pausas y dificultades para construir la narrativa, mostrando un componente alexitímico; las emociones son expresadas en términos físicos, se acude a sensaciones y se pone afuera el malestar interno, no mediante una elaboración psicológica. Además, como menciona Behar (2004) resulta importante describir la posición que estas tienen hacia su problema, considerando la motivación hacia el tratamiento, la conciencia de sí mismas y de su dolencia, la disponibilidad y el compromiso afectivo en el proceso terapéutico.

Es por esto por lo que en la presente investigación se busca responder las siguientes preguntas:

¿Cómo es la experiencia emocional de mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa respecto de su tratamiento, el Sí mismo y el otro? Para poder responderla y abordar el tema, se utilizará una metodología basada en la fenomenología-hermenéutica, que busca comprender el fenómeno en profundidad de quién vive la experiencia, teniendo en cuenta las circunstancias y contexto en que se recogen los datos, además se utilizará la interpretación.

De acuerdo con ello es que Federici y Kaplan (2008) señalan que no se tiene claridad de por qué no se logra una completa recuperación en quienes presentan anorexia, lo que resultaría en que una parte de las pacientes se mantengan en el trastorno y /o presenten recaídas posteriores al proceso de tratamiento.

En relación con lo mismo Sevillano (2001) plantea que estas pacientes tienden a mostrar una elevada resistencia al cambio, por lo que su actitud ante cualquier tipo de tratamiento muestra ambivalencias y resistencias.

Estudios han demostrado la efectividad de la psicoterapia (Poch & Ávila, 1998). Como menciona Figueroa (1996) diferentes tipos de terapia alcanzan una mejoría en 2/3 de las pacientes, independiente de la técnica utilizada, la extensión que puede haber tenido el tratamiento y del terapeuta involucrado.

Solo en ocasiones se puede presentar una percepción errada del cuerpo, por lo cual podrían tender a sobreestimar la forma de este. No se puede considerar un síntoma propio de la AN, ya que también puede verse en sujetos sin la patología. Como menciona Perpiñá (1995) en cuanto a la distorsión de la imagen corporal, investigaciones actuales han puesto de manifiesto que no es una característica patognomónica exclusiva de la anorexia nerviosa. Además, no se ha comprobado que el *sentirse poco atractivas* pueda hacerlas vivir insatisfechas con su propio cuerpo (Jansen, Smeets, Martijn & Nederkoorn, 2006).

Otro aspecto central, son los rasgos de personalidad en este tipo de TCA, siendo los más predominantes y recurrentes en quienes padecen AN, el perfeccionismo por la tendencia a regirse por normas demasiado altas sin importar las consecuencias que puedan generar; los rasgos obsesivos compulsivos sobre todo ligados a la duda y la exactitud; el narcisismo caracterizado por la preocupación sobre la apariencia física; la necesidad de ser validadas por su entorno social; una intensa sensibilidad interpersonal y la baja autoestima.

Por último, se encuentra la Sociotropía y Autonomía, el primero referido a la preocupación por la aceptación y aprobación de los demás y el segundo orientada a la independencia, control y logro (Cassin & Von Ranson, 2004). Se ha encontrado que individuos con AN, tienden a presentar una alta evitación del daño, baja búsqueda de novedad y el ser bastante persistentes (Fassino et al., 2002). Sin embargo, Leon, Fulkerson, Perry, Keel y Klump (1998) mencionan que los factores comunes serían la emocionalidad negativa y la poca o ausente conciencia interoceptiva, siendo significativos predictores de AN.

Las familias de estas pacientes se caracterizan por ser poco cohesionadas, poco expresivas y poco favorecedoras del crecimiento personal (Latzer, Hochdorf, Bachar & Canetti, 2002).

En relación con lo expuesto y enfocado en el Self y su desarrollo, según lo que plantea Arciero, este aparece en un inter-juego circular entre el suceder continuo de nuestra experiencia y su reconfiguración en significados compatibles (Zagmutt, 2006).

Dada su relevancia, el self- directedness (autodirección) hace referencia al vínculo que las personas tienen consigo mismo, lo que les ayudaría a modular su adaptación a las situaciones conforme a objetivos, propósitos y valores escogidos personalmente (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993). En palabras de Arciero (2009) si por un lado los rasgos del carácter pueden optimizar la adaptación, por otro pueden favorecer la patología, y su alteración sería un denominador común en los distintos trastornos de la personalidad.

Para poder comprender lo anterior, se abordarán ciertos conceptos desde un enfoque Posracionalista, teniendo como finalidad poder comprender de una mejor manera la unicidad y singularidad de la experiencia de cada persona. La psicología Posracionalista modifica la interrogación fundamental de su investigación desde ¿Qué es el sí mismo? Hacia ¿Quién es el sí mismo? Por lo tanto, se abordarán los siguientes conceptos:

### Experiencia Emocional

**Iipseidad:** Se entenderá la experiencia emocional como una experiencia subjetiva de cada persona, donde surge una emoción que está anclada a una situación. Siguiendo con Arciero y Bondolfi (2009) estos entienden la emoción como un movimiento dirigido hacia algo o alguien, en un contexto determinado en el cual la persona se encuentra situada. Esto ocurre debido a que cada persona en todo momento de la vida encarna una emoción, la que se encuentra cohesionada con su historia; ésta se actualiza en cada momento en relación con la situación que de por sí provoca cierta experiencia emocional, en donde se da que esta se encuentra constantemente dialogando con la alteridad, que se refiere a los otros, al mundo.

Adquiere importancia hablar sobre ipseidad, ya que juega un rol fundamental para poder comprender los relatos acerca de la experiencia emocional respecto al tratamiento de mujeres con anorexia nerviosa, además de sí mismas y el otro. Esto debido a la imposibilidad de separar la emoción de la situación y del otro con que se están constantemente relacionando en determinados momentos.

**Mismidad:** En este encuentro con la alteridad, la familiaridad de las experiencias en las que hemos sido se encuentra en-el-mundo como una nueva experiencia, permitiéndonos apropiarnos del fenómeno de la vida en curso, lo que conlleva además el poder elegir una posibilidad de existir (Arciero, 2009; Arciero & Bondolfi, 2009). Entonces cada encuentro que tenemos en-el-mundo, es decir, cada vez que somos-en-el-mundo, se construye como una experiencia. Siguiendo la misma línea, y en palabras de Arciero, esta experiencia tiene un *modo prevalente de sentirse emocional y corporalmente situado*. Dicho de otra manera, vendría a dar a entender la manera en que la

persona vive su experiencia, teniendo directa relación con el modo de relacionarse y moverse en el mundo.

**Alteridad:** Corresponde a aquello que llamamos el mundo y los otros, equivale al mundo que rodea y comparte una persona. En relación con ello, la Ipseidad se encuentra en relación dialéctica con la alteridad, por el efecto que tiene el exterior en el sí mismo, por ejemplo, el estar enfadado "por algo". La forma de entender el "cómo" solo se puede dar al situar bien a la persona. Esta dialéctica antes mencionada (ipseidad-alteridad) provee un fondo ontológico de una psicología de las emociones, que nos lleva a dos polaridades de la constitución de la experiencia emocional y corporalmente situada, ya que las disposiciones implican una específica relación entre la mismidad y el cuerpo. Entonces según cómo esté siendo constituida la relación con los otros, cada quién va a verse afectado (Arciero, 2011, 2012, 2014; Arciero & Bondolfi, 2009).

Bowen (1978) y Guidano (1991) mencionan que, en el caso de los trastornos alimentarios, en general, y en este caso haciendo referencia a la anorexia nerviosa, la familia y los *vínculos tempranos* son altamente influyentes en la forma en que se organiza la personalidad. En otras palabras, el otro es fundamental desde los primeros años, pudiendo influir en el desarrollo de la patología y su mantenimiento.

**Identidad narrativa:** Ricoeur (1990, 1999) postula que la identidad narrativa media la dialéctica entre la Mismidad y la Ipseidad, adquiriendo preponderancia el relato llevando a que la identidad personal se configure como narrativa de sí. El relato entonces corresponde al carácter duradero de una persona, lo que se puede llamar *Identidad Narrativa* (Ricoeur, 1999). Ricoeur (2004) menciona que puede ocurrir que, al darse una relación con el otro en forma de amenaza, la alteridad se presente como violenta impactando directamente en la propia historia del sujeto, surgiendo la dificultad de relacionarse y comprender a los otros significativos, pudiendo llegar a condicionarlos en su manera de relacionarse.

*El Self en la edad contemporánea: "El sí mismo, 'fuera de sí', encuentra su ipseidad en su propio actuar y sentir inmediatos y allí permanece cada vez".* (Giampiero Arciero).

Como menciona Arciero y Bondolfi (2009) las experiencias vinculares tempranas van sedimentando, pre-reflexivamente, un patrón emocional, que perdura a lo largo del desarrollo personal; de acuerdo con éste es que se contrastan y organizan las experiencias sucesivas de las personas.

