

UNIVERSIDAD
ICESI

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS MÉDICOS Y EL PERSONAL
PARAMÉDICO RESPECTO A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

TRABAJO DE GRADO

LAURA MARTÍNEZ SANTAMARÍA

Asesora de Investigación

XIMENA CASTRO

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2012**

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE IMÁGENES	3
LISTA DE ANEXOS	4
Introducción:	6
Marco teórico:	10
2.1. <i>Los TCA:</i>	10
2.2. <i>Representaciones sociales:</i>	16
3. Objetivos:	26
4. Metodología:	27
4.1. <i>Participantes:</i>	28
4.2. <i>Instrumentos:</i>	29
4.3. <i>Procedimiento:</i>	30
5. Resultados:	30
5.1. <i>Representaciones sociales de los profesionales de salud, respecto a los TCA:</i>	31
5.2. <i>Prácticas de los profesionales de salud, alrededor de los TCA:</i>	50
6. Discusión:	58
6.1. <i>El saber médico como poder simbólico:</i>	59
6.2. <i>La desaparición de la subjetividad en los tratamientos para TCA:</i>	61
6.3. <i>Los TCA como enfermedades “estigma”:</i>	65
7. Comentarios finales:	70
8. Referencias:	71
9. ANEXOS:	75

LISTA DE IMÁGENES

Gráfico 1. Núcleo central de las <i>Representaciones sociales</i>	31
Gráfico 2. Organización de la <i>Representación social</i>	49

LISTA DE ANEXOS

Anexo No. 1- Entrevista semi-estructurada dirigida a los médicos.....	75
Anexo No. 2- Entrevista semi-estructurada dirigida a los Enfermeros.....	76
Anexo No. 3- Testimonio 1, paciente de 19 años (femenino).....	77
Anexo No. 4- Testimonio 2, paciente de 21 años (femenino).....	80

Representaciones sociales de los médicos y el personal paramédico respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Laura Martínez Santamaría

Universidad Icesi, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Mayo de 2012

Resumen:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a pesar de no ser patologías de aparición reciente, se han vuelto un tema frecuente y de interés dentro del ámbito de la salud mental. Debido a que se considera que los médicos y enfermeras, cumplen un papel importante en el tratamiento y acompañamiento a los pacientes con TCA, se intentó averiguar las creencias, estereotipos, prejuicios y conocimientos que estos tienen sobre los TCA, utilizando el constructo de “representaciones sociales”. Con el propósito de alcanzar este objetivo se realizaron entrevistas a médicos y enfermeras que pertenecen a diferentes clínicas de la ciudad de Cali. Se encontró que las representaciones sociales sobre los TCA por parte del personal entrevistado, están compuestas por dos ideas en permanente tensión: Los TCA como enfermedad y Los TCA como problemas de conducta. Adicionalmente, se intentó indagar por las prácticas de estos profesionales a la hora de tratar pacientes con TCA. Se concluye que las representaciones y prácticas que tienen los médicos y paramédicos sobre los TCA reducen los TCA a enfermedades estigma, generan supresión de la subjetividad de la persona que tiene un TCA y son una evidencia del poder simbólico que ejerce la ciencia médica.

Palabras claves: *Representaciones sociales, estigma, trastornos de la conducta alimentaria, salud mental, subjetividad.*

Introducción:

En los últimos años, los casos de TCA se han incrementado significativamente, trayendo como consecuencia que estos trastornos se hayan vuelto un problema clínico y de salud pública en nuestra sociedad actual. Un estudio del año 2000 realizado en Medellín por la Universidad de Antioquia, reveló que cerca de 80.000 mujeres entre 14 y 19 años de edad, padecen un trastorno de la alimentación¹. Este mismo estudio revela que entre el 1 y el 2% de las jóvenes colombianas, presentan anorexia o Bulimia.

Los TCA, además de ser vistos como trastornos psiquiátricos, suelen generar juicios de connotación negativa y por lo tanto causan cierto rechazo por parte de la sociedad. Algunas investigaciones revelan cómo las personas que padecen un TCA suelen ser juzgadas de una manera despiadada y no despiertan compasión o solidaridad como si lo generan otras personas enfermas, incluso otros "enfermos mentales". Un estudio realizado por Stewart y su equipo (2008) en Estados Unidos, reveló que las personas suelen sentirse más incómodas cuando interactúan con una paciente con anorexia que cuando la persona tiene depresión, esquizofrenia o mononucleosis. Los resultados de esta investigación apoyan la idea de que existe un estigma hacia las personas que tienen anorexia.

¹ Ponencia sobre primer debate al proyecto de ley 158 de 2008, recuperado el 7 de Mayo de 2012 de : <ftp://ftp.camara.gov.co/.../P.L.158-2008C>.

La idea que predomina dentro de la psiquiatría es que los TCA son multi-causales, es decir, que no hay una sola causa que los origine. “Existen muchos factores que contribuyen al desarrollo de los TA; es decir que no hay una causa única que los explique. Contribuyen factores biológicos, de personalidad, factores psicológicos, familiares y sociales” (Bersh, 2010). Sin embargo, paralelo al discurso médico, persiste la idea de que el aumento de casos de TCA se debe principalmente a factores como: los medios de comunicación, al modelo estético actual que apoya el ideal de delgadez extrema, la obsesión por la comida, la victimización de los pacientes, la superficialidad de las jóvenes, la moda, la presión por ser modelos, etc. En la vida cotidiana, se mueven diversos discursos y estereotipos respecto a los TCA que son reforzados por los medios de comunicación y que han permeado en diversos ámbitos del orden social. Este ámbito al parecer es responsable del discurso que predomina hoy respecto a la etiología de las enfermedades, al tratamiento y a la construcción del perfil de las personas que padecen uno de estos trastornos. Un estudio realizado por Ruiz y otros psicólogos españoles (2010), concluyó que la asimilación del modelo estético y la influencia de las relaciones sociales en el aprecio de la delgadez entre hijas y madres son factores de riesgo de los TCA, y que el estereotipo de la delgadez está principalmente dictado por el ambiente social de las mujeres con un TCA, lo que fomenta el riesgo de sufrirlos. Adicionalmente, en nuestro país se realizó un estudio donde se pretendía explorar las representaciones sociales tanto de pacientes como de los operadores de salud de un hospital, se encontró que : “Los pacientes hospitalizados muestran la preeminencia de representaciones de

lógica informal cotidiana para valorar, experimentar y juzgar el fenómeno de la salud y la enfermedad. En el caso de los operadores de salud, sus representaciones evidencian que, al lado de creencias de lógica formal de sus profesiones, coexisten significados cotidianos en los cuales se relacionan, actúan y se ven a sí mismos en el mundo sociocultural que es la construcción de la salud y la enfermedad”. (Álvarez, L. et al; (2008)). Es preocupante que el discurso del “sentido común” de la sociedad respecto a los TCA, haya permeado incluso en el ámbito hospitalario, influyendo a los profesionales de salud : médicos, enfermeras y otros operadores de salud. Son estos profesionales los que terminan asumiendo en gran medida el tratamiento intra y extra-hospitalario de los pacientes con TCA, quienes pasan más tiempo con ellos y por lo tanto generan una influencia importante tanto en el paciente como en la familia.

A partir de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre TCA, se encontraron algunas investigaciones respecto a la influencia que tienen los medios de comunicación, la sociedad moderna y la cultura en los TCA. Entre estos estudios encontramos una investigación realizada por María Jesús Sánchez Hernández (2004) sobre los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria; el estudio realizado en Medellín por Luz Marina Arboleda (2008) donde se develan los imaginarios de alimentación y el peso que construyen los jóvenes escolarizados de Medellín a partir de las representaciones que transmite la televisión que consume, donde se encuentra que los hábitos alimenticios son promovidos tanto como la familia, el

colegio y los amigos, como por la televisión; y otro estudio que explora la influencia de la sociedad en los TCA es el José Fernando Merino (2005), sobre las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal, realizado en la ciudad de Medellín.

También se encontró que existen diversos estudios sobre las construcciones, representaciones y discursos que la gente tiene respecto a los TCA y a las personas que padecen estos trastornos, cómo el estudio de Kally Whitehead y Tim Kurz (2008) donde se exploró la construcción de la obesidad femenina y la anorexia en 20 artículos de revistas populares (10 de anorexia y 10 artículos de obesidad), a través del análisis de discurso. Adicionalmente, se ha explorado acerca de las representaciones sociales que existen sobre la enfermedad por parte de pacientes y el cuerpo médico, esto se evidencia en la investigación de Álvarez et al. (2008) sobre las representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. Sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado investigaciones que exploren la construcción que han realizado los profesionales de la salud (médicos, paramédicos, enfermeros y otros) respecto a los TCA, los pacientes y la forma o necesidad de un tratamiento. Por esta razón, en esta investigación se tratará de responder a la pregunta:

¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen los profesionales de la salud respecto a los TCA?

Marco teórico:

2.1. Los TCA:

La psiquiatría define los TCA de la siguiente forma: "Los trastornos de la alimentación son desórdenes emocionales caracterizados por un patrón persistente de alimentación no saludable y comportamiento de restricción voluntaria de ingesta que ocasionan problemas de salud y/o problemas emocionales y sociales" (Bersh, 2010). Dentro de los trastornos de la alimentación se encuentran: la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa, los trastornos por atracones y los trastornos de alimentación no identificados. Sin embargo, los más descritos y estudiados por la psiquiatría y la psicología clínica, y los de mayor incidencia, son: la anorexia y la bulimia nerviosas.

La anorexia ha sido descrita y estudiada desde hace varios siglos. Uno de los primeros casos de los que se tiene referencia es el de la princesa Margarita de Hungría (1242-1271), quien practicaba ayunos para intensificar la espiritualidad y murió de inanición a los 28 años de edad. En la edad media se asoció el ayuno con la santidad y por esta razón varias santas tuvieron cuadros similares a los de la anorexia, sin embargo no existía el criterio diagnóstico básico de la modernidad: el miedo intenso a engordar. Las primeras descripciones de casos de lo que ellos llamaron "consumo nervioso" aparecen en el siglo XVII y fueron realizadas por Reynolds y Morton en Inglaterra. La enfermedad clínica fue definida por primera vez en 1873 por William Gull y Ernest Charles Laseque, quienes publicaron

artículos con una descripción diagnóstica de lo que denominaron "anorexia histérica". A partir de ese momento se formalizó el conocimiento de la enfermedad y se empezó a nombrar como "anorexia nerviosa". El término "anorexia" proviene del latín y quiere decir: falta de apetito y el término "nerviosa" explica su origen psicológico o mental. Sin embargo la denominación "falta de apetito" no es correcta, pues las personas que padecen esta enfermedad sí sienten hambre, pero la reprimen por miedo a ganar peso. La anorexia nerviosa fue reconocida por la APA (American Psychiatric Association) como un síndrome mental en los años cuarenta. El DSMIV- R² se basa en cuatro criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

² DSMIV-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Psicomed.net, obtenido el 2 de Mayo de 2012 de:
http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv_int_def.html

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La bulimia Nerviosa, como enfermedad, ha tenido un reconocimiento mucho más reciente que la anorexia. En 1979, Russell definió este trastorno y propuso los criterios diagnósticos. Sin embargo, las primeras descripciones de la enfermedad aparecen en los siglos XVII y XIX, cuando se relacionaba auto-mutilación y bulimia (sobre todo en hombres). La palabra bulimia, quiere decir "hambre de buey" debido que los pacientes con este síndrome suelen "devorar" una gran cantidad de alimentos ingeridos de forma rápida. Los bulímicos suelen sentir mucha culpa después de abusar de los alimentos y por esta razón recurren a las purgas (vómitos, laxantes o diuréticos) para prevenir el aumento de peso. En los años

ochenta, la bulimia fue reconocida por la APA como un trastorno mental. El DSMIV- R se basa en cuatro criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Existen también dos tipos de bulimia nerviosa:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Las clasificaciones nombradas anteriormente, pertenecen al modelo psiquiátrico. El afán clasificatorio y el interés por diagnosticar las patologías y por lo tanto a las personas, son rasgos característicos de la psiquiatría y de algunas ramas de la psicología clínica. Si bien el abordaje psiquiátrico de la enfermedad mental representa el discurso dominante en nuestra sociedad, no es el único. Hay otras miradas que critican el discurso psiquiátrico y presentan tratamientos alternativos:

Camacho (2006), critica el manual diagnóstico psiquiátrico (DSMIV-R) haciendo énfasis en que los diagnósticos son solo construcciones y no deben ser tomados como la realidad, pues esto conduce a que se rotule al paciente y que la enfermedad termine determinando su identidad. El diagnóstico no debe confundirse con los deseos, incertidumbres y sentimientos del paciente y deben estar en permanente revisión, pues cambian dependiendo del paciente. Diagnosticar, así como puede llegar a ser de gran utilidad terapéutica, también puede causar muchos daños y por lo tanto el DSMIV-R debe ser manejado con suma precaución, utilizado como una herramienta más y no como la única palabra en el tratamiento psicológico o psiquiátrico de una persona que sufre.

Otros autores como Guinsberg (1996) critican la compulsión psiquiátrica por identificar la "normalidad de las cosas". Según este autor, la enfermedad entendida como desviación de la conducta lleva a que se piense que en la sociedad es necesario un control social que contrarreste estas tendencias desviadas y las condiciones que operan estos procesos, para lograr un equilibrio estable. Los profesionales de la salud mental y las instituciones mentales entran a hacer parte de este control social. Las prácticas psiquiátricas, los diagnósticos definitivos y la medicalización excesiva producen en las personas secuelas que amenazan su condición de sujeto: los des-responsabilizan de sus actos, los infantilizan y suprimen su palabra.

