

Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Non-suicidal self-injury meaning in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa

Autora: Marina Gallego Jiménez (1), Silvia Holguera Ortiz (2), María Nieves Moro Tejedor (3), Mariella Esther Pareja Rodríguez (4), Montserrat Graell Berna (5), Azucena Pedraz Marcos (6).

Dirección de contacto: mgallego@itacat.com

Fecha recepción: 25/11/2016

Aceptado para su publicación: 31/01/2017

Fecha de la versión definitiva: 13/02/2017

Resumen

La Autolesión no suicida y los trastornos de conducta alimentaria son dos fenómenos relacionados entre sí. En el 54-61% de los casos de trastornos alimentarios se encuentran conductas autolesivas, siendo estas un factor de mal pronóstico. Se han identificado elementos como la regulación de emociones, la insatisfacción corporal o la influencia social, implicados en el proceso autolesivo. El entendimiento de este fenómeno podría ayudar a su prevención primaria y secundaria y a guiar la estrategia terapéutica. Este manuscrito expone el protocolo de una investigación que busca comprender e interpretar el proceso de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y/o bulimia. Para ello se conceptualizarán las motivaciones para autolesionarse y se examinará el significado que las mujeres atribuyen a esta conducta. También se explorará el papel que juega la insatisfacción corporal y la influencia social en este proceso, debido a la importancia de estos factores en la aparición de anorexia nerviosa, bulimia y autolesiones no suicidas. La metodología empleada será cualitativa, utilizando un enfoque fenomenológico para poder abordar el problema a partir de las vivencias de la población a estudio: mujeres, mayores de 12 años, diagnosticadas de anorexia nerviosa y/o bulimia, que se autolesionen. El ámbito de estudio serán centros sanitarios de diferentes niveles asistenciales, generales e infantiles, de la Comunidad de Madrid. Se recogerán los datos mediante entrevistas en profundidad y sesiones de body mapping. El muestreo será teórico, precedido de un muestreo inicial intencional de 12 participantes, llevado a cabo teniendo en cuenta la edad y subtipo de trastorno del comportamiento alimentario para su selección. El análisis del discurso se realizará utilizando un proceso inductivo.

Palabras clave

Conducta Autodestructiva, Anorexia nerviosa, Bulimia, Afecto, Imagen corporal, Identificación social.

Abstract

There is a close relationship between Non-suicidal self-injury and Eating disorders. In 54-61% of cases of Eating disorders self-injurious behaviors occur, being a poor prognosis factor. Some elements such as affect regulation, body dissatisfaction or social influence, have been identified to be involved in the process of Non-suicidal self-injury. The understanding of this phenomenon could contribute to its prevention and the development of therapeutic strategies. This article describes the protocol of a qualitative study, which aims to understand and construe the process of Non-suicidal self-injury in women suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. For this purpose, motivations to perform Non-suicidal self-injury will be conceptualized, and the meaning adopted of this behavior will be explored, according to women discourses. The role of body dissatisfaction and social influence on the phenomenon will be also explored, due to the importance of the relationship between these factors and anorexia nervosa, bulimia and Non-suicidal self-injury. The Methodology will be qualitative, with phenomenological perspective, in order to explore the problem from the perspective of the study population: women up to 12 years old, diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. The study will be carried out in general and children's health care centers in the Region of Madrid. Data collection technique will be in-depth interviews and body mapping sessions. The sampling will be theoretical, with an initial selection of 12 participants, taking into account the age and subtype of the eating disorder. Discourse analysis will be performed using an inductive process.

Key words

Self-injurious behavior, Anorexia nervosa, Bulimia, Affect, Body image, Social Identification.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Enfermera en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Alcalá del Instituto de Trastornos Alimentarios (Madrid). (2) Psicóloga clínica en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Servicio de Psiquiatría B, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). (3) Enfermera en la Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (Madrid). (4) Enfermera en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Servicio de Psiquiatría B, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). (5) Jefa de Servicio en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario y Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid). CIBERSAM. (6) Profesora Contratada Doctora de la Sección Departamental de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