El Self tiene un carácter pre-reflexivo que es entendido como corporalidad, la reconfiguración de esa experiencia que se en-

cuentra encarnada se expresa en una historia de vida que tiende a ser coherente en cuanto a su historia y narrativa. Otra característica es la *reactancia*, la cual es una forma de actuación de las relaciones sociales en donde, a pesar de ser importante preservarlas, se puede sentir la obligación de comportarse en oposición a ellas y sus posibles influencias.

El modelo de perfección es el que asegura una constancia en el Sí Mismo, dando paso a la manipulación "estratégica" de las relaciones interpersonales. En esos casos la comparación entre las expectativas de perfección y la realidad vivida en cada oportunidad puede fácilmente provocar una condición emocional asignada por un sentimiento de inadecuación e incapacidad personal.

**Rol del cuerpo:** El cuerpo es el que conserva, mediante las estructuras afectivas y sensorias motrices, el origen y los límites de mi perspectiva (Arciero, 2009). Gallagher y Zahavi (2005) Según Merleau-Ponty (1945) la corporalidad está en el mundo como el corazón lo está en el organismo. Menciona que la función del cuerpo es fundamental para el mundo, pues es aquello que lo "oxigena", que lo hace visible y lo transforma en percibido.

Además, es el lugar en donde se concentran todas las situaciones vividas, pudiendo estas repetirse o ser nuevas experiencias. En este caso y como menciona Arciero y Bondolfi (2009) "*quién soy*" se irá configurando respecto a los modos en que la propia corporalidad se predispone frente al mundo y al entorno más cercano y significativo

### Carácter social Heterodirigido en AN:

El carácter tiene una historia sedimentada y transformada en disposiciones estables, rasgos, estilo (Arciero, 2009). Lo antes mencionado se relaciona con que las personas a partir de sus primeros vínculos se orientan y constituyen más hacia el polo de la mismidad o de la ipseidad; en el caso de la última sucede que se construye un sentido de sí mismo basado en la variabilidad situacional, centrados netamente en la alteridad. En este caso en su estrategia de autorregulación emocional se observa que existe una confusión para diferenciar sus propios estados internos debido a la focalización en el exterior y excluyendo algunos aspectos internos de la experiencia (Arciero, 2005; Arciero & Bondolfi, 2009; Nardi & Moltedo, 2008; Nardi & Moltedo, 2009).

En quienes presentan el tipo de carácter y personalidad heterodirigida, se da un gran rango de emociones las cuales se pueden comprender aún mejor al ser integradas a un contexto social. En relación con lo anterior Arciero (2009) plantea que la manera de sentirse respecto a un determinado acontecimiento aquí se busca en el horizonte de la sociabilidad (Outward).

**Anclajes:** Durante su desarrollo los individuos van estabilizando sus vínculos afectivos, además de lograr la adquisición y regulación de los rasgos emocionales. El desarrollar una manera individual de emocionarse irá determinando el ámbito adaptativo del organismo. Se observan dos estilos emocionales que se construyen a partir de la predictibilidad de acceso a la figura de apego: los *Inward u orientados internamente* y los *Outward u orientados externamente* (Arciero, 2005; Arciero & Bondolfi, 2009; Nardi & Moltedo, 2009). El que el significado encuentre apoyo en uno u otro aspecto de la estructura intencional, genera las distintas posibilidades de relación que se establece consigo mismo, el acceso y la aprobación, pero también los diversos modos en que la identidad puede ofrecerse a la conciencia (Arciero, 2009).

La tendencia Outward, está vinculada a individuos en los cuales la reciprocidad se haya ido configurado sobre la base de la ambigüedad, provocando que el niño deba buscar su anclaje en una fuente de estimulación externa. (Arciero, 2009). Esto se da ya que sus estados internos no le son útiles predictores de accesibilidad a la figura de apego (Arciero, 2005; Nardi, 2006; Nardi & Moltedo, 2008).

**Outward:** Como se planteó anteriormente, en el estilo de personalidad orientado externamente, las tonalidades emotivas tienden a ser más complejas y su desarrollo se da tardíamente, esto porque la activación se logra cuando ha ocurrido previamente una evaluación cognitiva que permita orientar el comportamiento de la persona, presentando una construcción de la reciprocidad que está centrada en un enfoque externo (Naranjo-Vila, Gallardo-Salce & Zepeda-Santibáñez, 2010). Desórdenes Alimentarios Psicógenos (DAP)

La *organización de significado personal (OSP)*, pasa a ser una forma de conocimiento proactivo, un *feedforward*, es decir, una forma de reaccionar ante los cambios que pueden ocurrir, dándoles a las personas un modo de sentirse en el mundo y de percibir cualquier situación desafiante, constituyendo un modo de restricción del conocimiento. En el caso de la OSP de los Desórdenes Alimentarios Psicógenos (DAP), al sentirse desconfirmados o invadidos, evitan los sentimientos de ineficiencia personal y vacío. *Estos amenazan el sentido de sí mismo establecido* (Zagmutt & Ferrer, 2003).

En cuanto a la adolescencia, esta viene a ser un momento crítico, en donde se pone a prueba la capacidad para mantener un sentido estable de sí mismo ante la decepción de las figuras idealizadas como los padres y la familia que hasta ese entonces eran quienes sostenían su identidad. Las estrategias se basan en desarrollar una actitud activa, psicológica y física, centrán-

dose en percibirse portador de un modo de ser que es percibido inadecuado, pero que puede ser modificado. Lo antes mencionado es el patrón que está detrás de los Trastornos Anoréxicos en los cuales existe una gran actividad motora; aquí los otros tienen la responsabilidad de la decepción y de-confirmación que están viviendo (Zagmutt & Ferrer, 2003).

Anorexia Nerviosa comprendida desde donde se sitúa (*Outward*): Quienes padecen anorexia, presentan un sentido de sí mismo cambiante y vago, existiendo una dialéctica entre los límites fijados y la determinación simultánea de sí mismo por medio de los demás, logrando solo encontrar una expresión momentánea (Arciero & Boldolfi, 2009).

El presentar *una oscilación hacia un "exceso" de límites fijados*, las hace tener una fuerte sensación de estar en la raíz de su elección sin poder co-percibir de forma simultánea la alteridad, llevándolas a sentir menos seguridad de sí mismas al actuar de manera independiente, pudiendo percibir y asociar su propia autonomía a sentimientos tales como: inadecuación, insignificancia, desprecio y una débil autenticidad; por lo tanto el tomar decisiones se vuelve complicado, siendo inevitable para ellas no guiarse por el otro como punto de referencia. Por otra parte la familia es fundamental, aquí el cuerpo es usado como lugar de expresión de alguna situación que resulta innombrable, siendo el lugar en donde se expresa y por lo tanto se evita atentar contra la familia.

## Objetivo general

*Conocer y describir* la experiencia emocional respecto el Sí mismo, el otro y su tratamiento en mujeres diagnosticadas con AN

### Preguntas directrices

¿Cómo es la experiencia emocional que emerge con la imposición de la comida en las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa durante su tratamiento? ¿Cómo es la experiencia emocional de las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa respecto a la percepción de cambios corporales?

¿Cómo es la experiencia emocional de las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa respecto a sí mismas? ¿Cómo es la vivencia de la anorexia? ¿Cuál es el rol que cumple la anorexia en ellas y sus vidas?

¿Cómo es el rol de la familia para las mujeres diagnosticadas con anorexia durante el tratamiento? ¿Cómo viven los comentarios de los otros las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa mientras se encuentran en tratamiento?

¿Cómo es la visión con que llegan a tratamiento las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa acerca del profesional tratante? ¿Cómo lo viven?

## Metodología

La metodología que se utilizó en este estudio corresponde a un enfoque de tipo cualitativo, tipo descriptivo-exploratorio. Debido al tipo de marco metodológico del estudio es que se utilizó un número reducido de participantes, por lo cual se intentó rescatar la experiencia subjetiva de cada uno, es decir, centrado en la persona y en sus características identitarias, que permiten conocer la unicidad y aquellos fenómenos para los cuales la ciencia exacta no tiene respuesta (Gialdino, 1992; Gialdino, 2009). (Vasilachis de Gialdino, 2009).

Para la obtención de la información se realizó una entrevista semi-estructurada, y posterior a ello se llevó a cabo su respectivo análisis. En cuanto al enfoque, en esta investigación se utilizó el de la fenomenología hermenéutica por la concordancia que presentaba en base a los objetivos del estudio y la teoría expuesta con que se trabajó. Según los planteamientos de Husserl, el punto de partida de todo fenómeno y de cualquier comprensión de él es la experiencia vivida (Lindseth & Norberg, 2004).

