

¿Cómo citar el artículo?

Méndez Camacho, Y. L., y Cerquera Córdoba, A. M. (enero-abril, 2021). Apoyo social en población con trastornos alimentarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (62), 88-120. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n62a5>

Apoyo social en población con trastornos alimentarios

Social support in population with eating disorders

Yady Liz Slendy Méndez Camacho

Trabajadora Social

Escuela de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia

yadimendez5@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9289-2728>

CvIac:

https://scienti.minciencias.gov.co/cvIac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001833864

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

PhD en Psicología

Escuela de Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana
Bucaramanga, Colombia

ara.cerquera@upb.edu.co

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6773-1495>

CvIac:

http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvIac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000204307

Recibido: 10 de junio de 2020

Evaluado: 20 de agosto de 2020

Aprobado: 10 de diciembre de 2020

Tipo de artículo: Investigación Científica y Tecnológica

Resumen

La adolescencia es una etapa de oportunidades y cambios, con tareas propias que favorecen el desarrollo de habilidades y dificultades que, para el caso, se manifiestan a través de la ingestión de alimentos. Los trastornos de conducta alimentaria se han convertido en una problemática de

salud pública, que afecta principalmente esta población. Esta investigación analizó las percepciones de adolescentes con trastornos alimentarios frente al apoyo social, a fin de reconocer sus necesidades, por medio de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, apoyado en la entrevista semiestructurada y la herramienta Atlas ti para el análisis de la información. Se estableció una muestra por conveniencia mediante la estrategia bola de nieve, que permitió seleccionar 16 casos accesibles de la ciudad de Bucaramanga. Los resultados sugieren que los apoyos sociales son diferentes para todos; quienes accedieron a apoyos efectivos muestran una gran mejoría en su salud; sin embargo, el apoyo social cuando es intermitente, enfocado únicamente en la familia y el individuo, sin trabajar su autoestima, adaptación social y el manejo de emociones, es incapaz de favorecer el bienestar. Finalmente, es necesario dejar a un lado visiones reduccionistas en las que se asume el trastorno únicamente desde el ámbito nutricional.

Palabras Clave: Adolescencia; Apoyo social; Percepción; Trastornos de conducta alimentaria.

Abstract

Adolescence is a stage of opportunities and changes, with its own tasks that allow the development of skills and difficulties. This stage involves many changes that contribute to generating problems manifested through food intake. Eating disorders have become a public concern which mainly affects adolescents. The present study analyzes the perceptions of adolescents who suffer from some eating disorders regarding social support. In order to recognize their needs, it was carry out a qualitative study with a phenomenological approach, a semi-structured interview, and the atlas ti tool for information analysis. A convenience sample was established through the snowball strategy that allowed to select 16 accessible cases from the city of Bucaramanga. The results suggest that social support is not the same for everybody. Those people who had effective support showed a great improvement in their health, but this is a minimum number of total interviews. Intermittent social support focused only on the family and the individual without taking into account their self-esteem, social adjustment, and the management of their emotions is incapable of promoting well-being. Finally, it is necessary to put aside reductionist visions, in which the disorder is assumed only from the nutritional field.

Key Words: Adolescence; Social Support; Perception; Eating Disorders.

Introducción

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud –OMS- (s.f.) como un período de transición importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por el crecimiento, los cambios y la asignación de obligaciones; además, de acuerdo con la Sociedad Americana de Salud y medicina de la adolescencia (como se citó en Güemes-Hidalgo et al., 2017), la etapa se divide en inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años). Según la OMS (2019), en las tareas propias de esta etapa, predominan la búsqueda y afianzamiento de la identidad y el logro de la autonomía (Gaete, 2015), conllevando al sujeto a nuevas presiones, responsabilidades en áreas diferentes (Martínez et al., 2010) y relaciones que desarrollan conductas de riesgo, haciéndolo vulnerable frente a problemas de salud mental.

Estos nuevos retos han significado en los jóvenes una serie de incertidumbres que llevan a comportamientos extremos, como las dietas excesivas, el uso indebido de laxantes, inducirse el vómito y el ejercicio excesivo, que detonan algún trastorno de conducta alimentaria (Fuertes et al., 2010), cuyas características estriban en una motivación por alcanzar la delgadez y una insatisfacción en relación con el cuerpo, que genera una distorsión perceptual (Behar, 2010). Según Behar et al. (2014), estos factores pueden ser rasgos del carácter y de comportamientos, como formas inadecuadas de comer, situaciones ambientales o experiencias traumáticas que aumentan el estrés.

Según Fernández (2018) y Maganto (2011), existen factores psicológicos, biológicos, socioculturales y familiares para desarrollar un trastorno alimentario, donde se ve implícito el culto a la delgadez, las normas frente a los roles de género, situaciones de abuso sexual, la autoevaluación negativa, problemas con el entorno y el maltrato. Asimismo, se reconoce la violencia de género como factor influyente, ya que repercute en la salud integral de quienes la viven, convirtiéndose en una acción directa que ataca principalmente a las mujeres y sus cuerpos; vivir en un hogar en el que existe violencia supone una experiencia traumática nociva para los hijos o hijas adolescentes, quienes de algún modo terminan modificando sus hábitos alimenticios (Gil, 2019; Vilariño et al., 2019). Por otra parte, existen diferencias relevantes entre los perfiles de

personalidad, asociados a la anorexia y la bulimia, durante la adolescencia, según estudios realizados por Barajas-Iglesias et al. (2017).

Los trastornos alimentarios son ubicados por la OMS (como se citó en Zamora, 2013) como una problemática de salud pública, que afecta principalmente a los adolescentes (Correa et al, 2006), en su mayoría mujeres (Fernández, 2018), causándoles un deterioro significativo en su bienestar (Melisse et al., 2020). En Colombia, para el año 2018 la prevalencia de trastornos alimentarios estuvo entre 0,2 y 1,5 por ciento, lo que significó que entre una o, máximo, dos personas por cada cien habitantes tendrían un trastorno de la conducta alimentaria, siendo la anorexia el más frecuente en consulta (Bolívar, 2019); por otra parte, en el año 2017, cerca del 9% de los adolescentes presentaron conductas de riesgo que podrían desencadenar un trastorno mental. Según la Encuesta de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) uno de cada diez jóvenes y uno de cada diez adultos tiene problemas de la conducta alimentaria; en cuanto a las mujeres las dietas restrictivas son más frecuentes, mientras que en los hombres son los atracones de comida; además, la psicóloga Juanita Gempeler, aseguró que el índice de personas que sufren estas enfermedades no disminuye (RCN Radio, 2017), no se dispone de una herramienta que los aborde desde la prevención (Valbuena, 2017), no hay un sistema en el Gobierno y las entidades de salud que dé cuenta del fenómeno, las estadísticas son desactualizadas y la bibliografía existente es escasa, y se enfoca exclusivamente en el apoyo familiar y desde el ámbito nutricional.

Según la American Psychiatric Association –APA- (2014), los trastornos alimentarios se encuentran en el grupo de trastornos mentales conductuales y se denotan por una alteración persistente en la alimentación, que causa un deterioro en la salud física y el funcionamiento psicosocial, afectando significativamente la calidad de vida, las relaciones sociales y el rendimiento educativo (Patel et al. 2016); estos trastornos están asociados con otros como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, que pudieron desencadenarlo o son consecuencia del trastorno alimentario que se padece (Castaño et al., 2012; Montes, 2017). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5 (APA, 2014), reconoce varios tipos dentro de esta categoría, como: trastorno de rumiación, evitación, atracones, especificado y no especificado, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y pica.