Desde una perspectiva más psicosociológica, podemos decir que la enfermedad en el orden natural no existe, es simplemente un hecho biológico que solo se reconoce porque rompe con procesos que venían ocurriendo anteriormente. Es el ser humano quien le otorga un sentido a este hecho, quien le da sentido a la enfermedad. Berger y Luckman (1991) nos dicen que la sociedad es un plano socialmente construido, simbólico e imaginario, que es interpretado por las personas y no es natural. De esta forma, es la sociedad quien otorga los rótulos de la enfermedad a cierta condición. Según esto, se puede concluir que la sociedad es una construcción social, que cada cultura crea sus enfermedades y la forma en las que estas se experimentan. Por lo tanto, la enfermedad es una construcción social también. Las sociedades desde que existen, han estado asociadas a las enfermedades, puesto que estas se derivan de condiciones

sociales y de las relaciones que los individuos establecen entre si. Los pueblos siempre han interpretado las enfermedades y sus causas desde las perspectivas de su propia cultura y de sus instituciones. Mori y Gonzalez (2010) realizaron un estudio sobre un caso de hipertensión en el cual se analizaron las representaciones sociales de la enfermedad y la incidencia de lo subjetivo en esta. A raíz de este estudio los autores argumentaron que la salud y la enfermedad son expresiones complejas que integran tanto el organismo humano, como la red de prácticas sociales que se organizan en la cultura, las cuales terminan mediando las diferentes relaciones del hombre con el mundo. Alrededor de las enfermedades y de las experiencias con las mismas, se producen una serie de sentidos que son enriquecidos tanto por aspectos subjetivos como por aspectos sociales (Bermudez, 2006).

La teoría de las representaciones sociales nos ayuda a explicar las producciones simbólicas que se organizan en los diferentes espacios sociales. Las representaciones sociales son resultado de procesos simbólicos que surgen de las prácticas sociales cotidianas: “Los procesos que generan representaciones sociales están involucrados en la comunicación y en las prácticas sociales: diálogo, discurso, rituales, estándares laborales y de producción, arte, en resumen, cultura” (Jovchelovitch, 1995:79)

2.2. Representaciones sociales:

Representación social hace referencia a un tipo de conocimiento socialmente

elaborado y compartido. El término fue aportado por Serge Moscovici en 1961, quien se inspiró en el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, para referirse al fenómeno social a partir del cual se construyen las representaciones de cada persona. Las personas usan las representaciones sociales para explicar, objetivar y clasificar el mundo. "Las representaciones sociales son un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y los otros grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas". Moscovici estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social, de esta forma profundizó el concepto de "sentido común", que según el autor, constituye el objeto de estudio de las representaciones sociales. Las personas conocen la realidad que los rodea gracias a los procesos de comunicación y al pensamiento social, las representaciones sociales abarcan y agrupan todas esas explicaciones y de esta forma se hace referencia al sentido común. El sentido común es entonces, socialmente elaborado y tiene contenidos tanto afectivos, como cognitivos y simbólicos. El conocimiento del que se ocupa la teoría de las representaciones sociales, es un tipo de conocimiento elaborado socialmente, compartido por un grupo y está orientado a construir la realidad social. Este tipo específico de conocimiento, juega el papel de organizar la vida cotidiana de las personas y al mismo tiempo permite que estas se comuniquen y se relacionen entre sí dentro de su grupo social. Para Jodelet, (1986) las representaciones sociales poseen 5 características:

- Siempre son la representación de un objeto.
- Tiene un carácter de imagen y la propiedad de posibilitar el intercambio de lo sensible y la idea, de lo simbólico y lo significativo.
- Tiene un carácter simbólico y significativo.
- Tiene un carácter constructivo.
- Tiene un carácter autónomo y creativo.
- Siempre conlleva a algo social: las categorías que la estructuran y expresan son tomadas de un fondo común cultural.

Las representaciones sociales necesariamente, tienen una estructura y una organización. Jean Claude Abric (1994), explica la organización interna de las representaciones sociales basándose en la teoría del núcleo central, que tiene en cuenta dos conceptos claves: el núcleo central y los elementos periféricos. El *núcleo central* es el elemento fundamental de la representación social pues significa y organiza la representación. El núcleo central es el elemento más estable, el que más se resiste al cambio; ante cualquier cambio de este elemento, la representación social cambia completamente. El núcleo central tiene la función de darle estabilidad y coherencia a la representación social, además de garantizar su permanencia en el tiempo (Abric, 1994). Por otro lado, los *elementos periféricos* le dan un sustento al núcleo central de las representaciones sociales. Estos elementos se encuentran jerarquizados y organizados alrededor de este núcleo. Los elementos periféricos sustentan el significado de la representación social y son su lado más visible y concreto. Una de las características más importantes de

los elementos periféricos es la flexibilidad, pues estos elementos son capaces de transformarse, permitiendo que la representación social se adapte a los cambios del entorno. Así mismo, los elementos periféricos permiten que la representación social se ancle en la realidad, "permitiendo revestir la realidad en términos concretos, comprensibles y transmisibles de manera inmediata." (Abric, 1994: 24). Otra de las funciones claves de los elementos periféricos, tiene que ver con defender la representación social. Los elementos periféricos, funcionan como refuerzo ante los cambios, las nuevas interpretaciones, deformaciones e integración de elementos contradictorios con la representación social. Todos estos cambios producen una transformación de la representación social que se lleva a cabo en los elementos periféricos y no en el núcleo central, pues si impactaran en el núcleo central, la representación se destruiría.

El proceso en el que un grupo social transforma un conocimiento en representación, según Jodelet, se puede resumir en dos conceptos claves: *El anclaje* y *la objetivación*. Estos dos procesos revelan la interdependencia entre lo psicológico y las condiciones sociales del ejercicio de la actividad psicológica. En la *objetivación*, los conceptos abstractos se llevan a imágenes concretas que permiten comprenderlos mejor. De esta forma se trasfiere algo que se encuentra en la mente a algo que existe en el mundo físico. En otras palabras, podemos decir que la objetivación permite materializar de forma concreta, volver perceptibles los conceptos más abstractos de un sujeto o un grupo social. *El anclaje* se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. La

intervención de lo social le confiere a la representación un significado, una utilidad y un papel regulador en la integración grupal. Así mismo, el anclaje permite una integración cognitiva de la novedad: “el anclaje permite la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema...” (Jodelet, 1986:487). El anclaje convierte lo no familiar en familiar, nos permite comparar, interpretar y controlar los conceptos .

Por su parte, Berger y Luckman (1991) defienden la idea de que la realidad es una construcción social. La realidad se construye en la vida cotidiana gracias a encuentros formados por saberes que se comparten, que también son llamados sentido común. Según estos sociólogos, la vida cotidiana se presenta de forma objetivada gracias a la tendencia fenomenológica que tenemos las personas para considerar los procesos subjetivos como objetivos. La realidad de la vida cotidiana es por lo tanto, una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, que se realiza gracias al lenguaje, el cual permite darle connotaciones a las cosas cotidianas. Las personas construyen y se insertan en diferentes categorías sociales y grupos, lo que incide en la construcción individual de la realidad social y adicionalmente genera una visión compartida de la vida cotidiana. Las experiencias concretas que las personas enfrentan a diario, el medio cultural en que viven y el lugar que ocupan en la estructura social, influyen en su forma de ser, en el desarrollo de su identidad social y en la forma en que perciben la realidad social. El lenguaje, al estar en el orden de lo simbólico, permite

desprenderse de los objetos físicos, favorece que los sujetos creen simbolismos y nos ayuda a acceder a la realidad: “El lenguaje es capaz no solo de construir símbolos sumamente abstraídos de la experiencia cotidiana sino también de recuperar estos símbolos y presentarlos como elementos objetivamente reales en la vida cotidiana.” (Berger y Luckman, 1991: 59). Así mismo, a través del lenguaje, las personas crean esquemas sociales o tipificaciones (prejuicios y estereotipos), estructuras sociales sobre-entendidas que permiten desenvolverse en el mundo social. Los estereotipos según Maritza Montero (1994), son una forma de categorización ligada a la percepción que conduce a la formación de la realidad que asigna atributos a cierta clase de objetos, generalizando, simplificando o exagerando estos objetos. Por otra parte, Abric (1994) dice que los estereotipos son esquemas mentales que condensan información respecto a grupos de personas. Estos esquemas se convierten en prototipos abstractos que designan las características generales con las que se ha interpretado a determinado grupo de personas. Los estereotipos sirven como guía para la comprensión y organización de la realidad. Así mismo permiten sistematizar la información del medio, creando un orden cognoscitivo de la realidad y permitiendo cierto control de los fenómenos de la realidad, que en últimas sirven como orientación de la conducta o una guía para el comportamiento. En otras palabras, los estereotipos son formas de categorización que permiten la coherencia interna en las representaciones.

Un prejuicio, según Light et al. (1991), es una predisposición categórica para aceptar o rechazar a las personas por sus características sociales reales o

imaginarias. Los prejuicios son los responsables de que se sostengan los diferentes estigmas que coexisten en el mundo social. Según Goffman (1963), la palabra “estigma” fue inventada por los griegos para referirse a ciertos signos corporales con los cuales se intenta exhibir algo malo, negativo y poco habitual en el status moral de quien lo presenta. Cuando una persona es estigmatizada, su identidad suele deteriorarse, pues pasan a ser vistas como anormales (incluso inhumanas). A su vez, un estigma suele ser la base para rechazar, devaluar a excluir a alguien: "Es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador" (Goffman 1963).

En un estudio sobre enfermedades “estigma” como el SIDA, se evidencia un fenómeno interesante: En el caso de las enfermedades, se suele mezclar el sentido común con el conocimiento científico (o médico) que se tiene sobre el tema. El estudio realizado en México por Fátima Flores y René Leyva-Flores (2003) buscaba analizar la representación social que tenían los jóvenes sobre el SIDA a través de un estudio exploratorio. Se encontró que la representación social de estos jóvenes sobre la enfermedad constituye una mezcla multidimensional donde interactúan elementos tanto científicos como del sentido común: mitos, estigmas, estereotipos y miedos, que contribuyen a darle un significado al problema y generan también ciertas prácticas al rededor del SIDA, la prevención, el tratamiento y las personas que la padecen. Por otro lado, el cristianismo, le dio a la palabra estigma una connotación metafórica que se refería a alusiones: signos

corporales asociados a la divinidad, o para referirse a brotes del cuerpo que eran, signo de la existencia de perturbaciones físicas.

Alrededor de la enfermedad suelen formarse prejuicios, estereotipos, creencia o estigmas. Susan Sontag (1980), escribió sobre los mitos que han existido en torno a ciertas enfermedades como lo tuberculosis o el cáncer y las connotaciones que tenían las personas que padecían estas enfermedades. En el S. XIX la visión de la enfermedad estaba cargada de un tono romántico. La personas que tenían tuberculosis eran vistas como seres con un humor melancólico (en esa época la medicina clasificaba a las personas según la teoría de los cuatro humores). Los tuberculosos podían ser personas proscritas o marginadas. La tuberculosis durante el S. XIX fue reconocida como la enfermedad del joven y el sensible artista. La literatura, el arte y el teatro, sirvieron como reforzadores de esta imagen que se tenía de la enfermedad. En la novela de Thomas Mann (1924) "La montaña mágica" se ilustra la connotación romántica de la enfermedad, cuando a Castorp (el protagonista) le descubren que tienen tuberculosis, este se hace más singular, más refinado y culto que antes. Los románticos de la época inventaron la invalidez como pretexto del ocio, y para hacer a un lado los deberes burgués y poder así dedicarse a su propio arte, la tuberculosis resultaba la excusa perfecta de invalidez.

A diferencia de esto, el cáncer trae con síglo toda una serie de metáforas de desintegración física. La personalidad del canceroso, lisa y condescendiente, era interpretada como de "personas perdedoras". El cáncer de Napoleón por ejemplo,

era visto como una reacción a su derrota política. Los cancerosos eran vistos también como reprimidos emocionales y carecían de esa nobleza que se le atribuía a los tuberculosos. Hasta hace poco, el cáncer era la enfermedad tabú por excelencia la que poseía la mayor connotación de malignidad. Sontag (1978) señala que se solía pensar en la tuberculosis como una muerte decorativa, a menudo lírica. El cáncer, por otro lado era visto como extraña para la poesía y por lo tanto no era posible ver esta enfermedad de forma estética.

Diez años después de su primer libro (1988), Susan Sontag publica "El SIDA y sus metáforas", pues considera indispensable actualizar sus reflexiones en relación a este nuevo padecimiento que se encontraba en crecimiento y esta encaminado a configurar una pandemia. El SIDA, a diferencia de la tuberculosis y el cáncer, invade al organismo de forma viral y produce efectos sociales relacionados con discriminación y estigma, significativamente superiores a los de las otras dos enfermedades. Según Sontag, el SIDA soporta una metáfora decisiva: la infección, la contaminación, el contagio. Así mismo, su transmisión es primordialmente por vía sexual lo que suscita una oleada de recriminaciones, reprobaciones religiosas y connotaciones moralistas. Todo esto genera que al enfermo de SIDA se le trate como una figura que genera desconfianza y en últimas rechazo.