Acorde a ello y siguiendo la misma línea, los autores expuestos plantean que es necesario realizar una construcción de modelos que puedan reflejar las intenciones y significados de las personas. Por último, para entender las narrativas de las participantes, se utilizó un método basado en el paradigma interpretativo, donde la comprensión del fenómeno es por medio del acceso a las preguntas iniciales, recolección y análisis de datos una y otra vez (Cornejo, Rojas, Mendoza & Sharim, 2007).

La *muestra* de este estudio constó de 6 participantes mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 37 años las cuales, al momento de la recolección de información para la presente investigación se encontraban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por anorexia nerviosa. Es importante rescatar que la conformación de la muestra tuvo una gran dificultad dada la alta resistencia de las pacientes y los profesionales tratantes para acceder a participar en estudios.

Por otro lado, se excluyó de la investigación a aquella paciente con edad menor a 15 años que se encontrase en un estado crítico y que la entrevista pudiese dificultarle su tratamiento y/o proceso de recuperación.

La muestra quedó conformada de la siguiente manera: La participante mayor tenía 37 años y la menor 15. Las otras variaban entre los 18 y 27 años. 5 de las 6 participantes se encontraban en terapia psicológica y tratamiento psiquiátrico. 1 solo con tratamiento psiquiátrico habiendo desertado por voluntad propia de la terapia psicológica. Además de las 6 participantes, 5 ya habían hecho un proceso de terapia y/o tratamiento psiquiá-

trico sin resultados positivos vinculados a la anorexia nerviosa y en 1 de ellas se provocó mayor sintomatología de la tenida antes de entrar a terapia.

*Familia:* Respecto a la conformación de la familia de las participantes, en 5 de ellas sus padres estaban casados y vivían juntos hasta fecha en que se realizó la entrevista. En 1 de ellas ambos padres se encontraban fallecidos. Además, 3 de las 4 participantes que trabajaban eran económicamente independientes y por ende vivían lejos de sus padres; 1 de ellas sola, otra con su pareja y hermana y la otra con su hermana gemela.

*Estrato social:* todas dentro de un estrato social que varía entre medio y alto. (Tabla 1)

### *Anorexia*

La patología se inició, como narraron las propias participantes, desde su niñez en donde la preocupación por la apariencia física ya se encontraba presente. En cuanto a la sintomatología más evidente y propia de la anorexia, esta varió en las participantes. En las dos menores la anorexia emerge aproximadamente a los 14-15 años con la finalidad de ser más delgada y sin un aparente desencadenante en ese entonces. De las otras participantes, a una de ella se le diagnosticó posterior a una depresión tratada; a otra luego del término de una relación de pareja; en otra por constantes críticas y problemas familiares y, por último, a una de ellas por la muerte de su madre.

Respecto a la sintomatología, es importante mencionar que las participantes en su totalidad presentaban una anorexia mixta dándose episodios de atracones y purgas. A pesar de ello, en todas partió como una anorexia nerviosa restrictiva y dado las condiciones del tratamiento y las exigencias de distintos tipos se ven incentivadas a recurrir a la sintomatología no propia de la anorexia nerviosa por las emociones negativas que emergían en ellas.

### Técnicas de recolección de datos

Conjuntamente, la técnica de recolección de datos consistió en la realización de una entrevista en profundidad de tipo semi-estructurada, la cual fue realizada de manera individual. Esta tuvo una duración de 45 a 90 minutos, posterior a ello fueron transcritas.

En primera instancia, se realizaron las transcripciones de las entrevistas, lo cual tenía la finalidad de ir accediendo a la comprensión de lo narrado por las participantes y el objetivo de estudio. Posterior a ello, se leyeron y relevaron las entrevistas transcritas para poder obtener el sentido de cada una de ellas y, junto a los objetivos del estudio, poder determinar cinco ejes

Tabla N°1  
Caracterización de las participantes del estudio

Sujeto	Edad	Tipo en tratamiento	Escolarización y /o trabajo	Familia (vive con)	Lugar de residencia	Diagnóstico Anorexia
1	15	Psicólogo/psiquiatra	Colegio	Ambos padres	San Felipe	Comer menos S/aparente desencadenante.
2	18	Psicólogo/psiquiatra	Colegio 2x1	Ambos padres	Santiago	Comer menos S/aparente desencadenante.
3	27	Psicólogo/psiquiatra	Profesora ingles/hotelaría	Ambos padres	Santiago	Críticas/problemas familiares
4	27	Psicólogo/psiquiatra	Profesora	Hermana	V. del mar	Término relación de pareja
5	34	Psiquiatra	Empresa	Pareja y hermana	Santiago	Muerte de su madre
6	37	Psicólogo/psiquiatra	Sin trabajar	Sola	Santiago	Posterior a una depresión

temáticos que abordan lo narrado por las participantes en cuanto a lo que se buscaba indagar. A continuación, se tomó nota de la esencia de lo narrado por cada una de las participantes y con ello la posible subcategorización, separando citas que pudiesen ejemplificarla. Para finalizar se realizó el análisis y descripción con la finalidad de obtener una comprensión genuina del fenómeno estudiado.

## Resultados

Los resultados serán planteados en base a cinco ejes temáticos que surgieron de esta investigación. Durante las entrevistas emergió información relevante enfocada tanto en el tratamiento, en sus vidas y en ellas mismas que por su relevancia cabe abordar. A pesar de no encontrarse el cuerpo y la anorexia dentro de los objetivos específicos, por su emergencia y relevancia caben incluirlos dentro del análisis, por lo que los ejes temáticos son los siguientes:

1. Cuerpo
2. Otro
3. Yo
4. Anorexia
5. Tratamiento

### 1. Cuerpo

Este eje alude a la experiencia emocional que tienen quienes se encuentran con anorexia respecto a su propio cuerpo, el cual es vivido de diferentes maneras, siendo en su mayoría negativa.

**Insatisfacción / disconformidad:** Las pacientes no se sienten conformes con su propio cuerpo, siendo un malestar generado por la percepción negativa de este.

- **Comparaciones:** En la mayoría de los casos ha ocurrido algún tipo de comparación que genera en ellas el sentirse mal con su propio cuerpo, por creer y ver que el otro con el que se compara es más bonito, delgado y el que ellas quisieran tener.
- **Sentirse gordas:** En general es una forma de vivir y sentir su cuerpo que todas quienes se encuentran con anorexia manifiestan, existiendo inconformidad con el peso. Por ejemplo: "Para mi sentirme gorda es como ver algo que no me gusta en mi cuerpo, como sentarme y sentir algo como una grasita. [...] me produce ganas de no comer".

Es así como surge y se mantiene la idea de que para que *esa insatisfacción corporal* desaparezca se debe poder percibir y ver algo en su cuerpo que agrada y deje conforme, lo cual va directamente ligado a la cantidad de ingesta alimentaria que estas tengan, ya que el ser delgadas es sinónimo de comer poco. Se le vivencia como parte del proceso y, en algunos casos, la recuperación es una de las maneras en que creen pueda desaparecer dicha sensación.

**Idealizado / Al que se quiere llegar:** En las mujeres con anorexia existe una tendencia a idealizar un cuerpo y buscar la manera de alcanzarlo sin estar muy consciente de las consecuencias que esto puede traer consigo.

**Verse delgadas en el espejo:** Para casi todas las participantes el poder mirarse al espejo y verse delgadas es algo que anhelan, pero que no logran conseguir. Las 6 participantes a pesar del tiempo que llevan en tratamiento no han logrado poder sentirse completamente bien con su cuerpo y poder ver algo en el espejo que las deje conformes. Como una de ellas narra, es un círculo que lleva a comer y a restringir una y otra vez. Por

ejemplo: *"estar linda yo lo relaciono con el que baje de peso. [...] cuando estaba gordita, entonces pienso que si bajo de peso voy a estar más linda"*.

**Que se noten los huesos:** Se busca, les gusta, que en ciertas partes del cuerpo se logre ver los huesos. Por ejemplo: *"Yo siempre fui flaca y después estaba más flaca y con el tema del estrés estaba aún más flaca. Asimismo, siempre se me han visto los huesos en todos lados excepto en la guata, siempre he tenido las pechugas chicas y las piernas flacas"*.

**Otro:** En este apartado lo que se quiere mostrar es como las participantes de esta investigación ven su cuerpo como otro, algo que pueden controlar y el cómo vivencian el percibir su cuerpo de esta manera. Por ejemplo, *"Empezaba a bajar de peso. [...] pésimo, frustrada que estaba haciendo las cosas mal, que por qué estaba engordando, que qué más tenía que hacer para dejar de comer, me ponía nerviosa, ansiosa, triste, mal, rabia conmigo misma"*. El cuerpo es visto como un "otro" al cual se puede manejar, lo cual les genera estabilidad.