Los trastornos alimentarios tienden a la cronicidad y gravedad, por lo que, se requiere de un tratamiento especializado (Oliva et al., 2011, como se citó en Pérez, 2018) y del apoyo social que actúa como un componente de bienestar asociado a la salud (Quiles et al., 2002) y contribuye de manera positiva al desarrollo psicológico y físico (Uribe, 2016). Estos mecanismos deben fortalecer la autoestima, el desarrollo de capacidades de afrontamiento y la adaptación personal, familiar, escolar y social (Orcasita y Uribe, 2010) para garantizar su efectividad.

Para el caso colombiano, la normativa existente incluye la Sentencia T-094 de 2011 que incluye, dentro del POS, un programa para atender estos problemas; el Acuerdo 031 de 2012, por medio del cual se establece el número de sesiones; y las resoluciones 5269 de 2017 y 5857 de 2018, en las que se garantiza el cubrimiento total de la evaluación y atención interdisciplinaria para las personas de 14 a 18 años. Sin embargo, la atención es la misma en todos los ciclos vitales; no existe una diferencia en el tratamiento relacionada a la gravedad del malestar, no hay un enfoque de género que diferencie a hombres y mujeres, sólo se da énfasis a la bulimia y la anorexia, y se excluyen a sujetos mayores de 18 años.

Ante el incremento de los factores de riesgo, surge la necesidad de implementar medidas preventivas, tratamientos y apoyos sociales que utilicen una metodología interactiva y multidisciplinaria (Gaete et al., 2012; Maganto, 2011). En palabras de Zafra (2007), cualquier medida para atender los trastornos de conducta alimentaria -TCA- debe abordar perspectivas que permitan actuar sobre los vínculos que existen entre cuerpo, género y alimentación. Para el caso, se aborda la problemática desde una visión sistémica y multidimensional, a través del trabajo social y la psicología, para aportar no sólo en la salud de la afectada, sino en el aislamiento social en el que se encuentra a causa del trastorno que padece (Quesada, 2014).

Un factor que se ha identificado como protector contra la persistencia de los trastornos alimentarios es el apoyo social (Nunez, 2019). Para comprender su importancia, es necesario partir de tres teorías explicadas por Durá y Garcés (1991), en las que se propone que tiene efectos directos sobre la salud física y mental, y se define en función de las personas a las que se puede acudir si se requiere atención; además, reduce directamente el impacto de los eventos estresantes y modula la relación entre la salud y los estresores. Estas interacciones se explican por la teoría de la «acomodación persona-ambiente», según la cual “la adaptación o el ajuste depende de la

correspondencia o acomodación entre las características individuales y ambientales” (Durá y Garcés, 1991, p. 263).

Distintos estudios evidencian que existe una relación entre el apoyo social y los trastornos alimentarios, en la que altos niveles de apoyo social percibido favorecen el bienestar, y bajos niveles conducen a un avance significativo del trastorno (Álvarez, 2013; Durá y Garcés, 1991). Sin embargo, en la práctica “los sujetos suelen tener pocos canales sublimatorios y escasas fuentes interpersonales de apoyo y estabilidad” (Lladós, 2011. p. 75).

El apoyo social se conceptualiza desde dos dimensiones: la estructural, caracterizada por la percepción de disponibilidad de soporte que tiene el individuo, con sus componentes del apoyo emocional, informativo e instrumental (Quiles et al., 2002), los cuales hacen referencia al cariño y la empatía, la información y el apoyo material recibido (Alonso et al., 2013). Estos apoyos permiten que, tras la exposición al estresor, se cuente con la capacidad de redefinir la situación estresante, y afrontarla de manera positiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Rodríguez, Gempeler et al. 2017).

Según Rengifo (2017), el apoyo social puede dividirse en recibido y percibido. Este último es importante, ya que el apoyo social dependerá de la conceptualización que cada sujeto haga del mismo. Para ello, es necesario aproximarse al concepto de percepción, el cual ofrecerá los elementos para conocer sus valoraciones.

La percepción es un proceso que permite explicar la realidad a partir de referentes ideológicos, culturales y experiencias cotidianas de los sujetos (Vargas, 1994). Según la teoría de la Gestalt, el término es el encargado de regular y modular la sensorialidad y se asume como una tendencia al orden mental, donde se garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones a través de juicios, categorías o conceptos (Oviedo, 2004). Un elemento importante en la percepción del apoyo social es la calidad que tiene el mismo; esta se refiere al equilibrio entre las necesidades y la medida en que son cubiertas (Quiles et al., 2002).

La participación de los adolescentes en la vida familiar y social promueve una ciudadanía positiva a medida que se convierten en adultos productivos, en la que “las contribuciones de los mismos enriquecen y dan contenido a políticas que benefician a la sociedad en su conjunto” (Unicef, 2011. p. 68). Por lo anterior, este trabajo se realizó con el objetivo de analizar las

percepciones de adolescentes que sufren algún trastorno alimentario frente al apoyo social percibido, para el reconocimiento de las necesidades de la población afectada y su visibilización.

Metodología

Se utilizó el método cualitativo con enfoque fenomenológico (Sandoval, 1996), con el fin de rescatar la visión de los sujetos participantes, como conocimiento válido y pertinente para acercarse a la comprensión del fenómeno estudiado.

Para el análisis se utilizó la herramienta Atlas ti, la cual permitió ordenar la información y categorizarla (Rodríguez, Lorenzo et al., 2005). Con el fin de acceder a los sujetos de estudio, se buscó establecer alianzas estratégicas con instituciones de salud del área metropolitana que trabajaran sobre este tipo de trastornos; sin embargo, se encontraron dificultades en la base de datos suministrada. Finalmente, se diseñó un formulario de contacto, difundido vía web, en el que se solicitaba la ayuda de adolescentes con diagnóstico clínico de trastorno alimentario, que de manera voluntaria quisieran participar en la investigación y permitieran ser contactadas.

Como resultado final del formulario, se obtuvieron 66 respuestas, de las cuales 55 fueron mujeres y 11 hombres, a quienes se les estudió la información suministrada para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión, para los cuales era necesario haber sido diagnosticado durante la etapa de la adolescencia, tener un diagnóstico clínico de trastorno de la conducta alimentaria, haber participado en algún tratamiento para la superación del mismo, aceptación voluntaria de participar en el estudio y residir en la ciudad de Bucaramanga.

Una vez revisada la información, de 66 sujetos se seleccionan 25 posibles participantes, que incluyó hombres y mujeres, con quienes se estableció una forma de contacto vía web o WhatsApp; sin embargo, por motivos desconocidos, 9 de ellos en su mayoría hombres decidieron no continuar, por lo que, se obtiene finalmente, una muestra de 16 mujeres.

Participantes

Con un muestreo por conveniencia a través de la estrategia bola de nieve, se seleccionaron 16 mujeres de la ciudad de Bucaramanga, quienes habían sido diagnosticadas con trastorno

alimentario en los tipos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y atracones durante la etapa de la adolescencia, y en algunas de ellas el trastorno aún persiste.

Técnica de recolección de información

Se trabajó a través de la técnica de entrevista semiestructurada (Díaz et al., 2013), la cual contenía 11 preguntas clave, desarrolladas dentro de tres categorías denominadas normativa, vivencias y objeto de estudio, las cuales fueron validadas por dos jueces expertos en las áreas de trabajo social y psicología de dos universidades reconocidas, por medio de una rejilla de evaluación que estableció criterios de coherencia, suficiencia y adecuación al tema, y quienes de manera individual emitieron un concepto cuantitativo y cualitativo, el cual fue tomado en cuenta para el desarrollo del final del instrumento.

