



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/390.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Pacientes con Anorexia Nerviosa en el ámbito rural. Una lucha interna y externa para vivir**

Autores Concepción *Fernández-Moreno*,^{1,2} Montserrat Eugenia *Granados-Bolívar*,² Ángela *Jiménez-García*²

Centro/institución (1) Diplomada en Fisioterapia; (2) Diplomada en Enfermería. Hospital Torrecárdenas.

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail conchafdmoreno@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La adolescencia es un período caracterizado por lo cambiante, e integrar estos cambios en el desarrollo de la personalidad no siempre resulta fácil. Por lo cual el adolescente entra en crisis y se revela¹⁻². Los trastornos del comportamiento alimentario son actualmente un gran problema, no solo desde un punto de vista sanitario, sino también social, educativo y económico³. La anorexia nerviosa es una rara decisión, porque es *Voluntad*, y hay un cierto parecido con el suicidio por la autodestrucción del cuerpo que los pacientes llevan a cabo. Es un símbolo de rebeldía para expresar la depresión ante esa imagen inalcanzable y un rechazo hacia los códigos sociales o familiares impuestos. Su frecuencia ha ido aumentando en los últimos tiempos, junto con la disminución de la edad de inicio y los cambios en la ubicación social de las enfermas, ya que antes eran menores de 15 años residentes en grandes urbes y pertenecían a hogares desahogados económicamente, pero hoy la patología se presenta en mujeres cada vez más jóvenes, con distintas clases sociales y también en pequeñas zonas rurales.

Nuestro objetivo es conocer las vivencias de pacientes con anorexia nerviosa en el entorno rural.

Metodología

El diseño del estudio es cualitativo y está centrado en el discurso y el lenguaje de las personas. Como bien alude Pérez Serrano⁴, la investigación cualitativa es un arte, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Se ha realizado un muestreo intencionado de 5 pacientes menores de 30 años diagnosticadas de Anorexia Nerviosa (AN) que viven en un entorno rural, pertenecientes a los centros de salud de Montefrío, Algarinejo y Alhama en la provincia de Granada.

Los criterios de inclusión fueron: ser menor de 30 años, estar diagnosticada de AN y vivir en un entorno rural.

Los criterios de exclusión: no querer participar en el estudio o no reunir alguna de las características anteriormente expuestas.

La recogida de datos se hizo con una entrevista individual semi-estructurada de respuesta abierta a cada una de las pacientes, previo consentimiento informado de las mismas en un periodo de tiempo desde febrero a agosto de 2014.

La clasificación de los datos se realizó en codificación axial a través del programa atlas ti.

Resultados y discusión

CÓDIGO: Afectación familiar. Cambios Disfunciones que provoca la enfermedad en la familia.

Estamos de acuerdo con Aguilar Hurtado et al.³ cuando afirma que en la mayoría de los casos el entorno familiar pide ayuda mucho antes que las propias pacientes. En cuatro de las pacientes de nuestro estudio el soporte familiar era bueno, aunque predominaba un agotamiento como cuidador que hacía que las relaciones familiares se fueran deteriorando con el tiempo. Por lo tanto, creemos que, como afirman algunos estudios⁵, las familias deben ser derivadas a terapia familiar por la necesidad de atención terapéutica lo mismo que la propia paciente.

“Mi madre dice que le faltan las fuerzas muchas veces, por eso el psicólogo que me ve a mí, la trata a ella también”. P2

“Mi padre no me ha ayudado nunca, mi padre, estuve yo 200 días en Madrid ingresada y no fue ni un día a verme”. P3

Pero no estamos de acuerdo cuando Albornoz⁶ afirma, que las familias de estos pacientes son disfuncionales y económicamente deprivadas, ya que cuatro de las pacientes pertenecían a familias acomodadas de clase media-alta y solo una pertenecía a un hogar con problemas disfuncionales debido al alcoholismo de uno de los progenitores.

Por lo tanto, la intervención terapéutica familiar dirigida a los cuidadores principales es un factor clave en el proceso de recuperación de las pacientes.

CÓDIGO: Fobia social. Cambios sociales que padecen las pacientes a consecuencia de la enfermedad.

Coincidimos con los estudios^{7,8} que afirman que las pacientes dejan de vivir en sociedad y se aíslan para vivir. Muchas de ellas tienen fobia social relacionada con comer en público u otras conductas relacionadas con la comida.

“Salía del colegio y recuerdo que me iba directa para mi casa, no quería ver a nadie”. P3

“Mi madre empezó a preocuparse cuando llego un momento en que ya no quería comer con ellos”. P4

Cuatro de las participantes nos dijeron que vivir en un entorno rural había empeorado aún más la situación de su enfermedad, las miraban por la calle por la extrema delgadez y eso agravó aún más su situación. Por lo tanto, el anonimato que permite una gran urbe es un factor protector para los pacientes que sufren anorexia nerviosa.

“Pero yo creo que ya lo he superado, a mí me recorta mucho mi vida el estar en el pueblo, en Granada me abre más oportunidades, y aquí yo tengo muy pocas salidas, en Granada sería completamente distinta la vida, me cambiaría el cien por cien”. P3

“Pero la verdad es que la enfermedad te cierra muchas puertas, pero en Granada si tú no dices que tienes la enfermedad, cualquier chica en Granada puede estar delgada y no pasa nada”. P2

CÓDIGO: Desencadenante de la enfermedad. Hechos que marcaron el inicio de la enfermedad en las pacientes.