Cabe agregar que la manera de manejarlo no solo es en la cantidad de ingesta alimentaria, en el caso de las participantes estas también utilizan el deporte: *"En este mismo proceso de la anorexia empezó con hacer ejercicios dos horas diarias todos los días, lo dejé; después era caminar hasta mi casa todos los días y lo caminaba todos los días; después por andar en bici todos los días; después no sé, por comer proteínas, me compraba tarros de proteínas para más músculo, entonces soy de periodos."*

**Escondido / oculto:** El cuerpo en ocasiones, por las percepciones que se tiene de él y lo que provoca, se intenta evitar ser expuesto. Esto puede ocurrir por la incomodidad que tienen con él o por la extrema delgadez, que podría ser percibida por los demás.

**Los padres:** Los padres juegan un rol fundamental en todas las participantes de la investigación por las características que estos poseen y que en general provocan en ellas una sensación de control constante en sus vidas y en este caso por lo que pasa con ellas físicamente, *"Todo estaba centrado en cómo te veías y ponte tú no me gustaba salir de mi casa y si salía era onda con pantalones súper anchos y con polerones enormes y una razón era porque me daba nervio que mis papas me vieran muy flaca y otra porque a veces me sentía gorda, lo cual no tiene sentido porque siempre estaba igual"*.

**El que genera miedo:** El cuerpo al ser visto como otro genera miedo ligado a comer y engordar o a no cumplir con las metas

que los otros tienen de sí, es decir, de los cambios corporales que se esperan ver al estar en tratamiento. Esto se refleja en la siguiente narración: *"Me da miedo engordar y como que a veces como y siento que engordo y uno no sabe si pasa, pero en mi casa prohibieron las pesas entonces a veces me desespero porque no sé si engorde"*.

**El que se acepta:** El aceptar el cuerpo que se tiene o el que se está recuperando va ligado a un proceso, el poder darse cuenta de que el aumentar unos kilos es necesario para estar mejor o que en realidad la apariencia que se tenga no es lo más importante: *"me miraba al espejo y decía por qué los subí ¿cachai? [...] fue de a poquito y yo decía puta y si bajo ese kilito que subí de nuevo ¿cachai? Era lo subí lo quiero bajar, lo subí lo quiero bajar, pero es un proceso de aceptación tan lento"*.

## 2. Otro

Este eje va direccionado a la experiencia emocional que tienen las participantes de esta investigación respecto al otro, independiente de quien sea.

### *El otro como reconocimiento*

- **Medios de comunicación:** Las redes sociales en las participantes son muy usadas, en donde todas mencionan utilizarlas por distintos motivos, pero que van en relación de la enfermedad: *"yo empecé a ver documentales y veo como "ohh eso me pasa", cosas así que tu querí que el otro coma, que uno no coma pero que el otro coma, me hago, así como clic y digo pucha que estoy mal"*.
- **Película:** En la película la participante reconoce lo que vivió en algún momento de su enfermedad y la manera en que se sintió, haciendo referencia a que reconoce la propia vivencia de la anorexia en la película. Por ejemplo: *"hay una parte donde hay una persona que como que se reconcilia con Dios con la vida porque el sufrió, él era un militar que él quería morirse ehh antes de queda lisiado ¿cachai?"* Se hace referencia a una manera de vivir la enfermedad en donde se pasa por dos etapas, primero, el estar enojado por lo que está viviendo, no se puede salir y que condiciona la propia vida, pero, por otro lado, está lo positivo lo cual también ocurre en la película en donde posterior a quedar lisiado el protagonista tenía ganas de morir, pero al final se da cuenta que era mejor vivir.

**El otro como autoridad:** Se menciona que distintas figuras tienen el rol de ejercer autoridad frente a ellas, ya sea en sus vidas, enfermedad y el tratamiento.

- **Psiquiatra:** Esta figura, por lo general, es vista como una autoridad a la cual se debe obedecer dentro del tratamiento.



La participante lo narra de la siguiente manera: *"cuando la psiquiatra me dijo, ya es una anorexia restrictiva yo empecé a ver documentales y veo como "ohh eso me pasa"*

- **Padres:** La figura de la madre y el padre se menciona que son quienes llevan a seguir el tratamiento tal cual se les ha ordenado lo que genera distintas emociones y reacciones: *"por lo que te conté, era mucha regla, mucho lo que el doctor dice ehh o haces mucho o haces muy poco comiste mucho o comiste muy poco o tienes que hacer esto y tienes que hacer esto porque si no lo haces no sé qué no sé qué o sé qué, era como emm era apoyo negativo"*.

**El otro que sufre / se preocupa:** En las narraciones de las participantes se presenta a otro que sufre por causa de la enfermedad de las participantes, en este caso se refieren a la madre, padre y amigas quienes se muestran como personas débiles frente a ellas o esa es la percepción que estas tienen y mencionan. La madre: *"Mi mamá súper exagerada, súper llorona, pero no sé qué tanto si esto tiene que ver, pero ella como que durante el proceso lloraba todo el rato y era como muy inestable"*.

- Se repite que esta participante por parte de sus padres esperaba comprensión y apoyo, pero recibía reglas y además el ver que provocaba sufrimiento en su madre: *"controladora en el sentido de que trata de controlarte y si no le resulta se enoja, grita y se pone a llorar. El otro que no comprende / crítica / juzga:* En este apartado se ve la figura del otro como aquel que no logra comprender la anorexia y el proceso de las participantes, en donde reciben por parte de ellos críticas sobre lo que se está viviendo.
- **La madre y hermana como la que no comprende:** *"peleaba con mi hermana porque de repente decían pizza y yo no como pizza y era es que no tenemos nada más y yo decía, pero si yo no como pizza [...] frustración, sentía como que sentía que no se preocupaban sentía que querían perjudicarme para que engorde"*.
- **El que critica y juzga:** Este eje tiene relación con el anterior, ya que las participantes narran el sentirse poco comprendidas por el otro y el recibir constantemente críticas y juicios.
- **Familiares:** *"Inicialmente eran puras críticas y después bueno ahora yo siento que estoy igual como comencé"*.
- **Profesora:** En el caso de esta, también ocurre que las críticas sobre su aspecto físico provenían del colegio en donde la profesora le hacía comentarios desfavorables sobre su peso y apariencia: *"la profesora me dijo que estaba pasada de peso y que por eso no pude hacer un ejercicio [...] Pesaba como 60, he bajado 15 kilos"*.
- **Pareja:** Las críticas también pueden provenir de la pareja: *"Y mi pareja también me decía "weonj no lo puedo creer!" y yo "ya, si no es tanto" y me decía mírate, entonces tam-*

*bién me complicó mucho eso, él constantemente me decía emm me cuesta estar contigo íntima en todo sentido porque eres otra Marcia, eres otra persona, otro cuerpo, tanto psicológica como físicamente"*.

- **La psiquiatra y psicóloga:** Por otra parte, el que juzga puede ser la figura del psiquiatra y la psicóloga en donde ambas se refieren a la participante de una manera en la cual provocan que ella decida retirarse de la terapia: *"me sorprende porque ella era "x" y la otra era "x" que también es súper conocida y me hicieron mal"*.
- **Trabajo:** *"El ambiente donde trabajaba era un ambiente muy tóxico, de envidia es poco lo que se ayudaba y mucho lo que se criticaba, se me criticaba todo"*.

**El otro como control / invasivo:** En este apartado se ve al otro como el que controla en la vida de las participantes y, además, como invasivo sobre todo en el tema de la alimentación.

- **Padres:** *"Yo nunca funciono con ¡tienes que hacer esto! Porque toda mi vida ha sido como no sé con la religión católica ¡tienes que hacer esto! Nunca he hecho las cosas por mí misma"*.
- **El doctor:** La figura del doctor es mencionada como invasiva y controladora, lo cual es narrado por la misma participante expuesta anteriormente. *"Fuimos al doctor y me acuerdo de que esta galla era como ginecóloga algo así, me dijo que estaba muy delgada y me pesó no sé qué y me dijo que estaba bajo peso, me empezó a tocar las pechugas y me dijo que eran muy chicas y yo como siempre las he tenido así"*.

**El otro como evitativo:** La figura de un otro también es narrada como evitativo frente a la anorexia y el proceso de tratamiento, aquí se menciona tanto a la madre como a las amigas (os).

- **La Madre:** *"mi mamá es súper evitativa con esas cosas, mi mamá no es de esas como las que salen en la tele "ay te acompaño al doctor", cuando estaba acá fue como bien me respetaba los espacios"*.
- **Compañeros de curso:** *"Si me apoyaban, pero el curso era súper cercano entonces cuando a mí me paso eso como que empezó a darles miedo hablarme, como que les daba nervio hablarme, les daba nervio preguntarme cosas"*.

**El otro inconsistente:** El otro como recurrentemente poco predecible, en donde, se le menciona como alguien poco estable y que genera confusión, se hace referencia a la figura del padre y la familia.