ANTECEDENTES

El término autolesión no suicida (ALNS) fue definido por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Autolesión, en el año 2007, como la destrucción deliberada, autoinfligida de cualquier tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionadas por la sociedad (1). Aunque el corte es uno de los comportamientos de autolesión más conocidos y prevalentes, la ALNS puede tomar muchas formas, como quemaduras, arañazos profundos y golpes fuertes (2). Este tipo de autolesión difiere de los intentos de suicidio en que en la ALNS no existe intención de acabar con la vida propia mediante la lesión física y la periodicidad es mucho mayor, pudiendo ser incluso diaria (3). A pesar de estas diferencias, la ALNS es un predictor importante del comportamiento suicida (4). La ALNS es actualmente considerada, en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V), como un criterio para el diagnóstico del Trastorno límite de personalidad (TLP) (5). No obstante, durante los últimos veinte años, han existido numerosas propuestas para su inclusión como trastorno independiente y el propio DSM-V recoge una propuesta diagnóstica, a la espera de más estudios para su inclusión definitiva como trastorno independiente (5,6).

Epidemiología de la ALNS

Prevalencia de la ALNS

Existe gran variabilidad entre los resultados de las diferentes investigaciones conducidas para conocer la magnitud del fenómeno, dependiendo de la definición utilizada para la ALNS y del subtipo de población estudiado. En población no clínica (entendiendo esta población como aquella que no ha sido reclutada por la existencia de una patología concreta o en un medio clínico), se encuentran antecedentes de ALNS en algún momento de la vida en el 17.2% (8.0–26.3) de los adolescentes, el 13.4% (4.5–22.3) de los adultos jóvenes, y el 5.5% (1.7–16.3) de los adultos (7). En España, el 8,1% de los adolescentes admite haberse autolesionado mediante cortes, el 6,1% indica que lo ha hecho mediante quemaduras y el 18,6% arañándose la piel, cuando se les pregunta por los últimos 12 meses. (8).

En población clínica adolescente, en nuestro país, los antecedentes de ALNS en algún momento de la vida suceden en el 21,7% de los casos (9). Cifrándonos a los trastornos de la conducta alimentaria

(TCA) en adolescentes y adultos jóvenes, el 27,3% de este conjunto se autolesiona, sucediendo así en el 21,8% de los casos de anorexia nerviosa (AN) y en el 32,7% en casos de bulimia nerviosa (BN) (10).

Factores de riesgo de la ALNS

Existen limitaciones, en el conjunto de la literatura científica, para poder establecer factores de riesgo de la ALNS, más allá de la propia historia previa de ALNS, la existencia de un trastorno emocional (especialmente trastornos de personalidad Cluster B, trastorno de estrés postraumático y trastorno de pánico), tener sentimiento de desesperanza y ser mujer. Estas limitaciones se centran nuevamente en la falta de consenso en la definición y medición de la ALNS (11,12). No obstante, sí se pueden indicar asociaciones entre la ALNS y otros factores, aunque estrictamente estas solo se pueden atribuir a una población en concreto o a un tipo determinado de ALNS.

Un factor que en numerosas ocasiones se ha asociado fuertemente a la ALNS es la existencia de un TCA, conociendo que el 54–61% de las personas que se autolesionan sufre TCA (13). El grado de esta asociación varía al considerar los subtipos de TCA o la definición utilizada para la ALNS (10,13). Ambos fenómenos podrían estar mediados por factores comunes como mala regulación afectiva, impulsividad, características obsesivo-compulsivas, autocrítica e insatisfacción corporal (13).

Funciones de la ALNS: por qué se autolesionan

Desde finales del siglo pasado, se han postulado diversos modelos que intentan explicar la motivación de los individuos para llevar a cabo una ALNS. De las funciones atribuidas a la ALNS, la más prevalente y estudiada es la función de regulación afectiva (14). El extendido modelo de las cuatro funciones de Nock y Prinstein, propuesto y evaluado en 2004 (15), establece que existen cuatro funciones primarias de la ALNS que difieren en dos dimensiones dicotómicas: regulación negativa contra regulación positiva y regulación automática/autónoma contra regulación social. En esta misma línea se encuentra el modelo de Klonsky, de 2015, que agrupa los factores de la ALNS en dos grupos: factores intrapersonales o automáticos y factores sociales o interpersonales (16). También existen investigaciones que comparan la ALNS con el abuso de sustancias (17), o que consideran que la ALNS está mediada por un fracaso en el aprendizaje del autocuidado en la niñez (18).