Coincidimos con los estudios que refieren un hecho crucial como el detonante de la enfermedad^{7,8}, en tres de las participantes fue un “desengaño amoroso” y en las otras

dos la muerte de un familiar directo. Por lo tanto estamos de acuerdo cuando afirman que siempre hay un hecho que precipita la aparición de la enfermedad y que resulta incluso llamativo su aparente trivialidad.

“Tuve un desengaño amoroso con 14 años y por ahí empecé, me estaba engañando con otra, fue el primer novio que tuve y es que aquí en el pueblo, luego lo intente con otros pero siempre he sido muy tímida y muy introvertida y he tenido muchos complejos tontos”. P5

CÓDIGO: Al borde de la muerte. Situaciones en que ha peligrado la vida de las pacientes debido a la enfermedad.

Dos de nuestras participantes habían tenido intentos de autolisis anteriores, el incremento de la sensibilidad y la irritabilidad unido al descontento de sus logros y el aislamiento, las llevaron a esta situación límite, por lo tanto estamos de acuerdo con los estudios⁹ que afirman que los pacientes con TCA tienen una alta prevalencia de ideación suicida en el entorno rural.

“Pensé en electrocutarme y no sabía cómo y al final decidí tomarme las pastillas porque no tenía fuerzas ni ganas de estar aquí”. P4

Y la gran mayoría de las veces han estado ingresadas en el hospital por el agravamiento de la enfermedad hasta casi terminar con su vida.

“Entre en el hospital con 26 kg y salido con 38 kg, allí me recupere bien, porque además de la comida hacia también todo tipo de terapia psicológica”. P3

CÓDIGO: Intervención profesional. Actuación de los profesionales desde la perspectiva de las pacientes.

Una intervención profesional adecuada es fundamental para trabajar con estas pacientes^{5,10}. Ocasionalmente, hay todavía algunos profesionales que tienen ciertas expresiones de reserva o incluso cierto rechazo, que va unido a una falta de empatía hacia estas pacientes. La práctica clínica pone en evidencia que la enfermera tiene un papel destacado en la psicoeducación familiar y del afrontamiento del paciente de su enfermedad mediante la escucha activa y la motivación.

“El medico que tenía antes cero, porque tenía que haberle puesto una hoja de reclamaciones, porque me decía cada cosa que no me veas, y lo que necesito a veces no es medicación sino solo hablar con alguien que me entienda” P3

“Eso es una lucha diaria, pero hay días que no encuentro algo que me dé ánimo, estoy desganada de todo, y desilusionada”. P4

CÓDIGO: Autocontrol de sí misma. Tácticas de las pacientes para lograr el fin que les mueve en su vida: no comer.

De cocinar para comer, pasan a cocinar para no comer, con el doble objetivo de por un lado, dar de comer a los demás y por otro, fortalecer su capacidad de resistir las tentaciones que le pudieran despertar comidas tan sabrosas como las que ellas mismas pueden elaborar. Por lo tanto estamos de acuerdo con los estudios ^{3,7} en que las pacientes muestran una contradicción entre su negativa a comer y al mismo tiempo están pensando en alimentos calorías y regímenes. Controlan así el hambre reafirmando a sí mismas con ese autocontrol y mostrándolo a los demás como si fuese una virtud.

“A veces me encanta salir a comer afuera, no por comer, sino por ver comer a los demás”. P5

“Ahora también me encanta cocinar, lo hago muy bien, no para comer yo, sino para que coman los demás, hago un sinfín de mermeladas de todos los sabores posibles y luego las regalo”. P2

Conclusiones

En el ámbito rural las pacientes tienen muchas menos oportunidades que en una gran urbe. Su lucha interna con la enfermedad está condicionada por la lucha externa con la discriminación y la incompreensión social del mundo en el que viven. La prevención ante esta enfermedad es primordial a través de la educación, la cual contribuye al desarrollo de una personalidad donde *la formación*, más allá de *la información*, permita que se vayan integrando los cambios emocionales que suceden en la vida de los adolescentes.

Bibliografía

1. Hidalgo Vicario ML, Ceñal González Fiero MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine* 2014; 11(61):3579-87.
2. Pedreira Massa JL, Blanco Rubio V, Pérez-Chacón MM et al. Psicopatología en la adolescencia. *Medicine* 2014; 11(61):3612-21.

3. Aguilar Hurtado ME, Sagredo Pérez J, Heras Alvat G et al. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. *Atención Primaria* 2004; 34(1):26-31.
4. Pérez Serrano C. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes. Editorial La Muralla, 2008.
5. Torralbas Ortega J, Puntí Vidal J, Arias Núñez E et al. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería clínica* 2011;21(6):359-63.
6. Albornoz P, Matos L. Perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa. *Revista de Neuro-psiquiatria* 2001; 64:133-46.
7. Behar R, Barahora M, Iglesias B et al. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45(3):211-20.
8. Sonja A, Swanson SM, Scott J et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(2):714-23.
9. Werth JL, Hastings S, Riding Malon R. Ethical Challenges of practicing in Rural Areas. *Clinic Psychol* 2010; 66:537-48.
10. Cruzat C, Aspillaga C, Behar R et al. Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. *Rev chil Neuro-Psiquiat* 2013; 51(3):175-83.