Estudiar las representaciones sociales permite reconocer los procesos que constituyen el pensamiento de la sociedad, por el cual las personas construyen y a la vez, son construidas por la realidad social. Nos permite conocer además la

"forma de ver el mundo" de una persona o grupo social , pues las personas usan estas representaciones sociales para actuar o tomar posiciones frente a los diferentes objetos sociales. Abordar las representaciones sociales, permite entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994). Adicionalmente Jean Claude Abric (1994) resume las funciones de las representaciones sociales de la siguiente forma:

1. Función de conocimiento: Las representaciones sociales permiten que los actores comprendan y expliquen la realidad. Así mismo, las representaciones sociales permiten y facilitan la comunicación, pues estas definen los códigos y las referencias comunes que permiten que exista un intercambio social y al mismo tiempo, la difusión del conocimiento.
2. Función Identitaria: Las representaciones, al situar a los individuos y los grupos sociales dentro de un contexto social, permiten que se defina la identidad y se proteja la especificidad de los grupos sociales.
3. Función de orientación: Las representaciones sociales guían prácticas y comportamientos. Estas intervienen en generar la finalidad de una situación, determinando así el tipo de relaciones que son apropiadas para el sujeto. Los actores de esta forma, desarrollan un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una acción en la realidad. Las representaciones definen lo que es permitido y tolerable en un contexto social dado.
4. Función Justificadora: Las representaciones permiten justificar

comportamientos, decisiones y toma de posiciones. Así mismo permiten explicar las acciones o comportamientos que son asumidas por los actores sociales ante una situación determinada.

Esta investigación se enfocará en un grupo social en particular: El personal de salud. Los médicos y paramédicos hacen parte de un grupo social que como cualquier otro, posee ciertas bases imaginarias y simbólicas que inciden en las percepción de los otros y en sus practicas de intervención terapéutica. La medicina hace parte de los grandes saberes de la humanidad, además de la religión, el arte y la filosofía. Es uno de esos sistemas simbólicos o conocimientos que los sujetos han objetivado fuertemente y que no son cuestionados en la vida cotidiana. (Berger y Luckman, 1991).

3. Objetivos:

3.1. Objetivo principal:

Caracterizar e identificar las representaciones sociales que tienen los profesionales de la salud en tres IPS de la ciudad de Cali sobre los TCA.

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el núcleo central de las representaciones sociales que tienen los médicos y paramédicos sobre los TCA.
- Identificar los elementos periféricos que rodean el núcleo central de las representaciones sociales que tienen los médicos y paramédicos sobre los TCA.

- Identificar las prácticas, herramientas terapéuticas y tratamientos que existen por parte del cuerpo médico a la hora de tratar un paciente con un TCA.
- Abordar el discurso y las prácticas médicas a cerca de los TCA desde una perspectiva.
- Analizar si existe un estigma social por parte de los profesionales de salud alrededor de los TCA.

4. Metodología:

Siendo la subjetividad el objeto de estudio de la psicología, es necesario asumir una postura epistemológica que permita que esta subjetividad emerja, que haga evidentes los procesos generales que le dan sentido (sociales e individuales) y entender la complejidad de lo subjetivo.

Para la realización de esta investigación, se hará una aproximación metodológica de tipo cualitativo, debido a que este método permite una explicación comprensiva y densa del fenómeno estudiado: las representaciones sociales del cuerpo médico respecto a los TCA. La investigación de tipo cualitativo, según Cuevas (2002), permite realizar estudios a profundidad donde lo primordial es explicar fenómenos de la vida cotidiana y social de un individuo o un grupo de individuos en el contexto en el que se desarrollan, en vez de cuantificar o medir. Así mismo, el autor nos señala que la perspectiva cualitativa permite alcanzar un nivel de análisis de la realidad diferente al nivel de descripción de tipo

causal que aporta el paradigma cuantitativo. En el enfoque cualitativo, se considera la participación activa del investigador que permite una construcción continua del conocimiento. La ciencia, incluyendo la medicina, ha relegado a un segundo plano el nivel comprensivo interpretativo de los fenómenos, enfocándose en la explicación causal y el control de las variables. La perspectiva que se asumirá en este estudio, intentará más bien entender el objeto de estudio y a los sujetos que participen de forma compleja y holística, sin intentar llegar a una generalización o clasificarlos dentro del modelo diagnóstico.

4.1. Participantes:

Para llevar a cabo esta investigación, se consideran a dos tipos de poblaciones: pacientes que padecieron un TCA y fueron tratadas en un centro médico especializado y profesionales de la salud.

La selección de los participantes se realiza de manera intencionada a través del método cualitativo de bola de nieve hasta llegar al punto de saturación. La muestra estuvo compuesta por 10 sujetos, ocho profesionales de la salud y dos pacientes.

Médicos y enfermeras: 5 médicos, tres médicos especializados en medicina interna y ginecología, y dos médicos generales. Todos trabajan en instituciones hospitalarias privadas de la ciudad de Cali. Tres jefes de enfermeras, encargadas de diferentes áreas de un centro hospitalario.

Pacientes: Dos pacientes de género femenino que tuvieron un TCA y estuvieron en tratamiento. Las pacientes son estudiantes universitarias de psicología y están en un rango de edad de 18 a 20 años.

4.2. Instrumentos:

Se utilizan diferentes tipos de instrumentos para la recolección de datos, que hacen parte de la metodología cualitativa.

Entrevistas: Se realizan dos tipos de entrevista semi-estructurada (una especial para los médicos y otra para las enfermeras) que consta de 14 preguntas cada una. Se realizan en total 8 entrevistas.

Otras Fuentes de información : Con el propósito de identificar las practicas de los profesionales de la salud a la hora de tratar un TCA, se intenta obtener el protocolo de manejo en hospitalización, para pacientes con TCA. No es posible tener un acceso a este documento pues los psiquiatras lo mantienen bajo llave. Sin embargo se le pide a una enfermera que narre los lineamientos del protocolo para realizarle un posterior análisis.

Adicionalmente a dos pacientes que pasaron por un tratamiento para TCA, se les pide que narren su testimonio respecto a la experiencia, emociones y percepciones que tuvieron durante los tratamientos para TCA y de esta forma, identificar la prácticas que los profesionales de la salud cuando estas pacientes

recibieron un tratamiento. Los testimonios están anexados al final del documento (Anexos No.3 y 4).

4.3. Procedimiento:

Después de analizar las entrevistas realizadas, se determinó cuál era la representación social de los profesionales de la salud respecto a los TCA. Para esto, primero se identificó el núcleo central de la representación social, del cual salieron dos ideas principales que se encuentran en permanente tensión. En seguida se identificaron los elementos periféricos de la representación para cada una de las dos ideas que conforman el núcleo central. Debido a que una de las funciones principales de las representaciones sociales consiste en orientar y justificar prácticas, posteriormente se identificaron las prácticas de los profesionales de salud a la hora de tratar un TCA.

Habiendo identificado la representación social de los TCA por parte del personal hospitalario, finalmente se realizó la discusión de los resultados basándose en autores y temas pertinentes para analizar los resultados obtenidos.

5. Resultados:

Los resultados se presentan en dos partes. La primera parte esta enfocada en identificar *las representaciones sociales de los profesionales de la salud respecto*

a los TCA y en la segunda parte, se describen las prácticas de los profesionales de salud al tratar pacientes con TCA.

5.1. Representaciones sociales de los profesionales de salud, respecto a los TCA:

Núcleo central: En las entrevistas a los profesionales se evidencia la tensión entre dos formas de representarse los TCA: La *primera idea* tiene que ver con que los TCA son enfermedades mentales, que son crónicas, graves, complejas y pueden llevar a la muerte: ***“Estas personas deben ser tratadas de forma multidisciplinaria donde la cabeza del equipo debe ser un psiquiatra, ojala especialista en el tema porque es complejo. También hay que tener en cuenta la participación de un nutricionista, un pediatra o internista que sea capaz de enfocar otros problemas asociados a la enfermedad. También creo que la familia tienen un papel fundamental. Cómo te digo, debe tratarse con un equipo multidisciplinario, los TCA deben tratarse con seriedad pues pueden causar la muerte”.*** (Doctor S). Por otra parte, existe una *segunda idea* que se orienta a que los TCA son un problema de conducta, relacionados con una elección voluntaria del paciente por tener un TCA o por no recuperarse de este. ***“Yo creo que eso (los TCA) es un problema de conducta y a veces de tener sentimientos de minusvalía, de sentirse menos que los otros.”*** (Doctor A). Aunque en algunos de los profesionales se observa una clara inclinación por una de las ideas, en la mayoría de los discursos de los profesionales de salud, la

tensión entre estas dos ideas, da como resultado que estas se encuentren fuertemente fusionadas o entrelazadas en el discurso: ***“Yo creo que el tratamiento debe ser multidisciplinario pues yo sigo pensando que los TCA son como enfermedades psiquiátricas que requieren de un 80% de la voluntad del paciente, de que ellos quieran mejorarse” (Doctor E).***

Gráfico1.1. Núcleo central de las *Representaciones sociales de los profesionales de salud, respecto a los TCA:*



Elementos periféricos: Los elementos periféricos que tienen que ver con los conocimientos, causas, tratamiento y perfil de los pacientes con TCA, se presentarán divididos según a cual de las dos ideas claves identificadas en el núcleo central, pertenezca este elemento. Los elementos estarán divididos

entonces en dos grandes partes: *TCA como enfermedad* y *TCA como problema de conducta*.

TCA como enfermedad:

- Conocimientos sobre los TCA: Se logra identificar que la idea de que los TCA son enfermedades, esta más presente en los médicos generales (que son más jóvenes), que en los especialistas. Existe una diferencia entre los médicos más jóvenes y los mayores respecto a lo que les enseñaron en su formación de pregrado sobre los TCA. Los médicos mayores de 40 años, al parecer no recibieron ningún tipo de formación en pregrado sobre TCA pues, según ellos, en su época no se sabía mucho del tema: ***“En mi formación como médico general en realidad, aprendí muy poco o nada. Además hace 25 años cuando yo estudié medicina, eso no existía. No recuerdo haber visto pacientes hospitalizados con TCA pues a nosotros nos preparaban para ser médicos rurales y en los pueblos o donde uno iba a ejercer no se veían casos de TCA”.*** (Doctor D.). Estos médicos aprendieron lo que saben sobre TCA durante la residencia pues sus especializaciones tenían que ver con las consecuencias física de un TCA. Por su parte, los médicos más jóvenes aprendieron lo que saben del tema durante la formación de pregrado, donde les dieron algunas clases sobre TCA, otras enfermedades psiquiátricas o temas relacionados con el hambre, la nutrición o la

adolescencia: **“Lo aprendí en mi formación como médico general. En noveno vimos la parte de nutrición clínica y al final en décimo vimos medicina social donde estudiamos las enfermedades psiquiátricas, entre ellas los TCA”. (Doctor E).** Por su parte, las enfermeras adquirieron sus conocimientos sobre TCA en rotaciones de su carrera de pregrado o por instrucciones que les han dado los médicos psiquiatras cuando han trabajado con este tipo de pacientes. Sus conocimientos son muy similares a los de los médicos aunque son un poco más superficiales.

Las descripciones que hacen los profesionales de la salud que defienden la idea de que los TCA son una enfermedad, tienen una mirada muy médica del problema, pues se enfocan en los síntomas y la clasificación de los trastornos siguiendo el modelo DSM: **“Me acuerdo de la anorexia y la bulimia. La anorexia más caracterizada por pérdida de peso, comer y después vomitar, una percepción anómala de estar falsamente gordo. La bulimia por el contrario, personas más que todo obesas que, no tienen esa autopercepción errada de la figura pero igual comen y comen, luego se arrepienten y después tienen conductas vomitivas para tratar de auto-compensarse”.** (Doctor S.).

“...fuera de eso aprendimos, por medio de charlas y exposiciones, lo que eran los TCA, cómo se dividen. La división puede ser cuantitativa o cualitativa, recuerdo la parte de los cuantitativos, que se divide en la

parte de anorexia, bulimia y creo que el sobrepeso. En la parte de los cualitativos estaba lo que es la pica y otros trastornos no especificados”.(Doctor JC).

- Causas de los TCA: Algunos de los entrevistados nombran, sin darle demasiado énfasis, la predisposición genética como factor precipitante de los TCA, pero no explican nada al respecto. Otros profesionales, expresan literalmente que los TCA son problemas de la mente, y por lo tanto su origen es mental. Sin embargo no hay mucha claridad respecto a como la mente influye en el surgimiento de la enfermedad: ***“El trastorno mental en sí, es el que inicia la perdida de peso, detrás de la perdida hay una respuesta neurótica del individuo que concentra y focaliza esa neurosis en eso, el peso, como cualquiera de otros trastornos”***(Doctor D).

Gran parte de los profesionales entrevistados están de acuerdo en que los TCA son enfermedades. La mayoría considera que no es lo mismo tratar un TCA que otra enfermedad como la mastitis o la neumonía y adjudican esta diferencia al tiempo que se demora en tratar un TCA (que es mucho mayor al de otras enfermedades), a que la enfermedad es más compleja, de difícil manejo o a que suelen ser enfermedades crónicas: ***“Los TCA son mucho más complejos que la neumonía, se necesita un acompañamiento***

larguísimo porque es algo más crónico y difícil, no se cura con una pasta y ya. (Enfermera A)." Algunos de los profesionales, hacen énfasis en el riesgo alto de muerte que tiene un paciente con TCA: *"Yo creo que uno no puede decir que los TCA deben ser tratados como cualquier enfermedad y curados con un simple medicamento como se hace con una neumonía. Estas enfermedades son muy complejas y requieren un tratamiento y manejo complejo desde la parte social, familiar, farmacológica y psicológica, pues la paciente puede estar en riesgo de muerte."*(Doctor JC).