Aspectos éticos

Esta investigación se desarrolló bajo los principios de apoyo, respeto por la confidencialidad y privacidad de las personas participantes, basada en la información y la defensa de la integridad, bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona, permitiendo que cada participante se expresara libremente y su participación no implicara una revictimización. Finalmente, se socializó el consentimiento informado, que permitió a las participantes conocer a profundidad la investigación y aceptar formalmente su participación en la misma.

Procedimiento

FASE 1: Elaboración del plan durante los meses de julio a agosto del 2019. Se realizó la revisión bibliográfica alrededor del tema, por medio de artículos, libros, guías y manuales. La búsqueda se apoyó de fuentes científicas especializadas. A partir de la información encontrada, se establecieron los límites de la investigación que permitieron delimitar la problemática y establecer los objetivos; se construyó el marco referencial desde lo normativo, conceptual y teórico, y, finalmente, se formuló la metodología que guio el desarrollo de la investigación.

FASE 2: Diseño del instrumento de recolección de información, a partir de revisiones documentales y respondiendo al objetivo planteado para la investigación. La entrevista semiestructurada se elaboró durante el mes de noviembre de 2019 y fue orientada por dos jueces expertos de trabajo social de universidades reconocidas, quienes de manera individual emitieron un concepto cuantitativo y cualitativo del instrumento, por medio de una rejilla de evaluación que establecía criterios de coherencia, suficiencia y adecuación al tema. Seguido, se analizaron los comentarios y calificaciones de los jueces para revisar la pertinencia de cada pregunta y realizar los debidos ajustes. Finalmente, una vez entrenada la investigadora en la entrevista se procedió a realizarla.

FASE 3: Recolección de información durante los meses de diciembre del 2019 a febrero del 2020. Se buscó contactar con instituciones de salud de la ciudad de Bucaramanga, con el fin de acceder a la población objeto de estudio; fue necesario para este fin, acercarse a distintas instituciones públicas y privadas de la ciudad. Se obtuvo el aval del Comité de Ética y, finalmente, se diseñó un formulario de contacto, difundido vía web, por distintos programas que atienden estos casos, universidades, grupos de investigación, entre otros, el cual permitió identificar posibles participantes, a quienes se les analizó la información suministrada para el cumplimiento de los criterios de inclusión. Finalmente, 25 sujetos cumplieron con los requerimientos; sin embargo, algunos cortaron con la comunicación y sólo 16 mujeres se mantuvieron, y con las cuales se acordaron encuentros para la implementación del instrumento, que duró alrededor de 1 hora, y donde se hizo entrega del consentimiento informado.

FASE 4: Análisis de la información durante los meses de febrero a marzo del 2020. Se establecieron las categorías deductivas para el análisis de la información, seguido de la realización de las transcripciones de las entrevistas, las cuales arrojaron unas categorías inductivas; finalmente, a través de la herramienta Atlas ti, se categorizó la información y se elaboró la red categorial.

FASE 5: Se establecieron los resultados en el mes de abril de 2020. Se generó la discusión soportada en el marco referencial y el análisis de la entrevista. Se elaboraron, además, las conclusiones de la investigación, como resultado final.

Resultados

Con una muestra final de 16 mujeres residentes en la ciudad de Bucaramanga, en edades comprendidas entre los 17 a 22 años, diagnosticadas en la etapa de la adolescencia entre los 11 y 18 años (Sociedad Americana de Salud y medicina de la adolescencia, como se citó en Güemes-Hidalgo et al., 2017), en su mayoría universitarias, se desarrolló la entrevista.

De acuerdo con la información recolectada, la anorexia y la bulimia son los trastornos más recurrentes, coincidiendo con Álvarez (2013); sin embargo, se encontraron casos de pica, atracones, restricción de la ingestión de alimentos, ingestión de alimentos especificado y no especificado, que, aunque no se manifiesten en igual cantidad que la anorexia y la bulimia existen dentro de esta categoría. Por otra parte, pese a que los datos fueron suministrados exclusivamente por mujeres, el formulario permitió identificar algunos hombres con diagnóstico clínico de TCA, pero, por motivos que se desconocen, no continuaron participando en la investigación.

Desde sus apoyos estructurales los sujetos cuentan con redes que oscilan entre 2 a 10 personas a quienes pueden recurrir en caso de necesitar ayuda; en cuanto al apoyo instrumental, 11 de ellas han tenido acceso a algún tratamiento para atender su trastorno; sin embargo, 5 sólo han podido acceder a una cita. Respecto al nivel socioeconómico, se evidencia que la mayoría no cuenta con los recursos para acceder a tratamientos privados, por lo que, por medio de su seguro en salud, la universidad y el SISBEN es que han tramitado su acceso a uno.

Matriz categorial

La siguiente matriz categorial presenta las categorías deductivas e inductivas, los extractos narrativos que se encuentran referidos en las entrevistas semiestructuradas y la síntesis comprensiva del tema.

Tabla 1

Categorías deductivas unidad de análisis percepción de apoyo social

Matriz categorial			
Unidad de análisis	Categorías deductivas	Extracto narrativo	Síntesis comprensiva
Percepción de apoyo social	Percepción	SUJETO 4: <i>“no responden de manera oportuna, los tramites y autorizaciones son requerimientos que dificultan el acceso”</i> (P4, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).	La percepción de apoyo social varía de acuerdo con el tipo de apoyo al cual fueron expuestas; sin embargo, la gran mayoría comparte juicios valorativos negativos que evidencian los niveles de desigualdad que enfrentan la mayoría. Sólo dos de ellas accedieron a tratamientos con resultados favorables para su salud; la primera contaba con recursos económicos para hacerlo y, la segunda acudió a la acción de tutela para garantizarse un tratamiento eficaz.
		SUJETO 6: <i>“Me siento a la intemperie, ya que es algo que debo realizar yo sola y teniendo como base mi fuerza de voluntad, pero me deprimó con frecuencia. El apoyo social está, pero muy intermitente”</i> (P6, comunicación personal, 10 de diciembre de 2019).	
		SUJETO 5: <i>“En mi momento si fueron de calidad, estuve en buenas clínicas, acompañada de excelentes médicos, en tratamiento extenso y continuo”</i> (P5, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).	
		SUJETO 13: <i>“No existen medidas contundentes de atención a quienes padecen un TCA, no hay redes de apoyo ni un trato primordial en urgencias. Existe una subestimación no considerándolas con importancia para ser atendidas como otra”</i> (P13, comunicación personal, 12 de diciembre de 2019).	
	SUJETO 14: Los apoyos sociales existentes son limitados, de difícil acceso y los cupos disponibles son muy pocos para la cantidad de personas que padecen un trastorno alimentario (P14, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).		
	Apoyo social	SUJETO 1: Escudo protector (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).	
SUJETO 2: Acompañamiento, ayudas (P2, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).			
SUJETO 3: <i>“Recursos externos al individuo que le pueden brindar un soporte en crisis”</i> (P3, comunicación personal, 3 de diciembre de 2019).			

SUJETO 4: *“La fortaleza que le dan las redes primarias y secundarias a una persona con una o más dificultades”* (P4, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).

SUJETO 5: *“Cadena en la que participan las personas a nuestro alrededor, dándonos apoyo moral, físico, mental, económico”* (P5, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).

SUJETO 6: *“Conjunto de acciones significativas de otras personas que hacen sentir bien”* (P6, comunicación personal, 10 de diciembre de 2019).

SUJETO 7: *“necesario, sola no soy capaz”* (P7, comunicación personal, 15 de diciembre de 2019).

SUJETO 9: *“Entender que lo que la persona está viviendo es real y acompañarla integralmente”* (P9, comunicación personal, 27 de diciembre de 2019).