En cuanto al abordaje del estudio de las funciones de la ALNS desde una perspectiva cualitativa, se han expuesto distintas motivaciones de la ALNS, explicadas como búsqueda conciencia emocional, búsqueda de sentido de la realidad y búsqueda experiencia corporal (19). Más recientemente se ha estudiado a fondo el papel de la regulación emocional en una población de mujeres latinas residentes en EEUU, puesto en relación con aspectos negativos del contexto sociocultural y familiar de las jóvenes, como situaciones de violencia familiar, abuso, acoso escolar, fragmentación familiar o estés transnacional (20).

En cuanto a las funciones específicas de la ALNS en mujeres jóvenes con TCA, Muehlekamp et al. evaluaron un modelo conceptual que establece dos vías que conducen a la ALNS: la primera parte del abuso infantil y de la baja autoestima, pasando por la patología y la disociación, hasta la ALNS; la segunda parte del abuso, pasando por la insatisfacción corporal, para llegar a la ALNS. A pesar de que, en la validación de este modelo, las relaciones establecidas entre insatisfacción corporal y ALNS no fueron estadísticamente significativas, los autores enfatizan en la necesidad de profundizar en su estudio (21).

Insatisfacción corporal e influencia sociocultural en el desarrollo de TCA y ALNS

Insatisfacción corporal, TCA y ALNS

La insatisfacción corporal es la agrupación de las dimensiones afectiva y cognitiva de la imagen corporal, cuando éstas se expresan de forma negativa (22). Está causada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales (23-25) y supone una gran motivación para la realización de dietas a edades tempranas, con la implicación en conductas de adelgazamiento no saludables. Ello, a su vez, está considerado factor de riesgo del desarrollo y mantenimiento de TCA (26,27). Paralelamente, se ha puesto de manifiesto la relación significativa, en los adolescentes, entre la insatisfacción corporal y la ALNS (28,29), especialmente en casos en los que se da la función de regulación afectiva de la autolesión (23).

Influencia sociocultural, insatisfacción corporal y ALNS

En primer lugar, la influencia sociocultural está presente en la ALNS y los TCA mediando la aparición de la insatisfacción corporal (26-28,30). Abordando

el papel que juega la cultura para el desarrollo de los TCA a través de la insatisfacción corporal, actualmente se trabaja con el modelo de la *agencia* humana, que considera que las mujeres son capaces de crear una distancia reflexiva respecto a las imágenes socioculturales sin limitarse a ser víctimas pasivas de un sistema (31). Ello no significa que no existan influencias sociales, de hecho, los referentes modélicos expuestos en los medios influyen en gran parte sobre la estima del sujeto, su construcción de la imagen corporal y su satisfacción corporal (24,32).

Por otra parte, se han descrito numerosos factores socioculturales que actúan de modo directo sobre ciertos modos de ALNS. La influencia directa de los compañeros es importante en la aparición de la ALNS en los adolescentes, llegando a citarse el "contagio social" entre compañeros como mediador del inicio de la realización de ALNS (33). Asimismo el uso de Internet puede ejercer un rol importante en el contagio de la ALNS (34,35); existen foros y redes sociales en las que se discuten técnicas de ALNS, sirviendo tutoriales para su realización y ofreciendo consejos sobre cómo poder ocultar sus resultados (36). Reforzando la normalización de la ALNS, multitud de modelos de estilo para jóvenes han admitido públicamente la realización de ALNS. Finalmente, complementando los denominados refuerzos sociales de la ALNS, el Modelo de las cuatro funciones de Nock y Prinstein explica que la ALNS puede servir para cubrir la necesidad del sujeto de comunicar de algún modo los sentimientos negativos que sufre, o para dar a conocer la fortaleza que posee ante una situación difícil (15,37).

BIBLIOGRAFÍA

1. International Society for the Study of Self-Injury [Internet]. About NSSI; 2007 [actualizado 2016; citado 5 Feb 2015]. Disponible en: <http://itriples.org/self-injury/fast-facts/>
2. Claes L, Klonsky ED, Muehlekamp J, Kuppens P, Vandereycken W. The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? *Compr Psychiat.* 2010;51(4):386-92.
3. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry J* [Internet]. 2013 [citado 10 Nov 2016];159208:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/159208>

4. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro M-R. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One* [Internet]. 2016 [citado 10 Nov 2016];11(4):e0153760 [aprox 15 p.].
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (DSM-5)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of non-suicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015 [citado 10 Nov 2016];9(1):31 [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
7. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2014;44(3):273–303.
8. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2015;27(3):223–8.
9. Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8(3):137–45.
10. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, Stroumpa S, Kaçar AŞ, Renshaw S. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2016;46(7):1345–58
11. Bentley KH, Cassiello-robbins CF, Vittorio L, Sauer-zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2015;37:72–88.
12. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:156–67.
13. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(4):409–21.
14. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:226–39.
15. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(5):885–90.
16. Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, Olinio TM, Washburn JJ. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2015 [citado 10 Nov 2016];9:44 [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
17. Victor SE, Glenn CR, Klonsky ED. Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res.* 2012;197(1–2):73–7.
18. Orbach I. The role of body experience in self-destruction. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1996;1(4):607–19.
19. Horne O, Csipke E. From feeling too little and too much, to feeling more and less? A nonparadoxical theory of the functions of self-harm. *Qual Health Res.* 2009;19:655–67.
20. Gulbas LE, Luca SM De, Zayas LH. An Exploratory Study of Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviors in Adolescent Latinas. *Am J Orthopsychiatry.* 2016;85(4):302–14.
21. Muehlenkamp JJ, Claes L, Smits D, Peat CM, Vandereycken W. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Res.* 2011;188(1):102–8.
22. Banfield SS, McCabe MP. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence.* 2002;37(146):372–93.
23. Duggan JM. *Body Image: An Investigation of an Intrapersonal Risk Factor Related to Non-Suicidal Self-Injury Among Young Adults* [Tesis]. Montreal: McGill University; 2011.
24. Lawler M, Nixon E. Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *J Youth Adolesc.* 2011;40(1):59–71.

25. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp*. 2013;28(1):27-35.
26. Amaya A, Mancilla-Díaz JM, Álvarez GL, Ortega M, Larios M, Martínez JI. Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas. *Rev Colomb Psicol*. 2013;22(1):121-33.
27. Portela de Santana, M., Ribeiro, H., Giral, M., & Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391-401.
28. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *J Adolesc*. 2012;35(1):1-9.
29. Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009 Jan;79(1):83-92.
30. Monterrosa-Castro A, Cuesta-Fernández C. Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Ciencias Biomédicas*. 2012;3(2):300-5.
31. García Arnaiz M. Engordar, adelgazar, enfermar: algunas reflexiones sobre alimentación. En: Esteban ML, Comelles JM, Díez-Mintegui C. Antropología, género, salud y atención. Bellaterra. Barcelona; 2010. p. 71-88.
32. Pastor Carballo R. Cuerpo y género: representación e imagen corporal. En: Pastor Carballo R, Bonilla Campos A. Psicología y género. Pearson Ed. Madrid; 2004. p. 218-39.
33. Hasking P, Andrews T, Martin G. The Role of Exposure to Self-Injury Among Peers in Predicting Later Self-Injury. *J Youth Adolesc*. 2013;42(10):1543-56.
34. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2013;17(1):1-19.
35. Whitlock JL, Powers LJ, Eckenrode J. The Virtual Cutting Edge: The Internet and Adolescent Self-Injury. *Dev Psychol*. 2006;42(3):407-17.
36. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. 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 [Internet]*. 2013 [cited 10 Nov 2016];8(10):e77555 [aprox 6 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>
37. Nock MK, Locke J. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prev Psychol*. 2008;12(4):159-68.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El estudio parte de la premisa de que existen, al menos, tantas causas de la autolesión no suicida como funciones se han postulado acerca de este fenómeno, y que estas pueden coexistir en una misma persona, haciendo del proceso autolesivo un fenómeno altamente complejo. Además las funciones reportadas en la literatura pueden estar conceptualmente solapadas.

Por su parte, la insatisfacción corporal desempeña un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de las autolesiones en las personas que padecen AN y BN, pudiendo ejercer un papel mediador entre estas y el malestar social y autónomo que sufre la persona.

Se abordará el objetivo general de comprender e interpretar el proceso autolesivo no suicida en mujeres diagnosticadas de AN y/o BN, a través de los siguientes objetivos específicos:

- Describir las causas precipitantes y las consecuencias inmediatas de la ALNS, identificando así las motivaciones para realizarse ALNS.
- Conceptualizar las funciones de la ALNS, comparando las experiencias personales sobre la ALNS con los discursos sobre las motivaciones para llevarlas a cabo.
- Conocer el significado que las mujeres atribuyen a la conducta autolesiva.
- Explorar el papel que juega la insatisfacción corporal y la influencia social en el proceso de la ALNS.