- Tratamiento para los TCA: Al representarse los TCA como una enfermedad psiquiátrica, los profesionales de la salud defiende la idea de que el tratamiento para TCA debe ser multidisciplinario :*" Los TCA deben tratarse por un equipo multidisciplinario donde este trabajo social, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, apoyo social a nivel familiar y de la red, a veces necesitan gastroenterólogos"*(Enfermera P). A pesar de esto, a la hora de describir el tratamiento ideal para este tipo de trastornos, hacen mucho énfasis en la importancia de que el psiquiatra esté a la cabeza del tratamiento. Sin embargo, los profesionales encuestados desconocen en qué consiste el tratamiento psiquiátrico, para TCA: *"Yo creo que los psiquiatras deben ser los encargados de ese tratamiento, no se muy bien que tratamiento realizan pero supongo que le dan a los*

pacientes apoyo emocional”(Doctor A). Los otros especialistas que conforman el grupo “multidisciplinario” solamente se nombran, no se describe su función o importancia dentro del tratamiento: ***“Definitivamente los nutricionistas deben estar en el grupo y además es importante, un apoyo familiar” (Doctor A).***

La mayoría de médicos entrevistados, identifican que existe un profundo desconocimiento acerca del manejo de TCA por parte de los médicos y que esto puede generar temor o un desentendimiento del tema en estos profesionales. Los profesionales entrevistados reconocen que existe un tabú respecto a los TCA por parte de los psiquiatras, pues mantienen este tema y a los pacientes que padecen uno de estos trastornos, en secreto: ***“Nunca me meto porque pienso que no es mi campo. Además pienso que la gente, los pacientes, tratan de ocultar esa vaina (los TCA), no quieren que nadie sepa. Entonces uno deja esas vainas tranquilas, así como hay unos secretos ginecológicos, los TCA son de esos secretos que guardan los psiquiatras”(Doctor A).*** Otros médicos simplemente piensan que estos trastornos no hacen parte de su especialidad y por lo tanto no saben como se trata. Adicionalmente, todos los especialistas coinciden en la importancia de la hospitalización como eje central tratamiento para los TCA. Los profesionales de la salud consideran que la hospitalización debe enfocarse en la re-nutrición del paciente y en el restablecimiento de sus signos vitales: ***“Sí toca hospitalizarlas porque hay un problema metabólico, llega un momento en***

que sus exámenes muestran deficiencias hay que hidratarla para evitar que tenga problemas electrolíticos graves, aunque no se si se deba hospitalizar de inmediato” (Doctor D).

Al ser identificado como un enfermo psiquiátrico, los profesionales de salud creen que en la mayoría de los casos es necesario el uso de medicación psiquiátrica. Se considera que los psiquiatras, al igual que otros médicos, usan psicofármacos como herramienta de tratamiento: ***“La función del psiquiatra es buscar alteraciones biológicas y dar tratamiento farmacológico para esto”(Doctor JC).*** Sin embargo, no hay claridad sobre el tipo de psicofármaco que se le debe formular a un paciente con TCA: ***“No se que medicamentos usan pues no son pacientes psicóticos, no están delirando entonces no se les daría antipsicóticos, ni un sedante porque eso le quitaría más el apetito... Ahora que me preguntas, no sabría muy bien que darles”(Doctor D).***

A la hora del tratamiento, las enfermeras están muy limitadas a lo que les dicen los psiquiatras y a cumplir sus órdenes, además se rigen por un protocolo a la hora de manejar este tipo de pacientes, en el cual creen plenamente: ***“Yo creo que este protocolo funciona muy bien, las pacientes salen súper bien de la clínica o vuelven y recaen un año o dos años, vuelven otra vez, pero si sirve mucho”(enfermera A).***

- Perfil del paciente “enfermo”: En la muestra de profesionales de la salud se evidencia que existe un estereotipo compartido por la mayoría de los entrevistados sobre una persona que tiene TCA. A pesar de que algunos niegan al principio que este estereotipo exista, al final terminan describiendo fácilmente el perfil. Los profesionales que se representan los TCA como una enfermedad psiquiátrica basan su estereotipo en las descripciones que hace el DSM sobre los TCA. Sin embargo, este perfil, se restringe exclusivamente a uno de los TCA: la anorexia. Según esta creencia, se va formando un estereotipo de enfermo con TCA que no corresponde a la totalidad de personas que poseen los otros trastornos (como la bulimia y el trastorno por atracones) que hacen parte de la clasificación de los TCA. Los pacientes con TCA identificados por estos profesionales suelen tener las siguientes características:
 - Son personas “enfermas”, por lo tanto deben ser medicadas y hospitalizadas.
 - Presentan una predisposición genética para tener un TCA. Tienen algún familiar que padece o ha padecido un TCA.
 - Principalmente son mujeres, “jóvenes” o “en la etapa de la adolescencia”.

- Presentan una pérdida importante de peso, y por lo tanto físicamente se ven “flacas” o acabadas.
- Suelen tener otros trastornos mentales como: trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos, abuso de sustancias u alcoholismo.
- Se les adjudican ciertos rasgos de personalidad relacionados con introversión como: “retraídas”, “inseguras”, “tímidas”, “aisladas del medio”, tienen sentimientos de minusvalía (“se sienten menos que los demás”), “les falta alegría y ganas de vivir” ,“tienen pocos amigos” y “baja autoestima”.

Los médicos tienen una imagen sobre los pacientes con TCA que corresponde solamente a pacientes con una anorexia avanzada, es decir cuando la persona ha perdido mucho peso. Este tipo de paciente que se encuentra enferma y que es “mujer”, “débil” y “sumisa” suele generar compasión y angustia dentro del gremio médico, pues se puede morir: ***“La persona que se ve acabada, realmente genera afecto hacia ella o compasión pues se ve muy mal así este sonriendo o esta haciendo sus actividades normales pues una persona que esta tan desnutrida, que esta próxima a morirse, pues genera impresión y angustia.”(Doctor D).***

TCA como problema de conducta:

- Conocimientos sobre los TCA: En general se observa mucha ignorancia por parte de los profesionales de la salud respecto a los TCA. Muchos de los entrevistados expresan no saber mucho sobre el tema, sin embargo contestan con mucha seguridad las preguntas que se les hace respecto al conocimiento que tienen sobre la enfermedad. El vacío de conocimientos técnicos que tiene personal médico y hospitalario, respecto a los TCA, se intenta “llenar” con conceptos que provienen de lo que el sentido común dice sobre el tema: ***“Los pacientes con TCA generalmente son personas que tienen un problema en su forma de verse a nivel físico y que externamente, como ellos se ven, no se ven realmente a sí mismos y tienen el propósito de estar mucho más delgados de lo que realmente se ven. Esto está asociado a múltiples factores: a la parte social, a la estructura, a la familia, a la formación.” (Enfermera P).***

Los mismos profesionales son conscientes de que dentro del gremio existe una profunda ignorancia en el tema, incluso se cree que los TCA han sido subestimados por parte de la medicina y del POS (plan obligatorio de salud): ***“Yo creo que hay mucha ignorancia al respecto a los TCA, no creo que hayan estigmas. Lo que pasa es que en la formación de uno como médico pues esas cosas ni siquiera se consideraban, nos preparaban para enfrentar otras patologías. Se pensaba que eran cosas tontas, menores... Realmente no creo que muchos médicos***

crean que es un trastorno de verdad, entonces creo que más que estigmatizar, se tiende a trivializar, por lo menos la generación de nosotros.”(Doctor D).

- Causas de los TCA: Los TCA son relacionados por parte de algunos de los profesionales entrevistados, con un problema de conducta: ***“Yo creo que eso (los TCA) es un problema de conducta y a veces de tener sentimientos de minusvalía, de sentirse menos que los otros” (Doctor A).*** Igualmente se piensa que los TCA son y han sido tratados como un problema relacionado con la falta de disciplina y el “capricho” de los pacientes: ***“Se pensaba (creo que todavía se piensa así) que los TCA eran cosas tontas, menores, caprichos: ¡Qué coma y ya!, ¡Regáñela! Ese tipo de cosas, como si fuera cuestión de amaneramiento de las necesidades de una adolescente: ¡Dele dos palmazos! o ¡Qué coma y que nos sea tonta!” (Doctor D).*** Así mismo, la población entrevistada suele ver los TCA como un llamado de atención por parte de la paciente dirigido hacia sus padres o a las personas de su edad (en busca de conseguir amigos): ***“... los TCA tienen que ver también con una baja autoestima de lo que esperan de ellas para buscar una manera de llamar la atención. Yo creo que también los padres estamos a veces muy ocupados y es una manera dramática de llamar la atención de nuestros hijos hacia nosotros. A veces llenamos a nuestros hijos de***

cosas materiales pero nos olvidamos de algo muy importante que es el tiempo”(Doctor D).

En casi todas las respuestas que dieron los profesionales sobre cuales eran las causas de los TCA, estaba presente el discurso de lo “multifactorial”, pero pareciera no haber claridad sobre lo que esto significa pues no desarrollan el concepto. La mayoría de los profesionales entrevistados hacen énfasis en los factores ambientales externos, culturales o sociales como causas principales del surgimiento de los TCA. Llama la atención que en el discurso de los médicos, esté más presente el factor social como causante de los TCA, en vez de lo biológico como habría de esperarse: ***“El más importante es el factor social, la personas, independientemente del lugar se ven influenciadas (auditiva y visualmente) por los otros y por el medio que los rodea” (Doctor E).*** Dentro de estas causas sociales, se refuerza mucho la influencia de la presión social por alcanzar un ideal de belleza y el “libertinaje” propio de nuestra cultura, como causas directas de los TCA: ***“Los factores ambientales externos, juegan un papel muy relevante. Por ejemplo la presión social, que esta arraigada en los últimos tiempos con la cultura exagerada de la belleza, cosa con la cual no estoy de acuerdo, ni con las mil cirugías estéticas. Yo creo que eso pasa más en Colombia que en países más conservadores. En Colombia, sobre todo en Cali, hay mucho libertinaje. Creo que esto ya***

es un fenómeno mundial, aunque en países como Argentina, Chile y los europeos, son mucho más conservadores y mucho más valoradores de su cuerpo y no les importan mucho esa clase de cosas". (Doctor S).

Existe una creencia que se evidencia en el discurso de varios de los especialistas entrevistados, respecto al peso de la cultura como causa de TCA. Algunos de especialistas creen que en Colombia no es muy común ver casos de TCA y relacionan este tipo de trastornos con países de primer mundo como Estados Unidos o países europeos como España y Francia: ***"No creo que se detecten muchos casos de TCA en Colombia creo que no es muy común y que además no existen métodos sencillos para detectar este tipo de trastornos"(Doctor JC).*** De forma contraria, otros profesionales consideran que la cultura de nuestro país, superficial y materialista, es en gran parte la causante de la incidencia masiva de TCA: ***"Creo que la sociedad se ha encargado de que todas las mujeres deben ser flacas y bonitas y que todo debe ser maquillado, plástico. Crecemos bajo ese espejo y la sociedad nos engancha. Yo no se si los Europeos y los gringos tengan eso, pero nosotros que pensamos más superficialmente, sí tenemos más problema para eso."*(Doctor A).**

Según los profesionales de la salud, lo social es reforzado por los medios de comunicación, la publicidad y el acceso libre de la información

(por medio de internet, revistas, celulares, etc.): ***“Hoy día la gente y sobre todo los adolescentes se dejan llevar mucho por la publicidad. Los adolescentes son como una esponjitas que absorben todo lo del medio, les meten la idea de que las mujeres bonitas deben ser super flacas, que deben ser talla cuatro, etc. La publicidad que todos los días vemos y el hecho de que existan tantos medios de información como el internet, el blackberry, la televisión, son en gran parte los causantes de los TCA”(Enfermera A).***

Otros especialistas, consideran que una forma de acabar con la incidencia de los TCA, es controlando los factores ambientales externos; como la publicidad en pro de la delgadez: ***“Como lo social esta muy relacionado con los TCA, están tratando de que las mujeres, las modelos, no generalicen algunas conductas para que las personas no los copien y se enfermen. Están tratando de evitar que eso pase, y no contratan a las modelos tan flacas sino a las más gorditas, eso es lo que ve uno en las revistas y en televisión”(Doctor A).***

- Tratamiento para los TCA: Los profesionales de la salud que piensan que los TCA son un problema de conducta, creen que el tratamiento se debe enfocar en modificar esta conducta para que el paciente “deje de presentar este trastorno”. Para lograr esto, los profesionales consideran que se deben tomar “medidas disciplinarias” y de control para que este aprenda a

comportarse: ***“Sí, yo creo que en el tratamiento se deben tomar estas medidas disciplinarias porque yo creo que todo en la vida funciona así, con disciplina, cualquier cosa que uno haga para hacer entrar a la gente en razón de lo que no esta haciendo bien, funciona. La vida es así, uno a veces debe aprender con sangre, con medidas disciplinarias, para valorar todas las cosas que le regala a uno la vida. Uno a veces es egoísta en eso, las cosas funcionan así... ¿Qué si estoy de acuerdo? No, pero no hay otra forma de aprender”***(Doctor A).

La cura de la enfermedad, según estos profesionales, depende de la voluntad del paciente, de que este quiera mejorarse después de que se “ha hecho consciente de su enfermedad”: ***“Todo lo que tiene que ver con la mente, son cosas más largas y tienen solución, pero la solución depende del paciente, de querer mejorarse. La cura de un TCA depende de la voluntad del paciente”***.