SUJETO 1: Necesario, pero no suficientes (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).

SUJETO 2: Necesario, pero no hay disponibilidad (P2, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).

SUJETO 5: *“Necesario, gracias a esas ayudas pude superar el trastorno. En el tiempo que estuve delicada fue necesario, a través del apoyo psicológico y psiquiátrico reconocí el trastorno y sin ellas no hubiese sido posible superarlo”* (P5, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).

SUJETO 8: *“Siento que sola no soy capaz”* (P8, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).

SUJETO 6: *“A partir del apoyo que recibí pude reconocer que tenía un problema, conté con un seguimiento y un ejercicio de recuperación”* (P6, comunicación personal, 10 de diciembre de 2019).

SUJETO 7: *“Solo tuve una sección con una psicóloga, no me entendía, sino que creía que lo hacía porque quería”* (P7, comunicación personal, 15 de diciembre de 2019).

SUJETO 9: *“No podía aceptar que me estaban obligando a ser de nuevo como yo no quería”*

con bajos índices de calidad. Sin embargo, aquellas que se aproximaron al término lo hicieron desde sus experiencias y con ayuda de la formación profesional.

La conveniencia del apoyo social es percibida indistintamente por las participantes, quienes, aunque reconocen su importancia, identifican los vacíos que existen en la realidad, primando la percepción negativa del mismo sobre la positiva.

Conveniencia

(P9, comunicación personal, 27 de diciembre de 2019).

Nota: Elaboración propia. Teniendo en cuenta los aspectos éticos para desarrollar esta investigación y el principio de respeto por la confidencialidad y privacidad de las personas participantes incluidos en el mismo, se establecen unos códigos para reemplazar las identidades de las participantes, el cual, se compone de la letra “P”, que hace alusión a la palabra “participante”, y el número a través del cual es aplicado el instrumento.

De acuerdo con la información suministrada en la tabla 1, se establecen tres categorías deductivas: percepción, apoyo social y conveniencia, las cuales responden a la eficacia, calidad, sentires y demás aspectos que son parte de testimonios que responden a lo que para ellas ha significado el apoyo social.

Por otra parte, se hace relevante abordar la problemática en cuestión desde el trastorno y sus interpretaciones por las afectadas, por lo que, desde la unidad de análisis de percepción del TCA, surge una categoría que responde al significado que las participantes le otorgan al trastorno desde sus vivencias y sentires, que van más allá de lo clínico (ver tabla 2).

Tabla 2

Categorías deductivas unidad de análisis percepción del TCA

Unidad de análisis	Categorías Deductivas	Extracto narrativo	Síntesis comprensiva
Percepción del TCA	TCA	SUJETO 1: “Dolor” (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).	Los trastornos alimentarios poseen una multiplicidad de significados que traspasan lo que comúnmente se reconoce como un TCA. Para ellas, los significados que manuales como el DSM-5 o el CIE-10 ofrecen, simplemente abordan de una manera académica algo que ellas vivencian desde su diario vivir, por lo
		SUJETO 2: “Enfermedad, siempre estás expuesto, una adicción” (P2, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).	
		SUJETO 3: “Conflicto conmigo misma y con el entorno” (P3, comunicación personal, 3 de diciembre de 2019).	
		SUJETO 4: “Condición de salud mental que genera un estigma, aun mas si es mujer, temor y miedo de la sociedad y de las dificultades que este trastorno trae para mi vida” (P4, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).	
		SUJETO 5: “Lucha interior” (P5, comunicación personal, 11 de diciembre de 1019).	
		SUJETO 7: “Algo que me hace sentir mal con mi cuerpo, insegura, es una lucha constante por dejarlo y culparme por no ser capaz” (P7,	

comunicación personal, 15 de diciembre de 2019).	que, su significado va ligado a la experiencia y los problemas que esto les ha ocasionado.
SUJETO 8: <i>“Algo que ya hace parte de mí”</i> (P8, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).	
SUJETO 9: <i>“Es la respuesta a una medida desesperada al trato que recibía por mi peso en la sociedad y mi familia”</i> (P9, comunicación personal, 27 de diciembre de 2019).	
SUJETO 11: <i>“Requiero de mucho esfuerzo para lograr verme de la manera que deseo”</i> (P11, comunicación personal, 14 de febrero de 2020).	
SUJETO 12: <i>“Una marca para toda la vida”</i> (P12, comunicación personal, 14 de febrero de 2020).	
SUJETO 13: <i>“Miedo a comer”</i> (P13, comunicación personal, 17 de febrero de 2020).	
Sujeto 15: <i>“Lucha constante”</i> (P15, comunicación personal, 18 de febrero de 2020).	
SUJETO 16: <i>“Significa que algo no anda bien conmigo y trato de buscar una salida o llenar un vacío a través de la comida”</i> (P16, comunicación personal, 20 de febrero de 2020).	

Nota: Elaboración propia.

De otro lado, a través de la unidad de análisis de necesidades de la población, surgen dos categorías deductivas que otorgan información sobre los distintitos procesos que se desarrollan en los tratamientos, tanto públicos como privados, para atender estos casos (ver tabla 3).

Tabla 3

Categorías deductivas unidad de análisis necesidades de la población afectada

Unidad de análisis	Categorías Deductivas	Extracto narrativo	Síntesis comprensiva
		SUJETO 1: Citas demoradas, remisión con nutricionista, énfasis en la apariencia física y en comer más. No hubo seguimiento (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).	Tratamientos que solo ofrecen dietas "regulares", enfocados en la
		SUJETO 2: Cada sesión era con un psicólogo diferente, poco tiempo de consulta, muchos medicamentos, no buscan una solución efectiva, no	apariciencia física y la alimentación como único fin

<p>Necesidades de la población afectada</p>	<p>Tratamiento o Público</p>	<p>buscan las causas, solo medican (P2, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 15: <i>“Me asignaron un psicólogo que hablaba más con mi mamá que conmigo, los acuerdos los hacía con ella, le decía que me comprara multivitamínicos para abrir el apetito y los pusiera en mi comida a escondidas”.</i></p> <p>SUJETO 14: <i>“Fui atendida por una psicóloga y una nutricionista, me ofrecieron una dieta balanceada y empezar amarme. No hubo una ruta de atención verdadera que me ayudara a salir del trastorno”.</i></p> <p>SUJETO 6: <i>“por el SISBEN recibí terapia cognitiva conductual, citas mensuales, se me otorgaban tareas, llevar un diario en el que plasmara las situaciones que me preocupaban, toma de decisiones, visiones a futuro, pensamientos negativos etc. Información que analizábamos y de acuerdo con eso se desarrollaba la sesión. Con el psicólogo no manejé nada sobre el TCA, esto sólo lo hacía con la nutricionista, existía un énfasis en la apariencia física. La nutricionista habló conmigo a modo de reconocimiento y concientización del trastorno, síntomas frecuentes y las consecuencias a mediano o largo plazo. Me recomendó hacer ejercicio y me asignó una dieta por estar flaca”.</i></p> <p>SUJETO 8: Las autorizaciones son demoradas, las citas pueden exceder los tres meses Dan terapias individuales, acompañamiento psiquiátrico, psicológico y orientación por nutrición. Se enfocan en la apariencia física, subir de peso y la medicación.</p> <p>SUJETO 3: Énfasis en la adicción de sustancias psicoactivas (P3, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 9: <i>“Cuando voy al psicólogo charlamos, me pone a anotar lo que hago y el grado de satisfacción, pero para el periodo que la vi no avanzamos mucho. Me remiten con nutrición hablamos de que es dañino hacerlo porque después lo que comiera lo voy a almacenar como grasa y podría generar gastritis. La veo 2 veces cada 3 meses”</i> (P9, comunicación personal, 27 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 4: <i>“Recibí orientación psicológica, por psiquiatría y nutrición, apoyo por parte de la psicopedagoga. En mi experiencia una consulta con el psiquiatra especialista en TCA adolescente e infantil costó en el año 2017 alrededor de \$200.000</i></p>	<p>para atender estos trastornos.</p> <p>Además, de la evidente imposibilidad con la que cuentan para ser un apoyo continuo, que esté al servicio de la adolescente, por su parte, son sesiones demoradas, con tiempos reducidos y profesionales que no establecen vínculos y poco comprensivos sobre la situación.</p> <p>Aunque lo privado se ha caracterizado por prestar un mejor servicio frente al régimen</p>
--	------------------------------	--	--