METODOLOGÍA

Diseño

Se plantea un estudio cualitativo con perspectiva fenomenológica, para facilitar la descripción de la experiencia de la ALNS a partir de la visión de la población a estudio. El objetivo del acercamiento

to fenomenológico, es adquirir una comprensión de las estructuras esenciales de los fenómenos, entendiendo esencia como la manifestación de lo que la cosa es en sí. En esta investigación caso se tomará como referencia la relación del sujeto con el mundo que plantea Merleau Ponty en su Fenomenología de la Percepción, negando la posibilidad de separar el mundo (y sus fenómenos) de la persona, puesto que esta se construye en la medida en que desarrolla una interacción con el mundo.

Población y ámbito de estudio

La población a estudio serán las mujeres mayores de 12 años con AN y BN que desarrollen además ALNS, según la definición de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Autolesión. Las mujeres que no hayan firmado el consentimiento informado y/o que tengan riesgo de disociación durante las sesiones de recogida de datos, serán excluidas del estudio.

El ámbito de estudio lo conformarán tres centros de tratamiento de TCA de diferentes niveles asistenciales del Servicio Madrileño de Salud: la Unidad de hospitalización de un Hospital Infantil, la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria de un Hospital General, y un Centro de Salud Mental.

Recogida de datos

Entrevistas en profundidad

En la primera fase del estudio se realizarán entrevistas en profundidad a las participantes. Para facilitar la transcripción de las entrevistas, las entrevistas se grabarán en archivos de audio. Asimismo, para controlar los sesgos de percepción de la entrevistadora, se recogerán las impresiones sobre el desarrollo de la entrevista en un cuaderno de campo, donde se detallan además, de manera objetiva, la descripción de los entornos y las conversaciones informales externas a la entrevista. Las entrevistas se llevarán a cabo, por razones de factibilidad y seguridad de las entrevistadas, en las instalaciones de los centros.

A pesar de que no existe una estructura cerrada, previamente definida de la entrevista, sí existe un guion con las variables o temas a explorar. Este guion ha sido testado en un proyecto piloto llevado a cabo con tres participantes. Los temas incluidos en el guion actual son:

- Datos personales y socio-familiares.

- Vivencia del Trastorno del Comportamiento Alimentario: tipo y subtipo de TCA, curso de enfermedad, afrontamiento personal de TCA, respuesta del entorno ante TCA.
- Vivencia de la autolesión no suicida: tipo de ALNS, función de ALNS, afrontamiento personal de ALNS, respuesta del entorno ante ALNS.
- Autoimagen corporal y autoconcepto.
- Impacto y uso de redes sociales y medios de comunicación en la imagen corporal.

Body-mapping

La realización del pilotaje de la investigación puso de manifiesto la necesidad de complementar el uso de la entrevista en profundidad con otra estrategia de recogida de datos, debido a la dificultad que, para muchas de las mujeres con TCA, supone el hablar de sus sentimientos. Por ello, para aumentar la validez de los resultados y mitigar los problemas de sesgo, y tras la valoración de otras técnicas, se decidió el uso del *body-mapping*, utilizando la base metodológica de Solomon (2002) y Gastaldo (2012) para ejercer dicha triangulación con las entrevistas en profundidad.

El *body-mapping*, tal y como se plantea en este estudio, consiste en la generación de un dibujo que refleja visualmente las experiencias de los participantes y los significados atribuidos a sus circunstancias. El documento contiene, como parte central, el cuerpo del individuo, dibujado a tamaño real, y en él incrustan (dibujando o a partir de recortes) símbolos relacionados con la vivencia de la ALNS. El significado de cada símbolo y elemento que se introduce en el dibujo, será explicado por la participante durante la sesión. El modo en que los discursos se generan durante estas sesiones enriquece el mismo, ya que se favorece la comunicación con el investigador y la aparición de nuevos temas, a través de la creatividad, justificando el uso de esta técnica, como forma de complementar la recogida de información.

La estructura de las sesiones está previamente establecida por el investigador, aunque abierta a adaptarse al curso que estas sigan. Al menos se realizarán 3 sesiones audiograbadas de una hora con cada participante. Debido a la limitaciones para llevar a cabo ejercicios de *body-mapping*, en comparación con las entrevistas, las sesiones comenzarán tras haber analizado parcialmente, al menos, las

entrevistas de la muestra inicial. De este modo las primeras entrevistas servirán para perfilar el guion de las sesiones de *body-mapping* y la temática concreta de los símbolos. El lugar de realización de estas sesiones no ha sido determinado y estará sujeto a razones de factibilidad y calidad para la investigación.