Los profesionales encuestados que ven los TCA como problemas de conducta también consideran que la hospitalización es necesaria a la hora de tratar pacientes con TCA, pero le adjudican más una función de observación, disciplinaria y de control, que una función médica: ***“Sí, un paciente con TCA, es un individuo que hay que seguir y observar de cerca. Yo creo que se debe vigilar a la paciente y que vaya a terapia. Me parece importante hospitalizarlos siempre pues ellos deben luchar todo el día con la enfermedad”***(Doctor D). Teniendo en cuenta que

estos profesionales le adjudican la causa de los TCA a los problemas ambientales externos, para ellos la hospitalización tiene también un sentido que esta enfocado a ser un lugar para aislar al paciente de la sociedad: ***“...en la casa, el paciente sigue escuchando lo mismo de la sociedad, la enfermedad sigue avanzando, el trastorno psiquiátrico sigue como un ciclo, entonces tal vez si se les aísla en la clínica, sea más fácil, eso pienso yo. La hospitalización debe ser un método terapéutico de aislamiento” (Doctor E).***

Así mismo, los profesionales entrevistados consideran que por medio de la hospitalización, el paciente debe concientizarse de que tiene un TCA y educarse al respecto. Esta labor educativa se le suele adjudicar al psicólogo: ***“¡Claro! El psicólogo hace un acompañamiento gigante, se encarga de hacer una educación a la paciente. Así mismo le da una consejería, pero no un consejo como el de un amiga. El psicólogo debe acompañar al paciente, guiarlo, porque tienen que trabajar desde la mente. El psicólogo debe concientizar al paciente de la enfermedad que tiene y empoderar a la persona para que intente salir adelante...”(Enfermera B).*** El psicólogo pocas veces es tenido en cuenta dentro del grupo multidisciplinario que reportan los médicos entrevistados y hay poca claridad sobre su rol. Los profesionales que nombran al psicólogo le adjudican la labor educativa ya nombrada y otras funciones como tratar a la familia o encargarse de lo emocional.

- Perfil del paciente con un problema de conducta:

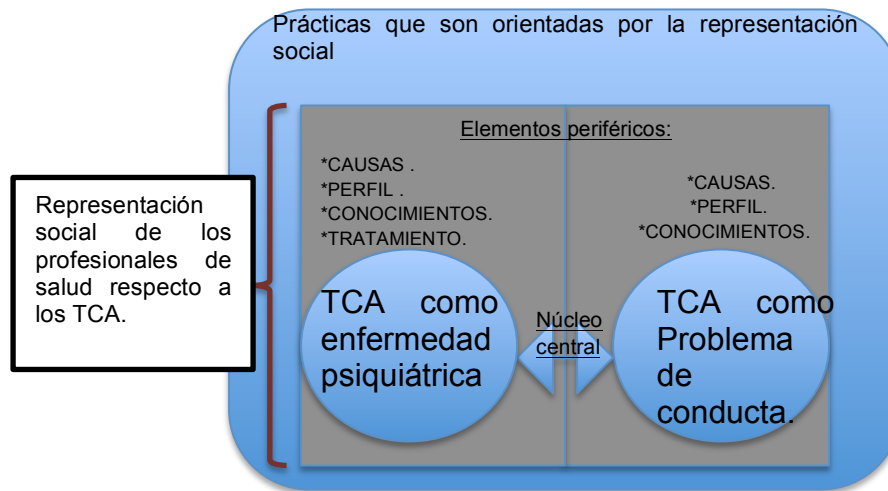
Los profesionales que se representan los TCA como un problema de conducta, tienen un estereotipo de paciente que está “encaprichado” o tiene el trastorno por causas que se relacionan con la falta de voluntad o de disciplina. Este tipo de paciente, es representado por los profesionales de la salud con las siguientes características:

- Principalmente son niñas, mujeres “jóvenes” o “en la etapa de la adolescencia”.
- Presentan una pérdida importante de peso, y por lo tanto físicamente se ven “flacas” o “acabadas”.
- Se les adjudican ciertos rasgos de personalidad relacionados con la rebeldía como: “caprichosas”, “tercas”, “necias” y “les falta disciplina”.
- Tienen una “baja autoestima”, “problemas para aceptarse” y “quererse tal como son”.
- Buscan alcanzar el “ideal de belleza”.
- La inteligencia no entra en el estereotipo, se considera que no tiene relación con tener o no un TCA.
- Personas con “poca voluntad” o “que no quieren mejorarse”.
- No son “conscientes” de que tienen un problema.

- Deben estar bajo control y observación.
- Tienen “cara de tristeza” y “amargura”.

El paciente que posee estas características no genera compasión o angustia, más bien genera desconfianza y por la tanto se deben mantener bajo vigilancia: ***“Hay pacientes de pacientes, hay unas que son muy suspicaces y vomitan, hay otras que tienen sonda de alimentación. Por eso hay que tener cuidado, hay que tenerlas bajo vigilancia permanente porque ellas son muy suspicaces, a veces botan la comida y uno no se da cuenta o la esconden en los closets, hay otras que vomitan y otras que tienen sonda y desvían el alimento para que no les llegue al estómago. Hay que tenerlas bajo vigilancia”***(***Enfermera B***) . Así mismo, un paciente con estas características, genera incertidumbre (“no saber que hacer” con el paciente) y la necesidad de tomar medidas de educativas y de control, como por ejemplo el seguimiento al pie de la letra de un protocolo, que suele ser instaurado por los psiquiatras y puesto en marcha gracias a los enfermeros.

Gráfico1.2. Organización de la *Representación social de los profesionales de salud, respecto a los TCA:*



5.2.Prácticas de los profesionales de salud, alrededor de los TCA:

Las prácticas de los profesionales de salud mental que no son médicos psiquiatras, se limitan únicamente al diagnóstico, la remisión y en el caso de las enfermeras, al acompañamiento y la supervisión en busca de hacer cumplir las órdenes del psiquiatra: ***“...nosotros estamos pendientes de todo; de la medicación, de la comida. De los exámenes que se le debe hacer a la paciente, del peso, del manejo que se debe dar en la habitación. Prácticamente todo con respecto a la logística y el acompañamiento a la paciente y lo que el médico considere necesario.” (Enfermera A).*** La mayoría

de profesionales entrevistados dicen haber tenido que tratar o ver pacientes con TCA. Las creencias, conocimientos y actitudes respecto a la enfermedad y al sujeto que la padece, influyen directamente en las prácticas relacionadas con el ejercicio de la medicina en pacientes con TCA. La mayoría de los médicos, sobre todo los generales, se limitan a identificar el problema basándose en gran parte, en el estereotipo que se tiene del paciente con TCA y en un examen físico básico. Algunos de los médicos tratan de identificar el problema por medio de la palabra, preguntándoles qué les pasa, sin embargo las preguntas que le hacen a los pacientes, apuntan a identificar los síntomas para realizar un diagnóstico adecuado. Como ya se ha dicho, todos los médicos entrevistados están de acuerdo en que ellos, no son los especialistas indicados para tratar este tipo de pacientes. Por esta razón, después de diagnosticar al paciente (si este no está ya diagnosticado), los médicos suelen remitirlo al médico psiquiatra o a la nutricionista: **“Como médico general lo único que puedo hacer es concientizar a persona de su enfermedad y hablar con la familia para recomendarles un tratamiento o ver las posibilidades de ayuda.”(Doctor JC)**. Los médicos especialistas se suelen enfocar únicamente en el síntoma que les concierne según su especialidad, por ejemplo: los ginecólogos se encargan en dar tratamiento para la ausencia de menstruación o amenorrea cuando los llaman para tratar una paciente con un TCA: **“Uno como ginecólogo, si le llevaban la niña porque no menstruaba, uno debía darse cuenta del estado nutricional para darle un enfoque psiquiátrico o psicológico, pero no más”. (Doctor D)**. Por su parte, las enfermeras consideran que su labor con las pacientes de TCA tiene que ver

más con acompañamiento y seguimiento de las medidas que imponen los psiquiatras. Así mismo, ellas son conscientes de la limitación que tienen por no ser médicos, saben que los médicos, son los que toman las decisiones y tienen la última palabra: **“Nuestro rol consiste en direccionar aquellas instrucciones que nos dicta el psiquiatra para que estas se cumplan, nosotras no tomamos las decisiones. Nosotros tenemos que ver con la medicación y asegurar la ingesta de las comidas, el comportamiento, el patrón, aunque en las evaluaciones no participamos nosotras”**(Enfermera P).

Las respuestas de los profesionales de la salud entrevistados respecto a las prácticas a la hora de tratar un TCA, se limitan al diagnóstico y al acompañamiento. Así mismo, se observa que existe un desconocimiento por parte de estos profesionales sobre lo que hacen los psiquiatras a la hora de tratar un caso de TCA. Debido a todo esto y a que no fue posible hacer una observación sobre las acciones de los médicos al tratar un TCA, fue necesario conseguir otras fuentes de información en las cuales se evidenciaran estas prácticas. Para esto, se le pidió a dos pacientes tratados por presentar un TCA, que narraran su experiencia durante el tratamiento y su relación con los médicos y enfermeras. Adicionalmente, se intentó tener acceso al protocolo de manejo para pacientes con TCA, pero esto no fue posible debido a que el protocolo se mantiene bajo llave para uso exclusivo de los psiquiatras. Sin embargo, se logró que una enfermera que maneja el protocolo, lo narrara de forma detallada.

La paciente generalmente llega donde un psiquiatra remitido por otro médico. Inmediatamente las pacientes son diagnosticadas por el psiquiatra y suelen sentirse tranquilas después de ser etiquetadas como pacientes de TCA:

Cuando el doctor me dijo que yo tenía anorexia me pareció hasta gracioso, yo no sabía muy bien que era eso, pero si sabía que yo no lo tenía. Yo pensaba que las anoréxicas eran niñas bobas y yo no soy boba, por eso yo no podía tener anorexia, yo le decía al médico: “Diagnostícame bien que yo no soy boba, yo soy inteligente”. Yo no entendía bien lo que me pasaba, solamente sabía que estaba muy deprimida.... El médico me dijo cuáles eran los síntomas, me explicó lo que me pasaba y entonces yo por fin entendí que tenía anorexia. Cuando comprendí que tenía anorexia me sentí anormal, diferente a todo el mundo y eso me gustaba al principio, porque a mi siempre me ha gustado ser diferente y no igual a todo el mundo.(Paciente 2).

El paciente puede ser hospitalizada en el momento en que el psiquiatra lo considere. Una de las pacientes relata cómo fue hospitalizadas sin entender completamente lo que pasaba:

Me llevaron a la clínica por urgencias y de una me vio el médico de urgencia y me dijo que me tenía que hospitalizar. La verdad yo no me sentía enferma, solamente me veía un poco más flaca de lo normal porque yo igual

había sido siempre muy flaca, yo me preguntaba : ¿Cuál es el escandalo si yo siempre he sido flaca? (Paciente 2).

Una vez que los pacientes son hospitalizados, se les somete a un protocolo formulado por lo médicos psiquiatras, que las enfermeras deben seguir al pie de la letra: ***“El protocolo consiste primero en la valoración de la paciente por medio de la psiquiatra, la psiquiatra es la que decide si se hospitaliza o no y después de eso, a nosotros nos llega la paciente” (Enfermera B).***

Las medidas de control y disciplinarias son incluidas por parte de los psiquiatras en los protocolos de tratamiento hospitalario para pacientes con TCA. Se utilizan cámaras, vigilancia permanente, sistema de premios y castigos (que funciona con la ingesta o no de comida y la ganancia o pérdida de peso), normas para ir al baño, control del tiempo, las visitas y las actividades de la paciente, etc. La mayoría de médicos y enfermeras entrevistadas, están de acuerdo con las medidas tomadas por los psiquiatras durante la hospitalización, medida que corresponde al estereotipo de paciente con TCA, que debe ser intervenido. Estas medidas se evidencian en el protocolo para TCA que se obtuvo en un centro hospitalario:

Cuando los pacientes llegan, inicialmente primero se les revisa la maleta, lo que tienen, no pueden entrar nada de comida y pueden entrar celular o portátil si la doctora se los permite. Lo mismo es con la ropa, la mayoría de

las veces se les exige que estén en bata, pero a algunas se les permite estar en pijama o en ropa normal. No puede haber medicamentos, vasos o botellas con agua, se les hospitaliza bajo cámara y deben estar en constante vigilancia. Hay una enfermera que esta con ellas 12 horas, de 7am a 7pm. Se les explica a las pacientes las reglas de la unidad, se les advierte que hay cámaras pero que en el baño no hay cámaras porque es privado. Se les dice que no pueden tener...(Enfermera B).

El trato, basado en el control y en la disciplina genera en los pacientes sentimientos de culpa, de tener la sensación de haber hecho algo malo. Una de las pacientes narra las emociones que le produjo su estancia en el hospital :

...me pusieron en un cuarto con cámaras y las enfermeras no me dejaban salir del cuarto, me revisaban la cama y todo. Yo me sentía como un preso, como si hubiera hecho algo muy malo. Este trato es muy injusto porque uno no tiene la culpa, uno se enferma pero no de aposta. (Paciente 1).