Tratamiento Privado	<p><i>por consulta diagnóstica, y \$150.000 a \$120.000 consulta por control. Las sesiones con psicología \$70.000 consulta diagnóstica y \$50.000 consulta de control/seguimiento” (P4, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).</i></p> <p><i>SUJETO 7: “Por medio de una tutela que tuvo un resultado favorable, se me garantizó el tratamiento, estuve en buenas clínicas, acompañada de excelente personal médico, el apoyo social fue continuo. Recibí acompañamiento hospitalario, apoyo psicológico y psiquiátrico” (P7, comunicación personal, 15 de diciembre de 2019).</i></p> <p><i>SUJETO 1: “Por medio de un médico privado tuve un tratamiento asistí a terapias individuales y familiares, me recetó tomar glucerna, se enfocaba en mi apariencia física” (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</i></p>	público, se caracterizan por sus elevados costos.
---------------------	--	---

Nota: Elaboración propia.

Asimismo, y como categorías inductivas se destacan: limitaciones, disponibilidad y fuentes de apoyo, las cuales aportan información significativa para analizar la percepción de apoyo social desde las dimensiones estructural y funcional (ver tabla 4).

Tabla 4

Categorías inductivas unidad de análisis percepción de apoyo social

Matriz categorial				
Unidad de análisis	Categorías deductivas	Categorías inductiva	Extracto narrativo	Síntesis comprensiva
		Limitaciones	<p>SUJETO 1: “No hay suficientes profesionales, los que hay no son idóneos, ni centros de apoyo a los cuales se pueda acudir” (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 3: Sensibilidad por parte de los profesionales (P3, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 4: El acceso a las consultas de salud mental es limitado y complicado, “yo debí</p>	<p>Las limitaciones que existen frente a los apoyos sociales van más allá de la intervención médica, quienes se ven afectados por los pocos recursos que son destinados para atender esta problemática y los</p>

Percepción de apoyo social	Apoyo social	<p><i>pagar consultar particulares porque en la EPS las citas se demoran mucho en ser asignadas y además autorizadas” (P4, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).</i></p> <p>SUJETO 12: <i>“Que el sistema de salud de este país es muy negligente y cree que la salud mental de una persona no es igual de importante a la física”.</i></p>	<p>lineamientos establecidos para el tiempo de las consultas, la rotación constante de los profesionales, las demoras en las asignaciones de las citas, entre otras.</p>
		Disponibilidad	<p>SUJETO 6: <i>“Son irregulares y funcionan bajo ciertos privilegios”.</i></p> <p>SUJETO 11: <i>“Es muy poca la disponibilidad y los lugares que están diseñados para ofrecer un servicio, además hay sobrecupo”.</i></p> <p>SUJETO 4: <i>“Servicios de urgencias con una disponibilidad regular”.</i></p>
	Fuentes de apoyo	<p>SUJETO 1: Papá, mamá, suegra, pareja (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 2: Mamá, hermano y pareja (P2, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 4: Mamá, papá y psicóloga (P4, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 5: Mamá y amigos, docentes (P5, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 6: Mamá, novio y amigas (P6, comunicación personal, 10 de diciembre de 2019).</p> <p>SUJETO 9: Universidad, familia y amigas (P9, comunicación personal, 27 de diciembre de 2019).</p>	<p>En general, la población establece como principal fuente de apoyo a la familia, la pareja y los amigos, pues son sujetos que según su percepción siempre están disponibles; aunque en su mayoría no reconocieron las instituciones y los profesionales como un apoyo, algunas lograron identificar la ausencia de estos apoyos y sólo una de ellas identificó a su psicóloga como una de sus</p>

SUJETO 11: Amigo y hermana (P11, comunicación personal, 04 de febrero de 2020).	principales fuentes de apoyo; es necesario
SUJETO 14: Familia (P14, comunicación personal, 15 de febrero de 2020).	resaltar que su tratamiento se realizó de manera privada.
SUJETO 16: Familia, pareja y universidad (P16, comunicación personal, 20 de febrero de 2020).	

Nota: Elaboración propia.

En este punto, y en aras de rescatar la visión de los sujetos participantes como conocimiento válido y pertinente para acercarse a la comprensión del fenómeno estudiado, emerge la categoría vivencias, la cual aporta significativamente al análisis de la investigación (ver tabla 5).

Tabla 5

Categorías Inductivas unidad de análisis percepción del TCA

Unidad de análisis	Categorías deductivas	Categorías inductiva	Extracto narrativo	Síntesis comprensiva
Percepción del TCA	TCA	Vivencias	SUJETO 3: <i>“Hay un desconocimiento generalizado sobre los TCA, los profesionales establecen generalidades, no nos toman en serio, buscan la vía más fácil”</i> (P3, comunicación personal, 03 de diciembre de 2019).	Los trastornos de la conducta alimentaria no pueden reducirse a los deseos que estos individuos tienen por controlar el peso.
			SUJETO 15: <i>“Creo que a muchas no les gusta hablar sobre eso, ya que no es fácil y cuando se sufre de un TCA lo asemejan con "llamar la atención o vanidad" (P15, comunicación personal, 18 de febrero de 2020).</i>	No deben ser vistos como un problema reducido a la vanidad y superficialidad que se resuelve con el hecho de comer. Pues las mismas afectadas se niegan a llevar un tratamiento de ese tipo, sintiendo
			SUJETO 6: <i>“Yo sé que no es bueno para mí. Los especialistas no comprenden cómo me siento, el agobio de todas las noches al sentir que</i>	

tengo comida dentro de mi estómago, el insomnio que eso me genera” (P6, comunicación personal, 10 de diciembre de 2019). que las obligan a ser alguien que ellas no quieren ser, retornando a eso que las llevo a estar así.

Nota: Elaboración propia.

Como última categoría inductiva, se desarrolla la clasificación de recursos, la cual analiza, desde el apoyo funcional y su componente instrumental, los recursos que han sido asignados para atender estos casos y las distintas normativas que proponen ayudas materiales para su tratamiento (ver tabla 6).

Tabla 6

Categorías Inductivas unidad de análisis necesidades de la población afectada

Unidad de análisis	Categorías deductivas	Categorías inductiva	Extracto narrativo	Síntesis comprensiva
			SUJETO 1: <i>“Glucerna después de cada comida” (P1, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</i>	Teniendo en cuenta que los TCA en su mayoría están acompañados por otros trastornos es necesario que el personal médico dentro del tratamiento incluya medicamentos, sin embargo, se reconoce como estos recursos tienen efectos secundarios negativos en las participantes y les impide realizar sus actividades diarias de forma óptima.
			SUJETO 2: <i>“Antidepresivos, pastillas para la ansiedad, me producían bipolaridad e inestabilidad emocional” (P2, comunicación personal, 2 de diciembre de 2019).</i>	
			SUJETO 15: <i>Multivitaminicos o jarabes para abrir el apetito (P15, comunicación personal, 18 de febrero de 2020).</i>	
			SUJETO 6: <i>“Fluvoxamina 2 veces al día cada 12h y quetiapina en las noches” (P6, comunicación personal, 10 de diciembre de 2019).</i>	
			SUJETO 5: <i>“Hospitalización en centros de reposo, tratamiento psicológico y</i>	

psiquiátrico durante casi todo el proceso, medicamentos y suplementos alimenticios”
(P5, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019).