Muestreo y captación

Muestreo inicial

Inicialmente, se llevará a cabo un muestreo intencional, que servirá como exploración de los discursos de la población a estudio. Para la selección, se han establecido las siguientes categorías, elegidas en base al análisis de la literatura:

- Tipo y subtipo de TCA según DSM-V: se atenderán la AN purgativa, AN restrictiva y la BN, para explorar a las diferencias de ALNS entre estos grupos, señaladas en el campo epidemiológico.
- Edad: se ha estimado necesaria la consideración de cuatro grupos edad (12 a 14 años, 14 a 17 años, 19 a 25 años y adultos mayores de 25 años) para asegurarse la exploración del subgrupo adulto maduro y la diferenciación entre la adolescencia inicial y la adolescencia media.

De este modo, el muestreo inicial lo conforman 12 mujeres, de las cuales una mujer de cada subgrupo de enfermedad fue entrevistada durante el pilotaje. Las tres entrevistas conducidas durante el estudio piloto, computarán para completar el muestreo inicial y se analizarán al mismo nivel que las demás.

Muestreo teórico

En búsqueda de una mayor transferibilidad de los resultados, se conducirá un muestreo teórico, en el que se seleccionarán a aquellos informantes más apropiados para el estudio en función de ciertas características detectadas durante las primeras entrevistas. Las características concretas que debe tener la muestra que participará en las sesiones de *body-mapping* también se determinarán en función a las cuestiones halladas en las primeras entrevistas. Para la inclusión de participantes en estas sesiones no será necesario haber participado previamente en una entrevista. Tampoco el haber sido entrevistado será excluyente, si se considera que la sesión de *body-mapping* puede aportar nuevos significados al discurso de la participante. Para determinar el mo-

mento de finalización del proceso de selección, se utilizará el criterio de saturación del discurso.

La captación se realizará a través del personal encargado del tratamiento de las participantes (psiquiatra o psicóloga), quienes propondrán participar a las personas que cumplan con las características determinadas en el muestreo, hasta completar este.

Análisis

Para tratar los datos recogidos, tanto a través de las entrevistas como en las sesiones de *body-mapping*, se llevará a cabo un análisis del discurso según la propuesta de Taylor y Bogdan, que distingue tres etapas: descubrimiento en progreso de los datos (mediante lectura reiterada de las transcripciones de las entrevistas), codificación de datos y relativización de los datos en el contexto en el que fueron recogidos. En la codificación de los datos se desglosará el discurso en categorías de análisis que posteriormente se reagruparán en unidades de significado mayores. Para ello se utilizará el software ATLAS.ti v8 en español.

La propuesta de análisis detallada se verá englobada en el procedimiento de la inducción analítica, siguiendo los siguientes pasos:

1. Desarrollo de un modelo aproximado del fenómeno a estudiar, apoyado en la literatura.
2. Formulación de hipótesis respecto el fenómeno, apoyada en otras investigaciones e intuiciones propias.
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 esta.
7. Continuación hasta haber llegado a la saturación del discurso.

Para garantizar la confirmabilidad de los hallazgos, se llevará a cabo un proceso de reflexividad y posicionalidad del equipo investigador sobre el fenómeno a estudio y se cotejarán los resultados con investigadores ajenos a este. Posteriormente, en

búsqueda de credibilidad en la investigación, los resultados del análisis se mostrarán a las participantes para comprobar su veracidad.

Consideraciones éticas

Para la realización del protocolo se han respetado los tres principios éticos descritos en el Informe Belmont: respeto a las personas, beneficencia, justicia. La participación será voluntaria y, de acuerdo a la Ley 14/2007, será necesario que los participantes firmen el consentimiento informado tras haber recibido la información necesaria. Asimismo el tratamiento de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Los datos serán tratados con confidencialidad, de manera que será imposible asociar al entrevistado con los resultados del estudio.

Limitaciones del estudio

La elección del enfoque cualitativo implica la aceptación de limitaciones que tienen que ver con la validez externa de la investigación, así como con la posicionalidad del equipo de investigación.

También ha de considerarse, como ya se ha puesto de manifiesto, que las herramientas de extracción de datos suponen una limitación para la consecución del objetivo general. En primer lugar, por las características intrínsecas de la entrevista y el body mapping (como el desconocimiento de gran parte del contexto en el que se producen) y en segundo lugar por las características específicas de la población a estudio y de los objetivos de la investigación, que suponen una cuestión íntima, a menudo difícil de reconocer, y que se da en personas que pueden tener problemas de comunicación emocional y social.