Debido al trato de los médicos psiquiatras y las enfermeras, algunas pacientes suelen sentirse infantilizadas: ***“Uno no es un animal ni un niño chiquito, uno entiende todo y sabe que necesita cosas diferentes a las que me ofrecían en los tratamientos (Paciente 1)”***. El sentirse tratado como niño, inicialmente tranquiliza, pero a largo plazo, puede generar rabia y reacciones negativas hacia el tratamiento por parte de los pacientes:

El psiquiatra que me vio en la clínica me trataba muy bien, me trataba como niña y yo era feliz porque a mi me encantaba que me trataran así, yo me sentía una niña. Él me explicaba todo como si fuera una niña chiquita... . Que me trataran como niña en la hospitalización, me tranquilizó en el momento, pero cuando ya me sentí adulto eso ya no me ayudó, ya no me pueden trata como niña. (Paciente 2).

Los objetivos del tratamiento para los psiquiatras, suelen estar enfocados en la recuperación de peso o re-nutrición. Los médicos suelen darle más importancia a la recuperación física que a la intervención de tipo emocional o psicológico. Las pacientes señalan este mismo aspecto al narrar sus testimonios:

Desde que empecé con la enfermedad me han hospitalizado 4 veces. Siempre es la misma estrategia, se enfocan mucho en la comida, en lo que uno comió o no, en el peso meta, pero nadie te habla... las hospitalizaciones solo sirven para engordar pero uno después sale más gordo pero con los mismos temores y pensamientos así que nos va peor. Normalmente uno baja mucho más de lo que lo subieron, ¡Es horrible! (Paciente 1).

Las pacientes entrevistadas, hicieron mucho énfasis en el desinterés que estos mostraban por saber cómo se sentía la paciente o qué le pasaba realmente: ***“Es que a mi los médicos nunca me preguntaron: ¿Qué me pasaba? O ¿Qué necesitaba? ¿En qué me podían ayudar? Nada...”(Paciente 1).*** Así mismo, las

pacientes consideran que la presencia de psicólogos durante la hospitalización, fue crucial para la recuperación. **“...en esta hospitalización tuve más contacto con las psicólogas que con los psiquiatras, ellas son muy diferentes. Con ellas hablé mucho, enfrenté a mi mamá y la perdoné porque yo tenía mucha rabia con ella. Yo sentía que las psicólogas si me entendían”**(Paciente 2).

Los médicos psiquiatras usan medicación psiquiátrica como herramienta de tratamiento dentro y fuera de la hospitalización. Una de las pacientes entrevistadas que fue medicada por primera vez a los 14 años relata su experiencia con la medicación:

Lo que me dio mucha rabia fue una vez que le pedí que me bajara la medicación (estaba tomando Olanzapina³) porque me daba mucho sueño y en vez de esto me la subió, por esta razón yo no volví donde ella. Yo creo que eso de las medicaciones es puro negocio pues a ellos le dan plata por mandar ciertos remedios, los psiquiatras creen que eso lo va a mejorar a uno pero la verdad uno se vuelve como adicto a tomar esas pastas porque si no me la tomaba no me podía dormir, pero aparte de eso, yo no he notado la diferencia. (Paciente 1).

Las enfermeras son las encargadas de suministrarle estos medicamentos a los pacientes: **“Por la noche obviamente se le dan los medicamentos que ordena**

³ Olanzapina: Antipsicótico atípico indicado para esquizofrenia y trastorno bipolar

***la doctora, normalmente son ansiolíticos para que las tenga más relajaditas”
(Enfermera B).***

Los psiquiatras le refuerzan a los pacientes la idea de que la enfermedad es crónica y que se puede tener recaídas: ***“El psiquiatra siempre me decía que la anorexia era como una larga maratón pero que a veces uno se devolvía a la salida o que era fácil caerse”(paciente 1)***. Las pacientes, efectivamente, suelen entrar y salir del hospital varias veces, tanto que las enfermeras consideran que esto es la regla. Sin embargo, este hecho no causa que ellas dejen de creer en la eficacia de este tratamiento hospitalario: ***“Yo creo que este protocolo funciona muy bien, las pacientes salen súper bien de la clínica o vuelven y recaen un año o dos años, vuelven otra vez. Pero sí sirve mucho”(Enfermera B)***.

6. Discusión:

A partir del análisis de los resultados, se decide dividir la discusión en subtítulos teniendo en cuenta tres temas que se consideran importantes para abarcar: Los TCA como enfermedades “estigma”, el saber médico como poder simbólico, la desaparición del sujeto en los tratamientos para TCA.

6.1.El saber médico como poder simbólico:

Según los resultados, se puede concluir que la eficacia de lo simbólico se evidencia en la práctica médica de diferentes formas. Tanto en la forma fría y distante de tratar a los pacientes, en la utilización de la bata blanca como símbolo de autoridad, en la falta de escucha y contacto con el paciente o en el uso permanente de un lenguaje técnico conocido únicamente por el gremio, se puede observar la implementación de lo simbólico para legitimar el poder a través del ejercicio de la medicina.

Berger y Luckman (1991) al hablar de los conocimientos sobre la vida cotidiana, nos dicen que existen sistemas simbólicos que representan los mayores conocimientos hegemónicos de la sociedad. Estos sistemas simbólicos, tienen como característica compartida ser sistemas que ordenan la realidad, tener altos niveles de objetivación que permite que los saberes propios de cada una de estas disciplinas sean dados por hecho y no se cuestionen, y no ser compartidos en la vida cotidiana pues hay que tener altos niveles de preparación para ser un representante de este saber. La medicina, al igual que otros saberes como el religioso y el científico, es uno de los saberes hegemónicos que constituyen el universo simbólico de nuestra sociedad. El saber médico esta constantemente legitimado por la sociedad y por las instituciones (como hospitales y clínicas) que lo salvaguardan y por esta razón, constituye uno de los principales dispositivos de

control social. Pierre Bourdieu (1982) hablaba de la ciencia como una institución que ha intentado imponer y legitimar su propia visión del mundo. La ciencia médica se ha insertado en una lucha simbólica basada en la autoridad, con la cual busca imponer su saber a toda costa por encima del sentido común. Bourdieu denomina “lucha simbólica” al intento por obtener el poder y la dominación, en el cual suele utilizarse la “violencia”. La medicina a través de este poder legitimador y autoritario, ha servido entonces como una estrategia de control, dominación e imposición de un saber propio a lo largo de la historia de la Humanidad. Los médicos psiquiatras se han encargado del control y la dominación de un ámbito en particular de la sociedad: los anormales. Por su parte Galende, nuevamente citando a Foucault, nos dice que la psiquiatría surge por una necesidad de tipo político como una práctica en la cual se encerraba a los clasificados como anormales en un asilo. Desde su fundación, la disciplina ha venido teniendo un proceso de legitimación política y social gracias a las instituciones psiquiátricas, su figura de autoridad, la magia que constituye la medicalización y sus prácticas disciplinarias, que le conceden al psiquiatra un reconocimiento social. Los psiquiatras están en una constante lucha de “dominación simbólica” mientras generan imaginarios sociales que se han ido articulando a las prácticas y comportamientos de la sociedad. Sin embargo en medio de esta lucha por obtener la dominación, los médicos, en especial los psiquiatras, han olvidado un elemento que constituye la naturaleza del ser humano: La condición de sujeto de las personas.

6.2. La desaparición de la subjetividad en los tratamientos para TCA:

Así como lo reportan los pacientes entrevistados para esta investigación, muchos pacientes psiquiátricos suelen no estar de acuerdo con el uso excesivo de medicación psiquiátrica a la hora de tratar un trastorno de este tipo. A partir del descubrimiento de los psicofármacos, algunas maniobras de control al paciente psiquiátrico fueron abolidas para ser remplazadas por este tipo de medicamentos. De esta forma se les empezó a ofrecer a los pacientes una cura ideal e instantánea que tenía la posibilidad de, como dice Galende (2008), permitirles no ser ellos mismos por un momento: ofreciéndoles la ilusión de suspender su condición subjetiva no teniendo que enfrentar conflictos dolorosos, de ocultar todos esos síntomas indeseables y en últimas de curar su enfermedad mental. Los psiquiatras recetan psicofármacos de la misma forma que otros médicos recetan Ibuprofeno para eliminar el dolor de cabeza. Galende dice que el problema con el uso compulsivo de los psicofármacos, es que la psiquiatría ha confundido la calma con la cura. Sí bien es cierto que los psicofármacos son necesarios en algunos casos, estos no son la cura milagrosa y la respuesta a todas las afecciones de las personas; constituyen más bien una “supuesta cura” que oculta el problema real. Los pacientes que han sido tratados por medio de psicofármacos, identifican que este tipo de medicamentos traen más efectos secundarios (como dependencia o somnolencia) que bondades. Los usos

inadecuados de los psicofármacos sumados a la falta de escucha de algunos psiquiatras, ocasionan que la palabra del paciente no sea tomada en cuenta o que este vea un poco más allá de su enfermedad, lo que impide al mismo tiempo que el conflicto de la persona se manifieste. Gracias a esto se puede entender, por que los pacientes que han seguido tratamientos psiquiátricos para TCA, se sientan incomprendidos, no tenidos en cuenta y sientan al mismo tiempo que su sufrimiento no sea escuchado. Lo mismo sucede cuando se utilizan las medidas disciplinarias y de control que se evidencian tanto en el protocolo como en el relato de los pacientes. Los pacientes son victimizados e infantilizados pro parte del gremio hospitalario y adicionalmente son obligados a cumplir con unas reglas estrictas durante la hospitalización, se les somete a una vigilancia continua y son requisados constantemente. Todo esto trae como consecuencia que el paciente no tenga muchas opciones para decidir. Al no tener la necesidad de “coger las riendas” de su tratamiento, los pacientes se des-responsabilizan de sus síntomas y de esta forma se les impide realizar la elección subjetiva que implica recuperarse de un TCA. Así mismo, el trato autoritario, frío y basado en premios o castigos, instaura en los pacientes la sensación de haber hecho algo malo, hecho que se traduce en culpa. Retomando a Galende (2008), se podría decir que estos pacientes a los cuales se les ignora su palabra, se les infantiliza, se les castiga, se les arrebatada la responsabilidad de sus síntomas y se les quita su capacidad para decidir, son personas a los que se les “ha suspendido su condición subjetiva” (Galende, 2008: 28).

Los tratamientos para TCA, que fueron analizados en los resultados gracias a los testimonios de los pacientes y algunos enfermeros, al tener las características que señala Galende, tienen la particularidad de hacer desaparecer la condición subjetiva de los pacientes. Es importante señalar que en Colombia existe solo un centro de tratamiento multidisciplinar para TCA pero es de carácter privado y por lo tanto, pocas personas tienen acceso a este. Así mismo, los trastornos de la alimentación hasta el 1 de enero del 2012 no estaban cubiertos por el plan obligatorio de salud (POS) y las EPS. Por esta razón los pacientes que no tenían acceso a una consulta privada, que no tenían medicina pre-pagada, no podían pagar el precio de un tratamiento multidisciplinario o un tratamiento en otro país (o de la ciudad), debían pagar de forma particular la hospitalización para el TCA o simplemente, no podían recibir ningún tipo de tratamiento. Con la vigencia del acuerdo 29 de 2011, el POS tienen la obligación de pagar por la internación de pacientes con TCA, pues, como ya se ha dicho, clasifican como enfermedades mentales. El Artículo 24 que hace parte del acuerdo 29 de 2011 emitido por la corte constitucional colombiana dice:

INTERNACIÓN PARA MANEJO DE ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL: En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin

perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de "internación parcial" según la normatividad vigente"⁴.

A partir de este acuerdo, se espera que los pacientes con TCA tengan la opción de ser hospitalizadas en centros de salud o en hospitales para tratar su TCA. Sin embargo, la vigencia de este acuerdo no es tan positiva, pues el acuerdo 29 no especifica las condiciones de esta hospitalización, lo que significa que no se exige la presencia de un equipo multidisciplinario, donde participen otros profesionales diferentes a los médicos (psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Por esta razón, se espera que los tratamientos que va a cubrir el POS, se asemejará mucho a tratamientos como el que narraron los médicos, pacientes y enfermeras que fueron entrevistados para esta investigación. No es una coincidencia que los tratamientos propuestos por los psiquiatras para TCA, basados en el encierro, el control y la medicación, tengan tanta acogida incluso en agentes gubernamentales o personas del "común" de nuestra sociedad actual. Como bien lo decían algunos de los profesionales entrevistados, nos encontramos en una sociedad de consumo que ha redefinido las identidades donde, según Galende (2008), existe un deseo de eficacia inmediata, de ritmo veloz, de satisfacción plena y de cura rápida de los dolores y donde la palabra ya no tiene el valor que tenía antes. Debido a esto, vivimos en una cultura que posee un lenguaje empobrecido, donde existe conciencia de los problemas pero se prefiere

⁴ Acuerdo 029 de 2011, obtenido el 2 de mayo de 2012 de: www.cres.gov.co/Portals/0/Acuerdo%20029%20POS%202012ok.doc

taparlos para seguir con la “agitada vida” que se nos exige socialmente. Si se tienen en cuenta estas características unidas al poder hegemónico del saber médico, no es de extrañarse, que el rol de psicólogo o de la psicoterapia no sea valorado, incluso no sea nombrado, por la mayoría de profesionales de la salud entrevistados para esta investigación. Para ellos, el rol de la psicólogo es secundario, se limita a una función educativa y a otras funciones que tienen que ver más “con apagar incendios” que con participar activamente en el tratamiento para los TCA. Llama la atención que, a diferencia de los médicos y enfermeras, los pacientes entrevistados, valoran la labor de los psicólogos durante su tratamiento, diciendo que gracias a estos se sintieron escuchados y comprendidos. Por medio de la psicoterapia, gracias a la escucha y a la valoración de la palabra, los psicólogos logran una comprensión conjunta del sujeto y del malestar psíquico, (Galende, 2008). Instaurar métodos terapéuticos que se basen en la escucha y la valoración de la palabra, permite que el sujeto hable y que el paciente sea tratado como una persona que sufre, con una identidad que va más allá del síntoma. De esta forma, al mismo tiempo, se evita que el paciente con TCA sea socialmente estigmatizado.