Nota: Elaboración propia.

Discusión

Los resultados de este estudio evidencian que la adolescencia es el período en el cual se desarrolla con mayor prevalencia un trastorno alimentario, especialmente en mujeres (Galmiche et al., 2019; López y Treasure, 2010); para el caso, las participantes, sin excepción alguna, fueron diagnosticadas, de acuerdo con la Sociedad Americana de Salud y medicina de la adolescencia (como se citó en Güemes-Hidalgo et al., 2017) durante la adolescencia inicial; además, para el día de hoy se encuentran dentro de la etapa de adolescencia tardía. Por otra parte, aunque los trastornos alimentarios afectan en un alto porcentaje a mujeres (Ospina, et al., 2017) y la muestra sea conformada únicamente por ellas, se reconoce que la incidencia en hombres ha ido incrementándose con el paso del tiempo (Fernández, 2018; Gallardo, 2017).

Analizar la percepción que tiene este grupo poblacional en cuanto a los apoyos sociales que han sido diseñados para atender el trastorno alimentario que padecen, se convierte en un paso fundamental en el que, a través de sus vivencias, se identifican unas necesidades y, por otra parte, se construye un espacio donde las afectadas se sienten escuchadas y asumidas con importancia dentro de una problemática que les ha generado una serie de estigmatizaciones, las cuales actúan como una barrera para su recuperación (Foran, 2020).

Para comprender la relevancia que tiene el apoyo social en los individuos se parte de las teorías explicadas por Durá y Garcés (1991), las cuales reconocen su impacto dentro de los procesos de bienestar asociados con la salud, y los recursos ambientales que existen para aportar a sus necesidades; y, finalmente, la Teoría Gestalt (Oviedo, 2004) para el concepto de percepción. De acuerdo con su definición, la percepción varía según las participantes y sus experiencias, pues aquellas que accedieron a apoyos por medio de instituciones de salud o educativas, tienen una aproximación al concepto acorde a la definición propuesta por Quiles et al. (2002), mientras que,

a quienes su acceso ha sido limitado manifestaron no saber qué era, o definiciones en las que la familia, los amigos y la pareja son los únicos apoyos existentes.

La investigación que se ha desarrollado en el tema permite reconocer que existe una relación directa entre los TCA y el apoyo social, en la que altos niveles de apoyo social percibido favorecen el mejoramiento en cuanto al bienestar, y bajos niveles conducen a un avance significativo del trastorno (Álvarez, 2013). Dailly (2015) y Quiles et al. (2002), en sus investigaciones, confirmaron que existe una relación significativa entre el apoyo social percibido y los trastornos alimentarios, lo que produce que, cuanto mayor sea el apoyo social percibido, menor será la exposición al desarrollo de factores de riesgo y desarrollo de un TCA. Pese a lo anterior, en la realidad no se le otorga la importancia que merecen, en el caso de las entrevistadas; los apoyos son intermitentes, con una disponibilidad escasa, de difícil acceso, ofrecida en tiempos cortos, reduciéndose a citas por nutrición y psicología cada tres meses, con profesionales diferentes en cada sesión, quienes según su percepción no logran generar el impacto deseado para favorecer los procesos de bienestar y, por el contrario, generan que muchas abandonen el tratamiento y la idea de buscar ayuda.

Según Álvarez (2013), los apoyos sociales son importantes porque otorgan al individuo relaciones sociales, la percepción de disponibilidad de soporte, estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de estrés, una autoestima más favorable y mayores competencias sociales. Aunque se reconoce que aquellas mujeres que accedieron a apoyos regularmente se encuentran en un estado favorable, en muchas ocasiones los apoyos sociales no les otorgan herramientas para responder a situaciones estresantes, reducir los factores de riesgo, ni habilidades sociales para adaptarse al entorno, lo que produce que en muchas de ellas los pensamientos obsesivos se mantengan, como sentir que cualquier comida que ingieran va a aumentar su peso, alimentarse les genera insomnio y recurren a medidas compensatorias como el ejercicio excesivo y el vómito inducido.

Las participantes ponen en evidencia cómo estos apoyos están tan alejados de sus necesidades, centrando su intervención a soluciones meramente nutricionales, sin un acompañamiento psicosocial y el fortalecimiento de capacidades; aunque, desde el sector privado se ofrezcan apoyos sociales de mayor calidad, su acceso está mediado por la capacidad económica. Por otra parte, de acuerdo con las dimensiones estructural y funcional, propuestas para abordar el

término, se identifica que las participantes reconocen, en su mayoría, los apoyos estructurales y sólo algunas lograron identificar la ausencia de los apoyos funcionales; no hay una percepción de disponibilidad del soporte funcional, no identificaron el apoyo informativo e instrumental.

Siguiendo a Álvarez (2013), este propone un elemento importante en la percepción del apoyo social, el cual se relaciona con la calidad que se manifiesta entre el equilibrio de las necesidades del sujeto y la satisfacción; en la práctica no existe tal equilibrio, ya que el apoyo social no responde a las necesidades para atender los trastornos alimentarios. Para el caso, las participantes se sienten a la intemperie, asumen el proceso como algo que hacen solas, donde la fuerza de voluntad y la familia son el principal apoyo para afrontar la problemática. Según Fusté et al., (2017) las redes de apoyo social deben variar según la edad y características de los sujetos, por lo que, al generalizarse no logra el impacto deseado.

Asimismo, aquellas que no han accedido a apoyos de manera regular, hoy en día se encuentran en un estado avanzado de su trastorno, mientras que las participantes que han contado con estos apoyos de forma continua manifiestan una mejoría significativa. Según su percepción, reconocen que sin ningún tipo de apoyo no hubieran logrado estos avances y la importancia de las instituciones educativas dentro de estos procesos, pues es dentro de estas que empiezan a generar otros tipos de pensamientos, actitudes, se auto informan y establecen relaciones sociales sólidas que favorecen a su bienestar.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación (APA, 2014) y una preocupación excesiva por controlar el peso (Hilberta et al., 2017); su solución no radica en priorizar la apariencia física, establecer dietas y el acompañamiento únicamente de profesionales en nutrición, pues, siguiendo a Pérez (2018), la alimentación va más allá de abastecer las necesidades básicas de nutrición y se relaciona con factores psicosociales, psicológicos y culturales (Echeverri Gallo, 2015), convirtiéndose en un acto social con implicaciones severas en los sujetos, por lo que, creer que los trastornos alimentarios son una problemática que se resuelve “comiendo” o “subiendo de peso”, ha generado una serie de estigmas que culpabilizan a la persona por padecerlos, y contribuye a que se le reste la importancia que merecen; la mayoría de las participantes manifestaron sentir rechazo y la necesidad de no ser identificadas por su condición.

Una característica de los TCA es la migración diagnóstica, ya que, mientras un pequeño grupo de afectados se mantiene en el síndrome inicial con el que comenzó, la gran mayoría muda

entre diferentes trastornos o genera problemas con la adicción (Pérez, 2018). Para el caso, se encontró que las mujeres acuden a ciertas drogas para suprimir el apetito, lo que podría generar una drogodependencia. Aunque se reconozca que de desarrollarse una adicción existiría una comorbilidad que, para el caso, serían el TCA y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas, se identificó que los profesionales dejan el trastorno central (TCA) y toman la adicción como el síntoma a tratar; esto evidencia el sesgo con que intervienen, ignorando las necesidades de las afectadas, limitándose a atender las consecuencias y no las causas.