- **Padre:** *"y mi papá me decía "por qué no comes" [...] me sentía mal [...] él no es tan presente, no es tan apegado como mi mamá, mi papá es doctor y no pasa en la casa"*.

- **Familia:** "Me da nervio comer con mi familia porque siento que me van a decir que como mucho y es muy extraño porque antes me decían que comiera más y ahora que como mucho que coma menos".

**El otro como referencia:** El otro aparece como una referencia, ya que en algunas participantes es quien les da sentido a sus vidas, lo cual les permite guiarla de determinada manera.

- **La Madre:** "Mi mamá falleció hace 4 años y por eso se gatilló todo, se gatilló todo por la muerte de mi mamá [...] Mi relación con ella era poco convencional, yo tenía 27 años y dormía con ella o sea éramos demasiado unidas entonces lo extraño fue que mi mamá falleció en abril y a mí en febrero fue cuando empecé con el tema de adelgazar y me obsesioné".
- **Desconocidos:** "es choro sentir que trato permanentemente de que ya no me afecten tanto los comentarios de las personas [...] Era capaz de que si alguien me trataba mal era casi como un karma que me dejaban si alguien me decía algo era una etiqueta de que todo me iba a salir mal [...] si hay algo que ha sido un determinante en mi enfermedad es que yo le he dado demasiada importancia a los comentarios de la gente [...] la gente no puede ser mi referente".
- **Pareja:** "y en el fondo fui la que quedó más dañada por el tema de la pérdida [...] fue de un día para otro eso fue, yo me puse muy mal y ahí bajé de peso".
- **Psicólogo:** "Él es un determinante en mi mejoría, yo me pego con una piedra en el pecho de cómo estoy ahora [...] porque es bueno, por todo".
- **El otro como comparación:** En este apartado la figura del otro es vista como el otro con que se compara a las participantes. En ambos casos va relacionado con el hermano (a).
- **Hermana gemela:** "Cuando son gemelas siempre hay diferencias, una que es más rellenita ¿cachai? [...] Yo era como ella es como la más gordita, de repente tallas así mmm no se po "mi chanchita" [...] Y en el fondo yo siempre me vi más gorda que ella [...] yo era más inseguridad, inseguridad de mí misma".
- **El otro que valida la AN:** Este apartado tiene que ver con cómo viven las participantes el que algunos de sus familiares den el paso a que estas tengan síntomas anoréxicos o que hayan entrado en ellos, en estos casos la influencia de alguno de ellos juega un rol fundamental sobre todo para su mantenimiento: "el ambiente las mamás, tías, abuelas, amigas siempre ¡estoy gorda, necesito hacer dieta! Después de un tiempo es tanto y está en todos lados, en tu casa, en las revistas, colegio".

**El cuerpo como otro:** En lo que respecta a este apartado, el otro aquí pasa a ser parte de las mismas participantes, ya que corresponde a su propio cuerpo el cual es vivido como un "otro" al cual pueden manejar y del que se esperan cambios: "y hacen como otro efecto y me siento mal, como que tengo que llegar a ser eso, me tengo que sentir flaca y que el resto me diga eso, tengo que llegar a ser delgada para sentirme bien con esos comentarios"

**El otro como apoyo / en el que se puede confiar**

- **Familia:** "tengo una hermana de 32, ella fue como bien, ha sido una figura potente en el apoyo en el tratamiento, en la contención". "el apoyo de ellos dos son mi única fuente de amor, ha sido súper importante y yo siempre le digo al Luis si tú y mi hermana no estuviesen quizás yo donde estaría". Las participantes en ambos casos narran sentir que alguno de sus familiares es un apoyo fundamental en el tratamiento, mencionando la ayuda que han significado para ellas.
- **Psicóloga (o):** "la psicóloga es atenta ¿cachai? Me llamaba para preguntarme como estaba y al principio es como molesto, pero después es como y además es alguien simpática es como alguien a la que podi tenerle confianza y alguien con la que sabi que no te quiere hacer mal ¿cachai?". La participante narra ser su psicóloga (o) el otro que ven como en quien confiar y sentir apoyo.

### 3. Sí mismo

**Como culposo:** Las participantes se narran como culpables en distintas situaciones referidas ya sea a la comida, a los otros, y al daño provocado a sí mismas.

- **En relación con la comida:** En general, la culpa es una característica que aparece mucho en quienes tienen anorexia: "Me siento miserable porque no soy capaz de controlarme al comer y al no comer, porque no comí igual pero poquito o porque fui capaz de pegarme una tirada tan larga de no comer siendo que sabía que tenía que comer".
- **Como autodestructivo:** "me siento responsable de la autodestrucción que me voy provocando [...] yo soy culposa de naturaleza más encima si yo no hubiera llegado a ese nivel de flacura no se me hubiera deteriorado los riñones no tendría anemia ¿cachai?".
- **Por fallar a otros:** "frustración porque sentí que te equivocai [...] aparte que te fallai a ti misma, les fallas a todos los demás [...] no solo te fallai a ti misma como tú te sentí tan miserable que no es tanto fallarte a ti misma como que le fallí a los demás".

*Sí mismo en oposición (reactancia):* es una emoción a través de la cual una persona se siente situada solo en oposición a otro que es significativo para ella.

- *Con el tratamiento:* La oposición (reactancia) se puede ver reflejada frente al propio tratamiento por este ser impuesto y en contra de su voluntad: *"no podía creerlo, yo como, yo no me veo así ¿cachai?, pero después fue como que me convencí a mí misma de que tenía anorexia entonces fue como si tengo anorexia voy a ser anoréxica ¿cachai? Entonces ahí empezó el problema, ahí fue cuando empecé a esconder la comida"*. En la narración ocurre que a la participante le diagnostican anorexia sin ella asumir tenerla, ya que menciona nunca haber tenido problema con la alimentación y tampoco percibirse de tal manera. Por lo tanto, posterior al diagnóstico se "auto convence" de ello y decide tener anorexia por estarle imponiendo tenerla.
- *Con la familia:* En este apartado se puede ver como la oposición se da frente a la familia más cercana. En este caso se ve reflejado en la relación con sus familiares los cuales durante su vida han sido bastante controladores con ella en todo aspecto y de lo cual hoy en día ella logra darse cuenta y por lo tanto reaccionar de este modo.
- *Como perfecto:* En este ítem se muestra una característica que puede encontrarse en quienes tienen anorexia y que las participantes de esta investigación presentan, ya que generalmente se muestran bastante exigentes, perfeccionistas y estructuradas frente a las situaciones que viven.
- *Estudios:* *"porque yo era muy perfeccionista y necesitaba tener cada palabra, o sea no cada palabra, pero necesitaba entender todo lo que decía el profesor y si no entendía levantaba la mano todo el rato, entonces llegaba a mi casa a estudiar y no hacía nada más"*.

*Como empoderado:* La idea de este apartado es mostrar como a pesar de las descripciones anteriores, se puede dar que las participantes asuman y direccionen su vida por sí solas.

- *Recuperación:* *"si lo voy a hacer yo soy la única que puede cambiarlo, yo soy la única que puede hacerlo, yo soy la única que puede arreglar el tema, yo no puedo dejar que nadie más me lo arregle por mí, es mi problema ¿cachai? [...] Llego un punto de mi vida en que dije, ya si voy a estar mejor lo voy a hacer bien y empecé a realmente mejorarme, pero a mi ritmo ¿cachai? [...] no estar triste, no vomitar"*.

*Como invalidado:* *"porque ellos no me ponían como que mi palabra no valía ¿cachai? [...] Llego un punto en el que decía ya chao con todo y estaba súper triste, estaba súper deprimida, lloraba todo el rato"*.

Aquí se muestra como una de las participantes narra el sentirse a sí misma como invalidada, esto se daba por la relación que tenía con sus padres vinculada en este caso al tratamiento, ya que se guiaban por lo que el propio doctor decía y no la escuchaban a ella lo cual la hacía sentir que su palabra no valía frente a ellos.

*Como inseguro:* En este apartado se intenta mostrar cómo las participantes se sienten inseguras de ellas mismas lo cual les impide llevar a cabo su vida de manera óptima y cómo es que se sienten al percibirse de esta manera: *"Yo no salía en ninguna actividad por ejemplo del colegio [...] yo era más inseguridad, inseguridad conmigo, de ponerme un short una polera"*.

Sentirse insegura, fue cuando se encontraba en el colegio, en donde por sentirse irresoluta consigo misma era capaz de evitar exponerse a otros por no sentirse cómoda al hacerlo.

*Sí mismo como otro:* Por último, se menciona este eje en el cual las participantes mencionan percibir en sí mismas, otro lado, que las lleva a actuar y sentirse de determinada manera, lo cual va ligado a la anorexia y sus síntomas: *"yo siempre le digo a mi psicólogo ese peperegrillo que tengo, ese ángel y demonio que yo me tapo el oído"*.