6.3. Los TCA como enfermedades “estigma”:

Después de identificar la representación social que existe por parte de gremio médico respecto a los TCA, se puede concluir que, al igual que la lepra, el sida y la tuberculosis, los TCA son representados por parte del gremio hospitalario, como

enfermedades estigma. Como se dijo en el marco teórico, los estigmas se han utilizado a lo largo de la historia de la humanidad para rechazar, devaluar y excluir a ciertas personas pues, como dice Goffman (1963), este término es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. Las definiciones que hacen los médicos y enfermeros respecto a los trastornos y a las personas que tienen un TCA, están cargadas de juicios morales, prejuicios y términos despectivos. Por una parte, se identificó *el perfil del enfermo con TCA* al cual se le medica, se le victimiza y se le hospitaliza, lo que implica un mecanismo de exclusión social. Por otra parte, existe otro perfil que es estereotipado por parte del gremio hospitalario: *el perfil de la persona con un problema de conducta*. Esta persona, debe ser hospitalizada bajo medidas disciplinarias y de control, pero adicionalmente se le instauran juicios morales como “ser desagradecido con la vida” y “no aceptarse como es”. También se le señala como una persona sin voluntad, caprichoso, indisciplinado y necio al no querer mejorarse. El hecho de que los TCA sean visto como problemas de conducta o se le asocie a una elección voluntaria, genera reacciones negativas en el personal hospitalario que están muy asociadas a la definición que Goffman(1963), hace de estigma. Este tipo de reacciones negativas no se suelen presentar al tratar enfermedades de origen biológico como la neumonía o la mastitis pues se considera que las personas no tiene “la culpa” de contraerlas. Tanto la neumonía como la mastitis, pueden ser curadas por medio de medicación y un tratamiento corto, no es necesario disciplinar o concientizar a los pacientes sobre la enfermedad que tienen, y en

caso de ser hospitalizados, el periodo en la clínica suele ser relativamente corto a diferencia de la duración de las hospitalizaciones para tratar un TCA.

Es importante señalar que, como se pudo observar en los resultados, la mayoría de médicos están de acuerdo en que el eje principal del tratamiento para TCA (para los dos perfiles identificados), debe ser la hospitalización psiquiátrica. Este modelo de intervención que se enfoca en “encerrar” a los pacientes bajo medidas de control y disciplina, defiende la crítica que Emiliano Galende(2008) le hace al tratamiento de la enfermedad mental. El dispositivo hospitalario en el caso del tratamiento para la salud mental, al igual que los manicomios o las cárceles, funciona como un mecanismo de control que Galende retomando a Foucault, llamó “el gran encierro”. Estos mecanismos, generan que la persona tenga dificultades para integrarse con su mundo y sus vínculos sociales, manteniendo una posición social de marginación. De esta forma, el “enfermo” que ha roto sus lazos afectivos, se encuentra aislado o excluido y tiene su salud mental comprometida por su misma condición social de exclusión. El paciente es desacreditado, excluido y por lo tanto estigmatizado, por su condición de enfermo mental.

Los TCA, al igual que otras enfermedades (mentales y biológicas), tienen la particularidad de generar una nueva identidad en las personas. Las enfermedades psiquiátricas históricamente han generado reacciones negativas por parte de las otras personas, precisamente porque las enfermedades mentales y por lo tanto, el enfermo mental, se ha estigmatizado socialmente. Goffman aseguraba que

cuando una persona es estigmatizada, su identidad suele deteriorarse, pues pasan a ser vistas como anormales (incluso inhumanas). El enfermo mental, históricamente ha sido visto anormal, loco, peligroso, incluso por la misma ciencia médica. Galende nos recuerda que la psiquiatría surgió con la idea de curar las enfermedades mentales que nadie había logrado combatir antes. Debido a que la psiquiatría es una especialidad médica, desde el principio ha intentado buscar una causa biológica para el comportamiento “anormal” de las personas y la forma de controlarlos, pues la sociedad no ha sabido que hacer con sus “locos”. En un principio, se utilizaron métodos extremos de control del comportamiento o de modificación de la conducta, con el propósito de tranquilizar al paciente o de que este se comportara de forma “más normal”. Para diferenciar la “anormalidad” de la “normalidad”, los psiquiatras utilizan el manual diagnóstico y estadístico de la enfermedad mental, DSM. Los resultados de la presente investigación evidencian la inconformidad de los pacientes entrevistados al ser diagnosticadas de forma prematura por un médico psiquiatra. Al diagnosticar una persona con un TCA se corre el riesgo de que la identidad y la historia de la persona sean reemplazadas por el nuevo rotulo de “enfermo mental” y la persona empiece a ser tratada por ella misma y por los demás como una enfermedad (o un síntoma) y no como una persona, en otras palabras, la persona puede ser estigmatizada por tener o ser un TCA.

Sin embargo, esta estigmatización tiene otra cara, la de generar ganancias secundarias en el paciente. Esta otra cara es igualmente identificada por los

pacientes entrevistados, quienes manifestaron que ser diagnosticados con un TCA les generó cierta tranquilidad o gratitud. El mundo de hoy está definido por la carencia de reconocimiento de la subjetividad, las identidades de las personas están definidas por lo que consumen y lo que poseen, y cada vez es más importante la aprobación social. Esta sociedad de consumo trae como resultado, que a las personas hoy en día les cuesta trabajo identificar ¿Quiénes son realmente? y ¿Cómo los ven los otros?. No es de extrañarse que los diagnósticos psiquiátricos, al instaurar una identidad definida y permitir que la persona reciba las ganancias secundarias que favorecen el ser identificado como enfermo, generen una tranquilidad pasajera en los sujetos diagnosticados. Esto quiere decir que a las personas que son diagnosticadas con un TCA, les suele generar más tranquilidad presentarse como anoréxica o bulímica, que preguntarse quién es realmente o qué lugar ocupa en la sociedad. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que uno de los principales síntomas de los TCA, en especial de la anorexia, es la delgadez extrema, característica que es valorada socialmente. Por lo tanto, el tener anorexia, significa ser flaca, lo que puede significar también ser socialmente reconocida, de acuerdo a los ideales de belleza presentes en la sociedad actual y que son reforzados permanentemente por los medios de comunicación.

7. Comentarios finales:

Después de realizar esta investigación, se puede concluir que la teoría de las representaciones sociales es útil a la hora de identificar las creencias, opiniones, conocimientos, ideas y estereotipos que tiene un grupo social sobre algún tema. Sin embargo, a la hora de investigar un problema que tiene que ver con el sufrimiento psíquico, tanto el constructo de representaciones sociales como la metodología utilizada, se quedan cortos, pues la subjetividad va mucho más allá de identificar un núcleo central y unos elementos periféricos que inciden en este. Adicionalmente, la utilización de entrevistas semi-estructuradas como instrumento metodológico, no permite del todo que el sujeto hable, lo que representa un problema a la hora de realizar investigaciones con un enfoque clínico-social. Se considera que sería de gran utilidad abordar ciertos temas que no fueron tratados en este trabajo de investigación como: la influencia que tienen las prácticas, el diagnóstico y los tratamientos en la subjetividad de las personas, la eficiencia del tratamiento y los efectos de la relación médico-paciente en la evolución de la enfermedad y el punto de vista de las familias y conocidos del paciente. Adicionalmente, sería interesante indagar sobre la posición que asumen los psicólogos y los psiquiatras frente a la problemática de los TCA, con relación a los resultados obtenidos en esta investigación.

8. Referencias:

- Abric, J.C. (1994) *Prácticas sociales y representaciones*. París: Ed.Puf.
- Álvarez, L., Acevedo, A., Durán, A.(2008) Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Universitas médica*, núm. 9 (3), pp. 328-343.
- Arboleda, L.M. (2008) Los imaginarios de alimentación y el peso que construyen los jóvenes escolarizados de Medellín a partir de las representaciones que transmite la televisión que consumen. *Perspectivas en nutrición humana*, núm. 10 (01), pp. 63-74.
- Berger T. y Luckman P (1991). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, cap .1 y 2.
- Bersh, S. (2010) Los trastornos de la alimentación. *Carta de la salud: publicación de la Fundación Clínica Valle del Lili*, núm.172.
- Bermúdez, J. (2006) *Estudios de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. Madrid: Ed. Trillas.
- Bourdieu, P. (1982) *Ce que parler veut dire*. París: Fayard.
- Camacho, J. (2006) Los diagnósticos y el DSM-IV. Artículo no publicado.
- Cuevas, A. (2002) Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología. *Revista cubana de psicología*. Vol, 19 (1) pp.46-56.
- Flores, F., Leyva, R.(2003) Representación social del SIDA en estudiantes de la

- ciudad de México. *Salud pública en México*, vol.45 (5), pp.624-631.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Goffman, E. (1963) *Estigma La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guinsberg, E. (1996) *Conflicto psíquico, control social: Sociedad, salud y enfermedad mental*. Ciudad de México: Ed. Plaza y Valdés.
- Jodelet D.(1986) *La representación social: Fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici S. y otros. *Psicología social II*. Barcelona, Paidós, 469-494.
- Jovchelovitch, Sandra. (2008). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Light, D.,Keller, S., Calhoun C. (1991) *Sociología*. Bogotá: Ed.Mcgraw-hill.
- Lazerevich et al. (2002) Anorexia y bulimia nerviosa : nuevo modelo etiopatogénico. *Revista de nutrición clínica*, núm. 5(4), pp. 279-92.
- American psychiatric association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-R(revisado)* Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- Merino, J. F.(2005)Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín (Colombia). *Boletín de Antropología universidad de Antioquia*, núm. 20(37), pp. 227-250.
- Morí, V y Gonzales, F. (2008)Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Revista CS*, núm. 5, pp. 221-240.
- Moscovici, S; Abric, J. (1988) *Psicología Social II* .Barcelona: Paidós.
- Montero, M. (1994) *Construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona:

Anthropos.

Romero-Salazar, A., Moya, C., Rujano, R. y Salas, J. (1995) *El estigma en la representación social de la Lepra. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*, núm. 11 (4) pp. 535-542.

Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J.M. y Trujillo, E.M.(2010) Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y salud*, núm. 20 (4), pp. 169-177.

Sánchez, M. J. (2004) Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria. *Gazeta de Antropología*, núm. 20 (04).

Sandoval, C. (1997) *Sueños y sudores de la vida cotidiana: Trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ed. Universidad de Costa Rica.

Sontag, S.(1978) *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnick.

Sontag, S. (1988) *El sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnick.

Stainton W (2002). Los estudios acerca de las representaciones de la salud y la enfermedad en Inglaterra. En: Álvarez J. *Estudio de las creencias de salud y enfermedad*. México: Trillas.

Stewart, M.C., Schiavo, S., Herzog, D. And Franko, D.(2008) Stereotypes, Prejudice and Discrimination of Women with Anorexia Nervosa. *European eating disorders review*, núm. 16, pp. 311-318.

Tajfeij, H. Y Forgas, J (1981) “ Social categorization: cognitions, values and

groups” en Montero, M. *Construcción y crítica de la psicología social*,
Barcelona: Anthropos, 115-116.

Whitehead, K., Kurz, T.(2008) Saints, sinners and standards of femininity:
discursive constructions of anorexia nervosa and obesity in women’s
magazines. *Journal of gender studies*, núm. 17(4) ,pp. 345-358.

9. ANEXOS:

Anexo No. 1: Entrevista semi-estructurada dirigida a los médicos:

1. ¿Durante el tiempo que ha ejercido como médico, ha recibido algún paciente con un TCA? Si es así cuénteme un poco cómo fue esta experiencia...
2. Si no es así, ¿Trataría usted a una paciente con un TCA? ¿Cómo cree que se sentiría usted tratando a un paciente con TCA?
3. Durante su formación, ¿Aprendió algo relacionado con los TCA? ¿Se ha informado usted por su cuenta respecto a los TCA? (fuentes)
4. ¿Qué sabe usted sobre los trastornos de la alimentación? Cuénteme un poco...
5. ¿Cuáles cree usted que son las causas de un TCA?
6. ¿Cómo se imagina usted a una persona que tiene TCA? ¿Cómo cree usted que se vería, actuaría, hablaría?
7. ¿Quién cree usted que es más propenso a enfermarse de un TCA?
8. ¿Sabía que la Anorexia y la Bulimia deberían actualmente no estar incluidas dentro del POS? ¿Qué opina de esto? ¿Por qué razón?
9. ¿Considera usted que la Anorexia y la bulimia son enfermedades como cualquier otra? (es lo mismo tener Anorexia que tener Neumonía).
10. ¿Cuáles cree usted que son los especialistas encargados de tratar un TCA?
11. ¿Cómo considera usted que debe ser tratada una persona con un TCA?
12. ¿Cree usted que existe un estigma respecto a los TCA?/ ¿Cuál cree usted que es las actitud de los médicos frente a los TCA?