El ser los adolescentes los principales afectados, ha generado que se le reste importancia, pues se tiende a considerar como un capricho; sin embargo, la adolescencia es un período único en el que se manifiestan múltiples cambios que los hacen vulnerables ante diversas situaciones (Orcasita et al., 2010), y surge la necesidad de asumirlos con relevancia, pues como lo menciona la OMS (2019), no abordar los trastornos mentales en los adolescentes tiene consecuencias negativas que se extienden hasta la edad adulta (Fernández, 2018; Maganto, 2011). De acuerdo con la Unicef (2011), reconocer estas necesidades permite que actúen mejor en la sociedad, sean más efectivos en la escuela y tengan mayores posibilidades de ser adultos productivos y bien adaptados socialmente.

De otro lado, teniendo en cuenta la Sentencia T-094 de 2011, la normativa colombiana existente y la información obtenida por las entrevistadas, se concluye que en la práctica difícilmente se cubren todas las sesiones que en la sentencia se proponen, pues las autorizaciones pueden demorar más de tres meses, no existen terapias grupales ni familiares y aunque las individuales se desarrollen, no cumplen con los estándares de calidad necesarios para afrontar el TCA. A través de la Resolución 5269 de 2017, en el artículo 112, se garantiza el cubrimiento total de la evaluación y atención interdisciplinaria; sin embargo, es una atención tardía y no es acompañada por los mismos profesionales durante todas las sesiones.

De acuerdo con el Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, del Ministerio de Salud y Protección Social (2013), se propone un plan en el que se ofrece atención en salud, se realiza una evaluación interdisciplinaria, se busca mejorar la autoimagen, el manejo de emociones y mejorar el peso para atender los TCA. Sin embargo, en la práctica el tratamiento está enfocado principalmente en la absorción de alimentos y en la apariencia física; las terapias en psicología abordan otros temas; y el TCA es tratado principalmente por los nutricionistas. Lo

anterior, ha significado desde el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género –CEAMEG- (2013), que esta problemática requiere la implementación de políticas públicas con enfoque de género y derechos humanos, que genere un trabajo conjunto entre las instituciones, la persona afectada y sus redes de apoyo.

A través de este estudio se logra generar conocimiento actualizado y sensible sobre una problemática silenciosa, en la que poco se incluye a los sujetos afectados. La percepción como un elemento clave dentro de esta investigación ofrece un significado de los trastornos alimentarios que va ligado de las experiencias y vivencias, por lo que, este estudio tiene un impacto social importante en el que se busca generar conciencia y sensibilidad en relación con los TCA para ofrecerles a las afectadas una adaptación a entornos que comprenden sus realidades y no las expone a situaciones de estrés.

Davidson et al., 2019 considera en su estudio el enfoque multidisciplinario vital para el tratamiento de los trastornos alimentarios, por lo que esta investigación, al desarrollarse desde esta perspectiva y el acompañamiento de las afectadas como actoras claves dentro de su desarrollo, se convierte en una herramienta para comprender el fenómeno desde una óptica más amplia, que incluya lo individual y social, se reconozcan las verdaderas necesidades de estos sujetos y se sensibilice a la población en general. Se propone generar investigaciones multidisciplinarias donde se desarrollen propuestas de intervención multicomponentes en el abordaje de esta problemática. La limitación del estudio fue la consecución de la muestra, ya que, en las bases de datos suministradas por las entidades de salud, se encontraron sujetos que no cumplían con los criterios de inclusión, además algunos desertaron de la participación en el estudio.

Conclusiones

Analizar las percepciones de adolescentes que sufren algún trastorno alimentario frente al apoyo social, implicó un conocimiento parcializado frente al tema, reduciéndose este al acompañamiento por parte de la familia, amigos, parejas y a los tratamientos limitados que estas personas han recibido para su atención, generalmente nutricionales.

La adolescencia se convierte en un período crítico en el que existe un mayor riesgo para desarrollar problemas mentales, por lo que es necesario establecer medidas y políticas que los

ubiquen en la visión pública, como la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia), que establece normas para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, y así contribuir a las problemáticas propias de esta etapa. Para el caso, los apoyos sociales se convierten en el principal mecanismo de ayuda para atender estas necesidades.

Para analizar el apoyo social, los tratamientos se convierten en el único recurso al que las participantes han podido acceder, por lo que se transforman en lo que para ellas es el apoyo social, generando una exclusión frente a los demás, reduciéndose a un servicio que es inadecuado, basado en la medicación y en dietas. Una relación positiva entre el apoyo social y los trastornos alimentarios genera efectos positivos para la salud, por lo cual, debe ser considerado como una variable de especial interés para atender estos casos; sin embargo, el apoyo social será eficaz siempre que consiga mejorar la autoestima, aumentar las ganas de vivir y de curarse, mejorar su humor y reducir el impacto de la enfermedad. En la práctica no existe tal relación positiva, en tanto la mayoría de las entrevistadas han enfrentado una relación negativa que ha traído pocos beneficios a su salud física y mental, y ha generado avances en su trastorno.

Los trastornos alimentarios se convierten para ellas en una serie de experiencias y problemas personales que les impide desarrollarse plenamente, en el que sus vivencias las asumen como luchas internas, que son dolorosas, que les generan gran cantidad de conflictos, convirtiéndose casi en una adicción. Los casos de trastornos alimentarios pasan desapercibidos en la sociedad, pues existe poca información sobre el tema que los reduce a la apariencia física, donde el peso se convierte en el principal criterio diagnóstico, por lo que, cada vez se hace más difícil detectarlos, lo que produce que se detecten en etapas más avanzadas, acompañados de otros trastornos, estados de inanición, entre otros.

Reconociendo las necesidades que tienen estos sujetos, se destaca la inclusión de más profesionales en salud para atender las enfermedades mentales, que cuenten con una preparación y sensibilidad para atender casos específicos; mayor y fácil acceso a recursos que han sido diseñados para afrontar estos trastornos; que los encuentros no impliquen un profesional diferente en cada sesión; que cuenten con más duración y su asignación no implique demoras y procesos burocráticos, las cuales generan situaciones de estrés y el abandono de la idea de buscar ayuda. Entender la importancia del apoyo social dentro de estos trastornos permite que se elaboren estrategias efectivas y de calidad para atender estos casos; sin embargo, estos recursos necesitan

diseñarse y funcionar, en pro de las necesidades e intereses de los afectados; sólo así podrá garantizarse un trabajo eficaz que aporte en su detención, rehabilitación y prevención. Desde el trabajo social y la psicología se reafirma la necesidad de generar un trabajo conjunto entre diversas disciplinas para atender esta problemática de forma más efectiva, desde una perspectiva crítica que incluya lo social e individual y vaya más allá del ámbito nutricional.