Lo que más se logra observar en base a las entrevistas es el sentimiento de culpa el cual todas narran sentir lo que conlleva a percibirse como miserables y la vergüenza de sí mismas. Por otro lado, el sí mismo también se ve influenciado por el otro que conforma el círculo más cercano generándoles enojo, estrés, irritabilidad, miedo, tristeza, entre otros.

#### 4. Anorexia

Como permanente en sus vidas. Relacionado al futuro, la "no" recuperación y la facilidad de recaer: *"una relación cordial con la comida, sabiendo que esto podría volver en cualquier momento, pero tenerlo bajo control porque yo sé que no se va a terminar nunca, callando mis demonios, escuchando mis ángeles"*.

Es necesario mencionar que, en este eje, a las participantes se les preguntó por como veían su vida a futuro y lo que viene, en donde la anorexia aparecía como algo que va a seguir estando en ellas a pesar de actualmente encontrarse en tratamiento, ya que tienen claro que es un tema que se mantiene "escondido" pero que puede aparecer en cualquier momento.

- *AN como otro:* Este sub tema alude a cómo es percibida la anorexia por las participantes siendo interesante, ya que es vista como un "otro" al cual le llaman de distintas maneras. Esto se refleja en lo expresado en las siguientes narracio-

nes: *"para mi es algo normal, un estilo de mi vida que tenemos".*

- **Como escape / ganancia:** Aquí los síntomas de la anorexia aparecen como una manera de salir de lo que se está viviendo, encontrando en la comida, atracones, restricción la manera de hacerlo y de sentirse mejor: *"me comprometí a la causa y fue el momento en el que no podía no comer o me daba tanta hambre que comía tanto y me sentía tan culpable que iba y hacía eso, estaba tan triste que lo hacía para hacerme sufrir".*
- **Vida y restricción:** Lo que se quiere mostrar en este subtema es como las participantes adquieren en sus vidas la restricción alimentaria y que pasa a ser parte de cómo vivenciar la anorexia: *"A veces lo noto como obligación, otras como castigo como para que chucha me hacen comer ¿cachai? Si comer me hace engordar, otras veces como imposición otras veces es como yo veo la comida como premio, otras como recompensa".*

## 5. Tratamiento

Este apartado, tiene relación con la experiencia vivida, al proceso de tratamiento y lo que perciben las participantes sobre el mismo. Dentro de la muestra, hubo experiencias positivas y negativas a los tratamientos seguidos, es importante mencionar que todas se encuentran en tratamiento psicológico, la mayoría en psiquiátrico y solo algunas con nutricionista y/u otros. De acuerdo a ello, se revela la importancia de que los tratamientos no sean estándar, ya que las mismas participantes mencionan que es este uno de los problemas al ser aplicados a todos por igual y no percibir la individualidad de cada una, además las experiencias más narradas son negativas por la manera en que es vivida por ellas el proceso, siendo para ella largo.

**Como un aporte:** Aquí se revela lo que las participantes narran como positivo dentro del tratamiento, lo que les gusta y la manera en que han visto que les ha favorecido para sus vidas y posible recuperación.

- **Ayuda:** Todas las participantes perciben algo, aunque sea pequeño que les ha ayudado al estar en tratamiento, ya sea para sentirse bien ellas, por ejemplo, con los fármacos o en la relación con otros. Lo expuesto anteriormente se puede apreciar en lo mencionado por las participantes durante las entrevistas realizadas: *"pff duermo muy bien y ósea igual me hace bien, me he sentido bien de hecho yo me siento tranquila a pesar de todo, yo me siento tranquila"*

Menciona que su psiquiatra es la que le genera el sentirse importante, Esta misma participante narra en torno a su psicóloga el sentir algo similar.

- **Necesidad:** *"ahora es casi una necesidad que tengo que ir pa allá porque yo sé que me hace bien".*
- **Invasivo / Controlador / Incomodo.** a las pautas alimentarias, fármacos y por el hecho de hablar del tema, lo que les genera incomodidad: *"y bueno fui donde esta galla y me pesó la nutrióloga y me dijo que tenía que comer tal y tal cosa, tantas calorías tantas veces al día y era comida súper seguida y harta [...] no era lindo, era feo, todo empeoró"*

Todas las participantes expuestas narran sentir algo del tratamiento como controlador y que les genera incomodidad. Tres de ellas mencionan que eran las pautas alimentarias lo que sentían como incómodo, innecesario y algo "feo".

- **Exigente / Obligación:** siendo una obligación seguirlo para una posible recuperación: *"el tratamiento era más exigente entonces me sacaron del colegio y estaba con tratamiento y el tratamiento era mm me tenían que mirar, vigilarme, no podía estar sola [...] me sentía presionada, me sentía sola y eso me daba mucha rabia lloraba mucho".*
- **Poco comprensivo:** Aparece la vivencia de un tratamiento en el cual las participantes narran sentirse invalidadas: *"a veces pienso que debe ser como los gorditos escuchan a la nutricionista "esta weona cree que es tan fácil".*

El tratamiento es tan estándar que se deja de lado la experiencia individual de cada una, como estas mismas mencionan si no se está en los zapatos de cada una es difícil poder entender cómo se sienten y si es realmente adecuado lo que se está haciendo o pidiendo.

### **Rutinario / poco útil**

- **Rutinario:** El tratamiento por lo "estándar" que se da en algunos casos pasa a ser rutinario para quienes lo están llevando a cabo y así es como las participantes lo viven y narran: *"hablamos, pero es que a veces hablo muy poco y a veces siento como que ya le conté todo lo que estaba hablando ahora y siento que eso ya es suficiente, entonces toda la sesión pregunta cómo estás y yo le digo que bien porque me siento bien a veces".*

Es importante hacer énfasis en el tratamiento psicológico y psiquiátrico por ser en el que todas se encuentran lo que conlleva a poder detenerse en la experiencia emocional entorno a este. A ello, las participantes mencionan como "positivo" el que en alguna etapa de este han logrado sentirse bien, más tranquilas y en confianza con quien es el profesional tratante. Sin embargo, las experiencias negativas son muchas y vienen a teñir la positiva antes expuesta, es decir, a pesar de lograr sentirse bien narran que, por lo general, aparece la incomodidad ligada a no percibir cambios aparentes y lo rutinario que se hace.

Además, miedo, soledad, rabia, presión por el otro que aparecen en relación con el tratamiento, ya sean los padres o el mismo profesional que las está tratando, por lo general es el psiquiatra y no el psicólogo. Por último, se hace hincapié en lo estándar de los tratamientos lo que se narra como la imposibilidad que tienen de estar enfocados en la experiencia individual de cada una, sintiéndolo estas mismas así lo que las lleva a no sentirse comprendidas y poco validadas.

## Discusión y Conclusión

En primer lugar, cobra relevancia señalar que se trataba tanto de *tratamiento psicológico como psiquiátrico*, sin ser de una determinada línea de trabajo. A pesar de lo antes mencionado, cuando al ser referido como un aporte, esto va en relación con los fármacos y sus respectivos efectos anímicos lo que se traduce en una sensación de tranquilidad. Ligado a esto, se describe a la terapia como una necesidad por la estabilidad que entrega.

En cuanto a los aspectos negativos del tratamiento, van en relación con las *exigencias alimentarias*, ya que, si bien es necesaria la recuperación física, se tiende como narran las propias participantes a centrarlo casi en su totalidad en ello y como consecuencia, lo que está a la base de la vivencia se deja de lado, quedando olvidado, lo cual se narra como primordial para ellas el abordarlo.

La exigencia que conlleva el tratamiento las hace sentirse solas, con rabia y ganas de llorar ligado a lo que el otro espera. Por lo tanto, se siente nuevamente presión por tener que lograrlo de forma obligatoria y el miedo a las posibles consecuencias. También, el tratamiento les provoca sentirse invalidadas, poco escuchadas percibiendo el proceso como poco comprensivo, ya que no se busca incluir sus opiniones respecto a la forma en que se direcciona el proceso, llevándolas a percibirse solamente como la paciente.

Las apreciaciones sobre el tratamiento es que este es de poca utilidad en términos personales, ya que se considera como "estático" (estándar). De acuerdo con lo anterior, no logran *percibir cambios evidentes* llevándolas a sentir al tratamiento como poco útil, lo que les genera inseguridad, pues los únicos cambios percibidos son los físicos.

La característica principal de esta alteridad es la exigencia que reciben por parte de sus padres, lo cual concluye en un modo de sentirse exigidas hacia un nivel alto/extremo, que provoca el invalidarlas en su manera de vivir, esto les permitió en ocasiones buscar la recuperación por cuenta propia, por la incomodidad que genera el tratamiento ligado a otro del cual inexorablemente no se puede "escapar".