Igualmente, debido a que existen dificultades en el acceso a la población a estudio, se explorarán los discursos de mujeres diagnosticadas de TCA que se encuentran en tratamiento en el momento del estudio. Ello hace que una parte importante de las personas que sufren este trastorno no puedan acceder al estudio al no reconocer su enfermedad como tal,

o al no haber iniciado tratamiento, lo cual puede ser una condición importante en cuanto a la concepción de la ALNS y para su estudio.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO-SANITARIA DEL ESTUDIO

La presente investigación pretende aclarar los límites entre las funciones de la ALNS, previamente descritas en la literatura, sirviéndose de las características de la metodología cualitativa. Ello supone una novedad ya que, en primer lugar, son pocas las aproximaciones que utilizan esta metodología para el estudio de la ALNS, y estas se han centrado en el estudio de funciones concretas de la ALNS y no en su totalidad. En segundo lugar, no se han hallado grupos de investigación que estudien la ALNS desde este paradigma. El enfoque fenomenológico resulta igualmente apropiado para intentar dar luz a las incógnitas planteadas sobre el papel que juegan la insatisfacción corporal y la influencia social, con el refuerzo del uso de herramientas de recogida de datos más allá de la entrevista en profundidad, lo cual supone también una novedad en el estudio de la ALNS. Además, la aproximación fenomenológica, en búsqueda de un entendimiento de las ALNS basado en la experiencia de las mujeres que se autolesionan, puede ser de gran relevancia para mejorar la comunicación con pacientes y familias, a través de una actuación sensible ante su realidad. Ello podría facilitar el éxito en programas de prevención primaria o secundaria y mejorar la experiencia con el terapeuta.

Otra carencia en el panorama científico, que este estudio busca cubrir, es la falta de investigaciones que profundicen en el estudio de las vivencias de la ALNS en adultos maduros, siendo igualmente esta subpoblación muy poco estudiada en líneas generales de TCA.

CRONOGRAMA

El cronograma presentado (**Tabla 1**) supone una estimación de los tiempos empleados para cada actividad, pero las características del enfoque cualitativo no permiten prever con fiabilidad la duración exacta de cada actividad.

Actividad	2015				2016				2017				2018			
	Ene.	Abr.	Jul.	Oct.												
	Mar.	Jun.	Sep.	Dic.												
1. Pilotaje																
2. Re-elaboración de protocolo																
3. Captación																
4. Recogida de datos																
5. Análisis																
6. Difusión																

Tabla 1. Cronograma de actividades

RECURSOS Y PRESUPUESTO

El presente estudio, enmarcado en la realización de una tesis doctoral, no ha recibido financiación para su ejecución. No obstante, el personal investigador cuenta con el apoyo y aprobación de sus respectivas instituciones para la realización del trabajo.

Asimismo la presentación del pilotaje ha sido premiada por la Academy for Eating Disorders, con una beca para la asistencia a la International Conference of Eating Disorders, 2017, organizado por la misma Academia.

El presupuesto económico estimado para la ejecución del proyecto se detalla en la **tabla 2**.

Actividad	Concepto	Unidad	Cantidad	Coste por unidad	Gasto
4	Material para sesiones de bodymapping (rollo de papel 2 metros, pinturas, recortables...)	Varios	-	-	80,00 €
4	Impresora portátil	Impresora	1	60,00 €	60,00 €
4	Tinta de impresión	Cartucho	2	20,00 €	40,00 €
5	Transcripción de audios de entrevistas	Minuto	1.600	0,75 €	1.200,00 €
5	Licencia de software para análisis de textos	Licencia	1	75,00 €	75,00 €
6	Tasa de procesamiento de artículo científico	Artículo	3	500,00 €	1.500,00 €
6	Traducción de documento español-inglés	Palabra	6.000	0,12 €	720,00 €
6	Inscripción a congreso de la Asociación Española para el Estudio de los TCA para difusión de resultados	Cuota	1	250,00 €	250,00 €
6	Inscripción a XXI Encuentro de Investigación en Cuidados para difusión de resultados	Cuota	1	290,00€	290,00€
TOTAL PRESUPUESTADO					4.215, 00 €

Tabla 2. Presupuesto