Referencias

- Alonso, A., Menéndez, M., y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19(1), 118-123. http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Álvarez, S. (2013). *Apoyo social percibido como factor protector de los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112793.pdf>
- American Psychiatric Association –APA-. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM5* (5 ed.). American Psychiatric Publishing.
- Barajas-Iglesias, B., Jáuregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I., & Santed-Germán, M. A. (2017). Eating disorders during the adolescence: personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa. *Nutrición hospitalaria*, 34(5), 1178-1184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29130718/>
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-psiquiátrica*, 48(4), 319-334. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n4/art07.pdf>
- Behar, R., Gramegna, G., y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52(2), 103-114. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v52n2/art06.pdf>
- Bolívar, P. (8 de mayo de 2019). La anorexia también es un tema de grandes. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/salud/la-anorexia-tambien-es-un-tema-que-aqueja-a-los-mayores-de-18-anos-359114>

- Castaño, J., Giraldo, D., Guevara, J., Losada, D., Meza, L., Narváez, D., Sánchez, L., Sepúlveda, M., y Velásquez, J. (2012). Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria, Manizales, Colombia, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(1), 46-56.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v63n1/v63n1a04.pdf>
- Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género –CEAMEG-. (2013). *Diagnóstico sobre la mujer en México a partir del ámbito de la salud. Trastornos de comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*.
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/ET_2013/05_DSMMA.pdf
- Comisión de Regulación en Salud. (3 de mayo de 2012). *Acuerdo 031*, por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenido en el Acuerdo 29 de 2011.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo-31-de-2012.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (8 de noviembre de 2006). *Ley 1098*, Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario Oficial No. 46.446.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- Correa, M., Zubarew, T., Silva, P., y Romero, M. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153-160.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200005
- Corte Constitucional de Colombia. (22 de febrero de 2011). *Sentencia T-094*. MP: Juan Carlos Henao Pérez. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-094-11.htm>
- Dailly, D. (2015). *Apoyo Social Percibido y Factores de Riesgo Asociados al posible desarrollo de trastornos alimentarios en estudiantes universitarios* (Trabajo de grado de pregrado). Universidad Argentina de la Empresa.
<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/2513/Dailly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Davidson, A., Braham, S., Dasey, L., & Reidlinger, D. (2019). Physicians' perspectives on the treatment of patients with eating disorders in the acute setting. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0231-1>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Metodología de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Durá, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>
- Echeverri Gallo, C. (2015). Percepciones de los adolescentes frente a las influencias psicosociales que inciden en sus hábitos alimentarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (45), 181-195. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/666/1197>
- Fernández, J. (2018). *Propuesta de Intervención: Programa de Prevención de Trastornos de Conducta Alimentaria en el Aula* (Trabajo de grado de maestría). Universitat Jaume I. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177312/TFM_2018_FernandezGutierrez_JuanaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Foran, A. (2020). Stigma of eating disorders and recovery-related outcomes: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 361-473. <https://www.doi.org/10.1002/erv.2691>
- Fuertes, J., Pérez, R., y Hernández, A. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Offarm*, 29(2), 72-77. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-bulimia-X0212047X10489696>
- Fusté, M., Pérez, I., y Paz, L. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-9. <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v14n27/rnp120118.pdf>
- Gallardo, S. (2017). *El impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres* (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Jaén. http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5976/1/Gallardo_Galafate_Sergio_TFG_Psicologia.pdf

- Gaete, M., López, C., y Matamala, M. (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes y Jóvenes. Parte I. Epidemiología, Clasificación y Evaluación Inicial. *Revista Médica Clínica*, 23(5), 566-578. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/7_Dra--Maria-Veronica-Gaete-P.-17.pdf
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gil, I. (2019). *Trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de malos tratos* (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/38290/TFG-MN1669.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Güemes-Hidalgo, M., González-Fierro, M. J., e Hidalgo-Vicario, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Hilberta, A., Hoekb H., & Schmidta, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion*, 30(6), 423- 437. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5690314/pdf/coip-30-423.pdf>
- López, C., y Treasure, J. (2010). Trastornos De La Conducta Alimentaria En Adolescentes: Descripción Y Manejo. *Revista Médica Clínica*, 22(1), 85-97. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
- Lladós, M. (2011). *Personalidad y Psicopatología en el Trastorno por Atracón* (Tesis de doctorado). Universidad Internacional de Catalunya.
- Maganto, C. (2011). Factores de Riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=34356

- Martínez, A., Inglés, C., Piqueras, J., & Ramos, V. (2010). The importance of friends and parents in health and academic performance. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 111-138. http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/20/english/Art_20_372.pdf
- Melisse, B., de Beurs, E. & van Furth, E. F. (2020). Eating disorders in the Arab world: a literature review. *Journal of Eating Disorders*, 8(59), 2-19. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00336-x>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de diciembre de 2017). *Resolución 5269*, Por la cual autoriza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_bb1b7791385e4158a0%20f477bf9dbd7ba5
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Ministerio de Salud Y protección Social. (26 de diciembre de 2018). *Resolución 5857*, Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205857%20de%202018.pdf

- Montes, J. (2017). *Trastornos alimentarios: criterios, vivencias y necesidades ante el abordaje dirigido a personas adcentes en el Hospital Dr. Max Peralta Jiménez* (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/8578>
- Nunez, N. (2019). *Social Connectedness and Eating Disorder Symptomatology* (Thesis). University at Albany. https://scholarsarchive.library.albany.edu/honorscollege_psych/38/
- Ospina, M., Bolaño, C., y Salazar, D. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: una metáfora interrelacional de la familia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 165-180. http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef9_11.pdf
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L., y Uribe, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 155-195. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/41g>
- Orcasita, L., y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090010.pdf>
- Organización Mundial de la Salud –OMS-. (s.f.) *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud –OMS-. (2019). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89-96. <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
- Patel, K., Tchanturia, K., & Harrison, A. (2016). An Exploration of Social Functioning in Young People with Eating Disorders: A Qualitative Study. *PLOS ONE*, 11(7), 1-23. <https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0159910>
- Pérez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid.

- Quesada, S. (2014). *El papel del trabajador social en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria* (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Jaén. <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/666/1/TFG-Quesada%20Cabrera%2C%20Sonia.pdf>
- Quiles, Y., Terol, M., y Quiles, M. (2002). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 313-333. <https://pdfs.semanticscholar.org/ca3f/f01aa0262e12884f099a5a8924f7003b804c.pdf>
- RCN Radio. (2017). *Cerca del 9% de los jóvenes colombianos tienen conductas de trastornos alimentarios*. <https://www.rcnradio.com/colombia/cerca-del-9-de-los-jovenes-colombianos-tienen-conductas-de-trastornos-alimenticios>
- Rengifo, M. (2017). *Apoyo social percibido y recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno*. (Trabajo de grado de maestría). Pontificia Universidad Javeriana. http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7982/Apoyo_social_percibido.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, C., Lorenzo, O., y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(2), 1-23. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., & Pérez, V. (2017). Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 72-81. https://orekacloud.com/p/files/upload/225/q_apfe7d4nxc7_Emotion_dysregulation_and_ED_symptoms- RMTA.pdf
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa: Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. ICFES-ASCUN. <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Unicef. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La Adolescencia una Época de Oportunidades*. https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

- Uribe, A. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en los universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (49), 206-229. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/805/1325>
- Valbuena, M. (2017). Instrumento de detección temprana de riesgo psicosocial, asociado a TCA. *Revista de Investigación en Gestión Administrativa y Ciencias de la Información*, 1(1), 101-119. <http://revistas.sena.edu.co/index.php/ricga/article/view/1046/1163>
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Revista Alteridades*, 8(4), 47-53. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/588>
- Vilariño, P., Unzeta, B., Pérez, C., López, B., Baños, I., y Guerra, E. (2019). Trastornos de alimentación y violencia de género. XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. *Interpsiquis*, 20(1), 1-10. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-44COMU2Reg2399.pdf>
- Zafra, E. (2007). *Aprender a comer: procesos de socialización y “Trastornos del Comportamiento Alimentario”* (Tesis de doctorado). Universidad de Barcelona.
- Zamora, G. (2013). Servicios clínicos disponibles para niñas, niños y jóvenes con trastornos mentales en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 163-170. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77325885002.pdf>