En relación con lo anterior, las participantes sienten ambivalencia y confusión, ya que requieren de la lejanía con la alteridad para sentirse sí mismas, pero a la vez, el otro es importante en cada una de ellas, entonces en el distanciarse emerge el sentimiento de vacío. Se agrega a ello el enojo por la invasión percibida, siendo una alteridad que intenta controlar la vida, pudiendo reflejarse en los estudios, las relaciones sociales, el tratamiento, etc. Aquí, se alude a una madre evitativa y que se victimiza culpando a las participantes de sentirse de determinada manera, llevándola a mostrarse más débil que ellas, lo cual les genera rabia. La *figura paterna*, es la que genera confusión por su inconsistencia, ya que son padres que se muestran presentes posterior al diagnóstico, habiendo estado ausentes o no tan presentes en el resto de la vida de las participantes.

Por otra parte, es importante destacar la experiencia de las participantes respecto a su propio cuerpo y la anorexia. Si bien no contribuyen a dar una respuesta a los objetivos específicos, resulta ser un elemento fundamental para poder entender y comprender los datos entregados por las participantes de este estudio que han emergido durante la investigación y resultan ser un aporte para la misma.

En cuanto a la experiencia emocional que emergió respecto al propio cuerpo, se descubrió que este genera miedo, rabia, inseguridad, malestar, culpa, tristeza ligado a su percepción y la manera de sentirse. La manera en que las participantes se sienten respecto de su propio cuerpo viene dada ya sea por comentarios en torno a este *desde la niñez*, las comparaciones o por ser una temática que habitualmente se discute en casa.

Entonces, *el uso del cuerpo tiene una función instrumental*, la cual es de distanciamiento buscando el cambio físico y manejo de este como cierta meta expuesta por sí mismas, donde la historia interaccional con la alteridad se traslada hacia la sintomatología, quedando escondida. Por lo tanto, el cuerpo, junto a su función de distanciamiento, expresa *aquello que no puede ser referido en las palabras*, conteniendo aquello que realmente aqueja a la persona.

A pesar de lo antes mencionado, es posible identificar el surgimiento de emociones caracterizadas como positivas por las participantes, las cuales están vinculadas a los cambios que se logran de manera autónoma, es decir, la auto-percepción de logro por haber podido bajar de peso, que es algo que se proponían y cumplían y/o cumplen.

Los cambios logrados les permiten alejar esa sensación de inconformidad y, por lo tanto, sentirse más satisfechas y tranquilas con lo que ven de ellas mismas, mostrando sutilmente al otro que son ellas las que pueden ser agentes autónomos, capaces de controlar parte de su vida.

Lo anterior genera ambivalencia y confusión por no saber cómo enfrentarse a esa alteridad con la que se relacionan. Por lo tanto, el cuerpo logra ser esa referencia extraviada de la figura significativa y es aquí donde aparece la sintomatología anoréxica como un medio capaz de ocupar el vacío que dejó dicha pérdida, al emerger de la separación con el otro.

Entonces, ocurre que la percepción del propio cuerpo como más delgado y la aparente importancia que se le torna a este, es una manera de sostenerse frente a la "pérdida", siendo solo el síntoma que entorpece los tratamientos y al cual se le suele dar mayor relevancia, dejando en segundo plano a la propia historia que hay detrás de cada una de las pacientes y sus síntomas, los cuales se expresan en el cuerpo.

Por último, en la descripción sobre el profesional tratante, es posible distinguirla de manera un tanto positiva. Sin embargo, a diferencia del tratamiento propiamente tal, en su mayoría se menciona a quien trata de forma positiva, ya que se logra un vínculo que genera sentir confianza y comprensión, lo cual concluye en un bajo índice de deserción.

Dentro de la vida de estas mujeres es posible observar el desencadenamiento del modo en que se actualiza la propia vida, ya que se refleja el término de un capítulo de la vida y a la vez el comiendo de otro dentro de la propia historia singular. Ricoeur (1991) lo alude a que el *encontrarse en una experiencia propia de sí de manera constante*, actualiza la experiencia histórica en pasado presente y futuro.

Al tratamiento y lo arrojado por las entrevistas se da cuenta de una gama de emociones vinculadas a la vivencia de este como lo son la presión, invasión, rabia, pena, el sentirse poco comprendidas, incómodas, etc. Las cuales, si bien son distintas, van todas en relación con una experiencia emocional negativa, que les afecta y, por lo tanto, genera sufrimiento, siendo las que más se destacan en las narraciones de cada una, las cuales traen el hecho de estar en constante relación y ser situado, es decir, ser-en-el-mundo.

Ricoeur (1990) sugiere que la Ipseidad del sí mismo *implica la alteridad*, mencionando que no se puede pensar en una sin la otra. Esto quiere decir, que está en relación dialéctica con

la alteridad, por el efecto que tiene el exterior en el sí mismo. En este caso, ocurre que estas mujeres pertenecen a un polo constituido por una experiencia emocional, teniendo un enfoque externo, con el cual logran sentirse situadas a través de la co-percepción del otro, por ende, la manera de regular la experiencia ocurre a través de la alteridad. Lo anterior, las lleva a un aumento en la necesidad de enfrentar la invasión percibida al no poder prescindir de ella, emergiendo la confusión entre querer y no querer la alteridad ya que, sin el que en muchas ocasiones es un referente en sus vidas, emerge la experiencia de vacío.

En relación con el sí mismo, Riesmann (2003, en Arciero 2009) postula la personalidad "camaleón" para hacer referencia a personas que cambian sus comportamientos para mezclarse con sus entornos sociales. Lo antes mencionado lleva a que en ocasiones estas mujeres busquen ajustarse a ellos. Además, y ligado a ello surge la personalidad Heterodirigida, con la cual las personas se tienden a adecuar a los contextos, por ende, y como se da en las participantes, éstas pueden mostrarse bastante sumisas y complacientes frente a otro, dejando de lado su experiencia misma y centrando en ello su vida.

A nivel de la Psicología Clínica, los resultados nos pueden orientar en el sentido de comprender de una mejor manera el proceso de vivir la anorexia, pudiendo tomar en cuenta ciertos aspectos que aparecieron, los cuales no son considerados en el tratamiento y que incluirlos podría ser un aporte para una mejor atención. Sería importante tomar en cuenta la reactancia en los tratamientos, por ser una manera que tienen las pacientes de situarse frente a este por lo invasivo y controlador que narran sentirlo.

Por otra parte, daría el paso a que los tratamientos involucraran a las pacientes a la hora de tomar decisiones permitiéndoles poder ser escuchadas y así ir dejando de lado la experiencia de invalidez con la que viven el proceso. Por último, es un aporte también para las propias familias de quienes padecen anorexia, ya que en este estudio se pudo dar cuenta que estas pueden influenciar ya sea tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la patología, por ende, el mostrar la experiencia vivida por cada una contribuye a poder generar en el otro un aprendizaje, dando paso a cambios que permitan a las pacientes sentirse mejor.