Anexo No.2: Entrevista semi-estructurada dirigida a los Enfermeros:

1. ¿Durante el tiempo que ha ejercido como enfermero, ha recibido o tenido contacto algún paciente con un TCA? Si es así cuénteme un poco cómo fue esta experiencia...
2. Si no es así, ¿Ha oído usted alguna experiencia de sus compañeros con este tipo de trastornos?. ¿Cómo se sentiría si le tocara tratar a uno de estos pacientes? ¿Cómo cree que podría ayudarle? ¿Qué le diría?
3. Durante su formación como enfermero, ¿Aprendió algo sobre los TCA? ¿Se ha informado usted por su cuenta respecto a los TCA? (fuentes utilizadas)
4. ¿Qué sabe usted sobre los trastornos de la alimentación? Cuénteme un poco...
5. ¿Cuáles cree usted que son las causas de un TCA?
6. ¿Cuál cree usted que es el papel del enfermero a la hora de intervenir un paciente con TCA?
7. ¿Cómo se imagina usted a una persona que tiene TCA? ¿Cómo cree usted que se vería, actuaría, hablaría?
8. ¿Quién cree usted que es más propenso a enfermarse de un TCA?
9. ¿Sabía que Anorexia y la Bulimia deberían actualmente no están incluidas dentro del POS? ¿Qué opina de esto? ¿Por qué razón?
10. ¿Considera usted que la Anorexia y la bulimia son enfermedades como cualquier otra? (es lo mismo tener Anorexia que tener Neumonía).
11. ¿Cuáles cree usted que son los especialistas encargados de tratar un TCA?
12. ¿Cómo considera usted que debe ser tratada una persona con un TCA?
13. ¿Cree usted que existe un estigma respecto a los TCA?/ ¿Cuál cree usted que es las actitud de los médicos y enfermeros frente a los TCA?

Anexo No.3: Testimonio 1, paciente de 19 años (femenino):

A los 14 años empecé a dejar de comer y a hacer mucho ejercicio, hasta que un día ya no comía nada. Mi papá me llevó a un psiquiatra para que me tratara. Este psiquiatra trato de hipnotizarme, simplemente me decía que debía comer y me puso a hacer ejercicio (viendo que yo no comía nada). Ese señor era más loco que yo, y yo lo manipulaba fácilmente diciéndole que yo si iba a comer. Un día me desmayé y el doctor me hospitalizó en un clínica psiquiátrica y me puso una sonda que era como para una caballo, me generó una hemorragia que casi no me para. De ahí me llevaron a una clínica donde el psiquiatra era mejor aunque siempre me decía que la anorexia era como un largo maratón pero que a veces uno se devolvía a la salida o que era fácil caerse. Este doctor se fue y por eso me pusieron en manos de otra psiquiatra que era la persona más fría que yo he conocido, era muy brava y me amenazaba todo el tiempo. Además me ponía a llenar un diario de alimentación, me pesaban y me decían el peso (viendo que yo odiaba eso) y me ponían a hacer unas tareas que a mi me parecían una bobada. Lo que me dio mucha rabia fue una vez que le pedí que me bajara la medicación (estaba tomando Olanzapina) porque me daba mucho sueño y en vez de esto me la subió (yo no volví donde ella). Yo creo que eso de las medicaciones es puro negocio pues a ellos le dan plata por mandar ciertos remedios, los psiquiatras creen que eso lo va a mejorar a uno pero la verdad uno se vuelve como adicto a

tomar esas pastas (si no me la tomaba no me podía dormir) pero aparte de eso, yo no he notado la diferencia.

Desde que empecé con la enfermedad me han hospitalizado 4 veces. Siempre es la misma estrategia, se enfocan mucho en la comida, en lo que uno comió o no, en el peso meta, pero nadie te habla. Además las enfermeras se creen los médicos y todo el tiempo dan ordenes y te hablan con rabia y desconfianza. La última vez que estuve hospitalizada, que fue por decisión propia pues no aguantaba más vivir con anorexia, me pusieron en un cuarto con cámaras y las enfermeras me vigilaban, no me dejaban salir del cuarto, me revisaban la cama y todo. Yo me sentía como un preso, como si hubiera hecho algo muy malo. Este trato es muy injusto porque uno no tiene la culpa, uno se enferma pero no de aposta. Sin embargo en esta hospitalización tuve más contacto con las psicólogas que con los psiquiatras, ellas son muy diferentes. Con ellas hablé mucho, enfrenté a mi mamá y la perdoné porque yo tenía mucha rabia con ella. Yo sentía que las psicólogas si me entendían. Es que a mi los médicos nunca me preguntaron: ¿Qué me pasaba? O ¿Qué necesitaba? ¿En que me podían ayudar? Nada... yo necesitaba mucho amor en esa época ¿sabes?. Yo creo que a los médicos les falta mucho corazón y escucharnos a los pacientes, pues son demasiado fríos. Uno no es un animal ni un niño chiquito, uno entiende todo y sabe que necesita cosas diferentes a las que me ofrecían en los tratamientos. Pero yo les tenía mucho miedo a ellos, yo les obedecía por temor a que me regañaran o enfrentaran a mis papás. Yo creo que el problema de los psiquiatras es que son médicos y

ellos van a tratar la mente como si fuera una gripa, ellos no van a explorar más profundo los que le pasa a una anoréxica. Además yo creo que los médicos a mi me tenían mucho pesar y algo de miedo pues sabían que no podían conmigo, yo creo que pensaban que ya no había nada que hacer.

De los tratamientos que yo he recibido no creo que me hayan servido mucho, las hospitalizaciones solo sirven para engordar pero uno después sale más gordo pero con los mismos temores y pensamientos así que nos va peor. Normalmente uno baja mucho más de lo que lo subieron, es horrible. Yo sí sé que existen protocolos y eso me parece una bobada, por ejemplo a mi nunca me ha gustado el arroz y no lo quería comer por eso, no porque me engordara, pero el protocolo decía que yo me debía comer lo que me pusieran. Yo creo que esos protocolos no deberían existir porque cada uno es diferente, así tengamos todas anorexia.

Si yo escogiera un tratamiento, este sería con más tranquilidad, en un espacio abierto, no encerrado, habrían muchas charlas, amor y los médicos nos escucharían.

Anexo No.4: Testimonio 2, Paciente recuperada 21 años (femenino).

Mas o menos a las 14 años me empecé a enfermar, aunque yo no me di cuenta de que estaba enferma hasta que me hospitalizaron. Yo antes iba a donde un nutricionista de la familia que me había dicho que yo estaba enferma pero nunca me dijo que tenía anorexia. Yo iba donde el y cada vez bajaba más de peso, llegué en 42kg y al final pesaba 32kg. Cuando llegué a ese peso, el nutricionista se asustó y por eso me llevaron a la clínica por urgencias y de una me vio el médico de urgencia y me dijo que me tenía que hospitalizar. La verdad yo no me sentía enferma, solamente me veía un poco más flaca de lo normal porque yo igual había sido siempre muy flaca, yo me preguntaba : ¿Cuál es el escandalo si yo siempre he sido flaca?. Después me vio el psiquiatra, un psiquiatra infantil. Recuerdo que él me pesó, me miró con cara de pánico y empezó a decir que me tenían que hospitalizar. Yo no entendía nada de lo que estaba pasando, el doctor decía que yo me iba a morir y yo pensaba que él estaba loco por lo que estaba diciendo. A mi me parecía que ese doctor estaba hablando de otra persona, no de mi. Cuando el doctor me dijo que yo tenía anorexia me pareció hasta gracioso, yo no sabía muy bien que era eso, pero si sabía que yo no lo tenía. Yo pensaba que las anoréxicas eran niñas bobas y yo no soy boba, por eso yo no podía tener anorexia, yo le decía al médico: “Diagnostícame bien que yo no soy boba, yo soy inteligente”. Yo no entendía bien lo que me pasaba, solamente sabía que estaba muy deprimida.

Cuando estuve hospitalizada, el psiquiatra me hizo entender lo que era la enfermedad, me dijo cuales eran los síntomas, me explicó lo que me pasaba y entonces yo por fin entendí que tenía anorexia. Cuando comprendí que tenía anorexia me sentí anormal, diferente a todo el mundo y eso me gustaba al principio, porque a mi siempre me ha gustado ser diferente y no igual a todo el mundo. Sin embargo, después de que vi las consecuencias y el sufrimiento de mi familia porque yo estaba enferma, ya no me gustó porque yo no quería hacer sufrir a nadie, ni me quería morir, en ese momento aterricé y ya no quise estar más enferma.

Durante la hospitalización, lo principal era la re-nutrición, yo tuve sonda por la cual me alimentaban pero también tenía que comer, la nutricionista iba todos los días a ver cómo estaba comiendo. La nutricionista me obligaba a comer lo que ella decía y eso me daba rabia porque yo siempre había comido lo que a mi se me antojara. Así mismo, me hacían fisioterapia todos los días porque los músculos se me estaban atrofiando, me visitaba psiquiatría y psicología, que era lo que más me sirvió. El psiquiatra que me vio en la clínica me trataba muy bien, me trataba como niña y yo era feliz porque a mi me encantaba que me trataran así, yo me sentía una niña. Él me explicaba todo como si fuera una niña chiquita, me explicaba con detalles, me hacía entender la enfermedad y yo creo que eso fue lo que me aterrizó. Yo creo que el psiquiatra me veía muy capaz de mejorarme, nunca se dio por vencido. Después de la hospitalización me vio otro psiquiatra,

pero yo nunca confié en él. Un día en consulta me dijo : “vamos a comer platanitos”. Después sacó los platanitos y me los metió a la boca, me pareció que él estaba medio loco... (risas). A mi mis papás siempre me han dicho que yo como lo que yo quiero y cuando yo quiero, por eso me parecía muy horrible que me embutieran algo que yo no quería comer. También tuve una terapeuta de familia que se tomó el trabajo de preguntarme como era la relación con mis padres y nos hizo terapia de familia. Eso me ayudó demasiado porque me hizo entender la dimensión de la enfermedad, el daño que le estaba haciendo a ellos que yo estuviera enferma.

A mi al principio me dio duro salir de la enfermedad porque yo no hacía sino mirar a la pesa y decía que no quería subir más de peso, yo me sentía bien. Pero después pensé, ¿Para qué me seguía pesando? Y nunca más me volví a pesar. Me di cuenta que no quería hacerle más daño a la familia, empecé a leer libros de autoayuda y de autoestima y además empecé psicoterapia. Yo creo que la psicoterapia es lo más me ha ayudado de todo porque conocí quién era yo, yo estaba como perdida. La hospitalización solo me ayudó a recuperar peso, me ayudó a regular mi funcionamiento, pero yo no mejoré del todo. Yo seguía teniéndole miedo a las pesas, a la comida pero no dejé de comer como lo hacía antes. A medida que pasaba el tiempo... recuerdo que lo que más me dio duro fue cuando mis papás me soltaron, ya no me servían la comida ni me decían que comer, mi tía un día les dijo: “Déjenla que ella ya esta grande”. A mi esa frase me quedó sonando mucho en la cabeza, me cambió la perspectiva pues entendí que

yo no iba a depender toda la vida de mis papás, empecé a comer sola y empecé a crecer. Que me trataran como niña en la hospitalización, me tranquilizó en el momento, pero cuando ya me sentí adulto eso ya no me ayuda, ya no me pueden tratar como niña.

No quisiera nunca volver a estar hospitalizada porque allá me sentía muy sola, sentía que yo me había decepcionado a mi misma y también a mi familia. Creo que yo cometí un error humano, porque como no tenía herramientas para salir de mi depresión, pues empecé a controlar la comida. En la hospitalización me hicieron mucho énfasis en que salir de esto era cuestión de voluntad y, aunque hoy no creo que sea tan cierto, en el momento me ayudo a aterrizar, si yo me lo proponía podía salir. A pesar de que me peleé con muchos profesionales que me dijeron muchas veces que uno nunca se recupera del todo de la anorexia, yo llevo 3 años recuperada. A veces que me subo de peso me dan ganas de dejar de comer pero uno ya es consciente y no permite que eso pase a mayores, uno sigue comiendo. Yo llevo casi 6 años con la misma medicación, en este momento nadie me la controla, no se si me sirve pero siento que tengo dependencia, me da mucho miedo dejarla porque siento que voy a recaer horrible. Yo siento que estoy muy bien de la anorexia, pero me da miedo caer en depresión. Los psiquiatras nunca me trataron la depresión que yo creo que era la raíz de todo mi problema, siempre se enfocaron demasiado en la anorexia, ahora que estoy en psicoterapia, es que he ido trabajando más esa parte de la depresión. Ahora que estoy estudiando psicología también estoy buscando que hay detrás de esa depresión.

Yo creo que el tratamiento ideal para TCA es tomar cada caso como particular, mirar las potencialidades y habilidades de cada persona, el concepto que tienen de si mismas. Como método de prevención inculcaría que las personas se empezaran a conocer, a quererse como son...Propondría una terapia de familia y psicoterapia individual para que las personas aprendieran a quererse. Yo creo que los médicos no podrían encargarse de esa labor porque ellos se pegan mucho a reglas y a unos protocolos, dicen que la anorexia es esto y siguen lo que han aprendido en la academia cumpliendo con ciertos pasos. Me parece que los médicos se fijan mucho en el peso y la recuperación no tienen que ver con el peso, uno puede ganar peso pero seguir con las mismas ideas y enfermo. Yo creo que a ellos les falta acercarse un poco más a las personas, tener una mirada más íntima con los pacientes. Me parece que en tratamiento son fundamentales los psicólogos, porque los psiquiatras son los que recetan las medicinas pero no hacen lo mismo que los psicólogos.