## Bibliografía

1. Adasme, D. (2016). Actualización del posracionalismo. De los sistemas auto-organizados a la apertura de la experiencia" o "Las diferencias de fundamento entre la perspectiva procesal sistémica de Vittorio Guidano y la mirada fenomenológica hermenéutica de Giampiero Arciero. Recuperado de <http://posracionalismo.cl/wp-content/uploads/2016/07/Adasme23.pdf>.
2. Adasme, D. (2013) Documentando la Identidad: el sí mismo, el cuerpo y el otro: un abordaje narrativo para la comprensión y tratamiento de la bulimia nerviosa en mujeres adultas. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
3. Adasme, D. Ferrer, M. & Zagmutt, A. (2013) Actualizaciones en Psicología y Psicoterapia Posracionalista. Seminario realizado en la Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.
4. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado. Barcelona: Masson.
5. Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J. & Sulbarán, D. (2012). Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24 (3), 390 – 395.
6. Arciero, G. (1989) From epistemology to ontology: A new age of cognition. Trabajo presentado en la American Association for the Advancement of Science, San Francisco, CA.
7. Arciero, G. (2002) Studi e dialoghi sull'identità personale: Riflessioni su l'esperienza umana. Torino: Bollati Boringhieri
8. Arciero, G. (2004) Estudios y diálogos sobre la identidad personal. Buenos Aires: Amorrortu.
9. Arciero, G. (2009). Tras las huellas de sí mismo. Buenos Aires: Amorrortu.
10. Arciero, G. & Bondolfi, G. (2009) Selfhood, Identity and Personality Styles, Oxford: Willey Blackwell
11. Arciero, G. (2011, noviembre). Apuntes. Seminario Personalidad tendiente a Trastornos Alimentarios, Santiago, Chile.
12. Arciero, G. & Bondolfi, G. (2012). Sé, identità e stili di personalità. Torino: Bollati Boringhieri.
13. Balbi, J. (2004). La mente Narrativa, hacia una concepción posracionalista de la identidad personal, Buenos Aires: Paidós.
14. Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar & G. Figueroa (Eds.), *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica* (pp. 17-53). Santiago: Mediterráneo.
15. Behar, A. (2007) Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición*. 34 (4), 298-306.
16. Bolaños-Ríos, P., & Jáuregui-Lobera, I. (2010). Sobre peso y obesidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 16(2), 83-89.
17. Borrego, H. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 24 (2), 24 – 50-
18. Bowen, M. (1978) *Family Therapy in Clinical Practice*, Jason Aronson Inc. Publishers NY and London
19. Jason Aronson Bravo Rodríguez, Martha, Pérez Hernández, Argelia, & Plana Bouly, Roberto. (2000). Anorexia Nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 300-305.
20. Bruch H. (1979) Developmental deviations in anorexia nervosa. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*. 1. 255.
21. Canales, M. (2006). *Metodología de Investigación Social. Introducción a los Oficios*. Santiago: Editorial LOM
22. Cassin, S. & Von Rason, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25 (2005), 895-916
23. Cornejo, M.; Rojas, R.; Mendoza, F. & Sharim, D. (2007) Del testimonio al relato de vida: posibilidades y límites de un dispositivo biográfico de escucha para escuchas del Estado en Chile. (Proyecto FONDECYT) Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
24. Cowdrey, F., Park, J., Harmer, C., & McCabe, C. (2011) Increased Neural Processing of Rewarding and aversive Food Stimuli in Recovered Anorexia Nervosa. *Biological Psychiatry*, 70(8), 736-74.
25. Da Costa, M., & Halmi, K. A. (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *Int. J. Eat. Disord*, 11(4), 305-313. doi:10.1002/1098-108x(199205)11:4<305::aid-eat2260110403>3.0.co;2-2
26. Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361(9365), 407-416.
27. Fairburn, C.G., Welch, S., Norman, P., O Connor, M., Doll, H. (1996) Bias and Bulimia Nervosa: How typical are clinical cases? *American Journal of Psychiatry*, 153, 386-391.
28. Fassino, S. (2002). Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *European Neuropsychopharmacology*, 12(5), 453-459.
29. Federici, A. & Kaplan, A. S. (2007). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 1-10.
30. Fladung, A., Grön, G., Grammer, K., Herrberger, B., Schilly, E., Grasteit, S.,... Von Wietersheim, J. (2010). A Neural Signature of Anorexia Nervosa in the Ventral Striatal Reward System. *American Journal of Psychiatry*, 16(2), 206-212. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010071
31. Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 367-377. doi:10.1016/j.cnr.2005.03.005
32. Gallagher, S. (2014). The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement. *Frontiers in psychology*, 5(585), 1-8.
33. Gallagher, S. and Zahavi, D. (2005) Phenomenological approaches to self-consciousness. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
34. García-Gamba, E. (2001) Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual, anorexia, bulimia y obesidad. Barcelona: Elsevier Masson.
35. Garner, D. M., & Bermis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6 (2), 123-150. Doi: 10.1007/bf01183887
36. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press
37. Garner, D. M., Garner, M. V., & Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 171-185. doi:10.1002/1098-108x(199303)13:2<171::aid-eat2260130205>3.0.co;2-
38. Gismero, E. (2001) Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12, 289-304.
39. Gorgati, S. B., Holcberg, A. S., & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 24, 44-48.
40. Guidano, V. (1991) *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
41. Guidano, V. (1999) Los procesos de Self: continuidad vs discontinuidad. Recuperado el 5 de junio de 2015 de [http://www.inteco.cl/articulos/008/texto\\_esp.htm](http://www.inteco.cl/articulos/008/texto_esp.htm)
42. Heffner, M., y Eifert, G. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal your suffering and reclaim your life*. Oakland: New Harbinger Publications
43. Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi:10.1002/eat.10222
44. Hoffman, L. H. (1979). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Salvador Minuchin, Bernice L. Rosman, Lester Baker. *Social Service Review*, 53(1), 147-151.

45. Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., & Nederkoorn, C. (2006). I see what you see: The lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 123-135.
46. Jáuregui-Lobera, I., Ruiz-Prieto, & Bolaños-Ríos, P. (2012). Thought-shape fusion and body image in eating disorders. *International Journal of General Medicine*, 823.
47. Keel, P. K., Klump, K. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1998). Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 125-132.
48. Kelley, J. P. (2005). What do women in therapy for an eating disorder find helpful? A qualitative study. *Dissertation Abstracts International*. Section B. The Sciences and Engineering, 65, 6274.
49. Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40
50. Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006) Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*, 75-91.
51. Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363.
52. Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599.
53. L. Lechuga y Nieves Gámiz Trastornos de la Conducta Alimentaria 2 (2005) 142-157.
54. Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145-153.
55. López, L. (1998) Anorexia: Comer nada. Una propuesta psicoanalítica. *C/ Páramo*, 1, 5.ª A, Esc. 3, 24006 León
56. Maturana, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. En: C. Almonte, M.E. Montt & A. Correa. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo
57. McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Martens, B., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2009). Role of Antiepileptic Drugs in the Management of Eating Disorders. *CNS Drugs*, 23(2), 139-156
58. Mollà, R. M., Bonet, R. M. B., & Climent, C. I. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*, 1(1), 113-133.
59. Morandé, G. & Casas, J (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. Pediatría Integral*, (2), 243-260
60. Nardi, B., y Moltedo, A. (2009). Desarrollo del modelo de las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano: Los procesos de construcción del sí en el modelo cognitivo posracionalista evolutivo. *Psicoperspectivas*, 8 (1), 93-111.
61. Naranjo-Vila, C., Gallardo-Salce, M., & Zepeda-Santibáñez, M. (2010). Estilo afectivo y estilos de personalidad internamente orientados (Inward) y externamente orientados (Outward): modelo de estilos emocionales de personalidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 344-355.
62. Perpiña, C. (1995). Trastornos ahmentanos. En A. Belloch, F. Ramos & B. Sandin. *Manual de psicopatología*, 1 (pp.531-557). Madrid: McGraw-Hill. Poch, J. & Ávila-Espada, A. (1998). Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
63. Ricoeur, P. (1950) *Philosophie de la volonté I, Le volontaire et l'involontaire*, Paris: Aubier.
64. Ricoeur, P. (1986) *Del texto a la acción*. D.F. México, Fondo de Cultura Económica.
65. Ricoeur, P. (1990) *Si mismo como otro*. Madrid: Siglo veintiuno.
66. Ricoeur, P. (1991) *El sí mismo como otro*. D.F. México. Fondo de cultura Económica.
67. Ricoeur, P. (1999). La identidad narrativa. *Historia y narratividad*, 215-230.
68. Ricoeur, P. (2004) *La memoria, la historia y el olvido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Ricoeur, P. (2015). *Historia y verdad*. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2015
69. Riesman, D. & Glazer, N. (1950) *The lonely crowd: A study of the changing American character*, New Haven: Yale University Press
70. Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe. Málaga. España.
71. Rovalletti, M. (1998) *Corporalidad: la problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires.
72. Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26.
73. Sarason, B. & Sarason, I. (1996). Conductas inadaptadas en la niñez y adolescencia. En B. Sarason & I. Sarason, *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptaada*. (pp. 484-490). México: Prentice Hall.
74. Sevillano, J.P. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 75- 92). Barcelona: Masson
75. Strauss, A.L. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park: Sage.
76. Shapiro, J., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., Lohr, K. & Bulik, C. (2007) *Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. *International Journal of eating disorders*. 40 (4), 321-336. doi:10.1002/eat.20372
77. Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
78. Urzúa M, A., Castro R, S., Lillo O, A., & Leal P, C. (2011). Prevalencia de riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 128-135. doi:10.4067/s0717-75182011000200003
79. Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. *Qualitative Social Research*, 10(2).
80. Wilson, G.T., Fairburn, C. & Agras S. *Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa*. *Handbook of treatment for eating disorders*. The Guilford Press, 67-93.
81. Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, F.G., mackzie, S.M. & Walkins, P.C. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
82. Wilson, G.T.; Fairburn, C.G.; Agras, W.S. *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa*. In: Garner, D.M.; Garfinkel, P.E., editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. 2. New York: Guilford Press; 1997. p. 67-93
83. Zagmutt, A. (2006). La evolución de la terapia cognitiva posracionalista. Conferencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Terapias Cognitivas. Buenos Aires: Argentina. Zagmutt, A. & Ferrer, M. (2003).
84. Los trastornos de la alimentación. Publicado en el libro "Psicoterapias Cognitiva e Constructivista. *Novas Fronteiras da Prática Clínica*". Capítulo 14, página 167. Editores: Cristiano Nabuco de Abreu y Miria Roso. Artmed. Porto Alegre. 2003.